

PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ I ZARZĄDZANIE

Tom XIV, Zeszyt 10, Część III

<http://piz.san.edu.pl>

**Zarządzanie w ochronie zdrowia**  
**- wybrane aspekty**

Redakcja: Jan Krakowiak, Dominika Cichońska

Łódź 2013

Całkowity koszt wydania Tomu XIV, Zeszytu 10, Części III  
sfinansowany ze środków Społecznej Akademii Nauk  
Zeszyt recenzowany

Redakcja: Jan Krakowiak, Dominika Cichońska

Korekta: Joanna Kośka

Skład i łamanie: Marcin Szadkowski

Projekt okładki: Marcin Szadkowski

© Copyright by Społeczna Akademia Nauk

ISSN: 1733-2486

Wydawnictwo

Społecznej Akademii Nauk

ul. Kilińskiego 109, 90-011 Łódź

42 676 25 29, w. 339, e-mail: [wydawnictwo@spoleczna.pl](mailto:wydawnictwo@spoleczna.pl)

Wersja drukowana wydania jest wersją podstawową

Druk i oprawa: Mazowieckie Centrum Poligrafii,

ul. Duża 1, 05-270 Marki, [www.c-p.com.pl](http://www.c-p.com.pl); [biuro@c-p.com.pl](mailto:biuro@c-p.com.pl)

## Spis treści

Jan Krakowiak <i>Wstęp</i> .....	5
<b>Zarządzanie ryzykiem choroby i utraty zdrowia - wybrane aspekty</b> .....	<b>7</b>
Jan Krakowiak, Adam Rzeźnicki, Ewa Świerczyńska, Joanna Sułkowska, Emilia Krakowiak, Dominika Cichońska <i>Profilaktyka chorób narządu wzroku wśród mieszkańców Warszawy</i> .....	9
Tomasz Gajewski, Alfred Owoc, Bożena Chudak, Iwona Bojar, Włodzimierz Stelmach, Iwona Stelmach <i>Efektywność programu profilaktycznego „zapobieganie zespołom bólowym kręgosłupa u pracowników biurowych” – Część I: Analiza wstępna</i> .....	23
Tomasz Gajewski, Alfred Owoc, Jerzy Zarzeczny, Jan Krakowiak, Iwona Bojar <i>Efektywność programu profilaktycznego „zapobieganie zespołom bólowym kręgosłupa u pracowników biurowych” – Część II: Wyniki interwencji</i> .....	33
Emilia Krakowiak, Dominika Cichońska, Michał Kamiński, Alina Kowalska, Joanna Sułkowska, Jolanta Michalska, Jan Krakowiak <i>Bieganie rekreacyjne jako ważny aspekt w zarządzaniu przedsiębiorstwem</i> .....	45
Gabriela Henrykowska, Ewa Gardyńska-Ziemba, Jacek Buczyński, Małgorzata Lewicka, Maria Dziedziczak-Buczyńska, Andrzej Buczyński <i>Dynamika występowania wybranych chorób wśród pracowników Poczty Polskiej</i> .....	59
Sylvia Nieszporska <i>Efektywność leczenia zaćmy w Polsce</i> .....	69
<b>Zarządzanie podmiotami leczniczymi - wybrane aspekty</b> .....	<b>83</b>
Dominika Cichońska, Małgorzata Szcześniak, Aneta Renata Mamos <i>Zarządzanie zakażeniami szpitalnymi na przykładzie placówki leczniczej w Łodzi</i> .....	85
Dominika Cichońska, Beata Jakubowska, Jan Krakowiak <i>Ocena przestrzegania wybranych procedur zapobiegania zakażeniom i chorobom zakaźnym w placówkach działalności leczniczej w województwie świętokrzyskim</i> .....	107
Artur Wdowiak, Agnieszka Guz, Magdalena Lewicka, Magdalena Sulima, Jan Krakowiak <i>Funkcjonowanie poradni ginekologiczno-położniczych w systemie ochrony zdrowia</i> .....	123
Artur Wdowiak, Dominika Cichońska, Adam Rzeźnicki, Jan Krakowiak <i>Narzędzia marketingowe w ocenie usług sektora leczenia niepłodności</i> .....	133
Monika Sadowska, Anna Ksykiewicz-Dorota, Artur Wdowiak, Rafał Budzisz, Jan Krakowiak <i>Organizacja oddziałów położniczo-noworodkowych a struktura czasu pracy i satysfakcja położnic z opieki</i> .....	143

<b>Joanna Ruszkowska, Natalia Korejwo, Kamila Zagier-Koziara, Jan Krakowiak</b> <i>Czy ośrodki pediatryczne w Polsce przestrzegają zapisów Europejskiej Karty Praw Dziecka w Szpitalu?</i> .....	<b>151</b>
<b>Monika Sadowska, Anna Ksykiewicz-Dorota, Iwona Bojar, Anna Wierzińska-Stępiak, Artur Wdowiak</b> <i>Wykorzystanie czasu pracy przez położne pracujące w systemie rooming-in a poziom referencyjny szpitali</i> .....	<b>161</b>
<b>Dominika Cichońska, Martyna Kosiuk, Jan Krakowiak</b> <i>Kosztochłonność leczenia szpitalnego pacjentów z udarem mózgu hospitalizowanych powyżej 30 dni – studia przypadków</i> .....	<b>173</b>
<b>Dominika Cichońska, Barbara Kostrzewa, Rafał Budzisz, Jan Krakowiak</b> <i>Opieka długoterminowa w Polsce - stan obecny, możliwości zmian - na podstawie badań w Zakładzie Pielęgnacyjno – Opiekuńczym w województwie mazowieckim</i> .....	<b>185</b>
<b>Alina Kowalska, Judyta Milczarek, Adam Rzeźnicki, Jan Krakowiak</b> <i>Częstość analizowania piśmiennictwa naukowego zgodnego z kierunkiem zainteresowań zawodowych przez lekarzy medycyny</i> .....	<b>197</b>

## Wstęp

Stan zdrowia jednostki i społeczeństwa jest uwarunkowany wieloma ściśle powiązаныmi ze sobą i wzajemnie oddziałyującymi czynnikami. Zdaniem wielu autorytetów w dziedzinie zdrowia publicznego, w największym stopniu o zdrowiu człowieka decydują zachowania zdrowotne i styl życia. Przez zachowania zdrowotne rozumie się „wszelkie zachowania, których częstotliwość i intensywność nie są obojętne dla zdrowia”. Pojęciem nadrzędnym, ściśle związanym z zachowaniami zdrowotnymi, jest styl życia, na który składają się decyzje podejmowane przez jednostki, dotyczące ich zdrowia i które mogą kontrolować w większym lub mniejszym stopniu. Wyróżniamy dwie grupy zachowań dotyczących zdrowia: zachowania zdrowotne rozumiane jako działania intencjonalne, świadomie podjęte przez człowieka w celu umocnienia lub zwiększenia potencjału swojego zdrowia, bez względu na ich skuteczność oraz zachowania związane ze zdrowiem – rozumiane jako zachowania bez uświadomionego celu, których skutki mogą być pozytywne lub negatywne. Dzieliąc zachowania pod względem ich skutków dla zdrowia, wyróżniamy zachowania pozytywne czyli prozdrowotne, sprzyjające zdrowiu oraz zachowania negatywne czyli antyzdrowotne, to jest szkodliwe dla zdrowia, stwarzające ryzyko wystąpienia choroby. Zadaniem pracowników ochrony zdrowia jest motywowanie społeczeństwa do zachowań sprzyjających zdrowiu. Ważnym elementem kształtującym wysoki poziom zdrowia publicznego są odpowiednio dobrane i skutecznie realizowane programy profilaktyczne. Z punktu widzenia zarządzania ochroną zdrowia, profilaktyka chorób jest najbardziej efektywnym finansowo narzędziem poprawy stanu zdrowia społeczeństwa. Dobrze zarządzane, zarówno logistycznie jak i ekonomicznie, działania profilaktyczne, ukierunkowane na obniżenie zachorowalności, chorobowości i śmiertelności z powodu najczęściej występujących chorób powinny być jednym z najważniejszych zadań stawianych ochronie zdrowia w Polsce w XXI wieku.

Sektor usług zdrowotnych w Polsce stale się powiększa, stąd problematyka zarządzania i marketingu usług zdrowotnych nabiera coraz większego znaczenia. Jak wskazują wcześniejsze doświadczenia, odpowiednie zarządzanie i dobrze dobrane narzędzia marketingowe nie tylko przyczyniają się do efektywnego finansowo funkcjonowania podmiotów leczniczych, ale także do lepszej opieki nad pacjentem. Coraz większe znaczenie w sektorze usług zdrowotnych w Polsce odgrywa jakość, a model zarządzania przez jakość jest implementowany w wielu placówkach ochrony zdrowia. W sektorze

usług zdrowotnych jakość należy rozumieć jako stopień, w jakim każda usługa świadczona pacjentowi, dostarczana zgodnie z aktualnym stanem wiedzy, podnosi prawdopodobieństwo uzyskania pożądanego wyniku opieki i redukuje prawdopodobieństwo niepożądanych rezultatów.

Na całym świecie obserwuje się tendencję do wprowadzania procedur certyfikacji i akredytacji, które zapewniają, że dana organizacja (np. szpital), spełniając szereg wcześniej ustalonych norm jakościowych, uzyskuje oczekiwany poziom jakości.

Dobra organizacja i marketingowe zarządzanie podmiotami leczniczymi jest warunkiem koniecznym do sprawnego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w naszym kraju.

Orientacja na pacjenta, upodmiotowienie i szacunek dla pacjenta, honorowanie praw pacjenta, partnerstwo, odpowiedzialne współdziałanie osób świadczących usługi na rzecz i dla dobra pacjentów to strategiczne wyzwanie sektora ochrony zdrowia.

Jan Krakowiak

**Zarządzanie ryzykiem choroby i utraty zdrowia**  
**- wybrane aspekty**





**Jan Krakowiak**

Społeczna Akademia Nauk

**Adam Rzeźnicki**

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

**Ewa Świerczyńska**

Społeczna Akademia

**Joanna Sułkowska**

Społeczna Akademia Nauk

**Emilia Krakowiak**

Uniwersytet Medyczny

**Dominika Cichońska**

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

**Profilaktyka chorób narządu wzroku  
wśród mieszkańców Warszawy**

**Prevention of eye diseases among the residents of Warsaw**

---

**Abstract:** Eye diseases are becoming increasingly common social problem and therefore a need for research the awareness of people about disease prevention and ways to take care of health is becoming more and more noticeable. Regular eye tests play an important role in the prevention of eye diseases, because a large portion of their proceeds almost no symptoms, or gradually and almost imperceptibly. The aim of the study was to examine the state of knowledge and awareness of the Warsaw citizens on the prevention of eye diseases and the evaluation of care and attention that people devote such an important organ which is an eye.

The survey was conducted among randomly selected residents of Warsaw, via the Internet, in the period from 01.03.2012 to 14.05.2012. It was anonymous and voluntary. Survey respondents were asked if they have poor eyesight (nearsightedness, farsightedness, astigmatism, strabismus). Most, that is 68 patients

(54.40%) said yes, 49 patients (39.20%) have no eye diseases. However, eight patients (6.40%) did not know whether to sight. Analysis of responses to the question: How often do you use the services of an ophthalmologist? showed that only 35 of the 125 respondents did it regularly. Warsaw residents receive insufficient attention from the health of their eyes, without following regular visits to an ophthalmologist, and do not follow doctor's instructions.

**Key-words:** eye, eye disease, prevention

**Abstrakt:** Choroby wzroku stają się coraz powszechniejszym problemem społecznym, dlatego też potrzeba prowadzenia badań poziomu świadomości ludzi, odnośnie profilaktyki chorób i sposobów dbania o zdrowie jest coraz bardziej zauważalna. Regularne badania okulistyczne są bardzo istotne w profilaktyce chorób oczu, ponieważ duża część dolegliwości postępuje prawie bezobjawowo lub stopniowo i właściwie niezauważalnie. Celem pracy było zbadanie stanu wiedzy oraz świadomości mieszkańców Warszawy dotyczącej profilaktyki chorób oczu oraz ocena troski i uwagi jaką społeczeństwo poświęca tak ważnemu narządowi jakim są oczy. Badanie zostało przeprowadzone wśród losowo wybranych mieszkańców Warszawy, za pośrednictwem Internetu, w okresie od 01.03.2012 do 14.05.2012. Ankieta była anonimowa i dobrowolna. Zapytano respondentów, czy mają wadę wzroku (krótkowzroczność, dalekowzroczność, astygmatyzm, zez). Większość, to jest 68 osób (54,40%) odpowiedziała twierdząco, a 49 osób (39,20%) nie ma wady wzroku. Tymczasem 8 osób (6,40%) nie wie czy ma wadę wzroku. Analiza odpowiedzi ankietowanych na pytanie: Jak często korzystają z usług lekarza okulisty? wykazała, że jedynie 35 osób ze 125 badanych, regularnie, to jest co rok lub co 2 lata korzysta z porad lekarza okulisty. Mieszkańcy Warszawy zbyt mało uwagi poświęcają zdrowiu swoich oczu, nie przestrzegając regularnych wizyt w gabinecie okulistycznym i nie stosując się do zaleceń lekarza.

## Wstęp

Od bardzo dawna ludzie zastanawiają się jak dbać o zdrowie, aby móc cieszyć się nim jak najdłużej. Dopiero jednak w XX wieku nastąpił istotny postęp w tej dziedzinie, zarówno jeżeli chodzi o zdrowie całego organizmu, jak i zdrowie oczu. Dzięki tym osiągnięciom oraz dobrze rozumianej profilaktyce znacząco wydłuża się średnia długość życia ludzi. Termin profilaktyka chorób oznacza „wszelkie działania mające na celu zapobieganie chorobom poprzez eliminowanie czynników ryzyka i źródeł choroby” [Korporowicz 2008, s. 113]. Choroby wzroku stają się coraz powszechniejszym problemem społecznym, dlatego też konieczność prowadzenia badań dotyczących świadomości ludzi odnośnie pro-

filaktyki i sposobów dbania o zdrowie, jest coraz bardziej zauważalna. Badania mogą znacząco wpłynąć na rozwijanie świadomości społeczeństwa i mogą być pomocne w znalezieniu odpowiedzi z dziedzin, w których dotychczasowa wiedza nie już nie wystarcza. Głównym celem profilaktyki jest zapobieganie chorobom poprzez zmianę swojego stylu życia na prozdrowotny. Regularne badania okulistyczne odgrywają istotną rolę w profilaktyce chorób oczu, jako że znaczna część tych dolegliwości postępuje prawie bezobjawowo lub stopniowo i właściwie niezauważalnie [Falkowska 1978, Gregory 1971, Kański 1997]. Jedynie regularne kontrole mogą pomóc w ich odpowiednio wczesnym wykryciu [Pol 1964]. W dzisiejszych czasach oczy narażone są na różnego rodzaju urazy mechaniczne, przemęczenie, zanieczyszczone powietrze oraz wiele innych szkodliwych czynników, takich jak np., promieniowanie UV. Leczenie wielu chorób jest bardzo kosztowne i jednocześnie stresujące głównie ze względu na długie oczekiwanie w kolejkach do lekarzy specjalistów. Dużo tańsze i przyjemniejsze jest zapobieganie chorobom, niż ich leczenie [Karski 2003]. Dzięki dużemu postępowi nauk medycznych w dzisiejszych czasach społeczeństwo ma szeroki dostęp do niezbędnej wiedzy na temat skutecznych metod profilaktyki wielu chorób. Dzięki przeciwdziałaniu chorobom oczu, w dużym stopniu zwiększają się szanse na długie życie ze zdrowym wzrokiem. Warto również podkreślić, że zdrowe oczy mają istotny wpływ na życiową kondycję. To dzięki zdolności widzenia możemy poznawać otoczenie, jak i interpretować różnego rodzaju zjawiska. Dobry wzrok jest niezbędny do nauki, dzięki niemu możemy kształcić się poprzez czytanie książek, które są skarbnicą wiedzy i mądrości, a przede wszystkim potrafią nauczyć nas rozsądku, logiki oraz kreatywnego myślenia [Łyżnik 2012, s. 3].

## **Cel pracy, materiał i metody badań**

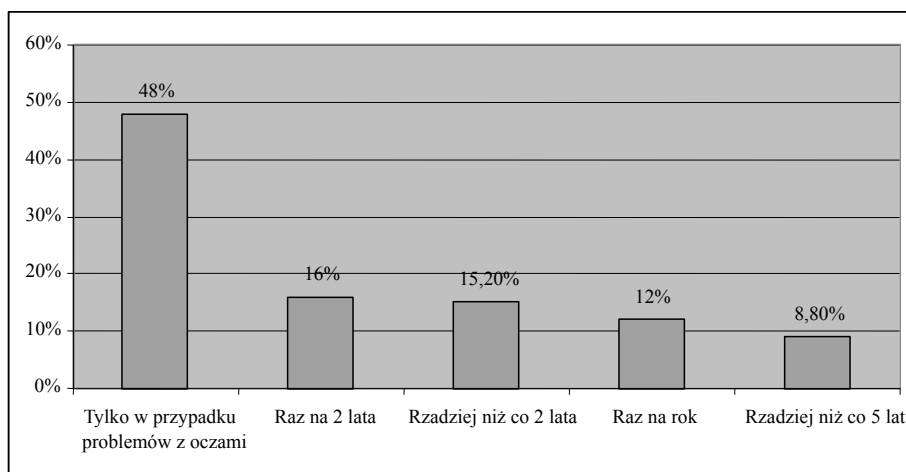
Celem pracy było zbadanie stanu wiedzy oraz świadomości mieszkańców Warszawy dotyczącej profilaktyki chorób oczu oraz ocena troski i uwagi jaką społeczeństwo poświęca tak ważnemu narządowi jakim są oczy. Przeprowadzona ankieta pozwoliła określić, stan wiedzy ludzi, zamieszkujących w Warszawie odnośnie profilaktyki chorób wzroku oraz czy ten zasób wiedzy wykorzystują w codziennym życiu.

Materiał empiryczny pozyskany w ramach badania zebrano za pomocą kwestionariusza ankiety audytoryjnej składającej się z pytań zamkniętych z podanymi wariantami odpowiedzi. Badanie zostało przeprowadzone pośród losowo wybranych mieszkańców Warszawy, za pośrednictwem Internetu, w okresie od 01.03.2012 do 14.05.2012. Udział w ankiecie był anonimowy i dobrowolny. Respondentami byli zarówno kobiety, jak i mężczyźni w wieku od 18 do 80 lat.

## Wyniki i ich omówienie

Respondenci zostali poproszeni o odpowiedź na pytanie, jak często odwiedzają lekarza okulistę.

**Wykres 1.** Częstotliwość wizyt w gabinecie okulistycznym

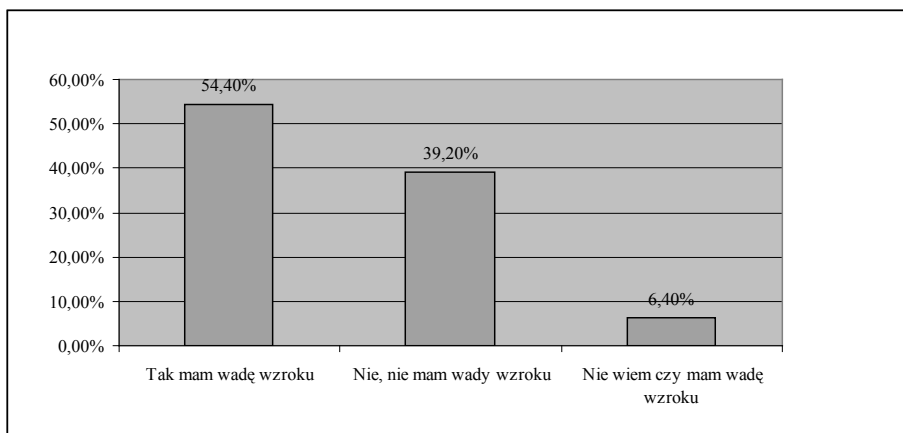


Źródło: opracowanie własne.

Analiza powyższych odpowiedzi wskazuje, że jedynie 35 osób ze 125 przebadanych, odwiedza lekarza okulistę regularnie, tj. co rok lub co 2 lata. Jest to jeden z najważniejszych czynników profilaktyki chorób oczu dlatego, moim zdaniem, niepokojącym jest tak słaby wynik. Wyraźna większość spośród badanych, bowiem aż 60 osób odwiedza okulistę dopiero gdy coś niepokojącego dzieje się z ich oczami, natomiast 11 osób bada wzrok rzadziej niż co 5 lat. Jest to zdecydowanie zbyt sporadycznie, aby skutecznie zapobiegać chorobom oczu, które tak jak w przypadku zaćmy mogą rozwijać się powoli i początkowo niemalże bezobjawowo.

Zapytano również respondentów, czy mają wadę wzroku (krótkowzroczność, dalekowzroczność, astygmatyzm, zez). 68 osób czyli 54,40% ankietowanych odpowiedziało twierdząco, a 49 osób (39,20%) nie ma wady wzroku. W badanej grupie, udzielając odpowiedzi na pytania zawarte w ankiecie 8 osób (6,40 %) stwierdziło, że nie wie czy ma wadę wzroku.

**Wykres 2.** Odsetek respondentów z wadą wzroku

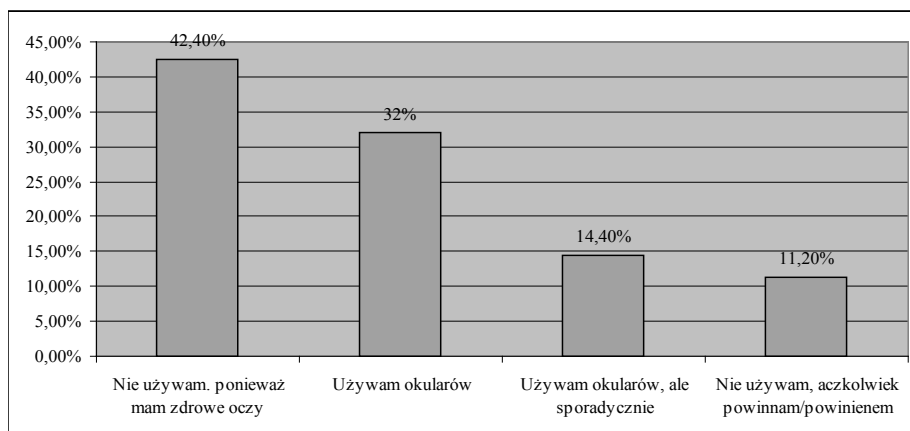


Źródło: opracowanie własne.

Z udzielonych odpowiedzi wynika, iż większość z zapytanych osób ma wadę wzroku. Jest to tylko 19 osób więcej, niż ankietowanych, którzy tej wady nie mają. Dobrym wynikiem, zważywszy na małą ilość osób regularnie odwiedzających okulistę, jest to, że jedynie 8 osób na 125 przebadanych nie ma wiedzy na temat stanu zdrowia swojego wzroku.

Kolejne pytanie jakie zadano respondentom dotyczyło używania okularów korekcyjnych. Wśród badanych 53 osoby (42,20%) odpowiedziały, że nie posługują się okularami, ponieważ mają zdrowe oczy, 40 osób (32%) używa okularów korekcyjnych regularnie, 18 badanych (14,40%) odpowiedziało, że stosuje okulary korekcyjne, ale sporadycznie, natomiast 14 osób (11,20%) przyznało się, że nie nosi okularów, pomimo tego że występuje u nich taka potrzeba.

**Wykres 3.** Odsetek osób używających okulary korekcyjne

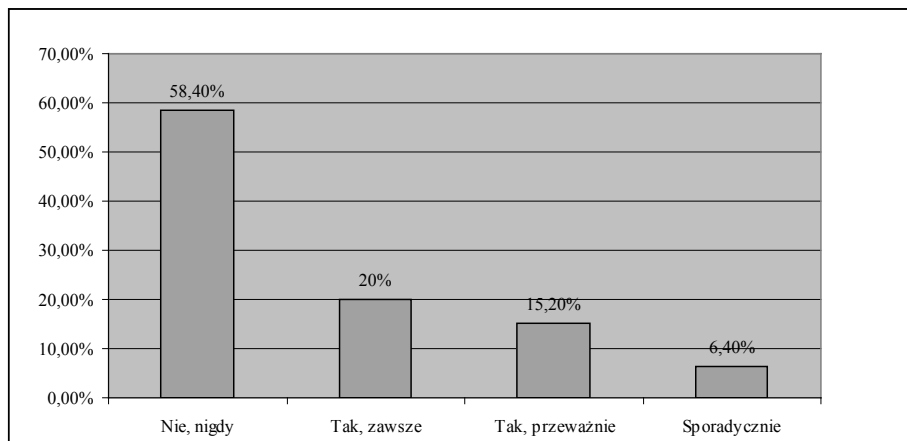


Źródło: opracowanie własne.

Analizując powyższe pytanie nasuwa się wniosek, że z 68 osób, które w poprzednim punkcie wykazały, że mają wadę wzroku, 40 osób nosi okulary korekcyjne stale, z kolei 18 osób używa okularów sporadycznie. Prawdopodobnie są to osoby, które doświadczają efektów prezbiopii, tzn. mają starczowzroczność. W takim przypadku okulary korekcyjne są potrzebne jedynie do obserwowania przedmiotów z bliskich odległości. Jedynie 14 osób spośród badanych przyznaje, że powinno nosić okulary a tego nie robi. Takie podejście ma znaczący wpływ na zdrowie oczu, ponieważ wzrok jest stale wyczerpany po to by widzieć jak najlepszy obraz, przez co męczy się i szybciej może ulegać pogorszeniu.

W przeprowadzonej ankiecie zostało także postawione pytanie dotyczące noszenia okularów z antyrefleksem podczas pracy przy komputerze. Zdecydowana większość badanych 73 osoby (58,40%) nigdy nie stosuje wyżej wymienionych okularów, tymczasem jedynie 25 osób (20%) używa ich regularnie. Spośród badanych, 19 osób (15,20%) systematycznie nosi okulary z antyrefleksem, a 8 osób (6,40 %) sporadycznie.

**Wykres 4.** Odsetek osób używających okularów z antyrefleksem podczas pracy przy komputerze



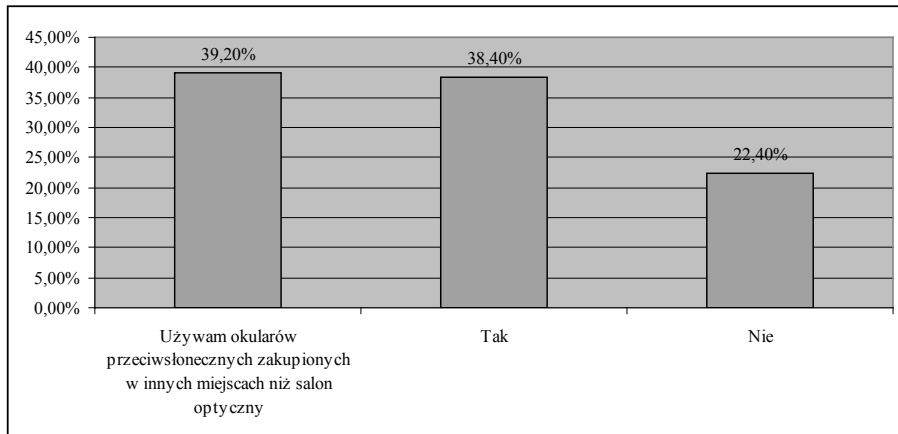
Źródło: opracowanie własne.

Okulary z antyrefleksem stanowią dodatkową ochronę podczas pracy przy komputerze. W trakcie korzystania z monitorów starego typu szkła z antyrefleksem niwelują szkodliwe promieniowanie, natomiast podczas użytkowania monitorów typu LCD stanowią dodatkowy odpoczynek dla oczu, redukując refleksy świetlne i poprawiając kontrast. Z analizy przedmiotowego

pytania wynika, że większość ankietowanych nie pamięta o ochronie oczu podczas pracy przy komputerze lub wykazuje sporadyczną troskę. Jedyne 25 osób spośród 125 korzysta z okularów z antyrefleksem podczas pracy przy komputerze i najprawdopodobniej są to osoby z wadą wzroku, dla których okulary korekcyjne są niezbędne.

Jednym z powodów coraz częstszych chorób narządu wzroku jest narażenie oczu na promieniowanie ultrafioletowe. W dzisiejszych czasach słyszymy coraz więcej informacji na temat szkodliwego działania promieniowania UV i sposobów ograniczania tego działania. Na promieniowanie ultrafioletowe najbardziej jesteśmy narażeni w dni słoneczne, przede wszystkim przebywając nad wodą, ponieważ promienie odbijają się od powierzchni wody na skutek czego ich natężenie jest podwójne. Również w górach nie powinno się bagatelizować promieniowania. W górskich rejonach jest ono wzmożone ponieważ promienie przechodzą przez cieńszą warstwę zatrzymującego je powietrza. Z tej racji, przebywając na łonie natury, należy pamiętać o ochronie oczu w każdy słoneczny dzień i nie zapominać o stosowaniu dobrej jakości okularów przeciwsłonecznych oraz nakrycia głowy, które również zapewnia ochronę wzroku. Okulary przeciwsłoneczne to nie tylko modny dodatek, ale przede wszystkim dbałość o zdrowie naszych oczu. Bardzo ważne jest jednak, aby okulary były kupowane w profesjonalnych salonach optycznych, gdzie można być pewnym dobrej jakości pozyskanego produktu. Znacomitym rozwiązaniem i idealną ochroną dla oczu są okulary przeciwsłoneczne z polaryzacją. Najbardziej szkodliwe dla oczu są promienie UVA i UVB i to szczególnie one powodują powstawanie zaćmy i innych chorób oczu. Wybierając okulary przeciwsłoneczne, należy zwracać uwagę na ich jakość i profesjonalne oznaczenia informujące ile promieniowania zatrzymują dane szkła. Najlepszym wyborem zatem będą okulary zatrzymujące od 99 do 100 % promieni UV. Nie powinniśmy kupować tanich okularów, na których nie ma takich oznaczeń, a otrzymujemy jedynie wzmiankę o ochronie. Niestety, nieodpowiednie szkła mogą przyczynić się do większego uszczerbku, niż brak ich stosowania. Ważna dla zdrowia oczu jest zatem ochrona przed szkodliwym promieniowaniem UV. Dlatego też w kolejnym zagadnieniu zapytano respondentów, czy używają odpowiednich okularów (zakupionych w salonie optycznym) z filtrami UV dla ochrony oczu. Ze 125 przebadanych osób aż 49 (39,20%) używa okularów przeciwsłonecznych zakupionych w innych miejscach niż salon optyczny, po czym możemy wnioskować, że nie mają one odpowiedniej ochrony UVA i UVB. Prawie tyle samo osób, a mianowicie 48 (38,40%) używa okularów najlepszej jakości stanowiących dobrą ochronę dla oczu. Jedyne 28 osób (22,40%) wcale nie używa okularów przeciwsłonecznych.

**Wykres 5.** Odsetek osób używających okularów przeciwsłonecznych z filtrem UV (okulary zakupione w salonie optycznym)



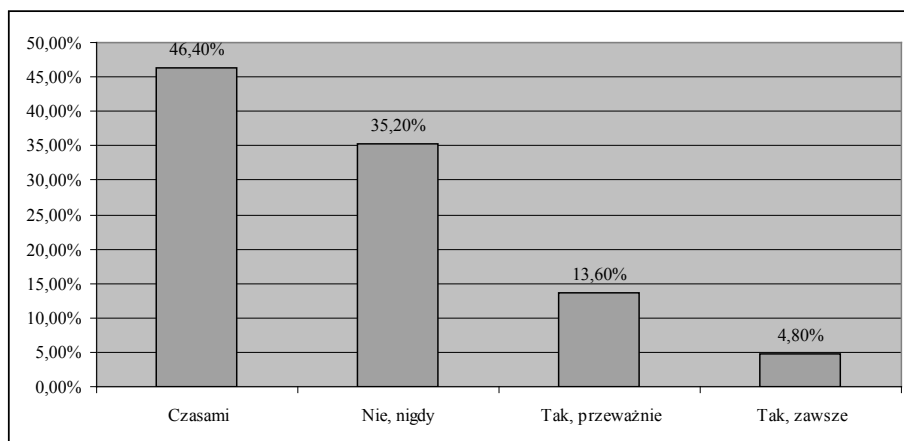
Źródło: opracowanie własne.

Odpowiedzi na to pytanie również obrazują, jak niewiele uwagi większość respondentów zwraca na ochronę swoich oczu. 28 osób ze 125 w ogóle nie używa okularów przeciwsłonecznych, natomiast aż 49 nosi okulary zakupione w innych miejscach niż salon optyczny, co może świadczyć, że prawdopodobnie są to okulary bez odpowiednich filtrów ochronnych. Wynika z tego, że ponad połowa badanych czyli 77 osób w zasadzie nie chroni swojego wzroku przed tak bardzo szkodliwym promieniowaniem słonecznym.

Okulary przeciwsłoneczne stanowią najlepsze zabezpieczenia dla naszych oczu. Dodatkową ochronę wzroku mogą jednak stanowić także akcesoria uzupełniające, takie jak kapelusz, czapka z daszkiem lub parasol. Zapytano 125 osób, kto używa wyżej wymienionych przedmiotów w czasie słonecznych dni. Największa ilość osób – 58 (46,40%) odpowiedziała, że czasami korzysta z czapki, kapelusza lub parasola. 44 osoby (35,20%) przyznały, że nigdy nie używa tego typu zabezpieczeń. 17 osób (13,60%) używa ich sporadycznie, a zaledwie 6 przebadanych (4,80%) zawsze o tym pamięta.



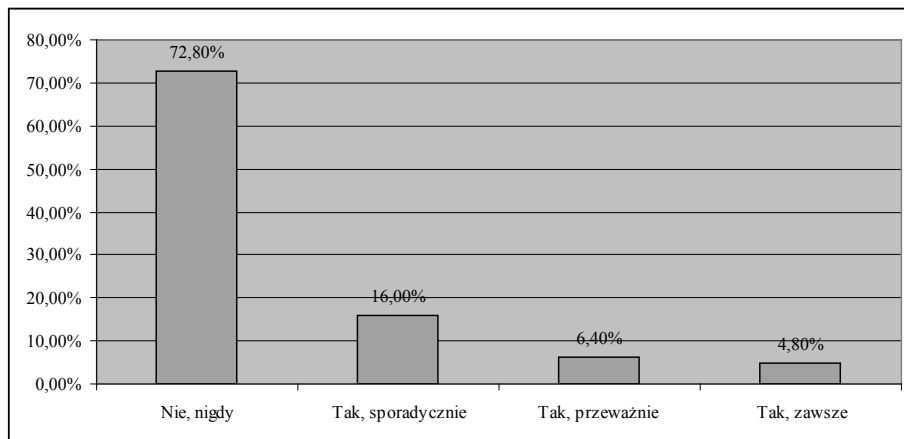
**Wykres 6.** Odsetek osób używających dodatkowej ochrony przed promieniowaniem UV w postaci czapki, kapelusza lub parasola



Źródło: opracowanie własne.

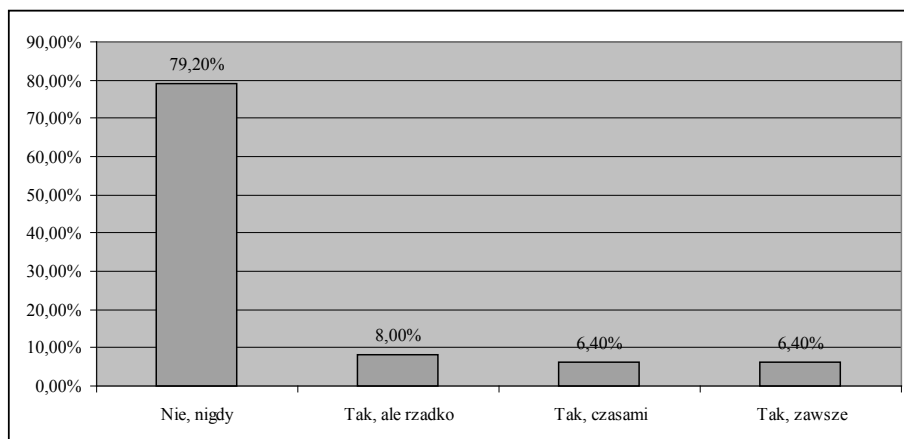
Problem ze zdrowiem oczu często wynika z urazów mechanicznych. Gałka oczna jest bardzo wrażliwa. W związku z tym nieprzestrzeganie podstawowych zasad bezpieczeństwa podczas pracy, a także w czasie treningów sportowych może doprowadzić do mechanicznego uszkodzenia gałki ocznej. Konsekwencje tego typu urazów mogą przyczynić się do pogorszenia, a nawet utraty wzroku. Kolejne pytania zadane respondentom miały na celu sprecyzować, ile osób pamięta o noszeniu okularów ochronnych podczas uprawiania sportów oraz w czasie prac, stanowiących ryzyko powstawania opiłków lub odprysków mogących dostać się do oka i je uszkodzić. Z odpowiedzi wynika, że podczas uprawiania sportów aż 91 osób (72,80%) nigdy nie używa okularów ochronnych. Sporadycznie stosuje je 20 osób (16%), zazwyczaj – 8 osób (6,40%), natomiast jedynie 6 osób ze 125 badanych (4,80%) używa okularów sportowych podczas każdego treningu. Odnośnie korzystania z okularów ochronnych podczas niebezpiecznych prac sytuacja przedstawia się gorzej, ponieważ aż 99 osób (79,20%) nie używa ich nigdy, a tylko 8 osób (6,40%) pamięta o nich zawsze. Tymczasem 10 osób (8%) używa okularów ochronnych rzadko, a 8 osób (6,40%) czasami.

**Wykres 7.** Odsetek osób używających okularów ochronnych podczas uprawiania sportów



Źródło: opracowanie własne.

**Wykres 8.** Odsetek osób używających okularów ochronnych podczas wykonywania niebezpiecznych prac

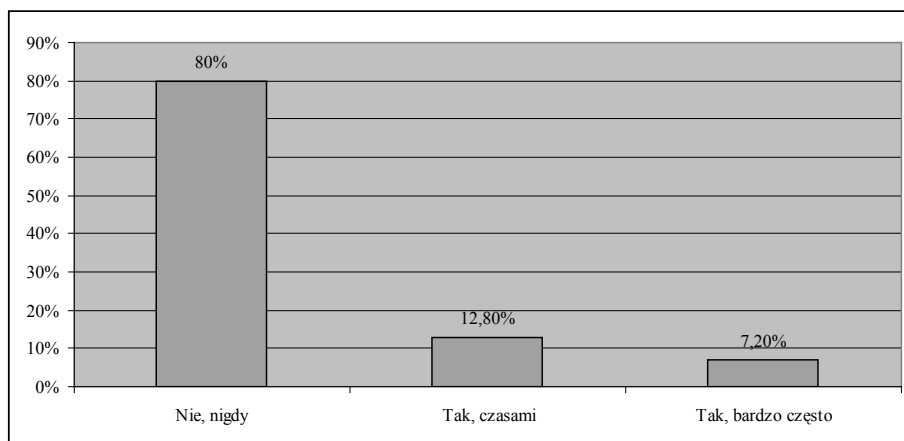


Źródło: opracowanie własne.

Jak wynika z powyższych wykresów, mieszkańcy Warszawy bardzo rzadko myślą o bezpieczeństwie swoich oczu, zapominając o ich ochronie podczas uprawiania sportów lub w czasie prac, podczas których może dojść do uszkodzenia oczu, np. opiłkami. Takie zachowania mogą być bardzo groźne, stanowią one ryzyko utraty wzroku jeżeli nie na skutek samego urazu to w wyniku powikłań pourazowych.

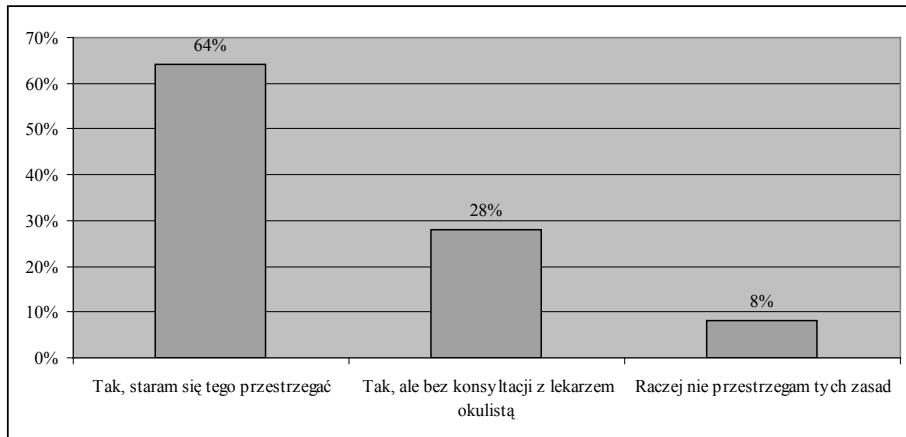
Bardzo istotne dla zdrowia oczu jest przestrzeganie zaleceń lekarza okulisty. Coraz więcej osób spędza dziennie mnóstwo czasu przed monitorem komputera zarówno w pracy, jak i w domu. Kolejnym czynnikiem ryzyka dla zdrowia narządu wzroku jest fakt, że w społeczeństwie coraz bardziej popularne staje się noszenie szkieł kontaktowych. Wśród pacjentów decydujących się na noszenie soczewek dbanie o odpowiednią higienę oka oraz korzystanie z porad specjalistów jest bardzo istotne. Najczęstszą przyczyną chorób oczu, takich jak zapalenie spojówek, które w przyszłości mogą skutkować poważniejszymi chorobami, jest nieprzestrzeganie zasad higieny podczas używania soczewek kontaktowych. Poniższe pytania wykazują ile osób spośród badanych używa soczewek kontaktowych. Odpowiednio 9 osób (7,20%), które noszą soczewki regularnie, 16 osób (12,80%), które stosują soczewki okazjonalnie i aż 100 osób, które nigdy ich nie używają. Pytanie dotyczące wypełniania zaleceń lekarza okulisty odnośnie noszenia soczewek kontaktowych wykazało, że spośród osób, które używają soczewek kontaktowych, 16 osób (64%) przestrzega zaleceń okulisty, 7 osób (28%) dba o higienę i odpowiednią częstotliwość wymiany soczewek, ale bez konsultacji z lekarzem, natomiast jedynie 2 osoby (8%) stosują soczewki bez konsultacji z lekarzem i nie przestrzegają zasad ich właściwego użytkowania.

**Wykres 9.** Odsetek osób używających soczewki kontaktowe



Źródło: opracowanie własne.

**Wykres 10.** Odsetek osób stosujących soczewki zgodnie z zaleceniami lekarza i zasadami zdrowego użytkowania



Źródło: opracowanie własne.

Powyższe badania wykazały, że względnie niewiele osób spośród wybranych respondentów używa soczewek kontaktowych, ponieważ jest to jedynie 25 osób ze 125 badanych. Budującym jest fakt, że aż 17 osób z 25 dba o higienę oczu i stosuje się do zaleceń lekarzy okulistów, a jedynie 2 osoby nie przestrzegają zasad odpowiedniego noszenia soczewek.

## Wnioski

Mieszkańcy Warszawy zbyt mało uwagi poświęcają tematowi zdrowia oczu, nie przestrzegając regularnych wizyt w gabinecie okulistycznym oraz nie stosując się do zaleceń lekarza.

1. Mieszkańcy Warszawy zbyt okazjonalnie używają odpowiednich okularów, zapominając o ochronie oczu przed słońcem oraz urazami mechanicznymi.
2. Należy pamiętać o odpowiedniej ochronie jaką stanowią okulary przeciwsłoneczne z odpowiednimi filtrami, zakupione w profesjonalnych salonach optycznych oraz o używaniu okularów ochronnych podczas niebezpiecznych prac lub podczas uprawiania sportu.
3. Stan wiedzy oraz świadomości mieszkańców Warszawy na temat profilaktyki chorób oczu jest słaby. Jedynie niewielka liczba ankietowanych troszczy się o swoje zdrowie, co oznacza, że ryzyko zachorowania na choroby oczu dotyczy większości respondentów.

---

## **Bibliografia:**

**Falkowska F. (1978)**, *Okulistyka*, Podręcznik dla studentów medycyny – Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa.

**Gregory R.L. (1971)**, *Oko i mózg. Psychologia widzenia*, Państwowe Wydanie Naukowe, Warszawa.

**Kański J. (1997)**, *Okulistyka kliniczna*, Wydawnictwo medyczne Urban & Partner, Wrocław.

**Karski J.B. (2003)**, *Praktyka i teoria promocji zdrowia – wybrane zagadnienia*, CeDeWu, wydanie I, Warszawa.

**Korporowicz V. (2008)**, *Promocja Zdrowia – kształtowanie przyszłości*, Szkoła główna handlowa w Warszawie, Warszawa.

**Łyżnik D. (2012)**, *Wzrok dobro najwyższe*, Wydanie polskie „Interspar” Sp. z o.o. Pol W. (1964), *Zdrowie dla wszystkich, wzrok i jego ochrona*, Państwowy zakład wydawnictw lekarskich, Warszawa.

**Vaughan D., Asury T., Cook R. (1972)**, *Podstawy okulistyki*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa.

[www.rynekzdrowia.pl/Okulistyka/Lepiej-zapobiegać-niz-leczyć](http://www.rynekzdrowia.pl/Okulistyka/Lepiej-zapobiegać-niz-leczyć)  
dostęp: 5 kwietnia 2012.



**Jan Krakowiak**

Społeczna Akademia Nauk

**Tomasz Gajewski**

Lubuska Wyższa Szkoła Zdrowia Publicznego w Zielonej Górze

**Alfred Owoc**

Lubuska Wyższa Szkoła Zdrowia Publicznego w Zielonej Górze

**Bożena Chudak**

Lubuska Wyższa Szkoła Zdrowia Publicznego w Zielonej Górze

**Iwona Bojar**

Instytut Medycyny Wsi w Lublinie

**Włodzimierz Stelmach**

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

**Iwona Stelmach**

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

**Efektywność programu profilaktycznego „Zapobieganie Zespołom Bólowym Kręgosłupa u pracowników biurowych” – Część I: Analiza wstępna**

**Efficiency of prevention program “Prevention of back pains in office workers” – Part I: Initial analysis**

**Abstract:**

**Background:** Back and neck pains (bnp) are common health problem, also in office workers. The aim of the study was to present initial analysis of incidence back pains in office workers. It provides the basis for further estimation of efficiency of prophylactic action oriented towards the prevention of back pains in office workers.

**Material and methods:** There was questionnaire study conducted for initial estimation of back pains as a health problem in office workers. 206 workers took part in the study.

**Results:** The study revealed high incidence of bnp in office workers. Before prophylactic intervention the point prevalence of lumbar pains was 70,9% of examined and 60,7% according to neck pains (88,8% had pains in any region of spine).

**Conclusions:** High incidence of bnp in the examined group of office workers was sufficient reason for conducting prophylactic action.

**Key-words:** back pain syndrom, neck pain, office work, prophylaxis

## Wstęp

Zespoły bólowe kręgosłupa (zbk) stanowią powszechny problem zdrowotny, mający również swoje poważne konsekwencje zawodowe, ekonomiczne i społeczne. Z wielu badań wynika, że 70-85% ludzi w jakimś momencie swojego życia będzie cierpiało z powodu bólów dolnego odcinka kręgosłupa [Andersson 1999, Croft 1998, Beeck, Hermans 2000, Ehrlich 2003, McKenzie, May 2003, Nachemson, Jonsson 2000, van Tulder 2004]. Prawdopodobieństwo wystąpienia takiego bólu w przeciągu roku wynosi 15-45% (przeciętnie 30%) a największe rozpowszechnienie zbk występuje między 35 a 55 r.ż. [van Tulder 2004]. Według danych europejskich 30% pracowników cierpi z powodu zbk, wskutek czego zbk dominuje w rankingu schorzeń związanych z pracą [Beeck, Hermans 2000]. W Stanach Zjednoczonych z powodu bólów pleców rocznie traconych jest 149 milionów dni pracy, a koszty z tym związane przekraczają rocznie 100 miliardów dolarów [Freburger et al. 2009, Jacobs 2003]. Zbk są także częstą przyczyną absencji chorobowej w pracy. Według danych brytyjskich z lat 1988-1989 zbk były powodem 12,5% ogółu wszystkich dni zwolnień chorobowych, a według danych szwedzkich z 1987 roku 13,5% wszystkich dni zwolnień chorobowych [Andersson 2009]. Do tego dochodzą koszty związane z niepełnosprawnością i zaburzeniami funkcjonowania w życiu codziennym, które typowe są szczególnie dla dolegliwości o charakterze przewlekłym. Bóle pleców mogą być także przyczyną utraty pracowników wysoko kwalifikowanych, co pośrednio wpływa na stabilność organizacyjno-finansową zakładów pracy. W Polsce zbk są najczęstszym schorzeniem układu ruchu stwierdzanym u osób korzystających z leczenia sanatoryjnego (z reguły w związku z dolegliwościami przewlekłymi) – zarówno w ramach prewencji rentowej ZUS jak i w ramach leczenia refundowanego przez NFZ [Minta i in. 2012]. Ryzyko wystąpienia zbk może być różne w różnych grupach zawodowych. Wysoką zapadalność wykazano w niektórych zawodach, np. u kierowców zawodowych, stolarzy, pielęgniarek, dentyków, rolników [Holmberg, Thelin 2010, Kierklo i in. 2012, Solecki 2011]. Także praca biurowa wiąże się ze szczególnym obciążeniem kręgosłupa, którego cechą charakterystyczną jest długotrwałe przebywanie w pozycji siedzącej. Często jest to pozycja nieprawidłowa, nadmiernie pochylona. Te dwa elementy: długi czas oraz nieprawidłowa pozycja, stanowią główne czynniki sprawcze zbk przy pracy biurowej. Badania Nachemsona [Nachemson 1976] wyraźnie wskazują, że im większe zgięcie tułowia do przodu, tym większa siła deformująca działa na krążek międzykręgowy. Zmierzona przez niego siła nacisku na poziomie trzeciego kręgu lędźwiowego, podczas siedzenia, zmienia się znacząco zależnie od stopnia pochylenia tułowia. Podczas siedzenia z dużym pochyleniem tułowia, siła ta ma wartość dwukrotnie większą niż podczas siedzenia w prawidłowej



(wyprostowanej) pozycji siedzącej. Wielu badaczy i terapeutów potwierdza, iż dla dolnego odcinka kręgosłupa szkodliwe są nadmierne lub powtarzane zgięcia, z którymi wiąże się *splycenie naturalnej* lordozy lędźwiowej [Cyriax 2009, Donelson 2006, Kaltenborn 1998, Lewit 2001, McKenzie, Kubey 2000, McKenzie, May 2012, Nachemson, Jonsson 2000]. Szczególnie ważne w profilaktyce zbk powinny być zatem tzw. proste plecy. Uzyskaniu i utrzymaniu prawidłowej pozycji siedzącej sprzyjają wydatne rozwiązania ergonomiczne, dotyczące zarówno mebli biurowych, sprzętu komputerowego, jak i organizacji przestrzeni w biurze. Nie da się jednak nie zauważyć, że największy wpływ na sposób siedzenia będzie miał sam pracownik, zależnie od posiadanych nawyków oraz wiedzy. Dlatego też kluczowym elementem postępowania profilaktycznego powinna być edukacja pracowników, ukierunkowana na wyjaśnienie przyczyn zbk oraz przedstawienie metod zapobiegania im. Podkreśla się to m.in. w wytycznych europejskich opracowanych w ramach europejskiego programu COST (European Cooperation in Science and Technology) cel B13 – opublikowane w 2004 r. [Burton et al. 2004, Burton 2005].

Celem opracowania było przedstawienie rozpowszechnienia zbk w grupie pracowników biurowych, w ramach oceny wstępnej, przed planowanym wdrożeniem interwencji profilaktycznej.

## **Materiał i metody**

### **Osoby badane**

Badaniem objęto 206 pracowników administracyjno biurowych 5 instytucji o charakterze publicznym, funkcjonujących na terenie miasta Zielona Góra. Kobiety stanowiły 86,8% tej grupy. Wiek badanych mieścił się w granicach od 24 do 64 roku życia (średnia 43,84 lata, SD=10,21). Wszyscy badani byli zatrudnieni na stanowiskach biurowo-administracyjnych, spędzając w pozycji siedzącej przeciętnie 83,85% czasu pracy (według danych wstępnych; SD=13,69).

### **Kwestionariusz**

Źródłem danych do analizy była ankieta. Wstępnej ocenie poddano cztery grupy zagadnień: obciążenie układu ruchu związane z wykonywaną pracą (m.in. z wykorzystaniem elementów metody REBA), dolegliwości ze strony układu ruchu (ból w skali VAS, a także ocena stopnia zaburzeń funkcjonalnych związanych z zbk w oparciu o kwestionariusze ODI i NDI), wiedzę na temat przyczyn zespołów bólowych kręgosłupa i przeciążeń kończyn górnych oraz aktywność pozazawodową. Część z zadawanych pytań dotyczyła poten-

cyjnych czynników sprawczych lub predysponujących do zbk (np. czas pracy siedzącej, dźwiganie ciężarów, wadliwa organizacja stanowiska pracy, wiek, lata pracy). Niektóre z pytań, z kolei, dotyczyły czynników modyfikujących ryzyko wystąpienia zbk, w tym czynników potencjalnie ochronnych (np. regularna aktywność fizyczna, pozytywne zachowania zdrowotne).

Z metody REBA (Rapid Entire Body Assessment) wykorzystano część dotyczącą oceny ułożenia tułowia, szyi oraz kończyn dolnych. Uzyskana punktacja wahała się w granicach 1-9, gdzie większa wartość odpowiadała mniej korzystnej, bardziej obciążającej pozycji. Nasilenie bólu pleców lub karku podawane było w 10-stopniowej skali VAS (Visual Analog Scale), gdzie 0 oznaczało brak bólu, a 10 – ból nie do wytrzymania. Kwestionariusze ODI (Oswestry Disability Index – dla dolnego odcinka kręgosłupa) oraz NDI (Neck Disability Index) użyte do oceny zaburzeń funkcjonalnych (ograniczenia sprawności w wykonywaniu podstawowych, codziennych czynności) związanych z bólami kręgosłupa, umożliwiały wyliczenie stopnia zaburzeń w skali procentowej 0% – 100%. 0% oznaczało brak zaburzeń, a wzrastające wartości procentowe ODI lub NDI oznaczały odpowiednio większe ograniczenia sprawności.

## Analiza danych

W ramach oceny wstępnej dokonano charakterystyki grupy w oparciu o średnie wartości podstawowych parametrów, jak: wiek, płeć, procent czasu spędzonego w pozycji siedzącej, ilość krótkich przerw podczas pracy przy komputerze w ciągu dnia pracy, ułożenie ciała w trakcie pracy według punktacji cząstkowej REBA, stopień zaburzeń funkcjonalnych (oceniany wg kwestionariuszy ODI oraz NDI). W charakterystyce uwzględniono różnice pomiędzy grupą osób zgłaszających ból w dniu badania a grupą osób bez bólu. Rozpowszechnienie zespołów bólowych kręgosłupa w odcinkach: szyjnym, piersiowym i lędźwiowym określono jako procent osób z bólem względem wszystkich badanych. Należy podkreślić, że oceniano tu występowanie bólu w chwili badania (point prevalence), co ma istotne znaczenie dla interpretacji wartości rzeczywistych.

## Wyniki

Charakterystykę badanej grupy przedstawia tabela 1. W dniu szkolenia ból pleców lub karku, w różnych odcinkach, o zróżnicowanym nasileniu (od poczucia dyskomfortu do bólu nie do wytrzymania, VAS=1-10) zgłaszało 183 badanych (88,8%). W tej grupie osób parametry podane w tabeli: odsetek pracy

siedzącej, dzienny czas pracy przy komputerze, ilość krótkich przerw w pracy, ocena zajmowanej pozycji siedzącej w oparciu o metodę REBA, oraz wskaźniki ODI i NDI były mniej korzystne niż w grupie osób bez bólu. Szczególnie duża różnica widoczna była we wskaźnikach ODI i NDI.

**Tabela 1.** Charakterystyka grupy 206 pracowników biurowych – dane z wstępnego badania ankietowego z uwzględnieniem różnic między podgrupami osób z bólem i bez bólu kręgosłupa

Charakterystyka grupy	Cała grupa N=206	Osoby z bólem pleców/karku w czasie badania N=183	Osoby bez bólu pleców/karku w czasie badania N=23
Wiek (średnia $\pm$ SD) (lata)	43,84 $\pm$ 10,21	44,12 $\pm$ 9,8	41,48 $\pm$ 12,47
Płeć (mężczyźni/ kobiety)	27:179 (13,1%:86,9%)	24:159 (13,1%:86,9%)	3:20 (13,04%:86,96%)
Odsetek pracy siedzącej (średnia $\pm$ SD) (% dnia pracy)	83,85 $\pm$ 13,69	84,62 $\pm$ 13,32	77,83 $\pm$ 15,36
Dzienny czas pracy przy komputerze (średnia $\pm$ SD) (godziny)	6,90 $\pm$ 1,41	6,93 $\pm$ 1,43	6,64 $\pm$ 1,22
Ilość krótkich przerw w pracy – dziennie (średnia $\pm$ SD)	2,66 $\pm$ 2,34	2,54 $\pm$ 2,308	3,67 $\pm$ 2,45
Lata pracy o podobnym charakterze (średnia $\pm$ SD) (lata)	18,31 $\pm$ 10,26	18,37 $\pm$ 10,21	17,83 $\pm$ 10,83
Ocena cząstkowa w oparciu o metodę REBA (średnia $\pm$ SD)	5,4 $\pm$ 1,32	5,45 $\pm$ 1,33	4,95 $\pm$ 1,17
ODI - wskaźnik zaburzeń funkcjonalnych dla dolnego odcinka kręgosłupa (średnia $\pm$ SD) (%)	21,1 $\pm$ 14,8	23,25 $\pm$ 14,13	3,27 $\pm$ 4,95
NDI - wskaźnik zaburzeń funkcjonalnych dla szyjnego odcinka kręgosłupa (średnia $\pm$ SD) (%)	22,98 $\pm$ 14,9	25,03 $\pm$ 14,36	5,94 $\pm$ 5,47

Źródło: Opracowanie własne

Wśród osób zgłaszających ból kręgosłupa w dniu szkolenia (ankieta początkowa), dolegliwości najczęściej dotyczyły odcinka lędźwiowego (70,9% badanych), następnie odcinka szyjnego (60,7%) a najrzadziej odcinka piersiowego (22,8%). Bóle szyjne występowały u kobiet niemal tak samo często jak bóle w odcinku lędźwiowym, a jednocześnie ponad dwa razy częściej niż bóle szyjne u mężczyzn. U mężczyzn dominowały zdecydowanie bóle w odcinku lędźwiowym. Dane te potwierdziły potrzebę przeprowadzenia działań profilaktycznych ukierunkowanych na zapobieganie zespołom bólowym kręgosłupa u pracowników biurowych zakładów objętych badaniem.

**Tabela 2.** Występowanie w dniu badania bólu kręgosłupa w poszczególnych odcinkach w badanej grupie z uwzględnieniem różnic pomiędzy kobietami i mężczyznami

	<b>Cała grupa N=206</b>	<b>Kobiety N=179</b>	<b>Mężczyźni N=27</b>
<b>Ból w odcinku szyjnym kręgosłupa – ilość osób (% grupy)</b>	125 (60,7%)	117 (65,4%)	8 (29,6%)
<b>Ból w odcinku piersiowym kręgosłupa – ilość osób (% grupy)</b>	47 (22,8%)	45 (25,1%)	2 (7,4%)
<b>Ból w odcinku lędźwiowym kręgosłupa – ilość osób (% grupy)</b>	146 (70,9%)	123 (68,7%)	23 (85,2%)

Źródło: Opracowanie własne

## Omówienie

Praca o charakterze administracyjno-biurowym charakteryzuje się szczególną specyfiką. Do najważniejszych obciążeń w pracy biurowej, które mogą powodować problemy zdrowotne, należą: osłabienie narządu wzroku, związane z wielogodzinną pracą przy monitorze ekranowym oraz nadwyrężenie układu ruchu, w szczególności kręgosłupa, związane z długotrwałym przebywaniem w pozycji siedzącej. W grupie badanej średni odsetek czasu pracy siedzącej stanowił 83,85% dnia pracy, a średni czas pracy przy komputerze wyniósł prawie 7 godzin. Parametry te były nieco bardziej niekorzystne w podgrupie osób zgłaszających ból kręgosłupa. Niemniej jednak, wobec minimalnej różnicy względem podgrupy osób bez bólu, wydaje się, że są to typowe parametry charakteryzujące ten rodzaj pracy i związane z nią ryzyko. Dodatkowo, ze względu

na charakter pracy biurowej są to właściwości trudne do modyfikacji. Jedyną szansę na przerwanie monotonii siedzenia mogą stanowić przewidziane przepisami [Dz.U.1998.148.973] krótkie, cogodzinne przerwy. Tych jednak, respondenci robili wyraźnie za mało – średnio 2,66 dziennie (w podgrupie osób bez bólu kręgosłupa przerwy występowały, pomimo wszystko, zdecydowanie częściej, średnio 3,67 razy dziennie). Przyjmowana pozycja siedząca, oceniona tu z wykorzystaniem elementów metody REBA, świadczy o złych nawykach posturalnych pracowników. Uzyskana średnia wartość 5,4 przekracza wyraźnie połowę przyjętego zakresu skali (1-9). Wartość ta jest nieco wyższa w podgrupie osób z bólem kręgosłupa. Nawet jednak w podgrupie bez bólu ocena postawy siedzącej (średnio 4,95) jest daleka od ideału (przy całkowicie prawidłowej postawie wskaźnik ten nie powinien przekroczyć wartości 2).

Odsetek dolegliwości bólowych ze strony kręgosłupa jest tu znaczny. W diagnozowanej grupie, ból kręgosłupa w różnych odcinkach występował u 88,8% respondentów w chwili badania. Najczęściej był to ból w okolicy lędźwiowej (70,9% badanych), a niemal równie często była to dokuczliwość w okolicy *szyjnej* (60,7%). Są to wartości wyraźnie większe od tych, jakie można znaleźć w literaturze. W zestawieniu badań poczynionym przez Nachemsona zazwyczaj odsetek ten (dla bólu w chwili badania – point prevalence) mieści się w granicach 15-30% dla odcinka lędźwiowego. Ilość badań opisujących epidemiologię bólów w odcinku szyjnym jest wyraźnie mniejsza. Te dostępne klasyfikują ból występujący w tym fragmencie, z reguły, na poziomie 5-22%, choć w wybranych grupach zawodowych były to również wyższe odsetki, np. uczucie bólu napięciowego w obrębie szyi u monterów lamp dochodziło do 91% [Musculoskeletal Disorders and the Workplace 2001]. Można stwierdzić zatem, że badana grupa pracowników biurowych wypadła wyjątkowo niekorzystnie na tle przytoczonych danych. Z bólami kręgosłupa, których nasilenie ma wymiar subiektywny, wiążą się także zaburzenia funkcjonowania, których stopień można oszacować. Do tego celu służą wskaźniki zaburzeń funkcjonalnych, które ukazują stopień obniżenia sprawności pracownika spowodowany bólami pleców lub karku. Użyte w badaniu kwestionariusze ODI i NDI podają procent zaburzenia funkcji (oczywiście w odniesieniu do 10 obszarów funkcjonowania, sprawdzanych w każdym z kwestionariuszy). Względnie obrazowo oddaje to wpływ bólu kręgosłupa na spadek efektywności w pracy (np. z powodu samego bólu, trudności z koncentracją, niemożności dłuższego siedzenia bez bólu, ograniczeń w dźwiganiu przedmiotów, niewyspania spowodowanego bólami pleców w nocy). Dla pracodawcy jest to więc istotny parametr, który lepiej oddaje skutki przeciążenia kręgosłupa aniżeli sam ból. Badanie ujawniło dużą różnicę między wskaźnikami ODI i NDI pomiędzy grupą osób z bólem kręgosłupa i grupą bez bólu. Średni sto-

pień zaburzeń funkcjonalnych u osób zgłaszających ból kręgosłupa jednocześnie osiągnął zasadniczy poziom. W przypadku ODI (zaburzenia związane z dolegliwościami dolnego odcinka kręgosłupa) było to średnio 23,25%, podczas gdy dla NDI (zaburzenia związane z dolegliwościami odcinka szyjnego) było to poniekąd więcej – 25,03%. Znaczenie zjawiska bólów kręgosłupa dla zaburzeń procesu pracy zostało zaakcentowane nie tylko ze względu na sam ból, który może mieć charakter subiektywny, ale także w związku z konsekwencjami tego bólu, w tym z ograniczeniami codziennego funkcjonowania mierzonymi skalą ODI lub NDI.

Dane uzyskane w ramach wstępnego badania ankietowego wykazały znaczną powtarzalność występowania bólów kręgosłupa u pracowników firm objętych badaniem. Dotyczyło to zarówno dolegliwości w dolnym, jak i górnym odcinku kręgosłupa. Jednocześnie ujawniono niekorzystne wartości parametrów wpływających negatywnie na ryzyko występowania bólów kręgosłupa – długi czas pracy siedzącej, w tym przy komputerze (pozycja wymuszona), niedostateczna ilość przepisowych przerw podczas pracy przy komputerze oraz nieprawidłowe ułożenie ciała podczas pracy. O ile pierwsze dwa z tych czynników wynikają z charakteru pracy, o tyle dwa kolejne (ilość przerw i ułożenie ciała podczas siedzenia) mają charakter modyfikowalny. Ich zmiana wymaga jednak wprowadzenia odpowiednich innowacji organizacyjnych i ergonomicznych, a także (co bardzo ważne) wzrostu świadomości pracowników. Dla ograniczenia niekorzystnego zjawiska, jakim są bóle kręgosłupa związane z pracą biurową konieczne jest zatem postępowanie kompleksowe. W zakładach objętych badaniem wdrożono interwencję profilaktyczną opartą na działaniach edukacyjnych oraz niezbędnych modyfikacjach ergonomicznych. Efekty tej interwencji oceniono po trzech miesiącach, wykorzystując porównanie odpowiednich parametrów zawartych w ankiecie wstępnej i kontrolnej. Opis skutków interwencji zawarty jest w odrębnym opracowaniu (część II).

## WNIOSKI

W badanej grupie pracowników biurowych stwierdzono duży odsetek osób zgłaszających bóle kręgosłupa o różnym nasileniu, najczęściej w odcinku lędźwiowym i niemalże równie często w odcinku szyjnym. Z bólami kręgosłupa wiązało się znacznie większe ograniczenie sprawności niż u osób bez bólu pleców. Spostrzeżenia te potwierdziły potrzebę podjęcia stosownych działań profilaktycznych.

## BIBLIOGRAFIA:

**Andersson G.B.J. (1999)**, *Epidemiological features of chronic low-back pain*, *Lancet*; 354: 581–85.

**Burton A.K. et al. (2004)**, *European guidelines for prevention in low back pain*, [www.backpaineurope.org](http://www.backpaineurope.org)

**Burton A.K. (2005)**, *How to prevent low back pain. Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 4 (vol.19):541–555.

**Croft P.R. et al. (1998)**, *Outcome of low back pain in general practice: a prospective study*, *BMJ* 316(7141): 1356–1359.

**Cyriax J.H., Cyriax P.J. (2009)**, *Cyriax. Ilustrowany podręcznik medycyny ortopedycznej*, DB Publishing.

**De Beeck R.O., Hermans V. (2000)**, *Research on work-related low back disorders*, Office for Official Publications of the European Communities.

**Donelson R. (2006)**, *Rapidly Reversible Low Back Pain: an evidence-based pathway to widespread recoveries and savings*, Self Care First, LLC.

**Ehrlich G.E.(2003)**, *Low back pain. Bulletin of the World Health Organization*, 81:671-676.

**Freburger J. et al. (2009)**, *The Rising Prevalence of Chronic Low Back Pain*, *Arch Intern Med*.169(3): 251-258.

**Holmberg S.A.C., Thelin A.G. (2010)**, *Predictors of sick leave owing to neck or low back pain: a 12-year longitudinal cohort study in a rural male population*, *Ann Agric Environ Med*; 17(2): 251-257.

**Jacobs P., Golmohammadi K. (2003)**, *The cost of low-back pain: a review of the literature*, Prepared for the Health Services Utilization and Outcomes Commission of Alberta.

**Kaltenborn F.M. (1998)**, *Kręgosłup. Badanie manualne i mobilizacja*, Wyd. Rolewski. Kierklo A., Kobus A., Jaworska M., Botuliński B. (2011), *Work-related musculo-skeletal disorders among dentists - a questionnaire survey*. *Ann Agric Environ Med* 18(1):79–84.

**Lewit K. (2001)**, *Terapia manualna w rehabilitacji chorób narządu ruchu*, Wyd. ZL Natura.

*Low back pain. Costing report. Implementing NICE guidance*. National Institute for Health and Clinical Excellence, Londyn, 2009.

**McKenzie R., Kubey C. (2000)**, *7 steps to a pain-free life*, Dutton.

**McKenzie R, May. S. (2003)**, *The Lumbar Spine. Mechanical Diagnosis & Therapy*, Spinal Publications New Zealand Ltd, Waikanae.

---

**Minta P., Sędziak A., Bugajski A., Sobolak M. (2012),** *Identyfikacja wpływu niektórych uwarunkowań na wyniki prewencji rentowej w dysfunkcjach narządu ruchu.* Med. Pr. 63(2):167-179.

*Musculoskeletal Disorders and the Workplace: Low Back and Upper Extremities. Panel on Musculoskeletal Disorders and the Workplace.* National Academy Press, Waszyngton, 2001.

**Nachemson A.L. (1976),** *The lumbar spine. An orthopaedic challenge,* Spine 1: 59-71.

**Nachemson A.L., Jonsson E. (2000),** *Neck and Back Pain: The Scientific Evidence of Causes, Diagnosis, and Treatment,* Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia.

*Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 1 grudnia 1998 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy na stanowiskach wyposażonych w monitory ekranowe (Dz.U.1998.148.973)*

**Solecki L. (2011),** *Bóle pleców w dolnej części kręgosłupa wśród rolników ekspozowanych na wibrację ogólną – przegląd piśmiennictwa,* Med. Pr. 2011; 62(2):187-202.

**van Tulder M. et al. (2004),** European guidelines for the management of acute non-specific low back pain in primary care. [www.backpaineurope.org](http://www.backpaineurope.org). [data dostępu 02.12.2013]



**Tomasz Gajewski**

Lubuska Wyższa Szkoła Zdrowia Publicznego w Zielonej Górze

**Alfred Owoc**

Lubuska Wyższa Szkoła Zdrowia Publicznego w Zielonej Górze

**Jerzy Zarzeczny**

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego

**Jan Krakowiak**

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

**Iwona Bojar**

Instytut Medycyny Wsi w Lublinie

**Efektywność programu profilaktycznego „Zapobieganie Zespołom Bólowym Kręgosłupa u pracowników biurowych” – Część II: Wyniki interwencji**

**Efficiency of prevention program “Prevention of back pains in office workers” – Part II: Results of intervention**

---

**Abstract:**

**Background:** Back and neck pains (bnp) are common health problem, also in office workers. The aim of the study was to present prophylactic action oriented towards the prevention of back pains in office workers and to estimate it's effects after 3-months period since the initiation.

**Material and methods:** The prophylactic intervention was based mainly on the education of workers (including information about causes of bnp and methods of its prevention), as well on some individual, simple ergonomic modifications. There were two questionnaire studies conducted in interval of 3 months: initial and control questionnaire. 206 workers took part in the intervention, 65 persons filled out the control questionnaire. The dates of paired questionnaires (primary and control) delivered by those 65 persons, were compared to estimate the effects of intervention.

**Results:** Comparison analysis of initial and control questionnaire revealed improvement at significant part of examined according to: intensity of back pains,

disability index, correctness of sitting position, number of short-breaks at work and physical activity after work.

**Conclusions:** After 3 months since the beginning of prophylactic intervention, based on educational component and small ergonomic modifications, positive effects were observed.

**Key-words:** back pain syndrom, neck pain, office work, prevention

## Wstęp

W części pierwszej opracowania opisano dane epidemiologiczne dotyczące rozpowszechnienia zespołów bólowych kręgosłupa (zbk) wraz z konsekwencjami nie odnoszącymi się do zdrowia – na gruncie zawodowym, ekonomicznym i społecznym. W tym kontekście przedstawiono wyniki wstępnego badania ankietowego pracowników biurowych 5 zakładów pracy. Rezultaty ujawniły szczególnie dużą częstotliwość występowania zbk w tej grupie zawodowej, zarówno w odniesieniu do szyjnego, jak i lędźwiowego odcinka kręgosłupa. W badaniu własnym, w dniu badania, ból kręgosłupa w którymkolwiek odcinku zgłaszało 88,8% respondentów, przy czym w okolicy lędźwiowej 70,9% a w okolicy szyjnej – 60,7% badanych. Z przedmiotowymi bólami wiązało się wyraźne zaburzenie funkcjonowania w życiu codziennym (ograniczenie sprawności), które mierzone typowymi dla kręgosłupa skalami ODI i NDI osiągało poziomy – odpowiednio 23% i 25% (wartości średnie). Wyniki te uzasadniały wdrożenie w zakładach objętych badaniem odpowiednich działań profilaktycznych ukierunkowanych na zapobieganie zbk.

Uzasadnieniem dla podjęcia działań zapobiegawczych była również, opisywana w literaturze, zauważalna powtarzalność nawrotów zbk. W oparciu o dane przedstawione przez różnych badaczy oszacowano, że powracanie bólów w dolnej części kręgosłupa na przestrzeni całego życia może osiągać 85% [De Beeck, Hermans 2000, Donelson 2006, Freburger et al. 2009]. Nawroty w krótszych przedziałach czasu osiągają niewątpliwie niższe, ale ciągle niepokojące wartości (44% na przestrzeni roku, według danych szwedzkich czy 20% na rok i 36% w przeciągu 3 lat, według danych kanadyjskich) [Andersson 1999, De Beeck, Hermans 2000]. Co charakterystyczne, najwięcej powtórných epizodów zbk występowało u osób w wieku 25–44 lat, a więc w okresie intensywnej aktywności zawodowej. Kolejne doświadczenia zbk wiążą się z reguły z coraz dłuższym czasem trwania i stopniowo coraz większym poziomem zaburzeń funkcjonalnych [Burton 2005, Donelson 2006]. Celem postępowania profilaktycznego winno być zatem ograniczenie zjawiska nawrotów.

Nadal jednak brakuje powszechnie przyjętej i skutecznej strategii zapobiegania zbk. Owszem, dostępne są propozycje złożonych działań zapobiegawczych [Burton et al. 2004, Burton 2005], ciągle jednak w opiece zdrowotnej bardziej akcentowany jest proces leczenia zbk. Dla opracowania strategii opartych na dowodach naukowych (evidence-based guidelines) w 1999 r., w ramach europejskiego programu COST (European Cooperation in Science and Technology) wyznaczono cel B13. W tym ogólnoeuropejskim projekcie wzięło udział 48 specjalistów z 14 krajów. Efektem pracy 4 grup roboczych były opublikowane w 2004 r. dokumenty, wśród których znalazły się wytyczne dotyczące metod zapobiegania bólowi dolnego odcinka kręgosłupa. Zwrócono uwagę na różne stosowane dotychczas sposoby i oceniono ich skuteczność na podstawie dowodów naukowych. Dla poszczególnych metod przedstawiono istotne założenia i stosowne rekomendacje. Analiza szczegółowych rekomendacji grupy COST prowadzi jednak do wniosku, że dla żadnego z wymienionych zagadnień (rozwiązań), stosowanych w sposób izolowany, nie ma wystarczających dowodów naukowych na skuteczność (w standardzie RCT). Najbardziej obiecujące wydało się połączenie ćwiczeń i aktywności fizycznej z odpowiednią edukacją, uwzględniającą zagadnienia biologiczne, psychologiczne (behawioralne) i społeczne. Wdrożenie tych działań wymaga jednak kompleksowego podejścia. Jednym z warunków powodzenia jest także zmiana w postrzeganiu problemu bólów pleców, wpływu codziennej aktywności i pracy na nie, jak również w dostrzeżeniu możliwości zapobiegania dolegliwościom kręgosłupa. Nie musi to być bowiem zjawisko nieuchronne.

W wyborze metod oddziaływania profilaktycznego kierowanego do pracowników zakładów objętych badaniem, sugerowano się wynikami badania wstępnego oraz danymi z zakresu literatury. W przypadku pracy biurowej, związanej z długotrwałym przebywaniem w pozycji siedzącej, do podstawowych, modyfikowalnych czynników ryzyka zbk zalicza się nieprawidłowy sposób siedzenia (wynikający z niedostatków ergonomicznych oraz indywidualnych błędów posturalnych – garbienie się) oraz czynnik czasu (monotonia siedzenia). W przypadku grupy badanej, we wstępnej analizie, ocena pozycji siedzącej z wykorzystaniem elementów metody REBA ujawniła niewłaściwe nawyki posturalne pracowników. Przy przyjęciu 9-punktowej skali (1–9), gdzie wyższa punktacja oznaczała nieprawidłowe ustawienie tułowia, głowy lub kończyn w większym stopniu, a postawie prawidłowej odpowiadała punktacja 1–2, badani uzyskali średnią wartość 5,4. Tymczasem o monotonii siedzenia świadczyły inne parametry: odsetek czasu pracy siedzącej (tu: wyniósł 83,85% dnia pracy), średni czas pracy przy komputerze (tu: prawie 7 godzin) oraz ilość przewidzianych przepisami krótkich przerw od pracy przy komputerze (tu: średnio tylko 2,66).

Celem pracy było przedstawienie działań profilaktycznych ukierunkowanych na zapobieganie bólowi kręgosłupa w grupie pracowników biurowych oraz oceny efektów po trzech miesiącach od wprowadzenia w życie.

## **Materiał i metody**

### **Osoby badane**

Działaniem profilaktycznym objęto 206 pracowników administracyjno biurowych 5 instytucji o charakterze publicznym, funkcjonujących na terenie miasta Zielona Góra. Kobiety stanowiły 86,8% tej grupy. Wiek badanych mieścił się w granicach od 24 do 64 lat (średnia 43,84 lata, SD=10,21). Wszyscy badani byli zatrudnieni na stanowiskach biurowo-administracyjnych, spędzając w pozycji siedzącej przeciętnie 83,85% czasu pracy (według danych wstępnych; SD=13,69). W ocenie efektów interwencji uwzględniono dane od 65 osób, które przystąpiły do badania (spośród 206) i zakończyły je wypełnieniem ankiety ewaluacyjnej.

### **Interwencja profilaktyczna**

Działanie profilaktyczne obejmowało szkolenie nt. przyczyn i metod zapobiegania zbk oraz drobne interwencje ergonomiczne na stanowisku pracy, głównie takie, które można było wprowadzić w życie szybko, prosto, bez większych nakładów finansowych (np. zmiana ustawienia monitora, pilnowanie regularnych przerw w pracy przy monitorze ekranowym, zgodnie z obowiązującymi przepisami i zaleceniami [Dz.U.1998.148.973]). Szkolenie prowadzone było przez lekarza, specjalistę medycyny pracy i rehabilitacji medycznej. Obejmowało ono informacje na temat przyczyn zbk u pracowników biurowych, budowy kręgosłupa, zasad ergonomicznej organizacji stanowiska komputerowego, prawidłowej postawy siedzącej, przydatności podparcia lędźwiowego, technik bezpiecznego dźwigania, znaczenia regularnej aktywności fizycznej oraz ćwiczeń profilaktycznych pleców i szyi. Pracownicy otrzymali listy kontrolne stanowiska komputerowego, służące indywidualnej ocenie organizacji swojego miejsca pracy. Ocena zawierała dziesięć obszarów problemowych. Negatywne odpowiedzi na pytania zawarte w liście sugerowały płaszczyzny wymagające interwencji, np. wspomniane ustawienie monitora czy oświetlenie miejsca pracy, regulacja fotela, swoboda ruchu i inne. Poprawki należało wprowadzać na bieżąco, konsultując je w razie potrzeby ze służbami BHP. Przede wszystkim jednak chodziło o świadome działanie samego pracownika, który uzyskał

odpowiednią wiedzę podczas szkolenia i w ten sposób mógł dokonywać samodzielnych, właściwych wyborów rozwiązań w organizacji swojego stanowiska pracy. Uzupełnieniem oddziaływania edukacyjnego były ulotki zawierające proste ćwiczenia pleców i karku, zaczerpnięte z metody McKenzie, a także poradnik dla pacjenta „Wylecz swój kark” Robina McKenzie, którego egzemplarz trafił do każdej instytucji. Zwracano również uwagę na znaczenie aktywnego sposobu spędzania wolnego czasu po pracy dla poprawy stanu kręgosłupa.

Na podstawie ankiet wstępnych sporządzono raporty dla instytucji biorących udział w badaniu i postępowaniu profilaktycznym. Przekazano je kierownictwu zakładów, ich służbom BHP, a w wersji elektronicznej udostępniono pracownikom. W raportach przedstawiono stan początkowy, przed interwencją, obejmujący analizę, m.in.: struktury wiekowej, obciążenia układu ruchu pracowników (w oparciu o metodę REBA), zgłaszanych dolegliwości bólowych kręgosłupa i ich konsekwencji (m.in. stopień zaburzeń funkcjonalnych, ilość dni w ramach absencji chorobowej spowodowanej bólami kręgosłupa w ostatnim roku) czy aktywności pozazawodowej, ze szczególnym uwzględnieniem sportu rekreacyjnego. Wymieniono także podane przez pracowników zastrzeżenia dotyczące organizacji ich stanowiska pracy, wpływające negatywnie na poczucie komfortu. Obiekcje były przedmiotem zainteresowania służb BHP i pracodawców, odpowiedzialnych za zapewnienie bezpiecznych warunków pracy, zgodnych z wymogami określonymi w obowiązujących przepisach.

## Kwestionariusz

Źródłem danych do analizy była kompilacja dwóch ankiet. Pierwsza wypełniana była przez pracowników (206 osób) tuż przed szkoleniem nt. zasad profilaktyki zespołów bólowych kręgosłupa. Jej celem było stworzenie obrazu początkowego grupy szkolonych pracowników, jako punktu odniesienia dla oceny porównawczej planowanej po wprowadzeniu sugerowanych działań naprawczych i prewencyjnych. Drugie badanie ankietowe przeprowadzone zostało w trzy miesiące od pierwszego. Jego celem była ocena zmian, zarówno w zakresie dolegliwości bólowych kręgosłupa (w tym także zaburzeń funkcjonalnych związanych z bólami), jak i w zakresie czynników sprawczych zbk typowych dla pracy biurowej (czas pracy siedzącej, ilość krótkich przerw, obciążenie statyczne w pozycji siedzącej zgodnie z metodą REBA) czy sposobu spędzania wolnego czasu (m.in. intensywność uprawiania sportu rekreacyjnego). W badaniu tym wzięło udział 65 osób. Ponieważ obie ankiety zawierały dane umożliwiające charakterystykę respondenta, uzyskano 65 par ankiet, na podstawie których dokonano oceny porównawczej – oceny efektów podjętej interwencji.

Obie ankiety zawierały część wspólnych elementów, które wykorzystano w analizie porównawczej. Zastosowano wybrane gotowe narzędzia badawcze. Z metody REBA (Rapid Entire Body Assessment) wykorzystano część dotyczącą oceny ułożenia tułowia, szyi oraz kończyn dolnych. Uzyskana punktacja wahała się w granicach 1-9, gdzie większa wartość odpowiadała mniej korzystnej, bardziej obciążającej pozycji. Nasilenie bólu pleców lub karku ujęto w 10-stopniowej skali VAS (Visual Analog Scale), gdzie 0 oznaczało brak bólu, a 10 – ból nie do wytrzymania. Kwestionariusze ODI (Oswestry Disability Index – dla dolnego odcinka kręgosłupa) oraz NDI (Neck Disability Index) użyte do oceny zaburzeń funkcjonalnych (ograniczenia sprawności w wykonywaniu podstawowych, codziennych czynności) związanych z bólami kręgosłupa, pozwalały na wyliczenie stopnia nieprawidłowości w skali procentowej 0% – 100%. 0% oznaczało brak zaburzeń, a wzrastające wartości procentowe ODI lub NDI określały odpowiednio większe ograniczenia sprawności.

Odstęp trzech miesięcy pomiędzy oceną wstępną i kontrolną miał tu swoje praktyczne uzasadnienie. Zgodnie z założeniem przyjętym w międzynarodowych wytycznych, blisko 90% zespołów bólowych kręgosłupa ustępuje w czasie 12 tygodni od początku epizodu bólowego [Rudwaleit, Märker-Hermann 2012, Van Tulder et al. 2004]. Należało więc sprawdzić, czy podjęte interwencje i przekazana wiedza, w danym okresie, pozwoliły zmniejszyć częstotliwość występowania zespołów bólowych kręgosłupa wśród pracowników objętych działaniem lub też zmniejszyć ich intensywność, bądź stopień zaburzeń funkcjonalnych. Z drugiej strony, na poprawę indywidualnych nawyków posturalnych i ruchowych, poprzez regularne kontrolowanie postawy i wykonywanie codziennych czynności zgodnie z zasadami przekazanymi podczas szkolenia, mogą wystarczyć już cztery tygodnie [McKenzie, Kubey 2000]. Jest to przede wszystkim kwestia samokontroli. Wydłużony czas nie gwarantuje większej skuteczności w zakresie zmiany niekorzystnych nawyków.

## **Analiza efektów działań profilaktycznych**

Do oceny efektów podjętych działań zastosowano porównanie wybranych danych, które w tej samej formie występowały, zarówno w ankiecie początkowej, jak i końcowej. Na przedmiotowe dane składają się: procent czasu spędzanego w pozycji siedzącej, punktacja cząstkowa REBA, ilość krótkich przerw podczas pracy przy komputerze w ciągu dnia pracy, nasilenie bólu pleców lub karku, wynikający z tego bólu stopień zaburzeń funkcjonalnych (oceniany wg kwestionariuszy ODI oraz NDI), aktywność ruchowa po pracy. Dane te porównywano na podstawie wartości średniej dla badanej grupy, a także na podstawie liczby osób, u których zaszły zmiany w ramach sprawdzanych parametrów (poprawa lub pogorszenie).

## Wyniki

Grupowe zestawienie porównawcze danych z obu ankiet ilustruje tabela 1. Porównywane były średnie wartości wybranych zmiennych: czas pracy siedzącej, ilość krótkich przerw w pracy, ocena pozycji wg REBA, nasilenie bólów w odcinku szyjnym, piersiowym i lędźwiowym kręgosłupa w skali VAS, wartości wskaźników zaburzeń funkcjonalnych ODI i NDI, częstość uprawiania sportu rekreacyjnego. W ramach wszystkich zmiennych odnotowano zmiany wskazujące na poprawę, choć dla niektórych parametrów były to zmiany bardzo dyskretne, nieznaczące (np. czas pracy siedzącej praktycznie nie uległ modyfikacji, co należy wiązać z charakterem pracy biurowej – jest to w tym przypadku właściwość trudna do przekształcenia). Poprawa nastąpiła w zakresie odczuwanych dolegliwości bólowych kręgosłupa odzwierciedlonych w skali VAS (zdecydowana poprawa w przypadku bólów odcinka piersiowego). Co ważne, odnotowano wyraźny postęp w zakresie parametrów związanych ze stylem życia i stylem pracy, co może procentować w przyszłości – wzrosła średnia częstość uprawiania sportu rekreacyjnego oraz ilość krótkich przerw podczas pracy przy monitorze ekranowym (nadal jednak średnia 4,38 przerw dziennie odbiega od wymogu 7 cegodzinnych, pięciominutowych przerw, wynikającego z obowiązujących przepisów i wytycznych ergonomicznych).

**Tabela 1.** Grupowe porównanie wyników ankiet – początkowej i kontrolnej

Grupa N=65	Wyniki ankiety początkowej	Wyniki ankiety kontrolnej	Kierunek zmian
Odsetek pracy siedzącej (% dnia pracy) (średnia $\pm$ SD)	83,13 $\pm$ 14,24	82,31 $\pm$ 11,96	bez wyraźnej zmiany
Ilość krótkich przerw w pracy - dziennie (średnia $\pm$ SD)	2,97 $\pm$ 2,45	4,38 $\pm$ 2,64	wyraźna poprawa
Ocena pozycji podczas pracy w oparciu o metodę REBA (średnia $\pm$ SD)	5,44 $\pm$ 1,29	5,19 $\pm$ 1,28	poprawa
Nasilenie bólów w odcinku szyjnym kręgosłupa (VAS) (średnia $\pm$ SD)	5,19 $\pm$ 2,43	4,24 $\pm$ 2,59	poprawa

Nasilenie bólów w odcinku piersiowym (VAS) (średnia $\pm$ SD)	4,36 $\pm$ 2,37	2,77 $\pm$ 1,88	wyraźna poprawa
Nasilenie bólów w odcinku lędźwiowym (VAS) (średnia $\pm$ SD)	4,54 $\pm$ 2,43	3,86 $\pm$ 2,13	poprawa
ODI - wskaźnik zaburzeń funkcjonalnych dla dolnego odcinka kręgosłupa (%) (średnia $\pm$ SD)	16,86 $\pm$ 14,81	16,16 $\pm$ 13,79	bez wyraźnej zmiany
NDI - wskaźnik zaburzeń funkcjonalnych dla szyjnego odcinka kręgosłupa (%) (średnia $\pm$ SD)	18,96 $\pm$ 14,74	17,66 $\pm$ 13,09	dyskretna poprawa
Częstość uprawiania sportu rekreacyjnego (ilość razy w ciągu miesiąca) (średnia $\pm$ SD)	10,77 $\pm$ 8,32	13,46 $\pm$ 9,84	poprawa

Źródło: Opracowanie własne

Analizując pary ankiet, wypełnione przez tą samą osobę, można uzyskać dodatkowe wiadomości na temat efektów podjętych działań. Tabela 2 stanowi zestawienie informacji z analizy opartej o zmiany indywidualne. Dla każdej ze studiowanych właściwości (nasilenie odczuwanych dolegliwości, stopień zaburzeń funkcjonalnych, ilość krótkich przerw, obciążenie wg REBA czy aktywność fizyczna po pracy) ilość osób, które odnotowały poprawę była wyraźnie większa od ilości osób, które w tym samym czasie zauważyły pogorszenie.

**Tabela 2.** Indywidualne porównanie wyników ankiet – początkowej i kontrolnej

Grupa N=65	ilość badanych, u których parametr uległ poprawie (% grupy) [średnią wartość zmiany]	ilość badanych, u których parametr uległ pogorszeniu (% grupy) [średnią wartość zmiany]	Kierunek zmian dla grupy
Ilość krótkich przerw w pracy - dziennie	29 osób (44,6%) [+2,79]	11 osób (16,9%) [-2,54]	wyraźna poprawa
Ocena pozycji podczas pracy w oparciu o metodę REBA	26 osób (40%) [-1,54]	17 osób (26,1%) [+1,59]	poprawa



<b>Nasilenie bólów w odcinku szyjnym kręgosłupa (VAS)</b>	11 osób (16,9%) [-2,54]	4 osoby (6,1%) [+2,5]	poprawa
<b>Nasilenie bólów w odcinku piersiowym (VAS)</b>	4 osoby (6,1%) [-2]	-	wyraźna poprawa
<b>Nasilenie bólów w odcinku lędźwiowym (VAS)</b>	16 osób (24,6%) [-2,25]	6 osób (9,2%) [+1,17]	poprawa
<b>ODI - wskaźnik zaburzeń funkcjonalnych dla dolnego odcinka kręgosłupa (%)</b>	27 osób (41,5%) [-7,74]	21 osób (32,3%) [+6,99]	poprawa
<b>NDI - wskaźnik zaburzeń funkcjonalnych dla szyjnego odcinka kręgosłupa (%)</b>	35 osób (53,8%) [-6,29]	17 osób (26,1%) [+7,09]	poprawa
<b>Częstość uprawiania sportu rekreacyjnego (ilość razy w ciągu miesiąca)</b>	18 osób (27,7%) [+9,33]	7 osób (10,8%) [-2,86]	wyraźna poprawa

Źródło: Opracowanie własne

Jako pozytywny efekt działań profilaktycznych należy odnotować, z pewnością, zmniejszenie (u części osób aż do ustąpienia) dolegliwości bólowych kręgosłupa u zdecydowanie większej liczby osób w porównaniu z grupą pracowników, u których ból uległ nasileniu (lub wywołaniu). Podobnie duża liczba osób uzyskała poprawę w zakresie wskaźników funkcjonalnych ODI, a zwłaszcza NDI (tu: stan ponad połowy badanych uległ poprawie). Są to osoby, u których zwiększył się poziom sprawności w wykonywaniu codziennych czynności, także związanych z pracą zawodową (średnio o 7,74% według ODI i 6,29% według NDI). Wyraźnie większe grono pracowników poprawiło swoje nawyki posturalne (26 osób osiągnęło mniejszą punktację w oparciu o metodę REBA, średnio o 1,54 punktu w porównaniu do 11 osób, u których ten parametr wzrósł) czy pozazawodową aktywność ruchową (18 osób w porównaniu do 7, u których ta aktywność spadła). Blisko połowa (29 pracowników) zwiększyła ilość krótkich przerw podczas pracy przy komputerze. Są to zmiany, które mogą świadczyć o poprawie świadomości pracowników.

## Omówienie

Działania profilaktyczne zmierzające do ograniczenia niekorzystnego zjawiska, jakim są bóle kręgosłupa związane z pracą biurową, muszą mieć kompleksowy charakter. Mimo że brak jest powszechnie przyjętych strategii profilaktycznych, to kierując się wytycznymi europejskimi [Burton et al. 2004, Burton 2005] można przyjąć, że połączenie elementów edukacyjnych z interwencją ergonomiczną wywoła pozytywny efekt. W przypadku zakładów objętych interwencją i badaniem edukacja pracowników była działaniem podstawowym (a jednocześnie najprostszym do przeprowadzenia, bez generowania wysokich kosztów). W szkoleniu zwracano szczególną uwagę na elementy zależne od samego pracownika, które nieraz poddaje się bardzo prostej i szybkiej modyfikacji. Akcentowano potrzebę dbałości o proste plecy podczas długotrwałego siedzenia, objaśniano zasady ergonomicznej organizacji stanowiska pracy przy komputerze, podkreślano rolę zdrowego stylu życia (m.in. sport rekreacyjny po pracy). Jako wariant alternatywny prezentowano inne rozwiązanie problemu monotonii pracy biurowej, poprzez tzw. pracę dynamiczną, polegającą na przeplataniu działań, wymagających postawy siedzącej z obowiązkami, obligującymi do wstania, przespacerowania się. Najprostszym sposobem na przezwycięzenie monotonii pracy siedzącej w warunkach biurowych, może być jednak sumienne egzekwowanie zawartego w przepisach [Dz.U.1998.148.973] wymogu stosowania regularnych, krótkich przerw od pracy przy komputerze. Zgodnie bowiem z §7 obowiązującego rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej, z dnia 1 grudnia 1998r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy na stanowiskach wyposażonych w monitory ekranowe [Dz.U.1998.148.973] „pracodawca jest obowiązany zapewnić pracownikom: 1) łączenie przemienne pracy związanej z obsługą monitora ekranowego z innymi rodzajami prac nie obciążającymi narządu wzroku i wykonywanymi w innych pozycjach ciała - przy nie przekraczaniu godziny nieprzerwanej pracy przy obsłudze monitora ekranowego lub 2) co najmniej 5-minutową przerwę, wliczaną do czasu pracy, po każdej godzinie pracy przy obsłudze monitora ekranowego”. Jeżeli łączenie prac o różnym charakterze jest trudne do zrealizowania (co w większości przypadków wydaje się faktem, skoro w grupie badanej średni czas pracy siedzącej wyniósł 83,85% dniówki), to pracownik powinien mieć możliwość skorzystania z krótkiej, cogodzinnej przerwy, wspomnianej w ust. 2). Przerwa ta, zgodnie z intencją ustawodawcy, powinna dotyczyć pracy przy monitorze ekranowym. W tym czasie można zająć się innymi czynnościami, wykonać serię krótkich ćwiczeń pleców, szyi, rąk lub nóg oraz zapewnić odpoczynek oczom (zalecane okresowe przeniesienie wzroku na odległy punkt za oknem

na około minutę). Mając na uwadze cel profilaktyczny (zmniejszenie obciążenia narządu wzroku i układu ruchu), nie należy tego uprawnienia ograniczać. W zamian można osiągnąć efekt lepszego zdrowia pracowników, którzy jednocześnie będą zdolni do bardziej efektywnej pracy. W przypadku badanej grupy udało się osiągnąć wyraźne zwiększenie liczby krótkich przerw podczas pracy przy monitorze ekranowym – z 2,97 (SD=2,45) do 4,38 (SD=2,64). 29 osób (44,6%) zintensyfikowało przerwy średnio o 2,79.

Jednym z korzystnych efektów interwencji, choć niezwiązanym bezpośrednio z wykonywaną pracą biurową, było zaobserwowane zwiększenie aktywności ruchowej po pracy. Częstotliwość uprawiania sportu w ciągu miesiąca wzrosła z 10,77 (SD=8,32) do 13,46 (SD=9,84), głównie dzięki 18 osobom (27,7%), które poprawiły swoje osiągnięcia w tym obszarze. Ruch rekreacyjny ma ważne znaczenie dla osób, które sporą część dnia spędzają w pozycji siedzącej. Pozwala on utrzymywać odpowiednią do wieku sprawność układu ruchu, a także działa korzystnie na układ krążenia i poprawia samopoczucie. Szkolenie obejmowało wskazówki dotyczące doboru optymalnej formy ruchu. Najbardziej korzystne wydają się różne rodzaje gimnastyki, pływanie czy nordic walking, choć nie wykluczano żadnej innej formy ruchu sportowego o charakterze rekreacyjnym, jeśli tylko jest tolerowana przez daną osobę i pokrywa się z jej upodobaniami. Cenne mogą być grupowe rodzaje aktywności, np. wspólne wyprawy rowerowe czy zespołowy nordic walking. Prócz efektu prozdrowotnego stwarzają także szansę na budowanie pozytywnych relacji interpersonalnych między pracownikami i wprowadzają element wzajemnej motywacji. Ze strony pracodawcy mile widziana jest zawsze stymulacja takiej aktywności, choćby poprzez dofinansowanie karnetów na basen lub zajęcia fitness.

Opisana w artykule interwencja profilaktyczna, ukierunkowana na zapobieganie zespołom bólowym kręgosłupa u pracowników biurowych pięciu zakładów pracy, mimo krótkiego czasu trwania, wykazała wymierną skuteczność. Nie łączyło się to z dużymi nakładami finansowymi a jedynie z krótkotrwałymi utrudnieniami organizacyjnymi, związanymi z przeprowadzeniem szkolenia i badania ankietowego. Ważna rola we wdrożeniu przyjętych na wstępie założeń profilaktycznych przypadła dalej kierownictwu zakładów pracy, służbom BHP, a przede wszystkim samym pracownikom. Jednocześnie w grupie badanych zaobserwowano korzystne zmiany, dotyczące stopnia obciążenia układu ruchu pozycją siedzącą, ilości przerw podczas pracy przy komputerze czy aktywności fizycznej po pracy. Nastąpiła pozytywna modyfikacja sposobu wykonywania pracy oraz elementów stylu życia części pracowników. Można mieć nadzieję, że będzie to efekt długotrwały. Dałoby to szansę na dalszą poprawę w zakresie dolegliwości bólowych kręgosłupa w badanej grupie pracowników.

## Wnioski

Przeprowadzona interwencja profilaktyczna, oparta głównie na przemysłanej edukacji oraz drobnych modyfikacjach ergonomicznych, okazała się skuteczna w odniesieniu do znaczącej części pracowników. Okres trzech miesięcy był wystarczający do zaobserwowania pozytywnych zmian w zakresie analizowanych parametrów.

## Bibliografia

**Andersson G.B.J. (1999)**, *Epidemiological features of chronic low-back pain*, *Lancet*; 354: 581–85.

**Burton A.K. et al. (2004)**, *European guidelines for prevention in low back pain*, [www.backpaineurope.org](http://www.backpaineurope.org).

**Burton A.K. (2005)**, *How to prevent low back pain*, *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 4 (vol.19): 541–555.

**De Beeck R.O., Hermans V. (2000)**, *Research on work-related low back disorders*, Office for Official Publications of the European Communities.

**Donelson R. (2006)**, *Rapidly Reversible Low Back Pain: an evidence-based pathway to widespread recoveries and savings*, Self Care First, LLC.

**Freburger J. et al. (2009)**, *The Rising Prevalence of Chronic Low Back Pain*, *Arch Intern Med.* 169(3): 251–258.

**McKenzie R., Kubey C. (2000)**, *7 steps to a pain-free life*. Dutton.

*Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 1 grudnia 1998 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy na stanowiskach wyposażonych w monitory ekranowe (Dz.U.1998.148.973).*

**Rudwaleit M, Märker-Hermann E. (2012)**, *Management of nonspecific low back pain. The new national guidelines*, *Z Rheumatol.* 71(6):485–97.

**Van Tulder M. et al. (2004)**, *European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care*, [www.backpaineurope.org](http://www.backpaineurope.org).

**Emilia Krakowiak**

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

**Dominika Cichońska**

Społeczna Akademia Nauk

**Michał Kamiński**

Społeczna Akademia Nauk

**Alina Kowalska**

Uniwersytet Medyczny

**Joanna Sułkowska**

Społeczna Akademia Nauk

**Jolanta Michalska**

Społeczna Akademia Nauk

**Jan Krakowiak**

Społeczna Akademia Nauk

**Bieganie rekreacyjne jako ważny aspekt w zarządzaniu przedsiębiorstwem**

**Recreational running as an important aspect of management**

**Abstract:** The study attempts to answer the question of whether jogging leisure may affect on the company efficiency. Analyzed the impact of recreational running to company efficiency. It also drew attention to the education of the respondents. All the information has been analyzed in detail and the results are illustrated by drawings or tables. The survey was conducted anonymously over the Internet. Respondents came from various Polish regions, which is important, since the study shows the information about running recreation and its impact on efficiency, straight, slim silhouette, energetic springy gait, there are no signs of fatigue and generally feeling better in the days when the other feel worse about many times faster recovery time than those not running around recreationally. Unfortunately, most adult Poles spend free time on passive leisure, while a smaller group on the active one. In the course of events is influenced by many factors, both economic and family.

**Key-words:** running, exercise, jogging leisure, health, activity.

## Wstęp

Aktywność ruchowa, jaką jest bieganie rekreacyjne, naturalnie oddziałuje na cały ludzki organizm, wpływając korzystnie na czynności wszystkich jego narządów, a pośrednio także na efektywne zarządzanie przedsiębiorstwem. Bieganie rekreacyjne jest istotnym czynnikiem skutkującym poprawą efektywności pracy. Wokół tej korelacji można tworzyć całą strategię zdrowego stylu życia, pod warunkiem, że trening jest rozsądnie prowadzony, odpowiednio dozowany i umiarkowany, a obciążenie pracą nie szkodzi organizmowi i nie wywołuje skutków ubocznych, których nie można wyeliminować. Wiele korzystnych zmian, jakie zachodzą w efekcie systematycznego treningu jest wyraźnie dostrzegalna. Korzyści to zazwyczaj: prosta szczupła sylwetka, energiczny sprężysty chód, brak objawów zmęczenia, lepsze samopoczucie w dniach, w których inni czują się gorzej, o wiele szybszy czas regeneracji w porównaniu z osobami niezajmującymi się aktywnością fizyczną. Niestety większość dorosłych Polaków spędza czas wolny na biernym wypoczynku. Mniej osób odpoczywa aktywnie. Na stan rzeczy wpływa wiele czynników, zarówno ekonomicznych, jak i rodzinnych. Mimo to w ostatnich latach zaobserwowano wzrost liczby Polaków, którzy uprawiają jakikolwiek sport. Ważne jest, aby rzetelnie poznać formy rekreacji i odpowiednio dostosować je do własnych potrzeb i wybrać ulubioną dyscyplinę. Potrzebne są również pozytywne wzorce motywacyjne, które zachęcą nas do aktywności, takich jak, np.: gimnastykowanie ciała, kształtowanie własnej osobowości, pokory, wyrozumiałości, gdyż codzienne problemy życiowe nie powinny mieć wpływu na nasze zdrowie i dlatego skutecznie powinniśmy dbać o kondycję fizyczną. Wybierane formy spędzania czasu wolnego powinny być konkurencyjne dla gier komputerowych, Internetu i telewizji. Powszechnie wiadomo, że bieganie rekreacyjne, co najmniej godzinę dziennie i inne zajęcia sportowe są podstawowym elementem prozdrowotnego stylu życia. Dodatkowo bieganie nie jest kłopotliwe w odniesieniu do miejsca i czasu. Teren przeznaczony do biegania rekreacyjnego nie ma wyznaczonych granic. Biegać można wszędzie, uwzględniając kwestie bezpieczeństwa, na przykład, ruchliwe ulice. Wybierając na mało uczęszczaną drogę, nie należy biegać po chodnikach, ponieważ beton jest przyczyną częstszych kontuzji. Asfalt jest o wiele lepszą opcją, biorąc pod uwagę prawidłowe funkcjonowanie ścięgien i więzadeł. Najkorzystniejszą jednak nawierzchnią do biegania rekreacyjnego są ścieżki w parkach i na terenach zielonych. Alternatywa dla naturalnych terenów do biegania to bieżnia stadionu, która pokryta miękką warstwą trawy jest w pełni przystosowana do tej formy ruchu. Pora dnia na bieganie zależy w dużej mierze od preferencji

biegacza i jego możliwości czasowych. Postęp cywilizacyjny, rozwój nauki oraz pogoń za dobrami materialnymi i zaspokajanie stale rosnących potrzeb niesie ze sobą wiele negatywnych skutków, m.in.: obniżenie aktywności ruchowej, niechęć do jakiegokolwiek wysiłku fizycznego. Tylko osoby o silnym charakterze i niezwyklej dyscyplinie wewnętrznej zdolne są do realizacji zamierzonego celu jakim jest czynny wypoczynek. Systematyczny i intensywny ruch poprawia zdrowie fizyczne, wzmacnia odporność na choroby oraz podtrzymuje siły biologiczne niezbędne dla aktywnego, twórczego uczestnictwa w różnych formach życia społecznego. Bieganie zaspokaja także potrzeby społeczne człowieka, przybierając często formę zabawy, odpoczynku, rozrywki i udziału w kulturze fizycznej, dlatego jest idealną formą aktywnego spędzania wolnego czasu. Troszcząc się o sprawność fizyczną, człowiek stwarza sobie warunki do pełniejszego i bardziej wszechstronnego rozwoju. Osoba uprawiająca sporty, wydajniej pracuje, szybciej regeneruje siły, jest wewnętrznie zdyscyplinowana, posiada dobrą koncentrację i organizację czasu. Lepsze zdrowie i samopoczucie, pozwalają dłużej cieszyć się sprawnym intelektem, pięknem i urodą ciała. W tym kontekście trudno jest zrozumieć ludzi, którzy świadomie unikają aktywności ruchowej, a nie mają żadnych przeciwwskazań, by ćwiczyć.

## Cel pracy, materiał i metody badań

Celem pracy była analiza biegania rekreacyjnego wśród Polaków. Przedmiotowej analizie dokonano na podstawie ankiety przeprowadzonej wśród społeczności biegaczy, którzy w w dużej mierze dzielą czas na pracę i bieganie. Przy wyborze pytań kierowano się przede wszystkim precyzją, aby z łatwością dotrzeć do respondentów i uzyskać informacje. Ankieta składała się z 27 pytań skierowanych do 164 osób różnej płci. Wśród respondentów było 36 kobiet (22%) i 78 mężczyzn (78%) w różnym wieku. Zamierzeniem odzwierciedlonym w ankiecie było uzyskanie informacji na temat biegania rekreacyjnego wśród Polaków, akcentując następujące kwestie:

- częstotliwość, intensywność biegania rekreacyjnego oraz okres uprawiania sportu
- ilość czasu spędzanego w miejscu pracy
- wpływ sportu na zdrowie badanych
- kontrola stanu zdrowia biegaczy u lekarza
- planowanie treningów oraz wybór pory dnia na aktywność fizyczną
- powody udziału w masowych maratonach

Ponadto, zwrócono uwagę na statystyki biegaczy, którzy palą papierosy lub nadużywają alkoholu. Uzyskano niezbędne informacje odnośnie wpływu tre-

ningów sportowych na organizację własnego czasu i wkomponowanie czynnego aktywnego wypoczynku w harmonogram codziennych zajęć. Poddano analizie wpływ biegania rekreacyjnego na efektywność pracy. Zwrócono również uwagę na wykształcenie respondentów. Wszystkie uzyskane informacje zostały szczegółowo rozpatrzone, a uzyskane wyniki zobrazowane zostały w formie rycin lub tabel. Ankieta została przeprowadzona anonimowo, przez Internet. Respondenci pochodzili zatem z różnych regionów Polski, co jest istotnym faktem, ponieważ uzyskane informacje pokazują ogólnopolski przekrój informacji o bieganiu rekreacyjnym.

## Wyniki i ich omówienie

Pierwsze pytanie jakie zostało zadane wybranym biegaczom, dotyczyło wskazania od momentu, w którym zaczęli biegać i jak długo uprawiają wskazaną dyscyplinę sportu. Najwięcej osób – 59 odpowiedziało, że od ponad 5 lat (36%). Od 3 lat biega 42 respondentów (25,6%), a od ponad roku 36 osób (22%). Najmniejsza ilość badanych – 18 osób (11%) biega od kilku miesięcy, 9 ankietowanych (5,5%) to nowicjusze. Uzyskane informacje wskazują, że badane osoby mają duże doświadczenie w bieganiu rekreacyjnym, co świadczy o autentyczności ich odpowiedzi. Tabela poniżej ilustruje uzyskane rezultaty.

**Tabela 1.** Jak długo respondenci zajmują się bieganiem rekreacyjnym

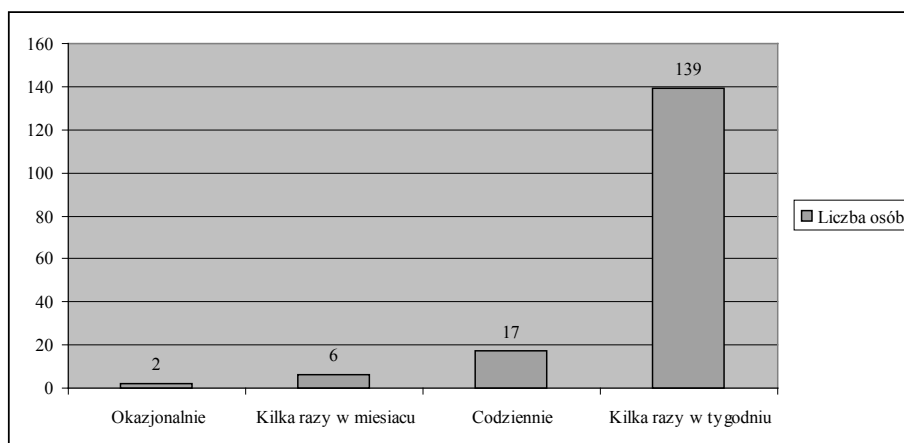
Lata	Liczba osób udzielających odpowiedzi	%
Ponad 5	59	36
3	42	25,5
Ponad rok	36	22
Od kilku miesięcy	18	11
Dopiero zaczynam	9	5,5

Źródło: opracowanie własne.

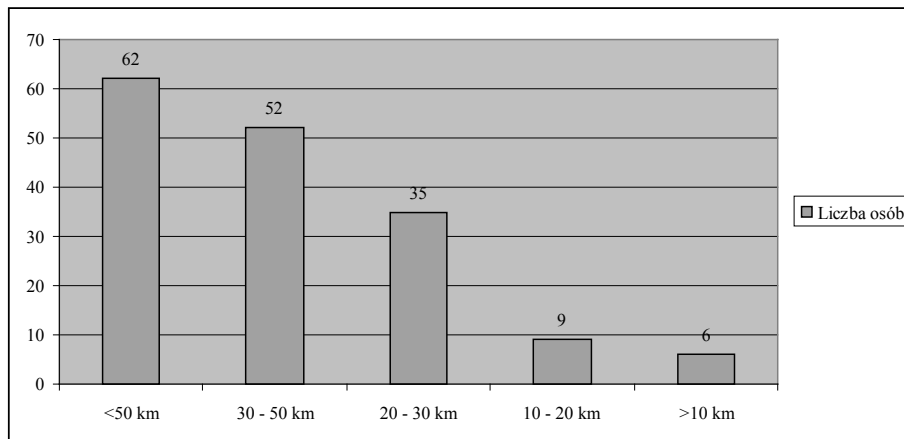


W następnej kolejności zapytano o częstotliwość biegania rekreacyjnego oraz o liczbę przebytych kilometrów. Jak wynika z poniższych wykresów, największą grupę stanowią respondenci, którzy biegają kilka razy w tygodniu – 139 osób, co stanowi 84,8% badanych. Czas na codzienne bieganie znajduje 17 osób (10,4%), natomiast 6 osób biega kilka razy w miesiącu (3,7%). Dwoje ludzi opowiedziało się za okazjonalnym bieganiem (1,1%). Jeżeli uwzględnimy liczbę kilometrów, które respondenci przemierzają tygodniowo okazuje się, że największą grupę, 62 osoby (37,8%), stanowią ludzie, którzy biegając osiągają liczbę kilometrów powyżej 50 kilometrów tygodniowo. 52 biegacze (31,7%) uzyskuje od 30 do 50 kilometrów w ciągu tygodnia. Kolejny przedział to 20 – 30 kilometrów i taka liczbę przebiega 35 respondentów (21,3%). 9 osób (5,5%) biegając rekreacyjnie osiąga od 10 do 20 kilometrów tygodniowo. Najmniejszą grupę osób – 6 osób (3,7%) – stanowią osoby przebiegające 10 kilometrów tygodniowo. Poniższe diagramy przedstawiają uzyskane wyniki.

**Rysunek 2.** Częstotliwość biegania respondentów



Źródło: opracowanie własne.

**Rysunek 3.** Liczba kilometrów przebieganych przez respondentów tygodniowo

Źródło: opracowanie własne.

Następnie respondenci udzieli informacji na temat ilości czasu, jaki przeznaczają na aktywność fizyczną. Najwięcej czasu, tj.: od 5 do 10 godzin tygodniowo poświęca 79 osób (48,2%). Od 3 do 5 godzin w tygodniu wolny czas aktywnie spędza 43 Polaków – 26,2%. Zaskakującym jest, że 17% badanych aktywnie spędza ponad 10 godzin tygodniowo (28 osób). 13 osób (7,9%) odpowiedziało, że w ciągu tygodnia na sport wykorzystuje 3 godziny. Tylko jedna osoba przyznała, że na aktywność fizyczną przeznaczają niecałą godzinę tygodniowo. Powyższe dane obrazuje tabela.

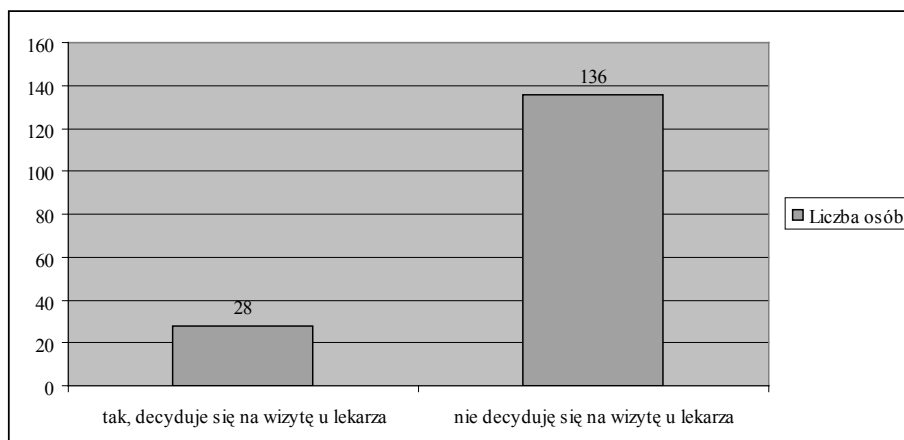
**Tabela 2.** Liczba godzin w ujęciu tygodniowym spędzanych aktywnie przez Polaków

Liczba godzin	liczba osób udzielających odpowiedzi	%
<10	28	17,1
5-10	79	48,2
3-5	43	26,2
3	13	7,9
>1	1	0,6

Źródło: opracowanie własne.

Podjmując decyzję o rozpoczęciu systematycznego biegania czy jakiegokolwiek innej aktywności fizycznej istotną kwestią jest konsultacja z lekarzem. Każda aktywność ruchowa wpływa na ludzkie zdrowie fizyczne i układ odpornościowy. Źle dobrana dyscyplina sportowa czy zaangażowanie w niewłaściwe treningi może doprowadzić nie tylko do kontuzji, ale również do długotrwałych chorób. Jak wynika z badań, wiele osób – aż 136 badanych (82,9%) nie konsultowało z lekarzem podejmowanych treningów. 28 respondentów (17,1%) zasięgnęło opinii lekarza przed rozpoczęciem regularnej aktywności fizycznej.

**Rysunek 4.** Liczba osób decydujących się na wizytę u lekarza przed rozpoczęciem treningów



Źródło: opracowanie własne.

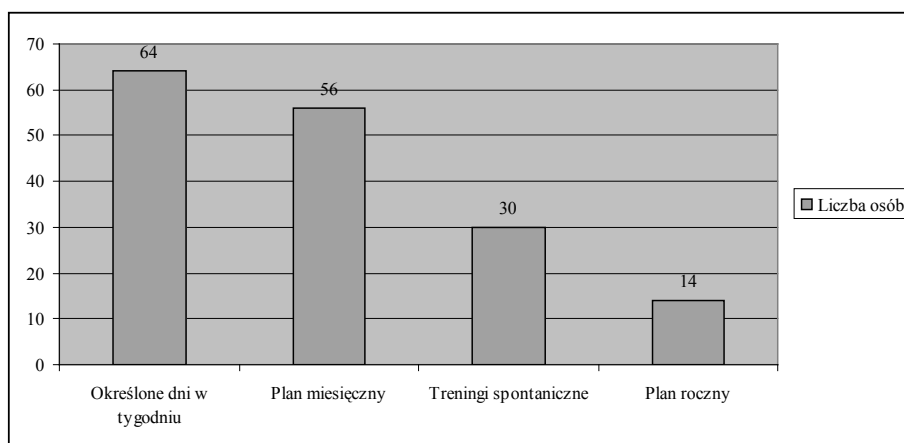
Jak wynika z rysunku powyżej, większość ludzi rozpoczynających systematyczny wysiłek fizyczny nie decyduje się na wizytę kontrolną u lekarza. Dlatego też, zapytano ankietowanych o częstotliwość wizyt u lekarza. W badanej grupie 46 osób (28%) odpowiedziało, że do lekarza udają się tylko raz w roku. Nieco mniej, bo 42 osoby (25,6%) odpowiedziały, że udają rzadziej niż raz w roku, a 36 badanych (22%) przyznało się, iż w ogóle nie korzysta z porad lekarskich. Dwie grupy 20-osobowe odpowiedziały, że zwracają się do lekarza o pomoc co kilka miesięcy, ale także w przypadku, gdy dochodzi do ewentualnych urazów, kiedy potrzebują konsultacji lub zwolnienia lekarskiego uzasadnionego kontuzją.

**Tabela 3.** Częstotliwość wizyt kontrolnych u lekarza

Częstotliwość wizyt u lekarza	liczba osób udzielających odpowiedzi	%
Raz w roku	46	28
Rzadziej niż raz w roku	42	25,6
Nie kontroluję	36	22
Od kontuzji do kontuzji	20	12,2
Co kilka miesięcy	20	12,2

Źródło: opracowanie własne.

Następnym aspektem podjętym w ankiecie to treningi. Po pierwsze ankietowani zapytano ankietowanych czy tworzą harmonogram własnych treningów. Tylko 14 (8,5%) osób odpowiedziało, że ma zaplanowane treningi na okres całego roku. Wysiłek fizyczny ułożony w grafiku miesięcznym dotyczy 56 osób (34,1%), a na określone dni w tygodniu plan tworzą 64 osoby (39%). 30 ankietowanych (18,3%) przyznało, że trenuje spontanicznie. Ważnym elementem w ramach uprawiania sportu, zarówno rekreacyjnego, jak i zawodowego jest odpowiedni sprzęt. W przypadku biegania bardzo istotną rolę odgrywają odpowiednie buty oraz odzież. W niniejszym badaniu duża część ankietowanych – 159 osób (97%) wykazała się wiedzą na ten temat, udzielając pożądanej odpowiedzi. Niewielu ankietowanych – 5 (3%) odpowiedziało, że nie korzysta z ubrań przygotowanych szczególnie dla biegaczy.

**Rysunek 5.** Planowanie treningów

Źródło: opracowanie własne.

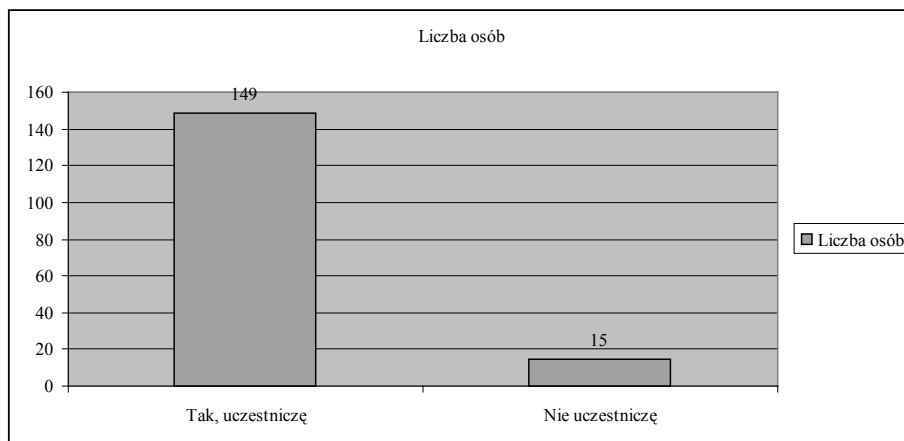
Kolejne pytanie w ankiecie, na które respondenci udzielili odpowiedzi dotyczyło pory dnia, kiedy badani najczęściej biegają. Wybór pory dnia, w dużej mierze, zależy od preferencji indywidualnych i czasu wolnego biegacza. Poranne bieganie dobrze wpływa na samopoczucie w ciągu całego dnia, jednakże uważa się, że jednocześnie jest bardziej kontuzjogenne ze względu na niedostateczne rozciągnięcie mięśni. Ponadto, większość ankietowanych przedpołudnia ma zagospodarowane w związku z wykonywaną pracą. Godziny popołudniowe są najlepszym rozwiązaniem w zimie. Wieczory natomiast są najlepszą porą dla aktywności fizycznej latem, z drugiej strony jednak, po wieczornym bieganiu ciężko zregenerować siły na dzień następny. Pozornym usprawiedliwieniem jest obowiązek świadczenia pracy. Najwięcej osób – 76 (46,3%) odpowiedziało, że najchętniej biega wieczorem; dla 46 (28%) ankietowanych optymalną porą na bieganie jest poranek. Po południami biega 37 (22,6%) osób, natomiast tylko 5 (3%) osób nocą.

**Tabela 4.** Pora dnia preferowana wśród biegaczy

<b>Pora dnia</b>	<b>liczba osób udzielających odpowiedzi</b>	<b>%</b>
Wieczorem	76	46,4
Rano	46	28
Po południu	37	22,6
Nocą	5	3

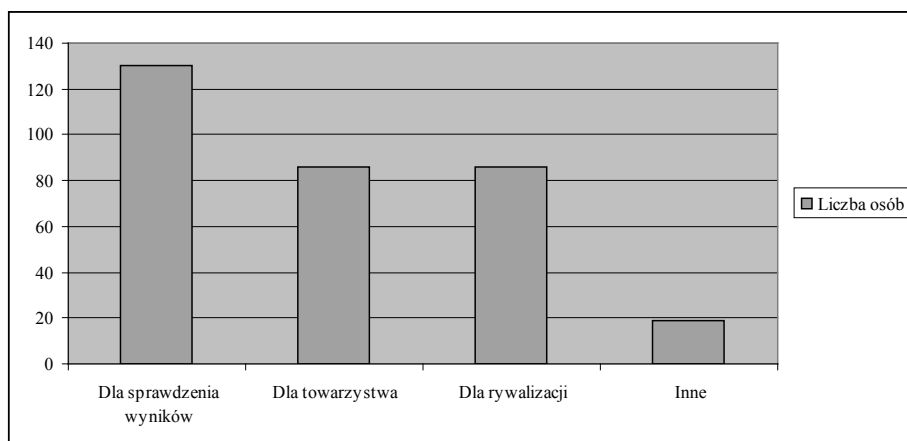
Źródło: opracowanie własne.

Dalej podjęto zagadnienie masowych imprez biegowych. Aż 149 (90,9%) osób odpowiedziało, że bierze udział w tego typu przedsięwzięciach, natomiast 15 (9,1%) ankietowanych z powodów bliżej nieokreślonych nie uczestniczy w masowych imprezach biegowych.

**Rysunek 6.** Udział w masowych imprezach biegowych

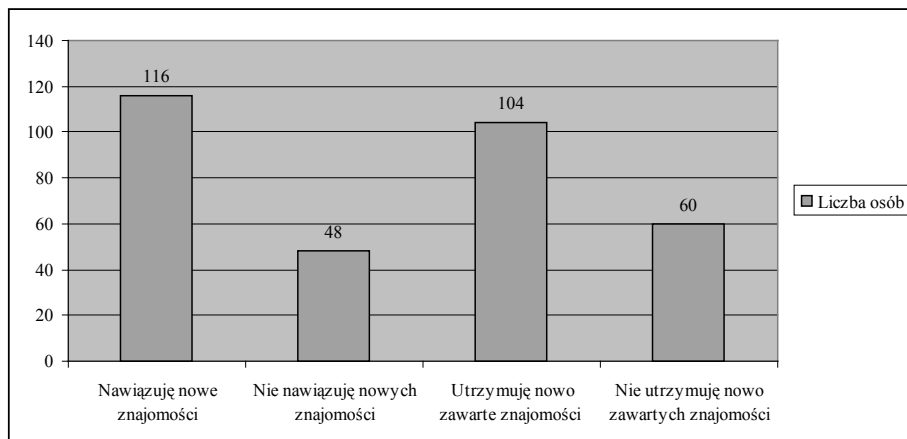
Źródło: opracowanie własne.

Jak przedstawiono na powyższej rycinie, znaczna część respondentów angażuje się w imprezy biegowe. W związku z tym, następnym pytaniem, na które ankietowani udzielali odpowiedzi były powody uczestnictwa w tego typu działaniach. 130 badanych, odpowiedziało, że uzasadnieniem dla ich uczestnictwa w masowych imprezach biegowych jest chęć sprawdzenia swoich wyników. Jednakowa liczba osób – po 86 – podała odpowiedź, że lubi rywalizację i dodatkowo startuje w zawodach, żeby spotkać się z kolegami z branży i podzielić się wnioskami na temat aktywności biegowej. 19 osób udzieliło zróżnicowanych odpowiedzi, m. in.: inspiracją jest: zdobycie pamiątkowego medalu, radość i satysfakcja, adrenalinie na starcie i uczucie euforii po przekroczeniu mety. Niektórzy ankietowani uznali również, że tego rodzaju imprezy są najlepszą formą treningów i wpływają na szybką regenerację sił. W przypadku tego pytania respondenci mogli udzielić kilku odpowiedzi.

**Rysunek 7.** Powody uczestnictwa w masowych imprezach biegowych

Źródło: opracowanie własne.

Respondentów zapytano również o nawiązywanie kontaktów interpersonalnych podczas masowych biegowych imprez. Okazało się, że w czasie tego typu wydarzeń liczna grupa ankietowanych, to jest aż 116 (70,7%) osób nawiązuje nowe znajomości. 48 osób (29, 3%) odpowiedziało, że nie zapoznaje nowych ludzi. Ponadto, z badań będących przedmiotem analizy w niniejszej pracy wynika, że 104 (63,4%) osoby utrzymują kontakty zawarte na masowych imprezach sportowych, a pozostali ankietowani, czyli 60 (36,6%) nie kontynuują takich znajomości.

**Rysunek 8.** Nawiązywanie kontaktów interpersonalnych podczas trwania masowych imprez biegowych

Źródło: opracowanie własne.

## Wnioski

1. Wśród osób biegających popularne są długie dystanse, które w niektórych przypadkach przekraczają nawet 50 kilometrów tygodniowo. Warto również zaznaczyć, że Polacy lubią biegać i zajmują się przedmiotową aktywnością kilka razy w tygodniu, jednak nie planując długoterminowych treningów.
2. Polacy udzielają się również w masowych imprezach biegowych, gdzie poznają wielu interesujących ludzi, zintegrowanych dzięki tej samej pasji. Pozwala im to na sprawdzenie własnych wyników oraz na wymianę doświadczeń i informacji, dlatego często znajomości o tym charakterze stają się długoletnimi przyjaźniami.
3. Osoby pracujące, uprawiające biegi, twierdzą, że najlepszym relaksem po pracy jest czynny wysiłek fizyczny.
4. Wielu biegaczy niestety nie konsultuje się z lekarzem przed rozpoczęciem treningów, czy też w trakcie, co niekorzystnie wpływa na formę sportowca. Każda podjęta aktywność ruchowa oddziałuje na zdrowie fizyczne i odporność. Źle dobrana dyscyplina sportowa, czy podjęcie nieodpowiednich treningów może doprowadzić nie tylko do kontuzji, ale również do pogorszenia stanu zdrowia.
5. Ludzie coraz częściej decydują się na aktywne spędzanie wolnego czasu, wybierając bieganie rekreacyjne.
6. Uczestników masowych imprez biegowych łączy ta sama pasja jaką jest bieganie, w związku z czym większość z nich chętnie nawiązuje nowe znajomości i z przyjemnością je utrzymuje.



---

## Bibliografia:

- Benyo R. (2011)**, *Biegać mądrze*, Inne spacer. Zielonka.
- Czupryna A., Poździej S., Ryś A., Włodarczyk C. (2001)**, *Zdrowie Publiczne –wybrane zagadnienia*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne, Kraków.
- Demel M., Humen W. (1970)**, *Wprowadzenie do rekreacji fizycznej*, Sport i Turystyka, Warszawa.
- Drabik J. (1997)**, *Promocja aktywności fizycznej*, AWFIS, Gdańsk.
- Forster D., Pilke S. (1998)**, *Aktualne kierunki działań i rozwoju promocji zdrowia*, Lublin.
- Gromadzka-Ostrowska J., Włodarek D, Toeplitz Z. (2003)**, *Edukacja Prozdrowotna*, SGGW, Warszawa.
- Jaczewski A. (1998)**, *Biologiczne i medyczne podstawy rozwoju i wychowania*, Warszawa.
- Karski J.B. (1997)**, *Aktualne kierunki działań i rozwoju promocji zdrowia*, Zdrowie środowiskowe, Warszawa.
- Kuński H. (1997)**, *Promowanie zdrowia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Pike S. (1998)**, *Promocja zdrowia dla wszystkich*, Wydawnictwo Czelej, Lublin.
- Toczek-Werner S. (1998)**, *Podstawy rekreacji i turystyki*, AWF, Wrocław.
- Winiarski R. (1989)**, *Wstęp do teorii rekreacji*, AWF, Kraków.
- Wołek N. (2008)**, *Jak poprawić kondycję i zdrowie*, Bellona, Warszawa.
- Woynarowska E. (2012)**, *Edukacja zdrowotna, Podręcznik akademicki*, PWN, Warszawa.



**Gabriela Henrykowska**  
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

**Ewa Gardyńska-Ziemia**  
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

**Jacek Buczyński**  
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

**Małgorzata Lewicka**  
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

**Maria Dziedziczak-Buczyńska**  
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

**Andrzej Buczyński**  
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

## **Dynamika występowania wybranych chorób wśród pracowników Poczty Polskiej**

### **The dynamics of the occurrence of selected diseases among employees of Polish Post**

**Abstract:** The morbidity and sickness absence that accompanies it is a growing social problem in the Polish population. The epidemiological analysis of the health status of a selected population of workers can be a starting point to estimate the incidence of employees and to undertake health prevention activities to improve their health. The aim of this study was to determine the dynamics of diseases, which occurred among employees of the Polish Post most often.

The studied population included employees of the Centre of Infrastructure, Regional Branch Office in Warsaw. For the epidemiological analysis of diseases occurring among employees, prophylactic examination cards or individual cards were used. The medical records of 2700 people from the years 2000-2008 were used. The research tool used to collect information was the author's survey and epidemiological methods for assessing the incidence, prevalence and trends of selected variables over the analyzed period of time. The study conducted showed an increase in the incidence of cardiovascular, eye, respiratory system diseases and decrease in the incidence of musculoskeletal diseases. The sickness absence was on a similar level. The analysis of the incidence rate structure for specific disease entities in the population of employees of the Polish Post Warsaw region indicates the possibility of further increase in the incidence in the coming years. This presents serious tasks in prevention, diagnosis and medical specialist care for health protection experts.

**Key-words:** dynamics of disease occurrence, cardiovascular diseases, eye diseases, respiratory system diseases, employees of Polish Post.

## Wstęp

Głównymi przyczynami zgonów w Polsce są choroby układu krążenia i choroby nowotworowe. Stanowią one 70% umieralności ogólnej. Na trzecim miejscu, stanowiąc prawie 7% wśród wszystkich przyczyn zgonów, znajdują się urazy i zatrucia [Marciniak 2006, s. 22–30].

Zgodnie z wynikami badań ogólnopolskich najczęstszymi chorobami przewlekłymi dorosłych mieszkańców Polski (od 15 roku życia wzwyż) są: nadciśnienie tętnicze, choroby kręgosłupa lub dyskopatia, choroby stawów zapalne i zwyrodnieniowe, choroba wieńcowa, migrena lub częste bóle głowy, nerwica lub depresja [Piekarzewska, Zajenkowska-Kozłowska 2007].

Wśród przedsiębiorstw zatrudniających pracowników różnej płci, z różnym wykształceniem na bardzo zróżnicowanych stanowiskach, zachorowalność oraz występująca wraz z nią absencja chorobowa stanowią coraz większy problem. Ze względu na dużą liczbę zatrudnianych pracowników, charakter sieciowy oraz zasięg ogólnopolski Poczta Polska, jako przedsiębiorstwo wielozakładowe jest ciekawym modelem badawczym.

## Cel pracy

Celem pracy było określenie dynamiki występowania chorób, które najczęściej pojawiały się wśród pracowników Poczty Polskiej. Były to dysfunkcje narządu wzroku, układu krążenia, układu ruchu oraz układu oddechowego.

## Materiał i metody badawcze

Badaną populację stanowili pracownicy Poczty Polskiej Centrum Infrastruktury Oddziału Regionalnego w Warszawie zgłaszający się po poradę lekarską lub wykonanie badań profilaktycznych. Do analizy epidemiologicznej chorób występujących w badanej populacji posłużono się danymi zawartymi w indywidualnych kartach osób zgłaszających się po poradę lekarską lub wykonanie badań profilaktycznych. Analizą epidemiologiczną objęto dokumentację medyczną zebraną w latach 2000 – 2008, pochodzącą od 2 700 osób (po 300 w każdym roku), którym udzielono pomocy medycznej w ambulatorium ogólnolekarskim Przychodni Medycyny Pracy.

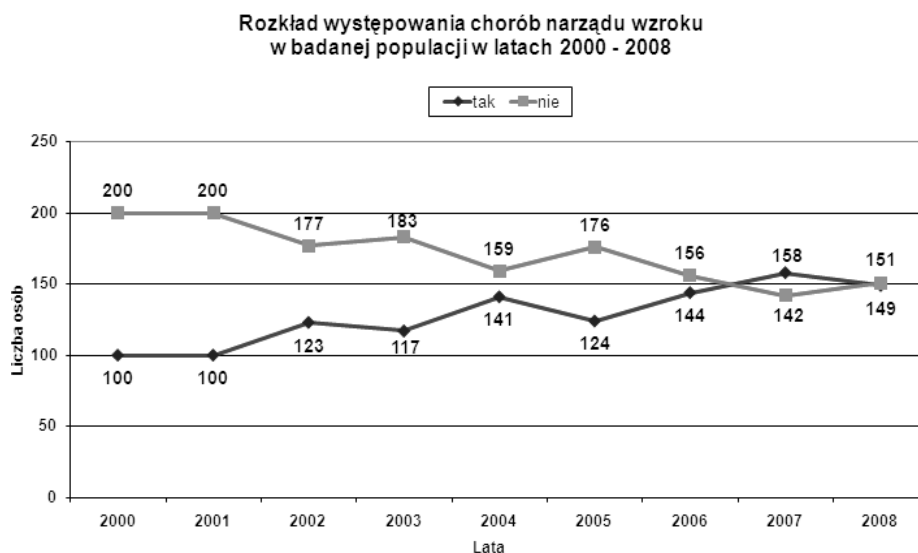
Ponadto, w pracy wykorzystano dane pomocnicze, takie jak: dane z wywiadu, dane z badania przedmiotowego, wyniki badań dodatkowych, dane z kart informacyjnych leczenia szpitalnego, dokumentacja medyczna z przychodni rejonowych, dokumentacja medyczna z Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej przy Centrum Infrastruktury w Warszawie.

Narzędziem badawczym służącym do zbierania danych była autorska ankieta zawierająca zestaw pytań o charakterze zamkniętym, a w dwóch przypadkach półotwartym. Kwestionariusz ankiety określał autor pracy na podstawie kart badań wstępnych, okresowych i kontrolnych pracowników Poczty Polskiej.

## Wyniki

W latach 2000 – 2008 stwierdzono 1156 przypadków zachorowań na choroby narządu wzroku. Najwięcej wystąpiło ich w latach 2006 – 2008 (wykres 1). Dynamika badanego zjawiska wykazuje tendencję wzrostową. Na przestrzeni analizowanego czasu zaobserwowano wzrost liczby zachorowań prawie o 50%.

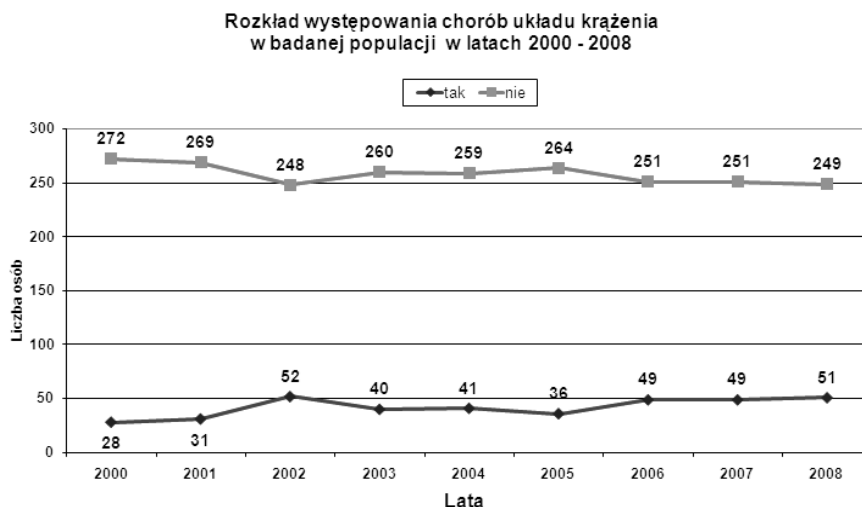
**Wykres 1.** Rozkład występowania chorób narządu wzroku w badanej populacji w latach 2000 – 2008 (n=300)



Źródło: Opracowanie własne.

W latach 2000 – 2008 zanotowano 377 przypadków zachorowań na choroby układu krążenia. Najwięcej wystąpiło ich w latach 2002 i 2008, odpowiednio po 52 i 51 przypadków (wykres 2). Dynamika badanego zjawiska wykazuje tendencję wzrostową. W porównaniu z pierwszym rokiem badania liczba zachorowań w 2008 wzrosła aż o 82%.

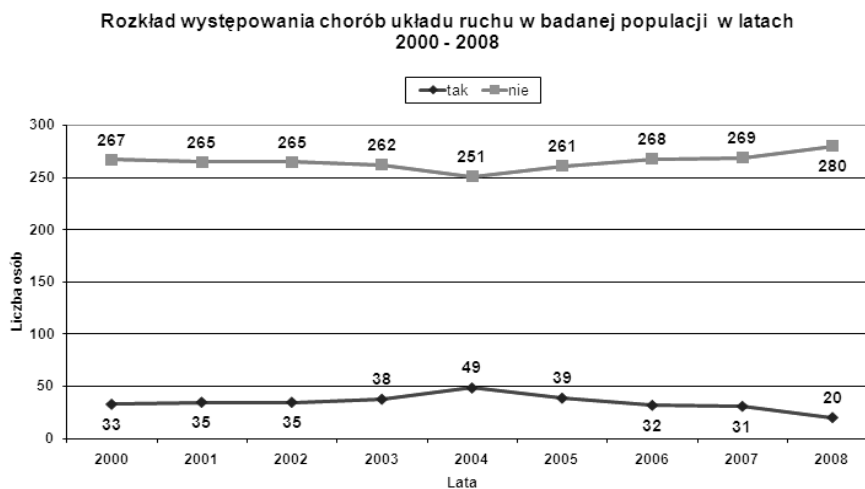
**Wykres 2.** Rozkład występowania chorób układu krążenia w badanej populacji w latach 2000 – 2008 (n=300)



Źródło: Opracowanie własne.

W analizowanym okresie czasu stwierdzono 312 przypadków zachorowań na choroby układu ruchu. Najwięcej wystąpiło ich w latach 2003 – 2005, z wyraźnym natężeniem w roku 2004, po czym nastąpił spadek liczby zachorowań. W ostatnim roku badania był on niższy od najwyższego o 145% (wykres 3).

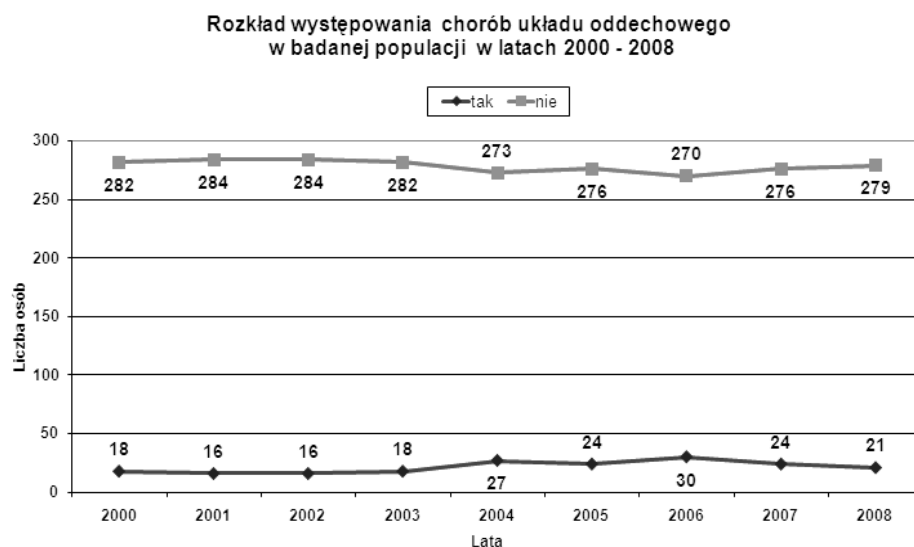
**Wykres 3.** Rozkład występowania chorób układu ruchu w badanej populacji w latach 2000 – 2008 (n=300)



Źródło: Opracowanie własne.

W latach 2000 – 2008 stwierdzono 194 przypadki zachorowań na choroby układu oddechowego. W porównaniu z pierwszym rokiem badania zaobserwowano znaczny wzrost zachorowań w latach 2004 i 2006, a następnie spadek, prawie do wartości początkowych (wykres 4).

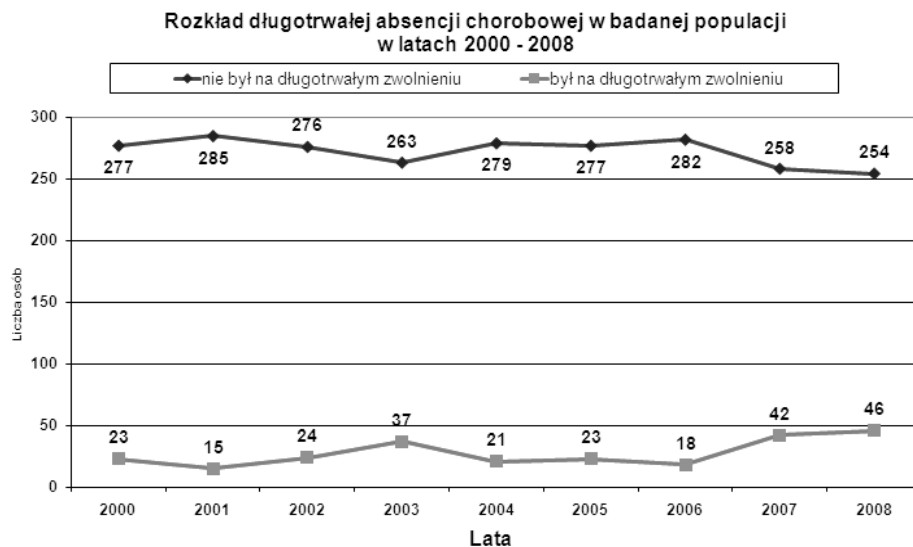
**Rys. 4.** Rozkład występowania chorób układu oddechowego w badanej populacji w latach 2000 – 2008 (n=300)



Źródło: Opracowanie własne.

Analiza długotrwałej niezdolności do pracy pracowników badanej społeczności wykazała, że chroniczna absencja chorobowa kształtowała się podobnie w kolejnych latach objętych badaniem, nie wykazując istotnych różnic pomiędzy poszczególnymi latami do roku 2006, po którym w dwóch kolejnych latach nastąpił wyraźny i istotny wzrost liczby długo trwających zwolnień (wykres 5).

**Wykres 5.** Rozkład długotrwałej absencji chorobowej w badanej populacji w latach 2000 – 2008 (n=300)



Źródło: Opracowanie własne.

## Dyskusja

Uzyskane w trakcie badań wyniki dotyczące częstości występowania poszczególnych chorób, porównane z danymi dostępnymi z piśmiennictwa dla społeczeństwa ogólnopolskiego wykazują jedynie niewielkie podobieństwa [Marciniak 2006, s. 22-30, Piekarzewska, Zajenkowska-Kozłowska 2007]. Wśród społeczności pracowniczej Poczty Polskiej najczęściej występującymi chorobami były choroby narządu wzroku (głównie dalekowzroczność i krótkowzroczność), choroby układu krążenia, choroby układu ruchu i na czwartym miejscu choroby układu oddechowego.

W badaniach dotyczących zachorowalności populacji ogólnopolskiej pierwsze miejsce zajmują choroby układu krążenia. Na nadciśnienie tętnicze choruje ponad 17% ogółu populacji w wieku produkcyjnym, na chorobę wieńcową – 8,6%, migrenę lub częste bóle głowy 8,0%, natomiast na nerwicę lub depresję 7,4% [Marciniak 2006, s. 22-30].

W badaniach własnych wykazano, że u pracowników Poczty Polskiej choroby układu krążenia stanowiły od 9,3 – 17,3% w zależności od roku badania. W zakresie umieralności, w społeczeństwie polskim, od kilku lat obserwuje



się istotną poprawę związaną ze zmniejszeniem zachorowalności na choroby układu krążenia. W pierwszej połowie lat 90-tych choroby te były przyczyną ponad 52% ogółu zgonów. W 2001 roku prawie 48%, zaś w 2008 r. stanowiły 45,4% wszystkich przyczyn. Niemniej choroby te pozostają najważniejszą przyczyną hospitalizacji [Kośmicki 2010, s. 35–48, GUS 2009, s. 124–126].

Dysfunkcje narządu ruchu dotyczyły od 6,6 do 16,3% badanej zbiorowości ludzkiej. Z badań epidemiologicznych dublińskiej fundacji wynika, że bóle pleców odczuwa 33% pracowników europejskich, ogólne zmęczenie 23%, bóle mięśni, w tym szyi i karku 23%, kończyn górnych lub/i dolnych 25% [Jarosiewicz 2006, s. 18–20].

W Polsce choroby narządu ruchu będące konsekwencją sposobu wykonywania pracy stanowią około 4% wszystkich chorób zawodowych, ale już około 14% przyczyn absencji chorobowej. W 2004 r. stwierdzono w Polsce ogółem 3 780 przypadków chorób zawodowych, w tym 93 przewlekłe choroby narządu ruchu i 84 przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego [Giermanowska, Raclaw-Markowska 2004].

Jako choroby zawodowe, choroby narządu ruchu stanowiły w Polsce 2,4% (najczęściej rozpoznaje się zapalenie nadkłykcia bocznego kości ramiennej). Z punktu widzenia medycyny pracy zespoły bólowe kręgosłupa traktowane są jako choroba parazawodowa, związana przede wszystkim z określonymi grupami zawodowymi, u których ze względu na sposób wykonywania pracy dochodzi do nadmiernych obciążeń kręgosłupa. Przeciężenia te zasadniczo związane są z koniecznością utrzymania przez dłuższy czas przymusowej pozycji ciała. Możemy tu mówić zarówno o osobach pracujących fizycznie, jak i o pracownikach umysłowych, którzy spędzają wiele godzin dziennie przed monitorem komputera [Frank 1998, s. 91–97, Nachemson 2000, s. 6–7]. Niezdolność do pracy z powodu bólów krzyża stanowi również poważny problem w naszym kraju. Od lat dziewięćdziesiątych obserwuje się dynamiczny wzrost absencji chorobowej spowodowanej schorzeniami układu mięśniowo – szkieletowego. Statystycznie stwierdzono, że niezdolność do pracy z powodu bólów kręgosłupa dotyczy 20 – 35% absencji chorobowej pracowników w wieku 20 – 59 lat. Za najczęstszą przyczynę niezdolności do pracy uznano choroby zwyrodnieniowe kręgosłupa oraz dyskopatie [Szubert, Sobala 2006, s. 325–334].

W badanej grupie choroby układu oddechowego stanowiły 5,3% – 10%. W tym astma oskrzelowa dotyczyła 1,48% pracowników, a przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) 3,67%.

Choroby układu oddechowego stanowią około 50% przyczyn wizyt u lekarza rodzinnego. Zachorowalność na choroby układu oddechowego wynosi około 67 – 137/1000 w zależności od pory roku, częściej dotyczy dzieci i pracujących osób po 40 roku życia, a rzadziej osób bezrobotnych [ZUS 2009].

W wielu krajach zatem choroby układu oddechowego stanowią jedną z głównych przyczyn absencji. W wybranych branżach zagrożenie zawodowymi chorobami układu oddechowego jest wyjątkowo duże. Są to: górnictwo węgla, hutnictwo i przetwórstwo azbestu [Marcisz 1998, ss. 433-439]. Jednakże w wielu innych branżach sytuacja jest również niezadowolająca. Pracownicy analizowanej grupy pracowniczej Poczty Polskiej nie należą do narażonych na szczególne choroby układu oddechowego i nie występują na listach chorób zawodowych.

Największym problemem badanej populacji były schorzenia narządu wzroku, które odpowiednio wynosiły od 30% do 52,6% w zależności od roku badania. Na uwagę zasługuje rozpowszechnienie krótkowzroczności u pracowników Poczty Polskiej (ponad 42% badanej populacji).

Wynika to prawdopodobnie z charakterystyki pracy, która dotyczy głównie pracowników zajmujących się obsługą klienta w urzędach pocztowych. Może to być wyraźną wskazówką dla branżowej opieki zdrowotnej w aspekcie konieczności zwrócenia baczniejszej uwagi na higienę narządu wzroku u pracowników umysłowych Poczty Polskiej.

Krótkowzroczność występuje u 10 – 25% populacji ludzkiej i wraz z postępem cywilizacji, szczególnie u dzieci i młodzieży i wykazuje tendencje wzrostowe [Słomska 1994, s. 112-118].

W Polsce, w roku 1954 Miratyńska-Rusinowa wykazała, że krótkowzroczność występuje u około 15% osób w wieku 14 – 26 lat, natomiast w roku 1999 Sobczak i Czepita zdiagnozowali krótkowzroczność u 29% u uczniów szkół średnich. Badania wielośrodkowe wykazały, że tylko 59% badanych ma pełną ostrość widzenia oczu bez konieczności żadnej dodatkowej korekcji. Nadwzroczność jest drugą obok krótkowzroczności najczęściej spotykaną wadą refrakcyjną wzroku [por. Ożóg 2005, ss. 2-9].

Wskaźnik absencji chorobowej (liczba dni na zwolnieniu wobec dni roboczych) w Polsce sięga 5%, podczas gdy średnia europejska jest o 1,2% niższa [Giermanowska, Raćław-Markowska 2004]. Według danych ZUS, w 2007 roku na zwolnieniu lekarskim, z powodu choroby własnej pracownicy spędzili łącznie 187,4 mln dni, w 2008 roku 194,5 mln, a w roku 2009 około 200 mln dni. Zatem dynamika absencji chorobowej narasta.

Odnotowana w niniejszym badaniu, przeprowadzonym na pracownikach Poczty Polskiej okręgu warszawskiego, absencja chorobowa była zbliżona do danych ogólnopolskich. W 2001 roku na jednego zatrudnionego w gospodarce narodowej przypadło średnio 14 dni zwolnienia lekarskiego, a w III kwartale 2008 roku 23 dni w roku. Przeciętne trwanie zwolnienia lekarskiego w ostatnich latach wynosiło 12 dni [ZUS 2009].

Potwierdza się także niepokojące spostrzeżenie dotyczące narastania teżej absencji w całym kraju. Dowodem tego są dane uzyskane na podstawie badań

---

własnych, z których wynika wyraźnie, że tendencja ta nasilała się w ostatnich 2 – 3 latach objętych badaniem. Największa liczba zwolnień lekarskich i osobodni spędzonych na zwolnieniu miała miejsce w roku 2007 i 2008. W porównaniu z wyjściowym, rokiem 2000 wzrost w tych latach wynosił nawet 100%.

Generalnie ostatnie lata charakteryzują się zdecydowanie większą liczbą zachorowań. Być może w analizie tych zjawisk należałoby uwzględnić czynniki pozamedyczne, np. zmiany w prawie pracy czy w ogólnej sytuacji na rynku pracy w tym czasie.

## Literatura

**Marciniak G. (2006)**, *Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, s. 22–30.

**Piekarzewska M., Zajenkowska-Kozłowska A. (2007)**, *Ogólny stan zdrowia ludność, [w:] Stan zdrowia ludności Polski w przekroju terytorialnym w 2004 r.*, GUS, Warszawa.

**Kośmicki M.A. (2010)**, *ChorobaniedokrwiennasercawPolsceinaświecienierozwiązany w pełni problem*, *Kardiologia Oparta na Faktach*, 1, ss. 35–48.

**Główny Urząd Statystyczny (2009)**, *Informacje i opracowania statystyczne. Umieralność, [w:] GUS. Ludność. Stan i struktura w przekroju terytorialnym (Stan w dniu 31 XII 2008 r.)*. Warszawa, ss. 124–126.

**Jarosiewicz G. (2006)**, *Choroby narządu ruchu*, Inspektor Pracy, Warszawa, 4, ss. 18–20.

**Giermanowska E., Racław-Markowska M. (2004)**, *Absencja chorobowa w Polsce*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa.

**Frank A. (1998)**, *Spinal problems in adults*, “Oxford Textbook of Rheumatology” I, pp. 91–97.

**Nachemson A., Jonsson E., van Tulder M. (2000)**, *Neck pain an evidence based review*, “Back Pain”, 145, pp. 6–7.

**Szubert Z., Sobala W. (2006)**, *Wpływ czynników zawodowych na ryzyko odejścia z pracy przed osiągnięciem wieku emerytalnego*, *Medycyna Pracy*, 57, ss. 325–334.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych, *Absencja chorobowa w 2008 roku*. ZUS, Warszawa 2009.

**Marcisz C., Jonderko G., Wieczorek-Latka U., Jonderko K., Kotulska A. (1998)**, *The respiratory system of workers employed in the casting and processing of copper*. *Pneumonologia i Alergologia Polska*, 66, ss. 433–439.

**Słomska J. (1994)**, *Współczesne poglądy na etiopatogenezę i leczenie krótkowzroczności*, *Klinika Oczna*, 3, ss. 112–118.

**Ożóg M. (2005)**, *Nadwzroczność – wykrywanie, korekcja, postępowanie*, *Kontaktologia i Optyka Okulistyczna*, 1, ss. 2–9.

**Sylwia Nieszporska**

Politechnika Częstochowska

## **Efektywność leczenia zaćmy w Polsce**

### **An efficiency of the cataract treatment in Poland**

---

**Abstract:** The problem of the cataract treatment is particularly significant in countries of The Third World, but is also inherent in Poland. The presented paper is an attempt of estimate scale of this problem in Poland. The Gini index was used to measure the statistical concentration in distribution of availability to cataract treatment in different regions of Poland. Data Envelopment Analysis (DEA) was also used to estimate a technical efficiency of hospitals' ophthalmology wards in those regions. DEA allowed to find one of the causes of the poor availability of the cataract treatment.

**Key-words:** cataract treatment, Poland, availability.

## **Wprowadzenie**

Zaćma, zwana inaczej kataraktą, to choroba oczu polegająca na zmętnieniu soczewki. Wśród wielu odmian tej choroby, najczęstszą jest tzw. zaćma starcza [Kański 1997, s. 289], na którą cierpi ok. 90% wszystkich dotkniętych tym schorzeniem [www.zdrowie.flink.pl/zacma.php]. Zaćma objawia się ograniczeniem przejrzystości widzenia, co w rezultacie prowadzić może do ograniczenia widzenia lub nawet do utraty wzroku. Światowa Organizacja zdrowia szacuje<sup>1</sup>, że jednym z trzech powodów utraty wzroku jest właśnie katarakta.

Zachowawcze metody leczenia zaćmy nie dają pożądaných rezultatów, dlatego jedyną skuteczną metodą walki z zaćmą staje się operacyjne usunięcie chorej soczewki i wszczepienie sztucznej wewnątrzgałkowej

1. Zgodnie z raportami WHO, w roku 2004 aż 39,1% wszystkich niewidzących utraciło wzrok z powodu zaćmy, [www.who.int/bulletin/volumes/86/1/07-041210.pdf](http://www.who.int/bulletin/volumes/86/1/07-041210.pdf).

[Kański 1997, ss. 289–309]. Nowoczesna medycyna daje możliwość przeprowadzenia takiej operacji w znieczuleniu miejscowym, a jej czas trwania ogranicza zaledwie do kilkunastu minut, stąd można wnioskować, że jej wykonanie powinno najczęściej przebiegać w trybie ambulatoryjnym.

Problem zachorowań na zaćmę dotyczy dużych obszarów globu ziemskiego. Szczególnie duże żniwo katarakta zbiera w krajach Trzeciego Świata, w których chorzy na tę chorobę tracą wzrok, pozbawieni dostępu do świadczeń opieki okulistycznej. Wiele międzynarodowych organizacji, w tym Eye Surgical Camp, Himalayan Cataract Project czy Surgical Eye Expedition (SEE) International, w porozumieniu ze Światową Organizacją Zdrowia zrzesza specjalistów okulistyki, mikrookulistyki, chirurgii i przy ich pomocy świadczy usługi medyczne, chirurgiczne, ale także edukacyjne w strefach globu ziemskiego o największych potrzebach w zakresie leczenia chorób oczu.

W Polsce skala zachorowań na zaćmę nie jest wcale mała. Specjaliści okulistyki podają, że co 50-ta osoba cierpi na zaćmę, co stanowi łączną liczbę ok. 800 tys. osób<sup>2</sup>.

Zabiegi usunięcia zmętniałej soczewki wykonuje się w Polsce w placówkach publicznych, ale ze względu na ograniczone możliwości takich zakładów, prowadzące do wydłużenia okresu oczekiwania na przeprowadzenie zabiegu, wiele z nich można i przeprowadza się w prywatnych gabinetach okulistycznych. Szacuje się [www.leczeniezaczmy.pl], że nieodpłatnych zabiegów usunięcia katarakty przeprowadza się rocznie w Polsce ok. 120 tys., co wobec wyżej wspomnianych potrzeb stanowi bardzo nikły odsetek.

Powyższe dane mogą budzić niepokój i to zarówno ze względu na rozmiar problemu zdrowotnego, jak również fakt ograniczonych możliwości systemu ochrony zdrowia w zakresie zwalczania omawianego schorzenia. Z tego względu zasadnym staje się dokładna analiza danych, ale także poszukiwanie ewentualnych przyczyn istniejącego stanu rzeczy. Proponowane opracowanie jest zatem statystyczną analizą potrzeb społeczeństwa polskiego w odniesieniu do leczenia omawianego schorzenia, ale także ma na celu oszacowanie możliwości walki z chorobą od strony podaźowej. Zastosowane narzędzia, w tym indeks Gini'ego, pozwala na ocenę koncentracji rozkładu dostępności do świadczeń leczenia zaćmy w różnych regionach kraju, a wykorzystana analiza Data Envelopment Analysis (DEA) do oceny efektywności technicznej szpitalnych oddziałów okulistycznych, staje się pomocna w poszukiwaniu powodu niezaspokojonego popytu na operacyjne usunięcie zmętniałej soczewki.

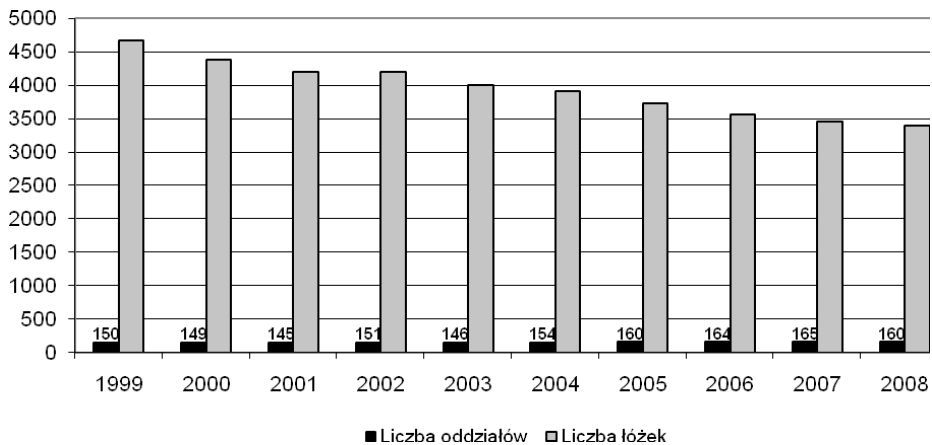
2. Pryzmat nowoczesności, O zaćmie i metodach jej leczenia opowiada prof. dr hab. med. Jerzy Szaflik, konsultant krajowy ds. okulistyki, www.leczeniezaczmy.pl (22.12.2010).

## Polska okulistyka szpitalna

Zabieg usunięcia zaćmy poprzez wszczepienie sztucznej soczewki wykonywany może być w trybie ambulatoryjnym, jednak w publicznej służbie zdrowia w Polsce wykonuje się go najczęściej jeszcze w szpitalnych oddziałach okulistycznych. Ze względu zatem na przytoczone wcześniej statystyki, świadczące o niezaspokojonym popycie na tego typu usługi, to właśnie szpitale podlegać powinny ciągłemu monitorowaniu i wnikliwej analizie zmierzającej do poszukiwania przyczyn takiego stanu rzeczy. Okres, na przestrzeni którego przeprowadzono obserwację tych właśnie podmiotów leczniczych, to lata 1999–2008.

Od roku 1999 liczba oddziałów okulistycznych w szpitalach ogólnych w Polsce nieznacznie wzrosła (wyk. 1). W pierwszym analizowanym roku wyniosła ona bowiem 150, podczas gdy w 2008 roku kształtowała się na poziomie 160.

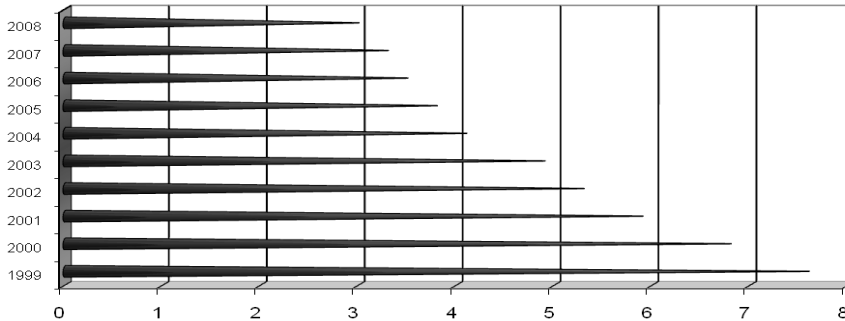
**Wykres 1.** Oddziały okulistyczne w szpitalach polskich w latach 1999–2008



Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS.

Wzrostowi liczby oddziałów towarzyszył w analizowanym okresie spadek liczby łożek szpitalnych, który średnio dla lat 1999–2008 i całego kraju wyniósł 137 łożek z roku na rok. W ostatnim roku badania wartość liczby łożek osiągnęła poziom 3388.

**Wykres 2.** Średni pobyt pacjentów w szpitalnych oddziałach okulistycznych w Polsce w latach 1999–2008 (w dniach)

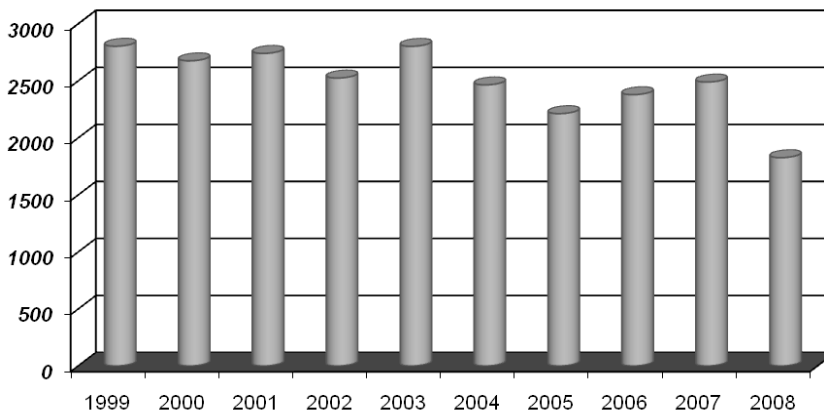


Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS.

Ważnym czynnikiem w analizie pracy szpitali jest liczba dni pobytu pacjentów na oddziale (wyk. 2). Dla oddziałów okulistycznych w okresie od 1999 do 2008 roku zmniejszyła się ona ponad dwukrotnie, by w 2008 roku osiągnąć wartość 3 dni.

Analizując zasoby oddziałów, nie sposób pominąć potencjału kadry medycznej, w której najważniejsza grupa to lekarze. W badanym okresie najwyższą liczbą lekarzy zatrudnionych w oddziałach okulistycznych odznaczał się rok 1999. Zatrudniano wówczas 2803 lekarzy, podczas gdy w roku 2008 liczba ta kształtowała się na poziomie jedynie 1826 osób (wykres 3).

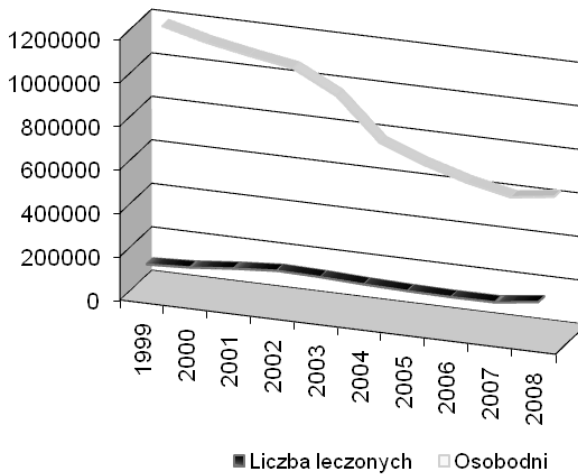
**Wykres 3.** Liczba lekarzy okulistów zatrudnionych w szpitalach w Polsce w latach 1999–2008



Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS.



**Wykres 4.** Ruch pacjentów oddziałów okulistycznych szpitali ogólnych w Polsce w latach 1999–2008



Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS.

Przy tak zorganizowanej infrastrukturze szpitalnych oddziałów okulistycznych, jak prezentuje to wykres 1 i wykres 3, a więc liczbie łóżek szpitalnych i lekarzy okulistów oraz tendencji w organizacji pracy oddziałów, odzwierciedlonej między innymi w corocznym spadku liczby dni pobytu pacjenta w szpitalnych oddziałach okulistycznych, ciekawy jest fakt stałego, średnio rzecz ujmując, poziomu liczby leczonych (wyk. 4) w analizowanym okresie.

Inną tendencją odznacza się wskaźnik osobodni leczenia szpitalnego, który dla analizowanych lat spadał z roku na rok średnio o 75 145. Spadek ten wydaje się oddawać ogólnopolską skłonność wszystkich oddziałów i pozostaje w zgodzie z polityką zdrowotną realizowaną w całym kraju.

## Dostępność usług leczenia zaćmy

Praca szpitalnych oddziałów okulistycznych powinna wiązać się z zaspokajaniem potrzeb zdrowotnych społeczeństwa w zakresie leczenia schorzeń oczu. Być może zatem wpływa także na statystyki związane z leczeniem zaćmy, a nawet z dostępem pacjentów do takich usług.

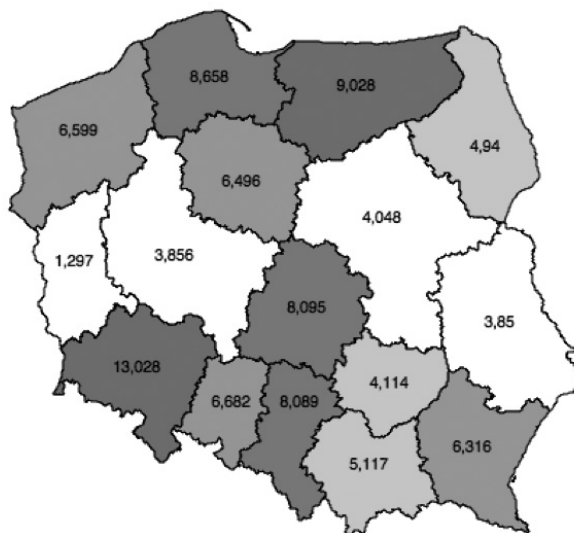
Dostępność świadczeń lekarskich jest zmienną, którą mierzy się najczęściej czasem oczekiwania na usługę oraz liczbą osób oczekujących do określonej komórki organizacyjnej, jaką może być poradnia specjalistyczna czy też oddział szpitalny.

Średni czas oczekiwania na usługę definiowany jest jako: „średnia liczba dni, jaką oczekiwały na udzielenie świadczenia osoby skreślone z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia u danego świadczeniodawcy”.

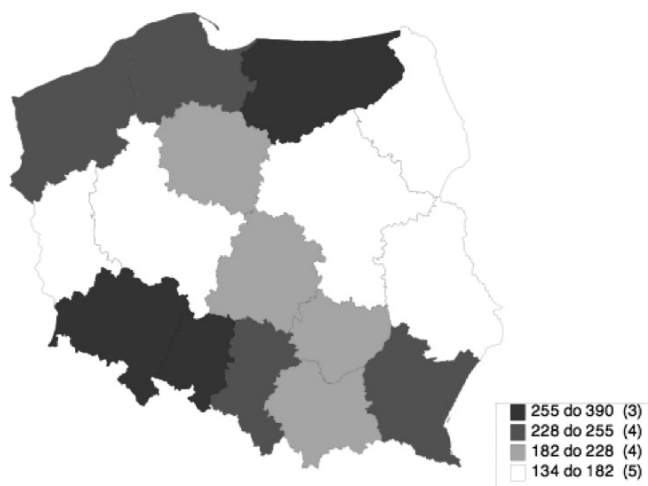
Statystyki gromadzone w specjalnie w tym celu stworzonej bazie, danych dostępnej na publicznych stronach internetowych Narodowego Funduszu Zdrowia, odnotowują zatem wartości odnoszące się do dostępności świadczeń w poszczególnych placówkach, ale także do pewnych procedur medycznych u poszczególnych świadczeniodawców na terenie województw. Wśród wyróżnionych procedur znajduje się zabieg wszczepienia soczewki, jako metoda leczenia zaćmy.

Chcąc przeanalizować dostępność zabiegów leczenia zaćmy poprzez wszczepienie sztucznej soczewki zebrano dane o liczbie oczekujących na to świadczenie oraz średnim czasie oczekiwania w podziale na województwa traktując przypadek „pilny” i „stabilny” sumarycznie. Dane zaprezentowane na rys. 1 i rys. 2 pochodzą z końca października 2010 roku.

**Rysunek 1.** Liczba osób oczekujących na zabieg w przeliczeniu na 1 tys. mieszkańców



Źródło: obliczenia własne na podstawie danych NFZ.

**Rysunek 2.** Średni czas oczekiwania na zabieg (w dniach)

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych NFZ.

Największy niezrealizowany popyt na zabieg wszczepienia soczewki odnotowano zatem w województwie dolnośląskim, w którym aż ok. 13 osób w przeliczeniu na 1 tysiąc mieszkańców czekało w kolejce na zabieg. Wysoką wartość zanotowano także w regionie kujawsko-pomorskim, pomorskim oraz śląskim i łódzkim. Najmniejszymi problemami z dostępnością, wyrażającymi się najniższą liczbą oczekujących na zabieg, charakteryzowało się województwo lubuskie, w którym wartość tej cechy wynosiła ok. 1,3 osób w przeliczeniu na tysiąc mieszkańców tego regionu.

Poddając analizie czas oczekiwania na usługę wszczepienia soczewki wewnętrznej (rys. 2), dostrzec można, że istniały w badanym okresie takie regiony kraju, w których na zabieg ten czekano nawet ponad rok. Wśród województw o tak długim okresie oczekiwania na usługę wyróżniał się region opolski, w którym czas ten osiągnął ok. 390 dni oraz Dolny Śląsk, gdzie pacjenci czekali na omawiany zabieg ok. 357 dni. Odmiennymi miejscami kraju względem przytoczonych są województwa lubelskie i lubuskie, w których czas oczekiwania na usunięcie zaćmy wyniósł w październiku 2010 roku odpowiednio: 135 i 157 dni. Okres oczekiwania w tych regionach był zatem mniejszy o ponad połowę od czasu oczekiwania w województwach o najwyższym poziomie tego miernika. Taki stan rzeczy nie wydaje się jednak idealny, bo pamiętać należy, że nadal jest to okres około półroczny.

Ważną uwagą w badaniach dotyczących analizy dostępności świadczeń okulistycznych w zakresie leczenia zaćmy jest fakt niedostatecznej jakości zaczerpniętych danych. Ich niedoskonałość polega na tym, że dotyczyły pełnej grupy zarejestrowanych w kolejce pacjentów, bez eliminacji tych, którzy przynależą już do innej kolejki oczekujących na to świadczenie. Być może grupa taka była niewielka, ale prowadząc bieżące obserwacje i znając indywidualne podejście pacjentów do dostępności świadczeń medycznych w Polsce, autorka z nutą krytycyzmu podchodzi do wykorzystanej bazy danych.

Pomijając jednak jakość danych, graficzna ich prezentacja dowodzi, wydawałoby się, dość dużych dysproporcji regionalnych i to zarówno w przypadku danych dotyczących liczby osób oczekujących na zabieg usunięcia zaćmy, jak i czasu oczekiwania na ten zabieg.

W celu naukowego potwierdzenia tych dysproporcji policzono współczynnik Giniego – jedną z miar koncentracji przestrzennej [Laskowska 2000, s. 45]. Współczynnik Giniego informuje o stopniu rozproszenia wartości cechy i wyraża się wzorem:

$$G = \frac{\Delta}{2\bar{x}}, \quad (1)$$

gdzie:  $\Delta$  jest średnią różnicą Giniego zwaną także przeciętną różnicą absolutną,  $\bar{x}$  jest średnią arytmetyczną badanej cechy w populacji [Kot, Jakubowski, Sokołowski 2007, s. 186].

Dla szeregów szczegółowych przeciętna różnica bezwzględna (absolutna) liczona jest ze wzoru:

$$\Delta = \frac{1}{n^2} \sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^n |x_i - x_j| \quad (2)$$

i informuje o przeciętnej różnicy bezwzględnej dowolnie wybranej pary wartości cechy  $x_i$  oraz  $x_j$ .

Współczynnik Giniego jest wartością z przedziału [0,1]. Wartość równa 0 oznacza równomierny rozkład cechy, zaś wartość równa 1 – skrajnie nierównomierny [Nieszporska 2009, s. 20].

Dla zmiennych rozpatrywanych w analizie dostępności świadczeń okulistycznych policzono współczynnik Giniego i otrzymano następujące wyniki: dla liczby osób oczekujących na zabieg:  $G = 0,233$   
dla czasu oczekiwania na zabieg:  $G = 0,164$ .

Powyższe rezultaty świadczą o w miarę równomiernym rozkładzie tych dwóch cech w województwach Polski, co przeczy pierwotnie postawionej hipotezie, jakoby dostępność usług wszczępienia soczewki przy leczeniu zaćmy była mocno zróżnicowana w zależności od województwa kraju. Pozostaje zatem twierdzić, że w podziale regionalnym Polski odnotowuje się w miarę równomierny rozkład dostępności tych świadczeń, który ogólnie nazwać można niezadawalającym.

## **Efektywność techniczna szpitalnych oddziałów okulistycznych**

Poszukiwanie przyczyn niedostatecznej dostępności do świadczeń medycznych może wiązać się z niewłaściwym wykorzystaniem zasobów placówek medycznych w procesie świadczenia usług zdrowotnych. Wydaje się zatem zasadne badanie efektywności technicznej tychże placówek [Holly, Suchecka 2009, s. 121], co może stać się pomocne przy wskazaniu czynników wpływających na dostępność usług zdrowotnych.

Naturalną konsekwencją rozważania dostępności do świadczeń okulistycznych w układzie wojewódzkim kraju jest rozważanie efektywności technicznej w takim samym podziale. Proponowane rozwiązanie w tym zakresie sprowadza się zatem do analizy szpitalnych oddziałów okulistycznych jako jednej całości w obrębie każdego z województw Polski.

W przeprowadzaniu oceny efektywności technicznej oddziałów okulistycznych w szpitalach ogólnych, bardzo istotnym etapem był wybór czynników mających na nią wpływ. Zważywszy na to, iż przeprowadzona analiza ma związek z poszukiwaniem odpowiedzi na pytanie, czy właściwie i efektywnie wykorzystano zasoby szpitali, a konkretnie oddziałów okulistycznych tychże placówek w celu uzyskania żądanych wyników, do nakładów (*inputs*) zaliczono:

- liczbę lekarzy zatrudnionych w oddziałach okulistycznych szpitali ogólnych;
- liczbę łóżek szpitalnych w oddziałach okulistycznych,
- zaś do wyników (*outputs*):
- liczbę leczonych w analizowanych oddziałach,
- osobodni leczenia szpitalnego.

Zgromadzone dane dotyczą szpitali ogólnych na terenie szesnastu polskich województw i wyrażone są skumulowaną wielkością poszczególnych czynników w obrębie każdego z regionów.

W celu przeprowadzenia badania wykorzystano metodę Data Envelopment Analysis (DEA)<sup>3</sup>. Analiza DEA jednostek decyzyjnych, jakimi są skumulowane wartości wyróżnionych wcześniej czynników w obrębie danego województwa możliwa była do przeprowadzenia ze względu na jednorodność badanych obiektów. Wynika ona z faktu, że chociaż różnicuje je podział administracyjny kraju, to jednak warunki rynkowe, w jakich przyszło działać szpitalom w analizowanych latach, były takie same dla całego kraju, bez względu na położenie geograficzne. Cel działania szpitali w skali wszystkich województw był także jednorodny. Obok założenia ratowania, leczenia i ochrony zdrowia ludzkiego, w gospodarce wolnorynkowej każdy szpital musi działać tak, aby swoje usługi świadczyć jak najlepiej i jak najtaniej. Jednorodny był także zbiór czynników charakteryzujących działalność szpitalnych oddziałów okulistycznych w poszczególnych województwach; różny był natomiast rozmiar i stopień intensywności ich zastosowania.

W przeprowadzonym badaniu uwzględniono model ze zmiennymi efektami skali [Charnes, Cooper, Lewin, Seiford 2000, s. 8]. W procesie wyznaczania efektywności technicznej rozpatrzono więc sytuację, w której wraz ze wzrostem rozmiaru produkcji (a więc zwiększeniem liczby osób leczonych i wzrostem liczby osobodni) koszty ich wytworzenia uległy spadkowi.

W przedstawionej analizie założono, iż oddziały okulistyczne szpitali ogólnych, działające na terenie poszczególnych województw, mają na celu minimalizację kosztów swojej działalności poprzez zmniejszanie nakładów (między innymi: liczby łóżek i liczby lekarzy), stąd w badaniu zastosowano model zorientowany na nakłady (*input-oriented model*). Dodatkowym argumentem, przemawiającym za zastosowaniem modelu o takiej orientacji, jest fakt ograniczenia finansowania sektora usług szpitalnych i ścisłych reguł kontraktowania tego typu świadczeń, które implikują szukanie oszczędności jedynie w redukcji istniejącej infrastruktury.

Dla wspomnianych szpitalnych oddziałów okulistycznych policzono zatem wskaźnik efektywności technicznej (tab.1) dla lat 2001–2008. Okres ten odbiega od analizowanego we wcześniejszych rozważaniach na temat dostępności usług wszczepienia soczewki, niemniej stanowić może swoistą retrospekcję wykorzystania zasobów oddziałów w procesie „produkcji” świadczonych w nich usług.

---

3. Więcej na temat samej metody znaleźć można np. w: S. Nieszporska, *Teoretyczne podstawy Data Envelopment Analysis [w:] Zastosowanie metod ilościowych w badaniach ekonomiczno-społecznych*, M. Zawada (red.), Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2007, ss. 48–61.

**Tabela 1.** Efektywność techniczna szpitalnych oddziałów okulistycznych w latach 2001–2008

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Średnia
Dolnośląskie	100,00	100,00	100,00	97,39	100,00	96,49	100,00	100,00	<b>99,24</b>
Kujawsko-Pomorskie	92,98	95,70	92,06	83,08	83,26	88,26	64,41	73,63	<b>84,17</b>
Lubelskie	96,08	94,21	84,41	92,20	100,00	93,46	100,00	100,00	<b>95,05</b>
Lubuskie	100,00	100,00	98,73	92,56	96,43	100,00	100,00	100,00	<b>98,47</b>
Łódzkie	90,63	81,62	77,23	80,43	77,38	75,34	71,27	82,79	<b>79,59</b>
Małopolskie	94,52	100,00	92,61	100,00	86,35	100,00	87,94	93,98	<b>94,43</b>
Mazowieckie	78,47	83,30	100,00	90,27	90,64	95,23	80,13	100,00	<b>89,76</b>
Opolskie	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	93,89	<b>99,24</b>
Podkarpackie	85,35	89,04	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	86,24	<b>95,08</b>
Podlaskie	100,00	98,18	100,00	88,58	100,00	100,00	98,96	92,25	<b>97,25</b>
Pomorskie	96,29	98,16	86,54	85,82	87,86	81,16	80,14	75,10	<b>86,38</b>
Śląskie	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	<b>100,00</b>
Świętokrzyskie	100,00	100,00	99,66	99,41	100,00	94,35	81,92	78,41	<b>94,22</b>
Warmińsko-Mazurskie	93,93	96,06	100,00	92,09	87,65	100,00	100,00	100,00	<b>96,22</b>
Wielkopolskie	87,10	89,76	71,17	77,65	80,61	85,93	91,16	100,00	<b>85,42</b>
Zachodniopomorskie	85,03	98,92	100,00	100,00	100,00	94,31	100,00	93,34	<b>96,45</b>

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS i CSIOZ.

W okresie od 2001 do 2008 roku tylko w jednym województwie obserwowano pełną efektywność, tzn. taką, dla której wartość wskaźnika efektywności wynosiła 100%. Oznacza to, że jedynie działające w szpitalach ogólnych oddziały okulistyczne na terenie Śląska w pełni wykorzystywały swoje zasoby. Pozostałe regiony okazały się nieefektywne technicznie, a wśród nich najslabiej wypadło województwo łódzkie, dla którego wskaźnik efektywności kształtował się w badanym okresie na poziomie średnim równym 79,59%.

## Zakończenie

Dostępność do świadczeń medycznych, zwłaszcza z zakresu medycyny specjalistycznej, jest bolączką nie tylko polskiego systemu ochrony zdrowia. Kolejki oczekujących i wydłużone terminy planowanych świadczeń traktować można jednak jako skutek pewnych działań w zakresie funkcjonowania nie tylko pojedynczych placówek, ale być może całego systemu. Na pewno nie bez znaczenia jest także polityka zdrowotna kraju czy też tendencje i przyzwyczajenia w zakresie zarządzania placówkami służby zdrowia. Poszukiwanie przyczyn niezadawalającej dostępności do świadczeń medycznych może się również koncentrować wokół analizy efektywności technicznej placówek, w jakich świadczone są dane usługi.

W prezentowanym opracowaniu podjęto zatem próbę odpowiedzi na pytanie, czy nieefektywność techniczna szpitalnych oddziałów okulistycznych w przeszłości ma wpływ na dostępność usług w okresie późniejszym.

Jak pokazuje przeprowadzone badanie, w tych województwach, które na tle pozostałych osiągnęły w okresie od 2001 do 2008 roku najwyższą wartość wskaźnika efektywności technicznej, dostępność do świadczenia operacyjnego leczenia zaćmy, mierzona średnim czasem oczekiwania na tą usługę w roku 2010, jest najslabsza. Ta ujemna zależność wydaje się dość zaskakująca, jednak jednoznaczna interpretacja tego faktu mogłaby mieć miejsce tylko w przypadku, gdyby rejestracja dostępności do omawianych świadczeń dotyczyła przypadków odnotowanych tylko raz, bez uwzględnienia tych, które wpisane są na listę oczekujących w różnych placówkach służby zdrowia.

Innym powodem zaskakujących rezultatów badania być może jest fakt, że te placówki, które w pełni wykorzystywały swój potencjał kadrowy czy infrastrukturalny w procesie świadczenia usług medycznych mają tak dużą renomę i możliwości, że znaczna część pacjentów decyduje się na zabieg właśnie w nich i wpisuje na listę oczekujących, nie bacząc na długość kolejki i odległe terminy realizacji świadczenia.

Niezaprzeczalnym wynikiem przeprowadzonej analizy staje się jednak fakt niezadawalającej w całym kraju dostępności do świadczenia usunię-



---

cia zaćmy poprzez wszczepienie sztucznej soczewki. W miarę równomierny w układzie wojewódzkim rozkład średniego czasu oczekiwania na zabieg oraz liczby osób oczekujących na niego zdaje się stawiać polską okulistykę szpitalną w niekorzystnym świetle. Taki sam – negatywny obraz okulistycznych oddziałów szpitalnych jawi się po przeanalizowaniu wyników badania ich efektywności technicznej. Niemal wszystkie województwa, analizowane pod kątem pracy oddziałów okulistycznych w szpitalach ogólnych w okresie od 2001 do 2008 roku, wykazały nieefektywną technicznie pracę. Podażowa strona świadczeń medycznych nie może być jednak oceniona jednoznacznie tylko pod kątem efektywności technicznej, czy możliwości realizacji usług. Do pełnej oceny niezbędny jest także sąd w sprawie efektywności wykorzystania zasobów finansowych czy jakości i profesjonalizmu świadczonych usług. Być może analiza takich aspektów funkcjonowania szpitalnych oddziałów okulistycznych pozwoliłaby mieć o nich inną od otrzymanej w prezentowanym opracowaniu opinię.

---

## Literatura

**Charnes A., Cooper W.W., Lewin A.Y., Seiford L.M. (2000)**, *Data Envelopment Analysis: Theory, Methodology, and Application*, Kluwer Academic Publishers, Boston/Dordrecht/London 2000.

**Kański J.J. (1997)**, *Okulistyka kliniczna*, red. Z. Zagórskie, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław.

**Kot S.M., Jakubowski J., Sokołowski A. (2007)**, *Statystyka*, Difin.

**Laskowska I. (2000)**, *Równość w finansowaniu i dostępności świadczeń medycznych* [w:] **B. Suchecki (red.)**, *Dane panelowe i modelowanie wielowymiarowe w badaniach ekonomicznych*, T. 2, Absolwent, Łódź.

**Nieszporska S. (2009)**, *Analiza koncentracji w badaniach statystycznych*, [w:] **A. Mesjasz-Lech (red.)**, *Nowoczesne instrumenty zarządzania*, Wydawnictwo Wydziału Zarządzania Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa, ss. 15–25.

**Nieszporska S. (2007)**, *Teoretyczne podstawy Data Envelopment Analysis* [w:] **M. Zawada (red.)**, *Zastosowanie metod ilościowych w badaniach ekonomiczno-społecznych*, Wydawnictwo Wydziału Zarządzania Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa, ss. 48–61.

**Resnikoff S., Pascolini D., Mariotti S.P., Gopal P Pokharel (2008)**, *Global magnitude of visual impairment caused by uncorrected refractive errors in 2004*, “Bulletin of the World Health Organization”, January, 86 (1).

**Holly R., Suchecka J. (red.) (2009)**, *Szpital publiczny w polskim systemie ochrony zdrowia. Zarządzanie i gospodarka*, Krajowy Instytut Ubezpieczeń, Łódź-Warszawa. [www.leczeniezaczmy.pl](http://www.leczeniezaczmy.pl).

[www.nfz.gov.pl](http://www.nfz.gov.pl).

[www.who.int/bulletin/volumes/86/1/07-041210.pdf](http://www.who.int/bulletin/volumes/86/1/07-041210.pdf).

[www.zdrowie.flink.pl](http://www.zdrowie.flink.pl).

**Zarządzanie podmiotami leczniczymi**  
**- wybrane aspekty**



## **Dominika Cichońska**

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

## **Małgorzata Szcześniak**

Społeczna Akademia Nauk

## **Aneta Renata Mamos**

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

# **Zarządzanie zakażeniami szpitalnymi na przykładzie placówki leczniczej w Łodzi**

## **Management of nosocomial infections on the example of the medical center in Lodz**

---

**Abstract:** Data presented in this paper relate to infections and their etiological factors occurring in one of the clinical hospitals in Lodz in 2006 – 2010. The information comes from reports prepared by the nurse epidemiological prepared on the basis of individual registration cards microorganism contamination capital and alarm. The aim of the analysis was to determine the actual number of nosocomial infections caused direct causal link with hospitalization in hospital wards all specialties.

**Key-words:** infection, nosocomial infection, prevention of infections and infectious diseases, hospital, medical center.

## **Wstęp**

Dane przedstawione w pracy dotyczą zakażeń oraz ich czynników etiologicznych występujących w jednym ze szpitali klinicznych w Łodzi w latach 2006 – 2010. Informacje pochodzą z raportów opracowanych przez pielęgniarkę epidemiologiczną, przygotowywanych na podstawie indywidualnych kart rejestracji zakażenia zakładowego i drobnoustroju alarmowego. Celem analizy było, określenie rzeczywistej liczby zakażeń szpitalnych powstałych w bezpośrednim związku przyczynowym z hospitalizacją w szpitalu na oddziałach wszystkich specjalności.

## Zakażenia szpitalne

Zgodnie z obowiązującymi kryteriami w polskiej terminologii zakażeniem szpitalnym jest taki rodzaj zakażenia, który powstaje i rozwija się w czasie pobytu chorego w szpitalu lub po jego wypisaniu, rozpoznany klinicznie i potwierdzony laboratoryjnie niezależnie od tego, czy czynnik chorobotwórczy jest pochodzenia endogennego czy egzogennego [Jędrzychowski 2002, s. 251].

Nowoczesne metody diagnostyczne akcentują problem zakażeń szpitalnych, powstających często na drodze zaniedbania podstawowych wymogów higieny szpitalnej, wadliwej sterylizacji, nieprawidłowego przygotowania posiłku czy nieodpowiedniego stosowania środków dezynfekcyjnych. W Europie Zachodniej zakażenia wewnątrzszpitalne zdarzają się u 5 – 10 pacjentów na 100 przyjętych do szpitala. W krajach rozwijających się odsetek ten sięga 25 pacjentów na 100 przyjętych do szpitala. W Stanach Zjednoczonych zakażenia stanowią 8 przyczyn zgonów, a największa śmiertelność sięga nawet 30% i jest powodowana zakażeniami krwiopochodnymi i zapalenie płuc [Macura 2011, s. 474].

Polskie Towarzystwo Zakażeń Szpitalnych szacuje częstość zakażeń szpitalnych na poziomie 7% – 10%, a wskaźnik śmiertelności dla wszystkich form klinicznych zakażeń na poziomie 6,9% [Wysocki 2009, s. 12].

## Struktura badanej jednostki

Prezentowana placówka lecznicza jest jedynym klinicznym ośrodkiem referencyjnym leczącym dzieci w wieku rozwojowym z obszaru makroregionu łódzkiego. Obejmuje swym zasięgiem tereny byłych województw: łódzkiego, piotrkowskiego, sieradzkiego, skierniewickiego i płockiego. Świadczenia zdrowotne w zakresie opieki stacjonarnej, opieki ambulatoryjnej, diagnostyki i rehabilitacji udzielane są dzieciom w wieku od 0 do 18 lat w Klinikach i Oddziałach Klinicznych, Specjalistycznych Poradniach Przyklinicznych oraz Zakładach Szpitalnych.

Na użytek niniejszego artykułu przyjęto następujące oznaczenia oddziałów, objętych analizą zakażeń szpitalnych:

- Oddział I – O. Leczenia Oparzeń z Pododdziałem Chirurgii Noworodkowej i niemowlęcej
- Oddział II – O. Intensywnej Terapii i Anestezjologii dla Dzieci z Pododdziałem Patologii Noworodka
- Oddział III – O. Propedeutyki Pediatrii i Chorób Metabolicznych Kości
- Oddział IV – O. Pediatrii, Alergologii, Gastroenterologii i żywienia Dzieci dla Dzieci Starszych

- Oddział V – O. Pediatrii, Diabetologii i Nefrologii
- Oddział VI – O. Pediatrii, Onkologii i Hematologii
- Oddział VII – O. Pediatrii, Onkologii i Hematologii
- Oddział VIII – O. Pediatrii, Alergologii, Gastroenterologii i Żywienia Dzieci dla Dzieci Młodszych
- Oddział IX – O. Otolaryngologii, Audiologii i Foniatrii Dziecięcej
- Oddział X – O. Chirurgii i Onkologii Dziecięcej
- Oddział XI – O. Kardiologii i Reumatologii dla Dzieci
- Oddział XII – O. Okulistyki Dziecięcej

## Zakażenia szpitalne w badanej placówce

Charakteryzując zakażenia szpitalne w pediatrii należy pamiętać, że:

- częstość zakażeń wśród dzieci jest wyższa niż u dorosłych, w szczególności: wirusowych zakażeń układu oddechowego i pokarmowego, zakażeń bakteryjnych i ropnych zakażeń skóry,
- występują najczęściej w pierwszym roku życia, a po 10 r.ż. osiągają poziom obserwowany wśród dorosłych,
- najwyższe wskaźniki zakażeń występują na oddziałach: chirurgia ogólna, kardiochirurgia, neurochirurgia, intensywne terapie, onkologia,
- czynniki etiologiczne zakażeń szpitalnych u dzieci są inne niż u dorosłych: 1) 0 – 7 dni – drobnoustroje kolonizujące drogi rodne matki (paciorkowce grupy B, pałeczki gram –ujemne, chlamydie, grzyby, wirusy), 2) 8 – 30 dni – flora bakteryjna oddziałów noworodkowych (pałeczki gram – ujemne, wirusy, ziarniaki gram – dodatnie),
- czynniki ryzyka charakterystyczne dla wieku rozwojowego: złożona niedojrzałość układu odpornościowego, stres okołoporodowy, brak własnej flory bakteryjnej po urodzeniu, wzrost liczby noworodków o niskiej masie urodzeniowej lub urodzonych przedwcześnie, konieczność hospitalizacji ponad 7 – 10 dni, wady wrodzone, duża liczba zakażeń wirusowych w środowisku poza szpitalnym, często bezobjawowy przebieg.

Zgromadzone dane o zakażeniach oraz ich czynnikach etiologicznych występujących w wybranym szpitalu obejmują lata 2006 – 2010.

Badaniem objęte zostały wszystkie oddziały szpitalne, w których odnotowano łącznie 93 zakażenia w roku 2006, w 2007 – 72, w 2008 – 61, w 2009 – 41, a w 2010 – 26 przypadków.

**Tabela 1.** Wskaźniki szpitalne za okres 01.01. 2006 – 31.12.2006

Oddziały	Liczba łóżek	Liczba leczonych	Liczba osobodni	Wskaźnik średniego obciążenia łóżek (%)	Wskaźnik średniego wykrycia łóżka (dni)	Wskaźnik średniego pobytu pacjenta	Wskaźnik przelotowości łóżek
I	12	398	4378	90,8	331,6	11	33,2
II	13	231	4735,5	94,9	346,5	20,5	17,8
III	20	950	7315	87,1	318,2	7,7	47,5
IV	21	1025	7687,5	86,9	317,2	7,5	48,8
V	23	1190	8330	85	310,4	7	51,7
VI	21	3001	7802,6	62,6	228,6	2,6	142,9
VII	20	1325	7287,5	81,6	298,1	5,5	66,3
VIII	24	1215	8748	85,9	313,8	7,2	50,6
IX	24	1402	8692,4	83,2	303,7	6,2	58,4
X	34	2371	14700,2	99,3	362,6	6,2	69,7
XI	18	1020	6528	83,8	306	6,4	56,7
XII	10	579	3647,7	84	306,8	6,3	57,9
Razem	240	14707	89852,4	85,4	311,9	7,8	58,45

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych szpitala.

**Tabela 2.** Wskaźnik szpitala za okres 01.01.2007 – 31.12.2007

Oddziały	Liczba łóżek	Liczba leczonych	Liczba osobodni	Wskaźnik średniego obciążenia łóżek (%)	Wskaźnik średniego wykrycia łóżka (dni)	Wskaźnik średniego pobytu pacjenta	Wskaźnik przelotowości łóżek
I	12	405	4374	90,6	330,7	10,8	33,7
II	13	296	4765,6	94,1	343,8	16,1	22,8
III	20	920	7268	86,9	317,4	7,9	46
IV	21	1097	7679	85,8	313,4	7	52,2
V	23	1240	8432	85,6	312,6	6,8	53,9
VI	21	2978	7742,8	62,1	226,8	2,6	141,8
VII	20	1273	7256,1	81,9	299,1	5,7	63,6
VIII	24	1220	8784	86,3	315,1	7,2	50,8
IX	24	1410	8742	83,6	305,5	6,2	58,7
X	34	2532	12406,8	79,5	290,4	4,9	74,5
XI	18	1095	6570	83,3	304,1	6	60,8
XII	10	582	3666,6	84,4	308,4	6,3	58,2
Razem	240	15048	87686,9	83,6	305,6	7,2	59,75

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych szpitala.



**Tabela 3.** Wskaźnik szpitala za okres 01.01.2008 – 31.12.2008

Oddziały	Liczba łóżek	Liczba leczonych	Liczba osobodni	Wskaźnik średniego obciążenia łóżek (%)	Wskaźnik średniego wykozystania łóżka(dni)	Wskaźnik średniego pobytu pacjenta	Wskaźnik przelotowości łóżek
I	12	407	4354,9	90,1	328,9	10,7	33,9
II	13	273	4750,2	94,3	344,4	17,4	21
III	20	841	7316,7	88,6	323,7	8,7	42,1
IV	21	1103	7610,7	84,8	309,8	6,9	52,5
V	23	1232	8377,6	85,1	310,6	6,8	53,6
VI	21	3015	7537,5	58,9	215,3	2,5	43,6
VII	20	1353	7306,2	81,5	297,6	5,4	67,6
VIII	24	1235	8768,5	85,9	313,8	7,1	51,4
IX	24	1422	8674,2	82,7	302,1	6,1	59,2
X	34	2496	12480	80,4	293,6	5	73,4
XI	18	1150	6555	82,2	300,2	5,7	63,9
XII	10	598	3647,8	83,5	304,9	6,1	59,8
Razem	240	15125	87379,3	83,1	303,7	7,3	60,2

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych szpitala.

**Tabela 4.** Wskaźnik szpitala za okres 01.01.2009 – 31.12.2009

Oddziały	Liczba łóżek	Liczba leczonych	Liczba osobodni	Wskaźnik średniego obciążenia łóżek (%)	Wskaźnik średniego wykozystania łóżka(dni)	Wskaźnik średniego pobytu pacjenta	Wskaźnik przelotowości łóżek
I	12	543	4398,3	88	321,2	8,1	45,2
II	13	307	4758,5	93,8	342,4	15,5	23,6
III	20	1134	7371	85,4	311,8	6,5	56,7
IV	21	1349	7689,3	82,7	301,9	5,7	64,2
V	23	1220	8418	85,7	312,9	6,9	53
VI	21	2849	7692,3	63,1	230,6	2,7	135,6
VII	20	2068	7238	70,8	258,5	3,5	103,4
VIII	24	1249	8743	85,5	312,2	7	52,0
IX	24	1421	8668,1	82,7	301,9	6,1	59,2
X	34	2685	12351	77,8	284,2	4,6	78,9
XI	18	1398	6570,6	78,7	287,3	4,7	77,7
XII	8	598	2930,2	63,8	233,2	4,9	74,7
Razem	238	16821	86827,7	79,8	291,5	6,3	68,7

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych szpitala.

**Tabela 5.** Wskaźnik szpitala za okres 01.01.2010 – 31.12.2010

Oddziały	Liczba łóżek	Liczba leczonych	Liczba osobodni	Wskaźnik średniego obłożenia łóżek (%)	Wskaźnik średniego wykonywania łóżka(dni)	Wskaźnik średniego pobytu pacjenta	Wskaźnik przelotowości łóżek
I	12	598	4365,4	86	313,9	7,3	49,8
II	13	233	4753,2	90,3	329,7	20,4	17,9
III	20	942	7253,4	86,4	315,5	7,7	47,1
IV	21	1451	7690,3	81,3	297,1	5,3	69,1
V	23	1345	8339	83,2	304,0	6,2	58,4
VI	21	3010	7525	58,9	215	2,5	143,3
VII	20	1968	7281,6	72,7	265,5	3,7	98,4
VIII	24	1202	8774,6	86,4	315,5	7,3	50,1
IX	24	1505	8729	82,4	301	5,8	62,7
X	34	2757	12406,5	77,7	283,8	4,5	81,1
XI	18	1699	6626,1	74,9	273,7	3,9	94,4
XII	8	638	2934,8	62,9	229,6	4,6	79,7
Razem	238	16750	86678,9	78,5	287	6,6	71

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych szpitala.

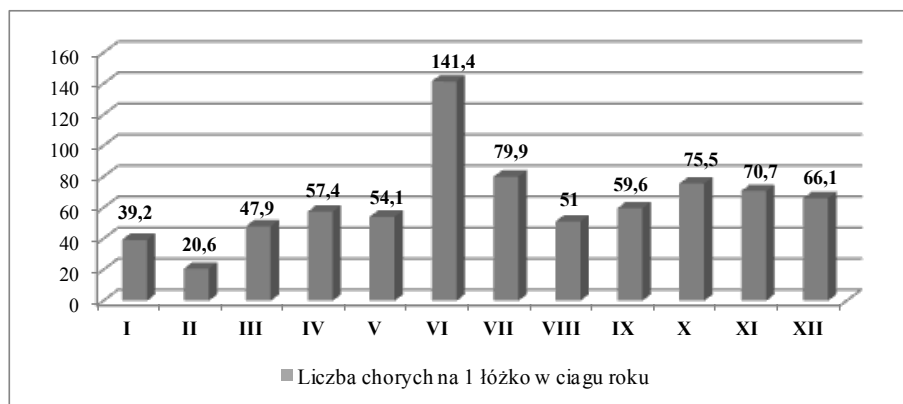
**Tabela 6.** Wskaźnik przelotowości łóżek szpitalnych na poszczególnych oddziałach w latach 2006 – 2010

Oddział	2006	2007	2008	2009	2010
	liczba chorych na 1 łóżko				
I	33,2	33,7	33,9	45,2	49,8
II	17,8	22,8	21	23,6	17,9
III	47,5	46	42,1	56,7	47,1
IV	48,8	52,2	52,5	64,2	69,1
V	51,7	53,9	53,6	53	58,4
VI	142,9	141,8	143,6	135,6	143,3
VII	66,3	63,6	67,6	103,4	98,4
VIII	50,6	50,8	51,4	52	50,1
IX	58,4	58,7	59,2	59,2	62,7
X	69,7	74,5	73,4	78,9	81,1
XI	56,7	60,8	63,9	77,7	94,4
XII	57,9	58,2	59,8	74,7	79,7
Średnia	58,45	59,75	60,2	68,7	71

Źródło: opracowanie własne na podstawie raportów rocznych o zakażeniach zakładowych i drobnoustrojach alarmowych.

Wskaźnik przelotowości łóżek szpitalnych jest stosunkiem liczby przyjętych chorych pozostających w leczeniu szpitalnym do średniej liczby łóżek w danym roku.

**Wykres 1.** Średni wskaźnik przelotowości łóżek szpitalnych na poszczególnych oddziałach w latach 2006 –2010



Źródło: opracowanie własne.

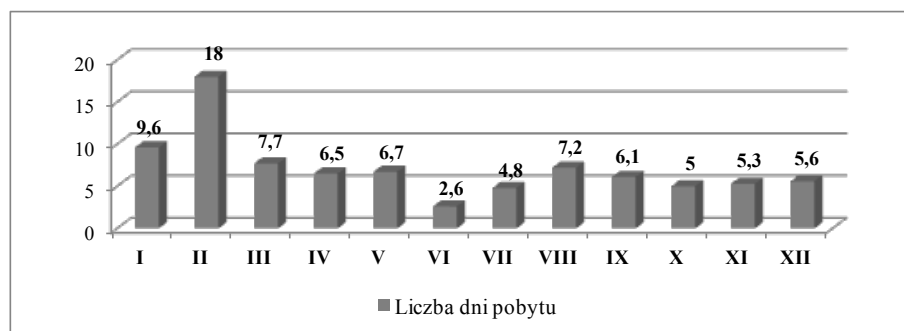
Wartość wskaźnika przelotowości łóżek szpitalnych na poszczególnych oddziałach jest zróżnicowana. W latach 2006 – 2010 oddział VI (Oddział Pediatrii, Onkologii i Hematologii) miał ten wskaźnik największy – 141,4 (chorego na 1 łóżko w ciągu roku). Pozostałe oddziały, VII - 79,9; X – 75,5 i XI – 70,1 miały ten wskaźnik nieco niższy. Oddział Intensywnej Terapii i Anestezjologii dla Dzieci z Pododdziałem Patologii Noworodka odnotował tylko 20,6 (chorego na 1 łóżko w ciągu roku). We wszystkich analizowanych latach wystąpił wzrost wskaźnika wykorzystania łóżek szpitalnych: w 2006 – 58,45, w 2007 – 59,75, w 2008 – 60,2, w 2009 – 68,7, a w 2010 – 71.

Średni czas hospitalizacji jest to iloraz łącznej liczby dni pobytu pacjenta w szpitalu do liczby pacjentów wypisanych i zmarłych w szpitalu w danym roku – tabela nr 7.

**Tabela 7.** Średni czas hospitalizacji pacjenta na poszczególnych oddziałach w latach 2006 – 2010

Oddział	Rok 2006	Rok 2007	Rok 2008	Rok 2009	Rok 2010
I	11	10,8	10,7	8,1	7,3
II	20,5	16,1	17,4	15,5	20,4
III	7,7	7,9	8,7	6,5	7,7
IV	7,5	7	6,9	5,7	5,3
V	7	6,8	6,8	6,9	6,2
VI	2,6	2,6	2,5	2,7	2,5
VII	5,5	5,7	5,4	3,5	3,7
VIII	7,2	7,2	7,1	7	7,3
IX	6,2	6,2	6,1	6,1	5,8
X	6,2	4,9	5	4,6	4,5
XI	6,4	6	5,7	4,7	3,9
XII	6,3	6,3	6,1	4,9	4,6
Średni czas pobytu w danym roku	7,8	7,3	7,4	6,3	6,6

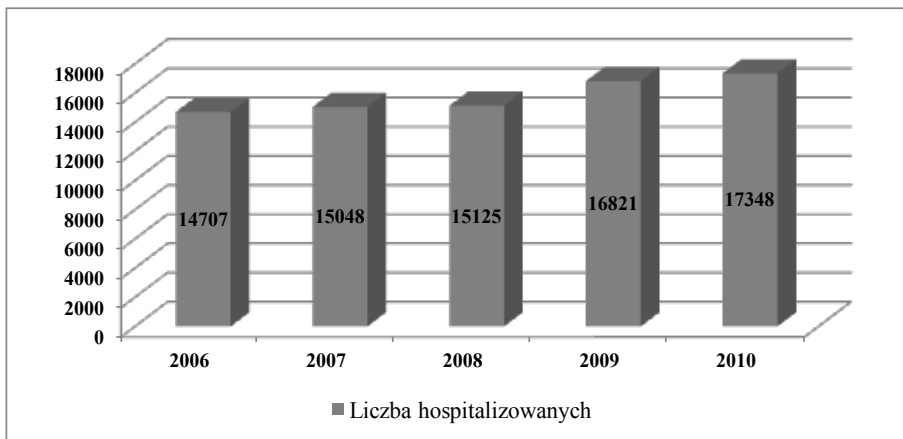
Źródło: opracowanie własne.

**Wykres 2.** Średni czas pobytu pacjenta na poszczególnych oddziałach w latach 2006 – 2010

Źródło: opracowanie własne.

Najdłużej hospitalizowani przebywają na Oddziale Intensywnej Terapii i Anestezjologii dla Dzieci z Pododdziałem Patologii Noworodka – średnio 18 dni. Dalej na oddziale I – 9,6 dnia, III – 7,7 dnia i VIII – 7,2 dnia. Najkrócej pacjenci znajdują się na Oddziale Pediatrii, Onkologii i hematologii – 2,6 dnia. W analizowanych latach średni czas hospitalizacji wynosił w 2006 – 7,8 dnia, 2007 – 7,3 dnia, 2008 – 7,4 dnia, 2009 – 6,3 dnia, a w 2010 – 6,6 dnia.

**Wykres 3.** Liczba hospitalizowanych w latach 2006 – 2010



Źródło: opracowanie własne.

Liczba hospitalizowanych w badanej jednostce wzrastała: w roku 2006 – 14 707 osób, w 2007 – 15 048, w 2008 – 15 125, w 2009 – 16 821, a w 2010 wynosiła już 17 348. W przypadku liczby hospitalizowanych na poszczególnych oddziałach, Oddział Pediatrii, Onkologii i Hematologii ma największą liczbę leczonych szpitalnie dzieci – 14 853, a najmniej hospitalizacji było na Oddziale Intensywnej Terapii i Anestezjologii – 1 340.

Najwięcej zakażeń w 2006 r. było na oddziale I (Oddział Leczenia Oparzeń z Pododdziałem Chirurgii Noworodkowej i Niemowlęcej) – 19, na II – 15, XI – 11 oraz V – 10. Najmniej odnotowano na VI – 2 przypadki. W 2007 r. najwięcej zakażeń wystąpiło na oddziale XI (Oddział Kardiologii i Reumatologii dla Dzieci) – 14 oraz w porównaniu z rokiem poprzednim zwiększyła się ilość zakażeń na oddziale III – 11 (w 2006 wynosiła tylko 4). Na oddziale VII nie odnotowano żadnego zakażenia. W 2008 r. na oddziałach II i VII wystąpiło najwięcej zakażeń – 12, na VIII – 11, VI – 10 i I – 9 przypadków. Należy tutaj zwrócić uwagę, że na oddziale II, który w 2007 r. miał tylko 5 zakażeń w 2008 r. wystąpiło 12 zakażeń. Wśród oddziałów o dużym stopniu zakażeń znalazły się oddziały, które nie odnotowały ani jednego przypadku zakaże-

nia (oddział IV, V, IX, X i XII). Rok 2009 odznacza się znacznym spadkiem ogólnej liczby zakażeń. Najwięcej było ich na oddziale VIII (Oddział Pediatrii, Alergologii, Gastroenterologii i Żywienia Dzieci dla Dzieci Młodszych) – 14 przypadków. Oddział II miał 8 przypadków zakażeń. Na pozostałych oddziałach było: V – 5, VII – 5, VI – 4, I i II – 2 oraz XI – 1. Reszta nie odnotowała takich przypadków. W 2010 r. wystąpiło 26 zakażeń, najmniej w analizowanym okresie. Liczba ta w stosunku do poprzednich lat uległa znacznemu zmniejszeniu: 2006 – 93, 2007 – 72, 2008 – 61, 2009 – 41. Oddział VIII miał najwięcej przypadków – 9 zakażeń oraz oddział II – 6. Po jednym zakażeniu miały oddziały: I, IV, V i XI.

Liczba zakażeń szpitalnych na poszczególnych oddziałach w latach 2006 – 2010 była zróżnicowana. Oddziałami, które miały najwięcej zakażeń były: II – 47, I – 41, VIII – 40, XI – 31. Najmniej – oddział IX – 7 przypadków.

Oddział II to O. Intensywnej Terapii, który ze względu na swoją specyfikę koncentruje większość problemów związanych z zakażeniami szpitalnymi. Sposoby leczenia oraz stosowana tam aparatura pozwala na uratowanie życia tym chorym, którzy w warunkach standardowego oddziału szpitalnego nie mieliby żadnych szans na przeżycie. Rangę problemu widać szczególnie na tle innych placówek lecznictwa zamkniętego – pomimo że odsetek leczonych na oddziałach intensywnej terapii stanowi zaledwie 5% – 7% ogółu chorych, to zakażenia zdarzają się tu 5 – 10 razy częściej [Dzierżanowska 2008, s. 249].

**Tabela 8.** Wskaźnik częstotliwości infekcji w poszczególnych oddziałach szpitala w latach 2006 – 2010.

Oddziały	2006			2007			2008			2009			2010		
	Liczba		%	Liczba		%	Liczba		%	Liczba		%	Liczba		%
	zakażeń	hospitalizowanych		zakażeń	hospitalizowanych		zakażeń	hospitalizowanych		zakażeń	hospitalizowanych		zakażeń	hospitalizowanych	
I	19	398	4,8	10	405	2,5	9	407	2,2	2	543	0,4	1	598	0,2
II	15	231	6,5	5	296	1,7	12	273	4,4	8	307	2,6	6	233	2,6

	XII	XI	X	IX	VIII	VII	VI	V	IV	III
93	4	11	6	6	5	4	2	10	7	4
14707	579	1020	2371	1402	1215	1325	3001	1190	1025	950
0,6	0,7	1,1	0,25	0,4	0,4	0,3	0,07	0,8	0,7	0,4
72	6	14	5	1	1	0	3	9	7	11
15048	582	1095	2532	1410	1220	1273	2978	1240	1097	920
0,5	1,0	1,3	0,2	0,07	0,08	0	0,1	0,7	0,6	1,2
61	0	4	0	0	11	12	10	0	0	3
15125	598	1150	2496	1422	1235	1353	3015	1232	1103	841
0,4	0	0,3	0	0	0,9	0,9	0,3	0	0	0,3
41	0	1	0	0	14	5	4	5	0	2
16821	598	1398	2685	1421	1249	2068	2849	1220	1349	1134
0,2	0	0,07	0	0	1,1	0,2	0,1	0,1	0,4	0
26	0	1	0	0	9	2	3	1	1	2
17348	638	1699	2757	1505	1202	1968	3010	1345	1451	942
0,1	0	0,06	0	0	0,7	0,1	0,1	0,07	0,07	0,2

Źródło: opracowanie własne na podstawie raportów rocznych o zakażeniach zakładowych i drobnoustrojach alarmowych.

Analiza przedstawionych danych wskazuje, że oddziałami największego ryzyka występowania zakażenia są Oddziały Intensywnej Terapii (rok 2006 – 6,5%, 2007 – 1,7%, 2008 – 4,4%, 2009 – 2,6%, 2010 – 2,6%). OIT bardzo często stanowi potencjalne źródło infekcji szpitalnych szerzących się na terenie całego szpitala, dlatego ich założenia organizacyjne powinny uwzględniać specyfikę postępowania leczniczego (lokalizacja – łatwy dostęp do Izby Przyjęć, Bloku Operacyjnego, Laboratorium Centralnego i Pracowni Diagnostyki Obrazowej). Potwierdzają to dane przedstawiające średnią liczbę zakażeń w stosunku do hospitalizowanych – tabela 9.

**Tabela 9.** Liczba zakażeń w stosunku do liczby hospitalizacji

Oddział	2006	2007	2008	2009	2010	Srednia liczba zakażeń na oddziale
I	4,8	2,5	2,2	0,4	0,2	<b>2,06</b>
II	6,5	1,7	4,4	2,6	2,6	<b>3,56</b>
III	0,4	1,2	0,3	0,2	0,2	<b>0,46</b>
IV	0,7	0,6	0	0	0,06	<b>0,27</b>
V	0,8	0,7	0	0,4	0,07	<b>0,39</b>
VI	0,07	0,1	0,3	0,1	0,1	<b>0,13</b>
VII	0,3	0	0,9	0,2	0,1	<b>0,3</b>
VIII	0,4	0,08	0,9	1,1	0,7	<b>0,63</b>
IX	0,4	0,07	0	0	0	<b>0,09</b>
X	0,2	0,2	0	0	0	<b>0,08</b>
XI	1,1	1,3	0,3	0,07	0,06	<b>0,56</b>
XII	0,7	1,03	0	0	0	<b>0,34</b>
Średnia liczba zakażeń w danym roku	1,36	0,79	0,77	0,42	0,34	

Źródło: opracowanie własne.

Prezentowane wyniki potwierdzają, że na Oddziale Intensywnej Terapii odnotowano najwięcej zakażeń, w stosunku do liczby hospitalizacji – 3,56%.

Analizując liczbę zakażeń w stosunku do liczby hospitalizacji w poszczególnych latach, zauważyć należy, że w kolejnych latach odnotowano spadek liczby zakażeń: 2006 – 1,36%, 2007 – 0,79%, 2008 – 0,77%, 2009 – 0,42% i 2010 – 0,34%. Wynika to z wdrożenia procedur medycznych w zakresie profilaktyki zakażeń szpitalnych oraz ciągłego nadzoru i bieżącego monitorowania.

Przeprowadzona identyfikacja czynników etiologicznych zakażeń szpitalnych, umożliwi wskazanie drobnoustrojów, które dominują w jednostce, a zatem stanowią zagrożenie nie tylko dla pacjenta, ale dla całego środowiska szpitalnego.





V	2006	6					4							
	2007						4				5			
	2008													
	2009	4					1							
	2010										1			
	Razem	10					9				6			
VI	2006						2							
	2007	2										1		
	2008	2			1	1		5				1		
	2009		1					2						1
	2010			1										1
	Razem	4	1	1	1	1		9				2		2
VII	2006	2				2								
	2007													
	2008	11						1						
	2009							4	1					
	2010					1				1				
	Razem	13				3		5	2					
VIII	2006	3						2						
	2007										1			
	2008	7				1						3		
	2009	12		1				1						
	2010	4				2				1		1		1
	Razem	26		1		3		1				5		1
IX	2006	1						5						
	2007							1						
	2008													
	2009													
	2010													
	Razem	1						6						
X	2006	2						4						
	2007							5						
	2008													
	2009													
	2010													
	Razem	2						9						

XI	2006	6				5											
	2007	4				7			3								
	2008	2				1											1
	2009								1								
	2010					1											
	Razem	12				14			4								
XII	2006															4	
	2007							6									
	2008																
	2009																
	2010																
	Razem							6								4	
Podsumowanie	90	1	15	10	39	1	40	38	1	10	8	1	11	6	3	19	

Źródło: opracowanie własne.

Porównanie liczby drobnoustrojów wyhodowanych z poszczególnych oddziałów w latach 2006 – 2010 pozwala odpowiedzieć na pytanie, czy dany patogen charakteryzuje się tendencją rosnącą i czy jest eliminowany z oddziału. Najczęściej występującym rodzajem zakażenia były – Rotawirusy – 90 przypadków, najczęściej na oddziale VIII – 26 przypadków, oddziale I – 14 przypadków oraz na oddziale VII – 13 przypadków. Drugim drobnoustrojem był *Staphylococcus aureus* MRSA – 40 przypadków, w tym najwięcej na oddziale I – 14 przypadków, oddziale V i VI – 9 przypadków i 5 przypadków. Trzeci – *Klebsiella pneumoniae* ESBL również zlokalizowana na oddziałach, 13 przypadków – oddział III i 5 przypadków – oddział II.

Analizując postacie kliniczne zakażeń na poszczególnych oddziałach możemy zaobserwować, że najwięcej zakażeń szpitalnych to zakażenia **układu pokarmowego** – 30,7%. Jedną z głównych przyczyn zakażeń układu pokarmowego są rotawirusy, które atakują głównie dzieci w wieku od 6 m-cy do 3 lat. Szacuje się, że rotawirusy odpowiadają za 20% – 40% wszystkich przypadków zaburzeń jelitowo-żołądkowych [Dzierżanowska 2008, s. 429].

Zakażenia **układu oddechowego** wystąpiły w 23,5%. Jest to dość wysoki wskaźnik, wywołany głównie przez: *Enterobacter cloacae* AmpC, *Enterobacter cloacae*, *Klebsiella oxytoca*, *Acinetobacter baumani*, *Stenotrophomonas maltophilia* i RSV.

Trzecim co wielkości zakażeniem szpitalnym są zakażenia **układu moczowego** – 22,5%, wywoływane przez: *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterococcus faecium* HLAD i *Acitobacter* spp. Stanowią one około 40% wszystkich zakażeń szpitalnych i dotyczą około 600 000 chorych rocznie na świecie.

Zakażenia **ran operacyjnych** stanowią 13,7% wszystkich zakażeń szpitalnych. Na podstawie wykonanych badań we wszystkich zakażeniach miejsca operowanego dominującym patogenem był *Staphylococcus aureus* MRSA. Są to zakażenia plasujące się na drugiej pozycji pod względem częstości występowania. Zgodnie z wynikami NNIS (National Nosocomial Infections Surveillance System) częstość zakażeń miejsca operowanego wynosi od 2,6% do 38%.

Ostatnim z najczęstszych zakażeń są **zakażenia skóry** – 9,6% spowodowane przez *Candida parapsilosis*, *Candida albicans* oraz *Citrobacter freundii* AmpC. W ostatnich latach wzrosła liczba szpitalnych grzybic. Według danych epidemiologicznych stanowią one około 9% – 10% wszystkich infekcji szpitalnych (tabela 11).

**Tabela 11.** Porównanie postaci klinicznych zakażeń na poszczególnych oddziałach

Oddziały	Rok	Zakażenia układu pokarmowego	Zakażenia układu oddechowego	Zakażenia układu moczowego	Zakażenia ran operacyjnych	Zakażenia skóry
I	2006	9		4	6	
	2007		5		5	
	2008	5		1	3	
	2009		1	1		
	2010		1			
	Razem	14	7	6	14	0
II	2006		8			
	2007		3			2
	2008		5	6		1
	2009		3	2	3	
	2010		2	4	1	
	Razem	0	21	12	4	3
III	2006	1		3		
	2007	5		6		
	2008	2		1		
	2009			2		
	2010			1	1	
	Razem	8	0	13	1	0
IV	2006					7
	2007					7
	2008					
	2009					
	2010					1
	Razem	0	0	0	0	15
V	2006	6	4			
	2007		9			
	2008					
	2009	4	1			
	2010		1			
	Razem	10	15	0	0	0
VI	2006		2			
	2007	2				1
	2008	2	5	2		1
	2009		2			2
	2010			1		1
	Razem	4	9	3	0	5

VII	2006	2		2		
	2007					
	2008	11	1			
	2009		5			
	2010		1	1		
	Razem	13	7	3	0	0
VIII	2006	3	2			
	2007		1			
	2008	7	3	1		
	2009	12	1	1		
	2010	4	2	2		1
	Razem	26	9	4	0	1
X	2006	1			5	
	2007				1	
	2008					
	2009					
	2010					
	Razem	1	0	0	6	0
X	2006	2			4	
	2007				5	
	2008					
	2009					
	2010					
	Razem	2	0	0	9	0
XI	2006	6		5		
	2007	4	3	7		
	2008	2		1		1
	2009		1			
	2010			1		
	Razem	12	4	14	0	1
XII	2006					4
	2007				6	
	2008					
	2009					
	2010					
	Razem	0	0	0	6	4

Źródło: opracowanie własne na podstawie raportów rocznych o zakażeniach zakładowych i drobnoustrojach alarmowych.

Amerykańskie Towarzystwo Chorób Zakaźnych (Infectious Disease Society of America) poinformowało o gwałtownie rosnącej antybiotykooporności sześciu najgroźniejszych patogenów określonych skrótem ESKAPE. Ponadto, eksperci stwierdzili, że w najbliższej przyszłości nie uda się rozwiązać problemu antybiotykooporności. [ESKAPE 2009] Do grupy ESKAPE, która odpowiedzialna jest za dwie trzecie wszystkich infekcji zaliczono:

- **E.** Enterococcus spp. (VRE) ponad 60% szczepów Enterococcus faecium izolowane z zakażeń krwi były odporne na wankomycynę
- **S.** Staphylococcus aureus (MRSA, VISA, VRSA) spowodował w 2005 r. zakażenia inwazyjne u około 94 tys. osób, spośród których ponad 19 tys. zmarło
- **K.** Klebsiella spp. (ESBL, MBL) w latach 2006 – 2007 wywołały 18% wszystkich infekcji związanych z udzielaniem świadczeń medycznych

- **A.** *Acinetobacter baumannii* (MBL), który odpowiada za 3% zakażeń szpitalnych szczególnie u osób z chorobą oparzeniową i poddawanych wentylacji mechanicznej (VAP-Ventilation Associated Pneumonia)
- **P.** *Pseudomonas aeruginosa* (ESBL, MBL) odpowiada za ponad 8% infekcji szpitalnych szczególnie u chorych chirurgicznych i oddziałów intensywnej terapii
- **E.** *Enterobacter* spp. ( ESBL, AmpC, MBL, KPC) powodujący 5% wszystkich zakażeń związanych z leczeniem i kontaktem ze służbą zdrowia [Boucher 2009, s. 48]

**Tabela 12.** Liczba badań mikrobiologicznych w latach 2006 – 2010 w przeliczeniu na jedno łóżko

Lata	Liczba badań	Liczba łóżek	Liczba hospitalizacji	Liczba posiewów na jedno łóżko rocznie
2010	11121	238	17348	<b>48,7</b>
2009	14352	238	16821	<b>60,3</b>
2008	16847	240	15125	<b>70,1</b>
2007	17973	240	15048	<b>74,8</b>
2006	16663	240	14707	<b>69,4</b>

Źródło: opracowanie własne

W latach 2006 – 2010 objęto nadzorem 79 049 pacjentów leczonych na wszystkich oddziałach szpitalnych. Liczba hospitalizowanych wahała się od 14707 w 2006 r. do 17 348 w 2010 r. Średnio rocznie leczono 15 810 chorych. Zakażenia szpitalne stwierdzono u 293 pacjentów, co stanowi 0,73% wszystkich leczonych. Liczba pacjentów u których rozpoznano zakażenie szpitalne, w kolejnych latach znacznie zmalała, od 93 przypadków w 2006 r. do 26 w 2010 r. Liczba zakażeń w stosunku do liczby hospitalizacji, kształtowała się od 1,36% (2006 r.) do 0,34% (2010 r.) i średnio wynosiła 0,73%. Zmniejszenie się liczby zakażeń w 2010 r., jest wynikiem wdrażania skutecznych programów zapobiegania zakażeniom wywołanym przez rotawirusy i *Staphylococcus aureus*. Analiza przedstawionych danych wskazuje, iż różnie kształtowała się liczba osobodni hospitalizacji, najmniejsza była w 2010 r. – 86678,9, a największa w 2006 r. – 89852,4. Należy również zwrócić uwagę na skracanie średniego czasu pobytu pacjenta w szpitalu: w 2006 r. wynosił on średnio 7,8 dnia, a w 2010 r. już tylko 6,6 dnia.

Częstość zakażeń szpitalnych na poszczególnych oddziałach była zróżnicowana. Analiza danych wskazuje, że oddziałami największego ryzyka zakażenia jest Oddział Intensywnej Terapii i Anestezjologii dla Dzieci z Pododdziałem Patologii Noworodka (2006 rok – 6,5%, 2007 rok – 1,7%, 2008 – 4,4%, 2009 – 2,6%, 2010 – 2,6%). Warto podkreślić, że w latach 2006 – 2010 odnotowano systematyczny spadek liczby drobnoustrojów alarmowych: rok 2006 – 93, 2007 – 72, 2008 – 61, 2009 – 41 i 2010 – 26.

Dominującym drobnoustrojem alarmowym był rotawirus, którego największą wykrywalność zaobserwowano u pacjentów z oddziału VIII (Oddział Pediatrii, Alergologii, Gastroenterologii i Żywienia Dzieci dla Dzieci Młodszych). Równie często izolowanym drobnoustrojem alarmowym był *Staphylococcus aureus*, najczęściej hodowany na oddziale I (Oddział Leczenia Oparzeń z Pododdziałem Chirurgii Noworodkowej i Niemowlęcej). W 2010 r. zanotowano redukcję występowania powyżej opisanych drobnoustrojów.

Wśród zakażeń dominowały zakażenia układu pokarmowego 30,7%, zakażenie układu oddechowego 23,5% oraz zakażenie układu moczowego 22,5%. Liczba badań mikrobiologicznych w analizowanym okresie wynosiła średnio 64,6 na jedno łóżko rocznie.

## Zarządzanie zakażeniami szpitalnymi

W badanej placówce działa Zespół i Komitet ds. Zakażeń Szpitalnych. Ze względu na różnorodność istniejących specjalistycznych oddziałów szpitalnych oraz wielorakość schorzeń, z którymi trafiają do szpitala pacjenci, organizacja systemu kontroli wymaga od członków zespołu zaangażowania i wytrwałości w działaniu.

Działalność zespołu zapobiega rozwojowi zakażeń przez szybkie rozpoznawanie i maksymalne ograniczenie jego rozpowszechniania się. Z tego powodu opracowuje, wdraża i nadzoruje procedury, które obowiązują na wszystkich oddziałach. Dotyczą one między innymi: prawidłowej techniki mycia i dezynfekcji rąk, przygotowania chorego przed zabiegiem operacyjnym, dezynfekcji narzędzi i powierzchni, kontroli prawidłowości procesów sterylizacji oraz postępowania po ekspozycji na materiał zakaźny. Następnym zadaniem Zespołu jest podnoszenie wiedzy personelu o zagrożeniach wynikających z zakażeń szpitalnych przez organizowanie dla zespołu pielęgniarskiego, lekarskiego i pomocniczego szkoleń z zakresu profilaktyki, wykrywania i leczenia zakażeń. Realizacja wymienionych zadań wymaga wnikliwej oceny sytuacji epidemiologicznej szpitala, w myśl zasady „poznaj wroga, aby go zwyciężyć”. Dlatego właśnie Zespół ustala źródła i drogi rozprzestrzeniania się zakażeń

szpitalnych oraz drobnoustrojów chorobotwórczych o szczególnej oporności. Nieprzerwanie analizuje występujące zakażenia szpitalne, zaleca właściwe warunki izolacji oraz środki ochrony osobistej.

W sytuacji powszechnie rosnącej oporności drobnoustrojów oraz w trosce o bezpieczeństwo chorego i personelu, szpital podjął wysiłki zmierzające do zwiększenia kontroli zakażeń oraz skuteczniejszego zapobiegania im. Jednoczenie sił lekarzy, pielęgniarek, mikrobiologów i farmaceutów skutkuje dobrym przepływem informacji i fachową konsultacją, co wpływa na efektywność działania i skrócenie okresu hospitalizacji.

Zakażenia szpitalne są ogromnym problemem społecznym. Jest to świadectwo jakości usług medycznych. Należy zawsze pamiętać, że zmniejszenie ich liczby to obniżenie kosztów leczenia przez ograniczenie niepotrzebnych wydatków.

## Zakończenie

Zapobieganie zakażeniom szpitalnym zaczyna się już z chwilą projektowania szpitala zabezpieczającego funkcjonalne rozwiązania poszczególnych oddziałów. Strategia walki z zakażeniami szpitalnymi powinna obejmować kompleksowe działania w kilku kierunkach, jak:

- szczegółowe monitorowanie i rejestracje bieżącej sytuacji epidemiologicznej,
- wiarygodna diagnostyka mikrobiologiczna,
- racjonalne stosowanie antybiotyków,
- program kontroli zakażeń.

Warunkiem nadzoru nad zakażeniami szpitalnymi jest funkcjonowanie w szpitalu zespołów ds. zakażeń szpitalnych. W badanej jednostce prowadzony jest czynny monitoring zakażeń szpitalnych. Kontrolą objęte są wszystkie oddziały poprzez codzienną analizę wyników badań mikrobiologicznych i analitycznych, przegląd dokumentacji pacjenta, konsultacje z lekarzami i pielęgniarzami. Każdy z przypadków zakwalifikowanych jako zakażenie, jest niezwłocznie omawiany z pielęgniarką epidemiologiczną i rozpatrywany przez zespół ds. zakażeń szpitalnych. Stosowanie odpowiednich procedur, dobra organizacja pracy umożliwia zespołom ograniczenie wystąpienia zakażeń. System rejestracji, kontroli i monitorowania zakażeń umożliwia szybsze wykrywanie zakażeń szpitalnych i zapobieganie ich powstawaniu. Oddziały szczególnie narażone na zakażenia objęte są specjalnym nadzorem, w ten sposób można szybko zidentyfikować zagrożenie i wprowadzić działania zaradcze. Stosowanie wymaganych procedur, dobra organizacja pracy, doświadczenie w działaniu umożliwiają lepsze wykrywanie zakażeń szpitalnych i zapobieganie ich powstawaniu.



---

## **Bibliografia:**

**Boucher H.W., Talbot G.T., Bradley J.S., Edwards J.E., Gilbert D. (2009),** *Bad bugs, no drugs, no ESKAPE*, Clinical Infection Disease.

**Dzierżanowska D. (2008),** *Zakażenia szpitalne*, Wydawnictwo α-medica press, Bielsko-Biała.

**ESKAPE-Clinical Infectious Disease 2009**, 48 (1), 1–12.

**Jędrychowski W. (2002),** *Podstawy epidemiologii*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.

**Macura A.B. (2011),** *Standardy edukacyjne w profilaktyce zakażeń szpitalnych*, Problemy Pielęgniarstwa, Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk, tom 19, zeszyt nr 4.

**Wysocki M. (2009),** *Narodowy Program Zdrowi*, Puls Medycyny, Wydawca Bonnier Business, Warszawa.



**Dominika Cichońska**

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

**Beata Jakubowska**

Społeczna Akademia Nauk

**Jan Krakowiak**

Społeczna Akademia Nauk

## Ocena przestrzegania wybranych procedur zapobiegania zakażeniom i chorobom zakaźnym w placówkach działalności leczniczej w województwie świętokrzyskim

### **Assessment of compliance selected procedures to prevent infections and infectious diseases in hospitals in świętokrzyskie voivodeship**

---

#### **Abstract:**

**Purpose:** The aim of this study is to investigate the process of management procedures to prevent infections and infectious diseases in hospitals in świętokrzyskie voivodeship, on the basis of compliance procedures to prevent infections and infectious diseases in the opinion of the staff and hospitalized patients.

**Method:** Developed two questionnaires - medical facilities for employees and hospitalized patients. An indicator of the dependent variable was the percentage of respondents declared to particular questions.

A survey was conducted among two groups of respondents. They were employees of two randomly selected hospitals świętokrzyskie voivodeship and hospitalized patients in these institutions.

**Results:** The results indicate a relationship between the accreditation procedure and knowledge of selected procedures to prevent infections.

**Key-words:** infection, prevention of infections and infectious diseases, hospital

## Wstęp

**Cel, zakres badania:** Celem poznawczym niniejszego opracowania jest zbadanie procesu zarządzania procedurami zapobiegania zakażeniom i chorobom zakaźnym w placówkach działalności leczniczej w województwie świętokrzyskim, na podstawie oceny przestrzegania danych procedur wystawionej przez personel i pacjentów hospitalizowanych.

**Metoda badawcza:** Dla celów operacjonalizacji sporządzono dwie ankiety – dla pracowników placówek leczniczych i hospitalizowanych pacjentów. Wskaźnikiem zmiennej zależnej będzie odsetek deklarowanych odpowiedzi respondentów na poszczególne pytania.

Badania ankietowe przeprowadzono wśród dwóch grup respondentów. Byli to pracownicy z dwóch losowo wybranych szpitali województwa świętokrzyskiego oraz pacjenci hospitalizowani w tych placówkach (na terenie województwa świętokrzyskiego działa 28 szpitali, w tym 3 szpitale uzdrowiskowe).

## Zakażenia szpitalne

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zakażenie szpitalne definiuje jako zakażenie, które pojawia się w wyniku leczenia w szpitalu lub w związku z pobytem w szpitalu, wtórne do stanu pacjenta sprzed hospitalizacji. Najczęściej zakażenie uznaje się za szpitalne, jeżeli wystąpiło 48 – 72 h od przyjęcia lub wypisania ze szpitala [Lowbury 1981, s. 15, WHO 1989, s. 83]. Chory, który w momencie przyjęcia do szpitala jest zakażony lub znajduje się w okresie inkubacji, nie jest rejestrowany jako zakażony w szpitalu [Dzierżanowska, Jeljaszewicz 2008, s. 13].

Definicja zakażenia wg Ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi określa zakażenie szpitalne jako zakażenie, które wystąpiło w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych, w przypadku gdy choroba: nie pozostawała w momencie udzielania świadczeń zdrowotnych w okresie wylegania albo wystąpiła po udzieleniu świadczeń zdrowotnych, w okresie nie dłuższym niż najdłuższy okres jej wylegania [Dz. U. 2008 Nr 234 poz. 1570].

Dane dotyczące zakażeń w 1417 Oddziałach Intensywnej Terapii (OIT) belgijskich szpitali wykazują, że zakażenia związane z pobytem w szpitalu rozwinęły się u 9% chorych, a najczęstszą postacią było zapalenie płuc (47% hospitalizowanych). Natomiast według danych z badań przeprowadzonych w amerykańskich szpitalach zakażenia szpitalne na OIT występują u 9% – 30% chorych, a na innych oddziałach u 4% – 7% hospitalizowanych. Wyniki zestawień ze 183 szpitali niemieckich wykazały 6,9% zakażeń wśród chorych hospitalizowanych, w tym najczęściej: dróg moczowych – 27,7%, ran pooperacyjnych – 22,7%, dróg oddechowych – 15,4%

[Vincent 1995, s. 309]. Zakażenia znacznie pogarszają przebieg choroby oraz rokowania, są przyczyną wyższej śmiertelności odnotowywanej przez szpital i wyższych kosztów ponoszonych przez szpital. Z amerykańskich wyliczeń podanych przez Wenzla wynika, że zakażenia szpitalne zdarzają się u 5% chorych, którzy są przyjmowani do leczenia (incidence), a przeciętny odsetek chorych przebywających w szpitalach z zakażeniem szpitalnym (prevalence) wynosi 10%. Obliczono również, że spośród 35 milionów osób przyjmowanych rocznie do 6 800 szpitali w USA, zakażenie nabyte w szpitalu przedłuża o 3 dni pobyt każdego hospitalizowanego pacjenta i kosztuje rocznie 10 miliardów dolarów oraz jest przyczyną dodatkowych 60 000, związanych z infekcją, zgonów w ciągu każdego roku [WHO 2011].

Podstawowym zadaniem każdego szpitala powinien być nadzór nad zakażeniami prowadzony przez wykwalifikowany personel. Program kontroli zakażeń szpitalnych należy dostosować do placówki, w zależności od posiadanej przez nią liczby łóżek, zakresu wykonywanych procedur i specjalizacji. Do jego działań należy zbieranie danych dotyczących zakażeń, ich analiza w celu zidentyfikowania i określenia znaczenia różnorodnych czynników, które mogą zapobiegać zakażeniom [Damani 1999, s.28]. Proces nadzoru musi składać się z czterech kluczowych etapów: dane muszą być **zbierane, zapisywane, analizowane i interpretowane** w odniesieniu do miejscowych warunków i na końcu przedstawiane tym, którzy mogą podjąć odpowiednie działania. Czynnikiem sukcesu są: dobrze przygotowany, fachowy zespół kontroli zakażeń szpitalnych, wyspecjalizowane laboratorium mikrobiologiczne oraz wyedukowana kadra zarządzająca. Dlatego zaleca się, aby każda większa placówka lecznicza posiadała Zespół i/lub Komitet Kontroli Zakażeń Szpitalnych, który doradzałby zarządowi szpitala, jak panować nad zakażeniami w szpitalu, wspólnie uzgadniano by wielkość środków finansowych niezbędnych dla codziennego funkcjonowania programu zakażeń, jak również plan wydatków nadzwyczajnych na wypadek wybuchu ogniska epidemicznego [Damani 1999, s.23, Wencel, Edmond 1999, s. 27]. Należy podkreślić, że wdrożenie skutecznego programu kontroli zakażeń wymaga nie tylko odpowiednich funduszy, ale również zatrudnienia wyspecjalizowanego personelu, posiadającego odpowiednią wiedzę, doświadczenie praktyczne oraz przeszkolenie.

## Wybrane procedury zapobiegające zakażeniom szpitalnym

Do badania wybrano wyłącznie ocenę procedur związanych z higieną rąk i czynności związane z pościelą szpitalną czystą i brudną, jako procedury podstawowe i najłatwiejsze do zaobserwowania przez pacjentów.

## Procedury związane z higieną rąk

Jedną z najczęstszych przyczyn rozprzestrzeniania zakażeń szpitalnych jest przeniesienie bakterii pomiędzy pacjentami na rękach personelu. Ręce personelu medycznego są podstawowym i najczęściej używanym „narzędziem” w wykonywaniu wszystkich czynności przy pacjentach. Przestrzeganie higieny rąk jest najprostszą metodą zapobiegania tego typu zakażeniom. Znanym faktem jest, że proste mycie rąk przy użyciu wody i mydła w ciągu 10 sekund usuwa z ich powierzchni niemal całą przejściową florę bakterii Gram (-) [Wenzel, Edmond 1999, s.16]. Stosowanie rękawic ochronnych nie zwalnia z mycia rąk, będącego podstawową metodą usuwania i ograniczania liczby drobnoustrojów znajdujących się na rękach po dotknięciu zakażonego materiału lub zakażonego chorego.

W zależności od sytuacji oraz zastosowanych środków wyróżnia się trzy techniki mycia rąk [Dzierżanowska, Jeljaszewicz, 2008, s.367-368]:

- 1.** Rutynowe mycie rąk (socjalne) – stosuje się w następujących sytuacjach: przed przygotowaniem pożywienia, przed jedzeniem, przed podaniem posiłku pacjentowi, po wyjściu z toalety, przed i po pielęgnacji pacjenta (np. kąpiel, zmiana pościeli), zawsze kiedy ręce są brudne.
- 2.** Postępowanie: 1) zmoczyć ręce i nadgarstki, 2) zastosować zwykłe, nie-antyseptyczne mydło najlepiej w płynie, w ilości wystarczającej do otrzymania piany, 3) energicznie pocierać, aby wytworzyć pianę na powierzchni rąk przez co najmniej 10–15 sekund, 4) ręce starannie spłukiwać pod bieżącą wodą przez następne 10–15 sekund, 5) dokładnie wysuszyć, używając dobrej jakości ręczników papierowych .
- 3.** Higieniczne – w następujących sytuacjach: przed kontaktem z chorym z immunosupresją, przed i po kontakcie z raną czy cewnikiem moczowym, przed założeniem i po zdjęciu rękawic.
- 4.** Przy higienicznej dezynfekcji rąk usuwana jest większość drobnoustrojów przejściowych. Stosuje się przy niej antyseptyczny preparat do mycia. Postępowanie: 1) namoczyć ręce i nadgarstki, 2) nabrać w dłonie 3–5 ml roztworu antyseptycznego, 3) energicznie pocierać, aby wytworzyć na wszystkich powierzchniach rąk i nadgarstków pianę utrzymującą się przez co najmniej minutę, 4) starannie spłukiwać ręce pod bieżącą wodą przez 10–15 sekund, uwzględniając całe ręce, 5) spłukać i następnie dokładnie wysuszyć.
- 5.** Alternatywną metodą dezynfekcji rąk jest użycie 3–5 ml szybko działającego środka antyseptycznego (np. alkoholowego zawierającego glice-

rol jako środek nawilżający, zapobiegający nadmiernemu wysuszeniu rąk) i wcieranie go w ustalony sposób aż do wyschnięcia [Damani 1999, s.186].

**6.** Chirurgiczne – wymaga usunięcia flory przejściowej oraz znacznego zmniejszenia flory stałej na rękach zespołu operacyjnego na czas operacji, na wypadek gdyby doszło do przedarcia lub przekłucia rękawiczki. Paznokcie powinny być zawsze czyste i krótkie. Przed chirurgiczną dezynfekcją rąk trzeba zdjąć zegarek oraz biżuterię [Damani 1999, s.187].

**7.** Postępowanie: 1) odkręcić kran łokciem i ustawić żądaną temperaturę i przepływ wody, 2) zmoczyć ręce i przedramiona, 3) nałożyć antyseptyczny detergent, np. z chloroheksydyną lub kompleksem jodu z powidonem, z pojemnika z dozownikiem uruchamianym łokciem, 3) rozprowadzać pianę na rękach i przedramionach przez minutę, trzymając dłonie powyżej łokci i opłukać starannie pod bieżącą wodą. Wyczyścić paznokcie i usunąć brud specjalnym przyrządem trzymając dłonie pod bieżącą wodą lub wyczyścić paznokcie i przestrzenie podpaznokciowe (ale nie skórę, żeby jej nie uszkodzić) sterylną szczotką do paznokci – tylko przed rozpoczęciem dnia operacyjnego. Mycie rąk powtarzać jeszcze przez 2 minuty. Ręce, nadgarstki i przedramiona spłukać następnie pod bieżącą wodą, trzymając ręce tak, by palce były zawsze skierowane ku górze, a łokcie ku dołowi; pozwala to na uniknięcie skażenia czystych palców i rąk pod wodą spływającą z ramion. Technika wycierania jest bardzo ważna. Do każdej ręki używa się osobnego jałowego ręcznika, przesuwając go od czubków palców do łokcia ruchem przytykania (a nie pocierania). Gdy ręce, nadgarstki i przedramiona są dokładnie wytarte, dana osoba jest gotowa by założyć fartuch i rękawiczki.

Aby jednak mycie rąk było skuteczne, należy przestrzegać dodatkowych zasad podczas pracy [Klimberg, Marcinkowski 2013, s.116, Pittet, Allegranzi 2009, s. 618]:

- przed rozpoczęciem pracy należy zdjąć biżuterię, zegarek [Boyce, Pittet 2002, s.20],
- unikać skaleczeń i innych uszkodzeń skóry,
- skaleczenia lub chorobowe zmiany skórne zawsze zabezpieczyć nieprześlakliwym opatrunkiem, ewentualnie dodatkowo specjalnymi rękawiczkami,
- stosować rękawiczki ochronne przy wykonywaniu czynności, w czasie których możliwy jest kontakt z krwią i płynami ustrojowymi,
- stosować sterylne rękawiczki do czynności aseptycznych,
- ręce myć przed założeniem i po zdjęciu rękawiczek.

## Zasady postępowania z pościelą szpitalną czystą i brudną

Brudna bielizna i odzież jest źródłem znacznej liczby patogennych drobnoustrojów. Bielizna szpitalna jest to bielizna stosowana nie tylko podczas diagnostyki, leczenia i opieki nad pacjentami we wszystkich zakładach opieki zdrowotnej, ale również bielizna pochodząca z domów opieki, sanatoriów, stacji dializ czy stacji krwiodawstwa, prosektorium itd. [Łuszczzyńska 2012, s.28].

Do bielizny pościelowej zaliczamy: poszwy, prześcieradła, podkłady, poszewki, poduszki, pokrowce na materace, podkładki pod pięty i łokcie, ubrania ochronne, robocze, operacyjne, fartuchy, materace, koce, itd. Brudna bielizna pościelowa musi być nie tylko prana, ale również dezynfekowana, dlatego proces ten musi przebiegać jednocześnie w urządzeniach piorąco-dezynfekujących. Poza wyżej wymienionym urządzeniem zabronione jest prowadzenie dezynfekcji bielizny. Po około dwóch dniach bielizna szpitalna stosowana w placówkach ochrony zdrowia ulega kolonizacji drobnoustrojami szpitalnymi. Dodatkowo, gdy chory zanieczyszcza się, ponieważ nie trzyma stolca lub moczu, obok kolonizacji dochodzi do zanieczyszczenia drobnoustrojami z przewodu pokarmowego. Zabrudzona i skolonizowana bielizna szpitalna jest lub może być źródłem zakażenia chorego, personelu i osób odwiedzających pacjenta.

Drobnoustroje kolonizujące bieliznę należą do górnego bądź dolnego odcinka przewodu pokarmowego, błon śluzowych, układu moczowego, skóry oraz włosów, drobnoustroje pochodzące z nieprawidłowo zabezpieczonych ran i owrzodzeń lub krwi. Dzięki warunkom panującym w bieliźnie pościelowej czyli wilgotności i temperaturze dochodzi do szybkiego ich namnażania. Nieskutecznie odkażona lub ponownie skażona czysta bielizna może być przyczyną przeniesienia zakażenia lub choroby zakaźnej na chorego diagnozowanego lub leczonego i pielęgowanego w zakładzie opieki zdrowotnej [Łuszczzyńska 2012, s.29].

Najskuteczniejszą metodą dezynfekcji bielizny jest dezynfekcja termiczna w temperaturze 90°C. Stosowane do prania środki piorące muszą spełniać podstawowe wymagania w zakresie skuteczności biobójczej przeciwko wszystkim drobnoustrojom (bakterie, wirusy, grzyby, pierwotniaki) oraz szwambowcom, które mogą się na takiej pościeli znaleźć.

Zasady postępowania: Do transportu bielizny szpitalnej służą wyłącznie wyznaczone do tego celu wózki – stelaże. W czasie transportu czystej bielizny z pralni, referentka zabezpiecza stelaż wózka w zapinany pokrowiec. Referentka pobiera czystą bieliznę z magazynu w pralni. W oddziale wypakowuje się czystą bieliznę z wózka do magazynu czystej bielizny w oddziale. Refe-



rentka uzupełnia magazynek podręczny bielizny na oddziale. Pielęgniarka/położna, salowa przed przystąpieniem do zmiany bielizny pościelowej u pacjenta lub po jego wypisie wyjmuje z magazynku podręcznego czystej bielizny potrzebną ilość pościeli. Czysta bielizna szpitalna wyjęta z magazynku podręcznego oddziału, która nie została wykorzystana podczas zmiany pościeli, powinna być traktowana jako brudna. Przed przystąpieniem do zmiany bielizny pościelowej personel nakłada fartuch ochronny oraz rękawiczki, w przypadku bielizny pochodzącej od osób z chorobą zakaźną, również maskę na nos i usta, zgodnie z wymogami procesu izolacji. Podczas zmiany bielizny osobistej i pościelowej chorego w oddziale szpitalnym, personel korzysta z wózków z workami na pościel, umieszczając w nich brudną bieliznę natychmiast po zmianie. Brudna pościel szpitalna podlega liczeniu podczas umieszczania jej w worku. Brudnej bielizny nie wolno kłaść na podłodze, nie odkładać na sprzęt medyczny oraz inne wyposażenie sali, nie wolno przenosić jej luzem do brudownika. Przy wkładaniu brudnej bielizny do worków personel postępuje ostrożnie, aby nie powodować rozprzestrzeniania drobnoustrojów w powietrzu oraz przenoszenia ich na osoby i przedmioty [Łuszczczyńska 2012, s. 30].

Przestrzeganie wymienionych zasad pozwoli uchronić pacjenta, jego otoczenie jak i personel przed zakażeniem, gdzie potencjalnym źródłem zakażenia drobnoustrojami patogennymi może być bielizna szpitalna.

## **Analiza wyników badań**

Do celów badawczych wybrano losowo dwie grupy respondentów – personel medyczny i pacjentów hospitalizowanych. Analiza socjologiczna badanych wskazuje, iż :

- w badanej grupie personelu medycznego (50 badanych) największą grupę stanowiły kobiety, w przedziale wiekowym 41 – 60 lat, zamieszkujące w mieście, z wykształceniem wyższym zawodowym lub magisterskim, z wieloletnim stażem pracy (powyżej 21 lat pracy),
- w badanej grupie pacjentów (50 badanych) podobnie główną grupę stanowiły kobiety, w przedziale wiekowym 41 – 60 lat, mieszkające w mieście, z wykształceniem średnim.

Wśród badanych, 50% personelu medycznego jest zatrudniona w zakładzie posiadającym certyfikat akredytacyjny, a druga połowa ankietowanych pracuje w placówce bez akredytacji (przygotowującej się do wdrożenia tego systemu). Według respondentów w obu podmiotach są opracowane i stosowane procedury zapobiegania zakażeniom. Wszyscy ankietowani przyznają, że w ich placówce wdrożono procedurę higienicznego mycia rąk, 80% respondentów ma wiedzę dotyczącą przestrzegania procedury mycia i dezynfekcji po-

wierzchni, 70% odpowiedzi świadczy o znajomości procedur postępowania z brudną bielizną oraz postępowania z odpadami medycznymi. Na uwagę zasługuje fakt, że od 14% do 30% ankietowanych niestety nie zna stosowanych procedur w szpitalu z wyjątkiem metody higienicznego mycia rąk.

### 1) Zmiana bielizny pościelowej w placówce

W odpowiedziach uwzględniono prawidłowe postępowanie podczas zmiany bielizny. Do każdego podpunktu przypisano trzy odpowiedzi (tak, nie, nie wiem). Respondent zaznaczył odpowiedź potwierdzającą jego znajomość procedury postępowania z brudną bielizną.

**Tabela 1.** Zmiana bielizny pościelowej

Odpowiedzi /pytania	Tak	Nie	Nie wiem
z zastosowaniem barier ochronnych	25	15	10
w sali chorych	30	5	15
całe łóżko jest wywożone do stacji łóżek	25	25	0
z zachowaniem wyraźnego rozdzielania bielizny brudnej i czystej	25	18	7

Źródło: opracowanie własne.

Stwierdzono, że w opinii ponad połowy badanych zmiana bielizny odbywa się w sali chorych, a połowa ankietowanych podaje, że zmiana bielizny jest prowadzona z zastosowaniem barier ochronnych i całe łóżko jest wywożone do stacji łóżek, a podczas zmiany bielizny jest zachowany wyraźny rozdział bielizny brudnej i czystej. W przypadku pozostałych respondentów zauważyć można, że zdania w grupie są podzielone. Część ankietowanych nie wie: czy są zastosowane bariery ochronne, czy zmiana bielizny pościelowej odbywa się w salach chorych oraz czy z zachowany jest wyraźnego podział bielizny brudnej i czystej. Pozostali twierdzą, że zmiana bielizny pościelowej nie jest wykonywana z zastosowaniem barier ochronnych (15 odpowiedzi), poza salą chorych (5 odpowiedzi) i nie zachowuje się wyraźnego rozdzielania bielizny brudnej i czystej (18 odpowiedzi). Z otrzymanych odpowiedzi wnioskować można, że połowa ankietowanych pracuje w szpitalu, w którym jest stacja łóżek, a pozostali

są zatrudnieni w placówce nie posiadającej jej w swojej strukturze. Należy przypuszczać, że znajomość procedur i sposobu postępowania jest bliższa personelowi medycznemu, objęty systemem jakości. Pracownicy szpitala przygotowującego się do zdobycia certyfikatu jakości są dopiero zapoznawani z systemem zarządzania jakością dlatego nie wszyscy ankietowani znają procedury postępowania.

## 2) Sposób zmiany bielizny pościelowej

**Tabela 2.** Sposób zmiany bielizny pościelowej

Odpowiedzi/liczba respondentów	tak	Nie	Nie wiem
delikatnie zdejmując brudną pościel	25	15	10
unikając wstrząsania bielizną,	25	10	15
po zdjęciu, brudną bieliznę umieszcza w worku	25	25	0
myje i dezynfekuje łóżko	25	18	7
zdejmuje fartuch ochronny, zmienia rękawiczki	25	10	15
myje ręce	50	0	0
zakłada czystą bieliznę pościelową	32	0	18

Źródło: Opracowanie własne

Zgodnie z obowiązującymi standardami zmianę bielizny pościelowej należy wykonać delikatnie, zdejmując brudną pościel. Ankietowani ze szpitala akredytowanego udzielili zgodnej odpowiedzi twierdzącej nie tylko na ten punkt, ale również potwierdzili, że zmiana pościeli odbywa się z unikaniem wstrząsania bielizną po zdjęciu, brudną bieliznę umieszcza się w worku, następnie myje i dezynfekuje łóżko, zdejmuje fartuch ochronny, zmienia rękawiczki, potem myje ręce i dopiero zakłada czystą bieliznę pościelową. Druga połowa badanych podzieliła odpowiedzi pomiędzy zaprzeczeniem a niewiedzą (15 do 10 ankietowanych). Po zdjęciu, brudną bieliznę umieszcza się w worku (20 ankietowanych twierdzi, że „nie”). Siedmiu respondentów, nie wie czy łóżko jest myte i dezynfekowane, a 18 odpowiedziało: „nie”. Podczas wykonywania tej czynności 20 badanych nie zdejmuje fartucha ochronnego i nie zmienia

rękawiczek, a 15-tu nie wie, czy należy to robić. W kwestionariuszu ankiety zadano również pytanie o worek na brudną bieliznę. Odpowiedzi ankietowanych, podobnie jak poprzednio wskazują, że w szpitalu akredytowanym worek na brudną bielizną podczas zmiany bielizny jest przy łóżku, widnieje na nim napis „brudna bielizna” i jest innego koloru, a następnie zostaje umieszczony w brudowniku. Respondenci ze szpitala wdrażającego system jakości ponownie udzielali zróżnicowanych odpowiedzi. Worek nie był przy łóżku na którym zmieniano pościel stwierdza 15-tu respondentów, a 10-ciu nie orientuje się. Wszystkie osoby z danego szpitala twierdzą, że worek nie był innego koloru, 18-tu badanych uważa, że nie znalazł się w brudowniku, a 7-miu nie miało wiedzy czy worek został umieszczony w brudowniku.

### 3) Sprzątanie pomieszczeń szpitala

Tabela 3. Sprzątanie pomieszczeń szpitala

Odpowiedzi/liczba odpowiedzi	Tak	Nie	Nie wiem
odbywa się 2 x dziennie	40	0	10
rozpoczyna się od strefy czystej do brudnej	35	0	15
do mycia szafek przyłóżkowych wykorzystuje się inną kolorystycznie ściereczkę niż do mycia umywalki i parapetów	25	5	20
podczas mycia podłogi zmieniano nakładkę na mop,	43	0	7
po umyciu sali mop wkładano do worka foliowego	50	0	0

Źródło: opracowanie własne.

W badanych placówkach sprzątanie pomieszczeń odbywa się dwa razy dziennie (80% odpowiedzi), rozpoczyna się od strefy czystej do brudnej. 43 ankietowanych potwierdza, że podczas mycia podłóg zmieniano nakładki mopa. Wszyscy badani uważają, że po umyciu sali mop został umieszczony w worku foliowym. Różnorodność odpowiedzi uzyskano przy podpunkcie dotyczącym używania różnokolorowych ściereczek do mycia powierzchni dotykowych. Połowa badanej grupy podaje, że stosuje się inne kolorystycznie ściereczki do mycia powierzchni, pięć osób jest przeciwnego zdania, a 20 nie wie czy do mycia szafek przyłóżkowych wykorzystuje się inną kolorystycznie ściereczkę niż do mycia umywalki i parapetów. Podobnie, zdecydowana większość (80%) respondentów stwierdza, iż szafki przyłóżkowe pacjentów są myte częściej niż dwa razy dziennie, ewentualnie 2 x dziennie. Pozostały odsetek badanych nie

wie jak często są myte szafki przyłóżkowe.

#### **4) Zasady postępowania personelu w przypadku wykonywania zabiegów, podczas których dochodzi do naruszenia ciągłości tkanek**

W odpowiedzi podano 5 podpunktów określających obowiązujące zasady przy tych zabiegach; ankietowany miał zaznaczyć jedną z odpowiedzi: tak, nie, nie wiem. Personel medyczny w obu placówkach leczniczych przestrzega prawidłowości postępowania podczas wykonywania zabiegów naruszających ciągłość tkanek, o czym świadczy 100% odpowiedzi twierdzących przy poszczególnych podpunktach. Personel do pacjenta przyjeżdża z wózkiem zabiegowym, przed wykonaniem zabiegu zakłada rękawiczki, stosuje środki do dezynfekcji miejsca wkłucia, a zużyty sprzęt umieszcza w specjalnych pojemnikach, jak również po zakończonej czynności zdejmuje rękawiczki i myje ręce. Wszyscy respondenci stwierdzili również, że podczas wykonywania czynności medycznych personel przestrzega procedury higieny rąk, jednak tylko 40 osób spośród personelu medycznego zdejmuje z rąk biżuterię, mimo że wszyscy zapewniali o realizacji każdej z wytycznych w ramach zachowywania higieny rąk.

#### **5) Związek pomiędzy przestrzeganiem obowiązujących procedur a minimalizacją ryzyka powstania zakażeń szpitalnych**

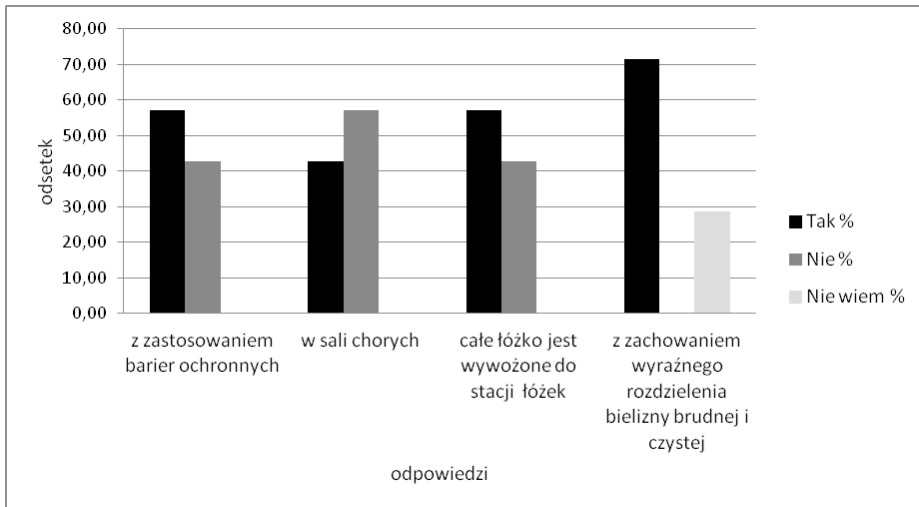
35-ciu badanych stwierdza, że czynności wykonywane są zgodnie z obowiązującymi procedurami i minimalizują ryzyko powstawania zakażeń szpitalnych, pięciu respondentów uważa wręcz przeciwnie, a dziesięciu nie wie czy czynności wykonywane są zgodnie z obowiązującymi procedurami i minimalizują ryzyko powstawania zakażeń szpitalnych.

Drugą grupą badanych byli pacjenci hospitalizowani w wybranych obiektach leczniczych. Kwestionariusz ankiety rozdano 25 pacjentom placówki posiadającej akredytację i 25 pacjentom w placówce, w której system jakości jest dopiero wdrażany. Podobnie jak poprzednio, ankiety zostały zwrócone poprawnie wypełnione.

W celu kontroli sprawdzenia poprawności wykonywania procedury postępowania z brudną bielizną zostało zadane pytanie: czy podczas pobytu w szpitalu obserwowano zmianę bielizny pościelowej – 35 osób przyznało, że zarejestrowali taki fakt. Spośród nich 20 stwierdza, że zmiana bielizny pościelowej odbywała się z zastosowaniem zasad ochronnych i całe łóżko było wywożone z sali chorych do stacji łóżek, a 15 osób zanegowało przedmiotowy fakt twierdząc, że łóżko jest myte w sali chorych. Dwudziestu pięciu respondentów uważa, że jest zachowany wyraźny rozdział bielizny brudnej i czystej. Połowa pacjentów zaobserwowało, że personel podczas wykonywania zmiany pościeli

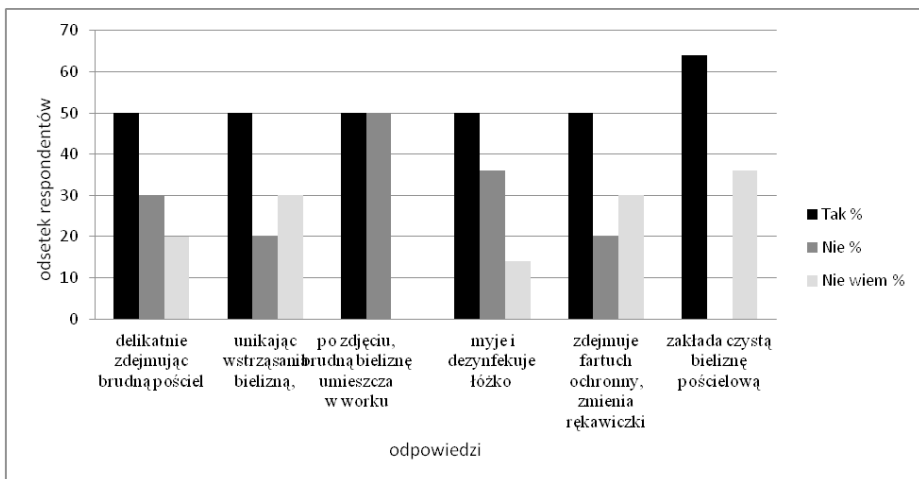
delikatnie zdejmując brudną pościel unikając wstrząsania bielizną, po zdjęciu, brudną bieliznę umieszcza w worku, myje i dezynfekuje łóżko, zdejmuje fartuch ochronny, zmienia rękawiczki, a następnie zakłada czystą bieliznę pościelową. Podobne wyniki zanotowano w przypadku pytań o worek na brudną bieliznę, który znajdował się przy łóżku ze zmienianą pościelą – wykresy 2 – 4.

**Wykres 2.** Zmiana bielizny pościelowej



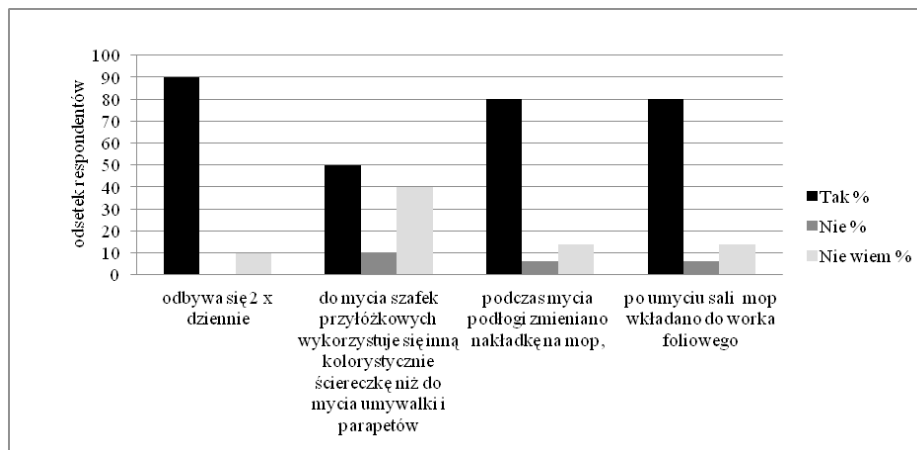
Źródło: opracowanie własne.

**Wykres 3.** Czynności wykonywane podczas zmiany bielizny pościelowej



Źródło: opracowanie własne.

Wykres 4. Sprzątanie sal chorych



Źródło: opracowanie własne.

W dalszej części kwestionariusza zadane zostały pytania dotyczące postępowania personelu medycznego po wykonaniu czynności medycznych. Usykanе wyniki przedstawiają się następująco:

- 35 ankietowanych potwierdza, że personel po wykonaniu czynności zdejmuje rękawiczki, a pięciu uważa, że personel nie zdejmuje ich z rąk, wykonując kolejną czynność.
- Podczas wykonywania zabiegów naruszających ciągłość tkanek zachowanie personelu wg respondentów wygląda: 80% osób odpowiedziało, że do pacjenta przyjeżdżano z wózkiem zabiegowym, wszyscy stwierdzili, że przed wykonaniem zabiegu personel zakładał rękawiczki i stosował środki do dezynfekcji miejsca wkłucia, 80% uważa, że użyty sprzęt personel umieszczał w specjalnych pojemnikach, 70% ankietowanych podaje, iż po zakończonej czynności personel zdejmował rękawiczki i mył ręce, a 10% osób udzieliło odpowiedzi przeciwstawnej.
- Dziesięciu respondentów nie wie czy personel umieszczał użyty sprzęt w specjalnych pojemnikach i czy po zakończonej czynności zdejmował rękawiczki i mył ręce.
- Według hospitalizowanych, 70% personelu lekarskiego dezynfekuje słuchawki lekarskie podczas wizyt lekarskich na oddziale. Wśród 20% odpowiedzi pacjenci nie wiedzą czy stetoskop był dezynfekowany, a 10% pacjentów stwierdza, że nie był czyszczony. Żaden z pacjentów nie zaobserwował wymiany słuchawek lekarskich na inne.
- W opinii 35 hospitalizowanych pacjentów podczas wykonywania czynności medycznych personel przestrzegał procedurę higieny rąk.

## Główne wyniki:

1. W szpitalu posiadającym akredytację pracownicy znają i przestrzegają obowiązujące w ich placówce procedury, co potwierdzają hospitalizowani pacjenci.
2. W szpitalu przygotowującym się do akredytacji pracownicy częściowo znają strategię wdrażaną w ich placówce.
3. Z wybranych procedur wszyscy ankietowani pracownicy znają metodę mycia rąk. Na uwagę zasługuje fakt, że aż 20% personelu nie wie czy przed rozpoczęciem pracy zdejmuje z rąk biżuterię.
4. Dla celów badawczych kolejnymi diagnozami należałoby objąć konkretne grupy zawodowe np. lekarzy i pielęgniarki. Wyniki tych badań skonkretyzowałyby odpowiedź, która grupa zawodowa lepiej stosuje procedury zapobiegania zakażeniom i chorobom zakaźnym.

## Zakończenie

W szpitalach powiatowych województwa świętokrzyskiego, posiadających akredytację na zarządzanie procedurami zapobiegania zakażeniom i chorobom zakaźnym w placówkach leczniczych, zapobieganie to jest jednym z podstawowych obowiązków osób zarządzających i pracowników pracujących w tych podmiotach leczniczych. Każdy pracownik zostaje zapoznany z obowiązującymi w placówce procedurami i zobowiązany do ich przestrzegania. Potwierdzają to odpowiedzi udzielone przez hospitalizowanych pacjentów. Nad przestrzeganiem obowiązujących procedur czuwa Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych z wykwalifikowanym personelem.

W pozostałych szpitalach rozpoczął się proces przygotowania podmiotów leczniczych do uzyskania certyfikatu akredytacyjnego, opracowano procedury i są one wdrażane. Zostało to potwierdzone wynikami badań świadczącymi o częściowej znajomości metod.



## Bibliografia

**Boyce J. M., Pittet D. (2002)**, *Guideline for hand hygiene in health-care settings: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force*, "Infect Control Hosp Epidemiol" 23 (Suppl), 1–40.

**Damani N.N. (1999)**, *Praktyczne metody kontroli zakażeń*, Kraków.

**Dzierżanowska D., Jeljaszewicz J (2008)**, *Zakażenia szpitalne*, α-medica Press, Bielsko-Biała.

**Klimberg A., Marcinkowski J.T. (2013)**, *Higiena, ochrona i pielęgnacja skóry ze szczególnym uwzględnieniem skóry rąk. Higiena i Mycie rąk*, <http://www.wydawnictwo-pzwl.pl>.

**Lowbury E.J.L., Ayliffe G.A.J., Geddes A.M., Williams J.D. (1981)**, *Zakażenia szpitalne*, PZWL, Warszawa.

**Łuszczynska M. (2012)**, *Pielęgniarka epidemiologiczna informator*, Katowice.  
Pittet D., Allegranzi B., Boyce J., *The World Health Organization Guidelines on Hand Hygiene in Health Care and their consensus recommendations*, "Infect Control Hosp Epidemiol.", Jul;30(7): 611–22.

Ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych (**Dz. U. 2008 Nr 234 poz. 1570**).

**Vincent J.L.(1995)**, *Incidence of infections in the ICU – the EPIC study*, 7<sup>th</sup> European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases, Vienna, 26 – 30 March.

**Wenzel R., Edmond M., Pittet D., Devaster J-M., Brewer T., Geddes A., Butzler J-P. (1999)**, *Kontrola zakażeń szpitalnych*, Vademecum, Bielsko-Biała.

**WHO (1989)**, Working Group, Quality Ace In Health Care.

**Wynd C.A., Samstag D.E., Lapp A.M. (1994)**, *Bacterial carriage on the fingernails of OR nurses*, AORN J, 60, 796–9.



**Artur Wdowiak**

Uniwersytet Medyczny Lublin

**Agnieszka Guz**

Uniwersytet Medyczny Lublin

**Magdalena Lewicka**

Uniwersytet Medyczny Lublin

**Magdalena Sulima**

Uniwersytet Medyczny Lublin

**Jan Krakowiak**

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

## **Funkcjonowanie poradni ginekologiczno-położniczych w systemie ochrony zdrowia**

### **Functioning of gynecological and obstetric clinics in the health system**

---

**Abstract:** The article presents the principles of working gynecological and obstetric clinic. The functioning of health care services is carried out in accordance with applicable laws. Centers that implement health benefits are: health care, natural medical practitioners or physician group practice or group practice of nurses and midwives. Gynecology and obstetrics' consulting rooms, as a specialized doctor's offices can provide the clinics, the team outpatient clinics, healthcare facility or be an independent entity in the form of public or non-public. In a society operate certain standards and expectations for the performance of medical services. Currently, health care offers consumers a range of health services with high quality, carried out in a conventional manner at relatively low prices, while maintaining a high level of innovation. Improving health care has been significantly associated with better social policy. Positive evaluation of the functioning of gynecological and obstetrical clinic by patients is particularly important due to the inability to avoid competition between health units in the quality of medical services.

**Key-words:** health care, specialist clinics, outpatient gynecological and obstetric.

## Wstęp

Funkcjonowanie świadczeń opieki zdrowotnej realizowane jest w oparciu o Ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Ustawę z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia i Ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o zakładach opieki zdrowotnej [Ustawa z dnia 15 lipca 2011, Ustawa z dnia 23 stycznia 2003, Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004].

Podmioty, które realizują świadczenia zdrowotne to: zakłady opieki zdrowotnej, osoby fizyczne wykonujące zawód medyczny lub grupową praktykę lekarską czy grupową praktykę pielęgniarek i położnych. Osoba fizyczna ma możliwość utworzenia niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej, np. poradni ginekologiczno-położniczej czy prywatnej praktyki lekarskiej, co stwarza większe możliwości świadczenia usług medycznych. Aby jednostka taka mogła funkcjonować powinny zostać spełnione odpowiednie wymagania prawne (wpis do rejestru podmiotów leczniczych, spełnienie standardów organizacyjnych, wypełnienie wniosku o wpis do wojewody, itp.). Zgodnie z przepisami prawnymi organem założycielskim publicznego zakładu opieki zdrowotnej może być minister, centralny organ administracji rządowej, wojewoda, jednostka samorządu terytorialnego lub publiczna uczelnia medyczna [Białas, 2002, ss. 373–391; Lenartowicz 2004, ss. 30–34; Wdowiak 2006, ss. 543–547; Wrześniewska-Wal 2009, ss. 16–18; Żelichowski 2008, ss. 113–116; Żelichowski 2008, ss. 110–111].

Zmiany w systemie ochrony zdrowia zapoczątkowała Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym i późniejsze jej nowelizacje. System budżetowy został zastąpiony systemem ubezpieczeniowo-budżetowym, a zakłady opieki zdrowotnej z jednostek budżetowych przekształcono w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Płatnikiem za wykonywane świadczenia zdrowotne są Oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia. Ministerstwo Zdrowia pokrywa koszty świadczeń procedur wysokospecjalistycznych i programów dotyczących promocji zdrowia. Nowym rozwiązaniem stało się kontraktowanie świadczeń zdrowotnych, które określa się jako system finansowania opieki zdrowotnej w drodze zawarcia kontraktu pomiędzy nabywcą świadczeń zdrowotnych (płatnikiem), który działa w imieniu pacjenta (odbiorcy świadczeń zdrowotnych), a zakładem opieki zdrowotnej, lekarzem lub innym fachowym pracownikiem opieki zdrowotnej, na wykonanie określonych świadczeń zdrowotnych [Ustawa z dnia 23 stycznia 2003; Paszkowska 2010, ss. 1–16; Paszkowska 2010, ss. 76–94].

Celem artykułu jest przedstawienie zasad funkcjonowania poradni ginekologiczno-położniczych.

## Regulacje prawne funkcjonowania poradni ginekologiczno-położniczych

Pojęcie przychodni specjalistycznej (out-patient department) pojawiło się po raz pierwszy w Ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej. Obecnie Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej uchyla moc prawną nad pozostałymi, wcześniejszymi aktami prawnymi. Dlatego w myśl nowej ustawy, nowopowstałe jednostki rejestrują się jako podmioty lecznicze. Poradnia ginekologiczno-położnicza jest poradnią specjalistyczną, udzielającą ambulatoryjnej opieki specjalistycznej [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2006; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011; Ustawa z 15 kwietnia 2011].

Gabinet ginekologiczno-położniczy stanowi specjalistyczny gabinet lekarski, może także obejmować skład przychodni lekarskich, zespół poradni przyszpitalnych, zakład opieki zdrowotnej czy być samodzielną jednostką w formie publicznej lub niepublicznej. Rozporządzenia Ministra Zdrowia określają szczegółowe wymagania, jakie powinny spełniać ginekologiczno-położnicze gabinety lekarskie [Tyszko 2011, s. 95-101; Paszkowska 2009, s. 18-20; Paszkowska 2009, s. 18-21; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2003; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2006; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011].

## Standardy techniczne i sanitarne poradni ginekologiczno-położniczych

Wymagania techniczne i sanitarne pomieszczeń gabinetu lekarskiego, poradni ginekologiczno-położniczych, są gwarancją wykonywania praktyki lekarskiej zgodnie z rodzajem świadczeń zdrowotnych, etyką zawodową, aktualną wiedzą medyczną, z poszanowaniem praw pacjentek do intymności i godności osobistej oraz dbałością o ich bezpieczeństwo [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2006; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011].

Pomieszczenia gabinetu powinny znajdować się w oddzielnym budynku lub lokalu. Gabinet może być usytuowany w części budynku lub lokalu przeznaczonych na inne cele, pod warunkiem odizolowania go od pomieszczeń innych użytkowników, z dostępnym oddzielnym wejściem do pomieszczeń gabinetu. Gabinet nie powinien znajdować się poniżej parteru. Budynek powinien być wyposażony w instalację wodociągową, wentylacyjną, kanalizacyjną, grzewczą i elektryczną. Powierzchnia gabinetu nie może być mniejsza niż 12 m<sup>2</sup>, a powierzchnia gabinetu przygotowawczo-zabiegowego nie powin-

na być mniejsza niż 15 m<sup>2</sup>. Należy zapewnić dostęp osobom niepełnosprawnym do pomieszczeń praktyki lekarskiej, wyposażać lokal w windę, drabinki, podjazdy i dodatkowe udogodnienia [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2006; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011].

Podłoga w gabinecie powinna być trwała, gładka, zmywalna, nienasiąkliwa i wykonana z materiałów odpornych na działanie środków dezynfekcyjnych oraz posiadać właściwości przeciwpoślizgowe. Ściany pomieszczenia gabinetu powinny być łatwe do zmywania i dezynfekcji. Niezbędnym elementem pokoju lekarskiego jest umywalka z ciepłą i zimną wodą, ręczniki jednorazowego użytku lub suszarka do rąk, dozownik mydła i środka dezynfekcyjnego. Ściany, przy której znajduje się umywalka, punkty poboru wody lub miejsca częstego odkażania powinny być wyłożone na wysokości 1,60 m materiałami gładkimi, zmywalnymi, nienasiąkliwymi i odpornymi na działanie środków dezynfekcyjnych. Jeżeli w gabinecie przewidziane jest wykonanie świadczeń zdrowotnych z użyciem sprzętu medycznego i narzędzi wielokrotnego użytku, należy wyposażać go w zlewozmywak oraz sterylizator. Oświetlenie w pomieszczeniu powinno być naturalne. Można zastosować klimatyzację lub wentylację grawitacyjną kanałową, aby umożliwić sprawną cyrkulację powietrza [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2006; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2006; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011].

Ponadto pomieszczenia poradni ginekologiczno-położniczych powinny być wyposażone w urządzenia i sprzęt medyczny wykonany z łatwo zmywalnych materiałów i umożliwiających dezynfekcję. Stosowane środki dezynfekujące muszą być zgodne z zaleceniami Państwowego Zakładu Higieny i Głównego Inspektora Sanitarnego [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2006; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011].

Wykonywanie zabiegów przy wykorzystaniu znieczulenia dożylnego czy sedacji wymaga wydzielenia w apteczce z lekami, miejsca na zestaw przeciwwstrząsowy, który tak jak środki odurzające powinien być oznakowany i przechowywany w metalowych kasetkach. Pomieszczenia poradni ginekologiczno-położniczych powinny uzyskać zatwierdzenie pisemne przez Państwowy Powiatowy Inspektorat Sanitarny. Gabinety ginekologiczno-położnicze powinny być wyposażone w: fotel ginekologiczny, kozetkę, lampę bezcieniową, stolik podręczny, stolik zabiegowy, wagę osobową, aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi, stetoskop, glukometr, ultrasonograf, aparat KTG, słuchawkę położniczą, lodówkę do przechowywania leków, zestaw do pobierania cytologii, zestawy do zabiegów ginekologicznych, zestaw

pierwszej pomocy oraz monitor EKG, jeżeli będą wykonywane w gabinecie zabiegów w znieczuleniu dożylnym lub sedacji. Meble, podobnie jak pozostałe urządzenia i sprzęt powinny być wykonane z materiałów łatwo zmywalnych, gładkich, poddających się dezynfekcji [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2006; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011].

Artykuły prawne, określają sposób prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w gabinecie lekarskim. Należy zagwarantować bezpieczeństwo i ochronę danych osobowych przez stosowanie oddzielnych zamykanych na klucz szaf kartotecznych [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2003].

Świadczenia zdrowotne realizowane w poradniach ginekologiczno-położniczych obejmują: opiekę nad kobietą w każdym okresie życia, prekoncepcję, edukację w zakresie planowania rodziny, choroby ginekologiczne, przebieg ciąży fizjologicznej i powikłanej, czas porodu, opiekę nad noworodkiem i niemowlęciem do ukończenia drugiego miesiąca życia. Ponadto świadczenia obejmują: profilaktykę chorób kobiecych i patologii położniczych, udzielanie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, rehabilitacyjnych i diagnostycznych, konsultacje i porady lekarskie, rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych i sprawowanie opieki pielęgnacyjnej, przeprowadzenie badania kardiostokograficznego (KTG), wykonywanie ultrasonografii (USG) narządu rodniczego, piersi i mammografii, innych badań według wskazań lekarskich [Ustawa z dnia 15 lipca 2011; Zimna 2010, s. 769-773; Zimna 2010, s. 1095-1097].

Wizyta w poradniach ginekologiczno-położniczych nie wymaga skierowania lekarskiego od lekarza pierwszego kontaktu. Treść wizyt u ginekologa i częstość powinny być indywidualnie dostosowane do każdej kobiety i jej potrzeb. Kobieta powinna kontrolować swój stan zdrowia profilaktycznie przynajmniej raz w roku [Łepecka-Klusek 2003, s. 20-24].

W przypadku kobiet ciężarnych lekarze stosują, tzw. harmonogram wizyt i badań. Z regulacji prawnych wynika, że profesjonalne świadczenia zdrowotne dla kobiet mogą być samodzielnie udzielane przez położne wykonujące zawód w ramach różnych form organizacyjno-prawnych [Ustawa z 15 kwietnia 2011].

Obowiązki i uprawnienia personelu medycznego określa Ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 r., Ustawa o zmianie ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry z dnia 28 kwietnia 2011 r. oraz Rozporządzenie Ministra z dnia 20 października 2005 r. odnośnie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej. Personel medyczny zobowiązany jest do przestrzegania Kodeksu Etyki Zawodowej [Ustawa z dnia 15 lipca 2011; Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011; Wdowiak 2005, s. 105-107].

## Czynniki kształtujące opinię społeczną na temat funkcjonowania poradni

W społeczeństwie funkcjonują określone normy i oczekiwania dotyczące wykonywania usług medycznych. Ceni się powszechny dostęp do opieki zdrowotnej, możliwość wyboru oraz wolność osobistą. Obecnie opieka zdrowotna oferuje konsumentom różnorodność wysokiej jakości usług zdrowotnych, realizowanych w dogodny sposób po względnie niskich cenach, utrzymując jednocześnie wysoki poziom innowacji. Poprawa opieki zdrowotnej wiąże się istotnie z lepszą polityką socjalną w celu zablokowania niesprawiedliwości i nierówności społecznej [Bleich 2009, ss. 271-278; Bogusz 2010, ss. 273-277].

Czynniki mające wpływ na funkcjonowanie organizacji opieki medycznej, w tym także poradni ginekologiczno-położniczych:

- zmiana struktury demograficznej (wzrost liczby starszych pacjentek),
- wzrost konkurencji pomiędzy organizacjami oferującymi podobny zakres usług medycznych,
- większe wymagania ze strony pacjentów korzystających z usług medycznych,
- szybki rozwój technik medycznych i bogata oferta nowych usług specjalistycznych,
- proces medykalizacji społeczeństwa,
- stały rozwój systemów informatycznych, zapotrzebowanie na informację, nowoczesne urządzenia i sprzęt medyczny,
- rozwój prywatnego sektora opieki zdrowotnej, który wyznacza konkurencyjne ceny i zakres usług,
- liczne normy prawne określające funkcjonowanie organizacji opieki zdrowotnej, próby uregulowania ilości i jakości usług,
- mniejsze nakłady finansowe na opiekę medyczną,
- pojawiające się wymagania dotyczące podnoszenia jakości opieki zdrowotnej,
- redukcja kosztów efektywnego działania i podnoszenia wydajności pracy przez personel medyczny,
- zmiany w strukturach organizacyjnych, stosowanie zasad nowoczesnego zarządzania zakładami opieki zdrowotnej,
- rosnące zapotrzebowanie na specjalistów opieki zdrowotnej,
- kontrola zatrudnionego personelu medycznego ze strony związków zawodowych, organizacji opieki zdrowotnej,
- wzrastająca potrzeba szkolenia i rozwoju pracowników organizacji opieki medycznej [Bogusz 2010, s. 273-277; Wroński 2008, s. 42-45; Bojar 2006, s. 237-241; Rybarczyk 2011, s. 111-116; Victoria 2010, s. 253-261].



W literaturze zwrócono uwagę na czynniki, które stanowią przyczynę niezadowolenia i negatywnych opinii pacjentek o poradniach ginekologiczno-położniczych, należą do nich: odległe terminy wizyt, długie oczekiwanie w kolejce przed gabinetem lekarskim, nieproporcjonalność liczby przyjmowanych pacjentek do wyznaczanych godzin przyjęć, brak dogodnych godzin przyjęć lekarza do potrzeb pacjentek [Bojar 2010, ss. 152-161; Borek-Wojciechowska 2007, ss. 381-385; Bojar 2009, ss. 378-382].

Pozytywna opinia kobiet korzystających z usług publicznych i niepublicznych poradni ginekologiczno-położniczych to cel każdego podmiotu leczniczego, świadczącego wybrane usługi medyczne, gdyż gwarantuje to utrzymanie długotrwałego kontaktu z pacjentką [Bojar 2006, ss. 237-241; Bojar 2006, ss. 189-191; Gruszczak 2007, ss. 440-443].

W literaturze wymieniono czynniki pozytywnie wpływające na ocenę funkcjonowania poradni ginekologiczno-położniczych, są to: klasa personelu medycznego, określone standardy, normy, doświadczenie w postępowaniu z podobnymi przypadkami, zorganizowany i wykwalifikowany zespół medyczny, kultura organizacyjna angażująca pracowników i podkreślająca pracę zespołową, regularne i dokładne dostarczanie informacji analitycznych, aktywne zarządzanie oddziaływaniem otoczenia zewnętrznego organizacji [Grywalska 2010, ss. 194-198; Grywalska 2010, ss. 190-193; Dyk 2010, ss. 190-194].

## Podsumowanie

Pozytywna ocena pacjentek funkcjonowania poradni ginekologiczno-położniczych jest szczególnie ważna z uwagi na brak możliwości uniknięcia konkurencji pomiędzy poszczególnymi jednostkami służby zdrowia w zakresie jakości świadczonych usług medycznych.

## Bibliografia:

**Białas T., Czapiewski M., Nogalski B. (2002)**, *Biznes plan jako narzędzie projektowania przedsięwzięć kapitałowych*. [w:] **Nogalski B., Rybicki J.M (red.)**, *Nowoczesne zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej*, Podręcznik dla studentów studiów podyplomowych, Wydawnictwo Dom Organizatora, Toruń, 373–391.

**Bleich S.N., Ozaltin E., Murray C.J.L. (2009)**, *How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience?*, „The Bulletin of the World Health Organization”, 87, 4, 271–278.

**Bogusz R., Kunc R. (2010)**, *Zdrowie i zachowania zdrowotne kobiet. Socjologiczne uwarunkowania zachowań zdrowotnych kobiet. Przyczynek do praktycznych aplikacji socjologii zdrowia*. [w:] **Popielski K., Skrzypek M., Albińska E (red.)**, *Zdrowie i choroba w kontekście psychospołecznym*, Wydawnictwo KUL, Lublin, 273–277.

**Bojar I., Holecki T., Wdowiak L. (2009)**, *Availability of health care in the Regions of Lublin and Katowice in opinions of patients with diagnosis of pathology of uterine cervix*, „Zdrowie Publiczne”, 119, 4, 378–382.

**Bojar I., Wdowiak L., Kwiatosz-Muc M. (2006)**, *Functioning of primary health care In opinion of managers of primary health care units*, „Advances in Medical Sciences”, 51, 237–241.

**Bojar I., Wdowiak L., Miotła P., Strzemecka J. (2006)**, *Satysfakcja pacjentek z usług publicznych i niepublicznych poradni ginekologiczno-polożniczych na terenie miasta Lublina*, „Zdrowie Publiczne”, 116, 1, 189–191.

**Bojar I., Woźnica I., Holecki T., Diatczyk J. (2010)**, *Dostępność, jakość i sprawność funkcjonowania opieki zdrowotnej w Polsce w opinii pacjentek korzystających i niekorzystających z prywatnej opieki ginekologicznej*, „Medycyna Ogólna”, 16, 2, 152–161.

**Borek-Wojciechowska R., Kłokow S. (2007)**, *Dostępność świadczeń opieki zdrowotnej jako jeden z aspektów jakości opieki*, „Zdrowie Publiczne”, 117, 3, 381–385.

**Dyk D., Gutysz-Wojnicka A. (2010)**, *Satysfakcja chorego z opieki medycznej*. [w:] **Krajewska-Kułał E., Wrońska I., Kędziora-Kornatowska K. (red.)**, *Problemy wielokulturowości w medycynie*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 190–194.

**Gruszczak A., Dudzińska M., Piątkowski W., Siwiec J. (2007)**, *The accessibility to medical services in patients' opinions*, „Zdrowie Publiczne”, 117, 4, 440–443.

**Grywalska E., Derkacz M., Chmiel-Perzyńska I., Radomska K., Makuch A. (2010)**, *Kompetencje zawodowe lekarza w opinii pacjentów*, „Family Medicine & Primary Care Review”, 12, 2, 194–198.

**Grywalska E., Derkacz M., Chmiel-Perzyńska I., Radomska K., Makuch A. (2010)**, *Jak postrzegana jest dostępność do opieki medycznej wśród pacjentów Lubelszczyzny?*, „Family Medicine & Primary Care Review”, 12, 2, 190–193.

**Lenartowicz H. (2004)**, *Zakład opieki zdrowotnej jako przykład organizacji*. [w:] **Ksykiewicz-Dorota A (red.)**, *Podstawy organizacji pracy pielęgniarstwa*, Podręcznik dla studentów studiów licencjackich Wydziałów Pielęgniarstwa oraz Wydziałów Nauk o Zdrowiu, Wydawnictwo Czelej, Lublin, 30–34.

**Paszowska M. (2007)**, *Finansowanie świadczeniodawców rynku usług medycznych w Polsce*, „e-Finanse” 1, 1-16.

**Paszowska M. (2009)**, *Public relations gabinetu POZ-cz. I.*, „Lekarz”, 4: 18–20.

**Paszowska M. (2009)**, *Public relations gabinetu POZ-cz. II.*, „Lekarz”, 5, 18–21.

**Paszowska M. (2010)**, *Kontraktowanie świadczeń zdrowotnych jako źródło finansowania zakładu opieki zdrowotnej*, „e-Finanse” 6, 3, 76–94.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2006 r. w sprawie wymagań technicznych i sanitarnych dla pomieszczeń, w których można wykonywać praktykę pielęgniarek i położnych, oraz wymagań, jakim powinny odpowiadać urządzenia i sprzęt medyczny umożliwiający udzielanie świadczeń zdrowotnych (**Dz. U. z 2006 Nr.56 poz. 397**).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (**Dz. U. z 2011 Nr. 31 poz. 158**).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2003 r. w sprawie rodzajów indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta, sposobu jej prowadzenia i przechowywania oraz szczegółowych warunków jej udostępniania przez pielęgniarkę, położną udzielającą świadczeń zdrowotnych (**Dz. U. z 2003 r. Nr.147 poz.1437**).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2006 r. w sprawie wymagań technicznych i sanitarnych dla pomieszczeń, w których można wykonywać praktykę pielęgniarek i położnych oraz wymagań, jakim powinny odpowiadać urządzenia i sprzęt medyczny umożliwiający udzielanie świadczeń zdrowotnych (**Dz. U. z 2006 Nr.56 poz.397**).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (**Dz. U. z 2011 Nr. 31 poz. 158**).

**Rybarczyk A., Marczak M. (2011)**, *Quality assessment of health care services in patients` and medical staff`s opinion*, „Zdrowie Publiczne”, 121, 2, 111–116.

**Tyszko P., Kowalska J., Demidowicz J. (2011)**, *Marketing w realizacji programów zdrowotnych*, „Family Medicine & Primary Care Review”, 13, 1, 95–101.

Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (**Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039**).

Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (**Dz. U. z 2003 r. Nr 45, poz. 391**).

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (**Dz. U. z 2004 r. Nr 210, poz. 2135**).

Ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (**Dz. U. z 2011 r., Nr 112, poz. 654**).

Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (**Dz. U. z 2011 r., Nr 113, poz. 658**).

**Wdowiak L., Czubek A., Bojar I., Steć A. (2006)**, *Kierunki rozwoju opieki zdrowotnej w Polsce a koncepcja społeczeństwa informacyjnego*, „Zdrowie Publiczne”, 116, 4, 543–547.

---

**Wdowiak L., Walkowska K., Szpak A. (2005)**, *Podstawy prawne wykonywania zawodów medycznych*, „Zdrowie Publiczne”, 115, 1, 105–107.

**Wroński K., Cywiński J., Bocian R. (2008)**, *Jakość usług medycznych*, „Ginekologia Praktyczna”, 2, 97, 42–45.

**Wrześniewska-Wal I. (2009)**, *Zakład opieki zdrowotnej- publiczny czy niepubliczny?*, „Lekarz”, 6, 16-18.

**Victoria C.G., Matijasevich A., Silveira M. F., Santos I.S., Barros A.J.D, Barros F.C. (2010)**, *Socio-economic and ethnic group inequities in antenatal care quality in the public and private sector in Brazil*, „Health Policy Plan”, 25, 4, 253–261.

**Zimna T. (2010)**, *Odpowiedzialność NFZ za kontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej*, „Lekarz Rodzinny”, 15, 9: 769–773.

**Zimna T. (2010)**, *Zmiany w podstawowej opiece zdrowotnej w 2011 roku*, „Lekarz Rodzinny”, 15, 12, 1095–1097.

**Żelichowski M. (2008)**, *Zakład Opieki Zdrowotnej*, „Medycyna Prewencyjna- Ginekologia i Położnictwo”, 4: 110–111.

**Żelichowski M. (2008)**, *Utworzenie niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej*, „Medycyna Prewencyjna- Ginekologia i Położnictwo”, 6, 113–116.

## **Artur Wdowiak**

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

## **Dominika Cichońska**

Społeczna Akademia Nauk

## **Adam Rzeźnicki**

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

## **Jan Krakowiak**

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

# **Narzędzia marketingowe w ocenie usług sektora leczenia niepłodności**

## **Marketing tools in the evaluation of infertility treatment services sector**

---

**Abstract:** Public Health is a multidisciplinary, covers a wide range of activities aimed at preventing disease, prolonging life and promoting health.

The strategic plan should be built using appropriate methods of analysis, such as: the “five forces” ME Porter analysis – to investigate the attractiveness of the sector and capacity building, SWOT analysis to assess the macro-environment and inside the organization, Matrix Boston Consulting Group (BCG) to present the portfolio of services. Effect of treatment and diagnosis of infertility on quality of life is particularly significant. This relationship creates unique challenges for strategic planning. Therefore, a well-conducted analysis and appropriate management of strategic seems to be particularly important in terms of social medicine and public health.

**Key-words:** analysis of the “five forces” M. E. Porter, SWOT analysis, matrix of the Boston Consulting Group, infertility.

## **Wstęp**

Zdrowie publiczne ma charakter wielodyscyplinarny, obejmuje szeroki zakres działań mających na celu zapobieganie chorobom, przedłużanie życia oraz promocję zdrowia. Zarządzanie i analiza strategiczna systemów zdro-

wotnych stanowią również domenę zdrowia publicznego, co potwierdza wielodziałowy charakter tej sfery medycyny.

Podjęcie tematu analizy strategicznej i zainteresowanie planowaniem strategicznym wynika z obecnej sytuacji w służbie zdrowia. Jednostki służby zdrowia niepokojone bardzo słabą sytuacją finansową muszą dążyć do doskonalenia zarządzania, w tym również wprowadzenia elementów zarządzania strategicznego, przewidywania zmian i budowania wielowariantowych programów działania.

Plan strategiczny należy tworzyć przy użyciu odpowiednich metod badawczych. Należą do nich, między innymi: analiza „pięciu sił” M. E. Portera do rozpatrzenia atrakcyjności sektora oraz możliwości rozwojowych, analiza SWOT do oceny makrootoczenia i wnętrza organizacji, macierz Boston Consulting Group (BCG) do prezentacji portfela usług.

Wymienione metody analizy strategicznej są narzędziami znajdującymi zastosowanie również w sektorze usług medycznych z zakresu leczenia niepłodności. Niepłodność ze względu na rozpowszechnienie, a szczególnie znaczenie społecznego stanowi istotny problem zdrowia publicznego. Problem braku potomstwa jest zjawiskiem, które dotyczy około 15% par małżeńskich w Polsce. Odsetek par niepłodnych jest porównywalny z innymi krajami Unii Europejskiej. W tej dziedzinie medycyny wyjątkowo zaznacza się współzależność warunków życia społecznego i stanu zdrowia pacjentów, starających się o potomstwo. Wpływ terapii oraz diagnostyki niepłodności na jakość życia tych chorych jest fundamentalny. Ta zależność wywołuje specyficzne wyzwania dla planowania strategicznego. W związku z powyższym dobrze przeprowadzona analiza i odpowiednie zarządzanie strategiczne sektorem świadczącym właśnie ten zakres usług, wydaje się być szczególnie ważna w aspekcie medycyny społecznej i zdrowia publicznego.

## **ANALIZA MAKROOTOCZENIA**

### **Otoczenie demograficzne**

Oceniając makrootoczenie pod kątem czynnika demograficznego należy zwrócić uwagę na wiek, płeć, gęstość zaludnienia, tempo przyrostu oraz wykształcenie. Społeczeństwo przechodzi wyraźnie w fazę starzenia, co powoduje wzrost częstości zachorowań na wiele schorzeń, w tym również niepłodność spowodowaną późnym podjęciem starań o ciążę (niwydolność jajnika, wady genetyczne, endometrioza). W związku z powyższym zmiany demograficzne pociągną za sobą określone konsekwencje w kreowaniu strategii. Obserwuje się tendencję do odkładania przez pary małżeńskie decyzji o posiadaniu potomstwa na późniejszy okres. Należy liczyć się z tym zjawiskiem i uwzględnić przedmiotowy fakt w planowaniu strategicznym.

## Otoczenie ekonomiczne

Otoczenie ekonomiczne wywiera bardzo duży wpływ na sektor usług medycznych. Jest ono zdeterminowane przez kondycję gospodarki kraju. Główny czynnik sprawczy to stopa wzrostu gospodarczego i jej wpływ na dochody obywateli. Z kolei zyski gospodarstw domowych przekładają się na zainteresowanie specjalistycznymi usługami medycznymi w sektorze prywatnym. Do innych, równie istotnych elementów wyznaczanych przez otoczenie ekonomiczne należą: poziom inflacji i bezrobocie. Inflacja może doprowadzić do destabilizacji gospodarki, ograniczyć tempo wzrostu gospodarczego i poziom dochodów. Fakt ten, w konsekwencji, może być przyczyną „niepewności” w budowaniu strategii.

## Otoczenie polityczne i prawne

Otoczenie polityczne i prawne jest bez wątpienia ważnym czynnikiem kształtującym stosunki ze służbą zdrowia w każdym państwie. Ma ono wyraźny wpływ na szanse i zagrożenia, jakie pojawiają się ze strony makrootoczenia. W Polsce, z uwagi na fakt, że głównym płatnikiem za usługi medyczne związane z leczeniem niepłodności jest pacjent, a w minimalnym stopniu NFZ prawo i polityka mogą szybko zmienić zasady funkcjonowania takiego systemu.

## Otoczenie technologiczne

Otoczenie technologiczne jest szczególnie ważnym czynnikiem zewnętrznym wpływającym na sektor usług leczenia niepłodności. Wpływa na potencjał rozwojowy i umacnia pozycję rynkową, co oddziałuje na umiejscowienie w strukturze konkurencji. „Nowości technologiczne” mogą spowodować wzrost przewagi nad kontrpartnerami. Nowe technologie przyczyniają się nie tylko do poprawy jakości usług medycznych, ale zmniejszają także koszty i pozwalają zwiększyć liczbę pacjentów przyjętych w jednostce czasu [Dobska 1999].

## ANALIZA OTOCZENIA KONKURENCYJNEGO

### Obecna wielkość sektora

Sektor powinien zostać zweryfikowany szczególnie pod kątem konkurentów oferujących usługi z zakresu leczenia niepłodności i dziedzin pokrewnych. Oceny tej należy dokonać przy użyciu pięciu sił M.E. Portera [Porter 1980, Porter 1985, Porter 1990]. W przypadku usług dermatologicznych wielkość sektora można określić na podstawie liczby potencjalnych pacjentów. Liczba ta, jak podano wcześniej jest całkowicie uzależniona od struktury demograficznej i ekono-

micznej. Można dokonać podziału na grupy wiekowe, do których odpowiednie usługi będą skierowane, np. pacjentki o wyższym statusie ekonomicznym będą głównie odbiorcami usług technologii zapłodnienia pozaustrojowego.

## Przyszła wielkość sektora

Oceniając przyszłą wielkość sektora należy przeanalizować format trudności wejścia na rynek, zarówno finansowych jak i polityczno-prawnych. Jeżeli będą one niskie, zachęci to inwestorów do zwiększenia wyboru swoich usług poprzez inwestowanie w wyspecjalizowaną kadrę i nowoczesne technologie. Nakłady poniesione przez pierwszych inwestorów spowodują podniesienie finansowych ograniczeń dostępu, co uczyni sektor zbyt droгим dla małych przedsiębiorców.

## Analiza sektora według sił M. E. Portera

Atrakcyjność sektora można ocenić przy użyciu „pięciu sił” Portera. Są to siły, które kształtują sytuację konkurencyjną wewnątrz branży. Należą do nich: siła oddziaływania dostawców i nabywców, natężenie walki konkurencyjnej, groźba pojawienia się nowych produktów oraz substytutów [Gierszewska 1996, Romanowska 2000, Strategor 1999].

Siła konkurencji wewnątrz sektora, a w rezultacie jego rentowność (atrakcyjność finansowa dla inwestorów) jest określana przez relacje między wyżej wymienionymi czynnikami. Według M. E. Portera konkurencja w sektorze powstaje w wyniku zachowań zarówno bezpośrednio konkurujących firm, jak i elementów jego otoczenia. Ocena sytuacji współzawodnictwa polega na analizie wyszczególnionych sił oraz na badaniu ich wpływu na poziom konkurencji w sektorze.

Pozycja i siła dostawców w sektorze usług dermatologicznych jest znaczna. Do kosztów zmiennych zaliczamy artykuły czystościowe, odczynniki, katartery, igły, wzierniki, elektryczność i inne. Koszty stałe to sprzęt medyczny, którego na rynku jest obecnie bardzo dużo. Konkurencja w sektorze leczenia niepłodności również jest bardzo duża. Firmy obsługujące procedury zapłodnienia pozaustrojowego, doskonale znają jakość swojego sprzętu i ceny mogą być często wygórowane dzięki wartości marki i renomie danej firmy. Przy zakupie należy pamiętać, że sprzęt wysokiej klasy będzie funkcjonował przez wiele lat i zachowa swoją jakość na długo. Bezsprzecznie, trzeba tutaj uwzględnić pojawienie się nowych technologii, które mogą przedstawiać lepsze rozwiązania konstrukcyjne.



Pozycja i siła nabywców usług leczenia niepłodności jest obecnie znacząca. Podstawowym nabywcą na rynku usług medycznych jest przede wszystkim pacjent, a Narodowy Fundusz Zdrowia w niewielkim stopniu pokrywa koszty leczenia niepłodności. Z uwagi na monopolistyczną sytuację tej instytucji, jednostki ochrony zdrowia nie są w stanie negocjować kontraktów, dzięki którym mogłoby być finansowane leczenie niepłodności. Poza głównym odbiorcą usług medycznych jakim jest pacjent, od 01.07.2013 Ministerstwo Zdrowia będzie finansowało koszty zabiegów zapłodnienia pozaustrojowego dla wybranej grupy pacjentów (poza kosztami leków, które stanowią około 1/3 wartości tej procedury).

Główni konkurenci. Sektor dzielimy na prywatnych i publicznych dostawców usług medycznych. Do prywatnych dostawców zaliczamy niepubliczne placówki służby zdrowia oraz indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie.

Zagrożenie ze strony nowych usług. Największego zagrożenie ze strony nowych usług występuje najczęściej w najnowszych sektorach, o dużej dynamice popytu, szczególnie gdy pacjenci nie zostali przyzwyczajeni do określonych standardów świadczeń. Niebezpieczeństwo wprowadzenia nowych usług należy utożsamiać z pojawieniem się na rynku nowego usługodawcy, tj. nowej placówki świadczącej kompleksową opiekę medyczną w zakresie leczenia niepłodności. Alarmująca jest nie tylko jakość oferowanych usług, ale również ich zakres oraz stopień wdrażania nowych technologii.

Zagrożenie ze strony substytutów. Ryzyko pojawienia się substytutu rośnie wraz ze starzeniem się sektora usług oraz wzrostem postępu technologicznego. Niektóre procedury leczenia niepłodności mogą pełnić rolę zamienników dla wąskiej grupy działań z zakresu chirurgii. Przy pożądanym efekcie usługi, „substytut leczenia niepłodności” niesie ze sobą zazwyczaj mniejszą ilość powikłań ze względu na ograniczoną inwazyjność zabiegu. Obniżona inwazyjność redukuje również zakres działań anestetycznych, co jest korzystne dla pacjentów, szczególnie dla tych, u których działania te są przeciwwskazaniem do wykonania zabiegu chirurgicznego.

Kolejnym narzędziem określającym kierunek analizy strategicznej, przydatnym w ocenie usług leczenia niepłodności jest **metoda SWOT** [Kuc 2000, Pierścionek 1997]. Nazwa pochodzi od angielskich słów: **S**trengths – mocne strony, **W**eaknesses – słabe strony, **O**pportunities – szanse, **T**hreats – zagrożenia. Jest techniką, przy pomocy której można ocenić makrootoczenie oraz wnętrze placówki. Mocne strony to cechy wyróżniające daną jednostkę medyczną od innych w określonym sektorze, regionie. Źródłem silnych stron jest najczęściej potencjał personalny, materialny, dogodna lokalizacja oraz umiejętność odpowiedniego zarządzania. Słabe strony wynikają głównie z niedostatecznych kwalifikacji oraz ograniczonych zasobów materialnych.

Nawet najefektywniej prosperujące placówki medyczne posiadają słabe strony, obniżając w ten sposób zdolność do skutecznej konkurencji. Szanse są to czynniki powstałe w otoczeniu, które przy odpowiednim wykorzystaniu mogą osłabić zagrożenia oraz stać się bodźcem rozwojowym. Zagrożenia to zjawiska zewnętrzne, zmniejszające potencjał rozwojowy, utrudniające jednocześnie wykorzystanie szans oraz mocnych stron [Kłeczek 1999, Romanowska 2000].

**Tabela 1.** Działania zwiększające silne strony

Lp.	Silne strony	Co należy zrobić
1	Wysoko wykwalifikowany personel	wykorzystać w celach promocyjnych cały czas podnosić kwalifikacje nagradzać najlepszych dawać szanse rozwoju najlepszym zablokować napływ niefachowych kadr
2	Dysponowanie wysokiej klasy sprzętem medycznym	wykorzystać w celach promocyjnych wykorzystać maksymalnie czasowo wykorzystać fundusze europejskie
3	Bardzo szeroki zakres usług	wykorzystać w celach promocyjnych utrzymać obecny zakres poszerzać zakres usług
4	Wysoko wykwalifikowany personel	promować ten czynnik utrzymać na tym poziomie ciągle doskonalić kwalifikacje personelu
5	Wprowadzenie najnowszych metod leczenia, bardzo dobry przepływ informacji ze świata medycyny	wyeksponować w celach promocyjnych podtrzymać ten stan
6	Dogodna lokalizacja	stworzyć tablice informacyjne stworzyć optymalny parking
7	Dobry stosunek lekarzy do pacjentów	utrzymać ten stan wykorzystać w celu pozyskania nowych pacjentów
8	Szybka obsługa administracyjna pacjentów	podtrzymać ten stan stworzyć bazę informacji
9	Zaufanie pacjentów	nie stracić
10	Zdrowa atmosfera pracy	podtrzymywać marketing wewnętrzny

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Dobska, Dobski 1999, ss. 115–116.

**Tabela 2.** Działania redukujące słabe strony

Lp.	Słabe strony	Co należy zrobić
1	Wysokie nakłady na sprzęt i środki medyczne	kupować środki medyczne od producenta pozyskiwać sponsorów i inwestorów
2	Wysokie koszty utrzymania placówki	wykorzystywać fachowe kadry

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Dobska, Dobski 1999, ss. 116–117.

**Tabela 3.** Działania zwiększające szanse

Lp.	Szanse	Co należy zrobić
1	Zwiększenie liczby pacjentów	podtrzymać ten stan wprowadzić dodatkowe godziny przyjęć przyjąć dodatkowy personel stworzyć komórkę public relations
2	Wejście na nowe rynki	monitorować rynek tworzyć pozytywny wizerunek firmy
3	Rosnące wymagania pacjentów	cały czas podnosić standard usług wprowadzić nowe sposoby leczenia wdrażać nowe technologie inwestować w sprzęt medyczny
4	Brak jednostki świadczącej tak szerokie usługi w najbliższej okolicy	rozszerzać ten zakres
5	Możliwość rywalizacji w sektorze	utrzymać dotychczasowy standard

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Dobska, Dobski 1999, s. 118.

**Tabela 4.** Działania redukujące zagrożenia

Lp.	Zagrożenia	Co należy zrobić
1	Niedogodne warunki podpisywania umowy z NFZ od 01.07.2013	ulepszać własne metody negocjacyjne
2	Możliwość odejścia kadry o wysokich kwalifikacjach	opracować dobry system wynagradzania pracowników oraz korzystne umowy cywilno-prawne
3	Prawdopodobieństwo wejścia na rynek nowych konkurentów	stale monitorować rynek
4	Zwiększające się naciski konkurencji	utrzymać konkurencyjne ceny utrzymać standard usług
5	Zwiększenie liczby pacjentów	cały czas podnosić i tak już wysoki standard usług

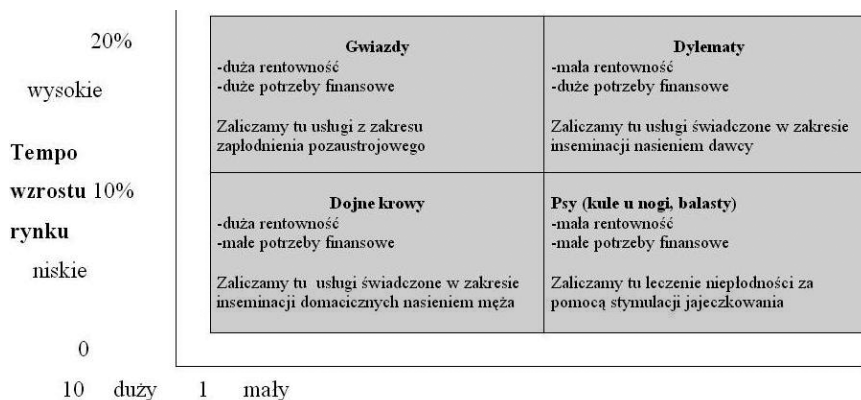
Źródło: Opracowanie własne na podstawie Dobska, Dobski 1999, ss. 118–119.

## MODELE PORTFELOWE

W analizie strategicznej wyróżniamy następujące modele portfelowe: macierz Boston Consulting Group (BCG), macierz atrakcyjności sektorów opracowana przez firmę McKinsey, macierz oparta na cyklu życia sektora formy A.D. Little [Gierszewska 1996, Pierścionek 1997, Strategor 1999]. Modele te stanowią bardzo cenne narzędzie w planowaniu strategicznym. Z ich udziałem możemy ocenić portfel usług medycznych świadczonych przez określoną placówkę leczenia niepłodności. W związku z powyższym mają duże znaczenie w planowaniu strategicznym.

W przypadku macierzy BCG usługi te rozpatrujemy pod kątem dwóch zmiennych: stopy wzrostu rynku oraz względnego udziału w sektorze badanej usługi. Stopa wzrostu rynku może przybierać wartość od 0 do 20% lub więcej. Średnia wartość przypada na poziomie 10%. Drugie kryterium jest oceniane w skali wartości od 0 do 10. Średnia przypada na punkt o wartości 1 jak pokazuje rycina nr 1 [Strategor 1999]. Duża liczba świadczonych usług leczenia niepłodności znajduje się w kwadrancie „dojna krowa”. Wymagają one niewielkich dodatkowych nakładów finansowych, poza oczywiście wiedzą, umiejętnościami i doświadczeniem lekarzy, a przynoszą duże dochody. Dzięki ich obecności finansowane są w większości pozostałe usługi. „Gwiazdy” to głównie procedury zapłodnienia pozaustrojowego ze względu na dużą rentowność i zapotrzebowanie finansowe. Do „dylematów” i „psów” należy mała ilość usług ze względu na ich relatywnie mały udział w rynku (poniżej 1). Dylematy to niska rentowność i duże zapotrzebowanie kapitałowe, aby mogły nadażyć za wzrostem rynku. Istnieje duże prawdopodobieństwo, że jeżeli zostaną odpowiednio dofinansowane mogą stać się gwiazdami. „Psy” natomiast to usługi mało atrakcyjne, o słabym potencjale rozwojowym. Charakteryzują się niską rentownością i niskim zapotrzebowaniem finansowym.

**Rycina 1.** Macierz Boston Consulting Group (macierz BCG)



Względny udział w rynku

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Strategor 1999, s. 126.

Macierz BCG pozwala dowiedzieć się w które obszary działalności należy inwestować, aby podnieść do maksimum ich rentowność. Należy głównie lokować kapitał w usługi należące do kwadrantu „dojne krowy”, ponieważ przyniosą nadwyżkę netto i pozwolą sfinansować mniej rentowne, aczkolwiek niezbędne usługi. Nasze działania powinny również podtrzymywać pozycję „gwiazd”, gdyż usługi te w chwili osiągnięcia fazy dojrzałości staną się „dojnymi krowami”. Inne podejmowane kierunki działań to: zwiększenie nakładów na dylematy oraz zmniejszenie dofinansowania psów. Stosując tego typu analizę dokonujemy oceny całego asortymentu usług pod kątem wyodrębnienia grup charakteryzujących się dużą dynamiką wzrosty („gwiazdy”) oraz usług pozwalających generować przychody do dalszego rozwoju placówek świadczących usługi leczenia niepłodności.

Przedstawione powyżej narzędzia marketingowe są pomocne w analizie i planowaniu strategicznym placówek medycznych świadczących usługi leczenia niepłodności. Przy użyciu metody SWOT można zbadać otoczenie placówki – oszacować szanse i zagrożenia płynące z zewnątrz oraz przeprowadzić analizę jej wnętrza – sklasyfikować mocne i słabe strony. Dzięki ocenie zewnętrznych i wewnętrznych czynników można przedstawić aktualną kondycję działalności placówki świadczącej usługi leczenia niepłodności. Przydatność tej metody ujawni się w pełni, gdy wyniki analizy SWOT wykorzystamy do określenia pozycji strategicznej. Podstawą planowania strategicznego będzie akcentowanie mocnych stron, wzmacnianie i redukcja słabych, maksymalne wykorzystywanie szans oraz unikanie, a jeśli to możliwe, eliminowanie zagrożeń. Oceniając szanse i zagrożenia należy również skoncentrować się nad historią danego strategicznego czynnika SWOT w przyszłości. Czy dana szansa lub zagrożenie utrzyma się na stałym poziomie, czy może przyjmie tendencję wzrostową lub spadkową? Opracowując strategię, przeanalizowane czynniki SWOT należałoby podzielić na dwie grupy. Do pierwszej zaliczymy te, na które placówka świadcząca usługi leczenia niepłodności może wywierać wpływ zarówno pośredni, jak i bezpośredni. Druga grupa to czynniki niezależne od jej działalności, z tego względu należy brać je szczególnie pod uwagę w planowaniu przyszłej strategii. Używając macierzy BCG możemy skonstruować wnioski i zbudować plan działania strategicznego. Trzeba zachowywać pozycję „gwiazd”. Gdy usługi te osiągną fazę dojrzałości staną się „dojnymi krowami”. Cały czas należy utrzymywać „dojne krowy”, poprawiać ich rentowność. Zarządzanie tymi świadczeniami powinno być precyzyjne i bardzo przemyślane ze względu na to, że właśnie one przynoszą największe dochody finansowe i dzięki nim można sponsorować większość innych, mniej intratnych usług. Należy zwiększać nakłady na „dylematy” oraz zmniejszać dofinansowanie „psów”. Oczywiście nie należy rezygnować z żąd-

nych usług medycznych, nawet leżących w kwadrancie „psy” czy „dylematy” i przynoszących znikome zyski w porównaniu z „dojnymi krowami” czy nawet „gwiazdami”. Wywarłoby to negatywny wpływ na pacjentów, a ich dobro jest głównym celem zdrowia publicznego i medycyny społecznej.

Z medycznego punktu widzenia nie możemy dzielić usług na lepsze czy gorsze, mniej czy bardziej dochodowe, ponieważ jest to sektor względnie specyficzny, w którym jedynym kryterium jest potrzeba udzielenia odpowiedniej pomocy drugiemu człowiekowi. Nie należy rezygnować ze świadczeń nie przynoszących nadwyżki finansowej, ale szukać sposobów jak z każdej z nich uczynić „dojną krowę”. Trzeba skoncentrować uwagę na przepływach gotówki z różnego rodzaju pomocy oraz na tym jak jedna usługa może finansować inną ekonomicznie słabszą.

## Bibliografia:

**Dobska M., Dobski P. (1999)**, *Marketing usług medycznych*, Wydawnictwo Prawno-Ekonomiczne INFOR, Warszawa.

**Gierszewska G., Romanowska M. (1996)**, *Analiza strategiczna przedsiębiorstwa*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa.

**Kłęczek R., Kowal W., Woźniczka J. (1999)**, *Strategiczne planowanie marketingowe*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa.

**Kuc B. (2000)**, *Zarządzanie doskonałe*, Wydawnictwo Menedżerskie PTM, Warszawa.

**Pierścionek Z. (1997)**, *Strategie rozwoju firmy*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

**Porter M. (1980)**, *Competitive Strategy*, The Free Press, New York.

**Porter M. (1985)**, *Competitive Advantage*, The Free Press, New York.

**Porter M. (1990)**, *Competitive Advantage of Nations*, The Free Press, New York.

**Romanowska M.P. (2000)**, *Strategie rozwoju i konkurencji*, Centrum Informacji Menedżera, Warszawa.

**Strategor (1999)**, *Zarządzanie firmą* (tłumaczenie K. Bolesta-Kukulka), Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa.

**Monika Sadowska**

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

**Anna Ksykiewicz-Dorota**

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

**Artur Wdowiak**

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

**Rafał Budzisz**

Uniwersytet Łódzki

**Jan Krakowiak**

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

## **Organizacja oddziałów położniczo-noworodkowych a struktura czasu pracy i satysfakcja położnic z opieki**

### **The organization of obstetric neonatal units and the structure of working time and maternal satisfaction with care**

**Abstract:** The rooming-in system is the practice of placing the baby in the same hospital room as the mother, where care is provided by a single therapeutic team. In Poland, there is twofold character of the work organization in the rooming-in system. These are either separate wards taking care of the mother and her baby, functioning as one maternity ward, or it consists of two organizational units – obstetric and neonatal wards. These wards have separate obstetric-medical teams and own managing staff. An attempt was undertaken to investigate which of the organizational forms provides more effective care with relation to the structure of the working time of midwives and mother satisfaction. The study was conducted at the end of 2005 and the beginning of 2013 in obstetric and neonatal wards and in maternity wards working in the rooming-in system at 5 hospitals in the Lublin Region. Two groups may be distinguished in the population in the study. The first group were midwives working in the above-mentioned wards, while the second group were patients in these wards, who on the last day of hospitalization evaluated care provided for them by midwives by means of a standardised tool. The study covered a total number of 500 mothers. The level of mother satisfaction with care was evaluated by means of a standardised EUROPEP questionnaire. It was observed that the way of organizing maternity wards did not exert any effect on the percentage of individual fractions in the structure of midwives' working time. The organization of maternity wards in the rooming-in system as one organizational structure turned out to be the optimum solution considering mother satisfaction.

**Key-words:** rooming-in system, obstetric care, midwife's duties, working time, patient satisfaction.

## Wstęp

System rooming-in polega na przebywaniu w jednym pokoju szpitalnym (sali) matki wraz z dzieckiem oraz sprawowaniu opieki przez ten sam zespół terapeutyczny. Pod kierunkiem położnej lub z jej pomocą, matka sprawuje opiekę nad noworodkiem w zakresie czynności pielęgnacyjnych i prawidłowego karmienia piersią. Zadaniem pracowników medycznych w tym kontekście jest wykształcenie u położnic aktywnej postawy w opiece nad własnym dzieckiem, a pobyt w szpitalu ma przygotować kobietę do samodzielnego opiekowania się noworodkiem w domu [Grochans et al. 2005, Jędrzejewska 2003, Ossliśto i in. 2000, Peersman et al. 2002, Pilewska i in. 1999, Pilewska 2003]. Organizacja pracy w systemie rooming-in w polskim szpitalnictwie przejawia się w funkcjonowaniu:

- dwóch oddzielnych jednostek organizacyjnych – *oddziału położniczego*, na którym przebywają kobiety po porodzie wraz ze swoimi nowo narodzonymi dziećmi i *oddziału noworodkowego*, na którym umieszczone są dzieci wymagające intensywnej obserwacji i/lub leczenia; na oddziale położniczym (i noworodkowym) zatrudnieni są odrębni pracownicy medyczni – położne, lekarze sprawujący opiekę nad położnicami (i noworodkami); oddziały te ze sobą współpracują, a funkcjonowaniem każdego z nich zajmuje się niezależna kadra kierownicza;
- jednej jednostki organizacyjnej – *oddziału położniczo-noworodkowego*, na którym przebywają matki wraz z noworodkami, a opiekę nad nimi sprawuje ten sam zespół terapeutyczny, zarządzany przez tę samą kadre kierowniczą.

Ze względu na dążenie do zapewnienia wysokiej jakości usług, okres opieki nad matką i dzieckiem powinien być właściwie spożytkowany, poprzez wykorzystanie zasobów ludzkich i rzeczowych. W związku z tym postawiono następujące pytanie problemowe, która z form organizacji pracy na oddziałach położniczo-noworodkowych zapewnia bardziej efektywną opiekę w odniesieniu do struktury czasu pracy położnych i satysfakcji położnic?

## Materiał i metody

Badania przeprowadzono uwzględniając lata 2005-2013, na oddziałach położniczych i noworodkowych oraz położniczo-noworodkowych, pracujących w systemie rooming-in, w 5 szpitalach województwa lubelskiego. W społeczności objętej badaniem można wyróżnić dwie grupy. Pierwszą były położne pracujące na oddziałach położniczych, noworodkowych oraz położniczo-no-



worodkowych wyżej wymienionych szpitali. Praca położnych była obserwowana w celu określenia struktury ich czasu pracy. Drugą grupę stanowiły pacjentki powyższych oddziałów, które w ostatnim dniu pobytu, przy pomocy standaryzowanego narzędzia oceniały opiekę świadczoną im przez położne. Ogółem objęto badaniami 500 położnic.

W celu określenia stopnia wykorzystania czasu pracy przez położne pracujące na oddziałach położniczych, noworodkowych oraz położniczo-noworodkowych zastosowano metodę mierzenia czasu pracy. Technika badawczą była obserwacja ciągła (fotografia dnia pracy) oraz obserwacja Tippeta, tzw. migawkowa. Technika podstawową była obserwacja migawkowa, która polega na przeprowadzeniu, w losowo wybranych momentach, liczby obserwacji wyznaczonej na podstawie wzoru matematycznego [Mikołajczyk 1997]. Ogółem przeprowadzono 1800 obserwacji migawkowych, po 900 na oddziałach położniczych i noworodkowych oraz położniczo-noworodkowych. Zarejestrowano 1 493 obserwacje migawkowe na dyżurach dziennych i 307 na nocnych. Było to gwarancją reprezentatywności badań, jak również zakwalifikowaniem zarejestrowanych 293 czynności wykonywanych przez położne do odpowiednich frakcji: pielęgnacji bezpośredniej, pielęgnacji pośredniej, koordynowania i bieżącego organizowania pracy oraz czynności pozaszpitalnych.

Tymczasem, do oceny poziomu satysfakcji położnic z opieki wykorzystano standaryzowany kwestionariusz grupy EUROPEP, składający się z 5-ciu modułów opieki, 23 szczegółowych elementów opieki i skali Likerta. Jego wersja źródłowa była przeznaczona dla pacjentów lekarzy rodzinnych [Grol et al. 1999, Grol et al. 2000, Ossliśto i in. 2000], w związku z czym nieco zmodyfikowano niektóre szczegółowe elementy opieki, dostosowując je do specyfiki zadań położnej, pracującej w systemie rooming-in. Zachowano podział na 5 modułów opieki: moduł A – Relacje położna – pacjentka i jej rodzina; B – Opieka medyczno-techniczna; C – Informowanie i wspieranie położnicy; D – Dostępność i przystępność położnej; E – Organizacja usług medycznych, w obrębie których zgrupowano 23 szczegółowe elementy opieki. Pacjentki dokonywały oceny każdego z elementów opieki wg skali Likerta od 1 do 5, tzn. 1 – „jestem bardzo niezadowolona”, 5 – „jestem bardzo zadowolona”.

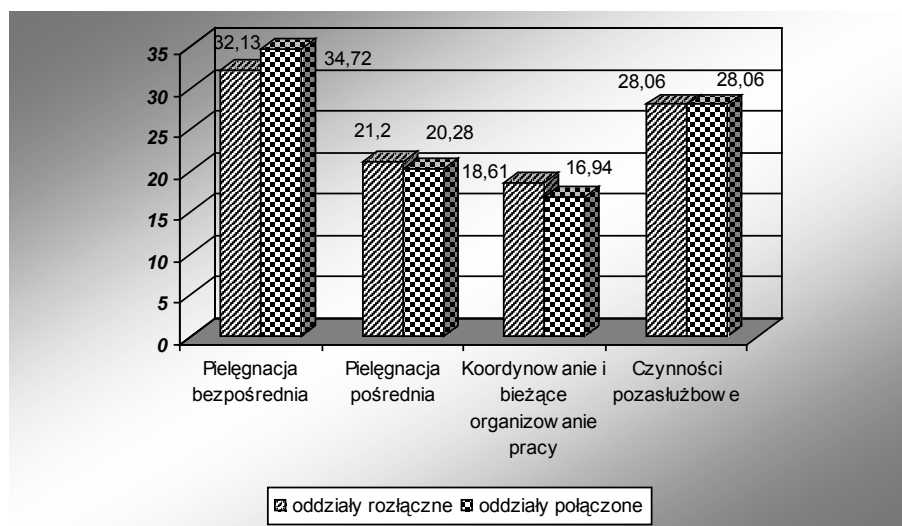
Uzyskane wyniki poddano analizie opisowej i statystycznej. Znaczenie różnic między badanymi cechami sprawdzono testem  $\chi^2$ . Tymczasem dla porównania więcej niż dwóch grup użyto jednoczynnikowej analizy wariancji po uprzednim sprawdzeniu jednorodności wariancji przy pomocy testu F Fischera. Przyjęto 5% błąd wnioskowania i związany z tym poziom istotności  $p \leq 0,05$ .

## Wyniki badań

Opracowanie materiału rozpoczęto od określenia czterech podstawowych frakcji w strukturze czasu pracy położnych: I – pielęgnacji bezpośredniej, II – pielęgnacji pośredniej, III – koordynowania i bieżącego organizowania czasu pracy, IV – czynności pozaszpitalnych.

Na pielęgnację bezpośrednią kobiety położne na oddziałach rozłącznych – położniczych i noworodkowych przeznaczały 32,13% w strukturze czasu pracy, a na oddziałach położniczo-noworodkowych – 34,72%. Na pielęgnację pośrednią analogicznie – 21,20% i 20,28%, a na działania z zakresu koordynowania i bieżącego organizowania czasu pracy – odpowiednio – 18,61% i 16,94%. Z kolei udział czynności pozaszpitalnych był jednakowy zarówno na oddziałach rozłącznych (położniczych i noworodkowych), jak i położniczo-noworodkowych i wyniósł 28,06%. Różnice pomiędzy oddziałami, co do wielkości frakcji w strukturze czasu pracy nie były istotne statystycznie ( $p=0,36$ ).

**Rycina 1.** Procentowy udział poszczególnych frakcji w strukturze czasu pracy położnych a sposób organizacji oddziałów



Poziom istotności różnic

$$\chi^2=1,72; p<0,63$$

Źródło: Opracowanie własne

Następnie starano się sprawdzić, czy sposób organizacji oddziałów ma wpływ na poziom zadowolenia położnic z opieki – tab. 1.

**Tabela 1.** Ocena opieki a sposób organizacji oddziałów

L.p.	Ocena opieki w poszczególnych modułach	Sposób organizacji oddziałów	
		Oddziały położnicze	Oddziały położniczo-noworodkowe
		Średnia ocen	Średnia ocen
1.	A – Relacje położna – pacjentka i jej rodzina <b>Średnia ocen – 3,51</b>	3,38	3,69
2.	B – Opieka medyczo – techniczna <b>Średnia ocen – 4,20</b>	4,11	4,33
3.	C – Informowanie i wspieranie położnicy <b>Średnia ocen – 3,52</b>	3,39	3,71
4.	D – Dostępność i przystępność położnej <b>Średnia ocen – 3,86</b>	3,72	4,07
5.	E – Organizacja usług medycznych <b>Średnia ocen – 3,84</b>	3,65	4,14
Ocena ogólna		3,62	3,98
<p>Poziom istotności różnic (<b>t= - 5,23; p&lt;0,000001</b>) w ogólnej ocenie opieki między położnicami hospitalizowanymi na oddziałach połączonych, a rozłącznych;            Poziom istotności różnic (<b>t= - 3,50; p=0,0005</b>) w ocenie opieki w <b>module A Relacje położna – pacjentka i jej rodzina</b>, między położnicami hospitalizowanymi na oddziałach połączonych, a rozłącznych;            Poziom istotności różnic (<b>t= - 2,91; p=0,003</b>) w ocenie opieki w <b>module B – Opieka medyczo – techniczna</b>, między położnicami hospitalizowanymi na oddziałach połączonych, a rozłącznych;            Poziom istotności różnic (<b>t= - 3,52; p=0,0004</b>) w ocenie opieki w <b>module C – Informowanie i wspieranie położnicy</b>, między położnicami hospitalizowanymi na oddziałach połączonych, a rozłącznych;            Poziom istotności różnic (<b>t= - 3,83; p=0,0001</b>) w ocenie opieki w <b>module D – Dostępność i przystępność położnej</b>, między położnicami hospitalizowanymi na oddziałach połączonych, a rozłącznych;            Poziom istotności różnic (<b>t= - 6,68; p&lt;0,000001</b>) w ocenie opieki w <b>module E – Organizacja usług medycznych</b>, między położnicami hospitalizowanymi na oddziałach połączonych, a rozłącznych;</p>			

Źródło: Opracowanie własne

Korzystniej oceniły opiekę położnice hospitalizowane na oddziałach położniczo-noworodkowych (średnia ocen 3,98), niż położniczych (średnia ocen 3,62). Uzyskane dane były istotne statystycznie ( $p < 0,000001$ ). Ponadto, w obrębie poszczególnych modułów opieki stwierdzono różnicę w ocenie każdego z nich, przy poziomie istotności dla modułu A ( $p = 0,0005$ ), modułu B ( $p = 0,003$ ), modułu C ( $p = 0,0004$ ), modułu D ( $p = 0,0001$ ), modułu E ( $p = 0,000001$ ), na korzyść pacjentek z oddziałów położniczo-noworodkowych.

## Dyskusja

Traktując matkę i nowo narodzone dziecko, jako „nierozzerwalną jedność” słusznym wydaje się integrowanie zespołów pracowniczych oddziału położniczego i noworodkowego. Z punktu widzenia organizacji pracy, racjonalne współdziałanie prowadzi do lepszego wykorzystania czasu pracy i umożliwia bardziej wyspecjalizowany nadzór. Stąd realizowanie opieki nad położnicą i noworodkiem przez tą samą położną powinno usprawniać funkcjonowanie systemu rooming-in. Wprawdzie uzyskane wyniki wykazały, że sposób organizacji oddziałów nie miał istotnego ( $p < 0,63$ ) wpływu na strukturę czasu pracy, to jednak bardziej usatysfakcjonowane z opieki były położnice przebywające na oddziałach położniczo-noworodkowych, niż położniczych ( $p < 0,000001$ ). Może mieć to związek z faktem, że w przypadku oddziałów rozłącznych (położniczych i noworodkowych) położne oddziału położniczego nie czują się kompetentne do udzielania matce wskazówek czy też wykonywania innych czynności związanych z opieką nad noworodkiem i analogicznie – położnicą. Jest to o tyle zasadne, że w ocenie modułu opieki C – Informowanie i wspieranie położnicy, zaznaczyły się istotne ( $p = 0,0004$ ) różnice na korzyść pracowników z oddziałów położniczo-noworodkowych. Co więcej, może zaistnieć sytuacja, że matka nie potrafi dostrzec różnicy, która położna opiekuje się nią, a która jej dzieckiem. Jest to o tyle niepokojące, że identyfikacja pracowników medycznych jest prawem pacjenta, które powinno być respektowane [Iwanowicz-Palus 2002]. Wprawdzie Kędzia i wsp. [Kędzia i in. 2005] oraz Iwanowicz-Palus [Iwanowicz-Palus 2002] podają, że wiedza pracowników medycznych oraz odbiorców świadczonych przez nich usług na temat praw pacjenta jest niepełna i niejednorodna, a ich rozpowszechnianie odbywa się przy znikomym udziale pracowników opieki zdrowotnej, to jednak w dążeniu do realizowania opieki na jak najwyższym poziomie, nie powinno to być w żaden sposób usprawiedliwieniem.

Oceniając efektywność opieki w kontekście satysfakcji pacjenta słusznym wydaje się organizowanie oddziałów położniczo-noworodkowych, jako jednej jednostki organizacyjnej, gdzie opiekę sprawuje jednolity zespół terapeutyczny, zarządzany przez tą samą kadrę kierowniczą. Wyniki badań prowadzonych przez Koper i wsp. [Koper 2003] odnośnie służbowych więzi organizacyjnych w szpitalu wskazują, że pielęgniarki i położne podlegają często podwójnemu podporządkowaniu, co z kolei powoduje konflikty i dezorganizuje pracę. Dlatego też należałoby wziąć pod uwagę fakt, że funkcjonowanie oddziałów położniczych i noworodkowych, jako dwóch jednostek organizacyjnych wiąże się z wydawaniem poleceń pracownikom, którzy nie identyfikują się z danym oddziałem, ale mają z nim współpracować. Zdaniem

Stonera i wsp. [Stoner 1999] różnice w postawach i stylu pracy, powstające w naturalny sposób wśród członków różnych jednostek organizacyjnych, mogą utrudniać koordynację ich działań. W przełożeniu na opiekę położniczą konsekwencją takiego stanu rzeczy może być brak kompleksowości i ciągłości opieki nad kobietą i jej rodziną [Jędrzejewska 2003, Mikołajczyk 1997]. Może to stanowić kolejny argument przemawiający za tym, że organizowanie zintegrowanych oddziałów położniczo-noworodkowych przyczynia się do zapewnienia wyższej jakości świadczonej opieki.

Nie można także pominąć względnie istotnej kwestii, jaką jest ocena kosztów opieki, wyższa w przypadku dwóch jednostek organizacyjnych [Lenartowicz 2004].

## Wnioski

1. Sposób organizacji oddziałów pracujących w systemie rooming-in nie miał istotnego ( $p < 0,63$ ) wpływu na udział poszczególnych frakcji w strukturze czasu pracy położnych.
2. Położnice przebywające na oddziałach położniczo-noworodkowych były bardziej usatysfakcjonowane z opieki, niż przebywające na oddziałach położniczych.
3. Z punktu widzenia efektywności opieki i kosztów jej funkcjonowania organizowanie oddziałów położniczo-noworodkowych okazało się być istotnie ( $p < 0,000001$ ) optymalnym rozwiązaniem w odniesieniu do oceny poziomu satysfakcji położnic z opieki.

## Bibliografia:

**Grochans E., Czajka R., Ćwiek D. (2005)**, *Information support concerning care of a baby provided for lying-in women during their stay in maternity ward in rooming-in system*, Rocz. Akad. Med. Białymst. 50(1): 263–7.

**Grol R., Wensing M., Mainz J. et al. (1999)**, *‘Patients’ priorities with respect to general practice care: an international comparison*, Family Practice; 1: 4–11.

**Grol R., Wensing M. (2000)**, *Patients evaluate general/family practice*, The EUROPEP instrument, Mediagroup KUN/UMC Neijmegen.

**Iwanowicz-Palus G. (2002)**, *Znajomość praw pacjenta*, Zdrowie Publiczne; 112(3): 320–325.

**Jędrzejewska L. (2003)**, *Opieka okołoporodowa w Polsce – jaka jest i jakie są możliwości jej naprawy? Model opieki okołoporodowej – od kogo zależą zmiany w polskim położnictwie*, Materiały Konferencyjne, Fundacja Rodzić po Ludzku, Warszawa.

**Kędzia A., Umiałowska D., Wieder-Huszla S., Szymanowska I., Grochans E., Komór B. (2005)**, *Poziom wiedzy pacjentów na temat ich praw*, Pielęgniarstwo XXI wieku 3(12): 7.

**Koper A., Wdowiak L., Wrońska I. (2003)**, *Służbowe więzi organizacyjne w szpitalu*, Zdrowie Publiczne 113(1/2): 53–57.

**Lenartowicz H. (2004)**, *Podstawy sprawnego działania*, [w:] **Ksykiewicz-Dorota A. (red.)**, *Podstawy pracy pielęgniarskiej*, Wydawnictwo CZELEJ, Lublin.

**Mikołajczyk Z. (1997)**, *Techniki organizatorskie w rozwiązywaniu problemów zarządzania*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN;

**Ossliśto A., Kamiński K. (2000)**, *Rooming-in – nowa jakość w położnictwie i neonatologii*, Ginekologia Polska 71: 202–207.

**Peersman W., Jacobs N., De Maeseneer J., Seuntjens L. (2002)**, *The Flemish version of a New standardised outcome instrument for measuring patients’ assessment of the quality of care general practice*, Arch Public Health 60: 39–58.

**Pilewska A., Śliwowska K. (1999)**, *System matka – dziecko w opinii położnic*, [w:] **Iwanowicz-Palus G. (red.)**, *Położnictwo u progu XXI wieku*, Materiały Konferencyjne, Akademia Medyczna, Lublin.

**Pilewska A. (2003)**, *Pielęgnowanie noworodka donoszonego*, [w:] **Łepecka-Klusek C. (red.)**, *Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii*, Wydawnictwo CZELEJ, Lublin.

**Stoner J.A., Freeman R.E., Gilbert D.R. (1999)**, *Kierowanie*, PWE, Warszawa.

## **Joanna Ruszkowska**

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

## **Natalia Korejwo**

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

## **Kamila Zagier-Koziara**

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

## **Jan Krakowiak**

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

# **Czy ośrodki pediatryczne w Polsce przestrzegają zapisów Europejskiej Karty Praw Dziecka w Szpitalu?**

## **Do paediatric centres in Poland obey regulations of European Charter for Children in Hospital?**

**Abstract:** Stay at hospital is indubitably a high-pressure experience for a child, therefore everything possible should be done to reduce the rate of stress. Hospital should create proper conditions, similar to those provided at home. A pediatric ward shall be in an environment designed, furnished, staffed and equipped to fulfill children's needs. What is the most important, children should have the right to have their parents or parent substitutes with them at all times. Thus special document titled "European Charter for Children in Hospital" was established. This special document was approved by 13 European countries, but it still to be ratified in Poland. The aim of the research was evaluation of adherence the rules and circumstances in particular hospitals in Poland to the regulations of European Charter for Children in Hospital. The results show, that the rules of "European Charter for Children in Hospital" are mostly obeyed in Polish hospitals. Over half of the respondents found sanitary condition in the hospital good or very good. In opinion of 2/3 of parents meals were appropriate to children's age. All of the respondents admitted that they were allowed to stay with the child at night and during doctors round. Vast majority ( $f=0,86$ ) could also assist their child during medical procedures. Almost  $\frac{3}{4}$  parents declared that information they received about children's health status were clear and exhaustive. However, in over a half of cases medical staff did not put enough attention to place children in hospital rooms with their peers. Moreover almost 1/3 hospitalized children did not obtain any information about their health status.

**Key-words:** European Charter for Children in Hospital, hospitalization, child, medical services quality.

## Wstęp

Pobyt w szpitalu jest bardzo trudnym i stresującym przeżyciem dla każdego pacjenta. Hospitalizacja dzieci jest zwykle bardziej wymagająca niż osób dorosłych, bowiem towarzyszy jej samotność, tęsknota spowodowana rozłąką z rodziną, wysoki poziom lęku, poczucia zagrożenia, a nawet ból psychiczny [Maciarz 2001]. Na ową niepewność nakładają się dolegliwości fizyczne, ból, trudne emocje i ograniczenia, wynikające z trybu życia i wymagań szpitalnych. Podczas hospitalizacji potrzeby takie jak: konieczność ruchu, zabawy, bliskości i czułości ze strony rodziców, niezbędne do prawidłowego rozwoju dziecka są czasowo ograniczane. Wywołuje to w dziecku poczucie dyskomfortu i izolacji społecznej. Z kolei obligatoryjność poddawania się określonym procedurom diagnostycznym lub leczniczym, często niezrozumiałym czy bolesnym oraz brak rzetelnej informacji i dobrej komunikacji ze strony personelu medycznego pogłębia wrażenie ubezwłasnowolnienia.

Deprywacja podstawowych potrzeb oraz rozłąka z osobami bliskimi mogą prowadzić do zaburzeń emocjonalnych, spowolnienia rozwoju fizycznego i psychicznego, czy wreszcie do rozwoju zespołu zwanego chorobą szpitalną czy hospitalizmem [Perek, Cepuch 2008].

W trosce o zapewnienie hospitalizowanemu dziecku maksymalnego komfortu powstał dokument o nazwie Europejska Karta Praw Dziecka w Szpitalu opracowany przez National Association for the Welfare of Children in Hospital w Wielkiej Brytanii i zatwierdzony przez 13 krajów podczas I Europejskiej Konferencji Stowarzyszeń na rzecz Dzieci w Szpitalu w 1988 roku [Alderson 1993]. Karta jest zbiorem 10 praw, które powinny być przestrzegane w każdym europejskim szpitalu na oddziale dziecięcym. UNICEF uznał Kartę za fundamentalny dokument w kwestii uświadamiania roli personelu medycznego, zwłaszcza jego przygotowania zawodowego do pracy z małymi dziećmi. W Polsce Europejska Karta Praw Dziecka w Szpitalu nadal oczekuje na ratyfikację.

## Cel pracy, materiały i metody badań, wyniki

Celem pracy była ocena warunków pobytu dzieci w wybranych polskich szpitalach ze szczególnym uwzględnieniem zapisów Europejskiej Karty Praw Dziecka w Szpitalu. Badaniem objęto grupę 50-ciorga opiekunów przebywających wraz z dziećmi na oddziałach szpitalnych w Szczytnie oraz Łodzi.

Badanie zostało przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego wśród 50 rodziców/opiekunów dzieci przebywających na Oddziale Dziecięcym w Szpitalu Powiatowym w Szczytnie oraz na Oddziale Obserwacyjno



-Izolacyjnym i Oddziale Laryngologii Dziecięcej w Ośrodku Pediatrycznym im. J. Korczaka w Łodzi.

Zarówno wśród badanych z Łodzi, jak i ze Szczytna stwierdzono silną nadreprezentację kobiet ( $f=0,94$ ). Najliczniejszą grupę wiekową w obu ośrodkach objętych badaniem stanowiły osoby w przedziale wiekowym 26 – 35 lat ( $f=0,58$ ). W Ośrodku Pediatrycznym w Łodzi wyraźnie była reprezentowana grupa osób z wykształceniem wyższym ( $f=0,6$ ), natomiast w Szpitalu Powiatowym w Szczytnie z wykształceniem zasadniczym zawodowym ( $f=0,32$ ).

## Wyniki badań i ich omówienie

Europejska Karta Praw Dziecka w Szpitalu mówi, że **rodzicom należy zapewnić możliwość pobytu w szpitalu wraz z dzieckiem**. Trzeba ich zachęcać do tego, stwarzać jak najlepsze warunki oraz pomagać w pozostaniu przy dziecku. Co więcej, pobyt przy dziecku w szpitalu nie powinien narażać rodziców na dodatkowe koszty oraz na ryzyko utraty zarobków.

W badaniu sprawdzono, jak rodzice dzieci hospitalizowanych w ośrodkach objętych analizą oceniają realizację tego zapisu Karty. Wyniki przedstawia tabela 1. Wszyscy badani przyznali, że mogą pozostawać przy dziecku zarówno w nocy, jak i podczas obchodów lekarskich. Prawie każdy towarzyszył również małemu pacjentom w trakcie zabiegów diagnostycznych. W większości ( $f=0,88$ ), asystujący dziecku opiekunowie nie ponosili z tego tytułu dodatkowych kosztów.

**Tabela 1.** Obecność rodziców/opiekunów przy hospitalizowanym dziecku

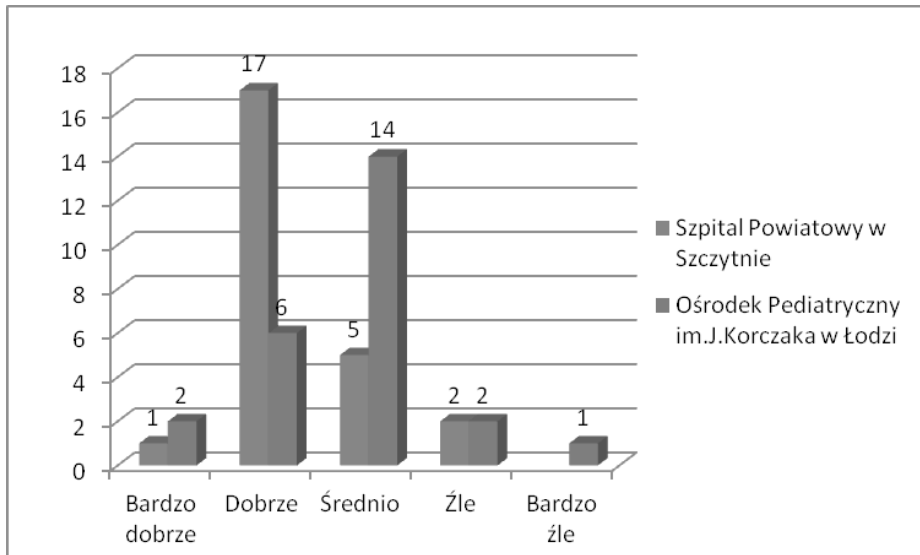
Możliwość pozostania przy dziecku		Szczytno	Łódź	Ogółem
W nocy	TAK	25	25	50
	NIE	0	0	0
Podczas obchodu lekarskiego	TAK	25	25	50
	NIE	0	0	0
Podczas zabiegów diagnostycznych	TAK	23	24	47
	NIE	2	1	3
Powoduje dodatkowe koszty	TAK	3	3	6
	NIE	22	22	44

Źródło: Opracowanie własne

Co więcej, ponad połowa ankietowanych oceniła warunki pobytu, stwarzane im przez szpital podczas hospitalizacji ich dzieci, dobrze lub bardzo dobrze ( $f=0,52$ ). Korzystniej ocena ta wypadła w przypadku respondentów ze szczytyńskiego, niż z łódzkiego ośrodka (Rycina 1.).

**Rycina 1.** Ocena warunków pobytu przy dziecku stwarzanych rodzicom/opiekunom w szpitalach objętych badaniem

#### Liczba ankietowanych



Źródło: Opracowanie własne

Blisko 3/4 ankietowanych ze Szpitala Powiatowego w Szczytnie oceniło warunki jakie stwarza im szpital podczas hospitalizacji dziecka, jako dobre bądź bardzo dobre. Tylko 1/3 badanych wystawiła taką ocenę Ośrodkowi Pediatrycznemu im. Janusza Korczaka w Łodzi. Warunki pobytu przy hospitalizowanym dziecku stwarzane przez szpital krytycznie ocenił znikomy odsetek badanych, podobny w obu ośrodkach (średnio  $f=0,1$ ).

Kolejny zapis Europejskiej Karty Praw Dziecka w Szpitalu zwraca uwagę na potrzebę **udzielania rzetelnych informacji zarówno rodzicom, jak i dzieciom na temat ich stanu zdrowia**, sposobu leczenia oraz stosowanych procedur diagnostycznych. Wyniki tej części badania przedstawia tabela 2.

W badaniu największa liczba respondentów – 19 osób ( $f=0,38$ ) dobrze oceniło sposób przekazywania informacji o stanie zdrowia dziecka. Kolejne 17 osób ( $f=0,34$ ) uznało, że jest bardzo dobry.

Jedna osoba z Ośrodka Pediatrycznego w Łodzi stwierdziła, że informacje o stanie zdrowia dziecka przekazywane są w sposób dla niej niezrozumiały. Nie bez znaczenia jest fakt, że była to osoba z wyższym wykształceniem z przedziału wiekowego 26 – 35 lat. Również jedna osoba z tego ośrodka przyznała, że wcale nie otrzymuje informacji o stanie zdrowia dziecka.

**Tabela 2.** Ocena sposobu przekazywania informacji o stanie zdrowia dziecka w opinii respondentów

Opinia respondentów o sposobie przekazywania informacji	Szpital Powiatowyw Szczytnie	Ośrodek Pediatryczny im. J. Korczaka w Łodzi
Bardzo dobrze, informacje są jasne i wyczerpujące.	8	9
Dobrze.	10	9
Średnio, często są bardzo lakoniczne.	7	5
Źle, są przekazywane w sposób niezrozumiały.	0	1
Nie otrzymuję informacji na temat stanu zdrowia dziecka.	0	1

Źródło: Opracowanie własne

W badaniu zadano również respondentom pytanie: „Czy informacje przekazywane dziecku na temat jego stanu zdrowia są odpowiednio dobrane dla jego wieku?” Ponad połowa respondentów (31 osób;  $f=0,62$ ) była zdania, że dziecko otrzymuje informacje na temat swojego stanu zdrowia w przystępny i odpowiedni dla niego sposób. Przy czym częściej tak odpowiadali badani w Szpitalu Powiatowym w Szczytnie ( $f=0,68$ ), niż w Ośrodku Pediatrycznym w Łodzi ( $f=0,56$ ). Tymczasem 16 osób ( $f=0,32$ ) stwierdziło, że dziecko w ogóle nie otrzymuje informacji na temat swojego stanu zdrowia od personelu medycznego.

Ważnym zapisem Europejskiej Karty Praw Dziecka w Szpitalu jest punkt, który określa, że dziecko powinno **przebywać na sali z dziećmi w podobnym wieku**.

W badaniu zapytano zatem również o daną kwestię. Stwierdzono, że zdania rodziców/opiekunów były podzielone: 0,44 ankietowanych przyznało, że ich dziecko zostało umieszczone na sali z rówieśnikami, ale ponad połowa była odmiennego zdania.

Stwierdzono wyraźne różnice pomiędzy ośrodkami w tym zakresie. Ponad 2/3 rodziców/opiekunów (17 osób) z Ośrodka Pediatrycznego w Łodzi zaobserwowało, że dziecko przebywa na sali z dziećmi w podobnym wieku. Przeciwną opinię wyraziła większość respondentów ze Szpitala Powiatowego w Szczytnie (f=0,8). Być może fakt, że w czasie prowadzenia badania na oddziale była mała liczba dzieci, w związku z czym były one umieszczane w salach pojedynczo, częściowo tłumaczy tak duży odsetek negatywnych odpowiedzi w tym ośrodku.

Zgodnie z postanowieniami Europejskiej Karty Praw Dziecka w Szpitalu mały pacjent przebywający na oddziale pediatrycznym powinien mieć możliwość **odpoczynku, nauki oraz zabawy**.

W związku z tym, w badaniu zapytano ankietowanych czy ich dzieci przebywające na oddziale mają możliwość zabawy. Na to pytanie ponad 3/4 ankietowanych (38 osób) udzieliło odpowiedzi twierdzącej, natomiast 0,24 było odmiennego zdania.

Deklaracje respondentów z obu placówek objętych badaniem były tu w zasadzie zgodne. Zdecydowana większość dzieci przebywających zarówno w Szczytnie, jak i w łódzkim ośrodku w opinii ankietowanych rodziców miała możliwość zabawy na oddziale (odpowiednio f=0,72 i f=0,8).

Tymczasem zdania ankietowanych na temat możliwości nauki na oddziale podczas hospitalizacji dziecka były podzielone, bowiem 30 ankietowanych (f=0,6) było zdania, że szpital nie stwarza warunków do nauki, natomiast 20 osób (f=0,4) stwierdziło że takie warunki są zapewniane. Odpowiedzi opiekunów w obu ośrodkach, dotyczące tej kwestii przedstawiały się identycznie.

## Dyskusja

Prawa dziecka, jako idea pojawiły się na przełomie XVIII i XIX wieku, lecz pierwsze regulacje prawne na ten temat pochodzą dopiero z początku XX wieku. Wówczas bowiem została opracowana Deklaracja Praw Dziecka (zwana Genewską), a nieco później Konwencja o Prawach Dziecka [Geneva Declaration on Child's rights 1924].

Dziecko w szpitalu dla personelu medycznego jest jednym z wielu pacjentów, który musi przestrzegać obowiązującego regulaminu. W Polsce prawa młodego, podobnie jak w przypadku dorosłego pacjenta, reguluje Ustawa o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz Karta Praw Pacjenta [Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417, Komunikat Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 11 grudnia 1998 r. w sprawie przekazania do publicznej informacji Karty Praw Pacjenta].

Bez wątpienia jednak dziecko wymaga specjalnych warunków, znacznie większej troski i taktu w szybkiej i prawidłowej rekonwalescencji. Do-

kumentem, który w sposób szczególny ma chronić możliwie najlepsze samopoczucie dziecka w warunkach hospitalizacji jest Europejska Karta Praw Dziecka w Szpitalu [Alderson 1993].

Mimo, że powstała ona w 1988 roku wiele szpitali, również w krajach rozwiniętych, nadal istnieją problemy ze stosowaniem się do jej zapisów. Irlandzcy badacze największe uchybienia zaobserwowali w obszarze zapewnienia godnych warunków pobytu rodzicom oraz nauki i zabawy dzieciom, a także informowania dzieci o ich stanie zdrowia i zapewnienia im intymności w trakcie udzielania świadczeń [Migone, Mc Nicholas, Lennon 2008].

Rola obecności najbliższych przy hospitalizowanych dzieciach jest nieoceniona w profilaktyce syndromu szpitalnego, co wielokrotnie opisywano w literaturze przedmiotu [Zetterström 1984, Shields 2001]. Badania Roberts pokazują, że w Stanach Zjednoczonych, mimo że rodzice chcą towarzyszyć hospitalizowanemu dziecku, napotykać wiele przeszkód, w wyniku których nawet 1/3 młodych pacjentów pozostaje w szpitalu sama [Roberts 2010].

W badaniu Tekieli i Zaworskiej 38% badanych rodziców przebywało wraz z chorym dzieckiem na sali chorych przez całą dobę, 31% odwiedzało dzieci według regulaminu. Tymczasem 38% rodziców korzystało z hoteli przyszpitalnych. Ponadto 3% dzieci było dodatkowo odwiedzanych przez osoby inne, niż rodzice [Tekiel, Zaworska 2006].

W badaniu Jakubczyk i wsp. zarówno większość ankietowanych dzieci (83,3%), jak i rodziców (80,7%) biorących udział w tym badaniu przyznało, że przebywanie na oddziale dzieci wraz z rodzicami nie było niczym ograniczane [Jakubczyk i in. 2003]. W naszym badaniu odsetki te były nawet wyższe.

Podobnie wysokie odsetki odpowiedzi na pytanie o możliwość towarzyszenia dziecku podczas procedur medycznych uzyskali także autorzy innych badań [Łukasik, Woś 2009, Krawczyk, Karp 2001]. Zdecydowana większość (90%) rodziców z Oddziałów Pediatrycznych ze Szpitali w Bytomiu, Czeladzi i Chorzowa mogła towarzyszyć dziecku podczas zabiegów diagnostycznych.

Rodzice dzieci przebywających w Szpitalu Pediatrycznym w Bielsku-Białej, biorący udział w badaniu mieli możliwość towarzyszyć dziecku podczas zabiegów diagnostycznych. Mogli uczestniczyć m.in. podczas pobierania moczu (88,1%) oraz krwi (73,8%) [Łukasik, Waksmańska, Gawlik 2010].

W naszym badaniu ujawniony został problem złej komunikacji z nieletnim pacjentem. Publikacja Kurz i wsp. przypomina, że dobra komunikacja nie jest tylko martwym zapisem Europejskiej Karty Praw Dziecka w Szpitalu, ale u jej podstaw leży poszanowanie godności dziecka jako człowieka oraz umiejętność odpowiedniego doboru słownictwa, tak aby język był zrozumiały dla małego pacjenta [Kurz, Gill, Mjones 2006]. Wiele badań dowodzi, że błędy w tym zakresie dotyczą nie tylko Polski. Profesjonaliści medyczni nie przy-

kładają należytej wagi do informowania dzieci o ich stanie zdrowia i procedurach medycznych, którym są poddawane. Co więcej, dzieci niesłuchanie rzadko biorą udział w procesie podejmowania decyzji dotyczących ich zdrowia [Coyne 20086, Coyne 2008, Runeson et al. 2008].

Zdecydowanie lepiej, również w naszym badaniu, wygląda komunikacja personelu szpitalnego z rodzicami/opiekunami leczonego dziecka. W badaniu Bilickiej i wsp., 47 kobiet i 11 mężczyzn poproszono o ocenę sposobu udzielania informacji przez pielęgniarkę na temat stanu zdrowia ich dziecka oraz wykonywanych czynności pielęgniarских. Blisko 3/4 ankietowanych rodziców było zdania że otrzymywało informację na temat stanu zdrowia w sposób jasny i zrozumiały oraz wysoko oceniali sam sposób przekazywania tych informacji [Bilicka i in. 2009].

Odnosi się wrażenie, że życzliwość personelu ma duże znaczenie w kształtowaniu atmosfery na oddziale. Została ona również wymieniona przez rodziców hospitalizowanych dzieci jako jeden z najbardziej istotnych i cenionych czynników w pracy Krawczyk i Karp [Krawczyk, Karp 2001].

## Wnioski

Wydaje się, że przegląd literatury przedmiotu oraz wyniki pracy badawczej obligują do sformułowania następujących wniosków:

1. W szpitalach objętych badaniem zapisy Europejskiej Karty Praw Dziecka w Szpitalu z reguły są przestrzegane.
2. Największe uchybienia zidentyfikowano w zakresie informowania hospitalizowanego dziecka przez personel medyczny o działaniach diagnostycznych, terapeutycznych oraz o stanie zdrowia. Poprawa komunikacji w tym obszarze może korzystnie wpłynąć na stan psychiczny małych pacjentów, a co za tym idzie, na cały proces rekonwalescencji.
3. Ratyfikacja Europejskiej Karty Praw Dziecka w Szpitalu przez Polskę mogłaby korzystnie oddziaływać na warunki hospitalizacji na oddziałach pediatrycznych.

## Bibliografia

**Alderson P. (1993)**, European Charter of Children's Rights, "Bulletin of Medical Ethics"; 13–15.

**Bilicka D., Korbińska M., Popow A., Szewczyk M. (2009)**, Oczekiwania rodziców względem opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem w warunkach szpitalnych, „Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne”; 1: 20–25.

**Coyne I. (2008)**, Children's participation in consultations and decision-making at health service level: a review of the literature, "Int J Nurs Stud.", 45(11): 1682–9.

**Coyne I. (2006)**, Consultation with children in hospital: children, parents' and nurses' perspectives, "J Clin Nurs" 2006; 15(1): 61–71.

**Geneva Declaration on Child's rights (1924)** <http://childrensrightsportal.org/childrens-rights-history/references-on-child-rights/geneva-declaration/>

**Jakubczyk M., Sakson A., Krzemkowska A., Charlikowska H., Czerwionka-Szaflarska M. (2003)**, Analiza stosunku chorych dzieci i ich rodziców do hospitalizacji, *Pediatrics Polska* LXXVII,10, 897–903.

Komunikat Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 11 grudnia 1998 r. w sprawie przekazania do publicznej informacji Karty Praw Pacjenta, [http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/karta\\_praw\\_pacjenta\\_07082007.pdf](http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/karta_praw_pacjenta_07082007.pdf)

Konwencja o Prawach Dziecka, Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych 20 listopada 1989 r., **Dz.U. 1991, nr 120, poz. 526**

**Krawczyk M., Karp E. (2001)**, Pobyt dziecka w szpitalu w opinii opiekunów i personelu medycznego, „Pielęgniarka i Położna”, 11, 18–19.

**Kurz R, Gill D, Mjones S. (2006)**, Ethical issues in the daily medical care of children, "Eur J Pediatr", 165(2): 83–6.

**Łukasik R., Waksmańska W., Gawlik K. (2010)**, Aspekty pobytu rodziców wraz z dzieckiem w szpitalu, „Problemy Pielęgniarstwa”; tom 18, zeszyt nr 2, 169–175.

**Łukasik R., Woś H. (2009)**, Postawy personelu medycznego wobec pobytu rodziców w szpitalu wraz z chorym dzieckiem, „Problemy pielęgniarstwa”; 17(2): 98–104.

**Maciarz A. (2001)**, Hospitalizacja – jej przemiany i zagrożenia dla rozwoju dziecka, „Kwartalnik Pedagogiczno-Terapeutyczny”, (3-4): 5–9.

**Migone M., Mc Nicholas F., Lennon R. (2008)**, Are we following the European charter? Children, parents and staff perceptions, "Child Care Health Dev"; 34(4): 409–17.

**Perek M., Cepuch G. (2008)**, Dziecko w szpitalu a ryzyko krzywdzenia instytucjonalnego, „Studia Medyczne”, 11: 23–27.

**Roberts C.A. (2010)**, Unaccompanied hospitalized children: a review of the literature and incidence study, "J Pediatr Nurs", 25(6): 470–6.

**Runeson I., Hallström I., Elander G., Hermerén G. (2008)**, Children's participation in the decision-making process during hospitalization: an observational study, "Nurs Ethics.", 9(6): 583–98.

---

**Shields L. (2001)**, A review of the literature from developed and developing countries relating to the effects of hospitalization on children and parents, "Int Nurs Rev", 48(1): 29–37.

**Tekiela D., Zaworska A. (2006)**, Rodzice w szpitalu dziecięcym pomoc czy przeszkoda?, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej”, Nr 7–8, 36–37.

Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta  
**Dz. U. z 2009 r., nr 52, poz. 417.**

**Zetterström R. (1984)**, Responses of children to hospitalization, Acta Paediatr Scand, 73(3): 289–95.



**Monika Sadowska**

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

**Anna Ksykiewicz-Dorota**

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

**Iwona Bojar**

Instytut Medycyny Wsi w Lublinie

**Anna Wierzbńska-Stępnik**

Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Jana Bożego w Lublinie

**Artur Wdowiak**

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

**Wykorzystanie czasu pracy przez położne pracujące w systemie rooming-in a poziom referencyjny szpitali**

**The use of working time by midwives working in the rooming-in system and hospital's reference level**

---

**Abstract:** Working time is the period during which a person expends labor in the labor process [Gadzinowski, Bręborowicz, 1997]. In the case of midwives caring for a mother and her newborn child, working time should be utilized fully taking into account the state of health and individual needs of pupils, which determine the type of activities performed and activities. The study was conducted systematically from 2005 to 2013 years in maternity and neonatal wards. The study involved three hospitals, each of which respectively act as the first, second or third level of care perinatology reference. In order to determine the degree of utilization of working time by midwives working in maternity and neonatal wards method was used to measure time and research technique was the observation Tippet, so-called. snapshot. Registered 1080 snapshot observations. It was found significant ( $p=0.0003$ ) difference in the structure of midwives working time related to the intermediate care in favor of the hospital on the third level of reference, including the most time spent on documenting the nursing process. Activities related to the coordination and organization of the work and took her outside activities have largest share in in the hospital the first reference level ( $p=0.08$  and  $p=0.001$ ).

**Key-words:** working time, midwife, rooming-in system, reference level.

## Streszczenie

Czas pracy jest to okres, w którym człowiek wydatkuje siłę roboczą w procesie pracy [Gadzinowski, Bręborowicz, 1997]. W przypadku położnych, sprawujących opiekę nad matką i jej nowo narodzonego dzieckiem, czas pracy powinien być w pełni spożytkowany z uwzględnieniem stanu zdrowia i indywidualnych potrzeb podopiecznych, które determinują rodzaj wykonywanych zadań i czynności. Stąd postawiono następujące pytanie problemowe, czy poziom referencyjny szpitali ma wpływ na strukturę czasu pracy położnych?

Badania przeprowadzono systematycznie od 2005 do 2013 roku na oddziałach położniczych i noworodkowych. Objęto nimi trzy szpitale, z których każdy odpowiednio pełnił funkcje pierwszego, drugiego lub trzeciego poziomu referencyjnego w opiece perinatologicznej. W celu ustalenia stopnia wykorzystania czasu pracy przez położne pracujące na oddziałach położniczych i noworodkowych zastosowano metodę mierzenia czasu pracy, a techniką badawczą była obserwacja Tippeta, tzw. migawkowa. Zarejestrowano 1 080 obserwacji migawkowych.

Stwierdzono, że istotna ( $p=0,0003$ ) różnica w strukturze czasu pracy położnych dotyczyła pielęgnacji pośredniej, na korzyść szpitala o trzecim poziomie referencyjnym, w tym najwięcej czasu przeznaczono na dokumentowanie procesu pielęgnowania. Czynności z zakresu koordynowania i bieżącego organizowania pracy oraz czynności pozaszpitalowe miały istotnie największy wpływ na strukturę czasu pracy położnych, pracujących w szpitalu pierwszego poziomu referencyjnego (odpowiednio  $p=0,08$  i  $p=0,001$ ).

## Wstęp

Czas pracy jest to okres, w którym człowiek wydatkuje siłę roboczą w procesie pracy [Gadzinowski, Bręborowicz, 1997]. Dzień pracy można podzielić na czas pracy rzeczywisty (efektywny) oraz czas przerw, do którego zalicza się przerwy na odpoczynek i potrzeby naturalne, jak też przerwy z przyczyn organizacyjno-technicznych lub z winy pracownika. Gospodarowanie czasem pracy powinno zmierzać do prawidłowego zużycia czasu pracy, przy maksymalnym ograniczeniu lub likwidacji strat czasu przez pracownika [Lenartowicz 1987]. W przypadku położnych sprawujących opiekę nad matką i jej nowo narodzonego dzieckiem, czas pracy powinien być w pełni spożytkowany z uwzględnieniem stanu zdrowia i indywidualnych potrzeb podopiecznych. Wprowadzenie w Polsce w roku 1995 trójpoziomowej organizacji opieki perinatalnej pozwoliło na zróżnicowanie opieki adekwatnie do sytuacji zdrowotnych pacjentów.

Jednostki organizacyjne poziomu I zapewniają opiekę zdrowotną ciężarnym z ciążą przebiegającą prawidłowo i zdrowym noworodkiem, poziomu II – opiekę ciężarnym, płodom i noworodkom z umiarkowanym stopniem ryzyka, natomiast poziom III przeznaczony jest dla ciężarnych i noworodków z wysokim stopniem ryzyka [Bartosiewicz i in. 2003, Gaweł 2004]. Wprowadzenie to zróżnicowanie zdeterminowało rodzaj wykonywanych zadań i czynności, ale jednocześnie powinno skłonić do właściwego wykorzystania nie tylko zasobów ludzkich i rzeczowych, ale także czasu pracy. Stąd postawiono następujące pytanie problemowe, czy poziom referencyjny szpitali ma wpływ na strukturę czasu pracy położnych?

## Materiał i metoda

W celu ustalenia stopnia wykorzystania czasu pracy przez położne pracujące na oddziałach położniczych i noworodkowych zastosowano metodę mierzenia czasu pracy, a techniką badawczą była obserwacja Tippetta, tzw. migawkowa. Polega ona na przeprowadzeniu, w losowo dobranych momentach, dużej liczby obserwacji, co pozwala na wyciągnięcie wniosków, umożliwiających przedstawienie pełnej struktury czasu pracy. Badania migawkowe opierają się na zasadach metody reprezentacyjnej, rachunku prawdopodobieństwa i statystyce matematycznej. Wynikiem losowego wyboru próby są wyznaczone momenty czasowe obserwacji. Każdy element czasu pracy ma jednakową szansę wystąpienia, jako zdarzenie losowe [Mikołajczyk 1997]. Zarejestrowano 1 080 obserwacji migawkowych. Świadczenie usług pielęgniarских/położniczych zalicza się do prac trudno poddających się mierzeniu. Zaleca się aby w tego typu badaniach różnicować prace na podstawowe i pomocnicze [Mikołajczyk 1997]. Stąd dokonano podziału czynności wykonywanych przez położne na główne, związane z pielęgowaniem pacjenta, wymagające podstawowej wiedzy i umiejętności w zakresie pielęgnacji i na pomocnicze. Wyodrębniono 4 podstawowe frakcje czasu pracy oraz 15 subfrakcji:

1. Pielęgnacja bezpośrednia, obejmująca działania skupione na pacjencie i jego rodzinie, wykonywane w obecności położnicy i/lub noworodka, związane z: utrzymaniem higieny osobistej położnicy/novorodka i otoczenia, żywieniem i wydalaniem, ruchem położnicy/novorodka, diagnozowaniem – wykonywanym samodzielnie lub asystowaniem, leczeniem – wykonywanym samodzielnie na zlecenie lekarza lub asystowaniem, komunikowaniem z położnicą i jej rodziną.
2. Pielęgnacja pośrednia, czyli czynności wykonywane z dala od pacjenta, będące przygotowaniem bądź pozostające w ścisłym związku z pielęgnacją bezpośrednią: dokumentowanie procesu pielęgnacji, komunikowanie z pracownikami oddziału lub szpitala odnośnie położnicy/novorodka,

przygotowanie do wszystkich czynności/zabiegów wyszczególnionych w pielęgnacji bezpośredniej.

**3.** Koordynowanie i bieżące organizowanie pracy, tj. działania zapewniające funkcjonowanie oddziału: informowanie w zespole odnośnie organizacji i funkcjonowania oddziału, czynności związane z zaopatrzeniem oddziału, czynności o charakterze biurowym oraz związane z czyszczeniem i porządkowaniem.

**4.** Czynności pozasłużbowe, tj. przerwy fizjologiczne i czynności uboczne, nie należące do obowiązków służbowych.

Było to gwarancją dokładność rejestrowania, jak też zakwalifikowania wszystkich czynności wykonywanych przez położne.

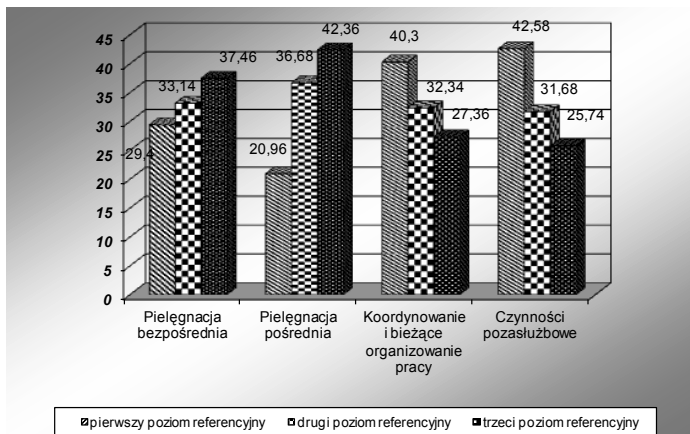
Badania przeprowadzono, uwzględniając lata 2005 – 2013 roku na oddziałach położniczych i noworodkowych. Objęto nimi trzy szpitale, z których każdy odpowiednio pełnił funkcje pierwszego, drugiego lub trzeciego poziomu referencyjnego w opiece perinatologicznej.

Uzyskane wyniki poddano analizie opisowej i statystycznej. Istotność różnic między badanymi cechami sprawdzono testem  $\chi^2$ . Przyjęto 5% błąd wnioskowania i związany z tym poziom istotności  $p \leq 0,05$ .

## Wyniki badań

Na pielęgnację bezpośrednią dużo czasu (37,46%) przeznaczyły położne w szpitalu trzeciego poziomu referencyjnego, a zdecydowanie mniej (29,40%) w szpitalu pierwszego poziomu, przy czym różnica między szpitalami nie była istotna statystycznie ( $p=0,18$ ) – ryc. 1.

**Rycina 1.** Struktura czasu pracy położnych w zależności od poziomu referencyjnego szpitali



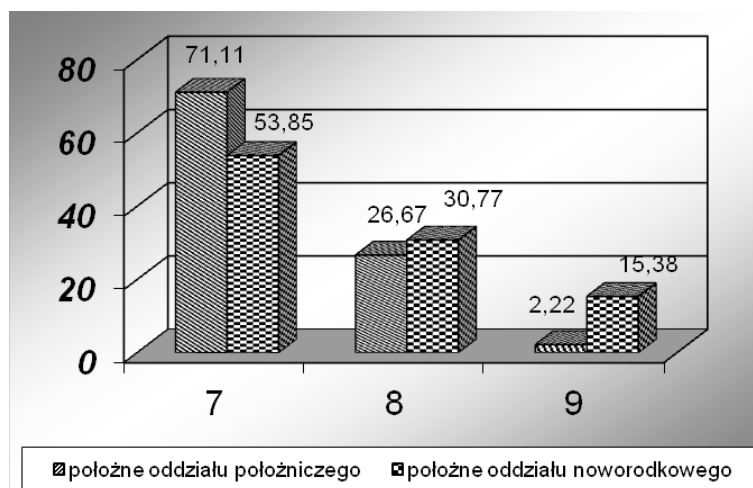
Źródło: opracowanie własne.

Istotna różnica ( $p=0,0003$ ) zaistniała jednakże w obrębie pielęgnacji pośredniej na korzyść szpitala o trzecim poziomie referencyjności (42,36%). Odwrotna sytuacja miała miejsce granicach działań z zakresu frakcji III i IV. Koordynowanie i bieżące organizowanie czasu pracy oraz czynności pozasłużbowe miały największy udział w szpitalu pierwszego poziomu referencyjnego – odpowiednio – 40,30% i 42,58%. Najmniej czasu zużywano na te czynności w szpitalu trzeciego poziomu referencyjnego – analogicznie 27,36% i 25,74%. Stwierdzone różnice były istotne statystycznie przy poziomie istotności  $p=0,08$  dla frakcji III i  $p=0,001$  dla frakcji IV.

Ponieważ podstawowa statystycznie różnica ( $p=0,0003$ ) zaistniała w obrębie pielęgnacji pośredniej na korzyść szpitala o trzecim poziomie referencyjności postanowiono sprawdzić, jak położne tego szpitala wykorzystywały czas pracy w zakresie frakcji II.

Analiza treści czynności w obrębie frakcji II ukazała (ryc. 2), że najwięcej czasu na oddziale położniczym, jak i noworodkowym położne przeznaczyły na dokumentowanie procesu pielęgnowania – odpowiednio – 71,11% i 53,85%. Na komunikowanie się z pracownikami oddziału/szpitala odnośnie położnicy (noworodka) zużyto 26,67% (30,77%) czasu. Natomiast na przygotowanie do wszystkich czynności/zabiegów wyszczególnionych w pielęgnacji bezpośredniej przeznaczono – analogicznie – 2,22% i 15,38%. Różnica między oddziałami odnośnie udziału subfrakcji w obrębie frakcji II, była statystycznie istotna ( $p=0,05$ ).

**Rycina 2.** Procentowy udział poszczególnych subfrakcji z zakresu pielęgnacji pośredniej w strukturze czasu pracy na oddziale położniczym i noworodkowym w szpitalu trzeciego poziomu referencyjnego



### Poziom istotności różnic

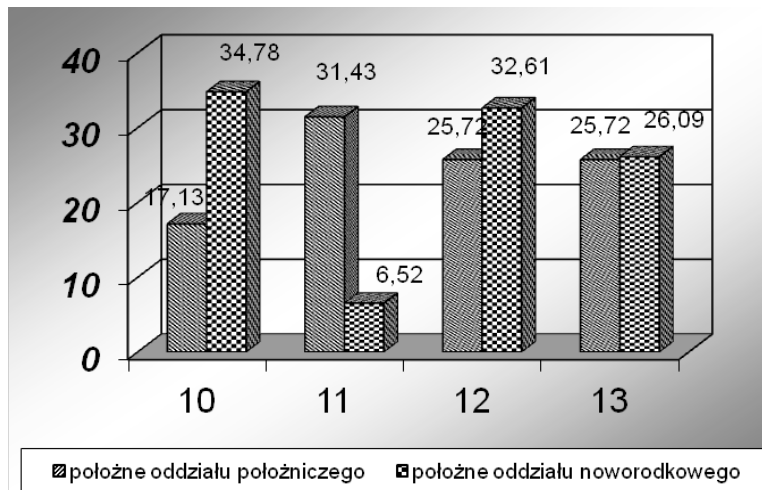
$$\chi^2=5,81; p=0,05$$

7. Dokumentowanie procesu pielęgnacji.
8. Komunikowanie się z pracownikami oddziału lub szpitala odnośnie położnicy/novorodka.
9. Przygotowanie do wszystkich czynności/zabiegów wyszczególnionych w pielęgnacji bezpośredniej.

Źródło: opracowanie własne.

W kolejności przeanalizowano strukturę czasu pracy położnych w obrębie frakcji III w szpitalu pierwszego poziomu referencyjnego (ryc. 3), gdzie udział czynności z zakresu koordynowania i bieżącego organizowania czasu pracy był największy (40,30%) a różnica między szpitalami odnośnie wymienionego problemu była statystycznie ważna (ryc. 1).

**Rycina 3.** Procentowy udział poszczególnych subfrakcji z zakresu koordynowania i bieżącego organizowania pracy w strukturze czasu pracy na oddziale położniczym i noworodkowym w szpitalu pierwszego poziomu referencyjnego



### Poziom istotności różnic

$$\chi^2=9,73; p=0,02$$

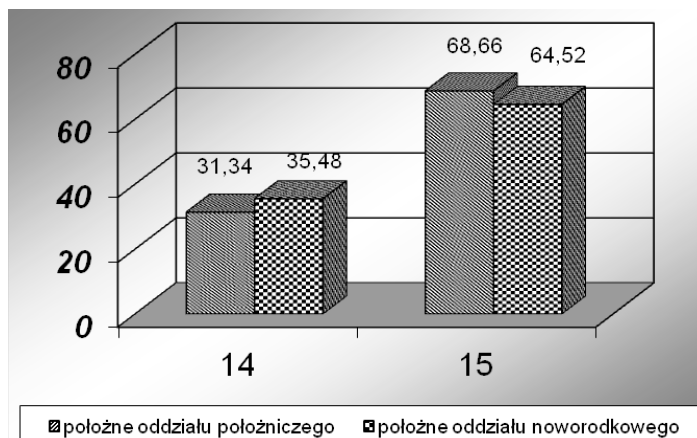
10. Informowanie w zespole.
11. Czynności położnych związane z zaopatrzeniem oddziału.
12. Czynności o charakterze biurowym.
13. Czynności związane z czyszczeniem i porządkowaniem.

Źródło: opracowanie własne.

Na oddziale położniczym najwięcej (31,43%) czasu przeznaczano na czynności związane z zaopatrzeniem oddziału – ryc.3. Natomiast na oddziale noworodkowym omawiany rodzaj działania stanowił 6,52% czasu. Na komunikację w zespole położne oddziału położniczego przeznaczyły 17,13% czasu, a noworodkowego dwukrotnie więcej (34,78%). Także na czynności o charakterze biurowym zużyto więcej czasu na oddziale noworodkowym (32,61%), niż położniczym (25,72%). Tymczasem znaczenie czynności związanych z czyszczeniem i porządkowaniem na oddziale położniczym i noworodkowym było podobnej wielkości – odpowiednio 25,72% i 26,09%. Między oddziałami stwierdzono istotne różnice ( $p=0,02$ ) odnośnie udziału subfrakcji w obrębie frakcji III.

W szpitalu pierwszego poziomu wysoki odsetek miały także czynności pozasłużbowe, a różnica między szpitalami w tej kwestii była statystycznie istotna ( $p=0,001$ ). Wskutek tego starano się sprawdzić, jak położne zużywały czas w obrębie frakcji IV – ryc. 4. Analiza struktury czasu pracy w obrębie tej frakcji wskazała, że położne na oddziale położniczym i noworodkowym najwięcej czasu przeznaczyły na czynności uboczne, nie należące do obowiązków służbowych – analogicznie – 68,66% i 64,52%. Natomiast przerwy fizjologiczne stanowiły odpowiednio – 31,34% i 35,48%. Między oddziałami nie stwierdzono istotnych różnic ( $p=0,62$ ) odnośnie udziału subfrakcji w obrębie frakcji IV.

**Rycina 4.** Procentowy udział przerw fizjologicznych i czynności ubocznych, nie należących do obowiązków służbowych w strukturze czasu pracy na oddziale położniczym i noworodkowym w szpitalu pierwszego poziomu referencyjnego



Poziom istotności różnic

$$\chi^2=0,25; p=0,62$$

14. Przerwy fizjologiczne.

15. Czynności uboczne, nie należące do obowiązków służbowych.

Źródło: opracowanie własne.

## Dyskusja

Najwięcej czasu (37,46%) na pielęgnację bezpośrednią przeznaczyły położne w szpitalu trzeciego poziomu referencyjnego, jednakże czas ten był bardziej ograniczony w porównaniu do czasu przeznaczonego na pielęgnację pośrednią (42,36%). Podobne wyniki uzyskała Lenartowicz [Lenartowicz 1987]. Wprawdzie badania były przez nią prowadzone w latach 80-tych XX w. i dotyczyły głównie opieki pielęgniarskiej, to jednak uzyskane wyniki wskazały, że pielęgniarki przeznaczają więcej czasu na czynności przygotowawcze do wszystkich czynności/zabiegów z zakresu pielęgnacji bezpośredniej oraz dokumentowanie, niż na faktyczne wykonywanie zadań przy pacjencie. Należy uwzględnić, że w roku 2001 wydano rozporządzenie obligujące pielęgniarki/położne do zapisu w indywidualnej dokumentacji istotnych informacji, dotyczących stanu zdrowia pacjenta, procesu pielęgnowania, w tym opisu wykonanych czynności pielęgniarskich [Dz. U. 2001, Nr 88, poz. 996]. Być może dlatego na ówczesnych oddziałach szpitalnych wśród czynności z zakresu pielęgnacji pośredniej dominuje dokumentowanie procesu pielęgnowania, co potwierdziły badania prowadzone przez Sapułę i wsp. [Sapuła i in. 2004] oraz wyniki badań własnych. Na oddziale położniczym (i noworodkowym) w szpitalu trzeciego poziomu referencyjnego wskaźnik tego rodzaju czynności w obrębie frakcji II wyniósł aż 71,11% (53,85%). Ma to poniekąd uzasadnienie w tym, że zgodnie z pełnioną funkcją szpital zapewnia opiekę ciężko chorym noworodkom oraz kobietom, u których przebieg ciąży i/lub porodów jest powikłany. Zgodnie ze standardami medycznymi świadczona w tym zakresie opieka położnicza wiąże się z prowadzeniem intensywnej obserwacji i oceny stanu ogólnego i położniczego pacjentek, jak też dokumentowaniem wyników obserwacji i wykonanych zabiegów [Bucholt i in. 2002, Iwanowicz-Palus 2000]. Za realizowanie powyższych działań, w tym dokumentowanie położna ponosi odpowiedzialność zawodową [Dz.U. z 2011 nr 174 poz. 1039]. Dokumentowanie ma również znaczenie naukowe, ponieważ wszelki postęp w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego jest możliwy, m.in. dzięki opisywaniu danych sytuacji oraz wykazywaniu skutecznego, bądź nie, postępowania względem nich. Należy przy tym zaznaczyć, że ośrodki trzeciego poziomu referencyjnego zajmują się wstępną oceną nowych metod leczenia oraz wdrażają programy promocji zdrowia [Bartosiewicz i in. 2003, Gadzinowski, Bręborowicz 1997]. Niższe wskaźniki odnośnie dokumentowania procesu pielęgnowania uzyskano na oddziale położniczym (48,28%), jak i noworodkowym (38,84%) w szpitalu pierwszego poziomu referencyjnego, który zapewnia opiekę medyczną dla zdrowych noworodków i kobiet z ciążą o przebiegu fizjologicznym.



Czynności z zakresu koordynowania i bieżącego organizowania czasu pracy miały największy (40,30%) udział w szpitalach pierwszego poziomu referencyjnego. Wprawdzie na oddziale noworodkowym najwięcej czasu (34,78%) położne przeznaczały na komunikację w zespole, to jednak na oddziale położniczym dominowały czynności związane z zaopatrzeniem oddziału (31,43%). Dbłość o właściwy stan zasobów rzeczowych jest ważnym elementem z punktu widzenia organizacyjnego, niemniej jednak czynności te nie powinny zajmować aż tak dużej części w strukturze czasu pracy. W dużej mierze potencjał i motywacja położnych powinny być ukierunkowane na sprawowanie bezpośredniej opieki nad położnicą i jej nowo narodzonym dzieckiem. Golec i wsp. [Golec i in. 2001] podkreślają, że to pracownicy są najbardziej cennym elementem każdej organizacji, także zakładu opieki zdrowotnej. To ich potencjał intelektualny i motywacja powodują, że organizacja może oferować dobrą jakość świadczeń. Zwracała na to uwagę także Lenartowicz [Lenartowicz 1987] uważając, że wykonywanie prac nie dających możliwości wykorzystania kwalifikacji nie sprzyja zaspokajaniu potrzeby samorealizacji, obniża zadowolenie z wykonywanej pracy i osłabia jej prestiż zawodowy. Może właśnie tym należałoby tłumaczyć dość duży (28,06%) udział w strukturze czasu pracy czynności pozasłużbowych tak na oddziale położniczym (25,72%), jak i noworodkowym (26,09%) w szpitalu pierwszego poziomu referencyjnego.

Wśród czynności pozasłużbowych wyróżniono przerwy fizjologiczne oraz czynności uboczne, nie należące do obowiązków służbowych. Te pierwsze są potrzebne dla usunięcia objawów zmęczenia i przywrócenia równowagi energetycznej organizmu [Gaweł 2004]. Niemniej jednak znacznie więcej czasu zużywano na czynności uboczne nie należące do obowiązków służbowych, do których można zalicza się m.in.: wyjście poza oddział w sprawie prywatnej, oglądanie telewizji, czytanie niefachowej literatury, wykonywanie robótki ręcznej. Jakkolwiek czynności te dają możliwość odprężenia w pracy, to jednak ich wykonywanie może być źle odebrane przez położnicę i ich bliskich. Przede wszystkim jako ignorowanie obowiązków służbowych, a tym samym pacjentów.

Należy przy tym uwzględnić specyfikę pracy na oddziałach pionu położniczego, wynikającą z faktu, że przyjęcie pacjentki na salę porodową, a następnie oddział położniczy (noworodkowy) jest zdarzeniem trudnym do przewidzenia i określenia z wyprzedzeniem czasowym. Halpern i wsp. [Halpern at all. 2001] wyjaśniają, że w przypadku planowanych cięć cesarskich, można uzyskać względną kontrolę, co do czasu porodu, długości hospitalizacji pacjentki. Natomiast trudniej jest to przewidzieć odnosząc się do porodów siłami natury. Stąd można przypuszczać, że natężenie pracy położnych w systemie rooming-in jest uzależnione od liczby przyjętych porodów, jak też wie-

lowarstwowości i złożoności opieki nad matką i dzieckiem. Podobne wyniki przedstawiły Szczerba i Ksykiewicz-Dorota [Szczerba, Ksykiewicz-Dorota 1999] w badaniach dotyczących struktury czasu pracy na sali porodowej. Potwierdzeniem są także wyniki badań własnych, które pokazały, że w szpitalu trzeciego poziomu referencyjnego wskaźnik czynności pozasłużbowych wyniósł 21,67% w strukturze czasu pracy, a w szpitalu pierwszego poziomu referencyjnego – 35,84%.

Powyższa próba wyjaśnienia nadmiernego udziału czynności pozasłużbowych w strukturze czasu pracy położnych może być jednak nie w pełni przekonująca, jeżeli wziąć pod uwagę fakt, że każdy pacjent niezależnie od stanu zdrowia wymaga opieki na najwyższym poziomie. Oznacza to, że położna powinna z takim samym zaangażowaniem pielęgnować położnicę po cięciu cesarskim, jak i po porodzie fizjologicznym. Jest ona bowiem zobowiązana do zapewniania kompleksowej i całościowej opieki położniczej powierzonym jej pacjentom. Natomiast działania pielęgnacyjne powinna planować stosownie do stanu noworodka i położnicy oraz jej zdolności do samoopieki i pielęgnacji dziecka [Iwanowicz-Palus 2000, Dz.U. z 2011 nr 174 poz. 1039]. W związku z tym złożoność opieki położniczej powinna wpływać na jakość zadań wykonywanych przez położne, a nie na wielkość frakcji IV w strukturze ich czasu pracy.

## Wnioski

1. Istotna różnica w strukturze czasu pracy położnych dotyczyła pielęgnacji pośredniej na korzyść szpitala o trzecim poziomie referencyjnym, w tym najwięcej czasu przeznaczono na dokumentowanie procesu pielęgnowania.
2. Działania z zakresu koordynowania i bieżącego organizowania pracy oraz czynności pozasłużbowe miały istotnie największy udział w strukturze czasu pracy położnych, pracujących w szpitalu pierwszego poziomu referencyjnego.
3. Powyższe wnioski skłaniają do sformułowania zaleceń dla praktyki organizacji pracy położnych. Wskazane byłoby przekierowanie czynności zleconych pracownikom pomocniczym (outsourcing). W odniesieniu do dokumentowania pielęgnacji należy zastosować elektroniczne środki rejestracji wykonywanych czynności.

## Piśmiennictwo:

**Bartosiewicz J., Pietras G., Sławatyński A. (2003)**, *Regionalizacja w położnictwie w województwie lubelskim*, Ginekologia Polska; 74, 11, 1498–1503.

**Bucholc M., Chylińska M., Łepecka-Klusek C., Pilewska A. (2002)**, *Połów po cięciu cesarskim metodą Misgav-Ladach w subiektywnej ocenie położnic*, Kliniczna Perinatologia i Ginekologia. Poród nowoczesny, Tychy.

**Gadzinowski J., Bręborowicz G.H. (1997)**, *Program Poprawy Opieki Perinatalnej w Polsce*, Poznań.

Gaweł G. (2004), *Czas pracy. Praca zmianowa*, [w:] **Ksykiewicz-Dorota A. (red.)**, *Podstawy organizacji pracy pielęgniarstwa*, Wydawnictwo Czelej, Lublin.

**Golec M.K., Soluch S., Augustyniak G. (2001)**, *Kompleksowe zarządzanie jakością w służbie zdrowia*, Zdrowie Publiczne 111 (1): 43–47.

**Halpern S., Watson-MacDonell J. (2001)**, *Optimizing obstetrical suite staffing: it's more than mathematics/La rationalisation des effectifs en obstétrique, c'est plus que des mathématiques*, Canadian Journal of Anesthesia 48: 219–221.

**Iwanowicz-Palus G. (2000)**, *Zadania położnej w oddziale położniczo-noworodkowym*, Pielęgniarka i Położna.

**Lenartowicz H. (1987)**, *Kadra pielęgniarstwa w lecznictwie stacjonarnym. Z badań nad wykorzystaniem czasu pracy i kwalifikacji zawodowych*, Praca hab., AM, Lublin.

**Mikołajczyk Z. (1997)**, *Techniki organizatorskie w rozwiązywaniu problemów zarządzania*, PWN, Warszawa.

**Sapuła R., Wdowiak L., Stojniew J. Sitko. (2004)**, *Pomiary czasu pracy pielęgniarek w Oddziale Rehabilitacji, Cz. 2*, Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Sectio D, Medicina Vol. LIX, Supl. XIV (6) : 110-114.

**Szczerba D., Ksykiewicz-Dorota A. (1999)**, *Weryfikacja metody J.A. Ball planowania obsad położniczych na przykładzie sali porodowej szpitala w Ostrowie Wielkopolskim*, [w:] **Iwanowicz-Palus G. (red.)**, *Położnictwo u progu XXI wieku*, Mat. Konf., AM, Lublin.

Rozporządzenie w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, sposobów ich prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania (**Dz. U. 2001, Nr 88, poz. 996**).

Ustawa o zawodach pielęgniarstwa i położnej (**Dz.U. z 2011 nr 174 poz. 1039**).



**Dominika Cichońska**

Społeczna Akademia Nauk

**Martyna Kosiuk**

Społeczna Akademia Nauk

**Jan Krakowiak**

Społeczna Akademia Nauk

## **Kosztochłonność leczenia szpitalnego pacjentów z udarem mózgu hospitalizowanych powyżej 30 dni – studia przypadków**

### **Cost effectiveness of hospital treatment of stroke patients hospitalized for more than 30 days – case studies**

---

#### **Abstract:**

**Purpose:** The purpose of this paper is to present the costs incurred by the hospital stroke department, in which they live patients with stroke more than 30 days.

**Method:** The presented analysis shows aggregate production costs of health services. It doesn't replace the analysis of unit costs is a particular analysis of the economic costs and not just financial (accounting). The costs of hospital treatment stroke patients were assessed on the basis of analysis the costs of treating patients (to a different medical condition) Department of stroke with early neurological rehabilitation one of the hospitals in Lodz.

**Results:** Analysis of hospital costs of stroke patients hospitalized more than 30 days confirms that: 1) funding by the National Health Fund stroke hospitalization is severely underestimated. It leads to borrowing facilities medical activity, 2) in connection with the increased risk of stroke the costs of hospitalization post-stroke patients should be re-analysis.

**Key-words:** cost effectiveness, stroke, hospital, hospital treatment.

## **Wstęp**

**Cel:** Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie kosztów, jakie ponosi szpitalny oddział udarowy, na którym pacjenci z udarem mózgu przebywają powyżej 30 dni.

**Metoda:** Prezentowana analiza ukazuje zagregowane koszty wytwarzania usług zdrowotnych. Nie zastępuje analizy kosztów jednostkowych, ma charakter przede wszystkim analizy kosztów ekonomicznych, a nie tylko finansowych (księgowych). Koszty leczenia szpitalnego pacjentów z udarem mózgu zostały oszacowane na podstawie rozpatrzenia kosztów leczenia pacjentów (w różnym stanie medycznym) Oddziału Udarowego z Wczesną Rehabilitacją Neurologiczną jednego ze szpitali w Łodzi.

**Wyniki:** Analiza kosztów leczenia szpitalnego pacjentów z udarem mózgu hospitalizowanych powyżej 30 dni potwierdza, że 1) finansowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia hospitalizacji pacjentów po udarach mózgu jest poważnie niedoszacowane, co prowadzi do zadłużania placówek działalności leczniczej oraz 2) w związku ze zwiększającym się ryzykiem występowania udarów mózgu należy dokonać re-analizy kosztów hospitalizacji pacjentów poudarowych.

## Epidemiologia

Światowa Organizacja Zdrowia od 1976 roku udarem mózgu określa zespół objawów klinicznych cechujących się nagłym wystąpieniem ogniskowych lub uogólnionych zaburzeń czynności mózgu, utrzymujących się (o ile wcześniej nie spowodują zgonu) dłużej niż jedna doba i nie wywołanych żadną inną przyczyną poza naczyniową. Udar mózgu to nagłe rozpoczynające się naczyniopochodne ogniskowe lub uogólnione uszkodzenia funkcji mózgu, utrzymujące się ponad 24 godziny. Jest to główna przyczyna zgonu i niepełnosprawności. Choroby naczyń mózgowych są na drugim miejscu wśród przyczyn śmierci na świecie i trzecią przyczyną umieralności w krajach Europy Zachodniej. Śmiertelność z powodu udaru mózgu rośnie cały czas (w 1990 r. – 4,4 mln przypadków, w 2002r. – 5,51 mln), szacuje się, że do 2030 osiągnie ona wielkość 7,68 mln i będzie stanowić jedną z głównych przyczyn utraty „zdrowych lat życia”) [Siebert, Nyka 2006, s.1, 2].

Liczba osób ze stwierdzonym udarem mózgu w Polsce wynosi 177,3/100 000 mężczyzn i 125/100 000 kobiet. Oznacza to, że zachorowalność na udar mózgu w Polsce kształtuje się i mieści się na przeciętnym poziomie europejskim. Znacznie poważniej wygląda kwestia umieralności pacjentów z udarem mózgu. To 106,4/100 000 mężczyzn i 78,7/100 000 kobiet i jest jedną z wyższych w Europie. W Zachodniej części Europy umieralność kształtuje się od 18% do 25%, a w Polsce stanowi około 40%. Współczynnik niepełnosprawności chorych, którzy przeżyli udar mózgu jest również negatywny. W wysoko rozwiniętych państwach, około 50% chorych pozostaje niepełnosprawnymi,

a w Polsce liczba ta wynosi aż 70%. Z powodu dużej umieralności, a także wysokiego parametru niepełnosprawności problem leczenia i profilaktyki udaru mózgu w Polsce jest bardzo istotny [www.fum.info.pl<sup>22.03.2013</sup>].

Objawy ogniskowe udaru mózgu to zaburzenia funkcji neurologicznych związanych lokalizacyjnie z określonymi obszarami mózgu. Dzielimy je na:

1. Objawy ruchowe: osłabienie lub niepełnosprawność: pojedynczej kończyny, obu kończyn po tej samej stronie ciała, trzech, wszystkich kończyn;
2. Objawy czuciowe: zaburzenia/utrata czucia w obrębie jednej lub większej liczby kończyn, zaburzenia widzenia/zaniewidzenie jednooczne, zaburzenia pola widzenia (zaburzenia obuoczne), dwojenie/podwójne widzenie;
3. Zaburzenia mowy i językowe: afazja czuciowa mowy, afazja ruchowa, dyzartria, trudności w czytaniu/pisaniu/liczeniu;
4. Zaburzenia równowagi: trudności w przyjęciu i utrzymaniu postawy pionowej;
5. Zaburzenia zachowania/poznawcze: trudności w wykonywaniu codziennych czynności – ubieraniu się, myciu, spożywaniu posiłków, dezorientacja czasowo-przestrzenna, zaburzenia pamięci, zwłaszcza świeżej [Laidler 2004, s. 196, Siebert, Nyka 2006, ss. 5-7].

Konieczne jest wykonanie badania obrazowego tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego, aby ostatecznie stwierdzić rodzaj zachorowania. Ogółem przyjmuje się, że ponad 80% zdiagnozowanych udarów ma charakter niedokrwienny.

## Koszty oddziałów udarowych

[Opracowanie na podstawie danych Oddziału Udarowego z Wczesną Rehabilitacją Neurologiczną]

Koszty dotyczące leczenia ostrej fazy udarów związane są przede wszystkim z hospitalizacją pacjentów, a także finansowaniem leczenia trombolitycznego chorych z niedokrwiennym udarem mózgu. To osobna procedura, będąca jedną z czterech metod terapii niedokrwiennego udaru w ostrej fazie o udowodnionej skuteczności.

Dane epidemiologiczne, odnoszące się do udarów mózgu są niepokojące i niekorzystne. Z dostępnych statystyk systemu rozliczeń JGP oraz liczby zakontraktowanych procedur, obejmujących leczenie udaru mózgu wynika, że w latach 2009 – 2011 notowano rocznie od 92 do 95 tysięcy przypadków udaru. Można zatem przyjąć, że taka jest częstość występowania wszystkich typów udarów w ciągu roku (zarówno pierwszych w życiu, jak i powtórnych). A w związku ze starzeniem się społeczeństwa przewiduje się wzrost tej liczby. Szacuje się, że w ciągu najbliższych dwóch dekad możemy mieć nawet więcej

pacjentów z chorobami naczyniowymi mózgu, niż z chorobą niedokrwienną serca. Wśród społecznych kosztów udaru mózgu nie należy zapominać również o kosztach niepełnosprawności. W wielu przypadkach pacjenci muszą być poddawani całodobowej opiece pielęgnacyjnej lub wymagają stałej pomocy, m.in. osób bliskich, krewnych. Nieformalne koszty sprawowania takiej opieki przez członków rodziny są trudne do precyzyjnego wyliczenia i wiążą się, np. z poświęconym czasem, zwolnieniami z pracy itp. Udowodniono, że zmniejszające niepełnosprawność, a tym samym poprawiające samodzielność pacjentów z udarem niedokrwiennym leczenie trombolityczne oraz leczenie prowadzone na oddziałach udarowych jest efektywne kosztowo. Warto w tym kontekście także zauważyć, że zapobieganie udarom mózgu jest postępowaniem skutecznym i efektywnym kosztowo. Najważniejszym, pojedynczym czynnikiem w danym zakresie jest właściwe leczenie nadciśnienia tętniczego, zasadniczo redukujące ryzyko zwłaszcza udaru krwotocznego [Niewiada 2013].

Prezentowana analiza ukazuje zagregowane koszty wytwarzania usług zdrowotnych. Nie zastępuje analizy kosztów jednostkowych, ma charakter przede wszystkim analizy kosztów ekonomicznych, a nie tylko finansowych (księgowych). Jej celem jest bowiem uzyskanie odpowiedzi na pytania dotyczące kosztów celowych działań; po pierwsze – ile kosztuje funkcjonowanie sektora w konkretnych warunkach cenowych i systemowych oraz jak te koszty zmieniają się w czasie?; po drugie – ile kosztuje ingerencja głównych czynników ‘produkcji’ usług zdrowotnych: pracy, materiałów (głównie leków), zaangażowanego majątku oraz innych usług, zwanych usługami obcymi?; po trzecie – ile kosztuje funkcjonowanie głównej grupy podmiotu, wytwarzającej usługi [Raport, Finansowanie ochrony 2008, ss. 75–76].

Rodzaje kosztów, jakie ponosi szpitalny oddział udarowy z wczesną rehabilitacją, to:

- Amortyzacja,
- Zużycie materiałów, w tym:
  - leków,
  - materiałów opatrunkowych,
  - sprzętu medycznego,
  - odczynników chemicznych,
  - gazów medycznych,
  - materiałów niemedyceńskich (materiały remontowe, odzież).
- Zużycie energii,
- Podatki i opłaty,
- Wynagrodzenia, w tym:
  - płaca ze stosunku pracy,
  - płaca z umów, zleceń



- Ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia,
- Pozostałe świadczenia,
- Usługi obce, w tym:
  - badania histopatologiczne,
  - badania tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego,
  - konsultacje i inne,
  - usługi medyczne obce – pozostałe,
  - usługi laboratoryjne,
  - usługi zewnętrzne – niemedyczne (koszty żywienia, zużycie energii elektrycznej niezależne od liczby wykonanych świadczeń, zużycie energii cieplnej, koszty usług pralniczych, sprzątania, wywozu nieczystości, wody),
  - Pozostałe koszty rodzajowe,
- Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej,
- Pracownia Immunologii Klinicznej, Transpl. i Genetyki,
- Zakład Elektrodiagnostyki,
- Anestezjologia,
- Tlenownia,
- Pracownia Rentgenodiagnostyki,
- Pracownia Rezonansu Magnetycznego,
- Pracownia Angiografii,
- Pracownia Tomografii Komputerowej,
- Pracownia USG,
- Gabinet Psychologa.

Istotnym elementem kosztów funkcjonowania jednostek, w których udziela się świadczeń medycznych są koszty użytkowania (eksploatacji) i utrzymania określonej infrastruktury technicznej. Zaplecze to jest z jednej strony typowe dla każdej nieruchomości, ale z drugiej – specjalistyczne, związane z nowoczesnymi technologiami medycznymi. Informacje o tych kosztach nie są przedmiotem systematycznej sprawozdawczości. Dokonując szacunku przedmiotowych wydatków, należało najpierw ocenić stan posiadania, czyli oszacować majątek i przypisać mu założone koszty użytkowania [Raport 2008, s.123]. Według załącznika nr 12 do zarządzenia Nr 90/2012/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 grudnia 2012 r. i załącznika nr 9 do zarządzenia nr 72/2011/DSOZ Charakterystyka Jednorodnych Grup Pacjentów, przedstawię grupy odnoszące się do leczenia udarów mózgu:

A 51 Udar mózgu – leczenie trombolityczne liczba punktów to 242

Możliwość wyznaczenia tej grupy wg ICD-9

- Pobyt pacjenta powyżej 7 dni na oddziale udarowym,
- Podanie leku trombolitycznego drugiej generacji,

- USG naczyń szyi – doppler,
- USG przezczaszkowa – doppler,
- Terapia psychologiczna lub neurologopedyczna,
- Wentylacja wspomagana przez rurkę intubacyjną,
- Ciągła wentylacja przez tracheotomię,

A 48 Kompleksowe leczenie udarów mózgu liczba punktów to 162

Możliwość wyznaczenia tej grupy wg ICD-9

- Pobyt pacjenta powyżej 7 dni w oddziale udarowym,
- USG naczyń szyi – doppler,
- USG przezczaszkowa – doppler,
- Terapia psychologiczna lub neurologopedyczna,
- Wentylacja wspomagana przez rurkę intubacyjną,
- Ciągła wentylacja przez tracheotomię.

A 49 Udar mózgu – leczenie powyżej 3 dni liczba punktów to 77

Możliwość wyznaczenia tej grupy wg ICD-9

- Pobyt pacjenta powyżej 3 dni w oddziale udarowym,
- USG naczyń szyi – doppler,
- USG przezczaszkowa – doppler,
- Terapia psychologiczna lub neurologopedyczna,
- Wentylacja wspomagana przez rurkę intubacyjną,
- Ciągła wentylacja przez tracheotomię.

A 50 Udar mózgu – leczenie liczba punktów to 37

Przy analizie kosztów Oddziału Udarowego z Wczesną Rehabilitacją Neurologiczną wzięto pod uwagę chorych, których pobyt przekraczał 30 dni ze względów na, m.in. stan pacjenta, problemy socjalne, zakażenia układu moczowego lub oddechowego, brak współpracy z rodziną czy też zupełny brak rodziny, która mogłaby zaopiekować się pacjentem po wypisaniu ze szpitala. Uwzględniono rodzaj i liczbę wykonywanych badań.

## **Pacjenci Oddziału – analiza studiów przypadku**

### **Pacjent A**

Każdy pacjent z udarem mózgu, w stanie ogólnym dobrym, który leży 8-10 dni ma wykonywane specjalistyczne badania. W sytuacji kontroli powtarzane są mniej więcej 3 razy w ciągu hospitalizacji następujące badania:

1. laboratoryjne: morfologia, glukoza, potas, chlorki, mocznik, kreatynina, cholesterol całkowity, cholesterol HDL, cholesterol LDL, trójglicerydy, ALT, AST, CRP, TSH, OB, badanie ogólne moczu,
2. diagnostyczne: tomografia komputerowa 3D, USG naczyń szyi – doppler,

**3. konsultacje:** internistyczna (przy przyjęciu i wypisie), rehabilitacyjna, logopedyczna lub psychologiczna, chirurgiczna (w przypadku zwężeń naczyń szyjnych).

Licząc koszty pobytu uwzględniono: badania laboratoryjne, konsultacje, badania diagnostyczne i dobę hotelową, która jest liczona bez kosztów leku, sprzętu medycznego i diagnostyki, co wyniosło ok 3 500 zł. Osobodzień na Oddziale Udarowym kosztuje około 500 – 600 zł. Na koszt osobodnia składają się, m.in. liczba pacjentów w danym miesiącu, amortyzacja, średnie zużycie leków, podatki i opłaty, zużycie materiałów medycznych i niemedyceńskich, zużycie energii, zużycie sprzętu medycznego, zużycie materiałów opatrunkowych, itp. Udar mózgu jest stanem zagrożenia życia i hospitalizacja wiąże się z monitowaniem czynności życiowych, podaniem odpowiednich leków i całodobowej obserwacji stanu pacjenta przez zespół lekarski i pielęgniarski. Pacjent zostanie rozliczony wg grupy A48 – kompleksowe leczenie udarów mózgu – 162 pkt. 1 pkt jest za 51 zł, co wynosi 8 262 zł. Pobyt wraz ze średnim kosztem osobodni szacuje się na 10 000 zł – 11 000 zł.

## Pacjent B

Pacjent z udarem mózgu, u którego w czasie długiej hospitalizacji (około 70 dni) stwierdzono: odleżyny, zapalenie płuc, stan bardzo ciężki, podłączony do respiratora, z wkluciem centralnym, w czasie hospitalizacji żywiony dojelitowo przez założoną sondę do żołądka, kilkukrotnie konsultowany internistycznie, anestezyjologicznie, chirurgicznie wymagał przetoczenia krwi. Pacjent miał zakażenie leczone specjalistycznymi antybiotykami, wymagał 24-godzinnej opieki lekarza i pielęgniarek. W wyniku bardzo ciężkiego stanu nastąpił zgon chorego. Pacjent miał wykonywane wielokrotne badania oraz całą diagnostykę:

**1.** Badania laboratoryjne: morfologia, glukoza, sód, potas, chlorki, mocznik, kreatynina, cholesterol całkowity, cholesterol HDL, LDL, trójglicerydy, ALT, AST, GGTP, CRP, D-dimery, PT, APTT. Wskaźnik PT, INR, czas trombinowy, fibrynogen, TSH, żelazo, badanie ogólne moczu, kwas moczowy, troponina T, albuminy, białko całkowite, równowago kwasowo-zasadowa, bilirubina całkowita, fosforany, OB, wapń, fosfataza kwaśna (ACP), Fosfataza zasadowa (ALP), posiew moczu, posiew tlenowy i bez-tlenowy z odleżyny, fosfataza zasadowa (ALP), magnez, glukoza w moczu, próba krzyżowa (zgodności), oznaczenie grupy krwi i Rh. Stan pacjenta wymagał wielokrotnej kontroli badań laboratoryjnych

2. Badania diagnostyczne: tomografia komputerowa 3D, USG naczyń szyi – doppler, kilkakrotnie RTG klatki piersiowej,

3. Konsultacje: wielokrotnie internistyczna, rehabilitacyjna, logopedyczna lub psychologiczna, chirurgiczna, anestezjologiczna, żywieniowa.

Licząc koszty pobytu uwzględniono: badania laboratoryjne, konsultacje, badania diagnostyczne i dobę hotelową, która jest liczona bez kosztów leku, sprzętu medycznego i diagnostyki, co wyniosło ok 25 000 zł. Osobodzień na Oddziale Udarowym kosztuje w przybliżeniu około 500 – 600 zł. Pacjent rozliczony wg grupy A48 – kompleksowe leczenie udarów mózgu – 162 pkt. 1 pkt jest za 51 zł, co daje 8 262 zł. Do grupera wpisano wszystkie dodatkowe procedury, takie jak: żywienie dojelitowe i pozajelitowe, przetoczenie krwi i jej składników. Za każdy dzień żywienia wartość punktowa wynosi 2. Natomiast za każde przetoczenie krwi lub jej składników są naliczane dodatkowe punkty za przetoczona jednostkę. Według katalogu liczba dni pobytu finansowana grupą to 36. Według katalogu dla pacjenta z udarem mózgu wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą wynosi 6. Zsumowanie wszystkich dodatkowych punktów powoduje, że pobyt wraz z kosztem średnim i kosztem osobodni tego pacjenta wyniósł około 50 000 zł – 60 000 zł.

## Pacjent C

Pacjent leżący na Oddziale Udarowym, który po długiej hospitalizacji (60 dni) został wypisany do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego miał wykonywaną całą diagnostykę dotyczącą udaru mózgu. W czasie hospitalizacji stwierdzono: zapalenie płuc, odleżyny, zakażenie układu moczowego i oddechowego, konieczna była izolacja kontaktowa, zastosowano leczenie antybiotykami. Pacjent był żywiony przez sondę do żołądka dietą przemysłową i szpitalną, wymagał 24-godzinnej opieki pielęgniarstwa i pomocy osób trzecich. Chory w ramach warunku przyjęcia do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego wymagał założenia przez skórnej gastrostomii (PEG). Kilkakrotnie były wykonywane i kontrolowane badania laboratoryjne oraz diagnostyczne:

1. Badania laboratoryjne: morfologia, glukoza, sód, potas, chlorki, mocznik, kreatynina, cholesterol całkowity, cholesterol HDL, LDL, trójglicerydy, ALT, AST, GGTP, CRP, D-dimery, PT, APTT. Wskaźnik PT, INR, czas trombinowy, fibrynogen, TSH, żelazo, badanie ogólne moczu, kwas moczowy, troponina T, albuminy, białko całkowite, równowaga kwasowo-zasadowa, bilirubina całkowita, fosforany, OB, wapń, FT3, FT4, ferrytyna, UIBC, Retikulocyty, CK-MB, albuminy, Mioglobina, PSA Total, posiew moczu, posiew tlenowy i beztlenowy z odleżyny + antybiogram, posiew tlenowy z górnych dróg oddechowych,

2. Badania diagnostyczne: tomografia komputerowa 3D, USG naczyń szyi – doppler, wielokrotne RTG klatki piersiowej, CT angiografia 3D,

3. Konsultacje: wielokrotnie internistyczna, rehabilitacyjna, logopedyczna lub psychologiczna, chirurgiczna, anestezjologiczna, żywieniowa,

Licząc koszty pobytu uwzględniono: badania laboratoryjne, transport medyczny do konkretnej placówki, np. poza granicami miasta, konsultacje, badania diagnostyczne i dobę hotelową, która jest liczona bez kosztów leku, sprzętu medycznego i diagnostyki. Pobyt takiego pacjenta kosztuje około 15 000 zł – 18 000 zł. + koszt osobodnia na Oddziale Udarowym (500 – 600 zł.) Pacjent zostanie rozliczony wg grupy A48 – kompleksowe leczenie udarów mózgu – 162 pkt. 1 pkt jest za 51 zł, co daje 8 262 zł. Do grupera wpisuje się wszystkie dodatkowe procedury, takie jak: żywienie dojelitowe i pozajelitowe, przetoczenie krwi i jej składników. Za każdy dzień żywienia jest wartość punktowa wynosi 2. Według katalogu liczba dni pobytu finansowana grupą to 36. Według katalogu dla pacjenta z udarem mózgu wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą wynosi 6. Zsumowanie wszystkich dodatkowych punktów daje koszt pobytu wraz z kosztem średnim i kosztem osobodni wyniósł w przybliżeniu około 30 000 zł – 40 000 zł.

## Pacjent D

Chory przywieziony do szpitala i przyjęty z rozpoznaniem udarem mózgu, który nie jest ubezpieczony, nie ma najbliższej rodziny, krewnych, którzy mogliby się nim zająć po wyjściu ze szpitala, po zakończonym leczeniu. Stwarza to problem socjalny i pobyt pacjenta przedłuża się ze względów społecznych, a nie ze względów medycznych i stanu zdrowia. Pacjent z deficytami po udarze takimi jak, np. niedowład, afazja nie poradzi sobie sam w domu. Wymaga opieki kilku- lub kilkunastogodzinnej na dobę, podania leków, pomocy przy posiłkach, itp. Chory po zakończonym leczeniu powinien trafić do domu i przebywać w warunkach domowych i rodzinnej atmosferze. Przedłużanie obecności na oddziale naraża chorego, np. na zapalenie płuc, zakażenie układu moczowego/ oddechowego i inne ryzyko dla zdrowia. Średnio taki pobyt trwa około 35 dni. Pracownik socjalny zaraz po przyjęciu do szpitala przeprowadza wywiad środowiskowy i próbuje ustalić najbliższą rodzinę bądź krewnych. Gdy stan pacjenta pozwala na wypis pacjent jest wypisywany do domu z uwzględnieniem maksymalnej liczby godzin usług opiekuńczych lub innego ośrodka zdrowotnego, prowadzącego terapię pielęgniarstwa. Wykonywana była cała diagnostyka dotycząca udaru mózgu. W czasie hospitalizacji wypełniano i uzupełniano wnioski do Zakładów Opiekuńczo-Lecznicych jednak, żeby pacjent był tam

przyjęty jest wymagany odpowiedni poziom dochodu. U pacjenta nieubezpieczonego jest to niemożliwe. W takiej sytuacji pozostaje Dom Pomocy Społecznej, na który czeka się nawet kilka miesięcy. Kilukrotnie były wykonywane i kontrolowane badania laboratoryjne oraz diagnostyczne.

1. Badania laboratoryjne: morfologia, glukoza, sód, potas, chlorki, mocznik, kreatynina, cholesterol całkowity, cholesterol HDL, LDL, trójglicerydy, ALT, AST, CRP, D-dimery, PT, APTT. Wskaźnik PT, INR, czas trombinowy, fibrynogen, TSH, żelazo, badanie ogólne moczu, kwas moczowy, troponina T, albuminy, białko całkowite, OB, wapń, FT3, FT4, CK-MB, albuminy, posiew moczu.
2. Badania diagnostyczne: tomografia komputerowa 3D, USG naczyń szyi – doppler, RTG klatki piersiowej, rezonans mózgu z kontrastem,
3. Konsultacje: internistyczna, rehabilitacyjna, logopedyczna lub psychologiczna,

Licząc koszty pobytu uwzględniono: badania laboratoryjne, konsultacje, badania diagnostyczne i dobę hotelową, która jest liczona bez kosztów leku, sprzętu medycznego i diagnostyki. Pobyt takiego pacjenta kosztuje około 10 000 zł -13 000 zł. + koszt osobodnia na Oddziale Udarowym (ok. 500 – 600 zł). Pacjent zostanie rozliczony wg grupy A48 – kompleksowe leczenie udarów mózgu – 162 pkt. 1 pkt jest za 51 zł, co daje 8 262 zł. Pobyt wraz z kosztem średnim i kosztem osobodni to około 25 000 zł – 30 000 zł.

## Pacjent E

Chory przywieziony do szpitala z rozpoznanym udarem mózgu, który kwalifikuje się do leczenia trombolitycznego zostaje przyjęty do oddziału udarowego na salę, gdzie monitorowane są parametry życiowe chorego. Podany zostaje specjalistyczny lek, który należy zaaplikować w ciągu 4,5 godziny od wystąpienia udaru mózgu. W trakcie hospitalizacji przeprowadzone są dalsze badania. Stan pacjenta był średni. Wymagał dłuższej hospitalizacji. Kilukrotnie były wykonywane i kontrolowane badania laboratoryjne.

1. Badania laboratoryjne: morfologia, glukoza, sód, potas, chlorki, mocznik, kreatynina, cholesterol całkowity, cholesterol HDL, LDL, trójglicerydy, ALT, AST, CRP, D-dimery, PT, APTT. Wskaźnik PT, INR, czas trombinowy, fibrynogen, TSH, żelazo, badanie ogólne moczu, kwas moczowy, troponina T, albuminy, białko całkowite, OB, wapń, równowaga kwasowo-zasadowa,
2. Badania diagnostyczne: tomografia komputerowa 3D, USG naczyń szyi – doppler, RTG klatki piersiowej, CT angiografia 3D,

**3. Konsultacje:** internistyczna, rehabilitacyjna, logopedyczna lub psychologiczna.

Licząc koszty pobytu uwzględniono: badania laboratoryjne, konsultacje, badania diagnostyczne i dobę hotelową, która jest liczona bez kosztów leku, sprzętu medycznego i diagnostyki. Pobyt takiego pacjenta kosztuje około 10 000 zł – 11 000 zł + koszt osobodnia na Oddziale Udarowym (około 500 – 600 zł). Pacjent zostanie rozliczony wg grupy A51–leczenie trombolityczne za 242 pkt. 1 pkt jest za 51 zł, co daje 12 342 zł. Pobyt wraz z kosztem średnim i kosztem osobodni wyniósł około 25 000 zł – 30 000 zł.

Zarówno szacownie kosztów usług medycznych, jak i wdrażanie procedur i kryteriów ustalania pakietów świadczeń może stać się ważnym instrumentem polityki w zakresie zwiększenia całkowitej i szeroko pojętej produktywności systemu opieki zdrowotnej. Liczne badania prowadzone przez Bank Światowy, Światową Organizację Zdrowia, Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju dowodzą, że wszystkie kraje borykają się z problemem wzrostu kosztów opieki zdrowotnej, przy jednocześnie ograniczonych zasobach finansowych przeznaczonych na ten system. Takie ograniczenia wymuszają na decydentach dokonywanie trudnych wyborów [Suchecka 2011, s.20].

## Zakończenie

Kosztochłonność leczenia szpitalnego pacjentów z udarem mózgu zależy nie tylko od stanu zdrowia, ale także występujących problemów socjalnych i warunków socjalno-bytowych, jakie mogą wynikać w czasie pobytu w szpitalu. Na przestrzeni ostatnich kilku lat nastąpił gwałtowny wzrost kosztów opieki zdrowotnej na całym świecie. W Polsce, mimo podjętych prób wprowadzenia reform dotyczących funkcjonowania i finansowania systemu ochrony zdrowia, problem ten stał się jednym z najbardziej pilnych. Racjonalność w finansowaniu świadczeń medycznych mają zapewnić formy kontraktów zawieranych przez świadczeniodawców i płatnika. System dotowania świadczeń zdrowotnych może przybierać różne formy płatności: od najbardziej prostych do najbardziej zaawansowanych. Aktualnie stosowaną metodą płatności, należąca do najbardziej zaawansowanego systemu rozliczeń jest system oparty na Jednorodnych Grupach Pacjentów. Zaletą tego systemu jest to, że płatność za świadczenie koresponduje dokładnie z leczonymi przypadkami oraz ewentualnym poziomem komplikacji. Uważa się, że JGP jest jedynym systemem pozwalającym na skuteczną eliminację nieprawidłowości po stronie świadczeniodawców. Jego wadą jest natomiast konieczność dokładnego dokumentowania każdego działania, co zwiększa nakłady na administrację [Suchecka 2011, s.20].

Problemem sporządzonego wyliczenia kosztów są liczne niedoszacowania. Konieczne jest, zatem podjęcie prac nad przygotowaniem dodatkowej klasyfikacji w stosunku do obowiązujących przepisów o rachunkowości, przeprowadzenie kompleksowego badania poziomu i struktury kosztów u poszczególnych świadczeniodawców. A w końcu – wprowadzenie takiej klasyfikacji jako obowiązującego standardu sprawozdawczości. Dokonanie badania kosztów zgodnie z klasyfikacją rodzajową jest pilne także ze względu na potrzebę implementacji nowoczesnych mechanizmów finansowania świadczeniodawców wprowadzanych w Polsce (Jednorodnych Grup Pacjentów) [Raport 2008, s. 84].

## Bibliografia:

**Laidler P. (2004)**, *Rehabilitacja po udarze mózgu Zasady i strategia*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.

**Niewiada M. (2013)**, *Koszty będą wzrastać*, Rynek Zdrowia nr 7 – 8, lipiec – sierpień.

**Raport (2008)**, *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce*, Zielona Księga II, Wersja trzecia Warszawa.

**Siebert J., Nyka W. (red.) (2006)**, *Udar mózgu Postępowanie diagnostyczne i terapia w ostrym okresie udaru*, VM, Group, Grupa Via Medica, Gdańsk.

**Suchecka J. (red.) (2011)**, *Finansowanie ochrony zdrowia*, Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., Warszawa.

[www.fum.info.pl/page/index/34](http://www.fum.info.pl/page/index/34) (22.03.2013).

Załącznik nr 12 do zarządzenia Nr 90/2012/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 grudnia 2012 r. zmieniający zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne oraz zarządzenie zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.

Załącznik nr 9 do zarządzenia nr 72/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.



**Dominika Cichońska**  
Społeczna Akademia Nauk

**Barbara Kostrzewa**  
Społeczna Akademia Nauk

**Rafał Budzisz**  
Uniwersytet Łódzki

**Jan Krakowiak**  
Społeczna Akademia Nauk

## **Opieka długoterminowa w Polsce – stan obecny, możliwości zmian – na podstawie badań w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym w województwie mazowieckim**

**Long-term care in Poland – current, possible changes – Based on  
research in the Department of Nursing-Protecting in mazowieckie  
voivodeship**

---

### **Abstract:**

**Purpose:** In order to assess the long-term care organizations conducted research in the Department of Nursing-Protecting the Wycześniaku, a typical of this type of service provider in Poland. The main objective of the study was to find services related to long-term care and how to achieve them. The specific objectives was to know: 1) type of services performed at the facility, 2) organization of institutions – rules, rules for its enforcement, 3) equipment base, 4) service used by most patients, 5) exposure to patients from bedsores, 6) the level of contact with family, 7) difficulty caring for people in need of long-term care.

**Method:** The study used a method of diagnostic survey questionnaire. The study consisted of two phases. The first study visit at the Department of Nursing-Protecting in December 2012. The second step was to conduct a survey among the employees of the ZPO in March 2013.

**Key-words:** long-term care, service, long-term care patients, health care

## **Wstęp**

**Cel, zakres badania:** W celu oceny organizacji opieki długoterminowej przeprowadzono badanie w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym w Wycześniaku, na terenie województwa mazowieckiego, który jest typowym dostaw-

cą tego typu usług w Polsce. Celem głównym ankiety było zidentyfikowanie usług z zakresu opieki długoterminowej oraz sposoby ich realizacji. Za cele szczegółowe uznano poznanie: 1) rodzaju świadczeń prowadzonych w placówce, 2) organizacji placówki – regulamin, zasady jego przestrzegania, 3) wyposażenie placówki pod względem sprzętowym, 4) usług, z których korzystają najczęściej pacjenci, 5) skali narażenia pacjentów na odleżyny, 6) poziomu kontaktów z rodziną, 7) trudności w pielęgnacji osób wymagających opieki długoterminowej.

**Metoda badawcza:** W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem kwestionariusza ankiety. Badanie składało się z dwóch etapów. Pierwszy, wizyta studyjna w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym w Wycześniaku w grudniu 2012 r. Drugi etap to przeprowadzenie badania ankietowego wśród pracowników ZPO w marcu 2013 r.

## Prognozy demograficzne a opieka długoterminowa

Opieka długoterminowa jest częścią opieki zdrowotnej, która polega na profesjonalnej, długookresowej i ciągłej pielęgnacji i rehabilitacji osób, które nie kwalifikują się do hospitalizacji w szpitalach o charakterze krótkoterminowym. Obejmuje także kontynuację leczenia farmakologicznego i dietetycznego, które jest realizowane instytucjonalnie – może być to dom chorego – w celu podtrzymania zdrowia oraz zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego osobie chorej, cierpiącej na schorzenia uniemożliwiające jej samoopiekę oraz samopielegnację [Przewodnik 2000, s.16]. Osoby objęte opieką długoterminową wymagają codziennej, a czasami całodobowej, intensywnej opieki, pielęgnacji oraz kontynuacji leczenia. Opieką długoterminową są obejmowane osoby przewlekle lub obłożnie chore, których kondycja zdrowotna nie wymaga konieczności leczenia na ostrych oddziałach szpitalnych, ale osoby te nie mogą niezależnie i swobodnie funkcjonować w życiu codziennym i dlatego niezbędna jest im ustawiczna i całodobowa pomoc świadczona z pełnym profesjonalizmem [Kozierkiewicz, Szczerbińska 2007, s.10].

Tempo demograficznego starzenia się ludności staje się coraz szybsze i ma to duże znaczenie dla oceny zapotrzebowania na świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze dla osób w wieku 65+. Prognozy demograficzne zakładają, że do roku 2035 odsetek osób w wieku 65 lat i więcej wzrośnie w Polsce do 23,22%. Głównym powodem będzie spadek dzietności i współczynnika płodności kobiet, ale dodatkowo będzie to efekt wydłużającego się czasu trwania życia. Szacuje się, że w roku 2035 należy oczekiwać niemal 8,4 mln osób w wieku 65

lat i więcej. Prawie 5 mln spośród nich będą stanowiły kobiety [Kozierkiewicz, Szczerbińska 2007, ss. 17-20]. Należy jednak uwzględnić dane dotyczące prognoz liczby osób w wieku 80+, których potrzeby opiekuńcze będą wzmożone, ponieważ liczba ludzi w tym wieku będzie dwa razy większa, niż osób do 80 roku życia. Ich stan liczebny będzie szczególnie wzrastać w latach 2025 – 2035. Uwzględniając te dane, Polska powinna przygotować się nie tylko od strony finansowej, ale także od strony kadrowej. Osoby przygotowujące opracowania dotyczące prognoz demograficznych oraz powiązania ich z polityką finansową państwa słusznie obawiają się antagonizacji społeczeństwa. Zaistniała sytuacja zmusi je do wybierania, która grupa wiekowa będzie priorytetem w zakresie ochrony zdrowia oraz świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych.

W Polsce pomoc w ramach opieki długoterminowej w dziale opieki zdrowotnej jest realizowana przez placówki [Szwałkiewicz, Kaussen 2006, s. 10]:

- a) typu zamkniętego (oddziały szpitalne dla przewlekle chorych, hospicja dla chorych terminalnych, oddziały opieki paliatywnej, ZPO, czyli zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz ZOL – zakłady opiekuńczo-lecznicze,
- b) typu dziennego (ośrodki specjalistyczne, np. ośrodek paliatywny),
- c) typu ambulatoryjnego (poradnie opieki paliatywnej),
- d) opieka domowa (pielęgniarki, zespoły wielospecjalistyczne).

Istnieją także placówki, definiowane przez NFZ jako placówki na pograniczu opieki długoterminowej. Są to oddziały geriatryczne i rehabilitacyjne, które faktycznie nie są placówkami opieki długoterminowej, ale w praktyce realizują pewne świadczenia w ramach tejże opieki dla ludzi starszych, chorych psychicznie oraz niepełnosprawnych.

Należy jednak pamiętać, że nie każda osoba kwalifikująca się do opieki długoterminowej może korzystać z odpowiednich świadczeń w placówkach tego typu. Są pewne przeciwwskazania do przyjęcia takiego usługobiorcy do zakładu opieki długoterminowej. Pacjent jest dyskwalifikowany, jeżeli przy jego dolegliwościach występują choroby zakaźne, albo jeżeli stan pacjenta kwalifikuje się do hospitalizacji, np. psychoza w ostrej fazie czy padaczka w okresie zaostrzenia choroby [Przewodnik 2000, ss. 17-19].

Przyglądając się produktom oraz świadczeniom z zakresu opieki długoterminowej należy posłużyć się typami produktów, które są stosowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia w celach kontraktowania takich usług. W ramach opieki paliatywnej kontraktowanie dotyczy oddziałów medycyny paliatywnej oraz hospicjów, hospicjów domowych, dziecięcych hospicjów domowych, poradni medycyny paliatywnej. Kontraktowana jest także stacjonarna opieka długoterminowa realizowana w ZPO oraz w ZOL, również stacjonarna opieka długoterminowa realizowana przez zakłady opiekuńczo-lecznicze dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, domowa pielęgniarska opieka długoter-

minowa oraz opieka realizowana przez oddziały szpitalne dla osób przewlekle chorych [Zboina, Ślusarska 2009, s. 16].

Opieka długoterminowa zawiera różnego rodzaju świadczenia. Są to usługi pielęgnacyjne, opiekuńcze, lekarskie, rehabilitacyjne, jak również takie, które wynikają ze stanu zdrowia i potrzeb opiekuńczo-socjalnych chorej osoby. Zabezpiecza także dostęp dla osoby niesamodzielnej lub potrzebującej do okresowej pomocy, do niezbędnego leczenia farmakologicznego i dietetycznego, które wynika z ustalonej diagnozy. Celem rozpoznania jest zniesie cierpienia fizycznego i psychicznego, podtrzymanie zdrowia lub jego przywrócenie. Właściwa diagnoza umożliwia dostęp do pomocy socjalnej.

Świadczenia pomocy społecznej obejmują świadczenia pieniężne (zasiłki) i świadczenia w naturze (rzeczowe, usługi). W opiece długoterminowej są realizowane funkcje zarówno zdrowotne, jak i społeczne. Pomoc w zakresie usług obejmuje następujące kategorie opieki [Kozierkiewicz, Szczerbińska 2007, s. 12]:

- pomoc w życiu codziennym (robienie zakupów, gotowanie, porządkowanie domu);
- świadczenia opiekuńcze o charakterze podstawowej pielęgnacji (mycie, ubieranie, pomoc w poruszaniu się);
- świadczenia opiekuńcze specjalistyczne (rehabilitacja fizyczna i psychiczna, społeczna);
- zamieszkanie w Domu Pomocy Społecznej.

## Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy w Wycześniaku

Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy w Wycześniaku położony jest w obrębie Parku Dworskiego, w Puszczy Bolimowskiej. Jest otoczony lasem, który w całości wraz z rzeką Rawką tworzy rezerwat przyrody. Dzięki atrakcyjnemu usytuowaniu, obfitując w walory zdrowotne, przyrodnicze, krajobrazowe, turystyczne, historyczne i naukowe stwarza doskonałe warunki do wypoczynku, rekreacji i regeneracji sił. Specyficzny klimat (mikroklimat) sprzyja dobremu samopoczuciu (czyste powietrze, średnia nasłonecznienia 4,5 godz. dziennie, piękne pejzaże). Jedynym minusem lokalizacji ZPO jest trudny dostęp komunikacyjny do niego, ponieważ pacjenci oraz ich rodziny mogą dotrzeć na miejsce wyłącznie własnym transportem lub autobusem PKS [wyczesniak.com.pl].

Placówka od 1965 r. zajmuje się opieką całodobową nad ludźmi niepełnosprawnymi, starszymi, chorymi i samotnymi. Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy w Wycześniaku ma rozbudowaną ofertę dla swoich podopiecznych. Przede wszystkim gwarantuje kompleksowe świadczenia: lecznicze, rehabilitacyjne, pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz terapeutyczne niezbędne dla podtrzymania bądź poprawienia sta-

nu zdrowia chorego w systemie całodobowym. Oferta skierowana do pacjentów/podopiecznych obejmuje trzy posiłki dziennie: śniadanie, obiad, kolację z możliwością podania do pokoju osobie niepełnosprawnej, z uwzględnieniem życzenia lekkostrawnej diety (skonsultowanej z lekarzem). W Ośrodku dostępne są jedno- lub dwuosobowe pokoje z toaletą i umywalką. Wszystkie pomieszczenia wyposażone są w alarm. Placówka umożliwi umieszczenie w miejscu zakwaterowania własnych mebli i innych przedmiotów tak, aby stworzyć warunki najbardziej zbliżone do domowych. Podopieczni mogą korzystać z pryszniców oraz wanien, które umieszczone są w korytarzach.

Pacjenci mają zagwarantowane konsultacje lekarskie 6 razy w tygodniu. Opiekują się nimi specjaliści pierwszego i drugiego stopnia, z następujących dziedzin: choroby wewnętrzne, chirurgia, medycyna rodzinna, neurologia, psychiatria, anestezjologia i intensywna terapia. W dni robocze podopieczni mogą korzystać zgodnie z zaleceniami lekarza zakładu: z rehabilitacji ogólnousprawniającej, fizykoterapii, kinezyterapii i laseroterapii. Poza tym ZOP całodobowo oferuje opiekę i pomoc pielęgniarek i opiekunów w wykonywaniu wszystkich czynności życiowych. W gestii placówki jest także organizowanie terapii psychologiczno-logopedyczno-zajęciowej z udziałem psychologa, logopedy, terapeuty zajęciowego i pedagoga. Istnieje możliwość terapii indywidualnej i terapii grupowej. Ta druga zawiera: treningi relaksacyjne metodami Jacobsona i Schultza, wizualizację, technikę relaksacyjno-koncentrującą, która ułatwia rozwiązywanie problemów związanych z podejmowaniem różnych, życiowych decyzji, wspomaganie stymulacji systemu immunologicznego. Podopieczni mogą także skorzystać z treningów ukierunkowanych na rozwiązywanie problemów wynikających z kontaktów interpersonalnych. Proponowane są także panele z zakresu psychologii zdrowia obejmujące: choroby somatyczne, choroby psychosomatyczne, choroby psychiczne (przebieg chorób, profilaktyka i leczenie) oraz spotkania poświęcone psychologii emocji i motywacji (złość, miłość, gniew), rozpoznawaniu emocji i kontroli nad nimi, radzeniu sobie ze stresem, depresją, bezradnością w sposób pozytywny, nauce odczytywania gestów werbalnych i niewerbalnych. Interesującą propozycją są ćwiczenia poprawiające silną wolę metodami: projekcja, psychodrama, „burza mózgów”. Ofertę uzupełniają zajęcia kulturalno-rekreacyjne, plastyczne, ergoterapia, biblioterapia czy muzoterapia. Pacjenci mogą spotykać się w dyskusyjnym Klubie Filmowym oraz spacerować po Bolimowskim Parku Krajobrazowym. ZPO w Wycześniaku zapewnia podopiecznym leki i materiały medyczne zlecone przez lekarza zakładu, konsultacje specjalistyczne, wykonanie zleconych badań, zlecony transport, zameldowanie czasowe z możliwością przedłużenia, możliwość pobytów krótkotrwałych, zaopatrywanie w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz lecznicze środki techniczne (zgodnie z odrębnie obowiązującymi przepisami).

## Charakterystyka socjologiczna badanych

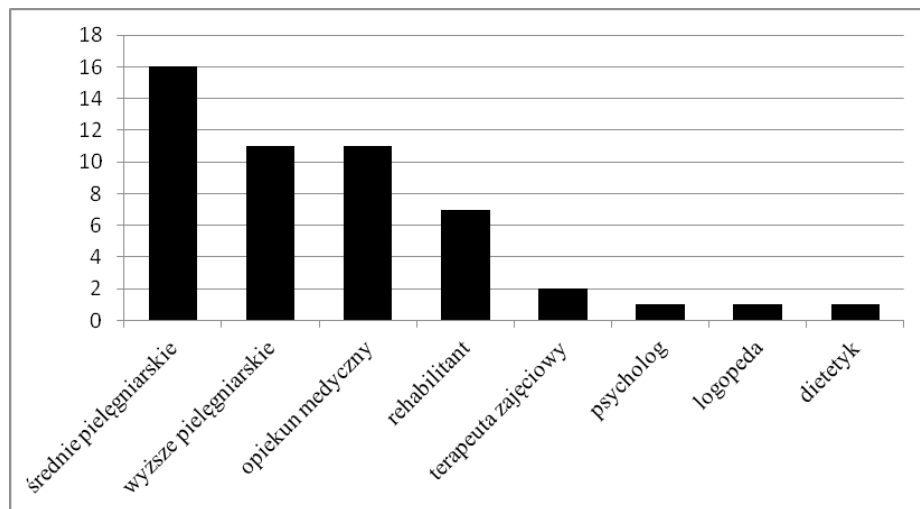
Struktura zatrudnienia w ZPO jest bardzo zróżnicowana. Oprócz personelu stricte medycznego – lekarzy oraz pielęgniarek, pracują tam terapeuci zajęciowi, rehabilitanci, opiekunki medyczne, psycholog, logopeda, dietetyk oraz osoby zajmujące się utrzymaniem czystości w placówce.

W badaniu uczestniczyło 50 spośród 53 pracowników medycznych i paramedycznych placówki (dokładna konfiguracja pracowników to: 3 lekarzy ogólnych, anestezjolog, psychiatra, neurolog, 27 pielęgniarek, 11 opiekunek medycznych, 7 rehabilitantów, 2 terapeutów zajęciowych, dietetyk, psycholog, logopeda oraz 15 sprzątaczek). Pod względem płci grupa respondentów ukształtowała się następująco: kobiety – 38 osób oraz mężczyźni – 12 osób. Nie należy się dziwić takiemu podziałowi pod względem płci, ponieważ w Polsce nadal kobiety dominują w sektorze usług zajmującym się opieką zdrowotną, pomocą społeczną oraz edukacją zdrowotną, co bardzo dobrze obrazuje dokument GUS poświęcony zatrudnieniu kobiet i mężczyzn w 2012 roku w Polsce [GUS 2012]. Zawody związane z usługami świadczonymi osobom starszym nie są popularne wśród mężczyzn, co stopniowo ulega zmianie. Być może w przyszłości zawód pielęgniarza w naszym kraju będzie tak popularny, jak jest w Niemczech czy Wielkiej Brytanii [Kluczyńska 2012, s. 564-565].

Wśród personelu dominują osoby w przedziale 30 – 40 lat oraz 40 – 50. Częściowo pokrywa się to z danymi statystycznymi dla całej Polski, jednak dotyczą one przede wszystkim zawodu pielęgniarki [Raport 2013, [www.rynekzdrowia.pl](http://www.rynekzdrowia.pl)]. W gronie mężczyzn dominują osoby w wieku 20 – 30 lat, a w grupie kobiet: 30 – 40 lat. Taki podział wiekowy może się wiązać z faktem, że wiele młodych osób z powodu braku pracy zmienia swoje kwalifikacje zawodowe i podejmuje zatrudnienie w miejscach takich, jak zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze. Interesującym jest fakt, że wśród kobiet, jak i mężczyzn nie odnotowano ani jednej osoby pracującej z przedziału wiekowego 60 – 67 lat.

Wyniki przeprowadzonego badania wskazują, że duża, aktywna zawodowo grupa pracowników jest w wieku powyżej dwudziestu lat. Można przypuszczać, że osoby te mają zupełnie inny stosunek emocjonalny do wykonywanych zadań niż osoby, które rozpoczęły swoją karierę zawodową 10 lat temu. Informacje, których udzieliła są bardzo cenne, ponieważ podczas wizyty studyjnej w trakcie rozmów wielokrotnie pojawił się problem wypalenia zawodowego. Dotyczył on przede wszystkim pielęgniarek, których w strukturze pracowniczej placówki jest najwięcej – wykres 1.

**Wykres 1.** Wykształcenie ankietowanych

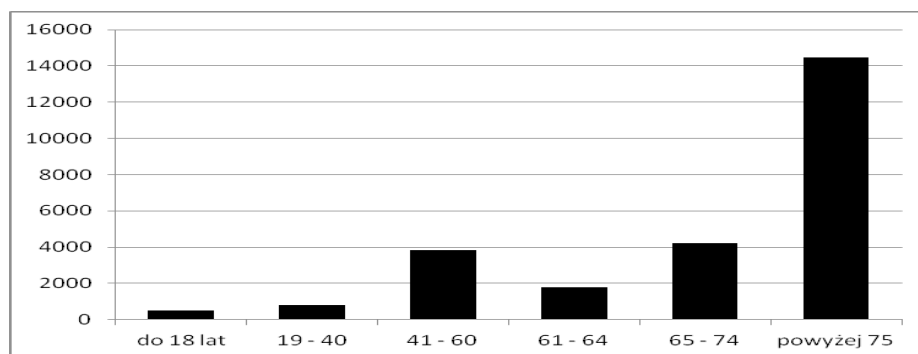


Źródło: opracowanie własne.

Główną formą doskonalenia zawodowego wybieraną przez pracowników są kursy kwalifikacyjne oraz kursy specjalistyczne, jednak nie wszyscy podnoszą swoje kwalifikacje – grupą zawodową, która nie podejmuje kroków w dalszym rozwoju zawodowym są opiekunowie medyczni. Być może jest to związane z kilkoma aspektami. Po pierwsze jest to zawód stosunkowo młody i rynek szkoleń nie proponuje zbyt wielu ofert, po drugie dalsza edukacja tych osób wiąże się z nakładami finansowymi oraz czasowymi. Zarobki w zakładach świadczących opiekę długoterminową nie są na tyle wysokie, aby ich pracownicy mogli swobodnie podejmować dalszą naukę. Dodatkowo praca z osobami chorymi przewlekle, niepełnosprawnymi oraz starszymi jest zajęciem wyczerpującym, w związku z czym osoby te, mimo szczerych chęci mogą nie mieć siły fizycznej na podwyższanie swoich kompetencji zawodowych.

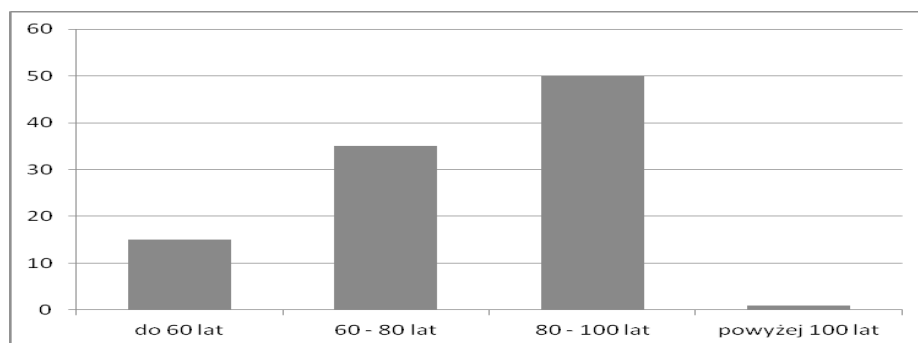
## Analiza wyników badań

Strukturę wiekową osób, które były pielęgnowane w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz zakładach opiekuńczo-leczniczych w 2011 roku przedstawia wykres 2. Wówczas, w całej Polsce ze świadczeń korzystały 25 663 osoby. Byli to pacjenci w różnych grupach wiekowych, jednak największy odsetek wśród nich stanowili ci, którzy ukończyli 75 lat.

**Wykres 2.** Struktura wieku pacjentów w ZPO i ZOL w 2011 roku

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Struktura wiekowa pacjentów w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym w Wycześniaku nie różni się znacznie od struktury krajowej. W czasie przeprowadzania badania w ZPO przebywało 101 podopiecznych. Najstarsza osoba, korzystająca ze świadczeń pielęgnacyjnych miała 103 lata. Pacjentów w placówce można podzielić na cztery grupy: do 60 roku życia, 60 – 80 lat, 80 lat – 100 lat, powyżej 100.

**Wykres 3.** Struktura wieku podopiecznych w ZPO w Wycześniaku

Źródło: opracowanie własne.

Dobre i sprawne funkcjonowanie zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego gwarantuje przestrzeganie pewnych zasad. Po stronie personelu jest to prowadzenie dokumentacji medycznej, która obejmuje następujące pozycje: ocenę wg zmodyfikowanej skali Barthel, wywiad pielęgniarstwa, kartę czynności pie-



lęgnacyjnych, kartę zleceń lekarskich, kartę usprawniania oraz historię pielęgnowania. Po stronie podopiecznych i ich rodzin jest natomiast przestrzeganie regulaminu wewnętrznego. Niestety zarówno pacjent, jak i jego rodzina nie mogą zapoznać się z regulaminem wcześniej, np. na stronie internetowej. Regulamin jest przedstawiany w momencie przyjęcia chorego do placówki. Regulamin ZPO zanadto nie różni się od podobnych dokumentów, które obowiązują w pokrewnych placówkach w Polsce. Przepisy zawierają informacje, co można robić na terenie ZPO oraz czego robić wolno. Przedstawiony jest tam rozkład dnia z uwzględnieniem czasu na posiłki, toaletę, pielęgnację, terapię o rehabilitację. W regulaminie opisano także, jak mają wyglądać relacje między podopiecznymi, zachowując ich intymność oraz godność.

Niestety placówki o charakterze opiekuńczym cechują się tym, że regulaminy są tam bardzo często naruszane. W zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym w Wycześniaku także dochodzi do uchybień w przedmiotowym zakresie. Najczęściej podopieczni nie przestrzegają pewnych zasad i:

- samowolnie opuszczają ośrodek;
- samowolnie oddalają się z budynku;
- palą papierosy w obiekcie;
- źle traktują innych podopiecznych;
- źle traktują personel.

Do wymienionych wyżej sytuacji dochodzi bardzo rzadko. W trakcie rozmów personelem można było wywnioskować, że podopieczni, którzy łamią regulamin i samowolnie opuszczają placówkę, nie radzą sobie z odseparowaniem od rodziny. W przypadku ośrodka w Wycześniaku jest to kłopotliwe, ponieważ budynki są oddalone od miasta, a droga do Skierniewic prowadzi przez las. Jest ona bardzo ruchliwa i niebezpieczna, a w nocy nieoświetlona.

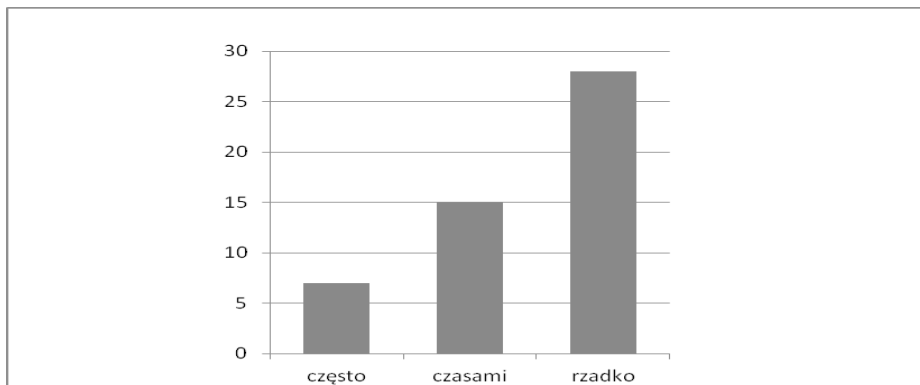
Kontakty z rodziną pacjenta, korzystającego ze świadczeń opieki długoterminowej są bardzo ważne, ponieważ mają wpływ na proces usprawniania. Deficyt relacji rodzinnych spowodowany chorobą przewlekłą lub niepełnosprawnością powodują, że rodzina traktuje pobyt pacjenta w ZPO jako odpoczynek od chorego. Ich relacje i kontakty zazwyczaj się ulegają osłabieniu, co odzwierciedla częstotliwość odwiedzin oraz zabieranie podopiecznych na przepustki.

Pod wpływem choroby ulega przekształceniu funkcja emocjonalno-ekspresyjna. Dochodzi do zmiany w: podziale ról, interakcjach między członkami rodziny i podziale obowiązków. Choroba przewlekła w życiu rodziny, oprócz poważnego kryzysu, wywołuje także inne zmienności. Ulega im system wartości, rytm życia, pełnione role i zadania. Zachodzi konieczność przeorganizowania wielu kwestii, przede wszystkim jednak rodzina musi poradzić sobie z lękiem, żalem, bezsilnością, niepewnością, przeciążeniem. Opieka nad cho-

rym jest bardzo wyczerpująca, nie tylko fizycznie, ale również psychicznie. Na początku obserwuje się zaangażowanie rodziny w opiekę. Wszyscy czują się zobowiązani nieść pomoc i ulgę choremu. Jednak z upływem czasu to mocne zaangażowanie przegrywa ze zmęczeniem i zniechęceniem. To z kolei wzbudza poczucie winy w rodzinie, że ta nie jest w stanie podolać zadaniu [Pleszewa, Formanowska, Kaczmarek 2005, ss. 82-88].

Opiekunowie, pracujący w Wycześniaku okazali się bardzo dobrymi obserwatorami. Na podstawie udzielonych odpowiedzi można potwierdzić tezę, że kontakty z rodziną podopiecznego nie są najlepsze – wykres 4.

**Wykres 4.** Zabieranie podopiecznego na przepustki przez rodzinę w ZPO w Wycześniaku



Źródło: opracowanie własne.

Rodziny niechętnie zabierają swoich podopiecznych na czasowe pobyty w domu rodzinnym. Ankieta pokazała dodatkowo, że nie angażują się w rozwiązywanie problemów swoich bliskich. Przyczyn takiego postępowania należy doszukiwać się prawdopodobnie na gruncie psychologicznym.

Idea zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych jest stworzenie jak najlepszej atmosfery, która będzie stymulowała chęć do usprawniania oraz czynnego udziału w proponowanych terapiach. Atrakcyjność zajęć ma duży wpływ na to, czy pacjenci chętnie biorą w nich udział. ZPO w Wycześniaku może pochwalić się tym, że wszyscy podopieczni placówki z entuzjazmem uczestniczą w terapii zajęciowej. Podczas tych zajęć integrują się i mają okazję do wspólnej wymiany zdań. Wnioski takie można wysnuć nie tylko w oparciu o przeprowadzoną ankietę, ale także na podstawie wizyty studyjnej. Największą popularnością cieszą się:

- terapia manualna: malowanie, wykonywanie ozdób, wyklejanie;
- biblioterapia: wspólne czytanie książek;
- oglądanie telewizji;
- śpiewanie;
- wycieczki.

Głównym celem placówek opieki długoterminowej jest zapewnienie świadczeń na wysokim poziomie. Rozbudowa systemu opieki nad przewlekle chorymi nie może sprowadzać się do tworzenia nowych placówek czy zwiększania liczby personelu medycznego w nich zatrudnionego. Należy umożliwić sprawowanie odpowiedniej opieki w domu, między innymi poprzez udostępnienie niezbędnego sprzętu, pomoc w dostosowaniu mieszkania do potrzeb oraz wspieranie rodziny w jej funkcjach opiekuńczych [por. Wdowiak i in. 2005, s. 82].

## Zakończenie

Większość krajów europejskich, w tym Polska, stoi przed nowymi wyzwaniami – starzeniem się społeczeństwa, spadającym przyrostem naturalnym, systematycznym wydłużaniem długości życia, rozwojem technologii medycznych i zmianami koniunktury. Wszystkie te czynniki powodują, że ochrona zdrowia w skali państwa kosztuje coraz więcej. Osoby w wieku powyżej 65 roku życia generują wysokie koszty opieki zdrowotnej, co wynika z częstości zachorowań i korzystania z usług zarówno podstawowej, jak stacjonarnej opieki zdrowotnej, w tym zakładów opieki długoterminowej. Najczęstszą przyczyną pobytu w zakładach stacjonarnych jest brak możliwości zapewnienia ciągłej opieki nad pacjentem w miejscu zamieszkania czy środowisku rodzinnym.

Według prognoz demograficznych udział w populacji osób w wieku podeszłym w roku 2020 wyniesie w Polsce ponad 17%. W tym samym okresie prognozowany jest wzrost wydatków ubezpieczeniowych na opiekę zdrowotną o około 72 mld zł. Wzrost wydatków ubezpieczeniowych będzie zatem efektem zmian demograficznych oraz rosnącej liczby osób intensywnie korzystających z usług zdrowotnych (populacja powyżej 65 r.ż.) i jednocześnie płacących mniejszą składkę zdrowotną w porównaniu z innymi grupami ubezpieczonych. W celu zrównoważenia prognozowanych dochodów i wydatków na ubezpieczenie zdrowotne poziom składki do roku 2020 powinien wynosić 11%. Zmiany demograficzne spowodują również wzrost kosztów w systemie zabezpieczenia społecznego, między innymi na świadczenia pielęgnacyjne dla osób powyżej 75 r.ż. (obecnie dodatek do emerytury przyznawany wyłącznie z powodu wieku) oraz w sektorze opieki społecznej na realizację usług opiekuńczych zarówno w domach pomocy społecznej, jak i w miejscu zamieszkania podopiecznych [Strategia Polityki Społecznej na lata 2007 – 2013].

Niezbędnym jest podjęcie działań zmierzających do poprawy poziomu zdrowotności społeczeństwa, zbudowanie stabilnego i sprawnego systemu opieki zdrowotnej, finansowanego w stopniu umożliwiającym zaspokojenie podstawowych potrzeb zdrowotnych pacjentów i przygotowanego na nieuniknione zmiany w strukturze demograficznej ludności.

## Bibliografia:

**Kluczyńska U. (2012)**, *(Nie)obecność mężczyzn w pielęgniarstwie – funkcjonujące stereotypy i ich konsekwencje*, Nowiny Lekarskie, 81/5.

**Kobiety i mężczyźni na rynku pracy (2012)**, Główny Urząd Statystyczny.

**Kozierkiewicz A., Szczerbińska K (2007)**, *Opieka długoterminowa w Polsce, ocena stanu obecnego oraz rozwiązania na przyszłość*, Wydawnictwo Wspólny Rynek Medyczny, Kraków.

**Pleszewa A., Formanowska B., Kaczmarek K. (2005)**, *Wpływ choroby na funkcjonowanie pacjenta i jego rodziny*, Pielęgniarstwo Polskie, Poznań.

*Przewodnik dla pielęgniarek. Organizacja systemu ochrony zdrowia i pomocy społecznej w aptece opieki długoterminowej (2000)*, Zeszyt 1, Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Warszawa.

*Raport: Maleje liczba pielęgniarek*, <http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Raport-maleje-liczba-pielengniarek-wPolsce,130546,1.html,dn.15.05.2013>.

*„Strategia Polityki Społecznej na lata 2007 – 2013”*, Dokument przyjęty przez Radę Ministrów 13.09.2005 r., Ministerstwo Polityki Społecznej.

**Szwałkiewicz E., Kaussen J. (2006)**, „Opieka długoterminowa w świadczeniach pielęgniarek i opiekunek”, Seni, Toruń.

**Wdowiak L., Budzyńska-Kapczuk A., Siwińska V. (2005)**, *Rozwój instytucjonalnej opieki długoterminowej jako element strategii zmian w ochronie zdrowia*, Zdrowie Publiczne 2005 115(1); 82–87.

**Zboina B., Ślusarska B. (red.) (2009)**, „Wybrane aspekty opieki długoterminowej”, Stowarzyszenie „Nauka Edukacja Rozwój”, Ostrowiec Świętokrzyski.

[www.wyczesniak.com.pl](http://www.wyczesniak.com.pl).

**Alina Kowalska**

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

**Judyta Milczarek**

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

**Adam Rzeźnicki**

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

**Jan Krakowiak**

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

## **Częstość analizowania piśmiennictwa naukowego zgodnego z kierunkiem zainteresowań zawodowych przez lekarzy medycyny**

### **Frequency of analysing professional scientific literature complying with the direction of professional interest of medical doctors**

**Abstract:** One of the methods of self-education that deserves attention due to practical reasons and economic ones is systematic reading and analyzing of professional scientific literature. In case of medical doctors this method of self-education is particularly worth noting as it may be applied during such shifts when there is a smaller workload directly with patients. In case of people who perform the job of a doctor, analyzing and systematically broadening their knowledge must take place throughout their whole professional career. The main aim of this study was to establish frequency of analyzing professional literature complying with the professional interests of doctors, which appears both in Polish and foreign languages. In 2011 there was a study in form of a questionnaire, carried out among 280 doctors employed in a regional hospital of a big agglomeration and in three hospitals localized in cities of fewer than 100 thousand people. Almost 30% of the questioned claimed that throughout the 12 months prior to the study, they had read only one or two articles in Polish, and almost 13% responded that they had not read any article in English. Barely 36% of the respondents had read four or more articles in Polish and 24% declared systematic analysis of English professional literature. There is a necessity to work out methods that would encourage doctors to systematic reading of scientific articles

**Key-words:** medical doctors, lifelong learning, scientific literature.

## Streszczenie

Jedną z metod samokształcenia, zasługującą na uwagę ze względów praktycznych i ekonomicznych jest systematyczne czytanie i analizowanie piśmiennictwa naukowego. W przypadku lekarzy medycyny ta metoda doskonalenia zawodowego jest szczególnie rekomendowana, gdyż może być stosowana w czasie dyżurów o mniejszym obciążeniu pracą z pacjentem. W przypadku osób wykonujących zawód lekarza aktualizowanie i systematyczne poszerzanie wiedzy musi mieć miejsce przez cały okres aktywności zawodowej. Głównym celem badania było ustalenie częstości analizowania piśmiennictwa naukowego zgodnego z kierunkiem zainteresowań zawodowych lekarzy, ukazującego się w języku polskim oraz w językach obcych. W 2011 roku przeprowadzono badanie, posługując się kwestionariuszem ankiety audytoryjnej wśród 280 lekarzy medycyny zatrudnionych w szpitalu wojewódzkim w dużej aglomeracji miejskiej oraz w trzech szpitalach zlokalizowanych w miastach liczących poniżej 100 tys. ludności. Prawie 30% ankietowanych stwierdziło, że w okresie 12 miesięcy poprzedzających badanie przeczytali tylko jeden lub dwa artykuły w języku polskim, a prawie 13% odpowiedziało, że nie przeczytali ani jednego artykułu w języku angielskim. Zaledwie 36% respondentów przeczytało cztery lub więcej artykułów w języku polskim, a 24% deklarowało systematyczne analizowanie piśmiennictwa w języku angielskim. Istnieje konieczność wypracowania metod inspirujących lekarzy do systematycznego czytania artykułów naukowych.

## Wstęp

Ustawiczne kształcenie jest obowiązkiem każdej osoby wykonującej zawód medyczny [Nitsch-Osuch, Targowski, Wardyn 2007, ss. 69-72]. Rozwój nauki jest tak szybki, że nieprzerwana orientacja w nim wymaga ciągłego uzupełniania wiedzy. Praktyka i doświadczenie są niedostateczne, jeśli nie są poparte systematycznie pogłębianą wiedzą. Według T. Aleksandra, człowiek współczesny „skazany jest” na „więzieniu edukacyjnym” trwające przez całe życie [Wujek 2002, ss. 257-258]. Z kolei R.E. Franken [2006, ss. 13-14] twierdzi, że „osiągane sukcesy oraz świadomość własnej kompetencji stają się źródłem poczucia własnej wartości”. Ustawiczne kształcenie lekarzy pozwala na wdrażanie najnowszych algorytmów postępowania medycznego do praktyki. W tej sytuacji posiadanie odpowiednich kwalifikacji staje się jednym z najważniejszych moralnych obowiązków lekarza [Paredll 2005, ss. 14-15]. Proces stałego kształcenia nie kończy się, a wręcz przeciwnie, w miarę wzrostu odpowiedzialności i powiększenia profesjonalnego zakresu działań plan uczenia ciągle się rozszerza [Mrówka 1999, ss. 5-6].

Istotną funkcją edukacji jest służba dla demokracji, wielokulturowości, przetrwania, pracy oraz indywidualnego rozwoju i autokreacji jednostek [Kwiatkowski 2001, ss. 143-147]. Tematykę edukacji podejmuje wiele dokumentów Komisji Europejskiej, takich jak Białe Księgi czy też Raporty zwierające różne zagadnienia z zakresu kształcenia i doskonalenia zawodowego [Pachniak, Piotrowski 1995, ss. 44-45].

Pozytywne nastawienie do obowiązku doskonalenia zawodowego jest bardzo istotne bowiem wykazano, że uczestnictwo w różnego rodzaju aktywnościach związanych z kształceniem ustawicznym zmniejsza ryzyko wystąpienia zespołu wypalenia zawodowego.

Kierunki rozwoju kształcenia zawodowego i ustawicznego w krajach Unii Europejskiej (UE) są determinowane zapisami, znajdującymi się w dokumentach programowych UE, min. w „Strategii Lizbońskiej” oraz „Deklaracji Kopenhaskiej”. Dla tych państw wiążącą wytyczną przy tworzeniu ram prawnych systemu kształcenia ustawicznego jest także „Deklaracja Dublińska”, której podstawową zasadą jest nałożenie na lekarza moralnego obowiązku doskonalenia zawodowego [Paredll 2005, ss. 14-15].

Ciągłe doskonalenie zawodowe (CDZ) lekarzy, to dla pacjentów gwarancja lepszej, zgodnej z najnowszą wiedzą opieki medycznej, a dla systemu – szansa na bardziej efektywne wykorzystanie środków. Jest ono konieczne dla zapewnienia społeczeństwu Unii Europejskiej opieki medycznej na wysokim poziomie.

Doskonalenie zawodowe to pojęcie, które obecnie jest znane każdemu lekarzowi. Już podczas studiowania medycyny, w czasie odbywania praktyk lub podjęcia samodzielnej pracy istnieje konieczność aktualizowania i pogłębiania własnej wiedzy. Z wielu powodów lekarze powinni kształcić się nieprzerwanie. Najważniejszy z nich to skuteczne działania na rzecz ludzkiego życia i zdrowia. Dany obowiązek spoczywa na osobach wykonujących ten odpowiedzialny zawód już od ponad 2 400 lat. Zawarł go Hipokrates w treści znanej przysięgi [Cote, Leciere 2000, ss. 1117-1124, Davey 2001, ss. 554-566].

W czasach nowożytnych ta misja etyczna została wpisana do prawa regulującego zasady wykonywania zawodu. Jest to znane przyrzeczenie lekarskie – przysięga składana przez absolwentów kierunku lekarskiego oraz lekarsko-dentystycznego w uczelniach medycznych.

W Polsce, Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry porusza ten problem w artykule 18 ust. 1: „Lekarz ma prawo i obowiązek doskonalenia zawodowego, w szczególności w różnych formach kształcenia podyplomowego”.

Z przepisów Ustawy wynika, że doskonalenie zawodowe lekarza może przebiegać w trzech zasadniczych formach: poprzez kształcenie specjalizacyjne, poprzez kształcenie z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych oraz poprzez ustawiczne doskonalenie zawodowe.

W materiałach publikowanych w piśmiennictwie medycznym zamienne stosuje się terminy „ustawiczne kształcenie medyczne” i „ustawiczne doskonalenie zawodowe”, choć nie są to tożsame pojęcia. Ustawiczne kształcenie medyczne jest systemem polegającym na uczestniczeniu lekarzy w działaniach edukacyjnych, które są dla nich źródłem informacji używanych w praktyce zawodowej.

Obowiązek doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków wprowadziło Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6 października 2004 roku. Przyjęto okres czterech lat, w ciągu którego każdy lekarz musi wykazać się zdobytymi osiągnięciami w edukacji podyplomowej. W ciągu tego okresu lekarz powinien zdobyć co najmniej 200 punktów edukacyjnych. Każdy lekarz posiada indeks ewidencji doskonalenia zawodowego. Należy w niej dokumentować swoją aktywność edukacyjną. Po zdobyciu 200 punktów lekarz może zwrócić się do okręgowej izby lekarskiej o potwierdzenie faktu wywiązania się z obowiązku doskonalenia zawodowego. Warto wspomnieć również o tym, że jeżeli zebrane w czasie 48 miesięcy punkty przekroczą 200, to te dodatkowe nie są dopisywane do kolejnego okresu rozliczeniowego [Dziubiński 2005, ss. 10-12, Knypl 2009, ss. 42-44, Ziólkowska 2008, ss. 65-66].

## Cel

Celem pracy było ustalenie, jak często lekarze pracujący w dużej aglomeracji miejskiej oraz w małych miastach korzystają z aktualnych zasobów wiedzy w zakresie swojej specjalności, zawartych w piśmiennictwie drukowanym w języku polskim i w językach obcych.

## Materiał i metody

W październiku i listopadzie 2011 roku przeprowadzono badanie wśród 280 lekarzy, posługując się kwestionariuszem ankiety audytoryjnej. Kwestionariusz ankiety zawierał 16 pytań oraz umożliwiał wyrażenie własnej opinii na tematy podejmowane w ankiecie. Respondenci odpowiadali ogółem na 11 pytań dotyczących problematyki doskonalenia zawodowego, natomiast pozostałe pytania nawiązywały do cech społeczno-demograficznych ankietowanych. Do badania wybrano szpital wojewódzki znajdujący się w mieście liczącym ponad 700 tysięcy mieszkańców oraz 3 szpitale, działające w miastach o liczbie ludności poniżej 100 tysięcy. Na przeprowadzenie badania wyraziła zgodę Komisja Bioetyki Uniwersytetu Medycznego oraz dyrektorzy szpitali. Ze względu na prośbę dyrektorów placówek, w pracy nie wymieniano nazw



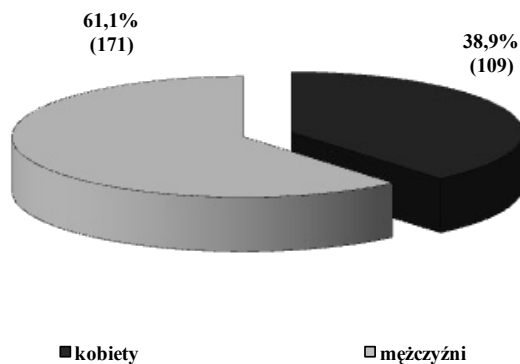
miast oraz szpitali. Respondentów proszono o wypełnianie ankiet do chwili, aż uzyskano 140 wypełnionych kwestionariuszy ze szpitala zlokalizowanego w dużej aglomeracji miejskiej oraz po 47 kwestionariuszy z każdego z trzech szpitali znajdujących się w małych miastach. Wypełnione kwestionariusze ankiet pracownicy zostawiali w specjalnie przygotowanych dla tego celu pojemnikach. Zebrany materiał wprowadzono do pamięci komputera, tworząc bazę danych, a następnie przedstawiono w postaci tablic i rycin. W analizie statystycznej posłużono się programem STATISTICA wersja 9.1. Zebrany materiał empiryczny analizowano, posługując się metodami opisowymi oraz metodami wnioskowania statystycznego.

## Wyniki

Najliczniejszą grupę wśród 280 badanych lekarzy stanowili mężczyźni – 61,1% (171 osób), a tylko 38,9% respondentów było płci żeńskiej (ryc. 1).

**Wykres 1.** Struktura lekarzy wg płci

N=280



Źródło: opracowanie własne.

W miastach do 100 tysięcy ludności mężczyźni stanowili 57,9% (81 osób), a w dużej aglomeracji miejskiej – 64,3% (90 osób). Różnica między poszczególnymi grupami badanych okazała się nieistotna statystycznie ( $p > 0,05$ ).

Podział badanych lekarzy według płci i według wielkości miast przedstawiono w tabelicy 1.

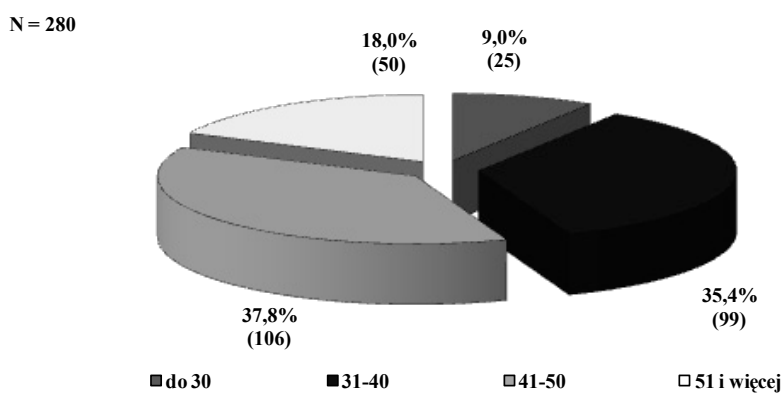
**Tabela 1.** Lekarze wg płci w miastach do 100 tysięcy ludności i w dużej aglomeracji miejskiej

Płeć	Miasta według liczby ludności				Razem	
	Do 100 tys.		Powyżej 700 tys.			
	N	%	N	%	N	%
Kobiety	59	42,1	50	35,7	109	38,9
Mężczyźni	81	57,9	90	64,3	171	61,1
Razem lekarze	140	100,0	140	100,0	280	100,0

$\chi^2=1,217$ ;  $p>0,05$

Źródło: opracowanie własne.

Wśród ankietowanych wykonujących zawód lekarza, najliczniejsza grupa badanych była w wieku 41 – 50 lat i stanowiła 37,8%. Tylko 9% respondentów było w wieku do 30 lat (ryc. 2).

**Wykres 2.** Struktura lekarzy wg wieku.

Źródło: opracowanie własne.

Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy w zróżnicowaniu wieku badanych lekarzy w porównywanych grupach ( $p > 0,05$ ). Wiek lekarzy wahał się od 26 do 57 lat. Najliczniejszą grupę stanowili lekarze pomiędzy 41 a 50 rokiem życia (37,8%), a następnie – 31 i 40 r. ż. (35,4%).

W dużej aglomeracji miejskiej najliczniejszą grupę stanowili lekarze w wieku 31 – 40 lat (38,6%), a wśród lekarzy pracujących w mniejszych miastach najliczniejsza grupa była w wieku 41 – 50 lat (40%). Szczegółowe porównanie wieku lekarzy z obu grup wykazało, że także pod względem średniej wieku obie grupy nie różniły się w sposób istotny statystycznie ( $p > 0,05$ ). Średnia wieku lekarzy wynosiła  $41,7 \pm 8,06$  lat, a w badanych podgrupach wartości były bardzo zbliżone (tab. 2).

**Tabela 2.** Struktura lekarzy wg wieku i wg wielkości miast.

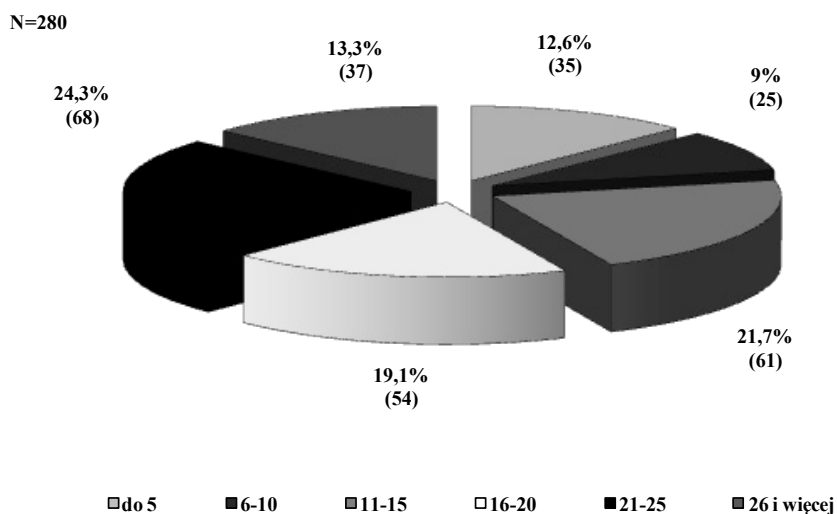
Wiek (lata)	Miasta według liczby ludności				Razem	
	Do 100 tysięcy		Powyżej 700 tysięcy			
	N	%	N	%	N	%
<b>Do 30</b>	15	17,2	10	7,1	25	9,0
<b>31-40</b>	45	40,0	54	38,6	99	35,4
<b>41-50</b>	56	32,1	50	35,7	106	37,8
<b>51 i więcej</b>	24	10,7	26	18,6	50	18,0
<b>Razem</b>	140	100,0	140	100,0	280	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Następne pytanie dotyczyło stażu pracy. Okazało się, że wśród respondentów

wykonujących zawód lekarza najwięcej osób posiadało staż pracy wynoszący 21–25 lat ( 24,3%), a najmniej osób pracowało od 6 do 10 lat (ryc.3).

**Wykres 3.** Struktura lekarzy wg stażu pracy



Źródło: opracowanie własne.

Większość badanych lekarzy posiadała wieloletni staż pracy w zawodzie. W dużej aglomeracji miejskiej znacznie częściej, niż w mniejszych miastach pracowali lekarze z najkrótszym stażem (16,4% vs 8,8%) i z najdłuższym, to jest powyżej 25 lat (20% vs 6,6%).

Tymczasem w mniejszych miastach zdecydowanie częściej pracowali lekarze ze stażem od 6 do 10 lat (13,9% vs 4,3%) lub 21 – 25 lat (31,4% vs 17,1%). Dość zbliżona okazała się częstość stażu pracy lekarzy wynosząca od 11 do 15 lat (23,3% i 20%) oraz od 16 do 20 lat – 16% i 22,2% (tab. 3).

**Tabela 3.** Struktura lekarzy w badanych grupach wg stażu pracy

Staż pracy w latach	Miasta według liczby ludności				Razem	
	Do 100 tys.		Powyżej 700 tys.			
	N	%	N	%	N	%
Do 5	12	8,8	23	16,4	35	12,6
6-10	19	13,9	6	4,3	25	9,0

11-15	33	23,3	28	20,0	61	21,7
16-20	22	16,0	31	22,2	54	19,1
21-25	44	31,4	24	17,1	68	24,3
26 i więcej	9	6,6	28	20,0	37	13,3
Razem	140	100,0	140	100,0	280	100,0

$\chi^2=27,128$ ;  $p<0,001$

Źródło: opracowanie własne.

Analizie poddano także odpowiedzi respondentów na pytania dotyczące wykształcenia, posiadanych stopni naukowych oraz specjalizacji.

W grupie zawodowej lekarzy, największy odsetek badanych, to jest 74,3% posiadał wyłącznie dyplom lekarza medycyny. Tylko 1,8% (5 osób) było samodzielnymi pracownikami naukowymi i posiadało tytuł doktora habilitowanego lub tytuł profesora.

Nie stwierdzono istotnej różnicy w zakresie posiadanych stopni naukowych przez lekarzy z miast do 100 tysięcy ludności i z dużej aglomeracji miejskiej ( $p>0,05$ ). Okazało się, że wśród badanych z obu środowisk dominowali respondenci posiadający jedynie dyplom lekarza medycyny, nieco częściej w mniejszych miastach (79,3% vs 69,3%). W dużym mieście częściej pracowali lekarze posiadający stopień naukowy doktora: 27,1% i 20,7%. Tylko w dużej aglomeracji miejskiej wśród respondentów było pięciu samodzielnych pracowników nauki. Wśród ankietowanych lekarzy 48,8% (137 osób) posiadało specjalizację drugiego stopnia upoważniającą do posługiwania się tytułem specjalisty. Specjalizację pierwszego stopnia posiadało 19,4% ankietowanych (54 osoby), a 29,6% (83 osoby) były w trakcie zdobywania profesjonalnych umiejętności. Tylko 2,2% (6 osób) odpowiedziało, że nie posiadają tytułu specjalisty w żadnej dziedzinie medycyny i nie specjalizują się.

Stwierdzono istotną statystycznie różnicę w częstości posiadania specjalizacji przez badanych lekarzy z miast do 100 tysięcy ludności i z dużej aglomeracji miejskiej ( $p<0,05$ ). W mniejszych miastach znacznie częściej badani posiadali specjalizację II stopnia (54,7% vs 42,9%), a w dużym mieście – specjalizację I stopnia (27,1% vs 11,7%). W obu badanych grupach zbliżona była częstość bieżącego zdobywania specjalizacji. Nieco mniej niż 30% badanych było w trakcie specjalizowania się.

Mniej niż 4% lekarzy z mniejszych miast i jedynie 0,7% z dużego miasta nie posiadała specjalizacji i nie specjalizowała się. Prawie połowa badanych lekarzy posiadała tytuł specjalisty (48,7%).

Badanych zapytano również jak dawno uzyskali tytuł specjalisty?

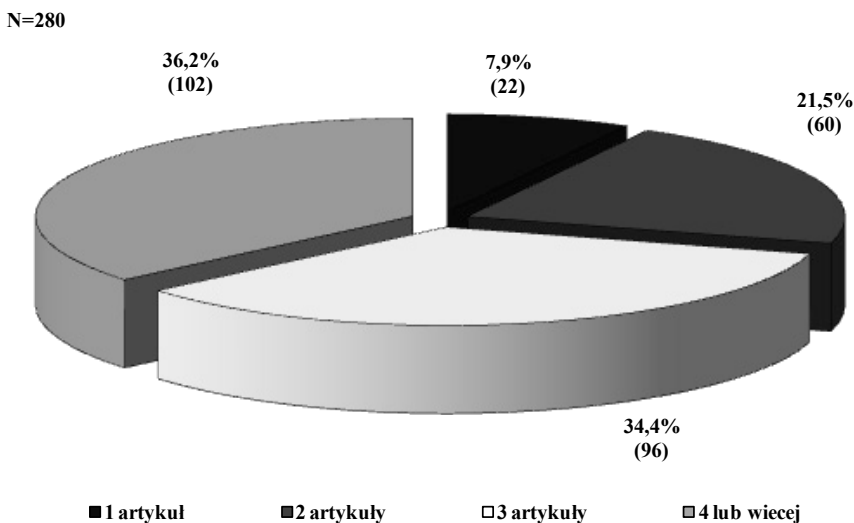
Wśród respondentów wykonujących zawód lekarza, najliczniejsza grupa badanych – 40,2% (53 osoby) zdobyła tytuł specjalisty 6 – 10 lat temu. 11 – 15 lat przed niniejszym badaniem tytuł specjalisty uzyskała 23,5% (31 osób), a 15,9% (21 osób) w okresie ostatnich trzech lat. Tylko 20,4% ankietowanych (27 osób) tytuł specjalisty osiągnęło 4 – 5 lat przed badaniem.

Najwięcej lekarzy uzyskało specjalizację II stopnia 6 – 10 lat temu – 40,2% badanych (mniej niż połowa z małych miast – frakcja 0,44 i co trzeci badany w dużej aglomeracji miejskiej – frakcja 0,35). 5 lat temu specjalizację II stopnia zdobyła więcej niż połowa badanych z dużego miasta (frakcja 0,53) i co czwarty badany z miast do 100 tysięcy ludności (frakcja 0,23). Także istotna różnica wystąpiła w częstości długiego czasu posiadania specjalizacji. Co trzeci badany z mniejszych miast posiadał specjalizację 11 – 15 lat, a tylko co ósmy – z dużego miasta (frakcja 0,12). Omawiane różnice są istotne statystycznie ( $p < 0,001$ ).

Badanie częstości czytania artykułów związanych z zainteresowaniami zawodowymi rozpoczęto od pytania: „Czy w okresie ostatnich 12 miesięcy czytała Pani/Pan artykuły w języku polskim poruszające problemy zgodne z kierunkiem zainteresowań zawodowych?”

Powyżej 36% respondentów wykonujących zawód lekarski odpowiedziało, że w wymienionym okresie przeczytali 4 lub więcej artykułów podejmujących problemy zgodne z kierunkiem zainteresowań zawodowych – 33,6% z mniejszych miast i 38,8% badanych z dużej aglomeracji miejskiej (ryc. 4).

**Wykres 4.** Struktura lekarzy wg liczby przeczytanych artykułów w języku polskim w okresie ostatnich 12 miesięcy



Źródło: opracowanie własne.

Na drugim miejscu znalazły się osoby, które stwierdziły, że przeczytały trzy artykuły – ponad 34% (odpowiednie odsetki dla małych miast i dużej aglomeracji miejskiej to 32,9% i 36%). Nie było takiego lekarza, który odpowiedziałby, że nie przeczytał żadnego artykułu, a odsetek lekarzy twierdzących, że przeczytali tylko jeden artykuł wynosił 7,9% i był prawie taki sam w małych miastach jak i w dużej aglomeracji miejskiej (tab. 4).

**Tabela 4.** Struktura lekarzy wg liczby przeczytanych artykułów w języku polskim i wg wielkości miast

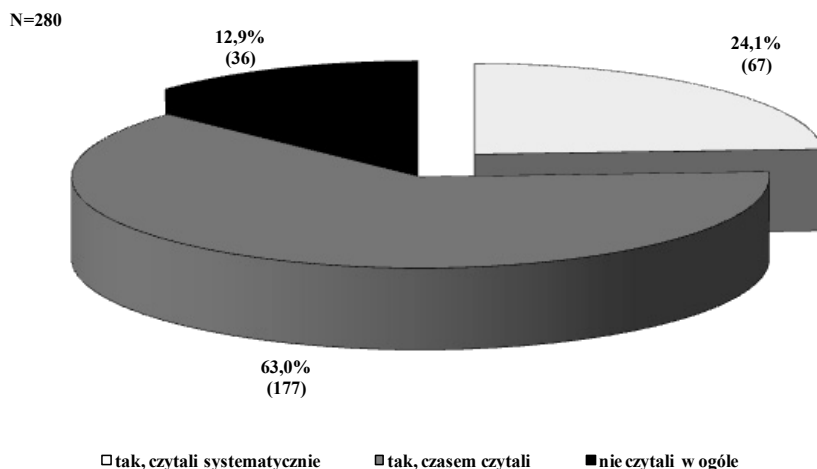
Liczba przeczytanych artykułów w języku polskim	Miasta według liczby ludności				Razem	
	Do 100 tys.		Powyżej 700 tys.			
	N	%	N	%	N	%
1	11	7,8	11	7,9	22	7,9
2	36	25,7	24	17,3	60	21,5
3	46	32,9	50	36,0	96	34,4
<b>4 lub więcej</b>	47	33,6	55	38,8	102	36,2
<b>Razem</b>	140	100,0	140	100,0	280	100,0

$\chi^2=3,048$ ;  $p>0,05$

Źródło: opracowanie własne.

Następne pytania zawarte w kwestionariuszu ankiety miały na celu uzyskanie informacji dotyczących częstości czytania artykułów fachowych napisanych w językach obcych. Najwięcej, to jest 63,0% lekarzy odpowiedziało, że czasem czytali artykuły fachowe w języku angielskim, a prawie 13% stwierdziło, że nie przeczytali żadnego artykułu. (ryc. 5).

**Wykres 5.** Struktura lekarzy wg przeczytanych artykułów w języku angielskim poruszających problemy z dziedziny medycyny



Źródło: opracowanie własne.

Systematyczne czytanie artykułów z dziedziny medycyny w języku angielskim znacznie częściej deklarowali lekarze z dużego miasta (32,1%), niż badani z miast mniejszych (15,9%). Odsetek czytających od czasu do czasu był wyższy wśród lekarzy z miast mniejszych w porównaniu z dużą aglomeracją miejską, odpowiednie wartości procentowe to: 69,6% i 56,4%. Literatury w języku angielskim nie czytało w ogóle 14,5% lekarzy z miast do 100 tysięcy ludności i znacznie mniej, bo 11,5% badanych z dużej aglomeracji miejskiej (tab. 5). Różnice pomiędzy badanymi z obu środowisk okazały się istotne statystycznie ( $p < 0,05$ ).

**Tabela 5.** Struktura lekarzy wg przeczytanych artykułów w języku angielskim, poruszających problemy z dziedziny medycyny i wg wielkości miast

Częstość czytania artykułów w języku angielsku	Miasta				Razem	
	Do 100 tys.		Powyżej 700 tys.			
	N	%	N	%	N	%
Tak, czytali systematycznie	22	15,9	45	32,1	67	24,1
Czytali od czasu do czasu	97	69,6	79	56,4	177	63,0



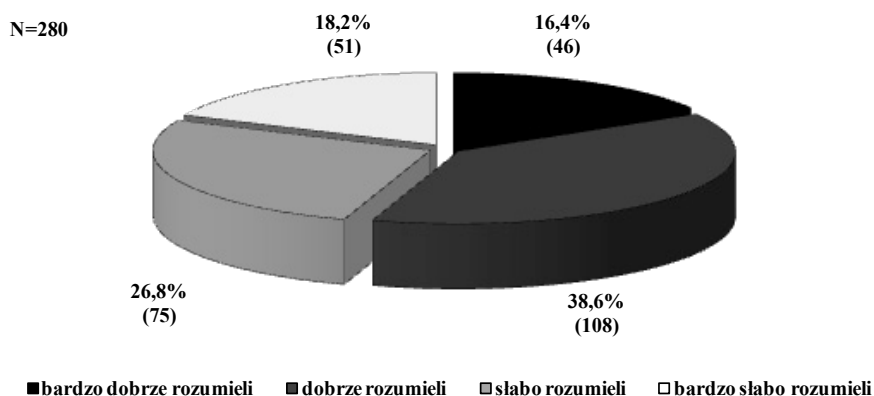
<b>Nie czytali w ogóle</b>	20	14,5	16	11,5	36	12,9
<b>Razem</b>	140	100,0	140	100,0	280	100,0

$\chi^2=10,113$ ;  $p<0,05$

Źródło: opracowanie własne.

Respondentów poproszono o dokonanie oceny stopnia rozumienia treści artykułów napisanych w języku angielskim. W grupie lekarzy najczęściej, to jest 38,6% odpowiedziało, że z reguły dobrze rozumieją treść artykułów dotyczących dziedziny medycyny, którą się interesują. Tylko 18,2% stwierdziło, że na ogół bardzo słabo rozumieją zagadnienia napisane w języku angielskim (ryc. 6).

**Wykres 6.** Stopień rozumienia wśród lekarzy treści artykułów napisanych w języku angielskim, poruszających problemy z dziedziny medycyny



Źródło: opracowanie własne.

Stopień rozumienia treści artykułów czytanych w języku angielskim okazał się znacznie różny wśród lekarzy pracujących w miastach do 100 tysięcy ludności w porównaniu z lekarzami zatrudnionymi dużej aglomeracji miejskiej.

Częstość bardzo dobrego lub dobrego rozumienia czytanych treści wśród lekarzy z dużego miasta wynosiła 62,9%, podczas gdy w miastach mniejszych tylko 47,2% czytających rozumiało treść bardzo dobrze lub dobrze (tab. 6). Bardzo słabe lub słabe rozumienie treści zdecydowanie częściej charakteryzowało lekarzy z mniejszych miast (52,8% vs 37,1%).

**Tabela 6.** Struktura lekarzy wg stopnia rozumienia treści artykułów napisanych w języku angielskim, poruszających problemy z dziedziny medycyny i wg badanych grup

Stopień rozumienia artykułów	Miasta				Razem	
	Do 100 tys.		Powyżej 700 tys.			
	N	%	N	%	N	%
<b>Bardzo dobrze rozumieli</b>	14	10,0	32	22,9	46	16,4
<b>Dobrze rozumieli</b>	52	37,2	56	40,0	108	38,6
<b>Słabo rozumieli</b>	45	32,1	30	21,4	75	26,8
<b>Bardzo słabo rozumieli</b>	29	20,7	22	15,7	51	18,2
<b>Razem</b>	140	100,0	140	100,0	280	100,0

$\chi^2=11,152$ ;  $p<0,05$

Źródło: opracowanie własne.

Respondentów zapytano również, czy czytają artykuły z reprezentowanej przez siebie dziedziny medycyny w innym języku niż angielski.

Badani wykonujący zawód lekarza w porównywanych grupach według wielkości miast nie różnili się w sposób istotny statystycznie pod względem częstości czytania artykułów poruszających problemy z dziedziny medycyny w innym języku niż angielski ( $p>0,05$ ).

Tylko 27 osób (9,6%) przeczytało artykuły w innym języku, niż angielski. Najczęściej czytali w języku niemieckim (6,8%) lub rosyjskim (2,1%), znacznie rzadziej w języku francuskim (0,7%). Częstość czytania przez lekarzy pracujących w mniejszych miastach i w dużej aglomeracji miejskiej okazała się zbliżona.

## Wnioski

1. Badani lekarze pracujący w dużej aglomeracji miejskiej oraz w małych miastach zbyt sporadycznie aktualizowali wiedzę w zakresie swojej specjalności poprzez analizowanie literatury w języku polskim oraz w językach obcych.
2. Brak umiejętności swobodnego posługiwania się językiem angielskim i dobrego rozumienia przez większość respondentów treści artykułów fachowych w tym języku, uniemożliwił badanym monitorowanie prac w najlepszych czasopismach o znaczeniu światowym.
3. Istnieje konieczność wypracowania metod inspirujących lekarzy do systematycznego czytania artykułów zgodnych z kierunkiem zainteresowań zawodowych.
4. Istnieje konieczność umożliwienia lekarzom systematycznego, bezpłatnego lub taniego dostępu do uczenia się, pod kierunkiem lektora języków obcych, szczególnie języka angielskiego.
5. Należy podjąć działania mające na celu wyrównywanie różnic w znajomości medycznego języka angielskiego między lekarzami pracującymi w dużej aglomeracji miejskiej i w małych miastach.
6. Istnieje konieczność prowadzenia dalszych, pogłębionych badań w celu określenia zachodzących zmian w metodach doskonalenia zawodowego lekarzy.

## Bibliografia

**Aleksander T. (2002)**, *Cele, kierunki i funkcje edukacji dorosłych*, [w:] Wujek T. (red.), *Wprowadzenie do andragogiki*, Instytut Technologii Eksploatacji, Radom, ss. 257–258.

**Cote L., Leciere H. (2000)**, *How clinical teachers perceive the doctor-patient relation-ship and themselves as role models*, „Academic Medicine”, nr 75; ss. 1117–1124.

**Davey L.M. (2001)**, *The oath of Hippocrates: an historical review*, „Neurosurgery”, nr 49, ss. 554–566.

**Dziubiński K. (2005)**, *Punkty edukacyjne-kolejne jarzmo dla lekarzy?*, „Gazeta Lekarska”, nr 5, ss. 10–12.

**Franken R.E. (2006)**, *Psychologia motywacji*. Gdańsk, ss. 13–14.

**Knypl K. (2009)**, *Droga przez punkty*, „Menedżer Zdrowia”, nr 3, ss. 42–44.

**Kwiatkowski S.M. (2001)**, *Edukacja zawodowa wobec rynku pracy i integracji europejskiej*, Warszawa, ss. 143–147.

**Mrówka B. (1999)**, *Kształcenie ustawiczne a doskonalenie umiejętności profesjonalnych*, „Studia Europejskie”, nr 3, ss. 5–6.

**Nitsch-Osuch A., Targowski M., Wardyn K.A. (2007)**, *Knowledge and opinions of GPs concerning continuous medical education*, „Family Medicine & Primary Care Review”, nr 9, ss. 69–72.

**Pachniak K., Piotrowski R. (1995)**, *Nauczanie i uczenie się. Na drodze do uczącego się społeczeństwa. Biała księga kształcenia i doskonalenia*. ITE, Radom, ss. 44–45.

**Paredll H. (2005)**, *Internationale standardization of continuous medical training credits. A peer review committee statement*. „Medicina Clinica”, nr 125(1), ss. 14–15.

**Ziółkowska E. (2008)**, *CME-CPD, czyli punkty za aktywność*, „Przegląd Urologiczny”, nr 9, ss. 65–66.