

PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ I ZARZĄDZANIE

ISSN 1733-2486

TOM XV, ZESZYT 12, cz. 3

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

Zarządzanie a zdrowie publiczne

Redakcja

Jan Krakowiak

Łódź, Warszawa 2014

Koszt wydania Zeszytu 12, cz. 3
współfinansowany ze środków Społecznej Akademii Nauk
oraz Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Zeszyt recenzowany

Redakcja naukowa: Jan Krakowiak

Komputerowy skład tekstu, redakcja i korekta techniczna: Jadwiga Poczyczyńska

Projekt okładki: Marcin Szadkowski

© **Copyright:** Społeczna Akademia Nauk

ISSN 1733-2486

Wydawnictwo

Społecznej Akademii Nauk

e-mail: wydawnictwo@spoleczna.pl

tel. 42 632 50 23, 42 632 50 26 w. 339

Wersja papierowa wydania jest wersją podstawową

Druk i oprawa: Mazowieckie Centrum Poligrafii, ul. Słoneczna 3C,
05-260 Marki, www.c-p.com.pl; biuro@c-p.com.pl

Spis treści

Wstęp.....	5
Agnieszka Krawczyk-Sołtys, <i>Pozycja konkurencyjna a poziom zarządzania wiedzą szpitali publicznych w świetle badań empirycznych</i>	7
Dominika Cichońska, Włodzimierz Stelmach, Adam Rzeźnicki, Alina Kowalska, Hanna Balkiewicz, Maria Sobieszek, Jan Krakowiak, <i>Determinanty zakupu leków na przykładzie klientów wybranej apteki w Piotrkowie Trybunalskim</i>	19
Paulina Matusiak, Marcin Mitał, Anna Szczerbak, Iwona Bednarek, Krzysztof Włodarczyk, Aneta Świątczak, Julia Krakowiak, <i>Dostosowywanie szpitala publicznego do zmian w systemie ochrony zdrowia na przykładzie restrukturyzacji SPZZOZ w Zwoleńiu</i>	49
Monika Sadowska, Anna Ksykiewicz-Dorota, Jan Krakowiak, Alina Kowalska, Artur Wdowiak, <i>Ocena opieki realizowanej w systemie rooming-in a poziom referencyjny szpitali</i>	63
Brygida Kondracka, Rafał Bezuch, Krzysztof Łukaszuk, <i>Plus dla szpitali, minus dla organizacji systemu ochrony zdrowia w Polsce</i>	73
Piotr Lutomski, Przemysław Bejga, Miłosław Bemben, Karolina Strach, Jan Krakowiak, Alina Kowalska, Andrzej Horoch, <i>Wykorzystanie Informatyki Medycznej w Polsce i na świecie</i>	83
Aneta Świątczak, Jan Krakowiak, Anna Szczerbak, Agata Gajewska, Joanna Gajda, Julia Krakowiak, Dominika Cichońska, <i>Przekształcenie zakładu opieki zdrowotnej w spółkę prawa handlowego w opinii pracowników placówek leczniczych</i>	93
Dominika Cichońska, Joanna Sułkowska, Marta Kędzia, <i>Soft skills of caregivers - results of studies conducted in the Take Care project</i>	109
Krzysztof Włodarczyk, Kamila Zagier-Koziara, Hanna Balkiewicz, Julia Krakowiak, Anna Szczerbak, Iwona Bednarek, Jolanta Gajda, Dominika Cichońska, <i>Ocena jakości życia przez pacjentów diabetologicznych w wybranych radomskich placówkach</i>	127

Przemysław Bejga, Jan Krakowiak, Piotr Lutomski, Miłosław Bemben, Robert Łyszcz, Adam Rzeźnicki, Joanna Strzemecka, <i>Edukacja diabetologiczna realizowana przez poradnie lekarza rodzinnego a wybrane parametry wyrównania cukruzy typu 2</i>	145
Piotr Wojtysiak, Adam Rzeźnicki, Nina Niezabitowska-Kowalczyk, Monika Mórawiec, Jan Krakowiak, Franciszek Szatko, Dorota Kaleta, <i>Stan zdrowia i korzystanie z opieki medycznej przez mieszkańców powiatu piotrkowskiego w latach 2009-2013</i>	159
Monika Mórawiec, Piotr Wojtysiak, Adam Rzeźnicki, Nina Niezabitowska-Kowalczyk, Jan Krakowiak, Franciszek Szatko, Dorota Kaleta, <i>Socio-economic dimensions and its health implications in Piotrkowski district</i>	175
Piotr Wojtysiak, Monika Mórawiec, Adam Rzeźnicki, Nina Niezabitowska- Kowalczyk, Jan Krakowiak, Franciszek Szatko, Dorota Kaleta, <i>Choroby układu krążenia jako istotny problem zdrowia publicznego w powiecie piotrkowskim</i>	191
Lidia Sierpińska, Anna Ksykiewicz-Dorota, Artur Wdowiak, Marian Jędrych, Włodzimierz Stelmach, Jan Krakowiak, Monika Sadowska, <i>Ocena poziomu pielęgnowania pacjentek na oddziałach ginekologicznych</i>	211
Adam Rzeźnicki, Włodzimierz Stelmach, Alina Kowalska, Kamil Chowański, Monika Mórawiec, Marta Szkiela, Iwona Stelmach, Jan Krakowiak, <i>Rola telewizji w kształtowaniu zachowań zdrowotnych młodzieży gimnazjalnej</i>	223
Paweł Skoczylas, <i>Zastosowanie narzędzi Evidence Based Public Health (EBPH) do zarządzania placówkami ochrony zdrowia</i>	239
Artur Wdowiak, Magdalena Sulima, Magdalena Stec, Magdalena Lewicka, Iwona Stelmach, Adam Rzeźnicki, Jan Krakowiak, <i>Ocena wpływu balansu w miejscu pracy matki na rozwiązanie ciąży i dobrostan noworodka</i>	251
Kinga Kulczycka, Łukasz Kuśmierz, Ewa Stychno, Monika Sadowska, Iwona Stelmach, Jan Krakowiak, Artur Wdowiak, <i>Obciążenie psychiczne na stanowisku pracy ratownika medycznego</i>	261
Marcin Miśta, Adam Rzeźnicki, Alina Kowalska, Hanna Balkiewicz, Iwona Bednarek, Mateusz Kuzdak, Włodzimierz Stelmach, <i>Zaburzenia depresyjno-lękowe u osób leczonych z uzależnienia od dopalaczy i innych narkotyków</i>	275
Joanna Sułkowska, Robert Seliga, <i>Modele marketingu w sektorze usług medycznych w Polsce – zmiana orientacji marketingowej</i>	287

Wprowadzenie

W latach 90. ubiegłego wieku została opracowana koncepcja podstawowych działań w zakresie zdrowia publicznego. Jako najistotniejsze w obszarze zdrowia publicznego eksperci Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization) wskazali: czynności mające na celu zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego ludności, działania zmierzające do zapobiegania, przeciwdziałania oraz minimalizacji różnorodnych zagrożeń, a także takie kształtowania uwarunkowań zdrowotnych (społeczno-ekonomicznych, środowiskowych, kulturowych), które umożliwiają utrzymanie i poprawę zdrowia ludności.

Według J. Leowskiego podstawowe funkcje zdrowia publicznego w zakresie działań na rzecz społeczeństwa to monitorowanie stanu zdrowia oraz określanie potrzeb zdrowotnych ludności, zapobieganie rozprzestrzenianiu się chorób ze szczególnym uwzględnieniem chorób zakaźnych i społecznych wymagających zorganizowanego wysiłku państwa na rzecz ich zwalczania. Ponadto identyfikacja i zwalczanie zagrożeń zdrowotnych w żywności i wodzie, w środowisku, miejscu zamieszkania, pracy, nauki oraz w placówkach służby zdrowia, zapobieganie wypadkom i urazom oraz zapewnienie kompleksowej pomocy, w tym medycznej, ofiarom katastrof i klęsk żywiołowych. Istotne miejsce zajmuje także zapewnienie nadzoru epidemiologicznego, w tym laboratoryjnej kontroli przeciwepidemicznej i zagrożeń środowiskowych oraz promowanie aktywnego współuczestnictwa społeczeństwa w działaniach na rzecz zdrowia, a także kształcenie i doskonalenie zawodowe lekarzy i innego personelu medycznego. W ostatnich latach coraz większe znaczenie ma zapewnienie jednolitych i kompleksowych regulacji prawnych w ochronie zdrowia, monitorowanie zakresu i jakości świadczeń medycznych, ich dostępności, bezpieczeństwa udzielania świadczeń zdrowotnych, przestrzegania zasad etyki zawodowej personelu, przestrzegania praw pacjenta i międzynarodowych regulacji prawnych w ochronie zdrowia. Złożoność problematyki zdrowia publicznego i zarządzania wymaga od specjalistów pracujących w tym obszarze ciągłego doskonalenia zawodowego, zdobywania i poszerzania wiedzy.

Sprawna opieka medyczna oraz możliwość korzystania z nowoczesnych procedur stanowi często najważniejszą w odbiorze społecznym funkcję systemu opieki zdrowotnej.

Mając powyższe na uwadze w bieżącym numerze *Przedsiębiorczości i Zarządzania*, który polecamy Państwa uwadze omówiona jest między innymi problematyka stanu zdrowia i jego uwarunkowań na wybranych obszarach naszego kraju. Przedmiotem badań zawartych w niniejszym opracowaniu są także analizy związane z otoczeniem prawnym i ekonomicznym jednostek opieki zdrowotnej, wykorzystaniem podstawowych narzędzi i metod zarządzania w ochronie zdrowia oraz zasady organizacji podmiotów leczniczych i ich wpływ na satysfakcję pacjentów.

Jan Krakowiak

Agnieszka Krawczyk-Sołtys
Uniwersytet Opolski

Pozycja konkurencyjna a poziom zarządzania wiedzą szpitali publicznych w świetle badań empirycznych

Competitive position and the level of knowledge management of public hospitals in view of empirical studies

Abstract: The aim of the article was to establish connection between the level of knowledge management in public hospitals and their competitive position. The article presents a fragment of empirical studies conducted in the fourth quarter of 2011 and first half of 2012 year among managers of 65 public hospitals in sixteen voivodeships. In determining the competitive position of the hospital were used in the study the objective and subjective criterias. Because, at present, there is no more advanced tools of measurement proposed variables, the scale describing their intensity reduced to three levels: high, medium and low was used. The study confirmed that, despite a similar awareness of public hospitals in the sphere of the factors affecting their competitiveness and barriers, their competitive position is different. Places where knowledge management level is high, were characterized by higher competitive position.

Key words: knowledge management, public hospitals, competitive position.

Wstęp

Zmiany w podmiotach sektora ochrony zdrowia rzadko kiedy postrzegane są przez pryzmat wykorzystania potencjału czynnika ludzkiego; zwykle są kojarzone z decyzjami na szczeblu centralnym lub z niedofinansowaniem tego sektora. Sektor ochrony zdrowia w Polsce zdominowany jest przez szpitale gospodarujące mieniem publicznym, co nie oznacza, że konkurencyjność jest pojęciem, które może pozostać poza obszarem zainteresowania odpowiedzialnych za ich funkcjonowanie. Choć przejawów konkurowania szpitali publicznych jest obecnie pozornie niewiele, to w rzeczywistości ich atrakcyjność jest weryfikowana na wielu płaszczyznach.

Konkurencja jest zatem istotnym elementem systemu opieki zdrowotnej. Pacjenci, artykułujący swoje preferencje poprzez wybory i reprezentujący

zapotrzebowanie na opiekę zdrowotną, są zainteresowani usługami zdrowotnymi o szerokiej dostępności i wysokiej jakości, płatnicy, którzy są pośrednimi dysponentami środków finansowych z przeznaczeniem na opiekę zdrowotną, są natomiast zorientowani na zakup usług o korzystnej relacji koszt – efekt, zaś dostawcy usług, w tym szpitale publiczne, będą dążyć do maksymalizacji swego udziału na rynku opieki zdrowotnej [Rudawska 2008, s. 87]. Można więc uznać, że konkurencyjność szpitala publicznego to jego zdolność do konkurowania na rynku usług zdrowotnych, zależna od efektywnego wykorzystania posiadanych przez niego zasobów, w tym także zasobów wiedzy. Takie podejście ma charakter dynamiczny, charakteryzujący się permanentną zmiennością. Ponieważ szpitale publiczne funkcjonują tak naprawdę na quasi-rynku, pojęcie „pozycja konkurencyjna” jest pewnym przybliżeniem, odzwierciedlającym jedynie relacje między poszczególnymi szpitalami, świadczące o ich mniejszej, bądź większej umiejętności radzenia sobie z działaniami w takich warunkach rynkowych. Należy podkreślić, iż takie postrzeganie pojęcia nie odpowiada w pełni jego rozumieniu na gruncie nauk ekonomicznych, a zwłaszcza marketingu.

Założenia działań organizacji odnośnie pozyskiwania i utrwalania zasobów będących źródłem przewagi konkurencyjnej w specyficzny sposób dotyczą zasobu, jakim jest wiedza [Glińska-Neweś 2007, s. 84]. Z jednej strony wiedza w organizacji, poprzez proces zarządzania nią, powinna być sprawnie akumulowana, koncentrowana, łączona i wszechstronnie wykorzystywana, dzięki czemu staje się ona kluczową kompetencją organizacji. Z drugiej strony wiedza jako budulec kluczowych kompetencji staje się także warunkiem skuteczności tego rodzaju działań podejmowanych w odniesieniu do innych zasobów, będących do dyspozycji organizacji.

W nurcie zasobowym kategoriami zapewniającymi długotrwałą przewagę konkurencyjną stają się materialne i niematerialne zasoby posiadające atrybuty VRIN¹ oraz umiejętności ich wykorzystania [Barney 1991, s. 99–120, Perez, Ordonez de Pablos 2003, s. 83]. Szczególną rolę odgrywa też ich unikatowe połączenie, które pozwala na wyróżnienie się na rynku, dając potencjał do rozwijania i prowadzenia działań konkurencyjnych. Wiedza, posiadając wymienione cechy, jest zasobem, posiada zdolność do przekształcania wszystkiego (wliczając w to ludzi) na zasoby. We współczesnych czasach jej ranga w kreowaniu przewagi konkurencyjnej organizacji stale wzrasta. I. Nonaka i H. Takeuchi twierdzą nawet [Nonaka, Takeuchi 1995], że wiedza jest

¹ *Valuable* (wartościowe), *Rare* (rzadkie), *Inimitable* (trudne do naśladowania), *Non Substitutable* (nie posiadające substytutów).

jedynym zasobem decydującym o konkurencyjności organizacji, a tym samym o jej przetrwaniu na rynku. Należy też podkreślić, że współcześnie zasoby rzeczowe przestały odgrywać pierwszorzędą rolę w uzyskiwaniu trwałej przewagi konkurencyjnej – tę funkcję zaczęły pełnić zasoby niematerialne, w których upatruje się przewagi i źródeł wzrostu wartości organizacji.

Celem artykułu było ustalenie, jaki związek ma poziom zarządzania wiedzą w szpitalach publicznych z ich pozycją konkurencyjną.

Kryteria określające pozycję konkurencyjną szpitali publicznych. Wyniki badań empirycznych

W artykule zaprezentowano fragment badań empirycznych przeprowadzonych w czwartym kwartale 2011 i pierwszej połowie 2012 roku wśród kadry menedżerskiej 65 szpitali publicznych funkcjonujących w szesnastu województwach (nie uzyskano odpowiedzi ze szpitali z województwa lubuskiego) [Krawczyk-Soltys 2013, s. 251–338]. Badane placówki zróżnicowano ze względu na pięć kryteriów: typ właściciela szpitala, zakres świadczonych usług, lokalizacja badanych placówek, obecność na listach rankingowych szpitali oraz posiadanie aktualnego certyfikatu akredytacji. Określając pozycję konkurencyjną szpitala, w badaniach wzięto pod uwagę kryteria obiektywne i subiektywne.

Pierwszym obiektywnym kryterium była pozycja w rankingu szpitali „Bezpieczny szpital – ogólnopolska ocena szpitali” publikowanym przez „Rzeczpospolitą” w porozumieniu z Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Rankingi te publikowane są rokrocznie od 2004 roku w różnych konfiguracjach. W badaniach wzięto pod uwagę dwa z nich: „Złota 100 szpitali publicznych” oraz „Szpitale monospecjalistyczne” za lata 2004–2011 [www.cmj.org.pl]. Drugim kryterium obiektywnym, świadczącym o pozycji konkurencyjnej szpitala, brany pod uwagę w opracowaniu, był posiadany aktualny certyfikat akredytacji.

Oceniając pozycję konkurencyjną szpitala, określano na wstępie, czy znalazł się on w opisanym rankingu przynajmniej raz w latach 2004–2011. Jeżeli tak, ustalono własną klasyfikację, sumując ogółem punkty, uzyskane w badanym okresie przez placówkę, oraz w obszarze „zarządzanie”, gdyż zdaniem autorki, związek zorientowania na wiedzę szpitala z tym obszarem wydaje się być największy, i tym samym przyznając badanym placówkom miejsce w rankingu za lata 2004–2011 [Krawczyk-Soltys 2013, s. 269].

Ponieważ poszczególne szpitale z różną częstotliwością pojawiały się w rankingach, a tym samym wartości uśrednione niwelowały efekt czasowy,

przebadano pozycję konkurencyjną ze względu na jej stabilność. Założono, że o pozycji konkurencyjnej szpitala nie świadczy tylko liczba punktów w rankingach, ale również rozpiętość między maksymalną i minimalną ich liczbą uzyskaną przez placówkę w badanym okresie. Wskazuje to nie tylko na umiejętność zdobycia przez jednostkę pozycji konkurencyjnej, ale także – co wydaje się być bardziej istotne – jej utrzymanie.

Akredytacja to zewnętrzna ocena jednostki udzielana w celu potwierdzenia określonych standardów podmiotu świadczącego usługi zdrowotne. Decyzja o przyznaniu certyfikatu uzależniona jest od poziomu spełnienia wymagań standardów akredytacyjnych, określonych procentowo. Jeżeli szpital uzyska przynajmniej 75% wartości maksymalnej, otrzymuje pełną akredytację na trzy lata, kiedy poniżej tej wartości – następuje odmowa przyznania certyfikatu. Aktualny certyfikat akredytacji posiada w Polsce 105 szpitali [www.cmj.org.pl], zaś w badanej grupie – 13.

Starano się również ustalić wewnętrzne i zewnętrzne czynniki wpływające w największym stopniu na kształtowanie pozycji konkurencyjnej szpitali publicznych. Do ich zidentyfikowania posłużono się kryteriami subiektywnymi – opiniami menedżerów badanych placówek.

Respondenci ocenili sytuację zarządzanych przez siebie szpitali w układzie turbulencja wewnętrzna – turbulencja zewnętrzna; większość z nich (42%) określiła warunki funkcjonowania swojej placówki za stabilne wewnętrznie i zewnętrznie. Również duża grupa respondentów (37%) uznała za stabilną sytuację wewnętrzną szpitala, natomiast potwierdziła duże nasilenie konkurencji i innowacji oraz nieciągłość zmian w otoczeniu. Co piąty badany szpital działa w warunkach dużej turbulencji wewnętrznej i zewnętrznej, natomiast zaledwie 3% placówek funkcjonuje w stabilnej sytuacji zewnętrznej, gdzie zmiany są przewidywalne, przy jednocześnie mało stabilnej sytuacji wewnętrznej (np. częste zmiany zarządzających, reorganizacja).

Zmiany w systemie szpitalnictwa publicznego wydają się zmierzać do przekształcania coraz większej liczby szpitali publicznych w spółki prawa handlowego. W nowych warunkach będą one działały na zasadach w pełni konkurencyjnych, dotychczas wypracowana pozycja konkurencyjna staje się zatem głównym czynnikiem przyciągania pacjentów, a w konsekwencji osiągania przez daną placówkę korzystnych wyników finansowych. Wykrycie, połączenie i wykorzystanie rozproszonych źródeł wiedzy jest wyzwaniem dla szpitala i wymaga sprawności w czterech głównych polach konkurencji [Dziubińska 2009, s. 86–88]. Poproszono badanych o wybranie tych pól, które w największym stopniu budują pozycję konkurencyjną zarządzanego przez nich szpitala. Najliczniejsza grupa badanych (46%) wskazała na odkrywanie nowej

wiedzy szybciej i efektywniej aniżeli konkurenci oraz uczenie się identyfikowania i transformowania złożonej wiedzy w formę najodpowiedniejszą do wykorzystania przez szpital. Kompetentne budowanie i realizację strategii w zmieniającym się otoczeniu za najistotniejsze z pól uznało 29% respondentów. Przez 14% badanych za najbardziej wpływające na pozycję konkurencyjną szpitala wskazane zostało mobilizowanie rozproszonej wiedzy w celu wsparcia procesów innowacyjnych. Na ostatnie pole konkurencji – operacjonalizację innowacji efektywniej niż konkurencja uznało 11% respondentów.

Konkurowanie o pacjentów odnosi się do tych sfer opieki stacjonarnej, w których pacjent sam, na podstawie dostępnych informacji, podejmuje decyzję o hospitalizacji. Można zatem założyć bezpośrednią konkurencję szpitali o tego typu usługi. Badani uszeregowali główne czynniki stanowiące o pozycji konkurencyjnej kierowanej przez nich placówki. Wymieniono je za I. Rudawską [2008, s. 91–92]. Wykorzystano skalę porządkową, dzięki której respondenci hierarchizowali źródła, zaczynając od tego, który uważali za najważniejsze – przyznając mu 5 punktów, a kończąc na tym, które uznawali za najmniej istotne (1 punkt).

Najwięcej punktów respondenci przyznali pozycji „personel” (267). I tu należy podkreślić uzależnienie świadczonych przez szpitale usług zdrowotnych w ogromnym stopniu od czynnika ludzkiego – zarówno od umiejętności pracowników, jak i ich zdolności ekspresyjnych. Pozycja konkurencyjna placówki wynika bardzo często z lojalności pacjentów wobec pracujących tam lekarzy oraz zaufania do ich wiedzy i kompetencji (często w przypadku zmiany miejsca pracy danego lekarza, jego pacjenci „idą” za nim). Drugim co do istotności elementem determinującym pozycję konkurencyjną jest „technologia”, której respondenci przyznali 205 punktów. Ponieważ pozycja konkurencyjna wynika z lojalności pacjentów wobec szpitala, respondenci wskazywali na „reputację”, której ocena może mieć źródła zarówno subiektywne (opinia własna), jak i obiektywne (ranking, certyfikat akredytacji, rezultaty kliniczne). Respondenci następnie wskazywali na „usługi” świadczone przez ich szpital (186 pkt) – ich jakość determinowaną zasobami ludzkimi i posiadaną przez nie wiedzą oraz rzeczowymi, głównie aparaturą i sprzętem medycznym. Nie bez znaczenia dla pozycji konkurencyjnej placówki jest unikatowość usług zdrowotnych lub sposobu ich świadczenia, co utrudnia znalezienie ich substytutów. Najmniej punktów (129) respondenci przyznali pozycji „czas”, rozumianej jako zdolność szpitala do szybszej reakcji na potrzeby rynku i zaspokojenie potrzeb pacjenta niż konkurenci.

Następnie respondenci szeregowali instrumenty konkurowania w największym stopniu wpływające na pozycję konkurencyjną szpitala w nieco

innym ujęciu – od najbardziej istotnego – przyznając 4 punkty, do najmniej istotnego – 1 pkt. Ponownie za podstawowe czynniki determinujące pozycję konkurencyjną szpitala uznano dysponowanie odpowiednimi zasobami ludzkimi do wykonywania usług zdrowotnych (225 pkt) oraz wyposażenie w nowoczesny sprzęt i aparaturę medyczną (175). Kolejno wskazywano na optymalizację wielkości infrastruktury szpitalnej, której wyznacznikiem jest liczba łóżek szpitalnych (129) oraz prawidłowe rozmieszczenie przestrzenne oddziałów szpitalnych (121).

W kontekście działań podejmowanych przez podmioty funkcjonujące w ochronie zdrowia, w tym szpitale publiczne, można wyodrębnić trzy ich typy [Bukowska-Piestrzyńska 2010, s. 22], ze względu na związek z podstawową działalnością medyczną, które odgrywają różną rolę w kształtowaniu przewagi konkurencyjnej. Respondenci uszeregowali je ze względu na znaczenie w kształtowaniu pozycji konkurencyjnej szpitala (wykorzystując skalę porządkową, przyznając 3 punkty działaniu najważniejszemu, 2 punkty mniej ważnemu, zaś 1 punkt najmniej istotnemu) oraz ocenę zakresu, w jakim są one realizowane w ich placówkach (wykorzystując skalę Likerta). Największe znaczenie przypisywano działaniom bezpośrednim (182 punkty), związanych z kreowaniem wartości dla pacjenta (diagnozowanie, wykonywanie zabiegów, czynności personelu pomocniczego); poziom realizacji tych działań został również oceniony najwyżej (średnia odpowiedzi – 4,83 w skali Likerta). Takie samo znaczenie (po 104 pkt) w opinii badanych mają działania pośrednie, umożliwiające realizację działań podstawowych (konserwacja wyposażenia, przygotowanie planu zabiegów operacyjnych, zarządzanie personelem), oraz działania zabezpieczające jakość (głównie monitorowanie, kontrola, testowanie). Respondenci mieli jednak różne zdania na temat zakresu realizacji tych działań. Nieco wyższy był poziom realizacji działań pośrednich (średnia – 3,91 w skali Likerta) niż zabezpieczających jakość (3,82).

Następnie badani identyfikowali bariery [Adamczyk-Kloczkowska, Wojna 2008, ss. 83–85], które najsilniej utrudniają konkurowanie ich szpitali. Wykorzystano tu kafeterię koniungtywną. Najczęściej za dysfunkcję konkurowania szpitali publicznych uznawano ryzyko wystąpienia inercji w dostosowaniach do zmieniających się bodźców ekonomicznych, szczególnie finansowych, zawartych w kontraktach z płatnikiem – tę odpowiedź zaznaczyło 46 respondentów. Źródłem takiego stanu rzeczy można upatrywać w silnym oporze kadry medycznej przeciwko działaniom ograniczającym koszty, gdyż może to być sprzeczne z rzeczywistymi celami szpitala (satysfakcjonujące zarobki i wysokiej jakości usługi zdrowotne). Jako kolejną trudność (31 wskazań) postrzegano możliwość wystąpienia efektu ubezpieczeniowego;

uznano, że decyzje dotyczące zatrudnienia i wynagrodzeń personelu medycznego są oderwane od relatywnej opłacalności kontraktowanych procedur.

Dziewiętnastu badanych podkreśliło kwestię samodzielności szpitali, która nie jest tożsama z ich całkowitą odpowiedzialnością za wyniki straty, co utrudnia konkurowanie. Wśród barier konkurowania wyróżniono czynnik biologiczny i związaną z nim specyfikę usług zdrowotnych oraz ich zróżnicowanie (13 wskazań). Dana usługa nie gwarantuje bowiem pacjentowi efektu wyleczenia, umożliwia jedynie diagnostykę i terapię. Trudno jest także określić *ex ante* zakres oraz jakość danych usług zdrowotnych koniecznych do wykonania w przypadku konkretnego pacjenta. Na czynnik czasu wskazało 11 respondentów (w sytuacjach zagrożenia życia i zdrowia konkurencja jest ograniczona w sposób naturalny – uprzywilejowany jest podmiot najbliższy). Zaledwie dwóch badanych uznało za utrudnienie w konkurowaniu dużą i pogłębiającą się asymetrię informacji (po stronie pacjenta) na skutek szybkiego rozwoju technologii medycznych.

Zależność pozycji konkurencyjnej szpitali publicznych od ich poziomu zarządzania wiedzą. Wyniki badań empirycznych

W celu identyfikacji poziomu zarządzania wiedzą w badanych szpitalach konieczne było przetransformowanie cech diagnostycznych w wielkości skalarne, a co najmniej przedziałowe. Ponieważ na obecnym etapie nie ma bardziej zaawansowanych narzędzi pomiaru proponowanych zmiennych, zastosowano skalę porządkową opisującą ich natężenie zredukowaną do trzech poziomów: wysoki, średni i niski. Podstawą kwantyfikacji stało się podejście oparte na teorii zbiorów rozmytych stworzonej przez L.A. Zadeha [Zadeh 1965, ss. 338–353 za: Mazur, Rószkiewicz, Strzyżewska 2011, s. 43]. Rozmycie granicy między występowaniem określonego poziomu zarządzania wiedzą lub jego brakiem, pozwala na uznanie tego poziomu za pojęcie nieostre i na jego pomiar według kanonów tej teorii. Do określenia poziomu zarządzania wiedzą w szpitalach przyjęto następujące zmienne [Krawczyk-Sołtys 2013, ss. 317–318]:

- sformalizowanie zarządzania wiedzą;
- zakres implementacji koncepcji zarządzania wiedzą;
- liczbę funkcji zarządzania wiedzą w pełni realizowanych w placówce;
- zakres realizacji działań w ramach poszczególnych procesów zarządzania wiedzą;

- etap budowy, na którym znajduje się system zarządzania wiedzą w szpitalu;
- obowiązujący w placówce model zarządzania wiedzą w zakresie powstawania i rozwoju inicjatyw z obszaru zarządzania wiedzą;
- nagradzanie personelu za wspieranie działań w zakresie zarządzania wiedzą;
- liczbę barier zarządzania wiedzą występujących w placówce;
- wykorzystywanie instrumentów informatyzacji wspierających procesy zarządzania wiedzą;
- prawidłowość realizacji procesu wyboru strategii zarządzania wiedzą w szpitalu;
- rodzaj reakcji na niewiedzę.

Na podstawie oceny wartości, które otrzymały poszczególne placówki, określono trzy poziomy zarządzania wiedzą w badanych szpitalach: wysoki, średni i niski. Aby ustalić, jaki związek ma poziom zarządzania wiedzą w szpitalach publicznych z ich pozycją konkurencyjną określono strukturę badanych szpitali publicznych ze względu na, przyjęte kryteria, co zilustrowano w tabeli 1. Najwięcej badanych placówek (28) charakteryzowało się średnim poziomem zarządzania wiedzą, osiemnaście kolejnych to liderzy w tym obszarze, legitymujący się wysokim poziomem zarządzania wiedzą. Kolejnych 19 badanych szpitali zarządzało wiedzą na niskim poziomie.

Prawie wszystkie badane szpitale charakteryzujące się wysokim poziomem zarządzania wiedzą znalazły się choć raz w rankingach (poza jedną placówką). Dziewięć z nich posiadało dodatkowo aktualny certyfikat akredytacji. Osiem placówek o wysokim poziomie zarządzania wiedzą, znalazło się także na listach rankingowych, z tym że nie posiadają aktualnych certyfikatów akredytacji. Do tej grupy należało też osiem szpitali o średnim poziomie zarządzania wiedzą i zaledwie cztery o niskim. Ustalono, że placówki o wysokim poziomie zarządzania wiedzą charakteryzują się zarówno większymi wartościami punktów uzyskanych w rankingach, jak i mniejszą rozbieżnością między maksymalną i minimalną liczbą otrzymanych punktów (poza niewieloma wyjątkami). Świadczy to o większej ich umiejętności uzyskiwania pozycji konkurencyjnej i jej utrzymywania.

Podmioty, które znalazły się na listach rankingowych i (lub) posiadały certyfikat akredytacji, oceniały sytuację szpitala w układzie turbulencja wewnętrzna–turbulencja zewnętrzna, podobnie jak wszystkie badane placówki. Prawie połowa badanych (48%) uznała funkcjonowanie swej placówki w warunkach stabilności wewnętrznej i zewnętrznej (w tej grupie znalazły się prawie wszystkie szpitale charakteryzujące się wysokim poziomem zarządza-

nia wiedzą). Duża grupa respondentów (35%) określiła sytuację wewnętrzną szpitala, jako stabilną, natomiast zaznaczyła duże nasilenie konkurencji i innowacji oraz nieciągłość zmian w otoczeniu. Pozostali badani uznali działanie ich szpitala w warunkach dużej turbulencji wewnętrznej i zewnętrznej.

Tabela 1. Struktura badanych szpitali publicznych ze względu na przyjęte kryteria świadczące o ich pozycji konkurencyjnej oraz poziom zarządzania wiedzą

Poziom zarządzania wiedzą	Liczba szpitali			
	które posiadały aktualny certyfikat akredytacji oraz znalazły się na listach rankingowych	które nie posiadały aktualnego certyfikatu akredytacji, ale znalazły się na listach rankingowych	które posiadały aktualny certyfikat akredytacji, ale nie znalazły się na listach rankingowych	które nie posiadały aktualnego certyfikatu akredytacji, ani nie znalazły się na listach rankingowych
Wysoki	9	8	0	1
Średni	2	6	1	19
Niski	0	4	1	14

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych. Por. [Krawczyk-Soltys 2013, s. 322].

Prawie połowa (48%, czyli o 2% więcej niż w przypadku całej próby badawczej) oceniając pola w największym stopniu budujące pozycję konkurencyjną szpitala, wskazała na odkrywanie nowej wiedzy szybciej i efektywniej niż konkurenci oraz uczenie się identyfikowania i transformowania złożonej wiedzy w formę, która będzie mogła zostać efektywnie wykorzystana przez szpital. Za najistotniejsze z pól 28% (o 1% mniej niż w odniesieniu do całej populacji) respondentów uznało kompetentne budowanie i realizacja strategii w zmieniającym się otoczeniu. Mobilizowanie rozproszonej wiedzy w celu wsparcia procesów innowacyjnych bardziej kreatywnych niż u konkurencji uznane zostało jako najbardziej wpływające na pozycję konkurencyjną szpitala przez 14% badanych. Natomiast pozostali respondenci wskazali na operacjonalizację innowacji efektywniej niż konkurencja. Struktura odpowiedzi na to pytanie pokrywa się ze strukturą wskazań całej próby badawczej.

W kontekście uszeregowania głównych źródeł stanowiących o pozycji szpitala zarządzający placówkami znajdującymi się na listach rankingowych odpowiadali podobnie, jak wszyscy respondenci, uznając za najistotniejsze czynniki personel i technologię, zaś najmniejszą rangę przypisując czasowi. Na trzecim miejscu znalazła się usługa, a nie – jak w przypadku całej próby badawczej – reputacja.

W tym zakresie istnieje duża zgodność między opiniami badanych, którzy za podstawowe czynniki determinujące pozycję konkurencyjną szpitala uznawali również dysponowanie odpowiednimi zasobami ludzkimi do wykonywania usług zdrowotnych oraz wyposażenie w nowoczesny sprzęt i aparaturę medyczną. Kolejno wskazywano na optymalizację wielkości infrastruktury szpitalnej, której wyznacznikiem jest liczba łóżek szpitalnych oraz prawidłowe rozmieszczenie przestrzenne oddziałów szpitalnych – struktura odpowiedzi na to pytanie pokrywała się ze wskazaniami wszystkich badanych szpitali.

Podobnie też szpitale znajdujące się w rankingach szeregowały działania ze względu na ich znaczenie w kształtowaniu pozycji konkurencyjnej szpitala oraz oceniały zakres, w jakim są one realizowane. Największe znaczenie przypisywano działaniom bezpośrednim, związanym z kreowaniem wartości dla pacjenta (diagnozowanie, wykonywanie zabiegów, czynności personelu pomocniczego), poziom realizacji tych działań został również oceniony najwyższej (średnia odpowiedzi 4,83 – tak samo, jak w ocenie całej próby badawczej). Nieco większe znaczenie ta część badanych przyznała działaniom zabezpieczającym jakość niż pośrednim. Respondenci tak samo ocenili natomiast zakres realizacji obu tych działań – średnia 4,04. Oceny te są wyższe niż były w opinii wszystkich respondentów, którzy średnio ocenili poziom realizacji działań pośrednich na 3,91, zaś działań zabezpieczających jakość – 3,82. Szpitale znajdujące się w rankingach wskazywały również na te same utrudnienia w konkurowaniu, co wszyscy badani.

W świetle wyników badań na uwagę zasługuje fakt, że niezależnie od pozycji konkurencyjnej szpitale podobnie oceniają swoją sytuację w układzie turbulencja wewnętrzna – turbulencja zewnętrzna, wskazują te same pola w największym stopniu budujące ich pozycję konkurencyjną i podkreślają znaczenie ludzi i technologii, jako podstawowe źródła przewagi konkurencyjnej. Podobnie też uszeregowwały działania – ze względu na ich znaczenie w kształtowaniu pozycji konkurencyjnej szpitala – oraz oceniały zakres ich realizacji (placówki znajdujące się w rankingach przypisywały większą rangę działaniom zabezpieczającym jakość oraz wyżej oceniały poziom ich realiza-

cji, jak również zakres działań pośrednich); wskazują też na te same bariery konkurowania.

Przeprowadzone badania potwierdziły, że mimo podobnej świadomości szpitali publicznych w sferze czynników wpływających na ich konkurencyjność oraz barier, to różna jest ich pozycja konkurencyjna.

Podsumowanie

Mówiąc o pozycji konkurencyjnej szpitala, należy sobie uświadomić istnienie ludzkiej cechy polegającej na wewnętrznej potrzebie usprawiedliwiania przed sobą swoich decyzji, dlatego człowiek szuka różnic uzasadniających swój wybór. W praktyce oznacza to, że im bardziej oferty dwóch szpitali są do siebie zbliżone, tym istotniejsza staje się różnica między nimi [Bukowska-Piestrzyńska 2007, s. 82]. Nie będąc w stanie dostrzec rzeczywistych różnic między placówkami, ludzie będą usilnie szukać śladu odmienności potwierdzającego słuszność wyboru miejsca, gdzie będą się leczyć oni lub ich bliscy.

W obliczu rosnącej konkurencji na rynku usług zdrowotnych coraz więcej szpitali publicznych zauważa, że same umiejętności medyczne nie są wystarczające do pozyskiwania i utrzymywania pacjentów [Syrkiewicz-Świłała, Moroz, Świłała i in. 2011, s. 169]. Rolą świadczeniodawców usług zdrowotnych jest nie tylko dbałość o prawidłowe z punktu widzenia medycznego wykonywanie usług, lecz także dążenie do wykorzystywania i rozwijania umiejętności pozamedycznych, takich jak sprawna i efektywna komunikacja wpływająca na pozytywne relacje z pacjentami.

Biorąc pod uwagę uzyskane wyniki, można więc skonstatować, że na obecną sytuację w polskich szpitalach publicznych mają wpływ nie tylko szeroko nagłaśniane problemy finansowe czy wady systemowe w obszarze ochrony zdrowia, ale także niedociągnięcia w zarządzaniu wiedzą. Szczególnie przekładają się one na efektywność wykorzystania zasobów będących w ich posiadaniu oraz ich pozycję konkurencyjną. Dlatego konieczne wydaje się, aby zarówno zarządzający tymi jednostkami, jak i pozostali pracownicy szpitali jak najszybciej podjęli trud usprawnień w tym obszarze.

Traktując wiedzę, jako źródło przewagi konkurencyjnej, należy podkreślić: największe znaczenie w kreowaniu tej przewagi ma wiedza wykorzystywana w praktyce. Utrzymywanie trwałej przewagi konkurencyjnej jest więc możliwe dzięki unikalnemu połączeniu zasobów wiedzy i umiejętności, czyli procesom organizacyjnym. Dlatego też kierunek rozwoju zasobów wiedzy musi być połączony z konkretnym celem użyteczności dla organizacji. Po-

stępujący rozwój nauki przyczynia się doskonalenia narzędzi zarządzania wiedzą, które sprzyjają temu, by zasobom wiedzy nadać odpowiednią rangę i umieć je efektywnie spożytkować.

Bibliografia

- Adamczyk-Kloczkowska B., Wojna M. (2008), *Czynniki wspierające i osłabiające konkurencję w systemie ochrony zdrowia* [w:] K. Ryć, Z. Skrzypczak (red.), *Ochrona zdrowia i gospodarka. Mechanizmy rynkowe a regulacje publiczne*, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- Barney J.B. (1991), *Firm Resources and Sustained Competitive Advantage*, „Journal of Management”, 1991, vol. 17, no. 1.
- Bukowska-Piastryńska A. (2010), *Finansowanie marketingu w ochronie zdrowia*, Cedetu.pl Wydawnictwa Fachowe, Warszawa.
- Bukowska-Piastryńska A. (2007), *Marketing usług zdrowotnych. Od budowania niżerunku placówki do zadowolenia klientów*, Cedetu.pl Wydawnictwa Fachowe, Warszawa.
- Dziubińska A. (2009), *Konkurowanie w gospodarce opartej na wiedzy jako przesłanka do modyfikacji modeli strategii korporacji międzynarodowych* [w:] J. Rokita, W. Czakon, A. Samborski (red.), *Współczesne i perspektywiczne kierunki badań w zarządzaniu przedsiębiorstwem*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Katowice.
- Glińska-Neweś A. (2007), *Kulturowe uwarunkowania zarządzania wiedzą w przedsiębiorstwie*, Dom Organizatora, Toruń.
- Krawczyk-Soltys A. (2013), *Zarządzanie wiedzą w szpitalach publicznych. Identyfikacja poziomu i kierunki doskonalenia*, Studia i Monografie nr 485, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole.
- Mazur J., Rószkiewicz M., Strzyżewska M. (2011), *Kompozycja działań związanych z wiedzą a wyniki ekonomiczne przedsiębiorstwa. Wyniki badań średnich przedsiębiorstw funkcjonujących w Polsce*, Oficyna Wydawnicza Szkoły Głównej Handlowej, Warszawa.
- Nonaka I., Takeuchi H. (1995), *The Knowledge Creating Company*, Oxford University Press, Oxford–New York.
- Perez J.R., Ordóñez de Pablos P. (2003), *Knowledge management and organizational competitiveness: a framework for human capital analysis*, „Journal of Knowledge Management” 2003, no. 3.
- Rudawska I. (2008), *Konkurencja w podsektorze stacjonarnej opieki zdrowotnej* [w:] K. Ryć, Z. Skrzypczak (red.), *Ochrona zdrowia i gospodarka. Mechanizmy rynkowe a regulacje publiczne*, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- Syrkiewicz-Świtała M., Moroz E., Świtała R., Woźniak-Holecka J. (2011), *Marketing szpitali usług zdrowotnych* [w:] R. Lewandowski, R. Walkowiak (red.), *Zarządzanie w ochronie zdrowia. Finanse i zasoby ludzkie*, Wydawnictwo Olsztyńskiej Wyższej Szkoły Informatyki i Zarządzania im. T. Kotarbińskiego, Olsztyn.
- www.cmj.org.pl. Dostęp 12 lipca 2012.

Dominika Cichońska
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Włodzimierz Stelmach
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Adam Rzeźnicki
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Alina Kowalska
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Hanna Balkiewicz
Społeczna Akademia Nauk
Maria Sobieszek
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Jan Krakowiak
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Determinanty zakupu leków na przykładzie klientów wybranej apteki w Piotrkowie Trybunalskim

Determinants of drug purchase – customers selected pharmacies in Piotrków Trybunalski as an example

Abstract: Over half of the pharmaceutical market in Central Europe has been generated by Poland. According to the analysis in 2012, Poland showed the highest rate of spending on OTC drugs per capita (among the countries of Central Europe) - it was 66 Euro. The average Pole leaves so the pharmacy almost 280 PLN for drugs without a prescription. Therefore, the present work set itself the objective answer to the question about the determinants of purchasing drugs.

Understanding the determinants of drug purchase by customers in selected pharmacies in Piotrków Trybunalski.

The chosen method of research was a diagnostic survey and a research tool – a questionnaire survey. The study was conducted among customers pharmacy "Under sevens" in Piotrków Trybunalski, Poland.

Customers pharmacy in Piotrkow when choosing drugs do not rely primarily advertising and price. The main determinant proved to be a doctor and pharmacist recommendations.

Key words: pharmaceutical market, medicines, consumer behavior, determinants of purchase.

Wstęp

Przedmiotem badań niniejszej pracy są czynniki wpływające na decyzje zakupu leków w wybranej aptece w Piotrkowie Trybunalskim. Pozyskane informacje mogą posłużyć do różnych celów. Właściciel apteki uzyska potwierdzenie jak ważną rolę odgrywa farmaceuta w formowaniu decyzji o zakupie leków wśród pacjentów przychodzących do apteki oraz wśród jakiej grupy pacjentów rola ta jest najistotniejsza. Informacje pozwolą selekcjonować osoby z Piotrkowa i okolic, które kupując stosunkowo dużo leków bez recepty, stosują samoleczenie. Uzyskano również informacje, jakie leki bez recepty kupowane są najczęściej. Wyniki mogą posłużyć zaplanowaniu kampanii społecznej ukierunkowanej przeciwko nadmiernej konsumpcji leków OTC adresowanej do tak zidentyfikowanej grupy, określając przy tym środek przekazu najbardziej do takiej kampanii odpowiedni. Badanie umożliwia również ocenę zasadności oraz ukierunkowanie ewentualnej kampanii promującej kupowanie zamienników leków na receptę.

Rynek leków w Polsce

Apteczny rynek farmaceutyczny w Polsce w roku 2011 stanowił wartość 27,97 mld zł. w cenach detalicznych [PharmaExpert 2014]. Porównując lata 2010 i 2011 zauważyć można, iż tempo wzrostu obrotów na rynku aptecznym w Polsce w 2011 roku wynosiło ok. 4,9% porównując z rokiem 2010. Nieco słabszy rozwój widoczny był w roku 2012, a wynikał on z wejścia w życie nowej ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych z dnia 12.05.2011r., która znacznie uszczupliła wydatki państwa na refundację. Wprowadzone zostały także sztywne marże, które pozbawiły apteki możliwości akcji promocyjnych cen na leki objęte refundacją, czyli tzw. leki po groszu, co zminimalizowało siłę nabywczą klientów/pacjentów. Końcówka roku 2011 była obfita w znaczne zwiększenie obrotów na rynku leków, co wynikało z obawy klientów/pacjentów przed wzrostem cen powodowanym wprowadzeniem nowej ustawy refundacyjnej. Zwiększone obroty w końcówce roku 2011 wpłynęły na obniżenie obrotów na początku roku 2012. Po przeanalizowaniu sprzedaży na rynku aptecznym w Polsce, można stwierdzić, że dystrybucja leków OTC przyczyniła się do 1/3 obrotów na aptecznym rynku w 2011 roku, co stanowiło 36,2%. Począwszy od 2009 roku sprzedaż leków bez recepty na rynku farmaceutycznym nieustannie wzrasta. Prognozy poczynio-

ne od tego właśnie roku dawały podstawy do ukształtowania się rynku leków OTC w granicach 3% w latach 2012–2014 [Rynek Aptek 2012].

Według danych IMS Helath [IMS Health 2010] zauważyć można, że partycypacja asortymentu leków OTC w Polsce w rynku aptecznym w roku 2010 wynosiła 19%, co stanowi rangę zdecydowanie niższą od danych uzyskanych z firmy PharmaExpert oraz PMR Publications. Rozbieżność ta jest rezultatem faktu, iż IMS Health w swoich badaniach kieruje się cenami hurtowymi produktów, natomiast wspomniane firmy, cenami detalicznymi. Stąd marże nakładane na preparaty OTC są wyższe od marż leków wydawanych na receptę. W roku 2011 w Polsce dystrybucja leków etycznych (na receptę), uwzględniając ceny detaliczne, ukształtowana była na poziomie 63,8% wartości całego rynku aptecznego. Natomiast sprzedaż leków refundowanych w porównaniu do całkowitej sprzedaży leków na receptę w tym samym roku stanowiła 70,7% sprzedaży wszystkich leków podlegających refundacji, a także 45,2% ogólnej wartości rynku aptecznego w Polsce.

Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) w roku 2012 przekazał na refundację leków 8,17 mld zł [Narodowy Fundusz Zdrowia 2012], czyli zdecydowanie mniej, niż w roku poprzednim, w którym refundacja wymagała od Narodowego Funduszu Zdrowia nakładów rzędu 8,63 mld zł. Szczególnie widoczny jest zwiększony udział we współpłaceniu klientów/pacjentów w 2012 r. odnoszący się do wybranych produktów leczniczych oraz grup terapeutycznych, typu: paski cukrzycowe – całkowita odpłatność klienta/pacjenta wynosząca 53 mln zł., leki przeciwastmatyczne – zwiększone odpłatność o 35 mln zł., leki przeciwwzkrępowe – wzrost na poziomie 2 mln zł [Rynek Zdrowia 2012].

Rynek leków OTC stanowił w Polsce w 2011 r. wartość 10,1 mld zł. w cenach detalicznych, co procentowo wynosi 36,2% ogólnego rozmiaru rynku leków [Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową 2012]. Porównując leki na receptę z lekami dostępnymi bez recepty, zaznaczyć należy, że te ostatnie mogą być rozprowadzane także drogą pozaapteczną. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 2010 r. przedstawia leki na podłożu 52 substancji czynnych, które to mogą być przedmiotem obrotu w sklepach spożywczych, kioskach, stacjach benzynowych. W przypadku suplementów diety, mogą one być rozprowadzane drogą pozaapteczną bez limitu obostrzeń. Przykładem integracji pionowej może być firma Neuca, która zapoczątkowała w Polsce budowę aptek opartych na franszyzie. Rynek handlu aptecznego cechuje się sporym poziomem jednoczenia się podmiotów znajdujących się w jego obrębie. W roku 2011 przodowała wspomniana firma Neuca, której profity kształtowały się w granicach 6,4 mld zł [Neuca 2011].

Metodologia badania

W celu identyfikacji determinant zakupu leków przeprowadzone zostały badania wśród mieszkańców Piotrkowa Trybunalskiego. Wybraną metodą badawczą było sondaż diagnostyczny, a narzędziem badawczym – kwestionariusz ankiety. Badanie przeprowadzono wśród klientów apteki „Pod Siódmkami” przy ulicy Wojska Polskiego 77 w Piotrkowie Trybunalskim. Kwestionariusz ankiety składał się z 21 pytań pogrupowanych tematycznie. Pytania 1-4 dotyczyły własności demograficznych. Pytania 5-12 – wyłącznie zakupów leków OTC. Pytania 13 i 14 związane są z zakupem leków na receptę. W pozostałych pytaniach (15-21) nie występuje rozróżnienie między lekami OTC a lekami na receptę.

Odpowiedzi na pytania o parametry demograficzne, a także pytanie dotyczące częstości wizyt w aptece w dalszej analizie traktowane są jako zmienne wejściowe (niezależne). Odpowiedzi na pozostałe pytania stanowią będą zespół zmiennych wyjściowych (zależnych).

Cele szczegółowe przeprowadzonych badań to:

- 1) Zbadanie uwarunkowań zakupu leków OTC przez klientów aptek piotrkowskich.
- 2) Zbadanie uwarunkowań zakupu zamienników leków na receptę przez klientów aptek piotrkowskich.
- 3) Zbadanie czynników, które mają decydujący wpływ na zapotrzebowanie na daną kategorię leków przez klientów aptek piotrkowskich.

Problemy badawcze postawione w ramach analizy:

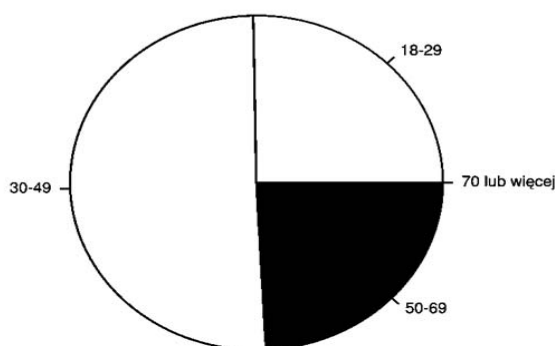
- 1) Jakie czynniki mają decydujący wpływ na wybór zakupionego leku OTC?. Jak odpowiedź na to pytanie przedstawia się w zależności od takich czynników jak wiek, płeć, wykształcenie czy miejsce zamieszkania?
- 2) Czym kierują się klienci aptek piotrkowski przy wyborze zamienników leków na receptę?
- 3) Jakie czynniki mają decydujący wpływ na zapotrzebowanie na daną kategorię leków?

Analiza wyników badań

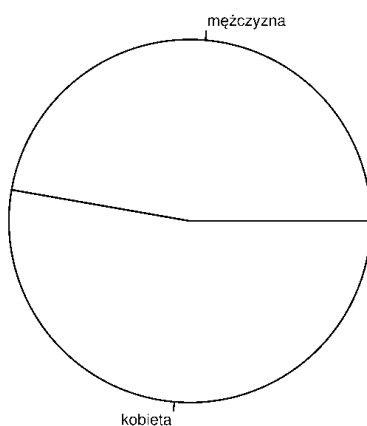
Do opracowania diagramów oraz do obliczeń testów statystycznych użyto środowiska statystycznego GNU R.

Struktura demograficzna pacjentów apteki

W badaniu zebrano wyniki badania ankietowego na próbie $n=91$ pacjentów. W pierwszej kolejności przedstawiono rozkład według wieku. Interesujący jest fakt, że w badaniu nie zanotowano osoby w wieku 70 lat lub więcej. Jak widać ponad połowa respondentów jest w wieku 30-49 lat.

Rysunek 1. Struktura wieku badanych.

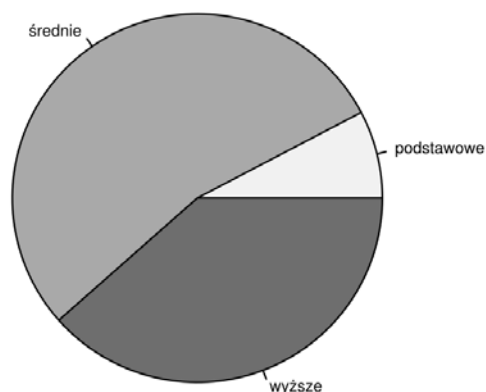
Źródło: Opracowanie własne.

Rysunek 2. Struktura płci badanych

Źródło: Opracowanie własne.

Drugim z czynników demograficznych jest płeć. Widoczna jest nieznaczna nadwyżka kobiet.

Rysunek 3. Struktura wykształcenia uczestników badania

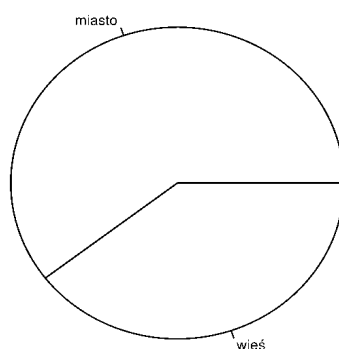


Źródło: Opracowanie własne.

W próbie dominują osoby z wykształceniem średnim. Niewielki jest natomiast udział ludności z wykształceniem podstawowym.

Ostatnią z odnotowanych cech demograficznych jest miejsce zamieszkania. Jej rozkład przedstawia wykres na rys. 4.

Rysunek 4. Struktura miejsca zamieszkania badanych

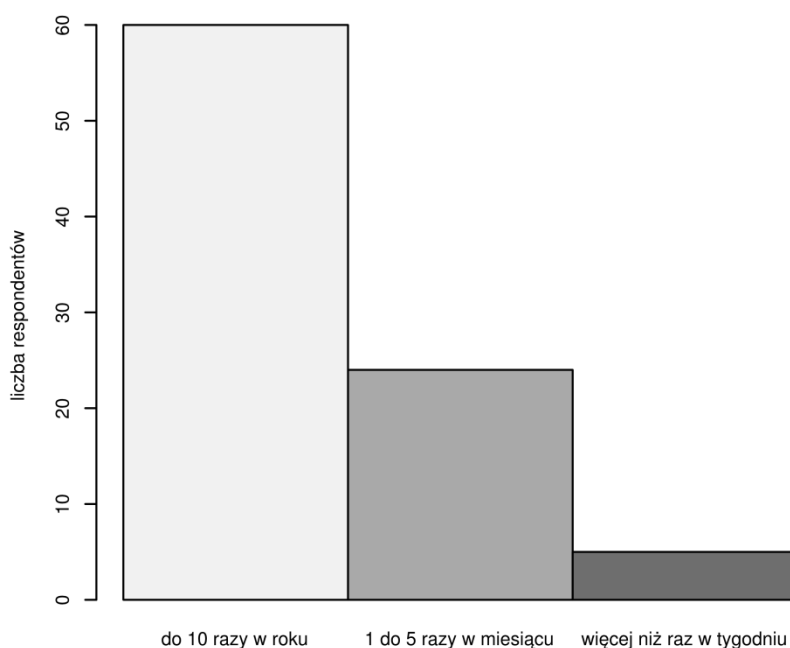


Źródło: Opracowanie własne.

Prawie 40% respondentów określiło swoje miejsce zamieszkania jako wieś – jest to nieco zaskakujące, ze względu na umiejscowienie apteki w pobliżu centrum miasta Piotrkowa.

Oprócz typowych cech demograficznych, jako zmienną niezależną traktować należy również strukturę częstości wizyt w aptece. Na poniższym wykresie zauważyć można, że największa liczba pacjentów chodzi do apteki najwyżej 10 razy w roku. Wskazuje to na jeszcze głębsze różnice w populacji Piotrkowa (w przeciwieństwie do losowej próby klientów apteki) – w końcu osoby, które chodzą częściej do apteki miały znacznie większą szansę, aby zostać respondentem niniejszego badania.

Rysunek 5. Struktura częstości wizyt w aptecę wśród klientów apteki



Źródło: Opracowanie własne.

Niezależność zmiennych demograficznych

Przy pomocy testu niezależności χ^2 sprawdzono czy istnieją zależności między czynnikami demograficznymi oraz częstością wizyt w aptecę. Wyniki testu w łatwej do interpretacji postaci granicznego poziomu istotności (tzw. p-wartości) zostały przedstawione w tabeli 1.

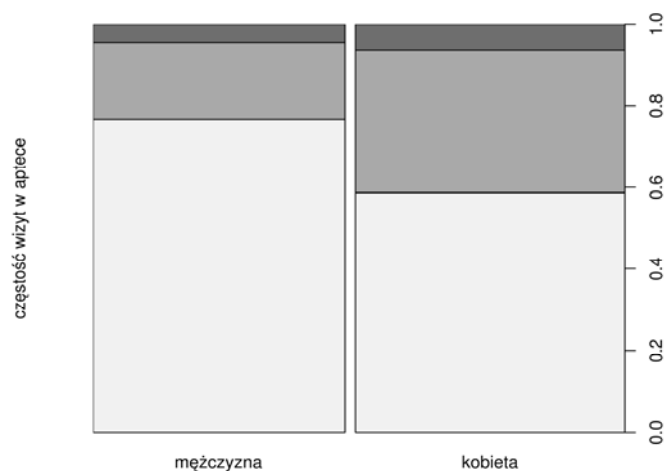
Tabela 1. Graniczne poziomy istotności pomiędzy czynnikami demograficznymi

	Wiek	Płeć	Wykształcenie	Miejsce zam.	Częstość wizyt
Wiek	-	0.94	0.34	0.45	0.28
Płeć	0.94	-	0.41	0.52	0.19
Wykształcenie	0.34	0.41	-	0.59	0.31
Miejsce zam.	0.45	0.52	0.59	-	0.54
Częstość wizyt	0.28	0.19	0.31	0.54	-

Źródło: Opracowanie własne.

Wszystkie wartości są zdecydowanie większe od 0,05, między żadną parą czynników nie zaobserwowano na tyle silnej zależności, aby można było obalić tezę o ich stochastycznej niezależności, nawet na poziomie istotności 0,05. Dla ilustracji, że rzeczywiście nie są to duże zależności przedstawiono najsilniejszą zależność z tabeli (o najmniejszej p-wartości 0,19) – częstość wizyt w zależności od płci.

Rysunek 6. Zależność częstości wizyt w aptece od płci badanego



Źródło: Opracowanie własne.

Przy interpretacji powyższego wykresu należy wziąć pod uwagę stosunkowo niewielką wielkość próby ($n=91$) – przy większej liczebności próby ten sam wykres w silniejszym stopniu wskazywałby na zależność (p-wartość byłaby niższa).

Czynniki wpływające na wybór leków OTC

Analizę rozpocznie próba odpowiedzi na pytanie: które cechy ankiety związane z wyborem leków OTC zależą od rozważanych zmiennych demograficznych? W tym celu zastosowano test niezależności χ^2 . Podobnie jak w punkcie poprzednim wyniki testów zostały przedstawione w postaci p-wartości (tabela 2). W tabeli ciemnym szarym zaznaczono zależność o p-wartości mniejszej od 0,01 (bardzo duża przesłanka do odrzucenia hipotezy o niezależności takiej pary wielkości), kolorem jasnoszarym zaznaczono zależność o p-wartości w przedziale od 0,01 do 0,05 (duża przesłanka do odrzucenia hipotezy o niezależności). Kolorem czarnym zaznaczono zależność o p-wartości w przedziale od 0,05 do 0,2 – stanowiące przesłankę o tym, że bardzo prawdopodobna jest znaczna zależność cech, jednakże również możliwa jest ich stochastyczna niezależność.

Tabela 2. Graniczne poziomy istotności między czynnikami demograficznymi a wybranymi pytaniami ankiety

	Pyt. 5	Pyt. 6	Pyt. 7	Pyt. 8	Pyt. 9	Pyt. 10	Pyt. 11	Pyt. 12
Wiek	0.336	0.027	0.945	0.188	0.717	0.044	0.046	0.046
Płeć	0.479	0.99	0.129	0.817	0.436	0.589	0.087	0.421
Wykształcenie	0.006	0.002	0.254	0.457	0.409	0.012	0.594	0.61
Miejsce zamieszkania	0.911	0.145	0.451	0.314	0.742	0.469	0.114	0.787
Częstość wizyt w aptece	0.031	0.079	0.024	0.56	0.672	0.555	0.366	0.059

Gdzie:

Pyt. 5 – Czy przy wyborze leków bez recepty kieruje się Pan(i) reklamą

Pyt. 6 – Jeśli w odpowiedzi na poprzednie pytanie zaznaczył(a) Pan(i) odpowiedź a) lub b), to jaką?

Pyt. 7 – Czy przy wyborze leków bez recepty kieruje się Pan(i) ceną?

Pyt. 8 – Czy przy wyborze leków bez recepty kieruje się Pan(i) zaleceniami lekarza?

Pyt. 9 – Czy przy wyborze leków bez recepty kieruje się Pan(i) zaleceniami farmaceuty?

Pyt. 10 – Czy przy wyborze leków bez recepty kieruje się Pan(i) opinią rodziny lub znajomych?

Pyt. 11 – Czy przy wyborze leków bez recepty kieruje się Pan(i) własną wiedzą na temat leków?

Pyt. 12 – Czy zdarza się Panu/Pani kupić leki po które nie przyszedł(-szła) Pan(i) do apteki?

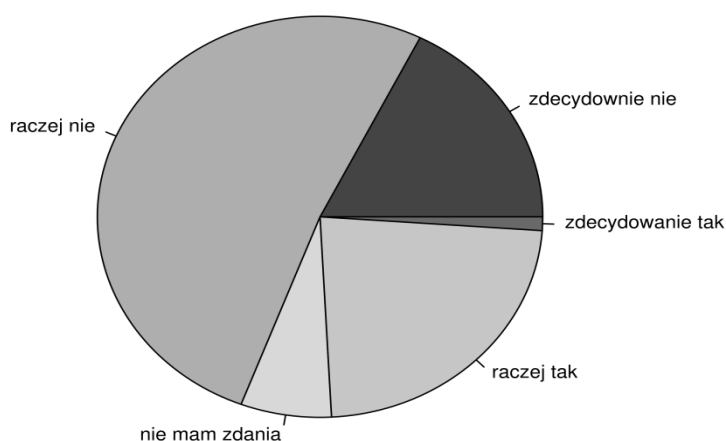
Źródło: Opracowanie własne.

Poniżej przedstawiono strukturę odpowiedzi na pytania 5-12, a także diagramy ukazujące zależności tychże odpowiedzi od czynników, co do których nie ma wątpliwości, że mają wpływ na te odpowiedzi (p -wartość $< 0,05$).

Kierowanie się reklamą przy wyborze leku OTC (pytanie 5)

Struktura odpowiedzi na to pytanie przedstawia się następująco (rys. 7).

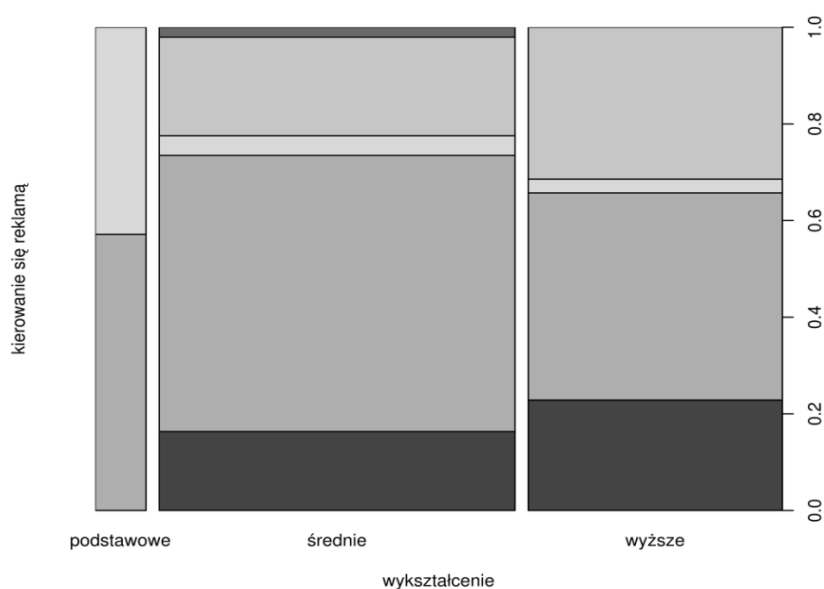
Rysunek 7. Kierowanie się reklamą przy wyborze leku OTC
– struktura wśród klientów apteki



Źródło: Opracowanie własne.

Ponad 2/3 respondentów uważa, że nie kierują się reklamą przy wyborze leków OTC. Z Tabeli 2 można wnioskować o zależności między kierowaniem się reklamą a wykształceniem oraz częstością wizyt w aptece. Zależność między kierowaniem się reklamą a wykształceniem – rys. 8.

**Rysunek 1. Kierowanie się reklamą przy wyborze leku OTC
– zależność od wykształcenia**



Źródło: Opracowanie własne.

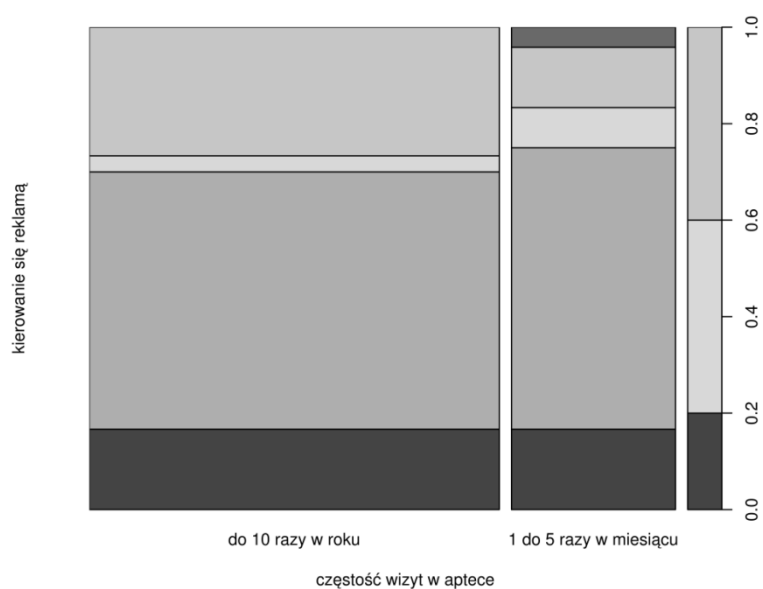
Można stwierdzić, że osoby ze średnim oraz wyższym wykształceniem mają bardziej określone zdanie na tak bądź na nie. Jednakże ze względu na małą wielkość próby takie przypuszczenie raczej nie jest wiążące.

Diagram na rys. 9 wskazuje na to, że osoby, które najczęściej przychodzą do apteki, częściej też ulegają wpływom reklamy. Takich osób jest jednak tylko 5 – więc jest to bardzo słaba przesłanka.

Rodzaj reklamy o największym wpływie na pacjentów (pytanie 6):

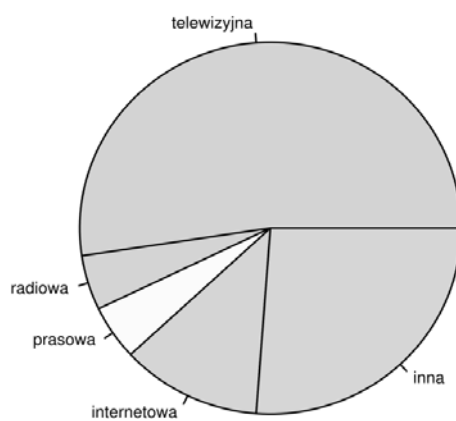
Struktura tej cechy wygląda następująco – wykres na rys.10.

Rysunek 9. Kierowanie się reklamą przy wyborze leku OTC – zależność od częstości wizyt w aptece



Źródło: Opracowanie własne.

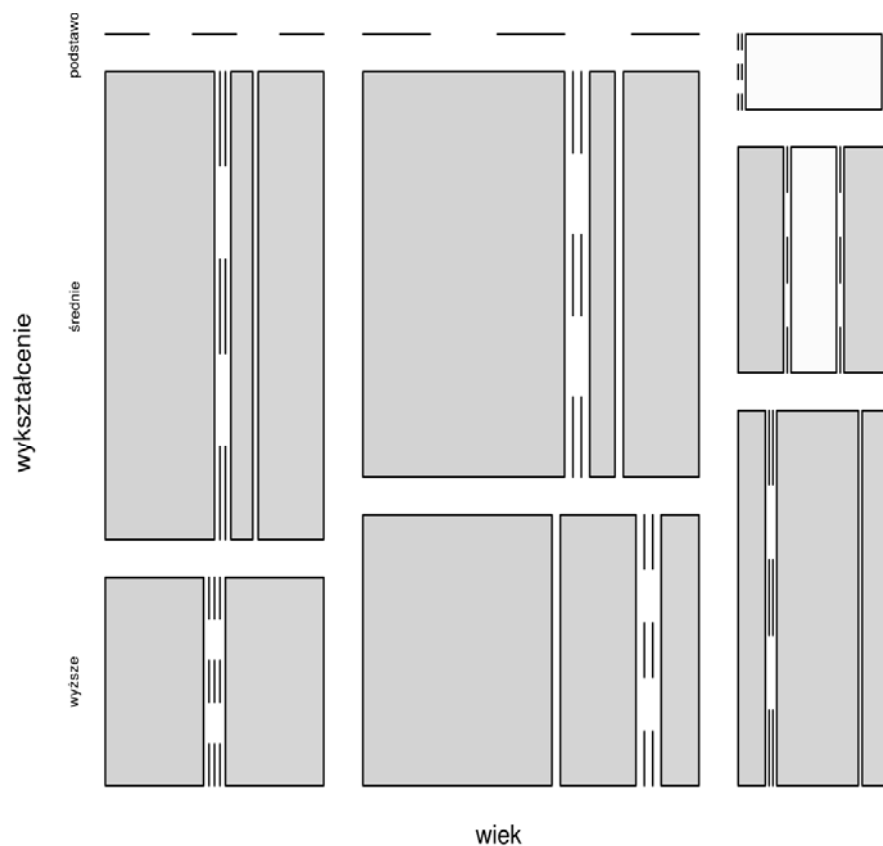
Rysunek 10. Wpływ reklam na zakup leków OTC



Źródło: Opracowanie własne.

Test niezależności χ^2 wykazał, że wpływ reklamy zależy od wieku oraz wykształcenia badanego. Wykres na rys. 11 przedstawia różne nieoczekiwane zależności. Po pierwsze wśród osób z wyższym wykształceniem jedynie osoby w wieku 50-69 lat podatne są na reklamę w Internecie. Po drugie reklama prasowa trafia wyłącznie do ludzi w wieku 50-69 lat – z wyłączeniem jednak osób z wykształceniem wyższym. Po trzecie reklama radiowa leków ma wpływ jedynie na ludzi z wyższym wykształceniem w wieku 30-49 lat.

Rysunek 11. Rodzaj reklamy o największym wpływie na zakup leków OTC – zależność od wykształcenia oraz wieku

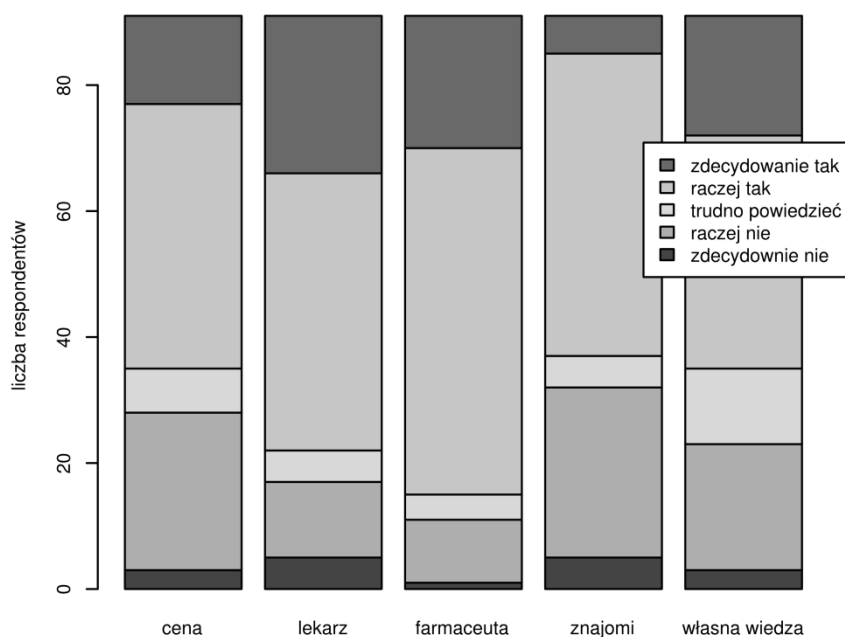


Źródło: Opracowanie własne.

Różne uwarunkowania zakupu leków OTC (pytania 7-11)

Zależności te przedstawiono na kolejnym diagramie zbiorczym (rys. 12). Dla każdego z wymienionych powodów, którymi pacjenci mogą się kierować przy wyborze leku OTC, przynajmniej 60% ankietowanych pacjentów tym powodem się kieruje (odpowiedzi „raczej tak” oraz „zdecydowanie tak”). Niemniej jednak, według pacjentów odczuwają oni największy porady farmaceuty oraz lekarza – takimi poradami kieruje się przynajmniej 80% ankietowanych.

Rysunek 12. Kierowanie się różnymi czynnikami przy zakupie leków OTC – zestawienie struktur

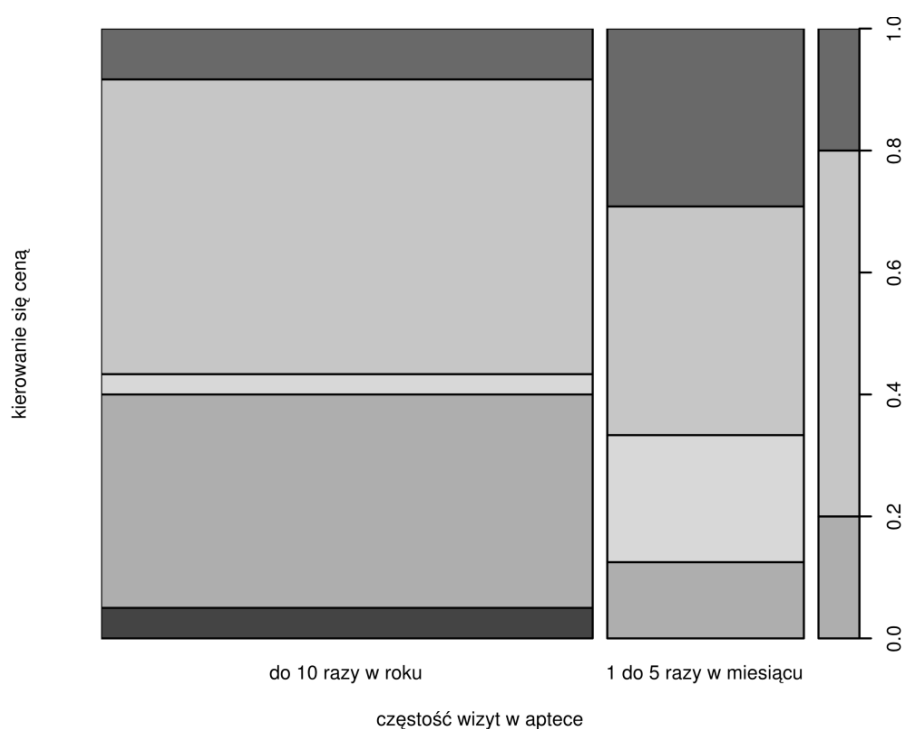


Źródło: Opracowanie własne.

Z tabeli 2 wynika, że kierowanie się ceną zależy od częstości wizyt w aptece, kierowanie się opinią rodziny lub znajomych zależy od wieku i wykształcenia, zaś kierowanie się własną wiedzą zależy od wieku. Poniżej przedstawiono charakter tych zależności. Kierowanie się ceną w zależności

od częstości wizyt w aptece – rys. 13. Diagram wskazuje na to, że osoby, które przychodzą do apteki częściej w większym stopniu sugerują się ceną.

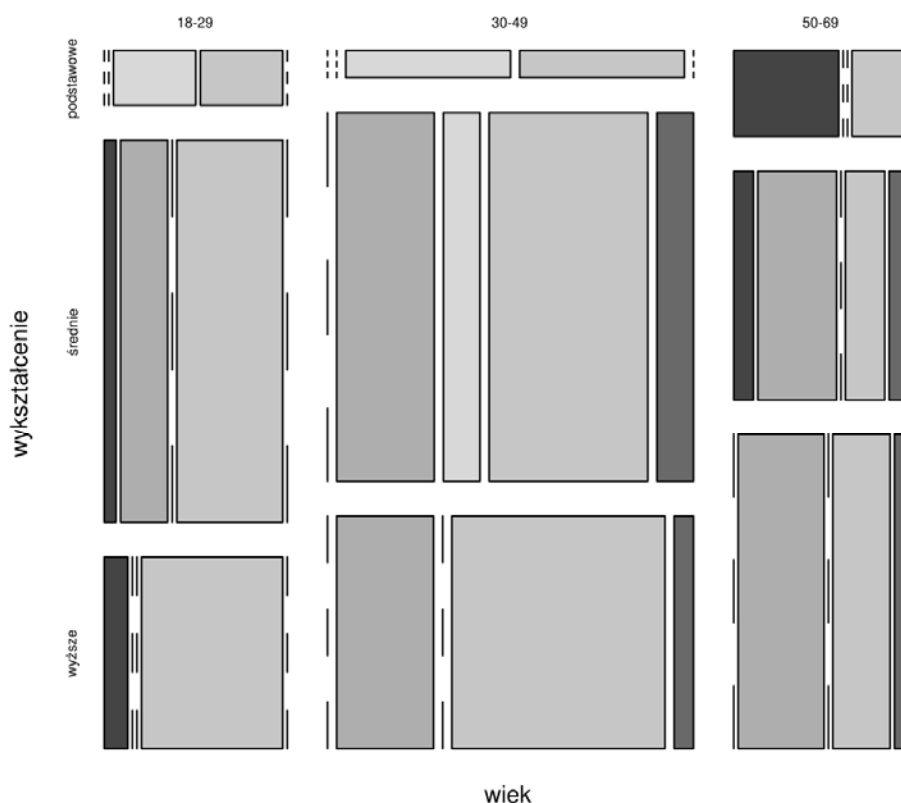
Rysunek 13. Kierowanie się ceną w zależności od częstości wizyt w aptece



Źródło: Opracowanie własne.

Kierowanie się opinią rodziny lub znajomych w zależności od wieku oraz wykształcenia – rys. 14.

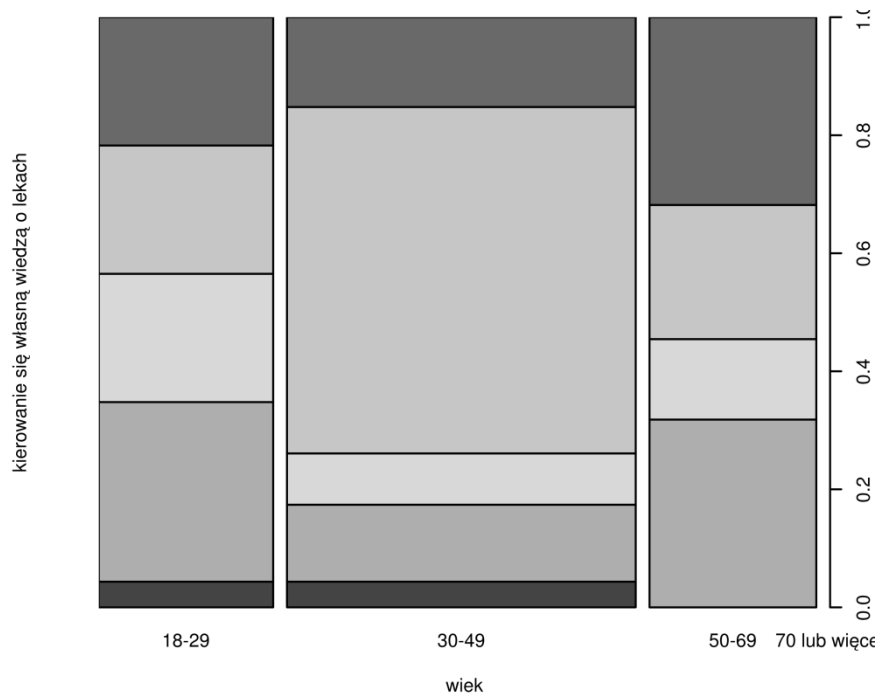
Rysunek 14. Kierowanie się opinią rodziny lub znajomych w zależności od wieku oraz wykształcenia



Źródło: Opracowanie własne.

W kwestii zakupu leków OTC osoby z wyższym wykształceniem nieco bardziej kierują się opinią bliskich. Ponadto, z wykresu wynika, że wraz z wiekiem zmniejsza się tendencja do ulegania opiniom rodziny i znajomych. Kierowanie się własną wiedzą w zależności od wieku – rys. 15. Własną wiedzą o lekach najbardziej sugerują się osoby w wieku 30–49 lat.

Rysunek 15. Kierowanie się własną wiedzą o lekach w zależności od wieku



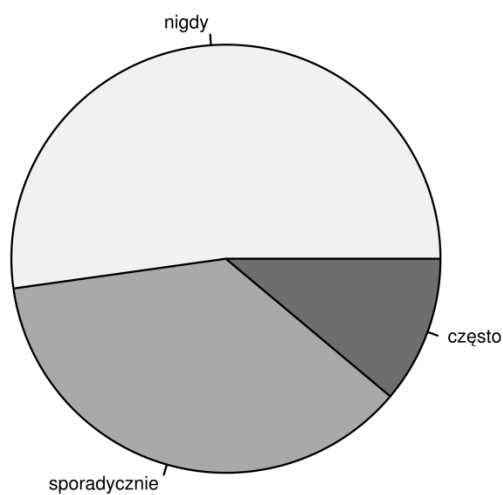
Źródło: Opracowanie własne.

Kupowanie spontaniczne (pytanie 12)

Rozkład nieplanowanych zakupów leków przedstawia rysunek 16. Ponad połowa ankietowanych nigdy, jak twierdzą, nie kupuje leków pod wpływem impulsu. Tylko 11% ankietowanych takiego zakupu dokonuje często. W zależności od wieku struktura ta zmienia się – rys. 17.

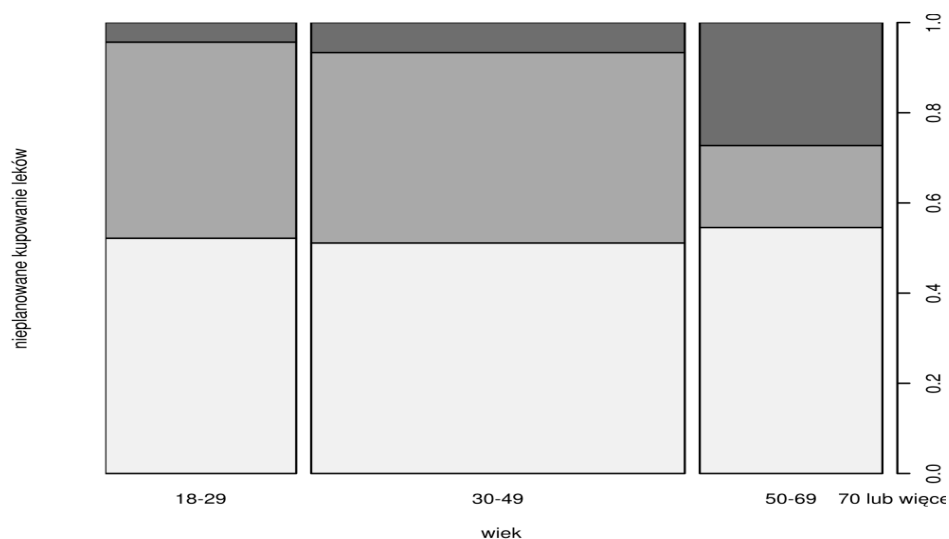
Niezależnie od wieku, blisko połowa ankietowanych przynajmniej od czasu do czasu dokonuje spontanicznych zakupów leków OTC. Jednak liczba osób, które robi takie zakupy często rośnie z wiekiem pacjentów.

Wykres 16. Kupowanie leków, po które klient nie przyszedł do apteki



Źródło: Opracowanie własne.

Rysunek 17. Kupowanie leków, po które klient nie przyszedł do apteki – zależność od wieku badanego



Źródło: Opracowanie własne.

Analiza danych pozwoliła na określenie niewielkiej zależności pomiędzy samooceną a reklamą. Samoocena taka często jest jednak zaniżana – zdajemy się twierdzić, iż wpływ reklamy na nas samych jest mniejszy od wpływu na innych.[Doliński 2003] Niniejszej badania nie pozwalają jednak w obiektywny sposób zmierzyć wielkości tego oddziaływania.

Blisko dwie trzecie respondentów kieruje się ceną przy wyborze leków OTC. Jednakże nie jest to najistotniejszy czynnik – jeszcze większa liczba osób kieruje się wskazaniem lekarza oraz farmaceuty. Zebrane wyniki obalają tezę, iż cena oraz reklama nie są dla klientów aptek piotrkowskich najważniejszymi determinantami zakupów leków OTC.

Wpływ ceny na wybór zamienników leków na receptę

W tabeli 3 używając kodowania kolorami określono graniczne poziomy istotności między czynnikami demograficznymi a wybranymi pytaniami ankiety.

Tabela 3. Graniczne poziomy istotności między czynnikami demograficznymi a wybranymi pytaniami ankiety

	Pytanie 13	Pytanie 14
Wiek	0.746	0.62
Płeć	0.249	0.382
Wykształcenie	0.367	0.069
Miejsce zamieszkania	0.578	0.278
Częstość wizyt w aptece	0.036	0.023

Gdzie:

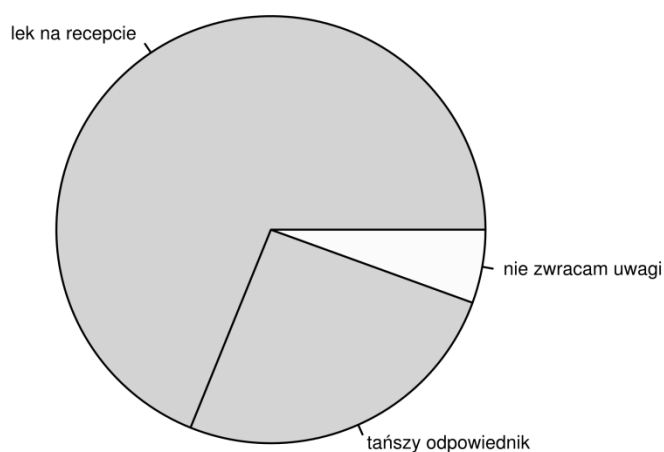
Pyt. 13 – Przy zakupie leków na receptę najczęściej wybiera Pan(i)?

Pyt. 14 – Czy zdarzyło się Panu/Pani zrezygnować z przepisanych leków z powodu za wysokiej ceny?

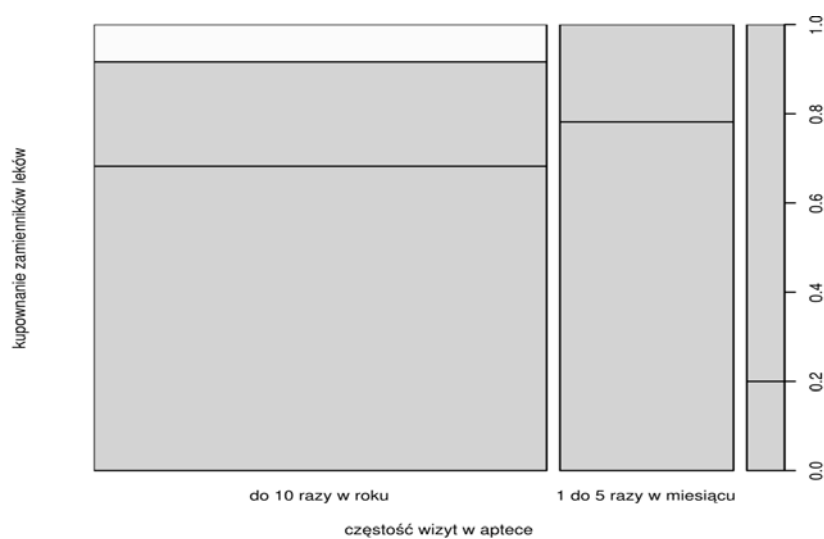
Źródło: Opracowanie własne.

Kupowanie generyków (pytanie 13)

Ponad dwie trzecie ankietowanych kupuje leki, które mają przepisane na receptę, nie szukając tańszych odpowiedników. Z wyników testów niezależności widać, że struktura ta zależy od częstości wizyt w aptece. Rysunek 19 sugeruje, że osoby, które bardzo często chodzą do apteki, częściej poszukują tańszych odpowiedników.

Rysunek 18. Kierowanie się ceną przy wyborze zamiennika leku na receptę

Źródło: Opracowanie własne.

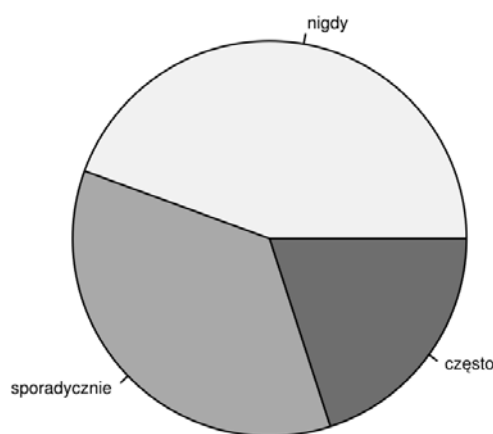
Rysunek 19. Kierowanie się ceną przy wyborze zamiennika leku na receptę – zależność od częstości wizyt w aptece

Źródło: Opracowanie własne.

Rezygnacja z zakupu leków na receptę ze względu na cenę (pytanie 14)

Prawie połowa ankietowanych nigdy nie rezygnuje z zakupu leków z powodu wysokiej ceny, około jedna trzecia rezygnuje sporadycznie.

Rysunek 20. Rezygnacja z zakupu leków na receptę z powodu zbyt wysokiej ceny



Źródło: Opracowanie własne.

Większość ankietowanych przynajmniej od czasu do czasu nie kupuje leku na receptę z powodu zbyt wysokiej ceny. Mimo to, ponad dwie trzecie pacjentów deklaruje, iż kupuje wyłącznie lek widniejący na receptce zamiast jego tańszych zamienników.

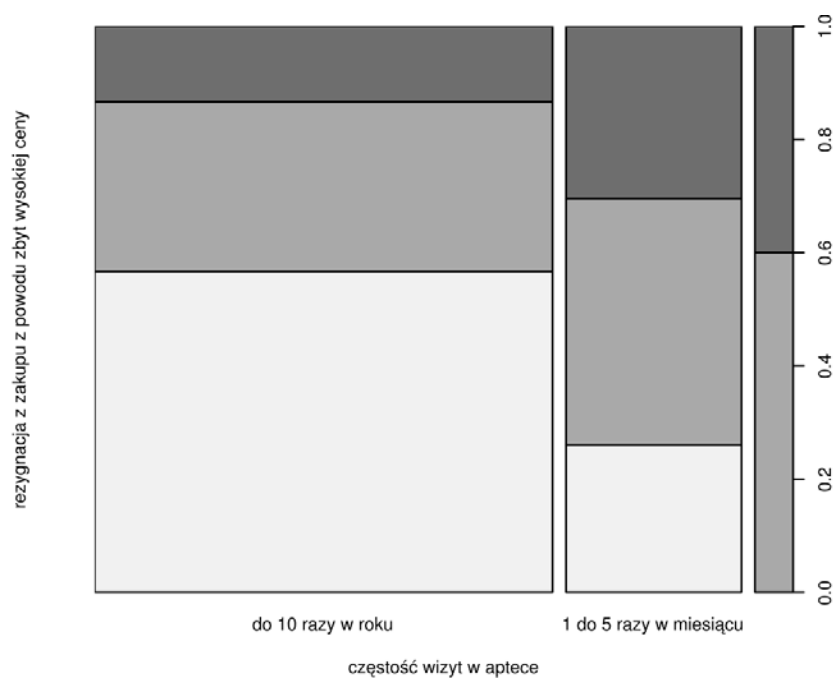
Czynniki wpływające na zapotrzebowanie na daną kategorię leków

W poniższej analizie pominięto zależność wielkości zakupu leków od częstości wizyt w aptecce – zależność jest tu bardzo prosta – im więcej wizyt tym więcej zakupów.

Struktura dla każdej z tych cech opisana jest na poniższym diagramie zbiorczym – rys. 22.

Respondenci kupują najmniej leków na układ krążenia oraz przeciwalergicznych. Trochę więcej na układ oddechowy oraz układ pokarmowy. Najwięcej pacjenci kupują leków przeciwbólowych, a także leków przeciwalergicznych.

Rysunek 21. Rezygnacja z zakupu leków na receptę z powodu zbyt wysokiej ceny
– zależność od częstości wizyt w aptece



Źródło: Opracowanie własne.

Z tabeli 4 wynika, że wielkość zakupu leków na układ krążenia zależy od wykształcenia oraz, być może, od wieku. Zakup leków na układ pokarmowy, jak również leków przeciwalergicznych zależy od płci. Płeć, a także wykształcenie zdają się mieć wpływ na zakup leków przeciwbólowych.

Tabela 4. Graniczne poziomy istotności między czynnikami demograficznymi a wybranymi pytaniami ankiety

	Pytanie 15	Pytanie 16	Pytanie 17	Pytanie 18	Pytanie 19	Pytanie 21
Wiek	0.053	0.23	0.607	0.284	0.876	0.693
Płeć	0.655	0.407	0.002	0.034	0.007	0.494
Wykształcenie	0.003	0.32	0.63	0.94	0.127	0.856
Miejsce zamieszkania	0.609	0.515	0.754	0.494	0.322	0.794
Częstość wizyt w aptecę	0.041	0.252	0.001	0.118	0.000	0.563

Gdzie:

W ciągu ostatnich 12-tu miesięcy kupował(a) Pan(i) na własne potrzeby:

Pyt. 15 – leki na układ krążenia

Pyt. 16 – leki na układ oddechowy

Pyt. 17 – leki na układ pokarmowy

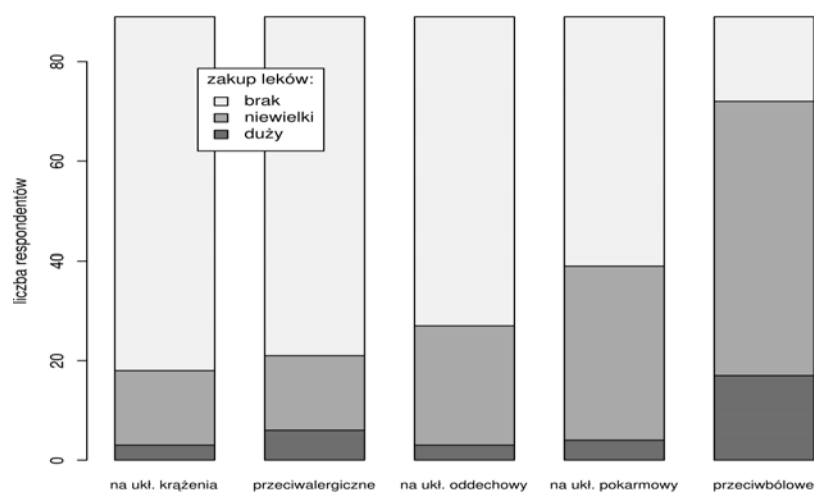
Pyt. 18 – leki przeciwalergiczne

Pyt. 19 – leki przeciwbólowe

Pyt. 21 – Zakup leków wymienionych w punktach 15-19 spowodowany był głównie...

Źródło: Opracowanie własne

Rysunek 22. Struktura wielkości zakupów wybranych kategorii leków

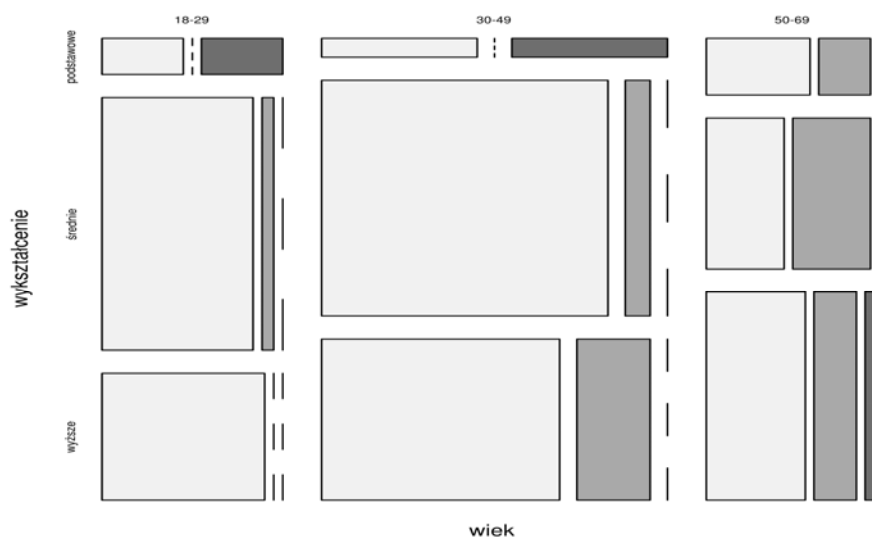


Źródło: Opracowanie własne.

Wielkość zakupów różnych kategorii leków (pytania 15-19)

Wykres na rysunku 23 wskazuje na to, że dla osób w młodszym wieku z niższym wykształceniem zużywają więcej leków na układ krążenia oraz, że rozróżnienie to zanika wraz z wiekiem – dla osób po 50 roku życia nie widać wyraźnej zależności od wykształcenia. Wielkość zakupu leków na układ pokarmowy w zależności od płci przedstawia wykres 24. Wynika z niego, że najwyraźniej, kobiety używają więcej leków na układ pokarmowy od mężczyzn, aczkolwiek więcej jest mężczyzn, którzy takie leki kupują w dużej ilości.

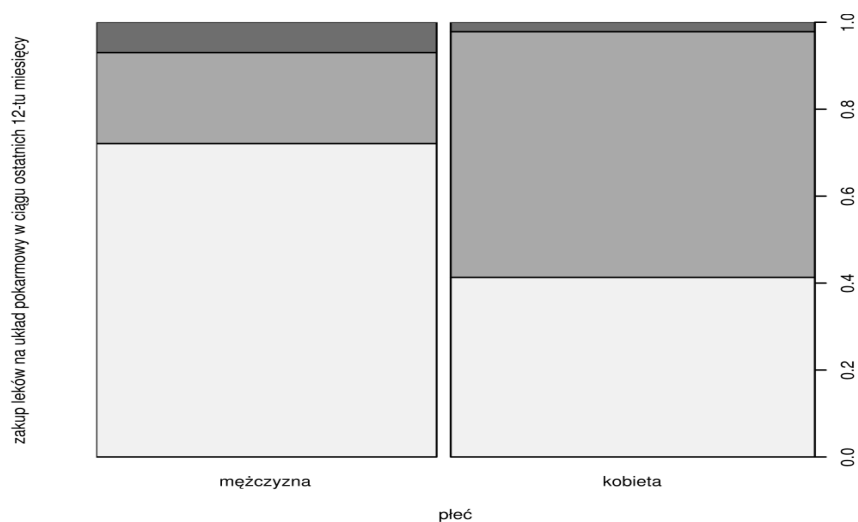
Rysunek 23. Struktura wielkości zakupów leków na układ krążenia – zależność od wykształcenia oraz wieku



Źródło: Opracowanie własne.

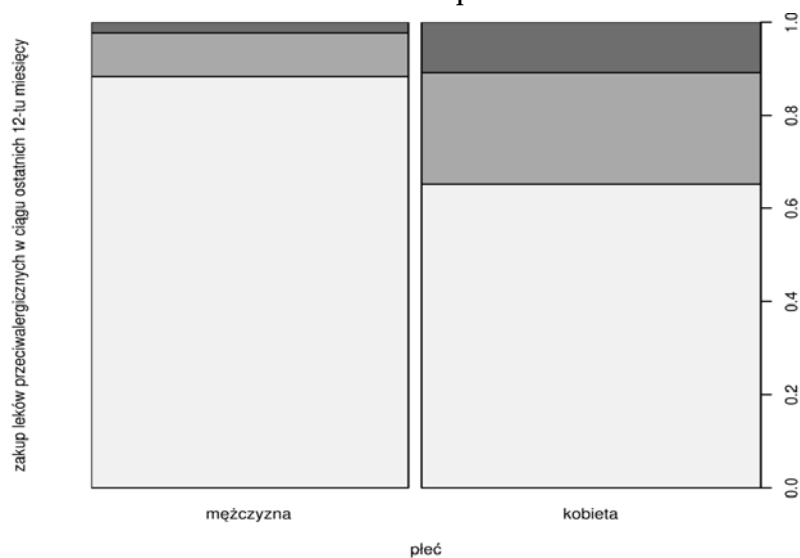
Wielkość zakupu leków przeciwalergiczných w zależności od płci – rys. 25.

Rysunek 24. Struktura wielkości zakupów leków na układ pokarmowy – zależność od płci



Źródło: Opracowanie własne.

Rysunek 25. Struktura wielkości zakupów leków przeciwalergicznych – zależność od płci



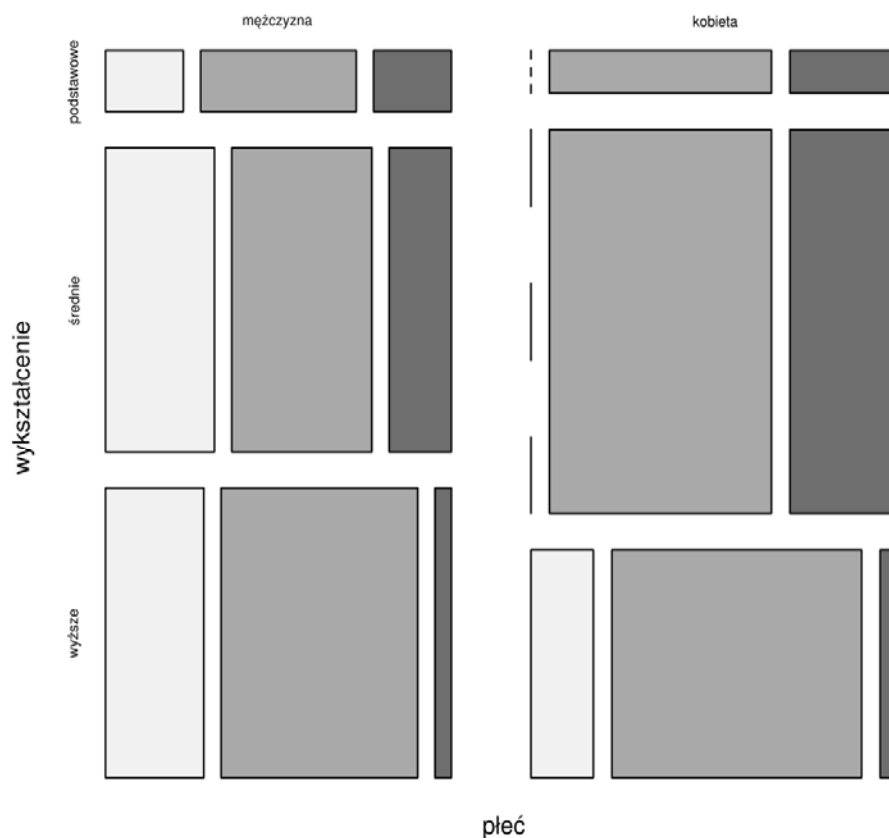
Źródło: Opracowanie własne.

Kobiety kupują zdecydowanie częściej leki przeciwalergiczne. Tym razem tendencja ta dotyczy również kupowania leków w dużych ilościach. Wielkość zakupu leków przeciwbólowych w zależności od płci oraz wykształcenia – rys. 26. Osoby z wyższym wykształceniem używają mniej leków przeciwbólowych. Mniej takich leków używają również mężczyźni.

Główny powód zakupu leków przedstawiony (pytanie 21)

Nieco ponad połowa ankietowanych sugeruje się przede wszystkim wskazaniami lekarskimi. Dokładnie 40% polega przede wszystkim na własnej decyzji, tylko 7% wskazaniami lekarskimi oraz 1% reklamą.

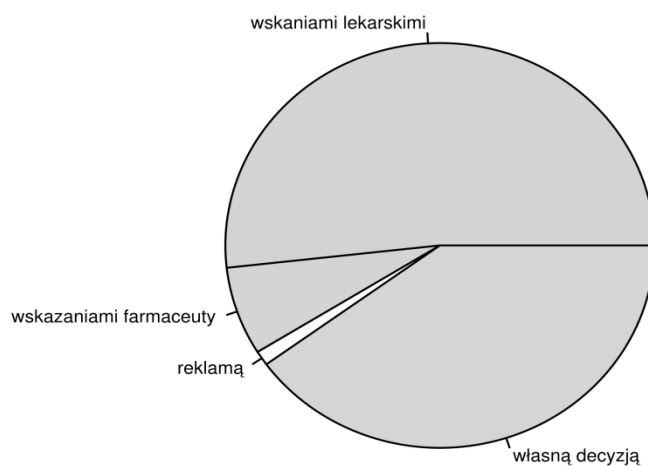
Rysunek 26. Struktura wielkości zakupów leków przeciwbólowych – zależność od płci oraz wykształcenia



Źródło: Opracowanie własne.

Uzyskana struktura nie jest zgodna z odpowiedziami w punktach 7–11. Trzeba jednak pamiętać, że odpowiedzi w punktach 7–11 dotyczyły wyłącznie leków OTC. Tutaj zaś nie ma takiego ograniczenia. Dominacja wskazań lekarskich prawdopodobnie wiąże się właśnie z zakupami leków na receptę. Cecha ta nie posiada wyraźnej zależności od którejkolwiek z cech demograficznych.

Rysunek 27. Struktura powodu zakupu leków



Źródło: Opracowanie własne.

Zebrane dane nie pozwalają stwierdzić, że zapotrzebowanie na którąkolwiek z przebadanych kategorii leków w znacznym stopniu zależy od wieku, choć występuje pewna zależność w przypadku leków na układ krążenia. Zapotrzebowanie w kilku kategoriach zależy raczej od płci, a czasem od wykształcenia. Z tego powodu zmuszeni jesteśmy odrzucić trzecią hipotezę, iż wiek ma decydujący wpływ na zapotrzebowanie na którąkolwiek z wymienionych kategorii leków.

Podsumowanie głównych wyników badań

- W badaniach nie brały udziału osoby starsze – w wieku 70 lat oraz więcej.
- Tylko, według samooceny, jedna trzecia ankietowanych kieruje się reklamą – najczęściej są to osoby, które często przychodzą do apteki (takich pacjentów jest zdecydowana mniejszość).
- Pacjenci, przy wyborze leku OTC, w największym stopniu sugerują się opinią lekarza oraz farmaceuty. Ceną sugerują się przede wszystkim pacjenci, którzy często przychodzą do apteki.
- Ponad dwie trzecie respondentów wybiera lek na receptę, mimo możliwości wyboru tańszych zamienników.
- Najwięcej kupowanych jest leków przeciwbólowych. Sporo leków kupowanych jest na układ pokarmowy.
- Kobiety kupują więcej leków przeciwbólowych, przeciwalergicznym, a także leków na układ pokarmowy.
- Leki na układ krążenia kupowane są przez osoby starsze lub młodsze z niższym wykształceniem.
- Nie stwierdzono wyraźnej zależności między cechami demograficznymi, a ilością spożywanych leków na układ oddechowy.

Podsumowanie

Dla uzyskanych wyników rozpatrzono strukturę odpowiedzi na poszczególne pytania. Ponadto, wykorzystując test niezależności χ^2 , dokonano analizy zależności odpowiedzi na poszczególne pytania od parametrów demograficznych. W przypadkach, gdy stwierdzono takie zależności, dokonano również przedstawienia i opisu rodzaju zależności. Analizę uzupełniono licznymi diagramami. W szczególności stwierdzono, że

- Klienci apteki piotrkowskiej przy wyborze leków *nie* kierują się przede wszystkim reklamą oraz ceną. Głównym determinantem okazały się sugestie lekarza oraz farmaceuty.
- Klienci apteki piotrkowskiej przy wyborze zamienników leków na receptę *nie* kierują się ceną. Zamiennik leku na receptę wybiera mniej niż jedna trzecia respondentów.
- Decydującego wpływu na zapotrzebowanie na wybrane kategorię leków *nie* stanowi wiek. Najczęściej zaobserwowano zależność od płci. Zależność od wieku, w niewielkim stopniu – mniejszym od zależności od wykształcenia, stwierdzono jedynie w przypadku leków na układ krążenia.

Badania przeprowadzono na grupie 91 respondentów. Jest to wystarczająca ilość, aby opisać strukturę pojedynczych cech statystycznych, lecz niewystarczająca, aby wiarygodnie uchwycić zależności pomiędzy nimi. Dlatego dobrym kierunkiem dalszych badań byłoby przeprowadzenie takiego, lub podobnego kwestionariusza na większej liczbie respondentów. Oczywiście ciekawsze byłoby przeprowadzenie takiego badania na licznej i różnorodnej grupie aptek w Piotrkowie Trybunalskim – tak, aby wyniki można było wiarygodnie odnieść do całego regionu.

Bibliografia

- Doliński D. (2003), *Psychologiczne mechanizmy reklamy*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot.
- IMS Health (2010), An Analytical Snapshot of the Russian Pharmaceutical Market: Comparing Russian and Regional Landscapes.
- Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową (2012), Znaczenie sektora farmaceutycznego dla polskiej gospodarki – Aneks, Warszawa.
- Narodowy Fundusz Zdrowia (2012), Plan *Finansowy NFZ na rok 2012*, stan na dzień 16 sierpnia 2012, http://www.nfz.gov.pl/new/art/4617/plan_finansowy_2012.xls [dostęp 20.02.2014].
- Neuca, Wyniki skonsolidowane 2011, 2012 http://www.neuca.pl/images/pdf/prezentacje/20120321_NEUCA_prezentacja_dla_inwestorow_2011.pdf, [dostęp: 22.02.2014].
- Rynek Zdrowia (2012), *IMS Health o listopadowej liście leków refundowanych*, <http://www.rynekzdrowia.pl/Farmacja/IMS-Health-o-listopadowej-liscie-lekowrefundowanych,124980,6,drukuj.html> [dostęp 20.02.2014].
- Rynek Aptek (2012), *PMR: Segment OTC odnotuje dodatnią dynamikę wzrostu*, <http://www.rynekaptek.pl/marketing-i-zarzadzanie/pmr-segment-otc-odnotuje-dodatniadynamike-wzrostu,5255.html>, 2012 [dostęp: 20.02.2014].

Paulina Matusiak
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Marcin Mitał
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Anna Szczerbak
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Iwona Bednarek
Społeczna Akademia Nauk
Krzysztof Włodarczyk
Społeczna Akademia Nauk
Aneta Świątczak
Społeczna Akademia Nauk
Julia Krakowiak
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Dostosowywanie szpitala publicznego do zmian w systemie ochrony zdrowia na przykładzie restrukturyzacji SPZZOZ w Zwoleniu

Adjusting a public hospital to changes in the health care system on example of restructuring SPZZOZ in Zwolen

Abstract: The main objective of system is health safety of the state, which corresponds to the expectations of society to ensure the health of the general population. The hospital is the most important entity of that system. Exploration and implementation of the most appropriate methods to adapt hospitals to changes is key condition for the success of reforms.

The aim of the study was to analyze the process of adapting to the Independent Public Health Care Facilities in Zwolen to the conditions of the reform of public county hospitals in Poland.

Diagnosis of the hospital and the analysis of possible solutions was made. In result a restructuring plan was accepted which aims to transform into a commercial company. The analysis has been prepared based on economic data obtained from the Board of the Hospital, as well as an interview with the Director of SPZZOZ in Zwolen. Main cause that prevents transformation hospital into a commercial company was lack of financial resources necessary to carry out the process.

Key words: Restructuring, company commercial law, county hospital, financial efficiency.

Wstęp

System ochrony zdrowia jest pewną całością, zespołem powiązanych ze sobą części (procesów, ludzi, usług, produktów), które oddziałując wpływają na stan zdrowia populacji [Włodarczyk i wsp. 2001, s. 14-15]. Głównym celem systemu jest bezpieczeństwo zdrowotne państwa, czyli zapewnienie odpowiadającego oczekiwaniom społeczeństwa stanu zdrowia ogółu ludności. Najważniejszym ogniwem w polskim systemie ochrony zdrowia jest i nadal będzie świadczeniodawca i to on przesądza o efektywności całego systemu. Reforma ochrony zdrowia polega na adoptowaniu do zachodzących zmian (potrzeb społecznych, postępu technologicznego w medycynie, zmian demograficznych, warunków ekonomicznych) instytucji, przedsiębiorstw i organizacji tworzących strukturę tego systemu. Szpital jest najważniejszym podmiotem struktury tego systemu, stąd też jego skuteczne przekształcenie przesądza o powodzeniu całej reformy ochrony zdrowia. Poszukiwanie i wdrażanie najbardziej właściwych metod adaptacji szpitali do zachodzących zmian jest zatem kluczowym warunkiem powodzenia niezbędnej reformy. Restrukturyzacja uznawana jest powszechnie za taką właśnie metodę.

Restrukturyzacja to finansowe, organizacyjne, techniczne oraz kadrowe dostosowanie szpitala do działań w warunkach gospodarki rynkowej w celu podniesienia jego rentowności i efektywności [Holly i wsp. 2009, s. 229].

Narzędzia Restrukturyzacji

O outsourcingu mówimy kiedy instytucja przekazuje własne zadania organizacji zewnętrznej [Kautsch i wsp. 2002, s. 8]. Korzystanie z tzw. usług obcych stało się jednym ze sposobów obniżania kosztów w szpitalu [Karkowski 2010, s. 96-97]. Outsourcing oznacza „korzystanie z zewnętrznych źródeł, używanie zasobów zewnętrznych, stałe podwykonawstwo”. Outsourcing to zlecanie zewnętrznym, wyspecjalizowanym podmiotom wykonywania określonych usług, które będą efektywniej zrealizowane niż byłoby to robione we własnym zakresie przez zakład opieki zdrowotnej. Outsourcing gwarantuje stabilność cen w długim czasie, a zarazem zachowuje wysoką jakość świadczonych usług. Dzięki zlecaniu podmiotom zewnętrznym wykonania określonych usług zwalnia kierownictwo szpitala z ryzyka powstania roszczeń, które dotyczą wynagrodzeń pracowników wykonujących zadania objęte outsourcingiem [Holly i wsp. 2009, s. 321]. Outsourcing może dotyczyć usług laboratoryjnych, prania, sprzątania, gotowania, obsługi technicznej, transportu medycznego.

Budżetowanie to system, który przewiduje, planuje i kontroluje wykorzystanie środków finansowych zakładu opieki zdrowotnej. Ogranicza koszty, a także wspomaga proces bilansowania dochodów z ponoszonymi wydatkami [Holly i wsp. 2009, s. 322]. Określane jest jako element zarządzania, który łączy planowanie organizacyjne i finansowe poprzez wartościowe określenie zadań, kompetencji i obowiązków poszczególnych komórek organizacyjnych. Proces ten obejmuje te wszystkie aspekty działalności jednostki, z którymi związane są uzyskiwane przychody, ponoszone koszty, płynność finansowa, stan i struktura majątku i kapitału. Budżetowanie nie polega na limitowaniu przyznawanych środków pieniężnych na dany ośrodek budżetowy, lecz na zaplanowaniu najbardziej wiarygodnych wartości przychodów i kosztów we wszystkich ośrodkach budżetowych. Kształtuje najkorzystniejsze warunki ekonomiczne rozwoju placówki i wytwarza prawidłowe relacje pomiędzy przychodami i kosztami [Stępniewski 2008, s. 225].

Reengineering to zabieg restrukturyzacyjny, który ma na celu poprawę efektywności w krótkim czasie poprzez szybkie i radykalne przekształcenie procesów, które zachodzą w przedsiębiorstwie [Nalepka 1999, s. 124]. Reengineering polega na wprowadzeniu takich zmian w całościowych procesach w organizacji, aby znacznie poprawiła się efektywność w różnych sferach jej działania, na przykład w zakresie kosztów produkcji, jakości oraz szybkości realizowanych zadań. Sednem reengineeringu jest odrzucenie dotychczasowych zasad i wyuczonych metod postępowania. W trakcie procesu reengineeringu następuje przeprojektowanie przedsiębiorstwa z przedsiębiorstwa o podejściu strukturalnym, w przedsiębiorstwo o podejściu procesowym.

Reengineering nie podaje gotowych recept postępowania. Jest to metoda kosztowna, więc zmian należy dokonywać tylko wtedy, gdy wskazuje na to rachunek ekonomiczny [Opolski i wsp. 2005, s. 133].

Controlling finansowy to metoda, która poprawia sytuację finansową szpitala w zakresie kosztów i przychodów. Celem controllingu jest pomoc w podejmowaniu trafnych i wiarygodnych decyzji przez kadre zarządzającą. Aby wdrożyć controlling w przedsiębiorstwie konieczna jest decentralizacja zarządzania, która polega na przekazaniu uprawnień i odpowiedzialności w dół w strukturze organizacyjnej (Witczak 2009, s. 184-187).

Dostosowanie struktury kadrowej do zadań i specyfiki szpitala to odpowiednie rozmieszczenie zasobów kadrowych lub pozyskanie nowych. Wpływa na efektywność i tańsze leczenie pacjentów. Liczba zatrudnionych osób w szpitalu zależy głównie od ilości posiadanych łóżek. Do najbardziej interesujących metod, które dostosowują możliwości ekonomiczne do oczekiwań

placowych personelu medycznego zaliczamy umowy cywilnoprawne (kontrakty). Działają one na zasadach wynagradzania lekarzy za wykonaną usługę na podstawie zrealizowanych procedur medycznych. Zawieranie kontraktów stanowi często jedyne wyjście, aby zabezpieczyć funkcjonowanie szpitala [Holly i wsp. 2009, s. 235-238].

Kontraktowanie gwarantuje ciągłość pracy szpitala. Kontraktowanie jest to zawieranie umów, z reguły na piśmie, pomiędzy stronami, które precyzują warunki i zobowiązania oraz terminy realizacji transakcji kupna, sprzedaży czy wymiany określonych dóbr, towarów, usług. Celem kontraktów na zakup świadczeń opłacanych ze środków publicznych jest wykorzystanie potencjału świadczeniodawców danych usług, publicznych i niepublicznych dla zwiększenia efektywności środków publicznych [Leowski 2004, s. 105].

Reorganizacja szpitala to rozwiązanie restrukturyzacyjne, z którego korzystają szpitale. Jest to proces zmian w organizacji lub strukturze jego zarządzania przedsiębiorstwa lub firmy, połączony z dokonywaniem zmian w sposobie jego finansowania (w aktywach i pasywach). Głównym celem jest podniesienie wskaźników rentowności, wydajności, poziomu konkurencyjności, a także stopnia zaawansowania technicznego dzięki wdrażaniu nowych technologii, głównie medycznych. Szpital jest specyficzny, jako firma, jego struktura jest mało elastyczna, przez lata się nie zmienia. Zmieniają się tylko jego oddziały, które powinny odpowiadać potrzebom ludności z regionu, w którym działa szpital, a także możliwości ZOZ świadczenia usług (kadra, sprzęt, warunki), efektywność i opłacalność danego oddziału. Outsourcing także wpływa na zmiany struktury organizacyjnej (reorganizacji). Dotyczy przede wszystkim funkcji nie medycznych (kuchnia, pralnia, sprząatanie, ochrona itp.) [Durlak 2008, s. 53-57].

Prywatyzacja zgodnie z definicją Słownika Współczesnego Języka Polskiego to „proces ekonomiczny prowadzący do przejmowania własności społecznej, państwowej przez osoby prywatne w celu efektywniejszego wykorzystania majątku produkcyjnego przez stworzenie silniejszej motywacji, wynikającej z prawa własności”. Prywatyzacja ochrony zdrowia, a konkretniej prywatyzacja „świadczeniodawcy” związana jest z publicznymi zakładami opieki zdrowotnej. Polega na wycofaniu się podmiotów publicznych, a następnie zastępowaniu ich przez podmioty prywatne. Zalety prywatyzacji:

- pozyskiwanie dodatkowych środków inwestycyjnych;
- lepsza efektywność usługodawców – w sektorze prywatnym na ogół lepiej efektywniej niż w publicznym wykorzystuje się zasoby, rozsądniej gospodaruje się majątkiem, łatwiej uruchamia się potencjalne zasoby przedsiębiorczości;

- praktykowanie wolnych zawodów medycznych – przynoszące wymierne korzyści dla lekarzy, pielęgniarek i pacjentów – wysoka jakość usług i większa satysfakcja pacjentów z usług świadczonych w niepublicznych zakładach;
- wprowadzanie konkurencyjności między zakładami (Buliński 2009, s. 72).
Wady prywatyzacji:
- łamanie zasad uczciwej konkurencji,
- obawy ze strony samorządów terytorialnych, że prywatyzując ochronę zdrowia tracą wszelką kontrolę nad nią,
- brak precyzji w treści umów odnoszących się do świadczenia usług powodując odsyłanie pacjenta od lekarza do lekarza,
- dążenie prywatnych świadczeniobiorców do maksymalizacji zysku, co powodować może stopniowy zanik poradni i świadczeń medycznych, których ceny oferowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia są za niskie dla prywatnych usługodawców,
- wykorzystywanie przez prywatne podmioty sprzętu i wyposażenia będącego własnością publicznego zakładu opieki zdrowotnej bez należytych opłat (Buliński 2009, s. 72-73).

Cel pracy, materiał i metody

Celem pracy było dokonanie analizy procesu dostosowywania się Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Zwoleniu do warunków reformy publicznych szpitali powiatowych w Polsce.

Weryfikację tezy, iż restrukturyzacja może być właściwą metodą adaptowania szpitali do zmian jakie zachodzą w systemie ochrony zdrowia w Polsce została przeprowadzona na podstawie analizy sytuacji powiatowego szpitala publicznego w Zwoleniu działającego jako Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej (SPZZOZ). Szpital kumulował w sobie większość cech charakterystycznych dla około 300 szpitali powiatowych w Polsce:

- wysokość i poziom zadłużenia;
- wielkość szpitala (liczba łóżek, lekarzy, pielęgniarek);
- liczebność populacji, jaką obsługuje;
- profil działalności;
- wielkość kontraktu.

Sformułowano diagnozę sytuacji szpitala, dokonano analizy możliwych rozwiązań, przyjęto plan restrukturyzacji zmierzający do przekształcenia własnościowego w spółkę prawa handlowego. Realizacja planu restrukturyzacji napotkała typowe przeszkody hamujące większość prób restrukturyzacji podejmowanych przez szpitale publiczne w Polsce w tym szczególnie szpitale powiatowe.

Analiza została przygotowana na podstawie danych ekonomicznych uzyskanych od Zarządu Szpitala, a także z wywiadu przeprowadzonego z Dyrektorem SPZZOZ w Zwoleniu.

Analiza przypadku

Z uwagi na fakt, iż decydujący wpływ na obecną sytuację finansową SPZZOZ w Zwoleniu miał okres 2000-2009, analizą objęto sprawozdania finansowe z tego właśnie okresu. W roku 2000 podjęto decyzję o utworzeniu Oddziału Pielęgnacyjno-Opiekuńczego. Dostosowanie struktury Zakładu do zapotrzebowania na świadczenia (głównie z zakresu opieki długoterminowej) uwarunkowane możliwością zakupu usług przez Kasę Chorych, nie przyniosło spodziewanego efektu finansowego. Od początku kontraktowania usług Oddziału Pielęgnacyjno-Opiekuńczego i Oddziału Medycyny Paliatywnej zwraca uwagę niski poziom finansowania tego typu usług. Rok 2000 zamyka się stratą, jednak płynność finansowa placówki jest utrzymana.

Lata 2001–2005 to okres niewielkich wahań przychodów z tytułu sprzedaży usług medycznych. Znacznie większe zmiany następują w tym okresie w kategorii kosztów. Duży i długotrwały wpływ na finanse zakładu ma wejście w życie z dniem 01.01.2001 r. nowelizacja ustawy z dnia 16 grudnia 1994 r. o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz zmianie niektórych ustaw. Objęcie tą regulacją pracowników samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej bez zapewnienia środków finansowych na podwyżki wynagrodzeń znacząco wpłynęły na trudności finansowe Zakładu do roku 2007.

W latach 2001 i 2002 posiadane wolne środki SPZZOZ przeznacza na spłatę części zobowiązań z tytułu tzw. Ustawy „203” (wyплаты jednorazowe, a od października 2002 r. wypłacenie podwyżek wynagrodzeń). Jednakże uregulowanie całości zobowiązań bez pomocy z zewnątrz nie było możliwe.

Lata 2003–2004 to okres spraw sądowych pracowników przeciwko Zakładowi o zapłatę zaległych wynagrodzeń. Kosztem wzrostu zobowiązań wobec ZUS oraz dostawców rozpoczyna się spłata zobowiązań. Spłata

obejmuje w pierwszej kolejności pracowników odchodzących z pracy. Wdrożony zostaje także program restrukturyzacji zatrudnienia połączony z likwidacją niektórych komórek usługowych.

W roku 2004, dzięki poręczeniu przez organ założycielski, SPZZOZ zaciąga kredyt bankowy na częściową spłatę zasądzonych na rzecz pracowników zobowiązań. Księgowym efektem wyroków sądowych jest wzrost kosztów wynagrodzeń w latach 2003–2004. W latach tych zostają zaksięgowane zobowiązania z tyt. Ustawy „203” na podstawie zapadających wyroków. Począwszy od 2004 r. zakład realizuje ustawowe podwyżki wynagrodzeń na bieżąco. Natomiast problem niespłaconych zobowiązań za lata 2001–2003 zostaje rozwiązany dopiero w roku 2005, kiedy to Ustawa z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej wprowadza pomoc dla zakładów opieki zdrowotnej w dwóch zakresach:

- 1) udzielenia niskooprocentowanej pożyczki ze środków Skarbu Państwa na ściśle określone cele m.in. spłatę zobowiązań z tyt. „Ustawy „203” z możliwością jej całkowitego umorzenia;
- 2) umorzenia niektórych zobowiązań publicznoprawnych (części składek na ubezpieczenia społeczne i Fundusz Pracy, zobowiązań z tyt. składek PEFRON, zobowiązań z tyt. opłat za korzystanie ze środowiska).

Dzięki pożyczce ze środków Skarbu Państwa (SP) zostają spłacone m.in. zobowiązania z tytułu należności głównych wobec pracowników, ponieważ kwoty odsetek nie podlegają spłacie, spłata odsetek zostaje rozłożona na podstawie ugód zawartych z pracownikami na 4 raty płatne w latach 2006–2007. Pomoc w zgromadzeniu środków na spłatę odsetek zakład uzyskuje od pracowników. Za zgodą związków zawodowych zostaje zawieszony na 2 lata obowiązek tworzenia Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych.

W latach 2005–2007 w związku z powyższymi zdarzeniami zmianie ulega struktura zobowiązań. Sukcesywnie następuje spadek zobowiązań krótkoterminowych, głównie wobec pracowników, a pojawiają się zobowiązane długoterminowe.

W roku 2007 następuje koniec procesu restrukturyzacji. Wierzyciele długów publicznoprawnych wydają decyzje umarzające zobowiązania podlegające restrukturyzacji. Efekty umorzeń są odnoszone na konto „Zyski nadzwyczajne”. W roku 2007 umorzeniu ulega również wartość pożyczki ze środków SP. Dokonanie powyższych zapisów wpływa na powstanie dodatniego wyniku finansowego za 2007 r.

Począwszy od roku 2006 obserwuje się w SPZZOZ w Zwoleniu wzrost przychodów z tytułu sprzedaży usług. Następuje to głównie w związku z zapłaconymi przez NFZ nadwykonaniami za 2005 r. oraz przekazaniu dodatkowych środków finansowych na wzrost wynagrodzeń w związku z Ustawą z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń. Dodatkowe środki zostają wypłacone pracownikom w formie podwyżek wynagrodzeń od października 2006 r.

Korzystne zmiany w kwocie przychodów następują w roku 2008. Wynika to ze wzrostu cen świadczeń kontraktowanych przez NFZ. Od stycznia 2008 r. następuje wzrost cen w umowie z zakresu leczenia specjalistycznego i podstawowej opieki zdrowotnej. Od maja 2008 r. zwiększeniu ulegają ceny świadczeń szpitalnych, a od sierpnia 2008 r. następuje wzrost cen w opiece długoterminowej (w ZPO wzrost o 47,7%, w Oddziale Medycyny Paliatywnej wzrost ceny o 78,6%). Jest to pierwszy tak znaczący wzrost cen w opiece długoterminowej.

Największy udział w przychodach stanowią przychody pochodzące od publicznego płatnika świadczeń zdrowotnych (NFZ, poprzednio Kas Chorych). Należy zauważyć, że w okresie 2004 – 2008 r. dynamika wzrostu przychodów NFZ jest większa niż przychodów operacyjnych. W 2008 r. obserwujemy wysoki, skokowy wzrost przychodów w stosunku do 2007 r. – ponad 30%. Może być to związane z większym budżetem NFZ.

W SPZZOZ w Zwoleniu obserwuje się dużo niższy udział kosztów leków oraz sprzętu jednorazowego użytku w porównaniu ze szpitalami o profilu specjalistycznym (wojewódzkim), co może wynikać z innej struktury oddziałów. Niski udział amortyzacji jest związany ze sposobem finansowania nowych inwestycji – ze środków UE poprzez powiat, a nie bezpośrednio przez ZOZ (tab. 1).

Analizując sytuację ekonomiczno-finansową SPZZOZ w Zwoleniu w okresie 2000-2009 należy stwierdzić, iż zastana w połowie 2009 roku niekorzystna sytuacja finansowa była spowodowana następującymi grupami przyczyn:

- 1) Związanymi z uwarunkowaniami regulującymi funkcjonowanie i finansowanie zdrowia,
- 2) Związanymi ze zmianami w otoczeniu szpitala,
- 3) Wynikającymi ze sposobu zarządzania szpitalem.

Tabela 1. Struktura kosztów SPZZOZ w Zwoleniu w latach 2001–2009

Wskaźnik	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Udział kosztów plac	73,2%	68,9%	74,2%	73,5%	71,6%	72,2%	74,8%	71,4%	69,8%
Udział zakupu procedur medycznych	0,3%	0,9%	1,1%	1,3%	2,0%	3,9%	4,0%	6,3%	8,3%
Udział usług transportowych	6,8%	6,8%	5,8%	5,7%	6,1%	6,2%	5,3%	4,7%	4,3%
Udział leków i opatrunków	2,8%	3,8%	3,4%	3,7%	4,0%	4,3%	3,8%	3,2%	3,0%
Udział sprzętu jednorazowego użytku i drobnego sprzętu med.	0,5%	0,0%	0,0%	0,9%	1,0%	1,1%	1,1%	0,7%	0,7%
Udział odczynników chemicznych, mat. diagnostycznych i krwi	1,0%	1,6%	1,2%	1,2%	1,8%	1,9%	1,5%	1,4%	1,6%
Udział żywności	1,3%	1,4%	1,2%	1,3%	1,4%	1,4%	1,3%	1,1%	1,0%
Udział amortyzacji	1,6%	2,2%	1,3%	1,3%	1,2%	0,8%	0,8%	2,0%	1,4%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z SPZZOZ w Zwoleniu.

Związane z uwarunkowaniami regulującymi funkcjonowanie i finansowanie ochrony zdrowia:

- konieczność wprowadzenia ustawy „203”, bez zabezpieczenia źródeł finansowania wzrostu wynagrodzeń, jak również zapłaty pracownikom „13-tek”;
- w okresie 2000–2009 należność zapłacona przez płatnika za część usług medycznych nie rekompensowała kosztów wykonania tych usług;
- brak pełnego finansowania przez płatnika ponad limitowych usług medycznych;
- zmiany w zakresie świadczeń medycznych objętych finansowaniem przez płatnika;
- wzrost ceny produktów leczniczych, energii, żywności.

Związane ze zmianami w otoczeniu szpitala:

- przemiany gospodarcze w powiecie zwoleniskim – upadek dużych zakła-

dów przemysłowych, wzrost bezrobocia, malejąca liczba mieszkańców, malejąca liczba narodzin oraz uczniów;

- problem z pozyskiwaniem i zatrzymywaniem personelu medycznego w małym mieście, co wymusza wzrost kosztów wynagrodzeń,
- powstanie niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Wynikające ze sposobu zarządzania szpitalem:

- brak systemu informatycznego, który pozwala monitorować na bieżąco przychody, koszty, wynik ekonomiczny;
- brak systemu motywacyjnego, który łączy odpowiedzialność za wynik komórki z wynagrodzeniem jej pracowników.

Skutkami wymienionych przyczyn były:

- w okresie 2002–2006 szpital miał ujemny „kapitał własny”,
- w okresie 2000–2008 zaobserwowano wzrost zobowiązań SPZZOZ,
- brak powiązania wzrostu wynagrodzeń z wynikami ekonomicznymi,
- narastające koszty usług medycznych wykonywanych przez zewnętrzne podmioty,
- wysokie koszty usług transportowych,
- wysokie koszty utrzymania obiektu.

W celu oceny szansy powodzenia procesu przekształcenia SPZZOZ w Zwoleniu w spółkę prawa handlowego została przeprowadzona analiza SWOT (tab. 2).

Tabela 2. Analiza SWOT

Mocne strony (S)	Słabe strony (W)	Szanse (O)	Zagrożenia (T)
Specjalistyczne usługi	Brak systemu informatycznego	Lokalizacja szpitala (w centrum miasta, blisko PKS)	Małe możliwości rozszerzenia terenu szpitala
Wykwalifikowana kadra	Brak wewnętrznej sieci komputerowej	Elastyczne projekty oraz plany finansowe nowych przedsięwzięć	Niedobór niektórych kategorii lekarzy i personelu medycznego wzmożni konkurencję wśród zakładów opieki zdrowotnej o pozyskiwanie lekarzy.

Nowoczesna aparatura	Brak systemu kontroli kosztów wg świadczeń umożliwiający nowoczesne zarządzanie	Dobre stosunki z lokalnymi władzami samorządowymi (Starosta, Burmistrz) oraz Komisją ds. Zdrowia	Zaprzestanie finansowania przez NFZ oddziałów dla przewlekłych chorych. Zmiany w sposobie finansowania przez NFZ opieki długoterminowej mogą wpłynąć negatywnie na wyniki ZOZ.
Dobre warunki bytowe i leczenia	Negatywny wpływ spowolnienia gospodarczego na zyski z działalności operacyjnej, bilans oraz rachunek wyników i płynność finansową.	Doświadczenia w korzystaniu ze środków zewnętrznych wspomagających realizację funkcji ZOZ	Negatywny wpływ spowolnienia gospodarczego na zyski z działalności operacyjnej, bilans, oraz rachunek wyników i płynność finansową.
Dobre zarządzanie	Niewystarczające środki finansowe na inwestycje	Wykorzystanie lokalnych zasobów jako dźwigni rozwoju. Synergia, wspólne działania kierownictwa szpitala z otoczeniem.	
Zwarta zabudowa szpitala	Brak systemu motywacyjnego powiązanego z wynikami oddziału	Dobra współpraca z organem założycielskim	
Proaktywne zarządzanie projektów nowych przedsięwzięć, wsparcie przez starostę powiatu		Oferowanie nowych usług medycznych	
Wysoki stopień wykorzystania łóżek w ZOZ na oddziałach paliatywnym i pielęgnacyjno-opiekuńczym			

Tab. 2. Cd.

Dobra opinia o ZOZ wśród pacjentów			
Dobre zarządzanie operacyjne			
Dobre zarządzanie finansowe			

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z SPZZOZ w Zwoleniu.

Podsumowanie i wnioski

Przeprowadzona dotychczas w skali kraju restrukturyzacja ujawnia, że w kilkuset przypadkach podejmowanych działań restrukturyzacyjnych przeszkodą, które te działania utrudniała, spowalniała czy wręcz hamowała, blokowała był brak środków finansowych na przewidziane w planie finansowym inwestycje. W pełni potwierdził to przykład podjętej restrukturyzacji szpitala powiatowego w Zwoleniu. Starostwo powiatowe oraz kierownictwo szpitala nie było w stanie zapewnić niezbędnych do planowanych działań restrukturyzacyjnych środków finansowych. Projekt restrukturyzacji szpitala w Zwoleniu wykazał nie taką efektywność, jakiej efektywności finansowej wymagały banki. Przyczyną tego było niedoszacowanie kosztów świadczeń i kontraktów finansowych przez NFZ. Potwierdza to, że oddziały szpitalne ponosiły straty, a tylko podstawowa opieka zdrowotna przynosiła zysk i zapewniała funkcjonowanie i przetrwanie szpitala. Liczba łóżek, która zapewniałaby zysk, powinna być wyższa niż ta, która była w kontrakcie NFZ. Wynika z tego, że szpital będzie działał nieefektywnie, jeżeli nie zwiększy liczby łóżek i wartości kontraktu.

Na wynik procesu restrukturyzacji miał wpływ brak zdecydowania kierownictwa szpitala na przeprowadzenie procedury przekształcenia placówki. Dyrekcja szpitala oprócz pełniącej funkcji zarządczej była również zatrudniona w placówce, jako lekarze specjaliści np. dyrektor szpitala pracował także, jako specjalista ginekolog. Dla kierownictwa praca, jako zarządzających NZOZ-em, wymagałaby dużo większego poświęcenia czasu i wysiłku, który by ograniczał czas poświęcony pracy lekarza specjalisty przy braku pewności wzrostu wynagrodzenia. Zmiana ta nie gwarantowałaby wzrostu wynagrodzenia w stosunku do dotychczasowego czasu przy dużo większej odpowiedzialności i stresie. Dlatego kierownictwo nie było zainteresowane aktywnym wspieraniem projektu restrukturyzacji i propagowaniem go wśród pracowników szpitala.

Pracownicy byli świadomi, że proces restrukturyzacji jest związany z adaptacją struktury zatrudnienia do wielkości kontraktu. Taką właśnie sytuację obserwowaliśmy w szpitalu w Zwoleniu gdzie pracownicy obawiali się, że proces restrukturyzacji szpitala będzie miał wpływ na wielkość zatrudnienia, która może ulec redukcji. Pracownicy wiedzieli, że nie wszyscy będą mogli liczyć na powtórne zatrudnienie. Część personelu medycznego będzie zatrudniona na kontraktach, przez co będą w gorszej sytuacji, ponieważ będą pracować ponad godziny normatywne.

Dla kierownictwa publicznego, status szpitala, jako przedsiębiorstwa prywatnego jest mniej korzystny ze względu na zakres odpowiedzialności, wysokość wynagrodzenia, które po zmianie formy prawnej szpitala wzrastają nieporównywalnie bardziej niż wynagrodzenie jego pracowników. Wprowadzenie zasady odpowiedzialności za wynik finansowy wiąże się z informatyzacją szpitala i wdrożeniem controllingu, a także zmianą struktury organizacyjnej. Wdrażanie nowego systemu informatycznego wiązałoby się z inwestycją, której szpital w Zwoleniu nie był w stanie sfinansować. Zmiany struktury organizacyjnej na ośrodki odpowiedzialne za koszty i zysk miałyby związek ze zmianą mentalności pracy i racjonalizacją zatrudnienia. Pracownicy byli przeciwko tym zmianom. Także kierownictwo szpitala nie miało doświadczenia z reorganizacją i z reengineeringiem placówki. Dla niego wprowadzenie controllingu i systemu informatycznego wiązałoby się z dużym wysiłkiem, stresem, pogorszeniem stosunków z innymi osobami w szpitalu bez automatycznej, natychmiastowej poprawy wyniku finansowego szpitala. Kierownictwo szpitala zakładało, że nie będzie w stanie zwiększyć przychodów placówki po jej przekształceniu wykorzystując źródła finansowania inne niż NFZ. Bez wdrożonego systemu informatycznego kierownictwo szpitala nie byłoby w stanie wdrożyć controllingu zarządczego, który by poprawił jakość zarządzania szpitalem oraz połączył odpowiedzialność za wyniki finansowe z systemem motywacyjnym. Zatem połączenie controllingu zarządczego z systemem motywacyjnym jest gwarancją poprawy zyskowności szpitala.

Analiza SWOT w badanym szpitalu w Zwoleniu wykazała przewagę silnych stron nad słabymi. Słabe strony dotyczyły głównie braku systemu informatycznego i braku powiązania wyników poszczególnych oddziałów z systemem motywacyjnym (wynagrodzeniem pracowników). Natomiast mocne strony związane były przede wszystkim z poparciem organu założycielskiego i posiadaniem wykwalifikowanej kadry. Analiza wykazała przewagę szans nad zagrożeniami. Jednakże ukazane w analizie słabe strony i zagrożenia, w tym głównie brak środków finansowych przesądziły, że dyrekcja nie zdecydowała się przeprowadzić procesu restrukturyzacji.

Bibliografia

- Buliński L. (2009), *Polityczne uwarunkowania zmian w ochronie zdrowia. Sektor niepubliczny*, Warszawa.
- Durlik M. (2008), *Zarządzanie w służbie zdrowia*, ss. 53-57, Wydanie I, Placet, Warszawa.
- Holly R., Suchecka J. (2009), *Szpital publiczny w polskim systemie ochrony zdrowia*, SOWA, Łódź-Warszawa.
- Karkowski T. (2010), *Restrukturyzacja szpitali*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa.
- Kautsch M., Ponikło W., Styło W. (2002), *Rozważania o outsourcingu*, „Zdrowie i Zarządzanie”, t. 4, nr 1.
- Leowski J. (2004), *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne. Ochrona zdrowia w gospodarce rynkowej*, CeDeWu, Warszawa.
- Nalepka A. (1999), *Restrukturyzacja przedsiębiorstwa. Zarys problematyki*, PWN, Warszawa-Kraków.
- Opolski K., Dykowska G., Możdżonek M. (2005), *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych*, Warszawa.
- Stępniewski J. (2008), *Strategia, finanse i koszty szpitala*, ss.225, Wolters Kluwer Polska, Warszawa.
- Witczak I. (2009), *Ekonomika szpitala, uwarunkowania, elementy, zasady*, ss.184-187, Wydanie I, CeDeWu, Warszawa.
- Włodarczyk C., Poździuch S. (2001), *Systemy zdrowotne. Zakres problematyki*, Uniwersytet Jagielloński, Kraków.

Monika Sadowska
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Anna Ksykiewicz-Dorota
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Jan Krakowiak
Społeczna Akademia Nauk

Alina Kowalska
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Artur Wdowiak
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Ocena opieki realizowanej w systemie rooming-in a poziom referencyjny szpitali

Evaluation of care provided in the rooming-in system and referral level of hospitals

Abstract: The system of three-level organization of perinatal care has been functioning in Poland since 1995. This system assumes the provision of ambulatory and hospital services in order to improve the quality of perinatal care, manifested by the decrease of morbidity and mortality in mothers, fetuses and infants.

The following research problem was posed: Does the referral level of hospitals exert an effect on mothers' satisfaction with care?

A standardised questionnaire form EUROPEP was applied to evaluate the level of mother satisfaction with care. The study was carried in 2008 in maternity wards at 5 hospitals of various referral levels in the Lublin Region, and covered 500 mothers. The results obtained were subject to descriptive and statistical analysis.

It was observed that mothers hospitalized in the first referral level hospitals evaluated care provided by midwives in the most positive terms, while those in hospitals of the second referral level expressed the most negative opinions.

Key words: perinatal care, rooming-in system, quality of care, patient satisfaction.

Wprowadzenie

System trójpoziomowej organizacji opieki perinatalnej funkcjonuje w Polsce od 1995 roku. Zakłada się w nim świadczenie usług w zakresie ambulatoryjnym i szpitalnym w celu poprawy jakości opieki okołoporodo-

wej, przejawiającej się w obniżeniu zachorowalności i umieralności matek, płodów i noworodków [Chazan 1997; Gadzinowski et al. 1997].

Jednostki systemu opieki zdrowotnej na poszczególnych poziomach referencyjnych systemu opieki perinatalnej realizują określone funkcje, w tym:

- poziom pierwszy – zapewnia się tam opiekę zdrowotną dla noworodków i kobiet z ciążą o fizjologicznym przebiegu oraz pierwsze zabezpieczenie nieoczekiwanych powikłań podczas ciąży, porodu i porodu; są to oddziały położniczo-noworodkowe w szpitalach miejskich i powiatowych;
- poziom drugi – obejmuje się opieką kobiety ciężarne i noworodki o umiarkowanym stopniu ryzyka (szpitale wojewódzkie);
- poziom trzeci – dotyczy prowadzenia ciąż i porodów wysokiego ryzyka, leczenia najcięższych chorych noworodków. Jest zorganizowany w formie regionalnego centrum perinatalnego dla danego regionu. W centrum regionalnym prowadzi się wstępną ocenę nowych metod leczenia i diagnostyki, opracowuje i realizuje edukację pracowników medycznych oraz wdraża programy promocji zdrowia – szpitale kliniczne [Chazan 1997; Gadzinowski et al. 1997; Bartosiewicz et al. 2003].

Opieka wysokiej jakości na podstawie tzw. dobrej praktyki lekarskiej i położniczej oraz przy wykorzystaniu dostępnych środków powinna minimalizować ryzyko utraty zdrowia a jednocześnie spełniać oczekiwania pacjentów [Piątek 1999]. Stąd postawiono następujące pytanie problemowe, czy na satysfakcję położnic z opieki ma wpływ poziom referencyjny szpitali?

Material i metoda

Do oceny poziomu satysfakcji położnic z opieki zastosowano standaryzowany kwestionariusz grupy EUROPEP składający się z pięciu modułów opieki, 23 szczegółowych elementów opieki i skali Likerta. Jego wersja źródłowa była przeznaczona dla pacjentów lekarzy rodzinnych [Grol et al. 1999; Dağdeviren et al. 2004], stąd 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. Materiały opieki zdrowotnej zawierały 23 szczegółowe elementy opieki.

Pacjentki dokonywały oceny każdego z elementów opieki wg skali Likerta od 1–5, tzn. 1 – „jestem bardzo niezadowolona” do 5 – „jestem bardzo zadowolona”.

Badania przeprowadzono w 2008 roku na oddziałach położniczo-noworodkowych w 5 szpitalach województwa lubelskiego. Były to szpitale o różnym stopniu referencyjnym, w tym dwa z nich pełniły funkcje poziomu pierwszego, kolejne dwa poziomu drugiego i jeden szpital stanowił regionalne centrum perinatalne (poziom trzeci). Ogółem objęto badaniami 500 położnic w dobie wypisu do domu. Uzyskane wyniki poddano analizie opisowej i statystycznej. Istotność różnic między badanymi cechami sprawdzono testem χ^2 . Natomiast 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 $p \leq 0,05$.

Wiek badanych położnic wahał się w przedziale od 17 do 45 lat. W pierwszej grupie były kobiety do 25 lat (41,00%), w drugiej mieszczące się w przedziale wiekowym 26-30 lat (33,80%), a w trzeciej mające 31 lat lub więcej (25,20%). Najliczniejszą grupę wśród badanych stanowiły kobiety z wykształceniem średnim (40,80%). W dalszej kolejności były pacjentki z wykształceniem wyższym (28,20%), zawodowym (23,40%), podstawowym (7,60%). W mieście mieszkało 52,00% respondentek, a pozostałych 48,00% na wsi.

Wyniki badań

Położnice najwyżej oceniły opiekę (średnia ocen 3,88) realizowaną w szpitalach o poziomie referencyjnym pierwszym, a najniżej (średnia ocen 3,64) o poziomie drugim, przy czym uzyskane dane były istotne ($p=0,000001$) statystycznie – tabela 1. Ponadto pacjentki były bardziej usatysfakcjonowane z opieki realizowanej w szpitalach o pierwszym poziomie referencyjnym, niż o drugim poziomie referencyjnym ($p=0,000001$). Podobnie było między szpitalem trzeciego poziomu referencyjnego a szpitalami drugiego poziomu ($p=0,0002$) – tabela 1.

Analiza wyników wskazała na istotne różnice ($p=0,00002$) w ocenie w obrębie modułu A – Relacje położna – pacjentka i jej rodzina, przy czym najwyższą średnią – 3,68, uzyskano u położnic ze szpitali o pierwszym poziomie referencyjnym. Jednocześnie były one bardziej usatysfakcjonowane, niż pacjentki ze szpitali drugiego poziomu ($p=0,000004$). Podobnie położni-

ce ze szpitala poziomu trzeciego wyraziły większe zadowolenie z omawianego modułu opieki, niż kobiety hospitalizowane w szpitalach drugiego poziomu referencyjnego ($p=0,01$) – tabela 1.

Tabela 1. Ocena opieki a poziom referencyjny szpitali

	Ocena opieki w poszczególnych modułach	Poziom referencyjny szpitali		
		Pierwszy	Drugi	Trzeci
		Średnia ocen	Średnia ocen	Średnia ocen
1.	A – Relacje położna – pacjentka i jej rodzina Średnia ocen – 3,51	3,68	3,36	3,46
2.	B – Opieka medyczno – techniczna Średnia ocen – 4,20	4,22	4,14	4,28
3.	C – Informowanie i wspieranie położnicy Średnia ocen – 3,52	3,63	3,29	3,76
4.	D – Dostępność i przystępność położnej Średnia ocen – 3,86	3,91	3,83	3,81
5.	E – Organizacja usług medycznych Średnia ocen – 3,84	3,98	3,74	3,79
Ogółem średnia ocen		3,88	3,64	3,80
Analiza wariancji Poziom istotności różnic ($F=14,40$; $p=0,000001$) w ocenie opieki między położnicami hospitalizowanymi w szpitalach o różnym poziomie referencyjnym; przy tym między szpitalami o poziomie referencyjnym pierwszym a drugim ($p<0,000001$); trzecim a drugim ($p=0,0002$); Poziom istotności różnic ($F=11,02$; $p=0,00002$) w ocenie opieki w module A – Relacje położna – pacjentka i jej rodzina; między położnicami hospitalizowanymi w szpitalach o poziomie referencyjnym pierwszym a drugim ($p=0,000004$); trzecim a drugim ($p=0,01$); Poziom istotności różnic ($F=4,04$; $p=0,01$) w ocenie opieki w module B – Opieka medyczno-techniczna; między położnicami hospitalizowanymi w szpitalach o poziomie referencyjnym pierwszym a drugim ($p=0,009$); trzecim a drugim ($p=0,01$); Poziom istotności różnic ($F=20,30$; $p<0,000001$) różnice w ocenie opieki w module C – Informowanie i wspieranie położnicy; między szpitalami o poziomie referencyjnym pierwszym a drugim ($p<0,000001$); trzecim a drugim ($p<0,000001$); Poziom istotności różnic ($F=9,75$; $p=0,00007$) w ocenie opieki szpitalami w module D – Dostępność przystępność położnej; między szpitalami o poziomie referencyjnym pierwszym a drugim ($p=0,00001$); drugim a trzecim ($p=0,02$); Poziom istotności różnic ($F=9,38$; $p=0,0001$) w ocenie opieki w module E – Organizacja usług medycznych, między szpitalami o poziomie referencyjnym: pierwszym a drugim ($p=0,00002$); trzecim a drugim ($p=0,03$).				

Źródło: opracowanie własne.

Stwierdzono istotne różnice ($p=0,01$) w ocenie odnośnie modułu B – Opieka medyczno-techniczna. Najbardziej usatysfakcjonowane były pacjentki ze szpitala trzeciego poziomu referencyjnego (średnia ocen 4,28). Poza tym były one bardziej zadowolone z opieki, niż kobiety hospitalizowane w szpitalach drugiego poziomu ($p=0,01$). Podobnie, jak kobiety hospitalizowane w szpitalach pierwszego poziomu, które wyraziły większe zadowolenie, niż pacjentki ze szpitali drugiego poziomu ($p=0,009$) – tabela 1. Ponieważ położnice były najbardziej zadowolone z realizacji modułu B opieki, a najwyższą średnią ocen uzyskano w szpitalu trzeciego poziomu referencyjnego (średnia ocen 4,28) poniżej przedstawiono szczegółową analizę tego zagadnienia – tabela 2.

Tabela 2. Ocena poszczególnych elementów opieki modułu B: Opieka medyczno-techniczna w szpitali trzeciego poziomu referencyjnego

	Ocena opieki	Elementy opieki									
		Szybkość reagowania położnej w celu złagodzenia dolegliwości N=100		Przygotowanie położnicy do samodzielnego opiekowania się dzieckiem N=100		Sumienność położnej w realizowaniu opieki nad położnicą N=100		Sumienność położnej w realizowaniu opieki nad dzieckiem N=100		Sprawność techniczna położnej podczas wykonywania czynności N=100	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1.	1-b. niezadowolona	3	3,00	3	3,00	1	1,00	3	3,00	-	-
2.	2-niezadowol.	6	6,00	2	2,00	2	2,00	4	4,00	-	-
3.	3-ani zadowolona ani niezadowolona	20	20,00	9	9,00	16	16,00	7	7,00	6	6,00
4.	4-zadowolona	29	29,00	32	32,00	40	40,00	33	33,00	29	29,00
5.	5-bardzo zadowolona	42	42,00	54	54,00	41	41,00	53	53,00	65	65,00
Ogółem		100	100,00	100	100,00	100	100,00	100	100,00	100	100,00
Poziom istotności różnic w ocenie: Szybkość reagowania położnej w celu złagodzenia dolegliwości ($\chi^2=52,50$; $p<0,000001$) Przygotowanie położnicy do samodzielnego opiekowania się dzieckiem ($\chi^2=101,70$; $p<0,000001$) Sumienność położnej w realizowaniu opieki nad położnicą ($\chi^2=77,10$; $p<0,000001$) Sumienność położnej w realizowaniu opieki nad dzieckiem ($\chi^2=98,60$; $p<0,000001$) Sprawność techniczna położnej podczas wykonywania czynności ($\chi^2=155,10$; $p<0,000001$)											

Źródło: opracowanie własne.

Moduł B – *Opieka medyczno-techniczna* – obejmował pięć elementów opieki realizowanych przez położne (tab. 2). Pierwszy z nich dotyczył *szybkości reagowania położnej w celu złagodzenia dolegliwości*. Większość (71,00%) położnic opiniowała pracę położnej pozytywnie, w tym 42,00% było bardzo zadowolonych a 29,00% zadowolonych. Innych 9,00% kobiet wypowiedziało się negatywnie – analogicznie 3,00% i 6,00%. Natomiast 20,00% pacjentek nie dokonało oceny w sposób jednoznaczny. Stwierdzono istotną różnicę ($p < 0,000001$) w ocenie omawianego elementu opieki, na korzyść pacjentek bardzo zadowolonych. Następnie oceniano element opieki dotyczący *przygotowania położnicy do samodzielnego opiekowania się dzieckiem*. Większość (86,00%) kobiet wyraziła opinię pozytywną, w tym 54,00% z nich było bardzo zadowolonych a 32,00% zadowolonych. Wyłącznie 5,00% pacjentek odniosło się w sposób negatywny, przy czym 2,00% z nich było niezadowolonych a 3,00% bardzo niezadowolonych. Pozostałych 9,00% położnic nie dokonało oceny w sposób jednoznaczny. Stwierdzono, że istotnie częściej ($p < 0,000001$) zakreślano ocenę bardzo dobrą, niż inną. W kolejności analizowano oceny położnic odnośnie *sumienności położnej w realizowaniu opieki nad położnicą*. Większość (81,00%) stanowiły oceny pozytywne, w tym 41,00% kobiet było bardzo zadowolonych a 40,00% zadowolonych. Jedynie 3,00% pacjentek zakreśliło oceny negatywnie, okazując przez to niezadowolenie (2,00%) a nawet bardzo duże niezadowolenie (1,00%). Pozostałych 16,00% położnic nie wyraziło, co do tego elementu opieki jednoznacznej opinii. Istotnie więcej (więcej $< 0,000001$) było pacjentek bardzo zadowolonych, niż pozostałych. Następnie poddano ocenie *sumienność położnej w realizowaniu opieki nad dzieckiem*. Znacznie więcej (88,00%) pacjentek wypowiedziało się pozytywnie (53,00% wyraziło bardzo duże zadowolone a 33,00% zadowolone), niż negatywnie (7,00%). Wśród tych drugich 4,00% wyraziło niezadowolenie a 3,00% bardzo duże niezadowolenie. Pozostałych 7,00% położnic nie utożsamiało swojej opinii z żadną z omówionych powyżej. Istotnie częściej ($p < 0,000001$) wybierano ocenę bardzo dobrą, niż inną. Ostatni element opieki dotyczył *sprawności technicznej położnej podczas wykonywania czynności*. Zdecydowana większość (94,00%) pacjentek oceniła ją pozytywnie, co w przypadku 65,00% z nich było wyrazem bardzo dużego zadowolenia, a u 29,00% – zadowolenia. Żadna z położnic nie wydała opinii negatywnej a jedynie 6,00% kobiet nie sprecyzowało jednoznacznie swojej oceny. Stwierdzono, że położnice istotnie częściej ($p < 0,000001$) zakreślały ocenę bardzo dobrą, niż inną.

W ocenie modułu C – Informowanie i wspieranie położnicy, także zaznaczyły się różnice statystycznie istotne ($p < 0,000001$), na korzyść położnic ze szpitala o trzecim poziomie referencyjnym (średnia ocen 3,76). Jednocześnie wspomniane pacjentki, jak też te, które były hospitalizowane w szpitalach pierwszego poziomu, wyraziły większe zadowolenie, niż położnice ze szpitali o drugim poziomie referencyjnym, przy poziomie istotności $p < 0,000001$ dla obu szpitali (tab. 1).

Nieco inna sytuacja zaistniała w obrębie modułu D – Dostępność i przystępność położnej (tabela 1). Stwierdzono istotne ($p = 0,00007$) różnice w ocenie tego modułu opieki, przy czym najwyższą średnią ocen uzyskano u położnic ze szpitali o pierwszym poziomie referencyjnym. Jednocześnie pacjentki te były bardziej usatysfakcjonowane z opieki, niż hospitalizowane w szpitalach drugiego poziomu referencyjnego ($p = 0,00001$). Niemniej jednak te ostatnie wyraziły większe zadowolenie, niż kobiety ze szpitala o trzecim poziomie referencyjnym ($p = 0,02$).

Istotne ($p = 0,0001$) różnice w ocenie opieki stwierdzono także w obrębie modułu E - Organizacja usług medycznych, przy czym najwyższą średnią – 3,98, uzyskano u położnic ze szpitali o pierwszym poziomie referencyjnym. Jednocześnie pacjentki te, podobnie jak hospitalizowane w szpitalu trzeciego poziomu były bardziej usatysfakcjonowane, niż kobiety ze szpitali o drugim poziomie referencyjnym – odpowiednio – $p = 0,00002$ i $p = 0,03$ (tabela 1).

Dyskusja

System trójpoziomowej opieki perinatalnej wiąże się z realizowaniem, na każdym z poziomów określonych funkcji, których celem jest podniesienie jakości opieki nad matką i dzieckiem [Chazan 1997, Gadzinowski et. al 1997]. „Jakość” należy rozpatrywać w kontekście oferowania usług profesjonalnych i uzyskiwania poprawy stanu zdrowia pacjenta (społeczeństwa), jak też zaspokajania jego oczekiwań związanych ze zdrowiem przyczyniając się do zadowolenia z uzyskiwanej opieki [Kornatowski 1995; Piątek 1999; Markwitz 2005; Pędziwiatr 2005]. Pracownicy medyczni często żywią przekonanie, że maksymalizacja efektywności leczenia danego pacjenta stanowi najważniejszy aspekt świadczonych przez nich usług [Markwitz 2005]. Zgodnie jednak z uzyskanymi wynikami badań stanowisko to nie jest do końca słuszne. Wprawdzie położnice hospitalizowane w szpitalu trzeciego poziomu referencyjnego były bardziej, niż pacjentki szpitali pierwszego i drugiego poziomu, usatysfakcjonowane z modułu B – Opieka medyczno-

techniczna (średnia ocen 4,28) i modułu C – Informowanie i wspieranie położnicy (średnia ocen 3,76), to jednak realizacja pozostałych aspektów opieki nie zaspokajała w pełni ich oczekiwań. Zgodnie z zasadami organizacyjnymi opieki perinatalnej szpitale trzeciego poziomu sprawują opiekę nad położnicami i noworodkami obciążonymi wysokim ryzykiem utraty zdrowia [Chazan 1997, Piątek 1999]. Stąd wymagają intensywnego leczenia i pielęgnowania pod względem medyczno-technicznym, jak też w aspekcie relacji położna – pacjentka i jej rodzina, dyspozycyjności sprawujących opiekę czy też współpracy zespołu medycznego, o czym pozwalają sądzić uzyskane rezultaty badań. Odwrotna sytuacja miała miejsce w przypadku położnic, które przebywały w szpitalach pierwszego poziomu referencyjnego. One mianowicie wskazywały na niedobór opieki w zakresie modułu B i modułu C.

Niski poziom satysfakcji w zakresie udzielania przez pracowników medycznych informacji i wsparcia wykazali w swoich badaniach także inni autorzy a prezentowane wyniki badań dotyczyły nie tylko opieki położniczej, ale także innych specjalności [Grol et al. 1999; Kurpas et al. 2002; Dağdeviren et. al. 2004]. Przyczyn tego stanu można upatrywać z jednej strony we wzrastającej świadomości pacjentów, którzy chcą w coraz większym stopniu uczestniczyć w procesie leczenia i pielęgnowania, z drugiej w niedostatecznym przygotowaniu pracowników medycznych do realizowania działań w tym zakresie [Johansson et al. 2002]. Można przypuszczać, że czynniki te miały wpływ na uzyskany w badaniach poziom satysfakcji położnic zwłaszcza, że świadomość kobiet co do opieki okołoporodowej jest coraz większa [Karauda et al. 2005, Markwitz 2005]. Należy tylko żałować, że nie zawsze idzie ona w parze ze świadomością pracowników medycznych, często jeszcze opartej wyłącznie na standardach medycznych bez uwzględniania oczekiwań podopiecznych. Nie wystarczy bowiem wyjść z założenia, że pacjentki po porodzie fizjologicznym (najczęściej hospitalizowane w szpitalach pierwszego poziomu referencyjnego) wymagają mniejszego skupienia uwagi i zaabsorbowania ponieważ mogą się sprawniej poruszać a ich stan zdrowia nie jest obciążony ryzykiem.

Kwestią do zastanowienia jest też fakt, że najmniej usatysfakcjonowane z opieki były pacjentki hospitalizowane w szpitalach drugiego poziomu referencyjnego. Jest to o tyle niepokojące, że w skali kraju większość porodów w Polsce odbywa się w jednostkach tegoż poziomu [Chazan 1997].

W niniejszym doniesieniu nie oceniano skuteczności, bądź nie, systemu opieki nad matką i dzieckiem. Starano się wykazać, że podniesienie jakości opieki, wymaga znajomości i zrozumienia zakresu różnych płaszczyzn tego

zagadnienia w opiece zdrowotnej, tak aby jej rezultaty były pożądane i oceniane, zarówno przez świadczeniodawców, jak i odbiorców usług.

Wnioski

1. Opiekę realizowaną przez położne najwyżej oceniły położnice hospitalizowane w szpitalach o poziomie referencyjnym pierwszym a najniżej w szpitalach poziomu drugiego.
2. Istotne różnice w ocenie poszczególnych modułów opieki na korzyść położnic przebywających w szpitalach pierwszego poziomu referencyjnego dotyczyły: modułu A – Relacje położna – pacjentka i jej rodzina ($p=0,000002$), modułu D – Dostępność i przystępność położnej, modułu E – Organizacja usług medycznych.
3. Opieka świadczona przez położne na oddziałach położniczo-noworodkowych w obrębie modułu B – Opieka medyczno-techniczna i modułu C – Informowanie i wspieranie położnicy, okazała się być najbardziej satysfakcjonująca dla pacjentek hospitalizowanych w szpitalach o trzecim poziomie referencyjnym.

Bibliografia

- Bartosiewicz J., Pietras G., Sławatyński A. (2003), *Regionalizacja w położnictwie w województwie lubelskim*, „Ginekologia Polska”, z. 74, nr 11.
- Chazan B. (red). (1997) *Położnictwo w praktyce lekarza rodzinnego*. PZWL, Warszawa.
- Dağdeviren N., Akturk Z. (2004), *An Evaluation of Patient Satisfaction In Turkey with the EU-ROPEP Instrument*, „Yonsei Medical Journal”, nr 1.
- Gadzinowski J., Bręborowicz G.H. (1997), *Program Poprawy Opieki Perinatalnej w Polsce*, Poznań.
- Grol R., Wensing M., Mainz J., Ferreira P., Hearnshaw H., Hjortdahl P., Olesen F., Ribacke M., Spenser T., Szécsényi J. (1999), *Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison*, „Family Practice”, nr 1.
- Johansson P., Oleni M., Frindlund B. (2002), *Patient satisfaction with nursing care In the context of health care: a literature study*, „Scandinavian Journal of Caring Sciences”, nr 16.
- Karuda M., Ksykiewicz-Dorota A. (2005), *Mother satisfaction with care provided by midwives in maternity-neonatal ward I*, *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio D. Medicina*, Lublin, z. 1.
- Kornatowski M. (1995), *Satysfakcja pacjenta jako wskaźnik poziomu jakości opieki zdrowotnej*, „Antidotum”, nr 1.

- Kurpas D., Steciwko A., Olszewska K. (2002), *Ocena satysfakcji pacjentów z usług świadczonych przez lekarzy rodzinnych*, „Polska Medycyna Rodzinna”, z. 4, nr 2.
- Markwitz N. (2005), *Jakość i standardy w opiece zdrowotnej z uwzględnieniem opieki nad matką i dzieckiem*, „Pielęgniarstwo Polskie” z. 2, nr 20.
- Pędzwiatr A. (2005), *Koncepcje teoretyczne dotyczące satysfakcji pacjenta*. „Pielęgniarstwo Polskie”, z. 2, nr 20.
- Piątek A. (red.) (1999), *Standardy opieki pielęgniarstwiej w praktyce*. NIPiP, Warszawa.
- Zadroga M., Cudak-Bańska E., Dyk D., Krysiak I., Gutysz-Wojnicka A. (2005), *Ocena satysfakcji pacjenta z opieki pielęgniarstwiej*, „Pielęgniarstwo Polskie”, z. 1, nr 19.

Brygida Kondracka

S.P.Z.O.Z. MSW z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie

Rafał Bezuch

S.P.Z.O.Z. MSW z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie

Krzysztof Łukaszuk

Gdański Uniwersytet Medyczny

Plus dla szpitali, minus dla organizacji systemu ochrony zdrowia w Polsce

Plus for hospitals, minus for the organisation of health care system in Poland

Abstract: Although vast majority of Poles declare their dissatisfaction with health services of the National Health Fund (NFZ), medical care is perceived as one of the strongest elements of this system. The purpose of the undertaken study was to evaluate chosen elements of patients' satisfaction with medical care during hospitalization.

The survey of patients' satisfaction was conducted between September 2012 and March 2013 among 288 patients hospitalized not shorter than 48 hours. The survey was based on a diagnostic poll in a form of an anonymous PASAT questionnaire.

The results of the study show high level of patients' satisfaction with the medical care in the given hospital.

Key words: quality of medical care, satisfaction of patient, diagnosis survey.

Wstęp

Funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej, mimo licznych reform, pozostaje dużym problemem życia społecznego w naszym kraju. Krytyka ma różnorodne powody: jedni krytykują system ochrony zdrowia za marnotrawstwo środków, inni za niewystarczające nakłady. Jedni za niski dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, inni za nadmierne i pochopne ich udzielanie. Ministerstwo Zdrowia zajmuje się dopłatami do leków, ściganiem Ewuś-iowych przestępców, incydentalną reorganizacją medialnie ważnych szpitali, elektroniczną dokumentacją medyczną. Proponowane bieżące zmiany, dyk-

owane emocjami, potrzebą chwili i medialną popularnością, mają charakter interwencyjny i brakuje im strategicznego kontekstu. Polityka tworzona w ten sposób nie rozwiązuje istniejących problemów, jest chaotyczna i pozostawia poczucie nieskuteczności oraz rozczarowania działaniami ludzi, którzy ją kształtują.

W odróżnieniu do ogólnej oceny systemu, indywidualna opieka lekarska oceniana jest pozytywnie. Zdecydowana większość społeczeństwa pochlebnie wyraża się o kompetencjach lekarzy i ich zaangażowaniu w leczenie pacjentów. Pozytywnie oceniana jest życzliwość i troska w podejściu do pacjentów oraz dostępność informacji na temat opieki lekarskiej.

Celem pracy jest ocena wybranych aspektów satysfakcji pacjentów z opieki lekarskiej w trakcie hospitalizacji. Dzięki otrzymanym wynikom badania, możliwe jest otrzymanie odpowiedzi na pytanie, czy sposób świadczonej opieki lekarskiej zaspokaja oczekiwania i potrzeby pacjentów. Analiza czynników wywołujących niezadowolenie z otrzymywanych usług zdrowotnych, daje możliwość optymalizacji procesu zarządzania jakością świadczeń lekarskich.

Material, metody i wyniki badań

Badaną populację stanowili pacjenci Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie.

Badania ankietowe przeprowadzono w okresie od listopada 2012 do marca 2013 roku. W procedurze badawczej wykorzystano badanie satysfakcji pacjentów przy pomocy pakietu PASAT, ujednoliconego modelu badania satysfakcji pacjentów w Polsce, wprowadzonego przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Celem uporządkowania i analizy danych zastosowano metody statystyczne. Do realizacji badania wydano 400 ankiet PASAT. Do analizy wykorzystano 288 ankiet. Wskaźnik zwrotności ankiet wyniósł 72%.

Ankietyzację przeprowadzono z pacjentami hospitalizowanymi nie krócej niż 48 godzin. Dobór próby badawczej miał charakter losowy.

W analizie materiału badawczego, jako kryterium oceny przyjęto: (a) uważne słuchanie pacjenta, zapewnienie intymności, wyrażanie się w sposób zrozumiały dla pacjenta, życzliwość lekarza, dostępność lekarza w razie potrzeby oraz ilość czasu poświęconego pacjentowi; (b) zdanie pacjentów czy lekarze lub pielęgniarki wygłaszali sprzeczne ze sobą opinie, jaki personel

wyrażał sprzeczne opinie oraz czy lekarze/pielęgniarki rozmawiali tak, że było to krępujące.

Ocena lekarza prowadzącego/najczęściej wykonującego badania, zabiegi

Uważne słuchanie przez lekarza zostało ocenione bardzo dobrze przez 75,63% ankietowanych pacjentów (71,76% mężczyzn i 80,00% kobiet), dobrze 22,22% osób (25,19% mężczyzn i 19,26% kobiet), a raczej dobrze 2,15% badanych (3,05% mężczyzn i 0,74% kobiet). Biorąc pod uwagę płeć respondentów nie odnotowano żadnych istotnych korelacji w analizowanym aspekcie (test U Manna-Whitneya $p=0,101$; test Chi2 $p=0,170$). Najbardziej krytyczni w ocenie słuchania ich przez lekarza czuli się pacjenci z wykształceniem zawodowym (najniższy odsetek odpowiedzi bardzo dobrze – 63,33% i najwyższy dla odpowiedzi raczej dobrze – 33,33%), co przełożyło się na istotny współczynnik korelacji Gamma na poziomie 0,157 ($p=0,04$). Nie odnotowano różnic istotnych statystycznie w ocenach ankietowanych wcześniej hospitalizowanych w badanym szpitalu i nie (test Kruskala-Wallisa $p=0,554$; test Chi2 $p=0,475$) oraz z czynnościami zawodowymi respondentów (test Kruskala-Wallisa $p=0,149$; test Chi2 $p=0,207$). Zaobserwowano natomiast istotne skorelowanie ocen uważnego usłuchania przez lekarza z wiekiem (współczynnik korelacji Gamma = 0,20; $p=0,004$) – niższe było zadowolenie starszych pacjentów. Osoby zadowolone w stopniu najwyższym (oceny bardzo dobre) z ich słuchania były przeciętnie o kilka lat młodsze niż osoby przyznające oceny dobre (średnie odpowiednio 53,8 lat i 59,6 lat, $p=0,013$; mediany 56 i 62 lata, $p=0,017$).

Kobiety częściej od mężczyzn były skłonne ocenić bardzo dobrze zapewnienie intymności przez lekarza prowadzącego bądź najczęściej wykonującego badania (odpowiednio 83,46% i 71,32% ocen bardzo dobrze). Dobrze ten aspekt opieki oceniło 20,73% pacjentów (25,58% mężczyzn i 15,04% kobiet), a raczej dobrze 2,18% badanych (3,10% mężczyzn i 0,75% kobiet). Natomiast jedna kobieta (0,75%) z wykształceniem wyższym (40 lat), hospitalizowana po raz pierwszy w badanym szpitalu, oceniła źle poziom zapewnienia intymności. Wyniki wskazują na istotne skorelowanie ocen (test U Manna-Whitneya $p=0,019$) w analizowanym aspekcie z płcią. Najbardziej usatysfakcjonowani z zapewnienia intymności byli pacjenci z wykształceniem podstawowym (najwyższy odsetek odpowiedzi bardzo dobrze – 85,71% oraz 0% dla odpowiedzi raczej dobrze i źle). Najmniej skłonni do ceny tego aspektu bardzo dobrze byli natomiast respondenci z wykształceniem zawo-

dowym (63,79%), co przełożyło się na istotny współczynnik korelacji Gamma na poziomie 0,123 ($p=0,039$). Biorąc pod uwagę decyzje o miejscu hospitalizacji nie odnotowano żadnych istotnych korelacji z oceną zapewnienia intymności (test Kruskala-Wallisa $p=0,326$; test Chi2 $p=0,723$). Również wiek pacjentów (współczynnik korelacji Gamma = 0,101, $p=0,149$) i stosunek do czynności zawodowych (test Kruskala-Wallisa $p=0,527$; test Chi2 $p=0,515$) nie były cechami, które istotnie ten aspekt warunkowały.

Wyrażanie się w sposób zrozumiały dla pacjenta zostało ocenione bardzo dobrze przez 77,45% ankietowanych pacjentów (72,09% mężczyzn i 84,96% kobiet). Ocenę dobrą wystawiło 20% osób (24,81% mężczyzn i 15,04% kobiet), a raczej dobrą 2,55% badanych (3,10% mężczyzn i 0,75% kobiet). Test statystyczny (test U Manna-Whitneya $p=0,010$; test Chi2 $p=0,030$) wskazuje na istotną zależność ocen od płci respondentów. Mężczyźni mieli istotnie większy kłopot w pełnym zrozumieniu lekarza (mniej wskazań bardzo dobrych 72,09% i więcej – raczej dobrych 3,10%). Największy kłopot w pełnym zrozumieniu lekarza miały osoby najslabiej wykształcone (61,90% i 68,97% ocen bardzo dobrych odpowiednio wśród pacjentów z wykształceniem podstawowym i zawodowym), w przypadku osób z wykształceniem wyższym lub średnim problem dotyczył co piątej z nich (odpowiednio 80,95% i 81,18% ocen bardzo dobrych) i co dziesiątej osoby z wykształceniem pomaturalnym (90,91% not bardzo dobrych). Oceny te przełożyły się na istotny współczynnik korelacji Gamma na poziomie 0,25 ($p=0,001$). Biorąc pod uwagę wcześniejszy pobyt pacjenta lub nie, nie odnotowano żadnych istotnych korelacji w analizowanym aspekcie (test Kruskala-Wallisa $p=0,732$; test Chi2 $p=0,878$). Zaobserwowano natomiast skorelowanie ocen wyrażania się przez lekarza z wiekiem (współczynnik korelacji Gamma = 0,15, $p=0,043$) – niższe było zadowolenie starszych pacjentów. Osoby zadowolone w stopniu najwyższym (oceny bardzo dobre) z ich słuchania były przeciętnie o kilka lat młodsze niż osoby przyznające oceny dobre (średnie odpowiednio 54,04 lat i 58,30 lat; mediany 56 i 61 lata). Nie zaobserwowano trendu wiążącego ten aspekt istotnie z czynnościami zawodowymi respondentów (test Kruskala-Wallisa $p=0,481$; test Chi2 $p=0,528$).

Przy ocenie życzliwości lekarza dominowały oceny bardzo dobre u 82,25% ankietowanych pacjentów (80,77% u mężczyzn i 86,47% u kobiet). Ocenę dobrą wystawiło 17,03% osób (19,23% mężczyzn i 12,03% kobiet). Jedynie 2 kobiety oceniły życzliwość lekarza raczej dobrze (1,50%). Biorąc pod uwagę płeć badanych nie odnotowano żadnych istotnych korelacji w analizowanym aspekcie (test U Manna-Whitneya $p=0,237$; test Chi2 $p=0,111$). Nie zaobserwowano trendu wiążącego ten aspekt istotnie z wy-

kształceniem respondentów (współczynnik korelacji Gamma= 0,071, $p=0,423$; test Chi2 $p=0,645$), decyzją o miejscu hospitalizacji (test Kruskala-Wallisa $p=0,118$; test Chi2 $p=0,150$), wiekiem (współczynnik korelacji Gamma= -0,063 $p=0,431$) i stosunkiem do czynności zawodowych (test Kruskala-Wallisa $p=0,248$; test Chi2 $p=0,435$).

Dostępność lekarza w razie potrzeby została oceniona bardzo dobrze przez 71,94% ankietowanych pacjentów (69,47% mężczyzn i 74,63% kobiet), dobrze 24,82% osób (28,24% mężczyzn i 22,39% kobiet), a raczej dobrze 3,24% badanych (2,29% mężczyzn i 2,99% kobiet). Niskie współczynniki korelacji wskazują na brak związków ocen dostępności lekarza w razie potrzeby z płcią (test U Manna-Whitneya $p=0,384$; test Chi2 $p=0,531$). Bardziej krytyczni w ocenie dostępności lekarza były osoby słabiej wykształcone (66,67%, 66,10% i 69,77% ocen bardzo dobrych odpowiednio wśród pacjentów z wykształceniem podstawowym, zawodowym i średnim), w przypadku osób z wykształceniem wyższym i pomaturalnym problem dotyczył średnio co piątą z nich (odpowiednio 76,19% i 82,35% ocen bardzo dobrych). Oceny te przełożyły się na istotny współczynnik korelacji Gamma na poziomie 0,25 ($p=0,001$). Postrzeganie dostępności lekarzy było podobne wśród pacjentów pierwszorazowych i hospitalizowanych wcześniej w badanym podmiocie leczniczym (test Chi2 $p=0,707$). Wiek pacjentów nie był cechą, która istotnie ten aspekt warunkowała (współczynnik korelacji Gamma= 0,043, $p=0,506$). Nie zaobserwowano również trendu wiążącego ten aspekt istotnie z czynnościami zawodowymi respondentów (test Kruskala-Wallisa $p=0,16$; test Chi2 $p=0,269$).

Ilość czasu poświęconego pacjentowi została oceniona bardzo dobrze przez 67,99% ankietowanych pacjentów (64,12% mężczyzn i 73,88% kobiet). Ocenę dobrą wystawiło 24,1% osób (27,48% mężczyzn i 20,15% kobiet), a raczej dobrą 7,91% badanych (8,40% mężczyzn i 5,97% kobiet). Brak istotnej statystycznie zależności (test U Manna-Whitneya $p=0,089$; test Chi2 $p=0,228$). Biorąc pod uwagę wykształcenie respondentów nie odnotowano żadnych istotnych korelacji w analizowanym aspekcie (współczynnik korelacji Gamma= 0,0446, $p=0,519$; test Chi2 $p=0,542$). Najbardziej usatysfakcjonowani z ilości czasu poświęconego im przez lekarza byli pacjenci z wykształceniem pomaturalnym (82,35% ocen bardzo dobrych). Zaledwie co jedenasty z nich ocenił ten aspekt jako dobry lub raczej dobry. Niskie współczynniki korelacji (test Chi2 $p=0,757$) wskazują na brak związków oceny ilości czasu poświęconego pacjentowi z wcześniejszym pobytem lub nie w szpitalu oraz wiekiem ankietowanych pacjentów (współczynnik korelacji Gamma=-0,0006, $p=0,991$). Nie zaobserwowano również trendu wią-

żącego ten aspekt istotnie z czynnościami zawodowymi respondentów (test Kruskala-Wallisa $p=0,597$; test Chi2 $p=0,556$).

Inne aspekty opieki personelu medycznego

W ocenie zdecydowanej większości ankietowanych pacjentów (93,8%) personel nie wygłaszał sprzecznych opinii co do ich stanu zdrowia (91,60% mężczyzn i 96,95% kobiet). Jednak 17 osób udzieliło odpowiedzi innej niż „nie, nigdy”. Zdaniem 3,28% personel często wygłaszał sprzeczne opinie (5,34% mężczyzn i 0,76% kobiet), a 2,92% czasami (3,05% mężczyzn i 2,29% kobiet). Mężczyźni nieco częściej spotykali się ze sprzecznymi opiniami niż kobiety, ale różnica nieistotna, choć bliska poziomowi istotności (test U Manna-Whitneya $p=0,059$).

Ponieważ uzyskano informacje, co do wykształcenia tylko 14 z respondentów, którzy udzielili odpowiedzi innej niż „nie, nigdy”, test w tej postaci jest niewiarygodny i zdecydowano o połączeniu kategorii. Po połączeniu odpowiedzi „Tak, często” i „Tak, czasami” test nie wskazuje na istotny związek odczucia przez pacjenta, że personel wygłaszał sprzeczne opinie co do ich stanu zdrowia a wykształceniem pacjenta, choć tylko jedna osoba z wykształceniem wyższym odnotowała taki fakt, pozostałe osoby to pacjenci z wykształceniem co najwyżej średnim (test Chi2 $p=0,156$). Postrzeganie przez pacjenta w analizowanym aspekcie było podobne wśród pacjentów pierwszorazowych oraz wcześniej hospitalizowanych w badanym podmiocie leczniczym (test Kruskala-Wallisa $p=0,872$; test Chi2 $p=0,953$). Nie ma też istotnego związku z wiekiem pacjenta (test U Manna-Whitneya $p=0,587$) oraz stosunkiem do czynności zawodowych (test Kruskala-Wallisa $p=0,467$; test Chi2 $p=0,594$).

Na pytanie otwarte, jaki personel wyrażał sprzeczne opinie, żaden z ankietowanych pacjentów nie udzielił odpowiedzi.

W badaniu podjęto też próbę określenia czy lekarze/pielegniarki rozmawiali o pacjentach przy osobach trzecich, tak że było to dla nich krępujące. Zdecydowana większość respondentów (95,56%) nie potwierdziła, aby takie sytuacje miały miejsce (94,57% mężczyzn i 96,92% kobiet). Jednak 12 osób udzieliło odpowiedzi innej niż „nie, nigdy”. Zdaniem 1,85% personel często rozmawiał o nich przy osobach trzecich (2,33% mężczyzn i 0,77% kobiet), a 2,92% czasami (3,10% mężczyzn i 2,31% kobiet). Nie odnotowano różnic istotnych statystycznie w ocenach kobiet i mężczyzn (test U Manna-

Whitneya $p=0,345$; test Chi2 $p=0,548$), również po połączeniu odpowiedzi „Tak, często” i „Tak, czasami” (test Chi2 $p=0,348$).

Ponieważ uzyskano informacje co do wykształcenia tylko od 11 respondentów, którzy udzielili odpowiedzi innej niż „nie, nigdy”, zdecydowano o połączeniu kategorii. Po połączeniu odpowiedzi „Tak, często” i „Tak, czasami” odnotowano, że sytuacje rozmów personelu medycznego o pacjencie przy osobach trzecich w sposób krępujący dla pacjenta zdarzały się zarówno pacjentom z wykształceniem wyższym, jak i niższym (test Chi2 $p=0,675$), pacjentom pierwszorazowym i wcześniej hospitalizowanym w badanym podmiocie leczniczym (test Kruskala-Wallisa $p=0,774$; test Chi2 $p=0,316$). Nie zaobserwowano trendu wiążącego ten aspekt istotnie zarówno z wiekiem (test U Manna-Whitneya $p=0,718$) jak i ze stosunkiem do czynności zawodowych respondentów (test Kruskala-Wallisa $p=0,847$; test Chi2 $p=0,721$).

Dyskusja

Badanie Health Barometre przeprowadzane przez Europ Assistance Group oraz Circle Sante Societe wskazało, że zaledwie 12% badanych Polaków pozytywnie oceniło ochronę zdrowia w Polsce. Wśród wielu zagrożeń, wymienione zostały: opóźnienia w procesie leczenia (93% wskazań), niedostateczne finansowanie (70%), nierówny dostęp do usług medycznych (78%), brak lekarzy (70%), ryzyko infekcji w szpitalach (73%), błędy lekarskie (70%) oraz nowe choroby (60%). Natomiast 78% jest zdania, że nie wszyscy mają równy dostęp do świadczeń medycznych [Europ Assistance Polska]. Według pytanых przez CBOS Polaków, 52% jest zdania, że obsługa w placówkach opieki zdrowotnej jest niesprawna i nieskuteczna. Negatywne są też oceny wykorzystywania nowoczesnych rozwiązań w administracji (51% wskazań), lokalizacji podmiotów leczniczych oferujących usługi lekarzy specjalistów i badania diagnostyczne (59%) oraz możliwości umówienia wizyty na dogodną dla siebie godzinę (62%). Respondenci niemal powszechnie narzekają na ograniczony dostęp do badań diagnostycznych oraz porad lekarzy specjalistów – prawie trzy czwarte z nich nie zgadza się z opinią, że potrzebne badania diagnostyczne można wykonać szybko i bez większych trudności (71%), jeszcze większa grupa odrzuca stwierdzenie, że jeśli pacjent tego potrzebuje, łatwo dostanie się na wizytę do specjalisty (86%) [Hipsz 2012 s. 3].

Interesująca wydaje się też analiza socjodemograficzna. Rozczarowanie funkcjonowaniem opieki zdrowotnej jest częstsze wśród respondentów relatywnie lepiej wykształconych, mieszkańców miast, zwłaszcza największych (84%), osób aktywnych zawodowo, uczniów i studentów (85%) oraz badanych w wieku 35–44 lata (88%). Zadowolenie z ochrony zdrowia nieco częściej natomiast deklarują osoby mające 65 lat i więcej (26%), emeryci (27%) oraz renciści (31%) [Hipsz 2012 s. 11].

Na uwagę zasługuje fakt, że z publicznego systemu ochrony zdrowia bardziej niezadowoleni są ci, którzy z niego nie korzystają [Czapiński J., Panek T., 2013]. Również badania CBOS potwierdzają, że krytyczny stosunek do ochrony zdrowia, bardziej niż w osobistych doświadczeniach, zakorzeniony jest w tym, co i jak się mówi na jej temat, a wystawiana przez badanych ogólna ocena wydaje się raczej głosem opinii publicznej niż ich własnym [Hipsz 2012 s. 19]. Dziennikarze i politycy są bardzo surowi w ocenie systemu ochrony zdrowia, o ile oczywiście nie są odpowiedzialni za jego aktualne działanie.

W odróżnieniu do ogólnej oceny systemu, indywidualna opieka lekarska oceniana jest pozytywnie. 51% badanych przez Europ Assistance Polska uważa, że lekarska opieka medyczna jest dobra, a nawet bardzo dobra. Jedynie 11% odpowiedzi wskazuje na niezadowolenie z opieki lekarskiej w Polsce. Również z badań CBOS wynika, że zdecydowana większość respondentów pochlebnie wyraża się o kompetencjach lekarzy (68%). Trzy piąte ankietowanych uważa, że lekarze świadczący usługi w ramach ubezpieczenia w NFZ angażują się w swoją pracę – zależy im na tym, aby pomóc pacjentom (61%), a ponad połowa pozytywnie ocenia życzliwość i troskę w podejściu do pacjentów (54%) oraz dostępność informacji na temat opieki lekarskiej (52%) [Hipsz 2012 ss. 2-3].

Badania własne wskazują, że przy ocenie opieki lekarskiej w badanym podmiocie leczniczym dominowały oceny bardzo dobre i dobre, w szczególności życzliwość lekarza (odsetek skumulowany 99,28%), uważne słuchanie pacjenta (odsetek skumulowany 97,85%), zapewnienie intymności (odsetek skumulowany 97,45%), wyrażanie się w sposób zrozumiały dla pacjenta (odsetek skumulowany 97,45%), dostępność lekarza w razie potrzeby (odsetek skumulowany 96,76%) oraz ilość czasu poświęconego pacjentowi (odsetek skumulowany 92,08%). Różnice istotne statystycznie stwierdzono w ocenie zapewnienia intymności i wyrażania się w zrozumiały sposób przez lekarza. Kobiety częściej od mężczyzn były skłonne ocenić bardzo dobrze zapewnienie intymności przez lekarza prowadzącego bądź najczęściej wykonującego badania. Miały też mniejszy kłopot w pełnym zrozumieniu lekarza.

Największy kłopot w pełnym zrozumieniu lekarza miały osoby najsłabiej wykształcone. Zaobserwowano też istotnie niższe zadowolenie starszych pacjentów.

W ocenie zdecydowanej większości ankietowanych pacjentów (93,8%) personel nie wygłaszał sprzecznych opinii co do ich stanu zdrowia. Jednak 17 osób udzielało odpowiedzi innej niż „nie, nigdy”. Mężczyźni nieco częściej spotykali się ze sprzecznymi opiniami niż kobiety (ale różnica nieistotna, choć bliska poziomu istotności). Jednocześnie żaden z ankietowanych pacjentów nie wskazał, kto z personelu wyrażał sprzeczne opinie.

W badaniu podjęto też próbę określenia czy lekarze/pielegniarki rozmawiali o pacjentach przy osobach trzecich, tak że było to dla nich krępujące. Zdecydowana większość respondentów (95,56%) nie potwierdziła, aby takie sytuacje miały miejsce. Przy czym 12 osób udzielało odpowiedzi innej niż „nie, nigdy”. Nie odnotowano różnic istotnych statystycznie od cech socjo-medycznych badanej populacji.

Uzyskane wyniki potwierdzają wcześniejsze badania innych autorów. Marcinowicz i Grębowski dokonując przeglądu 39 publikacji, opartych na badaniach empirycznych przeprowadzonych w ciągu piętnastu lat w Polsce, stwierdzili, że we wszystkich wykazano wysokie zadowolenie hospitalizowanych pacjentów z dostarczonych im usług [Marcinowicz, Grębowski 2005, s. 663-666]. Dotyczyło to opieki lekarskiej i pielęgniarstwa, warunków leczenia, przestrzegania praw pacjenta, informacji o stanie zdrowia, istocie choroby, sposobie leczenia i planowanych badań. Reprezentatywne wydają się być badania Huperta przeprowadzone na ogólnopolskiej próbie 890 pacjentów z 59 różnych oddziałów szpitalnych [Hupert 2003]. Znaczna większość respondentów (od 65% do ponad 80%) oceniła zdecydowanie pozytywnie wszystkie aspekty usług świadczonych przez szpital. Średni odsetek ocen zdecydowanie pozytywnych wynosił 77%.

Zdecydowana większość Polaków jest niezadowolona z działania opieki zdrowotnej w ramach NFZ, jednak ocena ta nie jest wynikiem złej opinii o lekarzach i ich umiejętnościach oraz zaangażowaniu w pomoc pacjentom. Plus dla lekarzy, minus dla organizacji systemu.

Wnioski

1. Respondenci pozytywnie oceniają jakość opieki lekarskiej, w szczególności życzliwość lekarza, zapewnienie intymności, wyrażanie się w sposób zrozumiały dla pacjenta, dostępność lekarza w razie potrzeby oraz ilość czasu poświęconego pacjentowi.
2. W społecznej ocenie najsłabszą stroną opieki zdrowotnej w Polsce są poważne utrudnienia w dostępie do porad lekarzy specjalistów i badań diagnostycznych, wynikające z okresu oczekiwania na wizytę, a także ze zbyt małej liczby zakładów świadczących takie usługi.

Bibliografia

- Czapiński J., Panek T. (2013), *Diagnoza społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków*, Contemporary Economics Volume 7.
- Hipsz N. (2012), *Opinie o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej*, Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa.
- Europ Assistance Polska, *Ocena polskiej opieki medycznej w europejskim badaniu Health Barometre* [online] <http://pmews.pl/ubezpieczenia/ocena-polskiej-opieki-medycznej-w-europejskim-badaniu-health-barometre-44600.html>, dostęp: 27 kwietnia 2014.
- Hupert Z. (2003), *Jakość w opiece medycznej: koncepcja pomiaru*, Instytut Medycyny Wsi, Lublin.
- Marcinowicz L., Grębowski R., *Satysfakcja pacjentów w świetle polskich badań empirycznych – próba wyjaśnienia zagadki wysokiego poziomu zadowolenia z opieki*, Polski Merkuriusz Lekarski, nr 17.

Piotr Lutomski

Instytut Medycyny Wsi w Lublinie

Przemysław Bejga

Lubuska Wyższa Szkoła Zdrowia Publicznego w Zielonej Górze

Miłosław Bemben

Lubuska Wyższa Szkoła Zdrowia Publicznego w Zielonej Górze

Karolina Strach

Lubuska Wyższa Szkoła Zdrowia Publicznego w Zielonej Górze

Jan Krakowiak

Społeczna Akademia Nauk

Alina Kowalska

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Andrzej Horoch

Instytut Medycyny Wsi w Lublinie

Wykorzystanie Informatyki Medycznej w Polsce i na świecie

Use of Medical Informatics in Poland and in the world

Abstract: In everyday life, use of computers has become the standard. From day to day, informatics has begun to all areas of life, accompanying us at every step. All modern solutions does not stay modern for long, as they are continuously being replaced by even more innovative methods. This fastest growing branch of science allowed that comfort, security, fast communication and a number of possibilities previously not available for an average person has become the standard. These benefits seemed to be perfect for medicine, where time and precision often decide about human life. Making advantage of all these benefits, medical informatics has been created - field, without today's medical services would not satisfy the needs of an increasingly demanding patients. The aim of the study is to show the advantages of the latest IT solutions used in medicine.

Many experts from the field of medical informatics confirms, that innovative solutions are an excellent remedy for the growing challenges which today's world is facing. Thanks to ehealth, aging, mobility problems of patients or inequalities in access to health care, become far fewer disruptive

Key worlds: medical informatics, telemedicine, ehealth.

Wstęp

Szeroki zakres działania informatyki stworzył przed nią ogromne możliwości i nie ograniczył się tylko do zapewnienia rozrywek młodym ludziom. Wiele urządzeń do diagnostyki medycznej nie funkcjonowałoby bez nowoczesnych rozwiązań informatycznych. Nie powstałyby rozruszniki serca, tomografy komputerowe, czy też wprowadzane prosto do organizmu mikrochipy. Poruszając się tą drogą trzeba stwierdzić, że informatyka medyczna przyczynia się od dłuższego czasu do ratowania życia tysiącom osób.

Omówienie problematyki

Informatyka (łac. *Informatio*) to dziedzina wiedzy zajmująca się przetwarzaniem, gromadzeniem i wykorzystywaniem informacji z użyciem komputerów. Początkowo stanowiła gałąź matematyki, jednak po jakimś czasie stała się odrębną dyscypliną, pozostającą jednak w ścisłej relacji z „królową” wszystkich nauk. Informatyka w swoim zakresie obejmuje teorie informatyczne, budowę systemów, działanie sprzętu komputerowego czy też wprowadzanie rozwiązań informatycznych do życia codziennego [Sysło 1993, s. 17–31].

Pierwsze ślady komputera można zaobserwować już na początku XX stulecia. Za najwybitniejszego inspiratora tego wynalazku w obecnej postaci uznaje się Johna von Neumanna. Ponadto Charles Babbage, Claude Shannon, czy Alan Turing, to kolejni wielcy wynalazcy, którzy wzięli udział w stworzeniu z informatyzowanego świata, w którym dziś żyjemy.

Niezwykle szybki rozwój technologiczny sprawił, że informatyka zaczęła pojawiać się w każdej dziedzinie życia człowieka. Udoskonalanie oprogramowania, miniaturyzacja komputerów, poszerzanie zasięgu informatyki oraz przyspieszanie działania podstawowych elementów konstrukcyjnych było kwestią czasu [Fulmański 2005, s. 19–27]. Szybko przekonano się, że z informatyki można korzystać nie tylko przy skomplikowanych obliczeniach matematycznych, ale też przy ratowaniu zdrowia ludzi.

Informatyka w medycynie pojawiła się jako dyscyplina naukowa w 1970 roku i przez wiele lat nie było spójności w jej nazwie [Brauer]. Istnieją różne definicje informatyki medycznej. Według jednej z nich, jest to „dziedzina nauki zajmująca się informacją biomedyczną, danymi, wiedzą, ich przechowywaniem, wyszukiwaniem i optymalnym użyciem do rozwiązywania problemów i podejmowania decyzji” [Shortliffe 2000]. Bardziej ogólna definicja

wyjaśnia, że „informatyka medyczna jest nauką zajmującą się systematycznym przetwarzaniem danych, informacji i wiedzy w dziedzinie medycyny i opieki zdrowotnej” [Hau 1997, s. 9–20].

Wyśledzenie pierwszych prób komputeryzacji medycyny jest niezwykle trudne. Za początek informatyki medycznej zaczęto uważać opublikowanie przez informatyka Roberta Ledleya oraz lekarza radiologa Lee B. Lusteda artykułu w czasopiśmie „Science” pod tytułem: „Reasoning Foundations of Medical Diagnosis” w roku 1959. Pięć lat później w szpitalu El Camino w Kalifornii, wykorzystano pierwszy system informatyczny, który został uruchomiony przez korporację Lockheed. Jego twórcą był Martin Lockheed, który wdrożył *Technicon Medical Information System* (TMIS). Mimo tego, że interfejs użytkownika był dość skromny, bo opierał się na ekranie tekstowym posiadającym dwadzieścia cztery wiersze oraz osiemdziesiąt kolumn znaków, sprawdzał się bardzo dobrze. Do dziś stosowany jest w niektórych amerykańskich szpitalach przy uzyskiwaniu dostępu do archiwalnych danych [Hodge 1987, s. 143–152].

Bazy danych, jakich wtedy używano, przypominały rozwiązania właściwe dla systemów finansowych. Niestety, te okazały się niewystarczające do zarządzania informacjami klinicznymi. Z czasem przystosowano je w ten sposób, że zaczęły zawierać nie tylko przekrojowe rekordy, ale także wiele innych ważnych informacji o pacjencie. Obok informacji tekstowych zawierających pełne dane, pojawiły się również graficzne wyniki badań przeprowadzonych z wykorzystaniem nowoczesnego sprzętu diagnostycznego.

Mając do dyspozycji odpowiedni sprzęt komputerowy zsynchronizowany z właściwym systemem, lekarz zaczął mieć możliwość szybszego rozpoznawania procesów chorobowych pacjenta, a także mógł trafniej ustalać sposób leczenia wykrytej choroby. Z całą pewnością przyczyniło się to do wielu sukcesów indywidualnych lekarzy, ale przede wszystkim sprawiło, że medycyna poczyniła znaczące kroki w swoim rozwoju. Dlatego komputery, które zaczęły wspomagać pracowników ochrony zdrowia, pozwoliły im działać o wiele bezpieczniej i efektywniej, eliminując cierpienia pacjentów i oddalając ryzyko ich śmierci.

Informatyka medyczna stała się nierozłączną częścią funkcjonowania większości placówek medycznych na świecie. W krajach rozwiniętych, rejestracja pacjenta często odbywa się w efektywny, elektroniczny sposób, który zapewnia przejrzystość wszystkich dokumentów. Większość gabinetów lekarskich jest wyposażonych w komputer, co umożliwia uzyskanie łatwego, a przede wszystkim szybkiego i czytelnego dostępu do wszystkich danych

chorego [Horoch 2011, s. 140–144]). Dzięki temu, lekarz może zapoznać się z historią chorób pacjenta, sprawdzić na co jest uczulony, jakie leki mogą ze sobą wchodzić w interakcję, czy też prześledzić wyniki badań laboratoryjnych. Nie jest jednak powiedziane, że w tym samym pomieszczeniu musi przebywać pacjent.

Telemedycyna, czyli udzielanie usług zdrowotnych na odległość, wywodzi się z USA, gdzie w latach sześćdziesiątych wykorzystywana była przez wojska stacjonujące na różnych kontynentach. Udzielanie wskazówek odbywało się wtedy przy pomocy satelitarnej sieci komunikacyjnej, dzięki której bazy wojskowe kontaktowały się ze specjalistycznymi placówkami medycznymi w Stanach Zjednoczonych.

Kolejnym ważnym krokiem w rozwoju tej dziedziny było monitorowanie stanu zdrowia Johna H. Glenna, amerykańskiego astronauty, który podczas misji NASA trzy razy okrążył kulę ziemską [Lops 2008].

Wynalezienie Internetu oraz rozpowszechniony do niego dostęp sprawił, że korzystanie z telemedycyny stało się jeszcze łatwiejsze i dostępne dla coraz większej ilości pacjentów. Jest to istotnie szczególne dla tych osób, które mieszkają na obrzeżach miast i mają ograniczony dostęp do placówek zdrowia. Teraz, dysponując komputerem, mikrofonem oraz głośnikami, pacjent nie wychodząc z domu może skonsultować swoje objawy z lekarzem, tą samą drogą odebrać wyniki badań, bądź e-receptę. Jest to szczególnie popularne w dużych krajach rozwiniętych o małej gęstości zaludnienia, takich jak Kanada lub Australia, gdzie wykorzystuje się między innymi system Telehealth Menager, umożliwiający monitorowanie i kontrolowanie przebiegu choroby u osób cierpiących na cukrzycę bądź niewydolność serca [Malecka-Massalska 2010, s. 421]. Kraje uboższe, lecz rozwijające się, takie jak Nigeria i Tajlandia, również opierają się na usługach telemedycznych, dzięki którym koszty leczenia są znacznie niższe, a dostęp do pacjentów jest w dużym stopniu szybszy [Ho 2009]. Sieć komórkowa „France Telecom-Orange” opracowuje strategię rozwoju w taki sposób, aby przyczynić się do zwiększenia efektywności opieki zdrowotnej w krajach Afryki. Wykorzystując ekspertyzę Orange Healthcare, grupa proponuje mobilne rozwiązania usług zdrowotnych w Afryce, między innymi: prewencję przez wiadomość SMS („Text to change”), bądź otrzymywanie certyfikatów autentyczności produktów tą samą drogą (tzw. „mPedigree”, mający na celu wyeliminowanie zjawiska fałszowania lekarstw) [*Internet i telefonia komórkowa, kluczowe źródła rozwoju w Afryce*].

Według badań przeprowadzanych przez unijne biuro statystyczne Eurostat, społeczeństwo europejskie starzeje się w bardzo szybkim tempie. W związku z tym, zwiększa się zapotrzebowanie na intensywną opiekę medyczną. Rozwiązaniem stosowanym coraz chętniej w krajach na całym świecie jest telemonitorowanie. Jest to usługa polegająca na monitorowaniu zdrowia pacjentów na odległość. Informacje mogą być tu zachowane automatycznie dzięki urządzeniom monitorującym bądź wprowadzane ręcznie przez pacjenta do specjalnego programu w komputerze (np. poziom glukozy, wagi itp.). Takie dane otrzymuje placówka zdrowia, która analizuje wyniki i na bieżąco sprawdza stan pacjenta.

Powyższe rozwiązanie jest w głównej mierze przydatne w sytuacji, gdy osoba jest przewlekle chora. Wielu pacjentów, a przede wszystkim osób starszych, wymaga stałej obserwacji ze względu na przewlekły charakter choroby bądź słaby stan zdrowia. Korzystanie z telemonitorowania jest korzystne zarówno dla pacjenta, którego jakość życia podnosi się dzięki oszczędności czasu, jak i pracowników służby zdrowia, którzy szybciej mogą zdiagnozować chorobę i wykryć nieprawidłowości w wynikach badań [Komisja Europejska 2008].

W krajach członkowskich Unii Europejskiej bardzo ważnym celem staje się udzielanie świadczeń zdrowotnych o wysokiej jakości. Biorąc pod uwagę coraz wyższe standardy i oczekiwania pacjenta, staje się to coraz trudniejsze. Placówki ochrony zdrowia starają się więc stale podnosić jakość swoich usług oraz inwestować w najnowszy sprzęt diagnostyczny, jednocześnie przekształcając system opieki zdrowotnej.

Krajem posiadającym jeden z najnowocześniejszych i najbardziej wydajnych systemów jest Dania. W 2003 roku uruchomiono tam finansowany ze środków publicznych, ogólnodostępny portal internetowy Sundhed.dk, który zawiera najistotniejsze informacje związane z medycyną. Co ciekawe, platforma powstała z użyciem niewielkich nakładów finansowych, dzięki wykorzystaniu środków regionalnych jak i rządowych.

Już na początku lat dziewięćdziesiątych zaczęto uważać, że podstawą dobrze działającego systemu e-zdrowia jest skoncentrowanie się na zinformowaniu recept, wyników badań czy też skierowań do lekarza. System zaczął tworzyć się oddolnie i rozwijać w bardzo dynamiczny sposób. Wiele małych projektów łączyło się ze sobą, tworząc tym samym sieć zintegrowanych rozwiązań.

Obecnie każdy obywatel Danii ma swoje konto internetowe w portalu Sundhed.dk. Dzięki temu, pacjent w każdej chwili posiada wgląd do historii

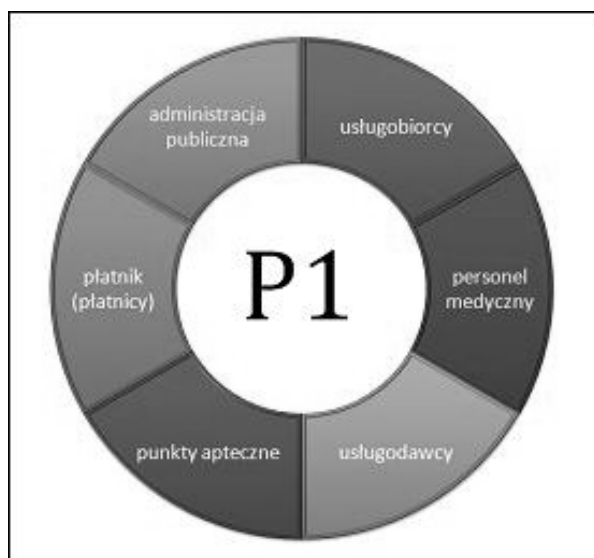
przebytych chorób, przebiegu leczenia czy wyników badań. W prosty sposób może także umówić się na wizytę u lekarza, bądź zrealizować elektroniczną receptę w aptece [Tomkiewicz 2012].

W Polsce wdrażany jest rządowy projekt informatyzacji publicznej służby zdrowia „e-Zdrowie Polska 2009–2015”. W dokumencie tym określono główne cele, jakimi są między innymi: wdrożenie Systemu Informacji Medycznej (SIM), nowe rozwiązania telemedycyny, centralne bazy danych oraz rejestrów medycznych, a także zwiększenie dostępności do informacji w opiece medycznej. Koszt tej inwestycji to prawie miliard złotych, jednak większość tej kwoty zostanie sfinansowana przez Unię Europejską. Przewiduje się, że dzięki temu systemowi, Polska może zaoszczędzić nawet cztery miliardy złotych rocznie [Ministerstwo Zdrowia 2010].

Następnym projektem mającym na celu z informatyzowanie publicznej służby zdrowia w Polsce jest „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych”. „P1” zajmuje się budową elektronicznej platformy umożliwiającej obywatelom oraz organom administracji publicznej zbieranie, analizowanie oraz udostępnianie zasobów cyfrowych o zdarzeniach medycznych. Planuje się, że w tym systemie będą zawarte informacje o zdarzeniach medycznych wszystkich polskich obywateli niezależnie od płatnika, a także obywateli Unii Europejskiej, którzy skorzystają ze świadczeń zdrowotnych na terenie Polski. Realizacja P1 stworzy fundament do poprawy jakości i ciągłości usług świadczonych obywatelom, bezpieczeństwa danych pacjentów, zwiększenia liczby e-usług, a także wpłynie na rozwój przedsiębiorczości i wzrost innowacyjności. Wprowadzenie następnych usług publicznych za pośrednictwem Platformy P1 stanowi kontynuację długofalowej wizji rozszerzania dostępu do usług publicznych świadczonych drogą elektroniczną [Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia 2009].

Kolejnym przykładem rozwoju informatyzacji polskiej opieki zdrowotnej jest Ogólnopolski System Ochrony Zdrowia. OSOZ to innowacyjny system informacyjny wspomagający zarządzanie ochroną zdrowia. Wyjątkowość tego projektu wynika z powiązania najistotniejszych ogniw opieki zdrowotnej w jednym systemie, a także informacji o zdrowiu w formie elektronicznej.

Rysunek 1. W projekcie OSOZ uczestniczy sześć podmiotów



Źródło: <http://www.cloud4med.pl/wp-content/uploads/2013/03/p1.png>

OSOZ skupia nie tylko pacjenta i lekarza, ale także farmaceutów, menedżerów pracujących w opiece zdrowotnej, a także wiele innych instytucji zaufania publicznego zajmujących się zdrowiem i chorobą. Głównym celem systemu jest podtrzymywanie zdrowia społeczeństwa poprzez przekazywanie informacji o zdrowiu, a także promocję profilaktyki. Każdy pacjent korzystający z Ogólnopolskiego Systemu Ochrony Zdrowia posiada elektroniczne Indywidualne Konto Zdrowotne, gdzie w łatwy i bezpieczny sposób może prowadzić notes zdrowia, a także na bieżąco kontrolować swoje wyniki. Głównym celem systemu jest nie tylko poszerzenie wiedzy pacjentów o ich kondycji zdrowotnej, zagrażających schorzeniach czy szeroko pojętej profilaktyce, ale przede wszystkim próba wyjaśnienia, że opieka zdrowotna nie jest systemem skupionym wyłącznie na medycynie naprawczej. Ogólnopolski System Ochrony Zdrowia stworzył wspólną platformę sektora prywatnego i publicznego wspomagającego medycynę zapobiegawczą. Dzieje się tak poprzez systematyczne obserwowanie przebiegów zachodzących w ochronie zdrowia, ich klasyfikację – zarówno jakościową, jak i ilościową, a ponadto opracowanie efektywnej strategii zarządzania i specjalistycznych programów profilaktycznych [OSOZ].

Rysunek 2. Portal OSOZ.pl



Źródło: <http://www.osoz.pl/osoz/web/osoz-cms>.

Podsumowanie

Wielu specjalistów z dziedziny informatyki medycznej potwierdza, że nowoczesne rozwiązania stają się doskonałym lekarstwem narastających wyzwań stojących przed światem. Starzenie się społeczeństwa, problemy z mobilnością chorych czy też nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej mogą być dzięki e-zdrowiu dużo mniej uciążliwe. Łatwo dostępny Internet zapewnia dostęp każdemu pacjentowi do ogromnej ilości informacji na temat profilaktyki, chorób czy też sposobu ich leczenia.

Zastosowanie nowoczesnych rozwiązań informatycznych w medycynie to nie tylko pomoc doraźna, czy też organizacja wewnętrzna placówek ochrony zdrowia. Szpitale znajdujące się na różnych kontynentach mogą szybko i łatwo wymieniać się informacjami na temat innowacyjnych metod leczenia, bądź doświadczeniami specjalistów. Zapis z przeprowadzanych operacji na odległość może służyć, jako materiał edukacyjny dla przyszłych lekarzy, którzy dzięki tej metodzie są w stanie poznać rozmaite sposoby przeprowadzania tego samego zabiegu [Niczyj 2011].

Niezwykle istotną częścią opieki zdrowotnej jest przetwarzanie informacji. Współczesna medycyna obejmuje bardzo dużą ilość poufnych danych. Obecnie, pacjent podlega nie tylko jednemu lekarzowi, ale wielu innym specjalistom na różnych oddziałach bądź w pozostałych placówkach. Istotne

jest więc dostarczenie niezbędnych informacji w odpowiednie miejsce, w określonym czasie. Dane powinny być dostępne zawsze tam, gdzie jest potrzeba ich wykorzystania do podjęcia leczenia lub hospitalizacji [Health First Europe 2010].

Rozwiązaniem najlepiej sprawdzającym się przy przetwarzaniu informacji dotyczących zdrowia jest dokumentacja elektroniczna. Informacje w niej zawarte są przede wszystkim przejrzyste i czytelne, co jest dużym ułatwieniem dla lekarzy, pracowników ochrony zdrowia a także pacjentów, dla których odczytanie treści staje się bardziej zrozumiałe. Ponadto, dane takie są w łatwy sposób przechowywane i udostępniane. Za sprawą elektronicznej dokumentacji, wyszukiwanie szczegółowych informacji o pacjencie staje się zdecydowanie szybsze, co w widoczny sposób usprawnia pracę całego personelu.

Bibliografia

- Brauer G. W., Lun K. C., *Medical Informatics and Telematics at the Threshold of the 21st Century*, Encyclopedia of Life Support Systems (EOLSS).
- Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia (2009), Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych, *Streszczenie Studium Wykonalności w przekroju dla instytucji krajowych dla projektu „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych”*, Warszawa.
- Haux R. (1997), *Aims and Tasks of Medical Informatics*, Int. J. of Med. Inf., 44.
- Hodge M. H. (1987), *History of the TDS medical information system. Proceedings of the ACM Conference on History of Medical Informatics*, Bethesda, Maryland, USA.
- Fulmański P., Sobieski Ś. (2005), *Wstęp do informatyki*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego. Łódź.
- Heath First Europe (2010), *E-quality in e-health*, Bruksela.
- Ho K., Patil N. G., Scott R. E. (2009), Wootton R, *Telehealth in the Developing World*, Royal Society of Medicine Press Ltd.
- Horoch A., Jarosz M. J., Pasternak M., Włoszczak-Szubbda A. (2011), *Wybrane zastosowania technologii informatycznej w podstawowej opiece zdrowotnej*, MONZ; 17 (3).
- Internet i telefonia komórkowa, kluczowe źródła rozwoju w Afryce, <http://www.orange.com/pl/content/view/full/7855>.
- Komisja Europejska (2008), *Komunikat komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego oraz Komitetu Regionów w sprawie korzyści telemedycyny dla pacjentów, systemów opieki zdrowotnej i społeczeństwa*. (COM(2008)689 final), Bruksela.
- Lops K. (2008), *Cross-border telemedicine, Opportunities and barriers from an economical and legal perspective*, Erasmus University, Institute of Health Policy and Management, Rotterdam; 1: 7.

- Malecka-Massalska T, Zubrzycki J. (2010), *Telemedycyna – medycyna i technika w walce o nasze zdrowie*, Zdrowie Publiczne, vol. 120.
- Ministerstwo Zdrowia (2010), *Projekt Strategia e-zdrowie Polska, na lata 2009-2015*.
- Niczaj K. (2011), *Zalety prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej*. Lekarz Kontaktowy, 4(4).
- OSOZ, <http://www.osoz.pl/osoz/web/osoz-cms>.
- Shortliffe E.H., Perreault L.E., Wiederhold G., Fagan L.M. (2000), *Medical Informatics*, wyd. 2, Springer.
- Sysło M. (1993), *Elementy informatyki*. Wydawnictwo naukowe PWN. Warszawa.
- Tomkiewicz M. (2012), *E-zdrowie w Polsce i na Świecie* <http://www.computerworld.pl/artykuly/382161/eZdrowie.w.Polsce.i.na.swiecie.html>.

Aneta Świątczak

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Jan Krakowiak

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Anna Szczerbak

Spoleczna Akademia Nauk

Agata Gajewska

Spoleczna Akademia Nauk

Joanna Gajda

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Julia Krakowiak

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Dominika Cichońska

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Przekształcenie zakładu opieki zdrowotnej w spółkę prawa handlowego w opinii pracowników placówek leczniczych

The transformation of the healthcare facility into a commercial company in the opinion of its employees

Abstract: For several years, the process of ownership transformations of public healthcare centers is a common theme in the various meetings, training and conferences. The aim of this study is to know the attitudes, the awareness and the knowledge health professionals about healthcare centers ownership transformation into a commercial law companies.

Getting to know the opinions and the knowledge health professionals about healthcare centers ownership transformation into a commercial law companies.

The chosen method of research was a diagnostic survey and a research tool - a questionnaire survey. The study was conducted among staff from the medical centers in Lodz.

The study results' analysis demonstrate that health professionals in Lodz, despite some organizational difficulties during the ownership transformations process are able to survive a difficult period for benefits in the future.

Key words: ownership transformations, medical centers, commercial law company.

Wprowadzenie

Przekształcenia w ochronie zdrowia są przedmiotem zainteresowania nie tylko polityków i osób zajmujących się jej organizacją, ale także ekonomistów, politologów a nawet prawników. Problematykę tę należy rozpatrywać w ramach prowadzonej przez państwo polityki zdrowotnej, która jest pojęciem znacznie szerszym niż ochrona zdrowia i obejmuje wiele zagadnień związanych ze stylem życia, jakością czy tradycjami kulturowymi. Polityka zdrowotna przesądza o celach i charakterze systemu o jego sprawności, efektywności i kosztach funkcjonowania. Celem niniejszej pracy jest poznanie opinii i wiedzy pracowników ochrony zdrowia na temat przekształceń placówek medycznych w spółki prawa handlowego.

Przekształcenia własnościowe w ochronie zdrowia

W sektorze ochrony zdrowia w ramach przekształceń własnościowych należy rozróżnić dwa podstawowe pojęcia: prywatyzację i komercjalizację. Prywatyzacja to akt przekazania prywatnemu właścicielowi państwowego mienia przez uwłaszczenie bądź, sprzedać. Komercjalizacja natomiast definiowana jest, jako ogół zmian mających na celu dostosowanie działalności danego przedsiębiorstwa, podmiotu gospodarczego do wymogów gospodarki rynkowej i w myśl prawa gospodarczego jest rozumiana jest jako przekształcenie podmiotu publicznego w spółkę prawa handlowego [Horosz 2013]. W rozumieniu ustawy o działalności leczniczej komercjalizacja szpitala oznacza przekształcenie prowadzącego szpital SP ZOZ-u w spółkę kapitałową, a zatem spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością lub spółkę akcyjną. W sektorze ochrony zdrowia przekształcenie własnościowe jest procesem komercyjnym, a w jego zakres wchodzi między innymi restrukturyzacja, jako wstęp do właściwego przekształcenia. Pojęcie komercjalizacji często mylone jest z pojęciem prywatyzacji. Komercjalizacja w przeciwieństwie do prywatyzacji nie oznacza zmiany struktury właścicielskiej, lecz jedynie zmianę formy organizacyjno-prawnej, w której działa dany podmiot [Szafrński 2004]. Należy tutaj podkreślić, że przepisy ustawy o działalności leczniczej w żaden sposób nie wiążą komercjalizacji z prywatyzacją szpitala. Jest to bowiem komercjalizacja nieprywatyzacyjna, w której władza publiczna (zazwyczaj jednostka samorządu terytorialnego) zachowuje pełnię władz i kontrolę nad spółką powstałą w wyniku przekształcenia danego szpitala.

Przekształcenie ma na celu zwiększenie efektywności działania SPZOZ, podniesienie jakości świadczonych usług, a także poszerzenie wachlarza do-

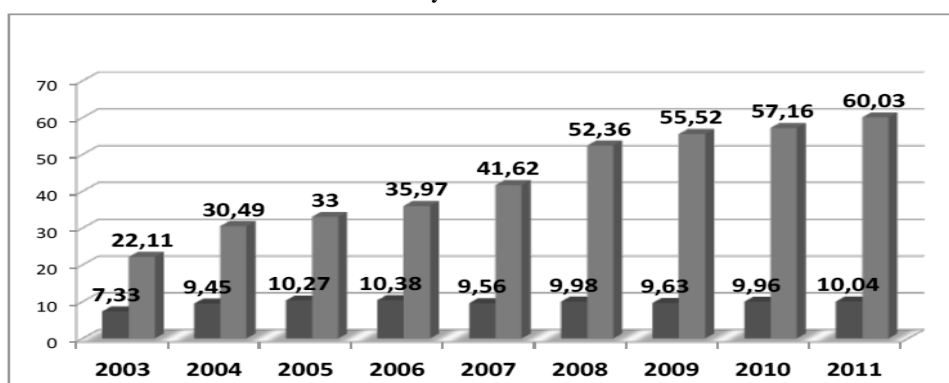
stępu do instrumentów finansowych, z jakiego korzystać mogą przedsiębiorstwa działające w prywatnej sferze. Co więcej przekształcenie jest rozwiązaniem systemowym, które ma na celu eliminację barier w strukturze SPZOZ dotyczących bieżącego zarządzania i kontroli właścicielskiej [Horosz 2011].

Podstawowe cele przekształceń własnościowych w ochronie zdrowia to:

- poprawa organizacji szpitala,
- poprawa wykorzystania zasobów,
- racjonalizacja zatrudnienia,
- obniżenie kosztów,
- pozbycie się zobowiązań,
- pozbycie się ujemnego wyniku finansowego,
- zwiększenie przychodów.

Przyczyny podjęcia działań związanych z przekształceniami skupiają się przede wszystkim na zagrożeniu upadłości, likwidacji bądź przejęciu przez inny podmiot przedsiębiorstwa. Najważniejszym, bezpośrednim sygnałem, prowadzącym do przekształceń są złe wyniki finansowe lub ogólny kryzys placówki, które najczęściej są rezultatem nieefektywnego zarządzania, a szczególnie błędów związanych z zarządzaniem zasobami pieniężnymi danej placówki [Stoner, Wankel 1994]. Najważniejszym celem przekształceń jest zatem uzdrowienie sytuacji finansowej szpitali. Poniższy wykres dowodzi o nieustannie wzrastającym zadłużeniu polskich szpitali oraz o stale wzrastających kosztach świadczeń zdrowotnych NFZ.

Rysunek 1. Zobowiązania SP ZOZ ogółem i koszty świadczeń zdrowotnych NFZ w mld zł



Źródło: Ministerstwo Zdrowia 2012.

Pierwszą czynnością, jaką należy dokonać podczas przekształcania SPZOZ w spółkę kapitałową jest podjęcie stosownej decyzji. Czynność ta nie jest wprost wskazana w przepisach ustawy. Ustawodawca w uzasadnieniu wskazał, iż jest to decyzja fakultatywna w tym względzie, iż organ tworzący nie ma obowiązku podjęcia decyzji z uwagi na zaistnienie jakiegokolwiek okoliczności. Decyzja ta jest zatem decyzją suwerenną podmiotu tworzącego dany SPZOZ [Brzezińska-Grabarczyk 2009]. Organ tworzący po podjęciu decyzji, na podstawie przychodów ze sprawozdania finansowego za ostatni rok obrotowy oraz danych na zobowiązaniach i inwestycjach krótkoterminowych wg stanu na dzień poprzedzający dzień złożenia wniosku o wpisanie spółki kapitałowej do rejestru przedsiębiorców, ustala wskaźnik zadłużenia SPZOZ-u. Niezbędna przy tym jest pozytywna ocena dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ, właściwego ze względu na siedzibę likwidowanego SPZOZ oraz pozytywna ocena Banku Gospodarstwa Krajowego w zakresie możliwości realizacji ekonomiczno-finansowych aspektów propozycji przekształcenia i spłaty zobowiązań poprzez jednostkę samorządu terytorialnego. Kolejnym etapem jest ustalenie wartości wskaźnika zadłużenia SP ZOZ, co ma charakter obligatoryjny [Dercz, Rek 2006]. Jego limit określany jest jako 0,5. Ustawa bardzo szczegółowo definiuje, jak należy ustalić wskaźnik zadłużenia. W myśl art. 71 jest on bowiem relacją sumy zobowiązań długoterminowych i krótkoterminowych, pomniejszonych o inwestycje krótkoterminowe SPZOZ-u do sumy jego przychodów.

Zgodnie z art. 71 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej: Wskaźnik W_0 SP ZOZ ustalany jest na podstawie sprawozdania finansowego za ostatni rok obrotowy oblicza się wg wzoru:

$$W_0 = \frac{\text{suma zobowiązań krótko i długoterminowych} - \text{inwestycje krótkoterminowe}}{\text{suma przychodów}}$$

- Powyżej 0,5 – w dniu poprzedzającym dzień przekształcenia podmiot tworzący przejmuje zobowiązania SP ZOZ o takiej wartości, aby wskaźnik zadłużenia ustalany na dzień przekształcenia dla spółki powstałej z przekształcenia SP ZOZ wyniósł nie więcej niż 0,5;
- 0,5 lub mniej – w dniu poprzedzającym dzień przekształcenia podmiot może przejąć zobowiązania SP ZOZ;
- Przejęciu w pierwszej kolejności podlegają zobowiązania wymagalne najdawniej obejmujące kwotę główną wraz z odsetkami.

Po określeniu wartości wskaźnika zadłużenia można przystąpić do sporządzenia notarialnego aktu przekształcenia.

Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, jako jedna ze spółek kapitałowych, tuż obok spółki akcyjnej, jest jedną ze spółek, która może być utworzona w komercyjnym procesie przekształceń szpitala. Regulacje prawne dotyczące spółki z o.o. zawierają art. 151-300 Kodeksu spółek handlowych. Zgodnie z art. 151 §1 k.s.h. spółka z o.o. może być utworzona przez jedną albo więcej osób w każdym celu prawnie dopuszczalnym, chyba że ustawa stanowi inaczej. Zdarza się, że przepisy ustaw szczególnych regulujących określone rodzaje działalności dopuszczają jej prowadzenie tylko w przewidzianej w tej ustawie formie. Spółka z o.o. posiada osobowość prawną, którą, jak stanowi art. 12 k.s.h., nabywa w chwili wpisu do rejestru – Krajowego Rejestru Sądowego KRS. Będąc osobą prawną spółka działa w imieniu swoim w obrocie i na swój własny rachunek. Spółka nabywa prawa i zaciągając zobowiązania może być pozywana, ale i może pozywać. Spółka w myśl k.s.h. posiada własny majątek, odrębny od majątku wspólników, który stanowi wszelkie mienie wniesione do niej, jako wkład przez wspólników lub nabyte przez spółkę w czasie jej istnienia. Majątkiem tym ponosi ona nieograniczoną odpowiedzialność za swoje zobowiązania. Wspólnicy spółki, co do zasady nie ponoszą odpowiedzialności za zobowiązania spółki wobec wierzycieli. Odpowiadają oni jedynie za wniesienie do spółki wkładów, które tworzą kapitał zakładowy. Wspólnicy spółek z o.o., co do zasady nie uczestniczą w stratach spółki. Obecnie spółka z o.o. jest najbardziej powszechną formą spółki wykorzystywaną w obrocie rynkowym.

Metodologia

Od kilku lat proces przekształceń własnościowych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ) jest częstym tematem różnych spotkań, szkoleń czy konferencji. Celem niniejszej pracy jest poznanie nastawienia, świadomości oraz wiedzy pracowników ochrony zdrowia na temat przekształceń SPZOZ w spółkę prawa handlowego.

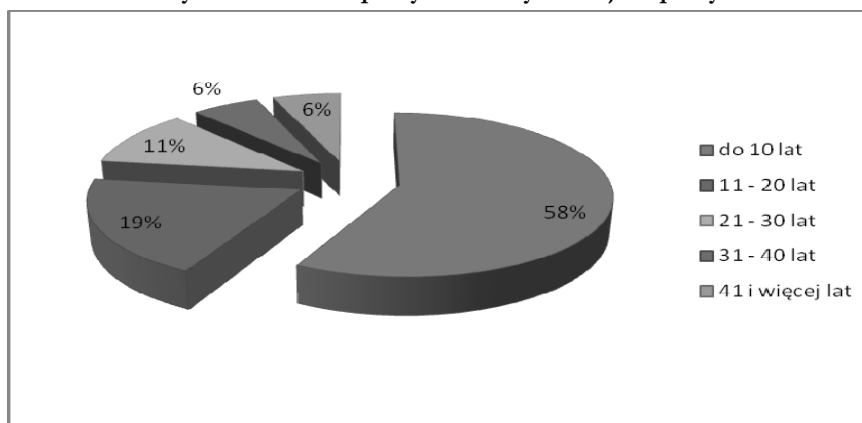
Badanie przeprowadzono wśród pracowników medycznych i administracyjnych trzech podmiotów leczniczych:

- Wojskowej Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Łodzi,
- Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Nr 4 im. Marii Konopnickiej w Łodzi,
- Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Wojskowej Akademii Medycznej – Centralnego Szpitala Weteranów w Łodzi.

Analiza wyników badań

Wykorzystaną techniką badawczą był sondaż diagnostyczny. Jako narzędzie badawcze posłużono się kwestionariuszem ankiety. W badaniu wzięło udział 118 osób. W grupie respondentów kobiety stanowiły 58%, zaś mężczyźni 42%. Badanymi byli pracownicy w wieku produkcyjnym. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby po 50 roku życia – 40% badanych oraz osoby z grupy do 29 roku życia – 28%, nieco mniej w przedziale 40–49 r.ż. 19% oraz w przedziale 30–39 r.ż. – 17%. Można stwierdzić, że średnia wieku badanej grupy nie odbiega od średniej wieku wszystkich zatrudnionych. Wśród respondentów większość legitymowała się wykształceniem wyższym 69% badanych oraz z średnim 31% ankietowanych. 54 osoby spośród badanych to lekarze, 22 osoby – pielęgniarki, 8 osób – personel administracyjny, pozostali (ratownik medyczny, sprzątaczką, technik medyczny, laborantka, czy rejestratorka) – 34 ankietowanych. Na pytanie o staż pracy w obecnej placówce otrzymano dane prezentowane na rys. 2.

Rysunek 2. Staż pracy w obecnym miejscu pracy

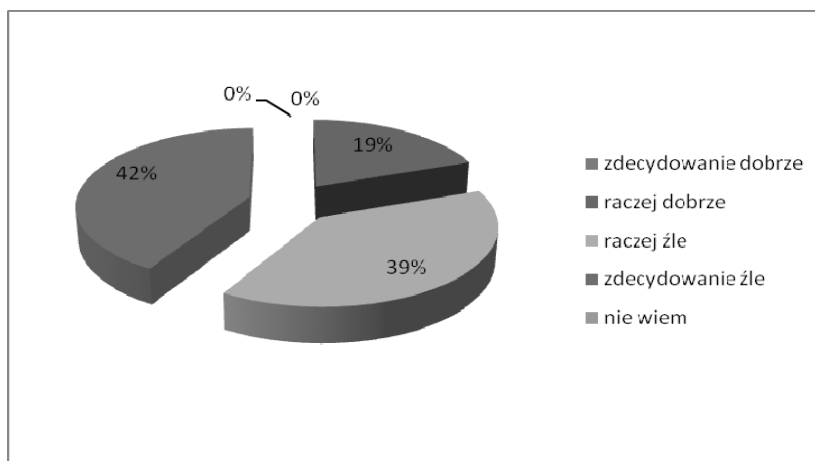


Źródło: Opracowanie własne.

System ochrony zdrowia jest głównym elementem funkcjonowania każdego państwa. O tym, czy on działa sprawnie decyduje dużo czynników, na które władze każdego kraju w większym bądź mniejszym stopniu mają wpływ. Istotne są także opinie pacjentów, czyli osób korzystających z usług zdrowotnych. Dana grupa wyraża swoje zadowolenie z funkcjonowania sektora zdrowia lub konieczność przeprowadzenia zmian. Zdanie pracowników kształtuje również aktualny stan systemu zdrowotnego. Według wyników

przeprowadzonych badań 81% ocenia funkcjonowanie placówek leczniczych negatywnie (odpowiedzi źle i raczej źle).

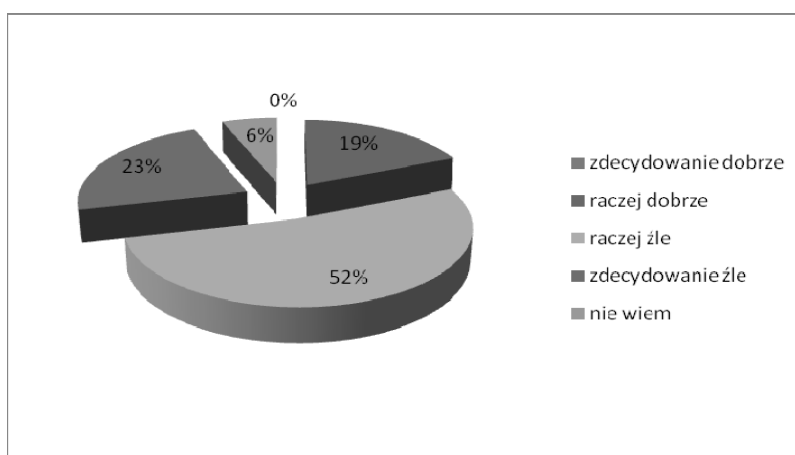
Rysunek 3. Ocena funkcjonowanie polskiego systemu ochrony zdrowia



Źródło: Opracowanie własne.

Funkcjonowanie polskich szpitali ankietowani ocenili raczej źle (52%) oraz zdecydowanie źle (23%). Tylko 19% badanych oceniło funkcjonowanie na poziomie raczej dobrze – rys. 4.

Rysunek 4. Ocena funkcjonowanie szpitali

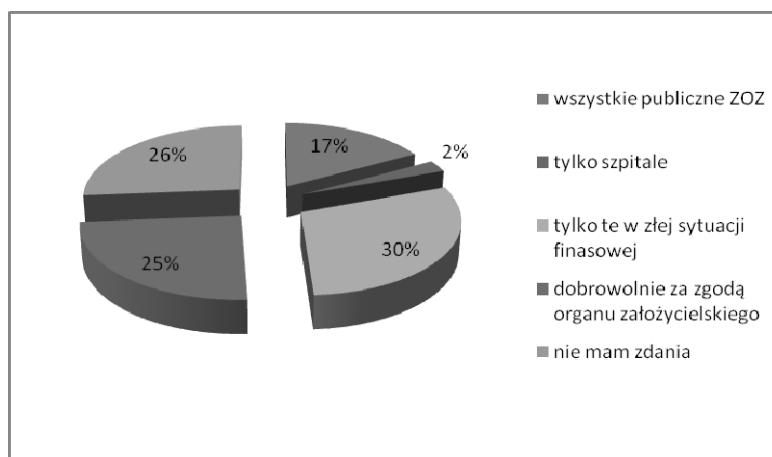


Źródło: Opracowanie własne.

Komercjalizacja, w rozumieniu ustawy, polega na przekształceniu przedsiębiorstwa w spółkę; jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej, spółka ta wstępuje we wszystkie stosunki prawne, których podmiotem było państwowe przedsiębiorstwo, bez względu na prawny charakter tych stosunków. Natomiast prywatyzacja polega na obejmowaniu akcji w podwyższonym kapitale zakładowym jednoosobowych spółek Skarbu Państwa powstałych w wyniku komercjalizacji przez podmioty inne niż Skarb Państwa lub inne niż państwowe osoby prawne, zbywaniu należących do Skarbu Państwa akcji w spółkach; rozporządzaniu wszystkimi składnikami niematerialnymi i materialnymi majątku przedsiębiorstwa lub spółki powstałej w wyniku komercjalizacji na zasadach określonych ustawą.

Przy kolejnym pytaniu odpowiedzi rozłożyły się proporcjonalnie: 35% badanych popiera przekształcenia, 24% nie ma zdania, 19% jestem raczej przeciw, 12% zdecydowanie przeciw oraz 10% badanych zdecydowanie popiera przekształcenie. Przekształcenie publicznych placówek zdecydowanie popierają młode kobiety (do 29 lat) z przewagą wykształcenia wyższego. W przypadku udzielonych odpowiedzi dotyczących zdecydowanego braku poparcia dla procesów restrukturyzacyjnych dominują mężczyźni w wieku do 29 lat oraz osoby powyżej 50 roku życia z wykształceniem wyższym. Jedna trzecia respondentów stwierdza, że należy przekształcić placówki tylko te w złej sytuacji finansowej, 25% badanych twierdzi, iż dobrowolnie za zgodą organu założycielskiego, 17% opowiada się za przekształceniem wszystkich publicznych ZOZów – rys. 5.

Rysunek 5. Placówki, które należy prywatyzować według badanych



Źródło: Opracowanie własne.

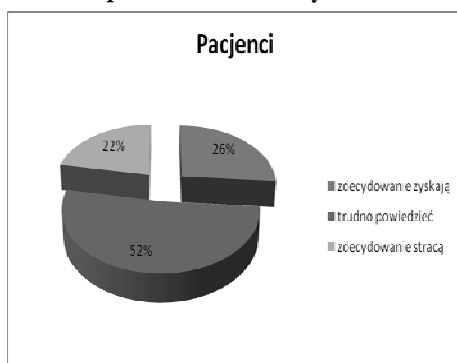
Trudna sytuacja finansowa wielu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej determinuje poszukiwanie innych rozwiązań własnościowo-organizacyjnych, które mogą naprawić sytuację w polskiej ochronie zdrowia. Powodzenie reformy opieki zdrowotnej zależy od stworzenia warunków sprzyjających konkurencyjności zozów opartej na zdrowym współzawodnictwie i traktowaniu podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych jak przedsiębiorstw, a także na stworzeniu rynku świadczeń zdrowotnych. Z tego powodu coraz częściej mówi się o komercjalizacji i prywatyzacji SP ZOZ-ów. Na pytanie dotyczące wpływu komercjalizacji i prywatyzacji na efektywność finansową placówek medycznych 54% ankietowanych zgadza się z tym stwierdzeniem, a 25% badanych twierdzi wręcz przeciwnie. Co dziesiąty badany nie ma zdania na ten temat.

Ankietowani, mimo wielu obaw są jednak są zwolennikami prywatyzacji zakładów opieki zdrowotnej, o czym może świadczyć 54% poparcia dla tego procesu. Pytanie dotyczące zysków i strat restrukturyzacji ochrony zdrowia sprawiło wiele kłopotów badanym. Zgodnie z uzyskanymi wynikami odpowiedzi klasują się odpowiednio:

- Trudno powiedzieć – pacjenci – 52%, lekarze – 62%, samorządy – 63%;
- Zdecydowanie zyskają – pacjenci – 26%, lekarze – 26%, samorządy – 37%.

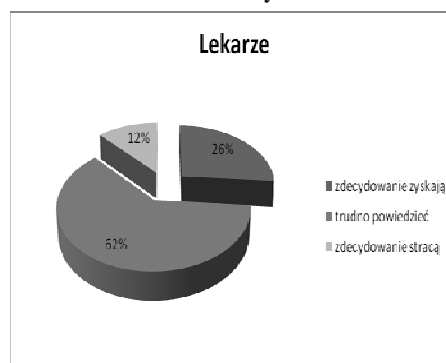
Natomiast zysk prywatnych inwestorów jest raczej bezsporny – tylko 1% badanych stwierdza, iż inwestorzy tracą na komercjalizacji placówek. Szczegółowe dane prezentują wykresy n rysunkach 6–9.

Rysunek 6. Korzyści i straty dla pacjentów wynikające z restrukturyzacji placówek leczniczych



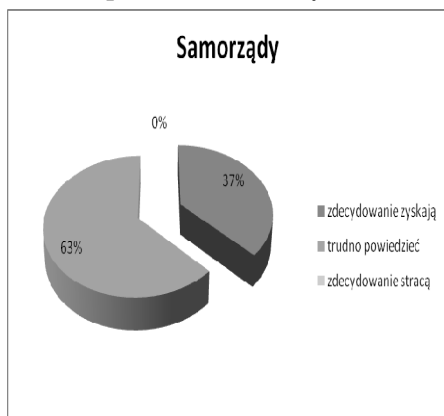
Źródło: Opracowanie własne.

Rysunek 7. Korzyści i straty dla lekarzy wynikające z restrukturyzacji placówek leczniczych



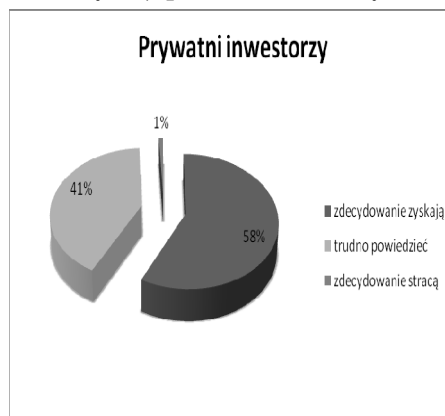
Źródło: Opracowanie własne.

Rysunek 8. Korzyści i straty samorządów wynikające z restrukturyzacji placówek leczniczych



Źródło: Opracowanie własne.

Rysunek 9. Korzyści i straty dla prywatnych inwestorów wynikające z restrukturyzacji placówek leczniczych



Źródło: Opracowanie własne.

Proces restrukturyzacji pozwala na redukcję zadłużenia, wymusza większą kontrolę wydatków i powoduje nacisk na ściąganie zaległych należności, chociażby z tytułu nadwykonań. Kluczowym elementem przekształcenia jest przygotowanie oraz skuteczne wdrożenie restrukturyzacji szpitala, której celem będzie osiągnięcie lub poprawa jego rentowności. Elementami restrukturyzacji po stronie ekonomicznej mogą być np. zwiększanie efektywności personelu medycznego oraz infrastruktury medycznej, outsourcing wybranych funkcji (np. catering, sprzątanie, diagnostyka), centralizacja zakupów (np. materiałów i narzędzi medycznych), czy też sprzedaż niepotrzebnego majątku. Placówka medyczna może, także zmienić strukturę świadczonych usług medycznych, które pozwolą osiągać mu lepszy wynik finansowy. Pracownicy zapytani o swoje przekonanie o posiadanej wiedzy na temat restrukturyzacji. Istotnym dla placówki medycznej okazało się pytanie, czy pracownicy widzą korzyści z przeprowadzenia potencjalnej restrukturyzacji, w której pracują. Większość ankietowanych (57%) odpowiedziała, że nie widzi korzyści, zaś 43% widzi nadzieje na poprawę.

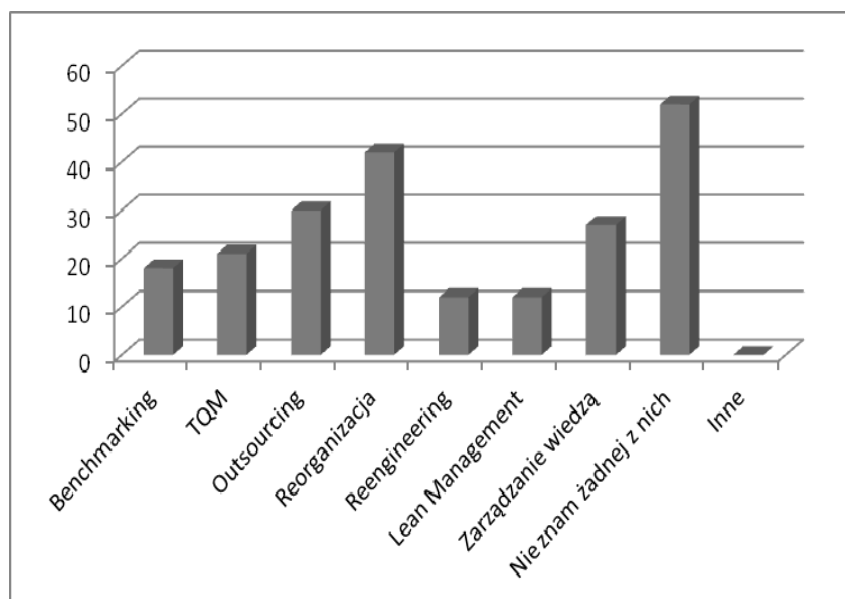
Do długofalowych konsekwencji prywatyzacji systemu opieki zdrowotnej należy dodać podniesienie jakości oferowanych usług, a także upowszechnienie nowoczesnych standardów organizacyjnych. Mają one być wynikiem wprowadzenia elementów konkurencyjności i mechanizmów rynkowych do systemu zarządzania jednostkami, które to z kolei wymuszają restrukturyzację w dziedzinie zarządzania i kadr, a także optymalizację wy-

datków. Konieczność wprowadzenia restrykcyjnej polityki finansowej ma prowadzić do wymiernych oszczędności w dysponowaniu kapitałem i większego nacisku na dbanie o wynik finansowy przedsiębiorstwa. Osiągana jest w głównej mierze poprzez racjonalizację czasu pracy, a także likwidowanie zbędnej biurokracji i niepotrzebnej administracji.

Do głównych zarzutów związanych z prywatyzacją można zaliczyć konieczność redukcji zatrudnienia w szpitalach. Jednakże jest ona nie tyle wynikiem samej prywatyzacji, a raczej restrukturyzacji, która konieczna jest do przeprowadzenia w przypadku reorganizacji, unowocześniania i przywracania rentowności placówek. Prawie wszyscy pracownicy uczestniczący w badaniu wyrazili potrzebę akcji informacyjnej dotyczącej całego procesu restrukturyzacji w ich miejscu pracy. Pomimo, iż większość ankietowanych nie zwolennikami restrukturyzacji – tylko 39% ankietowanych wyraża swoją aprobatę na taki proces.

Rysunek 10 charakteryzuje częstotliwość, z jaką podały poszczególne odpowiedzi przy pytaniu o znajomość metod restrukturyzacji.

Rysunek 10. Metody restrukturyzacji (możliwość wielokrotnej odpowiedzi)

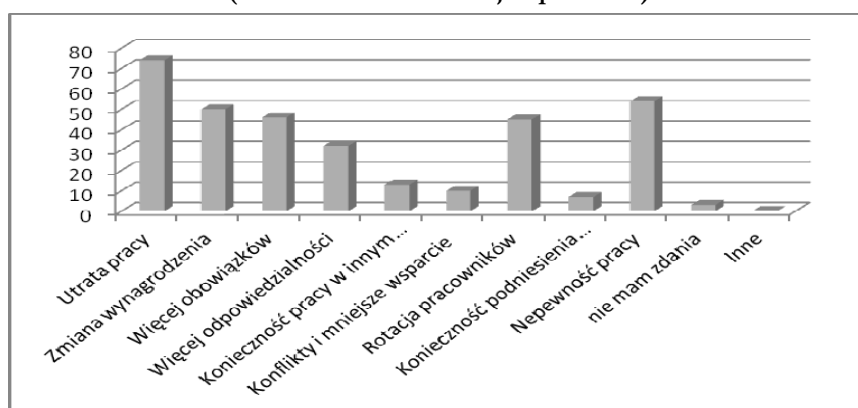


Źródło: Opracowanie własne.

Z wyników odpowiedzi respondentów na pytanie o szanse i zagrożenia dla placówki 64% badanych obawia się zagrożeń wynikających z przekształcenia placówki w spółkę prawa handlowego, zaś 36% widzi jednak szanse dla placówki. Największą obawą jest utrata pracy – 74 głosy, niepewność pracy – 54 głosy. Pozostałe, to: zmiana wynagrodzenia, rotacje pracowników, lęk przed zwiększeniem odpowiedzialności, konieczność pracy w innym niż dotychczasowym środowisku ludzi, konflikty, konieczność podniesienia kwalifikacji – rys. 11.

Każda zmiana, a szczególnie ta związana z wprowadzeniem nowych rozwiązań technologicznych i organizacyjnych, to potencjalna rewolucja w dotychczasowej strukturze relacji między pracownikami. Reorganizacja oznacza dla wielu perspektywę niepowodzenia i zostania w tyle za innymi. Młody pracownik może szybciej opanować nowy system pracy, niż doświadczony specjalista – taka sytuacja grozi utratą dotychczasowej pozycji w firmie. Zmiana formy organizacyjnej to dla pracownika wielka niewiadoma, stan przejściowy w którym nie można przewidzieć, jaki obraz nowej organizacji się wyłoni, a co najważniejsze – jaką ja będę pełnił tam rolę. Ponadto, obciążeniem psychicznym dla niektórych są negatywne doświadczenia z procesów wprowadzania zmian w innych podmiotach leczniczych. Wtedy na samo hasło „zmiana” – reagują lękiem i wizją własnego niepowodzenia.

Rysunek 11. Obawy pracowników związane ze zmianami organizacyjnymi (możliwość wielokrotnej odpowiedzi)



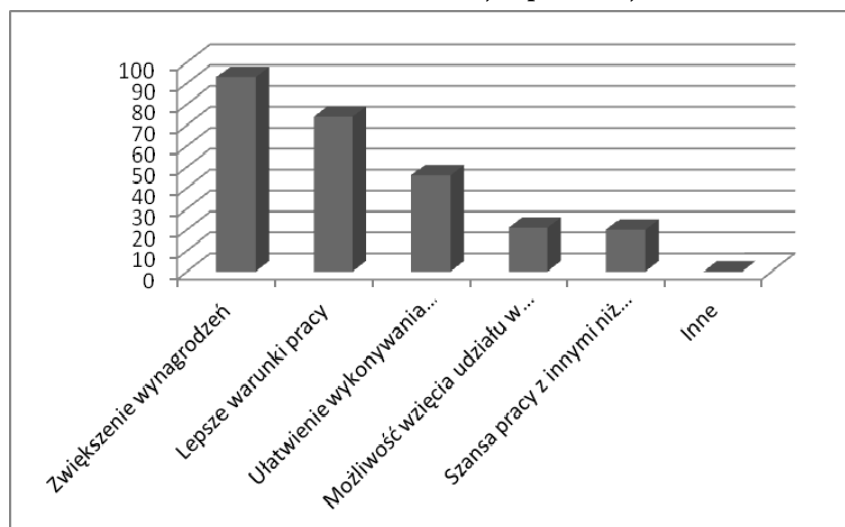
Źródło: Opracowanie własne.

Sprawa najważniejsza w stosunku pracowników do zmiany – strach przed zwolnieniem, opór, czy wręcz bunt wobec nowości wprowadzanych w firmie to często przejaw lęku – już nie o miejsce w formalnej i nieformalnej strukturze organizacji, ale o to, czy w ogóle zdołają się w niej utrzymać.

Natomiast do najbardziej pożądanых zalet przekształcenia pracownicy wskazali: zwiększenie wynagrodzenia, lepsze warunki pracy, ułatwienie wykonywania pracy, możliwość wzięcia udziału w kursach, szkoleniach, szansę pracy z innym niż dotychczas współpracownikami – rys. 12.

Zmieniające się preferencje pacjentów i zanikająca ich lojalność stawiają placówki ochrony zdrowia w trudnej sytuacji. Każda placówka pragnie zająć czołowe miejsce w świadomości pacjentów i zdobyć ich zaufanie, co może osiągnąć poprzez kształtowanie pozytywnego wizerunku, który stał się jednym z elementów majątku współczesnej placówki ochrony zdrowia. Kształtowanie wizerunku placówki ochrony zdrowia – budowanie dobrych stosunków między placówką i uczestnikami rynku, to działania z zakresu public relations.

Rysunek 12. Oczekiwania pracowników w związku ze zmianami organizacyjnymi (możliwość wielokrotnej odpowiedzi)



Źródło: Opracowanie własne.

Do najczęściej wykorzystywanych tego typu działań należą:

- Współpraca z mediami,
- Tworzenie systemu tożsamości firmy,

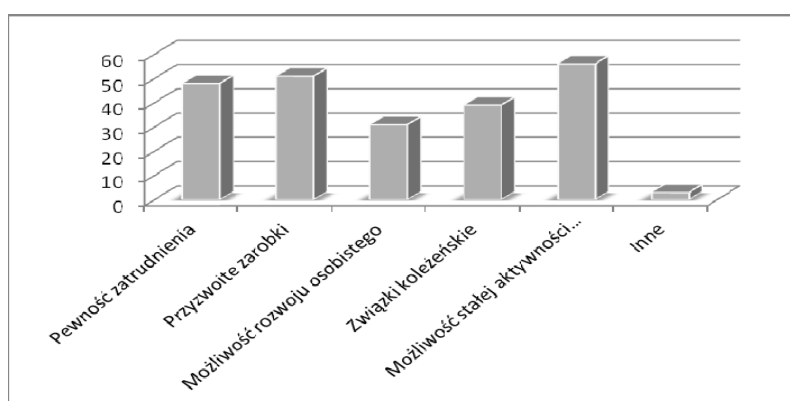
- Zdrowia z jej otoczeniem, dni otwarte placówek ochrony zdrowia,
- Organizacja i uczestnictwo w imprezach,
- Konferencje i seminaria,
- Utrzymywanie właściwych relacji placówek ochrony.

Niestety, ponad połowa badanych nie widzi szansy na korzystny wpływ przekształcenia na wizerunek i funkcjonowanie podmiotu.

Relacja między pracownikami ma wpływ na efektywność pracy. Wśród negatywnych skutków relacji między pracownikami podczas procesu restrukturyzacji respondenci: wskazali klimat podejrzliwości, brak zaufania, utrata wykwalifikowanych pracowników, pogłębienie się różnic między ludźmi, obniżenie wydajności pracy, obniżenie jakości pracy. Do pozytywnych skutków pracownicy zaliczyli: wzrost efektywności działania, wzrost kreatywności, wzrost zaangażowania pracowników w sprawy firmy, sprawniejszy przepływ informacji, rozwiązanie zadawnionych sporów, zaciśnięcie konfliktów między ludźmi.

Nie trzeba nikogo przekonywać, jak ważne jest zadowolenie pracownika z miejsca pracy. Im bardziej pracownik czuje się doceniany, im większe mam poczucie satysfakcji z powodu atmosfery oraz poziomu wynagrodzenia, tym większy komfort odczuwa. Ostatnie pytanie w ankiecie brzmiało – co najbardziej Pan/i ceni w swojej pracy? Wśród kilku zaprezentowanych możliwości pracownicy dość chętnie wskazywali możliwość stałej aktywności zawodowej (głównie personel medyczny), przyzwoite zarobki, pewność zatrudnienia, związki koleżeńskie, możliwość rozwoju osobistego, łatwiejszy dostęp do usług medycznych dla rodziny i znajomych, oraz zaufanie do personelu – rys. 13.

Rysunek 13. Najważniejsze zalety obecnego miejsca pracy



Źródło: Opracowanie własne.

Podsumowanie

Można wskazać wiele przyczyn, które uzasadniają pozostanie przy dotychczasowej formie prawnej zakładów opieki zdrowotnej. Należy być świadomym, że spółka kapitałowa będzie musiała inaczej ułożyć relacje z dostawcami, którzy będą zdecydowanie bardziej restrykcyjni w zakresie windykacji swoich należności oraz udzielania kredytów kupieckich, mając świadomość możliwości skutecznego przeprowadzenia układu wręcz upadłości spółki. Konieczne będzie zaopatrzenie kapitałowe spółki na odpowiednio wysokim poziomie, zapewniające sprawne zarządzanie (zdolność do podejmowania decyzji przez zarząd bez konieczności każdorazowej zgody rady nadzorczej lub zgromadzenia wspólników) oraz zapewnienie odpowiedniej pozycji konkurencyjnej na rynku usług medycznych.

Najpoważniejszym czynnikiem determinującym podejmowanie przez organ założycielski działania w zakresie przekształcenia jest zadłużenie szpitali. Zgodnie z zapisami art. 71 Ustawy o działalności leczniczej ustala się wskaźnik zadłużenia w stosunku do sumy przychodów. Jeśli jego wartość przekracza 0,5 to zobowiązania ponad ten wskaźnik przechodzą na organ założycielski. Przejęcie wprost zobowiązań podmiotu leczniczego, szczególnie w przypadku niewielkich budżetów, skutkować może przekroczeniem określonych przepisami wskaźników zadłużenia dla samorządów. Tego typu kalkulacja powinna być przeprowadzona na samym początku procesu decyzyjnego. Konieczne jest też przygotowanie sposobów finansowania zadłużenia, możliwość uzyskania długoterminowych kredytów, bowiem sama pomoc w formie umorzeń i dotacji określonych w ustawie jest zdecydowanie niewystarczająca. Idealnym partnerem dla samorządów byłby Bank Gospodarstwa Krajowego, lecz poza kredytami komercyjnymi nie oferuje aktualnie dedykowanych produktów finansowych w tym zakresie.

Przekształcenie szpitala w kapitałową spółkę prawa handlowego może przyczynić się do poprawy zarządzania placówką, ale nie musi. Nieustannie zmieniające się czynniki zewnętrzne w postaci na przykład wysokości kontraktów zawieranych z NFZ, a także konkurencja na rynku usług medycznych i stale rosnące oczekiwania pacjentów, jako czynnik wewnętrzny, powodują, że konieczna jest stała weryfikacja przyjętych założeń i ewaluacja dotychczasowych osiągnięć. Dlatego też trudno jednoznacznie stwierdzić czy przekształcona forma szpitala w spółę kapitałową jest najlepszą formą do prowadzenia podmiotów leczniczych i czy poprawi to sytuację w polskim systemie ochrony zdrowia. Analiza wyników przeprowadzonych badań pozwala stwierdzić, iż pracownicy łódzkich podmiotów leczniczych pomimo

pewnych utrudnień organizacyjnych w czasie procesu przekształcenia są w stanie przetrwać trudny okres na rzecz korzyści w przyszłości.

Bibliografia

- Brzezińska-Grabarczyk D., Narolski M. (2009), *Prawo o działalności leczniczej w praktyce. Przekształcenia ZOZ*, Warszawa.
- Dercz M., Rek T. (2006), *Ustawa o Zakładach Opieki Zdrowotnej. Komentarz*, Warszawa.
- Horosz P. (2011), *Komercjalizacja szpitali i jej skutki w świetle polskiego prawa gospodarczego*, Warszawa.
- Horosz P. (2013), *Prawno-gospodarcze konsekwencje komercjalizacji szpitali*, wydanie 2, ABC Wolters Kluwer business, Warszawa.
- Stoner J., Wankel H. (1994), *Kierowanie*, Warszawa.
- Szafrński D. (2004), *Działalność gospodarcza. Uregulowania prawne*, Warszawa.
- Zemke-Górecka A. (2010), *Status prawny samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej i jego prywatyzacja*, Oficyna Wolters Kluwer business, Warszawa.
- Ustawa z dnia 15 września 2000 r. Kodeks spółek handlowych, Dz. U. z 2013 poz. 1030
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz. U. 2011 nr 112 poz. 654

Dominika Cichońska
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Joanna Sułkowska
Społeczna Akademia Nauk

Marta Kędzia
Społeczna Akademia Nauk

Soft skills of caregivers – results of studies conducted in the Take Care project

Abstract: Statistics show that the need for qualified nurses will increase crucially in the next years. Nursing will be one of the biggest offers for employment. On the other hand studies show the difficulties nurses are actually confronted with. Most health care professionals in developed countries blame their malaise not on the shortage of the latest technology or insufficient training or poor work environments, but on factors such as understaffing, stress levels, paperwork, and high levels of administrative work or poor management. International project “Take Care” will raise the competence level of caregiver professional groups by developing a new professional profile endowed with innovative skills that will allow them to face the main difficulties affecting this sector, as understaffing, high stress factors and high accident rates.

Key words: soft skills, caregiver, nurse, human resources management, Take Care Project.

Take Care Project

The Take Care Project will raise the competence level of caregiver professional groups by developing a new professional profile endowed with innovative skills that will allow them to face the main difficulties affecting this sector, as understaffing, high stress factors and high accident rates. This research analyses the current state of the caregivers sector with regard to occupational health and safety, education and qualifications, legal and organisational circumstances and the soft skills of caregivers in seven countries: Italy, France, Austria, Germany, Spain, Greece and Poland¹.

¹ France – Maison de la Promotion Sociale, Italy – Centro Italiano per

The aim of the activity is to test in what soft skills caregivers should be equipped and provide and a compendium illustrating the main competencies needed by Health Institutions.

This part of the project proceeded in two stages:

1. Desk research – analyzing the current state based on the secondary data
2. Questionnaire research – analyzing the needs of medical institutions in the field of the new solutions in terms of soft skills

Soft skills of caregivers – best practices – the results of previous studies

The Bolognese Declaration accepted by the majority of European countries initiated the reform of the education system in Europe. The main aim of the reform in the field of nursing was to improve the quality of nurse education. Poland participated in many programs concerning staff education. One of the most important research project was “*Tunning Educational Structure in Europe 2001-2003*”. The Tunning project can be treated as a response of Polish universities to the Bolognese Declaration. It was supposed to contribute to the development of the homogeneous European Area of Higher Education through delivering a variety of tools to educational institutions and provide an opportunity to gain comparable professional nursing qualifications. The Tunning project resulted in defining professional competence of nurses.

Competences were broken into five major groups (four from the soft skills scope):

1. Competences associated with professional values and the role.
 - 1a. Acting as a responsible and independent employee in compliance with the professional, ethical, organizational and legal requirements, and responding to problems and moral-ethical dilemmas in the everyday practice.
 - 1b. Providing care in the holistic, tolerant and protective way with respect to age, sex, views, culture, religion, nationality, lifestyle, beliefs and wishes of every person.

-
- 1c. Being able to work in diverse situations while promoting health, a sense of well-being and providing health care in order to satisfy people in different health conditions, healthy or dying, of ill health, in adversity, illness or disability.
 - 1d. Having awareness of different roles, duties and tasks of the nurse and the ability of adapting the role depending on expectations of a patient and communities.
 - 1e. Being responsible for one's own professional development and education in order to improve the quality of performed tasks.
 - 1f. Having abilities suitable for needs and expectations of a patient, communities.
 2. Cognitive competences
 - 2a. The problem solving and the decision making.
 - 2b. Critical analysis and interpretation of data and sources of information.
 3. Interpersonal competences
 - 3a. Ability to communicate effectively
 - 3b. Enabling patients to express anxieties and worries and due answering.
 - 3c. Ability to adopt a point of view of a patient and to respect his rights and dignity
 - 3d. Applying the wide range of means of intercommunication to support a patient: a) giving advice; b) recognizing and dealing with difficult behaviours c) identifying anxieties, stress and breakdowns; d) granting emotional support, when it is necessary.
 4. Managerial and organizational competences associated with team work
 - 4a. Awareness that the soundness of charge is being reached as a result of professional operations of all members of the health-social care.
 - 4b. Ability to cooperate in the frames of the health-social care team, to manage and coordinate team work.
 - 4c. Ability to evaluate the threat/risk and the ability to actively support a sense of well-being and safety of all persons on-the-job (including oneself).
 - 4d. Ability to apply appropriate methods for the evaluation and search of the care according to binding standards qualities.

Requirements/guidelines for soft skills of caregivers in different countries are varied. Below are a collection of the most important guidelines of the project's partners.

According to the **French** experience “the professional attitudes and behaviours on the one hand, and care, on the other hand, are like two sides of the same coin, the quality and humanism care” [Phaneuf 2010]. In nursing, ethical values and communication are among the most obvious and essential representations are also among the primordial dimensions to assess. In addition to others, they build the very identity of the nurse as a professional.

The behaviour is for mankind a way of behaving, characterized by a set of observable reactions in response to an internal or external stimulation. It is a way of acting which is the observable part of our actions and reactions. It is important to consider following phenomena: The part which is more inside of us as self-knowledge, self-esteem and self-confidence and on the other side a more external behaviour like work organization or how the person will present her/himself.

Professional aptitudes and soft skills:

- self knowledge/self esteem/self-confidence,
- assertiveness/leadership,
- meta cognition,
- professionalism,
- personal Statement,
- relationship (patient, family, colleagues or other stakeholders),
- sense of ethics,
- sensitivity to other,
- independence of inference and action,
- sense of observation and analysis of situations,
- sense of planning and organization,
- be able to master the own emotions,
- be rigorous methodological,
- be able to listen to the different interlocutors,
- be able to work in a team,
- be able to assure the quality with external services,
- be attentive with the patient and his/her family,
- respect of the patient/accept his ethical values,
- respect of the material and the environment,

-
- self respect,
 - be discreet,
 - accept the prescribed dress,
 - be able of discernment,
 - be able to adapt him/herself to changing,
 - be punctual,
 - be disposable,
 - be able to situate his/ her place in the team,
 - be able to transfer his/her own competencies,
 - be emphatic,
 - be able to communicate.

The Centre of Nurse and Midwife Postgraduate Education operates within an **all-Polish** program “Interpersonal Announcing in Nursing” (No. 09/07) which states that caregivers should be able to:

- listen actively,
- paraphrase patient’s statements,
- reflect verbally emotions of the patient,
- confirm that they understand the patient and keep a conversation,
- adapt one's statements to the current way of reflecting reality by the patient,
- recognize dominating systems of representing reality: own and of a patient (visual, aural, kinesthetic),
- facilitate expressing difficult emotions by a patient,
- express views assertively,
- accept assertively the criticism and opinions of other people,
- apply creative manners of problem solving,
- avoid applying communication crash barriers (verbal and non-verbal),
- apply the partner style of the intercommunication,
- control own emotions,
- solve emotional problems of the patient and his family in therapeutic relations [Kluszcz 2004; Lewandowska, Litwin 2009; Sakowski 2012].

To establish sustainable workplace health promotion, Ingrid Spicker, team leader for workplace health promotion **in Vienna**, suggests different measures like a pragmatic approach towards health promotion, the use of external assistance, employee sensitisation for their own health, and others. Eva Kürzl, head of care supervision in **Lower Austria**, points out, that workplace health promotion starts in the education of professional health care and nursing personnel. Also, advanced training for nursing staff is important to provide the necessary tools for handling the high demands of their work [Jelenko 2008]. In nursing schools, soft skills are mostly taught in a theoretical way. A practice-oriented approach would be more suitable for gaining experience in the psychosocial field. Often nurses have been neither instructed for situations that require e.g. communicational skills, nor given feedback about their social competences. In a workplace environment, factors like limited personal resources and competences as well as a lack of a basic structure to exercise soft skills in a clinical setting have a negative effect on the acquisition of social skills [Spicker 2008].

A thesis by Ingrid Spicker concerning the professionalization of health care and nursing services in Austria and bringing them up to an academic level pointed out that nursing staff themselves criticize an authoritarian leadership, a low willingness to provide information and a lack of social competence (e.g. handling of criticism, ability to communicate and reflection skills) mainly in head nurses. It is also stated that a professionalization of caregivers, which is desired in Austria, cannot exclusively be reached by more detailed medically relevant education but through teaching psychosocial and communicative skills. A lack of those competencies also results in a perception of caregivers as being unprofessional.

The curriculum for nursing schools in Austria contains mostly medically relevant subjects, but there are also courses like professional ethics, sociology, psychology, educational theory and social hygiene and communication, conflict resolution, supervision and creativity training which are necessary for developing soft skills [§42].

Geva-Institut – Germany (2011) announces that health care facilities suffer from the competition for qualified staff. The turnover rates are remarkable and trainees and trained professionals are difficult to recruit. Unattractive working conditions within German health care facilities make it hard for the management to recruit and retain employees for a longer period of time. The management has to react to the needs and expectations of care givers in order to handle the competition on the labour market successfully

[Deutscher Berufsverband 2012]. A recent survey of Kienbaum [2009] adds that one of five hospitals face the above mentioned challenges within the Human Resource Management. Therefore the recruitment and retention of professionals and executives as well as the further qualification of the employees stands on the top of the agenda of the HR managers in charge. This statement refers to the study “Value deriving HR work in hospitals” [2009] of the management consultant Kienbaum, in which 66 hospitals participated. According to the Institute of Work and Technology IAT are “Work and Qualification” critical competitive factors in the future of the health care industry. It mentions that structured trainings and qualification have a great impact on a solution of the problem.

As already mentioned, the HR management needs to provide incentives within the competition on the labour market to attract employees, to successfully recruit workforce and to retain care givers. One Best Practice example shall be explained in the following which is conceptualized for attracting new talents in the health care sector. The concept of competence in nursing founding by Olbrich [1999]. Olbrich summarizes a selection of skills that can be identified as components of the nursing competence [Olbrich 1999]:

- ability to apply knowledge,
- understanding and perception,
- self-reflection,
- personal strength.

Given the demographic change it shall now be summarized which competencies care givers need to meet the future challenges. As above mentioned, there will be an increasing demand for nurses in the field of elderly care and nursing. This professional focus must be included within the apprenticeship. The ability to handle the own cooperation and organization of the workload will be as important as teamwork and cooperation skills. The main focus shall now be placed on personal and social skills. The following important skills are taken into consideration:

Personal competence:

- Independence
- Willingness to assume responsibility
- Higher tolerance of frustration

Social Skills:

- Balance between self-realization and adaptation to social realities,
- Interaction with patients and colleagues,
- Conflict solving skills.

In Greece, in general, informal care is common in Greece and formal care was practically non-existent until the early eighties. A unique formal certification system of caregivers is lacking in Greece.

Only a few projects exist concerning directly caregivers in Greece. The most famous effort to harmonize caregivers' market is a European project carried out in Greece, Cyprus, Lithuania, Spain and Hungary named *Elderly Care Vocational Skill Building and Certification* (ECVC). ECVC is the most relevant one, as it provides an e-training -theoretical and practical training- for caregivers of elderly. It introduces the distinct qualification "ECV Certificate" within the vocational education and training (VET) sector at the post-secondary, pre-tertiary level (ISCED 4VOC). The project developed a system for the recognition of competencies acquired in the non-formal and formal vocational training environment. The originality of the program stems from the fact that it can be by informal and migrant caregivers, which is crucial for the Greek market of care.

One brilliant example of soft skills training of both formal and informal caregivers is the one provided by the *Psychogeriatric Association of Nestor* in Athens. The organization offers:

- *individual counselling* for caregivers by qualified psychologists (for caregivers in the early and middle stages of dementia); nurses (for caregivers in seriously stages of dementia) offer caregivers information on dementia and tips on caring for caregivers;
- *individual psychotherapy for caregivers* by qualified psychologists. This service is particularly important and is determined by the very substantial burden the caring for dementia patients constitutes;
- *Psycho-education groups* for caregivers by specialized social workers aiming to provide information and guidance on many issues concerning personal coaching, education of caregivers about the disease and its management, the treatment of any psychological burden;
- *Group exercise to improve the caregivers' emotional state* (caregivers of patients with dementia, with the aim of identifying negative emotions and their impact on everyday life of the person through cognitive – behavioral techniques.

- *Courses on dementia and depression (theoretical seminars)* by qualified scientists (doctors and other health professionals) in the hall of the Alzheimer Centre on a monthly basis. These courses are conducted in collaboration with the Association of Carers of Patients with dementia and related disorders.

The Italian health care sector requires trained professionals, able to engage in multi-disciplinary teams and to take the responsibilities for their own actions, being aware of the consequences that may result from their decisions and of the proper way to manage cares.

Accordingly, a safe, sustainable and HR oriented management of health care facilities is more than necessary. Prevention is becoming increasingly important as a cost effective strategy in a situation of escalating health care costs [Sector Report Health and Social Services 2009]. Experiences in Italy show that this kind of approach determines the following advantages:

- 1) recognition of the motivations, even ethical, to the commitment to the prevention and management of clinical risks in daily professional practices;
- 2) implementation of better professional practices by:
 - early identification of risks and related clinical determinants;
 - early recognition and reporting of adverse events;
 - better analysis of the causes of active and latent infections;
 - early interventions for the prevention of risks and better management of adverse events and their consequences.

The most important *soft skills* that *caregivers* should own include the capabilities to: monitor, interpret, make decisions, take action, adjust to changing needs, access resources, and negotiate. Skills such as monitoring and interpreting require complex reasoning. Nurses and social workers should assess the care situation and, in turn, help families and parents to develop the skills they need. Moreover, caregivers need to perform complex medical tasks, supervise patients, make decisions, solve problems, provide emotional support and comfort, and coordinate care services.

In Spain, in the last ten years, appeared many publications, which focus on some programs and interventions to support non- professional caregivers and which arise out of some professionals worries for care providers health and quality of life. Most programs of intervention of support the informal caregivers published in national territory have been achieved in entities and public institutions, there being a scarce representation of private entities. The origin of the studies is very distributed by the Spanish geography, de-

veloping the biggest number of studies in the provinces of Barcelona and Madrid. Fact that coincides with the existence of a major population density and a major number of the best dependent persons. Nurses are the professionals who propose more studies of intervention or of support to the informal caregivers. These ones, together with the rest of the multidisciplinary team, have an important role, since the formal given cares go to both: to the dependent persons and to their familiar caregivers. In spite of the numerous initiatives and interest of the different professionals, there are few and scarce evidence of the results. This can be because the big majority of the analysed publications deal with the description of the contents of programs, but they do not show a scientific evaluation of the efficacy of skills, in addition to present methodological.

Soft skills of caregivers – results of studies conducted in each partner country – comparison of results

The survey have run at the same time in seven countries, partners of Take Care Project with a minimum of 20 respondents (from management and caregivers) in each country.

Characteristic of the caregivers study group

Gender:

The total number of respondents - 165, including 136 women (82.4%), 27 men (16.4%), 2 respondents (1.2%) missing data.

Table 1. Age of the respondents

Age/years	Number of respondents
25 - 34	65
34 - 44	32
45 - 54	39
55 - 64	27
Lack of data	2

Source: Based on the results of Take Care research.

Table 2. Working experience

Years of work experience	Number of respondents
Less than one year	10
1–2	16
3–5	31
6–10	24
11–15	11
16–20	15
More than 20 years	38
Lack of data	20

Source: Based on the results of Take Care research.

Table 3. Type of caregivers

Type of caregivers	Number of respondents
Professional nurses	122
Medical assistants	4
Social workers	16
Another	18
Lack of data	5

Source: Based on the results of Take Care research.

Table 4. Type of institution

Type of institution	Number of respondents
Hospital/Clinic/Primary Health Care	121
Nursing home	11
Hospice	18
Another	3
Lack of data	12

Source: Based on the results of Take Care research.

Conclusion.

From the point of view of the staff the most important features are:

- good inference,
- communication with doctors,
- communication with patients.

The least important:

- leadership,
- assertiveness in building relationships with patients and colleagues,
- ability to prevent burnout.

At the highest level personnel assess their existing skills:

- good inference,
- communication with patients,
- being emphatic.

The lowest level of their skills represented:

- ability to Prevent Burnout,
- work - life balance,
- communication with doctors.

Analysis of variance indicated the existence of significant differences between the characteristics possessed by the staff, and the features which, according to their own opinion should possess.

Managers

Characteristic of the managers study group

Gender:

The total number of respondents – 148, including 96 women (64.9%), 51 men (34.4%), 1 respondents (0.7%) missing data.

Table 5. Age of the respondents

Age/years	Number of respondents
25–34	5
34–44	39
45–54	63
55–64	30
Over 65	10
Lack of data	2

Source: Based on the results of Take Care research.

Table 6. Working experience

Years of work experience	Number of respondents
Less than one year	2
1 -2	10
3 – 5	25
6-10	31
11-15	24
16-20	23
More than 20 years	32
Lack of data	1

Source: Based on the results of Take Care research.

Table 7. Education

Education	Number of respondents
Legal	8
Management	73
Medicine	28
Social sciences	20
Another	12
Lack of data	7

Source: Based on the results of Take Care research.

Table 8. Type of institution

Type of institution	Number of respondents
Hospital/Clinic/Primary Health Care	101
Nursing home	11
Hospice	17
Another	18
Lack of data	1

Source: Based on the results of Take Care research.

Conclusion

From the the management staff point of view the most important social skills are:

- communication with the patient,
- being empathic,
- communication with doctors.

The least important skills are:

- ability to prevent burnout,
- leadership,
- assertiveness in building relationships with patients and colleagues.

The existing skills of the personel at the lowest level are:

- being emphatic,
- ability to prevent burnout,
- leadership.

At the highest level personel represents:

- communication with patients
- emotional resilience
- good inference.

Analysis of variance indicated the existence of significant differences between the characteristics possessed by the staff, and the features which, according to managers, staff should possess.

The most important skill in the staff's perception is communication with patients, at an average level of 4.82. The medical staff rated their actual level of this quality at 3.85. The second most important skill in the evaluation of staff is communication with physicians. Respondents rated the importance of having this skill at an average level of 4.64. In the case of communication with doctors; there also appeared a significant difference in the area of rating the importance of this quality and its actual level. Caregivers evaluated their communication with physicians skills at 3.35. The third most important attribute in the assessment of the medical staff is good inference. Respondents have identified the importance of this feature at the level of 4.61, while the actual level of having it at 3.69. The fourth and fifth place in terms of importance to the employees are: being emphatic – 4.60 and emotional resili-

ience – 4.54, where the actual levels in the respondents' self-assessment are at the level of 3.88 and 3.63.

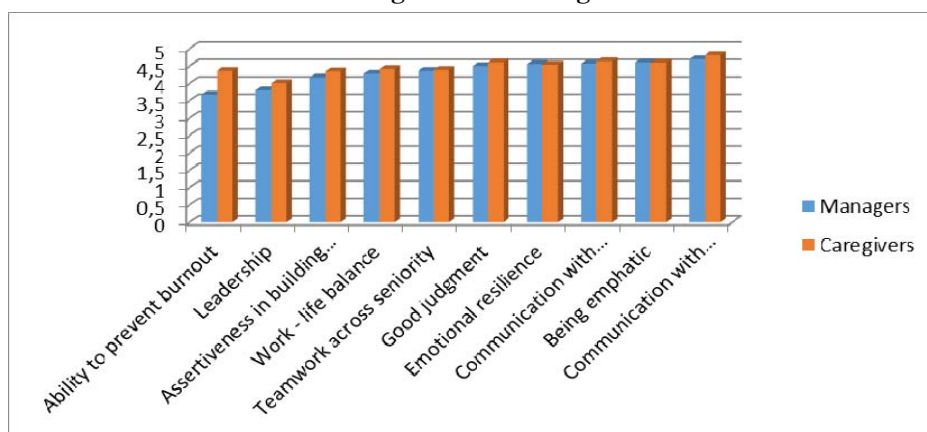
Other skills in the hierarchy include: Work - life balance, rated as important at the level of 4.42. In this case, the average result of perceived level of representation of the skill was lower than expected, because it was 3.27. The importance of teamwork across seniority, the medical personnel classified as important at the average level of 4.39, while representing this quality was rated at 3.27. At the end of the list were ability to prevent burnout and assertiveness in building relationships with patients and colleagues, the importance of which were classified at average levels of 4.36 and 4.35. The staff represents these features in their own assessment at the level of 2.81 and 3.42. The list of importance ends with leadership. This is an important feature for medical staff at an average level of 4.01, while their actual representation of leadership is at an average of 3.37.

One cannot say that any of the above mentioned skills is not important for the medical staff, because all of the features were rated as important at an average level above 4, where the highest value scale was 5. It is worth to pay attention to the self-assessed actual representation of these skills among the staff. All analyzed traits did not exceed 4 on the point scale. Three top rated characteristics in terms of actual representation, communication with patients, physicians, and being emphatic were ranked average on a 5-point scale, which probably indicates a high need to increase the level of representation of these characteristics by medical personnel.

The comparison of the results obtained from medical personnel with an assessment of their competence by managers indicates that the most important skill that medical staff should have is communication with patients. Managers evaluate the importance of communication with patients at an average of 4.70, while the medical staff represents the feature at 3.72. The importance of being emphatic is second in the evaluation of managers. This is a feature classified average at 4.57, and medical personnel, according to managers, represents being emphatic at an average level of 3.52. Communication with doctors has been rated as important at the level of 4.57. The medical staff represents the feature at 2.46 (this is a feature which, according to managers, is the least represented by medical personnel). Further analysis showed that from the point of view of managers other features that the staff should represent are emotional resilience – 4.56 and good inference – 4.50.

These features are represented by the medical staff at the levels of 3.70 and 3.60 respectively. Teamwork across seniority was rated by managers as important at the average level of 4.36, while the staff represents the feature at the level of 3.44. Work – life balance was classified as important at an average level of 4.28, while the level of representation of this feature managers rated at an average of 3.32. The least important, according to managers, were: assertiveness in building relationships with patients and colleagues – 4.17; leadership – 3.80 and ability to prevent burnout – 3.68, which in the evaluation of superiors are represented by the staff at the levels of 3.28, 3.13 and 2.46.

Chart 1. Different classification importance of social skills between caregivers and managers

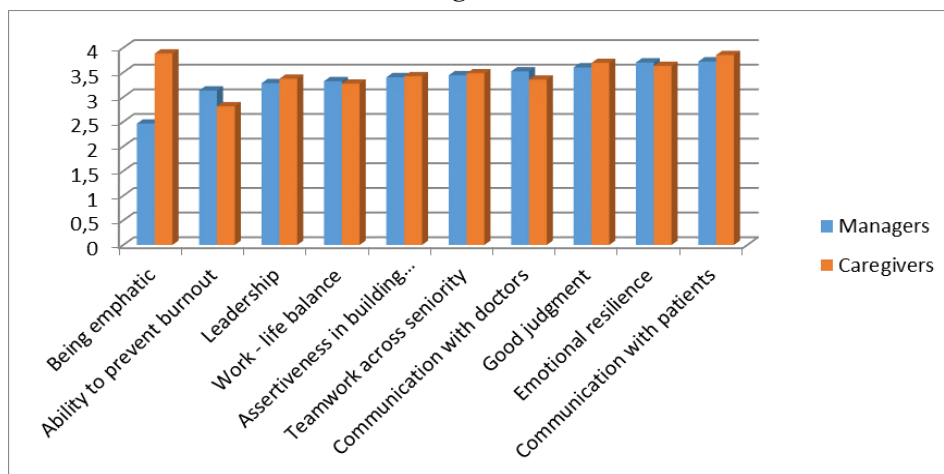


Source: Based on the results of Take Care research.

The following graph shows that there are slight differences between the perception level of importance of social skills for the work of medical personnel between managers and caregivers. This demonstrates of consciousness the relevance of the use social competences.

Being emphatic - managers evaluate this ability much lower level than caregivers. Higher than in the self-assessment staff have been classified: Prevent burnout, work - life balance, communications with doctors, emotional resilience, but here are slight differences.

Chart 2. Different classification importance of existing social skills in caregivers works



Source: Based on the results of Take Care research.

Literature

§42 Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG). BGBl. I Nr. 108/1997, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 185/2013.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) Zahlen – Daten – Fakten „Pflege (2012), Hintergrundinformationen. Page 12, Berlin (Germany).

<http://www.minoritynurse.com/article/soft-skills-nursing>. Date of access: Jan 2, 2014.

Investing in the Future of Jobs and Skills. Scenarios, implications and options in anticipation of future skills and knowledge needs (2009), Sector Report Health and Social Services.

Jelenko M. (2008), *Unternehmerische, politische und gesellschaftliche Herausforderungen für die Betriebliche Gesundheitsförderung in der Pflege – Ergebnisse der Podiumsdiskussion. Beiträge zur Fachtagung, „Gesund pflegen und gesund bleiben! – Betriebliche Gesundheitsförderung in der mobilen und stationären Pflege“ vom 20. Mai 2008 in Wien, Vienna (Austria).*

Kliszcz J, Nowicka-Sauer K, Trzeciak B, Sadowska A. (2004), *The level of anxiety, depression and aggression in nurses and their life and job satisfaction*, Med Pr. 55(6) ss. 461–468.

Lewandowska A, Litwin B. (2009), *Burnout as an occupational risk for nurses*, Ann Acad Med Stetin. 55(3) ss. 86–89.

Margot Phaneuf, RN. (2010), *Infiresources*, August.

Olbrich C. (1999), *Pflegekompetent*, Bern, Germany.

- Sakowski P. (2012), *Job satisfaction of occupational medicine nurses in Poland*, Int J Occup Med Environ Health. Mar;25(1) ss.51-58.
- Spicker I. (2008), *Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) in der mobilen Pflege und Betreuung. Beiträge zur Fachtagung*, „Gesund pflegen und gesund bleiben! – Betriebliche Gesundheitsförderung in der mobilen und stationären Pflege“ vom 20. Mai 2008 in Wien, Vienna, Austria.

Krzysztof Włodarczyk
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Kamila Zagier-Koziara
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Hanna Balkiewicz
Społeczna Akademia Nauk

Julia Krakowiak
Społeczna Akademia Nauk

Anna Szczerbak
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Iwona Bednarek
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Jolanta Gajda
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Dominika Cichońska
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Ocena jakości życia przez pacjentów diabetologicznych w wybranych radomszczańskich placówkach

Evaluation of quality of life of diabetes patients in selected medical centers in Radomsko

Abstract: According to epidemiological data in the world suffering from diabetes 371 million people. In Poland in 2013. reported 3.125 million people. Recent data indicate 55 million diabetics in Europe over 20 years old. 50% of adult patients is younger than 60 years. Most cases are in the Russian Federation, least of all in the Republic of Moldova. In fourth place of healthier countries is Poland, in the better situation is Portugal and Cyprus [Karnowski 2013].

Evaluation of quality of life of diabetes patients in selected medical centers in Radomsko. The chosen method of research was a diagnostic survey and a research tool – a questionnaire survey. The study was conducted among patients NZOZ PROMED in Radomsko and District Hospital in Radomsko.

The respondents have a significantly lower quality of life of recognized as a standard in the general population, although it is an improvement in this respect. Worse results are noticeable in the area of physical fitness. Probably due to the symptoms of hyperglycemia, such as headaches, chronic fatigue, sleep problems.

Key words: diabetes, a diabetes patient, quality of life.

Wstęp – jakość życia

W literaturze można odnaleźć wiele definicji jakości życia. Prawdopodobnie dlatego problem należy ująć wieloaspektowo. Pierwsza definicja „jakości życia” została stworzona w roku 1972 przez Dalkey i Rourke. Uważali oni, iż na jakość składają się poczucie szczęścia oraz satysfakcja z życia [Dalkey, Rourke 1972]. Natomiast według Campbella, elementami składowymi są życie rodzinne, zdrowie, praca zawodowa, małżeństwo, znajomi, miejsce zamieszkania, życie w danym państwie, sposób spędzania wolnego czasu, standard życia, wykształcenie, warunki socjalne [Campbell 1976]. Flanagan zaproponował wskaźniki wagi celem oceny poziomu satysfakcji z różnych dziedzin życia. Dzięki temu jakość życia miała mieć charakter subiektywny [Flanagan 1982].

Na podstawie definicji Światowej Organizacji Zdrowia, można uważać, że jakość życia to postrzeganie przez daną osobę indywidualnej sytuacji życiowej poprzez pryzmat kultury, kodeksy wartości wraz z własnymi zasadami, celami i pasjami [World Health Organization 1993]. W roku 1994, dzięki ekspertom WHO powstał kwestionariusz World Health Organization Quality of Life Instrument QOL-100, służący do pomiaru jakości życia [The WHOQOL Group 1994]. Natomiast 3 lata później Saxena i Orley wyróżnili elementy składowe jakości życia, a dokładnie kondycję psychiczną i fizyczną, poziom niezależności od innych ludzi, relacje międzyludzkie w otoczeniu oraz środowisko, w której dany człowiek na co dzień przebywa [Saxena, Orley 1997].

Metodologia badania

Przyjętą metodą badawczą był sondaż diagnostyczny. Jako narzędzie badawcze wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety, składający się 30 pytań (w tym części metryczkowej) dotyczących:

- okresu zachorowania na cukrzycę,
- stosowanej metody terapii schorzenia,

- stosowania się do wskazówek dietetycznych
- zachowania najbliższych osób do pacjenta
- najważniejszych trudności i barier związanych z chorobą
- stopnia zrozumienia pojęcia dobra jakości życia oraz oceny poziomu jakości życia od momentu postawienia diagnozy.

Wyniki zostały opracowane statystycznie (Microsoft Excel) w celu ustalenia korelacji, jak choroba wpływa na jakość życia pacjentów leczonych z powodu cukrzycy.

Badania przeprowadzono od 16 stycznia 2014 roku do 14 marca 2014 roku wśród dwóch grup pacjentów diabetologicznych. Pierwszą grupę – stanowiło 50 respondentów leczonych w warunkach ambulatoryjnych w NZOZ PROMED w Radomsku. Drugą grupę reprezentuje 50 osób hospitalizowanych w Szpitalu Powiatowym w Radomsku, zarówno kobiet jak i mężczyzn, pełnoletnich, u których rozpoznano cukrzycę typu 1 i 2.

Próbę wyłoniono według następujących kryteriów:

- chorzy na cukrzycę typu 1 i 2 w placówkach województwa łódzkiego,
- rozpoznanie choroby musi być postawione w wymienionych placówkach, co najmniej 2 lata przed włączeniem do badania i potwierdzone w oparciu o wyniki badań.

Natomiast wykluczono z badań pacjentów, którzy chorują na cukrzycę typu 1 lub 2 nie dłużej niż 2 lata oraz poniżej 18 roku życia.

Analiza wyników badań

Zmienne ciągłe takie jak: wiek, staż choroby, opisane zostały poprzez wartości minimalne i maksymalne, mediany, średnie oraz odchylenie standardowe. Natomiast zmienne nieciągłe, takie jak: płeć i miejsce zamieszkania opracowano poprzez liczbę i częstość występowania. W celu zbadania zależności pomiędzy zmiennymi niemierzalnymi wykorzystano test χ^2 Pearsona. W przeprowadzonych testach uznano za istotne statystycznie różnice, w przypadku których p nie przekracza 0,05. Obliczenia zostały wykonane za pomocą arkusza kalkulacyjnego Microsoft Excel oraz pakietu statystycznego StatSoft, Inc. STATISTICA (data analysis software system), version 10.0. www.statsoft.com.

Wiek badanych pacjentów w obu grupach mieścił się w przedziale od 18-83 lat, ze średnią dla pacjentów z placówki PROMED 58 lat i odchyleniem standardowym 12,63. Średnia wieku dla pacjentów ze Szpitala Powiatowego

wynosi 55,22, odchylenie standardowe natomiast 16,31. Pacjenci hospitalizowani są zatem młodsi. Celem zweryfikowania różnic pomiędzy pacjentami z dwóch placówek medycznych zastosowany został test χ^2 Pearsona dla zmiennych ciągłych – wiek. Pozwolił on wysunąć wniosek, iż nie występuje istotna statystycznie zależność $p > 0,05$ ($\chi^2 = 55,81905$ df = 45 $p = 0,12943$) – tabela 1.

Rozkład próby dotyczący płci pacjentów przedstawia się następująco:

- w grupie pacjentów leczonych ambulatoryjnie: liczba kobiet 29, liczba mężczyzn 21;
- w grupie pacjentów hospitalizowanych: liczba kobiet 31, liczba mężczyzn 19.

Rozkład próby dotyczący miejsca zamieszkania:

- w grupie pacjentów leczonych ambulatoryjnie: na wsi zamieszkuje 16 osób, w mieście 34 osoby,
- w grupie pacjentów hospitalizowanych: na wsi zamieszkują 2 osoby, natomiast w mieście 48.
- Rozkład próby w zakresie wykształcenia:
- w grupie pacjentów leczonych ambulatoryjnie: z wykształceniem podstawowym było 9 osób, ze średnim 27, policealnym 14, brak pacjentów z wykształceniem licencjackim i magisterskim,
- w grupie pacjentów hospitalizowanych: z wykształceniem podstawowym było 14 osób, ze średnim 15, policealnym 8, licencjackim 7 i magisterskim 6.

Ponieważ cukrzyca od momentu wystąpienia jest niemożliwa do wyleczenia, ważne znaczenie ma długość jej trwania, szczególnie u młodszych pacjentów. Analizę statystyczną dotyczącą czasu trwania choroby przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Średni czas trwania choroby u badanych pacjentów

Staż choroby	Grupa	
	NZOZ PROMED	Szpital Powiatowy
Wartość średnia	6,58	12,74
Wartość minimalna	2	2
Wartość maksymalna	25	44
Odchylenie standardowe	5,57	10,6

Źródło: opracowanie własne

Najkrótszy okres czasu to 2 lata, który był również kryterium włączenia pacjenta do badania. Rozkład próby, który dotyczy typu cukrzycy u pacjentów ilustrują dane:

- w grupie pacjentów leczonych ambulatoryjnie: wszyscy pacjenci leczeni z powodu cukrzycy typu 2,
- w grupie pacjentów hospitalizowanych: 13 osób leczy się z powodu cukrzycy typu 1, pozostali 37 – typu 2.

Spośród metod leczenia cukrzycy stosowanie diety oraz insuliny ludzkiej lub jej analogów dominuje u pacjentów hospitalizowanych. Natomiast leki doustne stosują głównie pacjenci leczeni w warunkach ambulatoryjnych. Nikt z badanych nie stosuje innej formy terapii leczniczej.

Samopoczucie a wiek

Przeprowadzona analiza według testu χ^2 Pearsona wykazała, iż nie występuje statystycznie istotna zależność w samopoczuciu badanych pacjentów przez ostatnie 3 miesiące a ich wykształceniu $p > 0,05$. ($\chi^2 = 16,80527$ $df = 16$ $p = 0,39831$).

Wśród badanych pacjentów najwięcej (58) cieszy się dobrym samopoczuciem przez ostatnie 3 miesiące. Struktura najczęściej wybieranej odpowiedzi jest taka sama u pacjentów z placówki PROMED i ze Szpitala Powiatowego. Dominuje ona u osób ze średnim wykształceniem, na drugim miejscu u pacjentów z wykształceniem podstawowym i policealnym. Zadowolającą formą cieszą się osoby ze średnim wykształceniem, a bardzo dobrą pacjenci z wykształceniem policealnym. Na zły nastrój narzekają osoby, które ukończyły tylko średnią szkołę. Nikt z pacjentów nie narzeka na bardzo złe samopoczucie.

Przeprowadzona analiza według testu χ^2 Pearsona wykazała również brak istotnej statystycznie zależności samopoczucia badanych pacjentów przez ostatnie 3 miesiące od wieku $p > 0,05$ ($\chi^2 = 136,5996$ $df = 180$ $p = 0,99318$). Zdecydowana większość pacjentów ocenia swoje samopoczucie przez ostatnie 3 miesiące jako dobre. Najwięcej z nich pochodzi z grupy wiekowej 51-60 lat (16 osób) oraz 41-50 (14 osób). Drugie miejsce zajmuje złe samopoczucie reprezentowane głównie przez pacjentów z przedziału wiekowego 61-70.

Samopoczucie a płeć

Analiza statystyczna przeprowadzona za pomocą testu χ^2 Pearsona wykazała, iż nie występuje statystycznie istotna zależność w samopoczuciu badanych pacjentów przez ostatnie 3 miesiące od płci $p > 0,05$ ($\chi^2 = 6,350917$ $df = 4$ $p = 0,17443$). Najwięcej badanych w obu popula-

cyjach cieszy się dobrą formą (58), jednak grupa ta jest reprezentowana w większości przez kobiety (32). Wśród kobiet drugie miejsce zajmuje bardzo dobre samopoczucie a sporadycznie złe, natomiast wśród mężczyzn proporcja jest odwrócona.

Samopoczucie a miejsce zamieszkania

Brak statystycznie istotnej zależności wykazano również w korelacji samopoczucie pacjentów przez ostatnie 3 miesiące a miejsce zamieszkania $p > 0,05$ ($\chi^2 = 2,225982$ $df = 4$ $p = 0,69428$). Dobrym samopoczuciem cieszą się głównie mieszkańcy miasta (45 osób). Jednak na drugim miejscu znajduje się u nich zła kondycja. Wśród pacjentów z obszarów wiejskich o drugie miejsce konkuruje ze sobą zarówno bardzo dobra kondycja, jak i zła.

Dieta

Badani pacjenci z obu placówek najczęściej stosują dietę opartą na stosowaniu produktów diabetologicznych, częściej z NZOZ PROMED – 31 osób. Jednak, aż 10 osób z tej grupy w ogóle nie pamięta o zdrowym odżywianiu. Wśród drugiej populacji popularnością cieszy się także dieta z niskim Indekssem Glikemicznym, zaniedbana przez pacjentów leczonych ambulatoryjnie oraz odchudzająca. Tylko 10 osób z spośród wszystkich badanych chciałoby zredukować swoją masę ciała poprzez dietę.

Tylko niewiele ponad połowę osób (56) zmieniło swój sposób odżywiania, kiedy dowiedzieli się że chorują na cukrzycę. W tym przypadku forma leczenia nie odgrywa większego znaczenia. Natomiast więcej osób leczonych w warunkach szpitalnych zawsze przywiązuje dużą uwagę do diety, a choroba nie ma na to żadnego wpływu. Jednak tutaj również występuje nieznaczne zróżnicowanie pomiędzy grupami. Taka sama liczba pacjentów w obu populacjach lekceważy znaczenie żywienia w terapii schorzenia.

Sprawność fizyczna

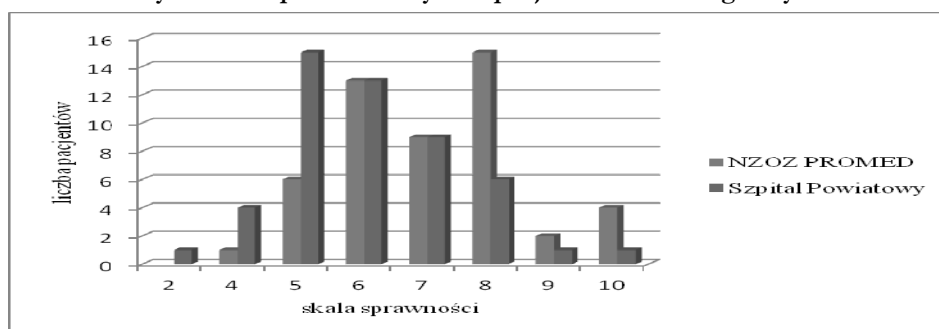
Najwięcej pacjentów ocenia swoją sprawność fizyczną na 6 w skali 1-10. Struktura najczęściej wybieranej odpowiedzi jest taka sama u pacjentów z placówki PROMED i ze Szpitala Powiatowego.

Przeprowadzone analizy według testu χ^2 Pearsona wykazały:

- brak statystycznie istotnej zależności w sprawności fizycznej badanych pacjentów i wykształceniu $p > 0,05$ ($\chi^2 = 43,03697$ $df = 28$ $p = 0,3452$). Wśród badanych pacjentów najwięcej (26) oceniło swoją kondycję fizyczną na 6;
- statystycznie istotną zależność sprawności fizycznej pacjentów od wieku $p < 0,05$ ($\chi^2 = 376,2453$, $df = 315$ $p = 0,01007$);

- statystycznie istotną zależność sprawności fizycznej pacjentów od płci $p < 0,05$ ($\chi^2 = 17,58089$ $df = 7$ $p = 0,01401$). Najwięcej kobiet leczonych w warunkach ambulatoryjnych ocenia swoją sprawność fizyczną na 8 w skali 1-10. Natomiast mężczyźni głównie ocenili na 7. Kobiety hospitalizowane oceniają swoją sprawność fizyczną na 7, natomiast mężczyźni na 5.

Rysunek 1. Sprawność fizyczna pacjentów diabetologicznych



Źródło: opracowanie własne.

Codzienny wysiłek fizyczny ma istotne znaczenie dla każdego człowieka, a szczególnie leczonego z powodu cukrzycy. 79% badanych potwierdziło ten fakt, dla pozostałych 21% prawdopodobnie nie stanowi życiowego priorytetu. Rozkład próby dotyczący znaczenia codziennej aktywności fizycznej ilustrują dane:

- w grupie pacjentów leczonych ambulatoryjnie: 32 osoby odpowiedziało, iż aktywność fizyczna odgrywa znaczącą rolę, aż 18 osób wybrało przeciwną odpowiedź;
- w grupie pacjentów hospitalizowanych: 47 osób odpowiedziało, iż aktywność fizyczna odgrywa znaczącą rolę, 3 osoby wybrało przeciwną odpowiedź.

Pacjenci często mimo świadomości faktu, iż choroba nie jest możliwa do wyleczenia, pozostają bierni w swojej terapii. Nie wierzą, iż poprzez rozsądne ćwiczenia fizyczne mogą chociaż załagodzić dolegliwości związane ze schorzeniem oraz przede wszystkim poprawić swoją kondycję fizyczną i psychiczną. 45% ankietowanych z całej grupy badawczej odpowiedziało, iż rozpoznanie choroby nie miało wpływu na ich aktywność fizyczną, gdyż od zawsze preferują czynny wypoczynek. Natomiast 37% pacjentów pomyślało o zmianie trybu życia w momencie rozpoznania schorzenia. Pozostali lekceważą aktywność fizyczną, jako jedną z najważniejszych metod terapii cukrzycy.

W przypadku pytania o czynniki wpływających w największym stopniu na jakość życia w grupie pacjentów ambulatoryjnych dominują odpowiedzi: świadomość ryzyka wystąpienia powikłań nieleczonej choroby – 24 osoby, najmniej oddziałuje wykonywanie iniekcji z insuliną – 3 osoby. W grupie pacjentów hospitalizowanych na jakość życia najsilniej wpływa konieczność mierzenia glukozy we krwi – 24 osoby, najmniej oddziałuje podobnie wykonywanie iniekcji z insuliną – 3 osoby. W całej grupie badawczej pierwsze miejsce wśród czynników oddziałujących na jakość życia zajmuje konieczność stałego pomiaru glikemii.

Największą trudnością związaną w chorobą w grupie pacjentów leczonych ambulatoryjnie stanowi edukacja diabetologiczna – 18 osób, problemów nie sprawia natomiast obliczanie wymienników węglowodanowych – 4 osoby. W grupie pacjentów hospitalizowanych najtrudniejsze jest radzenie sobie ze ścisłym przestrzeganiem zalecanej diety – 23 osoby, najłatwiej z obliczaniem dawki insuliny – 7 osób. Najmniejszym utrudnieniem w obu grupach badanych jest prowadzenie dzienniczka samokontroli.

Rozkład próby dotyczącej zakresu pomocy pacjentom ze strony otoczenia, został zilustrowany poprzez dane:

- w grupie pacjentów leczonych ambulatoryjnie: najwięcej osób – 23 – potrzebuje pomocy w zakresie sprawdzanie poziomu glukozy w moczu,
- w grupie pacjentów hospitalizowanych: najwięcej osób – 23 – potrzebuje pomocy w zakresie przestrzegania zaleceń żywieniowych.

Dla 42 pacjentów spośród całej grupy badawczej to właśnie zdrowe odżywianie jest największą trudnością, z którą pacjent nie potrafi sobie samodzielnie poradzić i oczekuje pomocy ze strony najbliższych. Dla 62 pacjentów spośród całej grupy badawczej dobra jakość życia to nic innego jak wspomniany wyżej dobry stan zdrowia. Najmniej kojarzona jest z otrzymywaniem wsparcia społecznego.

Rozkład próby dotyczącej wpływu diagnozy cukrzycy na karierę zawodową badanych ilustrują dane:

- w grupie pacjentów leczonych ambulatoryjnie: ponad połowa grupy badanych – 29 osób nie zmieniło pracy w związku z chorobą. Pozostałe 21 osoby są na emeryturze;
- w grupie pacjentów hospitalizowanych: połowa grupy badanych – 25 osób nie zmieniło pracy w związku z chorobą. Dla 18 osób była to jednak konieczność. Dla 4 osób choroba uniemożliwiła podjęcie pracy lub dalszej nauki.

Dla 54 pacjentów spośród całej grupy badawczej rozpoznanie cukrzycy i jej leczenie nie wpływa na pracę zawodową. Dla 18 osób wręcz przeciwnie – stanowi barierę.

Tabela 2. Sposoby radzenia sobie z trudnościami w chorobie

Sposoby radzenia sobie z trudnościami	NZOZ PROMED	Szpital Powiatowy	Suma końcowa
1. Dążę do jak najszybszego rozwiązania problemu	13	19	32
2. Zwiększam aktywność fizyczną	13	9	22
3. Spotykam się z przyjaciółmi i proszę o poradę	15	14	29
4. Zajmuję się moim hobby	21	18	39
5. Zwracam się o pomoc do osób o podobnym problemie	27	5	32
6. Ignoruję zalecenia lekarskie	10	0	10
Suma końcowa	50	50	100

Źródło: opracowanie własne.

W grupie pacjentów leczonych ambulatoryjnie najczęściej osób poszukuje sposobu rozwiązania problemów wśród osób, które w przeszłości miały podobne. Dziesięć osób jednak ignoruje zalecenia lekarskie. W grupie pacjentów hospitalizowanych najczęściej chce jak najszybciej rozwiązać problem. 18 osób zajmuje się swoją pasją. Dla 39 osób spośród całej grupy badawczej – metodą ucieczki od problemów są zainteresowania. Dla 27 osób największym ograniczeniem w chorobie jest niemożliwość jej wyleczenia, dla 16 osób wysokie koszty terapii, sześć osób narzeka na brak życia prywatnego.

Przeprowadzona analiza za pomocą testu χ^2 Pearsona wykazała brak istotnej statystycznie zależności pomiędzy barierami pacjentów leczonych diabetologicznie a poziomem ich wykształcenia $p > 0,05$ ($\chi^2 = 6,263526$ $df = 12$ $p = 0,90222$) – tabela 3.

Brak istotnej statystycznie zależności wykazano również w zakresie ograniczeń dla pacjentów w chorobie od ich wieku $p > 0,05$ ($\chi^2 = 147,0039$ $df = 135$ $p = 0,22656$) – tabela 4.

Tabela 3. Bariery pacjentów diabetologicznych a poziom ich wykształcenia

Wykształcenie Bariery w chorobie	Podsta- wowe	Średnie	Policeal- ne	Licen- cjackie	Magister- skie	Suma końcowa
1	13	24	12	6	3	58
2	7	13	7	1	2	30
3	2	5	3	0	1	11
4	0	0	0	0	0	0
5	1	0	0	0	0	1
Suma koń- cowa	23	42	22	7	6	100
Statystyka	Chi ² = 6,263526 df = 12 p = 0,90222					

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 4. Bariery pacjentów diabetologicznych a wiek

Grupa wiekowa Bariery w chorobie	20 i mniej	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	80-90	Suma
1. Brak możli- wości wyleczenia	0	4	5	9	20	13	6	1	58
2. Duże koszty leczenia	1	1	1	6	4	10	5	2	30
3. Brak życia towarzyskiego	0	2	0	3	2	2	2	0	11
4. Brak pracy zawodowej	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5. Konieczność zmiany pracy	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Suma końcowa	1	7	6	18	26	26	13	3	100
Statystyka	Chi ² = 147,0039 df = 135 p = 0,22656								

Źródło: opracowanie własne.

Analiza statystyczna przeprowadzona za pomocą testu χ^2 Pearsona nie wykazała również istotnej statystycznie zależności pomiędzy barierami dla pacjentów leczonych diabetologicznych a ich miejscem zamieszkania $p > 0,05$ ($\chi^2 = 0,9289701$ $df = 3$ $p = 0,81843$). Rozkład próby dotyczącej wsparcia osoby chorej przez rodzinę ilustrują dane:

- w grupie pacjentów leczonych ambulatoryjnie: 22 badanych może liczyć na wsparcie emocjonalne i pomoc w codziennych czynnościach ze strony rodziny, w przypadku 16 osób – choroba budzi lęk dla jego rodziny i nie zawsze otrzymuje pomoc, dla 12 osób – najbliżsi są wręcz nadopiekuńczy i wyřęczają ich we wszystkich czynnościach;
- w grupie pacjentów hospitalizowanych: 24 badanych może liczyć na wsparcie emocjonalne i pomoc w codziennych czynnościach ze strony rodziny, w przypadku 17 osób – choroba budzi lęk dla jego rodziny i nie zawsze otrzymuje pomoc, dla 9 osób – najbliżsi są wręcz nadopiekuńczy i wyřęczają ich we wszystkich czynnościach.

Dla około połowy spośród całej grupy badawczej – 46 osób, największą reakcją ze strony rodziny jest nieustająca pomoc i wsparcie emocjonalne, najmniejszą jest nadmierna pomoc w każdej wykonywanej pracy przez pacjenta.

Tabela 5. Źródła informacji o leczeniu cukrzycy

Źródła informacji	NZOZ PROMED	Szpital Powiatowy	Suma końcowa
1. Lekarz diabetolog	9	22	31
2. Lekarz rodzinny	26	12	38
3. Dietetyk	3	2	5
4. Pielęgniarka	3	9	12
5. Książki	3	2	5
6. Internet, telewizja, prasa	6	3	9
7. Inne	0	0	0
Suma końcowa	50	50	100

Źródło: opracowanie własne.

W grupie leczonych ambulatoryjnie pacjenci otrzymują najczęściej informacje od lekarza rodzinnego. W grupie pacjentów hospitalizowanych najczęstszym źródłem informacji jest lekarz diabetolog. Dla 38 osób spośród całej grupy badawczej najważniejszym źródłem informacji o terapii cukrzycy jest lekarz rodzinny, sporadycznie zasięgają informacji u dietetyka oraz w literaturze.

Przeprowadzona analiza według za pomocą testu χ^2 Pearsona wykazała iż występuje istotna statystycznie zależność w zakresie źródeł informacji od wykształcenia pacjentów $p < 0,05$ ($\chi^2 = 30,17244$ $df = 20$ $p = 0,06711$) – tabela 6, oraz zależność w zakresie źródeł informacji o leczeniu cukrzycy od płci pacjentów $p < 0,05$ ($\chi^2 = 12,25087$ $df = 5$ $p = 0,03151$) – tabela 7.

Natomiast nie występuje statystycznie istotna zależność w zakresie źródeł informacji od wieku pacjentów $p > 0,05$ ($\chi^2 = 238,1857$ $df = 225$ $p = 0,26072$).

Tabela 6. Źródła informacji o leczeniu cukrzycy a wykształcenie pacjentów

Wykształcenie Źródła informacji	Podsta- wowe	Średnie	Policeal- ne	Licen- cjackie	Magister- skie	Suma końcowa
1. Lekarz diabetolog	9	10	8	0	4	31
2. Lekarz rodzinny	12	19	3	3	1	38
3. Dietetyk	1	2	2	0	0	5
4. Pielęgniarka	1	4	4	3	0	12
5. Książki	0	4	1	0	0	5
6. Internet, telewizja, prasa	0	3	4	1	1	9
7. Inne	0	0	0	0	0	0
Suma końcowa	23	42	22	7	6	100
Statystyka	$\chi^2 = 30,17244$ $df = 20$ $p = 0,06711$					

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 7. Źródła informacji o leczeniu cukrzycy a płeć

Płeć → Źródła informacji ↓	Kobiety	Mężczyźni	Suma końcowa
1. Lekarz diabetolog	18	13	31
2. Lekarz rodzinny	17	21	38
3. Dietetyk	3	2	5
4. Pielęgniarka	11	1	12
5. Książki	5	0	5
6. Internet, telewizja, prasa	6	3	9
7. Inne	0	0	0
Suma końcowa	60	40	100
Statystyka	Chi ² =12,25087df=5 p=0,03151		

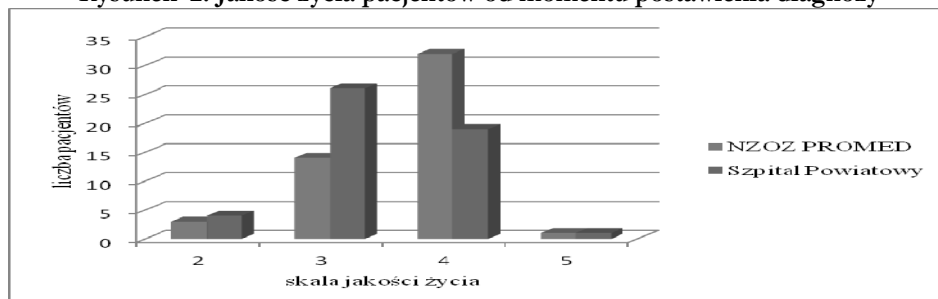
Źródło: opracowanie własne.

Rozkład próby dotyczącej jakości życia pacjentów od momentu postawienia diagnozy, został zilustrowany poprzez dane:

- w grupie pacjentów leczonych ambulatoryjnie: najczęściej osób – 32 oceniło swoją jakość życia na 4,
- w grupie pacjentów hospitalizowanych: najczęściej osób – 26 oceniło swoją jakość życia na 3.

Wśród całej grupy badawczej jakość życia od czasu postawienia diagnozy 51 osób oceniła na 4. Najmniej osób oceniło na 5 – tylko 2 osoby. Nikt z chorych nie ocenił jakości życia na 1 – rys. 2.

Rysunek 2. Jakość życia pacjentów od momentu postawienia diagnozy



Źródło: opracowanie własne.

Analiza statystyczna przeprowadzona za pomocą testu Chi 2 wykazała, że istnieje **wysoce istotna statystycznie** zależność poziomu jakości życia od wykształcenia pacjentów, gdyż $p < 0,01$ ($\chi^2 = 27,82047$ $df = 12$ $p = 0,00588$) – tabela 8.

$p < 0,01$ to wysoce istotna zależność

Tabela 8. Poziom jakości życia pacjentów a wykształcenie

Wykształcenie Skala jakości życia	Podstawowe	Średnie	Policealne	Licencyjne	Magisterskie	Suma końcowa
1	0	0	0	0	0	0
2	2	4	1	0	0	7
3	16	18	4	1	1	40
4	5	20	16	6	4	51
5	0	0	1	0	1	2
Suma końcowa	23	42	22	7	6	100
Statystyka	$\chi^2 = 27,82047$ $df = 12$ $p = 0,00588$					

Źródło: opracowanie własne.

Największą część grupy badawczej reprezentują osoby oceniające poziom jakości życia na 4–51. Mają oni wykształcenie średnie. Na drugim miejscu są osoby z wykształceniem policealnym. Na trzy w skali 1–5 ocenili chorzy również z wykształceniem średnim. Tylko dwie osoby wybrały stopień 5,

mają one wykształcenie policealne i magisterskie. Wśród większości pacjentów leczonych w warunkach ambulatoryjnych – 32, jakość życia od momentu zachorowania oceniona została na 4. Mają oni wykształcenie średnie. Pacjenci hospitalizowani oceniają głównie swój poziom jakości życia na 3. Są to osoby przede wszystkim z wykształceniem podstawowym. W pozostałych przypadkach (wiek, płeć, miejsce zamieszkania) brak statystycznie istotnej zależności.

Rozkład próby dotyczącej samopoczucia psychicznego przez ostatnie 2 miesiące i jego wpływu na wykonywane czynności w życiu codziennym, został zilustrowany poprzez dane:

- w grupie pacjentów leczonych ambulatoryjnie: 23 osoby wykonują mniej zadań niż sobie wcześniej zaplanowali, 17 osób wkłada więcej wysiłku w ich realizację, tylko 10 osób potrafi wywiązać się z założonego planu;
- w grupie pacjentów hospitalizowanych: dla większej ilości pacjentów potrzebny jest dodatkowy wysiłek – 29 osób, tylko 15 osób potrafi wywiązać się z założonego planu, mniej jest pacjentów, którzy wykonują za mało zadań mimo przyjętego planu – 6 osób.

Pytanie dotyczące aktualnego poziomu glukozy we krwi miało na celu sprawdzenie, czy pacjenci systematycznie kontrolują stężenie glukozy we krwi. Analiza statystyczna dotycząca czasu trwania choroby przedstawia się następująco:

- w grupie pacjentów leczonych ambulatoryjnie: średni poziom glukozy we krwi wynosi 171,88, wartość minimalna 87 a maksymalna 258;
- w grupie pacjentów hospitalizowanych: średni poziom glukozy we krwi wynosi 145,6; wartość minimalna 105 a maksymalna 247 – tabela 9.

Tabela 9. Aktualne stężenie glukozy we krwi

Aktualne stężenie glukozy we krwi	Grupa	
	NZOZ PROMED	Szpital Powiatowy
Wartość średnia	171,88	145,6
Wartość minimalna	87	105
Wartość maksymalna	258	247

Źródło: opracowanie własne.

Wyższe przeciętne oraz maksymalne stężenie występuje u pacjentów leczonych w warunkach ambulatoryjnych, natomiast osoby hospitalizowane charakteryzują się wyższym minimalnym poziomem glikemii.

Wnioski

1. Grupa osób leczonych ambulatoryjnie nie różni się istotnie statystycznie pod względem płci i wieku od badanych pacjentów.
2. Czynniki demograficznymi różnicującymi w sposób istotny statystycznie dwie grupy badanych są miejsce zamieszkania oraz wykształcenie.
3. Większość pacjentów choruje na cukrzycę typu 2. Dominuje ona u pacjentów leczonych w warunkach ambulatoryjnych. Leczeni są oni przede wszystkim preparatami doustnymi.
4. Zdrowo odżywiają się głównie pacjenci hospitalizowani, stosujący insulinę ludzką.
5. Na samopoczucie badanych przez ostatnie 3 miesiące nie wpływają istotnie statystycznie czynniki demograficzne.
6. Przeciętna sprawność fizyczna pacjentów w skali 1-10 została oceniona na 6 u pacjentów leczonych w warunkach ambulatoryjnych w wieku 51–60 oraz u hospitalizowanych w wieku 61–70.
7. Codzienna aktywność fizyczna ma istotne znaczenie dla pacjentów. 45% z nich od zawsze wypoczywa aktywnie i postawienie diagnozy nie miało na to wpływu.
8. Na jakość życia chorych najsilniej wpływa konieczność stałego dokonywania pomiaru stężenia glukozy we krwi.
9. Największe problemy sprawia ściśle przestrzeganie zaleceń żywieniowych, natomiast najmniejsze prowadzenie dzienniczka samokontroli.
10. Dobra jakość życia kojarzy się pacjentom przede wszystkim z dobrą kondycją zdrowotną.
11. U 54% badanych choroba nie wpłynęła na ścieżkę kariery, mogą nadal realizować się w swoim zawodzie.
12. Największe ograniczenie dla pacjentów stanowi brak możliwości całkowitego wyleczenia.
13. Występuje wysoce istotna zależność pomiędzy poziomem jakości życia od momentu zachorowania a wykształceniem badanych. Najwyższą jakość życia deklarują osoby z wykształceniem średnim.
14. Pacjenci leczeni w warunkach ambulatoryjnych wyżej oceniają jakość życia.
15. Pacjenci hospitalizowani cechują się niższym przeciętnym stężeniem glukozy we krwi.

Podsumowanie

Badani mają zdecydowanie niższą jakość życia od uznawanej za standardową w populacji ogólnej, choć obserwuje się poprawę w tym zakresie. Gorsze wyniki zauważalne są w sferze sprawności fizycznej. Prawdopodobnie wynika to z objawów hiperglikemii, takich jak bóle głowy, przewlekłe zmęczenie, problemy ze snem. Związana jest również z licznymi barierami w życiu codziennym. Obecnie opracowywane są nowe zalecenia kliniczne odnośnie opieki nad pacjentami diabetologicznymi. Pozwalają one na samodzielne ustalanie dobowego zapotrzebowania na hormon trzustkowy oraz zaplanowanie czynnego wypoczynku. Być może przyczyni się to do zwiększenia stopnia swobody, a jednocześnie podnoszenia jakości życia.

Badani pacjenci głównie oceniają swoją jakość życia dobrze, a ocena zależy najbardziej od wykształcenia. Nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności pomiędzy oceną a pozostałymi czynnikami demograficznymi, takimi jak: płeć, wiek i miejsce zamieszkania.

W literaturze diabetologicznej można spotkać się z paradoksem zadowolenia u pacjentów z niewyrównaną cukrzycą. Jest spowodowany procesem osvajania się organizmu człowieka z wyższymi wynikami pomiaru stężenia glukozy we krwi. Wszelkie dolegliwości fizyczne są niwelowane i pacjent doskonale się czuje, tym samym poprawia się jego ocena jakości życia.

Wskazywany niski poziom wiedzy przeszkadza w szerzeniu działań profilaktycznych. Zatem niezwykle istotna jest edukacja oraz zatrudnianie wciąż mało popularnych edukatorów diabetologicznych.

Bibliografia

- Campbell A., Converse P.E., Rogers W.L. (1976), *The quality of American Life: perception, evaluation, and satisfaction*, New York: Rasel Sage Foundation.
- Flanagan J.C. (1982), *Measurment of quality of life: current state of the art*, *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, s. 56-59.
- Dalkey N.C., Rourke D.L. (1972), *The Delphi procedure and rating quality of life factors*, Univ. California LA.
- Karnowski A. (2013), *Ukryta pandemia*, Pen. Cukrzyca I, Otyłość, NR 6.

Przemysław Bejga

Lubuska Wyższa Szkoła Zdrowia Publicznego w Zielonej Górze

Jan Krakowiak

Spoleczna Akademia Nauk

Piotr Lutomski

Instytut Medycyny Wsi w Lublinie

Miłosław Bemben

Lubuska Wyższa Szkoła Zdrowia Publicznego w Zielonej Górze

Robert Łyszcz

Instytut Medycyny Wsi w Lublinie

Adam Rzeźnicki

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Joanna Strzemecka

Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

Edukacja diabetologiczna realizowana przez poradnie lekarza rodzinnego a wybrane parametry wyrównania cukrzycy typu 2

Effect of diabetes education from family clinics on selected controls of type 2 diabetes

Abstract: Diabetes type 2 is nowadays one of the most common diseases in the world. It is estimated that over 382 million people have it and the number is likely to grow to 592 million by 2035. A low knowledge about diabetes among patients is one of the fundamental problems in its treatment.

The objective of this study was to assess an association between diabetes education and metabolic control in patients with type 2 diabetes.

The study included 103 patients with a type 2 diabetes treated for not longer than 6 months in a clinic in Zielona Góra by a family physician. It was conducted in 2013 and 2014. The statistical analysis included a T test and a dependent sample.

After the education program came to an end, the patients had favorable changes in: body weight, BMI index, glycated hemoglobin level, total cholesterol level, LDL and HDL, glucose level and blood pressure.

A diabetes education has a positive influence on health behavior among people with type 2 diabetes. It results in improved biochemical control of diabetes, BMI and blood pressure.

Key words: diabetes, health education.

Wstęp

Cukrzyca typu 2 dotyka więcej niż 8% amerykańskiej populacji [Centers for Disease Control and Prevention 2011; Eikenberg 2013, s. 213-218]. Ponad 382 miliony ludzi na całym świecie dotkniętych jest tą chorobą i przewidyuje się, że liczba ta wzrośnie do 592 milionów w 2035 roku [International Diabetes Federation 2013; Lorber 2014, s. 169-183]. Całkowita liczba zgonów na świecie wynikających z cukrzycy została określona na 3,98 mln w grupie wiekowej osób od 20 do 79 roku życia, co stanowi 6,8% (biorąc pod uwagę wszystkie grupy wiekowe) globalnej śmiertelności [Roglic 2010, s. 15-19, Mahdavi 2013]. Przyrost tkanki tłuszczowej zazwyczaj związany jest ze zwiększeniem ryzyka chorób metabolicznych, takich jak cukrzyca typu 2, nadciśnienie tętnicze i dyslipidemia [World Health Organization 2007, Bays 2007, s. 737-747]. Dyslipidemia jako nieprawidłowość metaboliczna często powiązana jest z cukrzycą. Jej rozpowszechnienie jest zmienne, w zależności od typu i nasilenia choroby, kontroli glikemii, stanu odżywienia, wieku i innych czynników. Wcześniejsze badania również wskazywały, że jest silnym czynnikiem w grupie ryzyka występowania choroby niedokrwiennej serca u pacjentów z cukrzycą [Elinasri 2008; Regmi 2009, s. 11-13; Dixit 2014]. Przewlekła hiperglikemia w cukrzycy jest związana z uszkodzeniem długotrwałym, dysfunkcją i niewydolnością różnych narządów, a zwłaszcza oczu, nerek, nerwów, serca i naczyń krwionośnych [Dixit 2014; Roberto 2006, s. 145-147]. Ryzyko zachorowania na tę chorobę wzrasta wśród osób prowadzących siedzący tryb życia, cierpiących na nadwagę, centralną, otyłość, nadciśnienie tętnicze, gdzie poziom glukozy w osoczu na czczo sięga u nich $\geq 100\text{mg/dl}$, mających nieodpowiednie nawyki żywieniowe, zaawansowany wiek, a także związane jest z wywiadem rodzinnym w kierunku cukrzycy, który jest uważany za niemodyfikowalny czynnik ryzyka [Sociedade Brasileira de Diabetes, 2009, s. 171]. Polityka zdrowia publicznego zaleca wczesną identyfikację czynników ryzyka DM2 i zwalczanie tych, które mogą być modyfikowane, w celu wdrożenia interwencji, które mogą spowolnić lub minimalizować objawy choroby i zmniejszyć wydatki na zdrowie publiczne [Sociedade Brasileira de Diabetes 2009, s. 171; American Diabetes Association 2011, s. 11-61; Lima 2014, s. 484-490].

Na spotkaniu American Association of Diabetes Educators Annual Meeting and Exhibition, które odbyło się w dniach 3-6 sierpnia 2011 r. w Las Vegas, dyskutowano jeden z najistotniejszych problemów w leczeniu osób chorych na cukrzycę typu 2 – niski poziom wiedzy pacjentów na temat choroby [AADE Annual Meeting and Exhibition 2011; Ciechomska].

W związku z czym znaczenie edukacji diabetologicznej trudno przecenić. Celem jej jest przygotowanie pacjenta do życia z chorobą, do aktywnego współudziału w procesie terapii i współodpowiedzialności za jej efekty, co w istotny sposób wpływa na długość i jakość życia chorego na cukrzycę [Sidor 2002; Gawor 2003].

Cel pracy, metodyka, wyniki

Celem pracy była ocena wpływu edukacji diabetologicznej na wybrane parametry wyrównania cukrzycy typu 2.

Badaniem objęto 103 pacjentów chorych na cukrzycę typu 2, z cukrzycą leczoną nie dłużej niż 6 miesięcy, będących pod opieką jednej z poradni lekarza rodzinnego w Zielonej Górze. Badanie przeprowadzono w 2013 i 2014 roku. Każdorazowo pacjenci wyrażali zgodę na udział w badaniu. Badani pacjenci uczestniczyli w cyklu 9 spotkań poświęconych edukacji diabetologicznej. Spotkania odbywały się co 4 tygodnie i trwały 45-60 minut. Tematyka wykładów na spotkaniach dotyczyła: 1) Cukrzyca, co to za choroba?; Jak rozpoznać? Dlaczego dobrze leczyć? Jak żyć z cukrzycą? Spojrzenie psychologa; 2) Samokontrola, cele i zasady. Rola wysiłku fizycznego; 3) Żywnienie w cukrzycy – prawda i mity; 4) Leczenie cukrzycy – dla kogo leki dostępne?; 5) Leczenie cukrzycy – dlaczego insulina?; 6) Ostre powikłania cukrzycy – hipoglikemia, kwasica cukrzycowa – jak ich unikać?; 7) Retinopatia, neuropatia, nefropatia – łatwiej zapobiegać niż leczyć. Stopa Cukrzycowa; 8) Zawał serca, udar mózgu – czy to też powikłania cukrzycy?; 9) Zespół metaboliczny – problem społeczny XXI wieku.

Pacjenci przed wdrożeniem programu edukacyjnego (A) mieli oznaczane parametry, takie jak: poziom hemoglobiny glikowanej (HbA1c), zawartość cholesterolu całkowitego, cholesterol LDL i HDL, stężenie trójglicerydów, poziom glukozy. Każdy pacjent miał zmierzony wzrost, masę ciała, wartość ciśnienia tętniczego. Ponadto, każdy pacjent miał wyliczany wskaźnik BMI.

Powyższe parametry były ponownie oznaczane u każdego pacjenta 3 miesiące po przeprowadzonej edukacji (B), co pozwoliło na ocenę jej skuteczności.

Do analizy wyników badań wykorzystano oprogramowanie Statistica 8.0 (StatSoft Polska). W celu porównania wyników badań, posłużono się testem t dla prób zależnych.

Ponad połowę badanych stanowili mężczyźni 53,4% (n=55). Wiek badanych mieścił się w przedziale 42-85 lat (średnia 62,61 lat, SD=8,08).

W związku z wyliczaniem u badanych chorych BMI, każdy badany był mierzony, gdzie średni wzrost pacjenta wynosił 168,14 cm i mieścił się w granicach od 157 do 182 cm.

Okazało się, że pacjenci po przeprowadzonej edukacji stracili na wadze średnio 1,92 kg, co pozwoliło na spadek wyliczanego u nich BMI o średnio 0,77 (A=30,29, B=29,52), co w obu przypadkach było istotne statystycznie. ($p < 0.005$) Tab.1; rys. 1; rys. 2

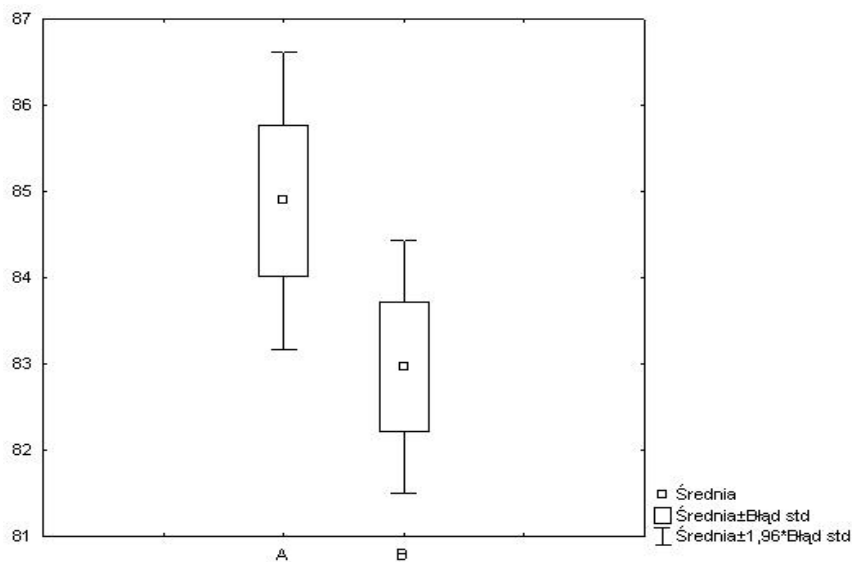
Tabela 1. Waga i BMI przed edukacją i po edukacji diabetologicznej w badanej grupie

Cecha	n	A* (M±SD)	B** (M±SD)	Różnica (M±SD)	p	t
Waga (kg)	103	84,89±8,95	82,97±7,60	1,92±4,27	0,000	4,559
BMI (kg/m ²)	103	30,29±4,18	29,52±3,73	0,76±1,73	0,000	4,484

*Wartość przed rozpoczęciem edukacji diabetologicznej

**Wartość po zakończeniu edukacji diabetologicznej

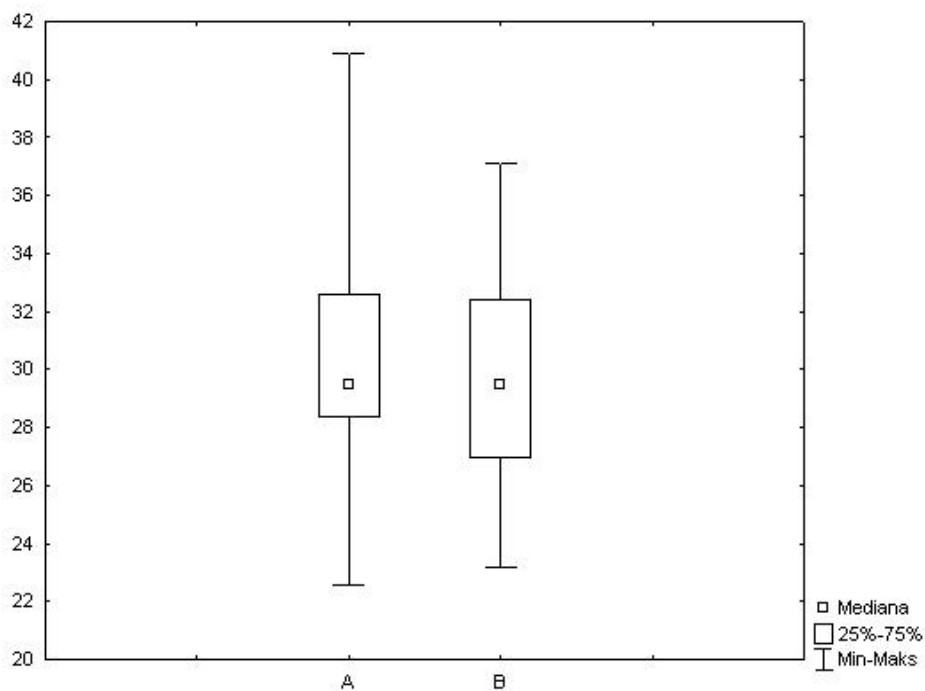
Rysunek 1. Waga ciała przed edukacją i po edukacji diabetologicznej w badanej grupie



A – waga przed rozpoczęciem edukacji diabetologicznej,

B – waga po zakończeniu edukacji diabetologicznej.

Rysunek 2. BMI przed edukacją i po edukacji diabetologicznej w badanej grupie



A – BMI przed rozpoczęciem edukacji diabetologicznej,

B – BMI po zakończeniu edukacji diabetologicznej.

Biorąc pod uwagę cechy lipidogramu badanych okazało się, że istotnie statystycznie ($p < 0.005$) obniżył się poziom cholesterolu całkowitego średnio o 17.6 mg/dl ($A = 201,06$ mg/dl, $B = 183,46$ mg/dl) oraz cholesterolu LDL średnio o 8.35 mg/dl ($A = 108,41$ mg/dl, $B = 100,06$ mg/dl), natomiast wzrosła istotnie wartość cholesterolu HDL średnio o 3.7 mg/dl ($A = 48,46$ mg/dl, $B = 52,16$ mg/dl).

Poziom triglicerydów obniżył się u badanych z wartości 163,39 mg do 144,56 mg (różnica 18,82 mg), co nie było istotne statystycznie. Tab. 2, rys. 3, 4, 5.

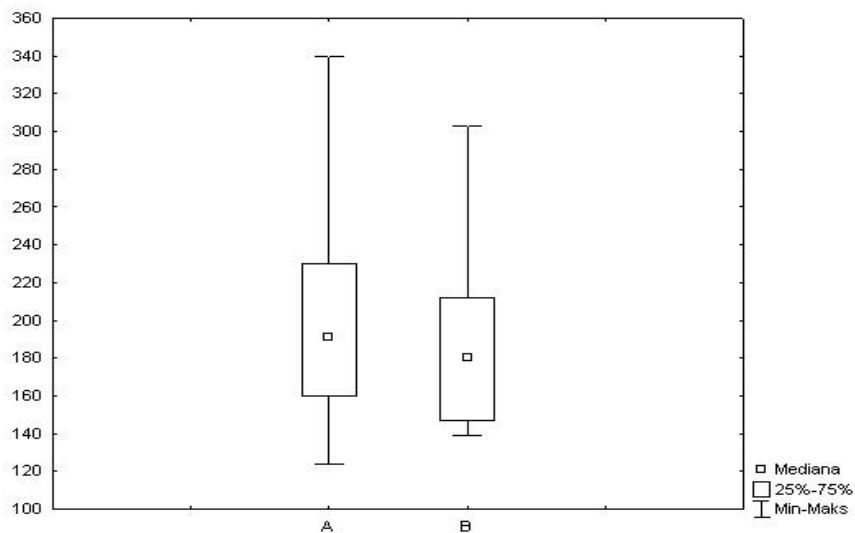
Tabela 2 Wybrane parametry przed edukacją i po edukacji diabetologicznej w badanej grupie

Nazwa badania	n	A*(M±SD)	B** (M±SD)	Różnica (M±SD)	p	t
HbA1C	103	7,94±1,41	7,29±1,24	0,65± 0,85	0,000	7,766
Cholesterol całkowity	103	201,06±55,04	183,46±34,77	17,60±48,75	0,000	3,664
HDL	101	48,46±15,93	52,16±12,48	-3,70±10,10	0,000	-3,683
LDL	99	108,41±34,73	100,06±24,43	8,35±27,07	0,002	3,069
TG	101	163,38±97,43	144,56±57,49	18,82±100,90	0,063	1,874
Glukoza	103	135,00±19,94	123,03±13,67	11,97±15,17	0,000	8,004
Ciśnienie skurczowe	103	135,27±7,81	133,05±9,75	2,21±10,32	0,031	2,175
Ciśnienie rozkurczowe	103	82,43689 4,811485	81,11±5,13	1,32±5,36	0,014	2,498

*Wartość przed rozpoczęciem edukacji diabetologicznej.

**Wartość po zakończeniu edukacji diabetologicznej.

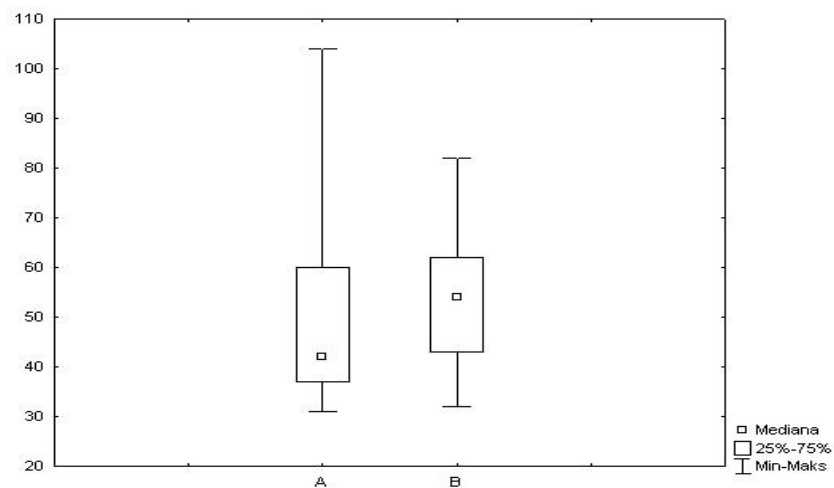
Ryc. 3 Cholesterol całkowity przed edukacją i po edukacji diabetologicznej w badanej grupie



A – Cholesterol całkowity przed rozpoczęciem edukacji diabetologicznej,

B – Cholesterol całkowity po zakończeniu edukacji diabetologicznej.

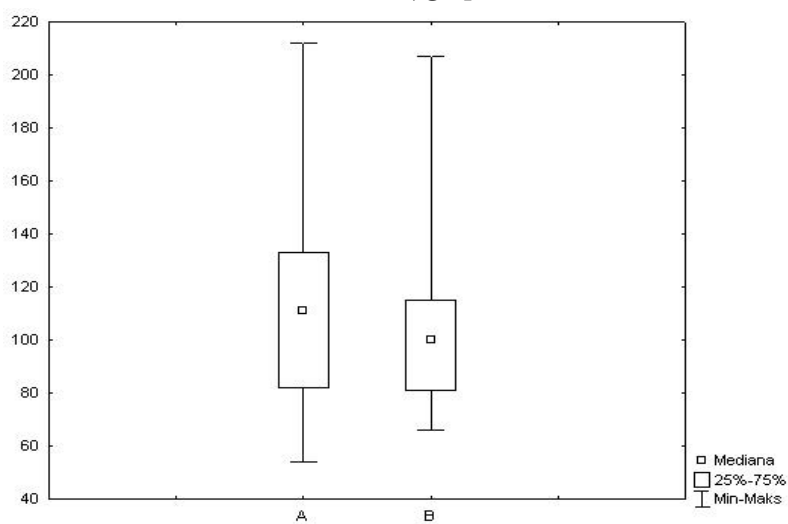
Rysunek 4. Cholesterol HDL przed edukacją i po edukacji diabetologicznej w badanej grupie



A – HDL przed rozpoczęciem edukacji diabetologicznej,

B – HDL po zakończeniu edukacji diabetologicznej.

Rysunek 5. Cholesterol LDL przed edukacją i po edukacji diabetologicznej w badanej grupie

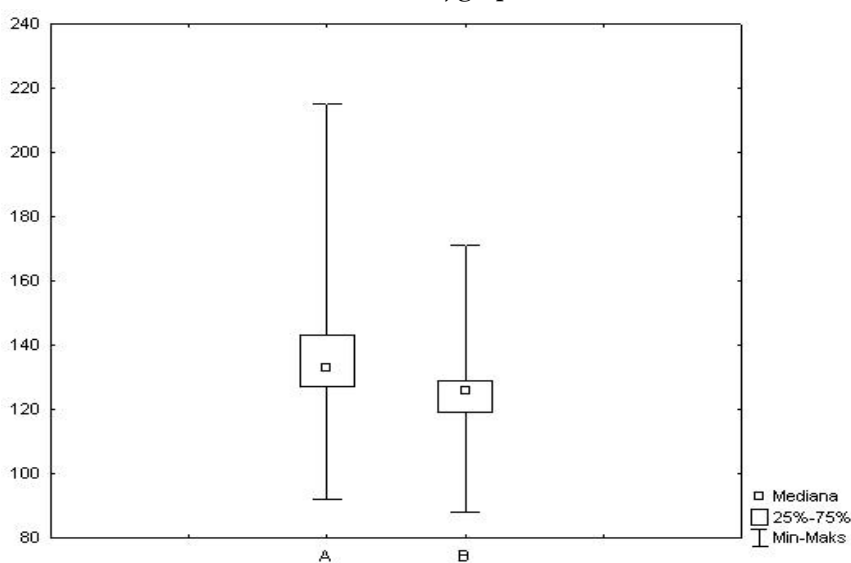


A – LDL przed rozpoczęciem edukacji diabetologicznej,

B – LDL po zakończeniu edukacji diabetologicznej.

Przed rozpoczęciem edukacji diabetologicznej zbadano glikemię na czczo ($A=135,00$ mg) i poziom hemoglobiny glikowanej ($A=7,94\%$). Po zakończeniu edukacji, średni wynik tych parametrów uległ zmniejszeniu o $11,97$ mg ($B=123,03$ mg) i $0,65\%$ ($B=7,29\%$), co było istotne statystycznie ($p<0.005$). Tab. 2, rys. 6, 7.

Rysunek 6. Glikemia na czczo przed edukacją i po edukacji diabetologicznej w badanej grupie

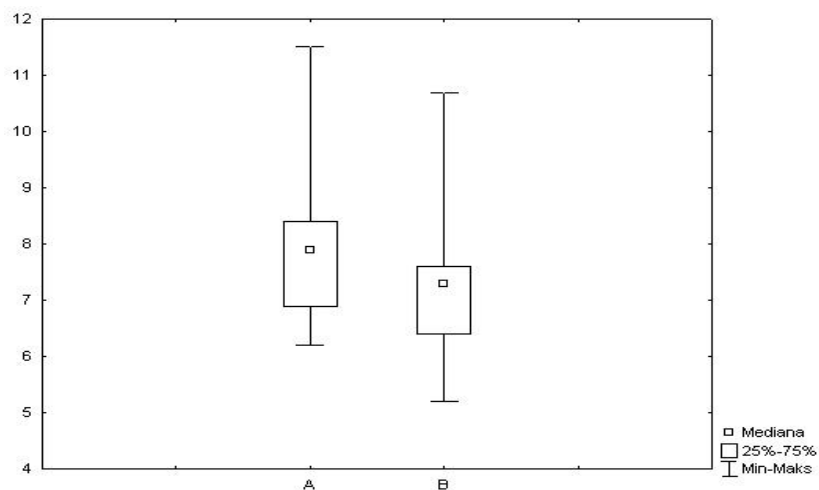


A – Glikemia na czczo przed rozpoczęciem edukacji diabetologicznej,

B – Glikemia na czczo po zakończeniu edukacji diabetologicznej.

Wartym zauważenia wydaje się fakt, że zarówno ciśnienie skurczowe i rozkurczowe pacjentów po przeprowadzonej edukacji zmniejszyło się średnio odpowiednio o $2,21$ mmHg ($A=135,27$ mmHg, $B=133,05$ mmHg) i $1,32$ mmHg ($A=82,43$ mmHg, $B=81,11$ mmHg), co było istotne statystycznie. ($p<0.005$) Tab. 2, rys. 8, 9.

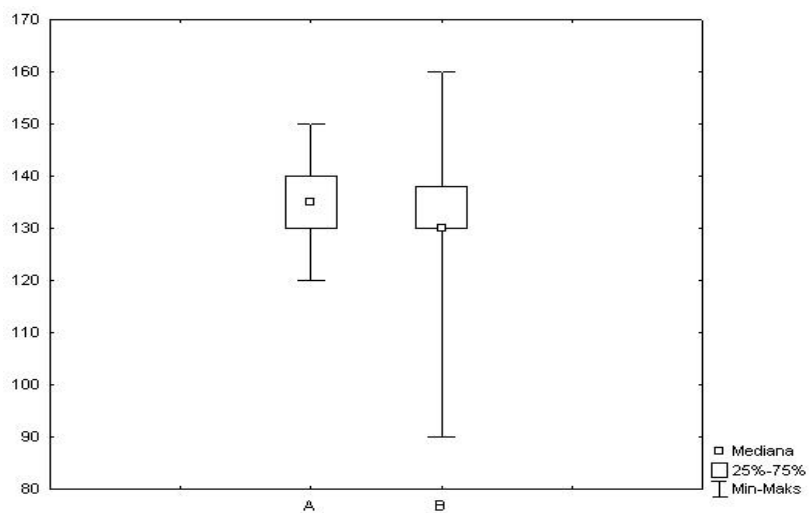
Rysunek 7. HbA1C przed edukacją i po edukacji diabetologicznej w badanej grupie



A – HbA1C przed rozpoczęciem edukacji diabetologicznej,

B – HbA1C po zakończeniu edukacji diabetologicznej.

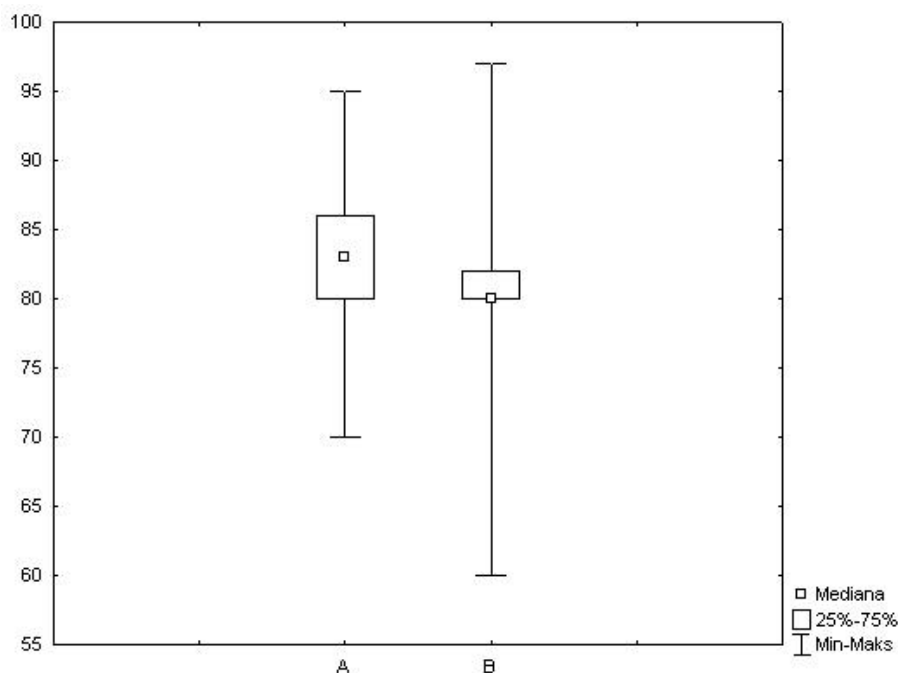
Rysunek 8. Ciśnienie skurczowe przed edukacją i po edukacji diabetologicznej w badanej grupie



A – Ciśnienie skurczowe przed rozpoczęciem edukacji diabetologicznej,

B – Ciśnienie skurczowe po zakończeniu edukacji diabetologicznej.

Rysunek 9. Ciśnienie rozkurczowe przed edukacją i po edukacji diabetologicznej w badanej grupie



A – Ciśnienie rozkurczowe przed rozpoczęciem edukacji diabetologicznej,

B – Ciśnienie rozkurczowe po zakończeniu edukacji diabetologicznej.

Dyskusja

Edukator to osoba, której celem jest prowadzenie i koordynowanie działań związanych z edukacją terapeutyczną w celu podwyższenia jakości życia osób chorych na cukrzycę. W ostatnich latach gwałtownie wzrasta zapotrzebowanie na powyższe osoby, ponieważ liczba chorych na cukrzycę zwiększa się w tempie geometrycznym. Przewiduje się, że w Stanach Zjednoczonych do roku 2025 liczba edukatorów wzrośnie, co najmniej o 60%. Obok typowych edukatorów, którymi są pracownicy służby zdrowia, przewiduje się zapotrzebowanie na wykwalifikowanych edukatorów. Pełniliby oni funkcję menadżerów i koordynatorów programów, a także pomagiliby w szkoleniu personelu służby zdrowia, w projektowaniu interfejsu, który ułatwiałby

świadczenie usług medycznych pacjentom [Ciechomska; AADE Annual Meeting and Exhibition 2011].

Przełomowe badanie DPP (Diabetes Prevention Program) wspierane przez Narodowe Instytuty Zdrowia (National Institutes of Health, NIH) oraz Centrum Zwalczania i Zapobiegania Chorób (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) wykazało, że poprzez zdrowe odżywianie, zwiększoną aktywność fizyczną, zmniejszenie masy ciała, u osób ze stanem przedcukrzycowym można opóźnić wystąpienie cukrzycy typu 2 o 58% lub wręcz jej zapobiec. Na powyższych wynikach oparto program Diabetes Prevention Program (YDPP) koordynowany przez organizację katolicką YMCA, pomagający osobom z grupy wysokiego ryzyka zmniejszyć prawdopodobieństwo rozwoju cukrzycy typu 2 po wprowadzeniu zdrowego stylu życia [Ciechomska; YMCA Diabetes Prevention Program].

Modyfikacja diety jest uznawana za bardzo ważną w leczeniu cukrzycy typu 2. Na podstawie przeprowadzonych meta analiz dla ćwiczeń fizycznych i diety, American Diabetes Association (ADA) i European Association for the Study of Diabetes (EASD) rekomendowało ingerencję w prowadzony styl życia jako pierwszy krok w leczeniu nowo wykrytej cukrzycy [Inzucchi 2014, s. 1577–1596; England 2014].

Doniesiono, że zmiany w makroskładnikach diety mogą mieć wpływ na kontrolę glikemii, poziomu lipidów we krwi i masę ciała [England 2014; Ajala 2013, s. 505-516], ale efekty specyficznych zmian w diecie i ich wpływ na te metaboliczne zmiany są nadal niejasne i nie ma jednej zidentyfikowanej diety w cukrzycy [England 2014; Franz 2010, s. 1852–1889].

W 2012 roku ogłoszono wyniki kilku badań. Badaniem Look AHEAD objęto 5145 dorosłych pacjentów z cukrzycą typu 2 i wskaźnikiem masy ciała (BMI) > 25 kg/m² [National Institutes of Health 2012; Cunningham 2013, s. 290–292].

Pacjenci zostali losowo przydzieleni do intensywnej modyfikacji stylu życia lub do samej edukacji. Leki pacjentów były kontrolowane przez lekarzy podstawowej opieki. Badana grupa miała 5% redukcji masy ciała względem wartości wyjściowych po 11 latach obserwacji i poprawie poziomu kondycji fizycznej, poziomu wartości hemoglobiny A1c (HbA1c), skurczowego i rozkurczowego ciśnienia krwi, wysokiego poziomu gęstości lipoprotein, cholesterolu i triglicerydów [Cunningham 2013, s. 290–292].

Zbiorcza analiza danych EDIPS (European Diabetes Prevention Study) wzmacnia dowody na zapobieganie cukrzycy typu 2 przez zmianę stylu życia. Analiza ta wykazała działanie zapobiegawcze w przypadku utraty masy ciała

przez pacjenta $\geq 5\%$, zwłaszcza, jeśli utrzymuje się ona długoterminowo, co stanowi użyteczne narzędzie monitoringu interwencyjnego [Penn 2013].

Wykorzystując program Diabetes Prevention Program (YDPP) w latach 2008–2010, przeprowadzono na szeroką skalę badania, w których brało udział 265 pacjentów leczonych w 14 placówkach w Montanie w Stanach Zjednoczonych [Ciechomska I., AADE Annual Meeting and Exhibition, 2011]. Głównym celem programu było zmniejszenie masy ciała o 7% poprzez stopniowe zwiększanie aktywności fizycznej do co najmniej 150 min. tygodniowo i poprzez stosowanie diety niskotłuszczowej. Pacjenci pod okiem fachowego personelu (trenerów zdrowego stylu życia, dietetyków czy pielęgniarek edukacyjnych) pogłębiali wiedzę na temat zasad zdrowego odżywiania, aktywności fizycznej i innych „zdrowych zachowań” w ciągu pierwszych 16 tygodni (kurs podstawowy tzw. Core) i stosowali je w praktyce. Opiekę mogli przedłużyć o kolejne 6 miesięcy. Powyższe badania wykazały, że: 83% uczestników ukończyło kurs podstawowy; 75% uczestników uprawiało aktywność fizyczną co najmniej 150 min. tygodniowo, 34% pacjentów zmniejszyło masę ciała o 7%, a 56% chorych o 5%; zaobserwowano obniżenie ciśnienia skurczowego i rozkurczowego krwi; odnotowano spadek poziomu glukozy we krwi mierzonej na czczo; zaobserwowano zmniejszenie stężenia cholesterolu frakcji HDL [Ciechomska].

Wykazano, że prawidłowa komunikacja między lekarzem a pacjentem ma zasadniczy wpływ na zdrowie pacjenta. Okazało się, że edukacja przeprowadzana przez lekarza wpływa na stan emocjonalny pacjenta, a tym samym na jego zdrowie fizyczne, poziom funkcjonowania, ciśnienia tętniczego i stężenia glukozy we krwi. Dobra komunikacja między lekarzem a pacjentem wpływa na częstsze wizyty kontrolne chorego i prewencję choroby. Badania przeprowadzone przez Mahdavi i wsp. pokazały, że pacjent kontrolowany częściej ma niższy poziom hemoglobiny glikowanej [Mahdavi 2013].

Powyższe doniesienia i obserwacje pokazują, że edukacja pacjentów, która jest ważnym elementem leczenia cukrzycy, może odbywać się na różne sposoby. Dobrze wyedukowany pacjent ma możliwość kontroli oraz aktywnej postawy wobec leczenia, diety lub aktywności fizycznej. Sugeruje się, aby pracownicy opieki zdrowotnej poszerzali narzędzia, jakimi posługują się w edukacji pacjentów. Narzędzia te powinny być interaktywne, obejmować serwisy społecznościowe, internetowe fora dyskusyjne czy grupy wsparcia, aby informacja docierała do szerokiego grona chorych [Ciechomska].

Wnioski

Edukacja diabetologiczna wywiera korzystny wpływ na zachowania zdrowotne chorych na cukrzycę typu 2, co skutkuje poprawą parametrów biochemicznych wyrównania cukrzycy, BMI, oraz ciśnienia tętniczego.

Wyniki badania potwierdzają konieczność rozwijania edukacji diabetologicznej przez praktyki lekarza rodzinnego.

Bibliografia

- AADE Annual Meeting and Exhibition (2011), *Collaboration with community program improved diabetes self-management*, <http://www.endocrinetoday.com/print.aspx?rid=86380>.
- AADE Annual Meeting and Exhibition (2011), *Demand for diabetes educators projected to increase sharply*, <http://www.endocrinetoday.com/print.aspx?rid=86354>.
- AADE Annual Meeting and Exhibition (2011), *Technology brings diabetes education to patients' doorsteps*, <http://www.endocrinetoday.com/view.aspx?rid=86356>.
- Ajala O, English P, Pinkney J. (2013), *Systematic review and meta-analysis of different dietary approaches to the management of type 2 diabetes*. Am J Clin Nutr 2013; 97: ss. 505–516.
- American Diabetes Association (2011), Standards of Medical Care in Diabetes – 2011. Diabetes Care 2011; 34(Suppl): ss. 11–61.
- Bays HE, Chapman RH, Grandy S. (2007), *The relationship of body mass index to diabetes mellitus, hypertension and dyslipidaemia: comparison of data from two national surveys*. SHIELD Investigators' Group. Int J Clin Pract. 2007 May;61(5): ss.737–47.
- Centers for Disease Control and Prevention (2011), National diabetes fact sheet: National estimates and general information on diabetes and prediabetes in the United States. http://www.cdc.gov/diabetes/pubs/pdf/ndfs_2011.pdf
- Ciechomska I., *Nowe technologie w edukacji pacjentów chorych na cukrzycę* http://diabetologiaonline.pl/lekarz_diabeto_adoz_streszczenia,info,389.html
- Cunningham GR. (2013), *Diabetes and cardiovascular disease: what have we learned in 2012?* Tex Heart Inst J. 40(3); pp. 290–292.
- Dixit AK, Dey R, Suresh A, Chaudhuri S, Panda AK, Mitra A, Hazra J. (2014), *The prevalence of dyslipidemia in patients with diabetes mellitus of ayurveda Hospital*. J Diabetes Metab Disord. 2014 May 22;13:58. doi: 10.1186/2251-6581-13-58. eCollection.
- Eikenberg JD, Davy BM. (2013), *Prediabetes: a prevalent and treatable, but often unrecognized, clinical condition*. doi: 10.1016/j.jand.2012.10.018. J Acad Nutr Diet. 2013 Feb; 113(2); pp. 213–218.
- Elinasri HA, Ahmed AM. (2008), *Patterns of lipid changes among type 2 diabetes patients in Sudan*. Eastern Mediter Health J,14:2.

- England CY, Thompson JL, Jago R. (2014), et al. Dietary changes and associations with metabolic improvements in adults with type 2 diabetes during a patient-centred dietary intervention: an exploratory analysis. *BMJ Open* 2014;4: e004953. doi:10.1136/bmjopen-2014-004953.
- Franz MJ, Powers MA, Leontos C. (2010), et al. *The evidence for medical nutrition therapy for type 1 and type 2 diabetes in adults*. *J Am Diet Assoc*; 110; pp. 1852–1889.
- Gawor A, Belkowska-Kosycarz B, Lewandowska J. (2003), *Przygotowanie chorych na cukrzycę do samoopieki w opinii własnej i pielęgniarek*. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Lublin-Polonia*, VOL.LVIII, suppl. XIII, 73 SECTIO D.
- International Diabetes Federation (2013), *IDF Diabetes Atlas*. 6th ed. Brussels: IDF;
- Inzucchi S, Bergenstal R, Buse J. (2012), et al. Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes: a patient-centered approach Position statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetologia*; 55; pp. 1577–1596.
- Lima AC, Araújo MF, Freitas RW, Zanetti ML, Almeida PC, Damasceno MM. (2014), *Risk factors for Type 2 Diabetes Mellitus in college students: association with sociodemographic variables*. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014 Jun; 22(3); pp. 484–490.
- Lorber D. (2014), *Importance of cardiovascular disease risk management in patients with type 2 diabetes mellitus*. doi: 10.2147/DMSO.S61438. eCollection. *Diabetes Metab Syndr Obes*. 2014 May 23; 7; pp. 169–83.
- Mahdavi AR, Etemad K, Haider M, Alavinia SM. (2013), *The effect of seeing a family physician on the level of glycosylated hemoglobin (HbA1c) in type 2 Diabetes Mellitus patients*. *J Diabetes Metab Disord*. 2013 Jan 5;12(1):2. doi: 10.1186/2251-6581-12-2.
- National Institutes of Health, NIH news: *weight loss does not lower heart disease risk from type 2 diabetes* [news release; Internet], <http://www.nih.gov/news/health/oct2012/niddk-19.htm>
- Penn L, White M, Lindstrom J, den Boer AT, Blaak E. (2013), *Importance of Weight Loss Maintenance and Risk Prediction in the Prevention of Type 2 Diabetes: Analysis of European Diabetes Prevention Study RCT*. *PLoS ONE* 8(2): e57143. doi:10.1371/journal.pone.0057143.
- Regmi P, Gyawali P, Shrestha R, Sigdel M, Mehta KD, Majhi S. (2009), *Pattern of Dyslipidemia in Type-2 Diabetic Subjects in Eastern Nepal*. *J Nepal Assoc Med Lab Sci*, 10; pp. 11–13.
- Roberto T, Dodesini AR, Lepore G. (2006), *Lipid and Renal disease*. *J Am Soc Nephrol*, 17; pp. 145–147.
- Roglic G, Unwin N, (2010), *Mortality attributable to diabetes: estimates for the year 2010*. *Diabetes Res Clin Pract*, 87(1); pp. 15–19.
- Sidor B, Łopatyński J. (2002), *Edukacja diabetologiczna-cienie i blaski*. Materiały Konferencji: Cukrzyca problem społeczny. Wrocław.
- Sociedade Brasileira de Diabetes (2009), *Manual de Enfermagem*, Cuidados de Enfermagem em Diabetes Mellitus.. São Paulo: Departamento de Enfermagem da Sociedade Brasileira de Diabetes.
- World Health Organization. Obesity and Overweight Facts. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/gs_obesity.pdf
- YMCA's Diabetes Prevention Program, <http://www.ymcade.org/diabetes.cfm>

Piotr Wojtysiak

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Adam Rzeźnicki

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Nina Niezabitowska-Kowalczyk

Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Łodzi

Monika Mórawiec

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Jan Krakowiak

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Franciszek Szatko

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Dorota Kaleta

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Stan zdrowia i korzystanie z opieki medycznej przez mieszkańców powiatu piotrkowskiego w latach 2009–2013

The health status and healthcare utilization by residents of the Piotrkowski district in years 2009–2013

Abstract: Assessment of the health of local communities is essential for estimating diagnostic and therapeutic needs, developing preventive strategies, calculation of the necessary financial resources for medical care in the area. The aim of the study was to analyze the health state of residents of Piotrkowski district in the years 2009–2013. Analyses were based on data obtained from the Provincial Public Health Centre in Łódź. Piotrkowski district belongs to the 39 districts in the country with the lowest levels of human development including health index (the index reflects the average life expectancy and the aggregate rate of death from cancer and cardiovascular disease). Among the major health problems of children and youth living in the Piotrkowski district, and utilization of the primary care physician services dominated faulty posture, disorders of refraction and accommodation of the eye, allergies and obesity. Characteristics of health problems of Piotrkowski district residents shows that both at the level of primary health care and hospital care the most prevalent health problems are cardiovascular disease. It is necessary to intensify prevention programs limiting the spread of the most

prevalent including cardiovascular disease in the district and to mobilise all possible resources at a level sufficient to ensure residents proper medical services in order to improve the current health indicators.

Key words: health state, medical service utilization, children, adults, health care resources, Piotrkowski district.

Wstęp

W roku 2012 Biuro Projektowe Programu Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju (UNDP) w Polsce opublikowało wynik badań i analiz pt. „Krajowy Raport o Rozwoju Społecznym, Polska 2012, Rozwój regionalny i lokalny” [Arak i wsp. 2012] zastosowane w nich wskaźniki: LHDI – Lokalny Wskaźnik Rozwoju Społecznego; HI – Wskaźnik Zdrowia, EI – Wskaźnik Edukacji oraz WI – Wskaźnik Zamożności, pozwalają zobiektywizować wiedzę na temat stopnia rozwoju danego obszaru w sposób wielowymiarowy. Należy zwrócić uwagę, że, Wskaźnik Zdrowia zbudowano na: Wskaźniku przeciętnego trwania życia oraz Zagregowany współczynnik zgonów z powodu nowotworów i chorób układu krążenia [Arak i wsp. 2012]. Wartość ww. wskaźników przybiera wartość w przedziale 1-100, przy czym im wartość wyższa, tym wyższy „poziom rozwoju”. W przedmiotowym opracowaniu powiat piotrkowski został usytuowany w obszarze 39 powiatów o najniższym wskaźniku rozwoju. Ponadto w 2010 roku sytuacja pogorszyła się w porównaniu do roku 2007. Uwzględnia to również złą sytuację zdrowotną mieszkańców powiatu na tle kraju.

Ocena stanu zdrowia społeczeństwa, nierówności w zdrowiu ma poziomie lokalnym i regionalnym oraz monitorowanie zachodzących na przestrzeni lat zmian odgrywa kluczową rolę w kreowaniu polityki zdrowotnej i wytyczania jej strategicznych kierunków [Podemski 2009; Sowa 2007, Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce 2012; Stegeman 2010]. Ocena stanu zdrowia społeczności lokalnych, poziomu ubóstwa oraz jakości życia ma również istotne znaczenie dla szacowania potrzeb diagnostycznych i leczniczych, opracowywania strategii działań profilaktycznych, ustalania wysokości niezbędnych nakładów finansowych na opiekę medyczną na danym terenie [Panek 2013; Bieńkuńska 2013]. Analizy takie stanowią też cenne źródło informacji w ocenie skuteczności i sprawności opieki zdrowotnej również w kontekście poprawy dostępności świadczeń medycznych [Wojtyniak 2012].

Tabela 1. Zestawienie kluczowych charakterystyk dla Powiatu Piotrkowskiego w badaniach UNDP

Powiat	Pozycja wg LHSI	Zmiana pozycji w porównaniu do 2007 r.	LHDI	HI	EI	WI
Poddębicki	350	21	27,51	37,40	29,12	19,11
Włocławski	351	8	27,14	34,30	29,42	19,80
Bielski	352	15	27,11	35,24	32,0	17,66
Parczewski	353	-3	26,71	32,38	27,67	21,26
Rypiński	354	3	26,62	36,48	26,46	19,53
Zwolenński	355	14	26,48	42,82	27,98	15,49
Krasnostawski	356	-12	26,39	21,72	35,82	23,63
Włoszczowski	357	-100	26,23	29,97	33,29	18,09
Nowomiejski	358	-27	26,15	50,91	20,59	17,10
Makowski	359	-27	26,12	39,78	24,84	18,04
Piotrkowski	360	-5	25,97	26,50	29,80	22,17

Źródło: Krajowy Raport o Rozwoju Społecznym Polska 2012. Rozwój regionalny i lokalny.

Cel, materiał, metody i wyniki

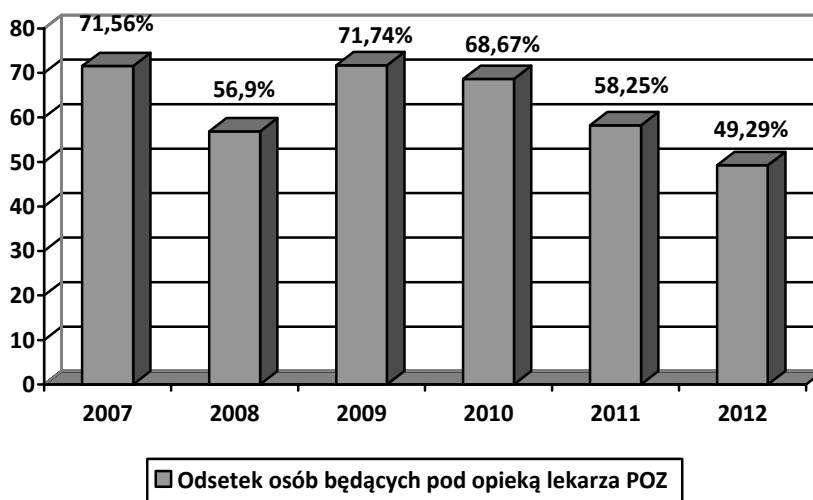
Celem pracy było dokonanie analizy stanu zdrowia mieszkańców powiatu piotrkowskiego w latach 2009–2013. Punktem wyjścia do poniższych analiz są dane uzyskane z Wojewódzkiego Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi (WCZP). Informacje te pochodzą ze sprawozdania MZ-11, które w formie zagregowanej i rozszerzonej, w stosunku do publikowanych danych, zostały udostępnione przez Wojewódzkiego Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi dla potrzeb niniejszego opracowania. W zakresie informacji o pacjentach leczonych w poradni kardiologicznej skorzystano z informacji zawartych w rejestrach Powiatowego Zespołu Opieki Zdrowotnej (PZOZ). Dodatkowo, z Wojewódzkiego Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi pozyskano dane dotyczące przyczyn hospitalizacji oraz migracji mieszkańców powiatu piotrkowskiego do placówek usytuowanych w innych miejscowościach niż Piotrków Trybunalski.

Stan zdrowia mieszkańców powiatu piotrkowskiego w statystykach Problemy zdrowotne z punktu widzenia podstawowej opieki zdrowotnej

W gabinecie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, nie bez racji określonego terminem „pierwszego kontaktu”, skupiają się główne problemy zdrowotne ludzi. To on stawia wstępne diagnozy, wdraża odpowiednie procedury. W wyniku tego gabinety lekarza podstawowej opieki zdrowotnej dysponują niezwykle ważnymi informacjami pozwalającymi scharakteryzować określoną populację.

Jednocześnie należy mieć świadomość, że czymś innym jest „zadeklarowanie się” do lekarza poz., a czymś innym czynne korzystanie z jego pomocy. Analizy statystyczne wskazują, że na przestrzeni ostatnich lat zmniejsza się liczba osób czynnie korzystających z pomocy lekarskiej w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej (rys. 1).

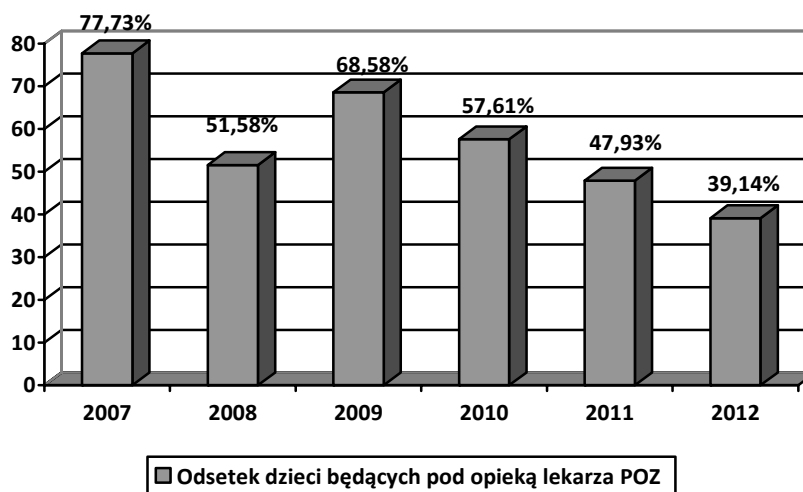
Rysunek 1. Odsetek mieszkańców powiatu korzystających z czynnej pomocy lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w latach 2007–2012



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z WCZP; MZ-11-dorośli

Określonego typu trendy można zaobserwować również w przypadku opieki nad dziećmi i młodzieżą do 18 r.ż. obrazuje to rysunek 2.

Rysunek 2. Odsetek dzieci mieszkających na terenie powiatu korzystających z czynnej pomocy lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w latach 2007–2012



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z WCZP; MZ-11-dzieci.

Na użytek niniejszego opracowania, Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi (WCZP) udostępniło kluczowe informacje na temat przyczyn problemów zdrowotnych mieszkańców powiatu piotrkowskiego. Podstawą były dane ze sprawozdania MZ-11, ale wygenerowane w ten sposób, aby można było uzyskać charakterystyki wyłącznie dla mieszkańców powiatu, niezależnie od tego, w jakim zakładzie opieki zdrowotnej pobierają świadczenia w ramach ubezpieczenia zdrowotnego w Narodowym Funduszu Zdrowia. Jednocześnie należy zauważyć, że dane te nie obejmują świadczeń zdrowotnych udzielanych w ramach tzw. „prywatnych gabinetów lekarskich”, za które płatność jest regulowana bezpośrednio pomiędzy lekarzem a pacjentem.

Poniższe dane dotyczą 13 najczęściej występujących problemów zdrowotnych mieszkańców powiatu, przy czym ze względu na kontekst i cel niniejszego opracowania szczegółowo zostały uwzględnione zaburzenia zdrowotne wchodzące w skład tzw. chorób układu krążenia (ChUK) (tab. 2).

Tabela 2. Zestawienie najczęściej występujących problemów zdrowotnych zarejestrowanych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej wśród dorosłych mieszkańców powiatu piotrkowskiego w 2012 r.

Rozpoznanie /kod rozpoznania wg ICD 10/		2012					
		Osoby, u których stwierdzono schorzenia ogółem (stan na 31 XII)	w tym w wieku				w tym osoby, u których stwierdzono schorzenia po raz pierwszy w okresie sprawozdawczym
			19-34	35-54	55-64	65 i więcej	
Ogółem	1	12 729	1 081	3 662	3 574	4 412	1 531
Gruźlica A15-A19, B90	2	33	0	9	10	14	10
Nowotwory C00-C97, D00-D48	3	374	15	87	128	144	78
Choroby tarczycy E00-E07	4	884	128	287	241	228	166
Cukrzyca / w tym leczonych insuliną	5	1 709/487	90/29	374/100	543/137	702/221	191/51
Niedokrwistość D50-D64	7	423	92	115	82	134	81
Choroby obwodowego układu nerwowego	8	1 422	216	562	348	296	146
Choroby układu krążenia I00-I99	9	7 465	284	1 787	2 325	3 069	735
w tym	przewlekła choroba reumatyczna	141	15	31	46	49	25
	choroba nadciśnieniowa	4 823	170	1 226	1 522	1 905	458
	choroby naczyń mózgowych I60-I69	556	15	80	163	298	79
	niedokrwienność choroby serca	1 242	19	175	383	665	152
	z wiersza I3 przebyty zawał serca I25.2	167	0	30	57	80	29
Przewlekły nieżyt oskrzeli, dychawica oskrzelowa	15	916	101	217	233	365	133
Przewlekłe choroby układu trawiennego K25-K93	16	1 834	321	628	405	480	217
Choroby układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej M00-M99	17	2 550	302	821	697	730	337

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z WCZP, MZ-11 (Liczba osób w wieku 19 lat i więcej, stan w dniu 31.12. – 35 458)

Jak widać z powyższej analizy, choroby układu krążenia (ChUK) zdecydowanie dominują wśród wskazanych rozpoznań i stanowią blisko 59% przyczyn, z powodu których mieszkańcy korzystają z pomocy lekarza POZ (w ramach wykazonwanej grupy 13 problemów zdrowotnych). Problem ten na przestrzeni lat faktycznie nie uległ zmianie- zagadnienie to jest omówione w dalszej części niniejszego opracowania.

Problemy zdrowotne z punktu widzenia poradni specjalistycznych

Istnieje niewiele ogólnie dostępnych danych, aby scharakteryzować problemy zdrowotne mieszkańców powiatu piotrkowskiego z punktu widzenia poradni specjalistycznych. Jedyne pochodzą z publikacji Wojewódzkiego Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi, ale dane są bardzo ogólnikowe i dotyczą zagregowanych danych nt. personelu i wybranych świadczeń [Olczyk 2013].

Na terenie powiatu piotrkowskiego działają dwa szpitale (wojewódzki i powiatowy), które łącznie posiadają 15 poradni specjalistycznych. Ponadto, ponad 10 podmiotów niepublicznych ma podpisane umowy z NFZ na realizowanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Żaden z nich w czasie bezpośrednich rozmów nie kwapił się do udostępnienia informacji ze swojej działalności, nawet na poziomie statystycznym. Z kolei opieranie się wyłącznie na danych statystycznych Powiatowego Zespołu Opieki Zdrowotnej (PZOZ) jest mało użyteczne, albowiem, ma on ok. 29% rynku tych świadczeń, a ponadto, analiza struktury przyjęć pod kątem miejsca zamieszkania pacjenta ujawniła, że – średnio – 60% pacjentów poradni specjalistycznej PZOZ to mieszkańcy miasta Piotrków Trybunalski, a nie gmin otaczającego go powiatu piotrkowskiego. Podobnie jak miało to miejsce w przypadku korzystania z porad w poz, należy zauważyć, że dane te nie obejmują świadczeń zdrowotnych udzielanych w ramach tzw. „prywatnych gabinetów lekarskich”, za które płatność jest regulowana bezpośrednio pomiędzy lekarzem a pacjentem. W zakresie porad specjalistycznych ma to szczególne znaczenie wynikające z długiego czasu oczekiwania na poradę.

Ponadto, co warto odnotować, że część mieszkańców powiatu zakwalifikowanych do opieki medycznej udaje się po pomoc do innych miejscowości. W zakresie hospitalizacji jest to – średnio – 20% pacjentów, w poszczególnych grupach problemów zdrowotnych. Co interesujące obejmuje to także te oddziały szpitalne, które na terenie powiatu są dostępne w PZOZ (w zakresie chorych z rozpoznaniem zaburzeń układu moczowo-płciowego, migruje

ponad 30% osób do innych szpitali; głównie w Łodzi, ale także do Bełchatowa (placówki porównywalnej odnośnie struktury oferowanych świadczeń; w tym łóżek). Podobnie jest z powodu ChUK.

Z powyższych względów zrezygnowano z prezentacji danych dla ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Problemy zdrowotne z punktu widzenia hospitalizacji

Źródłem danych są informacje pozyskane z Wojewódzkiego Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi (WCZP) [Olczyk 2013]. Pełne dane porównawcze dotyczą lat 2009–2013, przy czym wykorzystane zostaną również dane szczegółowe dotyczące hospitalizacji wobec mieszkańców powiatu piotrkowskiego w roku 2013. Poniżej przedstawiono szczegółową analizę obrazującą strukturę hospitalizacji mieszkańców powiatu piotrkowskiego wg różnych kryteriów. W pierwszej kolejności przedstawiono zestawie najczęstszych przyczyn hospitalizacji w roku 2013, w układzie: wszyscy pacjenci, kobiety i mężczyźni (tab. 3, tab. 4, tab. 5). Następnie zaprezentowano strukturę hospitalizacji wśród ogółu pacjentów oraz wśród kobiet i wśród mężczyzn w latach 2009–2012 (rys. 3, 4, 5).

Omówienie wyników i główne wnioski

Powiat Piotrkowski należy do 39 powiatów o najniższym wskaźniku rozwoju. Również stan zdrowia mieszkańców oceniany w oparciu o wskaźnik zdrowia [wg. UNDP] wskazuje na niekorzystną sytuację w powiecie na tle kraju. Wśród głównych problemów zdrowotnych dzieci i młodzieży mieszkających na terenie powiatu, z powodu których są pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej dominują:

- Zniekształcenie kręgosłupa.
- Zaburzenia refrakcji i akomodacji oka.
- Alergie.
- Otyłość.

Tabela 3. Struktura hospitalizacji ogółu mieszkańców powiatu piotrkowskiego wg rozpoznai i wg wieku w roku 2013

Choroba zasadnicza wg ICD10	Ogółem hospitalizowani						
	Razem	19-29 lat	30-39 lat	40-49 lat	50-59 lat	60-69 lat	70 lat i więcej
		OGÓŁEM					
Choroby zakaźne i pasożytnicze (A00-B99)	17 623	1 974	1 561	1 503	2 557	3 005	3 728
Nowotwory (C00-D48)	284	34	19	20	23	28	33
w tym złośliwe (C00-C97)	1 721	53	78	206	426	515	348
Choroby krwi i narządów krwiotwórczych (D50-D89)	1 079	13	16	82	292	378	232
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego (E00-E90)	149	1	7	16	14	25	37
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zach. (F00-F99)	458	37	34	35	62	79	117
Choroby układu nerwowego (G00-G99)	14	0	1	1	6	0	1
Choroby oka i przydatków oka (H00-H59)	677	49	58	70	109	135	160
Choroby ucha i wyrostka sutkowego (H60-H95)	486	10	8	14	57	108	233
	76	1	6	13	8	5	4
Choroby układu krążenia (I00-I99)	2 619	30	63	155	418	686	1 237
Choroby układu oddechowego (J00-J99)	1 406	55	56	80	142	175	301
Choroby układu trawiennego (K00-K93)	1 552	147	169	137	259	279	331
Choroby skóry i tkanki podskórnej (L00-L99)	241	32	25	17	32	32	35
Choroby układu kostno-stawowego (M00-M99)	751	38	83	99	147	136	137
Choroby układu moczowo-płciowego (N00-N99)	1 604	180	171	275	239	301	303
Ciąża, poród i połóg (O00-O99)	1 537	955	511	36	0	0	0
Niektóre stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym (P00-P96)	568	0	0	0	0	0	0
Wady rozwojowe wrodzone (Q00-Q99)	205	4	3	3	3	3	4
Objawy różne (R00-R99)	587	46	45	56	74	85	120
Urazy, zatrucia i inne skutki (S00-T98)	1 504	265	208	177	191	170	240
Czynniki wpływające na stan zdrowia (Z00-Z99)	1 184	37	16	93	347	243	87

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z WCZP.

Tabela 4. Struktura hospitalizacji kobiet zamieszkujących w powiecie piotrkowskim wg rozpoznani i wg wieku w roku 2013

Choroba zasadnicza wg ICD10	Kobiety						
	Razem						
	19-29 lat	30-39 lat	40-49 lat	50-59 lat	60-69 lat	70 lat i więcej	
OGÓŁEM	9 649	1 404	1 021	864	1 224	1 460	2 171
Choroby zakaźne i pasożytnicze (A00-B99)	134	18	6	8	6	12	19
Nowotwory (C00-D48)	991	27	67	162	247	261	180
w tym złośliwe (C00-C97)	605	1	12	63	164	201	130
Choroby krwi i narządów krwiotwórczych (D50-D89)	62	1	3	12	1	7	23
Zaburzenia wydzielenia wewnętrznego (E00-E90)	278	27	29	23	28	39	91
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zach. (F00-F99)	3	0	0	0	1	0	0
Choroby układu nerwowego (G00-G99)	381	31	33	42	50	68	112
Choroby oka i przydatków oka (H00-H59)	273	7	3	4	16	66	153
Choroby ucha i wyrostka sutkowego (H60-H95)	32	0	3	9	2	1	1
Choroby układu krążenia (I00-I99)	1 289	9	34	56	136	300	746
Choroby układu oddechowego (J00-J99)	521	21	14	37	59	58	121
Choroby układu trawiennego (K00-K93)	768	72	76	63	119	133	186
Choroby skóry i tkanki podskórnej (L00-L99)	131	10	14	5	17	23	26
Choroby układu kostno-stawowego (M00-M99)	459	12	34	62	88	96	104
Choroby układu moczowo-płciowego (N00-N99)	971	118	118	220	159	154	141
Ciąża, poród i pólóg (O00-O99)	1 537	955	511	36	0	0	0
Niektóre stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym (P00-P96)	260	0	0	0	0	0	0
Wady rozwojowe wrodzone (Q00-Q99)	96	2	2	2	3	1	1
Objawy różne (R00-R99)	318	30	22	24	34	43	75
Urazy, zatrucia i inne skutki (S00-T98)	537	59	47	51	62	75	155
Czynniki wpływające na stan zdrowia (Z00-Z99)	608	5	5	48	196	123	37

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z WCZP.

Tabela 5. Struktura hospitalizacji mężczyzn zamieszkujących w powiecie piotrkowskim wg rozpoznani i wg wieku w roku 2013

Choroba zasadnicza wg ICD10	Mężczyźni					
	Razem					
	19-29 lat	30-39 lat	40-49 lat	50-59 lat	60-69 lat	70 lat i więcej
OGÓŁEM	7 974	570	540	639	1 333	1 545
Choroby zakaźne i pasożytnicze (A00-B99)	150	16	13	12	17	16
Nowotwory (C00-D48)	730	26	11	44	179	168
w tym złośliwe (C00-C97)	474	12	4	19	128	177
Choroby krwi i narządów krwiotwórczych (D50-D89)	87	0	4	4	13	18
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego (E00-E90)	180	10	5	12	34	40
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zach. (F00-F99)	11	0	1	1	5	0
Choroby układu nerwowego (G00-G99)	296	18	25	28	59	67
Choroby oka i przydatków oka (H00-H59)	213	3	5	10	41	42
Choroby ucha i wyrostka sutkowego (H60-H95)	44	1	3	4	6	4
Choroby układu krążenia (I00-I99)	1 330	21	29	99	282	386
Choroby układu oddechowego (J00-J99)	885	34	42	43	83	117
Choroby układu trawiennego (K00-K93)	784	75	93	74	140	146
Choroby skóry i tkanki podskórnej (L00-L99)	110	22	11	12	15	9
Choroby układu kostno-stawowego (M00-M99)	292	26	49	37	59	40
Choroby układu moczowo-płciowego (N00-N99)	633	62	53	55	80	147
Ciąża, poród i połóg (O00-O99)	0	0	0	0	0	0
Niektóre stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym (P00-P96)	308	0	0	0	0	0
Wady rozwojowe wrodzone (Q00-Q99)	109	2	1	1	0	2
Objawy różne (R00-R99)	269	16	23	32	40	42
Urazy, zatrucia i inne skutki (S00-T98)	967	206	161	126	129	95
Czynniki wpływające na stan zdrowia (Z00-Z99)	576	32	11	45	151	120

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z WCZP.

Kategoria choroby	2009	2010	2011	2012
Czynniki wpływające na stan zdrowia (Z00-Z99)	7,05%	5,43%	8,49%	8,25%
Urazy, zatrucia i inne skutki (S00-T98)	4,40%	3,81%	0,93%	1,06%
Objawy różne (R00-R99)	3,01%	3,64%		
Wady rozwojowe wrodzone (Q00-Q99)	9,57%	9,21%	8,33%	9,02%
Niektóre stany rozpoczyn. się w o.kolorod. (P00-P96)				
Ciąża, poród i połóg (O00-O99)	3,46%	4,14%	1,39%	1,42%
Choroby układu moczowo-płciowego (N00-N99)	8,42%	8,21%	7,72%	8,01%
Choroby układu kostno-stawowego (M00-M99)				
Choroby skóry i tkanki podskórnej (L00-L99)	0,41%	0,57%	2,53%	2,52%
Choroby układu trawiennego (K00-K93)	3,40%	4,12%	0,33%	0,21%
Choroby układu oddechowego (J00-J99)	2,49%	3,06%	0,54%	0,80%
Choroby układu krążenia (I00-I99)	15,01%	16,41%		
Choroby ucha i wyrostka sutkowatego (H60-H95)				
Choroby oka i przydatków oka (H00-H59)	5,82%	6,26%	1,82%	1,70%
Choroby układu nerwowego (G00-G99)				
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zach. (F00-F99)				
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego (E00-E90)				
Choroby krwi i narządów krwiotw. (D50-D89)				
w tym złośliwe (C00-C97)				
Nowotwory (C00-D48)	9,30%	9,50%		
Choroby zakaźne i pasożytnicze (A00-B99)				

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z WCZP.

Czynniki wpływające na stan zdrowia (Z00-Z99)

Urazy, zatrucia i inne skutki (S00-T98)

Objawy różne (R00-R99)

Wady rozwojowe wrodzone (Q00-Q99)

Niektóre stany rozpoczyn. się w o.okołoporod. (P00-P96)

Ciąża, poród i połóg (O00-O99)

Choroby układu moczowo-płciowego (N00-N99)

Choroby układu kostno-stawowego (M00-M99)

Choroby skóry i tkanki podskórnej (L00-L99)

Choroby układu trawiennego (K00-K93)

Choroby układu oddechowego (J00-J99)

Choroby układu krążenia (I00-I99)

Choroby ucha i wyrostka sutkowego (H60-H95)

Choroby oka i przydatków oka (H00-H59)

Choroby układu nerwowego (G00-G99)

Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zach. (F00-F99)

Zaburzenia wydzielania wewnętrznego (E00-E90)

Choroby krwi i narządów krwiotw. (D50-D89)

w tym złośliwe (C00-C97)

Nowotwory (C00-D48)

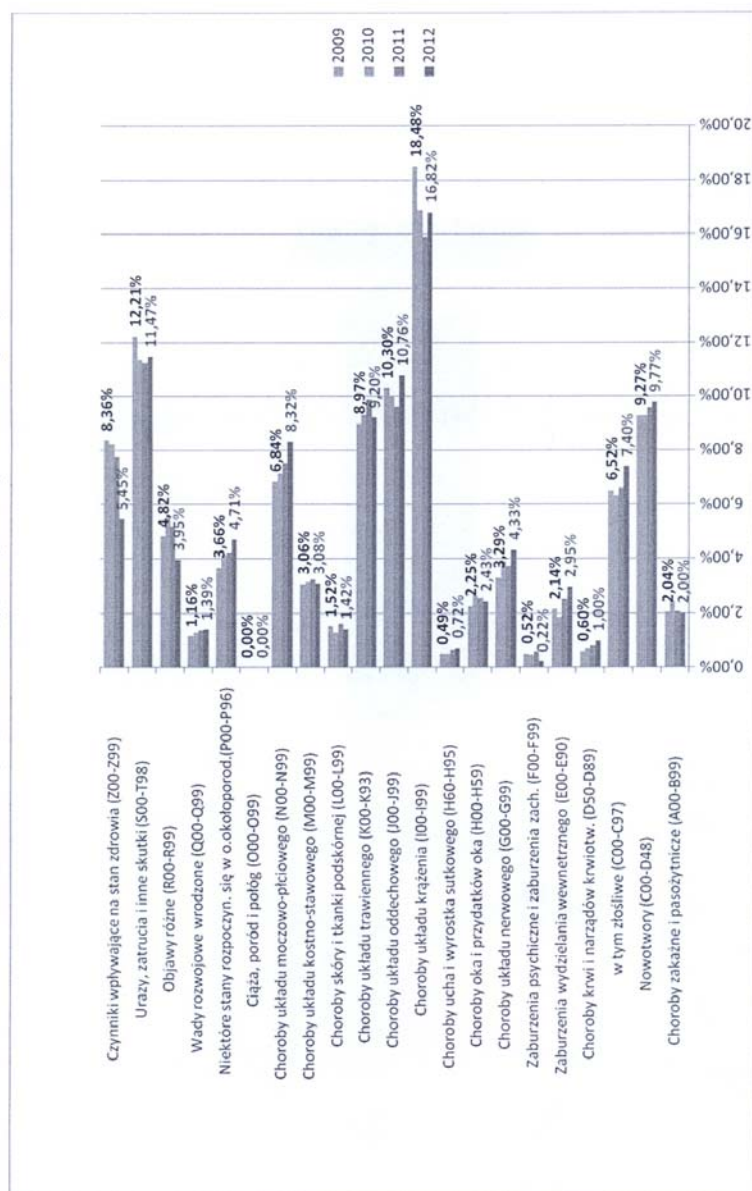
Choroby zakaźne i pasożytnicze (A00-B99)

2009 2010 2011 2012

5,98% 5,44% 5,45% 5,58% 4,06% 3,69% 0,75% 0,79% 2,48% 2,75% 17,39% 16,83% 9,54% 9,60% 3,79% 5,01% 1,29% 1,41% 7,88% 7,98% 5,61% 5,72% 14,72% 13,51% 0,33% 0,43% 2,76% 2,59% 3,48% 3,95% 0,18% 0,20% 2,77% 3,15% 0,49% 0,64% 5,25% 5,32% 9,31% 9,29% 1,64% 1,43%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z WCZP.

Rysunek 5. Struktura hospitalizacji mężczyzn zamieszkujących w powiecie piotrkowskim wg rozpoznai w latach 2009-2012



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z WCZP.

Warto odnotować znaczną, bo ponad 60-cio osobową grupę dzieci będących pod stałą opieką lekarską z powodu niedożywienia. Niezwykle niepokojący jest bardzo wysoki wskaźnik umieralności dzieci w wieku 0-4 r.z. na choroby układu krążenia przekracza on ponad 7-krotnie wskaźnik dla województwa. Wśród problemów zdrowotnych, z powodu których stale korzystają z pomocy lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i/lub byli hospitalizowani dorosłych mieszkańców powiatu dominują:

- Choroby układu krążenia.
- Nowotwory.
- Choroby układu moczowo-płciowego.
- Urazy i zatrucia.

Na przestrzeni ostatnich lat rokrocznie do stałej opieki medycznej w POZ-tach przybywa, średnio 10% nowych pacjentów z rozpoznaniem ChUK. Analiza danych z lat 2009–2013 wskazuje, że liczba pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej z rozpoznaniem ChUK w grupie wiekowej 35–54 jest (średnio) 7-krotnie wyższa niż liczba pacjentów w wieku 19–34.

Brak dostępu do wielu kluczowych informacji związanych z realizacją świadczeń zdrowotnych przez niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej znacznie utrudnia pełną analizę zachorowalności mieszkańców powiatu piotrkowskiego. Informacje pochodzące z Powiatowego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Piotrkowie Trybunalskim, dla którego podmiotem tworzącym jest Zarząd Powiatu nie są w pełni wiarygodnym punktem obniesienia, albowiem z poradni specjalistycznych PZOZ korzystają w przeważającej większości przypadków mieszkańcy miasta Piotrków Trybunalskim (powiatu grodzkiego). Charakterystyka problemów zdrowotnych mieszkańców powiatu piotrkowskiego wskazuje, że zarówno na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, jak i opieki szpitalnej przeważającym problemem zdrowotnym są choroby układu krążenia. Konieczne jest zintensyfikowanie programów profilaktycznych ograniczających rozpowszechnienie chorób układu krążenia w powiecie oraz zapewnienie zasobów w tym finansowych i kadry medycznej na poziomie pozwalającym zapewnić mieszkańcom właściwą opiekę medyczną i poprawę aktualnych wskaźników zdrowotnych.

Bibliografia

- Arak P., Ivanov A., Peleah M., Plosza A.j, Rakocy K., Rok J., Wyszkowski K. (2012). *Krajowy Raport o Rozwoju Społecznym Polska 2012. Rozwój regionalny i lokalny*, Biuro Projektowe UNDP w Polsce, Warszawa.
- Bieńkuńska A. (red.) (2013). *Ubóstwo w Polsce w świetle badań GUS*. Studia i analizy statystyczne, Warszawa.
- Olczyk H. (red.) (2013). *Informator statystycznych ochrony zdrowia województwa łódzkiego 2012*. Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi, Łódź.
- Panek T., Czapiński J. (2013). *Wykluczenie społeczne. Diagnoza Społeczna 2013. Warunki i Jakość życia Polaków*. Rapport (Special issue). Contemporary Economics 7. ss. 342-375 DOI:10.5709/Ce.1897-9254.115.
- Podemski K. (red.) (2009). *Spór o społeczne znaczenie społecznych nierówności*, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu; Seria Socjologia Nr 65; Poznań.
- Sowa A. (2007). *Społeczne uwarunkowania zdrowia. Podejście badawcze*. [w:] Golinowska S. (red.), *Polityka zdrowotna wobec dostępności opieki zdrowotnej, wykluczenia oraz nierówności w zdrowiu*. Inst. Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa.
- Stegeman I., Costongs C., Needle C. (2010). *Historia DETERMINE. Wspieranie działań na rzecz równości w zdrowiu w Unii Europejskiej. Raport końcowy z działań Konsorcjum DETERMINE*.
<http://eurohealthnet.eu/sites/eurohealthnet.eu/files/publications/DETERMINE-Final-Publication-Story-POLISH> [1.10.2014].
- Wojtyńska B., Goryńskiego P., Moskaiewicz B. (red.) (2012), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny, Warszawa.
- World Health Organization (2012). *Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce*, Europejskie Biuro Światowej Organizacji Zdrowia; Warszawa.

Monika Móravec

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Piotr Wojtysiak

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Adam Rzeźnicki

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Nina Niezabitowska-Kowalczyk

Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Łodzi

Jan Krakowiak

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Franciszek Szatko

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Dorota Kaleta

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Socio-economic dimensions and its health implications in Piotrkowski district

Abstract: Tackling inequities in health is an increasing problem in Poland. Therefore, social context cannot be overlooked when discussing health issues and applicable strategies to improve the design and implementation of appropriate policies and programs. The purpose of this study is to provide an insight into selected aspects of socio-economic dimensions and its health consequences in Piotrkowski district. Analyses were based on data obtained from the Provincial Public Health Centre in Lodz, the Main Statistical Office.

During the recent years a part of households in Poland, due to poor financial situations, had to resign from certain expenses aimed at keeping or restoring health condition. One should notice, that the spending structure of people with low income has 5 times less health related spending than these of a person above poverty border in Piotrkowski district. There is no doubt, that it creates negative consequences in a form of a treatment not being as effective or even self-treatment. A similar, drastic difference could be spotted in the personal hygiene spending, which has a direct connection with health condition.

Among disadvantaged groups, there is the need to restrain spending on healthcare and provide relevant social and financial support. It should be reflected in general principles that underpin the approach of local government to achieve a sustainable, and strategic approach to health inequalities.

Key words: health, medical service utilization, children, adults, health care resources, Piotrkowski district.

Introduction

Long-lasting Polish development, seriously stimulated by reforms introduced within the country and by its membership in the European Union has positively influenced the quality of life and health status of the Polish population [Arak P. 2012]. These positive trends, however, have been accompanied by rising inequalities in health across various groups, resulting from differences in social and economic living and working conditions – so-called social determinants. Tackling inequities in health is a public health challenge which is gaining increasing prominence in Poland, just as in other countries [WHO 2012; Wojtysiaka 2012].

The most commonly used definition of health inequities is based on the assumption that they reflect unnecessary and avoidable differences in health, in addition considered to be unfair and unjust. Reducing health inequities is an ethical imperative, accepted by most modern societies. As suggested by researchers [WHO 2012] in all of the member countries of the European Union, for which the data is available, the indicators of premature mortality and morbidity are, in general, higher amongst groups with lower education, working physically with small income over the other social groups. Those disparities occur in all age ranged, they concern both genders, but turn out to be lesser in women.

Saying that, the entire population of Piotrkowski district above the age of 20 should be the target group for indiscriminate and successive interventions within the ChUK prevention as well as the targeted actions aimed at healthy lifestyle promotion, would not be an exaggeration. Economic analysis and the efficiency perspective suggest, that it would be a very costly idea.

The chosen age ranges are, of course, very general and it is crucial to specify them. In the context of the data presented in the first part, one should lean towards raising the lower boundary to 25 years old and lowering the upper boundary to 55 years old.

Furthermore, we should keep in mind, that the diversities between the citizens of the district is based on numbers of considerations; among others wealthiness and the level of education. This causes a number of negative consequences, which have both – direct and indirect influence on their health.

The issue of “social inequality” is the topic of many scientific and exploratory research papers [WHO 2012] as well as long-term studies [Panek 2013]. The above research papers show, that poverty is one of the symptoms of social exclusion. One should keep in mind, that according to many subjects [Podemski 2009] as well as recommendations (example found in WHO document [Stegeman 2010]) poverty is amongst the strongest situations displaying social disparities.

Results, Social inequality – poverty, Nationwide context

The authors of this investigation have foremost utilized the two fundamental sources of knowledge on the topic – GUS investigations [Podemski K. 2009] and the results of the long-term research within the scope of the project „Diagnoza Społeczna” [Panek 2013]. The systematic studies, which were lead for years, dedicate a separate chapter of the investigation to the matter of social exclusion, which indicates the social significance of this phenomenon. As a leading element of detailed characterisation of the phenomenon, the authors will list poverty.

For the purposes of this investigation the criteria of poverty were taken as they are understood by the Social Help Units (income not exceeding the criterium stated in the bill about Social Help). This approach to the criteria is the binding mean to all the Communal Health Centres. That means, that during process of qualifying for the program (of prevention and/or health promotion) the same ‘tool’ will be used.

The GUS analysis follows, that – “the year 2012 did not bring, in contrast to 2011, any radical changes to the material state of households at large. The falling tendency, observed in 2011, of the real value of spendings of households held into 2012, but the drop was smaller – 0,7%” [Bieńkuńska 2013].

In the conclusion of the through analysis it has been ascertained, that by the multi-dimensional poverty – poverty, which has results in many dimensions of household’s members’ lives – mainly this certain types of households have been affected - households with low education level, not qualified workers, annuitants, the unemployed, not complete and large families and single.

Relatively, the accumulation of various forms of poverty has been observed most often in villages and small towns [Bieńkuńska A. 2013]. This phenomenon is illustrated in the table 1 and table 2.

Table 1. Indicator of poverty threat in years 2010-2012 according to age

Specification	% of people in a household of spending below								
	Border of extreme poverty (existential minimum)			Relative border of poverty			Statutory border of poverty		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
IN GENERAL	5,8	6,8	6,8	17,4	16,9	16,3	7,4	6,6	7,2
0-17 years	8,8	9,7	9,8	23,7	23,1	22,0	12,6	11,2	11,9
18-64 years	5,3	6,4	6,4	16,3	15,9	15,5	6,4	5,8	6,3
65 years and	3,4	4,0	3,8	12,0	11,2	10,7	3,4	3,0	3,1

Source: „Ubóstwo w Polsce w świetle badań GUS”, Warsaw 2013, page 20.

Table 2. Indicator of poverty threats in the years 2010-2012 according to place of residence

Specification	% of people in a household of spendings below								
	Border of extreme poverty (existential minimum)			Relative border of poverty			Statutory border of poverty		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
IN GENERAL	5,8	6,8	6,8	17,4	16,9	16,3	7,4	6,6	7,2
Towns and cities together	3,4	4,1	4,3	11,9	11,4	11,0	4,3	4,1	4,6
About the number of citizens:									
500 thousands and more	0,9	1,1	1,1	3,6	3,3	3,3	1,0	0,9	1,1
200 - 500 thousands	3,6	3,1	2,9	10,3	9,6	9,1	4,2	3,1	2,7
100 - 200 thousands	4,3	3,8	4,6	12,6	11,7	10,9	5,2	4,2	4,3
20 - 100 thousands	3,1	4,3	5,3	12,2	13,0	13,6	4,1	4,6	5,8

Under 20 thousands	5,4	7,4	6,8	19,0	17,5	15,8	7,0	6,7	7,4
Villages	9,6	11,0	10,6	25,9	25,4	24,5	12,2	10,7	11,1

Source: „Ubóstwo w Polsce w świetle badań GUS”, Warsaw 2013 r., page 18.

The results of empirical research in the field of sociology [Panek 2013] shows that the greatest range of ridding of possibilities of fulfilling needs in February/March 2012/2013 occurred within households occupying the biggest cities and villages. In villages 20,7% of households were under the negative influence of this socio-economic phenomenon. The greatest deepness of ridding of possibilities of fulfilling needs were found in villages (26.2%) and towns with number of citizens ranging from 20 thousands to 100 thousands. The greatest range was observed to be in Dolnośląskie (26.2%) and Łódzkie (25.1%) districts.

Context of Piotrkowski district

As it has been pointed out in the first part of this investigation, detailed phenomenon analysis of poverty using Local Social Welfare Centres' data shows, that in 2012 a raise in occurrence of this problem in the district was noted (tab. 3).

Table 3. The scale of the poverty problem on the municipal level in years 2010-2012

Municipality	2010		2011		2012		In general	
	Number of families	Number of people in families	Number of families	Number of people in families	Number of families	Number of people in families	Number of families	Number of people in families
Aleksandrów	57	176	53	170	72	239	182	585
Czarnocin	67	229	57	203	70	190	194	622
Gorzkowice	221	594	203	537	205	522	629	1653
Grabica	52	161	10	24	22	49	84	234
Łęki Szlacheckie	26	88	23	87	21	73	70	248

Tab. 3. Cd.

Moszczenica	362	920	320	799	346	846	1928	2565
Ręczno	10	13	6	7	7	9	23	29
Rozprza	2	2	0	0	1	1	3	3
Sulejów	389	1185	351	1021	370	999	1110	3205
Wola Krzysz- top.	129	408	140	414	151	440	420	1262
Wolbórz	193	477	197	490	203	494	593	1461
Razem:	1508	4253	1360	3752	1468	3862	4336	11867

Source: „*Ubóstwo w Polsce w świetle badań GUS*”, Warsaw 2013.

The inclusion of poverty and unemployment statistics from the first, diagnostic part of this investigation is crucial, because in the context of obtained data, both figures are closely connected. Data obtained from the local welfare centres in Piotrowskie district shows, that all people struggling with poverty are also characterised by unemployment.

Poverty and its consequences on health

The European Office of the World Health Organisation in the above indicated investigation dedicated to inequalities in health, shows, that “the most commonly used definition of Inequalities in Health is based on an assumption, that inequalities mirror the unnecessary and possible to avoid disparities in health, which are considered unjust [WHO 2012].

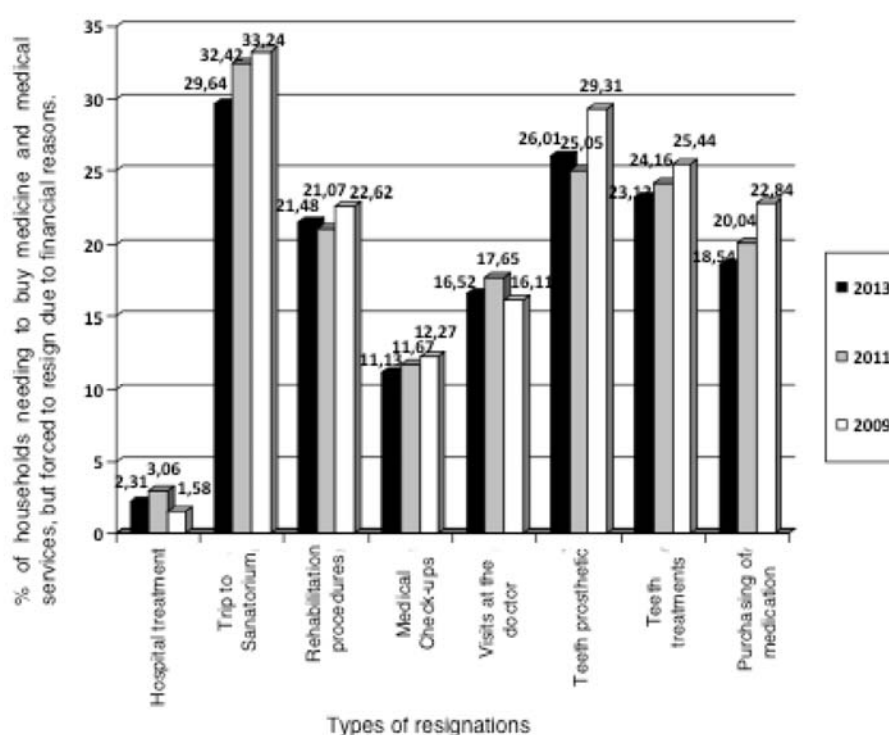
As noted by the experts in the field of public health [Sowa 2007] the inequalities in health should not be considered only as a difference in health condition or the probability of becoming ill. Nevertheless it is the condition of a disease, which makes the situation, in which a said person can or cannot fulfill actions targeted at reclaiming good health condition or preventing worsening of the condition.

An illness is a state, which cannot be avoided. As a consequence of that it becomes natural to utilize the help of a Health Care Unit. Researches lead successively for years in the scope of the project „Diagnoza Społeczna. Warunki i jakość życia Polaków” 2013 [Panek 2013] suggests, that during the

recent years a part of total households, due to financial situations, had to resign from certain expenses aimed at keeping or restoring health condition. The table 4 illustrates the issue in detail.

The obtained data shows, that in households in villages (20.5%) of Łódzkie district, with a low income (40.1%), with the unemployed (45.1%) the occurrence of these kind of resignations was far more common than in households of different characteristic and located in other places. Furthermore those unfavourable trends hold in the scope of recent years (fig. 1) [Panek 2013].

Figure 1. The struggles of households to finance the purchasing of medication and health protection services in the years 2009-2013



Source: Panek T., Czapiński J. (2013). *Wykluczenie społeczne. Diagnoza Społeczna 2013. Warunki i Jakość życia Polaków*. Rapport (Special issue). Contemporary Economics 7. ss. 342-375.

In order to look deeper into the choices made by people with low income, especially the ones utilizing provisions from Social Help Units, one should look into the results of GUS analysis (tab. 5) [Bieńkuńska 2013].

Table 4. Percentage of households, which resigned due to financial state, from the usage of chosen health provisions, despite needing them

Group	Percent of households, which resigned from:								
	Medicine	Teeth health	Prosthetics	Doctor	Examinations	Rehabilitation	Sanatorium	Hospital	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Socio-economic group									
Workers	13,3	20,6	21,9	13,7	9,1	19,0	22,9	1,5	
Farmers	13,7	21,8	23,4	13,2	9,1	20,0	33,3	1,8	
Self-employed	5,3	10,7	14,1	5,9	3,0	6,5	11,4	2,2	
Pensioners	21,0	20,5	21,4	17,2	11,8	20,8	30,1	2,0	
Annuitants	39,8	44,8	41,1	31,5	20,7	35,2	45,7	4,5	
Providing for himself with non-profit sources	45,1	53,4	51,6	34,3	31,9	34,0	44,6	11,9	
Type of household Single family:									
Marriages without children	14,3	18,6	20,6	13,7	9,1	16,7	25,4	2,2	
Marriages with 1 child	12,1	16,9	22,7	11,7	8,0	15,7	22,8	1,3	
Marriages with 2 children	11,4	19,3	23,9	10,2	6,9	14,6	22,4	1,4	
Marriages with 3 or more children więcej dzieci	24,7	31,2	29,6	21,8	15,1	28,6	36,7	3,2	
Incomplete Families	24,5	33,3	32,8	22,4	16,9	29,8	38,3	3,7	
Multi-families	16,7	23,2	22,3	17,9	10,6	21,8	28,3	1,4	

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Not in family:								
Single-person	26,0	24,1	23,8	20,7	14,6	26,7	33,2	3,3
Multi-person	15,2	18,5	30,0	15,6	14,3	36,4	27,6	0,0
Districts								
Dolnośląskie	20,6	29,4	32,4	22,0	17,6	31,2	27,4	5,1
Kujawsko-pomorskie	20,0	23,4	20,4	18,4	14,4	23,6	22,7	2,5
Lubelskie	18,2	24,6	30,1	16,7	11,4	18,1	35,6	1,0
Lubuskie	21,1	25,5	28,2	18,6	10,3	21,7	45,7	2,7
Łódzkie	24,8	23,8	24,5	18,5	11,8	17,4	30,4	1,5
Małopolskie	18,4	19,5	15,8	15,3	10,7	23,6	23,5	1,7
Mazowieckie	18,0	22,9	27,6	14,6	10,0	16,8	25,4	1,0
Opolskie	12,5	11,9	6,8	11,6	3,7	16,5	11,3	0,0
Podkarpackie	15,9	25,0	27,4	15,1	10,0	16,6	27,7	2,9
Podlaskie	13,7	18,2	22,0	12,7	12,8	18,8	32,6	1,0
Pomorskie	17,3	21,0	22,8	17,8	8,7	21,5	31,8	3,3
Śląskie	17,3	19,0	19,4	12,6	9,4	20,9	26,2	2,0
Świętokrzyskie	19,2	24,0	28,1	17,9	14,6	21,5	33,9	5,2

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Warmińsko-mazurskie	20,4	35,2	40,0	20,1	12,3	24,0	60,0	6,8
Wielkopolskie	15,9	18,4	19,7	16,0	11,4	21,3	35,1	1,8
Zachodniopomorskie	14,5	21,4	26,3	12,1	7,2	23,0	29,9	1,4
Place of residence								
Cities above 500 thousands.	17,0	20,7	19,1	13,8	10,9	17,2	21,0	1,0
Cities 200-500 thousands.	15,3	19,4	20,3	13,9	9,9	22,5	21,9	4,5
Towns 100-200 thousands.	16,3	20,1	22,4	14,4	9,2	18,6	29,4	1,6
Towns 20-100 thousands.	18,5	21,4	23,1	16,3	11,9	22,2	30,3	2,7
Towns under 20 thousands	16,8	21,3	22,5	14,8	9,9	21,4	29,9	3,0
Village	20,5	26,4	29,6	18,7	12,2	22,9	35,7	1,9
In general	18,2	22,6	24,2	16,1	11,1	21,3	29,1	2,4

Source: Panek T., Czapiński J. (2013). *Wykluczenie społeczne. Diagnoza Społeczna 2013. Warunki i Jakość Życia Polaków. Rapport* (Special issue). Contemporary Economics 7, ss. 342-375.

Table 5. Average monthly spending of a household below, and above poverty border for the year 2012

Specification	Households		Diversity indicator for people below the border of poverty. (<i>spending of a household above the border of poverty = 100%</i>)
	Below the border of poverty	Above the border of poverty	
	<i>in PLN (in a conversion for an adult person with inclusion of the original, equivalent scale OECD)</i>		%
Household spending	422	1417	30
Including:			
Consumable goods and services	414	1342	31
Including:			
Food and non-alcoholic drinks	194	347	56
Shoes and clothes	10	71	14
The usage of the place of residence and energy medium	83	281	30
Health	13	69	18
Exploitation of private means of transport	14	98	14
Transport services	6	20	29
Telecommunicative services including internet fees	29	67	43
Recreational and cultural services	10	33	29
Educational services	1	18	8
Personal hygiene	11	41	27

^a Enlarged by the renovation fund; ^b With exclusion of internet fees.

Source: „Ubóstwo w Polsce w świetle badań GUS”, Warszawa 2013, p. 14.

One should notice, that the spending structure of people with low income has 5 times less health related spending than these of a person above poverty border. A similar, drastic difference could be spotted in the personal hygiene spending, which has a direct connection with health condition.

There is no doubt, that it creates negative consequences in a form of a treatment not being as effective or even self-treatment.

Furthermore it is crucial to point out, that according to the same source, the difference between spending on hygiene between a person below poverty border is 4 times lower than the one above it.

All of the above information leads to the finding, that in a group of people using the support of Social Help Units, we have to deal with the need to restrain spending on healthcare. As a result of that, these people have to be considered the ones, who are affected by the disparities in health.

As noticed by the authors of the investigations carried out for the World Health Organization [WHO 2012] – „*From the perspective of macroeconomic politics of healthcare specifications one of important factors is poverty. The risk of poverty is commonly accepted not only to be defined by the material poverty, but also an important factor of social exclusion, understood also as a restriction of access to various services, also including health provisions.*” Other investigators of this issue also share a similar view [Stegeman 2010].

As shown by the authors cited above [WHO 2012] in all countries, which are members of the European Union, for whom the data is available; the indicators of premature mortality and morbidity are generally higher amongst the groups with lower education, working physically, at low pay. These disparities occur in all age ranges and concern both gender, but are lower amongst women. Investigations shows that men and women characterised by low socio-economic status, which is defined as low level of education, low income, the performing of work with low status or residence in a poor area, can be associated with higher general mortality and mortality caused by ChUK. „European standards for prevention of heart and vessel disease in clinical practice for the year 2012. Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice

Forms of help given to people in a difficult social situation

Information included in the District Strategy for Solving Social Problems for the years 2014-2020 for the citizens of Piotrowski district confirms this observation. Amongst forms of help given to people utilizing the provisions from Social Help Units there are no pro-health services, understood as disease prevention and/or general health promotion. Actions taken by other units, e.g. Local Sanitarily-Epidemiological Station have, as was already shown, limited range.

The only credible source of information about this topic – for the authors – are the investigations lead by the Main Statistical Office [Bieńkuńska 2013]. From the analysis lead by GUS (Główny Urząd Statystyczny – Main Statistical Office) one can notice, that amongst different forms of support for the families (and individuals) utilizing the help from Social Help Units in 2012, there is no service with a preventative and/or educational characteristic. The arrangement of the offered forms of help are illustrated in table 6.

Table 6. Utilizing of help in the form of services according to type

	Types of help	Households benefitting from this type of help
W swoim mieszkaniu	Free child care (0-12 years of age)	38,2
	Free educational help for children and youth	4,2
	Help in caring for disabled and chronically sick	19,8
	Help in caring for elderly	19,0
	Help in sustaining a household	34,0
	Assurance of human contact (e.g a talk, reading newspapers or books)	18,9
Poza mieszkaniem	Free activities for children and youth (in day rooms, afternoon)	11,2
	Free help in education	4,8
	Free vacation	8,4
	Free transport for the elderly, the disabled and the chronically ill.	16,6
	Free workshop activities for the elderly and the disabled	4,2
	Help in dealing with official administrative matters.	28,5
	Help in requalifying and/or finding a work place	2,3
	Specialist counselling (psychological, legal, educational)	8,4
	Crisis intervention (e.g telephone trust line, environmental intervention)	1,0
	Others	3,0

Source: „Ubóstwo w Polsce w świetle badań GUS”, Warsaw 2013, p. 66.

As shown by investigations the households affected by poverty the least expect support in a form of services. This is connected to the fact, that the need of utilizing that kind of help is not necessarily a result of unfavourable financial situation. Additionally, as shown by investigations as the number of support received raises, so does their significance in the eyes of beneficiaries. The level of positive evaluation rises from 51.3% at one form (financial or material or service), to 71.3% at three forms of support (financial and material and service). This psychological mechanism is an important indication for creating motivation for the members of the prevention program in the scope of ChUK [Bieńkuńska 2013].

Regardless of what kind of help these people are getting, the place of residence has an important impact on the probability of being threatened with poverty. This is illustrated in table 7.

Table 7. Indicator of probability of poverty depending on place of residence

	Income poverty	Life conditions poverty	Lack of budgetary balance poverty
Cities and towns together	10,7	11,5	15,7
About number of citizens:			
500 thousands and more	5,2	9,3	12,9
from 100 to 500 thousands	9,8	10,8	15,2
from 20 to 100 thousands	11,9	12,1	17,5
under 20 thousands	16,8	14,0	16,7
Village	23,7	17,7	16,4

Source: "Ubóstwo w Polsce w świetle badań GUS", Warsaw 2013, p. 55.

Conclusions

1. All of the information presented above lead to the conclusion, that in a group of disadvantaged residents of Piotrkowski district one is faced with the need to restrict spending on health and hygiene.

2. Tackling inequities in health is a public health challenge which is gaining increasing prominence in Poland including Piotrkowski district.
3. Amongst different forms of support for the families (and individuals) from disadvantaged subgroups and those utilizing the help from Social Help Units in 2012, there is no service with a preventative and/or educational characteristic. Actions taken by other units, e.g. Local Sanitarily-Epidemiological Station have a very limited range.
4. Issues related to reducing the health inequalities should be reflected in general principles that underpin the approach of local government to achieve a sustainable, and strategic approach to health inequalities.
5. Low income households should be offered a social and financial support.

References

- Arak P., Ivanov A., Peleah M., Plosza A.j, Rakocy K., Rok J., Wyszowski K. (2012). *Krajowy Raport o Rozwoju Społecznym Polska 2012. Rozwój regionalny i lokalny*, Biuro Projektowe UNDP w Polsce, Warszawa.
- Bieńkuńska A. (red.) (2013). *Ubóstwo w Polsce w świetle badań GUS*. Studia i analizy statystyczne, Warszawa .
- Panek T., Czapiński J. (2013). *Wykluczenie społeczne. Diagnoza Społeczna 2013. Warunki i Jakość życia Polaków*. Rapport (Special issue). Contemporary Economics 7. ss. 342-375 DOI:10.5709/Ce.1897-9254.115.
- Podemski K. (red.) (2009). *Spór o społeczne znaczenie społecznych nierówności*, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu; Seria Socjologia Nr 65; Poznań.
- Sowa A. (2007). *Społeczne uwarunkowania zdrowia. Podejście badawcze*. [w:] Golinowska S. (red.), *Polityka zdrowotna wobec dostępności opieki zdrowotnej, wykluczenia oraz nierówności w zdrowiu*. Inst. Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa.
- Stegeman I., Costongs C., Needle C. (2010). *Historia DETERMINE. Wspieranie działań na rzecz równości w zdrowiu w Unii Europejskiej. Raport końcowy z działań Konsorcjum DETERMINE*. <http://eurohealthnet.eu/sites/eurohealthnet.eu/files/publications/DETERMINE-Final-Publication-Story-POLISH> [1.10.2014].
- Wojtyniak B., Goryńskiego P., Moskaiewicz B. (red.) (2012), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny, Warszawa.
- World Health Organization (2012). *Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce*, Europejskie Biuro Światowej Organizacji Zdrowia; Warszawa.

Piotr Wojtysiak

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Monika Mórawiec

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Adam Rzeźnicki

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Nina Niezabitowska-Kowalczyk

Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Łodzi

Jan Krakowiak

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Franciszek Szatko

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Dorota Kaleta

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Choroby układu krążenia jako istotny problem zdrowia publicznego w powiecie piotrkowskim

Cardiovascular diseases as an important public health problem in Piotrkowski district

Abstract: It is well established that non-communicable diseases especially cardiovascular diseases (CVD) are major causes of death. Cardiovascular diseases were responsible for 46% of all deaths of Poles in 2010. The aim of the study was to analyze the health of residents of Piotrkowski district with regard to the situation in terms of morbidity, mortality, and use of medical services due to cardiovascular diseases. Analyses were based on data obtained from the Provincial Public Health Centre in Lodz. In recent years we observed constant increase of medical services utilization (average of 10%). In the case of women - residents of the district - from age group 40 we observed (on average) the following increase of hospitalizations due to CVD: 40+/50+ -2 times; 50+/60+ -2 times. For men - district residents - aged 30 we observed (on average) the following increase of hospitalizations due to CVD: 30+/40+ -3 times; 40+/50+ -3- fold; 50+/60+ -close to 4 times. Characteristics of morbidity, mortality of CVD showed that there is a need to develop and implement health promotion and cardiovascular diseases prevention

program dedicated to both gender with special focus on socio-economically disadvantaged groups.

Key words: cardiovascular diseases (CVD), mortality, morbidity, public health, health promotion.

Wprowadzenie

Choroby układu krążenia (ChUK) są od lat zdecydowanie największym zagrożeniem życia mieszkańców krajów wysoko rozwiniętych ekonomicznie [Labarthe D.R. 2012 ss. 2667-2676, Stegeman I. 2010]. Z dostępnych danych Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization – WHO) wynika, że każdego roku z powodu choroby niedokrwiennej serca umiera na świecie ponad 7,2 miliona, a z powodu udarów mózgu ponad 5,5 miliona kobiet i mężczyzn. Jeżeli nie uda się ograniczyć tej epidemii to z powodu chorób układu krążenia do połowy XXI stulecia umrze ponad miliard mieszkańców naszego globu [WHO 2011a, WHO 2011b, WHO 2011c]. Choroby układu krążenia są odpowiedzialne za 46% ogółu zgonów Polaków w 2010 roku. W roku 2010 zmarły w Polsce z ich powodu 174003 osoby, tzn. 456 na każde 100 tys. ludności. Wprawdzie zmniejsza się umieralność z powodu choroby niedokrwiennej serca, w tym zawału serca, oraz chorób naczyń mózgowych, natomiast trend wzrostowy ma w ostatnich latach umieralność z powodu innych chorób serca, w tym niewydolności serca [Wojtysiak 2012; WHO 2012]. Główną rolę wśród chorób układu krążenia odgrywają: choroba niedokrwiennej serca, w tym zawał serca (w 2010 r. 45,8 tys. zgonów w tym zawał 17,8 tys., a więc odpowiednio 26% i 10% zgonów z powodu ogółu przyczyn krążeniowych), choroby naczyń mózgowych (35,6 tys. zgonów, 20% całej grupy), zespół sercowo-płucny i inne choroby serca (51,5 tys. zgonów, 30%) oraz miażdżyca (31,4 tys. zgonów, 18%). Warto podkreślić fakt, że inne choroby serca są już częstsze niż choroba niedokrwiennej przyczyną zgonu Polaków. Dla wszystkich tych przyczyn standaryzowane względem wieku współczynniki zgonów w 2010 r. zmniejszyły się w stosunku do roku poprzedniego. Na choroby układu krążenia częściej umierają mieszkańcy wsi, niż miast [Wojtysiak 2012]. Trzeba zwrócić uwagę, że nawet w przypadku choroby niedokrwiennej serca, w tym zawału serca, która do niedawna była większym zagrożeniem życia mieszkańców miast niż wsi, umieralność na wsi jest obecnie wyższa niż w miastach [Arak 2012; Dmochowska 2011, 2012, 2013].

Cel, materiał i metody, wyniki

Celem pracy było dokonanie analizy stanu zdrowia mieszkańców powiatu piotrkowskiego w latach 2007-2012 z uwzględnieniem sytuacji w zakresie zachorowalności, umieralności oraz korzystania ze świadczeń medycznych z powodu chorób układu krążenia na potrzeby opracowania programu promocji zdrowia i profilaktyki chorób układu krążenia (ChUK).

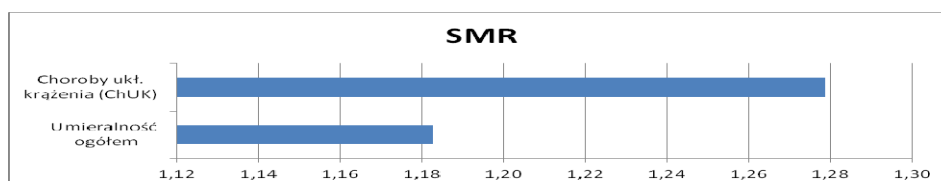
W celu dokonania niezbędnych analiz wykorzystano dane uzyskane z Wojewódzkiego Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi (WCZP) [Olczyk H. 2013]. Informacje te pochodzą ze sprawozdania MZ-11, które w formie zagregowanej i rozszerzonej, w stosunku do publikowanych danych, zostały udostępnione przez Wojewódzkiego Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi dla potrzeb niniejszego opracowania. W zakresie informacji o pacjentach leczonych w poradni kardiologicznej skorzystano z informacji zawartych w rejestrach Powiatowego Zespołu Opieki Zdrowotnej (PZOZ). Dodatkowo, z Wojewódzkiego Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi pozyskano dane dotyczące przyczyn hospitalizacji oraz migracji mieszkańców powiatu piotrkowskiego do placówek usytuowanych w innych miejscowościach niż Piotrków Trybunalski. Dla celów niniejszego opracowania oparto się także na danych pochodzących z Poradni Kardiologicznej Powiatowego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Piotrkowie Trybunalskim.

Choroby układu krążenia jako przyczyna zgonów.

Analiza standaryzowanych wskaźników zgonów (SMR)

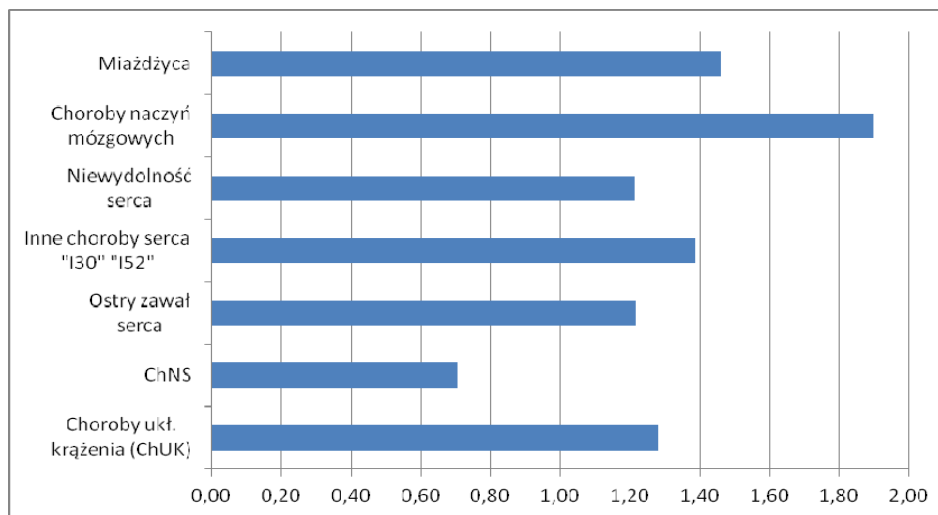
Poniższe zestawienie z lat 1999-2001 i 2008-2010 pozwala prześledzić trendy, które występują w zakresie obydwu wskaźników SMR. Wartości standaryzowanego współczynnika zgonów (SMR) wskazują, że ChUK stanowią bardzo ważny problem zdrowotny mieszkańców powiatu (rys. 1, 2, tab. 1).

Rysunek 1. Standaryzowany współczynnik zgonów dla powiatu piotrkowskiego na podstawie danych WCZP



Źródło: badanie własne.

Rysunek 2. Standaryzowany współczynnik zgonów dla poszczególnych rodzajów ChUK dla powiatu piotrkowskiego (WCZP; MZ-11)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z WCZP.

Choroby układu krążenia jako problem w podstawowej opiece zdrowotnej

Choroby układu krążenia (ChUK) zdecydowanie dominują wśród wskazanych rozpoznań – stanowią blisko 59% przyczyn z powodu których mieszkańcy korzystają z pomocy lekarza podstawowej opieki zdrowotnej – poz (w ramach wykseponowanej grupy 13 problemów zdrowotnych). Problem ten na przestrzeni lat nie uległ zmianie, co prezentuje poniższy wykres. Przedstawiono w nim liczbę osób, które z powodu ChUK każdego roku pozostawały pod opieką lekarza poz (rys. 3).

Warto również zwrócić uwagę na wysoki odsetek nowych rozpoznań ChUK – w roku 2012 był to przyrost o blisko 10%. Oznacza to, że u 735 osób lekarz poz stwierdził zmiany o charakterze chorobowym (rys. 4).

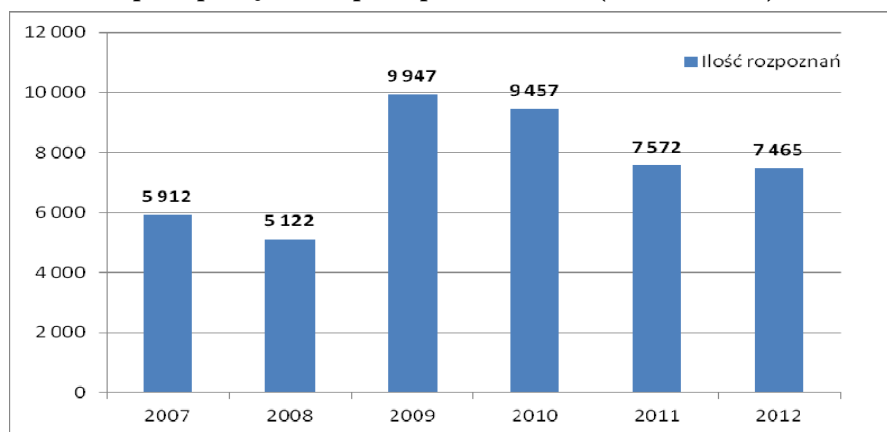
Ze względu na istotne znaczenie statyczne oraz cel niniejszego opracowania w dalszej części dokonana zostanie pogłębiona analiza ChUK. Określenie „choroby układu krążenia” stanowi rodzaj skrótu dla wielu różnych jednostek chorobowych, których wspólna cecha jest to, że odnoszą się do układu sercowo-naczyniowego. Posiadane przez Starostwo dane pozwalają na szczegółową analizę tego obszaru problemowego, czyli struktury rozpoznań znajdujących się w dokumentacji lekarza poz w związku z nadrzędną kategorią określoną skrótem „ChUK”.

Tabela 1. Zestawienie kluczowych informacji dla powiatu piotrkowskiego w zakresie przyczyn zgonów

		1999-2001					2008-2010				
		Liczba zgonów	Współczynnik zgonów na 100 tys	Ranga	SMR	Ranga	Liczba zgonów	Współczynnik zgonów na 100 tys	Ranga	SMR	Ranga
Wszystkie przyczyny zgonów	Ogółem	1940	1436,5	374	1,174	364	1809	1353,4	347	1,204	365
	Mężczyźni	705	589,8	356	1,252	363	739	630	348	1,299	368
	65+	1235	7955,9	375	1,133	345	1070	7399,2	352	1,146	332
Wszystkie przyczyny zgonów	Ogółem	1599	1145,9	367	1,077	306	1601	1157	359	1,183	371
	0-64	230	201,2	271	1,019	207	238	209,1	246	1,099	277
	65+	1369	5428,2	342	1,088	313	1363	5555,8	370	1,199	372
Razem		3085,9					2966				
ChUK	Ogółem	855	633,1	362	1,157	305	801	599,3	353	1,283	353
	0-64	209	174,9	336	1,336	339	226	189,6	346	1,39	364
	65+	646	4161,6	338	1,134	285	575	3976,2	349	1,245	335
ChUK	Ogółem	927	664,3	361	1,138	291	964	696,7	362	1,345	374
	0-64	70	61,2	321	1,183	292	77	67,6	366	1,609	373
	65+	857	3398,1	302	1,134	284	887	3615,5	363	1,326	372
Razem		1782					1765				

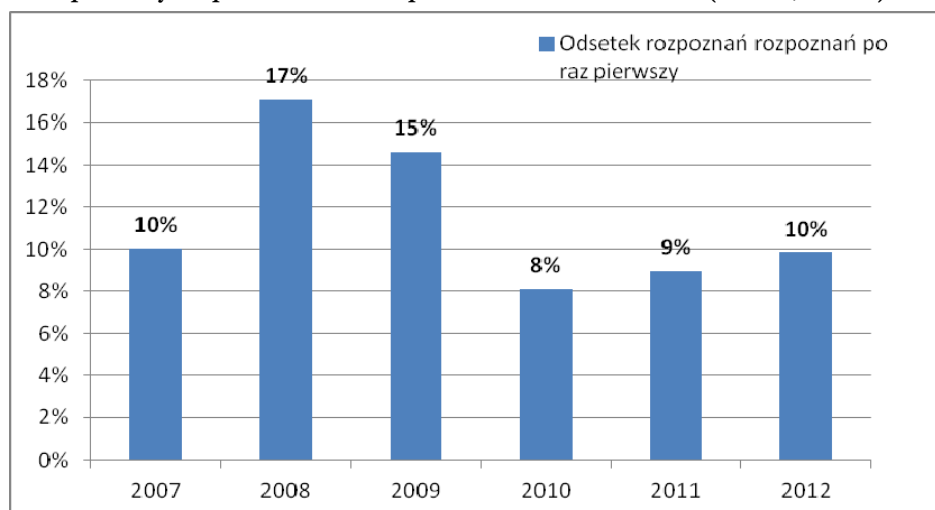
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z „Atlasu umieralności”.

Rysunek 3. Liczba osób dorosłych, którzy w poszczególnych latach 2007-2012 byli pod opieką lekarza poz z powodu ChUK (WCZP; MZ-11)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z WCZP.

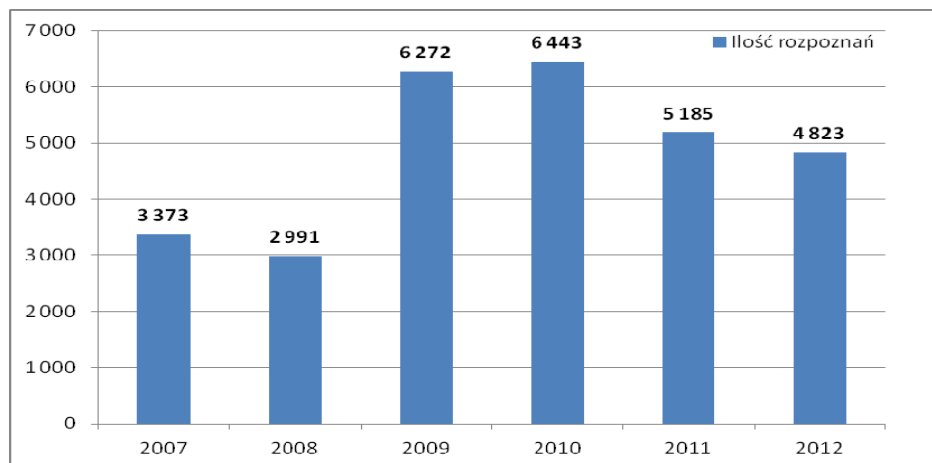
Rysunek 4. Odsetek osób dorosłych, u których każdego roku lekarz poz po raz pierwszy rozpoznał ChUK na przestrzeni lat 2007 – 2012 (WCZP; MZ-11)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z WCZP

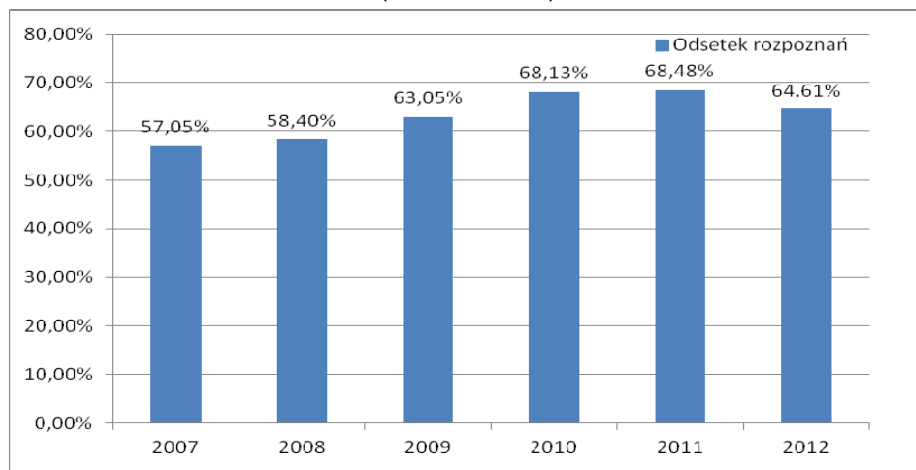
Choroba nadciśnieniowa stanowi najczęściej stawiane rozpoznanie w obrębie ChUK (rys. 5, 6, 7).

Rysunek 5. Liczba osób dorosłych, które z powodu choroby nadciśnieniowej w latach 2007-2012 były pod opieką lekarza poz (WCZP; MZ-11)



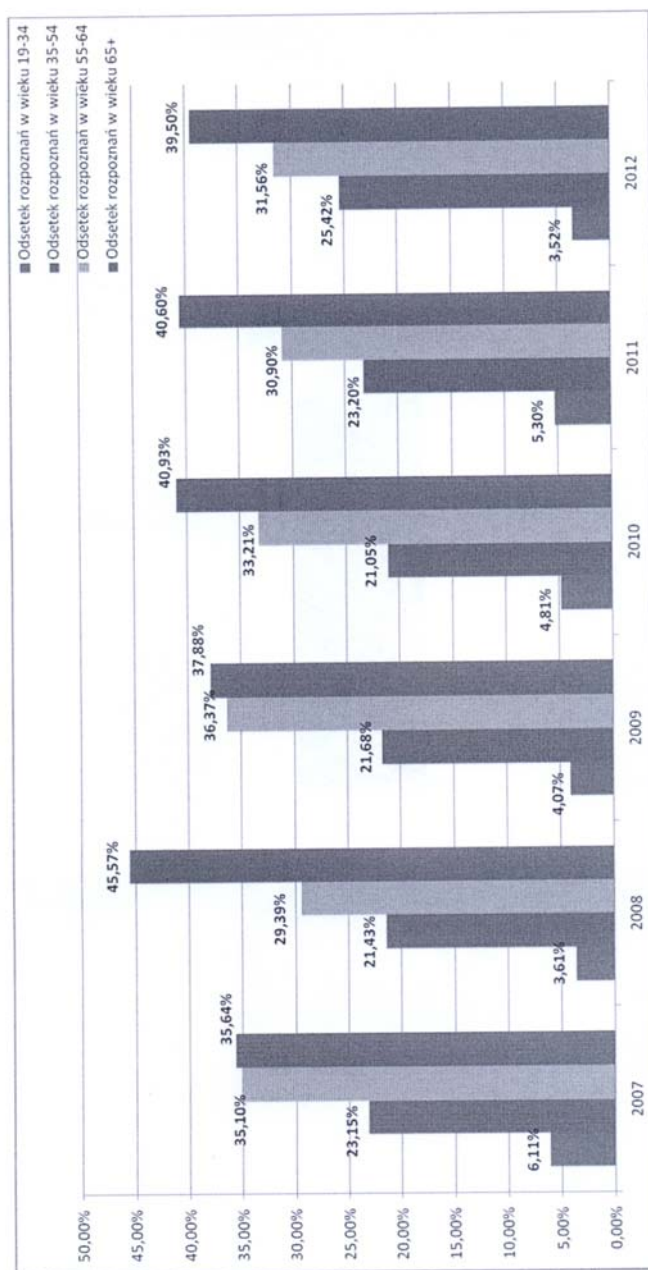
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z WCZP.

Rysunek 6. Udział osób dorosłych, które z powodu choroby nadciśnieniowej w latach 2007-2012 były pod opieką lekarza poz (w strukturze innych ChUK) (WCZP; MZ-11)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z WCZP.

Rysunek 7. Udział osób z poszczególnych grup wiekowych z rozpoznaniem choroby nadciśnieniowej, które w latach 2007-2012 były pod opieką lekarza poz.(WCZP; MZ-11)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z WCZP.

Analizując powyższy wykres należy zwrócić uwagę, że skumulowany udział osób w wieku 19-54 lat w rozpoznaniach, na przestrzeni analizowanych lat przedstawiał się następująco:

Rok	Udział procentowy
2007	29,28
2008	25,07
2009	25,75
2010	25,86
2011	28,50
2012	28,95

Niniejsze ustalenie jest szczególnie ważne dla określenia kryterium wiekowego grupy docelowej programu profilaktyki ChUK i promocji zdrowia.

Choroby układu krążenia w usługach poradni specjalistycznych

Istnieje niewiele ogólnie dostępnych danych, aby scharakteryzować problemy zdrowotne mieszkańców powiatu piotrkowskiego z punktu widzenia poradni specjalistycznych. Jedyne dane pochodzą z publikacji Wojewódzkiego Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi, ale są mało szczegółowe [Olczyk 2013].

Narodowy Fundusz Zdrowia, Oddział w Łodzi odmówił przekazania Starostwu Powiatowego w Piotrkowie Trybunalskim danych dotyczących tzw. wykonania świadczeń wykonywanych na rzecz mieszkańców tłumacząc się tym błędami, w tym niedoszacowania zjawiska (problemu).

Podobnie jak miało to miejsce w przypadku korzystania z porad w poz, należy zauważyć, że dane te nie obejmują świadczeń zdrowotnych udzielanych w ramach tzw. „prywatnych gabinetów lekarskich”, za które płatność jest regulowana bezpośrednio pomiędzy lekarzem a pacjentem. W zakresie porad specjalistycznych ma to szczególne znaczenie wynikające z długiego czasu oczekiwania na poradę.

W konsekwencji, dla celów niniejszego opracowania oparto się na danych pochodzących z Poradni Kardiologicznej Powiatowego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Piotrkowie Trybunalskim, która świadczy tego typu porady mieszkańcom powiatu i miasta Piotrków Trybunalski. Zawężenie zakresu

analiz jest skutkiem małego zakresu danych, do których mieli dostęp autorzy tego opracowania.

Poniżej przedstawiono podstawowe informacje charakteryzujące zarówno potencjał kadrowy, jak i działalność ww. poradni (tab. 2). Należy przy tym jednocześnie pamiętać o następujących kwestiach:

1. Poradnia realizuje świadczenia w oparciu o kontrakt z NFZ
2. W konsekwencji spełnia wszelkie wymagania konieczne dla działalności tego typu poradni specjalistycznej
3. W omawianym okresie nie nastąpiło znaczące zwiększenie kontraktu przez NFZ, mimo, że dyrektor PZOZ wskazuje na taką potrzebę z punktu widzenia długości czasu oczekiwania oraz szczególnej potrzeby wynikającej z nasilenia ChUK w rejonie powiatu
4. Na terenie miasta Piotrkowa Trybunalskiego działają inne poradnie mające kontrakt z NFZ lub udzielające świadczeń odpłatnie, z których mieszkańcy powiatu korzystają.
5. Część z mieszkańców powiatu zakwalifikowanych do opieki kardiologicznej udaje się po pomoc do innych miejscowości. Problem migracji, na przykładzie hospitalizacji został przedstawiony w części omawiającej opiekę szpitalną

Ze względu na brak danych porównawczych z powodu braku dostępu do statystyk wszystkich realizatorów usług w tym zakresie, o czym pisaliśmy powyżej, nie formułujemy żadnych wniosków. Widoczny jest jednak długi czas oczekiwania, także na 1-szą wizytę. Spostrzeżenie to jest ważna wskazówka dotycząca konieczności szybkiego zaspokojenia tych potrzeb zdrowotnych, albowiem nie może powstać sytuacja, że określona osoba uda się na wizytę do lekarza poz-u, poddać się procedurom badania w poz-cie, usłyszy o swoim problemie zdrowotnym, ale na pierwszą konsultację kardiologiczną będzie czekała – średnio – 2,5 miesiąca, gdy tak ważne jest szybkie lekowe zabezpieczenie jego problemu zdrowotnego.

Choroby układu krążenia w leczeniu szpitalnymi

Źródłem danych są informacje pozyskane z Wojewódzkiego Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi (WCZP). Pełne dane porównawcze dotyczą lat 2009-2013, przy czym wykorzystane zostaną również dane szczegółowe dotyczące hospitalizacji wobec mieszkańców powiatu piotrkowskiego w roku 2013.

Tabela 2. Zestawienie kluczowych charakterystyk pracy poradni kardiologicznej PZOZ w 2013 r.

Lata	2009	2010	2011	2012	2013
Personel medyczny					
Lekarze	2	2	2	2	2
Pielęgniarki	1	1	1	1	1
Dostępność	Pon, wt, czw 7.25–15.00 Śr. 10.25–18.00 Pt 7.25–13.00	Pon, wt, czw. 7.25–15.00 Śr 10.25–18.00 Pt 7.25–13.00	Pon, wt. czw. pt. 7.25–15.00 Śr 10.25–18.00	Pon, wt. czw pt. 7.25 – 15.00 Śr 10.25–18.00	Pon, wt. czw pt. 7.25 – 15.00 Śr 10.25–18.00
Średni czas oczekiwania na wizytę					
Na 1-szą	<i>średnio</i> 2,5 miesiąca	<i>średnio</i> 2,5 miesiąca	<i>średnio</i> 2,5 miesiąca	<i>średnio</i> 3,5 miesiąca	<i>średnio</i> 2,5 miesiąca
Na 2-gą	<i>średnio</i> 5,5 mieś	<i>średnio</i> 5 mieś	<i>średnio</i> 6 mieś	<i>średnio</i> 5 mieś	<i>średnio</i> 5 mieś.
Liczba udzielonych świadczeń (porad)					
Ogółem	2675	2829	2662	3084	3583
Pierwszorzutowych dla mieszkańców pow. piotrk.	936	990	931	1079	1253
Liczba osób pozostających pod stałą opieką poradni (korzystali z porad w danym roku)	2192	2295	2183	2467	2802

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych PZOZ.

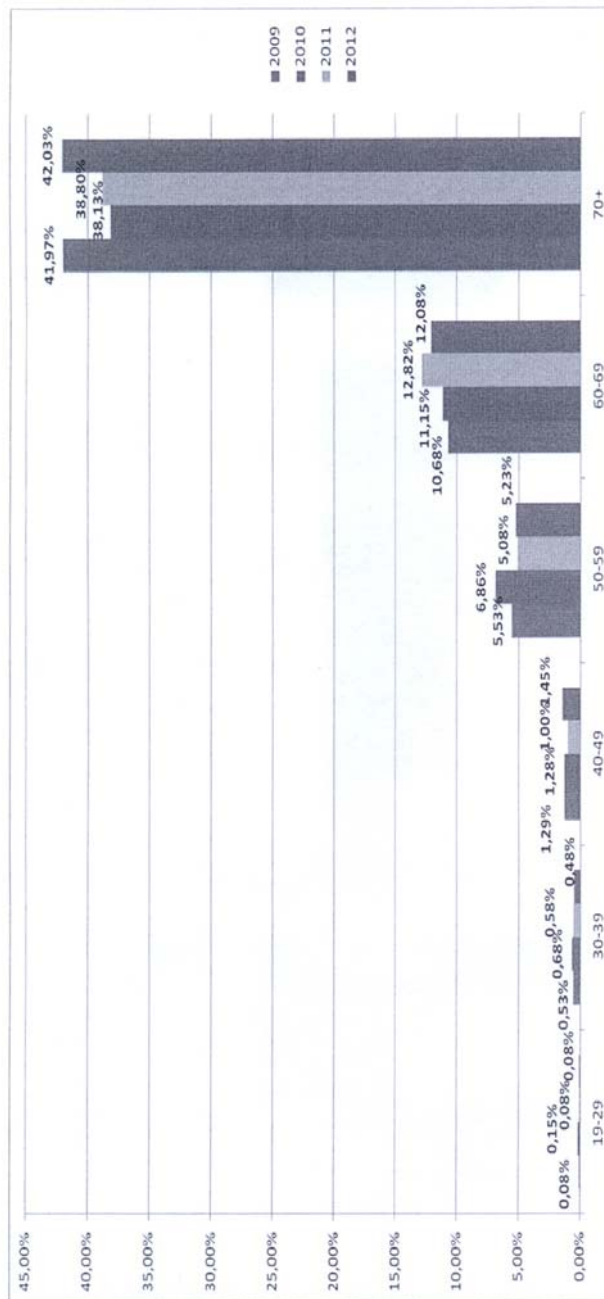
Poniżej przedstawione są wykresy szczegółowo obrazujące strukturę hospitalizacji mieszkańców powiatu piotrkowskiego wg różnych kryteriów z powodu chorób składających się na ogólną kategorię „choroby układu krążenia”. Poniższe wykresy dotyczą danych za lata 2009–2012, co pozwala zaobserwować określone trendy. Ponadto, umieszczono tabele struktury hospitalizacji wg przyczyny w roku 2013, które pełniej przedstawiają kluczowe informacje w tym zakresie (rys. 8, 9, 10, 11, 12, 13).

Rysunek 8. Odsetek rozpoznanych ChUK hospitalizowanych mieszkańców powiatu piotrkowskiego w roku 2013 (WCZP)



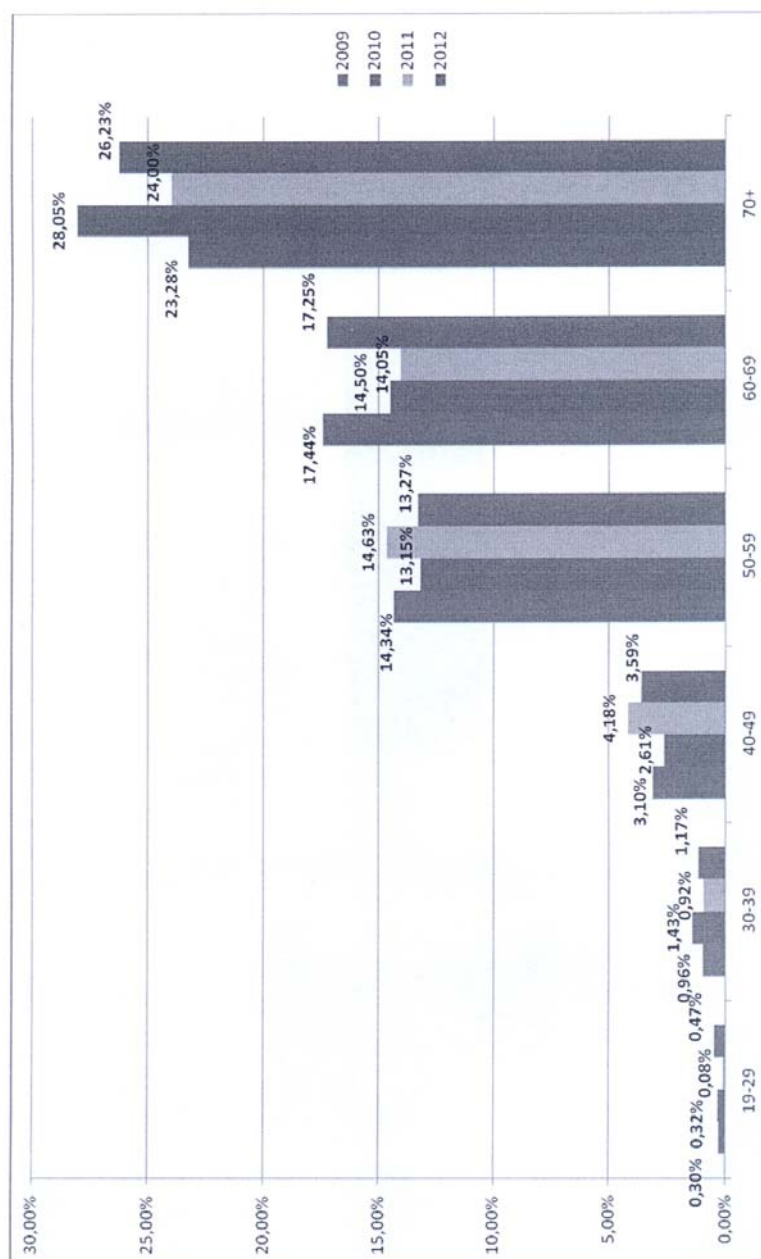
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z WCZP.

Rysunek 9. Odsetek rozpoznani ChUK hospitalizowanych mieszkańców - kobiet - powiatu piotrkowskiego w roku 2013 (WCZP)



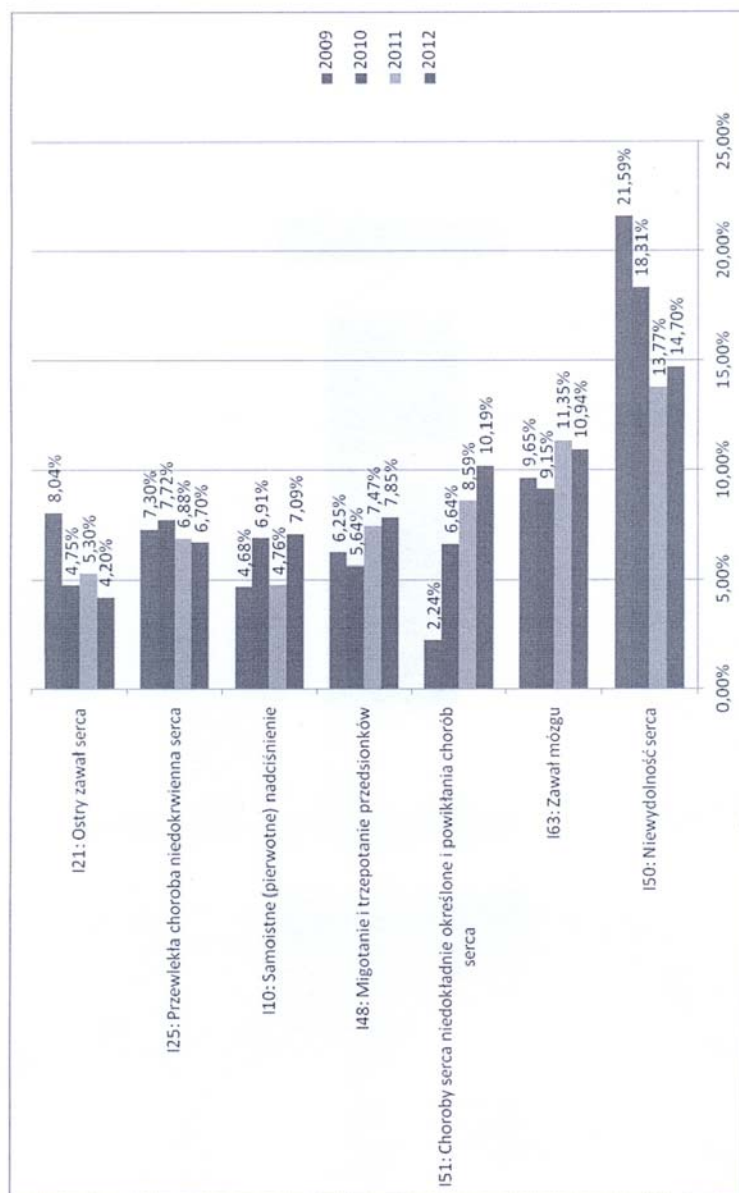
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z WCZP.

Rysunek 10. Odsetek rozpoznania ChUK hospitalizowanych mieszkańców- mężczyzn - powiatu piotrkowskiego w roku 2013 (WCZP)



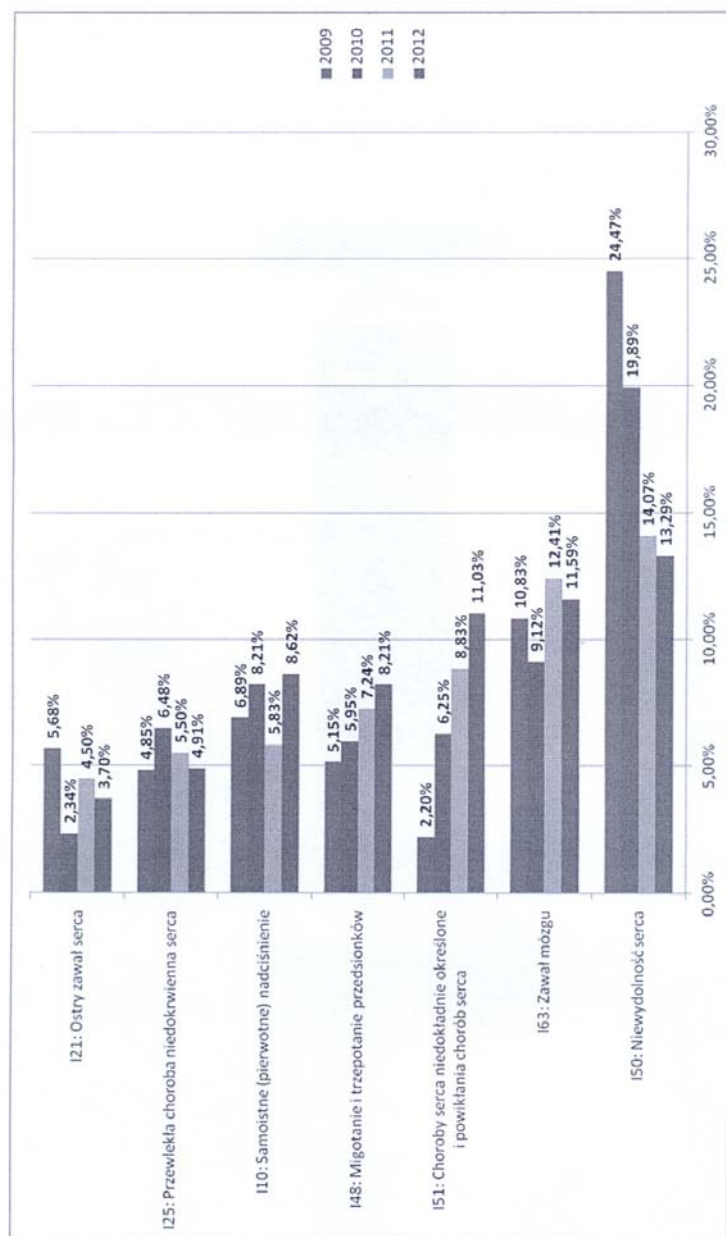
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z WCZP.

Rysunek 11. Struktura hospitalizacji wg szczegółowych rozpoznań w obrębie ChUK dorosłych mieszkańców powiatu piotrkowskiego w roku 2013 (WCZP)



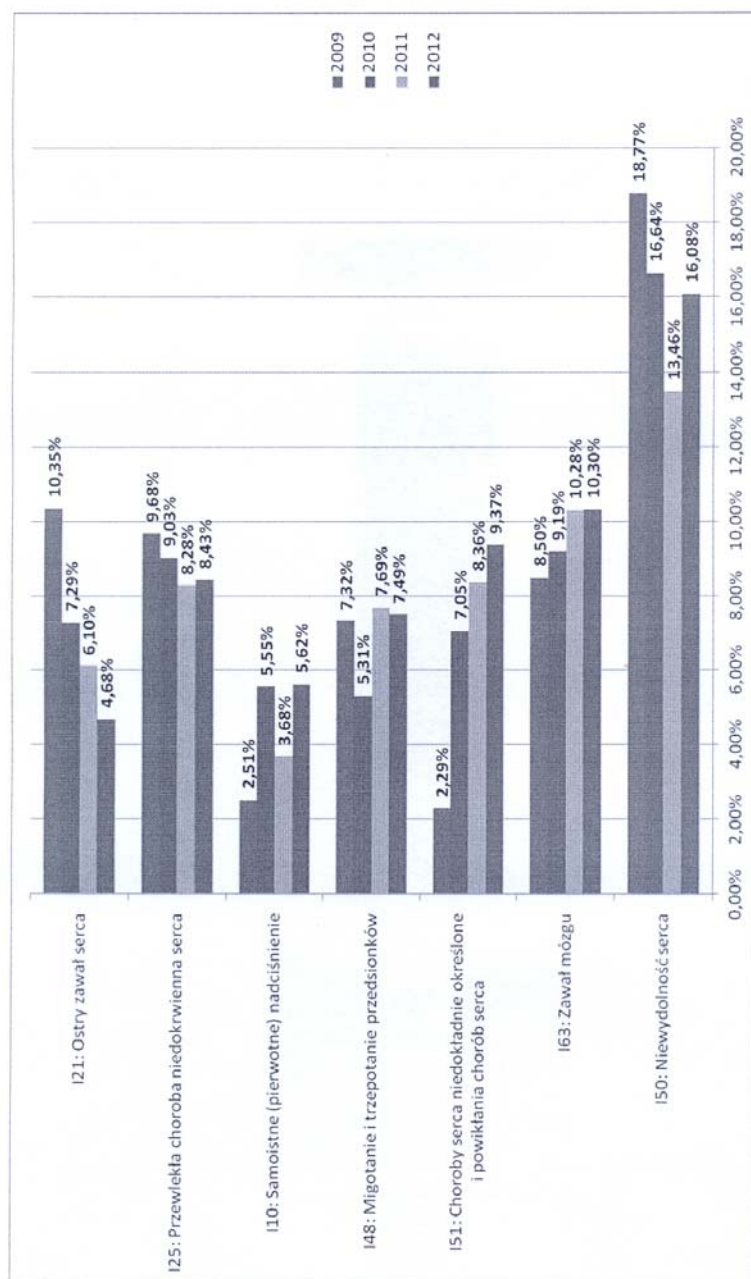
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z WCZP.

Rysunek 12. Struktura hospitalizacji wg szczegółowych rozpoznań w obrębie ChUK mieszkańców – dorosłych kobiet - powiatu piotrkowskiego w roku 2013 (WCZP)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z WCZP.

Rysunek 13. Struktura hospitalizacji wg rozpoznania mieszkańców – dorosłych mężczyzn – powiatu piotrkowskiego w roku 2013 (WCZP)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z WCZP.

Brak jest powszechnie dostępnych, kompleksowych informacji na temat leczenia się mieszkańców powiatu w poradniach specjalistycznych, w tym kardiologicznych. Czas oczekiwania na pierwszorazową poradę specjalistyczną w poradni kardiologicznej Powiatowego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Piotrkowie wynosił w okresie ostatnich lat, 2,5 miesiąc, a na kolejną wizytę 5 miesięcy.

W strukturze przyczyn hospitalizacji mieszkańców powiatu w latach 2009-2013 ChUK stanowiły – średnio – dla kobiet 14%, a dla mężczyzn 17%. W przypadku kobiet – mieszkanek powiatu – od 40 r.ż. obserwujemy (średnio) następujące przyrosty dekadowe hospitalizacji z powodu ChUK: 40+/50+ – 2-krotność; 50+/60+ – 2-krotność. W przypadku mężczyzn – mieszkańców powiatu – od 300 r.ż. obserwujemy (średnio) następujące przyrosty dekadowe hospitalizacji z powodu ChUK: 30+/40+ – 3-krotność; 40+/50+ – 3-krotność; 50+/60+ – blisko 4-krotność. W strukturze rozpoznań szczegółowych z grupy ChUK, z powodu, których hospitalizowani byli mężczyźni dominuje niewydolność serca (średnio 20%). Natomiast zawały serca występowały 2-krotnie częściej niż u kobiet. W grupach wiekowych 30-39 i 40-49, mężczyzn hospitalizowanych z powodu ChUK było (średnio) 2-krotnie więcej niż hospitalizowanych kobiet. Z analizy danych udostępnionych przez WCZP za lata 2009–2010 wynika, że każdego roku średnio 28% chorych na ChUK mieszkańców powiatu poszukuje pomocy medycznej w placówkach zlokalizowanych poza powiatem/miastem Piotrków Trybunalski, na terenie, którego znajdują się dwa szpitale (powiatowy i wojewódzki). W roku 2010 było to 727 z 2589 hospitalizacji.

Omówienie wyników i wnioski

Bez względu na to, czy na problemy zdrowotne dorosłych mieszkańców powiatu piotrkowskiego patrzymy z perspektywy lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, czy też przez pryzmat głównych przyczyn hospitalizacji, to choroby układu krążenia (ChUK), przodują w statystykach.

Nie można jednocześnie tracić z pola widzenia problemu niezwykle wysokiej śmiertelności dzieci w wieku 0-4 r.ż. z powodu ChUK, (współczynnik na 10 tys. mieszkańców). Jest on (dane za 2012 r.) ponad 7-krotnie wyższy aniżeli średnia wartość dla województwa.

Na przestrzeni ostatnich lat rokrocznie do stałej opieki medycznej przybywa, średnio 10%, procent nowych pacjentów z rozpoznaniem ChUK. W przypadku kobiet – mieszkanek powiatu – od 40 r.ż. obserwujemy (średnio) następujące przyrosty dekadowe hospitalizacji z powodu ChUK: 40+/50+ – 2-krotność; 50+/60+ – 2-krotność.

W przypadku mężczyzn – mieszkańców powiatu – od 30 r.ż. obserwujemy (średnio) następujące przyrosty dekadowe hospitalizacji z powodu ChUK: 30+/40+ – 3-krotność; 40+/50+ – 3-krotność; 50+/60+ – blisko 4-krotność. W grupach wiekowych 30-39 i 40-49, mężczyzn hospitalizowanych z powodu ChUK było (średnio) 2-krotnie więcej niż kobiet.

Wartość standaryzowana współczynnika SMR dla zgonów z tytułu ChUK sytuuje powiat piotrkowski na jednym z najgorszych miejsc w Polsce. Biorąc pod uwagę tzw. kryteria negatywne, (czyli lista – od najgorszego do najlepszego) to powiat piotrkowski pod tym względem zajmuje 12 pozycję na 380 powiatów, dla których dostępne są dane.

Analiza wartości współczynnika SMR na przestrzeni lat 1999–2010 wskazuje, że jakkolwiek ChUK stanowią u kobiet statystycznie mniejszą liczbę problemów zdrowotnych, to jednak z punktu widzenia przyczyn zgonów jest to tak samo poważny problem jak w przypadku mężczyzn – mieszkańców powiatu piotrkowskiego.

Konieczne jest szczegółowe przeanalizowanie przyczyn nadumieralności mieszkańców powiatu na ChUK w grupach wiekowych 20-22 (2-krotnie więcej niż wskaźnik dla województwa) oraz 30-34 (2-krotnie) – (współczynnik na 10 tys. mieszkańców)

W konsekwencji, z punktu widzenia możliwości wpływu, ChUK stanowią dla powiatu piotrkowskiego naturalny obszar koniecznej interwencji profilaktycznej wspartej działaniami z zakresu promocji zdrowego stylu życia mieszkańców.

W przypadku ChUK obydwie aspekty muszą być ze sobą ściśle powiązane, albowiem – jak wskazuje literatura specjalistyczna, w genezie ChUK czynniki ryzyka mają bezpośredni związek z zachowaniami w zakresie stylu życia, aktywności, palenia tytoniu i sposobu odżywiania się.

Biorąc pod uwagę niski stopień zamożności mieszkańców powiatu piotrkowskiego szczególnie wskazane jest objęcie programem profilaktyki ChUK i promocji zdrowia osoby o niskim statusie zamożności, czyli pobierających zasiłki w gminnych ośrodkach pomocy społecznej z tytułu kryterium dochodowego określonego w ustawie o pomocy społecznej.

Charakterystyka zachorowalności oraz zgonów z tytułu ChUK wskazuje, że konieczne jest objęcie tego typu dedykowanym programem zarówno kobiety, jak i mężczyźni.

Bibliografia

- Arak P., Ivanov A., Peleah M., Płosza A.J., Rakocy K., Rok J., Wyszowski K. (2012). Krajowy Raport o Rozwoju Społecznym Polska 2012. Rozwój regionalny i lokalny, Biuro Projektowe UNDP w Polsce, Warszawa.
- Dmochowska H. (red.) (2011). *Mały Rocznik statystyczny 2011*. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa.
- Dmochowska H. (red.) (2012). *Mały Rocznik statystyczny 2012*. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa.
- Dmochowska H. (red.) (2013). *Mały Rocznik statystyczny 2013*. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa.
- Labarthe D.R., Dunbar S.B. (2012). *Recent Advances in Preventive Cardiology and Lifestyle Medicine Global Cardiovascular Health Promotion and Disease Prevention 2011 and Beyond*. Circulation 125 ss. 2667-2676.
- Olczyk H. (red.) (2013). *Informator statystycznych ochrony zdrowia województwa łódzkiego 2012*. Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi, Łódź.
- Stegeman I., Costongs C., Needle C. (2010). *Historia DETERMINE. Wspieranie działań na rzecz równości w zdrowiu w Unii Europejskiej. Raport końcowy z działań Konsorcjum DETERMINE*. <http://eurohealthnet.eu/sites/eurohealthnet.eu/files/publications/DETERMINE-Final-Publication-Story-POLISH> [1.10.2014].
- Wojtysiak B., Goryńskiego P., Moskaiewicz B. (red.) (2012), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny, Warszawa.
- Wojtysiak B., Rabczenko D., Pokarowski P., Poznańska A., Stokwiszewski J. *Atlas umieralności ludności Polski w latach 1999-2001 i 2008-2010*. www.atlas.pzh.gov.pl [6.10.2014].
- World Health Organization (2011a). Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva, Switzerland.
- World Health Organization (2011b). Global Atlas on cardiovascular disease prevention and control Published by the World Health Organization in collaboration with the World Heart Federation and the World Stroke Organization. Geneva, Switzerland.
- World Health Organization (2011c). Noncommunicable Diseases Country Profiles 2011. Geneva, Switzerland.
- World Health Organization (2012). Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce, Europejskie Biuro Światowej Organizacji Zdrowia; Warszawa.

Lidia Sierpińska

1 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ

Anna Ksykiewicz-Dorota

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Artur Wdowiak

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Marian Jędrych

Uniwersytet Medycznego w Lublinie

Włodzimierz Stelmach

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Jan Krakowiak

Spoleczna Akademia Nauk

Monika Sadowska

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Ocena poziomu pielęgnowania pacjentek na oddziałach ginekologicznych

Evaluation of the level of nursing patient care in gynaecological wards

Abstract: Evaluation of the level of nursing patient care in gynaecological wards and comparison of the coefficients obtained between hospitals with and without the quality certificate.

The study was conducted during the period 2010–2012 in 17 gynaecological wards, sub-wards in 17 hospitals in Poland - with and without the quality certificate. The study covered 253 patients, which constituted 74.0% of the total number of patients treated in the wards where the study was conducted. The research instrument was a questionnaire for the assessment of the level of nursing care BOHIP-SZO acc. to H. Lenartowicz. The criteria mainly concerned: patient safety, protection against infection, hotel services, including the satisfaction of existential needs, patient subjectivity, self-care, therapeutic-nursing procedures, organization and documentation of nursing care.

Analysis of the research material allowed the presumption that the results of evaluation of the level of nursing care provided for women during hospitalization in gynaecological wards were on a higher level in hospitals with accreditation or the ISO certificate than in hospitals without the quality certificate ($p < 0.001$).

Preparation of a hospital for accreditation according to accreditation criteria and to the certification according to the requirements of the standard PN EN ISO 9001:2009 has a motivational effect on hospital staff, with respect to the observance of standards and procedures of care, which results in a higher level of patient nursing in hospitals with the quality certificate.

Key words: level of nursing, quality of care, BOHIPSZO questionnaire.

Wstęp

Wysoki poziom jakości świadczonych usług na oddziałach szpitalnych ma przełożenie na zdrowie i życie pacjenta, zapobiega błędom jatrogennym, pomyłkom, z którymi wiążą się zbędne koszty szpitala. Troska o jakość opieki położniczo- pielęgniarzkiej jest jednym z zasadniczych warunków powodzenia leczenia, poprawy stanu bio-psycho-społecznego pacjentek oraz świadczy o dobrym zarządzaniu zakładem opieki zdrowotnej. Jednocześnie poziom świadczeń medycznych, podejście do chorych mogą skłonić pacjentki do skorzystania w przyszłości z usług danego szpitala bądź nie.

Podmioty lecznicze chcąc spełnić oczekiwania swoich odbiorców usług coraz częściej ubiegają się o uzyskanie certyfikatu akredytacyjnego lub wdrażają system zarządzania jakością, który wiąże się ze spełnieniem wymagań PN-EN ISO 9001:2009.

Wprowadzanie w szpitalach systemów zarządzania jakością daje szanse doskonalenia świadczeń medycznych i zaspokajania potrzeb klientów. Zdarza się, że świadczeniodawca uważa, że usługa jest świadczona na wysokim poziomie, a pacjent postrzega odwrotnie [Parasuraman 1985, Rudawska 2005]. Wobec powyższego wraz z doskonaleniem jakości opieki nad chorym wiąże się potrzeba obiektywnej oceny poziomu pielęgnowania przy pomocy różnych metod i wystandaryzowanych narzędzi badawczych. Jednym z narzędzi oceny poziomu pielęgnowania jest arkusz – BOHIPSZO [Sierpińska 2011].

Cele pracy, materiał i metody

Cele pracy to:

- Obiektywna ocena poziomu pielęgnowania pacjentek na oddziałach ginekologicznych.
- Porównanie otrzymanych współczynników poziomu pielęgnowania na oddziałach ginekologicznych między szpitalami z certyfikatem jakości a jednostkami bez certyfikatu.

Badania przeprowadzono w okresie od lutego 2010 r. do czerwca 2012 r. w 17 oddziałach, pododdziałach ginekologii 17 szpitali. Było to 9 oddziałów, pododdziałów z 9 szpitali posiadających certyfikat jakości (akredytacja lub ISO) w województwach: łódzkim, świętokrzyskim, opolskim, lubelskim. Tę grupę oznaczono, jako A. Badaniami również objęto 8 oddziałów, pododdziałów z 8 szpitali, które nie posiadały certyfikatu jakości (grupa B) na terenie województw: lubelskim, małopolskim, łódzkim.

Łącznie w badaniu wzięło udział 253 pacjentek, co stanowiło 74,0% ogółu leczonych kobiet na oddziałach objętych badaniem. Metodą doboru próby był dobór losowy prosty – tab. 1.

Tab. 1. Struktura badanych chorych (grupa A i B)

Lp.	Badani	Grupa A		Grupa B		Razem	
		L	%	L	%	L	%
1.	Chore leczone w oddziałach, pododdziałach ginekologii	137	54,2	116	45,8	253	100,0

Źródło: opracowanie własne.

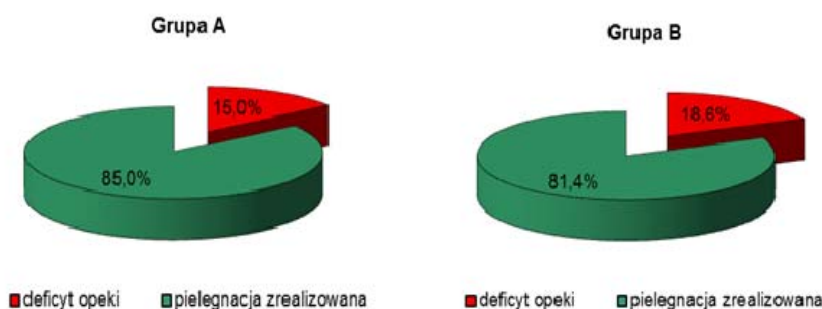
W badaniu wykorzystano metodę badawczą – sondaż diagnostyczny. W ocenie poziomu pielęgnowania narzędziem badawczym był arkusz oceny poziomu pielęgnowania BOHIPSZO wg H. Lenartowicz, składający się z VIII grup standardów uznawanych za najważniejszych w pielęgnowaniu chorych. Standardy główne składają się z 71 kryteriów szczegółowych (każdy z nich ma przypisaną wartość punktową od 1–8 pkt.). Nazwa kwestionariusza BOHIPSZO pochodzi od pierwszych 8 liter standardów głównych, tj.: **B**ezpieczeństwo chorego, **O**chrona przed zakażeniem, **H**otelowe usługi wraz z zaspokojeniem potrzeb egzystencjonalnych, **I**nmowanie, **P**odmiotowość, **S**amopielęgnacja, **Z**abiegi leczniczo-pielęgnacyjne, **O**rganizowanie i dokumentowanie opieki pielęgniarstwa.

Badany materiał poddano analizie statystycznej. Wykorzystano weryfikację hipotez statystycznych opartą o test nieparametryczny: Test Chi-kwadrat [Armitage 1978; Moczko et al. 2010]. Zależności pomiędzy badanymi cechami stwierdzano przy poziomie $p < 0,05$. Opracowanie wyników badań zostało wykonane na komputerze IBM PC, z wykorzystaniem programu „STATISTICA 10,0”.

Wyniki badań

Na podstawie przeprowadzonej analizy materiału badawczego odnośnie obiektywnej oceny poziomu pielęgnowania pacjentek na oddziałach ginekologicznych, w polskich szpitalach stwierdzono, że w obu grupach badawczych pacjentki miały zapewnione dość dobre warunki opieki. Jednak oceniono, że globalny współczynnik opieki był wyższy w szpitalach z certyfikatem jakości (grupa A – 85,0%) w porównaniu do zakładów bez certyfikatu (grupa B – 81,4%), co było istotne statystycznie ($p < 0,001$) – rys. 1.

Rysunek 1. Wskaźnik globalny poziomu pielęgnowania na oddziałach ginekologicznych (grupa A i B)



Źródło: opracowanie własne.

W dalszej kolejności analizy wyników badań określono wartości procentowe realizowanych świadczeń oraz deficytu opieki w poszczególnych kryteriach głównych (VIII standardach). Zaobserwowano, że w sześciu kryteriach głównych poziom świadczonej opieki był istotnie wyższy we wszystkich szpitalach z certyfikatem jakości w porównaniu do szpitali grupy B.

Stwierdzono istotną zależność pomiędzy rodzajem badanego szpitala (z certyfikatem, bez certyfikatu) a zapewnieniem bezpieczeństwa pacjentkom w szpitalu ($p < 0,001$) – tab. 2.

Tab. 2. Zapewnienie chorym bezpieczeństwa (Grupa A i B)

Badana grupa	Zgodność postępowania				Razem	
	tak		nie			
Grupa A	3838	83,6%	751	16,4%	4589	100,00%
Grupa B	3026	79,2%	796	20,8%	3822	100,00%
Ogółem	6864	81,6%	1547	18,4%	8411	100,00%
Chi-kwadrat (df=1); 27,65; p<0,001						

Źródło: opracowanie własne.

W szpitalach z certyfikatem znacznie częściej zapobiegano zdarzeniom niepożądanym – współczynnik realizowanych świadczeń wyniósł 83,6%. Większość położnych i pielęgniarek zapewniało warunki, aby kobiety nie miały dostępu do apteczki oddziałowej, do środków dezynfekcyjnych. Stwierdzono, że chore miały zapewnione bezpieczne warunki na sali, w pokoju zabiegowym, korytarzu i w innych pomieszczeniach oddziału. Jednocześnie pacjentki posiadały w zasięgu ręki sprawną sygnalizację; w pomieszczeniach oddziału były zamocowane odpowiednie uchwyty, poręcze. Poza tym położne, pielęgniarki i personel pomocniczy przestrzegał zasad postępowania w przypadku pożaru oraz sprzęt przeciwpożarowy był umieszczony na właściwym miejscu. W oddziałach, gdzie przeprowadzano badania, były standardy wzywania zespołu reanimacyjnego i postępowania w stanach nagłych. Zaobserwowano również, że w szpitalach z certyfikatem jakości instalacja elektryczna, gazowa tlenowa oraz aparatura medyczna nie zagrażały pacjentkom; były przestrzegane procedury identyfikacji chorych. Pacjentki w szpitalach bez certyfikatu (grupa B) w 79,2% miały zapewnione bezpieczne środowisko szpitalne w powyższym zakresie.

W dalszej analizie materiału badawczego stwierdzono także istotną zależność pomiędzy rodzajem szpitala objętego badaniem (z certyfikatem, bez certyfikatu) a zapewnieniem wysokiego poziomu usług hotelowych wraz z zaspokojeniem potrzeb egzystencjonalnych ($p=0,0004$) – tab. 3.

Z analizy materiału badawczego wynika, że pacjentki w szpitalach z certyfikatem jakości miały zapewnione na wyższym poziomie warunki socjalne na salach chorych, a także zdecydowanie częściej w tej grupie szpitali przestrzegano standardów pielęgnacji i żywienia chorych (85,6%) w porównaniu do szpitali bez certyfikatu (deficyt opieki wynosił 17,6%).

Tabela 3. Hotelowe usługi wraz z zaspokojeniem potrzeb egzystencjonalnych (Grupa A i B)

Badana grupa	Zgodność postępowania				Razem	
	tak		nie			
Grupa A	3092	85,6%	520	14,4%	3612	100,00%
Grupa B	2414	82,4%	517	17,6%	2931	100,00%
Ogółem	5506	84,2%	1037	15,8%	6543	100,00%
Chi-kwadrat (df=1);12,96 p= 0,0004						

Źródło: opracowanie własne.

W analizowanym materiale badawczym stwierdzono istotną zależność pomiędzy rodzajem badanego szpitala (z certyfikatem, bez certyfikatu) a informowaniem pacjentek zgodnie z ich życzeniem ($p < 0,001$) – tab. 4.

Tabela 4. Informowanie pacjentek zgodnie z ich życzeniem (grupa A i B)

Badana grupa	Zgodność postępowania				Razem	
	tak		nie			
Grupa A	1508	80,9%	357	19,1%	1865	100,00%
Grupa B	1192	74,8%	401	25,2%	1593	100,00%
Ogółem	2700	78,1%	758	21,9%	3458	100,00%
Chi-kwadrat (df=1); 1826; p< 0,001						

Źródło: opracowanie własne.

Na oddziałach ginekologicznych, w szpitalach z certyfikatem, zdecydowanie częściej pacjentki były informowane zgodnie z ich prośbą – współczynnik opieki wyniósł 80,9%. Położne i pielęgniarki częściej informowały pacjentki o warunkach świadczonej opieki przez szpital, o przysługujących im prawach, o topografii oddziału i rozkładzie dnia w oddziale. Pacjentki ze szpitali grupy A częściej знаły nazwisko lekarza prowadzącego, położnej oddziałowej i położnej/pielęgniarki odpowiedzialnej za pielęgnację oraz chore posiadały szersze informacje odnośnie pielęgnowania. W szpitalach bez certyfikatu (grupa B) pacjentki w mniejszym stopniu (świadczenia realizowano w 74,8%) otrzymywały informacje w powyższym zakresie.

W ocenie V kryterium również stwierdzono istotną zależność pomiędzy rodzajem szpitala objętego badaniem (z certyfikatem, bez certyfikatu) a respektowaniem podmiotowości, godności pacjentek ($p < 0,001$) – tab. 5.

Tabela 5. Respektowanie podmiotowości, godności pacjentek (grupa A i B)

Badana grupa	Zgodność postępowania				Razem	
	tak		nie			
Grupa A	3334	82,8%	692	17,2%	4026	100,00%
Grupa B	2575	77,7%	738	22,3%	3313	100,00%
Ogółem	5909	80,5%	1430	19,5%	7339	100,00%
Chi-kwadrat (df=1); 29,99, p<0,001						

Źródło: opracowanie własne.

W szpitalach z certyfikatem jakości pacjentki bądź ich rodziny brały udział w 82,8% w planowaniu pielęgnacji, współdecydowały o czasie wykonywania zabiegu. Poza tym położne/pielęgniarki z kulturą i życzliwością odnosiły się do chorych, okazywały poszanowanie godności osobistej, szybko reagowały na dzwonki, organizowały czas wolny chorym i otaczały troskliwą opieką w fazie terminalnej. W szpitalach bez certyfikatu niektóre pacjentki nie miały (w 22,3%) zapewnionego podmiotowego podejścia ze strony położnych i pielęgniarek.

W analizie kolejnego kryterium również twierdzono istotną zależność pomiędzy rodzajem badanego szpitala (z certyfikatem, bez certyfikatu) a przygotowaniem pacjentek do samopielęgnacji ($p < 0,001$) – tab. 6.

Tabela 6. Przygotowanie pacjentek do samopielęgnacji (grupa A i B)

Badana grupa	Zgodność postępowania				Razem	
	tak		nie			
Grupa A	2334	79,8%	592	20,2%	2926	100,00%
Grupa B	1812	72,8%	678	27,2%	2490	100,00%
Ogółem	4146	76,6%	1270	23,4%	5416	100,00%
Chi-kwadrat (df=1);3 6,68, p<0,001						

Źródło: opracowanie własne.

Z analizy badań wynika, że pacjentki leczone w szpitalach z certyfikatem jakości były zdecydowanie lepiej przygotowane do samoopieki i samoobserwacji w warunkach domowych po wyjściu ze szpitala (realizowano świadczenia w 79,8%). Ponadto ta grupa chorych i ich rodzina miała częściej przekazywane informacje na temat prozdrowotnego stylu życia; pacjentki umiały eliminować czynniki szkodliwe w swoim stylu życia, by utrzymać i potęgować swoje zdrowie. W szpitalach bez certyfikatu mniej badanych pacjentek i ich rodzin było przygotowanych do samoopieki (realizacja świadczeń była na poziomie 72,8%).

W dalszej analizie materiału badawczego stwierdzono także istotną zależność pomiędzy rodzajem badanego szpitala (z certyfikatem, bez certyfikatu) a sprawnym organizowaniem i dokumentowaniem opieki ($p < 0,001$) – tab. 7.

Tabela 7. Sprawne organizowanie i dokumentowanie opieki (grupa A i B)

Badana grupa	Zgodność postępowania				Razem	
	tak		nie			
Grupa A	3115	79,4%	806	20,6%	3921	100,00%
Grupa B	2544	75,5%	827	24,5%	3371	100,00%
Ogółem	5659	77,6%	1633	22,4%	7292	100,00%
Chi-kwadrat (df=1); 173,02, p<0,001						

Źródło: opracowanie własne.

Z analizy materiału badawczego wynika, że w oddziałach szpitalnych z certyfikatem jakości opieka nad chora była zorganizowana na wysokim poziomie metodą procesu pielęgnowania i starannie dokumentowana (w 79,4%). Poza tym pacjentki i ich rodziny były włączone do sprawowania opieki. Liczna grupa pacjentek hospitalizowanych w szpitalach bez certyfikatu jakości nie miała spełnionych powyższych standardów (deficyt opieki wynosił 24,5%)

Analiza kolejnych kryteriów jakości opieki na oddziałach ginekologicznych (*Ochrona przed zakażeniem, Zabiegi leczniczo – pielęgnacyjne*) – pozwala na stwierdzenie, że nie było różnic istotnych statystycznie.

Dyskusja

Bezpieczeństwo pacjenta w trakcie hospitalizacji jest ważnym i istotnym elementem jakości opieki pielęgniarstwa. Z analizy literatury przedmiotu wynika, że w opiece zdrowotnej można zapobiec aż w 42,0% zdarzeniom niepożądanym zagrażającym życiu chorego [Cronenwett 2002]. Amerykańskie Stowarzyszenie Pielęgniarek wskazuje, że urazy i błędy medyczne wynikają z braków kadrowych, a w tym kadry pielęgniarstwa [Ballard 2003]. Wyniki badań własnych potwierdzają, że w jednostkach z certyfikatem jakości znamienne częściej przestrzegano zasad bezpieczeństwa pacjentek w trakcie leczenia na oddziałach ginekologicznych, zapewniano wyższy poziom warunków hotelowych w porównaniu do szpitali bez certyfikatu.

Schmidt, po przeprowadzeniu badań w szpitalach w USA, uważa, że wskaźnikiem poziomu jakości opieki pielęgniarstwa w szpitalu jest poziom zadowolenia pacjenta z usług pielęgniarstwa, jakie otrzymują podczas hospitalizacji. Szczególnie podkreśla informowanie i udzielanie wyjaśnień pacjentowi, terminowe udzielanie świadczeń, reakcje na prośby lub objawy chorobowe pacjenta [Schmidt 2003].

Z badań własnych wynika, że na oddziałach ginekologicznych, w szpitalach z certyfikatem, zdecydowanie częściej pacjentki były informowane zgodnie z ich prośbą. Między innymi otrzymywały informacje o warunkach świadczonej opieki przez szpital, o przysługujących im prawach, o topografii oddziału i rozkładzie dnia w oddziale, o sobie odpowiedzialnej za opiekę.

W zapewnieniu wysokiego poziomu jakości opieki nad chorym istotne znaczenie ma przestrzeganie praw pacjenta, między innymi „prawo do poszanowania godności i intymności pacjenta” [Dz. U. Nr 52, poz. 17 z dnia 31 marca 2009 r. z późn. zm.]. Przestrzeganie tego prawa jest szczególnie ważne dla kobiety objętej opieką szpitalną z powodu, np. problemów z ciążą, poronieniem czy porodem. Na podstawie analizy wyników materiału badawczego stwierdzono, że w szpitalach z certyfikatem jakości również na wyższym poziomie położne i pielęgniarki respektowały podmiotowość, godność, intymność pacjentek w oddziałach ginekologicznych (pytano pacjentki o zgodę na zabiegi pielęgnacyjne, zapewniano warunki intymności, respektowano potrzeby religijne, udzielano wsparcia psychicznego w razie potrzeby) w porównaniu do szpitali bez certyfikatu, co było istotne statystycznie.

W literaturze przedmiotu napotkano na doniesienia, że przygotowanie chorego do samoopieki jest szczególnie istotne dla osób przewlekle chorych.

Przygotowanie pacjentów do samoopielegnacji pomaga im radzić sobie z bólem, z negatywnymi emocjami, często jest kluczowym elementem w opiece paliatywnej [Johnston 2010]. Na oddziałach ginekologicznych bardzo często przebywają pacjentki ciężarne z cukrzycą, które szczególnie wymagają przygotowania w zakresie samoopieki w warunkach domowych [Keohane 1991].

Wyniki badań własnych przeprowadzonych w krajowych oddziałach ginekologicznych dowodzą, że położne/pielęgniarki zatrudnione w szpitalach z certyfikatem jakości realizując funkcje zawodowe istotnie częściej przygotowywały pacjentki do samopielegnacji, samoobserwacji w warunkach domowych.

Zdaniem Donabediana w kompleksowym podejściu do doskonalenia jakości opieki nad chorym należy rozpatrywać, między innymi aspekty strukturalne i organizacyjne procesu opieki zdrowotnej [Donabedian 1988]. Z badań przeprowadzonych w szpitalu w Texasie przez pełnomocnika jakości wynika, że poziom jakości opieki pielęgniarskiej jest uwarunkowany dobrą organizacją pracy pielęgniarek [Knight 2008].

Z przeprowadzonych badań wynika, że na oddziałach ginekologicznych w szpitalach z certyfikatem jakości opieka nad chora była sprawniej organizowana i dokładniej dokumentowana metodą procesu pielęgnowania w porównaniu do szpitali bez certyfikatu.

Wnioski

1. Globalny współczynnik oceny poziomu pielęgnowania na oddziałach ginekologicznych był statystycznie istotnie wyższy w szpitalach z certyfikatem akredytacyjnym i certyfikatem ISO w porównaniu do zakładów bez certyfikatów, co wskazuje, że przygotowanie szpitala do wizyty akredytacyjnej i do audytu certyfikującego mobilizuje pracowników szpitala do wdrożenia i przestrzegania standardów i procedur opieki.
2. Na oddziałach ginekologicznych w szpitalach z certyfikatem jakości współczynnik poziomu pielęgnowania w trakcie hospitalizacji był wyższy w stopniu istotnym statystycznie w sześciu kryteriach ujętych w kwestionariuszu BOHIPSZO (*Bezpieczeństwo chorego, Hotelowe usługi wraz z zaspokojeniem potrzeb egzystencjonalnych, Informowanie, Podmiotowość, Samopielegnacja, Organizowanie i dokumentowanie opieki pielęgniarskiej*).

Bibliografia

- Parasuraman A. Zeithaml V.A. Berry L.L. (1985), *A conceptual model of service quality and its implications for the future research*, „J of Marketing”, nr 49.
- Rudawska I. (2005), *Satysfakcja pacjenta czy postrzegana jakość usługi zdrowotnej? O sposobach oceny relacji pacjent – usługodawca*, Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, nr 1.
- Sierpińska L. (2011), *Przegląd narzędzi oceny poziomu pielęgnowania chorego w lecznictwie stacjonarym*, „Pielęgniarstwo XXI wieku”, 36 (3).
- Armitage P. (1978), *Metody statystyczne w badaniach medycznych*. PZWL, Warszawa.
- Moczko J.A, Bręborowicz G.H. (2010), *Nie samą biostatystyką...*, Ośrodek Wydawnictw Naukowych ICB PAN, Poznań.
- Cronenwett L.R. (2002), *Research, practice and policy: Issues in evidence based care*. “Online J of Issues in Nursing”, 39(30).
- Ballard K.A. (2003), *Patient Safety. A Shared Responsibility*. “Online J. of Issues in Nursing”, 8 (3).
- Schmidt L.A. (2003), *Patients' perceptions of nursing care in the hospital setting*. “J of Advanced Nursing”, 44(4).
- Dziennik ustaw o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. Nr 52, poz. 17 z dnia 31 marca 2009 r. z późn. zm.)
- Johnston B. (2010), *Can self-care become an integrated part of end-of-life care? Implications for palliative nursing*, “International J of Palliative Nursing”, 16(50).
- Keohane N.S, Lacey L.A. (1991), *Preparing the woman with gestational diabetes for self-care*, “J Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing”, 20(3).
- Donabedian A. (1988), *Quality assessment and assurance: unity of purpose, diversity of means*, “Inquiry”, nr 25.
- Knight T. (2008), *Becoming a top quality and safety hospital*, “Building Quality in Health Care” 2008, nr 2.

Adam Rzeźnicki
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Włodzimierz Stelmach
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Alina Kowalska
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Kamil Chowański
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Monika Mórawiec
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Marta Szkiela
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Iwona Stelmach
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Jan Krakowiak
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Rola telewizji w kształtowaniu zachowań zdrowotnych młodzieży gimnazjalnej

The role of television in shaping health behaviour of junior high school youth

Abstract: Lifestyle is formed during the process of mutual interaction between life conditions and individual behaviour pattern that are determined by socio – cultural factors and distinctive features of an individual. The aim of the work was to become familiar with the role of television in shaping health behaviour of high school youth and study the differences in the time spent watching television, and the types of programmes watched in the group of girls and boys.

In March 2014, 288 students of grades 1-3 from selected junior high schools in the region of Monieck in Podlaskie voivodeship were included in the study.

Majority of the 288 subjects, i.e. 195 people (67,7%) declared watching television daily. In the group of 283 respondents watching television, 139 people (49,1%) thought TV had no influence on their behaviour, 94 people (33,2%) thought TV

impacted their behaviour insignificantly, whereas 15 people (11,3%) claimed they were highly influenced by television.

Television appeared to be the most popular medium among the young people, providing them with knowledge concerning pro-healthy lifestyle.

Actions should be taken so as to lower the amount of time spent watching television by the young people, girls in particular.

Key words: youth, television, health behaviour.

Wstęp

Stan zdrowia jednostki i społeczeństwa jest uwarunkowany wieloma ściśle powiązаныmi ze sobą i wzajemnie oddziaływującymi 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” [Łuszczyńska 2004]. Pojęciem nadrzędnym, ściśle związanym z zachowaniami zdrowotnymi jest styl życia. Według Gniazdowskiego [1990], na styl życia składają się decyzje podejmowane przez jednostki, które dotyczą ich zdrowia i które mogą kontrolować w większym lub mniejszym stopniu. Zdaniem Woynarowskiej [2007] „prozdrowotny styl życia oznacza (...), że ludzie podejmują świadomie działania ukierunkowane na zwiększenie potencjału swojego zdrowia (...) oraz eliminują zachowania zagrażające mu”. Jedną z dziedzin stylu życia są zachowania związane z utrzymaniem zdrowia. Woynarowska wyróżnia 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. Dzieląc zachowania pod względem ich skutków dla zdrowia Woynarowska wyróżniła zachowania pozytywne czyli prozdrowotne, sprzyjające zdrowiu oraz zachowania negatywne czyli antyzdrowotne, to jest szkodliwe dla zdrowia, stwarzające ryzyko wystąpienia choroby [Woynarowska 2007].

Okres od 12 do 18-20 roku życia nazywamy okresem wczesnej adolescencji. To wiek dorastania, który jest okresem bardzo ważnym w rozwoju każdej jednostki. Na tym etapie rozwoju następuje systematyczna przemiana dziecka w osobę dorosłą. Ze względu na niskie wskaźniki zachorowalności i umieralności okres dojrzewania uważany był jako „najzdrowszy” w życiu

człowieka. Jednak doświadczenia i nawyki wyniesione z okresu szkolnego, mają wpływ ogromny na późniejsze życie. Dlatego z punktu widzenia zdrowia publicznego zainteresowanie tą grupą populacji ma szczególne znaczenie. Ten etap rozwoju jest najtrudniejszym i najbardziej złożonym. W analizowanym okresie kształtują się zachowania zdrowotne, które mogą być przyczyną problemów zdrowotnych i społecznych, mogą powstawać czynniki ryzyka wielu chorób, niepełnosprawności i przedwczesnej śmierci [Ponczek 2012, s. 260-268].

Okres dzieciństwa i wczesnej młodości to okres, w którym kształtują się zachowania zdrowotne stanowiące integralną część stylu życia. Przyjmuje się, że styl życia formuje się w procesie wzajemnego oddziaływania warunków życia oraz indywidualnych wzorów zachowań, determinowanych przez czynniki społeczno-kulturowe oraz cechy osobowości jednostek [Izdebska 1996]. W procesie tym bardzo ważną rolę odgrywają wzajemne oddziaływania młodego człowieka z rodzicami, rodzeństwem i grupami rówieśniczymi. Koledzy i koleżanki, podobnie jak rodzice i nauczyciele, stają się, zwłaszcza dla nastolatka, modelami zachowań pro- lub antyzdrowotnych. Każde z tych zachowań jest dla dorastającego dziecka równie istotne, jeżeli tylko pozwala zdobyć, tak ważną w tym czasie akceptację grupy rówieśniczej [Zięba-Kołodziej 2012, s. 330-336].

Konstruktywne wykorzystanie czasu, zaangażowanie w naukę oraz normy zachowań obowiązujące w rodzinie zwiększają szansę na prawidłowy rozwój młodego człowieka. Powyższe elementy powodują, że zachowania ryzykowne podejmowane przez dzieci i młodzież, mogą być ograniczone lub mogą w ogóle nie wystąpić.

Jednym ze szczególnie istotnych elementów przyczyniających się do sedentarnego stylu życia jest telewizja [Borzucka-Sitkiewicz 2003, Woynarowska 2008, s. 5]. Dla wielu osób oglądanie telewizji stało się podstawową formą spędzania wolnego czasu. Telewizja wywiera również silny wpływ na rozwój emocjonalny szczególnie w przypadku dzieci i młodzieży. Pierwszy kontakt dziecka z telewizją rozpoczyna się już przed ukończeniem pierwszego roku życia. Telewizor bardzo często traktowany jest przez rodziców, jako „elektroniczna opiekunka dziecka” [Izdebska 1996]. Dla wielu młodych ludzi naturalnym staje się codzienne, wielogodzinne oglądanie telewizji.

Celem pracy było poznanie roli telewizji w kształtowaniu zachowań zdrowotnych młodzieży gimnazjalnej oraz zbadanie różnic w czasie spędzonym na oglądaniu telewizji i rodzaju oglądanych programów w grupie dziewcząt i w grupie chłopców.

Material i metody, wyniki

W marcu 2014 roku objęto badaniami 288 uczniów klas 1-3 w trzech wybranych gimnazjach znajdujących się na obszarze powiatu monieckiego w województwie podlaskim. Zbierając materiał empiryczny posłużono się anonimowym kwestionariuszem ankiety audytoryjnej składającym się z 35 pytań. O dobrowolne wypełnienie ankiety proszono uczniów w czasie lekcji bez obecności nauczyciela. Udzielenie odpowiedzi na wszystkie pytania zawarte w ankiecie zajmowało młodzieży około 30-45 minut. Udział w badaniach był dobrowolny. Na przeprowadzenie badania wyrazili zgodę rodzice uczniów, dyrekcje szkół oraz Komisja Bioetyki Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. W celu opracowania zebranego materiału empirycznego zastosowano metody opisowe i metody wnioskowania statystycznego. Opisując badane grupy respondentów obliczono wskaźniki struktury. Badając zależności między cechami statystycznymi posłużono się testem niezależności χ^2 . Siłę zależności oceniano przy pomocy współczynnika C-Pearsona. Za istotne statystycznie uznano te różnice między częstościami i te zależności między cechami, dla których obliczona wartość testu χ^2 okazała się równa lub większa od wartości krytycznej odczytanej z tablic dla odpowiedniej liczby stopni swobody przy prawdopodobieństwie błędu $p < 0,05$.

Wśród 288 uczniów 163 osoby (56,6%) były płci żeńskiej, a 125 osób (43,4%) było płci męskiej. Najliczniejszą grupę, to jest 115 osób (40,1%) stanowili respondenci w wieku 15 lat. Większość ankietowanych, to jest 56,2% zamieszkiwało w miastach, ale osoby zamieszkujące w miastach liczących 10 tysięcy ludności lub więcej stanowiły 28,1% wszystkich uczestniczących w badaniu. Pozostali badani zamieszkiwali w mniejszych miastach lub miejscowościach. Zdecydowana większość respondentów, to jest 224 osoby (77,8%) posiadała własny pokój. W grupie młodzieży, która posiadała własny pokój u 125 badanych (55,8%) w pokoju znajdował się telewizor. Najliczniejszą grupę, to jest 119 osób (41,3%) stanowili respondenci w których domach znajdowały się 2 telewizory. W cztery lub więcej odbiorników telewizyjnych wyposażone były mieszkania 46 uczniów (16,0%), a tylko jedna osoba dorastała w domu w którym nie znajdował się ani jeden telewizor (tab. 1).

Tabela 1. Charakterystyka badanych

	N	%
Płeć		
Kobiety	163	56,6
Mężczyźni	125	43,4
Wiek		
<14 lat	2	0,7
14 lat	94	32,8
15 lat	115	40,1
16 lat	75	26,1
>16 lat	1	0,3
Miejsce zamieszkania		
Miasto 10-15 tys. ludności	81	28,1
Miasto <5 tys. ludności	81	28,1
Wieś	126	43,8
Posiadanie własnego pokoju		
Tak	224	77,8
Nie	64	22,2
Liczba odbiorników TV w domu/mieszkanu		
0	1	0,4
1	58	20,1
2	119	41,3
3	64	22,2
4 i więcej	46	16,0
Posiadanie telewizora we własnym pokoju		
Tak	125	55,8
Nie	99	44,2

Źródło: Opracowanie własne.

Większość, to jest 195 osób (67,7%) wśród 288 badanych, deklarowała codzienne oglądanie telewizji. W grupie 163 dziewcząt do codziennego oglądania telewizji przyznało się 107 osób (65,6%), natomiast w grupie 125

chłopców takiej odpowiedzi udzieliło 88 badanych (70,4%). Zaobserwowane różnice w częstości oglądania telewizji w grupie dziewcząt i w grupie chłopców okazały się nieistotne statystycznie – $\chi^2=1,637$; $p>0,05$ (tab. 2).

Tabela 2. Oglądanie telewizji przez respondentów (wg płci) z uwzględnieniem czasu spędzonego przed telewizorem, rodzaju oglądanych programów oraz kontroli rodzicielskiej

Częstość oglądania telewizji	Dziewczęta		Chłopcy		
	N	%	N	%	
Codziennie	107	65,6	88	70,4	chi ² =1,637; p>0,05
Kilka razy w tygodniu	47	28,8	30	24,0	
Kilka razy w miesiącu	7	4,3	4	3,2	
W ogóle nie oglądają	2	1,3	3	2,4	
Średnia liczba godzin spędzonych na oglądaniu telewizji w dni powszednie (poniedziałek-piątek)					
<1	25	23,4	17	19,3	chi ² =10,476; p<0,05; C=0,226
1-2	34	31,7	47	53,4	
3-4	25	23,4	10	11,4	
5 i więcej	23	21,5	14	15,9	
Średnia liczba godzin spędzonych na oglądaniu telewizji w weekend (sobota-niedziela)					
<1	15	14,0	19	21,6	chi ² =7,473; p>0,05
1-2	26	24,3	29	32,9	
3-4	38	35,5	29	32,9	
5 i więcej	28	26,2	11	12,6	
Rodzaj najczęściej oglądanych programów*					
Filmy i seriale	114	70,8	49	40,2	chi ² =38,897; p<0,001; C=0,322
Pogromy sportowe	18	11,2	30	24,6	
Programy informacyjne	5	3,1	18	14,7	
Programy rozrywkowe (reality show, muzyczne)	42	26,1	33	27,0	
Programy przyrodnicze/naukowe	8	5,0	20	16,4	

Oglądanie programów przeznaczonych dla widzów dorosłych					
Tak, rodzice pozwalali oglądać takie programy	75	46,6	67	54,9	chi²=16,849; p<0,001; C=0,237
Tak, ale bez wiedzy rodziców	9	5,6	13	10,7	
Nie, rodzice zabraniali oglądać takie programy	9	5,6	16	13,1	
Nie, bo nie lubili tego typu programów	68	42,3	26	21,3	
Kontrolowanie przez rodziców czasu spędzanego na oglądaniu telewizji					
Tak	58	36,0	48	39,3	chi ² =0,326; p>0,05
Nie	103	64,0	74	60,7	
Kontrolowanie przez rodziców treści oglądanych programów					
Tak	91	56,5	65	53,3	chi ² =0,295; p>0,05
Nie	70	43,5	57	46,7	

* % mogą nie sumować się do 100 ponieważ każda osoba badana mogła wybrać więcej niż jedną kategorię odpowiedzi w poszczególnych pytaniach

Źródło: Opracowanie własne.

W dni powszednie (poniedziałek-piątek), wśród 195 uczniów deklarujących codzienne oglądanie telewizji, najliczniejsza grupa gimnazjalistów, to jest 81 osób (41,5%) spędzała przed telewizorem około 1-2 godzin. Wśród 107 dziewcząt najczęściej badanych, to jest 34 osoby (31,7%) w dni powszednie spędzały przed telewizorem około 1-2 godzin, natomiast 23 uczennice (21,5%) na oglądanie telewizji przeznaczały 5 lub więcej godzin w ciągu doby. W grupie 88 chłopców ponad połowa badanych, to jest 47 osób (53,4%) każdego dnia oglądało telewizję przez około 1-2 godzin, natomiast 14 osób (15,9%) przeznaczało na tę czynność 5 lub więcej godzin. Różnica w czasie spędzonym na oglądaniu telewizji w dni powszednie w grupie dziewcząt i w grupie chłopców okazała się istotna statystycznie – $\chi^2=10,476$; $p<0,05$; $C=0,226$ (tab. 2).

W weekendy, w grupie 195 badanych uczniów, którzy deklarowali codzienne oglądanie telewizji, najliczniejszą grupę, to jest 67 osób (34,4%) stanowili respondenci, którzy spędzali około 3-4 godzin oglądając telewizję. Wśród 107 dziewcząt najczęściej, to jest 38 respondentek (35,5%) przeznaczało na oglądanie telewizji średnio 3-4 godziny w ciągu doby, natomiast czę-

ściej niż co czwarta uczennica (28 osób, to jest 26,2%) w czasie weekendu spędzała przed telewizorem 5 lub więcej godzin każdego dnia. Wśród 88 chłopców oglądanie telewizji w sobotę i w niedzielę średnio przez około 1-2 godzin deklarowało 29 osób (32,9%), taka sama grupa uczniów (29 osób, to jest 32,9%) spędzała przed telewizorem około 3-4 godzin w ciągu doby, natomiast 11 gimnazjalistów (12,6%) przeznaczało na tę czynność co najmniej 5 godzin dziennie. Różnica w czasie spędzonym na oglądaniu telewizji w weekend w grupie dziewcząt i w grupie chłopców okazała się nieistotna statystycznie – $\chi^2=7,473$; $p>0,05$ (tab. 2).

Respondenci najchętniej oglądali w telewizji filmy i seriale (163 osoby, to jest 57,6%), programy rozrywkowe (75 osób, 26,5%) oraz transmisje z meczy i zawodów sportowych (48 osób, to jest 16,9%). Wśród 161 gimnazjalistek większość, to jest 114 osób (70,8%) deklarowało, że najchętniej oglądają filmy i seriale, 42 uczennice (26,1%) jako najchętniej oglądane programy wymienili programy rozrywkowe, 18 osób (11,2%) do najchętniej oglądanych zaliczyło programy sportowe. Najmniejszą popularnością wśród dziewcząt cieszyły się programy informacyjne – jako najchętniej oglądane wymieniło je 5 osób (3,1%). W grupie 122 chłopców 49 osób, to jest 40,2% najchętniej oglądało w telewizji filmy i seriale, 33 uczniów (27,0%) jako ulubione programy telewizyjne wymieniło programy rozrywkowe, prawie co czwarty respondent (30 osób, to jest 24,6%) najchętniej oglądał w telewizji sport, natomiast najmniej, to jest 18 chłopców (14,7%) jako jedno z najchętniej oglądanych programów wskazało programy informacyjne. Zaobserwowane różnice w rodzajach najchętniej oglądanych programów telewizyjnych w grupie dziewcząt i w grupie chłopców okazały się istotne statystycznie – $\chi^2=38,897$; $p<0,001$; $C=0,322$ (tab. 2).

Wśród 283 gimnazjalistów większość, to jest 164 osoby (58,0%) oglądały programy przeznaczone dla widzów dorosłych, 142 osoby (50,2%) miały na to zgodę rodziców, natomiast 22 osoby (7,8%) przyznały się, że oglądają takie programy bez wiedzy ojca lub matki. Wśród 161 dziewcząt programy przeznaczone dla widzów dorosłych oglądały 84 uczennice (52,2%). Zgodę rodziców na oglądanie takich programów posiadało 75 dziewcząt (46,6%), natomiast 9 gimnazjalistek (5,6%) robiło to w tajemnicy przed rodzicami. W grupie 122 chłopców 80 badanych (65,6%) przyznało się do oglądania programów przeznaczonych dla dorosłych. Ponad połowa gimnazjalistów, to jest 67 osób (54,9%) oglądała tego typu programy za zgodą rodziców, natomiast 13 osób (10,7%) ukrywała ten fakt przed matką i ojcem. Zaobserwowane różnice w częstotliwości oglądania programów przeznaczonych dla widzów

dorosłych w grupie dziewcząt i w grupie chłopców okazały się istotne statystycznie – $\chi^2=16,849$; $p<0,001$; $C=0,237$ (tab. 2).

W grupie 283 respondentów 106 osób (37,6%) przyznało, że rodzice kontrolują im czas spędzany na oglądaniu telewizji. Wśród dziewcząt takiej odpowiedzi udzieliło 58 osób (36,0%), natomiast wśród chłopców 48 badanych (39,3%). Zaobserwowane różnice okazały się nieistotne statystycznie – $\chi^2=0,326$; $p>0,05$ (tab. 2).

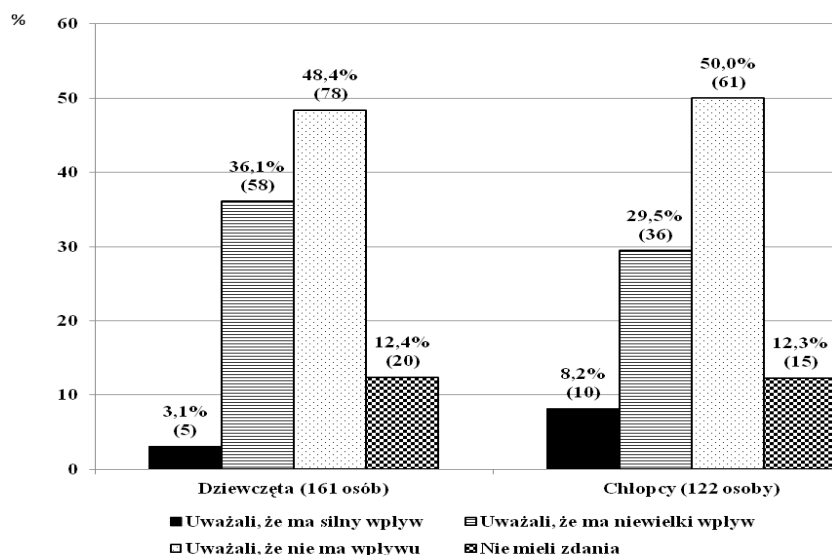
Wśród 283 uczniów ponad połowa, to jest 156 osób (55,%) stwierdziła, że rodzice kontrolują treści oglądanych przez nich programów. W grupie dziewcząt 91 osób (56,5%) udzieliło takiej odpowiedzi, natomiast w grupie chłopców 65 uczniów (53,3%) odpowiedziało podobnie. Zaobserwowane różnice okazały się nieistotne statystycznie – $\chi^2=0,295$; $p>0,05$ (tab. 2).

W grupie 283 respondentów oglądających telewizję 139 osób (49,1%) uważało, że telewizja nie ma wpływu na ich zachowania, 94 osoby (33,2%) uważały, że telewizja wpływa na ich zachowania w niewielkim stopniu, natomiast 15 osób (11,3%) stwierdziło, że wpływ telewizji na ich zachowania jest silny. Wśród 161 dziewcząt 58 uczennic (36,1%) uważało, że telewizja wpływa na ich zachowania w niewielkim stopniu, natomiast 5 dziewcząt (3,1%) uważało, że wpływ ten jest silny. Wśród 122 chłopców 36 osób (29,5%) dostrzegało niewielki wpływ telewizji na swoje zachowania, natomiast 10 osób (8,2%) uważało, że telewizja wywiera silny wpływ na ich postępowanie. Zaobserwowana różnica w postrzeganiu wpływu telewizji na zachowanie respondentów w grupie dziewcząt i w grupie chłopców okazała się nieistotna statystycznie – $\chi^2=4,316$; $p>0,05$ (rys. 1).

W grupie 283 uczniów 101 osób (35,7%) przyznało, że naśladują telewizyjnych idoli. Wśród 161 dziewcząt takiej odpowiedzi udzieliły 64 osoby (39,8%), natomiast wśród chłopców 37 osób (30,3%). Zaobserwowana różnica okazała się nieistotna statystycznie – $\chi^2=2,685$; $p>0,05$ (rys. 2).

Wśród 283 respondentów 42 osoby (14,8%) przyznały, że częściej kupują te produkty spożywcze, które są reklamowane w telewizji. Dziewczeta częściej niż chłopcy wybierając produkty spożywcze kierowały się reklamami (odpowiednio 26 osób, to jest 16,1% vs 16 osób, to jest 13,1%). Zaobserwowana różnica okazała się nieistotna statystycznie – $\chi^2=0,506$; $p>0,05$ (rys. 3).

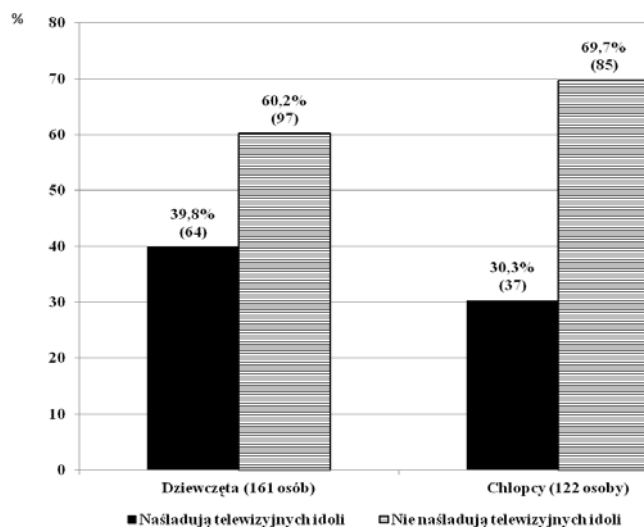
Rysunek 1. Opinie respondentów (wg płci) na temat wpływu telewizji na ich zachowanie



$\chi^2=4,316$; $p>0,05$

Źródło: Opracowanie własne.

Rysunek 2. Naśladowanie telewizyjnych idoli przez respondentów wg płci



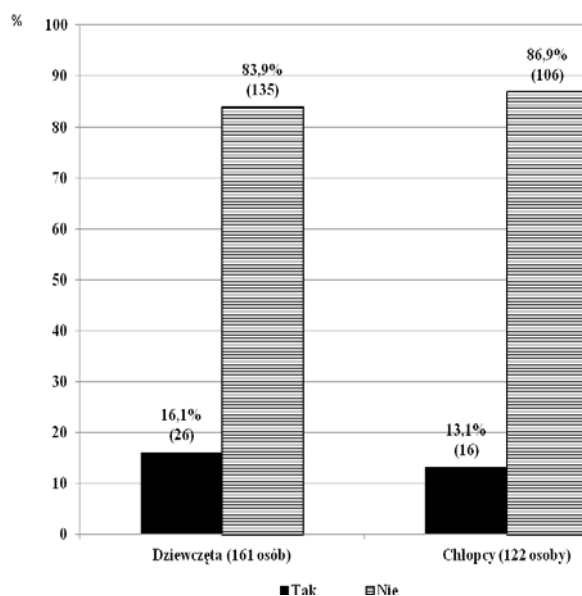
$\chi^2=2,685$; $p>0,05$

Źródło: Opracowanie własne.

W grupie 90 chłopców 60 osób (66,7%) jako źródło informacji wskazało telewizję, także 60 uczniów (66,7%) spotkało się z omawianymi informacjami w szkole, 41 osób (45,5%) zdobyło wiedzę na temat prozdrowotnego stylu życia w Internecie, a 28 osób (31,1%) takie informacje uzyskało od rodziny lub znajomych (rys. 4).

W grupie 222 respondentów, którzy spotkali się z informacjami promującymi zdrowy styl życia 146 osób (65,8%), jako źródło tych informacji wskazało telewizję, również 146 osób (65,8%) wiedzę na ten temat zdobyło w szkole, 124 osoby (55,9%) wskazały Internet, a 77 osób (34,7%) uzyskało takie informacje od rodziny lub znajomych. Wśród 132 dziewcząt 86 osób (65,1%) informacje na temat prozdrowotnego stylu życia uzyskało z telewizji, również 86 uczennic (65,1%) tego typu wiedzę zdobyło w szkole, 83 osoby (62,9%) spotkały się z informacjami na temat zdrowia w Internecie, a 49 gimnazjalistkom wyżej wymienione informacje przekazali członkowie rodziny lub znajomi.

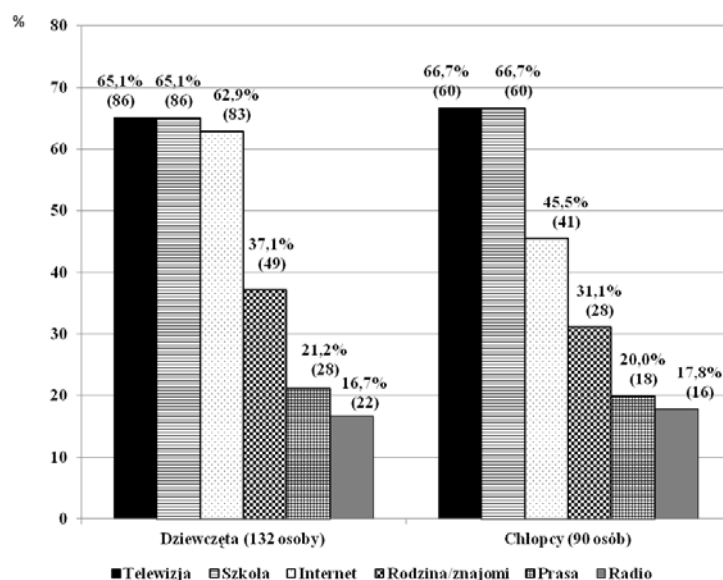
Rysunek 3. Rozkład odpowiedzi respondentów (wg płci) na pytanie:
Czy jak kupujesz produkty spożywcze (jedzenie, napoje) częściej wybierasz te, które są reklamowane w telewizji? .



$\chi^2=0,506$; $p>0,05$

Źródło: Opracowanie własne.

Rysunek 4. Źródła z których respondenci (wg płci) uzyskali informacje o zdrowym stylu życia



$\chi^2=2,734$; $p>0,05$

* % mogą nie sumować się do 100 ponieważ każda osoba badana mogła wybrać więcej niż jedną kategorię odpowiedzi w poszczególnych pytaniach

Źródło: Opracowanie własne.

Omówienie

Wyniki przeprowadzonego badania wykazały, że większość, to jest 195 osób (67,7%) z grupy liczącej 288 badanych codziennie oglądała telewizję. Wśród 195 gimnazjalistów oglądających telewizję każdego dnia 72 osoby (36,9%) przeznaczają na tę czynność w dni powszednie 3 lub więcej godzin, natomiast w czasie weekendu ponad połowa badanych, to jest 106 osób (54,4%), spędzała przed telewizorem 3 lub więcej godzin.

W rekomendacjach ogłoszonych w 2001 roku przez Amerykańską Akademię Pediatrii dotyczących bezpiecznej ilości czasu spędzanego przez młodzież przed ekranem telewizora wskazano, iż młodzież powinna spędzać na oglądaniu telewizji maksymalnie 2 godziny dziennie [American Academy of Pediatrics Committee on Public Education 2001]. Jak wynika z różnych badań, zaleceń tych nie przestrzegała większość młodzieży gimnazjalnej w naszym kraju [Gacek 2004]. Zaobserwowano również, że wraz z wiekiem

wzrasta odsetek młodzieży spędzającej coraz więcej czasu przed telewizorem bądź przy komputerze, niż na organizowanych zajęciach sportowych bądź innych formach aktywności fizycznej [Mazur 2011; Samiec 2006, s. 398-401, Witana 2009, s. 42-46]. W Polsce brak jest jasnych kryteriów, jaka dawka zajęć sedentarnych jest szkodliwa dla zdrowia w tym wieku. W międzynarodowych badaniach HBSC w 2010 roku przyjęto założenie, że niepokojącym objawem jest spędzanie przed telewizorem więcej niż 3 godzin dziennie [Mazur 2011].

W niniejszym badaniu okazało się, że w grupie 222 respondentów, którzy spotkali się z informacjami promującymi zdrowy styl życia, 146 osób (65,8%), jako źródło tych informacji wskazało telewizję, również 146 osób (65,8%) wiedzę na ten temat zdobyło w szkole, 124 osoby (55,9%) wskazały Internet, a 77 osób (34,7%) uzyskało takie informacje od rodziny lub znajomych. Okazuje się, że telewizja pełni ważną rolę w popularyzowaniu zdrowego stylu życia. Pozytywny wpływ tego medium zauważyć można w programach telewizyjnych poświęconych zdrowiu, programach propagujących różnego rodzaju formy czynnego odpoczynku i rekreacji, programach pokazujących jak troszczyć się o własne ciało i umysł, programach naukowych rozwijających różne zainteresowania, a także w spotach reklamowych, w których idole młodzieży zachęcają do zdrowego stylu życia. Należy jednak pamiętać, że wiele treści przekazywanych za pośrednictwem telewizji może mieć również niepożądany wpływ na zachowania zdrowotne młodzieży. Szczególną uwagę należy zwrócić na reklamy, które zachęcają dzieci i młodzież to spożywania niezdrowej żywności, głównie słodczych i słonych przekąsek oraz posiłków typu fast food. Reklamowane są również suplementy diety, a także bardzo rozpowszechnione w polskim społeczeństwie leki przeciwbólowe dostępne bez recepty. Istnieją doniesienia potwierdzające wpływ reklam na wybory żywieniowe dzieci i młodzieży [Taras 1989, s. 176-180, Coon 2002, s. 423-436]. W niniejszym badaniu okazało się, że zdecydowana większość, to jest 241 gimnazjalistów (85,2%) stwierdziła, że dokonując wyboru kupowanych produktów spożywczych nie kieruje się reklamami telewizyjnymi. Jednak z psychologii wiadomo, że reklamy mają bardzo silny wpływ na podświadomość nawet osób dorosłych.

W badanej grupie wśród 283 respondentów 106 osób (37,6%) przyznało, że rodzice kontrolują im czas spędzany na oglądaniu telewizji, natomiast ponad połowa uczniów, to jest 156 osób (55,0%) stwierdziła, że rodzice również kontrolują treść oglądanych przez nich programów. Analizując zebrany materiał empiryczny okazało się, że większość gimnazjalistów, to jest 164 osoby (58,0%) oglądały programy przeznaczone dla widzów dorosłych,

142 osoby (50,2%) miały na to zgodę rodziców, natomiast 22 osoby (7,8%) przyznały się, że oglądają takie programy bez wiedzy ojca lub matki.

Zbyt długie oglądanie telewizji przez dzieci i młodzież bez nadzoru ze strony rodziców lub opiekunów stanowić może zagrożenie dla prawidłowego rozwoju sfery poznawczej, motywacyjnej oraz emocjonalnej dziecka. Istnieje również zwiększone ryzyko rozwinięcia się u tych dzieci w przyszłości uzależnienia od telewizji [Potembska 2010, s. 375-379]. Należy również pamiętać, że coraz większa liczba programów zawiera sceny, w których występuje przemoc. Szczególnie programy nadawane w czasie największej oglądalności tj. między godz. 20.00 a 22.00 charakteryzują się tym, że zawierają wiele scen pokazujących przemoc w różnej formie [Sulkowski 2006, s. 221-234].

Należy podkreślić, że rodzice powinni wiedzieć i widzieć, jakie programy telewizyjne oglądają ich dzieci, a także powinni pomagać im w doborze najodpowiedniejszych do wieku audycji telewizyjnych.

Wnioski

1. Oglądanie telewizji należało do codziennych czynności zdecydowanej większości badanych gimnazjalistów, stąd ogromna rola tego medium w kształtowaniu osobowości młodych ludzi i społeczeństwa.
2. Powszechnie zainteresowanie dzieci i młodzieży oglądaniem programów telewizyjnych powoduje konieczność sprawowania systematycznego nadzoru przez rodziców i opiekunów nad rodzajem oglądanych audycji telewizyjnych.
3. Za źródło wiedzy na temat prozdrowotnego stylu życia gimnazjaliści najczęściej uznawali programy telewizyjne, dlatego bardzo ważne jest profesjonalne ich przygotowywanie i dostosowywanie do wieku odbiorców.
4. Należy podjąć działania zmierzające do obniżenia ilości czasu spędzanego przez dzieci i młodzież na oglądaniu telewizji szczególnie w grupie dziewcząt, zastępując tę czynność różnymi formami aktywnego wypoczynku

Bibliografia

- American Academy of Pediatrics Committee on Public Education (2001), *Children, adolescents and television*. Pediatrics 2001; 107; 423.
- Borzucka-Sitkiewicz K. (2003). *Socjalizacyjne determinanty stylu życia młodzieży szkół ponadpodstawowych*. Annales UMCS Sectio D: Medicina, Vol. LVIII, Suppl. XIII, 24.
- Coon K.A., Tucker K.L. (2002), *Television and children's consumption patterns. A review of the literature*. Minerva Pediatr, 54: 423–436.
- Gacek M., Rosiński J., Tchórzewski T. (2004), *Wybrane zachowania zdrowotne dzieci w wieku 10–13 lat i ich rodzin*. Annales UMCS Sectio D: Medicina, Vol. LIX, Suppl. XIV.
- Gniazdowski A. (red.) (2008). *Zachowania zdrowotne: zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego*. Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr med. Jerzego Nofera, Łódź.
- Izdebska J. (1996). *Rodzina, dziecko, telewizja. Szanse wychowawcze i zagrożenia telewizji*. Trans Humana Wydawnictwo Uniwersyteckie, Białystok.
- Łuszczńska A. (2004) *Zmiany zachowań zdrowotnych: dlaczego dobre chęci nie wystarczają?*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Mazur J. (2011), *Społeczne determinanty zdrowia młodzieży szkolnej. Raport z badań HBSC 2010*, Zakład Ochrony i Promocji Zdrowia Dzieci i Młodzieży, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa.
- Ponczek D., Olszowy I. (2012). *Styl życia młodzieży i jego wpływ na zdrowie*. Probl Hig Epidemiol., 93(2), ss. 260-268.
- Potembska E. (2010), *Rola rodziców w rozwoju zainteresowania programami telewizyjnymi i grami komputerowymi u dzieci w wieku przedszkolnym*. Curr Probl Psychiatrii 11(4); ss. 375-379.
- Samiec W., Sudol-Jednorowicz E.A. (2006), *Zachowania zdrowotne młodzieży. Badanie w ramach programu „Zdrowo żyć – zdrowym być”*. Zdr Publ 116,3 ss. 398-401.
- Sułkowski B. (2006), *Przemoc w telewizji polskiej - metodologia, pierwsze wyniki*. Przegl. Hum. 50 (5-6), ss. 221-234.
- Taras H.L., Sallis J.F., Patterson T.L., Nader P.R., Nelson J.A. (1989), *Television's influence on children's diet and physical activity*. J Dev Behav Pediatr, 10, ss. 176–180.
- Witana K., Szpak A. (2009), *Uwarunkowania społeczno-ekonomiczne aktywności fizycznej młodzieży szkół średnich w Białymstoku*. Probl Hig Epidemiol, 90(1), ss. 42-46
- Woynarowska B. (2008). *Aktywność fizyczna dzieci i młodzieży*. Polskie Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia (PFP), 3(12), s. 5.
- Woynarowska B. (2007). *Edukacja zdrowotna*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Zięba-Kolodziej B. (2012). *Na marginesie zdrowia czyli o zachowaniach zdrowotnych młodzieży szkół ponadgimnazjalnych*. Now. Lek. 81(4), ss. 330-336.

Paweł Skoczylas
Społeczna Akademia Nauk

Zastosowanie narzędzi Evidence Based Public Health (EBPH) do zarządzania placówkami ochrony zdrowia

The use of tools supporting Evidence Based Public Health (EBPH) to manage health care centers

Abstract: The EBPH rules apply to small physician practices, large health care institutions and to the entire health care system. They should therefore be well known and understood by all decision makers who decide on organization, operations and financials of the health care system. Application of such tools should nowadays be considered as a must for everyday medical practice. The task of Health Technology Assessment (HTA) is to determine the efficiency of a specific procedure and to issue recommendations regarding the conditions under which it should be applied. Quality Assurance (QA) in diagnostic and therapeutic procedures assesses the quality of procedures applied in particular place and time.

Key words: Evidence Based Public Health (EBPH), Health Technology Assessment (HTA) Quality Assurance (QA), health care centers.

Wstęp

Praktykowanie medycyny, od leczenia indywidualnych pacjentów poczynając a skończywszy na zarządzaniu całym systemem opieki zdrowotnej, można sprowadzić do podejmowania odpowiednich decyzji. Decyzje te dotyczą oczywiście różnych kwestii: jaki panel badań zlecić w celu rozpoznania lub wykluczenia konkretnej choroby, jakie zastosować leczenie, czy refundować dany preparat, czy nowoczesną procedurę medyczną umieścić w koszyku świadczeń gwarantowanych etc. Wymagania jakie w tym zakresie stawiane są pracownikom systemu ochrony zdrowia ciągle rosną. Ich sposób postępowania cechować się musi sprawnością, skutecznością i oczywiście oszczędnością, gdyż nakłady przewidziane na ochronę zdrowia zawsze będą zbyt małe w stosunku do oczekiwań społecznych, także w krajach najbogatszych. Niedopuszczalnym jest więc marnotrawienie środków na postępowania

nie o skuteczności niesprawdzonej lub co gorsza - postępowanie nieskuteczne. Zasady EBPH odnoszą się do małych praktyk lekarskich, dużych placówek ochrony zdrowia oraz do całego systemu opieki zdrowotnej. Powinny być zatem dobrze znane i rozumiane przez wszystkie osoby podejmujące decyzje dotyczące organizacji, funkcjonowania i finansowania systemu ochrony zdrowia.

Celem niniejszej pracy jest propozycja wykorzystania narzędzi i metod EBPH do zarządzania placówkami medycznymi.

Od EBM do EBPH

Terminu Evidence-based medicine (EBM) po raz pierwszy użył w roku 1991 prof. Gordon Guyatt z McMaster University w Hamilton w Kanadzie [Guyatt 1991, s. 16]. Wielu polskich autorów zwraca uwagę na trudności w trafnym i zwięzłym przetłumaczeniu tego terminu na język polski [Gajewski i inni, 2003, s. 33]. W polskojęzycznym piśmiennictwie termin ten jest tłumaczony jako: medycyna oparta na faktach, medycyna oparta na dowodach (MOD), ewaluacja badań medycznych (EBM), czy też praktyka medyczna oparta na wiarygodnych i aktualnych publikacjach (POWAP). Celem – zarówno naukowców jak i praktyków pracujących w systemie ochrony zdrowia, postępujących według zasad EBM, jest zapoznanie się z informacjami i danymi, na podstawie których podejmowane są decyzje oraz wnikliwa ocena wiarygodności tych danych i co za tym idzie – słuszności podjętych decyzji [Jaeschke i inni, 2000, s. 120]. Do powstania idei EBM przyczyniło się szereg czynników:

- ciągle rosnące koszty opieki medycznej wymusiły stosowanie analizy ekonomicznej tego zjawiska – byłaby ona niemożliwa bez zastosowania nowoczesnych metod badawczych;
- ogromna liczba nowych metod leczniczych, w tym nowozarejestrowanych substancji czynnych, wymagała zastosowania naukowych metod oceny ich skuteczności oraz celowości ich stosowania;
- narastająca liczba publikacji medycznych, znacznie różniących się w swojej treści i sposobie opracowania, wymagała przyjęcia jednolitych i precyzyjnych metod klasyfikacji i oceny ich walorów naukowych;
- rozwój systemów informatycznych, globalizacja problemów zdrowotnych spowodowały potrzebę standaryzacji technik obserwacji i ujednolicenia badań. Podkreślić w tym miejscu należy rolę WHO i jej licznych

zespołów eksperckich w tworzeniu systemów klasyfikacyjnych, standaryzacji metod badawczych i opracowaniu ważnych problemów zdrowotnych.

Fakt, iż termin „EBM” został po raz pierwszy użyty dopiero w roku 1991, nie oznacza wcale, iż zasady związane z tym sposobem uprawiania medycyny nie istniały wcześniej. Podwalinami koncepcji EBM w medycynie były między innymi:

- wprowadzenie badań klinicznych z randomizowaną grupą kontrolną (RCT) – pierwsze tego typu badanie opublikowano w 1948 roku [Medical Research Council, 1948, s. 769-782];
- powstanie nowej specjalności medycznej – epidemiologii klinicznej, która wykorzystuje zasady prowadzenia obserwacji, prezentacji ich wyników, dokonywania porównań w celu podejmowania decyzji klinicznych;
- stworzenie metodologii medycznych publikacji przeglądowych;
- powstanie wielu medycznych publikacji wtórnych, takich jak np. Best Evidence, Clinical Evidence, czy UpToDate.

Nowe podejście do praktykowania medycyny, jakim jest niewątpliwie EBM, polega w istocie rzeczy na pewnym „przesunięciu akcentów” – bez totalnej negacji dotychczasowego sposobu postępowania [Jaeschke i inni, 2000, s. 121]. Bazuje ono na następujących założeniach:

- oparcie praktyki klinicznej wyłącznie na własnym doświadczeniu może prowadzić do utrwalania nieskutecznych metod postępowania i oporu przed nowymi, skutecznymi metodami;
- rolą ekspertów jest nie tylko przedstawianie obowiązujących zaleceń dotyczących praktyki klinicznej, lecz także przedstawienie sposobu dojścia do tych zaleceń.

Celem modelu EBM jest zapewnienie pacjentom jak najlepszej opieki, przy wykorzystaniu aktualnych informacji pochodzących z badań naukowych. Podmiotem EBM jest sam proces podejmowania decyzji w systemie ochrony zdrowia, a nie tylko pozbawiony praktycznego znaczenia – proces oceny publikacji naukowych. Tak rozumiana idea EBM to nie rewolucja, a ewolucja – wprowadzenie czytelnej hierarchii wiarygodnych danych na podstawie, których podejmowane są decyzje praktyczne. EBM rozróżnia ponadto sytuacje, w których aktualnych danych wysokiej jakości po prostu nie ma – stan niepewności od takiej sytuacji, kiedy dostępne dane istnieją, tylko podejmujący decyzje praktyczne o nich nie mają pojęcia – ignorancja

[Jaeschke i inni, 2000, s. 122]. Zrozumienie faktu, iż ostateczna decyzja podejmowana przez praktykujących medycynę jest wynikiem złożonego procesu oceny i analizy danych, doświadczenia, dotychczasowej wiedzy, lecz także ludzkich preferencji i oczekiwań – doprowadziło do pewnej ewolucji znaczenia terminu EBM: od „praktyki dyktowanej przez wiarygodne doniesienia” – początek lat 90. ubiegłego wieku, poprzez „praktykę opartą na wiarygodnych źródłach” – początek naszego stulecia, po „praktykę biorącą pod uwagę aktualne doniesienia” – czasy obecne. Takie rozumienie EBM spowodowało częściowe zatarcie różnic pomiędzy zwolennikami i przeciwnikami tej koncepcji. EBM stało się „kluczem do świata oryginalnych doniesień medycznych” dla osób praktykujących medycynę [Guyatt 2003, s. 37]. Wzmacnia to pozycję lekarza i uniezależnia go w procesie podejmowania decyzji. Możliwość odróżniania „mocnych” i „słabych” dowodów medycznych pozwala na dokonywanie niezależnej oceny co jest najlepsze dla pacjentów. Praktykowanie EBM nie oznacza obecnie wcale konieczności zapoznawania się z licznymi doniesieniami oryginalnymi. Zamiast tego można korzystać z wyselekcjonowanych źródeł wtórnych, przede wszystkim różnego rodzaju przeglądów systematycznych, podsumowujących badania pierwotne na dany temat, czy też wytycznych postępowania, stanowiących syntezę wszystkich dostępnych aktualnych danych i propozycję ich zastosowania praktycznego.

Zadania jakie mają do spełnienia propagatorzy idei EBM, to przede wszystkim:

- wskazanie na znaczenie niezależnego myślenia, dociekliwości i zadawania pytań podczas podejmowania praktycznych decyzji,
- dostarczenie odpowiednich wzorców postępowania, wiarygodnych wytycznych, ułatwienie dostępu do aktualnej informacji,
- wpływanie na menedżerów ochrony zdrowia na wszystkich szczeblach, aby także podejmowali decyzje zgodne z ideą EBM.

Koncepcja EBM została z czasem „zapożyczona” przez różne specjalności medyczne i inne dziedziny kliniczne (pielęgniarstwo, fizjoterapia etc.), w efekcie czego w chwili obecnej mówi się już o całej opiece zdrowotnej opartej na faktach – „evidence-based health care”. Założenia EBM przeniesione zostały także na grunt promocji zdrowia – „evidence-based health promotion” i zdrowia publicznego – „evidence-based public health (EBPH).

Ostatnie pół wieku to okres wzmożonego rozwoju koncepcji zdrowia publicznego. Wiąże się to między innymi z faktem pewnych ograniczeń klasycznej medycyny klinicznej w kwestii radzenia sobie z poważnymi problemami zdrowotnymi – przede wszystkim tzw. chorobami cywilizacyjnymi w bogatych społeczeństwach zachodnich. Istotne znaczenie odegrało tu opracowanie przez Marca Lalonde’a tzw. teorii pól zdrowotnych określającej, jakie grupy czynników mają wpływ na stan zdrowia jednostek i całych społeczeństw. Wraz z postępem badań i kształtowaniem się nowych koncepcji zdrowia publicznego, zaobserwować można istotne zmiany w pojmowaniu przedmiotu zainteresowań zdrowia publicznego. W latach siedemdziesiątych ubiegłego wieku silny akcent kładziono na kwestie związane z czynnikami ryzyka poszczególnych chorób oraz ich prewencji poprzez odpowiednią edukację zdrowotną. W latach osiemdziesiątych opracowywano strategie zdrowotne, co prowadziło do zainteresowania obszarami polityki społecznej i zdrowotnej, wzmacnianiem indywidualnych umiejętności jednostki, działaniem społeczności lokalnych, środowiskami wspierającymi zdrowie i świadczeniami na rzecz zdrowia [Karski 2003, s. 9]. Na początku naszego stulecia, większą uwagę zwrócono na przełożenie teorii i doświadczeń zdobytych podczas poprzednich etapów na działania praktyczne. Wymusiło to także reakcję na globalne trendy społeczne, będące w ścisłej korelacji ze stanem zdrowia społeczeństw.

Zdrowie publiczne nie jest obszarem zwolnionym z obowiązku ciągłego potwierdzania przydatności i skuteczności prowadzonych działań. W czasach ogromnej konkurencji w walce o środki – głównie publiczne, obowiązkiem menedżerów ochrony zdrowia jest dostarczanie argumentów przemawiających za celowością proponowanych rozwiązań. Zdrowie publiczne konkuruje o ograniczone zasoby, dlatego też musi odwoływać się do katalogu „twardych” dowodów, uzasadniając konieczność prowadzenia długotrwałych i często bardzo wysokich nakładów. Rozwój koncepcji EBM wzbudził więc oczywiste zainteresowanie ze strony menedżerów ochrony zdrowia i ekspertów zdrowia publicznego. Związane to było ze stałą koniecznością potwierdzania zasadności przekazywania ogromnych publicznych środków na cele związane ze zdrowiem. Racjonalność postępowania decydentów wymaga, aby finansowali oni jedynie takie inicjatywy, które gwarantują osiągnięcie oczekiwanych efektów. Zastosowanie narzędzi EBPH pozwala na wyeliminowanie niepewności skutków podejmowanych decyzji. Dysponując wsparciem, jakie daje EBPH możliwe jest przedstawienie gwarancji właściwego wykorzystania publicznych środków, co w oczywisty sposób zwiększa konkurencyjność zdrowia publicznego w walce o publiczne pieniądze. Do-

wody w zdrowiu publicznym zyskały zatem rangę „karty przetargowej” podczas negocjacji o środki publiczne. Są one wykorzystywane także podczas debat publicznych na temat wydatków na ochronę zdrowia. Zastosowanie wszystkich metod i mechanizmów EBM dla potrzeb zdrowia publicznego napotyka na pewne ograniczenia. Medycyna kliniczna opiera się przede wszystkim na „twardych” dowodach. Z tego punktu widzenia, zdrowie publiczne stanowi swego rodzaju wyzwanie dla „klinicznego” rozumienia dowodów i ich interpretacji. Podejście kliniczne, koncentrując się na łatwo mierzalnych wskaźnikach, pomija jednak kwestię różnorodności grup czynników, które mają wpływ na nasze zdrowie [Raphael 2000, s. 9]. Medycynę kliniczną cechuje przede wszystkim biomedyczne podejście do zdrowia. Zdrowie publiczne natomiast znacznie więcej uwagi poświęca czynnikom behawioralnym i społeczno-środowiskowym. Nieodłącznym elementem EBPH są interdyscyplinarne studia aktualnego piśmiennictwa naukowego, wybór najbardziej efektywnych metod postępowania, spośród tych, które wynikają z uwarunkowań lokalnych oraz wprowadzenie zasad oceny skuteczności zastosowanych metod dla ustalenia wiarygodności wyników przeprowadzonych badań. Rolę mechanizmów przeniesienia założeń EBM na grunt zdrowia publicznego stanowią mechanizmy oceny jakości i skuteczności stosowane przy planowaniu, wdrażaniu i realizacji odpowiednich programów zdrowotnych. Posługują się one różnorodnymi kryteriami, które są uzależnione od przyjętych przez autorów badań założeń, dotyczących ich zakresu i metodologii.

Dowody naukowe w zdrowiu publicznym

Narzędzia EBM wykorzystywane są we wszystkich specjalnościach medycznych, w tym w zdrowiu publicznym, gdzie zastosowanie znajdują przede wszystkim na różnym poziomie zapobiegania chorobom oraz w promocji zdrowia [Aveyard, 1997, s. 139]. W zdrowiu publicznym, główny nacisk kładzie się na ocenę związku przyczynowo-skutkowego, a następnie na ocenę skuteczności działań zapobiegawczych, np. klasyczne działania dotyczące palenia tytoniu i występowania chorób tytoniozależnych oraz oceny różnych strategii zwalczania palenia tytoniu w populacji. Rzadko mamy do dyspozycji wyniki z losowych badań kontrolowanych. Z reguły są to wyniki badań obserwacyjnych – retrospektywne badania przekrojowe lub kohortowe, które dostarczają „słabszych” dowodów. Do oceny ich wartości wykorzystuje się więc techniki podsumowujące wyniki – meta- analiza, właściwych dla tych badań [Weed, 2000, s. 387].

Klasycznymi metodami służącymi do oceny korzyści lub szkód zdrowotnych, wynikających z zastosowania danej interwencji są wskaźniki ryzyka przypisanego, frakcji etiologicznej, ryzyka względnego oraz wskaźnik *nlops* (niezbędna liczba osób z grupy poddanej interwencji dla wywołania poszukiwanego skutku profilaktycznego) [Jędrychowski 2010, s. 32]. Trafność wewnętrzna badań nad skutecznością różnych metod profilaktycznych jest przez niektórych autorów poddawana w wątpliwość, ze względu na fakt, iż rzadko są one realizowane z zastosowaniem metody ślepej próby, czy podwójnie ślepej próby [Jędrychowski 2001, s. 3]. W wielu przypadkach dla oceny ich trafności brak jest też standardów referencyjnych, problemem może być także kwestia trafności zewnętrznej tych badań. Są one z reguły przeprowadzane na jednorodnej populacji – najczęściej ochotników, a ich wyniki mają być odnoszone do populacji generalnej o różnej strukturze demograficznej w skład, której wchodzi osoby o różnym statusie społeczno-ekonomicznym, różnej podatności biologicznej na występowanie różnych chorób, a czasem także z różnymi chorobami towarzyszącymi. Z tego powodu interpretacja wyników badań w zdrowiu publicznym jest trudna i niepewna. Nie oznacza to jednak, iż „słabsze” dowody naukowe pochodzące z badań w zdrowiu publicznym mogą być ignorowane. Nawet podejrzenie działania szkodliwego przez jakiś czynnik – zwłaszcza działania długotrwałego, powinno skutkować zastosowaniem działań prewencyjnych. Nie ma sensu przy tym ustalanie sztywnych zasad jak mocne powinno być to podejrzenie. Formalizowanie pułapu merytorycznego dowodu, poniżej którego nie stosowano by działań zapobiegawczych, wydaje się niecelowe [Vineis 1999, s. 11]. W zdrowiu publicznym częściej niż w medycynie klinicznej zachodzi potrzeba porównywania skuteczności różnych metod interwencji zapobiegawczych, zmierzających do zmniejszenia wskaźników umieralności i śmiertelności, zapadalności i chorobowości z powodu różnych chorób oraz ich groźnych komplikacji. Zdaniem niektórych autorów, porównania takie nie mają dużego znaczenia, gdyż wszystkie działania zapobiegawcze, które mogą powodować korzyści zdrowotne dla populacji powinny być wdrażane. Nie jest to jednak pogląd akceptowalny ze względów ekonomicznych. Pula środków, jakie mają do dyspozycji menedżerowie w systemie ochrony zdrowia jest zawsze ograniczona, dlatego więc należy zadać sobie pytanie, które działania są bardziej opłacalne i które z nich przyniosą większe korzyści zdrowotne w stosunku do zainwestowanych środków. Pamiętać należy, iż efektywność działań w zdrowiu publicznym zależy od wielu czynników, między innymi systemu ochrony zdrowia, warunków społeczno-ekonomicznych, demograficznych etc. Mają one wpływ na świadomość

zdrowotną społeczności i akceptowanie zagrożeń dla zdrowia. Ponieważ celem strategicznym działań zapobiegawczych w zdrowiu publicznym jest wywieranie wpływu na styl życia dużych grup ludności (promocja zachowań prozdrowotnych i eliminacja antyzdrowotnych), spodziewane wyniki tych działań zależą także od czynników natury etycznej [Kerridge i inni, 1998, s. 1152]. Działania profilaktyczne nigdy nie odbywają się w próżni, członkowie danej populacji są uczestnikami i współtwórcami programów, a nie tylko ich biernymi konsumentami. Końcowy rezultat interwencji profilaktycznych jest efektem współpracy wielu różnych instytucji inicjujących i prowadzących akcje zapobiegawcze, i społeczności jako całości.

Ocena technologii medycznych

Oprócz tworzenia podstaw do podejmowania trafnych decyzji podczas praktykowania medycyny, EBPH odgrywa niezwykle istotną rolę w systemie ochrony zdrowia. Uzyskiwanie „twardych” danych naukowych, które są niezbędne dla podejmowania racjonalnych decyzji, dotyczących polityki zdrowotnej, zgodnie z zasadami EBPH – stało się „złotym” standardem jej kształtowania. Usystematyzowane dane naukowe stanowią element oceny zasadności finansowania poszczególnych metod terapeutycznych, diagnostycznych czy innych interwencji finansowanych ze środków publicznych w ramach oceny technologii medycznych – HTA (*health technology assessment*). EBPH można zatem traktować jako część HTA, która dostarcza narzędzi do zbierania i przetwarzania danych naukowych [Eddy, 2009, s. 6]. Ocena technologii medycznych opiera się na analizie danych naukowych uzyskanych w ramach przeglądu systematycznego publikacji i w oparciu o tę analizę – ocenie skuteczności, opłacalności i konsekwencji społecznych, prawnych, etycznych etc. – wprowadzenia procedury medycznej. Ocenę tę prowadzić można zarówno dla chorego, jak i systemu ochrony zdrowia [Gajewski i inni, 2008, s. 60-123]. Rozwój HTA stanowi odpowiedź na gwałtowny wzrost kosztów technologii medycznych. HTA jest zorientowana na potrzeby polityki zdrowotnej, dostarczając szeregu informacji na temat możliwości stosowania odpowiednich metod diagnostycznych i leczniczych, dostosowanych do okoliczności. Ocena technologii medycznych ma na celu opiniowanie i rekomendowanie przeprowadzanych procedur medycznych na podstawie ich bezpieczeństwa, skuteczności i opłacalności. Stanowi ona syntezę wielu czynników o charakterze zdrowotnym, etycznym, społecznym i ekonomicznym. Znajduje zastosowanie przede wszystkim w przypadku nowoczesnych i najczęściej niezwykle kosztownych technologii. HTA dokonuje się zwykle

z wykorzystaniem randomizowanego badania klinicznego (RCT). Celem randomizacji jest zrównoważenie wpływu czynników innych niż czynnik badany, pomiędzy grupą badaną i grupą porównawczą. Znaczenie badania RCT określają jego podstawowe właściwości metodologiczne, które zmniejszają stronniczość podczas analizy wyników [Alford, 2007, s. 12]. RCT zalicza się do tzw. „badań wyjaśniających” – explanatory clinical trials. Głównym celem tych badań jest ocena skuteczności terapii [Sackett, 2011, s. 259]. Poprawne zaprojektowanie RCT czasami jest jednak niemożliwe do przeprowadzenia ze względów organizacyjnych lub etycznych, natomiast w przypadku przeprowadzania oceny nowych technologii medycznych w oparciu o źródła wtórne, napotyka się często problem braku dostatecznej liczby badań RCT, co uniemożliwia wydanie opinii dotyczącej efektywności konkretnej metody diagnostycznej czy leczniczej. Ponadto charakter RCT, gwarantujący wiarygodność ich wyników – staje się niekiedy wadą, która może wykluczyć lub poważnie ograniczyć możliwość przeniesienia otrzymanych wyników na realia dnia codziennego w medycynie. Zdarza się bowiem, że wyniki uzyskane w warunkach kontrolowanych nie były następnie zgodne z oczekiwanym efektem terapeutycznym. Z tego powodu coraz większego znaczenia nabierają badania dostarczające informacji na temat efektywności danej procedury, tj. wyniku jej stosowania w codziennej praktyce medycznej [Patsopoulos 2011, s. 217]. Dane takie można uzyskać na podstawie wielośrodkowych badań obserwacyjnych lub rejestrów chorych, które ukazują wyniki reprezentatywne dla konkretnej populacji pacjentów. Choć są to dane nieco mniej wiarygodne – ze względu na brak randomizacji – odpowiednia ich ocena może dostarczyć wielu istotnych informacji. Mogą one stanowić podstawę do oceny danego sposobu postępowania w przypadku kiedy brak jest badań z randomizacją lub też pozwalać na ich analizę w rzeczywistych warunkach praktyki medycznej i odniesienia do prób klinicznych z losowym doбором pacjentów. Zgodnie z koncepcją medycyny personalizowanej, badania z randomizacją służą do formułowania hipotez badawczych, natomiast badania obserwacyjne potwierdzają te hipotezy. W ciągu ostatnich lat pojawiały się doniesienia o poszukiwaniu kompromisu pomiędzy możliwością uzyskania wiarygodnych wyników przeprowadzonych badań oraz możliwością odniesienia ich do rzeczywistych warunków realizacji świadczeń medycznych. Jedną z takich metod jest prowadzenie pragmatycznych badań klinicznych z randomizacją (pRCT) – *pragmatic randomized controlled trials*, które łączą w sobie cechy metodologii RCT z koncepcją badań obserwacyjnych [Moller 2011, s. 199]. Badania pragmatyczne dostarczają odpowiedzi na istotne, zarówno z punktu widzenia pacjenta, jak i z punktu widzenia płatni-

ka pytania – o faktyczną skuteczność zastosowanej metody diagnostyki lub leczenia oraz ich koszt w codziennej praktyce medycznej.

Kontrola jakości działań diagnostycznych i leczniczych

Kontrola jakości – QA (*Quality Assurance*) – dotyczy działań diagnostycznych i leczniczych w ochronie zdrowia, przede wszystkim w lecznictwie szpitalnym. Jej celem jest stałe monitorowanie zasobów, procesów diagnostycznych i terapeutycznych oraz wyników opieki medycznej. W porównaniu do HTA, która skupiała się na indywidualnej technologii, celem QA jest ocena pracy placówek medycznych lub ich komórek organizacyjnych. QA zawiera także metody służące do reagowania w przypadku wystąpienia uchybień i nieprawidłowości postępowania diagnostycznego lub terapeutycznego. Zastosowanie QA w opiece medycznej dotyczy trzech obszarów: struktur, procesów i wyników leczenia [Donabedian 1966, s. 166-206].

Kontrola jakości struktur dotyczy możliwości zapewnienia odpowiedniej opieki medycznej na dobrym poziomie. Są to: wymagania dotyczące zatrudnionego personelu – kwalifikacje zawodowe, aktywność naukowa etc., wymagania dotyczące infrastruktury – funkcjonalność pomieszczeń, dostępność do sprzętu i aparatury medycznej, a także wymagania dotyczące warunków bytowych dla przebywających w jednostce pacjentów.

Kontrola jakości procesów dotyczy poprawności realizacji w placówce konkretnych procedur. Dzięki temu możliwe jest wykrycie wpływu na wyniki leczenia różnych czynników „ukrytych”. Do oceny jakości wyników leczenia używa się pozytywnych i negatywnych wskaźników skuteczności i jakości. Nowe technologie medyczne wprowadza się przede wszystkim ze względu na ich wysoką skuteczność.

Podsumowanie

Wykorzystanie koncepcji EBPH znajduje zastosowanie w zarządzaniu placówkami medycznymi. Korzystanie z takiego wsparcia, w chwili obecnej należy traktować, jako konieczność codziennej praktyki medycznej. Zadaniem oceny technologii medycznych – HTA jest określenie skuteczności konkretnej procedury i wydanie rekomendacji, w jakich warunkach należy ją zastosować. Kontrola jakości działań diagnostycznych i leczniczych – QA ocenia jakość zastosowanych działań w określonym miejscu i czasie.

Bibliografia

- Alford L. (2007), *On differences between explanatory and pragmatic clinical trials*. New Zealand Journal of Physiotherapy, 2007; 35.
- Aveyard P. (1997), *Evidence-based medicine and public health*. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 1997; 3.
- Donabedian A. (1966), *Evaluating the quality of medical care*. Milbank Memorial Quarterly, 1966; 44.
- Eddy D. (2009), *Health technology assessment and evidence-based medicine: what are we talking about?* Value Health, 2009; 12.
- Gajewski P., Jaeschke R., Brózek J. (2008), *Podstawy EBM, czyli medycyny opartej na danych naukowych dla lekarzy i studentów medycyny*, Medycyna Praktyczna, Kraków.
- Gajewski P., Jaeschke R., Mrukowicz J. (2003), *Evidence based medicine (EBM) współczesną sztuką lekarską. Cele Polskiego Instytutu Evidence Based Medicine*. Medycyna Praktyczna 3/2003.
- Guyatt G.H. (1991), *Evidence-based medicine*. ACP J. Club; 114.
- Guyatt G.H. (2003), *Praktyczne aspekty EBM*. Medycyna Praktyczna 3/2000.
- Jaeschke R., Guyatt G., Cook D., Gajewski P. (2000), *Evidence based medicine (EBM), czyli praktyka medyczna oparta na wiarygodnych i aktualnych publikacjach (POWAP)*. Medycyna Praktyczna, 1-2/2000.
- Jędrzychowski W., (2010), *Epidemiologia w medycynie klinicznej i zdrowiu publicznym*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego Kraków.
- Jędrzychowski W. (2001), *Koncepcja medycyny opartej na dowodach nowym wyzwaniem dla epidemiologii i medycyny zapobiegawczej*. Przegląd Epidemiologiczny, 2001; 55.
- Karski J.B. (2003), *Praktyka i teoria promocji zdrowia. Wybrane zagadnienia*. Warszawa, CeDeWu.
- Kerridge I., Lowe M., Henry D. (1998), *Ethics and evidence based medicine*. BMJ, 1998; 316.
- Medical Research Council, (1948), *Streptomycin treatment of pulmonary tuberculosis*. BMJ.
- Moller H.J. (2011), *Effectiveness studies: advantages and disadvantages*. Dialogues In Clinical Neuroscience. 2011; 13.
- Patsopoulos N.A. (2011), *A pragmatic view on pragmatic trials*. Dialogues In Clinical Neuroscience, 2011; 13.
- Raphael D., (2000), *The question of evidence In health promotion*. Health Promotion International. 2000; 15(4).
- Sackett D.L. (2011), *Explanatory and pragmatic clinical trials: a primer and application to a recent asthma trial*, Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej, 2011; 121.
- Vineis P., 1999, *Evidence-based primary prevention. Proceedings of the Conference on Challenges to Epidemiology In Changing Europe*. Kraków.
- Weed D.L. (2000), *Interpreting epidemiologic evidence: how meta-analysis and causal inference methods are related*, International Journal Epidemiological, 2000; 29.

Artur Wdowiak

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Magdalena Sulima

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Magdalena Stec

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Magdalena Lewicka

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Iwona Stelmach

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Adam Rzeźnicki

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Jan Krakowiak

Spoleczna Akademia Nauk

Ocena wpływu hałasu w miejscu pracy matki na rozwiązanie ciąży i dobrostan noworodka

Evaluation of the impact of noise in the workplace mother on pregnancy outcome and infant welfare

Abstract: Introduction. Pregnancy runs properly does not constitute contraindications to perform the work, if the work is not overly aggravating and work environment factors are not dangerous to the fetus or may disrupt pregnancy. The factors harmful in the workplace include the noise. Aim of the study. Evaluation of the impact of noise in the workplace mother on pregnancy outcome and infant welfare.

The study was conducted in Independent Public Health Care (Świdnik, Poland). The survey included 100 women after childbirth, residing in the Department of Obstetrics. Among respondents who have worked ($n = 51$, 78.5 %), 21.5% ($n = 14$) were exposed to noise for 8 hours a day. The results were statistically analyzed.

Following this study, there was no statistically significant relationship between body weight and the child's exposure to noise ($p = 0.38$). We found a significant statistical relationship between the child's date of birth and noise exposure ($p = 0.02$), and the number of points in the Apgar score, which received the child after birth, and exposure to noise ($p = 0.02$).

Working mothers in an environment exposed to noise has an effect on the date of delivery and assessment of the newborn after birth in the Apgar score. Employers should be aware of the effects of the negative impact of noise exposure in the workplace on pregnancy and the newborn after birth and to ensure the workplace in accordance with applicable regulations.

Key words: noise, pregnancy, workplace.

Wstęp

Na przestrzeni lat w różny sposób kształtowała się opieka nad kobietą ciężarną. Dawniej kobiety przebywały w domu nie podejmując pracy zarobkowej. Obecnie praca zawodowa kobiet jest zjawiskiem powszechnym, co wiąże się z narażeniem na czynniki szkodliwe dla zdrowia [Makowiec-Dąbrowska i wsp. 2003, s. 33-43]. Ciąża przebiegająca prawidłowo nie stanowi przeciwwskazań do wykonywania pracy zawodowej, o ile praca ta nie jest nadmiernie obciążająca, a w środowisku pracy nie występują czynniki niebezpieczne dla płodu lub mogące zakłócić przebieg ciąży [Chazan 2008, s. 58-66].

Do czynników szkodliwych w miejscu pracy należą: wibracje, promieniowanie jonizujące i ultrafioletowe, stres w miejscu pracy, ciężka praca fizyczna, praca zmianowa, praca w pozycji wymuszonej oraz przedłużony tydzień pracy. Ponadto czynnikiem szkodliwym w miejscu pracy jest hałas [Salihi 2012, ss. 88-97; Figá-Talamanca 2006, ss. 521-531; Till 2008, ss. 472-474; Croteau i wsp. 2007, ss. 951-965; Biernacka 2006, ss. 281-290; Rekomendacje PTG 2008].

Hałasem określa się wszystkie niepożądane, nieprzyjemne, dokuczliwe lub szkodliwe dźwięki, które oddziałują na narząd słuchu i inne zmysły człowieka za pośrednictwem powietrza. Hałas dzieli się na szkodliwy (wywołując trwale skutki w organizmie człowieka) oraz uciążliwy (nie wywołując trwałych skutków, lecz utrudniając wykonywanie czynności) [Helbin 2008, ss. 18-19]. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 05 sierpnia 2005 roku hałasem nazywa się każdy niepożądany dźwięk, który może być uciążliwy lub szkodliwy dla zdrowia, bądź zwiększać ryzyko wypadku przy pracy [Rozporządzenie MGiP. 2005]. Wyróżnia się trzy zakresy fal ze względu na zakres częstotliwości: hałas słyszalny, w którego widmie występują składowe o częstotliwościach słyszalnych od 16 Hz do 21000 Hz, hałas infradźwiękowy, w którego widmie występują składowe o częstotliwościach infradźwiękowych od 2-16 Hz i częstotliwościach słyszalnych do 50 Hz oraz hałas ultradźwiękowy, w którego widmie występują składowe o częstotliwościach słyszalnych i ultradźwiękowych od 10-100 kHz.

Hałas w środowisku pracy jest charakteryzowany przez poziom ekspozycji na hałas, który jest odniesiony do ośmiogodzinnego dobowego wymiaru czasu pracy i odpowiadającą mu ekspozycję dzienną lub poziom ekspozycji na hałas odniesiony do tygodnia pracy i odpowiadającą mu tygodniową ekspozycję, maksymalny poziom dźwięku oraz szczytowy poziom dźwięku.

Poziom ekspozycji na hałas odniesiony do ośmio-godzinnego dobowego wymiaru czasu pracy ($L_{EX,sh}$) nie powinien przekraczać 85 dB, a odpowiadająca mu ekspozycja dzienna ($E_{A,d}$) nie powinna przekraczać $3,64 \times 10^3 \text{ Pa}_2\text{s}$ lub – wyjątkowo w przypadku hałasu oddziałującego na organizm człowieka w sposób nierównomierny w poszczególnych dniach w tygodniu – poziom ekspozycji na hałas odniesiony do przeciętnego tygodniowego wymiaru czasu pracy ($L_{EX,w}$) nie powinien przekraczać wartości 85 dB, a odpowiadająca mu ekspozycja tygodniowa ($E_{A,w}$) nie powinna przekraczać wartości $18,2 \times 10^3 \text{ Pa}_2\text{s}$. Wartość maksymalnego poziomu dźwięku nie powinna być wyższa niż 115 dB, natomiast szczytowy poziom dźwięku nie powinien przekraczać wartości 135 dB. Szkodliwe działanie hałasu zależy od czasu działania hałasu, charakteru hałasu, poziomu natężenia akustycznego, osobniczej wrażliwości na działanie hałasu oraz udziału częstotliwości drgań w widmie hałasu, natomiast niekorzystne działanie hałasu zależy od nastawienia człowieka do hałasu w jakim pracuje, obciążenia pracą umysłową, stopnia trudności wykonywanych czynności oraz konieczności koncentracji. Do skutków narażenia na hałas zaliczają się: stres, szkodliwe działanie na ośrodkowy układ nerwowy, zmęczenie, depresje, obniżenie sprawności umysłowej, drażliwość, pobudliwość, pogorszenie wzroku, utrudnienie wypoczynku, nauki, pracy umysłowej, snu oraz pogorszenie adaptacji do ciemności i spostrzegania barw [Helbin 2008, s. 18-19].

Paragraf 7.1 i 7.2 Rozporządzenia Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 05 sierpnia 2005 roku stanowią o tym, że pracodawca oznacza znakami bezpieczeństwa miejsca pracy, w których wielkości charakteryzujące hałas w środowisku pracy przekraczają dopuszczalne wartości, oraz wydziela strefy z takimi miejscami i ogranicza do nich dostęp, jeżeli jest to technicznie wykonalne i ryzyko wynikające z narażenia na hałas uzasadnia takie wydzielenie oraz „w pomieszczeniu przeznaczonym na odpoczynek pracownika poziom hałasu nie może przekraczać wartości dopuszczalnych, określonych w Polskiej Normie dla pomieszczeń administracyjno-biurowych”. Ponadto zgodnie z tymże paragrafem, w przypadku, gdy stwierdzi się indywidualne narażenie pracownika na hałas przekraczający dopuszczalne wartości, pracodawca powinien podjąć niezwłoczne działania celem ograniczenia narażenia indywidualnego na hałas, ustalić przyczyny wystąpienia nadmiernego narażenia

na hałas, dobrać środki ochronne oraz podjąć działania zapobiegawcze, które pozwolą uniknąć ponownego indywidualnego narażenia na hałas. Ponadto do obowiązków pracodawcy należą między innymi: zapewnienie szkoleń odnoszących się do oceny ryzyka zawodowego związanego z hałasem, profilaktycznej opieki zdrowotnej, stosowania środków ochrony indywidualnej przed hałasem, bezpiecznych sposobów wykonywania pracy ograniczających do minimum narażenie na hałas oraz dokonywania kontroli narażenia na hałas. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2005 roku określa tryb, metody, rodzaj oraz częstotliwości wykonywania pomiarów i badań szkodliwych czynników w środowisku pracy. Pracodawca ma obowiązek dokonać poznania procesów technologicznych, organizacji i sposobu wykonywania pracy oraz występujących czynników szkodliwych i nie później niż 30 dni od dnia rozpoczęcia działalności jest zobowiązany do wykonania pomiarów. Kolejne pomiary i badania przeprowadzane są co najmniej raz na dwa lata (przy stwierdzeniu w ostatnio przeprowadzonym badaniu stężenia lub natężenia czynnika szkodliwego dla zdrowia powyżej 0,1 do 0,5 wartości najwyższego dopuszczalnego stężenia (NDS) lub najwyższego dopuszczalnego natężenia (NDN), co najmniej raz w roku przy określeniu w ostatnio przeprowadzonym badaniu stężenia lub natężenia czynnika szkodliwego dla zdrowia powyżej 0,5 wartości NDS lub NDN oraz w każdym przypadku wprowadzenia zmiany w warunkach występowania tego czynnika (np. w przypadku zmian w procesie technologicznym).

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 10 września 1996 roku podaje, wykaz prac szczególnie uciążliwych lub szkodliwych dla zdrowia kobiet, w tym kobiet ciężarnych. Zgodnie z Rozporządzeniem szczególnie uciążliwe dla kobiet w ciąży są:

- 1) prace w warunkach narażenia na hałas, którego:
 - a. poziom ekspozycji odniesiony do 8-godzinnego dobowego lub do przeciętnego tygodniowego, określonego w Kodeksie pracy, wymiaru czasu pracy przekracza wartość 65 dB;
 - b. szczytowy poziom dźwięku C przekracza wartość 130 dB;
 - c. maksymalny poziom dźwięku A przekracza wartość 110 dB.
- 2) prace w warunkach narażenia na hałas infradźwiękowy, którego:
 - a. równoważny poziom ciśnienia akustycznego skorygowany charakterystyką częstotliwościową G, odniesiony do 8-godzinnego dobowego lub przeciętnego tygodniowego, określonego w Kodeksie pracy, wymiaru czasu pracy przekracza wartość 86 dB;

- b. szczytowy nieskorygowany poziom ciśnienia akustycznego przekracza wartość 135 dB.
- 3) prace w warunkach narażenia na hałas ultradźwiękowy, którego:
 - a. równoważne poziomy ciśnienia akustycznego w pasmach tercjowych o częstotliwościach środkowych od 10 kHz do 40 kHz, odniesione do ośmio-godzinnego dobowego lub do przeciętnego tygodniowego, określonego w Kodeksie pracy, wymiaru czasu pracy;
 - b. maksymalne poziomy ciśnienia akustycznego w pasmach tercjowych o częstotliwościach środkowych od 10 kHz do 40 kHz.

Celem pracy była ocena wpływu hałasu w miejscu pracy matki na rozwiązanie ciąży i dobrostan noworodka.

Material, metody, wynik

Badania przeprowadzono w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej (Świdnik, Polska). Badaniem ankietowym objęto 100 kobiet po porodzie, przebywających w Oddziale Położniczym. Wśród ankietowanych, które pracowały ($n=51$; 78,5%) 21,5% ($n=14$) było narażonych na hałas do 8 godzin dziennie.

Metodą, która została zastosowana był sondaż diagnostyczny. Udział w badaniach był dobrowolny i anonimowy. Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów scharakteryzowano przy pomocy licznosci i odsetka. Przyjęto poziom istotności $p<0,05$ wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic bądź zależności. Bazę danych i badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe STATISTICA 9.0 (StatSoft, Polska).

W tabeli 1. przedstawiono wyniki analizy związku pomiędzy masą ciała dziecka a narażeniem na hałas w miejscu pracy podczas ciąży. W wyniku przeprowadzonych badań nie stwierdzono istotnego statystycznie związku pomiędzy masą ciała dziecka a narażeniem na hałas ($p=0,38$).

W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono istotnie statystyczny związek pomiędzy terminem porodu dziecka a narażeniem na hałas ($p = 0,02$). Ankietowane, które były narażone na hałas najczęściej rodziły po terminie (57,14%), tylko 28,57% urodziło o czasie. Natomiast kobiety, które nie były narażone na hałas w miejscu pracy (52,94%) oraz nie pracujące (74,29%) najczęściej rodziły o czasie. Otrzymane wyniki przedstawia tabela 2.

Tabela 1. Masa ciała dziecka z uwzględnieniem narażenia na hałas w miejscu pracy podczas ciąży

Struktura zatrudnienia	Masa ciała dziecka			Razem
	do 3500 g	3500-4000 g	pow. j 4000 g	
Pracujące	N %	N %	N %	N %
Nie narażone na hałas	25 49,02%	21 41,18%	5 9,80%	51 100,00%
Narażone na hałas	3 21,43%	8 57,14%	3 21,43%	14 100,00%
Nie pracujące	17 48,57%	13 37,14%	5 14,29%	35 100,00%
Razem	45 45,00%	42 42,00%	13 13,00%	100 100,00%
Analiza statystyczna	Chi ² =4,19; p=0,38			

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 2. Termin porodu dziecka z uwzględnieniem narażenia na hałas podczas pracy

Struktura zatrudnienia	Termin porodu dziecka			Razem
	przed terminem	w terminie	po terminie	
Pracujące	N %	N %	N %	N %
Nie narażone na hałas	6 11,76%	27 2,94%	18 35,29%	51 100,00%
Narażone na hałas	2 14,29%	4 28,57%	8 57,14%	14 100,00%
Nie pracujące	5 14,29%	26 74,29%	4 11,43%	35 100,00%
Razem	13 13,00%	57 57,00%	30 30,00%	100 100,00%
Analiza statystyczna	Chi ² =12,03; p=0,02			

Źródło: opracowanie własne.

W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono istotnie statystyczny związek pomiędzy liczbą punktów w skali Apgar, jaką uzyskało dziecko po urodzeniu, a narażeniem na hałas ($p=0,02$). Dzieci kobiet, które były narażone w pracy na hałas częściej uzyskiwały mniej punktów (28,57%) w porównaniu z dziećmi ankietowanych, które nie były narażone na hałas w miejscu pracy (5,88%). Otrzymane wyniki przedstawia tabela 3.

Tabela 3. Liczba punktów w skali Apgar z uwzględnieniem narażenia na hałas podczas pracy

Struktura zatrudnienia	Liczba punktów w skali Apgar		Razem
	do 6 pkt.	7-10 pkt.	
Pracujące	N %	N %	N %
Nie narażone na hałas	3 5,88%	48 94,12%	51 100,00%
Narażone na hałas	4 28,57%	10 71,43%	14 100,00%
Nie pracujące	9 25,71%	26 74,29%	35 100,00%
Razem	16 16,00%	84 84,00%	100 100,00%
Analiza statystyczna	$\chi^2=7,99$; $p=0,02$		

Źródło: opracowanie własne.

Dyskusja

Wyniki badań Zhan i wsp. [1991, s. 394-398] wykazały, że u kobiet narażonych na hałas w miejscu pracy maleje zdolność reprodukcyjna, wzrasta zaś częstość nieregularnych cykli miesięczkowych, spontanicznych poronień, porodów przedwczesnych, oraz obserwuje się niską wagę urodzeniową noworodków, wzrost wcześniactwa. Również Croteau i wsp. [2006, s. 846-855] są zdania, że ryzyko wystąpienia małej masy urodzeniowej noworodka zwiększa się u kobiet ciężarnych, które narażone są na hałas w środowisku pracy. Także badania Nurminen [1995, s. 945-950] wskazują, że poziom ha-

łasu przy pracy na poziomie około 85 dB LAeq (8 h) lub wyższym może mieć negatywny wpływ na masę urodzeniową noworodków.

Z badań Makowiec-Dąbrowskiej i wsp. [2003, s. 33-43] wynika, że ponad 20% kobiet pracujących w ciąży była narażona na występowanie hałasu w związku z obsługą maszyn i urządzeń, a aż 30% kobiet wskazało na hałas z innych źródeł o intensywności utrudniającej porozumiewanie się. Z badań przeprowadzonych przez Bucholc i Oleszczuka [2005, s. 13-16] w grupie 185 (100%) kobiet ciężarnych, wynika, że 32,9% urodziło przedwcześnie (pomiędzy 22. a 36. tygodniem ciąży). W tej grupie 55,2% kobiet było narażonych na hałas w miejscu pracy, 34,5% na zapylenie, 31,1% na wibracje i ostre oświetlenie i 20,7% na wysoką temperaturę. Wyniki badań Czech-Szczapy [2012] wykazały, że 11,9% badanych matek deklaroowało częste przebywanie w miejscach o wysokim poziomie natężenia hałasu w czasie ostatniej ciąży. Analiza statystyczna danych nie wykazała istotnego statystycznie związku pomiędzy deklarowanym przebywaniem w miejscach o nasilonym poziomie hałasu w czasie ostatniej ciąży, a wystąpieniem u matki porodu przedwczesnego ($p = 0,971$), czy małej masy urodzeniowej ($p = 0,82$). Dzieci matek narażonych na hałas w czasie ciąży i dzieci matek bez ekspozycji, nie różniły się pod względem uzyskanej punktacji Apgar ($p = 0,934$).

Badania własne wykazały, że wśród 65 (100%) ciężarnych pracujących, 14 (21,54%) było narażonych na hałas. Ekspozycja na hałas miała istotny wpływ na termin porodu (57,14% ciężarnych urodziło po terminie) oraz na ocenę punktową noworodka w skali Apgar.

Makowiec-Dąbrowska i wsp. [2003, s. 33-43] są zdania, że warunki, w jakich pracują kobiety ciężarne są odmienne od wymagań określonych przepisami. Autorzy uważają, że należy stworzyć pracodawcom możliwość korzystania z pomocy ekspertów, których zadaniem byłoby precyzyjne wskazanie stanowiska pracy, na których mogłyby bez przeszkód i zagrożeń pracować kobiety w ciąży. Takie stanowisko pracy powinno posiadać certyfikat gwarantujący, że jest ono bezpieczne dla kobiet w ciąży.

Wnioski

1. Praca matki w środowisku narażonym na hałas ma wpływ na termin porodu oraz ocenę noworodka po porodzie w punktowej skali Apgar.

2. Pracodawcy powinni znać skutki negatywnego wpływu ekspozycji na hałas w miejscu pracy na przebieg ciąży i stan noworodka po urodzeniu i zapewnić miejsce pracy zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Bibliografia

- Biernacka JB., Hanke W. (2006), *Wpływ stresu psychospołecznego w pracy zawodowej i pozazawodowej na przebieg i wynik ciąży*, „Med Pracy”, 57, 3, 281-290.
- Bucholc M., Oleszczuk J. (2005), *Ekspozycja na czynniki szkodliwe w miejscu pracy a czas trwania ciąży*, Ann UMCS, sectio D, LX, XVI, 229, 13-16.
- Chazan B. (2008), *Organizacja opieki medycznej nad kobietą w ciąży*. [w:] Bręborowicz G.H. (red.), *Położnictwo i Ginekologia. Położnictwo. Tom*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Croteau A., Marcoux S., Brisson C. (2006), *Work activity in pregnancy, preventive measures and the risk of delivering a small-for-gestational-age infant*, „Am J Pub Health” 96, 5, 846-855.
- Croteau A., Marcoux S., Brisson C. (2007), *Work activity in pregnancy, preventive measures and the risk of preterm delivery*, „Am J Epidemiol” 166, 951-965.
- Czech-Szczapa B. (2012), *Zachowania zdrowotne i przewlekłe zaburzenia odżywiania jako czynniki modyfikujące przebieg ciąży i stan zdrowia dziecka*, Rozprawa doktorska, Katedra Profilaktyki Zdrowotnej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Wydział Nauk o Zdrowiu, Poznań.
- Figá-Talamanca I. (2006), *Occupational risk factors and reproductive health of women*, „Occup Med”, 56, 521-531.
- Helbin J. (2008), *Środowiskowe czynniki fizyczne wpływające na organizm człowieka. Hałas*, [w:] Kolarzyk E. (red.), *Wybrane problemy higieny i ekologii człowieka*, Wydawnictwo UJ, Kraków.
- Makowiec-Dąbrowska T., Hanke W., Radwan-Włodarczyk Z., Koszada-Włodarczyk W., Sobala W. (2003), *W jakich warunkach pracują kobiety będące w ciąży? Zakres odstępstw od przepisów o pracach szczególnie uciążliwych lub szkodliwych dla kobiet*, „Med Pracy”, 54, 1, 33-43.
- Nurminen T. (1995), *Female noise exposure, shift work and reproduction*, „J Occup Environ Med” 37, 8, 945-950.
- Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie opieki przedporodowej w ciąży o prawidłowym przebiegu. „Ginekol Dopl” 2008.
- Rozporządzenie Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 5 sierpnia 2005 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy pracach związanych z narażeniem na hałas lub drgania mechaniczne. (Dz. U. z 2005 r. Nr 157, poz. 1317 i 1318).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2005 r. w sprawie badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy. (Dz. U. z 2005 r. nr 73, poz. 645 z późn. zm.; Dz. U. z 2007 r. Nr 241, poz. 1772).
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 10 września 1996 r. w sprawie wykazu prac szczególnie uciążliwych lub szkodliwych dla zdrowia kobiet. (Dz. U. 96.114.545).

- Salihu HM, Myers J., August EM.(2012), *Pregnancy in the workplace*, „Occup Med”, 62, 88-97.
- Sharpe RM., Irvine DS. (2004), *How strong is the evidence of the link between environmenatal chemicals and adverse effects on human reproductive health?*, „Br Med J” 328, 447-451.
- Till C., Koren G., Rovet JF. (2008), *Workplace standards for exposure to toxicants during pregnancy*, “Can J Public Health”, 99, 6, 472-474.
- Zhan C., Lu Y., Li C., Wu Z., Long Y., Zhou L., Zhou B. (1991), *A study of textile noise influence on maternal function and embryo-growth*, „Hua Xi Yi Ke Da Xue Xue Bao”, 22, 4, 394-8.

Kinga Kulczycka

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Łukasz Kuśmierz

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Ewa Stychno

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Monika Sadowska

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Iwona Stelmach

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Jan Krakowiak

Spoleczna Akademia Nauk

Artur Wdowiak

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Obciążenie psychiczne na stanowisku pracy ratownika medycznego

Psychical burden at the workplace of medical rescuer

Abstract: Due to constantly increasing number of crushes, mass events and catastrophes, rescuing somebody's life became an act involving great skills, calmness and full alert. Taking action within a few minutes may determine victim's future. To that end, Emergency Medical Services (System Ratownictwa Medycznego) was created in order to help the sick and victims of accidents as quickly as possible. The profession of rescue worker interlinks with constant burden of psychophysical factors, stress and the possibility of occurrence of events that cannot be foreseen. Yet, adjusting workplace to rescue worker's needs and his safety is often forgotten. The aim of this work is to find out about rescue workers' opinion on the psychical burden of the job. The research has been carried out on the group of 100 rescue workers employed in 4 health centers in the period from June to September 2012. Modified questionnaire of ergonomic control list was used. The expectations that rescue workers need to live up to in the situation when they have to help the victims and confront death or in the situation of danger of life are the source of great stress and often they cause emotional exhaustion.

Key words: rescue worker, work, psychical burden.

Wstęp

Największym obciążeniem psychicznym dla ratowników jest stres, a dokładniej jego specyficzny rodzaj, jakim jest stres zawodowy [Bartczak 2012]. Według Lazarusa [1984] jest to "relacja zachodząca między pracownikiem, a miejscem pracy, na które składają się warunki fizyczne i społeczne". Określając stres jako jedno z największych obciążeń psychicznych ratownika oraz czynnik, który stale mu towarzyszy podczas wykonywania działań zawodowych, należy przeanalizować jego źródła. Ratownik medyczny musi potrafić się dostosować do specyficznej organizacji pracy szczególnie, jeśli chodzi o tryb pracy – zmienowość, nieregularność, wysokie napięcie związane z wzajemnym przeplataniem się okresów względnego spokoju czy nawet rutyny z okresami silniejszego zaangażowania. W czasie względnego spokoju, ratownik ciągle żyje w napięciu oczekując sytuacji alarmowych. Wysoka odporność psychiczna jest konieczna podczas akcji ratunkowych [Zawadzki 2007].

Celem pracy jest poznanie opinii ratowników medycznych, dotyczącej obciążenia psychicznego pracą.

Obciążenie psychiczne

Obciążenie psychiczne uwarunkowane jest stopniem zaangażowania systemu nerwowego człowieka w proces pracy. Składa się zasadniczo z dwóch podstawowych elementów: obciążenia umysłowego stanowiącego sumę obciążeń sygnałami, decyzjami, i czynnościami manualnymi, oraz obciążenia psychonerwowego wynikającego z intensywności emocji, jakie wywołuje proces pracy czy wykonywana czynność [Ksykiewicz-Dorota 2005].

W sytuacjach, kiedy procesy postrzegania są najważniejsze liczy się ilość napływających informacji, ich złożoność, zmienność, czy jednoznaczność. Podejmowanie decyzji, czyli reagowanie na odebrane bodźce będzie związane z wysiłkiem psychicznym włożonym w podjętą decyzję oraz wagą decyzji. Natomiast działanie, jest obarczone obciążeniem psychicznym mającym związek z poczuciem pewności, przewidywalności skutków, czasem i zaangażowaniem fizycznym [Wykowska 2003].

Brakuje jednoznacznej definicji dotyczącej obciążenia psychicznego, ale należy pamiętać, że występuje ono we wszystkich etapach pracy, a badania jego powinny być prowadzone zwłaszcza w sytuacjach, kiedy pojawia się: czuwanie, konieczność podejmowania częstych i trudnych decyzji lub precy-

zyjne czynności motoryczne [Wykowska 2003, Łuczak 2011]. Ponieważ wszystkie wymienione elementy występują na stanowisku pracy ratownika medycznego, warto dokonać oceny występującego obciążenia psychicznego.

Obciążenie psychiczne ratownika medycznego

Ratownik medyczny wykonuje czynności, które wymagają podjęcia szybkich i trudnych decyzji często dotyczących życia i śmierci pacjenta. Przy tym musi brać za nie pełną odpowiedzialność, co wiąże się z ciągłą obawą przed popełnieniem pomyłki. Zatem jest w pełni zrozumiale, że praca ta wymaga odpowiednich predyspozycji psychofizycznych. Wykonując obowiązki służbowe musi jeszcze pamiętać, że istnieje groźba doznania uszczerbku na zdrowiu, ze względu na stały kontakt z czynnikami, które są zagrożeniem dla zdrowia pracownika [Zawadzki 2007, Binczycka-Anholcer 2011, Rowe 2005].

Kolejnym elementem obciążającym psychicznie jest częsta konfrontacja ratownika ze śmiercią. Ogromne wyczerpanie psychiczne może także zostać wywołane poprzez poczucie bezsilności podczas niektórych akcji ratunkowych. Śmierć pacjenta ma wpływ na pracowników personelu medycznego w różny sposób. Rozpatrywana w kategoriach egzystencjalnych, jako coś nieuchronnego, może wywołać rezygnacyjną postawę wobec własnej aktywności zawodowej. Drugi sposób, to rozpatrywanie jej, jako konsekwencji własnej niekompetencji, a to może spowodować depresyjne myśli pracownika. Ogromną trudnością dotyczącą kwestii śmierci pacjenta, jest czynność poinformowania o tej sytuacji najbliższych zmarłego. Udzielenie takiej informacji jest dodatkowym obciążeniem psychicznym, bowiem przekazanie jej powinno być taktowne i zgodne z zasadami etyki. Kontakt z rodziną będącą w traumie po uzyskaniu takiej wiadomości wymaga szczególnej odporności na stres [Zawadzki 2007, Binczycka-Anholcer 2011, Rowe 2005].

Niezwykle trudna i wymagająca szczególnych predyspozycji psychicznych jest także sytuacja, kiedy to ratownik staje przed koniecznością podjęcia decyzji o zaprzestaniu udzielania pomocy pacjentowi poszkodowanemu lub uznanemu już za osobę zmarłą. Tym bardziej, jeżeli znajdzie się wówczas bez profesjonalnego wsparcia i decyzja ta będzie zależała jedynie od niego. Takie decyzje dotyczą głównie pacjentów, którzy są w skrajnie ciężkim lub terminalnym stanie i są nazywane „decyzjami do not resuscitate” i stanowią one także element istotny z punktu oceny etyki zawodowej i postawy moralnej [Soczywko-Ciudzińska 2006].

Aspekt społeczny związany ze stresem zawodowym dotyczy także takich kwestii jak: „system wynagrodzenia, planowania pracy, atmosfery panującej na linii podwładny – podwładny, podwładny – przełożony oraz pracownik-pacjent” [Soczywko-Ciudzińska 2006, Sęk 1996]. Na tworzenie optymalnego stanowiska pracy duży wpływ ma atmosfera panująca w zespole pracowniczym. Stworzenie bezpiecznego i przyjaznego miejsca pracy wymaga współdziałania oraz współpracy pracowników oraz pracodawców, dzięki czemu łatwiej udaje się wykonywać czynności zawodowe, a także rozpoznawać ewentualne zagrożenia oraz je eliminować. Ratownicy medyczni, którzy często byli narażeni na wrogość współpracowników oraz doświadczali agresji, zwłaszcza werbalnej, ze strony przełożonych i pozostałych pracowników, poświęcali mniej uwagi i troski pacjentom, gdyż czuli się niezadowoleni z warunków pracy i byli bardziej zestresowani [Sęk 1996].

Ratownik medyczny stale znajduje się w relacji konfrontacji z cierpieniem i problemami pacjentów. Omówione czynniki obciążają psychikę osób wykonujących ten zawód i mają wpływ na powstanie zjawiska tzw. zespołu wypalenia zawodowego [Soczywko-Ciudzińska 2006, Sęk 1996], „czyli stanu fizycznego, emocjonalnego i psychicznego wyczerpania spowodowanego długotrwałym zaangażowaniem w sytuacje, które są obciążające pod względem emocjonalnym” [Sęk 1996; Szarpak 2012]. Charakter pracy ratownika, długotrwały stres może spowodować występowanie: braku motywacji, bezradność, frustrację. Konsekwencją czego mogą być: błędy, trudności z koncentracją, zmęczenie fizyczne czy negatywne relacje z rodziną. Osoby te są także w wysokim stopniu narażone na pojawienie się zespołu stresu pourazowego. Wspomniany zespół charakteryzuje się niepokojącymi, natrętnie powracającymi wspomnieniami wypadków czy innych traumatycznych wydarzeń, co w konsekwencji prowadzi do unikania kontaktu z pacjentem, okaleczeniami, śmiercią, poczuciem bezradności, bezsilności, gniewem oraz ogólnym osłabieniem psychofizycznym [Szarpak 2012; Lubaś 2010].

Materiały i metody badawcze

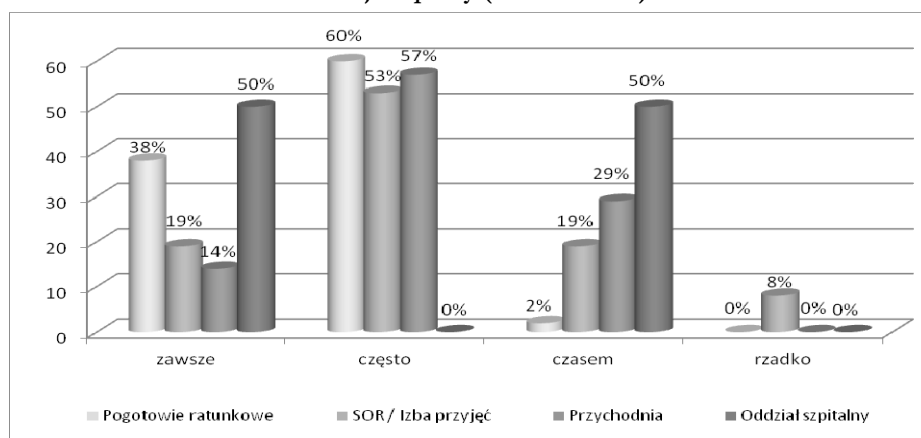
Badania zostały przeprowadzone wśród grupy 100 ratowników medycznych zatrudnionych w: Centrum Medycznym „Riemer” w Pruszkowie, Szpitalu Kolejowym w Pruszkowie, Wojewódzkim Pogotowiu Ratunkowym SPZOZ w Lublinie, oraz Powiatowym Szpitalu Specjalistycznym w Stalowej Woli. Termin prowadzenia badań trwał czerwca do września 2012 roku. Do przeprowadzenia badań wykorzystano zmodyfikowany kwestionariusz ergo-

nomicznej list kontrolnej. W badaniach uczestniczyli ratownicy medyczni w wieku od 23 do 52 lat (średnia wieku wynosiła 36,6 lat). Wśród ankietowanych dominowali mężczyźni (70% badanych), pozostałe 30% stanowiły kobiety. Respondenci pracowali w szpitalnych oddziałach ratunkowych, pogotowiach ratunkowych, przychodniach oraz oddziałach szpitalnych.

Wyniki badań i ich omówienie

W zawodzie ratownika medycznego często dochodzi do sytuacji, w których wymagana jest duża odporność psychiczna. Środowisko otaczające pracowników zakładu opieki zdrowotnej może znacząco wpływać na psychikę zarówno podczas wykonywanych zajęć, oraz na ich zachowanie poza pracą. Od ratowników oczekuje się opanowania oraz odporności na stres w trudnych sytuacjach, takich jak kontakt z ofiarami wypadków czy w konfrontacji ze śmiercią. Dlatego też sprawdzono wiedzę ratowników na temat obciążenia psychicznego w pracy. Ocena respondentów dotycząca wysiłku psychicznego z uwzględnieniem częstości jego występowania, i miejsca wykonywania obowiązków służbowych przedstawiona jest na rysunku 1.

Rysunek 1. Wysiłek psychiczny podczas wykonywania zadań z uwzględnieniem miejsca pracy (w odsetkach)



Chi kwadrat = 21,365; df = 9 p = 0,011

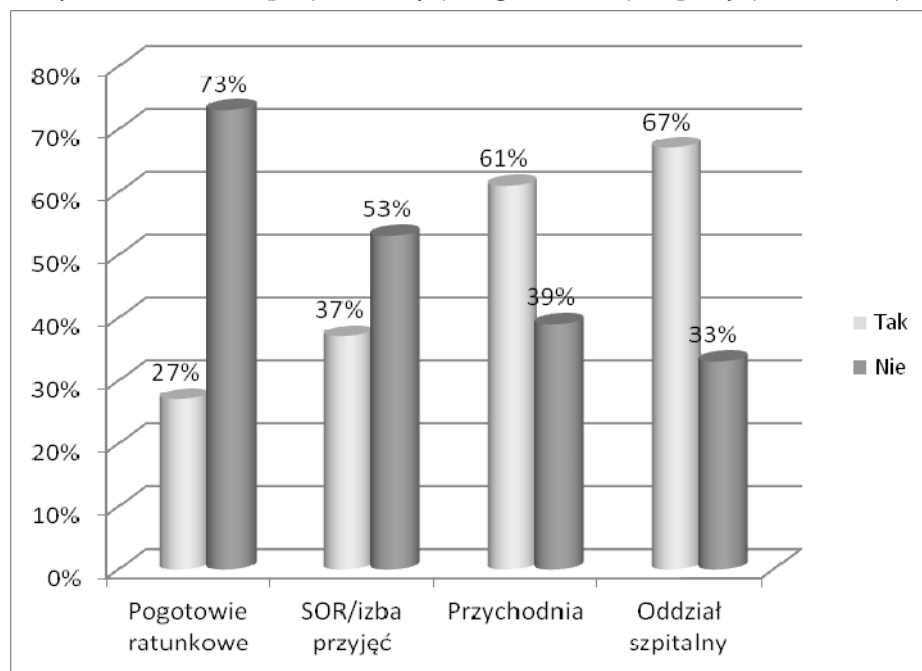
Źródło: opracowanie własne.

Ratownicy pracujący w pogotowiu ratunkowym (60%) i w przychodni (57%) najczęściej uważają, że wysiłek psychiczny często jest nieodłącznym elementem w wykonywaniu poleconych zadań. Połowa respondentów z oddziału szpitalnego (50%) zawsze odczuwa obciążenie umysłowe w środowisku pracy, a druga połowa tylko czasami (50%). Najmniej wysiłku psychicznego w wykonywane obowiązki wkładają pracownicy SOR – u/Izby przyjęć. Tylko ta grupa spośród badanych w 8% wskazuje na rzadkie występowanie ponadprzeciętnego wysiłku psychicznego. Opinia respondentów dotycząca wysiłku psychicznego w pracy jest zależna od miejsca pracy badanych. W zależności od możliwości związanych z uzyskaniem wsparcia od współpracowników waha się ocena obciążenia respondentów. Sytuacje nowe, niepewne gdzie prawdopodobieństwo przewidywania skutków podejmowanych decyzji jest niepełne, w znacznym stopniu zwiększa napięcie emocjonalne, a tym samym obciążenie psychiczne.

Ratownicy medyczni w swojej pracy często muszą podejmować szybkie decyzje. Sytuacje te są szczególnie stresujące, ponieważ decyzja podjęta w krótkim czasie nie zawsze okazuje się prawidłowa i może mieć znaczący wpływ na zdrowie i życie pacjenta. Respondentów zapytano o opinię na temat czasu potrzebnego do podjęcia prawidłowych decyzji. Wyniki przedstawia rysunek 2.

Obserwuje się negatywne spostrzeżenia ankietowanych związane z oceną długości czasu niezbędnego do podjęcia decyzji. Aż 73% pracowników Pogotowia ratunkowego uważa, że jest on zbyt krótki, aby podjąć adekwatne do sytuacji działania. Ponad połowa 53% ratowników pracujących na SOR-ze/izbie przyjęć doświadcza tego samego uczucia. Inaczej wygląda ocena długości czasu niezbędnego do podjęcia prawidłowej decyzji w przypadku ratowników pracujących w przychodniach (39%) oraz oddziałach szpitalnych (33%). Nie można wykluczyć, że przyczyną takiej oceny jest zbyt duża liczba niepewnych informacji, która może utrudniać wykonywaną pracę. W sytuacji, kiedy czas warunkuje efektywność podejmowanych działań doświadczenie zawodowe i intuicja stanowią najważniejsze źródło informacji. Ratownicy medyczni często nie mają możliwości weryfikowania swojej wiedzy wielokrotnego analizowania sytuacji, i wyboru najlepszego wariantu. Postępowanie zgodne z obowiązującymi procedurami oraz zapewnienie bezpieczeństwa pacjentowi i sobie, często stanowią priorytet w podejmowaniu decyzji.

Rysunek 2. Czas do podjęcia decyzji względem miejsca pracy (w odsetkach)



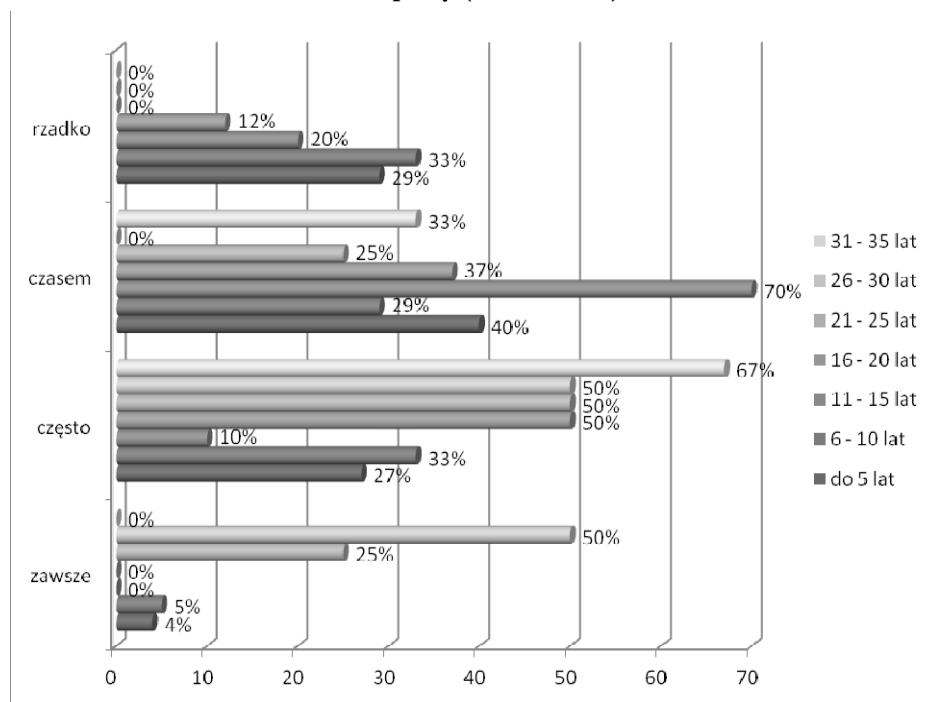
Chi kwadrat = 36,626; df = 22 p = 0,029

Źródło: opracowanie własne.

Istotne znaczenie, które wpływa na obciążenie psychiczne pracą ma zaangażowanie emocjonalne, uzyskane wyniki przedstawiono na rysunku 3.

Zdecydowana większość respondentów wskazuje na fakt emocjonalnego zaangażowania w wykonywaną pracę. Ratownicy z najdłuższym stażem pracy należą do grupy najbardziej (często 67%, jak również czasem 33%), emocjonalnie zaangażowanych w czynności zawodowe. Pracownicy pracujący od 26 do 30 lat wdrażają emocje do życia zawodowego w równym stopniu (często 50%, zawsze 50%). Ratownicy zakwalifikowani do przedziału 21-26 lat swoje zaangażowanie określili, jako niezbędne: (zawsze 25%, często 50%, czasem 25%). Tylko czasem (70%), emocjami kierują się w procesie wykonywania pracy respondenci od 11 do 15. Zdecydowanie częściej postawę neutralną przyjmują pozostałe grupy respondentów z najkrótszym stażem (rzadko: do 5 lat – 29%; 6–10 lat – 33%; 11–15 lat – 20% i 16–20 lat – 12%).

Rysunek 3. Zaangażowanie emocjonalne w pracę z uwzględnieniem stażu pracy (w odsetkach)



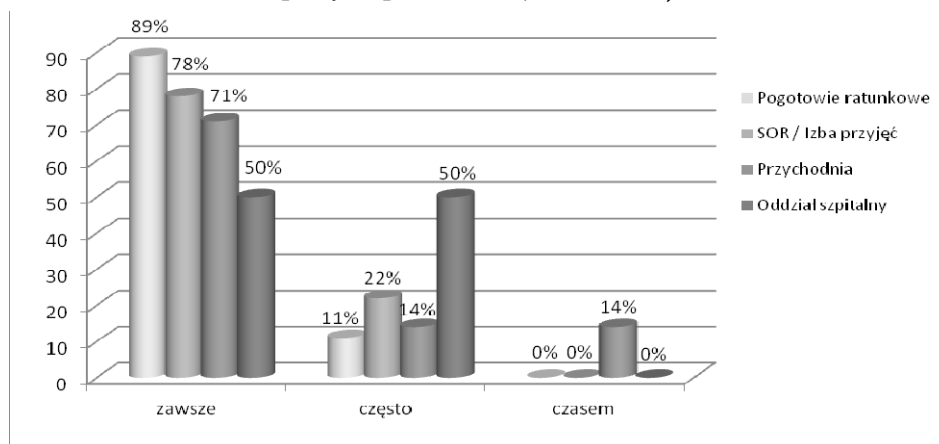
Chi kwadrat = 24,917; df = 18; p = 0,127

Źródło: opracowanie własne

Empatia jest cechą niezbędną w pracy ratownika medycznego. Jednakże należy zachować równowagę pozwalającą przez wiele lat wykonywać wybrany zawód. Zbyt duże zaangażowanie w wykonywaną pracę prowadzi do zespołu wypalenia zawodowego, zbyt małe uniemożliwia prawidłowe wykonywanie zadań. Z badań wynika, że doświadczenie zawodowe w znacznym stopniu ułatwia utrzymanie optymalnego poziomu empatii na stanowisku pracy.

Wzmoczona czujność w godzinach pracy to kolejna badana cecha, która potęguje obciążenie psychiczne na stanowisku pracy. Wyniki przedstawia rysunek 4.

Rysunek 4. Obecność wzmożonej czujności w pracy z uwzględnieniem miejsca pracy respondentów (w odsetkach)



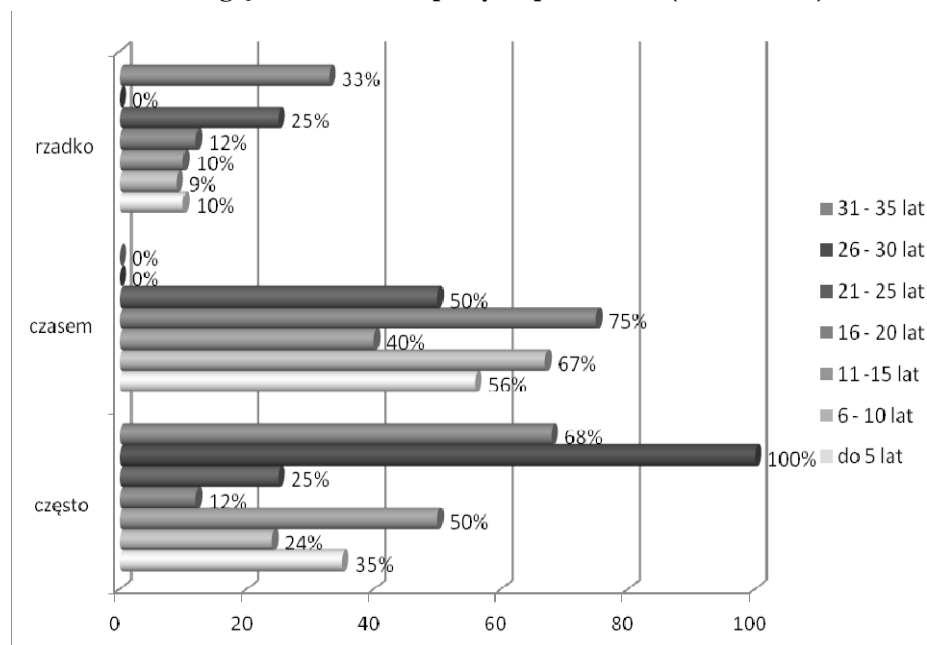
Chi kwadrat = 17,245; df = 6; p = 0,008

Źródło: opracowanie własne.

Zdecydowana większość spośród wszystkich grup ratowników uważa, że wykonywanie ich zawodu zawsze wymaga wzmożonej czujności. W największym odsetku potwierdzają to osoby pracujące w pogotowiu ratunkowym (89%), jak również respondenci, których miejscem pracy jest SOR/Izba przyjęć (78%) i przychodnia (71%). Ankietowani pracujący na oddziałach szpitalnych w równym stopniu uważają, że czujność podczas godzin pracy jest niezbędna (zawsze – 50%, lub występuje często – 50%). Najrzadziej przejawiana jest ona wśród pracowników przychodni (czasem – 14%). Czujność i koncentracja to dwa istotne czynniki warunkujące powodzenie wykonywanych czynności. Ryzyko zawodowe jest wpisane w zawód ratownika medycznego, często mogą występować sytuacje powodujące konieczność natychmiastowej zmiany działania. Dlatego nawet w okresie oczekiwania na wykonanie zadania ratownicy muszą zachować czujność. Możliwość wystąpienia naglej zmiany w środowisku pracy powoduje utrzymujące się napięcie emocjonalne. Opinia respondentów dotycząca konieczności wykonywania czujności w pracy jest zależna od miejsca pracy badanych.

Kontakt ze śmiercią pacjenta jako czynnik wpływający na obciążenie psychiczne jest oczywisty. Opinie respondentów dotyczące tego kryterium przedstawia rysunek 5.

Rysunek 5. Częstość występowania sytuacji, w której umiera pacjent z uwzględnieniem stażu pracy respondentów (w odsetkach)



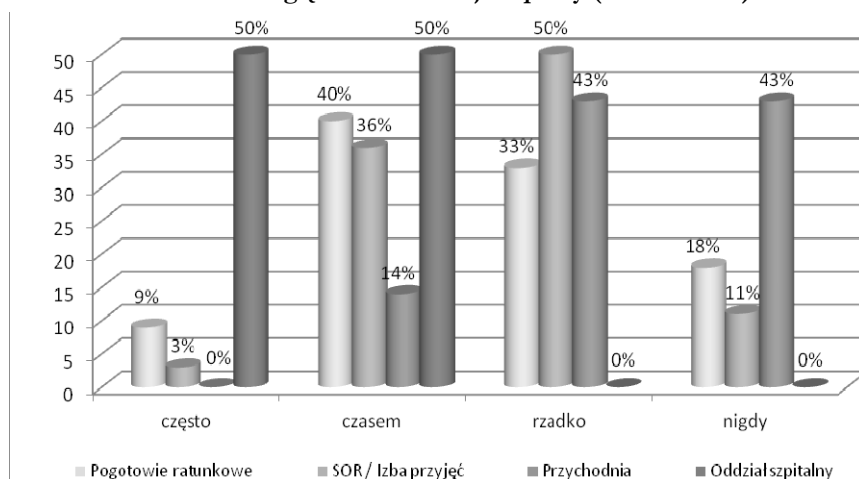
Chi kwadrat = 12,822; df = 12; p = 0,382

Źródło: opracowanie własne.

Jak wskazują uzyskane wyniki badań, ratownicy medyczni bardzo często spotykają się ze zgonem pacjenta w trakcie wykonywania obowiązków służbowych. Śmierć pacjenta nie należy do przyjemnych momentów pracy. Jest to przykre zdarzenie nierzadko zostawiające negatywne emocje i uczucia. Wśród ratowników często doświadczających takich zdarzeń znajduje się 100% pracujących od 26 do 30 lat, 68% najstarszych stażem (31 do 35 lat pracy), 50% którzy zawód wykonują od 11 do 15 lat, pozostali zgłaszali tę częstotliwość w mniejszym odsetku (staż do 5 lat – 35%; 6–10 lat – 24%; 16–20 lat – 12%; 21–25 lat – 25%). Traktowanie śmierci pacjenta, jako porażki w wypełnianiu obowiązków służbowych jest czynnikiem obciążającym psychikę wśród większości ratowników medycznych. Brak efektywności podejmowanych działań pomimo pełnego wykorzystania wiedzy i zaangażowania w pracę, może prowadzić do nieprawidłowej oceny wykonywanej pracy i stanowić dodatkowe obciążenie psychiczne.

Duże napięcie emocjonalne często budzi obawę przed niewywiązaniem się ze swoich obowiązków służbowych. Opinię respondentów przedstawia rysunek 6.

Rysunek 6. Strach przed niewywiązaniem się z przypisanych obowiązków z uwzględnieniem miejsca pracy (w odsetkach)



Chi kwadrat = 14,593; df = 9; p = 0,103

Źródło: opracowanie własne.

Najmniej pewnie w wypełnianiu swoich zadań czują się ratownicy medyczni pracujący na oddziałach szpitalnych. Połowa z nich często boi się, że nie zrealizuje powierzonych im zadań, a druga połowa czasem odczuwa strach (50%). Ratownicy pracujący na SOR-rze/Izbie przyjęć rzadko myślą o niewypełnieniu swoich obowiązków i nie odczuwają z tego powodu przewlekłego stresu (50%). Najbardziej pewni siebie są pracownicy przychodni. W 43% rzadko obserwują oni u siebie strach przed niedopełnieniem swoich obowiązków. Ratownicy z pogotowia ratunkowego po części dzielą wszystkie z wymienionych częstości odczuwania strachu, jednak 18% nigdy nie jest sparaliżowany strachem albo rzadko przejawiają bojaźń względem wypełniania obowiązków (rzadko – 33%). Mniej niż połowa (40%), czasami odczuwa negatywne emocje z tego powodu, pozostali niestety często są objęci strachem i boją się, że nie są zdolni wypełnić wszystkich zleceń (9%).

Dyskusja

Ratownik medyczny, jako zawód służb społecznych jest uznawany za jeden z bardziej obciążających. Wynika to zwłaszcza z większego, (porównując do innych zawodów) narażenia pracowników na sytuacje niebezpieczne, a nawet zagrażające życiu. W związku z tym wobec ratowników stawia się wysokie wymagania w kwestii predyspozycji psychicznych. Środowisko pracy oraz jej charakter mają znaczący wpływ na psychikę ratownika, zarówno podczas wykonywanych zajęć zawodowych, jak i na jego zachowanie w godzinach po pracy. Charakterystycznym dla osób wykonujących ten zawód jest przymus do stałej gotowości organizacyjnej i natychmiastowych działań.

Przeprowadzone badania wskazują narażenie ratowników na duże obciążenie psychiczne, które ma związek z miejscem pracy ratownika. Aż 60% ratowników medycznych pracujących w pogotowiu ratunkowym uważało, że wysiłek psychiczny jest nieodłącznym elementem w wykonywaniu polecanych zadań. Zdecydowana większość (73%) pracowników Pogotowia ratunkowego uważa, że czas aby dokonać właściwych czynności i podjąć adekwatne do sytuacji działania jest zbyt krótki, natomiast 53% ratowników pracujących na SOR-ze/izbie przyjęć doświadcza tego samego uczucia. Nie można wykluczyć, że przyczyną takiej opinii może być zbyt szybkie tempo pracy. Ratownicy często zmuszeni są do pracy w zespole, dlatego też ważna jest sprawna komunikacja i pozytywna atmosfera pomiędzy pracownikami, która ułatwi wykonywanie powierzonych czynności. Czynnikiem stresogennym oprócz konieczności podejmowania trudnych decyzji może być także obcowanie z umierającym pacjentem, oraz kontakt z jego najbliższą rodziną. Taka sytuacja wymaga szczególnej odporności na stres.

Ze względu na specyfikę zawodu ratownika medycznego i zagrożenia zawodowe, należy zastanowić się nad zwiększeniem intensywności działań profilaktyczno-edukacyjnych, które mogłyby zwiększyć odporność psychiczną ratowników medycznych, wpływając także na podwyższanie kwalifikacji i wzmacnianie predyspozycji do wykonywania tego zawodu.

Wnioski

1. Miejsce pracy jest determinantem występującego obciążenia psychicznego na stanowisku ratownika medycznego.
2. Nierównomierne tempo i specyfika pracy powodują poczucie braku wystarczającej ilości czasu pracy na podejmowanie decyzji i wykonywanie obowiązków służbowych
3. Wraz z wiekiem rośnie zaangażowanie emocjonalne w wykonywaną pracę.
4. Podział pracy i jasne określenie obowiązków pozwoli na obniżenie strachu związanego z obawą przed niewywiązaniem się z obowiązków służbowych.
5. Ocena obciążenia psychicznego i działania prewencyjne powinny być prowadzone regularnie.

Bibliografia

- Bartczak M. (2012), *Natężenie stresu i sposoby radzenia sobie ze stresem u ratowników medycznych i studentów ratownictwa medycznego* [online], http://www.kpsw.edu.pl/menu/pobierz/NOE5/7_Michal%20Bartczak. 13 lipca 2012
- Binczycka-Anholcer M. (2011), *Stres na stanowisku pracy ratownika medycznego*, „Hygeia Public Health”, z. 46, nr 4.
- Ksykiewicz-Dorota A. (red.) (2005), *Zarządzanie w pielęgniarstwie*, Wydawnictwo Czelej, Lublin.
- Lazarus R.S., Folkman S. (1984), *Stress, appraisal and coping*, New York. Springer.
- Lubaś P. (2010), *Diagnoza ergonomicznych czynników ryzyka*, Okręgowy Inspektorat pracy w Szczecinie, Szczecin.
- Łuczak A. (2011), *Prace normalizacyjne dotyczące obciążenia psychicznego pracą* [w]: T. Juliszewski, H. Ogińska, M. Złowodzki (red.), *Obciążenie psychiczne pracą – nowe wyzwania dla ergonomii*, Komitet Ergonomii, Polska Akademia Nauk, Kraków.
- Oniszczenko W. (1998), *Stres, to brzmi groźnie*, Wyd. Akademickie Żak, Warszawa.
- Rowe M.M., Sherlock N. (2005), *Stress and verbal abuse in nursing: do burned out nurses eat their young?*, „Journal of Nursing Management”, nr 13.
- Sęk H. (1996), *Wypalenie zawodowe*, Zakład Wyd. K. Domke, Poznań.
- Soczywko-Ciudzińska J. et. al. (2006), *Ratownik medyczny wobec problemu wypalenia zawodowego*, Poznań.
- Szarpak Ł. (2012), *Organizacja ratownictwa medycznego w Polsce*, Wyd. Promotor.
- Wykowska M. (2003), *Ergonomia* [online], http://www.ergonomia.agh.edu.pl/Skrypt_ErgonomiaM.Wykowska/ergonomia/index
- Zawadzki A. (2007), *Medycyna ratunkowa i katastrof*, PZWL, Warszawa.

Marcin Mitał

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Adam Rzeźnicki

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Alina Kowalska

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Hanna Balkiewicz

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Iwona Bednarek

Spoleczna Akademia Nauk

Mateusz Kuzdak

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Włodzimierz Stelmach

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Zaburzenia depresyjno-lękowe u osób leczonych z uzależnienia od dopalaczy i innych narkotyków

Anxiety-depressive disorders in patients treated from addiction from party pills and other drugs

Abstract: Depression and anxiety are one of the most recognizable by psychiatrists diagnosed mental illness in Polish society. The results show that these diseases are all highly correlated with each other. Patients with diagnosed depression, have 47% to 58% chance to suffer also anxiety. Depressive-anxiety disorders hamper the healing process of addictions. Patients with such symptoms are less likely to overcome the addiction and attempt to start “new free life”. Poland has allocated more than 120 million PLN for the treatment of addicted patients including 74 million for stationary treatment.

The aim of this work was to make the characteristics of depressive-anxiety states during drug treatment with a special focus on “legal drug” and evaluate the coincidence of anxiety and depression among respondents.

The study was conducted in 2011 in the “closed ward of drug treatment and detoxification patients over 16 years old”. Patients completed Hamilton questionnaire measuring their anxiety and depression level and an additional questionnaire describing their state of socio-economic as well as history of addiction.

Analysis of the collected material showed that party pills did not increase the risk of depression-anxiety compared with other drugs. Populations showed a strong correlation between the occurrence of anxiety and depression.

Key words: depression, anxiety, drug, party pills, addiction.

Wprowadzenie

Zapobieganie chorobom wynikającym z zażywania narkotyków i leczenie osób uzależnionych jest ważnym zadaniem, nie tylko z punktu widzenia medycznego, ale i społeczno-ekonomicznego. W roku 2012 na leczenie narkomanów Polska (głównym płatnikiem leczenia narkomanów jest NFZ) przeznaczyła ponad 120 milionów złotych, z czego 74 miliony na leczenie stacjonarne [Charmast 2013]. Są to tylko koszty samego leczenia, do których powinno się doliczyć również trudno wyliczalne składniki, takie jak koszty społeczne (np. zasiłek wynikający z utraty pracy, wypłaty rent, rozpad rodziny itp.) oraz koszty związane z leczeniem chorób innych niż uzależnienie, na które osoby te nie zachorowałyby gdyby nie używały narkotyków. Zażywanie narkotyków zaburza działanie większości układów w organizmie człowieka, szczególnie: układ krążenia, układ oddechowy i nerwowy, a także zaburza równowagę hormonalną. Ponadto zaburzenia dotyczą również sfery psychicznej [Namysłowska 2004].

Depresja i lęk to jedna z najczęstszych chorób psychicznych diagnozowanych w społeczeństwie polskim [Wasilewski 2010]. Z badań wynika, że wymienione stany chorobowe w bardzo wysokim stopniu korelują ze sobą. U pacjentów ze zdiagnozowaną depresją prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń lękowych – w zależności od badań – waha się w granicach od 47% do 58%. Należy podkreślić, że mimo to, że depresja bez lęku występuje rzadziej, to rozpowszechnienie depresji wśród pacjentów ze zdiagnozowanymi problemami lękowymi wynosi ok. 56% [Stein, Hollander 2004]. Nie bez znaczenia pozostaje fakt, że uzależnienie od narkotyków znacząco zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia takich zaburzeń [Vorkapić, Dadić-Hero, Ruzić 2013]. Przykładem mogą być skutki zażywania marihuany [Chadwick, Miller 2013], amfetaminy i metamfetaminy [Herbec 2013].

Zaburzenia depresyjno-lękowe wyjątkowo negatywnie wpływają na proces leczenia i wychodzenia z nałogu. Pacjenci z tego typu zaburzeniami mają mniejszą szansę na pokonanie uzależnienia i rozpoczęcie życia wolnego od zażywania szkodliwych substancji [Riperm, Andersson, Hunters, Wit, Cuijpers 2013]. Standardem staje się prowadzenie wśród uzależnionych od opiatów oprócz metadonowej terapii zastępczej również działań antydepresyj-

nych. Zwiększają one prawdopodobieństwo wyjścia z uzależnienia jak również zapobiegają występowaniu gwałtownych incydentów takich jak np.: samobójstwo. Jednak tego typu terapia w Polsce nie jest stosowana w każdym przypadku [Charmast 2013].

W piśmiennictwie naukowym dobrze opisane są zaburzenia wynikające z działania narkotyków na organizm człowieka. Wiedza ta dotyczy substancji funkcjonujących w społeczeństwie od wielu lat. Niestety scena narkotykowa w Polsce i na świecie nie pozostaje w stagnacji i coraz częściej narkomani sięgają po coraz to nowsze substancje odurzające. W ostatnich latach w Polsce coraz częściej kupić można tzw. dopalacze. Problem ten nie dotyczy tylko i wyłącznie rynku polskiego, ale przeniknął on do nas z krajów Europy Zachodniej. Podkreślić należy również fakt, że sama nazwa dopalacze jest w zasadzie nazwą handlową. W innych krajach podobne środki noszą nazwy smarty, smart drugs, designer drugs, legal drugs lub party pills [Jurek 2010]. Są to produkty sprzedawane legalnie (np. tzw. Kolekcjonerskie), choć taka sytuacja nie powinna mieć miejsca gdyż substancje, z jakich się składają mają szkodliwe działanie na organizm człowieka. Największy rozkwit zjawiska dopalaczy w Polsce przypada na lata 2010–2011. W roku 2011. w wyniku zdecydowanej interwencji rządu sklepy z dopalaczami zniknęły z ulic. Nie znaczy to jednak, że problem dopalaczy przestał istnieć. Nadal można je kupić przez Internet od firm zarejestrowanych w innych krajach, na stronach internetowych zamieszczonych na tamtejszych serwerach.

Należy podkreślić, że samo określenie substancji wchodzących w skład dopalaczy jest bardzo trudne, gdyż jak wynika z badań [Kidawa 2009] ich skład cały czas ewoluuje. Można jednak wyróżnić kilka substancji, które zazwyczaj występują w tego typu preparatach. Najważniejszą z nich jest BZP – (N-Benzylpiperazyna). Wpływ tego związku na organizm człowieka przypomina działanie amfetaminy lub metamfetaminy [Kidawa 2009]. Posiada ona również silne działania niepożądane na układ nerwowy, kostno-mięśniowy, oddechowy, krwionośny, moczowy (szczególnie toksycznie działa na nerki) i inne. Wpływa również na zaburzenie równowagi wodno-elektrolitowej [Berney-Meyer, Putt, Schollum, Walker 2012]. Należy podkreślić, że BZP mocno warunkuje powstanie syndromu serotoninowego.

Innymi substancjami również często używanymi do produkcji dopalaczy są: TFMP: (3- trifluorometylofenylpiperazyna), JWH-018 – Naftalen-1-yl (1-pentylidol-3-yl) metanon i Mefedron. Oprócz wymienionych związków w mieszankach roślinnych dopalaczy znaleziono inne znane ludzkości od dawna rośliny, takie jak: Szałwia wieszcza, mieszanki z muchomorów plami-

stego i czerwonego (znane pod nazwą fly agaric), Kratom, Aegyrea nerwosa – powój hawajski i inne.

Skład dopalaczy był i zmienia się bardzo dynamicznie. Kupienie tego samego środka dzień po dniu może oznaczać zażycie zupełnie innego składu substancji interferujących ze sobą, co niestety w kilku przypadkach doprowadziło do zgonu.

W piśmiennictwie można znaleźć informacje o społecznym zagrożeniu spowodowanym dopalaczami. W porównaniu z innymi narkotykami dopalacze łatwiej można nabyć. Legalna sprzedaż powodowała, że uznawane były za bezpieczniejsze od innych środków odurzających i powodowały zażywanie innych bardziej znanych narkotyków i w efekcie prowadzą do wieloletniego wyniszczającego uzależnienia [Green 2008]. Ponadto, jak wskazują badania, w Polsce dopalacze bardzo często są stosowane przez ludzi młodych i najczęściej jest to ich pierwszy kontakt z narkotykami. Wyniki badań przeprowadzonych w Polsce wskazują, że w 2011 roku 8% uczniów drugich klas gimnazjów kupowało dopalacze. Wśród uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych odsetek dokonujących takich zakupów wynosił 11,6%. [Charmast 2013].

Biorąc pod uwagę powyższe fakty istnieje podstawa by sądzić, że ważne jest określenie, skutków zażywania różnych dopalaczy i podjęcie próby ustalenia zakresu działania substancji w nich interferujących. Uzyskane wyniki badań mogą być pomocne w określeniu skutków zażywania dopalaczy oraz planowaniu skutecznego leczenia osób uzależnionych. Wyniki badania pozwolą także zweryfikować dotychczasowe uznane przez badaczy teorie współchorobowości zaburzeń depresyjno-lękowych.

Celem pracy jest dokonanie charakterystyki stanów depresyjno-lękowych w przebiegu leczenia uzależnienia od narkotyków ze szczególnym uwzględnieniem dopalaczy oraz ocena częstości występowania wśród badanych współchorobowości lęku i depresji.

Material i metody

Badanie było przeprowadzone w 2011 roku w jednym ze Szpitali Klinicznych w Łodzi w Oddziale Terapii Odwykowej i Detoksykacji wśród pacjentów powyżej 16 roku życia. Oddział prowadzi leczenie osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol. Na przeprowadzenie badań wyraziła zgodę Komisja Bioetyki Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. W dobrowolnych badaniach wzięło udział 30 osób, to jest wszyscy

pacjenci przebywający w tym czasie w oddziale. Narzędziem badawczym był anonimowy kwestionariusz, który zawierał 6 pytań dotyczących cech społeczno-metrykalnych, 4 pytania dotyczące chorób towarzyszących, oraz 7 pytań dotyczących uzależnienia. Ankietowanych badano również stosując wystandaryzowaną ankietę skali lęku i depresji Hamiltona. Kwestionariusz zaburzeń lękowych zawierał 14 pytań, dotyczących poszczególnych układów w organizmie człowieka i charakterystycznych dla nich objawów lęku, ocenianych w skali od 0 (nie występują) do 4 (objawy bardzo nasilone). Kwestionariusz badań depresji zawierał 18 pytań dotyczących funkcjonowania pacjenta w różnych sferach życia, którym przyznawano od 0 (brak objawów lub zaburzeń) do 2 lub 4 punktów, w zależności od pytania. Minimalna liczba punktów możliwa do uzyskania to zero a maksymalna 52 punkty. Zgodnie z wytycznymi dotyczącymi stosowania Skali Hamiltona przyjęto następujące przedziały punktowe zaburzeń depresyjnych:

- 0–7 brak zaburzeń depresyjnych
- 8–12 łagodna depresja,
- 13–17 depresja o nasileniu umiarkowanym,
- 18–29 ciężka depresja,
- 30–52 bardzo ciężka depresja

Dla zaburzeń lękowych przyjęto:

- 0–17 – brak zaburzeń,
- 18–24 –łagodne zaburzenia lękowe,
- 25–30 – umiarkowane zaburzenia lękowe,
- 31>ciężkie zaburzenia lękowe.

W badaniach, w których udział był dobrowolny uczestniczyło 30 pacjentów. Wszyscy udzielili odpowiedzi na każde pytanie zawarte w obu narzędziach badawczych.

Wyniki

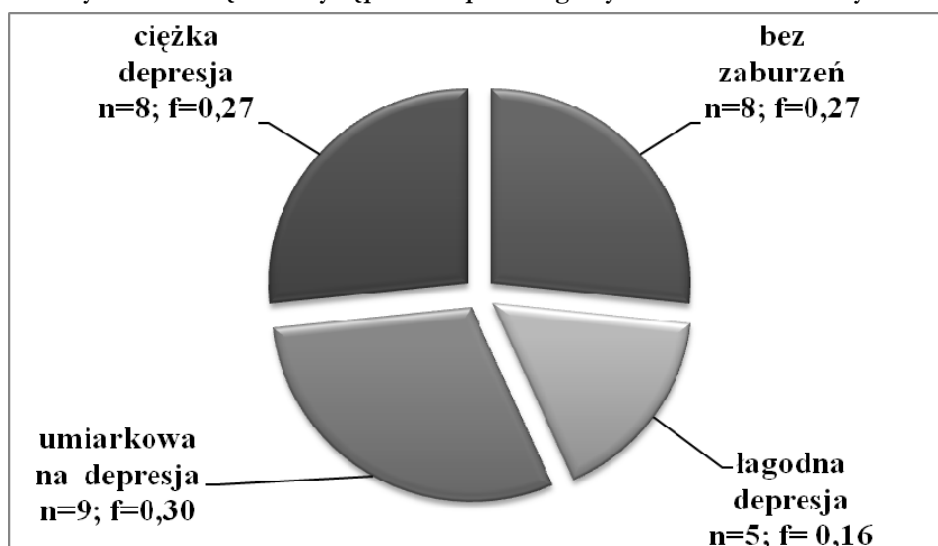
Analiza zebranego materiału empirycznego wykazała, że wśród badanych przeważali mężczyźni (6 kobiet i 24 mężczyźni). Zdecydowaną większość stanowiły osoby młode, to jest w przedziale wieku 20–29 lat ($n=17$). Większość badanych stanowiły osoby niepracujące ($n=19$) oraz osoby stanu wolnego nie będących również w związkach nieformalnych ($n=26$). Wśród

badanych 9 osób odpowiadając na pytania zawarte w kwestionariuszu ankiety stwierdziło, że są zakażone wirusem HIV lub HCV. Ponad połowa respondentów ($n=16$) stwierdziła, że w przeszłości występowały u nich zaburzenia psychiczne wśród których najczęściej wymieniane były depresje.

Wśród respondentów do przyjmowania dopalaczy przyznało się 16 osób ($f=0,5(3)$). W tej grupie 12 badanych używało dopalaczy regularnie. Średni czas przyjmowania tych substancji wynosił 11 miesięcy.

U zdecydowanej większości badanych stwierdzono wystąpienie zaburzeń na tle depresyjnym (22 osoby, $f=0,7(3)$). Średni wynik dla badanych to 17,43 punktów. Świadczy to o depresji o nasileniu umiarkowanym i depresji o nasileniu ciężkim (rys. 1).

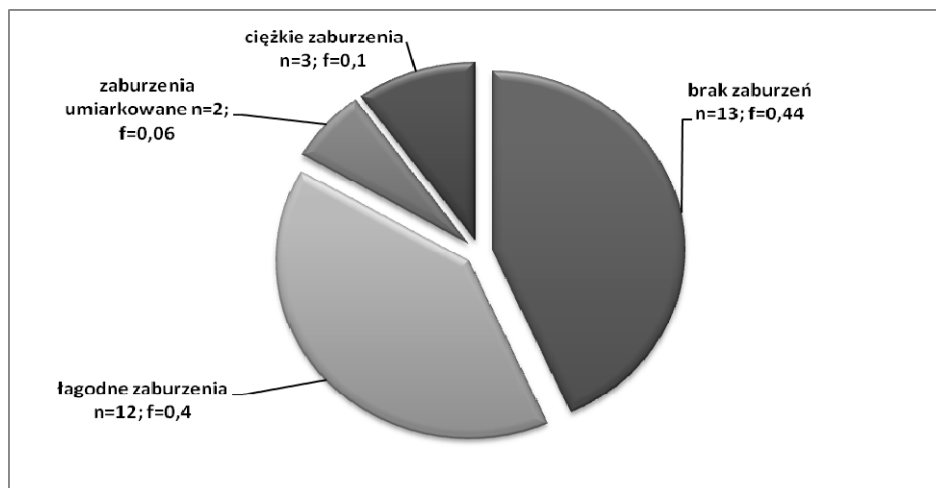
Rysunek 1. Częstość występowania poszczególnych zaburzeń u badanych



Źródło: badanie własne.

Zaburzenia lękowe często występowały wśród badanych uzależnionych. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby, u których stwierdzono, że występują u nich zaburzenia o podłożu lękowym (17 osób, $f=0,36$). W tej grupie większość ($n=12$) miała zaburzenia o niskim nasileniu. Przecięty liczb punktów przypadająca na jednego badanego to 17,43 – co oznacza wyniki z pogranicza braku zaburzeń i zaburzeń łagodnych (rys. 2).

Rysunek 2. Podział badanych ze względu na występowanie zaburzeń lękowych

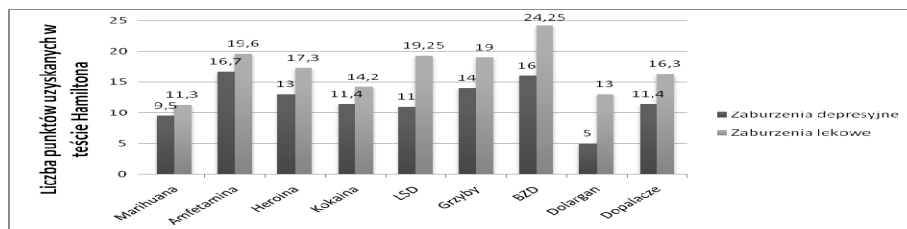


Źródło: badanie własne.

Analizując wyniki dotyczące występowania u badanych lęku stwierdzono, że najbardziej zagrożoną opisywanymi zaburzeniami grupę stanowią chorzy, którzy uzależnieni są od benzodiazepin. Stany depresyjne wysoki wynik osiągają wśród pacjentów zażywających amfetaminę. Na uwagę zasługuje również bardzo niska średnia przeciętna wartość pomiaru poziomu leku wśród chorych uzależnionych od marihuany, u których średni poziom jest znacznie niższy niż w przypadku zażywających inne narkotyki.

Analizując wyniki pomiaru natężenia depresji wśród badanych zażywających różne rodzaje narkotyków, najwyższy współczynnik obserwowano u pacjentów zażywających amfetaminę oraz benzodiazepiny. Najniższy współczynnik charakteryzował ankietowanych uzależnionych od dolarganu. Nowe zagrożenie, jakim jest zażywanie dopalaczy wyrażone przeciętnymi wskaźnikami nie różni się w sposób istotny od wskaźników dla osób zażywających inne narkotyki (rys. 3).

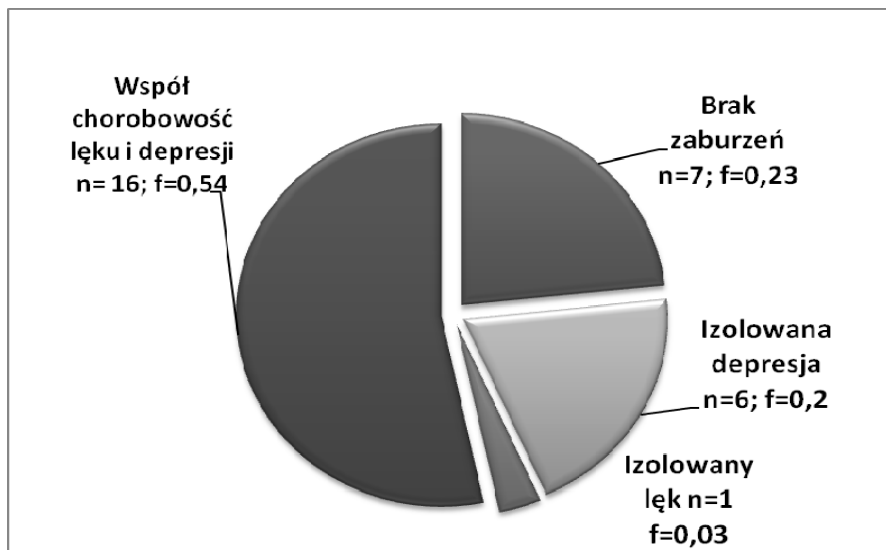
Rysunek 3. Liczba punktów uzyskanych przez badanych w teście Hamiltona w zależności od przyjmowanego narkotyku



Źródło: badanie własne.

Wyniki wskazują, że ponad połowa pacjentów ma zaburzenia zarówno depresyjne jak i lękowe ($n=16$). Tylko co piąty pacjent miał zaburzenia izolowane, z czego zdecydowana większość miała izolowaną depresję (rys. 4).

Rysunek 4. Podział badanych ze względu na rodzaj zaburzeń depresyjno-lękowych

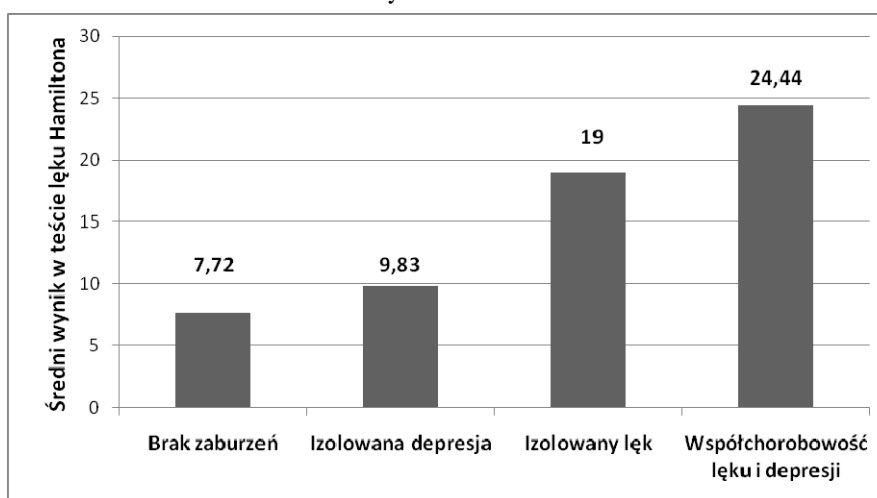


Źródło: badanie własne.

Osoby cierpiące tylko z powodu depresji miały wyższy średni poziom lęku (9,83) niż osoby bez stwierdzonych zaburzeń - gdyż u takich pacjentów średni poziom punktów uzyskanych w Skali Hamiltona wynosił 7,72. W przypadku izolowanych zaburzeń lękowych i osób zdrowych, średnie wyniki w Skali depresji Hamiltona były takie same i wynosiły 5.

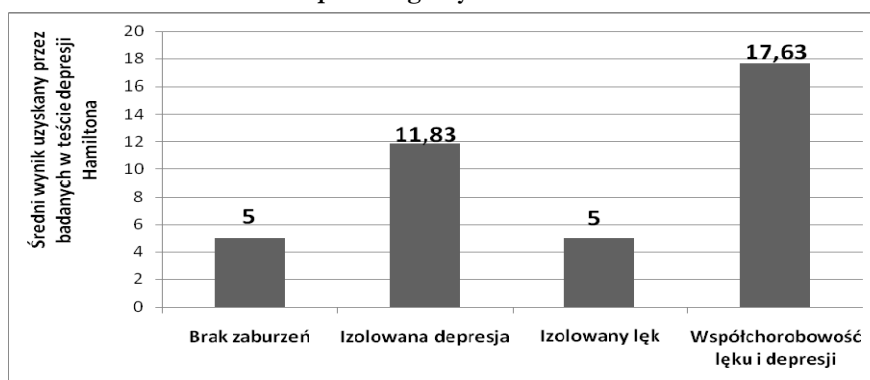
Wśród ankietowanych najwyższe średnie wyniki w teście lęku Hamiltona charakteryzowały osoby, u których zdiagnozowano wstępnie współchorobowość lęku i depresji. Analogiczną sytuację zaobserwowano interpretując wyniki testu depresji Hamilton – najwyższe średnie wyniki uzyskiwały osoby, u których jednocześnie występowały stany lękowe i depresyjne. Omawiany problem został przedstawiony na rysunkach 5 i 6.

Rysunek 5. Średni wynik uzyskiwany w teście lęku Hamiltona w różnych zaburzeniach



Źródło: badanie własne.

Rysunek 6. Średni wynik w teście depresji Hamiltona w zależności od poszczególnych zaburzeń



Źródło: badanie własne.

Dyskusja

Analizując wybrane wyniki zebranego materiału empirycznego należy zwrócić uwagę na fakt, iż zażywanie narkotyków mimo późniejszego leczenia jest czynnikiem, który potęguje możliwość wystąpienia zaburzeń depresyjno-lękowych. Wśród osób badanych można było zdiagnozować depresję u prawie $\frac{3}{4}$ pacjentów. To bardzo wysoki poziom. Porównując wyniki innych autorów odnoszących się do populacji ogólnej, m. in. dane WHO należy podkreślić, że ryzyko wystąpienia depresji w ciągu całego życia wynosi tylko od 5,8% do 10,4% [Stain, Hollander 2004]. Poziom depresji u badanych pacjentów jest znacznie wyższy niż w populacji ogólnej, co świadczy o sile, z jaką narkotyki wpływają na życie osób uzależnionych. Podobnie w przypadku występowania lęku wskaźniki są bardzo niepokojące. Potwierdzona po raz kolejny została również teoria o wysokiej koincydencji zaburzeń depresyjnych i lękowych.

Jednym z głównych celów niniejszej pracy była ocena występowania stanów depresyjno-lękowych u osób zażywających dopalacze. Wyniki pracy nie plasowały osób używających dopalacze, jako mniej lub bardziej narażonych na występowanie zaburzeń o charakterze depresji czy lęku w porównaniu z osobami używającymi inne substancje psychoaktywne, choć nie należy zapominać, że poziom ten wciąż był wyższy niż w populacji ogólnej. Pacjenci z najwyższym poziomem depresji i lęku to pacjenci przyjmujący benzodiazepiny i amfetaminę.

Osoby uzależnione to zazwyczaj osoby młode, to jest w wieku od 20 do 30 lat. Działania profilaktyczne powinny być najszerzej i najintensywniej kierowane do nastolatków, gdyż to właśnie wtedy dochodzi najczęściej do pierwszych kontaktów z narkotykami /eksperymentowanie/ i istnieje największe prawdopodobieństwo na rozwinięcie się pełnego uzależnienia /narkomanii/ [Sieroszewski 2011]. Zwrócić należy również uwagę na fakt, że osobami uzależnionymi byli przede wszystkim mężczyźni. Zdecydowana większość badanych nie pracowała (19 osób) oraz nie pozostawała w stałych związkach (26 osób). Tacy pacjenci są bardzo dużym obciążeniem dla państwa, nie tylko w kontekście społecznym, lecz również w kontekście ekonomicznym i gospodarczym. Tylko Polsce koszt leczenia osób uzależnionych od narkotyków jest szacowany na 120 milionów złotych [Charmast 2013], natomiast w Stanach Zjednoczonych było to 600 bilionów dolarów. Jednostkowy koszt leczenia metadonowego wynosił ok. 4700 dolarów [National Institute on Drug Abuse 2012]. Leczenie metadonowe to standard leczenia uzależnień i jest stosowany również w Oddziale placówki, na terenie którego

prowadzone były niniejsze badania. Wsparcie rodziny i innych osób bliskich uzależnionemu – jak podkreśla się w literaturze przedmiotu – jest również bardzo ważne w motywowaniu go do walki z nałogiem i przezwyciężaniu trudności. Dlatego niepokojącym zjawiskiem jest nie pozostawianie w żadnych związkach ponad połowy spośród badanych [National Institute on Drug Abuse 2012].

W Polsce do najczęściej przyjmowanych narkotyków przez osoby uzależnione zaliczamy: marihuanę, amfetaminę i heroinę [Jędrzejko 2006]. Podobne wyniki uzyskiwano także w niniejszej pracy. Okazało się, że głównymi narkotykami zażywanych przez badanych była heroina, marihuana i amfetamina. W porównaniu do badań M. Jędrzejka – zmieniła się tylko kolejność, ale na trzech pierwszych pozycjach znajdują się te same substancje.

Depresja i stany lękowe są zaburzeniami bardzo rozpowszechnionymi, mającymi wpływ na skuteczność leczenia wśród pacjentów oraz co ważniejsze, na skuteczność podejmowanej terapii w przyszłości [Riperm, Andersson, Hunters, Wit, Cuijpers. 2013]. Osoby zajmujące się prowadzeniem i leczeniem tego typu przypadków powinny być bardzo spostrzegawczy, aby wychwycić ewentualne problemy swoich pacjentów i nie bagatelizować tego typu zaburzeń, gdyż ma to istotny wpływ na powodzenia całej terapii.

Wnioski

1. Dopalacze nie zwiększają ryzyka wystąpienia zaburzeń depresyjno-lękowych w porównaniu z innymi narkotykami, lecz zwiększają znacznie to prawdopodobieństwo w odniesieniu do populacji ogólnej.
2. Do stanów depresyjno-łękowych dochodziło wśród badanych zażywających amfetaminę i benzodiazepiny.
3. Uzależnieni od marihuany byli rzadziej narażeni na powstanie zaburzeń depresyjno-lękowych w porównaniu z osobami uzależnionymi od innych substancji psychoaktywnych, choć ich poziom lęku i depresji był wyższy niż w populacji ogólnej.
4. Wśród badanych wystąpiła silna korelacja między występowaniem lęku i depresji, co potwierdza teorię współchorobowości wymienionych zaburzeń.

Bibliografia

- Berney-Meyer L., Putt T., Schollum J., Walker R (2012), *Nephrotoxicity of recreational party drugs*, *Nephrology*, 17, 99–103.
- Chadwick B., Miller M. L., Hurd Y. L. (2013), *Cannabis use during adolescent development: Susceptibility to psychiatric illness*, *Front Psychiatry*, 4.
- Charmast J. (2013), *Raport rzecznika praw osób uzależnionych 2011-2012 – część lecznicza*, Warszawa.
- Green J. (2008), *Partying on? Life after BZP-based party pills*, *N Z Med J.*, Oct 3, 121(1283).
- Herbec (2013), *Poly-drug and marihuana use among adults with primary used methamphetamine*, *J. Psychoactive Drugs*, 45, 2.
- Jędrzejko M. (2006), *Patologie społeczne*, Człowiek i zagrożenie, Pultusk.
- Kidawa M. (2009), *Dopalacze – przejściowa moda czy realne zagrożenie?*, Serwis Informacyjny NARKOMANIA, nr 1(45).
- Jurek L. (red.) (2010), *„Dopalacze narkotyki, niewinny początek”*, Lexdruk, Rybnik.
- Namysłowska (red.) (2004), *Psychiatria dzieci i młodzieży*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- National Institute on Drug Abuse, (2012), *Principles of drug addiction treatment - A research-based guide*.
- Riperm H., Andersson G., Hunters S. B, Wit J. MSc, Cuijpers P. (2013), *Treatment of comorbid alcohol use disorder and depression with cognitive-behavioural therapy and motivational interviewing. A meta-analysis*, *Addiction*; DEC.
- Sheridan J, Butler R. (2010), *They're legal so they're safe, right? What did the legal status of BZP-party pills mean to young people in New Zealand?*, *Int J Drug Policy*. Jan; 21(1):77-81.
- Sieroszewski J. (2011), *Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2011 roku*, Warszawa.
- Stein D. J., Hollander E. (2004), *Współchorobowość depresji i zaburzeń lękowych*, Via medica, Gdańsk.
- Vorkapić S.T., Dadić-Hero E., Ruzić K. (2013), *The relation ship between personality traits and anxiety/ depression level in different drug abusers' groups*, *Ann ist Super Sanita*, 2013, Vol. 49, no. 4.
- Wasilewski D. (2010), *Depresja a lek*, Psychomedica.pl, Warszawa.

Joanna Sułkowska
Społeczna Akademia Nauk

Robert Seliga
Społeczna Akademia Nauk

Modele marketingu w sektorze usług medycznych w Polsce – zmiana orientacji marketingowej

Marketing models in the healthcare sector in Poland – change marketing orientation

Abstract: Medical services sector in Poland is undergoing profound changes taking place in the widely understood marketing. Dynamics of changes in the perception of the role of marketing in the healthcare sector in Poland at the moment at appearance on the market of private providers of medical services. Managers medical units understand the need to build a lasting, positive image of the organization. It should be noted, however, that building the image of the medical unit is a difficult and lengthy process. More and more often for marketing communication of medical units correspond to specialized cells whose job it is to attract new and retain existing patients, medical units.

The purpose of this article is to indicate what the role of social marketing and relational marketing communications of medical units in Poland.

The hypothesis put at in the article is as follows: there is a noticeable increase in the importance of the concept of social marketing and relational marketing communications in the medical units in Poland. Apparently, the design and implementation of modern marketing tools can be observed in the private medical sector in Poland. Ascend in a positive feedback loop between the development of the theory and practice of marketing concepts and the increased importance in the management of the medical unit.

Key words: partnership marketing, relationship marketing, social marketing, marketing in health care.

Wstęp

Sektor usług medycznych w Polsce jest w trakcie głębokich zmian, jakie zachodzą w sferze szeroko rozumianego marketingu. Marketing stanowi szybko rozwijającą się sferę działalności biznesowej [Sułkowski 2014, s. 271].

Dynamika zmian w postrzeganiu roli marketingu w sektorze usług medycznych w Polsce rozpoczęła się w momencie pojawienia się na rynku prywatnych jednostek świadczących usługi medyczne. Największe zmiany w podejściu marketingowym zaobserwować można w obszarze leczenia podstawowego – przychodnie. Tam istnieje wysoki współczynnik konkurencyjności, który sprawia, że zarządzający tymi podmiotami poszukują nowych form pozyskania pacjenta. Pacjent w takim rozumieniu staje się klientem, który z jednej strony wymaga odpowiedniej opieki medycznej, z drugiej zaś strony zwraca uwagę na inne aspekty funkcjonowania jednostki medycznej np. na jakość obsługi klienta, czy komunikację marketingową [Sulkowski, Seliga, Woźniak 2012].

Menedżerowie jednostek medycznych rozumieją potrzebę budowania trwałego, pozytywnego wizerunku organizacji. Zaznaczyć należy jednak, że budowanie wizerunku jednostki medycznej to trudny i długotrwały proces. Coraz częściej za komunikację marketingową jednostek medycznych odpowiadają wyspecjalizowane komórki, których zadaniem jest pozyskać nowych i utrzymać obecnych pacjentów jednostek medycznych.

Zmiana orientacji marketingowej w sektorze usług medycznych, wzrost rywalizacji wewnątrz sektora sprawiał, że zarządzający jednostkami wdrażają już nie tylko klasyczne narzędzia marketingu, ale również łączą je z współczesnymi koncepcjami marketingowymi, które do tej pory były wykorzystywane w innych sektorach rynku. Coraz częściej wykorzystuje się założenia i narzędzia marketingu relacji i marketingu społecznego w komunikacji marketingowej jednostek medycznych. Zaznaczyć jednak należy, że wdrożenie procesu komunikacji marketingowej w sektorze usług medycznych posiada swoje ograniczenia (bariery administracyjne, prawne, etyczne i socjologiczne) [Sulkowska, Seliga 2011, s. 4-9].

Celem poniższego artykułu jest wskazanie, jaką rolę pełni marketing społeczny i relacyjny w komunikacji marketingowej jednostek medycznych w Polsce. Hipoteza stawiana w artykule brzmi następująco: zauważalny jest wzrost znaczenia koncepcji marketingu społecznego i relacyjnego w procesie komunikacji marketingowej jednostek medycznych w Polsce. Najwyraźniej implementację współczesnych koncepcji i narzędzi marketingowych zaobserwować można w niepublicznym sektorze medycznym w Polsce. Wstępuję pozytywne sprzężenie zwrotne pomiędzy rozwojem teorii i praktyki koncepcji marketingowych a wzrostem znaczenia w procesie zarządzania jednostką medyczną.

W części teoretycznej artykułu przedstawiono charakterystykę koncepcji marketingu społecznego i relacyjnego, istotę komunikacji marketingowej w sektorze usług medycznych. Część empiryczna artykułu oparta została o wyniki badań ilościowych (ankieta audytoryjna).

Komunikacja marketingowa w sektorze usług medycznych

Proces komunikacji marketingowej w sektorze usług medycznych wykorzystuje coraz więcej narzędzi marketingowych. Coraz częściej łączone są one ze sobą tworząc spójny, jednolity przekaz marketingowy [Seliga 2011, s. 105-120]. Należy podkreślić fakt, że komunikacja marketingowa od niedawna jest wykorzystywana jako instrument budowania przewagi konkurencyjnej jednostek medycznych w Polsce. Działania marketingowe jednostek medycznych w Polsce implementują komercyjne narzędzia i metody, co sprawia, że w dość szybkim osiągają wysoki współczynnik skuteczności.

Komunikacja marketingowa w sektorze usług medycznych w dużej mierze nakierowana jest na pacjenta. W ten sposób zmienia się również postrzeganie jego roli, pacjent coraz częściej staje się klientem, co ważne zmienia się również jego podstawa z biernej na czynną. Dostarcza on m.in. informacji na temat zapotrzebowania rynku, oceny funkcjonowania jednostki medycznej czy oferty usługowo/produktowej danej jednostki medycznej. W tak przyjętej strategii marketingowej jednostek medycznych ważnym jest łączenie ze sobą wielu koncepcji i narzędzi marketingowych np. marketingu relacji, marketingu społecznego z klasycznymi narzędziami promocji mix.

Proces komunikacji marketingowej w sektorze usług medycznych przybiera widoczne oznaki profesjonalizacji, która przejawia się m.in. tworzeniem odrębnych komórek zajmujących się marketingiem jednostek, przeprowadzeniem badań opinii pacjentów, personelu wszystkich szczebli.

Komunikacja marketingowa jest złożonym procesem, który przyjmuje formę komunikacji społecznej [Szymoniuk 2006, s. 15], której służy zaspokojeniu potrzeb społeczeństwa. Obecnie obserwuje się implementację komercyjnych metod i technik marketingowych znanych z przedsiębiorstw produkcyjnych i handlowych do organizacji usługowych pełniących role społeczne np. jednostki medyczne.

Zaznaczyć należy jednak, że nie wszystkie klasyczne narzędzia w równym stopniu znalazły swoje zastosowanie w sektorze usług medycznych. Do najpopularniejszych narzędzi wykorzystywanych w procesie komunikacji

marketingowej przez jednostki medyczne wyróżnić możemy: reklamę, public relations, promocję sprzedaży, sponsoring.

Przedstawione w tabeli 1 narzędzia komunikacji marketingowej są przede wszystkim wykorzystywane w celu zwrócenia uwagi i przyciągnięcia pacjenta do wybranej jednostki medycznej. Jedną z form promocji jednostek medycznych jest reklama, poprzez którą jednostki prezentują swoją ofertę medyczną i akcentują obecność na rynku.

Tabela 1. Zakres definicji i przykłady zastosowania narzędzi komunikacji marketingowej w sektorze usług medycznych

Wybrane narzędzia komunikacji marketingowej	Definicja	Specyfika w sektorze medycznych
Reklama	Wszelka płatna forma nieosobistej prezentacji i promocji idei, dóbr i usług określonego sponsora.	Podlega ograniczeniom prawnym, etycznym. Skierowana do pacjentów.
Promocja sprzedaży	Różnorodne krótkoterminowe bodźce mające zachęcić do wypróbowania lub kupna produktu czy usługi.	Podlega ograniczeniom prawnym, etycznym. Skierowana głównie do jednostek medycznych.
Public relations	Wszelkie działania mające na celu promowanie lub ochronę wizerunku firmy albo jej poszczególnych produktów.	Narzędzie wykorzystywane głównie przez prywatne jednostki medyczne. Artykuły sponsorowane w czasopismach branżowych oraz w prasie skierowanej do potencjalnych klientów.
Sponsoring	Są to działania finansowe i gospodarcze firmy na rzecz osób, organizacji lub instytucji, wspierające różne dziedziny życia społecznie akceptowalne (np. Sport, kultura), niezależnie od niej i niezwiązane bezpośrednio z normalnymi jej interesami.	Narzędzie wykorzystywane głównie przez prywatne jednostki medyczne np.: sponsoring (uczestnictwo na zasadzie barteru) imprez sportowych.

Źródło: opracowanie własne: Ph. Kotler, „Marketing. Zarządzanie programami marketingowymi”, REBIS, Poznań 2005, s.574, M. Datko, „Sponsoring jako narzędzie promocji”, Marketing i Rynek, 1995, nr 7-8, s. 5.

Najczęściej reklama ta występuje w formie prasowej, radiowej rzadziej w telewizyjnej z uwagi na dość wysoki poziom nakładów finansowych potrzebnych do jej realizacji. Działania związane z promocją sprzedaży oferowane są zazwyczaj stałym klientom, na podstawie uzyskanej karty stałego klienta. Należy podkreślić fakt, że w niektórych przypadkach karta stałego klienta danej jednostki medycznej pełni również funkcję prestiżową. Ważnym elementem procesu komunikacji marketingowej jednostek medycznych jest budowanie wizerunku. Działania te prowadzone są poprzez różnego rodzaju działania sponsoringowe (najczęściej związane z tematyką zdrowotną), drukowanie w prasie branżowej cyklicznych materiałów dotyczących „kondycji” jednostki, jej pozycji konkurencyjnej w sektorze.

Istotną rolę w tworzeniu zintegrowanej komunikacji marketingowej w przypadku jednostek medycznych pełni Internet. Obecnie zaobserwować można coraz szersze jego wykorzystanie. Internet nie tylko pełni rolę przekazu treści marketingowych, ale również pełni funkcję łącznika pacjenta z daną jednostką medyczną. Możliwe jest to poprzez wprowadzenie przez jednostki medyczne elektronicznych platform obsługi pacjenta. Pacjent poprzez taką platformę może się zarejestrować do danego lekarza, sprawdzić aktualne informacje, itp.

Działania marketingowe jednostek medycznych obostrzone są różnego rodzaju normami. Do najczęstszych spotykanych norm regulujących marketingową działalność jednostek medycznych zaliczyć można normę prawną (warunkująca techniczne aspekty prowadzenia kampanii marketingowych) i etyczną – przysięga Hipokratesa.

Rola marketingu społecznego i relacyjnego w komunikacji jednostek medycznych

Ewolucja w sferze orientacji marketingowej organizacji doprowadziła do wyodrębnienia się różnych form marketingu, w tym również koncepcji marketingu zorientowanych na klienta i podmioty współpracujące z organizacją.

Odpowiedzią na zmieniający się nurt myślenia i postrzegania roli marketingu, a przede wszystkim na marketingową orientację na klienta było powstanie dwóch koncepcji: marketingu społecznego oraz marketingu relacyjnego. Obydwie koncepcje: marketing społeczny jak i marketing relacji mają na celu dbanie o korzyści grup docelowych, do których adresowanych jest przekaz marketingowy.

W literaturze przedmiotu odnaleźć można wiele definicji koncepcji marketingu relacji, co świadczyć może o ciągłej ewolucji koncepcji i zmianach w jej postrzeganiu. Jednakże przedstawiona poniżej koncepcja marketingu relacji autorstwa L. Berry'go prezentuje klasyczne spojrzenie, według którego marketing relacji to „tworzenie, utrzymywanie i wzbogacanie relacji z klientem. Pozyskiwanie nowego klienta stanowi jedynie pierwszy krok w procesie marketingu” [Leonard 1983, s. 26]. W wyniku analizy literatury przedmiotu można stwierdzić, że w wielu przypadkach prezentowane definicje podkreślają konieczność budowania więzi z klientem [Tzokas, Saren 1996; Krupski 2007].

Stwierdzić można zatem, że koncepcja marketingu relacji wskazuje na szczególną rolę klienta w całościowym procesie marketingu w organizacji. Należy zauważyć, że koncepcja ta nie tylko wyróżnia klienta, jako końcowy element tego procesu, ale również wskazuje jego rolę w tym procesie. Klient jest podmiotem opiniotwórczym, który wskazuje drogę dla opisywanego powyżej procesu marketingowego.

Marketing społeczny po raz pierwszy wprowadzony został przez Ph. Kotlera i G. Zaltmana w artykule „Social Marketing: An Approach in Planned Social Change”, w którym to przedstawiono propozycję implementacji zasad i technik marketingowych w odniesieniu do kwestii społecznych. Istotny wkład w rozwój powyższego nurtu włożyli także: A. Andreasen, J. Mintz, B. Novelli, B. Smith.

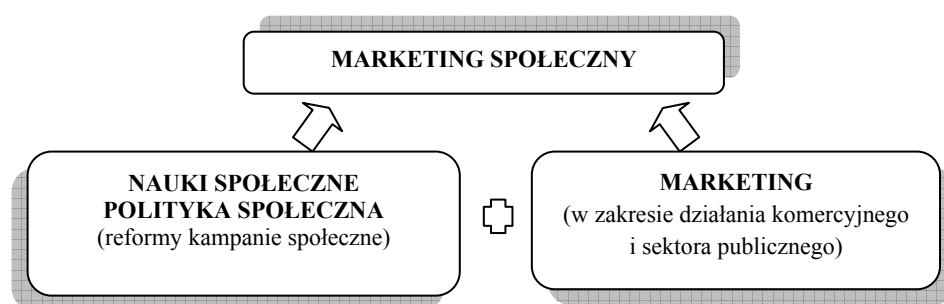
Głównym celem marketingu społecznego jest osiągnięcie określonego celu społecznego w odróżnieniu od klasycznego modelu marketingu, w którym to wszystkie założenia prowadzą do osiągnięcia zamierzonego celu finansowego [Seliga, Woźniak 2014, s. 95-112]. Cechą wspólną obydwu koncepcji jest dążenie do określenia potrzeb otoczenia zewnętrznego. W marketingu klasycznym grupę docelową określa się najczęściej na podstawie prognozy zysku, w marketingu społecznym zaś na podstawie różnych kryteriów społecznych m.in.: rozpowszechnienie problemu społecznego, możliwość dotarcia do wyodrębnionej grupy docelowej, zdolność grupy docelowej na reagowanie na zmianę etc. Inną bardzo ważną cechą zarówno marketingu społecznego, relacyjnego i klasycznego jest orientacja prokliencka, która przekłada się na satysfakcję wszystkich stron biorących udział w procesie marketingowym.

Podjęmując próbę analizy literatury przedmiotu wskazać można na kilka podstawowych różnic pomiędzy klasyczną koncepcją marketingu a koncepcją marketingu społecznego. Koncepcja marketingu klasycznego zakłada, że w procesie marketingowym główną uwagę skupia się na sprzedaży określonego

produktu lub usługi, natomiast w marketingu społecznym proces marketingowy oscyluje w obrębie wykreowania określonego, pożądanego zachowania u odbiorcy.

Koncepcja marketingu społecznego powstała na bazie dwóch płaszczyzn. Pierwszą z nich tworzą nauki społeczne wraz z polityką społeczną (reformy społeczne, kampanie społeczne). Drugą płaszczyznę tworzy szeroki obszar marketingu, zarówno w zakresie komercyjnym, jaki i sektora publicznego.

Rysunek 1. Płaszczyzny marketingu społecznego



Źródło: J. French, C. Blair-Stevens, *Big Pocket Guide: social marketing*, London: National Social Marketing Centre, 2007.

Na podstawie rozwoju ewolucyjnego koncepcji w literaturze przedmiotu wyodrębnione zostały trzy wymiary koncepcji marketingu społecznego. Patrząc na ewolucję postrzegania roli klasycznego marketingu dostrzec można pewne cechy wspólne pomiędzy marketingowymi koncepcjami, które wychodzą na przeciw oczekiwaniom współczesnych „aktorów rynku”. W ewolucyjnym podejściu do marketingu wylaniają się pewne wspólne cechy pomiędzy marketingiem relacji [Gummeson 2008, s. 5] a marketingiem społecznym.

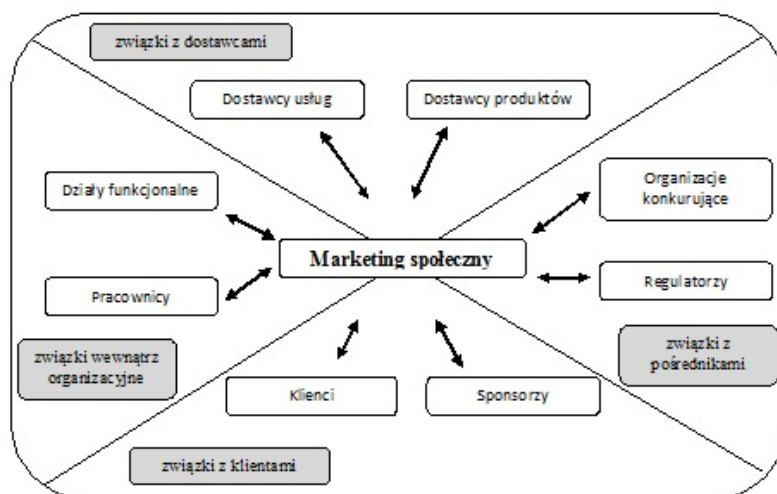
Tabela 2. Marketing społeczny versus marketing relacji

Kryteria	Marketing społeczny	Marketing relacji
Cel	<i>dla dobra społeczeństwa</i>	<i>dla dobra organizacji/firmy</i>
Planowanie	długoterminowe	długoterminowe
Działanie	zespołowe	zespołowe
Komunikacja marketingowa	<i>może być agresywna</i>	<i>umiarkowana</i>
Adresat działania	<i>masowy</i>	<i>indywidualny</i>
Orientacja	na klienta	na klienta

Źródło: opracowanie własne.

W marketingu społecznym relacje mogą być budowane z równymi grupami interesariuszy. G. Hastings zaproponował adaptację modelu R. Morgana i S. Hunta, który odnosił się do organizacji komercyjnych. G. Hastings dokonał modyfikacji modelu do potrzeb koncepcji marketingu społecznego. Autor opisywanego modelu przedstawił podobnie jak R. Morgan i S. Hunt cztery obszary działania marketingu społecznego: związki z klientami, we-
wnątrz organizacji, z dostawcami oraz pośrednikami.

Rysunek 2. Multi-relacyjny model marketingu społecznego



Źródło: G. Hastings, *Social marketing*, Elsevier, 2007, p. 147, na podstawie: R. Morgan, S. Hunt, *Relationship Marketing in the Era of Network Competition*, Marketing Management, 5/1994, pp. 18-28.

W pierwszym obszarze działania (związki z klientami) G. Hastings wyróżnił dwie grupy docelowe, które czerpią korzyści z działań społecznych. Są nimi zarówno adresaci jak i sponsorzy kampanii społecznej. Związki z pośrednikami stanowią drugi obszar działań marketingu społecznego. W obszarze tym wyszczególniono regulatorów rynku oraz konkurencyjne organizacje. Wzajemna współpraca pomiędzy poszczególnymi partnerami przynosi obopólne korzyści i wzmacnia skuteczność kampanii społecznej. Trzeci obszar współpracy stanowią związki z dostawcami. Wyszczególniono zarówno dostawców usług jak i produktów. Marketing społeczny w dużej

mierze może oddziaływać na dostawców, dla których promowanie idei społecznych może w dłuższym okresie czasu przynieść wymierne korzyści. Powyższy związek może być również oparty o koncepcję Społecznej Odpowiedzialności Biznesu (CSR). Czwarty obszar działania marketingu społecznego opiera się o związki wewnątrzorganizacyjne oparte przede wszystkim na budowaniu relacji z pracownikami. Współpraca w tym obszarze opiera się o istotę koncepcji marketingu wewnętrznego (Grönroos 2000; George 1990, p. 63-70). Według autora modelu występuje silna interakcja pomiędzy budowaniem relacji z interesariuszami zewnętrznymi a relacjami wewnątrzorganizacyjnymi.

Wyniki badań

Głównym celem badań pilotażowych było wyodrębnienie kluczowych koncepcji marketingowych oraz elementów komunikacji marketingowej w sektorze usług medycznych. Badania miały charakter badań w terenie, polegających na zebraniu materiału ze źródeł pierwotnych. Badania miały charakter pilotażowy, w ankiecie zadano 4 pytania typu zamkniętego oraz dodatkowo 3 pytania metryczki. Zaznaczyć należy, że wyniki badań są niereprezentatywne, a wnioski wyciągnięte na ich podstawie nie można uogólniać. Poniżej wyniki badań stanowiące mogą jedynie początek do dalszych pogłębionych badań w tym zakresie.

Charakterystyka próby badawczej

Badania przeprowadzono w II połowie 2014 roku na próbie 795 osób. Respondentami były głównie osoby w wieku 26-45 lat (50%) oraz w wieku powyżej 45 lat (26%). Najmniej reprezentowaną grupą osób w badaniu były osoby w wieku poniżej 18 lat (6%). W przeprowadzonym badaniu uczestniczyło 451 kobiet, co stanowi 57% ogólnej próby badawczej.

Tabela 3. Charakterystyka próby badawczej – wiek

Lp.	Wiek	Liczba osób	Udział procentowy
1	poniżej 18 lat	46	6%
2	19–25 lat	139	17%
3	26–45 lat	401	50%
4	powyżej 45 lat	209	26%
Suma:		795	100%

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Tabela 4. Charakterystyka próby badawczej – płeć

Lp.	Płeć	Liczba osób	Udział procentowy
1	Kobieta	451	57%
2	Mężczyzna	334	43%
Suma:		785	100%

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Wśród badanych 22% stanowiły osoby posiadające wykształcenie średnie. Wykształcenie wyższe posiadało 72% osób biorących udział w badaniu, a 5% osób ankietowanych to osoby z wykształceniem podstawowym.

Tabela 5. Charakterystyka próby badawczej – wykształcenie

Lp.	Wykształcenie	Liczba osób	Udział procentowy
1	Podstawowe	43	5%
2	Średnie	174	22%
3	Wyższe	568	72%
Suma:		785	100%

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Wyniki przeprowadzonych badań

Tabela 6. Czy Pana/i zdaniem w porównaniu do ostatnich 10-lat jednostki medyczne (np. przychodnie lekarskie, szpitale) zmieniły na lepsze swoje podejście do pacjenta?

Tak	71%
Nie	29%

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań

Tabela 7. Które z poniższych działań Pana/i zdaniem jednostki medyczne powinny w najbliższym czasie polepszyć? (możliwość zaznaczenia maksymalnie 3 odpowiedzi)

Obsługa pacjenta	21%
Mniejsze kolejki do lekarza	91%
Jakość opieki medycznej	19%
Lepsza lokalizacja przychodni	14%
Większy wybór lekarzy	49%
Możliwość zapisów przez Internet	42%

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Tabela 8. Czy uważa Pan/i, że jednostki medyczne powinny prowadzić kampanie informacyjne np. dotyczące zdrowia? (Jeżeli nie to dlaczego?)

Tak	97%
Nie	3%

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Respondowani, którzy wskazali odpowiedź „nie” w większości argumentowali że tymi działaniami powinien kierować rząd (Ministerstwo Zdrowia).

Tabela 9. Skąd dowiedział się Pan/i o swoim NZOZ-ie?

Od znajomych	54%
Z reklamy w Internecie	9%
Z reklamy w prasie	2%
Z billboardu reklamowego	3%
Zawsze u niego byłem/am	19%
Z zakładu pracy - na mocy podpisanej umowy pomiędzy NZOZ-em a zakładem pracy	13%

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Podsumowanie

Celem powyższego artykułu było wskazanie roli, jaką pełni marketing społeczny i relacyjny w komunikacji marketingowej jednostek medycznych w Polsce. Przeprowadzone badania pilotażowe wskazują, że ponad 50% pacjentów wybiera swój NZOZ na podstawie polecenia od znajomych. Około 20%

ankietowanych wskazuje na to, że do chwili obecnej nie zmieniała swojego NZOZ-u, co świadczyć może o zadowoleniu z jakości szeroko rozumianej obsługi pacjenta. Pacjenci coraz częściej oczekują od swoich NZOZ-ów akcji informacyjnych, profilaktycznych. Istotnym staje się fakt, że pacjenci dostrzegają lepsze funkcjonowanie jednostek medycznych, co może być ściśle połączone z rosnącą konkurencją w sektorze.

Zmiany w komunikacji marketingowej, jakie zachodzą w sektorze usług medycznych w Polsce, a w szczególności w jednostkach medycznych pierwszego kontaktu coraz bardziej przypominają działania marketingowe znane do tej pory z innych obszarów rynku. Następuje wyraźna implementacja skutecznych metod i technik marketingowych z rynków usługowo-handlowych na rynki medyczne.

Bibliografia

- Datko M. (2005), *Marketing jako narzędzie promocji*, Marketing i Rynek, nr 7-8.
- French J., Blair-Stevens C. (2007), *Big Pocket Guide: social marketing*, London: National Social Marketing Centre.
- George W. R. (1990), *Internal marketing and organizational behavior: a partnership in developing customer-conscious employees at every level*, „Journal of Business Research”, 20(1).
- Grönroos C. (2000), *Service management and marketing: a customer relationship management approach*, John Wiley & Sons Incorporated.
- Gummesson E. (2008), *Total Relationship Marketing, Marketing management, relationship strategy, CRM, and a new dominant logic for the value – creating network economy*, Elsevier Ltd. Butterworth - Heinemann, Third edition.
- Hastings G. (2007), *Social marketing*, Elsevier, [w:] R. Morgan, S. Hunt, Relationship Marketing in the Era of Network Competition, „Marketing Management”, 5/1994.
- Kotler Ph. (1995), *Marketing, Zarządzanie programami marketingowymi*, REBIS, Poznań.
- Krupski R. (2007), *Strategie relacyjne*, [w:] H.G. Adamkiewicz-Drwillo (red.), Uwarunkowania rozwoju przedsiębiorczości. Determinanty i narzędzia zdobywania przewagi konkurencyjnej, PWE, Warszawa.
- Leonard B. (1983), *Relationship Marketing, Emerging Perspectives on Services Marketing*, American Marketing Association, Chicago.
- Seliga R. (2011), *Zastosowanie koncepcji marketingu relacji w uczelniach wyższych w Polsce na podstawie badań własnych*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie”, Łódź, Tom VII, Zeszyt 5.
- Seliga R., Woźniak A., (2014), *Marketing społeczny*, [w:] Otto. J., Sulkowski Ł., Metody zarządzania marketingowego, Difin, Warszawa.
- Sulkowska J., Seliga R., (2011), *Nowe trendy w komunikacji marketingowej w sektorze usług medycznych*, Polityka Zdrowia, tom VII.
- Sulkowski Ł., (2014), *Alternatywne paradygmaty współczesnego marketingu*, [w:] Otto. J., Sulkowski Ł., Metody zarządzania marketingowego, Difin, Warszawa.

- Sulkowski Ł., Seliga R., Woźniak A. (2012), *Kulturowe bariery zmian w polskich szpitalach – rezultaty badań*, [w:] Ł. Sulkowski, R. Seliga (red.), *Kulturowe determinanty zarządzania szpitalami w Polsce*, Difin, Warszawa.
- Szymoniuk B. (2006), *Komunikacja marketingowa – istota i proces projektowania*, [w:] red. B. Szymoniuk, *Komunikacja marketingowa, instrumenty i metody*, PWE, Warszawa.
- Tzokas N., Saren M., (1996), *Relationship Marketing in Consumer Markets from the Private to the Communal*, Seminar on Relationship Marketing in an Era of Hyper Competition, Rotterdam.