PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ I ZARZĄDZANIE

TOM XIII, ZESZYT 9

http://piz.sanedu.pl

Wpływ zarządzania na jakość usług medycznych w ochronie zdrowia

– Opinie świadczeniobiorców usług medycznych

Redakcja

Jan Krakowiak, Adam Fronczak

Łódź 2012

Zeszyt recenzowany

Redaktor tematyczny: Jan Krakowiak, Adam Fronczak

Skład i łamanie tekstu: Barbara Lebioda

Redakcja i korekta techniczna: Jadwiga Poczyczyńska

Projekt okładki: Marcin Szadkowski

© **Copyright:** Społeczna Akademia Nauk

ISSN 1733-2486

Wydawnictwo
Społecznej Akademii Nauk (poprzednio SWSPiZ):
e-mail: **wydawnictwo@swspiz.pl**
tel. 42 632 50 23, 42 632 50 26 w. 339

www.swspiz.pl/wydawnictwo

Druk i oprawa: Drukarnia "GREEN", Plac Komuny Paryskiej 4, 90-007 Łódź,
tel./fax. 042 632 2713, 0 604 507 082, e-mail:
wydawnictwo@post.pl

SPIS TREŚCI

Jan Krakowiak, Wstęp **5**

Adam Fronczak, Alina Kowalska, Joanna Sułkowska, Irena Walecka, Włodzimierz Stelmach, Adam Rzeźnicki, Jan Krakowiak, Wpływ zmian społeczno-prawnych na rozwiązanie problemów osób niepełnosprawnych na podstawie badań przeprowadzonych w PUP nr 1 w Łodzi **7**

Adam Fronczak, Alina Kowalska, Joanna Sułkowska, Irena Walecka, Włodzimierz Stelmach, Adam Rzeźnicki, Anna Rokita, Jan Krakowiak, Opinie pacjentów oddziału laryngologicznego dotyczące bazy techniczno-lokalowej i standardów przyjęcia pacjentów do Szpitala Powiatowego w Tomaszowie Mazowieckim **17**

Adam Fronczak, Alina Kowalska, Joanna Sułkowska, Irena Walecka, Włodzimierz Stelmach, Adam Rzeźnicki, Rafał Budzisz, Jan Krakowiak, Ocena jakości świadczeń medycznych udzielanych pacjentom Oddziału Laryngologicznego Szpitala w Tomaszowie Mazowieckim przez personel medyczny **25**

Adam Fronczak, Alina Kowalska, Włodzimierz Stelmach, Emilia Krakowiak, Joanna Sułkowska, Irena Walecka, Rafał Budzisz, Jan Krakowiak, Wpływ opieki pielęgniarskiej na jakość usług medycznych świadczonych w oddziale laryngologicznym Szpitala w Tomaszowie Mazowieckim **33**

Adam Fronczak, Alina Kowalska, Joanna Sułkowska, Irena Walecka, Włodzimierz Stelmach, Rafał Budzisz, Emilia Krakowiak, Jan Krakowiak, Ocena samopoczucia pacjenta podczas pobytu w oddziale laryngologicznym Szpitala w Tomaszowie Mazowieckim **41**

Adam Fronczak, Alina Kowalska, Joanna Sułkowska, Irena Walecka, Włodzimierz Stelmach, Rafał Budzisz, Emilia Krakowiak, Karol Wojtasik, Jan Krakowiak, Determinanty wyboru lekarza dentysty przez pacjentów korzystających z usług stomatologicznych **49**

Adam Fronczak, Alina Kowalska, Joanna Sułkowska, Irena Walecka, Włodzimierz Stelmach, Rafał Budzisz, Emilia Krakowiak, Karol Wojtasik, Jan Krakowiak, Opinie pacjentów na temat jakości świadczeń medycznych udzielanych w gabinetach stomatologicznych **59**

Ewa Bąk-Walczak, Alina Kowalska, Emilia Krakowiak, Irena Walecka, Adam Fronczak, Włodzimierz Stelmach, Jan Krakowiak, Wieloczynnikowa analiza zgonów w szpitalnym oddziale ratunkowym Szpitala Rejonowego w Tomaszowie Mazowieckim w latach 2006–2008 .... **75**

Magdalena Zawadzka, Ewa Bąk-Walczak, Joanna Sułkowska, Irena Walecka, Adam Fronczak, Włodzimierz Stelmach, Alina Kowalska, Jan Krakowiak, Analiza pacjentów z rozpoznaniem dusznicy bolesnej hospitalizowanych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Szpitala w Tomaszowie Mazowieckim w latach 2006–2008 ..... **87**

Adam Fronczak, Alina Kowalska, Irena Walecka, Ewa Bąk-Walczak, Włodzimierz Stelmach, Jan Krakowiak, Analiza okoliczności występowania zgonów wśród pacjentów Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Szpitala Rejonowego w Tomaszowie Mazowieckim w latach 2006–2008 ..... **99**

Małgorzata Pikala, Alina Kowalska, Emila Krakowiak, Irena Walecka, Adam Fronczak, Włodzimierz Stelmach, Magdalena Zawadzka, Jan Krakowiak, Wpływ czynników demograficznych na nagłe zatrzymanie krążenia wśród pacjentów zdiagnozowanych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Szpitala w Tomaszowie Mazowieckim w latach 2006–2008 ..... **111**

Adam Fronczak, Alina Kowalska, Joanna Sułkowska, Irena Walecka, Emilia Krakowiak, Włodzimierz Stelmach, Jan Krakowiak, Wpływ czynników socjalno-demograficznych na występowanie chorób układu krążenia zdiagnozowanych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Szpitala w Tomaszowie Mazowieckim w latach 2006–2008 ..... **121**

Adam Fronczak, Alina Kowalska, Joanna Sułkowska, Magdalena Zawadzka, Irena Walecka, Włodzimierz Stelmach, Jan Krakowiak, Analiza uwarunkowań demograficznych przyczyn zgonów pacjentów przyjętych do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Szpitala w Tomaszowie Mazowieckim w latach 2006–2008 ..... **133**

Bogumiła Kempińska-Mirosławska, Krzysztof Kumański, Antonii Pisarski, Zakres i organizacja opieki nad osobami uzależnionymi od alkoholu na przykładzie Miejskiego Ośrodka Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Łodzi – stan obecny **141**

Adrianna Pawełaczak-Barszczowska, Iwona Bojar, Alfred Owoc, Adam Fronczak, Sprzedaż pozaapteczna leków OTC w małych miastach i wsiach w opinii społecznej **163**

Alina Kowalska, Włodzimierz Stelmach, Judyta Milczarek, Adam Rzeźnicki, Jan Krakowiak, Częstość czytania artykułów naukowych zgodnych z kierunkiem zainteresowań zawodowych przez osoby wykonujące zawód pielęgniarski **181**

Jan Krakowiak

Wstęp

Badania dotyczące korzystania z usług medycznych wskazują że dokonał się podział dostępności świadczeń zdrowotnych. W zakresie usług medycznych świadczonych w podstawowej opiece zdrowotnej i ambulatoryjnej opiece specjalistycznej pacjenci coraz częściej korzystają z niepublicznej opieki medycznej. Natomiast stacjonarna opieka medyczna zdominowana jest w dalszym ciągu przez samodzielne zakłady opieki zdrowotnej. Badanie satysfakcji pacjentów dotyczące jakości i dostępności do świadczeń medycznych umożliwiło podmiotom leczniczym skuteczne przejmowanie rynku usług zdrowotnych. Niezwykle dynamiczny postęp nauk medycznych w sposób zasadniczy wpływa na postawy i oczekiwania społeczeństwa, ukazując coraz to nowe perspektywy walki z chorobą i śmiercią. Wynik postępowania medycznego, zależy nie tylko od naturalnych procesów biologicznych, ale w znacznej mierze również od wiedzy, umiejętności i doświadczenia personelu medycznego, stosowanych technik i wyposażenia w instrumenty medyczne. Usługa medyczna, lekarska i pielęgniarska jest w efekcie towarem, którego jakość może być nieustannie podwyższana i jednocześnie dowolnie kształtowana. Człowiek współczesny w swym dążeniu do panowania nad naturą zgłasza ciągle nowe roszczenia wobec medycyny. Sytuacja taka, powoduje występowanie zjawisk depersonalizacji i dehumanizacji w stosunkach pomiędzy pacjentem a pracownikami służby zdrowia. Konieczna w związku z tym jest weryfikacja dotychczasowej pozycji pacjenta i wprowadzenie stosownych uregulowań prawnych.

W ostatnich latach w Polsce, wzrasta zainteresowanie badaniem opinii pacjentów w jednostkach służby zdrowia, określanym jako satysfakcja pacjenta z udzielonej usługi medycznej. Konkurencja świadczeniodawców na rynku usług medycznych doprowadziła do poprawy jakości

usług medycznych w zakresie bazy lokalowej i aparatury medycznej. Widoczny jest w dalszym ciągu brak dostatecznej ilości porad na świadczone usługi medyczne. Ilość świadczeń medycznych kontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej jest w większości porad niewystarczająca. Dynamicznie rozwijający się komercyjny rynek usług medycznych wypełnia powstałą lukę. Sytuacja powyższa powoduje, że ankietowani wykazali niezadowolenie z dostępności do porad specjalistycznych.

Z badań wynika, że na podstawie pomiaru satysfakcji pacjenta, coraz częściej określa się jakość świadczonych usług w ramach opieki stacjonarnej, przez poszczególne placówki służby zdrowia, które funkcjonują na danym terenie czy w obszarze działania Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia. Badania są niezwykle cennym źródłem wiedzy o funkcjonowaniu systemu sprawowania opieki nad pacjentem Podmioty medyczne funkcjonujące na rynku usług medycznych powinny ustawicznie prowadzić badania satysfakcji pacjentów. Rzeczywisty stosunek pacjenta do wykonywanych świadczeń medycznych przez podmiot medyczny, umożliwi świadczeniodawcy eliminację nieprawidłowości, wzrost poziomu świadczeń i zainteresowania przez pacjentów placówką medyczną. Ustawa działalności leczniczej zezwala na likwidację istniejących placówek ochrony zdrowia i tworzeniu, łączeniu nowych podmiotów leczniczych. Oznacza to powstanie w najbliższym czasie wielu nowych ośrodków medycznych, wyposażonych w nowoczesną aparaturę medyczną obsługiwaną przez wysoko kwalifikowaną kadrę medyczną. W sektorze opieki zdrowotnej, jakość świadczonych usług jest zagadnieniem niezwykle ważnym, ponieważ dotyczy bezcennych wartości jakimi są życie i zdrowie. Świadczenie wysokiej jakości usług przy możliwie niskich kosztach, zaliczyć można do podstawowych celów podmiotów leczniczych. Środki finansowe przeznaczane co rok na ochronę zdrowia stanowią bardzo pokaźną kwotę, ponadto zarządzający w ochronie zdrowia wykazali, że w dobrze kierowanym podmiocie leczniczym, przy zachowaniu niezbędnych procedur medycznych, większość oddziałów może wykazywać rentowność.

PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ i ZARZĄDZANIE
Wydawnictwo SAN – ISSN 1733-2486
Tom XIII – Zeszyt 9 – 2012 – ss. 7–16

Adam Fronczak – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Alina Kowalska – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Joanna Sułkowska – Społeczna Akademia Nauk w Łodzi
Irena Walecka – Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie
Włodzimierz Stelmach – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Adam Rzeźnicki – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Jan Krakowiak – Społeczna Akademia Nauk w Łodzi

Wpływ zmian społeczno-prawnych na rozwiązanie problemów osób niepełnosprawnych na podstawie badań przeprowadzonych w PUP nr 1 w Łodzi

THE INFLUENCE OF SOCIO-LEGAL CHANGES ON THE WAY OF SOLVING PROBLEMS OF DISABLED PEOPLE ON THE BASIS OF SEREARCH DISTRICT EMPLOYMENT OFFICE NO 1 IN LODZ

Abstract: General awareness of the problems faced by disabled people is growing. Significant changes reflected in various initiatives aiming at solving them have been observed recently. During the examined years (2008-2010) more disabled people registered as unemployed and joined a program of training while fewer agreements were signed for single cash grants for business activities. In 2008 the number of employers who got refund for creating job posts was greatest, in the following years the means of the State Fund of Rehabilitation of Disabled Persons were diminishing, resulting in the falling number of agreements.
Key words: disabled persons, socio-legal changes, unemployed

1. Wstęp

Osoby niepełnosprawne stanowią liczną i ciągle rosnącą, zróżnicowaną kategorie społeczną. Każdego dnia napotykają one na swej drodze bariery architektoniczne, urbanistyczne i niestety – psychospołeczne. Jednak świadomość problemów, z którymi borykają się osoby z dysfunkcją różnych narządów ciała, staje się na szczęście coraz większa. W ostatnich latach dostrzec można istotne zmiany w zachowaniu społeczeństwa, przejawiające się zainteresowaniem w podejmowaniu działań ukierunkowanych na rozwiązywanie problemów osób niepełnosprawnych.

W Polsce upowszechniła się definicja osoby niepełnosprawnej uchwalona 1 sierpnia 1997 r. przez Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (Karta Praw Osób Niepełnosprawnych), która za niepełnosprawne uznaje osoby, których sprawność fizyczna, psychiczna lub umysłowa trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia życie codzienne, naukę, pracę oraz pełnienie ról społecznych, zgodnie z normami prawnymi i zwyczajowymi, mają prawo do niezależnego, samodzielnego i aktywnego życia oraz nie mogą podlegać dyskryminacji.

Nieco inny sposób postrzegania osoby niepełnosprawnej (i ich problemy), prezentowany jest przez Europejskie Forum Niepełnosprawności, które w Parlamencie Europejskim (w październiku 1994 roku) przyjęło następującą definicję: „Osobą niepełnosprawną jest jednostka w pełni swych praw, znajdująca się w sytuacji upośledzającej ją na skutek barier środowiskowych, ekonomicznych i społecznych, których z powodu występujących u niej uszkodzeń nie może przezwyciężać w taki sposób jak inni ludzie. Bariery te zbyt często są zwiększone przez deprecjonujące postawy ze strony społeczeństwa" [1].

W przypadku zatrudniania osób z niepełnosprawnością obowiązują szczególne regulacje dotyczące czasu pracy tych osób. Osoby niepełnosprawne zaliczone do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności są ponadto uprawnione do dodatkowego urlopu wypoczynkowego oraz do zwolnienia od pracy między innymi w celu wykonania zabiegów leczniczych.

Czasem pracy jest czas, w którym pracownik pozostaje w dyspozycji pracodawcy w zakładzie pracy albo w innym miejscu wyznaczonym do

wykonywania pracy. Czas pracy osoby niepełnosprawnej nie może przekraczać 8 godzin na dobę i 40 godzin tygodniowo, z tym dodatkowym zastrzeżeniem, że w przypadku osoby niepełnosprawnej zaliczonej do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności czas pracy nie może przekraczać 7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo. Podany wyżej skrócony wymiar czasu pracy obowiązuje od dnia następującego po przedstawieniu pracodawcy orzeczenia o niepełnosprawności [2].

Osoba niepełnosprawna nie może być zatrudniona w porze nocnej i w godzinach nadliczbowych. Zakazu tego nie stosuje się w dwóch przypadkach:

- w stosunku do osób zatrudnionych przy pilnowaniu,
- w przypadku gdy na wniosek osoby zatrudnionej lekarz przeprowadzający badanie profilaktyczne lub z powodu jego nieobecności lekarz sprawujący opiekę nad daną osoba wyrazi na to zgodę. Koszt tych badań ponosi pracodawca [3].

Osoba niepełnosprawna ma prawo do dodatkowej przerwy w pracy na gimnastykę usprawniającą lub wypoczynek. Czas dodatkowej przerwy wynosi 15 minut i jest wliczany do czasu pracy. Dodatkowa przerwa 15 minut + 15 minut przerwy = 30 minut przerwy w pracy [4].

Osobie zatrudnionej, która w wyniku wypadku przy pracy lub choroby zawodowej utraciła zdolność do pracy na dotychczasowym stanowisku, pracodawca jest zobowiązany wydzielić lub zorganizować odpowiednie stanowisko pracy z podstawowym zapleczem socjalnym, nie później niż w okresie trzech miesięcy od daty zgłoszenia przez tę osobę gotowości przystąpienia do pracy. Zgłoszenie gotowości przystąpienia do pracy powinno nastąpić w ciągu miesiąca od dnia uznania osoby za niepełnosprawną [5].

Jeśli wyłączną przyczyną wypadku przy pracy było naruszenie przepisów w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy przez pracownika z jego winy luz w wyniku jego stanu nietrzeźwości – pracodawca jest zwolniony ze wskazanych wyżej obowiązków.

Na pracodawcy zatrudniającym niepełnosprawnych pracowników ciąży między innymi obowiązek dostosowania stanowisk pracy dla ich potrzeb, a także przestrzeganie wymogów dotyczących ich czasu pracy.

Może on jednak ubiegać się o zwrot wielu poniesionych wydatków oraz uzyskać dofinansowanie do wynagrodzeń niepełnosprawnych pracowników.

Odpowiedzialność za stan bezpieczeństwa i higieny pracy w zakładzie pracy ponosi zawsze pracodawca. Pracodawca zatrudniający osoby niepełnosprawne ma obowiązek zapewnić dostosowanie stanowisk pracy (czyli przestrzeni pracy, wraz z wyposażeniem w środki i przedmioty pracy, w której pracownicy wykonują pracę) oraz dojść do nich, z uwzględnieniem potrzeb i możliwości tych pracowników, co wynika z ich zmniejszonej sprawności. Pracodawca ma również obowiązek zapewnić dostosowanie urządzeń higieniczno-sanitarnych oraz dojść do nich, z uwzględnieniem potrzeb i możliwości niepełnosprawnych pracowników, zgodnie z przepisami techniczno-budowlanymi [6].

Osoby niepełnosprawne zarejestrowane w Powiatowym Urzędzie Pracy Nr 1 w Łodzi posiadające status osoby poszukującej pracy nie pozostającej w zatrudnieniu mogą korzystać ze starzy organizowanych przez Urząd. Staż ma na celu umożliwienie osobom młodym zdobycie pierwszych doświadczeń zawodowych. Program stażu jest określany przez pracodawcę i realizowany w miejscu pracy przy zachowaniu norm czasu pracy przewidzianych dla osób niepełnosprawnych.

Osoby niepełnosprawne posiadające status osoby bezrobotnej lub poszukującej pracy nie pozostającej w zatrudnieniu, które są zarejestrowane w Powiatowym Urzędzie Pracy (PUP) na terenie Miasta Łodzi mogą ubiegać się o uzyskanie jednorazowo środków na podjęcie działalności gospodarczej, rolniczej albo na wniesienie wkładu do spółdzielni socjalnej do wysokości określonej w umowie zawartej ze starostą, jeżeli nie otrzymała wcześniej bezzwrotnych środków publicznych na ten cel.

Wysokość jednorazowych środków na podjęcie działalności gospodarczej, rolniczej albo na wniesienie wkładu do spółdzielni socjalnej nie może przekroczyć piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia [7]. Pomoc ta będzie udzielana zgodnie z regułami przyznawania pomocy publicznej w ramach zasady de minimis [8].

Pracodawca, który przez okres co najmniej 36 miesięcy zatrudni osobę niepełnosprawną zarejestrowaną w Powiatowym Urzędzie Pracy na terenie Miasta Łodzi jako osoba bezrobotna lub osoba poszukująca pracy

nie pozostająca w zatrudnieniu, może otrzymać na podstawie złożonego wniosku zwrot kosztów wyposażenia stanowiska pracy [9]. Zwrot kosztów wyposażenia stanowiska pracy nie może przekraczać wysokości piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia [10].

Osoby niepełnosprawne zarejestrowane w Powiatowym Urzędzie Pracy Nr 1 w Łodzi posiadające status osoby bezrobotnej lub poszukującej pracy nie pozostającej w zatrudnieniu mogą korzystać ze szkoleń zawodowych organizowanych przez Urząd.

Celem szkoleń zawodowych jest umożliwienie osobom niepełnosprawnym zdobycia nowych lub podwyższenie aktualnie posiadanych umiejętności i kwalifikacji zawodowych. Szkolenia prowadzone są przez wyspecjalizowane ośrodki szkoleniowe. Zakończenie udziału w szkoleniu wiąże się z uzyskaniem przez osobę niepełnosprawną zaświadczenia bądź certyfikatu potwierdzającego zdobycie kwalifikacji. Udział w szkoleniach jest bezpłatny. Osoba niepełnosprawna, która nie ukończyła szkolenia z własnej winy, jest obowiązana do zwrotu jego kosztów, chyba że powodem nieukończenia szkolenia było podjęcie pracy. Szkolenie osób niepełnosprawnych może być organizowane także przez pracodawcę. W takim przypadku poniesione koszty szkolenia zatrudnionych osób niepełnosprawnych mogą być zrefundowane do wysokości 80%. Zwrotu kosztów dokonuje starosta na warunkach i w wysokości określonej w umowie zawartej z pracodawcą. Zwrotowi nie podlegają koszty poniesione przez pracodawcę przed dniem podpisania umowy [11].

2. Cel pracy, materiał i metody badań, wyniki

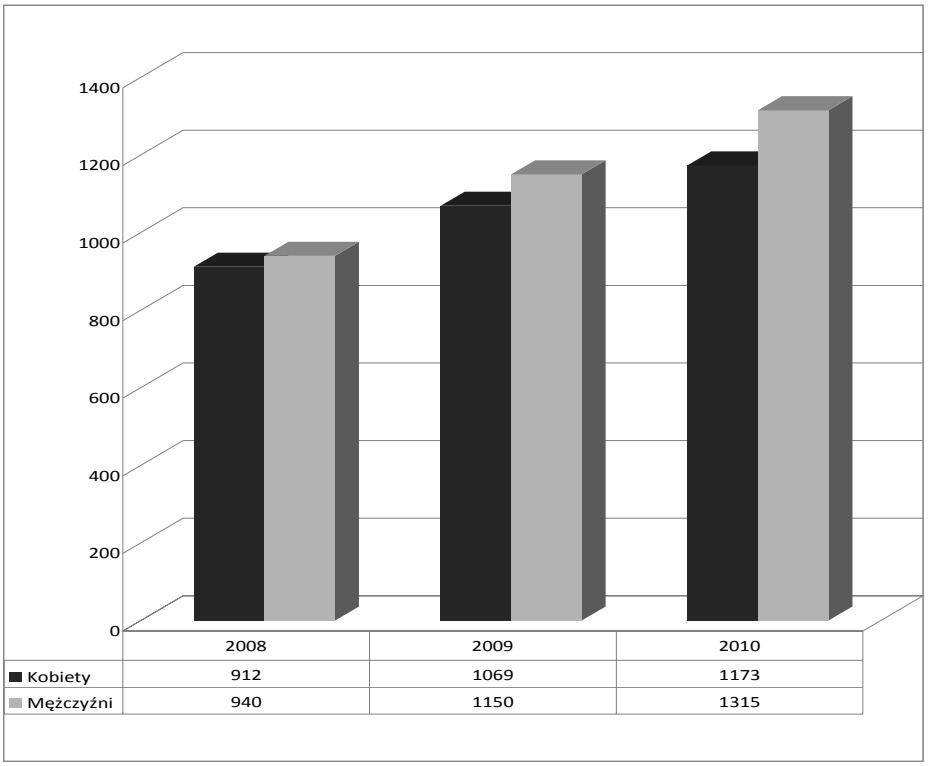
Celem badań było przedstawienie zasad pomocy osobom niepełnosprawnym w uzyskaniu i utrzymaniu zatrudnienia na zasadach określonych w przez Powiatowy Urząd Pracy.

Wyniki i ich omówienie

Liczba osób niepełnosprawnych zarejestrowanych jako bezrobotne w Powiatowym Urzędzie Pracy Nr 1 w Łodzi w okresie od roku 2008 do roku 2010 uległa zwiększeniu zarówno wśród kobiet jak i wśród mężczyzn. Liczba niepełnosprawnych mężczyzn zarejestrowanych jako bez-

robotni w roku 2010 zwiększyła się o 375 osób w stosunku do roku 2008, natomiast w grupie kobiet w tym samym okresie czasu zaobserwowano 261 dodatkowych rejestracji (rys. 1).

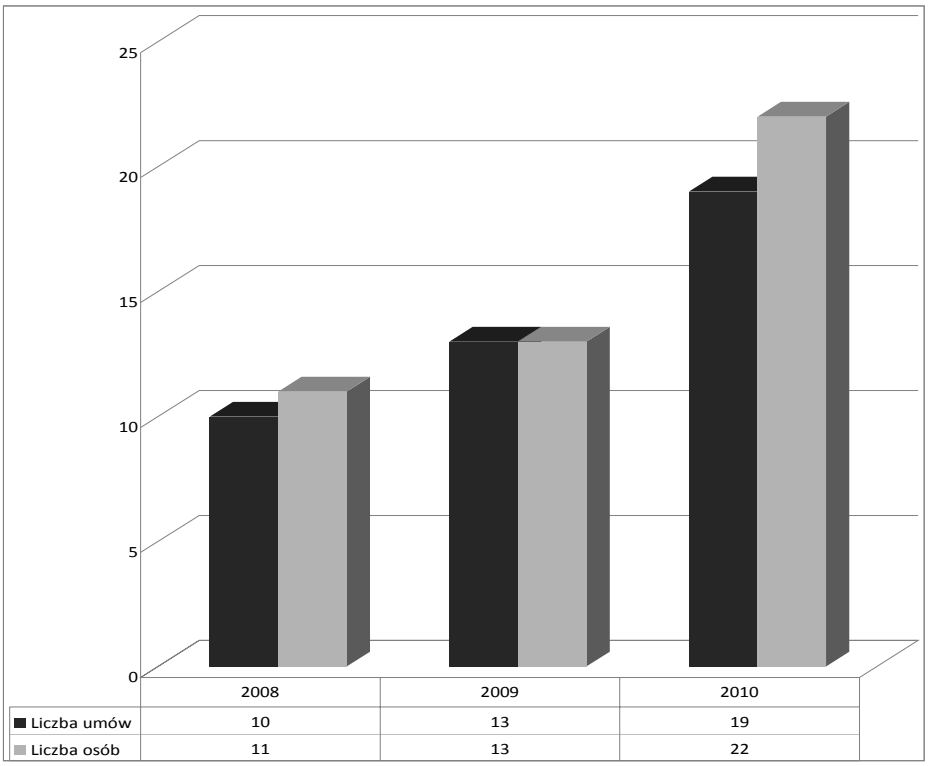
Rysunek 1. Liczba osób niepełnosprawnych zarejestrowanych jako bezrobotne w Powiatowym Urzędzie Pracy nr 1 w Łodzi w latach 2008-2010



Źródło: opracowanie własne.

Ilość umów stażowych w roku 2008 w porównaniu do lat 2009 i 2010 jest najmniejsza. Zaobserwować można stały, niewielki wzrost zainteresowania podpisywaniem umów na odbycie stażu dla osób niepełnosprawnych. Warto zwrócić uwagę, że z wyjątkiem 2009 roku zawierano również umowy stażowe, które przewidywały miejsce dla więcej niż jednej osoby (rys. 2).

Rysunek 2. Umowy stażowe zawarte w Powiatowym Urzędzie Pracy nr 1 w Łodzi w latach 2008-2010

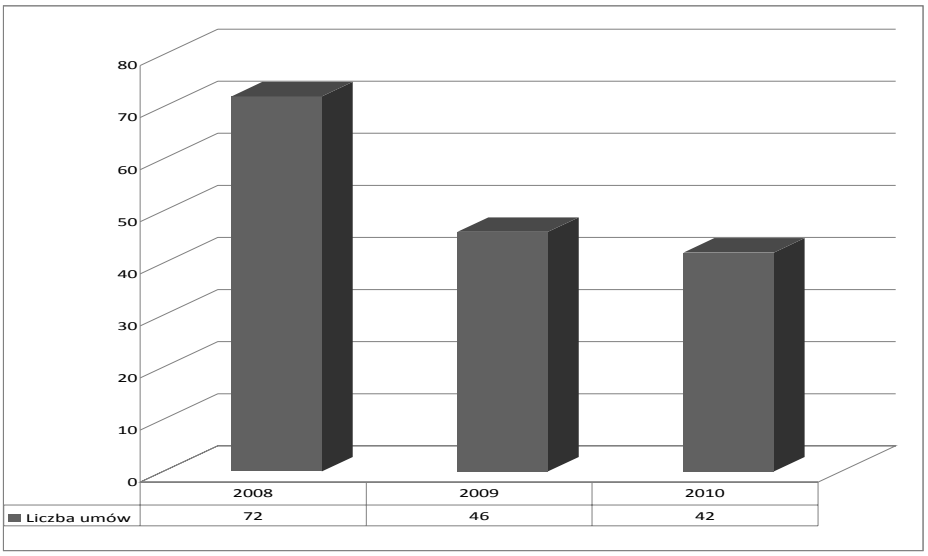


Źródło: opracowanie własne.

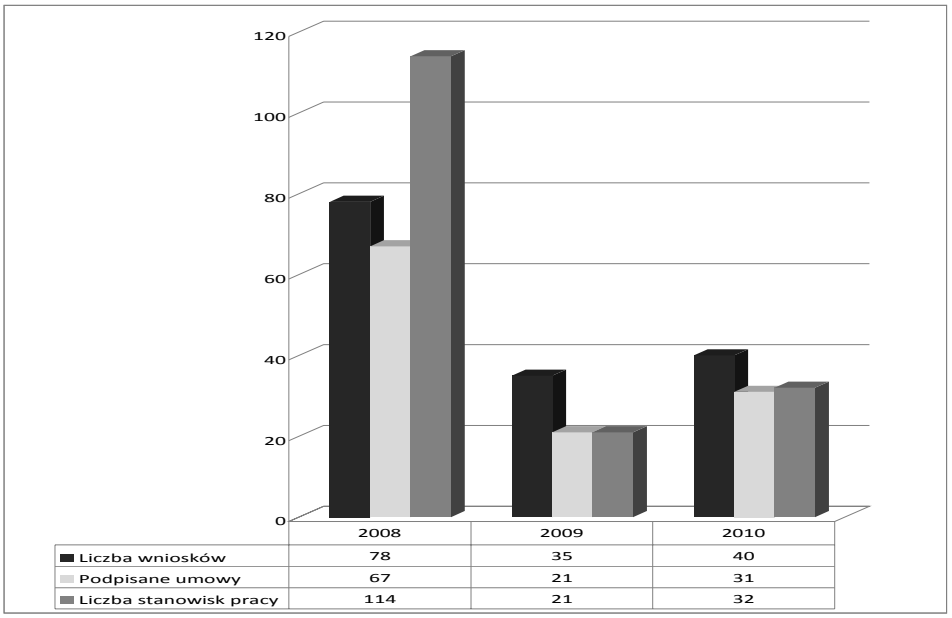
Na przestrzeni lat 2008–2010 liczba podpisywanych umów na udzielenie jednorazowych środków na podjęcie działalności gospodarczej miała tendencję malejącą. W roku 2010 podpisano o 30 umów mniej niż w roku 2008 (rys. 3).

Rysunek 4 przedstawia ilość wniosków dotyczących zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy dla osób niepełnosprawnych z jakimi zwracali się pracodawcy w latach 2008–2010. Wzorcowym przykładem zastosowania omawianego instrumentu rynku pracy był rok 2008, w którym największa liczba pracodawców otrzymała zwrot środków na wyposażenie stanowiska pracy, na czym skorzystała największa liczba bezrobotnych.

Rysunek 3. Liczba umów podpisanych w Powiatowym Urzędzie Pracy nr 1 w Łodzi o udzielenie jednorazowych środków na podjęcie działalności gospodarczej w latach 2008–2010



Rysunek 4. Zwrot kosztów wyposażenia stanowiska pracy w latach 2008–2010 w Powiatowym urzędzie Pracy nr 1 w Łodzi



W kolejnych latach środki Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przeznaczane na ten cel były co raz mniejsze. Skutkiem tego jest znaczny spadek liczby podpisywanych umów, a jeśli już do niej doszło, pracodawca był w stanie pomóc tylko jednej osobie niepełnosprawnej poprzez zatrudnienie jej na zrefundowanym stanowisku pracy.

W roku 2009 przewidziana pula wolnych miejsc na szkolenia wśród osób niepełnosprawnych była najmniejsza w porównaniu z latami 2008 i 2010 co skutkowało zawarciem najmniejszej liczby umów. Powodem tego nie jest brak zainteresowania szkoleniami, lecz niewystarczająca ilość środków do przeprowadzenia ich dla wszystkich chętnych.

Większą szanse na skorzystanie z bezpłatnych szkoleń oferowanych przez urząd pracy miały osoby ubiegające się o nie w latach 2008 i 2010. Odnotowujemy tu większą liczbę zawartych umów w porównaniu do roku 2009, co w konsekwencji przyczyniło się do większej liczby osób, które skorzystały ze szkoleń.

3. Wnioski

1. Liczba osób niepełnosprawnych zarejestrowanych jako bezrobotne w Powiatowym Urzędzie Pracy Nr 1 w Łodzi w okresie od roku 2008 do roku 2010 uległa zwiększeniu zarówno wśród kobiet jak i wśród mężczyzn, świadczy to między innymi o zwiększeniu zainteresowaniem otrzymania pracy przez osoby niepełnosprawne.
2. Na przestrzeni 2008–2010 roku, liczba podpisywanych umów na udzielenie jednorazowych środków na podjęcie działalności gospodarczej miała tendencję malejącą.
3. W badanych latach można zaobserwować stały, niewielki wzrost zainteresowania podpisywaniem umów na odbycie stażu dla osób niepełnosprawnych.
4. W roku 2008 r. największa ilość pracodawców otrzymała zwrot środków na wyposażenie stanowiska pracy, na czym skorzystała największa liczba bezrobotnych. W kolejnych badanych latach środki Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przeznaczane na ten cel były co raz mniejsze, czego skutkiem jest znaczny spadek liczby podpisywanych umów.

Literatura

[1] Gałkowski T.: Wokół definicji pojęcia „osoba niepełnosprawna" - doświadczenia europejskie. (http://www.idn.org.pl/sonnszz/def_on.htm).

[2] Ustawa z 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2008 r. Nr 14, poz. 92).

[3] Stowarzyszenie Przyjaciół Integracji, Osoby Niepełnosprawne. Od rehabilitacji do pracy, Warszawa 2005.

[4] Kodeks Pracy.

[5] Stowarzyszenie Przyjaciół Integracji, Bezpieczne miejsce pracy. Prawa i obowiązki związane z zatrudnianiem osób niepełnosprawnych, Warszawa 2010.

[6] Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z 26 września 1997 roku w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy.

[7] Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 17 października 2007 r. w sprawie przyznania osobie niepełnosprawnej środków na podjęcie działalności gospodarczej, rolniczej albo na wniesienie wkładu do spółdzielni socjalnej (Dz. U. z 2007 Nr 194, poz.1403 z późn. zm.).

[8] Rozporządzeniu Komisji (WE) nr 1998/2006 z dnia 15 grudnia 2006 r. w sprawie stosowania art. 87 i 88 Traktatu do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 379 z 28.12.2006, str. 5).

[9] „Regulamin przyznawania środków PFRON na wyposażenie stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej oraz na podjęcie działalności gospodarczej, rolniczej albo wniesienie wkładu do spółdzielni socjalnej przez osobę niepełnosprawną"

[10] Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 17 października 2007 r. w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej (Dz. U. z 2007 Nr 194, poz.1404 z późn. zm.).

[11] Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 30 marca 2009 r., w sprawie warunków i trybu dokonywania refundacji kosztów szkolenia pracowników niepełnosprawnych, (Dz. U. z dnia 08. kwietnia 2009 r.).

PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ i ZARZĄDZANIE
Wydawnictwo SAN – ISSN 1733-2486
Tom XIII – Zeszyt 9 – 2012 – ss. 17–23

Adam Fronczak – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Alina Kowalska – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Joanna Sułkowska – Społeczna Akademia Nauk w Łodzi
Irena Walecka – Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie
Włodzimierz Stelmach – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Adam Rzeźnicki – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Anna Rokita – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Jan Krakowiak – Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Opinie pacjentów oddziału laryngologicznego dotyczące bazy techniczno-lokalowej i standardów przyjęcia pacjentów do Szpitala Powiatowego w Tomaszowie Mazowieckim

PATIENT OPINIONS CONCERNING THE PREMISES AND TECHNICAL BASE AS WELL AS SERVICE STANDARDS AT TOMASZOW MAZOWIECKI HOSPITAL

Abstract: The survey of patient satisfaction allowed to asses the level of medical services in the laryngology ward. Growing competition at medical service market allowed the laryngology ward to adjust the technical base to the standards of medical services. An important element of medical services is the information concerning the schedule of examinations and procedures for each day. In the present inquiry this information was highly evaluated. Patients were asked their opinion about: work organization in the ward, medical and nursing care, safety and medical procedures. This high opinion was the effect of solid work of doctors, nurses, non-medical staff and management. Positive results of the survey should not encourage the medical staff to rest on their laurels, on the contrary they should work on maintaining or even elevating the standards of medical care. We believe that assessment of patient satisfaction should be an important element of overall evaluation of the medical services provided in a hospital.

Key words: patient, satisfaction survey, level, quality of medical service, hospitalization.

1. Wstęp

Jednym z głównych wyznaczników sukcesu zakładu opieki zdrowotnej jest satysfakcja pacjenta z otrzymanej usługi medycznej. Badanie satysfakcji pacjenta stwarza możliwości poznania opinii pacjentów o jakości oferowanych usług medycznych w różnych obszarach funkcjonowania zakładu opieki zdrowotnej, między innymi po przez stosunek personelu do pacjenta, przestrzeganie praw pacjenta, komunikatywność, możliwość pozyskania informacji. Dzięki subiektywnej ocenie pacjentów można stwierdzić niedociągnięcia w organizacji placówki zdrowotnej oraz postępowaniu z chorym co pozwoli na zniwelowanie błędów i poprawę jakości świadczonych usług. Wzrastająca liczba placówek medycznych prowadzi do rywalizacji o pacjenta przez podnoszenie jakości oferowanych świadczeń medycznych. Pacjenci oczekują realizacji świadczeń tam, gdzie będą spełnione ich oczekiwania i dlatego tak ważne jest zarządzanie jakością w ochronie zdrowia, które w prowadzi do poprawy wizerunku, prestiżu i pozycji rynkowej placówki medycznej.

1. Cel pracy, materiał i metody badań, wyniki

Celem pracy jest przedstawienie opinii pacjentów oddziału laryngologicznego szpitala w Tomaszowie Mazowieckim na temat procedur przyjęcia do szpitala oraz standardów technicznych oddziału.

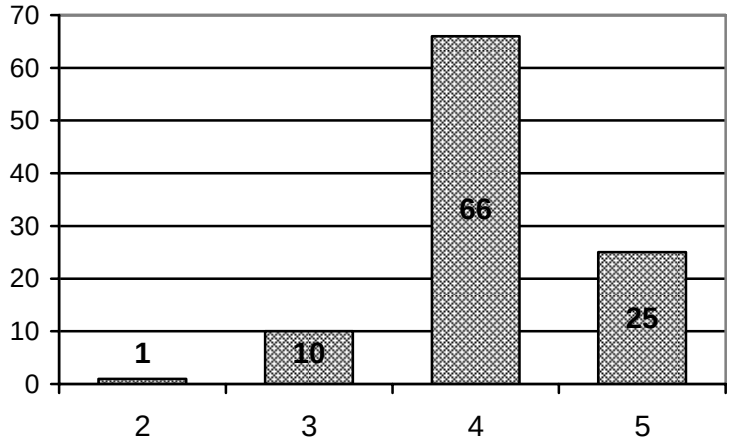
Badaniem objęto pacjentów oddziału laryngologicznego szpitala w Tomaszowie Mazowiecki. Badanie przeprowadzono w okresie od 15 lutego do 30 kwietnia 2011 roku. Dla określenia poziomu zadowolenia pacjentów z jakości świadczonych usług przeprowadzono anonimową ankietę „Badanie satysfakcji pacjentów hospitalizowanych w oddziale laryngologicznym szpitala w Tomaszowie Mazowieckim". Kwestionariusz ankiety otrzymali pacjenci oddziału dzień przed wypisem ze szpitala uzyskując pełną informację celowości i sposobie jej wypełnienia.

W badaniu, analizie poddano część zebranego materiału empirycznego dotyczącego oceny jakości procedur przyjęcia do szpitala oraz standardów technicznych oddziału.

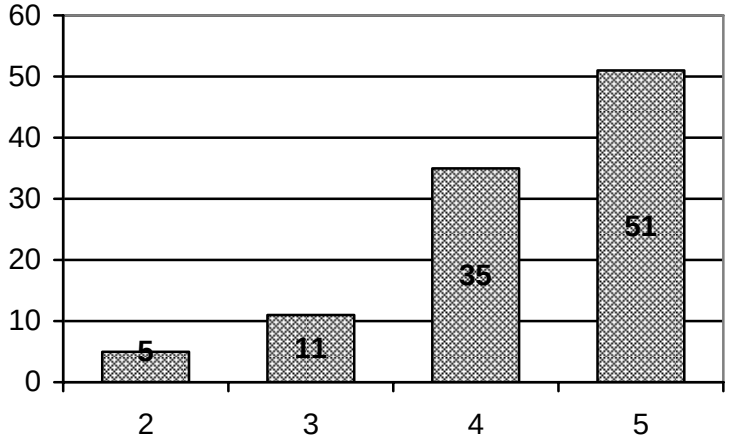
Wyniki i ich omówienie

Na ocenę pierwszego wrażenia w oddziale miały wpływ, uprzejmość i fachowość personelu oddziału laryngologicznego, wygląd oddziału oraz wyposażenie. Powyższe badanie 64,7% ankietowanych oceniło na ocenę dobrą, 23,5% ankietowanych oceniło na ocenę bardzo dobrą, 9,8% ankietowanych na ocenę dostateczną a tylko 0,98% na ocenę negatywną (rys. 1). Badani ocenili czas oczekiwania na łóżko po przybyciu do oddziału: 50 % ankietowanych oceniło na ocenę bardzo dobrą, 34,3% oceniło na dobrą, 10,8 % na ocenę dostateczną a tylko 4,9% badanych było niezadowolonych (rys. 2). Badanie oceny uprzejmości personelu medycznego wykazało dobre relacje porozumiewania się pacjentów z personelem medycznym. Ankietowani ocenili uprzejmość personelu przyjmującego do oddziału do którego należał przede wszystkim personel pielęgniarski następująco: 58,8% badanych na ocenę bardzo dobrą, 32,3% badanych na ocenę dobrą, 5,9% na ocenę dostateczną a tylko 1,9% na ocenę negatywną (rys. 3).

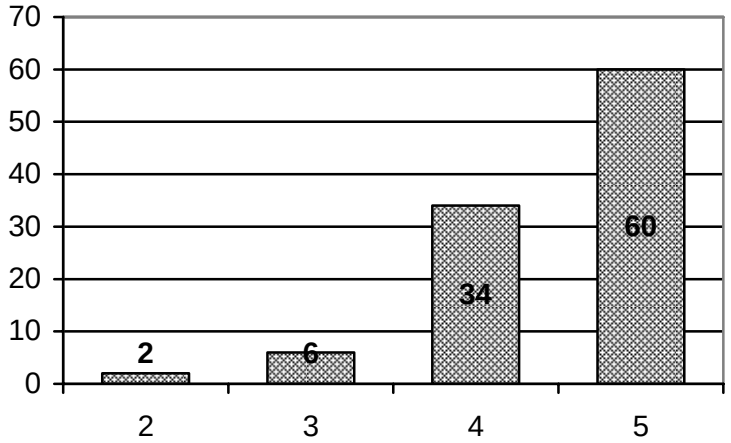
Rysunek 1. Ocena pierwszego wrażenia po przyjęciu do oddziału



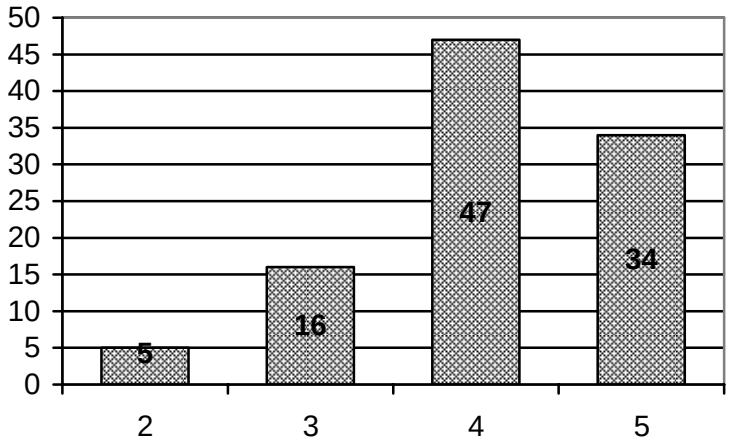
Rysunek 2. Ocena czasu oczekiwania na łóżko



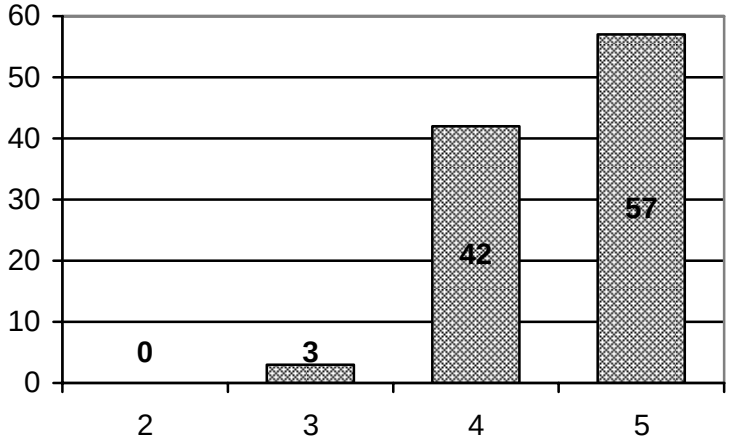
Rysunek 3. Ocena uprzejmości personelu przyjmującego



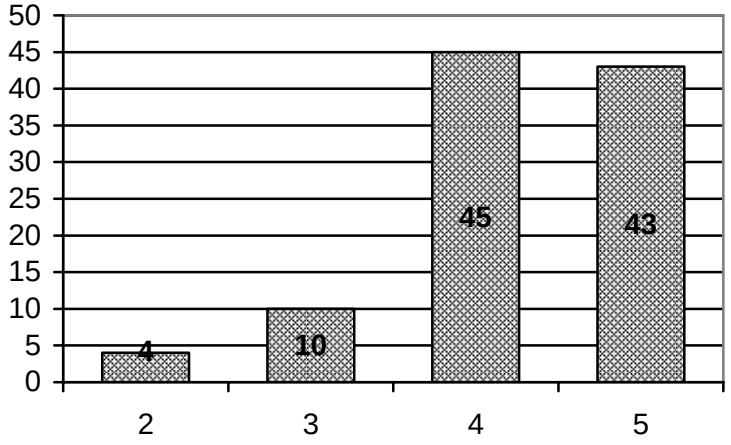
Rysunek 4. Ocena informowania o harmonogramie dnia i zasadach funkcjonowania oddziału



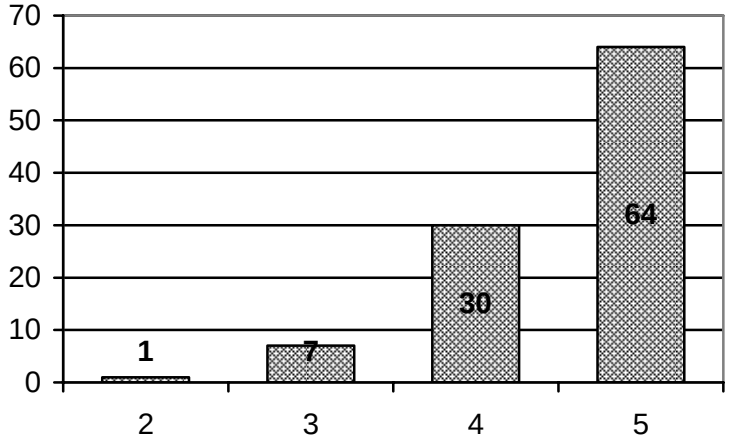
Rysunek 5. Ocena czystości w salach chorych



Rysunek 6. Ocena dostępności łazienki



Rysunek 7. Ocena stanu wyposażenia sal chorych



3. Wnioski

1. Przeprowadzone badanie poziomu satysfakcji pacjenta hospitalizowanego w oddziale laryngologicznym opartym na subiektywnym odczuciu pacjenta wykazało, że ankietowani dobrze oceniają dostępność do świadczeń.

2. Duże znaczenie w wyrażeniu opinii z pobytu na oddziale laryngologicznym odgrywa pierwsze wrażenie po przyjęciu pacjenta do oddział.
3. Harmonogramy dnia pacjenta zostały przez ankietowanych ocenione bardzo dobrze.

Literatura

[1] Kapica D., Orzeł Z., Draus J., *Ocena poziomu zadowolenia pacjentów szpitala za świadczonych usług zdrowotnych*. Zdrowie Publiczne 2001; 111 (1), s. 26–30.

[2] Maciąg R.: *Badanie satysfakcji pacjentów – wskazówki metodologiczne*. Zdrowie Publiczne, 2001: 111 (1), s. 48–52.

[3] Warunek A.: *Dlaczego warto badać stopień zadowolenia pacjentów?*, Gabinet Prywatny, 2004 (1), s. 65–68.

[4] Mączyński A.: *Badanie satysfakcji pacjenta*. Ogólnopolski Przegląd Medyczny, 2006 (9/10), s. 70, 73.

[5] Chmielewski D.: *Metoda CIT – narzędzie w badaniu satysfakcji pacjentów*. Ogólnopolski Przewodnik Medyczny, 2008(3), s. 55–57.

[6] Pędziwiatr A.: *Koncepcje teoretyczne dotyczące satysfakcji pacjenta*. Pielęgniarstwo Polskie, 2005 (2), s. 421–423.

[7] Włodarczyk C., Karkowska D.: *O prawach pacjenta i Rzeczniku Praw pacjenta w Polsce*. Dermatologia Praktyczna, 2009: 1 (5), s. 75–81.

[8] Augustynowicz A.: *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – próba oceny*. Prawo i Medycyna, 2009:11 (4), s. 31–45.

[9] Maciąg A., I. Sakowska, Studia i Materiały - Wydział zarządzania UW, s. 50–62.

[10] Małecka B., Marcinkowski J. T., Probl Hig Epidemiol, 2007/88, s. 17–19.

[11] Sulewska M.: *Pamiętajmy o problemach chorych hospitalizowanych*. Medycyna Rodzinna, 2008:11 (3), s. 74–76.

[12] Olszewski A.: *Zdrowe relacje w medycynie.* Ogólnopolski przewodnik medyczny, 2008 (5), s. 62–64.

[13] Grzegorczyk G.: *Głos pacjenta.* Gabinet Prywatny, 2004 (12), s. 67–70.

[14] Kamińska M., Brodowski J., Bażydło M., Dąbrowska O.: *Postawy personelu medycznego a poczucie bezpieczeństwa pacjenta.* Fam. Prim. Care Rev. 2009:11(4), s. 881–885.

[15] Kulczycka K.: *Kryteria oceniające satysfakcję pacjentów z opieki pielęgniarskiej*. Zdrowie Publiczne 2001:111 (1), s. 53–56.

[16] Gutysz-Wojnicka A., Dyk D.: *Adaptacja polskiej wersji The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS)*. Probl. Pielęg. 2007:15 (2/3), s. 133–138.

PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ i ZARZĄDZANIE
Wydawnictwo SAN – ISSN 1733-2486
Tom XIII – Zeszyt 9 – 2012 – ss. 25–31

Adam Fronczak – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Alina Kowalska – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Joanna Sułkowska – Społeczna Akademia Nauk w Łodzi
Irena Walecka – Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie
Włodzimierz Stelmach – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Adam Rzeźnicki – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Rafał Budzisz – Uniwersytet Łódzki
Jan Krakowiak – Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Ocena jakości świadczeń medycznych udzielanych pacjentom oddziału laryngologicznego Szpitala w Tomaszowie Mazowieckim przez personel medyczny

EVALUATION OF MEDICAL SERVICES IN TOMASZOW MAZOWIECKI LARYNGOLOGY WARD

Abstract: The research carried out among the patients of Tomaszow Mazowiecki Laryngology Ward showed satisfaction with the provided services which were mostly rated very good or good. The following aspects were evaluated: work organization in the ward, medical and nursing care, safety and medical procedures. This high opinion was the effect of solid work of doctors, nurses, non-medical staff and management. The research proved the need of continuous monitoring and evaluation.

Key words: research, patient, hospitalization, medical services.

1. Wstęp

Badanie satysfakcji pacjentów umożliwia poznanie oczekiwań hospitalizowanego od podmiotu leczniczego w którym jest leczony. Zwiększająca się z roku na rok konkurencyjność rynku usług medycznych zmusza funkcjonujące na rynku podmioty medyczne do podnoszenia jakości usług stwarza możliwości poznania opinii pacjentów o jakości oferowanych usług medycznych w różnych obszarach funkcjonowania zakładu opieki zdrowotnej, między innymi po przez zachowanie personelu, przestrzeganie praw pacjenta, komunikatywność, możliwość zdobycia informacji oraz wyposażenie oddziału. Dzięki ocenie pacjentów można stwierdzić niedociągnięcia w organizacji placówki zdrowotnej oraz postępowaniu z chorym. Pacjenci posiadają prawo otrzymywać świadczenia, tam gdzie będą spełnione ich oczekiwania i wymagania, dlatego tak ważne jest zarządzanie jakością w ochronie zdrowia. Badania dotyczące oceny pracy lekarzy, pielęgniarek stanowią bardzo ważny element zarządzania w zakresie jakości usług medycznych. Powstający rynek usług medycznych w Polsce wpływa korzystnie na jakość świadczeń medycznych. Rynkowa jakość usług zdrowotnych postrzegana jest przez społeczeństwo bardzo dobrze i ma historyczny wpływ na zmianę centralistycznego modelu usług medycznych.

2. Cel pracy, materiał i metody badań, wyniki

Celem pracy jest przedstawienie opinii pacjentów oddziału laryngologicznego szpitala w Tomaszowie Mazowieckim na temat opieki lekarskiej w zakresie pracy lekarza przy pacjencie, zachowania intymności personelu medycznego podczas badania pacjenta, komunikatywność lekarza w stosunku do pacjenta.

Badaniem objęto pacjentów oddziału laryngologicznego szpitala w Tomaszowie Mazowieckim. Badanie przeprowadzono w okresie od 15 lutego do 30 kwietnia 2011 roku. W tym czasie rozdano 102 ankiety. Dla określenia poziomu zadowolenia pacjentów z jakości świadczonych usług przeprowadzono anonimową ankietę „Badanie satysfakcji pacjen-

tów hospitalizowanych w oddziale laryngologicznym szpitala w Tomaszowie Mazowieckim".

Kwestionariusz ankiety otrzymali pacjenci oddziału dzień przed wypisem ze szpitala uzyskując pełna informację celowości i sposobie jej wypełnienia, i konieczności zwrotu w dniu wypisu. Wypełnione ankiety chorzy wkładali do teczki znajdującej się przy dyżurce pielęgniarskiej.

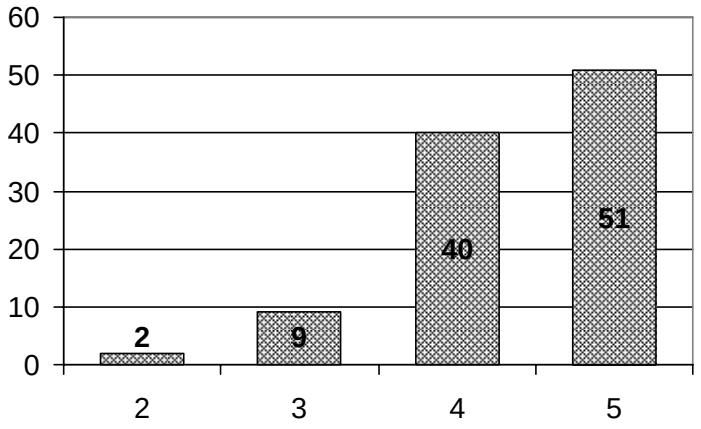
Ankieta składała się z dwóch części. Pierwsza zawiera 10 pytań zamkniętych dotyczących informacji o pacjencie a druga część dotyczyła poziomu świadczonych usług zawartych w 22 pytaniach. Pytania zostały tak sformułowane, aby przede wszystkim ocenić poziom świadczonych usług przez personel medyczny, realizacje praw pacjenta, wyposażenie i organizację oddziału. Pytania zamknięte dostarczyły danych, które w przyszłości zostaną wykorzystane do przeprowadzenia analizy porównawczej. Pytania oceniające pozwolą na określenie niezbędnych zmian w działaniach szpitala, których wynikiem powinna być poprawa jakości świadczonych usług.

W niniejszej pracy analizie poddano część zebranego materiału empirycznego dotyczącego oceny jakości opieki lekarskiej w oddziale laryngologicznym.

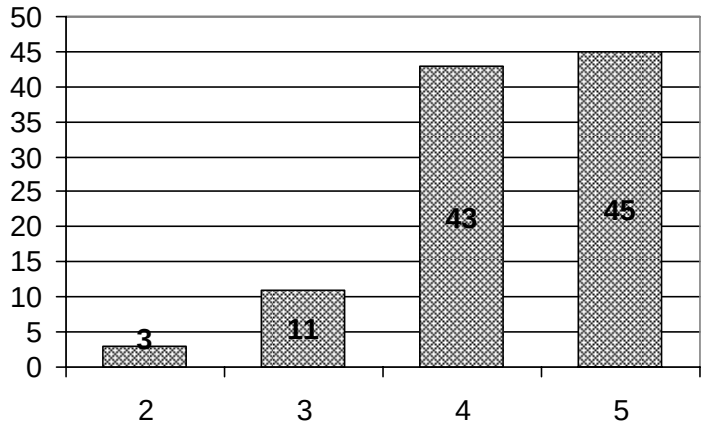
3. Wyniki i ich omówienie

Ponad 50% ankietowanych oceniła pracę przy pacjencie przez lekarzy jako bardzo dobrą, 39,2% badanych wystawiło ocenę dobrą, a tylko 1,9% respondentów oceniło pracę lekarzy negatywnie. Przeanalizowane wyniki wskazują, że aż 89,2% badanych oceniło pozytywnie uprzejmość oraz okazywanie zainteresowania przez lekarzy w oddziale laryngologicznym (rys. 1). Ankietowani przedstawili następujące oceny dotyczące komunikatywności lekarzy na oddziale: 44,1% ankietowanych oceniło bardzo dobrze badany problem, 42,1% badanych oceniło dobrze, a 2,9% respondentów oceniło komunikatywność lekarzy negatywnie (rys. 2).

Rysunek 1. Ocena uprzejmości, okazywania zrozumienia i zainteresowania przez lekarzy w oddziale



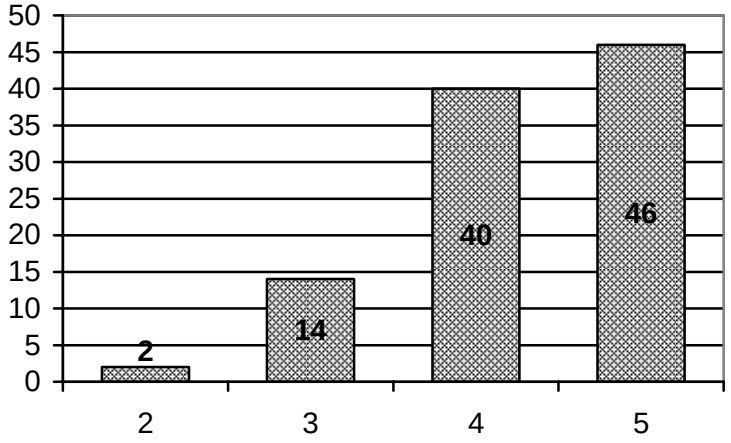
Rysunek 2. Ocena komunikatywności lekarzy



Ważnym elementem dla pacjentów hospitalizowanych jest opieka lekarska, a przede wszystkim udzielanie informacji o sposobie i rodzaju planowanych zabiegów. Tak wdrożona procedura informacyjna w oddziale zmniejsza stres pacjenta i powoduje lepsze samopoczucie. Ankietowani byli wystarczająco informowani o sposobie leczenia, celowości, przebiegu i wynikach przeprowadzonych badań (45,1% ankietowanych

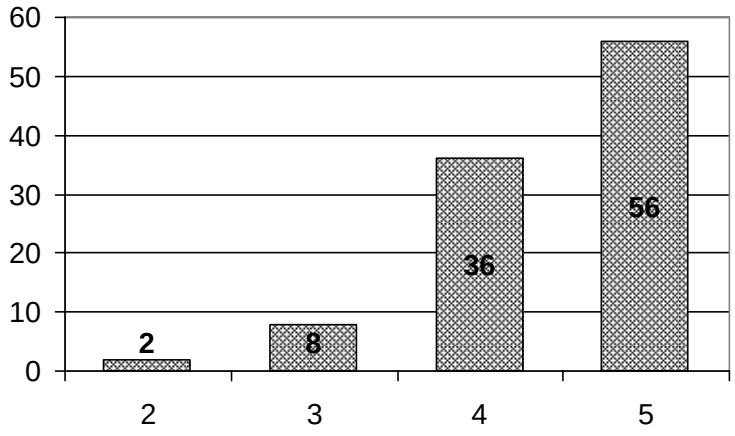
wystawiła ocenę bardzo dobrą a 1,9% ocenę negatywną) (rys. 3). Stworzenie atmosfery intymności podczas badania bądź zabiegu jest ważnym aspektem psychicznym dla pacjenta. Respondenci ocenili pozytywnie poszanowanie intymności podczas badań lekarskich. Ankietowani w 54,9% ocenili poszanowanie intymności podczas badań lekarskich bardzo dobrze, 35,3% ankietowanych oceniło dobrze a tylko 1,9% ankietowanych negatywnie (rys. 4).

Rysunek 3. Ocena udzielenia informacji o sposobie i rodzaju planowanych zbiegów

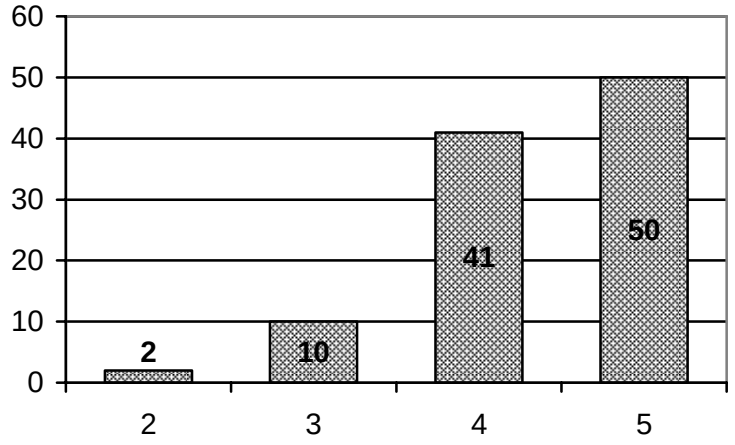


Bardzo istotnym elementem dobrej jakości opieki medycznej w ocenie pacjentów jest ciągły kontakt z lekarzem. Badani ocenili, że dostępność do lekarza była zadowalająca, 49% ankietowanych oceniło ten element bardzo dobrze, 40,2% dobrze a 9,8% respondentów wystawiło ocenę dostateczną (rys. 5).

Rysunek 4. Ocena poszanowania intymności podczas badań lekarskich



Rysunek 5. Ocena dostępności do lekarza



4. Wnioski

1. Przeprowadzone badanie satysfakcji pacjentów w oddziale laryngologicznym, wykazało potrzebę kontynuacji badań w trybie ciągłym.

2. Badanie dowiodło, że informowanie pacjenta o planowanych zabiegach wpływa bardzo pozytywnie na jego samopoczucie i psychikę.
3. Ankietowani pacjenci wykazali, że zachowanie intymności przez personel medyczny podczas wykonywania badania lub zabiegu powinno być ujęte w standardzie usługi medycznej.

Literatura

[1] Chmielewski D.: *CIT – narzędzie w badaniu satysfakcji pacjentów*. Przewodnik Menażera Zdrowia, 2002 (2), s. 44–46.

[2] Maciąg R.: *Badanie satysfakcji pacjentów – wskazówki metodologiczne*. Zdrowie Publiczne, 2001: 111 (1), s. 48–52.

[3] Warunek A.: *Dlaczego warto badać stopień zadowolenia pacjentów?* Gabinet Prywatny, 2004 (1), s. 65–68.

[4] Mączyński A.: *Badanie satysfakcji pacjenta*. Ogólnopolski Przegląd Medyczny, 2006 (9/10), s. 70, 73.

[5] Pędziwiatr A.: *Koncepcje teoretyczne dotyczące satysfakcji pacjenta.* Pielęgniarstwo Polskie, 2005 (2), s. 421–423.

[6] Kanecki K., Tyszko P.: *Definiowanie jakości w opiece zdrowotnej.* Family Medicine & Primary Care Review, 2008: 10(1), s. 50–54.

[7] Kochman D.: *Koncepcje teoretyczne jakości życia*. Pielęgniarstwo Polskie, 2008 (1), s. 55–58.

[8] Michalak A, Krawczyk K., Bocian R., Okraszewski J., Wroński A.: *Jakość Życia*. Ginekologia Praktyczna, 2009:17(2), s. 33–37.

[9] Kochman D.: *Jakość życia. Analiza teoretyczna*. Zdrowie Publiczne, 2007:117 (2), s. 242–248.

[10] Żelichowski M.: *Zgoda pacjenta na leczenie – wprowadzenia*. Medycyna Praktyczna-chirurgia, 2010 (1), s. 111–112.

[11] Włodarczyk C., Karkowska D.: *O prawach pacjenta i Rzeczniku Praw pacjenta w Polsce*. Dermatologia Praktyczna, 2009: 1 (5), s. 75–81.

[12] Kozłowska K.B.: *Europejska Karta Praw Pacjentów – punkty wspólne i rozbieżności*. Standardy Medyczne, 2005: 7, s. 54–58.

[13] A. Maciąg, I. Sakowska, Studia i Materiały - Wydział Zarządzania UW, s. 50–62.

[14] Sulewska M.: *Pamiętajmy o problemach chorych hospitalizowanych*. Medycyna Rodzinna, 2008:11 (3), s. 74–76.

[15] Suliborska-Zielińska K.: *Poziom satysfakcji pacjenta wskaźnikiem jakości*. Przewodnik Menedżer Zdrowia, 2001 (4).

[16] Zadroga M., Cudak-Bańska E., Dyk D., Krysiak I., Gutysz-Wojnicka A.: *Ocena satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej*. Pielęgniarstwo Polskie 2005(1), s. 49–52.

PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ i ZARZĄDZANIE
Wydawnictwo SAN – ISSN 1733-2486
Tom XIII – Zeszyt 9 – 2012 – ss. 33–39

Adam Fronczak – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Alina Kowalska – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Joanna Sułkowska – Społeczna Akademia Nauk w Łodzi
Irena Walecka – Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie
Włodzimierz Stelmach – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Adam Rzeźnicki – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Rafał Budzisz – Uniwersytet Łódzki
Emilia Krakowiak – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Jan Krakowiak – Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Wpływ opieki pielęgniarskiej na jakość usług medycznych świadczonych w Oddziale Laryngologicznym Szpitala w Tomaszowie Mazowieckim

INFLUENCE OF NURSING CARE ON THE QUALITY OF MEDICAL SERVICES IN TOMASZOW MAZOWIECKI LARYNGOLOGY WARD

Abstract: During hospitalization nurses are those members of medical staff who spend most time with patients who need care, attention and kindness. A nurse is a link between a doctor and a patient. Since nursing is time-consuming nurses spend more time with patients than doctors. They are expected to pass information in a clear and comprehensive way and to do their duties professionally and efficiently, thus reducing patient's anxiety and discomfort. Patients have the right to have their personal dignity and privacy respected. The surveyed patients were satisfied with the nursing care and thought highly about the way nurses secured their privacy.

Key words: patient satisfaction, nurse, patient, laryngology ward.

1. Wstęp

Pacjent jest najważniejszym ogniwem systemu ochrony zdrowia. Badanie jakości usług medycznych ma na celu wypracowanie procedur postępowania w wyniku zastosowania których, pacjent będzie usatysfakcjonowany. Opieka pielęgniarska jest jednym z ważniejszych ogniw wpływających na jakość usług medycznych. Dzięki ocenie pacjentów można stwierdzić niedociągnięcia w organizacji placówki zdrowotnej oraz postępowaniu z chorym co pozwala na zniwelowanie błędów i poprawę jakości świadczonych usług. Satysfakcja w badanym przypadku jest subiektywnym odczuciem pacjenta Ciągłe wzrastająca liczba placówek medycznych powoduje wzrost zainteresowania o pacjenta przez podnoszenie jakości oferowanych świadczeń medycznych. Pacjenci oczekują otrzymywać świadczenia, które spełnią ich wymagania, dlatego tak ważnym jest stałe monitorowanie jakości usług medycznych w ochronie zdrowia.

2. Cel pracy, materiał metody badań i wyniki

Celem badań było przedstawienie opinii pacjentów oddziału laryngologicznego szpitala w Tomaszowie Mazowieckim na temat jakości usług medycznych z zakresu opieki pielęgniarskiej. Badaniem objęto pacjentów oddziału laryngologicznego szpitala w Tomaszowie Mazowieckim. Badanie przeprowadzono w okresie od 15 lutego do 30 kwietnia 2011 roku. W tym czasie rozdano 102 ankiety.

Dla określenia poziomu zadowolenia pacjentów z jakości świadczonych usług pielęgniarskich przeprowadzono anonimową ankietę „Badanie satysfakcji pacjentów hospitalizowanych w oddziale laryngologicznym szpitala w Tomaszowie Mazowieckim".

Kwestionariusz ankiety otrzymali pacjenci oddziału dzień przed wypisem ze szpitala uzyskując pełną informację celowości badania i sposobie jej wypełnienia oraz konieczności zwrotu w dniu wypisu. Wypełnione ankiety chorzy wkładali do teczki znajdującej się przy dyżurce pielęgniarskiej.

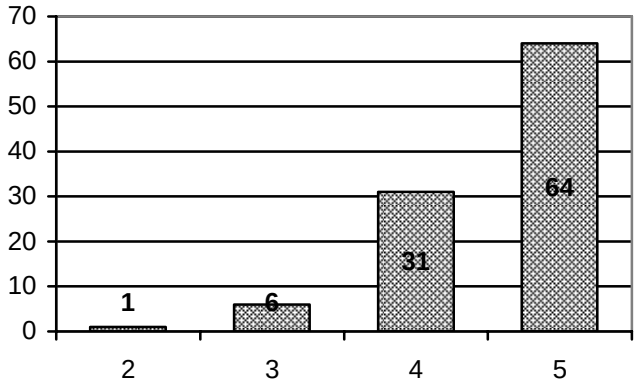
Ankieta składała się z dwóch części. Pierwsza zawiera 10 pytań zamkniętych dotyczących informacji o pacjencie a druga część poziomu świadczonych usług zawartych w 22 pytaniach. Pytania zostały tak sformułowane, aby przede wszystkim ocenić poziom świadczonych usług przez personel medyczny, realizacje praw pacjenta, wyposażenie i organizację oddziału. Zwrócono również uwagę na sposób obsługi chorego i inne aspekty niemedyczne związane z pobytem w szpitalu. Pytania zamknięte dostarczyły danych, które w przyszłości zostaną wykorzystane do przeprowadzenia analizy porównawczej. Pytania oceniające pozwolą na określenie niezbędnych zmian w działaniach szpitala, których wynikiem powinna być poprawna jakość świadczonych usług.

W niniejszej pracy analizie poddano część zebranego materiału empirycznego dotyczącego oceny jakości opieki pielęgniarskiej w badanym oddziale.

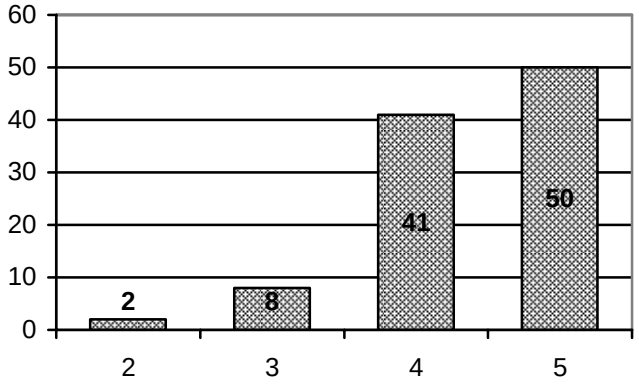
3. Wyniki i ich omówienie

Pielęgniarki stanowią grupę zawodową, która najwięcej czasu w okresie hospitalizacji przebywa z pacjentem. Hospitalizowany potrzebuje poczucia zaangażowania oraz życzliwości ze strony personelu medycznego. Aż 62,8% ankietowanych była zadowolona z usług pielęgniarskich, 30,4% była bardzo zadowolona, 5,9% oceniła dostatecznie, a 0,9% badanych wystawiło ocenę negatywną (rys. 1). Pielęgniarka jest tzw. łącznikiem informacyjnym między pacjentem a lekarzem. Opieka pielęgniarska jest czasochłonna przez co pielęgniarka spędza więcej czasu z pacjentem niż lekarz. Chorzy oczekują od pielęgniarki przekazywania informacji w sposób zrozumiały oraz wyczerpujący. Badani ocenili następująco komunikatywność pielęgniarek: 50% badanych oceniła bardzo dobrze, 40,2% badanych oceniła dobrze (rys. 2). Pacjenci oczekują od personelu pielęgniarskiego jak najlepszej fachowości i sprawności przy wykonywaniu badań i zabiegów dzięki czemu maja większe poczucie bezpieczeństwa co zmniejsza uczucie bólu czy strachu.

Rysunek 1. Ocena stosunku pielęgniarki do pacjenta (życzliwość i zaangażowanie)



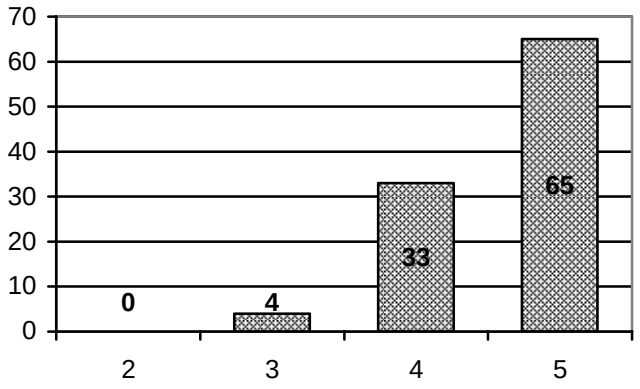
Rysunek 2. Ocena komunikatywności pielęgniarskiej



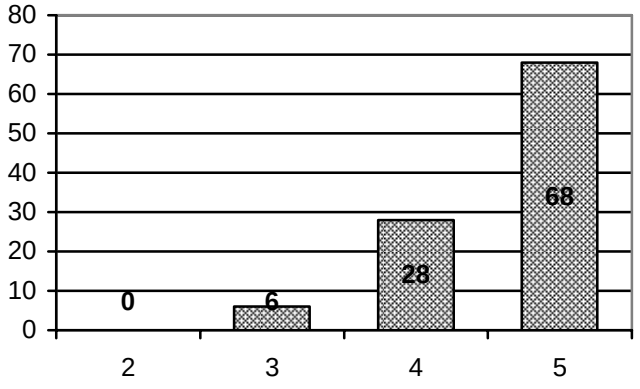
Ankietowani byli zadowoleni z fachowości i sprawności przy wykonywaniu badań i zabiegów pielęgnacyjnych przez pielęgniarkę. Potwierdzenie stanowią wyniki: 63,7% ankietowanych oceniło pracę pielęgniarek bardzo dobrze, 32,3% wystawiło ocenę dobrą dobrze (rys. 3). Pacjenci maja prawo do poszanowania intymności i godności osobistej podczas zabiegów. Zadaniem pielęgniarek jest bezwzględne przestrze-

ganie tego prawa, podnosi satysfakcje hospitalizowanego. Badani ocenili pozytywnie zapewnienie intymności i godności osobistej podczas zabiegów wykonywanych przez pielęgniarki. W ocenie 94,1% badanych intymność i godność podczas zabiegów była przez personel pielęgniarski zachowana (rys. 4).

Rysunek 3. Ocena fachowości i sprawności przy wykonywaniu badań i zabiegów



Rysunek 4. Ocena zapewnienia intymności i godności osobistej podczas zabiegów pielęgniarskich



4. Wnioski

1. Większość ankietowanych pacjentów była zadowolona z opieki pielęgniarskiej w oddziale laryngologicznym i wystawiło ocenę dobrą.
2. Badanie wykazało, że pacjenci hospitalizowani w oddziale laryngologicznym byli zadowoleni z fachowości i sprawności przy wykonywaniu badań i zabiegów pielęgnacyjnych.
3. Badani ocenili pozytywnie zapewnienie intymności i godności osobistej podczas zabiegów wykonywanych przez pielęgniarki. W ocenie 94,1% badanych intymność i godność podczas zabiegów była przez personel pielęgniarski zachowana.

Literatura

[1] Warunek A.: *Dlaczego warto badać stopień zadowolenia pacjentów?* Gabinet Prywatny, 2004 (1), s. 65–68.

[2] Mączyński A.: *Badanie satysfakcji pacjenta*. Ogólnopolski Przegląd Medyczny, 2006 (9/10), s. 70,73.

[3] Chmielewski D.: *Metoda CIT – narzędzie w badaniu satysfakcji pacjentów*. Ogólnopolski Przewodnik Medyczny, 2008(3), s. 55–57.

[4] Wroński K, Bocian R.: *Dlaczego zakłady opieki powinny badać satysfakcje pacjentów z oferowanych przez siebie usług medycznych?* Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne, 2009 (4), s. 127–130.

[5] Pędziwiatr A.: *Koncepcje teoretyczne dotyczące satysfakcji pacjenta.* Pielęgniarstwo Polskie, 2005 (2), s. 421–423.

[6] Kanecki K., Tyszko P.: *Definiowanie jakości w opiece zdrowotnej*. Family Medicine & Primary Care Review, 2008: 10(1), s.50–54.

[7] Kochman D.: *Jakość życia. Analiza teoretyczna*. Zdrowie Publiczne, 2007:117 (2), s. 242–248.

[8] Żelichowski M.: *Zgoda pacjenta na leczenie – wprowadzenia*. Medycyna Praktyczna-chirurgia, 2010 (1), s. 111–112.

[9] Zimna T.: *Prawa pacjenta*. Lekarz Rodzinny, 2009:14 (2), s. 208–211.

[10] Włodarczyk C., Karkowska D.: *O prawach pacjenta i Rzeczniku Praw pacjenta w Polsce*. Dermatologia Praktyczna, 2009: 1 (5), s. 75–81.

[11] Augustynowicz A.: *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – próba oceny*. Prawo i Medycyna, 2009:11 (4), s. 31–45.

[12] Maciąg A., Sakowska I., Studia i Materiały – Wydział Zarządzania UW, s. 50–62.

[13] B. Małecka, J. T. Marcinkowski, Probl Hig Epidemiol, 2007/88, s. 17–19.

[14] Suliburska-Zielińska K.: *Poziom satysfakcji pacjenta wskaźnikiem jakości*. Przewodnik Menedżer Zdrowia, 2001 (4), s. 34–35.

[15] Olszewski A.: Zdrowe relacje w medycynie. Ogólnopolski przewodnik medyczny, 2008 (5), s. 62–64.

[16] Kulczycka K.: Kryteria oceniające satysfakcję pacjentów z opieki pielęgniarskiej. Zdrowie Publiczne 2001:111 (1), s. 53–56.

[17] Gutysz-Wojnicka A., Dyk D.: Adaptacja polskiej wersji The Newcastle

[18] *Satisfaction with Nursing Scale (NSNS).* Probl. Pielęg. 2007:15 (2/3), s. 133–138.

[19] Książek J., Piotrowska R., Gaworska-Krzemińska A.: *Ocena jakości życia pacjentów w teorii i praktyce pielęgniarskiej*. Pielęgniarstwo i Położnictwo 2005:47(1), s. 11–12.

[20] Grabska K., Stefańska W.: *Sylwetka zawodowa pielęgniarki w opinii pacjentów*. Problemy Pielęgniarskie 2009:17 (1), s. 8–12.

PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ i ZARZĄDZANIE
Wydawnictwo SAN – ISSN 1733-2486
Tom XIII – Zeszyt 9 – 2012 – ss. 41–47

Adam Fronczak – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Alina Kowalska – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Joanna Sułkowska – Społeczna Akademia Nauk w Łodzi
Irena Walecka – Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie
Włodzimierz Stelmach – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Rafał Budzisz – Uniwersytet Łódzki
Emilia Krakowiak – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Jan Krakowiak – Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Ocena samopoczucia pacjenta podczas pobytu w Oddziale Laryngologicznym Szpitala w Tomaszowie Mazowieckim

EVALUATUION OF THE COMFORT LEVEL OF PATIENTS IN TOMASZOW MAZOWIECKI LARYNGOLOGY WARD

Abstract: Survey among the patients Tomaszow Mazowiecki Laryngology Ward showed their high level of confidence in the staff. Most patients did not know the patient rights and got this information in the hospital ward. Patient opinions about respecting their rights mostly depended on their judgement of medical staff, mostly nurses. 48.1% of the surveyed patients thought that their rights were respected.
Key words: patient satisfaction, laryngology ward, patient, hospital.

1. Wstęp

Badanie satysfakcji pacjenta stwarza możliwości poznania opinii pacjentów o jakości oferowanych usług medycznych w różnych obszarach funkcjonowania zakładu opieki zdrowotnej, między innymi po

przez stosunek personelu do pacjenta, przestrzeganie praw pacjenta, komunikatywność, możliwość pozyskania informacji .Ocena pozyskania zaufania do metod leczenia zależy od personelu medycznego oraz samego pacjenta. Pacjenci wyrazili swoją opinię w zakresie zaufania do metod leczenia i przestrzeganie praw pacjenta poprzez uczestnictwo w badaniu ankietowym dotyczącym satysfakcji pacjenta z udzielanych świadczeń medycznych. Badanie satysfakcji pacjenta stwarza możliwości poznania opinii pacjentów o jakości oferowanych usług medycznych w różnych obszarach funkcjonowania zakładu opieki zdrowotnej, między innymi po przez stosunek personelu do pacjenta, przestrzeganie praw pacjenta, komunikatywność, możliwość pozyskania informacji. Dzięki subiektywnej ocenie pacjentów można stwierdzić niedociągnięcia w organizacji placówki zdrowotnej oraz postępowaniu z chorym, co pozwoli na zniwelowanie błędów i poprawę jakości świadczonych usług. Wzrastająca liczba placówek medycznych prowadzi do rywalizacji o pacjenta przez podnoszenie jakości oferowanych świadczeń medycznych. Pacjenci oczekują realizacji świadczeń tam, gdzie będą spełnione ich oczekiwania i dlatego tak ważne jest zarządzanie jakością w ochronie zdrowia, które w prowadzi do poprawy wizerunku, prestiżu i pozycji rynkowej placówki medycznej.

2. Cel pracy, materiał i metody badań, wyniki

Celem pracy jest przedstawienie opinii pacjentów oddziału laryngologicznego szpitala w Tomaszowie Mazowieckim na temat samopoczucia pacjenta podczas pobytu w szpitalu.

Badaniem objęto pacjentów oddziału laryngologicznego szpitala w Tomaszowie Mazowiecki. Badanie przeprowadzono w okresie od 15 lutego do 30 kwietnia 2011 roku. W tym czasie rozdano 102 ankiety.

Dla określenia poziomu zadowolenia pacjentów z jakości świadczonych usług przeprowadzono anonimową ankietę „Badanie satysfakcji pacjentów hospitalizowanych w Oddziale Laryngologicznym Szpitala w Tomaszowie Mazowieckim".

Kwestionariusz ankiety otrzymali pacjenci oddziału dzień przed wypisem ze szpitala uzyskując pełna informację celowości i sposobie jej wypełnienia, i konieczności zwrotu w dniu wypisu. Wypełnione ankiety chorzy wkładali do teczki znajdującej się przy dyżurce pielęgniarskiej.

Ankieta składała się z dwóch części. Pierwsza zawierała 10 pytań zamkniętych dotyczących informacji o pacjencie, a druga część dotyczyła poziomu świadczonych usług i zawarta była w 22 pytaniach. Pytania zostały tak sformułowane, aby przede wszystkim ocenić poziom świadczonych usług przez personel medyczny, realizację praw pacjenta, wyposażenie i organizację oddziału. Zwrócono również uwagę na sposób obsługi chorego i inne aspekty niemedyczne związane z pobytem w szpitalu.

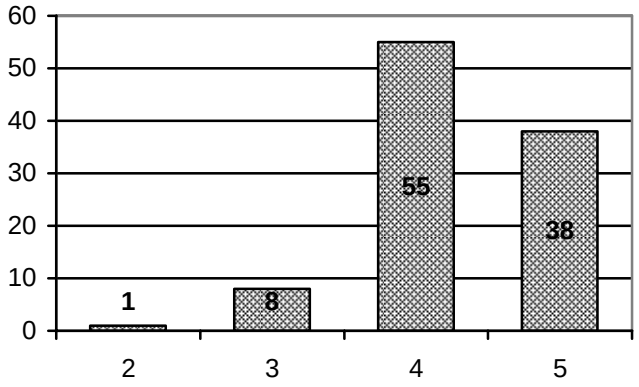
Pytania zamknięte dostarczyły danych, które w przyszłości zostaną wykorzystane do przeprowadzenia analizy porównawczej. Pytania oceniające pozwolą na określenie niezbędnych zmian w działaniach szpitala, których wynikiem powinna być poprawna jakość świadczonych usług.

W niniejszej pracy analizie poddano część zebranego materiału empirycznego dotyczącego oceny jakości samopoczucia pacjentów podczas pobytu na badanym oddziale.

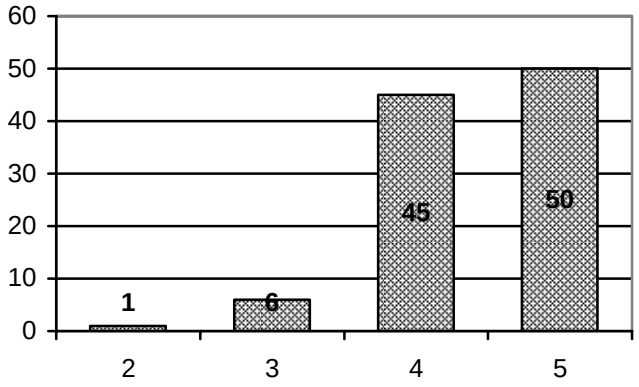
3. Wyniki i ich omówienie

Ocena pozyskania zaufania do metod leczenia zależy od personelu medycznego oraz samego pacjenta. Ankietowani ocenili własne zaufanie do metod leczenia w sposób następujący: 91,2% badanych miało zaufanie do metod stosowanych w procesie leczenia a tylko 6,9% miało zastrzeżenia (ryc. 1). Na poczucie bezpieczeństwa na oddziale miał wpływ personel pielęgniarski i lekarski, budując pozytywną relację z pacjentem. Aż 93,1% pacjentów odczuło poczucie bezpieczeństwa w oddziale a 5,9% było dostatecznie zadowolonych (rys. 2).

Rysunek 1. Ocena zaufania do metod leczenia



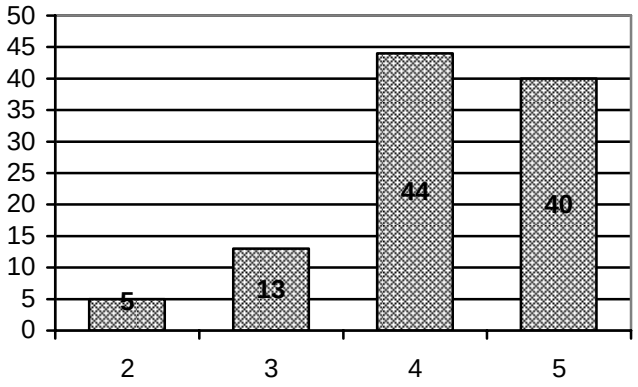
Rysunek 2. Ocena stopnia poczucia bezpieczeństwa



Większość pacjentów nie zna praw pacjenta, często dowiaduje się o przysługujących prawach w czasie pobytu w szpitalu. Informowanie o prawach pacjenta należy do obowiązków pielęgniarki. Odpowiednio poinformowanych o prawach pacjenta zostało 39,2% badanych, 43,1% badanych oceniło za wystarczające uzyskane informacje, 12,8% oceniło

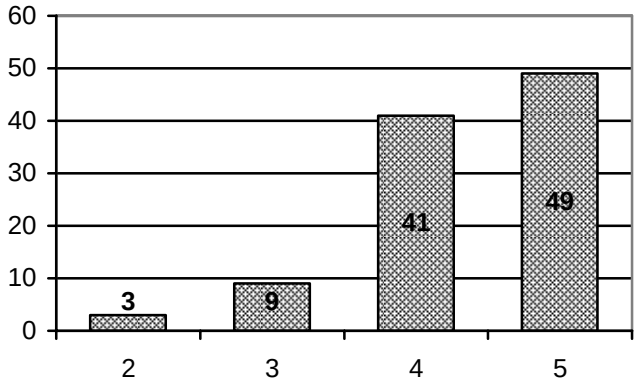
dostatecznie a jedyne 4,9% badanych nie otrzymało informacji na temat praw pacjenta (rys. 3).

Rysunek 3. Ocena informacji na temat „Praw pacjenta"

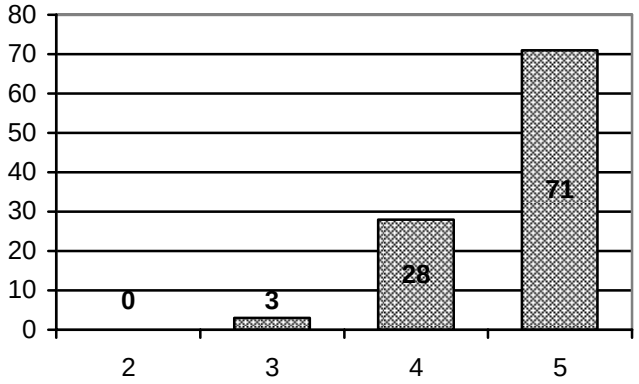


Na ocenę przestrzegania praw pacjenta miał wpływ personel lekarski oraz pielęgniarski. Dla 48,1% badanych były w oddziale przestrzegane prawa pacjenta, 40,2% badanych ocenili dobrze przestrzeganie praw pacjenta, 8,8% badanych oceniło dostatecznie, a 2,9% badanych uważa, że prawa pacjenta nie były przestrzegane (rys. 4). Godziny odwiedzin zależały od organizacji oddziału, zostały one odgórnie ustalone przez kierownictwo szpitala. Godziny wizyt satysfakcjonowały 97,1% ankietowanych pacjentów, jedynie 2,9% respondentów nie było w pełni zadowolonych (rys. 5).

Rysunek 4. Ocena przestrzegania „Praw pacjenta"



Rysunek 5. Ocena dogodności pory odwiedzin



4. Wnioski

1. Badanie wykazało, że pacjenci oddziału laryngologicznego mają zaufanie do metod leczenia w oddziale laryngologicznym.
2. Większość ankietowanych pacjentów nie zna praw pacjenta, często dowiadują się o przysługujących prawach w czasie pobytu w szpitalu.
3. Ankietowani pacjenci w 48,1% stwierdzili, że w oddziale laryngologicznym przestrzegane są prawa pacjenta.

Literatura

[1] Podciechowski L., Królikowska A., Hładuńska J., Wilczyński J.: *Prawo pacjenta do informacji – aspekty prawne, medyczne i psychologiczne*. Przegląd Menopauzalny, 2009/8 (6), s. 308–314.

[2] Żelichowski M.: *Zgoda pacjenta na leczenie – wprowadzenia*. Medycyna Praktyczna-chirurgia, 2010 (1), s. 111–112.

[3] Zimna T.: *Prawa pacjenta.* Lekarz Rodzinny, 2009:14 (2), s. 208–211.

[4] Włodarczyk C., Karkowska D.: *O prawach pacjenta i Rzeczniku Praw pacjenta w Polsce*. Dermatologia Praktyczna, 2009: 1 (5), s. 75–81.

[5] Kozłowska K.B.: *Europejska Karta Praw Pacjentów – punkty wspólne i rozbieżności.* Standardy Medyczne, 2005: 7, s. 54–58.

[6] Augustynowicz A.: *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – próba oceny.* Prawo i Medycyna, 2009:11 (4), s. 31–45.

[7] 7.Maciąg A., Sakowska I., Studia i Materiały- Wydział zarządzania UW, s. 50–62.

[8] Małecka B.,Marcinkowski J. T. , Probl Hig Epidemiol, 2007/88, s.17–19.

[9] Sulewska M.: *Pamiętajmy o problemach chorych hospitalizowanych.* Medycyna Rodzinna, 2008:11 (3), s. 74–76.

[10] Suliburska-Zielińska K.: *Poziom satysfakcji pacjenta wskaźnikiem jakości.* Przewodnik Menedżer Zdrowia, 2001 (4), s. 34–35.

[11] Olszewski A.: *Zdrowe relacje w medycynie.* Ogólnopolski przewodnik medyczny, 2008 (5), s. 62–64.

[12] Grzegorczyk G.: *Głos pacjenta.* Gabinet Prywatny, 2004 (12), s. 67–70.

PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ i ZARZĄDZANIE
Wydawnictwo SAN – ISSN 1733-2486
Tom XIII – Zeszyt 9 – 2012 – ss. 49–58

Adam Fronczak – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Alina Kowalska – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Joanna Sułkowska – Społeczna Akademia Nauk w Łodzi
Irena Walecka – Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie
Włodzimierz Stelmach – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Rafał Budzisz – Uniwersytet Łódzki
Emilia Krakowiak – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Karol Wojtasik – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Jan Krakowiak – Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Determinanty wyboru lekarza dentysty przez pacjentów korzystających z usług stomatologicznych

DETERMINANTS OF PATIENT CHOICE OF A DENTIST

Abstract: Growing awareness of advancement in medical science influences patient attitudes and growing requirements. Apart from knowledge and experience of a doctor, methods and technical equipment other factors such as availability of services their price and comfort start to play a role in selecting a particular dental surgery. Patients who use the services of dental surgeries, out-patient dental wards and dental clinics were surveyed to find out the determinants of their choice. Among those attending dental surgeries and out-patient dental wards, doctor's professionalism was the main factor influencing the choice of a particular doctor both among men and women. Patients of dental clinics thought price and availability most important in this respect. Professionalism is the most important quality determining the choice of a dentist.

Key words: patient satisfaction level, dentist, dental services.

1. Wstęp

Postęp nauk medycznych wpływa na postawy i rosnące oczekiwania pacjentów. Wiedza, doświadczenie oraz umiejętności, metody leczenia, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną są bardzo ważne przy wyborze lekarza. Będąc w natłoku codziennych obowiązków, nie jesteśmy w stanie kontrolować wszystkich zmieniających się przepisów prawnych, tendencji czy nowości technologicznych, szczególnie tych w zakresie medycznym. Oddajemy się wiedzy i doświadczeniu lekarza dentysty, będąc przekonanym, że jego umiejętności i możliwości technologiczne materiałów użytych w leczeniu lub uzupełnieniach protetycznych są najwyższej klasy. Liczne badania wskaźników satysfakcji pacjentów z udzielanych świadczeń medycznych w gabinetach stomatologicznych wskazują na ich istotną rolę w zakresie podnoszenia jakości usług medycznych. Z badań wynika, że pacjenci są najczęściej laikami w dziedzinie stomatologii, nie mogą więc ocenić pracy stomatologa z profesjonalnego punktu widzenia. Ich opinię determinują głównie takie czynniki, jakie są w stanie zaobserwować i zrozumieć bez fachowej wiedzy. Mogą więc ocenić: jak się nimi zajął lekarz dentysta, ile czasu im poświęcił, czy odczuwali w czasie zabiegu ból, czy ich komfort psychiczny po wykonaniu usługi poprawił się, czy chcą jeszcze skorzystać z usług danego gabinetu oraz czy mogą z czystym sumieniem polecać dentystę swoim przyjaciołom i znajomym.

Konkurencyjność na rynku usług medycznych skłania do podnoszenia jakości świadczeń, ponieważ niezadowolony pacjent to wygrana konkurencji . Zadowolenie pacjentów z jakości usługi stanowi wypadkową początkowych oczekiwań pacjenta i efektu końcowego z wykonanej usługi. Dlatego należy dążyć do tego, aby pacjent otrzymywał więcej niż oczekuje . Do osiągnięcia tego celu konieczne są informacje o preferencjach i satysfakcji pacjentów pozyskane w badaniach, głównie ankietowych, anonimowych

Ażeby przekazane informacje były dokładniejsze i wyrażały rzeczywisty stosunek do świadczonych usług oraz związanych z nimi zagadnień, w badaniu dokonano podziału gabinetów stomatologicznych na kliniki, gabinety i poradnie, określając je w dalszych etapach pracy

wspólnym mianem placówek stomatologicznych. Tym samym gabinety stomatologiczne, będące głównym przedmiotem badań, teoretycznie stały się jednym z rodzajów placówek ujętych w badaniu.

Na opinie pacjentów znaczny wpływ w przeprowadzonym badaniu miał: wiek, wykształcenie, możliwości finansowe, stan zdrowia, świadomość profilaktyki osób ankietowanych i rodzaj placówki stomatologicznej z której korzystali.

2. Cel pracy, materiał i metody, wnioski

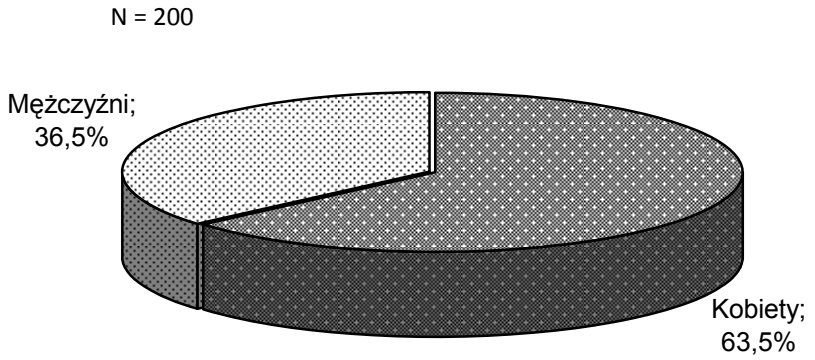
Celem badania było pozyskanie opinii pacjentów dotyczącej dostępności do usług medycznych, oferowanych w gabinetach stomatologicznych na terenie miasta Torunia. Badaniem objęto wybrane losowo osoby korzystające z usług stomatologicznych w okresie od 1 czerwca do 12 sierpnia 2011 roku. W badaniu wykorzystano anonimowy kwestionariusz ankiety audytoryjnej składający się z 20 pytań. Poprawnie wypełnione kwestionariusze oddało 200 osób. Do opracowania zebranych danych wykorzystano program PASW Statistics 18.

Wyniki i ich omówienie

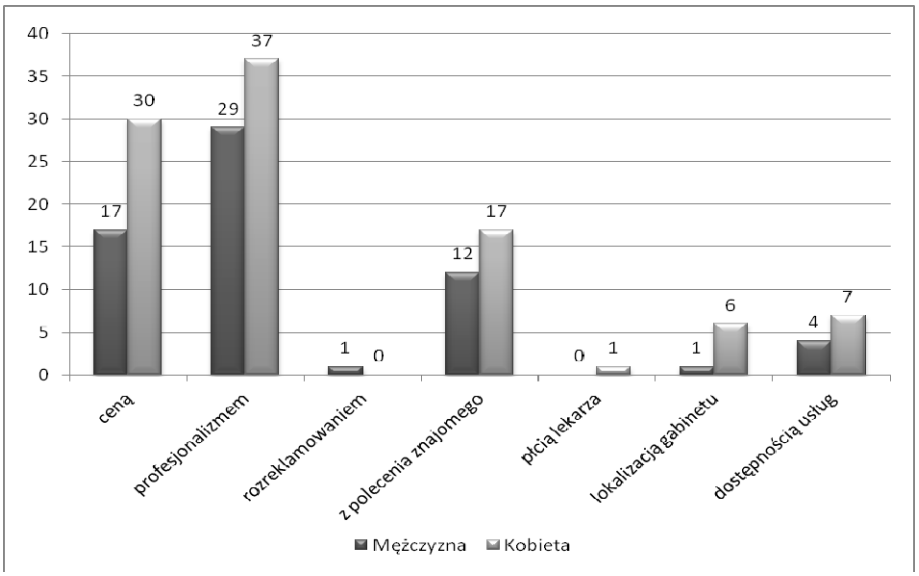
W badanej populacji kobiety stanowiły 63,5% (127 badanych), mężczyźni 36,5%, to jest 73 badanych (rys. 1).

Przy wyborze lekarza dentysty pacjenci **gabinetów stomatologicznych** kierowali się głównie *profesjonalizmem*, co stanowiło ponad 40% głosów. Wśród nich, 56% stanowiły kobiety (83,7% pacjentki prywatnych gabinetów i 16,3% gabinetów NFZ) oraz 44% mężczyźni (55,1% to pacjenci prywatnych gabinetów, 44,9% gabinetów NFZ). Najmniejsze zainteresowanie wśród pacjentów prywatnych gabinetów dotyczyło kryterium dostępności usługi i płci lekarza, a wśród pacjentów NFZ – rozreklamowanie, każde z nich otrzymało po jednym głosie. Należy nadmienić, że drugim – niezwykle istotnym kryterium była cena. Za kryterium dotyczącym ceny opowiedziało się 29,01% pacjentów, z czego 65,9% to pacjenci prywatnych gabinetów, a 34,1% pacjenci gabinetów NFZ (rys. 2).

Rysunek 1. Respondenci według płci

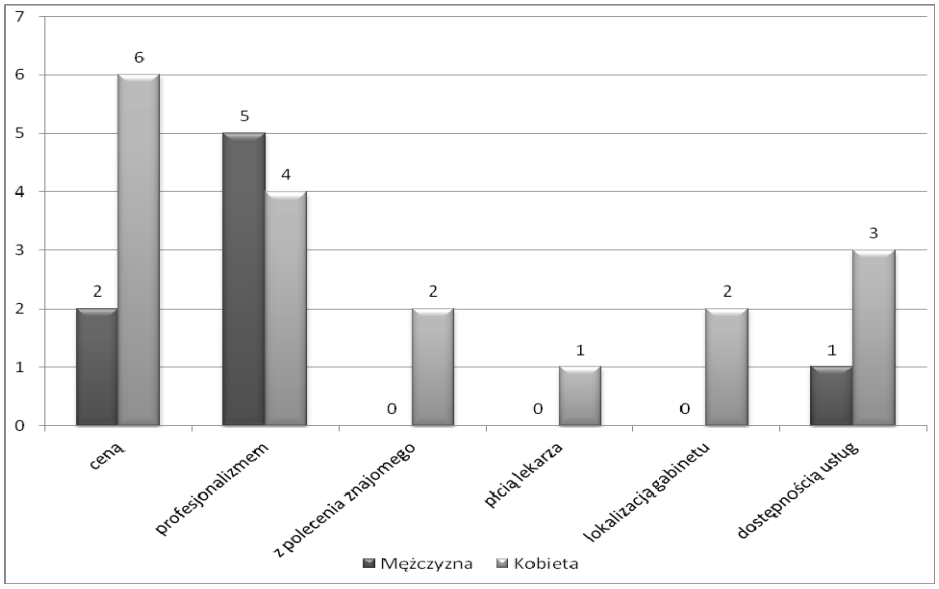


Rysunek 2. Determinanty wyboru lekarza dentysty przez pacjentów gabinetów stomatologicznych wg płci



Dla pacjentów **poradni stomatologicznych** najważniejszym kryterium, którym kierowali się przy wyborze lekarza dentysty, był również *profesjonalizm*. Stanowił on 34,6% oddanych na poszczególne kryteria głosów. Zaraz za nim z 30,7% znajdowało się kryterium *ceny*. Za profesjonalizmem opowiedziało się 55,5% mężczyzn (40% to pacjenci prywatnych gabinetów i 60% gabinetów NFZ) i 44,5% kobiet (50% to pacjentki prywatnych gabinetów i 50% gabinetów NFZ). Za *ceną* opowiedziało się 25% mężczyzn (50% to pacjenci prywatnych gabinetów i 50% gabinetów NFZ) i 75% kobiet z czego 16,6% to pacjentki prywatnych gabinetów a 83,4% gabinetów NFZ (rys. 3).

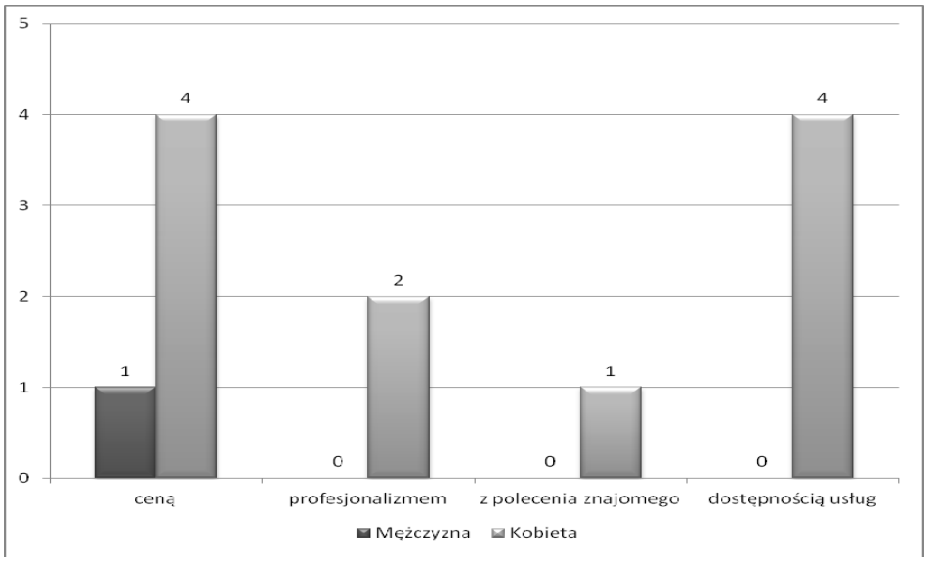
Rysunek 3. Determinanty wyboru lekarza dentysty przez pacjentów poradni stomatologicznych wg płci



Pacjenci **klinik stomatologicznych** kierowali się w 41,6% kryterium ceny, w 33,3% *dostępnością usług*. *Profesjonalizm* z kolei ocenili na niecałe 17%. Najniższą ocenę uzyskała odpowiedź: *z polecenia znajomego* – 8,3%. *Cenę* w 20% wskazali mężczyźni (wszyscy korzystali z gabinetów NFZ), a w 80% kobiety (wszystkie korzystały z prywatnych gabinetów). Za *dostępnością usług* opowiedziały się same kobiety (25% pacjenci prywat-

nych gabinetów i 75% gabinetów NFZ). *Profesjonalizm* wskazały same kobiety i to tylko, korzystające z gabinetów prywatnych z w kształceniem średnim (25% to pacjenci prywatnych gabinetów i 75% gabinetów NFZ) (rys. 4).

Rysunek 4. Determinanty wyboru lekarza dentysty przez pacjentów klinik stomatologicznych wg płci



Dla pacjentów **gabinetów stomatologicznych**, z 8 kryterium dobrego lekarza podanych w pytaniu, z maksymalnym wyborem – 3, najważniejsze okazały się:

- *profesjonalizm* – 92,5% (65,3% stanowili pacjenci prywatnych gabinetów i 34,7% pacjenci gabinetów NFZ);
- *uprzejmość* – 69,7% (68,14% to pacjenci gabinetów prywatnych i 31,8% pacjenci gabinetów NFZ);
- *delikatność* – 42,5% (63,7% to pacjenci gabinetów prywatnych, a 36,3% to pacjenci gabinetów NFZ).

Pacjentom **poradni stomatologicznych** najbardziej zależy na:

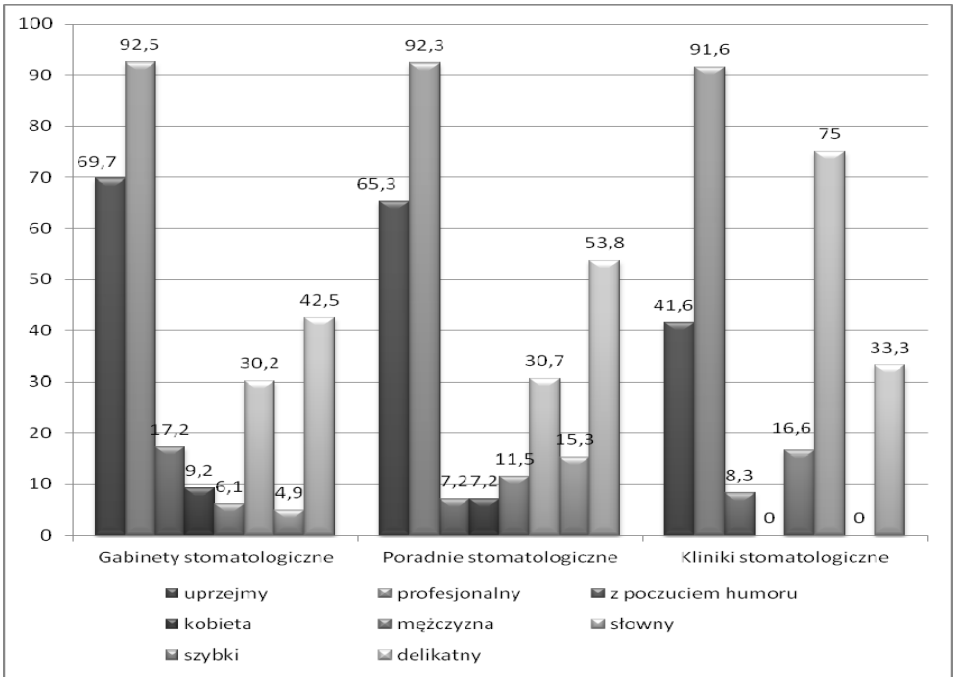
- *profesjonalizmie* – 92,3% (41,6% stanowili pacjenci prywatnych gabinetów i 58,4% pacjenci gabinetów NFZ),

- *uprzejmości* – 65,3% (47% to pacjenci gabinetów prywatnych i 53% pacjenci gabinetów NFZ),
- *delikatności* – 53,8% (28,5% to pacjenci gabinetów prywatnych, a 71,5% to pacjenci gabinetów NFZ).

Pacjenci **klinik stomatologicznych** jako najważniejsze kryterium dobrego lekarza wskazywali:

- *profesjonalizm* – 91,6% (72,7% stanowili pacjenci prywatnych gabinetów i 27,3% pacjenci gabinetów NFZ);
- *słowność* – 75% (66,7% to pacjenci gabinetów prywatnych i 33,3% pacjenci gabinetów NFZ);
- *uprzejmość* – 41,6% (60% to pacjenci gabinetów prywatnych, a 40% to pacjenci gabinetów NFZ). Badany problem ilustruje rys. 5.

Rysunek 5. Pacjenci gabinetów, poradni oraz klinik stomatologicznych wg najczęściej wskazywanych kryteriów jakimi powinien charakteryzować się dobry lekarz dentysta



3. Wnioski

1. Główną determinantą wyboru lekarza dentysty przez pacjentów gabinetów stomatologicznych i poradni stomatologicznych jest profesjonalizm, zarówno w grupie kobiet, jak i mężczyzn.
2. Determinanty wyboru lekarza dentysty przez pacjentów klinik stomatologicznych to cena i dostępność usług. Za dostępnością usług opowiedziały się wyłącznie kobiety, natomiast mężczyźni opowiedzieli się wyłącznie za ceną.
3. Zdaniem wszystkich pacjentów, zarówno gabinetów, poradni i klinik stomatologicznych, najważniejszym kryterium jakim powinien charakteryzować się dobry lekarz dentysta jest profesjonalizm.

Literatura

[1] Bojar I., Ostrowski T., Wdowiak L.: *Jakość usług medycznych świadczonych w podstawowej opiece zdrowotnej w opinii pacjentów i menadżerów służby zdrowia. Zarządzanie Organizacjami Publicznymi. Wybrane zagadnienia*. Białystok: Fundacja Współczesne Zarządzanie; 2003.

[2] Łuczak J.: *Zapewnienie jakości w podstawowej opiece zdrowotnej*. Zdrowie i Zarządzanie, 2004;5 (2): 68.

[3] Pawka B, Wdowiak L, Lis J, Radwański R.: *Zadowolenie pacjentów z usług stomatologicznych.* Zdrowie Publiczne 2004;114 (2): 184–188.

[4] Wdowiak L. *Słowo wstępne* [w:] Hupert Z. Jakość w opiece medycznej koncepcja państwa. Lublin: IMW; 2003.

[5] Bojar I, Ostrowski T, Wdowiak L.: *Satysfakcja pacjentów z usług podstawowej opieki zdrowotnej w mieście Lublin*. Ann UMCS, Lublin 2004;59 (supl. 14):36, 185–189.

[6] Bukowska-Piestrzyńska A.: *Znaczenie jakości usług stomatologicznych w pozyskiwaniu i utrzymywaniu pacjentów.* Zdrowie i Zarządzanie, tom VI, nr 6/2004, s. 45–51.

[7] Wilmańska-Sosnowska S.: *Obsługa klienta jako czynnik sukcesu przedsiębiorstwa.* Marketing i rynek, 2001, nr 8, s. 11.

[8] Maciąg A.: *Rola informacji w procesie tworzenia jakości usług medycznych.* Zdrowie i Zarządzanie,2004, tom VI, nr 6, s. 41–44.

[9] Karaszewski R. *TQM. Teoria i Praktyka.* Dom Organizatora, Toruń, 2001, str. 201, cyt za: L. Berry, A. Parasuraman, Multiple – Method Listening: The Building of a Service Quality Information System, Sloan Managment Review, (Spring) 1997.

[10] Tanasiewicz M., Gwozdecka-Wolniaszek E., Bednarski J., Sikora T., Mateusiak J.: *Kryteria satysfakcji pacjenta po wizycie w gabinecie dentystycznym*. Stomatologia Współczesna, vol. 14, nr 3, 2007, s. 38–42.

[11] Bukowska-Piestrzyńska A.: *Jakość w procesie obsługi klienta*. Magazyn Stomatologiczny, 2007;2;80 – 1.

[12] Bukowska-Piestrzyńska A., Piestrzyński P.: *Marketing – strach przed nieznanym*. Magazyn Stomatologiczny, 2002; 4; 80 – 1.

[13] Fijałkowska A., Bukowska-Piestrzyńska A.: W*ykorzystanie komunikacji do budowy pozytywnego wizerunku gabinetu stomatologicznego*. Magazyn Stomatologiczny, 2006; 5: 84 – 5.

[14] Bukowska-Piestrzyńska A.: *Stomatolog menadżerem gabinetu.* Magazyn Stomatologiczny, 2004; 10: 84 – 5.

[15] Bukowska-Piestrzyńska A.: *Wywiad lekarski – narzędzie budowania pozytywnego nastroju pacjenta.* Magazyn Stomatologiczny, 2005; 6: 88 – 9.

[16] Makarewicz S., Panek H., Dąbrowa T., Krawczyńska H., Przywitowska I., Gronczyńska S.: *Satysfakcja pacjenta z modelu kompleksowej opieki stomatologicznej*. Dental Medicine Problems, 2006;43(3): 409 – 14.

[17] Sikora D., Poździoch S., Mikos M., Czupryna A.: *Znajomość praw pacjenta wśród studentów medycyny*. Zdrowie i Zarządzanie, 2004, tom VI, nr 2, s. 48–53.

[18] Stychlerz A.: *Gwarancja na prace protetyczne. Uregulowania prawne, obowiązki.* Nowoczesny Technik dentystyczny, 2008, nr 3, s. 56.

[19] Craig R. G., John M. Powers, Wataha John C.: *Dental materials. Properties and manipulation* Wydawnictwo Mosby Inc., 2000 ISBN 0-323-00512-8; polskie wydanie *Materiały stomatologiczne* pod redakcją Honoraty Limanowskiej-Shaw, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2000.

[20] Nowakowska D., Panek H.: *Protezy stomatologiczne jako wyroby medyczne w świetle aktów normatywnych*. Protetyka Stomatologiczna, 2005, LV, 6, s. 456–461.

[21] Iwanowicz-Palus G.: *Oczekiwania pacjentów w stosunku do pracowników służby zdrowia zatrudnionych w lecznictwie zamkniętym*. Wiad. Lek. 2002:55 (supl.), s. 708–717.

[22] Klisowska I.: *Proces adaptacji pacjentów do środowiska szpitala*. Pol. Med. Rodz. 2004: 6, s. 276–279.

[23] Iwanowicz-Polus G.: *Prawa pacjenta w świetle dokumentów międzynarodowych*. Probl. Med. Społ. 2001: 34, s 20–23.

[24] Gronowska B., Jasudowicz T., Mik C.: *Prawa człowieka. Dokumenty międzynarodowe.* Wyd. COMER, Toruń 1993.

[25] Banaszewska A.: *Jak badać satysfakcję pacjentów*. Sł. Zdr. 2000, 4–5, s. 10–17.

[26] Masiakowski A.: *Badanie satysfakcji pacjentów ze sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych*. Zdr. Pub. 1997: 1–2, s. 5–12.

PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ i ZARZĄDZANIE
Wydawnictwo SAN – ISSN 1733-2486
Tom XIII – Zeszyt 9 – 2012 – ss. 59–74

Adam Fronczak – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Alina Kowalska – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Joanna Sułkowska – Społeczna Akademia Nauk w Łodzi
Irena Walecka – Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie
Włodzimierz Stelmach – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Rafał Budzisz – Uniwersytet Łódzki
Emilia Krakowiak – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Karol Wojtasik – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Jan Krakowiak – Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Opinie pacjentów na temat jakości świadczeń medycznych udzielanych w gabinetach stomatologicznych

PATIENT OPINIONS REGARDING MEDICAL SERVICES PROVIDED IN DENTAL SURGERIES

Abstract: Survey of patient opinions allowed to evaluate medical services provided in dental surgeries in Toruń. Knowledge concerning the needs of patients and shortcomings of dentists is an important factor allowing to increase the level of services thus elevating satisfaction of patients, the more that competition in this area is growing. Providing that dentists aim at bettering their services they should try to build positive doctor-patient relation. A patient should be informed about the procedures and materials used and should be allowed to make conscious decisions concerning medical service. The quality of medical care depends not only on the doctor-patient relation but also on technical standards, comfort and ethics. All of these elements should be constantly evaluated and improved. Patients expect to make an appointment without waiting, to get reliable information about procedures and warranty conditions, to have the possibility of anesthesia. Survey of patient opinions is a useful tool to improve the medical services

thus to make dental practice successful. Summing up a patient expects quick and efficient help in a well equipped dental surgery.

Key words: collecting of dental history, quality of medical service, dentist.

1. Wstęp

Badanie opinii pacjentów na temat jakości i dostępności do świadczeń medycznych udzielanych w gabinetach stomatologicznych funkcjonujących na terenie miasta Toruń pozwoliły na uzyskanie informacji o rynku usług stomatologicznych. Badania zobrazowały rzeczywisty stosunek pacjenta do świadczonych usług oraz związanych z nimi zagadnieniami.

W badaniu ankietowym dokonano podziału gabinetów stomatologicznych na kliniki, gabinety i poradnie, określając w dalszych etapach badania wspólnym mianem placówek stomatologicznych. Tym samym gabinety stomatologiczne, będące głównym przedmiotem badań, teoretycznie stały się jednym z rodzajów placówek ujętych w badaniu. Podział ten jest uargumentowany, bowiem takimi nazwami indywidualnych praktyk lekarskich – stomatologicznych – posługują się pacjenci oraz są widoczne nad lub obok wejścia do wyżej wymienionych placówek. Poza wcześniej wspomnianymi i najczęściej używanymi zagadnieniami w ankietach, dodatkowo zadano pytania związane z gwarancją i reklamacją usług oraz protez dentystycznych i informowaniem o uzupełnieniach protetycznych możliwych do zastosowania w danym przypadku. Na opinie pacjentów znaczny wpływ miały: wiek, wykształcenie, możliwości finansowe, stan zdrowia, świadomość profilaktyki osób ankietowanych i rodzaj placówki stomatologicznej z której korzystają.

Liczne badania wskaźników satysfakcji pacjentów z udzielanych im świadczeń medycznych w gabinetach stomatologicznych wskazują na ich istotną rolę w ulepszaniu jakości usług medycznych. Wynika z nich, że pacjenci są najczęściej laikami w dziedzinie stomatologii, nie mogą więc ocenić pracy stomatologa z profesjonalnego punktu widzenia. Ich opinię determinują głównie takie czynniki, jakie są w stanie zaobserwować i zrozumieć bez fachowej wiedzy. Pacjent subiektywnie może oce-

nić: ile czasu poświęcił ankietowanemu pacjentowi lekarz dentysta, czy odczuwał w czasie zabiegu ból, czy komfort psychiczny po wykonaniu usługi poprawił się, czy chce jeszcze skorzystać z usług danego gabinetu oraz czy może z czystym sumieniem polecać dentystę swoim przyjaciołom i znajomym.

Konkurencja na rynku usług medycznych obliguje do podnoszenia jakości świadczeń, ponieważ niezadowolony pacjent to mniejsze wpływy z działalności gabinetu stomatologicznego. Zadowolenie pacjentów z jakości usługi stanowi wypadkową początkowych oczekiwań pacjenta i efektu końcowego z wykonanej usługi. Dlatego należy dążyć do tego, aby pacjent otrzymywał więcej niż oczekuje. Do osiągnięcia tego celu konieczne są informacje o preferencjach i satysfakcji pacjentów pozyskane w badaniach, głównie ankietowych, anonimowych.

2. Cel pracy, materiał i metody, wyniki

Celem pracy jest przedstawienie opinii pacjentów dotyczących jakości świadczeń stomatologicznych udzielanych na terenie Torunia. Badaniem objęto wybrane losowo osoby korzystające z usług stomatologicznych na terenie Torunia w okresie od 1 czerwca do 12 sierpnia 2011 roku. Posłużono się anonimowym kwestionariuszem ankiety audytoryjnej składającym się z 20 pytań. Poprawnie wypełnione kwestionariusze oddało 200 osób. Do opracowania zebranych danych posłużono się programem PASW Statistics 18.

Wyniki i ich omówienie

Wśród pacjentów **poradni stomatologicznych** oczekujących długo w kolejce, aż 78,5% stanowiły kobiety (18,2% pacjentki prywatnych gabinetów, a 81,8% gabinetów NFZ) i 21,5% mężczyźni (wszyscy korzystali z gabinetów NFZ). Większość to pacjenci powyżej 65 roku życia – 28,5% (wszyscy korzystali z gabinetów NFZ) oraz pacjenci z wykształceniem średnim – 42,8% (50% pacjentów korzysta z gabinetów prywatnych i drugie 50% z gabinetów NFZ). Wśród pacjentów, którzy nie oczekiwali długo to w 58,3% kobiety (w 71,4% są to pacjentki prywatnych gabinetów, w 28,6% pacjentki gabinetów NFZ), a w 41,7% mężczyźni (60% to

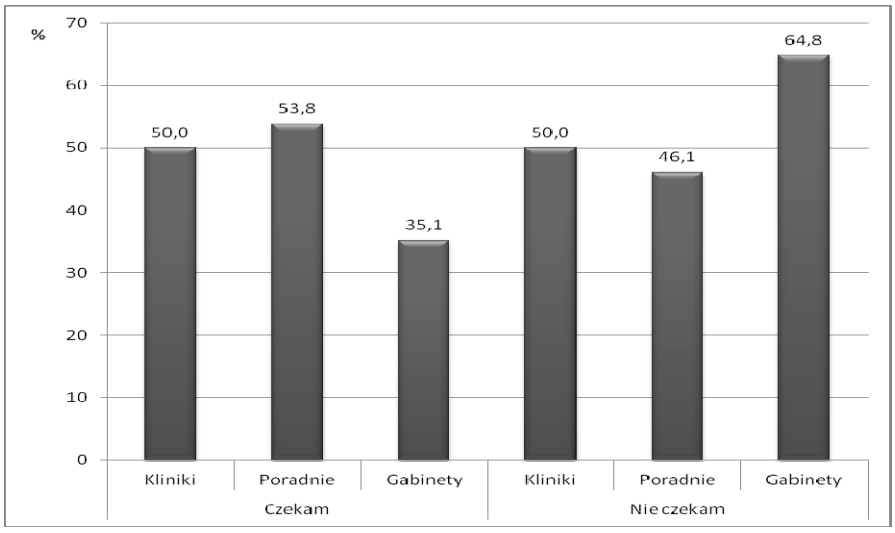
pacjenci prywatnych gabinetów, 40% – pacjenci gabinetów NFZ). Dominowali pacjenci w przedziale 31–40 lat i 51–59 lat, każda z tych grup liczyła po 25% (w pierwszej grupie wszyscy pacjenci korzystali z prywatnych usług lekarza dentysty, w drugiej 33,3% pacjentów korzystała z prywatnych gabinetów i 66,7% z gabinetów NFZ). Mając na uwadze wykształcenie, byli to w większości pacjenci z wyższym wykształceniem – 66,6% (62,5% pacjenci prywatnych gabinetów i 37,5% gabinetów NFZ).

Pacjenci **klinik stomatologicznych** w równym stopniu udzielili odpowiedzi „Tak" i „Nie" (po 50%). Wśród tych pierwszych 16,6% to mężczyźni, a 83,4% kobiety (80% pacjentki prywatnych gabinetów stomatologicznych, 20% gabinetów NFZ), w przeważającej mierze są to pacjenci w wieku 60–65 lat, stanowiący 50% wszystkich, którzy powiedzieli, że czekają długo na swoją wizytę (66,7% pacjenci prywatnych gabinetów stomatologicznych, 33,3% gabinetów NFZ) oraz pacjenci z wykształceniem średnim 50% (33,3% to pacjenci prywatnych gabinetów stomatologicznych, 66,7% korzystający z usług gabinetów NFZ). Za odpowiedzią „Nie" były wyłącznie kobiety (66,7% pacjentki prywatnych gabinetów stomatologicznych, 33,3% gabinetów NFZ). Również większość stanowiły pacjenci w wieku 60–65 lat – 66,6% (50% pacjentki prywatnych gabinetów stomatologicznych, 50% gabinetów NFZ) oraz pacjenci ze średnim wykształceniem – 50% (33,3% to pacjentki prywatnych gabinetów stomatologicznych, 66,7% gabinetów NFZ).

Trzecia grupa to pacjenci **gabinetów stomatologicznych**. Wśród nich tylko 35,2% oczekiwało długo na swoją wizytę (29% to pacjenci prywatnych gabinetów i 71% gabinetów NFZ). Grupę stanowili w 49% mężczyźni (28,5% pacjenci prywatnych gabinetów i 71,5% gabinetów NFZ) i w 51% kobiety (31% pacjentki prywatnych gabinetów i 69% gabinetów NFZ). Większość stanowili pacjenci powyżej 65 lat – aż 19,2% (18,2% pacjenci prywatnych gabinetów i 81,8% gabinetów NFZ) i pomiędzy 51–59 rokiem życia – aż 17,5% (20% pacjenci prywatnych gabinetów i 80% gabinetów NFZ), w 38,5% z wykształceniem wyższym (36,6% pacjenci prywatnych gabinetów i 63,4% gabinetów NFZ) i w 36,8% z wykształceniem średnim (28,5% pacjenci prywatnych gabinetów i 71,5% gabinetów NFZ).

Pacjenci, którzy nie czekali długo, bądź wcale na swoją wizytę w poczekalni gabinetu dentystycznego, stanowili 64,8%. Grupa ta w 34,2% to mężczyźni (w 66,7% pacjenci prywatnych gabinetów i w 33,3% gabinetów NFZ) i w 65,8% kobiety (94,2% pacjentki prywatnych gabinetów i 5,8% gabinetów NFZ). Większość natomiast stanowili pacjenci, powyżej 65 lat – 21% (72,7% pacjenci prywatnych gabinetów i 27,3% gabinetów NFZ), w 17,2% pacjenci między 51–59 rokiem życia (wszyscy korzystali z prywatnych gabinetów) i między 19–24 (83,3% pacjenci prywatnych gabinetów i 16,7% gabinetów NFZ) oraz z wykształceniem wyższym – 62,8% (89,3% pacjenci prywatnych gabinetów i 10,7% gabinetów NFZ). (rys. 1).

Rysunek 1. Konieczność oczekiwania w kolejce przez pacjentów w zależności od miejsca korzystania z usług stomatologicznych



Pacjenci **klinik stomatologicznych** opowiedzieli się w 50%, że lekarz przeprowadza z nimi wywiad stomatologiczny. Wśród nich 16,6% stanowili mężczyźni i 83,4% kobiety (60% to pacjentki prywatnych gabinetów stomatologicznych, 40% gabinetów NFZ).W 50% grupę tę reprezentowali pacjenci w wieku 60–65 lat (33,3% pacjentki prywatnych gabinetów stomatologicznych, 66,7% gabinetów NFZ) oraz w 66,6% pacjenci z wykształceniem średnim (25% pacjenci gabinetów prywatnych, 75%

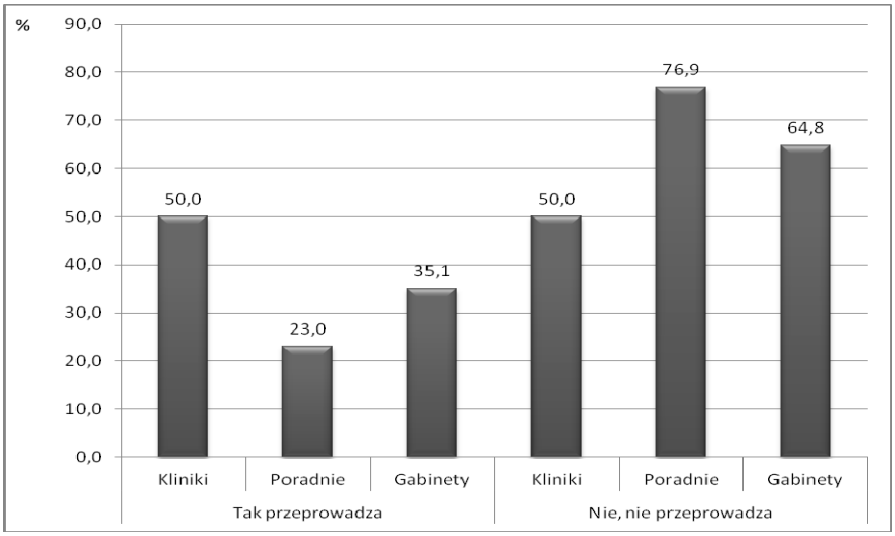
gabinetów NFZ). Pacjentami, z którymi lekarz nie przeprowadzał wywiadu, kobiety (83,4% pacjentki gabinetów prywatnych, 16,6% gabinetów NFZ). Większość, tj. 66,6% stanowili pacjenci w wieku 60–65 lat (75% pacjenci gabinetów prywatnych, 25% gabinetów NFZ) oraz pacjenci z wykształceniem wyższym 50% (wszyscy korzystają z prywatnych gabinetów).

Wśród pacjentów **gabinetów stomatologicznych** tylko z 35,2% pacjentów lekarz przeprowadzał wywiad stomatologiczny (64,9% – pacjenci gabinetów prywatnych i 35,1% gabinetów NFZ). 54,3% z nich stanowiły kobiety (71% pacjentki gabinetów prywatnych, 29% gabinetów NFZ) i 45,7% mężczyźni (57,7% pacjenci gabinetów prywatnych, 42,3% gabinetów NFZ). Najliczniej reprezentatywna okazała się grupa pacjentów w wieku 51–59 lat, stanowiąca 24,5% osób z grupy (71,5% to pacjenci gabinetów prywatnych, 28,5% gabinetów NFZ) oraz pacjenci z wyższym wykształceniem – 57,9% (75,7% pacjenci gabinetów prywatnych, 24,3% gabinetów NFZ). Respondenci, którzy byli odmiennego zdania, tj. którzy odpowiedzieli, że lekarz nie przeprowadzał z nimi wywiadu, stanowili 64,9 % pacjentów korzystających z gabinetów stomatologicznych (65,7% pacjenci gabinetów prywatnych, 34,3% gabinetów NFZ). 63,8% z nich stanowiły kobiety (77,6% pacjentki gabinetów prywatnych, 22,4% gabinetów NFZ), a 36,2% mężczyźni (44,7% pacjenci gabinetów prywatnych, 55,3% gabinetów NFZ). Najwięcej było pacjentów, powyżej 65 lat – 21% (59% to pacjenci gabinetów prywatnych, 41% gabinetów NFZ) i tych z wykształceniem wyższym – 52,4% (76,4% pacjenci gabinetów prywatnych, 23,6% gabinetów NFZ).

Trzecią w kolejności grupę, a tym samym najgorzej wypadającą, stanowili pacjenci **poradni stomatologicznych**. Lekarz przeprowadzał wywiad stomatologiczny tylko z 23% z nich. Wśród respondentów 33,3% stanowili mężczyźni (50% pacjenci prywatnych gabinetów, 50% gabinetów NFZ), a 66,7% kobiety (50% pacjentki prywatnych gabinetów, 50% gabinetów NFZ). Większość pacjentów to osoby w wieku 41–50 lat, stanowiły 33,3% (po 50% gabinety prywatne i NFZ), pozostałe stanowiły pojedyncze osoby, korzystające z gabinetów prywatnych albo NFZ oraz osoby z wykształceniem wyższym 83,3% (40% z nich to pacjenci prywatnych gabinetów, a 60% gabinetów NFZ).

Grupę pacjentów ponad trzykrotnie większą (77%) stanowiły osoby, z którymi lekarz nie przeprowadzał wywiadu stomatologicznego, i tak: 30% z nich to mężczyźni (33,3% to pacjenci prywatnych gabinetów, 66,7% gabinetów NFZ), a 70% kobiety (35,7% pacjentki gabinetów prywatnych, 64,3% gabinetów NFZ). Większość stanowili pacjenci powyżej 65 lat – 25% (20% pacjenci prywatnych gabinetów, 80% gabinetów NFZ) i z wykształceniem średnim – 40% (25% pacjenci prywatnych gabinetów, 75% gabinetów NFZ). (rys. 2).

Rysunek 2. Przeprowadzanie wywiadu stomatologicznego przez lekarzy w zależności od miejsca udzielania porady



Na to pytanie: „Czy w trakcie leczenia lekarz dentysta informował Pana/Panią o wykonywanych czynnościach?" ponad 75% pacjentów **gabinetów stomatologicznych** odpowiedziało pozytywnie – „Tak" (71,3% pacjenci prywatnych gabinetów, 28,7% gabinetów NFZ), a 25% negatywnie – „Nie" (47,5% pacjenci prywatnych gabinetów, 52,5% gabinetów NFZ).

Grupę pacjentów, których lekarz informował o wykonywanych czynnościach, stanowiły kobiety – 60,6% (82,4% pacjentki prywatnych gabinetów, 17,6% gabinetów NFZ), a 39,4% mężczyźni (54,2% pacjenci prywatnych gabinetów, 45,8% gabinetów NFZ). Większość, to osoby

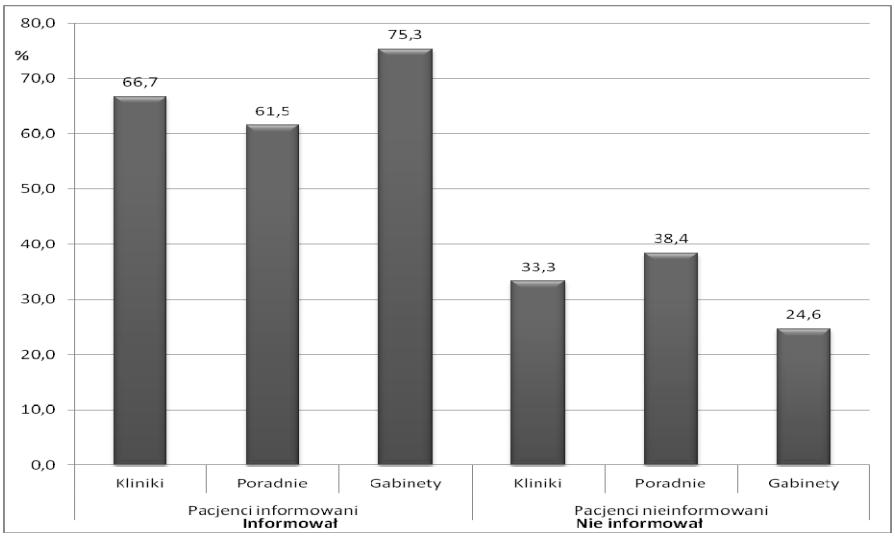
powyżej 65 roku życia (58,3% pacjenci prywatnych gabinetów, 41,6% gabinetów NFZ) i między 51–59 rokiem życia (79,1% pacjenci prywatnych gabinetów, 20,9% gabinetów NFZ), którzy stanowili 19,6% oraz z wykształceniem wyższym – 57,3% (81,4% pacjenci gabinetów prywatnych, 18,5% pacjenci NFZ). Grupę 25% nie informowanych pacjentów, również w większości, stanowiły kobiety – 60% (54,1% kobiety korzystające z prywatnych gabinetów stomatologicznych, 45,9% z gabinetów NFZ), a mężczyźni – 40% (37,5% pacjenci gabinetów prywatnych, 62,5% pacjenci gabinetów NFZ). Większość pacjentów była w wieku powyżej 65 roku życia – 22,5% (44,5% pacjenci gabinetów prywatnych, 55,5% pacjenci gabinetów NFZ) i z wykształceniem wyższym – 45% (55,5% pacjenci gabinetów prywatnych, 44,5% pacjenci gabinetów NFZ).

Podobnie jest u pacjentów **klinik stomatologicznych**, 66,7% osób oświadczyło, że lekarz informował ich o wykonywanych czynnościach, 12,5% z nich stanowili mężczyźni (wszyscy korzystali z gabinetów NFZ), a 87,5% kobiety (71,5% pacjentki gabinetów prywatnych i 28,5% gabinetów NFZ). Ankietowani respondenci, to głownie osoby z wykształceniem średnim – 62,5% (40% pacjenci gabinetów prywatnych i 60% gabinetów NFZ) i w wieku 60–65 lat – 50% (po 50% pacjentów prywatnych gabinetów i gabinetów NFZ). Natomiast odmiennego zdania było 33,3% pacjentów, wyłącznie kobiety, 75% z nich, to pacjentki gabinetów prywatnych, a 25% gabinetów NFZ. Większość stanowili również pacjenci w wieku 60–65 lat – 75% (66,7% pacjenci gabinetów prywatnych i 33,7% gabinetów NFZ) oraz pacjenci, już nie ze średnim wykształceniem, a z wyższym – 50% (wszyscy korzystali z usług gabinetów prywatnych).

W przypadku pacjentów **poradni stomatologicznych**, 61,5% oświadczyło, że lekarz informował ich o wykonywanych czynnościach. 43,7%, to pacjenci gabinetów prywatnych (14,2% stanowili mężczyźni, 85,8% kobiety), a 56,3% gabinetów NFZ (11,1% mężczyźni, 88,9% kobiety). Były to głównie osoby z wykształceniem wyższym 62,5% (50% pacjenci gabinetów prywatnych i 50% gabinetów NFZ) i w wieku 51–59 lat – 25% (po 50% pacjentów prywatnych gabinetów i gabinetów NFZ). Natomiast 38,5% to pacjenci, których lekarz nie informował o wykonywanych czynnościach, w 30% byli to pacjenci gabinetów prywatnych (66,6% stanowili mężczyźni, 33,4% kobiety), a w 70% gabinetów NFZ (57,2% to

mężczyźni, 42,8% kobiety). Prawie wszystkie grupy wiekowe posiadały po 20% pacjentów, za wyjątkiem 19–24 lat oraz 51–59 lat, które liczyły po 10% pacjentów i 60–65 lat, która nie posiadała żadnego pacjenta. Pod względem wykształcenia, większość stanowili pacjenci z wykształceniem średnim – 50% (20% pacjenci gabinetów prywatnych i 80% gabinetów NFZ) (rys. 3).

Rysunek 3. Informowanie pacjentów przez lekarzy o wykonywanych czynnościach w zależności od miejsca udzielania porady



Wśród pacjentów korzystających z **gabinetów stomatologicznych** 66,7% odpowiedziało „Tak" na pytanie: „Czy zniwelowanie/zmniejszenie bólu np. poprzez znieczulenie towarzyszące podczas opracowania ubytku tzw. borowania, szlifowania, wyrywania zębów odbywa się na prośbę pacjenta?". Większość stanowiły kobiety – 60,2% (75,3% to pacjentki prywatnych gabinetów stomatologicznych, 24,7% gabinetów NFZ) i mężczyźni – 39,8% (55,8% to pacjenci prywatnych gabinetów, 44,2% gabinetów NFZ); pacjenci liczący po 19,4% w dwóch grupach wiekowych, od 51–59 lat (71,4% pacjentów prywatnych gabinetów i 28,6% pacjentów gabinetów NFZ) i powyżej 65 lat (57,1% stanowili pacjenci prywatnych gabinetów stomatologicznych i 42,9% gabinetów NFZ) oraz

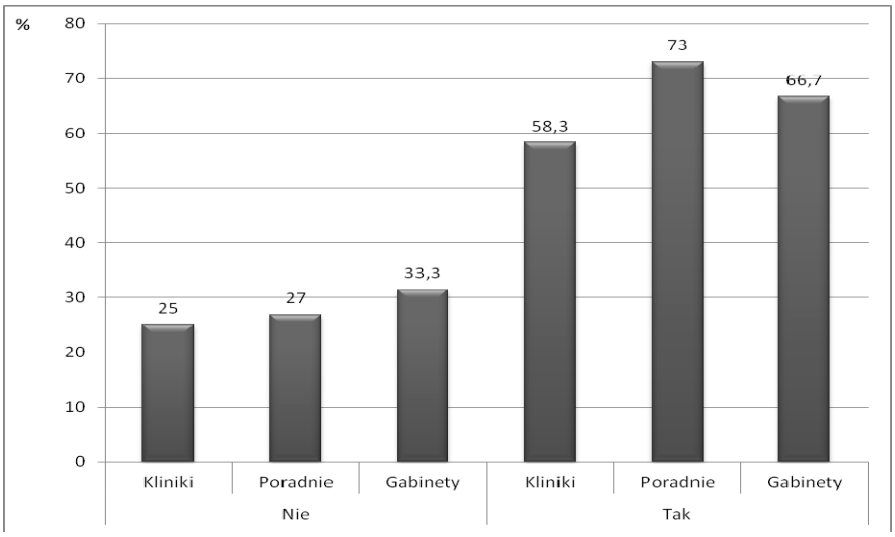
osoby z wykształceniem wyższym 51,8% (82,1% to pacjenci prywatnych gabinetów i 17,9% pacjenci gabinetów NFZ). Natomiast odpowiedzi „Nie" udzieliło 33,3% pacjentów, z czego 62,7% stanowiły kobiety (75% pacjentki prywatnych gabinetów, 25% pacjenci gabinetów NFZ), a 37,3% mężczyźni (42,1% pacjenci prywatnych gabinetów, 57,9% pacjenci gabinetów NFZ). Większość, czyli 23,5% pacjentów, stanowiły osoby powyżej 65 roku życia (50% pacjenci gabinetów prywatnych i 50% gabinetów NFZ) oraz w 60,7% z wyższym wykształceniem (67,7% pacjenci prywatnych gabinetów i 32,3% pacjenci gabinetów NFZ). Trzech pacjentów, w tym dwóch mężczyzn i jedna kobieta, nie udzielili żadnej odpowiedzi.

Według pacjentów **poradni stomatologicznych**, znieczulenie przeprowadzono na prośbę 73% pacjentów. Wśród nich 68,4% to kobiety (38,4% pacjentki gabinetów prywatnych a 61,6% gabinetów NFZ), a 31,6% to mężczyźni (z czego 33,3% było pacjentami gabinetów prywatnych, a 66,7% gabinetów NFZ). Większość stanowili pacjenci, powyżej 65 lat – 26,3% (20% pacjenci prywatnych gabinetów, 80% pacjenci gabinetów NFZ) oraz z wykształceniem wyższym – 42,1% (62,5% pacjenci prywatnych gabinetów, 37,5% pacjenci gabinetów NFZ). Pacjentów o odmiennej opinii było 17%, z czego 42,8% pacjenci gabinetów prywatnych, a 57,2% gabinetów NFZ. 28,5% z tej grupy stanowili mężczyźni (50% pacjenci prywatnych gabinetów, 50% pacjenci gabinetów NFZ), a 71,5% kobiety (40% pacjentki prywatnych gabinetów, 60% pacjentki gabinetów NFZ). Najliczniejszą grupę stanowili pacjenci w wieku 41 – 50 lat – 28,5% (62,5% pacjenci prywatnych gabinetów, 37,5% pacjenci gabinetów NFZ) i z wyższym wykształceniem 57,1% (50% pacjenci prywatnych gabinetów, 50% pacjenci gabinetów NFZ).

Pacjenci **klinik stomatologicznych** odpowiedzieli w 58,3%, że znieczulenie jest podawane na prośbę pacjenta. 85,7% z nich to kobiety (83,4% pacjentki prywatnych gabinetów, 16,6% gabinetów NFZ), a 14,3% mężczyźni. Najliczniejszą grupę, liczącą 42,9%, stanowili pacjenci w wieku od 60–65 lat (66,7% pacjenci prywatnych gabinetów, 33,3% pacjenci gabinetów NFZ), oraz liczącą po 42,9% pacjentów z wykształceniem średnim (33,3% pacjenci prywatnych gabinetów, 66,7% pacjenci gabinetów NFZ) i wyższym (wszyscy korzystali z prywatnych gabinetów). Wszyscy pacjenci, którzy byli odmiennego zdania, korzystali prywatnie

z usług lekarza dentysty. 100% tych pacjentów stanowiły kobiety. 66,7% z nich, to pacjenci w wieku 60–65 lat, a 33,3% w wieku 31–40 lat. Z wykształcenia osoby te stanowiły po 33,3% osoby z wykształceniem zawodowym, średnim i wyższym (rys. 4).

Rysunek 4. Podawanie znieczulania na prośbę pacjenta w zależności od miejsca udzielania porady



Wśród 162 pacjentów **gabinetów stomatologicznych** – 61,72% pacjentów odpowiedziało, że lekarz nie informuje ich o zasadach gwarancji i reklamacji usług i protez stomatologicznych (65% to pacjenci prywatnych gabinetów, 35% pacjenci gabinetów NFZ). Z tych pacjentów, aż 61% to kobiety (68,8% pacjentki prywatnych gabinetów, 31,2% gabinetów NFZ), a 39% mężczyźni (58% pacjenci prywatnych gabinetów, 42% pacjenci gabinetów NFZ). Większość stanowili pacjenci powyżej 65 roku życia – 20% (70% pacjenci gabinetów prywatnych i 30% gabinetów NFZ) oraz z wyższym wykształceniem – 53% (71,6% pacjenci prywatnych gabinetów stomatologicznych i 28,4% gabinetów NFZ).

Znacznie mniej liczną grupę – 37,6%, reprezentowali pacjenci, którym zasady są znane. 59% z nich stanowiły kobiety (86% to pacjentki gabinetów prywatnych, 14% gabinetów NFZ), a 40,9% mężczyźni (36%

pacjenci gabinetów prywatnych, 64% pacjenci gabinetów NFZ). Większość pacjentów w tej grupie, to osoby w wieku od 60 – 65 lat – 22,9% (78,5% pacjenci gabinetów prywatnych i 21,5% gabinetów NFZ) oraz z wyższym wykształceniem – 55,7% (82,3% pacjenci gabinetów prywatnych, 17,7% pacjenci gabinetów NFZ).

W przypadku pacjentów **poradni stomatologicznych,** aż 76,9% pacjentów odpowiedziało, że lekarz nie informował ich o w/w zasadach. 65% z nich stanowiły kobiety (30,7% pacjentki gabinetów prywatnych i 69,3% gabinetów NFZ), a 35% mężczyźni (28,5% pacjenci gabinetów prywatnych i 71,5% gabinetów NFZ). Większość, tj. 25% stanowili pacjenci w wieku 31–40 lat (60% pacjenci gabinetów prywatnych i 40% gabinetów NFZ) oraz z wyższym wykształceniem – 45% (55,5% pacjenci prywatnych gabinetów stomatologicznych i 44,5% gabinetów NFZ).

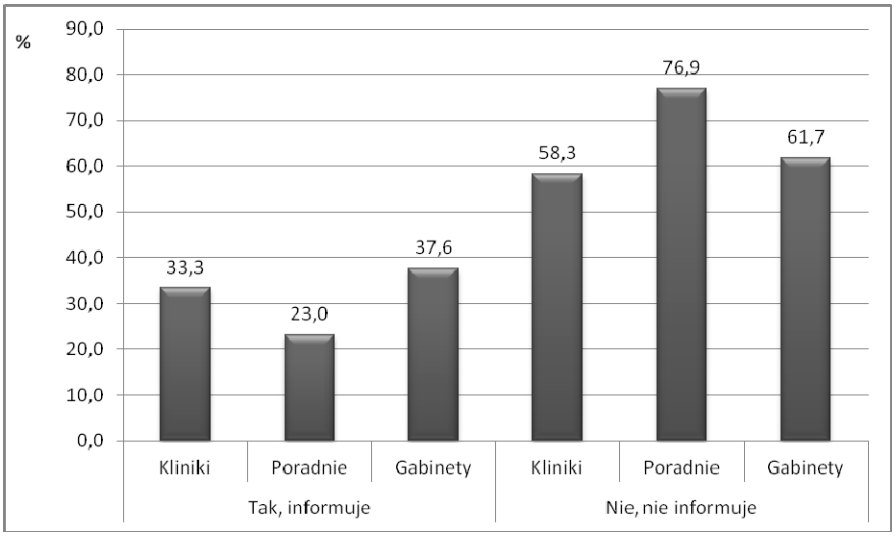
Natomiast grupę pacjentów poradni, poinformowanych o w/w zasadach, stanowiło 23,1% osób. W 16,6% są to mężczyźni (pacjenci prywatnych gabinetów) i w 83,4% kobiety (60% pacjentki gabinetów prywatnych i 40% gabinetów NFZ). Większość stanowiła, licząca po 33,3% pacjentów w wieku 19–24 lat i powyżej 65 roku życia (w obu przypadkach po 50% pacjenci gabinetów prywatnych i w 50% gabinetów NFZ) oraz pacjenci w 50% z wykształceniem średnim i w 50% z wyższym (w obu przypadkach to w 66,7% pacjenci gabinetów prywatnych i w 33,3% gabinetów NFZ).

Pacjenci **klinik stomatologicznych** w 58,3% (71,5% pacjenci gabinetów prywatnych i 28,5% gabinetów NFZ) stanowili grupę pacjentów nie poinformowanych o tych zasadach, 33,3% poinformowanych (75% pacjenci gabinetów prywatnych i 25% gabinetów NFZ) oraz 8,4% głosów nie oddanych. Pacjentów nie poinformowanych o w/w zasadach w 100% stanowiły kobiety (71,5% pacjentki gabinetów prywatnych i 28,5% gabinetów NFZ). Większość, to osoby w wieku od 60–65 lat – 57,2% (50% pacjenci gabinetów prywatnych i 50% gabinetów NFZ) oraz osoby z wykształceniem średnim – 42,8% (33,3% pacjenci gabinetów prywatnych i 66,7% gabinetów NFZ).

Mniejszą grupę osób poinformowanych stanowili w 25% mężczyźni (wszyscy korzystali z gabinetów NFZ) i 75% kobiety (wszystkie korzystały z gabinetów prywatnych). Grupę tę w całości tworzyli w 50% pacjenci

w wieku od 60–65 lat (wszyscy korzystali z gabinetów prywatnych) i w następnych 50% powyżej 65 lat (50% pacjenci gabinetów prywatnych i 50% gabinetów NFZ) oraz w 50% pacjenci z wykształceniem średnim (50% pacjenci gabinetów prywatnych i 50% gabinetów NFZ) i w następnych 50% z wyższym (wszyscy korzystali z gabinetów prywatnych) (rys. 5).

Rysunek 5. Informowanie pacjentów o zasadach gwarancji i reklamacji usług stomatologicznych oraz protez dentystycznych w zależności od miejsca udzielania porady



Większość osób korzystających z **gabinetów stomatologicznych** – 86,4%, stanowili pacjenci, nie mający zastrzeżeń do pracy lekarza dentysty. Dwóch pacjentów nie udzieliło żadnej odpowiedzi, 12,3% to pacjenci, mający pewne uwagi do wizyt w gabinetach stomatologicznych.

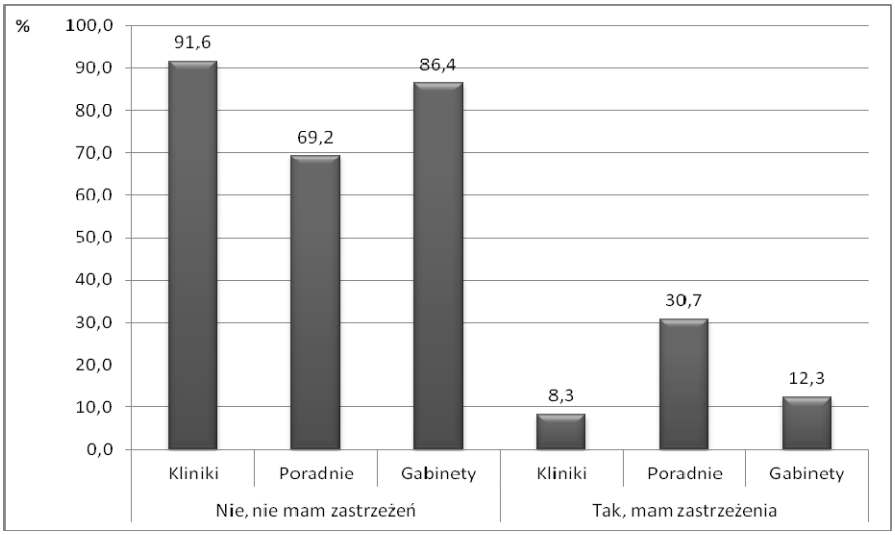
Większość z tych osób, to w 65% kobiety (53,8% pacjentki prywatnych gabinetów, 46,2% gabinetów NFZ), pacjenci w liczących po 20% trzech grupach wiekowych 31–40 lat, 51–59 lat, 60–65 lat (w każdej z tych grup 50% stanowili pacjenci prywatnych gabinetów i 50% gabinetów NFZ) oraz w 50% pacjenci z wyższym wykształceniem (50% pacjenci prywatnych gabinetów i 50% gabinetów NFZ). Mężczyźni stanowili w tym przypadku grupę 35%, z czego 71,4% to pacjenci prywatnych gabinetów, a 28,6% gabinetów NFZ.

W przypadku **przychodni stomatologicznych**, pacjentów mających zastrzeżenia do wizyt u lekarza dentysty jest znacznie więcej, niż wśród pacjentów gabinetów stomatologicznych. Stanowili oni niecałe 31%. Są to w 50% kobiety (75% pacjentki prywatnych gabinetów, 25% gabinetów NFZ) i w 50% mężczyźni (wszyscy korzystali z gabinetów NFZ).

Większość z nich to pacjenci w wieku 51–59 lat – 37,5% (33,3% pacjenci prywatnych gabinetów, 66,7% pacjenci gabinetów NFZ) oraz z wyższym wykształceniem 62,5% (60% pacjenci prywatnych gabinetów, 40% pacjenci gabinetów NFZ).

W przypadku **klinik stomatologicznych**, pacjenci nie mieli zastrzeżenia do wizyt u lekarza dentysty. Wyjątkiem był tylko jeden pacjent – kobieta w wieku 60–65 lat, z wykształceniem wyższym i korzystająca z prywatnych usług lekarza dentysty (rys. 6).

Rysunek 6. Zastrzeżenia pacjentów do wizyty u lekarza dentysty w zależności od miejsca udzielania porady



3. Wnioski

1. Konieczność oczekiwania w kolejce przez pacjentów istnieje jeszcze w większości poradni stomatologicznych, natomiast do gabinetów stomatologicznych większość pacjentów przyjmowanych jest bez kolejki.
2. Większość pacjentów (klinik, poradni, gabinetów) nie ma zastrzeżeń do pracy dentysty oraz wizyty u dentysty, są oni również informowani o wykonywanych czynnościach oraz na ich prośbę podawane jest im znieczulenie.
3. Pacjenci (klinik, poradni, gabinetów) w większości niestety nie są informowani o zasadach gwarancji i reklamacji usług stomatologicznych oraz protez dentystycznych i nie jest z nimi przeprowadzany wywiad stomatologiczny.

Literatura

[1] Bojar I, Ostrowski T, Wdowiak L. *Jakość usług medycznych świadczonych w podstawowej opiece zdrowotnej w opinii pacjentów i menadżerów służby zdrowia. Zarządzanie Organizacjami Publicznymi. Wybrane zagadnienia.* Białystok: Fundacja Współczesne Zarządzanie; 2003.

[2] Pawka B, Wdowiak L, Lis J, Radwański R. *Zadowolenie pacjentów z usług stomatologicznych.* Zdrowie Publiczne 2004;114 (2): 184–188.

[3] Wdowiak L. *Słowo wstępne*, [w:] Hupert Z. Jakość w opiece medycznej koncepcja państwa. Lublin: IMW; 2003.

[4] Bojar I, Ostrowski T, Wdowiak L. *Satysfakcja pacjentów z usług podstawowej opieki zdrowotnej w mieście Lublin*. Ann UMCS, Lublin 2004;59 (supl. 14): 36, 185–189.

[5] Bukowska-Piestrzyńska A., *Znaczenie jakości usług stomatologicznych w pozyskiwaniu i utrzymywaniu pacjentów*. Zdrowie i Zarządzanie, tom VI, nr 6/2004, s. 45–51.

[6] Wilmańska-Sosnowska S., *Obsługa klienta jako czynnik sukcesu przedsiębiorstwa.* Marketing i rynek, 2001, nr 8, s. 11.

[7] Sztucki T. *Marketing w pytaniach i odpowiedziach*. Agencja Wydawnicza Placet. Warszawa, 1998, s. 65.

[8] Bukowska-Piestrzyńska A., *Jakość w procesie obsługi klienta*. Magazyn Stomatologiczny, 2007; 2; 80–1.

[9] Bukowska-Piestrzyńska A., Piestrzyński P., *Marketing – strach przed nieznanym.* Magazyn Stomatologiczny, 2002; 4; 80–1.

[10] Bukowska-Piestrzyńska A., *Zastrzeżenia pacjentów – powody, dla których pacjenci mówią „nie"*. Magazyn Stomatologiczny, 2006; 10: 82–5.

[11] Fijałkowska A., Bukowska-Piestrzyńska A., *Wykorzystanie komunikacji do budowy pozytywnego wizerunku gabinetu stomatologicznego*. Magazyn Stomatologiczny, 2006; 5: 84–5.

[12] Bukowska-Piestrzyńska A., *Stomatolog menadżerem gabinetu*. Magazyn Stomatologiczny, 2004; 10: 84–5.

[13] Bukowska-Piestrzyńska A., *Jak pacjenci oceniają usługi mojego gabinetu stomatologicznego?*, Magazyn Stomatologiczny, 2003; 11: 88–9.

[14] Bukowska-Piestrzyńska A., *Wywiad lekarski – narzędzie budowania pozytywnego nastroju pacjenta*. Magazyn Stomatologiczny, 2005; 6: 88–9.

[15] Makarewicz S., Panek H., Dąbrowa T., Krawczyńska H., Przywitowska I., Gronczyńska S., *Satysfakcja pacjenta z modelu kompleksowej opieki stomatologicznej.* Dental Medicine Problems, 2006; 43(3): 409–14.

[16] Sikora D., Piździoch S., M. Mikos, Czupryna A., *Znajomość praw pacjenta wśród studentów medycyny*. Zdrowie i Zarządzanie, 2004, tom VI, nr 2, s. 48–53.

[17] Robert G. Craig, John M. Powers, John C. Wataha *Dental materials. Properties and manipulation* Wydawnictwo Mosby Inc., 2000 ISBN 0-323-00512-8; polskie wydanie *Materiały stomatologiczne* pod redakcją Honoraty Limanowskiej-Shaw, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2000.

[18] D. Nowakowska, H. Panek. *Protezy stomatologiczne jako wyroby medyczne w świetle aktów normatywnych*. Protetyka Stomatologiczna,2005, LV,6, s. 456–461.

[19] Sieńko A., *Czy stomatolog jest zmuszony obejmować gwarancją wykonywane przez siebie usługi (prace protetyczne, wypełnienia)?* Poradnik Stomatologiczny, 2009: 9(12), s. 457.

[20] Chmielewski D.: *Metoda CIT – narzędzie w badaniu satysfakcji pacjentów*. Ogólnopolski Przewodnik Medyczny, 2008(3), s. 55–57.

[21] Iwanowicz-Palus G.: *Oczekiwania pacjentów w stosunku do pracowników służby zdrowia zatrudnionych w lecznictwie zamkniętym*. Wiad. Lek. 2002:55 (supl.), s. 708–717.

[22] Klisowska I.: *Proces adaptacji pacjentów do środowiska szpitala*. Pol. Med. Rodz. 2004:6, s. 276–279.

[23] Kramer T.: *Podstawy marketingu*. PWE Warszawa 1997.

[24] Iwanowicz-Polus G.: *Prawa pacjenta w świetle dokumentów międzynarodowych.* Probl. Med. Społ. 2001: 34, s. 20–23.

[25] Gronowska B., Jasudowicz T., Mik C.: *Prawa człowieka. Dokumenty międzynarodowe.* Wyd. COMER, Toruń 1993.

[26] Włodarczyk C., Karkowska D.: *O prawach pacjenta i Rzeczniku Praw pacjenta w Polsce.* Dermatologia Praktyczna, 2009: 1 (5), s. 75–81.

PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ i ZARZĄDZANIE
Wydawnictwo SAN – ISSN 1733-2486
Tom XIII – Zeszyt 9 – 2012 – ss. 75–85

Ewa Bąk-Walczak – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Alina Kowalska – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Emilia Krakowiak – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Irena Walecka – Centralny Szpital Kliniczny MSW i A w Warszawie
Adam Fronczak – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Włodzimierz Stelmach – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Jan Krakowiak – Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Wieloczynnikowa analiza zgonów w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Szpitala Rejonowego w Tomaszowie Mazowieckim w latach 2006–2008

MULTIFACTORAL ANALYSIS OF DEATHS IN TOMASZÓW MAZOWIECKI HOSPITAL EMERGENCY DEPARTMENT BEETWEN 2006 AND 2008

The aim of the research was to demonstrate causes of deaths of the patients hospitalized in Tomaszów Mazowiecki Hospital Emergency Department from 2006 to 2008.
The analyzed group consisted of patients (n=80) of Tomaszów Mazowiecki Hospital Emergency Department who died between 1.01.2006 and 31.12.2008. Medical records of the patients and documentation of the hospital emergency department and ambulances were analyzed.
More than half of the patients were men. Mortality rate was highest among the patients aged 80 and older and among those being 56-59 and 70-79 years of age. No death incidents among patients aged 0-19 was observed. Most patients were town inhabitants. Circulatory diseases accounted for over 50% of all deaths. Heart infarct was the reason of 25% of all analyzed cases. Other common death causes were heart failure, pulmonary artery thrombosis, respiratory failure, multi-organ trauma. In about 10 cases the cause of cardiac arrest was unknown.
Key words: hospital emergency department, causes of death, diseases.

1. Wstęp

W Polsce główną przyczyną zgonów są choroby układu krążenia, a wśród nich choroba niedokrwienna serca, choroby naczyń mózgowych, choroby tętnic i tętniczek oraz nadciśnienie tętnicze. W ostatnich latach częstość zgonów z powodu chorób układu krążenia zmniejszyła się z 52% na początku lat 90. do 46% w 2006 roku. Kolejną przyczynę umieralności stanowią nowotwory. W naszym kraju obserwowany jest stopniowy wzrost udziału zgonów z powodu nowotworów złośliwych odpowiednio z 19% w latach 90. do 25% w 2006 roku. Trzecie miejsce w strukturze przyczyn zgonów zajmują urazy i zatrucia. Częstość zgonów z powodu tych przyczyn w 2006 roku wyniosła 7% [3].

System ratownictwa medycznego to z reguły pierwszy element systemu ochrony zdrowia ludności, z którym styka się człowiek w stanie nagłego zagrożenia życia. W roku 2000 w Polsce powstały pierwsze szpitalne oddziały ratunkowe. Szpitalny oddział ratunkowy to oddział, będący komórką organizacyjną szpitala, stanowiący jednostkę systemu, utworzony w celu podejmowania działań medycznych ratowniczych w warunkach szpitalnych, spełniający kryteria, o których mowa w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Art.3 pkt 9 ustawy z dnia 8 września 2006 r. Dz. U. nr 141). Głównym zadaniem szpitalnego oddziału ratunkowego jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zdarzeniach jednostkowych i masowych. Osobom, które uległy nagłemu zachorowaniu, zatruciu lub urazowi, zgłosiły się samodzielnie lub zostały przywiezione przez zespół ratownictwa medycznego, w SOR jest udzielana pomoc lekarska w zakresie niezbędnym do stabilizacji czynności życiowych [11].

Szpital w Tomaszowie Mazowieckim został zbudowany w latach 60., oddany do użytku w roku 1964, zaś rozbudowę zakończono w 1984 roku. Powiat tomaszowski w roku 2000 został ujęty w planie programu „Zintegrowanego Systemu Ratownictwa Medycznego". Plan ten obejmował utworzenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, zakupu ambulansów sanitarnych, oraz utworzenie Centrum Powiadamiania Ratunkowego. Realizacja programu trwała etapami. W lipcu 2005 roku został otwarty Szpitalny Oddział Ratunkowy.

W lipcu 2009 roku szpital został przekształcony w spółkę prawa handlowego i funkcjonuje jako Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Tomaszowskie Centrum Zdrowia w Tomaszowie Mazowieckim.

2. Cel pracy, materiały i metody badań, wyniki

Celem pracy było wykazanie przyczyn zgonów pacjentów w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Szpitala Rejonowego w Tomaszowie Mazowieckim w latach 2006–2008.

Grupę badaną stanowili pacjenci (N = 80) Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Szpitala Rejonowego w Tomaszowie Mazowieckim, u których nastąpił zgon w okresie od 1 stycznia 2006 roku do 31 grudnia 2008 roku. Analizie poddano dokumentację medyczną pacjentów i dokumentację dotyczącą pracy Szpitalnego Oddziału Ratunkowego oraz Zespołów Wyjazdowych Ratownictwa Medycznego w Tomaszowie Mazowieckim tj. książki zleceń, książki zleceń wyjazdów, karty wyjazdowe, dzienną ewidencję wyjazdów i raporty pielęgniarskie. Uzyskane dane poddano analizie z uwzględnieniem płci i wieku pacjentów, miejsca zamieszkania i podziału czasowego.

Wyniki i ich omówienie

W tabeli 1 przedstawiono wyniki dotyczące podziału pacjentów zmarłych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w Tomaszowie Mazowieckim w latach 2006–2008 ze względu na płeć, wiek i miejsce zamieszkania. Najwięcej osób zmarło w 2007 roku. Ponad połowa zmarłych pacjentów to mężczyźni. W analizowanym okresie największa liczba zgonów mężczyzn przypadła w roku 2007. W grupie kobiet obserwowany był stopniowy wzrost liczby zgonów w kolejnych latach. Biorąc pod uwagę wiek zmarłych pacjentów średnio najwięcej zgonów odnotowano w przedziale wiekowym 80 lat i więcej oraz w przedziale wiekowym 50–59 lat i 70–79 lat. Warto zauważyć, że nie odnotowano żadnego zgonu pacjentów w wieku 0–19 lat. Analiza miejsca zamieszkania pacjentów wykazała, że większość przypadków stwierdzonych zgonów dotyczyła osób mieszkających w mieście. Wśród pacjentów zamieszkujących wieś

w przeciągu tych 3 lat liczba zgonów utrzymuje się na mniej więcej stałym poziomie i średnio wynosi 10 zgonów rocznie.

Tabela 1. Zgony w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w Tomaszowie Mazowieckim w latach 2006-2008 według płci, wieku i miejsca zamieszkania pacjenta.

Dane pacjentów		Lata obserwacji			Razem
		2006	2007	2008	
Płeć	Kobiety	6	9	11	26
	Mężczyźni	11	27	16	54
Wiek (w latach)	0 – 19	0	0	0	0
	20 – 29	0	1	1	2
	30 – 39	4	2	0	6
	40 – 49	1	3	3	7
	50 – 59	3	9	4	16
	60 – 69	1	4	4	9
	70 – 79	1	9	5	15
	80 i powyżej	7	8	10	25
Miejsce zamieszkania	Miasto	8	26	17	51
	Wieś	9	10	10	29
Razem		17	36	27	80

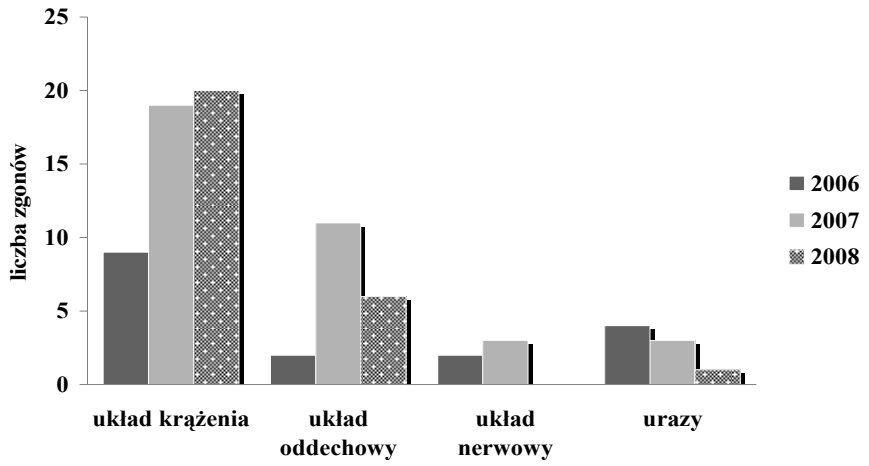
W analizie przyczyn zgonów pacjentów badana grupa została podzielona na przypadki urazowe i nieurazowe (tab. 2). Wyniki tej analizy wskazują, że najczęstszą przyczyną zgonu była przyczyna nieurazowa. Przypadki urazowe znacznie częściej zdarzały się w mieście i dotyczyły wyłącznie płci męskiej.

W obserwowanym okresie najczęściej do zgonu dochodziło z powodu chorób układu krążenia. Choroby te były przyczyną ponad połowy wszystkich zgonów. Ponadto w latach 2006–2008 nastąpił wzrost zgonów z powodu schorzeń układu krążenia w SOR w Tomaszowie Mazowieckim. Kolejne zgony związane były z chorobami układu oddechowego i nerwowego oraz z urazami (rys. 1).

Tabela 2. Zgony w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w Tomaszowie Mazowieckim w latach 2006-2008 w podziale na przypadki urazowe i nieurazowe

Rodzaj przypadku	Lata obserwacji			Razem
	2006	2007	2008	
Urazowy	4	3	1	8
Nieurazowy	13	33	26	72
Razem	17	36	27	80

Rysunek 1. Przyczyny zgonów w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w Tomaszowie Mazowieckim w latach 2006-2008 z podziałem na jednostki chorobowe



1/4 wszystkich zgonów w SOR w analizowanym okresie spowodowana była zawałem mięśnia sercowego. Dość często dochodziło również do zgonu z powodu ostrej niewydolności krążenia, zatoru tętnicy płucnej, niewydolności oddechowej oraz z powodu urazu wielonarządowego. W ok. 10 przypadkach doszło do nagłego zatrzymania krążenia z przyczyny nieznanej (tab. 3).

Tabela 3. Przyczyny zgonów w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w Tomaszowie Mazowieckim w latach 2006–2008

Przyczyny zgonów	Lata obserwacji			Razem
	2006	2007	2008	
Udar mózgu niedokrwienny	2	3	0	5
Zator tętnicy płucnej	1	5	2	8
Zawał mięśnia sercowego	3	8	9	20
Rak płuca	0	2	1	3
Niewydolność oddechowa	1	4	3	8
Wstrząs oligowolemiczny	1	1	2	4
Uraz wielonarządowy	4	3	1	8
Pęknięty tętniak aorty brzusznej	1	1	0	2
Ostra niewydolność krążenia	0	2	7	9
Wstrząs kardiogenny	1	1	1	3
NZK – przyczyna nieznana	3	6	1	10
Razem	17	36	27	80

Analiza chorób współistniejących wykazała, że najczęściej były to choroba niedokrwienna serca, nadciśnienie tętnicze, miażdżyca uogólniona oraz przewlekła niewydolność oddechowa. Były to przede wszystkim choroby układu krążenia, które stanowiły ponad połowę wszystkich chorób współistniejących (tab. 4).

Na podstawie zebranych danych określono czas zgonu pacjenta z podziałem na porę roku, dzień tygodnia oraz godzinę. W obserwowanym okresie aż 1/3 zgonów zdarzyła się zimą. W pozostałe pory roku liczba zgonów była zbliżona i wynosiła od 17 do 19 zgonów (tab. 5).

Analiza zgonów w SOR w latach 2006–2008 pokazała, że najczęściej pacjenci umierali w czwartki. Natomiast najmniej zgonów zdarzało się we wtorki i w środy. Można zauważyć również, że w pierwszym roku obserwacji we wtorek i w sobotę nie odnotowano żadnego zgonu (tab. 6).

Tabela 4. Najczęściej występujące choroby współistniejące u pacjentów, u których nastąpił zgon w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w Tomaszowie Mazowieckim w latach 2006–2008

Choroby współistniejące	Lata obserwacji			Razem
	2006	2007	2008	
Choroba niedokrwienna serca	3	10	7	20
Nadciśnienie tętnicze	3	9	8	20
Zawał mięśnia sercowego	2	5	3	10
Rak płuca	1	4	1	6
Przewlekła niewydolność oddechowa	1	8	7	16
Miażdżyca uogólniona	5	5	6	16
Uszkodzenie wątroby alkoholowe	2	5	2	9
Zapalenie płuc	0	2	5	7
Udar	2	4	2	8
Cukrzyca	0	3	4	7
OZW	2	4	6	12
Zwyrodnienie mięśnia sercowego	0	2	4	6
Kardiomiopatia niedokrwienna	0	3	4	7
Padaczka	0	2	2	4
Choroba Parkinsona	1	1	2	4
Nikotynizm	0	3	2	5

Tabela 5. Pora roku zgonu pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w Tomaszowie Mazowieckim w latach 2006–2008

Pora roku	Lata obserwacji			Razem
	2006	2007	2008	
Wiosna	3	7	8	18
Lato	5	7	5	17
Jesień	4	10	5	19
Zima	5	12	9	26
Razem	17	36	27	80

Tabela 6. Dni tygodnia zgonu pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w Tomaszowie Mazowieckim w latach 2006–2008

Dni tygodnia	Lata obserwacji			Razem
	2006	2007	2008	
Poniedziałek	6	5	2	13
Wtorek	0	3	5	8
Środa	2	5	1	8
Czwartek	4	6	5	15
Piątek	2	6	4	12
Sobota	0	6	6	12
Niedziela	3	5	4	12
Razem	17	36	27	80

W badanym okresie najczęściej dochodziło do zgonu pacjentów w SOR w przedziale czasowym pomiędzy godziną 8 a 16. Nieco mniej zgonów miało miejsce w godzinach 16–20 i 20–24. Najmniej zgonów odnotowano w nocy pomiędzy północą a 4 rano (tab. 7).

Tabela 7. Godzina zgonu pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w Tomaszowie Mazowieckim w latach 2006–2008

Godziny	Lata obserwacji			Razem
	2006	2007	2008	
8 – 12	4	9	6	19
12 – 16	6	7	7	20
16 – 20	4	7	2	13
20 – 24	2	7	7	16
0 – 4	0	2	1	3
4 – 8	1	4	4	9
Razem	17	36	27	80

3. Dyskusja

W analizowanym okresie w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w Tomaszowie Mazowieckim najwięcej osób zmarło w 2007 roku. Ponad połowę zmarłych pacjentów stanowili mężczyźni. W grupie kobiet obserwowany był stopniowy wzrost liczby zgonów w kolejnych latach obserwacji. Średnio najwięcej zgonów odnotowano w przedziale wiekowym 80 lat i więcej oraz w przedziale wiekowym 50–59 lat i 70–79 lat. Warto zauważyć, że nie odnotowano żadnego zgonu pacjentów w wieku 0–19 lat. Analiza miejsca zamieszkania pacjentów wykazała, że większość przypadków stwierdzonych zgonów dotyczyła osób mieszkających w mieście. Wśród pacjentów zamieszkujących wieś w przeciągu tych 3 lat liczba zgonów utrzymywała się na poziomie 10 zgonów rocznie.

Jak wynika z przeprowadzonych badań najczęstszą przyczyną zgonów w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w Tomaszowie Mazowieckim w latach 2006–2008 był zawał mięśnia sercowego. Można zaobserwować w badanym okresie czasu, że liczba zgonów z powodu zawału serca wzrastała. Ponad połowę przyczyn wszystkich zgonów stanowiły choroby układu krążenia. Wyniki te są spójne z danymi światowymi mówiącymi że obecnie najczęstszą przyczyną zgonów w krajach uprzemysłowionych są choroby układu krążenia [2]. Unia Europejska szacuje, że co roku umiera z powodu chorób układu krążenia ok. 2 milionów osób. W Polsce schorzenia te stanowią przyczynę ok. 50% zgonów [1, 8].

Dość częstą przyczyną zgonów w badanej grupie pacjentów był zator tętnicy płucnej. Zatorowość płucna jest kliniczną manifestacją żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej, która oprócz zatorowości płucnej obejmuje zakrzepicę żył głębokich. W większości przypadków żylna choroba zakrzepowo-zatorowa ma początkowo klinicznie niemy przebieg, a pierwszą manifestacją choroby może być zgon w skutek zatorowości płucnej [9].

W latach 2006–2008, w SOR do zgonów na skutek obrażeń spowodowanych urazem dochodziło znacznie rzadziej, aniżeli z powodu innych zachorowań, można było zauważyć również, że udział urazów w przyczynach zgonów wykazywał tendencję spadkową w analizowanych latach. Możliwe, iż jest to spowodowane sprawnym działaniem zespołów ratownictwa medycznego w Tomaszowie Mazowieckim. Warto

wspomnieć też, że przypadki urazowe dotyczyły wyłącznie płci męskiej. W Polsce urazy i zatrucia znajdują się w grupie trzech głównych problemów zdrowotnych i stanowią ok. 7% wszystkich zgonów. Urazy zdarzają się znacznie częściej wśród mężczyzn. Umieralność z powodu urazów, w grupie wieku 5–24 lata, stanowi ponad połowę spośród wszystkich przyczyn zgonów [7, 10].

W obserwowanym okresie najwięcej zgonów w SOR w Tomaszowie Mazowieckim zdarzyło się zimą. Natomiast w pozostałe pory roku liczba zgonów była zbliżona i wynosiła od 17 do 19 zgonów. Najczęściej pacjenci umierali w czwartki. Najmniej zgonów zdarzało się we wtorki i w środy. Można zauważyć, że w pierwszym roku obserwacji we wtorek i w sobotę nie odnotowano żadnego zgonu. W badanym okresie najczęściej dochodziło do zgonu pacjentów w SOR w przedziale czasowym pomiędzy godziną 8 a 16. Nieco mniej zgonów miało miejsce w godzinach 16–20 i 20–24. Najmniej zgonów odnotowano w nocy pomiędzy północą a 4 rano.

Przeprowadzone badanie wskazuje na potrzebę szerzenia edukacji zdrowotnej zwłaszcza w zakresie zapobiegania występowaniu chorób układu krążenia. Edukacja zdrowotna jest jednym z priorytetów Światowej Organizacji Zdrowia. Większa wiedza i świadomość na temat czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych może przyczynić się do zapobiegania występowaniu tych chorób i do umacniania własnego zdrowia [4, 6].

Ponadto należy uświadamiać społeczeństwo o tym jak ważne jest udzielanie pierwszej pomocy zanim do osoby chorej bądź poszkodowanej przybędzie wykwalifikowana pomoc medyczne. Edukacja w tym zakresie powinna być rozpoczynana już od najmłodszych lat. W Polsce od 1 września 2009 roku pierwsza pomoc stała się obowiązkowym przedmiotem nauczania w szkołach podstawowych. Należy pamiętać o tym, że nigdy nie wiadomo, w którym momencie naszego życia druga osoba będzie potrzebowała naszej pomocy [5, 11].

4. Wnioski

1. Ponad połowa zgonów w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w Tomaszowie Mazowieckim w latach 2006–2008 spowodowana była chorobami układu krążenia.
2. Zawał mięśnia sercowego stanowił najczęstszą przyczynę zgonów w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w Tomaszowie Mazowieckim w badanym okresie.
3. Istnieje potrzeba edukacji społeczeństwa w zakresie zapobiegania chorobom układu krążenia.
4. Nauczanie zasad udzielania pierwszej pomocy powinno objąć całe społeczeństwo.

Literatura

[1] Banasiak W., Opolski G., Poloński L.: *Choroby serca. Tom II.* Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2007.

[2] Cardiovascular Diseases, http://ec.europa.eu/health-eu/health_problems/ cardiovascular_diseases/index_en.htm (dostęp 20.12.2010).

[3] Gębska-Kuczerowska A, Miller M, *Analiza sytuacji epidemiologicznej w Polsce w zakresie głównych problemów zdrowotnych.* Postępy Nauk Medycznych 2009; 4.

[4] Idzik A., Burian J., Wrońska I.: *Potrzeba edukacji zdrowotnej pacjentów kardiologicznych.* Pielęgniarstwo XXI w. 2005; 1.

[5] Konieczny J.: *Edukacja w ratownictwie medycznym.* Oficyna Wydawnicza GARMOND, Inowrocław – Poznań 2007.

[6] Kubica A, Grześk G, Grąbczewska Z: *Choroby układu sercowo-naczyniowego – wyzwanie dla promocji zdrowia.* Cardiovascular Forum 2006; 11, 2.

[7] Kulik T. B, Latalski M, *Zdrowie Publiczne podręcznik dla studentów i absolwentów wydziałów pielęgniarstwa i nauk o zdrowiu akademii medycznych.* Wydanie I, Lublin 2002.

[8] Mandecki T.: *Kardiologia.* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.

[9] Szczeklik A.: *Choroby wewnętrzne. Tom I.* Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2005.

[10] Wojtczak A, *Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.

[11] Zawadzki A.: Medycyna Ratunkowa i Katastrof. *Podręcznik dla studentów uczelni medycznych*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.

PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ i ZARZĄDZANIE
Wydawnictwo SAN – ISSN 1733-2486
Tom XIII – Zeszyt 9 – 2012 – ss. 87–98

Magdalena Zawadzka – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Ewa Bąk – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Joanna Sułkowska – Społeczna Akademia Nauk w Łodzi
Irena Walecka – Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie
Adam Fronczak – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Włodzimierz Stelmach – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Alina Kowalska – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Jan Krakowiak – Społeczna Akademia Nauk w Łodzi

Analiza pacjentów z rozpoznaniem dusznicy bolesnej hospitalizowanych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Szpitala w Tomaszowie Mazowieckim w latach 2006–2008

ANALYSIS OF THE PATIENTS WITH ANGINA PECTORIS HOSPITALIZED IN TOMASZÓW MAZOWIECKI HEALTH CENTER EMERGENCY DEPARTMENT BEETWEN 2006 AND 2008

Abstract: The aim of the research was to analyze the number of angina pectoris cases among the patients hospitalized in Tomaszów Mazowiecki Health Center Emergency Department from 2006 to 2008. The data were taken from medical records.

During the examined period the percentage of patients hospitalized due to angina pectoris decreased by 15%. However, literature data clearly show that the frequency of angina pectoris incidents grows rapidly with age in both sexes; in women from 0.1 up to 1% between 45–54 years of age up to 10–15% between 65–74, in men from 2–5% up to 10–20%, respectively.

On this basis it is estimated that in most European countries between 20,000 to 40,000 per 1 million of inhabitants suffer from angina pectoris.

Key words: angina pectoris, hospitalization, hospital emergency department, ischemic heart disease.

1. Wstęp

Choroba niedokrwienna serca stanowi jedną z głównych przyczyn zgonów na świecie. Odpowiada za ponad jedną trzecią zgonów. W rzeczywistości każdego roku umiera więcej kobiet z powodu tej choroby, niż z powodu raka piersi. Mimo to, wciąż panuje przekonanie, że choroba niedokrwienna serca dotyczy przede wszystkim mężczyzn [1].

Dusznica bolesna nie jest chorobą, ale zbiorem objawów, które pojawiają się, gdy do serca dociera za mało krwi. Zwykle stanowi początek choroby wieńcowej serca. Dusznica bolesna występuje u co pięćdziesiątej osoby. Najczęściej jest rozpoznawalna w populacji powyżej 50 roku życia, ale może pojawić się u młodszych osób. Prawdopodobieństwo zachorowania jest większe w społeczeństwie palącym, z wysokim poziomem cholesterolu lub wysokim ciśnieniem krwi, z nadwagą lub o małej aktywności fizycznej [2, 3, 4].

Rosnące tempo życia rozwijających się społeczeństw pociąga za sobą ogromny wzrost odsetka nagłych zagrożeń zdrowia i życia poszczególnych osób. Sytuacja ta wymaga, z jednej strony, budowania w strukturze ochrony zdrowia nowoczesnego systemu ratownictwa medycznego opartego o współczesną wiedzę z zakresu medycyny ratunkowej, a z drugiej zaś podnoszenia świadomości społecznej i umiejętności korzystania z tego systemu [5, 6, 7, 8].

Zintegrowany system ratownictwa medycznego tworzy swoistą sieć bezpieczeństwa zdrowotnego i publicznego współczesnego społeczeństwa. Proces jego tworzenia jest długotrwały i trudny. Wymaga doświadczenia i współpracy wielu, nie tylko medycznych, środowisk zawodowych, ale i m.in. administracyjnych, czy politycznych. W wielu rozwiniętych krajach, jak Stany Zjednoczone, Wielka Brytania, Belgia, proces ten rozpoczął się już dawno i kształtował przez ponad trzydzieści lat. Dziś możemy czerpać wiedzę z międzynarodowych doświadczeń i w ten sposób uniknąć wielu, niepotrzebnych błędów [5, 6, 7, 8, 9].

Powiat tomaszowski to drugi pod względem liczby ludności powiat w regionie łódzkim. Wchodzi w skład 24 powiatów województwa łódzkiego. Jedyne miasto w powiecie to Tomaszów Mazowiecki, zamieszkuje

w nim około 55,2% ludności całego powiatu, w którego skład wchodzi dziesięć gmin wiejskich.

W strukturze Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej a od 01.07.2009 roku, Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Tomaszowskie Centrum Zdrowia, znajduje się Szpitalny Oddział Ratunkowy z Izbą Przyjęć. Został on utworzony po przeprowadzonych wcześniej analizach potrzeb lokalnej społeczności w zakresie zabezpieczenia dostępu do udzielania pomocy w stanach zagrożenia życia dla około 122 tysięcy mieszkańców powiatu tomaszowskiego oraz turystów korzystających w sezonie letnim z wypoczynku na terenie powiatu tomaszowskiego (Spała, Borki nad Pilicą).

2. Cel pracy, materiał i metoda badań

Celem pracy była analiza częstości występowania dusznicy bolesnej wśród pacjentów w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (SOR) z Izbą Przyjęć w Tomaszowskim Centrum Zdrowia w Tomaszowie Mazowieckim hospitalizowanych i w latach 2006–2008.

W badaniu została wykorzystana metoda analizy dokumentacji medycznej. Do tego celu wykorzystano książkę przyjęć pacjentów, książkę porad internistycznych, książkę zleceń, karty przyjęć i obserwacji oraz książkę przyjęć SOR. Kryteria analizy dokumentacji obejmowały liczbę pacjentów w tomaszowskim SOR z Izbą Przyjęć, hospitalizowanych z powodu dusznicy bolesnej z uwzględnieniem następujących rodzajów dusznicy: dusznica bolesna, dusznica niestabilna, dusznica bolesna z udokumentowanym skurczem naczyń wieńcowych, dusznica bolesna nieokreślona – zakwalifikowanych do leczenia zachowawczego z uwzględnieniem płci, wieku i miejsca zamieszkania. Badanie zostało przeprowadzone w latach 2006–2008. Do badania zakwalifikowano 929 pacjentów. Zebrany materiał empiryczny opracowano stosując metody opisowe i przedstawiono w postaci tablic. Wartości analizowanych parametrów, mierzonych w skali nominalnej, scharakteryzowano przy pomocy wskaźników struktury.

Wyniki i ich omówienie

Tabela 1. Struktura hospitalizacji ogółem wg płci w latach 2006–2008

Płeć	Liczba hospitalizacji ogółem							
	2006		2007		2008		Razem	
	n	%n	n	%n	n	%n	n	%n
Kobiety	184	54,12	149	49,34	164	57,14	497	53,49
Mężczyźni	156	45,88	153	50,66	123	42,86	432	46,51
Razem	340	100,00	302	100,00	287	100,00	929	100,00

Źródło: opracowanie własne.

W latach 2006–2008 łączna liczba pacjentów hospitalizowanych z powodu dusznicy bolesnej wynosiła 929, w tym około 53% kobiet i około 47% mężczyzn. Istnieje tendencja spadkowa zachorowań z powodu dusznicy bolesnej, największą liczbę zachorowań odnotowano w 2006 roku, a najniższą w 2008 roku. W badanych latach utrzymała się przewaga zachorowań wśród kobiet, wyjątek stanowił 2007 rok, gdzie zaobserwowano większą liczbę zachorowań wśród mężczyzn. Największe zróżnicowanie hospitalizowanych pacjentów z powodu dusznicy bolesnej wg płci odnotowano w 2008 roku, gdzie kobiety stanowiły około 57%, a mężczyźni około 43%.

Tabela 2. Struktura hospitalizacji ogółem wg wieku w latach 2006–2008

Rok	Liczba hospitalizacji ogółem wg wieku									
	36–50		51–65		66–75		76 i powyżej		Razem	
	n	%n	n	%n	n	%n	n	%n	n	%n
2006	26	43,33	129	36,54	103	37,87	82	33,61	340	36,60
2007	22	36,67	110	31,16	88	32,35	82	33,61	302	32,51
2008	12	20,00	114	32,30	81	29,78	80	32,78	287	30,89
Razem	60	100,00	353	100,00	272	100,00	244	100,00	929	100,00

Źródło: opracowanie własne.

Najliczniejszą grupę pacjentów hospitalizowanych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym z Izbą Przyjęć w Tomaszowie Mazowieckim stanowią osoby w wieku 51–65 lat. Drugą pod względem liczebności populacją, są kobiety i mężczyźni w wieku emerytalnym tj. 66–75 lat. Stosunkowo często dusznica bolesna była przyczyną hospitalizacji osób w wieku 76 lat i powyżej. Wyżej wymieniona jednostka chorobowa występuje rzadko u osób do 50 roku życia. Jak już wcześniej zwrócono uwagę, liczba zachorowań zmniejsza się w badanym okresie, jednakże struktura zachorowań wg wieku pozostaje bez zmian.

Tabela 3. Struktura hospitalizacji kobiet wg wieku w latach 2006–2008

Rok	Liczba hospitalizacji wg wieku – kobiety									
	36–50		51–65		66–75		76 i powyżej		Razem	
	n	%n	n	%n	n	%n	n	%n	n	%n
2006	12	52,17	61	43,88	64	36,36	47	29,56	184	37,02
2007	5	21,74	34	24,46	55	31,25	55	34,59	149	29,98
2008	6	26,09	44	31,66	57	32,39	57	35,85	164	33,00
Razem	23	100,00	139	100,00	176	100,00	159	100,00	497	100,00

Źródło: opracowanie własne.

Najczęstsza grupa kobiet hospitalizowanych w szpitalnym oddziale ratunkowym z powodu dusznicy bolesnej występuje w wieku 66–75 lat, co różni się od ogólnej struktury zachorowań wg wieku. Na drugim miejscu są kobiety w wieku 76 lat i powyżej, a po nich w wieku 51–65 lat. Istnieje ogólna tendencja spadku zachorowań na dusznicę bolesną, tj. w 2006 roku – około 37% a w 2008 roku – 33%. W roku 2007 mieliśmy do czynienia z niższym odsetkiem hospitalizacji wśród kobiet, tj. około 30%.

Tabela 4. Struktura hospitalizacji mężczyzn wg wieku w latach 2006–2008

Rok	Liczba hospitalizacji wg wieku – mężczyźni									
	36–50		51–65		66–75		76 i powyżej		Razem	
	n	%n	n	%n	n	%n	n	%n	n	%n
2006	14	37,84	68	31,78	39	40,63	35	41,18	156	36,11
2007	17	45,94	76	35,51	33	34,37	27	31,76	153	35,42
2008	6	16,22	70	32,71	24	25,00	23	27,06	123	28,47
Razem	37	100,00	214	100,00	96	100,00	85	100,00	432	100,00

Źródło: opracowanie własne.

Około 50% hospitalizowanych mężczyzn z powodu dusznicy bolesnej jest w wieku produkcyjnym, tj. 51–65 lat. Na porównywalnym poziomie jest liczba pacjentów w wieku 66–75 lat oraz 76 lat i powyżej. Mężczyźni do 50 roku życia niemal dwukrotnie częściej chorują na wyżej wymienioną jednostkę chorobową, niż kobiety. Istnieje stosunkowo duża różnica w ogólnej liczbie pacjentów przyjętych do hospitalizacji z powodu dusznicy bolesnej w latach 2006–2008. W badanym okresie odsetek mężczyzn spadł z około 36% w 2006 roku do około 28% w 2008 roku.

Tabela 5. Struktura hospitalizacji ogółem wg miejsca zamieszkania w latach 2006–2008

Rok	Liczba hospitalizacji ogółem wg miejsca zamieszkania					
	Miasto		Powiat		Razem	
	n	%n	n	%n	n	%n
2006	227	37,46%	113	34,98%	340	36,60%
2007	194	32,01%	108	33,44%	302	32,51%
2008	185	30,53%	102	31,58%	287	30,89%
Razem	606	100,00%	323	100,00%	929	100,00%

Źródło: opracowanie własne.

Dwukrotnie częściej hospitalizowane z powodu dusznicy bolesnej są osoby zamieszkałe w mieście, niż z terenów wiejskich powiatu tomaszowskiego. Istnieje duża tendencja spadkowa zachorowań wśród osób zamieszkałych w mieście w latach 2006–2008. W badanym okresie odse-

tek hospitalizowanych osób zamieszkałych na terenie miasta spadł z około 37% w 2006 roku do około 30% w roku 2008. Zmiany te są niemal niezauważalne w odniesieniu do pacjentów zamieszkałych na terenach wiejskich powiatu tomaszowskiego.

Tabela 6. Struktura hospitalizacji kobiet wg miejsca zamieszkania w latach 2006–2008

Rok	Liczba hospitalizacji wg miejsca zamieszkania – kobiety					
	Miasto		Powiat		Razem	
	n	%n	n	%n	n	%n
2006	125	37,99	59	35,12	184	37,02
2007	103	31,31	46	27,38	149	29,98
2008	101	30,70	63	37,50	164	33,00
Razem	329	100,00	168	100,00	497	100,00

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 7. Struktura hospitalizacji mężczyzn wg miejsca zamieszkania w latach 2006–2008

Rok	Liczba hospitalizacji wg miejsca zamieszkania – mężczyźni					
	Miasto		Powiat		Razem	
	n	%n	n	%n	n	%n
2006	102	36,82%	54	34,84%	156	36,11%
2007	91	32,86%	62	40,00%	153	35,42%
2008	84	30,32%	39	25,16%	123	28,47%
Razem	277	100,00%	155	100,00%	432	100,00%

Źródło: opracowanie własne.

Zarówno kobiety jak i mężczyźni zamieszkali na terenie miasta są dwukrotnie częściej hospitalizowani z powodu dusznicy bolesnej, niż zamieszkali na terenach wiejskich powiatu tomaszowskiego. Liczba zachorowań wśród kobiet z gmin wiejskich wzrosła w badanym okresie. Z odwrotnym zjawiskiem mamy do czynienia w grupie mężczyzn, tj. około 35% w 2006 roku, a około 25% w 2008 roku. Istnieje duża tendencja spadkowa hospitalizacji z powodu dusznicy bolesnej zarówno wśród kobiet jak i mężczyzn zamieszkałych na terenie miasta. Bez zmian pozostaje struktura zachorowań wg płci,

zarówno u kobiet zamieszkałych w mieście jak i w gminach wiejskich częściej występuje powyższa jednostka chorobowa, niż u mężczyzn.

Tabela 8. Struktura hospitalizacji ogółem wg miejsca zamieszkania i wieku w latach 2006–2008; część I

Rok	Liczba hospitalizacji ogółem wg miejsca zamieszkania i wieku									
	Miasto								Razem	
	36–50		51–65		66–75		76 i powyżej			
	n	%n	n	%n	n	%n	n	%n	n	%n
2006	17	44,74	84	35,59	69	38,33	57	37,50	227	37,46
2007	12	31,58	80	33,90	58	32,22	44	28,95	194	32,01
2008	9	23,68	72	30,51	53	29,45	51	33,55	185	30,53
Razem	38	100,00	236	100,00	180	100,00	152	100,00	606	100,00

Źródło: opracowanie własne.

Wśród osób zamieszkałych na terenie miasta dusznica bolesna najczęściej występuje w wieku 51–65 lat. We wszystkich przedziałach wiekowych istnieje tendencja spadkowa hospitalizacji z powodu powyższej jednostki chorobowej. W grupie pacjentów w wieku 76 lat i powyżej w 2007 roku można zauważyć najniższą liczbę zachorowań w porównaniu z rokiem 2006 i 2008. Ponadto niemal o połowę spadła liczba hospitalizacji u osób w wieku 36–50 lat w badanym okresie czasu.

Tabela 9. Struktura hospitalizacji ogółem wg miejsca zamieszkania i wieku w latach 2006–2008; część II

Rok	Liczba hospitalizacji ogółem wg miejsca zamieszkania i wieku									
	Powiat								Razem	
	36–50		51–65		66–75		76 i powyżej			
	n	%n	n	%n	n	%n	n	%n	n	%n
2006	9	40,91	45	38,46	34	36,96	25	27,18	113	34,98
2007	10	45,45	30	25,64	30	32,61	38	41,30	108	33,44
2008	3	13,64	42	35,90	28	30,43	29	31,52	102	31,58
Razem	22	100,00	117	10,00	92	100,00	92	100,00	323	100,00

Źródło: opracowanie własne.

Osoby zamieszkałe na terenach wiejskich powiatu tomaszowskiego najczęściej chorują na dusznicę bolesną w wieku 51–65 lat. Na drugim miejscu pod względem częstości hospitalizacji są pacjenci w wieku 66–75 lat oraz 76 lat i powyżej. Niepokojącym zjawiskiem był wzrost zachorowań w 2007 roku w porównaniu z 2006 rokiem w grupie osób w wieku 36–50 lat. Jednakże sytuacja uległa poprawie już w 2008 roku, gdzie liczba hospitalizacji w tej grupie wiekowej spadła niemal trzykrotne w porównaniu z rokiem poprzednim. Ponadto we wszystkich przedziałach wiekowych istnieje tendencja spadkowa hospitalizacji z powodu powyższej jednostki chorobowej w badanym okresie, tj. około 35% – 2006 rok, około 32% – 2008 rok.

3. Dyskusja

Choroba niedokrwienna serca stanowi główną przyczynę przedwczesnej śmierci w naszym kraju. We wszystkich rozwiniętych krajach europejskich umieralność z powodu chorób układu krążenia zmniejsza się od połowy lat 70. XX wieku. W tym samym czasie w Polsce epidemia tych schorzeń i zagrożenie życia z ich powodu narastały (dotyczyło to przede wszystkim mężczyzn). Ta niekorzystna tendencja pogłębiała się w naszym kraju, aż do początku lat 90. XX wieku. Pod koniec lat 90. XX wieku sytuacja epidemiologiczna choroby wieńcowej w naszym kraju uległa niewielkiej poprawie, ale nadal stanowi istotny problem społeczny. Najwyższy poziom umieralności w następstwie chorób układu krążenia utrzymuje się obecnie w miastach województwa śląskiego i łódzkiego, czyli na obszarach zagrożenia ekologicznego [1].

Choroby układu krążenia są obecnie również najważniejszą przyczyną hospitalizacji. W latach 1979–1994 udział tych chorób wśród przyczyn hospitalizacji zwiększył się u mężczyzn z 15 do 20%, a u kobiet z 11 do 16% [1, 2].

Jak pokazuje analiza częstości występowania dusznicy bolesnej wśród pacjentów w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym z Izbą Przyjęć w Tomaszowskim Centrum Zdrowia mamy do czynienia z ogromnym wyzwaniem, jaki niesie ze sobą rozpoznanie i leczenie tej jednostki cho-

robowej. W badanym okresie dławica piersiowa była rozpoznana u 929 osób, w tym u około 53% kobiet i u około 47% mężczyzn. Zadawalający jest fakt, iż obecnie istnieje tendencja spadkowa zachorowań na dusznice bolesną. Może to wynikać z większej dbałości społeczeństwa o własne zdrowie, jak również z większym zainteresowaniem i wdrażaniem programów profilaktycznych.

Częstość występowania dławicy piersiowej rośnie gwałtowanie z wiekiem u obojga płci: od 0,1–1% u kobiet w wieku 45–54 lat do 10–15% u kobiet w wieku 65–74 lat oraz od 2–5% u mężczyzn w wieku 45–54 lat do 10–20% u mężczyzn w wieku 65–74 lat. Na tej podstawie szacuje się, że w większości krajów europejskich na dławicę piersiową cierpi od 20 do 40 tyś. osób na milion mieszkańców [1, 2].

W przeprowadzonym badaniu najliczniejszą grupę pacjentów hospitalizowanych z powodu dusznicy bolesnej stanowią osoby w wieku 51–65 lat. Gdy dokonamy podziału ze względu na płeć wówczas powyższa jednostka chorobowa występuje najliczniej wśród mężczyzn w wieku 51–65 lat, natomiast wśród kobiet w wieku 66–75 lat. Generalnie w grupie mężczyzn nie ma wielkich różnic w liczbie hospitalizacji wg wieku. Różnice w zachorowalności wg wieku są bardzo widoczne u kobiet. W przedziale wiekowym 51–65 lat odsetek kobiet hospitalizowanych z powodu dusznicy bolesnej wynosi około 50%, natomiast w przedziale 66–75 lat już około 22%, i w przedziale 76 lat i powyżej około 20%.

Wg wyników badań opisanych w Journal of Internal Medicine kobiety cierpiące na ostrą odmianę dusznicy bolesnej są trzykrotnie bardziej narażone na rozwój choroby niedokrwiennej serca, niż mężczyźni. Panie po 60 roku życia, ze zdiagnozowaną ostrą odmianą dławicy piersiowej, są o 21% bardziej narażone na chorobę niedokrwienną serca, niż panowie. Jednakże, gdy weźmiemy pod uwagę takie czynniki jak cukrzycę, nadciśnienie, poziom cholesterolu, palenie tytoniu, wiek, wówczas ryzyko w przypadku kobiet wzrasta trzykrotnie tj. około 82% w porównaniu z 28% u mężczyzn [10].

Wśród mieszkańców miasta odnotowano niemal dwukrotnie wyższą liczbę hospitalizacji z powodu dusznicy bolesnej, niż wśród mieszkańców gmin wiejskich powiatu tomaszowskiego. Może to wynikać z większego narażenia społeczeństwa miejskiego na stres środowiskowy oraz na czynniki ryzyka rozwoju choroby niedokrwiennej serca.

System ratownictwa zintegrowanego oparty jest na współdziałaniu podmiotów go tworzących. Współpraca ta będzie tym efektywniejsza im wiedza i umiejętności poszczególnych jednostek wyższe. Współcześnie, nadrzędnym celem naszych dążeń powinna stać się wizja zrównania poziomów merytorycznych podmiotów systemu i utrzymywania ich edukacji na wysokim, światowym poziomie. Działania takie podnoszą nie tylko bezpieczeństwo na naszych ulicach, ale i dają pewność, że w sytuacji wymagającej interwencji medycznej nie będziemy pozostawieni sami sobie [5, 6, 7, 8, 9]. Poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców jest w najwyższym stopniu zależne od struktur systemu ratownictwa medycznego i stanu służb ratowniczych.

4. Wnioski

1. W badanym okresie w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w Tomaszowie Mazowieckim nastąpił spadek liczby hospitalizacji z powodu dusznicy bolesnej.
2. Osoby zamieszkałe w miastach – zarówno mężczyźni, jak i kobiety – były dwukrotnie częściej hospitalizowane, niż zamieszkałe na wsi.
3. Można przewidywać, że leczenie chorych z patologiami związanymi z wiekiem podeszłym, w tym z chorobami wynikającymi z miażdżycy naczyń, będzie przez długie lata stanowiło istotny element w praktyce wielu lekarzy.
4. Istnieje potrzeba edukacji społeczeństwa w zakresie zapobiegania chorobom układu krążenia.
5. Nauczanie zasad udzielania pierwszej pomocy powinno objąć całe społeczeństwo.

Literatura

[1] Kośmicki M.A.: *Choroba niedokrwienna serca w Polsce i na świecie – nierozwiązany w pełni problem*. Kardiologia Oparta na Faktach 2010; 1:35–48

[2] Eksperci Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego do spraw postępowania w stabilnej dławicy piersiowej: Wytyczne postępowania w stabilnej dławicy piersiowej. Kardiologia Polska 2006; 64:823–880

[3] Piątkowski R., Filipiak J.K., Opolski G.: *Stabilna dławica piersiowa – leczenie*. Przewodnik Lekarza 2001; 4(7): 32–39

[4] Kośmicki MA: S*tabilna i niestabilna dławica piersiowa – budowa blaszki miażdżycowej i jej konsekwencje kliniczne.* Kardiologia Oparta na Faktach 2010; 2: 137–151

[5] Jakubaszko J.: *Nauczanie pierwszej pomocy – zalecenia metodyczne PTMR*. Wrocław 2004

[6] Jakubaszko J.: *Ratownik medyczny*. Wrocław 2003.

[7] Konieczny J.: *Zarządzanie w sytuacjach kryzysowych, wypadkach, katastrofach*. Poznań-Warszawa 2001

[8] Colquhoun M.C., Handley A.J., Erans T.R. pod redakcją Jakubaszko J.: *ABC resuscytacji*. Wrocław 2002.

[9] Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 roku (Dz. U. z dnia 20 października 2006 r., nr 191, poz. 1410)

[10] www.medserwis.pl/?p=4097,2395,10 [data dostępu: 12.01.2011].

PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ i ZARZĄDZANIE
Wydawnictwo SAN – ISSN 1733-2486
Tom XIII – Zeszyt 9 – 2012 – ss. 99–109

Adam Fronczak – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Alina Kowalska – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Irena Walecka – Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie
Ewa Bąk-Walczak – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Włodzimierz Stelmach – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Jan Krakowiak – Społeczna Akademia Nauk w Łodzi

Analiza okoliczności występowania zgonów wśród pacjentów Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Szpitala Rejonowego w Tomaszowie Mazowieckim w latach 2006–2008

ANALYSIS OF THE CIRCUMSTANCEC OF DEATH AMONG THE PATIENTS HOSPITALYSED IN TOMASZÓW MAZOWIECKI HEALTH CENTER EMERGENCY DEPARTMENT BEETWEN 2006 AND 2008

Abstract: The analysis showed the reasons and circumstances of appearance at Tomaszów Mazowiecki Hospital Emergency Department of patients who subsequently died.

The analyzed group consisted of patients (n=80) of Tomaszów Mazowiecki Hospital Emergency Department who died between 1.01.2006 and 31.12.2008. Medical records of the patients and documentation of the hospital emergency department and ambulances were analyzed.

Medical help was called most often by family members. Patients were mostly taken from home and transported by an ambulance with a doctor. The average time of ambulance arrival was 30 mins 30 secs to 4 mins in town and 7-8 mins in the country. In the years 2006-2008 an ambulance was mostly called to patients who lost consciousness as well as to those with chest pain and severe dyspnoea. A few ambulance interventions were not justified.

Key words: emergency medical services, hospital emergency department, ambulance.

1. Wstęp

System ratownictwa medycznego to z reguły pierwszy element systemu ochrony zdrowia ludności, z którym styka się człowiek w stanie nagłego zagrożenia życia. Na system ratownictwa medycznego w Polsce składają się trzy zasadnicze podmioty: centrum powiadamiania ratunkowego (CPR), zespoły ratownictwa medycznego (ZRM) i szpitalny oddział ratunkowy (SOR). W myśl Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym z lipca 2001 roku ZRM i SOR są jednostkami systemu ratownictwa uprawnionymi do wykonywania odpowiednio czynności ratunkowych i leczenia ratunkowego. Centrum powiadamiania ratunkowego natomiast przyjmuje sygnał na ratunek i pełni rolę koordynującą działania jednostek [9].

Zespoły ratownictwa medycznego to jednostki systemu ratownictwa utworzone w celu podejmowania w warunkach przedszpitalnych medycznych czynności ratunkowych. ZRM to środek transportu wraz z personelem medycznym, który stanowią przynajmniej 3 osoby posiadające kwalifikacje do podejmowania medycznych czynności ratunkowych, w tym przynajmniej jedna osoba uprawniona do prowadzenia środka transportu. Jednostka wyposażona jest w sprzęt medyczny, produkty lecznicze, wyroby medyczne oraz odpowiednie środki łączności, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia [8].

Szpitalny oddział ratunkowy to oddział, będący komórką organizacyjną szpitala, utworzony w celu podejmowania działań medycznych ratowniczych w warunkach szpitalnych. Głównym zadaniem szpitalnego oddziału ratunkowego jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zdarzeniach jednostkowych i masowych. Osobom, które uległy nagłemu zachorowaniu, zatruciu lub urazowi, zgłosiły się samodzielnie lub zostały przywiezione przez zespół ratownictwa medycznego, w SOR jest udzielana pomoc lekarska w zakresie niezbędnym do stabilizacji czynności życiowych [12].

Szpital w Tomaszowie Mazowieckim został zbudowany w latach 60-tych i oddany do użytku w roku 1964. Szpitalny Oddział Ratunkowy został tu otworzony dopiero w 2005 roku. Powstanie Oddziału Ratunkowego stało się możliwe po tym jak w 2000 roku powiat tomaszowski

został objęty programem „Zintegrowanego Systemu Ratownictwa Medycznego".

Po przekształceniu szpitala w spółkę prawa handlowego w 2009 roku funkcjonuje on jako Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Tomaszowskie Centrum Zdrowia w Tomaszowie Mazowieckim.

2. Cel pracy, materiały i metody badań, wyniki

Celem badania było wykazanie z jakiego powodu i w jakich okolicznościach do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Tomaszowie Mazowieckim trafił pacjent, u którego następnie wystąpił zgon.

Analizie poddana została dokumentacja medyczna 80 pacjentów zmarłych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Szpitala w Tomaszowie Mazowieckim w okresie od 1 stycznia 2006 roku do 31 grudnia 2008 roku. Do badania włączona została również dokumentacja dotycząca pracy Szpitalnego Oddziału Ratunkowego oraz Zespołów Wyjazdowych Ratownictwa Medycznego w Tomaszowie Mazowieckim w obserwowanym okresie tj. książki zleceń, książki zleceń wyjazdów, karty wyjazdowe, dzienna ewidencja wyjazdów i raporty pielęgniarskie. Uzyskane dane poddano analizie z uwzględnieniem płci i wieku pacjentów, miejsca zamieszkania i podziału czasowego.

Wyniki i ich omówienie

W analizowanym okresie w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w Tomaszowie Mazowieckim najwięcej osób zmarło w 2007 roku. Zdecydowaną większość zmarłych pacjentów stanowili mężczyźni. Kobiety stanowiły 1/3 wszystkich zgonów. Wśród kobiet zauważalny był wzrost liczby zgonów w kolejnych latach obserwacji. Najczęściej do zgonu dochodziło wskutek przyczyny nieurazowej. Urazy dotyczyły jedynie 8 pacjentów zmarłych w SOR w Tomaszowie Mazowieckim. Należy również zauważyć, że przypadki urazowe dotyczyły jedynie płci męskiej, wśród kobiet nie odnotowano żadnego takiego przypadku (tab. 1).

Tabela 1. Płeć pacjentów zmarłych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w Tomaszowie Mazowieckim w latach 2006–2008 z podziałem na rodzaj przypadku

Lata obserwacji	Rodzaj przypadku	Płeć		Razem
		Kobiety	Mężczyźni	
2006	Urazowy	0	4	4
	Nieurazowy	6	7	13
2007	Urazowy	0	3	3
	Nieurazowy	9	24	33
2008	Urazowy	0	1	1
	Nieurazowy	11	15	26
Razem		26	54	80

Pacjenci zmarli w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w Tomaszowie Mazowieckim w analizowanym okresie najczęściej byli w wieku 80 lat i więcej, a także w przedziałach wieku 50–59 lat i 70–79 lat. W czasie 3 lat obserwacji nie odnotowano żadnego zgonu pacjenta w wieku 0–19 lat (tab. 2).

Tabela 2. Wiek pacjentów zmarłych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w Tomaszowie Mazowieckim w latach 2006–2008

Wiek (w latach)	Lata obserwacji			Razem
	2006	2007	2008	
0 – 19	0	0	0	0
20 – 29	0	1	1	2
30 – 39	4	2	0	6
40 – 49	1	3	3	7
50 – 59	3	9	4	16
60 – 69	1	4	4	9
70 – 79	1	9	5	15
80 i powyżej	7	8	10	25
Razem	17	36	27	80

Analiza miejsca zamieszkania zmarłych pacjentów wykazała, że najczęściej do zgonu dochodziło wśród mieszkańców miast. Wśród pacjentów zamieszkujących wieś w przeciągu 3 lat obserwacji liczba zgonów

utrzymuje się na mniej więcej stałym poziomie i średnio wynosi 10 zgonów rocznie. Niemalże wszystkie przypadki urazowe dotyczyły osób zamieszkujących miasta. Na wsi odnotowano tylko jeden przypadek urazowy w ostatnim roku obserwacji (tab. 3).

Tabela 3. Miejsce zamieszkania pacjentów zmarłych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w Tomaszowie Mazowieckim w latach 2006–2008

Lata obserwacji	Rodzaj przypadku	Miejsce zamieszkania		Razem
		Miasto	Wieś	
2006	Urazowy	4	0	4
	Nieurazowy	4	9	13
2007	Urazowy	3	0	3
	Nieurazowy	23	10	33
2008	Urazowy	0	1	1
	Nieurazowy	17	9	26
Razem		51	29	80

Do zmarłych pacjentów w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w Tomaszowie Mazowieckim w latach 2006-2008 najczęściej pomoc medyczną wzywali członkowie rodziny. Pomoc medyczna wzywana była również przez przypadkowe osoby i personel, czyli np. przez funkcjonariusza Policji, pracownika Domu Pomocy Społecznej i pracownika szpitala oraz w nielicznych przypadkach samodzielnie przez osobę chorą (tab. 4).

Tabela 4. Osoba wzywająca pomoc medyczną

Osoba wzywająca pomoc medyczną	Lata obserwacji			Razem
	2006	2007	2008	
Personel	3	4	3	10
Przypadkowa osoba	4	11	3	18
Rodzina	8	20	21	49
Osoba chora	2	1	0	3
Razem	17	36	27	80

Analiza miejsca, z którego pacjent trafiał do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Tomaszowie Mazowieckim w latach 2006–2008 z podziałem na rodzaj przypadku wykazała, że najczęściej osoba chora przywożona była z własnego domu. Najrzadziej pacjenci trafiali do SOR z pracy i z Domu Pomocy Społecznej, bądź ze szpitala. Do urazów, w obserwowanym okresie, najczęściej dochodziło w miejscu publicznym. Jeden przypadek urazowy odnotowany był w miejscu pracy pacjenta (tab. 5).

Analizując rodzaj transportu jakim pacjent został dowieziony do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Tomaszowie Mazowieckim w obserwowanym okresie zauważono, że najczęściej była to karetka pogotowia z lekarzem. W 15 przypadkach pacjent był dowożony przez zespół podstawowy pogotowia ratunkowego. Nieliczne osoby, aby dostać się do szpitala skorzystały z transportu własnego (tab. 6).

Tabela 5. Miejsce, z którego pacjent trafiał do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Tomaszowie Mazowieckim w latach 2006–2008 z podziałem na rodzaj przypadku

Lata obserwacji	Rodzaj przypadku	Miejsce, z którego pacjent trafiał do SOR				Razem
		Dom	Praca	Miejsce publiczne	DPS/ Szpital	
2006	Urazowy	0	1	3	0	4
	Nieurazowy	11	0	2	0	13
2007	Urazowy	0	0	3	0	3
	Nieurazowy	27	1	2	3	33
2008	Urazowy	0	0	1	0	1
	Nieurazowy	24	0	0	2	26
Razem		62	2	11	5	80

Tabela 6. Rodzaj transportu pacjenta do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Tomaszowie Mazowieckim w latach 2006-2008

Rodzaj transportu	Lata obserwacji			Razem
	2006	2007	2008	
Karetka z lekarzem	14	27	20	61
Zespół podstawowy	0	8	7	15
Transport własny	3	1	0	4
Razem	17	36	27	80

Najczęściej w obserwowanym okresie karetka pogotowia wzywana była do pacjentów w godzinach południowych tj. pomiędzy godziną 10 a 14. Zespół pogotowia ratunkowego wzywany był najrzadziej w godzinach nocnych (tab. 7).

Średni czas dojazdu karetki pogotowia do pacjenta w obserwowanym okresie w mieście mieścił się w granicach od 3 minut i 30 sekund do 4 minut. Na wsi czas ten był dłuższy i wynosił od 7 do 8 minut (tab. 8).

Najczęściej karetka pogotowia, w latach 2006–2008, wzywana była do pacjentów, u których nastąpiła utrata przytomności. Często również zespół pogotowia ratunkowego musiał interweniować w przypadkach bólu w klatce piersiowej i silnej duszności (tab. 9).

Tabela 7. Pora wezwania karetki pogotowia

Pora wezwania karetki pogotowia	Lata obserwacji			Razem
	2006	2007	2008	
6 – 10	2	7	4	13
10 – 14	4	9	7	20
14 – 18	3	6	6	15
18 – 22	4	8	4	16
22 – 2	1	1	2	4
2 – 6	0	4	4	8
Razem	14	35	27	76

Tabela 8. Średni czas dotarcia karetki pogotowia do pacjenta

Miejsce pobytu pacjenta	Średni czas dojazdu karetki do pacjenta		
	Lata obserwacji		
	2006	2007	2008
Miasto	00:03:30	00:03:40	00:04:00
Poza miastem	00:07:00	00:08:00	00:07:30

Tabela 9. Najczęstsze powody wezwania karetki pogotowia

Powód wezwania karetki	Lata obserwacji			Razem
	2006	2007	2008	
Utrata przytomności	4	14	11	29
Ból w klatce piersiowej	2	9	4	15
Silna duszność	1	6	6	13
Bóle brzucha	1	1	2	4
Uraz – upadek, wypadek komunikacyjny	4	2	1	7
Utrata kontaktu słowno-logicznego z chorym	1	2	2	5
Razem	13	34	26	73

3. Dyskusja

W latach 2006–2008 w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w Tomaszowie Mazowieckim najwięcej zgonów odnotowano w 2007 roku. Zdecydowaną większość zmarłych pacjentów stanowili mężczyźni. Kobiety stanowiły 1/3 wszystkich zgonów. Najczęściej do zgonu dochodziło wskutek przyczyny nieurazowej. Urazy zdarzały się znacznie rzadziej i dotyczyły jedynie płci męskiej. W Polsce urazy i zatrucia znajdują się w grupie trzech głównych przyczyn zdrowotnych i stanowią ok. 7% wszystkich zgonów. Wśród ogółu społeczeństwa urazy zdarzają się znacznie częściej wśród mężczyzn [6, 11].

W analizowanym okresie najczęściej do zgonu dochodziło u osób w wieku powyżej 80 lat i w przedziałach wieku 50–59 lat i 70–79 lat oraz wśród mieszkańców miast. Do pacjentów pomoc medyczna wzywana była przeważnie przez członków rodziny. Pacjent do SOR najczęściej zabierany był z własnego domu przez karetką pogotowia pod opieką lekarza. Wezwania głównie odbywały się do pacjentów, u których nastąpiła utrata przytomności. Często również zespół pogotowia ratunkowego musiał interweniować w przypadkach bólu w klatce piersiowej i silnej duszności.

Karetka pogotowia w badanym okresie dojeżdżała do pacjenta w mieście w czasie od 3 minut i 30 sekund do 4 minut. Na wsi czas ten był dłuższy i wynosił od 7 do 8 minut. Czas ten spełnia wymogi Ustawy

o Ratownictwie Medycznym. Zgodnie z Ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym z 2001 roku każdy obywatel powinien mieć możliwość uzyskania kwalifikowanej pomocy medycznej, niezależnie od miejsca zamieszkania, w miejscu, w którym doszło do nagłego zagrożenia życia lub zdrowia, w czasie nie dłuższym niż 8–10 minut w mieście i 20–30 minut poza miastem [9]. Jak wiadomo ogromny wpływ na medyczne aspekty leczenia szpitalnego ma czynnik czasu i właściwa organizacja zadań ratunkowych w warunkach przedszpitalnych. Nawet doskonale wykwalifikowana kadra i najbardziej nowoczesna aparatura medyczna w szpitalach nie będą skutkowały poprawą wyników leczenia, jeśli na etapie przedszpitalnym system ratownictwa okaże się mało skuteczny [2, 12]. Personel powinien działać szybko i zdecydowanie. Czynności powinny być wykonywane spokojnie i bez paniki, gdyż są one dla chorego przekazem: ,,jesteśmy profesjonalistami, proszę nam zaufać [5]. W przypadku nagłego zatrzymania krążenia szanse na uratowanie człowieka spadają z każdą minutą. W ósmej minucie, kiedy to na miejsce zdarzenia powinien dotrzeć ambulans ratownictwa medycznego szanse te wynoszą tylko 20% [7].

Łatwo i szybko dostępny system medycyny ratunkowej i ratownictwa przedszpitalnego oparty jest na koncepcji tzw. „łańcucha ratunkowego" gdzie pierwsze ogniwo – to działania świadków zdarzenia, drugie ogniwo to centrum powiadamiania ratunkowego. Kolejne ogniwo stanowią działania zespołu ratownictwa medycznego, który po przybyciu na miejsce zdarzenia musi ocenić istniejącą sytuację i bezpieczeństwo, liczbę i stan poszkodowanych oraz przewidywaną liczbę potrzebnych środków transportu i zespołów ratownictwa medycznego. Następnie potrzebny jest transport chorego do szpitalnego oddziału ratunkowego, gdzie odbywa się wstępna diagnostyka i stabilizację stanu pacjenta oraz ewentualne przekazanie chorego do właściwego oddziału specjalistycznego [1, 3].

Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym z 2006 roku [10] oprócz głównych kwestii takich jak określenie kto może udzielać czynności ratunkowych, ustanowienia zawodu ratownika medycznego reguluje również kilka innych ważnych aspektów związanych z systemem ratowania zdrowia i życia ludzkiego. Przewiduje między innymi wprowadzenie powszechnej edukacji z zakresu pierwszej pomocy we wszyst-

kich typach szkół. To bardzo ważne, gdyż edukacja do tej pory w tym zakresie przebiegała różnymi drogami i realizowana była niekiedy przez przypadkowych edukatorów. Każdy, kto zajmuje się medycyną ratunkową wie, że szeroka, fachowa i praktyczna edukacja jest ważnym elementem sprawnego funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego [4, 7].

4. Wnioski

1. Badania potwierdziły zasadność rozmieszczenia jednostek systemu ratownictwa medycznego w terenie, zmniejszając do minimum czas dojazdu do chorego.
2. Z przeprowadzonych badań wynika brak właściwej opieki medycznej, świadczonej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, co skutkuje niezasadnym wezwaniom jednostek sytemu.
3. Najczęściej karetka pogotowia wzywana była do pacjentów w związku z utratą przytomności, a w rzeczywistości zespół pogotowia ratunkowego udzielał pomocy pacjentom uskarżającym się na bóle głowy, duszności itp.

Literatura

[1] Jakubaszko J.: *Medycyna ratunkowa.* Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2003.

[2] Jakubaszko J.: *Ratownik medyczny.* Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2007.

[3] Jurczyk W., Łakomy A.: *Pierwsza pomoc w stanach zagrożenia życia.* FHU Grzegorz Słomczyński, Kraków 2004.

[4] Konieczny J.: *Edukacja w ratownictwie medycznym.* Oficyna Wydawnicza GARMOND, Inowrocław – Poznań 2007.

[5] Krajewska-Knioch E, H. Rolka, B. Jankowiak: *Standardy i procedury pielęgnowania chorych w stanach zagrożenia życia. Podręcznik dla studiów medycznych.*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, s. 47-52.

[6] Kulik T. B, Latalski M, *Zdrowie Publiczne podręcznik dla studentów i absolwentów wydziałów pielęgniarstwa i nauk o zdrowiu akademii medycznych.* Wydanie I, Lublin 2002.

[7] Leki K.: *Plusy i minusy nowych regulacji systemu.* „Na ratunek" nr 1, 2007.

[8] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2007 roku w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego, Dz. U. z 2007 r. Nr 55, poz. 365.

[9] Ustawa z dnia 25 lipca 2001 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Dz. U. z 2001 r. Nr 113, poz. 1207.

[10] Ustawa z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Dz. U. z 2006 r. Nr 191, poz. 1410.

[11] Wojtczak A, *Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.

[12] Zawadzki A.: *Medycyna Ratunkowa i Katastrof. Podręcznik dla studentów uczelni medycznych.* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.

PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ i ZARZĄDZANIE
Wydawnictwo SAN – ISSN 1733-2486
Tom XIII – Zeszyt 9 – 2012 – ss. 111–120

Małgorzata Pikala – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Alina Kowalska – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Emila Krakowiak – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Irena Walecka – Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie
Adam Fronczak – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Włodzimierz Stelmach – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Magdalena Zawadzka – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Jan Krakowiak – Społeczna Akademia Nauk w Łodzi

Wpływ czynników demograficznych na nagłe zatrzymanie krążenia wśród pacjentów zdiagnozowanych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Szpitala w Tomaszowie Mazowieckim w latach 2006–2008

THE INFLUENCE OF DEMOGRAPHIC FACTORS ON ACUTE CARDIAC ARREST INCIDENCE AMONG THE PATIENTS DIAGNOSED IN TOMASZÓW MAZOWIECKI HEALTH CENTER EMERGENCY DEPARTMENT BEETWEN 2006 AND 2008

The aim of the research was to analyze the number of acute cardiac arrest cases among the patients hospitalized in Tomaszów Mazowiecki Health Center Emergency Department from 2006 to 2008. The data were taken from medical records.

Rasmus et al. show that in Łódź agglomeration the incidents of cardiac arrest was 73 per 100,000 per year which is similar to European average which is 62 per 100,000 per year. The data from the present research indicate that cardiac arrest occurred most often between 51–65 years of age (f=0.33). Many authors indicate that cardiac arrest during pre-hospitalization period occurs mainly in men (70–80%) between 45–70 years of age while

during hospitalization in persons over 75 years of age and most often in women. Moreover, the present research indicates that women were hospitalized markedly less often.

The obtained data from the years 2006–2008 show that cardiac arrest occurred over 2-fold more often in men than in women. What is more, the number of people hospitalized because of cardiac arrest was nearly 2-fold higher before the age of 65 than later. The conclusion can be drawn that cardiac arrest is a serious social problem.

Key words: hospital emergency department, cardiac arrest, demographic factors.

1. Wstęp

Nagłe zatrzymanie krążenia (NZK) to stan, w którym dochodzi do zatrzymania czynności mechanicznej serca, co powoduje ustanie krążenia krwi i niedotlenienie narządów oraz tkanek. Niezbędna w takim wypadku okazuje się resuscytacja i jak najszybsza defibrylacja, aby przywrócić prawidłową czynność serca [1, 2].

Konieczność poprawy wciąż niezadowalających wyników resuscytacji krążeniowo-oddechowej jest jednym z ważniejszych wyzwań współczesnej medycyny. Zmiany organizacyjne w profesjonalnych systemach ratownictwa, wysiłki zarządzających ochroną zdrowia, powszechne szkolenia z zakresu udzielania pierwszej pomocy, oparte na aktualnej wiedzy oraz interdyscyplinarne badania kliniczne i eksperymentalne, to tylko niektóre kierunki działań, które zmierzają do polepszenia wyników leczenia chorych hospitalizowanych z powodu nagłego zatrzymania krążenia [3].

Rosnące tempo życia rozwijających się społeczeństw pociąga za sobą ogromny wzrost odsetka nagłych zagrożeń zdrowia i życia poszczególnych osób. Sytuacja ta wymaga, z jednej strony, budowania w strukturze ochrony zdrowia nowoczesnego systemu ratownictwa medycznego opartego o współczesną wiedzę z zakresu medycyny ratunkowej, a z drugiej zaś podnoszenia świadomości społecznej i umiejętności korzystania z tego systemu.

Zintegrowany system ratownictwa medycznego tworzy swoistą sieć bezpieczeństwa zdrowotnego i publicznego współczesnego społeczeństwa.

Proces jego tworzenia jest długotrwały i trudny. Wymaga doświadczenia i współpracy wielu, nie tylko medycznych, środowisk zawodowych, ale i m.in. administracyjnych, czy politycznych. W wielu rozwiniętych krajach, jak Stany Zjednoczone, Wielka Brytania, Belgia, proces ten rozpoczął się już dawno i kształtował przez ponad trzydzieści lat. Dziś możemy czerpać z międzynarodowych doświadczeń i w ten sposób uniknąć wielu, niepotrzebnych błędów. Idąc za przykładem innych krajów, w 2000 roku w Polsce powstały pierwsze szpitalne oddziały ratunkowe [4].

2. Cel pracy, materiał i metoda badań

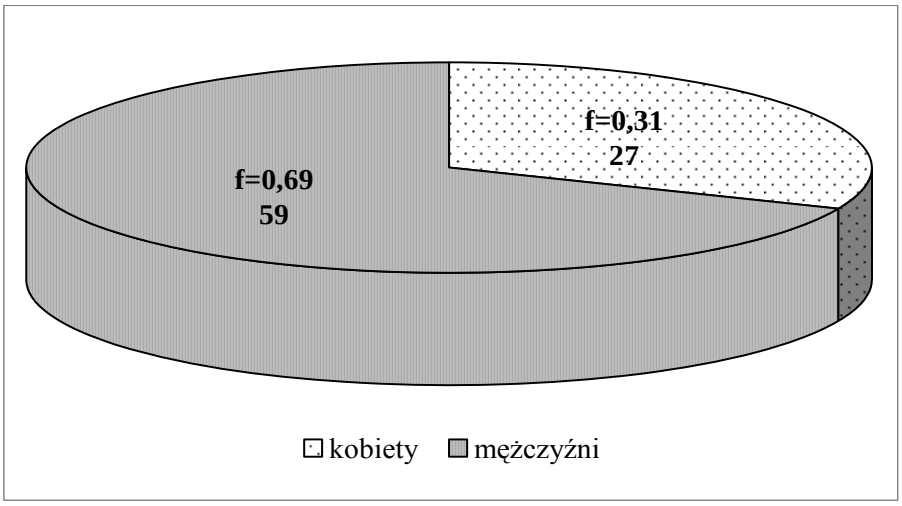
Celem pracy była analiza częstości występowania zatrzymania krążenia wśród pacjentów w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (SOR) z Izbą Przyjęć w Tomaszowskim Centrum Zdrowia w Tomaszowie Mazowieckim, przyjętych do hospitalizacji w latach 2006–2008.

W badaniu została wykorzystana metoda analizy dokumentacji medycznej. Do tego celu wykorzystano książkę przyjęć pacjentów, książkę porad internistycznych, książkę zleceń, karty przyjęć i obserwacji oraz książkę przyjęć SOR. Kryteria analizy dokumentacji obejmowały liczbę pacjentów w tomaszowskim Szpitalnym Oddziale Ratunkowym przyjętych do hospitalizacji z powodu nagłego zatrzymania krążenia z uwzględnieniem płci, wieku. Badanie zostało przeprowadzone w latach 2006–2008. Do badania zakwalifikowano 86 pacjentów. Zebrany materiał empiryczny opracowano stosując metody opisowe i przedstawiono w postaci tablic. Wartości analizowanych parametrów, mierzonych w skali nominalnej, scharakteryzowano przy pomocy wskaźników struktury.

Wyniki i ich omówienie

W latach 2006–2008 łączna liczba pacjentów hospitalizowanych z powodu nagłego zatrzymania krążenia wynosiła 86, w tym 27 kobiet (f=0,31) i 59 mężczyzn (f=0,69). Wynika z tego, iż nagłe zatrzymanie krążenia w badanej populacji wystąpiło ponad dwukrotnie częściej u mężczyzn niż u kobiet (rys. 1).

Rysunek 1. Struktura hospitalizacji ogółem wg płci w latach 2006–2008



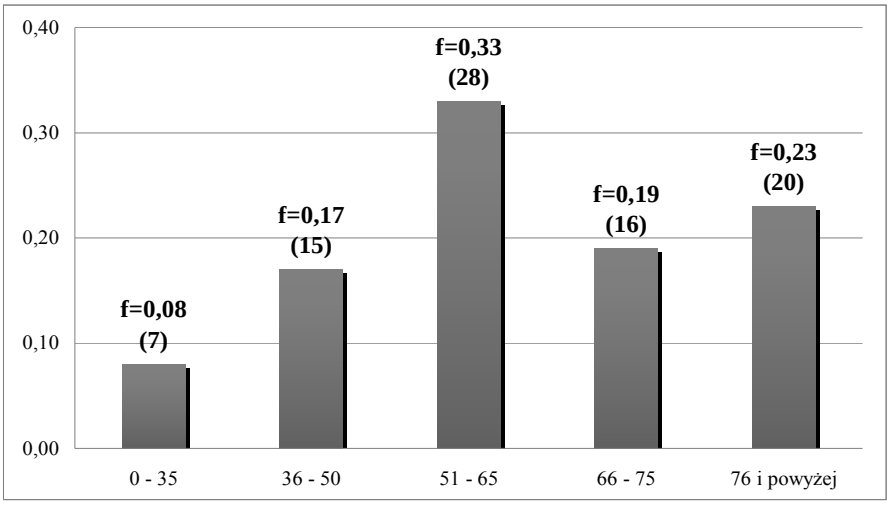
Źródło: opracowanie własne.

Częstość występowania nagłego zatrzymania krążenia charakteryzuje się różną strukturą w zależności od wieku populacji (rys. 2). NZK najczęściej wystąpiło u badanych w wieku 51–65 lat (28 osób; f=0,33). ¼ badanej grupy (20 osób; f=0,23) znajdowała się w wieku 76 lat i powyżej. Istnieją małe różnice w częstości hospitalizacji z powodu nagłego zatrzymania krążenia u pacjentów w wieku 36–50 lat (15 osób, f=0,17) i w wieku 66–75 lat (16 osób, f=0,19). Niepokojący jest fakt, występowania powyższej jednostki chorobowej w najmłodszej wyodrębnionej do badania grupie tj. do 35 roku życia (7 osób, f=0,08).

Kobiety zdecydowanie rzadziej były hospitalizowane niż mężczyźni (tab. 1). Może to wynikać z faktu większego narażenia na czynniki środowiskowe panów, niż pań. Nagłe zatrzymanie krążenia u mężczyzn najczęściej występowało w wieku 51–65 lat (23 osoby, f=0,39), co nie różni się od ogólnej struktury zachorowań w badanej populacji, natomiast u kobiet w wieku 76 lat i powyżej (9 osób, f=0,33). Taka sama liczba mężczyzn była hospitalizowana z powodu nagłego zatrzymania krążenia w wieku 66–75 lat (11 osób, f=0,19) oraz w wieku 76 lat i powyżej (11 osób, f=0,19). 9 mężczyzn (f=0,15) było w wieku produkcyjnym tj. 36–50 lat. Z całej populacji panów, 5 (f=0,08) z nich znajdowało się w wieku do

35 lat. Kobiety, ryzykiem wystąpienia nagłego zatrzymania krążenia, są niemal jednakowo narażone w każdej grupie wiekowej. 6 kobiet (f=0,22), które były hospitalizowane w Tomaszowskim Szpitalnym Oddziale Ratunkowym z powodu powyższej jednostki chorobowej, było w wieku 36–50 lat. U takiej samej liczby kobiet doszło do nagłego zatrzymania krążenia w wieku 51–65 lat (5 osób, f=0,19) oraz 66–75 lat (5 osób, f=0,19). Dwie kobiety (f=0,07) znajdowały się w wieku do 36 lat.

Rysunek 2. Struktura hospitalizacji ogółem wg wieku w latach 2006–2008



Źródło: opracowanie własne.

Tabela 1. Struktura hospitalizacji wg wieku i płci w latach 2006–2008

Płeć	Zatrzymanie krążenia w latach 2006–2008											
	0–35		36–50		51–65		66–75		76 i powyżej		Razem	
	n	f	n	f	n	f	n	f	n	f	n	f
Kobiety	2	0,07	6	0,22	5	0,19	5	0,19	9	0,33	27	0,31
Mężczyźni	5	0,08	9	0,15	23	0,39	11	0,19	11	0,19	59	0,69
Razem	7	0,08	15	0,17	28	0,33	16	0,19	20	0,23	86	1,00

Źródło: opracowanie własne.

3. Dyskusja

System ratownictwa medycznego to z reguły pierwszy element systemu ochrony zdrowia ludności, z którym styka się człowiek w stanie nagłego zagrożenia życia. W roku 2000 w Polsce powstały pierwsze szpitalne oddziały ratunkowe [4].

Nagłe zatrzymanie krążenia może przydarzyć się każdemu bez względu na miejsce, czas, wiek i przebyte choroby. By podjąć jakiekolwiek działania, należy umieć odróżnić je od zawału serca. Osoba z zawałem serca skarży się na dotkliwy ból, jednak pozostaje przytomna. W przypadku nagłego zatrzymania krążenia następuje natychmiastowa utrata przytomności, a osoba poszkodowana dosłownie pada na ziemię. Nie występują widoczne oznaki życia: oddech i regularny puls. Zawał serca wiąże się z ryzykiem zgonu, podczas gdy ofiara nagłego zatrzymania krążenia, u której nie zostanie wykonana szybka defibrylacja, umiera niemal natychmiast [1, 2].

Nagłe zatrzymanie krążenia (NZK) jest to stan potencjalnie odwracalny, konieczne jest podjęcie czynności reanimacyjnych. Trzeba jednak pamiętać, że nagłe zatrzymanie krążenia może być pierwotnie spowodowane przyczynami poza sercowymi. W takich sytuacjach reanimacja nie przyniesie skutku, jeśli nie zostaną wyeliminowane te "inne" przyczyny [1, 2].

Nagłe zatrzymanie krążenia jest ważną przyczyną śmiertelności w krajach wysokorozwiniętych. Mimo zmniejszającej się całkowitej liczby zgonów z powodu choroby wieńcowej w ostatnich kilkudziesięciu latach, problem nagłego zatrzymania krążenia pozostaje nadal aktualny [5]. Nagle zatrzymanie krążenia to główna przyczyna zgonów. W populacji europejskiej dotyczy około 700 tysięcy osób w ciągu roku. Wystąpienie incydentu nagłego zatrzymania krążenia jest najczęściej następstwem choroby niedokrwiennej serca i odpowiada za ponad 60% zgonów osób dorosłych z chorobą wieńcową [6].

Dwie trzecie wczesnych śmierci z powodu choroby niedokrwiennej serca ma miejsce poza szpitalem, a główną przyczynę zgonów stanowi nagłe zatrzymanie krążenia (NZK). Poza szpitalne NZK głównie wiąże się

ze złą prognozą wskaźnika przeżyć przedszpitalnych między 2,8–56% [7, 8]. Według koncepcji łańcucha przeżycia, sukces resuscytacji pacjenta po nagłym zatrzymaniu krążenia jest możliwy, gdy zdarzenie miało miejsce w obecności świadka, który podjął wczesną resuscytację [8, 9].

Ryzyko nagłego zatrzymania krążenia w przedziale wiekowym 15–59 lat jest w Polsce dwukrotnie wyższe, niż w innych krajach Europy Zachodniej. Ocenia się, że do nagłej śmierci sercowej dochodzi u 2 osób na 1000 mieszkańców i często dotyczy osób w sile wieku. Dane epidemiologiczne wskazują, że występowanie NZK charakteryzuje się zmiennością dobową, największe zagrożenie jest w godzinach przedpołudniowych, między 7:00–11:00, a trzykrotnie mniejsze w nocy. Liczba nagłych zgonów sercowych wzrasta z wiekiem i sprzyjają im przeciążenie psychiczne, zbyt duży wysiłek fizyczny, otyłość, alkohol. Większość osób, u których doszło do zatrzymania krążenia umiera. Największą szansę przeżycia mają ci chorzy, u których doszło do nagłego zatrzymania krążenia w obecności świadka i u których podjęto natychmiast skuteczną defibrylację [10].

W badaniu przeprowadzonym w aglomeracji łódzkiej przez Rasmusa i wsp. częstość NZK wyniosła 73/100 tys./rok [8]. Wartość ta jest zbliżona do średniej europejskiej, która wynosi 62/100 tys./rok [11]. W badaniu przeprowadzonym do celów niniejszej pracy NZK najczęściej wystąpiło w przedziale wiekowym 51–65 lat (f=0,33). Według licznych autorów nagłe zatrzymania krążenia w okresie przedszpitalnym najczęściej występuje u osób w wieku 45–70 lat i w 70–80% dotyczy mężczyzn [12], natomiast w okresie wewnątrzszpitalnym najczęściej występuje u osób powyżej 75 lat i proporcjonalnie częściej dotyka kobiet [13]. Ponadto w przeprowadzonym badaniu kobiety zdecydowanie rzadziej były hospitalizowane niż mężczyźni. Nagłe zatrzymanie krążenia u mężczyzn najczęściej występowało w wieku 51–65 lat (23 osoby, f=0,39), co nie różni się od ogólnej struktury zachorowań w badanej populacji, natomiast u kobiet w wieku 76 lat i powyżej (9 osób, f=0,33). Podobną zależność zaobserwowali Rasmus i wsp. tj. dwukrotnie częstsze występowanie NZK u mężczyzn, głównie w wieku 19–65 lat, jednakże nie zaobserwowano wpływu wieku i płci na przeżycia przedszpitalne. Jednocześnie większe szanse przeżycia przedszpitalnego wiązały się z incydentem

NZK, do którego doszło w miejscu publicznym. Obecność świadka zdarzenia zwiększa szanse przeżycia przedszpitalnego [8].

Przeżycia przedszpitalne przedstawiają w znaczącym stopniu efekt postępowania przedszpitalnego na los chorych, ponieważ nie ma na niego wpływu jakość leczenia szpitalnego. W badaniu Rasmusa i wsp. poddano analizie 1787 przypadków NZK, z których przeżyło 276 osób, 65 pacjentów zmarło w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym [8].

Postępowanie w nagłych stanach zagrożenia życia i zdrowia wymaga od personelu medycznego podejmowania szybkich i trudnych decyzji, od których zależy zdrowie i życie człowieka. Udzielanie pomocy powinno być przeprowadzone profesjonalnie i w krótkim czasie aby zwiększyć szanse przeżycia i powrotu do zdrowia osoby ratowanej. Umiejętność udzielania pierwszej pomocy przez każdego z nas jest bardzo ważna. Zwłaszcza osoby związane z zawodami medycznymi oraz osoby mogące częściej się znaleźć w miejscach zagrożenia życia (służby ratownicze, policja, strażacy, służby miejskie) powinny być profesjonalistami w tej dziedzinie medycyny [14].

Wyniki powyższej pracy, jak i wielu innych przeprowadzonych badań wskazują na potrzebę i możliwości poprawy wskaźnika przeżyć nagłego zatrzymania krążenia. Niewątpliwie konieczne są ciągłe badania dla bardziej jasnego zdefiniowania wpływu stosowanych procedur i rozwiązań organizacyjnych celem zwiększenia przeżyć w ramach funkcjonującego Systemu Ratownictwa Medycznego.

4. Wnioski

1. W badanym okresie w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w Tomaszowie Mazowieckim liczba hospitalizowanych mężczyzn z powodu nagłego zatrzymania krążenia była dwukrotnie wyższa od liczby kobiet.
2. Istnieje tendencja do występowania nagłego zatrzymania krążenia w coraz młodszych grupach wiekowych.
3. Istnieje potrzeba pilnej edukacji społeczeństwa w zakresie zapobiegania chorobom układu krążenia.

4. Nauczanie zasad udzielania pierwszej pomocy powinno objąć całe społeczeństwo.
5. Należy uświadomić społeczeństwo o istotności podjęcia działań reanimacyjnych przez świadka zdarzenia.

Literatura

[1] Szczeklik A: *Choroby wewnętrzne. Przyczyny, rozpoznanie i leczenie*. Kraków 2005: 242–247.

[2] Hryniewiecki T: *Stany nagłe*. Warszawa 2005: 6–11.

[3] Rudner R, Jałowiecki P, Dziurdzik P, Karpel E, Kawecki P, Dudek-Dyczkowska D, Willand M: *Wyniki postępowania resuscytacyjnego w pozaszpitalnych zatrzymaniach krążenia o etiologii kardiologicznej.* Anestezjologia Intensywna Terapia 2004; 4: 267–275

[4] Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 roku (Dz.U. z dnia 20 października 2006 roku, Nr. 191, poz. 1410).

[5] Chmiel A, Wierzbicka-Chmiel J, Trybus M: *Nagłe zatrzymanie krążenia pierwszym objawem choroby wieńcowej – opis przypadku*. Polski Merkuriusz Lekarski 2006; XXI(124): 348–350.

[6] Górecki A: *Nagłe zatrzymanie krążenia – aktualne wytyczne postępowania resuscytacyjnego*. Postępy Nauk Medycznych 2007; 2/3: 87–97.

[7] Cobb LA, Weawer WD, Fahrenbruch CE, Hallstrom A, Copass M: *Community-based interventions for sudden cardiac death: impact, limitations, and changes.* Circulation 1992; 85: 98–102.

[8] Rasmus A, Krawczyk M, Balcerzyk-Barzdo E, Bartkowiak R, Trendak W: *Analiza postępowania resuscytacyjnego i ocena wpływu badanych czynników na przeżycia przedszpitalne w pozaszpitalnych przypadkach zatrzymania krążenia na terenie łódzkiej aglomeracji miejskiej*. Anestezjologia Intensywna Terapia 2004; 4: 185–189.

[9] Cummins RO, Ornato JP, Thies WH, Pepe PE: I*mproving survival from sudden cardiac arrest: the "chain of survival" concept. A statement for health professionals from the Advanced Cardiac Care Committee*, American Heart Association. Circulation 1991; 83: 1832–1847.

[10] Gaszyński W, Piotrowski D, Samborska-Sablik A, Hołyński J: *Medycyna Ratunkowa i Medycyna Katastrof*. Łódź 2008.

[11] Becker LB, Smith DW, Rhodes KV: *Incidence of cardiac arrests: a neglected factor in evaluating survival rates*. Annals of Emergency Medicine 1993; 22: 86–91

[12] Laurent I, Monchi M, Chiche JD, Joly LM, Spaulding C, Bourgeois B, Cariou A, Rozenberg A, Carli P, Weber S, Dhainaut JF: *Reversible myocardial dysfunction in survivors of out-of-hospital cardiac arrest*. Journal of the American College of Cardiology 2002; 40: 2110–2116.

[13] Ornato JP, Peberdy MA, Tadler SC, Strobos NC: *Factors associated with the occurrence of cardiac arrest during hospitalization for acute myocardial infarction in the second national registry of myocardial infarction in the US*. Resuscitation 2001; 48: 117–123.

[14] Czarnota J, Morzyk M: *Ocena wiedzy pielęgniarek w zakresie stosowania resuscytacji i reanimacji w nagłych stanach zagrożenia życia*. Pielęgniarstwo XXI wieku 2009; ½.

PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ i ZARZĄDZANIE
Wydawnictwo SAN – ISSN 1733-2486
Tom XIII – Zeszyt 9 – 2012 – ss. 121–132

Adam Fronczak – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Alina Kowalska – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Joanna Sułkowska – Społeczna Akademia Nauk
Irena Walecka – Centralny Szpital Kliniczny MSW i A w Warszawie
Emilia Krakowiak – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Włodzimierz Stelmach – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Jan Krakowiak – Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Wpływ czynników socjalno-demograficznych na występowanie chorób układu krążenia zdiagnozowanych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Szpitala w Tomaszowie Mazowieckim w latach 2006–2008

THE INFLUENCE OF SOCIOLOGICAL AND DEMOGRAPHIC FACTORS ON CIRCULATORY DISEASES INCIDENCE AMONG THE PATIENTS DIAGNOSED IN TOMASZÓW MAZOWIECKI HEALTH CENTER EMERGENCY DEPARTMENT BEETWEN 2006 AND 2008

Abstract: The paper analyses the frequency of heart infarct among the patients hospitalized in Tomaszów Mazowiecki Health Center Emergency Department from 2006 to 2008. The data were taken from medical records.

During the analyzed years the number of hospitalizations due to heart infarct was 528 and showed the increase by nearly 20%; women accounted for about 47% while men for about 53%. The number of heart attack incidents increased steadily form 2006. Persons 76 years of age and older prevailed in the group of patients hospitalized due to this condition. Retired men and women 66–75 years of age was the second most numerous group followed by those 51–65 years of age. Occurrence of heart infarct in patients aged 35 and below is alarming.

Key words: hospital emergency department, circulatory diseases, hospitalization.

1. Wstęp

Choroby układu krążenia są w Polsce najistotniejszym problemem zdrowotnym. Choroby układu krążenia, a wśród nich choroba niedokrwienna serca, choroby naczyń mózgowych, choroby tętnic i tętniczek oraz nadciśnienie tętnicze, stanowią główną przyczynę zgonów, tj. około 46% [1]. Zawał mięśnia sercowego jest następstwem rozwijającej się choroby wieńcowej – określany jest również chorobą niedokrwienną serca. W Polsce corocznie około 100 tyś. osób zapada na ostry zawał serca w okresie przedszpitalnym, z czego w pierwszej fazie choroby umiera około 25 tyś. [2]. Z danych Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego wynika, że z powodu zawału mięśnia sercowego umiera codziennie w Polsce około 100 osób [3]. Niepokojący jest fakt, iż ogólna liczba przypadków hospitalizowanych z powodu ostrego zawału zwiększyła się w ciągu 30 lat (od 1976 roku do 1996 roku) z 32 tyś. do 95 tyś. [2]. Ponadto kobiety, jak i mężczyźni zamieszkali na terenie miasta byli częściej hospitalizowani, niż osoby zamieszkałe na terenach wiejskich [2].

System ratownictwa medycznego to z reguły pierwszy element systemu ochrony zdrowia ludności, z którym styka się człowiek w stanie nagłego zagrożenia życia. W roku 2000 w Polsce powstały pierwsze szpitalne oddziały ratunkowe.

Oddziały Ratunkowe to baza systemu ratownictwa medycznego. Ich zadaniem jest natychmiastowe podejmowanie i prowadzenie leczenia w nagłych stanach zagrożenia zdrowia i życia, niezależnie od przyczyny ich powstania. Nadrzędnym celem działalności Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych (SOR) jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki, oraz podjęcie leczenia prowadzącego do stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia życia czy zdrowia. Priorytetowym zadaniem sprawnie działających Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych jest zmniejszenie umieralności z przyczyn nagłych oraz zmniejszenie liczby zgonów możliwych do uniknięcia, zminimalizowanie rozmiarów i ilości inwalidztwa możliwego do uniknięcia, zredukowanie bólu i cierpienia spowodowanych nagłym zagrożeniem życia [4, 5, 6].

Powiat tomaszowski to drugi pod względem liczby ludności powiat w regionie łódzkim. Wchodzi w skład 24 powiatów województwa łódzkiego. Jedyne miasto w powiecie to Tomaszów Mazowiecki. Zamieszkuje go około 55,2% ludności całego powiatu, w którego skład wchodzi dziesięć gmin wiejskich.

Przy tomaszowskim szpitalu (od 01.07.2009 roku, Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Tomaszowskie Centrum Zdrowia) znajduje się Szpitalny Oddział Ratunkowy z Izbą Przyjęć. Został on stworzony po przeprowadzonych wcześniej analizach otoczenia społeczno-ekonomicznego. Zapewnia dostęp do profesjonalnego ratownictwa medycznego dla około 122 tysięcy mieszkańców powiatu tomaszowskiego.

2. Cel pracy, materiał i metoda badań

Celem pracy była analiza częstości występowania zawału mięśnia sercowego wśród pacjentów w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (SOR) z Izbą Przyjęć w Tomaszowskim Centrum Zdrowia w Tomaszowie Mazowieckim, przyjętych do hospitalizacji w latach 2006–2008.

W badaniu została wykorzystana metoda analizy dokumentacji medycznej. Do tego celu wykorzystano książkę przyjęć pacjentów, książkę porad internistycznych, książkę zleceń, karty przyjęć i obserwacji oraz książkę przyjęć SOR. Kryteria analizy dokumentacji obejmowały liczbę pacjentów w tomaszowskim Szpitalnym Oddziale Ratunkowym z Izbą Przyjęć przyjętych do hospitalizacji z powodu zawału mięśnia sercowego z uwzględnieniem płci, wieku i miejsca zamieszkania. Badanie zostało przeprowadzone w latach 2006–2008. Do badania zakwalifikowano 528 pacjentów. Zebrany materiał empiryczny opracowano stosując metody opisowe i przedstawiono w postaci tablic. Wartości analizowanych parametrów, mierzonych w skali nominalnej, scharakteryzowano przy pomocy wskaźników struktury.

Wyniki i ich omówienie

W latach 2006–2008 łączna liczba pacjentów hospitalizowanych z powodu zawału mięśnia sercowego wynosiła 528, w tym około 47% kobiet i około 53% mężczyzn. Istnieje tendencja wzrostowa wystąpienia

zawału mięśnia sercowego, największą liczbę zachorowań odnotowano w 2008 roku, a najniższą w 2006 roku. W badanych latach utrzymała się przewaga zachorowań wśród mężczyzn. Największe zróżnicowanie hospitalizowanych pacjentów z powodu zawału mięśnia sercowego wg płci odnotowano w 2008 roku, gdzie kobiety stanowiły około 45%, a mężczyźni około 55%. Natomiast inne zjawisko miało miejsce w 2007 roku, gdzie odsetek hospitalizowanych kobiet i mężczyzn był niemal równy.

Tabela 1. Struktura hospitalizacji ogółem wg płci w latach 2006–2008

Płeć	Liczba hospitalizacji ogółem							
	2006		2007		2008		Razem	
	n	%n	n	%n	n	%n	n	%n
Kobiety	73	46,79	89	48,90	85	44,74	247	46,78
Mężczyźni	83	53,21	93	51,10	105	55,26	281	53,22
Razem	156	100,00	182	100,00	190	100,00	528	100,00

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 2. Struktura hospitalizacji ogółem wg wieku w latach 2006–2008

Rok	Liczba hospitalizacji ogółem wg wieku											
	do 35		36–50		51–65		66–75		76 i powyżej		Razem	
	n	%n	n	%n	n	%n	n	%n	n	%n	n	%n
2006	0	0,00	9	32,14	30	22,90	37	27,61	80	34,19	156	29,55
2007	0	0,00	10	35,72	46	35,11	52	38,81	74	31,62	182	34,47
2008	1	100,00	9	32,14	55	41,99	45	33,58	80	34,19	190	35,98
Razem	1	100,00	28	100,00	131	100,00	134	100,00	234	100,00	528	100,00

Źródło: opracowanie własne.

Najliczniejszą grupę pacjentów hospitalizowanych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym z Izbą Przyjęć w Tomaszowie Mazowieckim stanowią osoby w wieku 76 lat i powyżej. Drugą pod względem liczebności populacją, są kobiety i mężczyźni w wieku emerytalnym tj. 66–75 lat oraz w wieku 51–65 lat. Niepokojący jest fakt wystąpienia zawału mięśnia sercowego u pacjenta poniżej 35 roku życia. Jak już wcześniej zwrócono uwagę, liczba zachorowań ogółem wzrasta w badanym okresie. Jednak-

że w 2007 roku odnotowano spadek hospitalizacji u osób w wieku 76 lat i powyżej, po czym w 2008 roku nastąpiła tendencja wzrostowa. Z małym spadkiem występowania zawału mięśnia sercowego mamy do czynienia u jednych z młodszych pacjentów, tj. w wieku 36–50 lat.

Tabela 3. Struktura hospitalizacji kobiet wg wieku w latach 2006–2008

Rok	Liczba hospitalizacji wg wieku – kobiety											
	do 35		36–50		51–65		66–75		76 i powyżej		Razem	
	n	%n	n	%n	n	%n	n	%n	n	%n	n	%n
2006	0	0,00	4	36,36	13	30,23	18	29,51	38	28,79	73	29,55
2007	0	0,00	3	27,28	17	39,54	21	34,43	48	36,36	89	36,03
2008	0	0,00	4	36,36	13	30,23	22	36,06	46	34,85	85	34,42
Razem	0	100,00	11	100,00	43	100,00	61	100,00	132	100,00	247	100,00

Źródło: opracowanie własne.

Najczęstsza grupa kobiet hospitalizowanych z powodu zawału mięśnia sercowego, około 50%, jest w wieku 76 lat i powyżej, co nie różni się od ogólnej struktury zachorowań wg wieku. Około 25% pacjentek jest w wieku emerytalnym, tj. 66–75 lat. Najmniej hospitalizacji z powodu powyższej jednostki chorobowej występuje w przedziale wiekowym 36–50 lat. Wśród kobiet nie zaobserwowano zawału mięśnia sercowego poniżej 35 roku życia.

W strukturze zachorowań na zawał mięśnia sercowego wg wieku u mężczyzn nie występują tak duże dysproporcje jak u kobiet. Zawał mięśnia sercowego najczęściej występuje u mężczyzn w wieku 76 lat i powyżej, tj. około 36%. Na drugim miejscu są panowie w wieku 51–65 lat, co różni się od ogólnej struktury zachorowalności wg wieku. W badanym okresie, jeden mężczyzna poniżej 35 roku życia, przeszedł zawał mięśnia sercowego. Ponadto istnieje ogólna tendencja wzrostowa częstości hospitalizacji z powodu powyższej jednostki chorobowej, z pewnymi wyjątkami. W przedziale wiekowym 76 lat i powyżej w 2007 roku mamy do czynienia z mniejszą zachorowalnością w porównaniu z rokiem 2006. Podobną sytuację można zauważyć między 2007, a 2008 rokiem w przedziale wiekowym 66–75 lat oraz 36–50 lat.

Tabela 4. Struktura hospitalizacji mężczyzn wg wieku w latach 2006–2008

Rok	Liczba hospitalizacji wg wieku – mężczyźni											
	do 35		36–50		51–65		66–75		76 i powyżej		Razem	
	n	%n	n	%n	n	%n	n	%n	n	%n	n	%n
2006	0	0.00	5	29,41	17	19,32	19	26,03	42	41,18	83	29,54
2007	0	0,00	7	41,18	29	32,95	31	42,46	26	25,49	93	33,10
2008	1	100,00	5	29,41	42	47,73	23	31,51	34	33,33	105	37,36
Razem	1	100,00	17	100,00	88	100,00	73	100,00	102	100,00	281	100,00

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 5. Struktura hospitalizacji ogółem wg miejsca zamieszkania w latach 2006–2008

Rok	Liczba hospitalizacji ogółem wg miejsca zamieszkania					
	Miasto		Powiat		Razem	
	n	%n	n	%n	n	%n
2006	115	31,86	41	24,565	156	29,55
2007	119	32,96	63	37,72	182	34,47
2008	127	35,18	63	37,72	190	35,98
Razem	361	100,00	167	100,00	528	100,00

Źródło: opracowanie własne.

Dwukrotnie częściej hospitalizowane z powodu zawału mięśnia sercowego są osoby zamieszkałe w mieście, niż z terenów wiejskich powiatu tomaszowskiego. Istnieje tendencja wzrostowa zachorowań wśród osób zamieszkałych w powiecie w latach 2006–2008. Odsetek osób zamieszkałych na terenach wiejskich wzrósł z 25% w 2006 roku do około 38% w 2007 roku. Natomiast w badanym okresie odsetek hospitalizowanych osób zamieszkałych na terenie miasta wzrósł z około 32% w 2006 roku do około 35% w roku 2008.

Tabela 6. Struktura hospitalizacji kobiet wg miejsca zamieszkania w latach 2006–2008

Rok	Liczba hospitalizacji wg miejsca zamieszkania – kobiety					
	Miasto		Powiat		Razem	
	n	%n	n	%n	n	%n
2006	53	30,81	20	26,67	73	29,55
2007	62	36,05	27	36,00	89	36,03
2008	57	33,14	28	37,33	85	34,42
Razem	172	100,00	75	100,00	247	100,00

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 7. Struktura hospitalizacji mężczyzn wg miejsca zamieszkania w latach 2006–2008

Rok	Liczba hospitalizacji wg miejsca zamieszkania – mężczyźni					
	Miasto		Powiat		Razem	
	n	%n	n	%n	n	%n
2006	62	32,80	21	22,83	83	29,54
2007	57	30,16	36	39,13	93	33,10
2008	70	37,04	35	38,04	105	37,36
Razem	189	100,00	92	100,00	281	100,00

Źródło: opracowanie własne.

Zarówno kobiety jak i mężczyźni zamieszkali na terenie miasta są ponad dwukrotnie częściej hospitalizowani z powodu zawału mięśnia sercowego, niż zamieszkali na terenach wiejskich powiatu tomaszowskiego. Istnieje ogólna tendencja wzrostowa zachorowań zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet, z pewnymi wyjątkami. Wśród kobiet zamieszkałych w mieście zauważono spadek częstości hospitalizacji z około 36% w 2007 roku do około 33% w 2008 roku. Z podobną sytuacją mamy do czynienia w grupie mężczyzn. Odsetek hospitalizacji wśród panów zamieszkałych w mieście spadł z około 33% w 2006 roku do około 30% w 2007 roku, po czym w 2008 roku wzrósł do około 37%. Bez zmian pozostaje struktura zachorowań wg płci, zarówno u kobiet jak i mężczyzn, zamieszkałych w mieście, powyższa jednostka chorobowa występuje częściej, niż u osób z gmin wiejskich powiatu tomaszowskiego.

Tabela 8. Struktura hospitalizacji ogółem wg miejsca zamieszkania i wieku w latach 2006–2008; część I

Rok	Liczba hospitalizacji ogółem wg miejsca zamieszkania i wieku											
	Miasto										Razem	
	do 35		36–50		51–65		66–75		76 i powyżej			
	n	%n	n	%n	n	%n	n	%n	n	%n	n	%n
2006	0	0,00	6	27,27	20	21,74	27	31,04	62	38,75	115	31,86
2007	0	0,00	9	40,91	31	33,70	28	32,18	51	31,87	119	32,96
2008	0	0,00	7	31,82	41	44,56	32	36,78	47	29,38	127	35,18
Razem	0	0,00	22	100,00	92	100,00	87	100,00	160	100,00	361	100,00

Źródło: opracowanie własne.

Wśród osób zamieszkałych na terenie miasta zawał mięśnia sercowego najczęściej występuje w wieku 76 lat i powyżej. Jednakże między rokiem 2007–2008 nastąpił spadek zachorowalności z około 32% do około 29%. Na drugim miejscu znajdują się osoby w przedziale wiekowym 51–65 lat. Są to pacjenci u których doszło do bardzo dynamicznych zmian. Odsetek hospitalizacji w soo6 roku wynosił około 22%, natomiast w 2008 roku już około 45%. Pacjenci w wieku emerytalnym, tj. 66–75 lat, stanowią trzecią w kolejności grupę. U której najczęściej występuje zawał mięśnia sercowego.

Tabela 9. Struktura hospitalizacji ogółem wg miejsca zamieszkania i wieku w latach 2006–2008; część II

Rok	Liczba hospitalizacji ogółem wg miejsca zamieszkania i wieku											
	Powiat										Razem	
	do 35		36–50		51–65		66–75		76 i powyżej			
	n	%n	n	%n	n	%n	n	%n	n	%n	n	%n
2006	0	0,00	3	50,00	10	25,64	10	21,28	18	24,32	41	24,56
2007	0	0,00	1	16,67	15	38,46	24	51,06	23	31,08	63	37,72
2008	1	100,00	2	33,33	14	35,90	13	27,66	33	44,60	63	37,72
Razem	1	0,00	6	100,00	39	100,00	47	100,00	74	100,00	166	100,00

Źródło: opracowanie własne.

Podobnie jak w mieście, osoby zamieszkałe w gminach wiejskich powiatu tomaszowskiego, najczęściej chorują na zawał mięśnia sercowego w wieku 76 lat i powyżej. W powyższym przedziale wiekowym nastąpił duży wzrost hospitalizacji, tj. z około 24% w 2006 roku do około 45% w 2008 roku. Z sprzyjającym zjawiskiem mamy do czynienia w grupie osób w wieku 66–75 lat. W latach 2006–2007 nastąpił wzrost częstości hospitalizacji, jednakże w 2008 roku liczba zachorowań niemal o połowę jest mniejsza niż w roku poprzednim. Niepokojącym zjawiskiem jest fakt wystąpienia zawału mięśnia sercowego poniżej 35 roku życia. Ponadto istnieje ogólna tendencja wzrostowa hospitalizacji z powodu powyższej jednostki chorobowej w badanym okresie, tj. około 25% – 2006 rok, około 38% – 2008 rok.

3. Dyskusja

Choroby układu krążenia stanowią istotny problem nie tylko dla systemu opieki zdrowotnej, ale i dla władz państwa. Coraz częściej wydaje się być on zauważany przez społeczeństwo. Jednakże jest to nieprawdopodobne, iż pacjenci podstawowej opieki zdrowotnej nie korzystają z możliwości badań w kierunku chorób układu krążenia mimo, że od dawna mówi się o pandemii chorób układu krążenia [3]. Dowodem na bezmyślność, brak dbałości o własne zdrowie są wyniki powyższej pracy. W analizowanym okresie w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym z Izbą Przyjęć w Tomaszowie Mazowieckim najwięcej hospitalizacji z powodu zawału mięśnia sercowego było w 2008 roku. W ciągu trzech lat odsetek hospitalizacji z powodu powyższej jednostki chorobowej wzrósł niemal o 30%. Jak alarmują inne źródła co roku w Polsce 100 tyś osób przechodzi zawał mięśnia sercowego, 40% z nich umiera, codziennie około 100 osób [2].

W przeprowadzonym badaniu liczba hospitalizowanych mężczyzn była większa od liczby kobiet. Największe różnice są widoczne dla 2008 roku, w którym to odsetek zachorowań na powyższą jednostkę chorobową w grupie panów wyniósł około 55%, natomiast wśród kobiet około 45%.

Płeć męska jest czynnikiem ryzyka wystąpienia chorób układu krążenia w młodym wieku. Kobiety w wieku przedmenopauzalnym, jeżeli nie palą dużej ilości papierosów i nie chorują na cukrzycę, są chronione przed chorobami układu krążenia. U kobiet średnio 20 lat później niż u mężczyzn występuje pierwszy zawał serca [7, 8, 9].

Zgodnie z zacytowaną literaturą, najczęstsza grupa kobiet hospitalizowanych z powodu zawału mięśnia sercowego, około 50%, jest w wieku 76 lat i powyżej. W pozostałych, młodszych grupach wiekowych panie znacznie rzadziej zachorowywują na chorobę niedokrwienną serca. W grupie badanych mężczyzn, zawał serca również najczęściej zaobserwowano w wieku 76 lat i powyżej. Jednakże nie zauważono dużych różnic w liczbie hospitalizacji z powodu zawału serca w pozostałych, młodszych grupach wiekowych. W badanym okresie odsetek choroby niedokrwiennej serca wśród badanych mężczyzn w wieku 36–50 lat wynosił około 65%, a wśród kobiet około 35%. Jest to potwierdzeniem, iż w młodszym wieku bardziej narażeni na ryzyko zawału mięśnia sercowego są panowie.

Jednym z głównych czynników ryzyka zawału mięśnia sercowego, udaru mózgu, czy niewydolności krążenia jest nadciśnienie tętnicze. Według badania Pol-MONICA dotyczy ono 45% dorosłej populacji w Polsce. O ile do 50 roku życia częściej dotyczy mężczyzn, to z wiekiem występowanie podwyższonego ciśnienia tętniczego gwałtownie rośnie u kobiet, a co za tym idzie zwiększa się występowanie choroby niedokrwiennej serca [7, 10]. Ponadto 36-letnie obserwacje grupy kobiet w badaniu Framingham wykazały, iż wieloletnie trwanie nadciśnienia prowadzi do 3,2-krotnie częstszego wystąpienia niewydolności serca [7].

Choroby układu krążenia stanowią największą przyczynę hospitalizacji oraz są bardzo często przyczyną porad udzielanych przez lekarzy. Leczenie chorych stanowi bardzo duże obciążenie dla ochrony zdrowia. Stanowią one nie tylko przyczynę orzekania o trwałej niezdolności do pracy, ale jednocześnie są źródłem bólu i cierpienia setek tysięcy ludzi [2].

Zatem podstawowym zadaniem służby zdrowia jest i będzie leczenie. Jednakże kontakt z pacjentem i jego rodziną w okresie nasilenia objawów choroby, które powodują uczucie zagrożenia o własne życie, dają okazję do skutecznych działań w zakresie promocji zdrowia [11].

4. Wnioski

1. W badanym okresie w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w Tomaszowie Mazowieckim nastąpił wzrost liczby hospitalizacji z powodu zawału mięśnia sercowego.
2. Osoby zamieszkałe w miastach – zarówno mężczyźni, jak i kobiety – były częściej hospitalizowane, niż zamieszkałe na wsi.
3. Istnieje tendencja do występowania choroby niedokrwiennej serca w coraz młodszych grupach wiekowych.
4. Istnieje potrzeba edukacji społeczeństwa w zakresie zapobiegania chorobom układu krążenia.
5. Nauczanie zasad udzielania pierwszej pomocy powinno objąć całe społeczeństwo.

Literatura

[1] Gębska-Kuczerowska, Miller M: *Analiza sytuacji epidemiologicznej w Polsce w zakresie głównych problemów zdrowotnych*. Postępy Nauk Medycznych 2009; 4:240–255.

[2] Maniecka-Bryła I, Martini-Fiwek J: *Epidemiologia z elementami biostatystyki*. Łódź 2005.

[3] Majewicz A, Marcinkowski JT: Epidemiologia chorób układu krążenia. Dlaczego w Polsce jest tak małe zainteresowanie istniejącymi programami profilaktycznymi?. Problemy Higieny i Epidemiologii 2008; 89(3): 322–325.

[4] Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 roku (Dz.U. z dnia 20 października 2006 roku, nr. 191, poz. 1410).

[5] Jakubaszko J: *Ratownik medyczny*. Wrocław 2003.

[6] Konieczny J: *Zarządzanie w sytuacjach kryzysowych, wypadkach katastrofach*. Poznań-Warszawa 2001.

[7] Kornacewicz-Jach Z, Przybycień K, Chomicz J, Pieczul-Mróz J, Karwat B, Gorący J: *Zagrożenie chorobami układu krążenia u kobiet (Ocena czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca grupy 6310 kobiet, mieszkanek Pomorza Zachodniego)*. Przegląd Menopauzalny 2005; 3: 17–26

[8] Mosca L, Manson J, Sutherland S,S. *Cardiovasular disease in women. A statement for healthcare professionals from the American Heart Association.* Circulation 1997; 96: 2468–2482.

[9] Broda G: *Epidemiologia chorób układu krążenia u kobiet*. Kardiologia Polska 2000; 52 Suplement III: 6–9.

[10] *Contribution of trends in survival and coronary – event rates to changes in coronary heart disease: 10-year results from WHO MONICA Project population*. Lancet 1999; 353: 1547–1556.

[11] Kubica A, Grześk G, Grąbczewska Z: *Choroby układu sercowo-naczyniowego – wyzwanie dla promocji zdrowia*. Cardiovasular Forum 2006; 11(2): 44–47.

PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ i ZARZĄDZANIE
Wydawnictwo SAN – ISSN 1733-2486
Tom XIII – Zeszyt 9 – 2012 – ss. 133–140

Adam Fronczak – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Alina Kowalska – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Joanna Sułkowska – Społeczna Akademia Nauk
Magdalena Zawadzka – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Irena Walecka – Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie
Włodzimierz Stelmach – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Jan Krakowiak – Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Analiza uwarunkowań demograficznych przyczyn zgonów pacjentów przyjętych do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Szpitala w Tomaszowie Mazowieckim w latach 2006–2008

ANALYSIS OF DEMOGRAFIC DETERMINANTS OF CAUSES OF DEATH AMONG THE PATIENTS HOSPITALYSED IN TOMASZÓW MAZOWIECKI HEALTH CENTER EMERGENCY DEPARTMENT EETWEN 2006 AND 2008

Abstract: The main objective of hospital emergency departments is to reduce mortality due to acute disorders, the number of avoidable deaths (zgony możliwe do uniknięcia), to prevent disability to the greatest possible extent and to decrease pain and suffering from life-threatening condition.

The aim of the research was to analyze the number of deaths among the patients hospitalized in Tomaszów Mazowiecki Hospital Emergency Department from 2006 to 2008. The data were taken from medical records.

During the given period the total number of deaths among the patients hospitalized in Tomaszów Mazowiecki Hospital Emergency Department which occurred in spite of resuscitation procedures was 80, 26 women (f = 0.33) and 54 men (f = 0.67). Most of the deceased patients (33, f = 0.41) were aged 76 and over which may reflect senescence of Polish population.

Key words: hospital emergency department, causes of death, society age structure, demographic factors.

1. Wstęp

Starzenie się społeczeństwa polskiego oraz skuteczne stosowanie nowoczesnych metod terapii powodują zmiany w strukturze umieralności. Analiza umieralności jest najczęściej stosowaną metodą oceny stanu zdrowia badanej populacji. Podejmuje się ją ze względu na priorytetowy charakter tych przypadków, które okazały się na tyle poważne, że spowodowały utratę życia. Na wielkość liczby zgonów mają wpływ następujące czynniki: liczebność populacji, w której występują, struktura badanej populacji pod względem wieku i płci oraz częstość występowania schorzeń, będących przyczynami zgonów [1].

System ratownictwa medycznego to z reguły pierwszy element systemu ochrony zdrowia ludności, z którym styka się człowiek w stanie nagłego zagrożenia życia. W roku 2000 w Polsce powstały pierwsze szpitalne oddziały ratunkowe.

Oddziały Ratunkowe to baza systemu ratownictwa medycznego. Ich zadaniem jest natychmiastowe podejmowanie i prowadzenie leczenia w nagłych zagrożeniach zdrowia i życia, niezależnie od przyczyny ich powstania. Nadrzędnym celem działalności Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych (SOR) jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki, oraz podjęcie leczenia prowadzącego do stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia życia czy zdrowia. Priorytetowym zadaniem sprawnie działających Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych jest zmniejszenie umieralności z przyczyn nagłych oraz zmniejszenie liczby zgonów możliwych do uniknięcia, zminimalizowanie rozmiarów i ilości inwalidztwa możliwego do uniknięcia, zredukowanie bólu i cierpienia spowodowanych nagłym zagrożeniem życia [2, 3].

2. Cel pracy, materiał i metoda badań

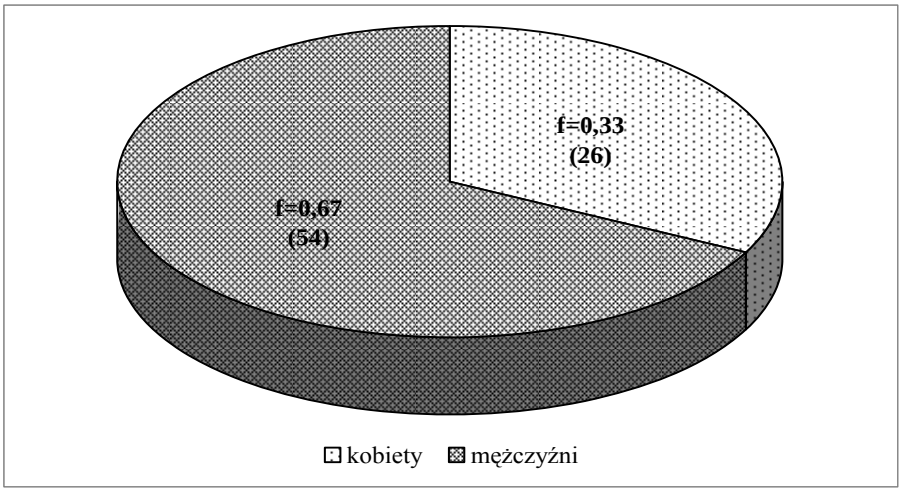
Celem pracy była analiza częstości występowania zgonu wśród pacjentów w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (SOR) z Izbą Przyjęć w Tomaszowskim Centrum Zdrowia w Tomaszowie Mazowieckim, przyjętych do hospitalizacji w latach 2006–2008.

W badaniu została wykorzystana metoda analizy dokumentacji medycznej. Do tego celu wykorzystano książkę przyjęć pacjentów, książkę porad internistycznych, książkę zleceń, karty przyjęć i obserwacji oraz książkę przyjęć SOR. Kryteria analizy dokumentacji obejmowały liczbę pacjentów w tomaszowskim Szpitalnym Oddziale Ratunkowym z Izbą Przyjęć przyjętych do hospitalizacji, u których mimo podjętych działań reanimacyjnych doszło do zgonu, z uwzględnieniem płci, wieku. Badanie zostało przeprowadzone w latach 2006–2008. Do badania zakwalifikowano 80 pacjentów. Zebrany materiał empiryczny opracowano stosując metody opisowe i przedstawiono w postaci tabeli i rycin. Wartości analizowanych parametrów, mierzonych w skali nominalnej, scharakteryzowano przy pomocy wskaźników struktury.

Wyniki i ich omówienie

W latach 2006–2008 łączna liczba pacjentów hospitalizowanych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, u których mimo podjętych działań reanimacyjnych, doszło do zgonu wynosiła 80, w tym 26 kobiet (f = 0,33) i 54 mężczyzn (f = 0,67). Wynika z tego, iż zgon w badanej populacji wystąpił ponad dwukrotnie częściej u mężczyzn niż u kobiet (rys. 1).

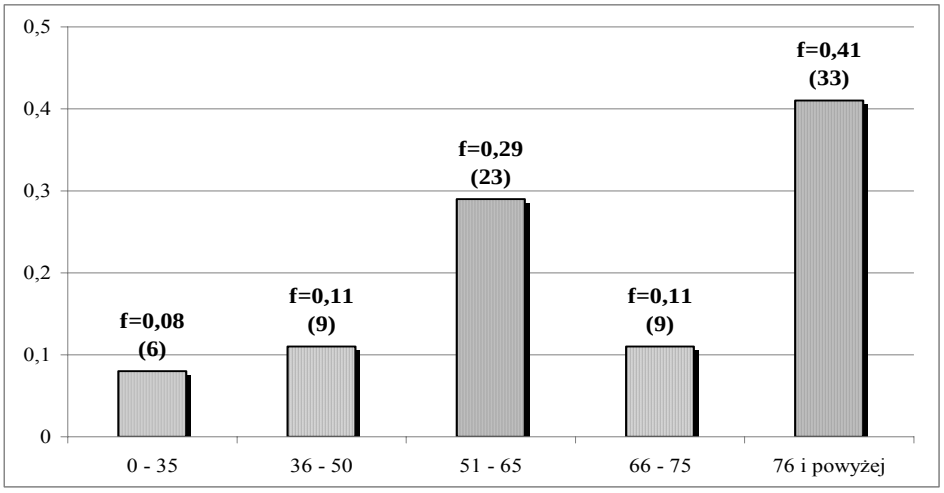
Rys. 1. Struktura zgonów ogółem wg płci w latach 2006–2008



Źródło: opracowanie własne.

Częstość występowania zgonu charakteryzuje się różną strukturą w zależności od wieku populacji (rys. 2).

Rys. 2. Struktura zgonów ogółem wg wieku w latach 2006–2008



Źródło: opracowanie własne.

Do zgonu najczęściej doszło u badanych w wieku 76 lat i powyżej (33 osoby; f = 0,41). 1/4 badanej grupy (23 osoby; f = 0,29) znajdowała się w wieku 51–65 lat. Liczba pacjentów w wieku 36–50 lat (9 osób; f = 0,11), u których mimo podjętych działań, wdrożenia procedur reanimacyjnych, doszło do zgonu jest taka sama jak liczba pacjentów w wieku 66–75 lat (9 osób; f = 0,11). Niepokojący jest fakt, wystąpienia zgonu w najmłodszej wyodrębnionej do badania grupie tj. do 35 roku życia (6 osób, f = 0,08).

W badanej populacji do zgonu u kobiet doszło zdecydowanie rzadziej niż u mężczyzn (tab. 1). Może to wynikać z faktu większego narażenia na czynniki środowiskowe panów, niż pań. Najwięcej mężczyzn zmarło w wieku 51–65 lat (21 osób, f = 0,39), co różni się od ogólnej struktury zgonów w badanej populacji, natomiast kobiet w wieku 76 lat i powyżej (19 osób, f = 0,72). ¼ mężczyzn (14 osób; f = 0,26) była w wieku 76 lat i powyżej. W wieku 66–75 lat do zgonu doszło u 8 panów (f = 0,15). Istnieją małe różnice w częstości wystąpienia zgonu u mężczyzn w wieku produkcyjnym tj. 36–50 lat (6 osób; f=0,11) oraz w najmłodszej wyod-

rębnionej do badania grupie tj. do 35 roku życia (5 osób; f=0,09). Niemal ¾ kobiet (19 osób; f = 0,72), u których mimo podjętych działań reanimacyjnych, doszło do zgonu była w wieku 76 lat i powyżej. W pozostałych grupach wiekowych liczba kobiet, które zmarły, jest zdecydowanie mniejsza. Trzy kobiety (f = 0,12) była w wieku produkcyjnym tj. 36–50 lat oraz dwie panie (f = 0,08) w wieku 51–65 lat. Taka sama liczba pań, u których doszło do zgonu, była w wieku 66–75 lat (1 osoba; f = 0,04) i do 35 roku życia (1osoba; f = 0,04).

Tabela 1. Struktura hospitalizacji wg wieku i płci w latach 2006–2008

Płeć	Zgony 2006–2008											
	0–35		36–50		51–65		66–75		76 i powyżej		Razem	
	n	f	n	f	n	f	n	f	n	f	n	f
Kobiety	1	0,04	3	0,12	2	0,08	1	0,04	19	0,72	26	0,33
Mężczyźni	5	0,09	6	0,11	21	0,39	8	0,15	14	0,26	54	0,67
Razem	6	0,08	9	0,11	23	0,29	9	0,11	33	0,41	80	1,00

Źródło: opracowanie własne.

3. Dyskusja

W Polsce obserwuje się znaczne zróżnicowanie regionalne umieralności z powodu głównych przyczyn zgonów. W etiopatogenezie takiego stanu można rozważać sposób organizacji opieki zdrowotnej w danym regionie, dostępność procedur diagnostyczno-terapeutycznych, regionalne natężenie czynników ryzyka, nawyki kulturowe, styl życia oraz czynniki socjoekonomiczne [1].

Śmierć wczesna, najczęściej ma miejsce w oddziałach ratunkowych, gdzie w pierwszej kolejności trafia pacjent w stanie zagrożenia życia. W praktyce klinicznej definiowana jest jako zgon w pierwszych 24 lub w pierwszych 48 godzinach hospitalizacji [4].

W Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (SOR) rozpoczyna się pierwszy etap diagnozowania i leczenia chorych. Pacjenci tam przyjmowani stanowią grupę wymagającą szczególnego postępowania ze względu na

duże prawdopodobieństwo nagłej utraty zdrowia i życia [5]. W przypadku pacjentów w stanie krytycznym, działania podejmowane w SOR maja na celu głównie podtrzymanie podstawowych funkcji życiowych. Wyznacznikiem sprawnego i skutecznie działania systemu ratownictwa medycznego jest obniżenie wskaźników śmiertelności, co w dużym stopniu osiągnięto w wielu innych krajach, w których system ratownictwa medycznego działa zdecydowanie dłużej niż w Polsce [5, 6].

Szpitalny Oddziału Ratunkowego z Izbą Przyjęć przy Tomaszowskim Centrum Zdrowia został stworzony po przeprowadzonych wcześniej analizach otoczenia społeczno-ekonomicznego. Zapewnia dostęp do profesjonalnego ratownictwa medycznego dla ok. 126 tysięcy mieszkańców powiatu tomaszowskiego. Szpitalny Oddziału Ratunkowego z Izbą Przyjęć posiada siedem łóżek obserwacyjnych oraz wymagane, pełne wyposażenie sprzętowe i lokalowe. Pozwala to na prowadzenie szybkiej wstępnej diagnostyki, oraz podejmowanie leczenia i stabilizacji funkcji życiowych osób w stanie zagrożenia zdrowia i życia.

W przeprowadzonym badaniu w latach 2006–2008 łączna liczba pacjentów hospitalizowanych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w Tomaszowie Mazowieckim, u których mimo podjętych działań reanimacyjnych, doszło do zgonu wynosiła 80. Natomiast w badaniu przeprowadzonym w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku w latach 2006–2008, liczba ta była zdecydowanie wyższa tj. 115 zgonów, z czego w 2006 roku 34 zgony, w 2007 roku 41 zgonów i w 2008 roku 40 zgonów [7]. Współczynnik śmiertelności stanowił 2,11% pacjentów [7]. Zdecydowanie wyższy odsetek zgonów w SOR (4,88) uzyskali w swoich badaniach Chukuezi A.B. i Nwosu J.N., przy czym uwzględnili oni jedynie pacjentów przyjmowanych z powodu urazu [8]. W badaniach przeprowadzonych przez Gunnarsdottir O.S. i Rafnsson V. wskaźnik śmiertelności w oddziale ratunkowym wynosił dla mężczyzn 1,81 i 1,93 dla kobiet [9]. W analizowanej grupie badania przeprowadzonego w SOR w Białymstoku było 72 mężczyzn (62,6%) i 43 kobiety (37,4%) [7]. W badaniu przeprowadzonym do niniejszej pracy dysproporcje między liczbą zgonów wśród mężczyzn i kobiet były zdecydowanie większe tj. 54 mężczyzn (f = 0,67) i 26 kobiet (f = 0,33). Ponadto połowa analizowanych zgonów dotyczyła osób

w wieku poprodukcyjnym tj. 66 lat i powyżej (42 osoby; f = 0,53). Podobne wyniki uzyskano w badaniu przeprowadzonym przez Kulikowską i wsp., gdzie 65,2% (n = 75) stanowiły zgony osób w wieku 65 lat i powyżej [7]. Struktura wiekowa zgonów w SOR może być odzwierciedleniem zjawiska starzenia się populacji mieszkańców Polski, co opisano również w innych pozycjach literatury [10]. Badania przeprowadzone poza Polską wskazują na zdecydowanie wyższy odsetek zgonów pacjentów w średnim wieku tj. 29–50 lat [8, 9].

Wyniki powyższej pracy, jak i wielu innych przeprowadzonych badań wskazują na potrzebę i możliwości poprawy wskaźnika śmiertelności w szpitalnych oddziałach ratunkowych. Zadaniem systemu ochrony zdrowia jest stworzenie właściwych warunków dla profesjonalnego działania szpitalnych oddziałów ratunkowych, aby liczba zgonów zmniejszała się. Niewątpliwie konieczne są ciągłe badania dla bardziej jasnego zdefiniowania wpływu stosowanych procedur i rozwiązań organizacyjnych celem zwiększenia przeżyć w ramach funkcjonującego Systemu Ratownictwa Medycznego.

4. Wnioski

1. W badanym okresie w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w Tomaszowie Mazowieckim liczba zgonów mężczyzn była dwukrotnie wyższa od liczby zgonów kobiet.
2. Śmiertelność w SOR częściej występuje u osób w wieku 76 lat i powyżej, częściej dotyczy mężczyzn, co wskazuje na konieczność modyfikacji procedur profilaktycznych i diagnostyczno – terapeutycznych w tej grupie chorych.
3. Wysoka średnia wieku pacjentów zmarłych w SOR może potwierdzić proces starzenia się społeczeństwa polskiego.

Literatura

[1] Wróblewska K., Jaszewski M., Chilińska J., Krajewska-Kułak E., Jankowiak B., Kowalewska B., Gołębiewska A.: *Analiza najczęstszych przyczyn zgonów pacjentów Szpitala Wojewódzkiego im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży – doniesienia wstępne.* Problemy Higieny Epidemiologii 2008; 89(1):136–141.

[2] Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 roku (Dz.U. z dnia 20 października 2006 roku, Nr 191, poz. 1410).

[3] Jakubaszko J.: *Ratownik medyczny*. Wrocław 2003.

[4] Baker M., Clancy M.: *Can mortality rates for patients who die within the emergency department, within 30 days of discharge from the emergency department, or within 30 days of admission from the emergency department be easily measured?* Emergency Medicine Journal 2006; 23:601–603.

[5] Karwan K.: *Ocena chorych po urazach wielonarządowych leczonych w szpitalnym oddziale ratunkowym*. Polski Merkuriusz Lekarski 2009; 27(160):269–301.

[6] Vanbrabant P., Dhondt E., Sabbe M.: *What do we know about patients dying in the emergency department?* Resuscitation 2004; 60(2):163–170.

[7] Kulikowska A., Czaban S.L., Jarocka I., Jakubowska U., Wojewódzka-Żelezniakowicz M., Ładny J.R., Poniatowski B.: *Analiza zgonów pacjentów wymagających intensywnej terapii hospitalizowanych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w latach 2006–2008*. Postępy Nauk Medycznych 2010; 9:696–703.

[8] Chukuezi A.B., Nwosu J.N.: *Pattern of Deaths in the Adult Accident and Emergency Department of a Sub-Urban Teaching Hospital in Nigeria*. Asian Journal of Medical Sciences 2010; 2(2):66–69.

[9] Gunnarsdottir O.S., Rafnsson V.: *Mortality of the users of a hospital emergency department*. Emergency Medicine Journal 2006; 23(4):269–273.

[10] Gębska-Kuczerowska A., Miller M.: *Analiza sytuacji epidemiologicznej w Polsce w zakresie głównych problemów zdrowotnych*. Postępy Nauk Medycznych 2009; 4:240–255.

PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ i ZARZĄDZANIE
Wydawnictwo SAN – ISSN 1733-2486
Tom XIII – Zeszyt 9 – 2012 – ss. 141–162

Bogumiła Kempińska-Mirosławska – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Krzysztof Kumański, Antonii Pisarski – Miejski Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień im. Bł. Rafała Chylińskiego w Łodzi

Zakres i organizacja opieki nad osobami uzależnionymi od alkoholu na przykładzie Miejskiego Ośrodka Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Łodzi – stan obecny

SCOPE AND ORGANIZATION OF CARE ALCOHOL ADDICTS EXAMPLE OF URBAN CENTER DRUG PREVENTION AND THERAPY IN MIEJSKI OŚRODEK PROFILAKTYKI I TERAPII UZALEZNIEŃ OF ŁODZ – THE CURRENT STATE

Abstaract: Substance abuse, leading not only to addiction, but causing damage to numerous health, both somatic and psychological, despite taking a variety of activities are still an important medical and social problem. In Poland, this applies in particular alcohol. Striving to improve the efficiency and effectiveness of drug treatment requires not only modern preventive and therapeutic solutions, but also in the field of organizational health. Experience shows that the organization help the addicts should focus on the complexity of the benefits of both medical andsocial-psychological and social. Indeed Addiction affects all walks of life and is the cause of many social ills such as homelessness, social degradation, social exclusion.

1. Wstęp

Jednym z zagrożeń dla zdrowia człowieka jest nadużywanie substancji psychoaktywnych prowadzące nie tylko do uzależnienia, ale wywołujące rozliczne szkody zdrowotne, zarówno somatyczne jak i psychiczne. W Polsce dotyczy to w szczególności alkoholu, którego nadmierne spożywanie wciąż stanowi duży problem medyczny i społeczny,

wymagający nowoczesnych rozwiązań profilaktyczno-terapeutycznych oraz organizacyjnych w obszarze zdrowia publicznego. Jak wynika z danych Polskiej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) spożycie alkoholu w Polsce w latach 1993–2009 wzrosło z 6,52 do 9,06 litra (w przeliczeniu na 100% alkoholu) na osobę [http://www.parpa.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=156&Itemid=16]. Szczególnie niepokojący jest znaczy wzrost odsetka osób pijących ryzykownie – w latach 2002–2005 o 30% – powodując negatywne następstwa zdrowotne i ekonomiczne[1]. Z badań z 2005 roku prowadzonych z zastosowaniem testu CAGE (jeden z testów mających za zadanie wychwycenie osób pijących problemowo, wykazujących wczesne objawy ryzykownego lub szkodliwego picia alkoholu) wynika, że ponad 1,6 mln osób w Polsce ma problemy z alkoholem, a tym samym są oni aktualnymi bądź potencjalnymi pacjentami placówek lecznictwa odwykowego. W związku z tym, oprócz konieczności wprowadzania coraz skuteczniejszych programów profilaktyczno-terapeutycznych opartych na metodach farmakologicznych i/lub psychoterapeutycznych, istnieje potrzeba poprawy efektywności organizacji opieki nad pacjentem uzależnionym i jego rodziną. Uzależnienie bowiem dotyczy nie tylko osoby uzależnionej, ale i jej najbliższego otoczenia, wywołując negatywne skutki zarówno jednostkowe jak i społeczne.

2. Uzależnienia i przeciwdziałania

Alkoholizm jako problem medyczny, a nie tylko zjawisko kulturowe, został dostrzeżony w Europie na początku XIX w., kiedy to Thomas Trotter (1760–1832) w pracy z 1804 roku pt. „Rozprawa o pijaństwie" po raz pierwszy uznał nadmierne picie alkoholu za chorobę. W 1818 r. ukazał się pierwszy polski podręcznik alkohologii Jakuba Szymkiewicza (1775–1818), który opisał w nim objawy przewlekłego alkoholizmu. Mimo coraz częstszych opinii lekarzy wskazujących na negatywne skut-

[1] „Wyniki ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2005 r. na zlecenie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych przez PBS w Sopocie" – badania opublikowane na stronie http://www.parpa.pl/index.php?option=com_ kontent &task =view&id=248&Itemid=186.

ki picia wiek XIX to, niestety, czas „rozkwitu" spożycia alkoholu wśród ludności polskiej. Według szacunków przeciętne spożycie czystego alkoholu na jednego mieszkańca Królestwa Polskiego wahało się w granicach 9,6–38 litrów [Nasierowski, 2007]. Leczenie opierało się głównie na lecznictwie zamkniętym prowadzonym w szpitalach psychiatrycznych. Rozwój lecznictwa ambulatoryjnego rozpoczął się od utworzenia w 1908 r. pierwszej poradni przeciwalkoholowej przez Pawła Gantkowskiego (1869–1938), lekarza, publicystę i działacza społecznego. Okres II Rzeczypospolitej był czasem najniższego w historii Polski spożycia alkoholu, choć oczywiście problem alkoholizmu istniał nadal. Już w pierwszych latach po II wojnie światowej psychiatrzy pomimo braku oficjalnych statystyk zwracali uwagę na rosnące zagrożenie alkoholizmem oraz problemy z leczeniem osób uzależnionych. Jednak w gremiach politycznych i środowisku władzy zjawiska pijaństwa i alkoholizmu oficjalnie nie dostrzegano, bądź traktowano ten problem jako „produkt społeczeństwa kapitalistycznego" i jako zjawisko społeczne, które będzie zmniejszało się nieuchronnie i „zaginie w miarę budowy nowego, komunistycznego społeczeństwa". Walka z alkoholizmem jako „przeżytkiem ustroju kapitalistycznego", miała być sprawą „uporczywej walki całego społeczeństwa, a przede wszystkim związków zawodowych" [Wolański 1953, s. 44–63]. Pierwsze oficjalne statystki dotyczące spożycia napojów alkoholowych w Polsce i odzwierciedlające rozmiary pijaństwa zaczęły być publikowane z początkiem lat 50. XX w. Jak wynika z danych, w 1950 r. w Polsce spożycie czystego alkoholu w przeliczeniu na mieszkańca wyniosło 3 litry na rok, i wzrastając w kolejnych latach średniorocznie o 3,5%, w 1975 r. osiągnęło poziom 6,9 litrów na rok [Litmanowicz, Moskalewicz 1986, s. 68–70]. Wyrazem oficjalnego dostrzeżenia przez władzę PRL problemu pijaństwa stało się uchwalenie w 1956 r. ustawy o zwalczaniu alkoholizmu, której celem było „skuteczniejsze zwalczanie alkoholizmu wpływającego szkodliwie na zdrowie, pracę i dobrobyt ludności oraz powodującego wzrost przestępczości"[2]. Oprócz przepisów regulujących sprzedaż napojów alkoholowych pojawiły się ważne regulacje dotyczące leczenia osób uzależnionych. Zgodnie z nimi możliwe było zastosowanie

[2] Ustawa z dnia 27 kwietnia 1956 r. o zwalczaniu alkoholizmu (Dziennik Ustaw z 1956 r., nr 12, poz. 62).

leczenia przymusowego w zakładach lecznictwa otwartego i zamkniętego, któremu mogli podlegać tzw. „nałogowi alkoholicy wykazujący objawy przewlekłego alkoholizmu" i swoim postępowaniem powodujący rozkład życia rodzinnego, demoralizację nieletnich lub zagrażający bezpieczeństwu otoczenia. Ponieważ ustawa nie regulowała szczegółowo rodzaju zakładów w których mieli być leczeni alkoholicy, w praktyce – jeśli chodzi o lecznictwo zamknięte – trafiali oni do szpitali psychiatrycznych. W 1959 r. została uchwalona kolejna znacznie obszerniejsza ustawa pod tym samym tytułem[3]. Doprecyzowano w niej czas pobytu w zakładzie zamkniętym oraz potraktowano nieobecność w pracy alkoholika z powodu pobytu w zakładzie zamkniętym na równi z nieobecnością w pracy z powodu choroby, co łącznie ze zmianą w klasyfikacji chorób świadczyło o postępującej „medykalizacji" problemu pijaństwa. Lecznictwo odwykowe zasadniczo było jednak nastawione na pacjenta przymusowego, wobec którego głównie należało stosować metody resocjalizacyjne; w latach 1960–1970 wzrosła liczba zakładów lecznictwa odwykowego oraz łóżek dając wzrost wskaźnika łóżek na 100.000 mieszkańców z 0,5 do 1,6 dla łóżek etatowych i 1,9 dla łóżek rzeczywistych [Biuletyn Statystyczny – *Psychiatria 1960–1969*, 1973, s. 17]. Mimo podjętych różnorodnych działań mających na celu opanowanie plagi alkoholizmu nie udało się tego osiągnąć. Wyrazem desperackich działań władzy była uchwała Rady Ministrów z 1972 r. w sprawie zaostrzenia walki z pijaństwem i alkoholizmem zawierająca liczne zobowiązania dla różnych organów władz publicznych do podjęcia działań na rzecz walki z tą narodową patologią[4]. Szczególnie istotne obowiązki nałożono na ministra zdrowia i opieki społecznej, a w wśród nich: zapewnienie wystarczającej liczby dobrze wyszkolonych kadr medycznych i placówek leczenia odwykowego, zorganizowanie zakładu naukowego zajmującego się problematyką alkoholizmu, opracowanie zasad organizowania i prowadzenia leczenia odwykowego w ramach zakładów przemysłowej służby zdrowia przy większych zakładach pracy i opracowanie programu walki z pijań-

[3] Ustawa z dnia 10 grudnia 1959 r. o zwalczaniu alkoholizmu (Dziennik Ustaw z 1959 r., nr 60, poz. 434).

[4] Uchwała Nr 117 Rady Ministrów z dnia 5 maja 1972 r. w sprawie zaostrzenia walki z pijaństwem i alkoholizmem (Monitor Polski z 1972 r., nr 30, poz. 163).

stwem i alkoholizmem w zakresie profilaktyki i leczenia. Ministrowi nauki, szkolnictwa wyższego i techniki polecono wprowadzenie w odpowiednich zakładach naukowych badań dotyczących problematyki pijaństwa i alkoholizmu. W roku 1972 rozpoczął także działalność Zespół do Oceny Stanu Lecznictwa Przeciwalkoholowego powołany przy Komitecie Terapii Doświadczalnej PAN, którego przewodniczącym został łódzki psychiatra, kierownik Katedry i Kliniki Psychiatrycznej AM w Łodzi prof. Stanisław Cwynar. Jak wynika z pierwszego raportu Zespołu dane dotyczące alkoholizmu były zatrważające: największy procent ludzi upijających się i tracących zdolność kontrolowania swego zachowania występował w Polsce, picie alkoholu zaczynały dzieci już w wieku 12 lat, młodzież męska po 15 roku życia w większości miała już alkoholowe doświadczenia, roczne wydatki na alkohol stanowiły 25% sum wydawanych na wyżywienie całej ludności PRL, a osób pijących nawykowo było ponad 1,5 mln. Negatywnie oceniono rozwój lecznictwa zamkniętego wskazując na zbyt małą liczbę miejsc („nawet alkoholicy skazani przez sądy na leczenie przymusowe oczekują miesiącami na przyjęcie do zakładu"), nieadekwatne do potrzeb leczenie („leczenie jest zbyt krótkie, gdyż na ogół pacjenta wypisuje się przed upływem 3 miesięcy […] a przecież tylko długotrwałe leczenie może dać szansę wyleczenia z alkoholizmu"), zbyt mały zasięg leczenia („leczeniem objętych jest mniej niż połowa alkoholików wymagających koniecznie leczenia zamkniętego"), dość słabe wyniki leczenia („zupełne wyleczenie wyraża się liczbami od 2 do 10% leczonych, […] szybko występujące nawroty obejmują prawie 40% leczonych"). Sformułowano także postulaty mające na celu poprawę sytuacji, m.in.: rozbudowanie zakładów lecznictwa odwykowego, tak aby każde województwo posiadało odwykowy zakład leczniczy na 150 łóżek, wzmocnienie kadrowe, (jeden lekarz miał przypadać na nie więcej niż 30 leczonych), wprowadzenie badań katamnestycznych weryfikujących trwałość skutków terapii, stworzenie przynajmniej jednego naukowo-badawczego zakładu odwykowego leczenia alkoholików, w którym interdyscyplinarne zespoły prowadziłyby badania nad wypracowaniem odpowiednich metod zapobiegania, leczenia i rehabilitacji użytecznych w zwalczaniu choroby alkoholowej[5]. W latach 70. skuteczność leczenia

[5] Komitet Terapii Doświadczalnej PAN – Komisja Terapii Kontrolowanej, Komisja Terapii Kontrolowanej, Zespół do Oceny Stanu Lecznictwa Przeciwalkoholowego, Raport

była wciąż niezadowalająca; podjęto wówczas próby zmiany podejścia do pacjenta odwykowego – celem stało się zmotywowanie pacjenta do świadomego, a nie przymusowego leczenia. Koniec lat 70. XX w. to czas powstawania licznych oddziałów i klinik proponujących innowacyjne formy działań terapeutycznych, ale wiele istotnych zmian dotyczących lecznictwa uzależnienia od alkoholu zapoczątkowano w kolejnych dekadach – latach 80 i 90 XX w. [Miturska, Dąbrowska, 2009, ss. 365–386; Bujalski, 2009, ss. 339–364]. W roku 1983 weszła w życie nowa ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, która gruntownie zmieniła ustawę o zwalczaniu alkoholizmu z 1959 r.[6] Istotna zmiana nastąpiła już w samej nazwie ustawy – dotychczasową „walkę" zastąpiono „wychowaniem w trzeźwości" i „przeciwdziałaniem", wyznaczając nowy kierunek polityki zdrowotnej – z niwelowania negatywnych skutków na przeciwdziałanie ich powstawaniu. Elementem zapobiegania alkoholizmowi miało być ograniczenie spożycia napojów alkoholowych oraz działania na rzecz zmiany struktury spożycia i obyczajów w piciu alkoholu. Kryzys gospodarczy, jaki miał miejsce w latach 80. XX w., zmusił jednak władze do poszukiwania dodatkowych dochodów z różnych gałęzi przemysłu, w tym i alkoholowego, a transformacja ustrojowa z lat 90. spowodowała liberalizację rynku [Bujalski, 2009, ss. 339–364]. Konieczne stały się kolejne próby opanowania problemu alkoholowego. Powołano wiele nowych instytucji (pełnomocnik ds. alkoholowych, Polska Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych – PARPA) oraz zaczęto uchwalać wieloletnie programy polityki zdrowotnej dotyczące m.in. przeciwdziałania alkoholizmowi. W latach 1983–2009 ukazało się 12 nowelizacji ustawy z 1982 r. mających na uwadze postulat z preambuły, iż należy uważać „życie obywateli w trzeźwości za niezbędny warunek moralnego i materialnego dobra Narodu".

W początkach XXI w. w niektórych ośrodkach następowały istotne zmiany w organizacji lecznictwa odwykowego mające na celu objęcie osoby uzależnione kompleksową opieką lekarską i psychologiczną. Pa-

Nr 1: Aktualny stan lecznictwa przeciwalkoholowego w Polsce (red. S. Cwynar), „Polski Tygodnik Lekarski", 1974, T. XXIX, Nr 51. s. 2233-2235.

[6] Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. 1982 nr 35 poz. 230).

cjenci upojeni, bezdomni, często agresywni, sprawiający ogromne problemy terapeutyczne i organizacyjne, przy braku odpowiednio przeszkolonego personelu i przystosowanych pomieszczeń stwarzają zagrożenie dla personelu medycznego i pozostałych pacjentów. Zauważono, że istnieje przepaść pomiędzy podstawową opieką zdrowotną a leczeniem specjalistycznym pacjentów z problemem alkoholowym. Do zlikwidowania tej przepaści niezbędne okazały się odpowiednie struktury i organizacja. Obserwacja faktów związanych z używaniem alkoholu pozwoliła dostrzec zjawisko zgodnie ze stanem faktycznym, tak w sensie ilościowym jak i w aspekcie zależności pomiędzy używaniem substancji a medycznymi, społecznymi i psychologicznymi konsekwencjami. Znaczna część osób identyfikowanych w populacji jako kwalifikujące się do interwencji w związku z piciem problemowym nie jest zmotywowana do zmiany zachowań. Jak wskazuje model zmiany Prochaski i Di Clemente zaledwie 20% ludzi gotowych jest do podjęcia aktywnych prób zmiany swojego zachowania w danym czasie. Pozostali to ci, którzy nie mają motywacji do zmiany oraz ci, którzy rozważają zmianę, ale nie w najbliższej przyszłości. Sytuacja ta pokazała konieczność tworzenia różnych poziomów interwencji adekwatnych do aktualnych potrzeb osoby pijącej, jak również poziomu jej motywacji do zmiany [Prochaska, Di Clemente, 1986, ss. 3–27]. Inny aspekt koncepcji rozwiązań systemowych do jakich zaczęto dążyć, to wzajemne powiązanie alkoholizmu, bezdomności i długotrwałego bezrobocia. Problemy te, nakładając się na siebie, tworzą swoisty węzeł gordyjski uniemożliwiający poradzenie sobie z którymkolwiek z nich poprzez interwencję tylko w jednym obszarze.

Intensywne działania prowadzące do całościowego podejścia do pacjenta i jego problemów zostały również podjęte w łódzkim lecznictwie odwykowym, wprowadzając model opieki zintegrowanej nad pacjentem uzależnionym, będący lepszą alternatywą dla form dotychczasowych [Kumański, 2004, s. 134–147]. Podstawą do stworzenia modelu były wnioski z wieloletnich obserwacji poczynionych w Miejskim Ośrodku Profilaktyki i Terapii Uzależnień im. Bł. R. Chylińskiego w Łodzi. Obserwacje wykazały, że praktycznie każdy pacjent przyjmowany do Ośrodka z problemem alkoholowym obciążony jest w mniejszym bądź większym stopniu schorzeniami somatycznymi, które utrudniają lub wręcz unie-

możliwiają podjęcie terapii psychologicznej. W związku z tym pacjenci ci wymagają najpierw zaopatrzenia medycznego: badania lekarskiego, diagnostyki, leczenia farmakologicznego, zabiegowego czy rehabilitacji i odpowiedniego czasu na rekonwalescencję. Dopiero tak przygotowani somatycznie mogą aktywnie uczestniczyć w terapii psychologicznej. Niezbędnym elementem skutecznego działania okazała się także pomoc osobom uzależnionym i ich rodzinom w rozwiązywaniu ich problemów społecznych i socjalnych.

3. Zakres opieki nad osobami uzależnionymi – przykład Miejskiego Ośrodka Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Łodzi

Zakres opieki nad osobami uzależnionymi powinien odpowiadać potrzebom, a skala problemu alkoholowego jest znacząca. W Polsce liczba osób pijących szkodliwie waha się od 5 do 7% populacji a uzależnieni stanowią ok. 2–3% populacji. Dorośli i dzieci żyjący w otoczeniu alkoholika to ok. 3–4 % populacji. Około 2/3 tych osób doświadcza różnych form przemocy związanej z piciem alkoholu. Alkohol jest odpowiedzialny za ok. 12% przedwczesnych zgonów i niepełnosprawności fizycznej oraz inwalidztwa u mężczyzn oraz 2% u kobiet. Niektóre wskaźniki obrazujące zakres zjawiska w samej Łodzi przedstawiają się następująco. Liczba osób uzależnionych od alkoholu to 2–3% populacji, dorośli żyjący w otoczeniu alkoholika (współmałżonkowie, rodzice) to ok. 4% populacji, dzieci wychowujące się w rodzinach alkoholowych to także ok. 4% populacji, osoby pijące szkodliwie to 5–7% populacji, ofiary przemocy domowej w rodzinach z problemem alkoholowym to 2/3 osób dorosłych i 2/3 dzieci z tych rodzin. Picie alkoholu dotyka różnych grup społecznych, szczególnie niepokojące jest picie wśród dzieci i młodzieży. Jak wykazały badania z 2005 r. picie alkoholu jest powszechne w Łodzi wśród młodzieży studiującej – jedynie 1% badanych deklarował całkowitą abstynencję, a ok. 11% badanych stanowiło grupę ryzyka uzależnienia od alkoholu [Chodkiewicz, 2006, 2, s. 107–120].

Uwzględnienie faktu, że uzależnienie dotyczy nie tylko osoby uzależnionej, ale i jej otoczenia stanowi ważną wytyczną dla organizacji lecznictwa odwykowego, które powinno mieć charakter kompleksowy,

oparty na skoordynowanych działaniach lekarskich, psychologicznych i socjalnych. Takie podejście, będąc odpowiedzią na przebieg choroby alkoholowej, wpisuje się w biopsychospołeczną koncepcję zdrowia, do którego dążenie w wymiarze jednostkowym i publicznym oparte jest na odpowiednich zasobach i efektywnej organizacji.

W organizacji opieki nad osobami uzależnionymi w Łodzi podstawową rolę pełni **Miejski Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień im. Bł. R. Chylińskiego**, będący wyspecjalizowanym zakładem lecznictwa odwykowego, realizujący również zadania dawnej Izby Wytrzeźwień, ale nie jako aparatu represji lecz oddziaływań motywacyjnych. Ośrodek powstał w 1998 r. w wyniku przekształcenia z jednostki budżetowej w samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej[7]. W kolejnych latach zmieniał swoją strukturę dostosowując działalność do potrzeb wynikających z narastającej skali i wagi problemów związanych z używaniem alkoholu i narkotyków w mieście oraz przemocą w rodzinie. W roku 2003 Ośrodek przejął zadania Izby Wytrzeźwień, a w 2006 r. w jego strukturę został włączony Miejski Ośrodek dla Dzieci i Młodzieży Zagrożonej Narkomanią w Łodzi[8]. Aktywność Ośrodka, Pogotowia Ratunkowego, Policji, Straży Miejskiej, Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej, Stowarzyszeń Abstynenckich, wybranych placówek opieki zdrowotnej składają się na grupę oddziaływań tworzących tzw. miejski system opieki nad osobami uzależnionymi od alkoholu i ich rodzinami.

Podstawę oferty Ośrodka, która ma charakter rozwiązania systemowego, tworzą różnego rodzaju programy. Program oddziaływań medycznych obejmuje minimalizację szkód zdrowotnych związanych

---

[7] Uchwała Rady Miejskiej w Łodzi Nr IV/47/98 Rady Miejskiej w Łodzi z dnia 9 grudnia 1998 r. w sprawie przekształcenia Miejskiego Ośrodka Profilaktyki i Terapii Uzależnień im. Bł. Rafała Chylińskiego z jednostki budżetowej w samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej.

[8] Uchwała NR XIX/243/03 Rady Miejskiej w Łodzi z dnia 24 września 2003 r. w sprawie likwidacji Izby Wytrzeźwień w Łodzi i przekazania zadań Miejskiemu Ośrodkowi Profilaktyki i Terapii Uzależnień im. Bł. Rafała Chylińskiego w Łodzi; Uchwała Nr LXVI/1244/06 Rady Miejskiej w Łodzi z dnia 19 kwietnia 2006 r. w sprawie przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej o nazwach: Miejski Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień im. Bł. R. Chylińskiego w Łodzi i Miejski Ośrodek Profilaktyczno-Terapeutyczny dla Dzieci i Młodzieży Zagrożonej Narkomanią w Łodzi.

z używaniem alkoholu i innych środków odurzających, przerywanie ciągów alkoholowych, leczenie niepowikłanych alkoholowych zespołów abstynencyjnych. Program oddziaływań psychologicznych obejmuje program psychoterapeutyczny dla osób uzależnionych od alkoholu, program psychoterapeutyczny dla osób uzależnionych od innych niż alkohol środków odurzających, program psychoterapeutyczny dla członków rodzin (dla osób współuzależnionych, dla Dorosłych Dzieci Alkoholików, dla ofiar przemocy w rodzinie), program korekcyjno-edukacyjny kierowany jest do sprawców przemocy. Program readaptacji społeczno-zawodowej obejmuje działania socjalno-prawne związane z uzyskaniem stałego miejsca pobytu, unormowaniem sytuacji prawnej oraz aktywizację zawodową. Programy te realizowane są m.in. w ramach uchwalanego corocznie Miejskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (MPPiRPA) obejmując różnorodne kategorie działań i rodzaje czynności (tab. 1)[9].

Należy pamiętać, że pomiędzy używaniem alkoholu a wykluczeniem społecznym (ubóstwem, bezdomnością, bezrobociem) istnieją istotne powiązania. Mają one charakter złożony, różniąc się stopniem bezpośredniości wpływu picia alkoholu na wykluczenie, a także jego zasięgiem. Osoby uzależnione na skutek postępującej degradacji psychofizycznej mają obniżoną zdolność do efektywnego funkcjonowania w rolach społecznych i zawodowych, tracą zdolność do sprawnego wykonywania pracy zawodowej, co zwiększa ryzyko utraty pracy i obniża efektywność skutecznego poszukiwania zatrudnienia. Proces ten w istotny sposób wpływa na rozmiary zjawiska bezrobocia i ubóstwa, prowadząc do stopniowego ograniczania więzów z najbliższym otoczeniem, utraty podstawowych źródeł wsparcia, bezdomności, a co za tym idzie, do podlegania procesom wykluczenia społecznego.

[9] Na podstawie Załącznika nr 1 do MPPiRPA – Uchwała nR XXXII/635/12 Rady Miejskiej w Łodzi z dnia 22 lutego 2012 r. w sprawie przyjęcia Miejskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na rok 2012 oraz Miejskiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na rok 2012.

Tabela 1. Kategorie działań i rodzaje czynności realizowanych w Ośrodku w ramach MPPiRPA na rok 2012

Lp	Kategoria działania	Rodzaj czynności
1	2	3
I.	Terapia osób uzależnionych od alkoholu	1. Sesja psychoterapii indywidualnej 2. Sesja psychoterapii grupowej 3. Sesja psychoterapii rodzinnej 4. Porada diagnostyczna 5. Porada terapeutyczna 6. Diagnoza psychologiczna 7. Osobiste plany terapii 8. Grupowa sesja edukacyjno-motywacyjna 9. Hospitalizacja krótkoterminowa 10. Ambulatoryjne leczenie alkoholowych zespołów abstynenckich
II.	Terapia osób szkodliwie pijących	1. Sesja psychoterapii indywidualnej 2. Sesja psychoterapii grupowej 3. Sesja psychoterapii rodzinnej 4. Porada diagnostyczna 5. Porada terapeutyczna 6. Diagnoza psychologiczna 7. Osobiste plany terapii 8. Grupowa sesja edukacyjno-motywacyjna 9. Hospitalizacja krótkoterminowa
III.	Terapia członków rodzin osób z problemem alkoholowym	1. Sesja psychoterapii indywidualnej 2. Sesja psychoterapii grupowej 3. Sesja psychoterapii rodzinnej 4. Porada diagnostyczna 5. Porada terapeutyczna 6. Diagnoza psychologiczna 7. Grupowa sesja edukacyjno-motywacyjna
IV.	Terapia osób doświadczających przemocy w rodzinie oraz sprawców przemocy	1. Sesja psychoterapii indywidualnej 2. Sesja psychoterapii grupowej 3. Sesja psychoterapii rodzinnej 4. Porada diagnostyczna 5. Porada terapeutyczna 6. Diagnoza psychologiczna 7. Zajęcia korekcyjno-edukacyjne
V.	Profilaktyczna działalność informacyjno - edukacyjna.	1. Organizowanie i prowadzenie działalności profilaktycznej dla dorosłych 2. Lokalne kampanie informacyjno-edukacyjne związane z problematyką alkoholową, kierowane na określone grupy społeczne

Tabela 1 (cd.)

1	2	3
		3. Badania związane z rozpowszechnieniem problemów wynikających z nadużywania alkoholu 4. Organizowanie i udział w sympozjach, seminariach, konferencjach, poświęconych tematyce przeciwdziałania i uzależnienia od alkoholu 5. Informatory, broszury, ulotki, plakaty
VI.	Szkolenia wybranych grup zawodowych z zakresu problematyki alkoholowej	1. Wykład, warsztat, seminarium 2. Informatory, broszury, ulotki
VII.	Działania wspierające dla osób z problemem alkoholowym i ich rodzin oraz osób doświadczających przemocy w rodzinie i sprawców przemocy	1. Gotowość do prowadzenia działalności w zakresie wsparcia osób z problemem alkoholowym oraz ich rodzin - grupy samopomocowe 2. Prowadzenie punktu informacyjnego 3. Prowadzenie grup wsparcia 4. Prowadzenie zajęć informacyjno-edukacyjnych oraz motywujących do podjęcia leczenia
VIII.	Poradnictwo specjalistyczne dla osób z problemem alkoholowym, ich rodzin oraz osób doświadczających przemocy w rodzinie	1. Porada prawna 2. Porada socjalna 3. Porada pierwszego kontaktu 4. Porada psychologiczna 5. Porada pedagogiczna 6. Porada rodzinna
IX.	Specjalistyczne działania konsultacyjno-interwencyjne dla osób z problemem alkoholowym, ich rodzin oraz osób doświadczających przemocy w rodzinie	1. Prowadzenie punktu konsultacyjnego 2. Obdukcja lekarska 3. Specjalistyczna konsultacja lekarska 4. Interwencja Kryzysowa 5. Obsługa ambulansu interwencyjnego 6. Prowadzenie specjalistycznych badań lekarskich kwalifikujących do udziału w zajęciach sportowych
X.	Działania resocjalizacyjno - opiekuńcze wobec osób uzależnionych	Zabezpieczenie trzeźwienia w warunkach kontrolowanych
XI.	Wczesna interwencja	1. Krótka interwencja. 2. Porada i wykonanie wystandaryzowanych testów przesiewowych AUDIT
XII.	Podnoszenie kwalifikacji zawodowych osób związanych z profilaktyką i terapią uzależnienia od alkoholu	1. Szkolenia 2. Warsztaty 3. Wykłady 4. Superwizje

Złożoność zjawiska implikuje konieczność integracji oddziaływań związanych z leczeniem uzależnienia i chorób współistniejących, oddziaływań socjalno-prawnych związanych z uzyskaniem stałego miejsca pobytu, unormowaniem sytuacji prawnej, ze szczególnym uwzględnieniem działań związanych z aktywizacją zawodową. Dodatkowym problemem, który często dotyka rodziny z problemem alkoholowym jest ubóstwo materialne, które w efekcie może prowadzić do wykluczenia społecznego. Osłabienie funkcji opiekuńczo-wychowawczej rodziny naraża w szczególny sposób dzieci i młodzież wychowującą się w takiej rodzinie, a przy braku wsparcia i pomocy socjoterapeutycznej dzieci z rodzin z problemem alkoholowym stanowią grupę najwyższego ryzyka. Żyjąc w rodzinie z problemem alkoholowym, bywa, że sami też szukają takich form spędzania czasu wolnego, które wiążą się ze spożywaniem alkoholu. Negatywne wzorce wyniesione z domu są także często powtarzane w ich dorosłym życiu[10].

4. Organizacja opieki nad osobami uzależnionymi – przykład Miejskiego Ośrodka Profilaktyki i Terapii Uzależnień im. Bł. R. Chylińskiego w Łodzi

Na strukturę organizacyjną Ośrodka składają się trzy podstawowe jednostki organizacyjne: Zakład Medycyny Uzależnień (ZMU), Zakład Psychoterapii Uzależnień, Zakład Rehabilitacji i Readaptacji, w skład których wchodzą poszczególne komórki organizacyjne (tab. 2)[11].

[10] Uchwała NR XXXII/635/12 Rady Miejskiej w Łodzi z dnia 22 lutego 2012 r. w sprawie przyjęcia Miejskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na rok 2012 oraz Miejskiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na rok 2012.

[11] Uchwała Nr XXXVII/726/08 Rady Miejskiej w Łodzi z dnia 9 lipca 2008 r. w sprawie zatwierdzenia statutu Miejskiego Ośrodka Profilaktyki i Terapii Uzależnień im. Bł. Rafała Chylińskiego w Łodzi.

Tabela 2. Struktura Ośrodka – jednostki i komórki organizacyjne

Zakład Medycyny Uzależnień	Zakład Psychoterapii Uzależnień	Zakład Rehabilitacji i Readaptacji
Oddział przyjęć Oddział Diagnostyczno-Obserwacyjny Oddział Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych (OLAZA) Poradnia Leczenia Uzależnień	Poradnia Leczenia Uzależnień Poradnia Terapii Uzależnienia od Substancji Psychoaktywnych Poradnia Psychologiczna Poradnia Promocji Zdrowia Oddział Leczenia Uzależnień Oddział Dzienny Terapii Uzależnienia od Alkoholu	Hostel – noclegownia etap I Hostel – noclegownia etap II Hostel – noclegownia etap III Hostel dla sprawców przemocy domowej – noclegownia

Jak wynika z danych statystycznych Ośrodka do **Zakładu Medycyny Uzależnień (ZMU)** trafia rocznie ok. 15–20 tysięcy osób (ok. 1500 miesięcznie, ok. 50–70 dziennie). Większość z nich stanowią mężczyźni (80–90%), osoby niepracujące (80%), przebywające w tej placówce więcej niż dwa razy w skali roku (65%). Blisko 40% z nich to osoby przywiezione do ZMU bezpośrednio z ulicy, a ponad 50% – w wyniku interwencji Policji, podczas awantur w miejscach publicznych lub w domu. Do ZMU w 2010 roku przyjęto ogółem 18.742 osoby, z czego 89% stanowili mężczyźni. Najwięcej osób znajdowało się w przedziale wiekowym 30–50 lat, czyli w wieku produkcyjnym (8876 osób, co stanowiło 47,3%) oraz w przedziale wiekowym powyżej 50 lat (7990 osób, co stanowiło 42,6%). Powyższe dane pozwalają zaklasyfikować pacjentów ZMU jako grupę społeczną wysokiego ryzyka, obciążoną chorobami i związaną z licznymi patologiami życia społecznego. U pacjentów leczonych w ZMU do najczęściej obserwowanych schorzeń należy zaliczyć: odmrożenia, zranienia i urazy, cukrzycę, nadciśnienie, chorobę niedokrwienną serca, astmę oskrzelową, choroby naczyń obwodowych, napady padaczkowe, krwotoki w obrębie OUN, choroby skóry oraz choroby pasożytnicze. W komórkach organizacyjnych ZMU realizowane są różnorodne świadczenia. W Oddziale Przyjęć świadczenia udzielane są całodobowo i obejmują diagnozę stanu pacjenta, badanie lekarskie, badania na obecność alkoholu w organizmie, testy na obecność narkotyków, badania laboratoryjne (np. poziom cukru, równowaga kwasowo-zasadowa, elek-

trolity, mocznik, kreatynina i inne, w zależności od potrzeb). W Oddziale Diagnostyczno-Obserwacyjnym wykonywane są świadczenia w warunkach stacjonarnych wobec osób dorosłych i nieletnich będących w stanie intoksykacji alkoholowej. Obejmują one postępowanie ukierunkowane na identyfikowanie cech uzależnienia oraz wczesne wykrywanie współistniejących schorzeń u osób z problemem alkoholowym, przerywanie ciągów alkoholowych, medyczną kontrolę trzeźwienia, zabiegi sanitarno-higieniczne. Oddział Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych realizuje świadczenia obejmujące diagnostykę i leczenie w warunkach stacjonarnych osób z alkoholowym zespołem abstynencyjnym oraz motywowanie do dalszej terapii uzależnienia, leczenie niepowikłanych alkoholowych zespołów abstynencyjnych, łagodzenie ostrych nawrotów zespołu zależności, motywowanie do zmiany stylu życia i wskazywanie możliwości dalszej pomocy. Poradnia Leczenia Uzależnień realizuje podstawowy program psychoterapii uzależnienia od alkoholu (program terapeutyczny ma charakter programu tzw. „niskoprogowego", tzn. złamanie abstynencji przez pacjenta nie skutkuje dla niego usunięciem z programu leczenia, jedynym warunkiem uczestnictwa w zajęciach jest trzeźwość w dniu zajęć). Udzielane są także indywidualne świadczenia zapobiegawczo-lecznicze osobom uzależnionym od alkoholu oraz podejmowane działania diagnostyczne w zakresie uzależnienia oraz związanych z tym szkód zdrowotnych, oddziaływania farmakologiczne wspomagające psychoterapię uzależnień. Poradnia prowadzi również działania konsultacyjno-edukacyjne dla członków rodzin osób uzależnionych oraz Niebieską Linię służącą pomoc ofiarom przemocy w rodzinie.

W kolejnej jednostce organizacyjnej Ośrodka, tj. **Zakładzie Psychoterapii Uzależnień (ZPU),** zarejestrowanych jest prawie 11 tys. osób uzależnionych i współuzależnionych. W 2010 roku przyjęto 2051 osób (przyjęcia pierwszorazowe), w tym uzależnieni – 1642, współuzależnieni – 367, narkomani – 42. W poszczególnych komórkach organizacyjnych realizowane są następujące zadania. Poradnia Leczenia Uzależnień i Poradnia Terapii Uzależnienia od Substancji Psychoaktywnych podejmuje działania polegające na realizacji programów psychoterapii uzależnień i psychoterapii współuzależnienia, udzielanie indywidualnych świad-

czeń zapobiegawczo-leczniczych osobom uzależnionym i ich rodzinom (działania diagnostyczne w zakresie uzależnienia oraz związanych z tym szkód zdrowotnych, oddziaływania farmakologiczne wspomagające psychoterapię uzależnień), udzielanie konsultacji specjalistycznych dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarzy rodzinnych. Program terapii uzależnienia ma charakter intensywnego programu „wysokoprogowego", który zakłada zawarcie kontraktu z osobą uzależnioną, w którym zobowiązuje się ona do utrzymywania abstynencji w trakcie procesu leczenia. Poradnia Psychologiczna obejmuje oddziaływania polegające na rozpoczęciu lub weryfikacji procesu diagnostyczno-terapeutycznego mającego na celu pogłębienie diagnostyki osobowości oraz ocenę predyspozycji psychicznych pod kątem uzależnień, udzielaniu wsparcia psychologicznego w sytuacjach trudnych, wspieraniu i utrzymywaniu mocnych cech pacjenta potrzebnych do zapobiegania uzależnieniom. Poradnia Promocji Zdrowia realizuje świadczenia polegające na przekazywaniu wiedzy na temat zaburzeń związanych z uzależnieniami, czynników ryzyka i sposobów ich eliminowania, wzmacnianiu kompetencji potrzebnych do zapobiegania uzależnieniom, podejmowaniu działań na rzecz ochrony oraz poprawy stanu zdrowia ludności poprzez organizowanie i prowadzenie działalności profilaktycznej oraz kształtowanie postaw sprzyjających zdrowiu. Poradnia prowadzi także ewaluację MPPiRPA w placówkach realizujących zadania. Realizowane są także szkolenia dla pracowników różnych grup zawodowych, a w szczególności pracowników podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie wczesnej diagnozy i krótkiej interwencji wobec osób uzależnionych i pijących szkodliwie, studentów uczelni medycznych w zakresie wiedzy i umiejętności na temat uzależnienia i współuzależnienia. Poradnia wspiera także działania placówek podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie wczesnej diagnozy i krótkiej interwencji oraz udziela, w razie potrzeby, konsultacji (telefonicznej) lekarzom, współpracuje z placówkami zajmującymi się rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz z grupami samopomocowymi. Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu realizuje świadczenia obejmujące diagnostykę, leczenie i rehabilitację osób uzależnionych od alkoholu oraz działania konsultacyjno-edukacyjne dla rodzin osób uzależnionych. Prowadzi także zadania polegające na realizacji programów psychoterapii uzależnień w warunkach oddziału zamkniętego,

obserwacji nakierowanej na wykrywanie współistniejących schorzeń u osób uzależnionych od alkoholu oraz farmakoterapię schorzeń współwystępujących. Oddział Dzienny Terapii Uzależnienia od Alkoholu realizuje świadczenia obejmujące diagnostykę, leczenie i rehabilitację osób uzależnionych i współuzależnionych od alkoholu, a także osób ryzykownie pijących, działania konsultacyjno-edukacyjne dla rodzin osób uzależnionych. Świadczenia te wykonywane są w trakcie pobytu dziennego.

Zakład Rehabilitacji i Readaptacji (ZRR) obejmuje hostele (noclegownie). W hostelach umieszczani są pacjenci, którzy wymagają podjęcia działań nakierowanych na ponowne włączenie ich do systemu życia społecznego. Zamiast trafiać z powrotem do swego środowiska są tu motywowani do podjęcia leczenia w ramach Ośrodka, poddawani psychoterapii i ewentualnie kierowani do innych instytucji systemu. W ten sposób zapewniona jest ciągłość procesu terapeutycznego oraz rehabilitacyjnego. Warto podkreślić, że występująca w Łodzi ogromna skala zagrożeń zdrowotnych i elementarnych potrzeb wymaga poszukiwania i zastosowania prostych i skutecznych metod. Przykładowo, zapewnienie dostępności do prostego zestawu badań laboratoryjnych pozwala zdiagnozować wiele groźnych stanów chorobowych współistniejących i ukrytych w tle upojenia alkoholowego. Zapewnienie niezbędnych zabiegów sanitarno-higienicznych (mycie, dezynsekcja, zmiana odzieży) zwiększa szanse na uzyskanie pomocy medycznej w ogólnodostępnych placówkach medycznych. Prowadzenie hostelu dla najbardziej potrzebujących umożliwia leczenie wielu chorób, co w częstych przypadkach (np. infekcje, cukrzyca, choroby skórne pasożytnicze) zapobiega ich rozwojowi i zmniejsza ogólne koszty ich leczenia w systemie ochrony zdrowia. W Hostelu etapu I pacjent poddawany jest działaniom diagnostyczno-motywacyjnym. Zostaje otoczony opieką terapeutyczną. Nabiera sił, zdrowieje, rozpoznaje własne aktualne deficyty i pod kierunkiem terapeuty zostaje opracowany dalszy plan postępowania odnośnie jego „zdrowienia". W Hostelu etapu II pacjentowi zostaje udzielona pomoc w zakresie zdobycia i uzupełnienia wszelkich obowiązków administracyjnych, jak np. wyrobienie dowodu osobistego, uzyskanie statusu osoby ubezpieczonej, itd. Po zrealizowaniu tych zadań, pacjent kierowany jest do ZPU w celu podjęcia Podstawowego Programu Terapii Uzależnień

(PPTU). Do Hostelu etapu III pacjent trafia o ile deklaruje gotowość do uczestnictwa w terapii uzależnień. Jest to podstawowy warunek pozostania (pobytu) w hostelu i uczestnictwie w Systemie Wychodzenia z Bezdomności. W ramach tego Systemu, pacjent zostaje przygotowywany do podjęcia życia na „własną odpowiedzialność". Cel ten realizuje się poprzez udzielanie pomocy w zakresie podjęcia poszukiwań pracy (podania, zaświadczenia, motywacja, kontakty z Urzędem Pracy). Zostają podjęte działania mające na celu zaopatrzenie socjalne pacjenta (lokal, grupy inwalidzkie, DPS, schroniska). Jednym z warunków wyjścia z bezdomności jest poradzenie sobie z problemem uzależnienia, a rozwiązanie tego problemu z kolei daje większą szansę na poradzenie sobie z bezdomnością, jako że nadużywanie alkoholu i bezdomność niezwykle często idą w parze [Zieliński, 2005, s. 71–87].

Ośrodek – jako jedna z niewielu tego typu instytucji w Polsce – podjął się reedukacji sprawców przemocy w rodzinie izolując ich od ofiar. Sprawcami aktów przemocy są zazwyczaj mężczyźni znajdujący się pod wpływem alkoholu, natomiast ofiarami zwykle bywają dzieci, kobiety oraz osoby starsze. Sprawcy przemocy zostają umieszczeni w hostelu i tam poddawani reedukacji i resocjalizacji w ramach tzw. „Programu edukacyjno-korekcyjnego dla sprawców przemocy w rodzinie". Hostel – noclegowania dla sprawców przemocy – to miejsce czasowego zakwaterowania z wyżywieniem oraz opieką socjalno-medyczną dla sprawców przemocy. Ponieważ przemoc jest często związana z problemem alkoholowym to świadczenia obejmują także realizację terapii uzależnienia i współuzależnienia w formie indywidualnej i grupowej oraz profilowane programy dotyczące m.in. nieagresywnego rozwiązywania konfliktów społecznych i rodzinnych.

Wszystkie zadania realizowane przez Ośrodek są finansowane z różnych źródeł środków publicznych: kontraktów z NFZ, środków z budżetu Miasta (środki tzw. kapslowe i pozakapslowe), innych (np. dotacje centralne, środki unijne). Łączna kwota na zadania wynosi nieco ponad 7,8 mln zł rocznie, z czego ok. 2,6 mln zł (ok. 30%) pochodzi z kontraktów z NFZ[12].

[12] „Strategia dla Miejskiego Ośrodka Profilaktyki i Terapii Uzależnień", dokument wewnętrzny jednostki z 2011 r., niepublikowany.

5. Zasady wyboru interwencji dostosowanej do potrzeb pacjenta

W opiece nad osobą uzależnioną ważny jest właściwy wybór interwencji, pozwalający na wejście do systemu i skorzystanie z tych świadczeń, które są niezbędne.

Pacjenci dowożeni lub zgłaszający się do ZMU są badani przez lekarza dyżurnego Oddziału Przyjęć w celu oceny stanu zdrowia, potwierdzenia obecności alkoholu w organizmie, postawienia diagnozy i ukierunkowania dalszego postępowania. W celu zwiększenia możliwości diagnostycznych ZMU zapewnia dostęp do podstawowych badań laboratoryjnych i testów na obecność narkotyków. Pacjenci są przyjmowani po wyrażeniu zgody na umieszczenie w ZMU lub wbrew swej woli, zgodnie z ustawą o wychowaniu w trzeźwości. Pacjenci nie wymagający leczenia w Ośrodku, w zależności od wskazań lekarskich, są kierowani do innych placówek służby zdrowia, zwalniani do domu lub umieszczani w Policyjnej Izbie Zatrzymań. Pacjenci zgłaszający się do Ośrodka są diagnozowani w zakresie uzależnienia i współuzależnienia oraz związanych z tym szkód zdrowotnych. Pacjenci współuzależnieni, po udzieleniu konsultacji, kierowani są do Zakładu Psychoterapii Uzależnień. Pacjenci uzależnieni, a nie wymagający umieszczenia w Hostelu w zależności od wskazań podlegają postępowaniu medycznemu ukierunkowanemu na leczenie szkód zdrowotnych związanych z używaniem substancji psychoaktywnych lub oddziaływaniom farmakologicznym wspomagającym abstynencję w Poradni Leczenia Uzależnień, oddziaływaniom psychoterapeutycznym w ramach programu „niskoprogowego" w Poradni lub „wysokoprogowego" w ZPU. Każdy pacjent uzależniony, zakwalifikowany do leczenia psychoterapeutycznego, włączony zostaje do Podstawowego Programu Terapii Uzależnienia (PPTU). Pacjenci, którzy przerwali abstynencję, a chcą kontynuować leczenie, są kwalifikowani i motywowani do podjęcia leczenia w formie całodziennej lub całodobowej w ramach PPTU, jednocześnie mogą przyjmować leki wspomagające abstynencję. Pacjenci, którzy mają znaczące trudności w utrzymywaniu abstynencji, otrzymują propozycję podjęcia terapii w ramach programu niskoprogowego realizowanego na terenie ZMU, gdzie podsta-

wowym wymogiem uczestnictwa w programie jest trzeźwość w dniu zajęć terapeutycznych.

Ten system oddziaływań pozwala utrzymać pacjenta w procesie leczenia, w trakcie którego na każdym etapie zdrowienia pacjent otrzymuje adekwatną do swoich indywidualnych potrzeb formę pomocy.

6. Podsumowanie

Przyjęte rozwiązania mające charakter systemowych i opartych na kompleksowości działań zdecydowanie zwiększyło efektywność oddziaływań nakierowanych na populację osób uzależnionych i ich rodzin. Nastąpiło to poprzez wczesne identyfikowanie cech uzależnienia oraz wczesne wykrywanie innych problemów zdrowotnych u osób z problemem alkoholowym. Ważną rolę odgrywa zwiększenie różnorodności sposobów oddziaływania w celu dostosowania interwencji do wagi problemu spowodowanego alkoholem u poszczególnych osób (poczynając od prostych interwencji kryzysowych, aż do opieki nad osobami głęboko zdegradowanymi). Niezbędne okazało się identyfikowanie alkoholizmu jako zjawiska powiązanego z biedą, bezdomnością, izolacją społeczną, innymi uzależnieniami, a w konsekwencji z występowaniem licznych chorób somatycznych, celem wczesnego wykrywania problemów zdrowotnych i ich leczenia. Szczególnie ważne okazało się zwiększenie dostępności do świadczeń w zakresie leczenia uzależnień oraz readaptacji dla pacjentów ze środowisk skrajnie ubogich i dotkniętych patologią społeczną. Integracja całości oddziaływań medycznych i terapeutycznych zapobiega w dużej mierze "odpływowi" pacjentów na poszczególnych etapach działań.

Realizacja systemu wymaga zapewnienia ewaluacji oddziaływań na osoby uzależnione i ich rodziny poprzez zaplanowany monitoring dostępności, skuteczności oraz efektywności ekonomicznej różnych kategorii interwencji, który będzie dostarczał danych niezbędnych do alokacji środków finansowych. Konieczne jest włączanie pacjenta i jego rodziny do zintegrowanego systemu leczenia i opieki, propagowanie – w profesjonalnym oraz społecznym podejściu do problematyki uzależnień –

odejścia od systemu represji na rzecz racjonalizacji działań w stosunku do tej kategorii wykluczenia społecznego oraz systematyczna optymalizacja kosztów funkcjonowania systemu.

Powyższa organizacja opieki nad osobami uzależnionymi odpowiada także rekomendacjom unijnym w zakresie polityki przeciwalkoholowej dotyczącym m.in. poradnictwa w zakresie ryzykownego i szkodliwego picia ora uzależnienia od alkoholu [Anderson, Baumberg 2006, s. 121–137].

Powyższe efekty zaobserwowane w ujęciu jakościowym wymagają dla pełniejszego zilustrowania także danych ilościowych. Obecnie przygotowywany jest system ewaluacji działań uwzględniający także ocenę satysfakcji pacjentów. Jak bowiem wskazują liczne badania ocena taka stanowi ważny element zarządzania opieką zdrowotna nastawioną na potrzeby odbiorcy [Krakowiak, Kocemba, Marjański, Bogusz, Kowalska, 2010, s. 119–128].

Literatura

Anderson P., Bamberg B., *Alkohol w Europie: perspektywa zdrowia publicznego Raport dla Komisji Europejskiej – Podsumowanie*, „Alkoholizm i Narkomania", 2006, nr 2.

Biuletyn Statystyczny – Psychiatria 1960–1969, Instytut Psychoneurologiczny Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia, Warszawa 1973.

Bujalski M., *Zagadnienia ograniczania popytu w polityce wobec alkoholu w Polsce w latach 1982-2005,* Alkoholizm i Narkomania 2009, tom 22: nr 4.

Chodkiewicz J., *Picie alkoholu oraz wiedza o jego działaniu wśród studentów łódzkich szkół wyższych*, „Alkoholizm i Narkomania", 2006, nr 2.

content&task=view&id=248&Itemid=186.

http://www.parpa.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=156&Itemid=16

Komitet Terapii Doświadczalnej PAN – Komisja Terapii Kontrolowanej, Komisja Terapii Kontrolowanej, Zespół do Oceny Stanu Lecznictwa Przeciwalkoholowego, Raport Nr 1: Aktualny stan lecznictwa przeciwalkoholowego w Polsce (red. S. Cwynar), „Polski Tygodnik Lekarski", 1974, T. XXIX, Nr 51. s. 2233-2235.

Krakowiak J., Kocemba W., Marjański A., Bogusz K., Kowalska A., *Wpływ czynników socjalno-demograficznych na ocenę opieki lekarskiej w oddziałach szpitalnych w Szpitalu Powiatowym w Brzezinach*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie", 2010, t. XI, z. 7.

Kumański K., Opieka zdrowotna nad osobami dotkniętymi problemem alkoholowym. System zintegrowany, „Edukacja Zdrowotna", 2004, nr 2.

Litmanowicz M., Moskalewicz J., *Wielkość i struktura spożycia alkoholu w różnych krajach*, [w:] red. I. Wald, Alkohol oraz związane z nim problemy społeczne i zdrowotne, Warszawa 1986.

Miturska E., Dąbrowska K., *Lecznictwo uzależnienia od alkoholu w Polsce w latach 1982-2005*, Alkoholizm i Narkomania 2009, tom 22: nr 4.

Nasierowski T., *Historia uzależnień*, Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej 2007, tom 7, nr 3.

Prochaska J.O., Di Clemente C.C., *Toward a comprehensive model of change*, [w:] W.R. Miller, N. Heather (red.) Treating addictive behaviors: Processes of change, New York, 1986.

„Strategia dla Miejskiego Ośrodka Profilaktyki i Terapii Uzależnień", dokument wewnętrzny jednostki z 2011 r., niepublikowany.

Uchwała nr 117 Rady Ministrów z dnia 5 maja 1972 r. w sprawie zaostrzenia walki z pijaństwem i alkoholizmem (Monitor Polski z 1972 r., Nr 30, poz. 163).

Uchwała nr XIX/243/03 Rady Miejskiej w Łodzi z dnia 24 września 2003 r. w sprawie likwidacji Izby Wytrzeźwień w Łodzi i przekazania zadań Miejskiemu Ośrodkowi Profilaktyki i Terapii Uzależnień im. Bł. Rafała Chylińskiego w Łodzi; Uchwała Nr LXVI/1244/06 Rady Miejskiej w Łodzi z dnia 19 kwietnia 2006 r. w sprawie przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej o nazwach: Miejski Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień im. Bł. R. Chylińskiego w Łodzi i Miejski Ośrodek Profilaktyczno-Terapeutyczny dla Dzieci i Młodzieży Zagrożonej Narkomanią w Łodzi.

Uchwała nr XXXII/635/12 Rady Miejskiej w Łodzi z dnia 22 lutego 2012 r. w sprawie przyjęcia Miejskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na rok 2012 oraz Miejskiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na rok 2012.

Uchwała nr XXXVII/726/08 Rady Miejskiej w Łodzi z dnia 9 lipca 2008 r. w sprawie zatwierdzenia statutu Miejskiego Ośrodka Profilaktyki i Terapii Uzależnień im. Bł. Rafała Chylińskiego w Łodzi.

Uchwała Rady Miejskiej w Łodzi, nr IV/47/98 Rady Miejskiej w Łodzi z dnia 9 grudnia 1998 r. w sprawie przekształcenia Miejskiego Ośrodka Profilaktyki i Terapii Uzależnień im. Bł. Rafała Chylińskiego z jednostki budżetowej w samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej.

Ustawa z dnia 10 grudnia 1959 r. o zwalczaniu alkoholizmu (Dz. U. z 1959 r., nr 60, poz. 434).

Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. 1982 nr 35 poz. 230).

Ustawa z dnia 27 kwietnia 1956 r. o zwalczaniu alkoholizmu (Dz. U. z 1956 r., Nr 12, poz. 62).

Wolański J., *Uwagi na temat lecznictwa psychiatrycznego w Polsce*, „Neurologia, Neurochirurgia i Psychiatria Polska", 1953, 1.

„Wyniki ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2005 r. na zlecenie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych przez PBS w Sopocie" - badania opublikowane na stronie http://www.parpa.pl/index.php?option=com_

Załącznik Nr 1 do MPPiRPA – Uchwała NR XXXII/635/12 Rady Miejskiej w Łodzi z dnia 22 lutego 2012 r. w sprawie przyjęcia Miejskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na rok 2012 oraz Miejskiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na rok 2012.

Zieliński A., *Nadużywanie alkoholu a bezdomność*, „Alkoholizm i Narkomania", 2005, nr 1–2.

PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ i ZARZĄDZANIE
Wydawnictwo SAN – ISSN 1733-2486
Tom XIII – Zeszyt 9 – 2012 – ss. 163–178

Adrianna Pawełaczak-Barszczowska – ZENTIVA PL
Iwona Bojar – IMW w Lublinie
Alfred Owoc – Lubuska Wyższa Szkoła Zdrowia Publicznego w Zielonej Górze
Adam Fronczak – Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Sprzedaż pozaapteczna leków OTC w małych miastach i wsiach w opinii społecznej

Social opinion on sales of OTC drugs in small cities and rural areas

Abstract: OTC term is derived from „over the counter" phrase and concerns products – not necessarily medicines – used by people with various health problems. In developed markets OTC drugs' share in pharmaceutical markets is diverse, varying between a few and several dozen percent.

The objective of this study was to assess opinions on sales of OTC drugs and conditions for their purchasing among residents of rural areas and small cities.

The study embraced residents of small cities and villages located in Lubelskie, Podkarbpackie, Lubuskie and Mazowieckie voivodeships. It was conducted in 2011, anonymous and voluntary. Authors' own questionnaire was used as a research tool. 2000 questionnaires were handed out and 1560 correctly filled ones were used in the study.

During the past year 38,9% of people from the surveyed group have purchased drugs outside a pharmacy. The reasons behind such decisions were immediate need for taking a medicine (61,32%), no access to a pharmacy at late hours (59,49%), need for taking a medicine when travelling (34,6%). Besides pharmacies, OTC drugs are usually acquired in shops and supermarkets (51,32%), gas stations (23,7%) or kiosks (22,72%).

According to most of the respondents the number of pharmacies is not sufficient to be able to purchase drugs at pharmacies only

(66,6%). Approximately 73% of the respondents agrees that OTC drugs should be sold outside pharmacies only at licensed stores. The opinions vary based on age, education level, gender and place of residence.

Key words: OTC drugs, non-prescription drugs, rural area, small city.

1. Wstęp

W samoleczeniu pacjenci używają różnych „środków leczniczych", różnie je opisują i nazywają. Podobnie farmaceuci i lekarze stosują różne terminy takie jak: leki dostępne bez recepty, leki OTC, preparaty OTC, parafarmaceutyki, dietetyczne środki spożywcze, nutraceutyki, kosmeceutyki. Wszystkie te pojęcia należy jednoznacznie odnieść do stosowania ich zwanego „samoleczeniem" [1, 2–7].

Sam termin OTC pochodzi wprost od wyrażenia „over the counter" i oznacza produkty – a więc niekoniecznie leki – stosowane w różnych problemach zdrowotnych dostępne przez pacjenta poza „ladą aptekarza" [6, 8–11]. Termin ten wywodzi się ze Stanów Zjednoczonych, gdzie nie ma praktycznie aptek jako takich, a sprzedaż leków realizowana jest w obrębie sklepów typu drogeria, hipermarket itd. Leki dostępne bez recepty kupuje się tak samo jak inne produkty w sklepie, innymi słowy, preparaty OTC kupuje się w USA bez udziału farmaceuty, aczkolwiek pacjent może podejść do „lady aptecznej" znajdującej się w sklepie aby poradzić się. Jednak sprzedaż tych środków nie jest w żaden sposób ograniczona prawnie do tego typu placówek detalicznych, tj. takich, w których jest „lada apteczna" i stojący za nią farmaceuta.

Powszechnie stosowany, zarówno przez pacjentów, jak i przez farmaceutów i lekarzy termin „leki dostępne bez recepty" nie pokrywa się znaczeniowo z prawnym terminem „produkt leczniczy dostępny bez recepty" [2–3, 5–6].

Z formalnego punktu widzenia, leki OTC spełniają te same kryteria skuteczności klinicznej i jakości farmaceutycznej tj. zgodność z Farmakopeą Polską lub inną uznaną obecnie Farmakopeą Europejską, co leki wydawane na receptę. Obowiązują je również te same warunki dopuszczenia do rynku tj. rejestracja, produkcja, zwolnienie do obrotu, zasady dys-

trybucji i kontrola nad farmakoterapią [12]. Zatem jedyną formalną różnicą jest administracyjny status dostępności dla pacjenta.

Zjawisko samoleczenia można badać i analizować na wiele sposobów. Jednak punktem wyjścia i podstawą do dalszych analiz i interpretacji jest analiza rynku produktów dostępnych bez recepty (produktów OTC). W krajach rozwiniętych wartościowy udział tych leków w całym rynku farmaceutycznym waha się od kilku do kilkudziesięciu procent [1, 2, 13, 14] .

W chwili obecnej samoleczenie jest już w Polsce niewątpliwie ważnym elementem zdrowia publicznego, którego zakres i rozmiar należy badać i analizować w różnych wymiarach i aspektach. Jako zjawisko społeczne, ma ono bowiem aspekt nie tylko zdrowotny, ale również etyczny, świadomościowy i finansowy [1, 15–17]. Ze względu na swój rozmiar, różnorodność i ciągły rozwój, poziom, istotność i konsekwencje samoleczenia, zjawisko to należy nie tylko monitorować, ale wyraźnie wpisać w politykę lekową państwa.

2. Cel badania, metodyka, wyniki badań

Celem niniejszego badania było poznanie opinii na temat sprzedaży i analiza uwarunkowań nabywania leków OTC przez mieszkańców wsi i małych miasteczek.

Badaniem objęto mieszkańców małych miasteczek (do 5 tys. mieszkańców) oraz wsi województwa lubelskiego, podkarpackiego, lubuskiego i mazowieckiego. Badanie przeprowadzono w pierwszej połowie 2011 roku. Narzędziem badawczym była ankieta własnego autorstwa zawierająca 30 pytań. Uczestników rekrutowano w losowo wybranych sklepach, supermarketach i aptekach zlokalizowanych w małych miasteczkach i wsiach na terenie wymienionych województw. Rozdano 2000 ankiet, z czego otrzymano z powrotem 1672 ankiety. Po odrzuceniu niepełnych i nieprawidłowo wypełnionych ankiet do dalszej analizy zakwalifikowano 1560 ankiet. Badanie było dobrowolne i anonimowe.

Dokonano testowania istotności statystycznej zależności pomiędzy zmiennymi za pomocą testu χ^2 Pearsona, badającego niezależność $m \geq 2$ cech jakościowych wyrażonych skalach nominalnych. Weryfikacja testu polegała

na wyliczeniu wartości funkcji χ^2 i porównaniu ich z postulowanymi przez hipotezę zerową wartościami liczbowymi tej funkcji, przyjmując za prawdopodobieństwo popełnienia błędu wartości p=0,05, p=0,02, p=0,01 lub p=0,001.

Badaniem objęto 1560 osób zamieszkujących wsie i małe miasteczka.

Większość badanych oceniła swój stan zdrowia jako dobry (48,14%). Po około ¼ ankietowanych uważa swój stan zdrowia za zadowalający (21,02%) oraz bardzo dobry (20,79%). Mniej osób ocenia stan zdrowia jako słaby (7,77%). Tylko 1,41% ankietowanych uważa, że ma zły stan zdrowia. Spośród 1560 ankietowanych blisko jedna trzecia (31,66%) przyznała, że cierpi na chorobę przewlekłą.

Tab. 1 Charakterystyka społeczno-demograficzna badanych osób.

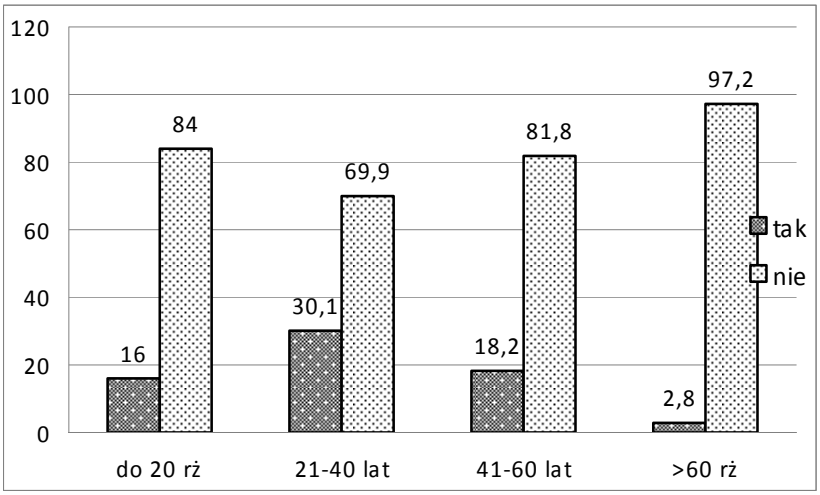
WIEK				PŁEĆ	
do 20 lat	21-40 lat	41-60 lat	powyżej 60 lat	kobieta	mężczyzna
4%	26%	35%	35%	62,4%	37,6%
WYKSZTAŁCENIE				MIEJSCE ZAMIESZKANIA	
wyższe	średnie	zawodowe	podstawowe	wieś	miasteczko
28,33%	51,83%	15,6%	4,24%	59,2%	40,8%
STAN CYWILNY					
panna/ kawaler	zamężny/a	rozwiedziony/a	wdowiec/wa		
24,3%	66,7%	6,8%	2,2%		
CHARAKTER PRACY					
umysłowa	z przewagą umysłowej	fizyczna	z przewagą fizycznej	nie pracuję	uczę się
23,3%	8,7%	26,61%	10,47%	11,72%	19,2%

Z przeprowadzonego badania wśród mieszkańców wsi i małych miasteczek wynika, że ponad 60% osób podaje, że w ich miejscowości jest apteka, niemniej 38,4% osób nie ma dostępu do apteki w miejscu swojego zamieszkania. Dostęp do apteki w swojej miejscowości przez całą dobę ma 17,63% ankietowanych. W ciągu ostatnich 12 miesięcy leki

poza apteką kupowało 38,9% osób z badanej grupy, 61,1% badanych nie robiło takich zakupów poza apteką.

Leki poza apteką kupowały przede wszystkim osoby z grupy wiekowej od 21 do 40 lat (30,1%), nieco mniej osób z grupy wiekowej od 41 do 60 lat i do 20 roku życia (odpowiednio 18,2% i 16% z badanych grup). Najmniej osób, które kupowały leki poza apteką w ciągu ostatniego roku było w najstarszej grupie wiekowej (2,8%). ($p<0,05$)

Rysunek 1 Zakupy leków OTC poza apteką w ciągu ostatnich 12 miesięcy a wiek badanych

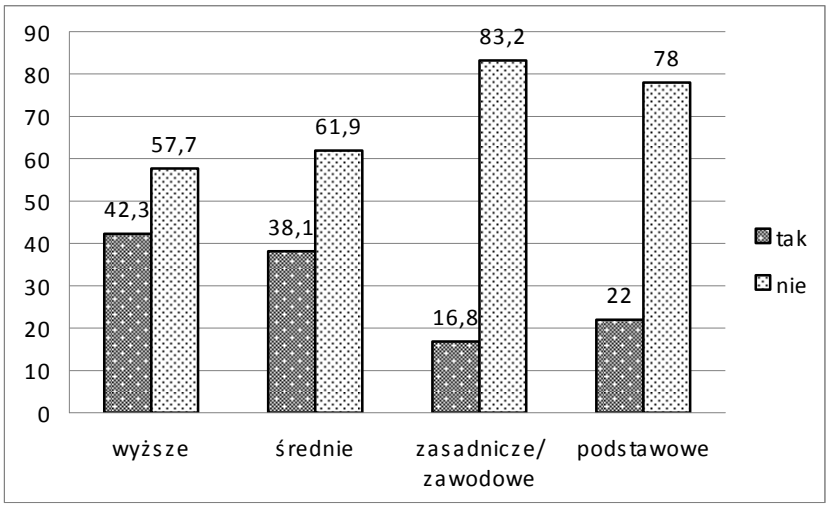


Można zaobserwować wzrost odsetka osób, kupujących leki poza apteką w ciągu ostatniego roku wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia badanych. Z grupy osób z wykształceniem wyższym 42,3% osób deklarowało, że kupowała leki poza apteką, wśród badanych z wykształceniem średnim 38,1% kupowała leki poza apteką. Najmniejszy odsetek osób kupujących leki poza apteką w ostatnim roku był wśród badanych z wykształceniem zasadniczym zawodowym (16,8%) ($p<0,05$).

Kobiety w mniejszym odsetku (21,3%) w porównaniu do mężczyzn (30,5%) kupowały leki poza apteką w ciągu ostatnich 12 miesięcy. ($p<0,05$). Badane osoby w 51,8% kupują leki w innych miejscach niż ap-

teka rzadziej niż raz w miesiącu, średnio raz w miesiącu poza apteką kupuje leki 10,86% respondentów. Około 34,5% ankietowanych podało, że nie kupuje leków poza apteką. Odpowiedzi badanych nie zależały od analizowanych cech socjodemograficznych.

Rysunek 2 Zakupy leków OTC poza apteką w ciągu ostatnich 12 miesięcy a wykształcenie badanych



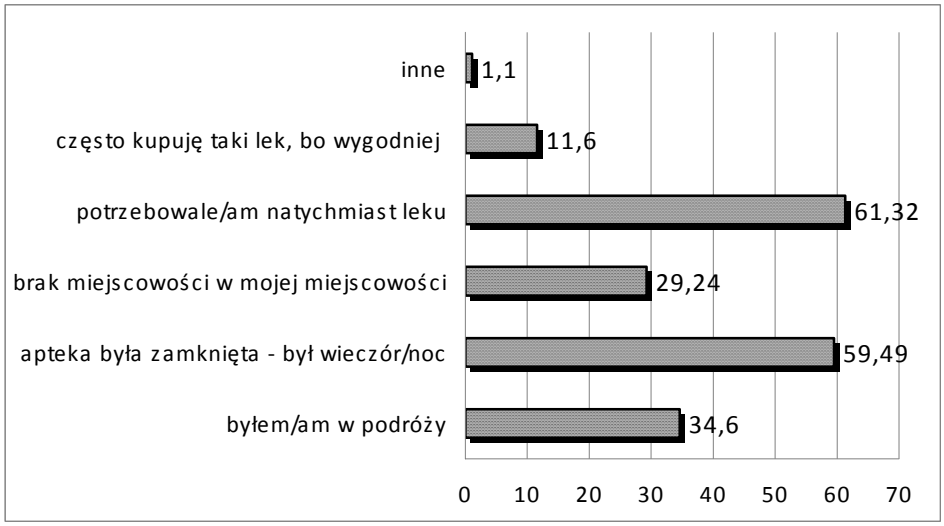
W badanej grupie 1021 osób podało, że kupowało w przeszłości leki bezreceptowe poza apteką. Osoby, które kiedykolwiek kupowały leki w innych miejscach niż apteką zapytano o sytuacje, które były przyczyną takich zakupów. Z grupy 1021 osób najczęstszym argumentem zakupu leków poza apteką były sytuacje, w których badani potrzebowali leku natychmiast (61,32%), następnymi przyczynami podawanymi przez ankietowanych były: brak dostępu do apteki w godzinach popołudniowych/wieczornych (59,49%), potrzeba zażycia leku podczas podróży (34,6%). Około 29,24% ankietowanych jako powód zakupu leków poza apteką podała brak dostępu do apteki w swojej miejscowości.

Dolegliwości, które skłaniają respondentów do zakupu leków w innych miejscach niż apteka to w kolejności od najczęściej podawanych: dolegliwości bólowe – 67,42%, wysoka temperatura – 52,35%, objawy

przeziębienia – 41,25%, ból gardła – 32,67% nadkwaśność/zgaga – 20,5%. Inne dolegliwości są rzadko podawane przez respondentów jako przyczyna zakupu leków poza apteką.

Poza apteką badani kupują leki dostępne bez recepty w największym odsetku w sklepach i supermarketach (51,32%), dosyć często kupują leki również na stacjach benzynowych (23,7%) oraz w kioskach (22,72%).

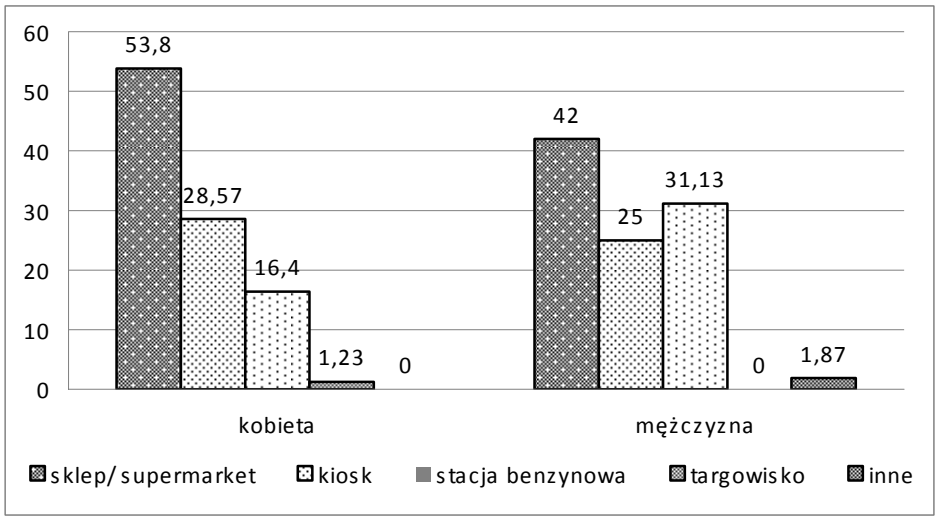
Rysunek 3. Powody kupowania leków OTC poza apteką



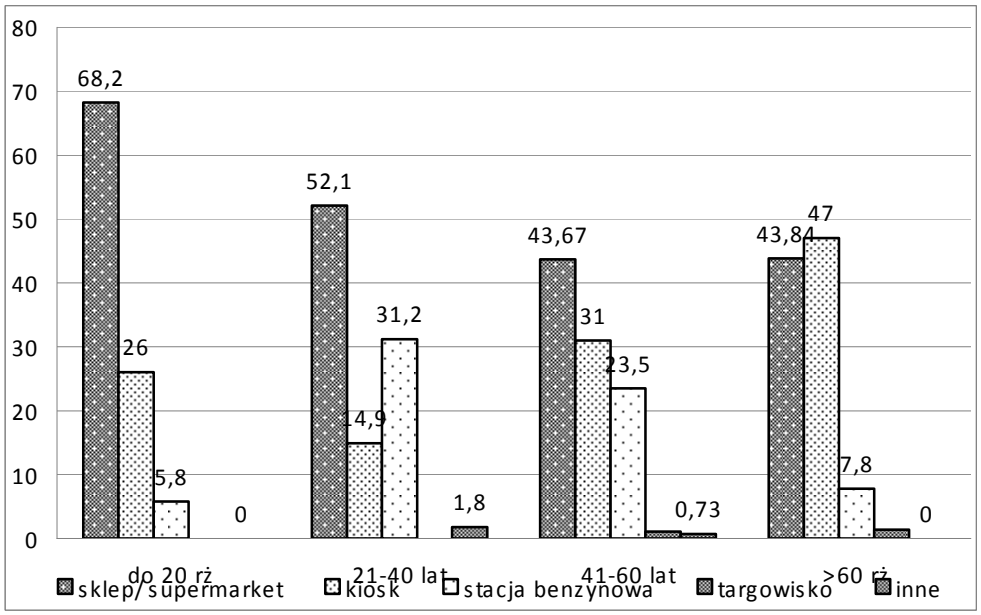
Miejsca, w których kupują leki badani zależą od ich płci. Kobiety częściej kupują leki w sklepach i supermarketach (53,8%), podczas gdy mężczyźni częściej kupują leki na stacjach benzynowych (31,13%). ($p<0,05$)

Wiek badanych również różnicował odpowiedzi dotyczące miejsca zakupu leków poza apteką. Można zauważyć, że wraz z wiekiem zmniejsza się odsetek badanych kupujących leki w sklepach i supermarketach, zwiększa się natomiast odsetek osób kupujących leki w kioskach. Na stacjach benzynowych kupują leki dostępne bez recepty przede wszystkim badani z grupy wiekowej od 21 do 40 lat (31,2%) i od 41 do 60 lat (23,5%). ($p<0,05$)

Rysunek 4 Miejsca zakupu leków OTC a płeć badanych



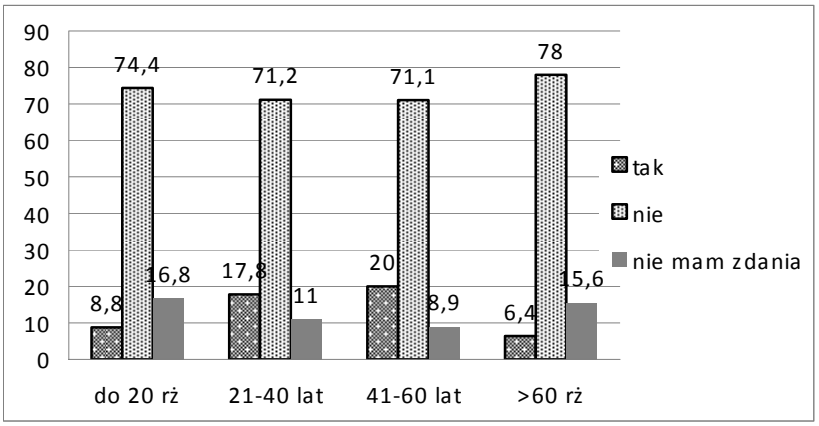
Rysunek 5. Miejsca zakupu leków OTC a wiek badanych



Zdaniem większości badanych (66,6%) dostępność aptek nie jest wystarczająca na tyle, żeby nie kupować leków poza apteką. Około 19,23% uważa, że dostęp do aptek jest wystarczający, 14,16% nie ma na ten temat zdania.

Częściej za wystarczającą dostępność do aptek uważali badani z grup wiekowych od 21 do 40 lat i od 41 do 60 lat (odpowiednio 17,8% i 20%) w porównaniu do badanych z najmłodszej i najstarszej grupy wiekowej (odpowiednio 8,8% i 6,4%) ($p<0,05$)

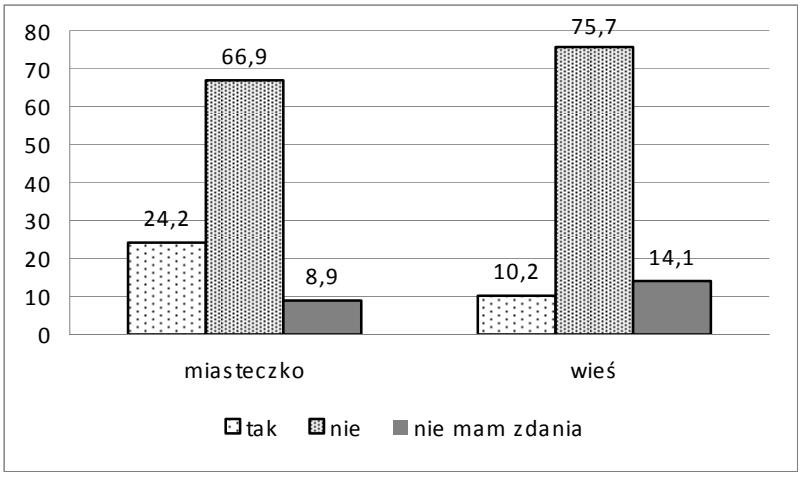
Rysunek 6. Czy dostępność do aptek jest wystarczająca aby nie kupować leków OTZ poza nimi a wiek badanych



Odpowiedzi na powyższe pytanie różnicuje miejsce zamieszkania badanych. Mieszkańcy wsi w większym odsetku uważają dostępność do aptek za niewystarczającą w porównaniu do mieszkańców małych miasteczek (odpowiednio 75,7% i 66,9% z badanych grup).

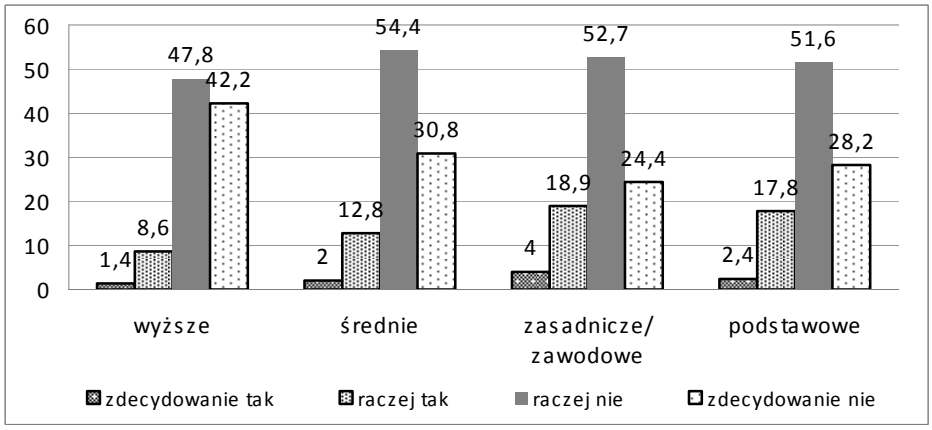
Blisko połowa badanych (49,8%) uważa, że leki dostępne bez recepty raczej nie powinny być sprzedawane wyłącznie w aptece, 1/3 badanych zdecydowanie uważa, że tego rodzaju leki nie powinny być sprzedawane wyłącznie w aptece. Około 17,3% ankietowanych jest zdania, że leki baz receptowe powinny być raczej dostępne w aptece, tylko 2,66% osób zdecydowanie wyraża taką opinię.

Rysunek 7. Czy dostępność do aptek jest wystarczająca aby nie kupować leków OTZ poza nimi a miejsce zamieszkania badanych



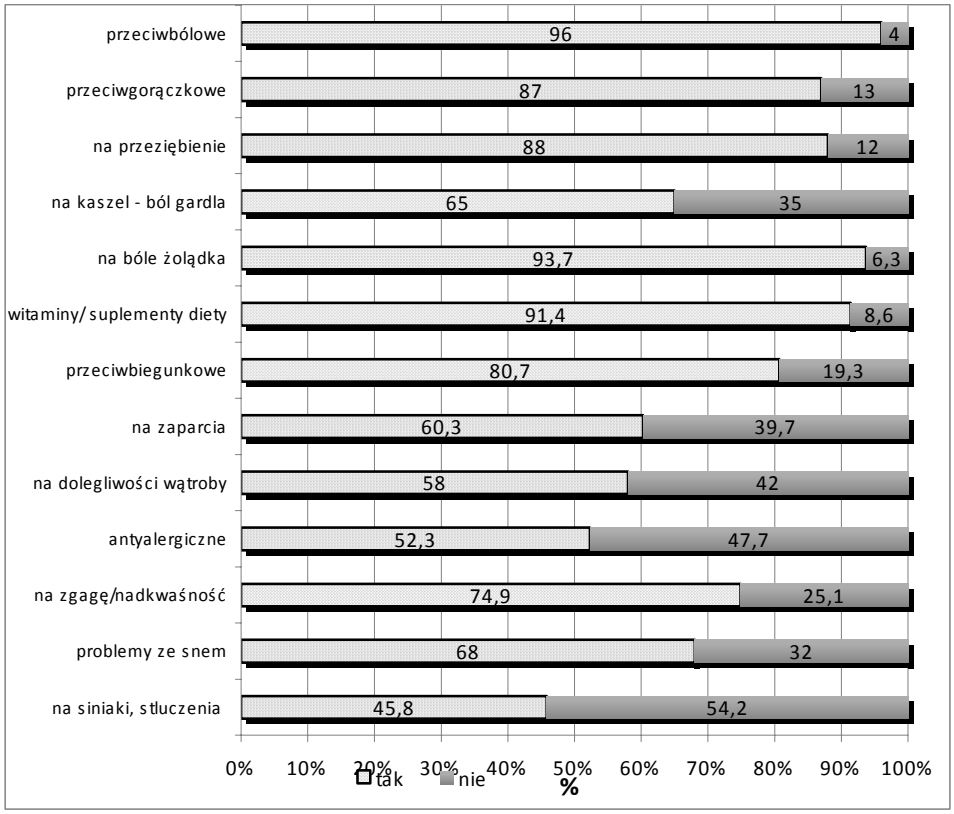
Badani z wykształceniem wyższym (42,2%) i średnim (30,8%) w wyższych odsetkach zdecydowanie uważają, że leki bez recepty nie powinny by sprzedawane wyłącznie w aptece, w porównaniu do innych grup (zasadnicze zawodowe – 24,4%, podstawowe – 28,2%).

Rysunek 8. Czy leki OTC powinny być sprzedawane wyłącznie w aptece a wykształcenie badanych



Zdaniem ankietowanych w innych miejscach niż apteka powinny by dostępne przede wszystkim takie leki jak: leki przeciwbólowe – 96%, leki na bóle żołądka – 93,7%, witaminy/suplementy diety – 91,4%, leki na przeziębienie – 88%, leki przeciwgorączkowe – 87%, leki przeciwbiegunkowe – 80,7%, leki na nadkwaśność/zgagę – 74,9%, leki na problemy ze snem – 68%, leki na kaszel – ból gardła – 65%, leki na dolegliwości wątroby – 58%, leki antyalergiczne – 52,3%, leki na siniaki, stłuczenia – 45,8%.

Rysunek 9. Jakie leki powinny być dostępne poza apteką?

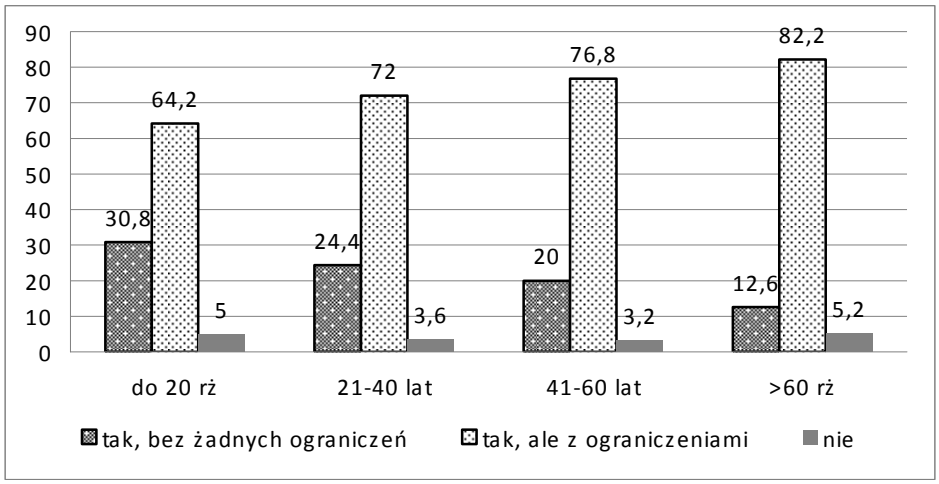


Około 73% ankietowanych jest zdania, że inne miejsca poza apteką powinny mieć prawo do sprzedaży leków bezreceptowych jeśli zdobędą

odpowiednią licencję. Około 22,9% badanych uważa, że nie powinno być ograniczeń w prawie do sprzedaży wybranych leków i preparatów bezreceptowych w takich miejscach jak supermarket czy stacja benzynowa. Tylko 4,1% jest przeciwna sprzedaży leków bez recepty poza apteką.

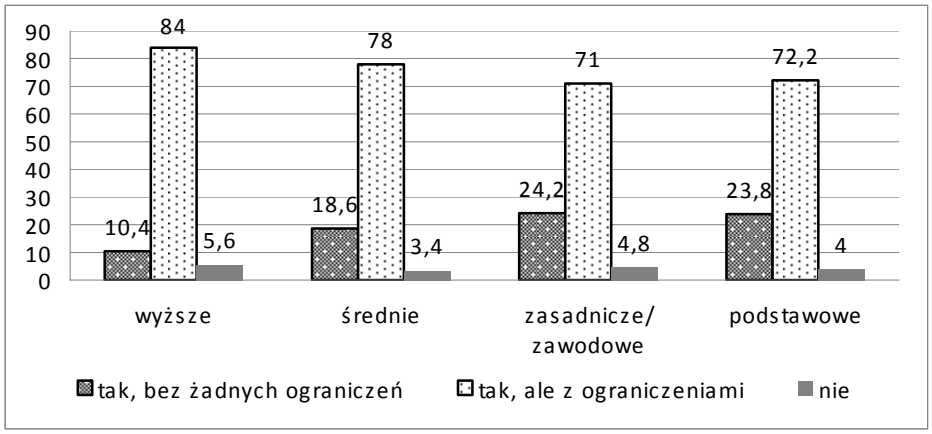
Wraz z wiekiem badanych zmniejsza się odsetek osób, które są za sprzedażą leków bez recepty bez ograniczeń co do miejsca, wzrasta natomiast odsetek osób, które uważają, że do sprzedaży leków bezreceptowych poza apteką potrzebne jest posiadanie licencji.

Rysunek 10. Czy inne miejsca poza apteką powinny mieć nieograniczoną możliwość sprzedaży leków OTC a wiek badanych



Wykształcenie badanych różnicuje odpowiedzi na powyższe pytanie. Wyższy poziom wykształcenia związany jest z częstszymi odpowiedziami, że prawo do sprzedaży poza aptecznej powinny mieć te miejsca, które zdobędą odpowiednią licencję, niższy poziom wykształcenia koreluje z opinią, że nie powinno być żadnych ograniczeń w prawie do sprzedaży wybranych preparatów poza apteką.

Rysunek 11. Czy inne miejsca poza apteką powinny mieć nieograniczoną możliwość sprzedaży leków OTC a wykształcenie badanych



Aby kupować leki bez recepty poza apteką swoją wiedzę jako wystarczającą ocenia 42,6% badanych, 17,4% uważa że ich wiedza jest niewystarczająca, 40% ankietowanych nie ma na ten temat zdania.

3. Dyskusja

Polski rynek farmaceutyczny jest jednym z najszybciej wzrastających rynków w Europie ze sprzedażą szacowaną na 20 miliardów złotych w roku 2009. Produkty lecznicze dzieli się na leki dostępne na receptę oraz bez recepty (OTC). Leki sprzedawane na receptę są nadal największym segmentem rynku zarówno pod względem wartości jak i wolumenu sprzedaży (68% rynku aptecznego). Dynamicznemu rozwojowi przemysłu farmaceutycznego sprzyja moda na zdrowy styl życia, która rozbudziła w społeczeństwie zainteresowanie preparatami o działaniu profilaktycznym i lekami bez recepty stosowanymi w samoleczeniu. Na świecie największą sprzedaż leków OTC odnotowuje się w USA – 37%, w Europie – 25%, w Japonii – 16%. Deklaracja Europejskiego Biura WHO w Kopenhadze z 1986 roku, określająca zakres produktów medycznych używanych samodzielnie przez pacjentów, przedstawia jednoznacznie definicję samoleczenia: „samoleczenie określa używanie lekarstw przez

konsumenta w leczeniu chorób lub objawów rozpoznawanych samodzielnie. W praktyce określenie to zawiera również leczenie wzajemne przez członków rodzin lub przyjaciół szczególnie, gdy leczone jest dziecko" [18].

W materiale własnym około 40% badanych kupowało leki OTC poza apteką. Częściej kupowały leki poza apteką osoby młodsze i z wyższym wykształceniem oraz mężczyźni. Ta sytuacja jest inna w stosunku do poprzednich badań na całej populacji polskiej, gdzie mężczyźni znacznie częściej niż kobiety nie kupowali leków bez recepty (27% mężczyzn i 9% kobiet) [19].

Kobiety według badań innych autorów generalnie kupują i zażywają więcej leków niż mężczyźni (prawie 66% kobiet i około 48% mężczyzn), zarówno leków na receptę jak i leków OTC [20].

Podobną tendencję dotyczącą wykształcenia zaobserwowano w badaniach gdzie stwierdzono, że im niższe wykształcenie tym mniej osób kupuje leki bez recepty [19].

Badanie przeprowadzone przez Pentor w 2002 roku przedstawiające postawy Polaków wobec samoleczenia pokazało skalę rozwijającego się zjawiska samoleczenia. W przypadku większości „popularnych" schorzeń Polacy chętnie sięgali po leki bezreceptowe. Bóle głowy w odczuwało 80% Polaków i niemal wszyscy z nich deklarowali, że w takiej sytuacji sięgali po lek przeciwbólowy dostępny bez recepty (79%). Podobnie na 56% osób, które cierpiały w ciągu pół roku poprzedzającego badanie na lekkie przeziębienie 55% stosowało leki OTC [21]. Podobne tendencje wzrostowe zainteresowania samoleczeniem obserwuje się od lat na całym świecie. W badaniach z 2007 roku przeprowadzonych w krajach europejskich leki OTC z powodu bólu głowy przyjmowało od 33% do 50% badanej populacji. W Polsce odsetek osób przyjmujących leki przeciwbólowe z tego powodu wynosił 48% [22]. Nadal główną przyczyną sięgania po leki OTC jak pokazują własne wyniki są dolegliwości bólowe, wysoka temperatura i objawy przeziębienia. Poza apteką badani kupują leki przede wszystkim gdy nie mają dostępu do apteki a potrzebują leku natychmiast lub są w podróży.

Z badań wynika, że pacjenci potrzebują szerokiego dostępu do leków OTC. Trzy czwarte osób uważa, że leki na dolegliwości takie jak ból, gorączka itp. powinny być wszędzie dostępne, również poza apteką [19].

Miejsce zakupywania leków OTC przez pacjentów ma aktualnie również istotne znaczenie. Badani ze wsi i małych miasteczek najczęściej kupowali leki OTC poza apteką w supermarketach/sklepach, w kioskach i na stacjach benzynowych.

Podobnie jak w badaniach z poprzednich lat [19] mieszkańcy wsi i miasteczek chcą mieć dostęp do leków OTC również poza apteką.

4. Podsumowanie

Zdaniem większości badanych mieszkańców wsi i małych miasteczek dostępność aptek nie jest wystarczająca na tyle, żeby nie kupować leków poza apteką i co za tym idzie inne miejsca poza apteką powinny mieć prawo do sprzedaży leków bezreceptowych. Konsumenci są zdania, że inne miejsca sprzedaży powinny posiadać odpowiednią licencję na sprzedaż leków OTC. Najczęstszym argumentem zakupu leków poza apteką były sytuacje, w których badani potrzebowali leku natychmiast, brak dostępu do apteki w godzinach popołudniowych/wieczornych oraz potrzeba zażycia leku podczas podróży.

Mieszkańcy wsi i miasteczek najczęściej kupują leki OTC w sklepach i supermarketach, na stacjach benzynowych oraz w kioskach. Opinie badanych różnicował wiek, wykształcenie, płeć i miejsce zamieszkania.

Literatura

[1] Lang B., *Miejsce i rola leków OTC w zdrowiu publicznym*, Konferencja „Dni Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego", Zielona Góra 2004.

[2] Hall N., *Global Trends & New Marketing Strategies*. Konferencja, Londyn 2000.

[3] Drygas A. *Kto się pokusi o sprecyzowanie terminu „parafarmaceutyki"?*, Farmacja Polska 1998; 54(5): 236-239.

[4] Kucharczyk T. *Samodzielne stosowanie leków*. Farmacja Polska 1999; 55(17): 798-802.

[5] Wojtasik E. *Produkty lecznicze z pogranicza. Produkty lecznice roślinne*. Konferencja "Innovation, Growth, Better Regulation – The Changing Face of Self-Medication", Warszawa 2007.

[6] Rybus-Potęga E, Marczewski K. *Samoleczenie – stare zagrożenia czy nowy świat pomocy dla pacjenta*. Zdrowie Publiczne 2001; 111(1); 31-36.

[7] Selles L. *Market Developments in Cosmetics and Medical Devices*. Konferencja "Innovation, Growth, Better Regulation – The Changing Face of Self-Medication", Warszawa, 4-6.06.2007.

[8] Huntzinger PE. *Evaluation of an over-the-counter medication program*. Mil Med. 2004 Jul; 169(7): 505-9.

[9] Food and Drug Administration, HHS. Pediculicide drug products for over-the-counter human use; amendment of final monograph. Final rule. Fed Regist 2003 31; 68(250): 75414-8.

[10] U.S. Food and Drug Administration. CDER new and generic drug approvals: 1988-2004. Available at: http://www.fda.gov/cder/approval/index.htm. Accessed June 13, 2005. Also available at: http://www.fda.gov/cder/previous_news2002.htm. Accessed October 17, 2005.

[11] Crowley JS, Ashner D, Elam L, for the Kaiser Commission of Medicaid and the Uninsured. Medicaid outpatient prescription drug benefits: findings from a national survey, 2003. Henry J. Kaiser Family Foundation; December 2003.

[12] Ustawa Prawo Farm z dnia 6 września 2001, Prawo farmaceutyczne. Dz. U. nr 126, 2001.

[13] Kobewka D. *Drivers in the European Self-Care Market*. Konferencja "Innovation, Growth, Better Regulation – The Changing Face of Self-Medication", Warszawa 2007.

[14] Lang B. *Rynek OTC – w czym tkwi szkopuł*. Konferencja OTC, Warszawa 2007.

[15] Beauchampa TL i wsp. "Principles of biomedical ethics" 1979.

[16] Drug Benefit Trends 2002; 14(3): 13-30.

[17] Górniewski G. *Ekonomiczny aspekt samoleczenia*. Farmacja i Ja 2006; 5: 28-29.

[18] Czasopismo Aptekarskie, vol. III, nr 6/7/96.

[19] *Sposoby kupowania leków*. Raport kwiecień 2007. MillwardBrown.

[20] Bell RA, Kravitz RL, Wilkes MS. Direct-to-consumer prescription drug advertising and the public. J Gen Intern Med 1999; 14(11): 651-7.

[21] *Postawy Polaków wobec samoleczenia*. Instytut Pentor 2002.

[22] *Self-Medication Across Europe*. The Nielsen Company 2007.

PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ i ZARZĄDZANIE
Wydawnictwo SAN – ISSN 1733-2486
Tom XIII – Zeszyt 9 – 2012 – ss. 179–192

Alina Kowalska – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Włodzimierz Stelmach – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Judyta Milczarek – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Adam Rzeźnicki – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Jan Krakowiak – Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Częstość czytania artykułów naukowych zgodnych z kierunkiem zainteresowań zawodowych przez osoby wykonujące zawód pielęgniarski

FREQUENCY OF READING SCIENTIFIC ARTICLES REMAINING IN ACCORDANCE WITH PROFESSIONAL INTERESTS AMONG PEOPLE OF NURSING PROFESSION

Abstract: Constant updating of professional knowledge is a nurse's duty and also a condition of appropriate job performance. One of the easy and cheap methods of self-teaching is systematic reading and analyzing scientific papers connected with professional interests.
The main aim of this study was to establish whether people of nursing profession update their knowledge through reading and analyzing scientific papers. In 2011 there was a study carried out among 280 people of nursing profession, using an auditing survey. A county hospital located in a city with over 700 thousand inhabitants was selected and additionally, three hospitals operating in cities with under 100 thousand inhabitants.
Descriptive and statistically conclusive methods were applied while analyzing the collected material. The results showed that 11% of the respondents did not read a single article in Polish and 6% read just one. Slightly more that every third person (38%) expanded their knowledge by analyzing scientific papers. At least one work written in English, in a year prior to the study, was read by every third respondent and systematic reading was declared by fewer than 4% of the questioned. The results of the study show that frequency of analyzing professional papers in Polish and English was definitely too low among the people of nursing profession.
Key words: nurses, continuing education, scientific papers.

1. Wstęp

Stała aktualizacja i poszerzanie zakresu wiedzy zawodowej jest obowiązkiem każdej pielęgniarki oraz podstawowym warunkiem prawidłowego wykonywania zawodu [5, 6, 13]. Współczesna pielęgniarka powinna być profesjonalistką w zakresie pielęgnowania. W sposób samodzielny powinna zapewniać pomoc stosownie do potrzeb i problemów zdrowotnych w zakresie promowania zdrowia, zapobiegania chorobom i przywracania zdrowia. Jest współpartnerem w zespole interdyscyplinarnym, podejmuje działania na rzecz podnoszenia jakości i efektywności pielęgnowania [2, 11]. Obecnie podnoszenie jakości świadczeń medycznych staje się priorytetem [4, 12]. Wraz ze wzrostem świadomości pacjentów rosną ich oczekiwania w stosunku do placówek medycznych i osób udzielających świadczenia zdrowotne [8]. Coraz częściej pacjent określany jest mianem „klienta", a świadczenia medyczne „towarem". Wielu menedżerów w zakładach opieki zdrowotnej wprowadza mechanizmy podnoszące jakość udzielanych świadczeń. Podejmowanie nauki i ciągłego doskonalenia zawodowego ma znaczący wpływ na wzrost jakości usług zdrowotnych [14]. Każdy pracownik ochrony zdrowia powinien systematycznie doskonalić swoje umiejętności zawodowe. Według T. Aleksandra, człowiek współczesny „skazany" jest na „więzienie edukacyjne" trwające przez całe życie [1]. Z kolei R.E. Franken twierdzi, że „osiągane sukcesy oraz świadomość własnej kompetencji stają się źródłem poczucia własnej wartości" [3]. W miarę wzrostu odpowiedzialności i powiększenia profesjonalnego zakresu działań plan uczenia ciągle się rozszerza [7, 9, 10]. Jedną z łatwych i tanich metod samokształcenia jest systematyczne czytanie i analizowanie piśmiennictwa naukowego związanego z kierunkiem zainteresowań zawodowych.

2. Cel pracy

Celem badania było ustalenie czy osoby wykonujące zawód pielęgniarski aktualizują wiedzę poprzez czytanie i analizowanie piśmiennictwa naukowego oraz przedstawienie różnic występujących w częstości

czytania artykułów zgodnych z kierunkiem zainteresowań zawodowych między respondentami pracującymi w dużej aglomeracji miejskiej i w miastach poniżej 100 tysięcy ludności.

3. Materiał i metody

W październiku i listopadzie 2011 roku w Zakładzie Medycyny Społecznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi przeprowadzono badanie wśród 280 osób wykonujących zawód pielęgniarski, posługując się kwestionariuszem ankiety audytoryjnej. Kwestionariusz zawierał 16 pytań oraz umożliwiał wyrażenie własnej opinii na tematy poruszane w ankiecie. Problematykę doskonalenia zawodowego badano zadając 11 pytań, a 5 pytań dotyczyło cech społeczno-demograficznych ankietowanych. Do badania wybrano szpital wojewódzki znajdujący się w mieście liczącym ponad 700 tysięcy ludności oraz trzy szpitale działające w miastach o liczbie ludności poniżej 100 tysięcy. Na przeprowadzenie badania wyraziła zgodę Komisja Bioetyki Uniwersytetu Medycznego w Łodzi oraz dyrektorzy szpitali. Ze względu na prośbę dyrektorów placówek, w pracy nie wymieniono nazw miast oraz szpitali. Respondentów proszono o wypełnianie ankiet do chwili uzyskania po 140 kwestionariuszy w dużej aglomeracji miejskiej i w miastach poniżej 100 tysięcy ludności. Wypełnione kwestionariusze ankiet pracownicy zostawiali w specjalnie przygotowanych w tym celu pojemnikach. Zebrany materiał wprowadzono do pamięci komputera, tworząc bazę danych a następnie wyniki przedstawiono w postaci opisowej oraz w tablicach i na rycinach. W analizie statystycznej posłużono się programem STATISTICA wersja 9.1. Analizując zebrany materiał empiryczny pod względem statystycznym zastosowano metody opisowe i metody wnioskowania statystycznego.

4. Wyniki

Wśród 280 osób wykonujących zawód pielęgniarski 96,8% (269 osób) stanowiły kobiety, a tylko 3,2% (9 osób) było płci męskiej. W miastach do 100 tysięcy mieszkańców odsetek kobiet wynosił 97,1% (135 osób), a w dużych

miastach respondentki będące pielęgniarkami stanowiły 96,4% – 134 osoby (tabela 1). Przedstawione dane wskazują, że zawód pielęgniarski jest całkowicie zdominowany przez kobiety. Zaledwie 2,9% (5 osób) to pielęgniarze pracujący w miastach do 100 tysięcy mieszkańców i 3,6% respondentów (6 osób) było pielęgniarzami pracującymi w dużej aglomeracji miejskiej.

Tabela 1. Respondenci wykonujący zawód pielęgniarski wg płci i wg wielkości miast

Płeć	Miasta według liczby ludności			
	Do 100 tysięcy		Powyżej 700 tysięcy	
	N	%	N	%
Kobiety	135	97,1	134	96,4
Mężczyźni	5	2,9	6	3,6
Razem	140	100,0	140	100,0

chi^2=0,115; p>0,05

Wśród badanych najwięcej, to jest 43,2% (121 osób) znajdowało się w przedziale wieku 41–50 lat, a najmniej, to jest 19% (54 osoby) było w wieku do 30 lat (rys. 1). Stwierdzono istotną statystycznie różnicę w rozkładzie wieku badanych pielęgniarek zatrudnionych w dużej aglomeracji miejskiej i w miastach poniżej 100 tysięcy ludności (p<0,05). Wiek pielęgniarek wahał się od 23 do 58 lat. Badane najczęściej znajdowały się w przedziale wieku 41–50 lat (43,0%), a następnie w wieku 31–40 lat oraz 51 i więcej lat (po około 20%). W miastach do 100 tysięcy mieszkańców najliczniejszą grupę stanowiły pielęgniarki w wieku 41–50 lat, stanowiły ponad połowę badanych (56,4%). W dużych miastach także najliczniejsza grupa pielęgniarek była w wieku 41–50 lat (30%), ale odsetek badanych w tym wieku okazał się istotnie mniejszy – p<0,001 (tab. 2). Szczegółowe porównanie wieku pielęgniarek z obu grup wykazało, że pod względem średniej wieku obie grupy nie różniły się w sposób istotny statystycznie (p>0,05). Średnia wieku pielęgniarek wynosiła 41,2 ± 9,68 lat, a w badanych podgrupach wartości średnie były takie same.

Rysunek 1. Struktura respondentów wykonujących zawód pielęgniarski wg wieku

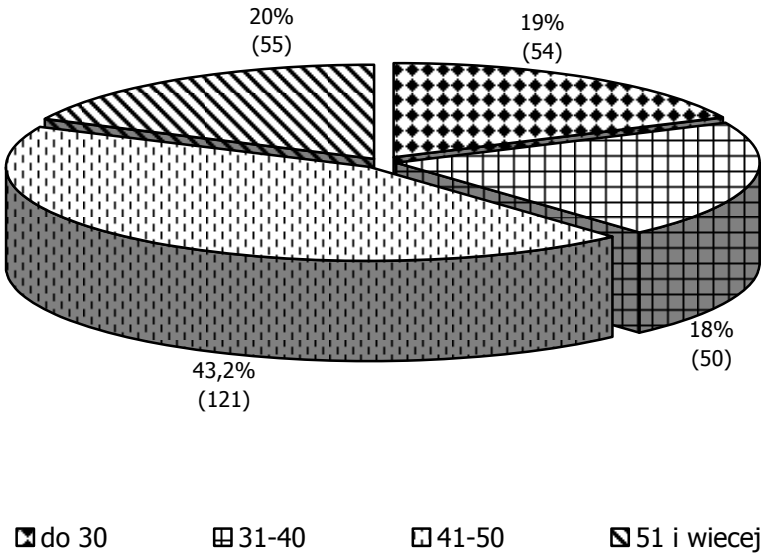


Tabela 2. Struktura respondentów wykonujących zawód pielęgniarski wg wieku i wg wielkości miast

Wiek (lata)	Miasta według liczby ludności			
	Do 100 tysięcy		Powyżej 700 tysięcy	
	N	%	N	%
Do 30	18	12,9	32	22,9
31–40	27	19,3	27	19,3
41–50	79	56,4	42	30,0
51 i więcej	16	11,4	39	27,8
Razem	140	100,0	140	100,0

W grupie zawodowej pielęgniarek i pielęgniarzy największy odsetek, to jest 26,1% (73 osoby) stanowili badani ze stażem pracy 26 lat i więcej a najmniejszy, to jest 8,6% (24 osoby) respondenci ze stażem pracy 6–10 lat

(rys. 2). W małych miastach staż pracy pielęgniarek wynosił najczęściej 16–20 lat (35%), a następnie 26 i więcej lat (22,2%). W dużej aglomeracji miejskiej najwięcej pielęgniarek legitymowało się stażem pracy wynoszącym 26 i więcej lat (30%), a następnie 21–25 lat (18,5%). Warto podkreślić, że pielęgniarki o najkrótszym stażu (do 5 lat) częściej pracowały w dużym mieście (17,9%) niż w miastach do 100 tysięcy mieszkańców – 11,4% (tab. 3).

Rysunek 2. Struktura pielęgniarek i pielęgniarzy wg stażu pracy

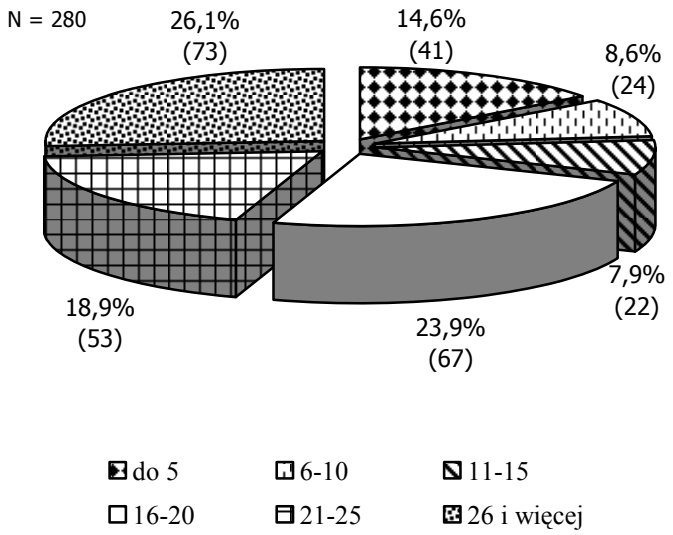


Tabela 3. Struktura pielęgniarek i pielęgniarzy w badanych grupach wg stażu pracy

Staż pracy (lata)	Miasta według liczby ludności			
	Do 100 tysięcy		Powyżej 700 tysięcy	
	N	%	N	%
Do 5	16	11,4	25	17,9
6–10	9	6,4	15	10,7
11–15	8	5,7	14	10,0
16–20	49	35,0	18	12,9
21–25	27	19,3	26	18,5
26 i więcej	31	22,2	42	30,0
Razem	140	100,0	140	100,0

chi^2=20,421; p<0,001

Analizie poddano także odpowiedzi respondentów na pytanie dotyczące wykształcenia. Największa część badanych to jest 48,2% (135 osób) miała wykształcenie średnie, a tylko 20,4% (57 osób) legitymowało się wykształceniem wyższym magisterskim. Z wykształceniem wyższym licencjackim odnotowano 31,4%, to jest 88 osób (rys. 3). Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy między poziomem wykształcenia pielęgniarek pracujących w małych miastach i w dużej aglomeracji miejskiej ($p>0,05$). Zaobserwowano, że w miastach do 100 tysięcy ludności odsetek pielęgniarek z wykształceniem średnim był większy (54,3% wobec 42,2%). W dużym mieście większy był odsetek badanych z wykształceniem wyższym licencjackim (37,1% vs 25,7%). Wyższe wykształcenie magisterskie było reprezentowane podobnie często w dużym mieście i w małych miastach – po około 20% (tab. 4).

Rysunek 3. Struktura respondentów wykonujący zawód pielęgniarski wg wykształcenia

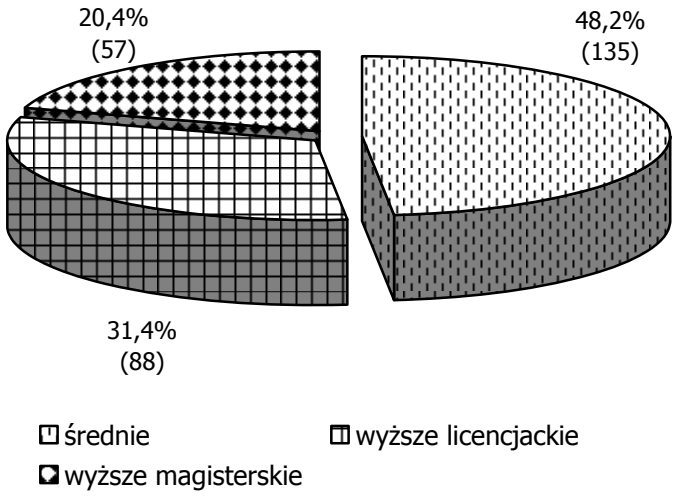


Tabela 4. Struktura respondentów wykonujących zawód pielęgniarski wg wykształcenia i wg wielkości miast

Poziom wykształcenia	Miasta			
	Do 100 tysięcy		Powyżej 700 tysięcy	
	N	%	N	%
Średnie	76	54,3	59	42,2
Wyższe licencjackie	36	25,7	52	37,1
Wyższe magisterskie	28	20,0	29	20,7
Razem	140	100,0	140	100,0

chi^2=5,067; p>0,05.

Analizę odpowiedzi pielęgniarek i pielęgniarzy dotyczących doskonalenia zawodowego rozpoczęto od pytania: „Czy w okresie ostatnich 12 miesięcy czytała Pani/Pan artykuły w języku polskim poruszające problemy zgodne z kierunkiem zainteresowań zawodowych?". Największy odsetek, to jest 37,9% (106 osób) stanowili badani, którzy stwierdzili, że przeczytali cztery artykuły lub więcej. Prawie 11% respondentów (30 osób) stwierdziło, że w okresie ostatniego roku nie przeczytali żadnego artykułu (rys. 4). Wśród badanych zaobserwowano istotną statystycznie różnicę między osobami z porównywanych grup w zakresie liczby przeczytanych artykułów naukowych (p<0,001). W dużej aglomeracji miejskiej prawie połowa badanych, to jest 48,6% przeczytała 4 artykuły lub więcej, a w mniejszych miastach odsetek osób, które przeczytały podobną liczbę prac naukowych wynosił 27,2%. W miastach do 100 tysięcy mieszkańców 11,4% respondentów przeczytało tylko jeden artykuł, a aż 21,4% nie przeczytało żadnego. Dla porównania w dużej aglomeracji miejskiej odsetek osób wykonujących zawód pielęgniarski, które przeczytały tylko jeden artykuł wynosił 1,4%, a nie było żadnej pielęgniarki ani pielęgniarza, który nie przeczytał żadnego artykułu (tab. 5).

Rysunek 4. Struktura respondentów wg liczby przeczytanych artykułów w języku polskim poruszających problemy zgodne z kierunkiem zainteresowań zawodowych

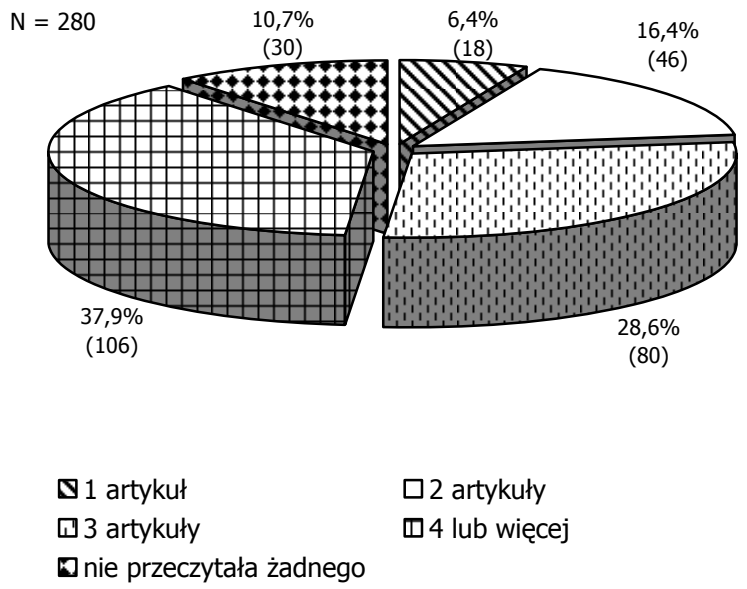


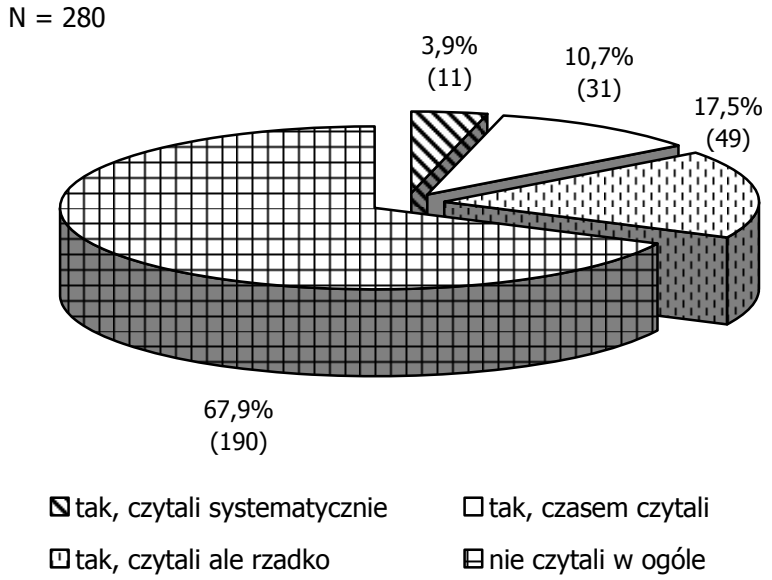
Tabela 5. Struktura respondentów wg liczby przeczytanych artykułów w języku polskim poruszających problemy zgodne z kierunkiem zainteresowań zawodowych oraz wg wielkości miast

Liczba przeczytanych artykułów w języku polskim	Miasta			
	Do 100 tysięcy		Powyżej 700 tysięcy	
	N	%	N	%
1	16	11,4	2	1,4
2	20	14,3	26	18,6
3	36	25,7	44	31,4
4 lub więcej	38	27,2	68	48,6
Nie przeczytała żadnego	30	21,4	0	0,0
Razem	140	100,0	140	100,0

chi^2=46,512; p<0,001.

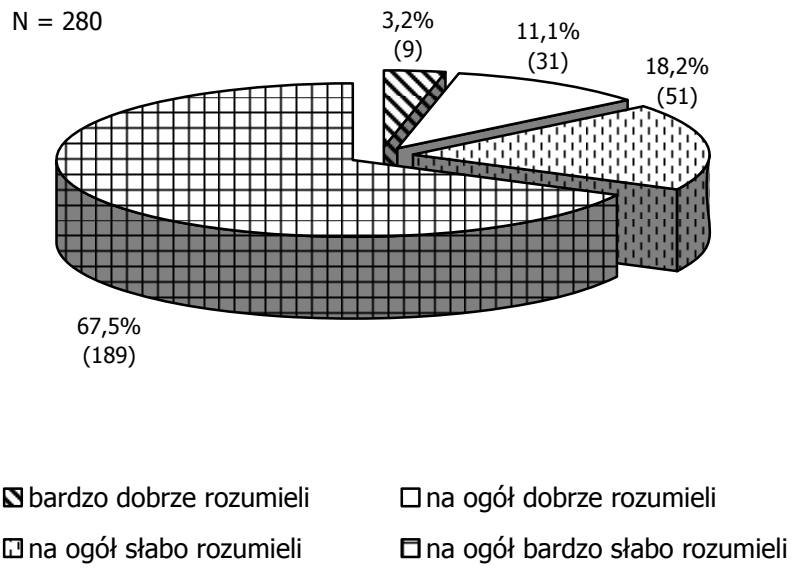
Celem następnych pytań zawartych w kwestionariuszu ankiety było otrzymanie informacji dotyczących częstości czytania artykułów fachowych napisanych w językach obcych. Większość respondentów, to jest 67,9% (190 osób) odpowiedziało, że w okresie ostatniego roku nie przeczytali ani jednego fachowego artykułu w języku angielskim, a tylko 3,9% (11 osób) stwierdziło, że prace w języku angielskim czytali systematycznie (rys. 5). Stwierdzono istotną różnicę między osobami wykonującymi zawód pielęgniarski z obu badanych środowisk w zakresie czytania artykułów w języku angielskim poruszających problemy z dziedziny medycyny ($p<0,01$). Okazało się, że odsetek nie czytających w ogóle był dość zbliżony: 68,6% i 67,2%, ale czytanie systematyczne istotnie częściej charakteryzowało badanych z dużego miasta (7,8% w porównaniu z 0% w miastach do 100 tysięcy). Także czytanie „ od czasu do czasu" częściej charakteryzowało badanych w dużym mieście – 13,6% vs 7,8%.

Rysunek 5. Struktura pielęgniarek i pielęgniarzy wg przeczytanych artykułów w języku angielskim poruszających problemy zgodne z kierunkiem zainteresowań zawodowych w okresie ostatnich 12 miesięcy



Następnie badanych poproszono o dokonanie oceny stopnia rozumienia treści artykułów fachowych napisanych w języku angielskim. Największy odsetek, to jest 67,5% (189 osób) stanowili badani, którzy stwierdzili, że na ogół bardzo słabo rozumieją treść artykułów napisanych w języku angielskim. Tylko 3,2% ankietowanych stwierdziło, że treść rozumie bardzo dobrze (rys. 6). Stopień rozumienia artykułów czytanych w języku angielskim, poruszających problemy z dziedziny medycyny zależał od miejsca zamieszkania badanych (p<0,001).

Rysunek 6. Struktura badanych wg stopnia rozumienia treści artykułów fachowych napisanych w języku angielskim



Chociaż odsetek badanych uważających, że treść artykułów rozumieją na ogół bardzo słabo okazał się podobny: 67,9% i 67,2%, to wśród pozostałej części odpowiedzi wystąpiły istotne różnice. Bardzo dobrze lub na ogół dobrze rozumiało artykuł czytany w języku angielskim 22,1% badanych z dużego miasta, a tylko 6,4% respondentów z miast liczących do 100 tysięcy mieszkańców. Badani z miast mniejszych istotnie częściej wybierali odpowiedź: „na ogół słabo rozumiem" – 25,7% vs 10,7% (tab. 6).

Tabela 6. Struktura badanych wg stopnia rozumienia treści artykułów fachowych napisanych w języku angielskim wg wielkości miast

Stopień rozumienia artykułów	Miasta			
	Do 100 tysięcy		Powyżej 700 tysięcy	
	N	%	N	%
Bardzo dobrze	1	0,7	8	5,7
Na ogół dobrze	8	5,7	23	16,4
Na ogół słabo	36	25,7	15	10,7
Na ogół bardzo słabo	95	67,9	94	67,2
Razem	140	100,0	140	100,0

chi^2=18,166; p<0,001

Respondentów zapytano również, czy czytają artykuły z reprezentowanej przez siebie dziedziny w innym języku niż angielski. Tylko nieliczni badani, to jest 1,4% z miast do 100 tysięcy ludności i 4,3% z dużego miasta czytali artykuły w języku niemieckim. Nikt nie czytał w języku francuskim, rosyjskim ani w innym języku.

5. Omówienie

Systematyczne analizowanie naukowego piśmiennictwa zawodowego ukazującego się w języku polskim a spośród pism obcojęzycznych przede wszystkim w języku angielskim jest łatwą i tanią metodą kształcenia ustawicznego. Żyjemy w czasach globalizacji, również językowej w której dominującym stał się język angielski. Dobra znajomość fachowego języka angielskiego jest obecnie niezbędna do wymiany myśli naukowej między poszczególnymi krajami za pośrednictwem literatury i kontaktów osobistych. Można przyjąć, że wśród badanych tylko nieznacznie częściej niż co trzecia osoba wykonująca zawód pielęgniarski (38%) w roku poprzedzającym badanie wywiązywała się dobrze lub bardzo dobrze z obowiązku poszerzania wiedzy zawodowej poprzez analizowanie piśmiennictwa naukowego w języku polskim. Prawie 11% badanych stwierdziło, że nie przeczytali ani jednego artykułu zgodnego z kierunkiem zainteresowań zawodowych a ponad 6% odpowiedziało,

że w języku polskim przeczytali tylko jeden artykuł. W miastach do 100 tysięcy ludności żaden respondent nie czytał systematycznie w okresie ostatnich 12 miesięcy prac w języku angielskim a w dużej aglomeracji miejskiej takie osoby stanowiły mniej niż 8%. Odsetek osób nie czytających w ogóle w języku angielskim w mniejszych miastach i w dużej aglomeracji był podobnie wysoki (68%). W okresie ostatniego roku co najmniej jedną pracę w języku angielskim przeczytał tylko co trzeci respondent (32,1%) a systematyczne czytanie zadeklarowało mniej niż 4% badanych. Zdecydowana większość ankietowanych (86%) swą znajomość fachowego języka angielskiego oceniła jako słabą lub bardzo słabą. Tylko 3% badanych uznało, że fachowy język angielski zna bardzo dobrze.

6. Wnioski

1. Częstość analizowania fachowego piśmiennictwa w okresie 12 miesięcy poprzedzających badanie przez osoby wykonujące zawód pielęgniarski była zdecydowanie za mała.
2. Porównanie udziału respondentów czytających artykuły poruszające problemy zgodne z kierunkiem zainteresowań zawodowych w języku polskim i w języku angielskim w miastach do 100 tysięcy ludności z pracującymi w dużej aglomeracji miejskiej wypadło niekorzystnie dla pracujących w mniejszych miastach.
3. Niewystarczająca znajomość fachowego języka angielskiego przez większość badanych była ważną przyczyną braku dostępności do wiedzy na temat najnowszych światowych osiągnięć w reprezentowanych dziedzinach pielęgniarstwa ale nie jedyną, gdyż częstość czytania w języku polskim była także mała.
4. Istnieje konieczność wypracowania metod zachęcających osoby wykonujące zawód pielęgniarski do systematycznego analizowania zawodowego piśmiennictwa naukowego.
5. Umożliwienie pielęgniarkom systematycznego, bezpłatnego lub taniego dostępu do nauki języków obcych pod kierunkiem lektora,

szczególnie języka angielskiego poprawiłoby niekorzystne wskaźniki kontaktu z literaturą anglojęzyczną.

6. Istnieje konieczność prowadzenia dalszych, pogłębionych badań w celu określenia zmian zachodzących w różnych metodach doskonalenia zawodowego przez osoby wykonujące zawód pielęgniarski.

Bibliografia

[1] Aleksander T. (2002): *Cele, kierunki i funkcje edukacji dorosłych* [w:] Wujek T.: Wprowadzenie do andragogiki, Instytut Technologii Eksploatacji, Radom, s. 257–258.

[2] Banaszkiewicz M.; Dmowska A.; Andruszkiewicz A.; Sobczak M.; Perliński J. (2006): *Profesjonalizm we współczesnym pielęgniarstwie.* Problemy pielęgniarstwa, 1–2; s. 106–109.

[3] Franken R.E.: *Psychologia motywacji.* Gdańsk 2006, s. 13–14.

[4] Gutiertez-Sampiego C. (2004): *What is continuous medical education?* Gac Med Mex; 140(1); s. 43–45.

[5] *Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej*. Cześć II. Pielęgniarka/położna a praktyka zawodowa i nauka, punkt 9.

[6] Kosińska M. (2005): *Doskonalenie zawodowe,* [w:] Ksykiewicz-Dorota A.; Zarządzanie w pielęgniarstwie; Lublin; s. 252–253.

[7] Kwiatkowski S.M. (2001): *Edukacja zawodowa wobec rynku pracy i integracji europejskiej*. Warszawa, s. 143–147.

[8] Leinster S. (2002): *Medical education and the changing face of Healthcare delivery*. Med Teach, 24 (1); s. 5–13

[9] Mrówka B. (1999): *Kształcenie ustawiczne a doskonalenie umiejętności profesjonalnych*. Studia Europejskie 3, s. 5–6.

[10] Postanowienie Parlamentu Europejskiego z 1996 r. w sprawie „Uczenia się w społeczeństwie informacyjnym".

[11] Poznańska S. (2004): *Pielęgniarka w opiece nad zdrowiem*, [w:] Zahradniczek K. (red.). Pielęgniarstwo, PZWL Warszawa, s. 39–56.

[12] Stern D.T. (2007): *O rozwoju zawodowym i stawaniu się profesjonalistą,* Medycyna po Dyplomie, nr 1; s. 55–59.

[13] Ustawa z 5 lipca 1996 roku o zawodach pielęgniarki i położnej z późniejszymi zmianami. (Dz. U. nr 91, poz. 410).

[14] Wrońska I.; Sztembis B. (2001): *Jakość kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, wybrane zagadnienia,* Warszawa, s. 43–45.

Informacja o autorach:

Prof. dr hab., Alfred Owoc, rektor, Lubuskiej Wyższej Szkoły Zdrowia Publicznego w Zielonej Górze.

Mgr Ewa Bąk-Walczak, Asystent, Zakład Medycyny Społecznej, Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej UM w Łodzi.

Dr n. med. Iwona Bojar Zakład Problemów Zdrowotnych Wieku Podeszłego. IMW w Lublinie, Lubuska Wyższa Szkoła Zdrowia Publicznego w Zielonej Górze.

Dr n. praw Rafał Budzisz, Adiunkt, Katedra Prawa Administracyjnego i Nauki Administracji, Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Łódzkiego.

Dr n. med. Adam Fronczak, Adiunkt, Zakład Biofarmacji i Katedra Biofarmacji UM w Łodzi.

Dr n. med. Bogumiła Kempińska-Mirosławska, Zakład Historii Medycyny i Farmacji Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Dr n. med. Alina Kowalska, Adiunkt, Zakład Medycyny Społecznej, Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej UM w Łodzi.

Dr n. med. Jan Krakowiak, Adiunkt, Kierownik Samodzielnego Zakładu Zdrowia Publicznego, Społeczna Akademia Nauk w Łodzi; Adiunkt, Zakład Medycyny Społecznej, Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej UM w Łodzi.

Mgr Emilia Krakowiak, Doktorant, Zakład Medycyny Społecznej, Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej UM w Łodzi.

Lek. med. Krzysztof Kumański, dyrektor, Miejski Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień im. Bł. Rafała Chylińskiego w Łodzi.

Mgr Judyta Milczarek, Asystent, Zakład Medycyny Społecznej, Katedra

Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi.

Adrianna Pawełczak-Barszczowska, ZENTIVA PL, Lubuska Wyższa Szkoła Zdrowia Publicznego w Zielonej Górze.

Mgr Małgorzata Pikala, Wykładowca, Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej UM w Łodzi.

Antonii Pisarski, z-ca Dyrektora, Miejski Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień im. Bł. Rafała Chylińskiego w Łodzi.

Mgr Anna Rokita, Asystent, Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Tomaszowie Mazowieckim.

Mgr Adam Rzeźnicki, Asystent, Zakład Medycyny Społecznej, Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej UM w Łodzi.

Dr hab. n. med. Włodzimierz Stelmach, Kierownik Zakładu Medycyny Społecznej, Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej UM w Łodzi.

Dr n. med. Joanna Sułkowska, Adiunkt, Samodzielny Zakład Zdrowia Publicznego, Społeczna Akademia Nauk w Łodzi.

Dr n. med. Irena Walecka, Dyrektor ds. Marketingu, Centralny Szpital Kliniczny MSW i A w Warszawie.

Mgr Karol Wojtasik, Absolwent, Zakład Medycyny Społecznej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi.

Mgr Magdalena Zawadzka, Asystent, Zakład Medycyny Społecznej, Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej UM w Łodzi.