



PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ
I ZARZĄDZANIE

ŁÓDŹ - WARSZAWA 2016 | ISSN 1733-2486

XVII

TOM

10

ZESZYT

III

CZĘŚĆ

Redakcja naukowa:

Jan Krakowiak

Zarządzanie w zdrowiu publicznym – aspekty społeczne i ekonomiczne



WYDAWNICTWO
SPOŁECZNEJ AKADEMII NAUK



PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ I ZARZĄDZANIE

ŁÓDŹ - WARSZAWA 2016 | ISSN 1733-2486

XVII

TOM

10

ZESZYT

III

CZĘŚĆ

Redakcja naukowa:
Jan Krakowiak

Zarządzanie w zdrowiu publicznym – aspekty społeczne i ekonomiczne



WYDAWNICTWO
SPOŁECZNEJ AKADEMII NAUK

Zeszyt recenzowany

Redakcja naukowa: Jan Krakowiak

Korekta, komputerowy skład tekstu: Jadwiga Poczyczyńska

Projekt okładki: Marcin Szadkowski

© **Copyright:** Społeczna Akademia Nauk

ISSN 1733-2486

Wydawnictwo

Społecznej Akademii Nauk

e-mail: wydawnictwo@spoleczna.pl

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

Wersja elektroniczna wydania jest wersją podstawową

Wersja elektroniczna publikacji dostępna na stronie: <http://piz.san.edu.pl>

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



Spis treści

Wprowadzenie	7
Dominika Cichońska, Romuald Holly, Beata Gruda, Anna Rybarczyk-Szwajkowska, Adam Rzeźnicki, Jan Krakowiak , Ocena stopnia zabezpieczenia ryzyka starości przez pensjonariuszy wybranych domów opieki w Polsce i w Belgii	9
Anna Rybarczyk-Szwajkowska, Paulina Nowak, Dominika Cichońska, Romuald Holly , Wpływ certyfikatu jakości na zakażenia szpitalne w podmiotach leczniczych w województwie łódzkim	23
Piotr Stelmach, Mateusz Kuzdak, Włodzimierz Stelmach, Adam Rzeźnicki, Dominika Cichońska, Jan Krakowiak , Wpływ przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę prawa handlowego na poziom satysfakcji pacjentów korzystających ze świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalnej izbie przyjęć	35
Małgorzata Pikala, Monika Burzyńska, Irena Maniecka-Bryła , Ekonomiczny aspekt strat spowodowanych przedwczesną umieralnością mieszkańców Polski na skutek nowotworów złośliwych	49
Elżbieta Michalska, Magdalena Rudzińska, Alina Kowalska, Jan Krakowiak , Analiza gotowości do angażowania się w pracę pielęgniarek zatrudnionych w Poddębickim Centrum Zdrowia	61
Magdalena Rudzińska, Dominika Cichońska, Alina Kowalska, Jan Krakowiak , Realizacja funkcji personalnej a determinanty otoczenia wewnętrznego jednostek ochrony zdrowia	75
Marta Szkiela, Waldemar Kołcz, Marek Milcarz, Anna Gawron-Skarbek, Franciszek Szatko, Dorota Kaleta , Postawy studentów medycyny na Ukrainie wobec palenia tytoniu jako czynnik decydujący o skutecznym zarządzaniu zdrowiem populacji.....	89
Waldemar Kołcz, Dorota Kaleta, Agnieszka Hubert-Lutecka, Anna Garus-Pakowska, Kinga Polańska , Attitudes of medical students towards smoking as a factor in the effective management of health of the population – Global Health Professions Student Survey, Poland.....	103

Sebastian Łapiński, Joanna Kopcińska, Marta Sęk, Mirosław Niedzin, Dorota Kaleta , The impact of the legislation in the field of tobacco control for the effective management of health of the population of working age	117
Agnieszka Hubert-Lutecka, Waldemar Kołcz, Mirosław Niedzin, Katarzyna Milcarz, Dorota Kaleta , Kontrola epidemii tytoniowej jako ważny element w procesie kształtowania polityki zdrowotnej i zarządzania zdrowiem społeczeństwa.....	135
Nina Niezabitowska-Kowalczyk, Marta Szkiela, Marek Milcarz, Sebastian Łapiński, Dorota Kaleta , Postrzeganie przez studentów roli lekarza w procesie rzucania palenia jako czynnik decydujący o skutecznym zarządzaniu zdrowiem populacji	147
Katarzyna Milcarz, Marta Szkiela, Dorota Kaleta , Wpływ procesu legislacyjnego w zakresie kontroli używania tytoniu na skuteczne zarządzanie zdrowiem kobiet w wieku rozrodczym.....	159
Marek Milcarz, Adam Rzeźnicki, Sebastian Łapiński, Katarzyna Milcarz, Mirosław Niedzin, Marta Szkiela, Dorota Kaleta , Quitting smoking – implications for the health management and development of a future population strategies.....	175
Wdowiak Artur, Sadowska Monika, Magdalena Lewicka, Magdalena Sulima, Edyta Wdowiak, Grzegorz Bakalczuk , Globalizacja a zdrowie – wyzwania i zagrożenia	185
Agnieszka Kolmaga, Małgorzata Godala, Elżbieta Trafalska, Dorota Kaleta, Franciszek Szatko , Organizacja edukacji żywieniowej w szkole. Część I – struktura spożywania posiłków	195
Agnieszka Kolmaga, Małgorzata Godala, Adam Rzeźnicki, Elżbieta Trafalska, Franciszek Szatko , Organizacja edukacji żywieniowej w szkole. Część II – wybór produktów spożywczych	211
Anna Gawron-Skarbek, Jan Krakowiak, Dorota Kaleta, Małgorzata Godala, Agnieszka Kolmaga, Franciszek Szatko , Funkcjonalność instytucji wsparcia społecznego. Część I. Beneficjenci systemu pomocy społecznej – badanie na przykładzie mieszkańców miasta Łodzi	231
Anna Gawron-Skarbek, Jan Krakowiak, Małgorzata Godala, Anna Garus-Pakowska, Adam Rzeźnicki, Franciszek Szatko , Funkcjonalność instytucji wsparcia społecznego. Część II. Efektywność a bariery instytucji wsparcia społecznego w opinii beneficjentów systemu.....	245

Magdalena Malczewska, Jan Krakowiak, Elżbieta Dziańkowska-Zaborszczyk, Agnieszka Ślusarek, Wojciech Bielecki, Psychologiczne wyznaczniki zarządzania sytuacją kryzysową na przykładzie grupy osób bezrobotnych 45+.....	257
Monika Białas, Jan Krakowiak, Barbara Włodarczyk, Adam Rzeźnicki, Włodzimierz Stelmach, Zmiany zachodzące w opiniach pacjentów na temat jakości udzielania świadczeń medycznych po wdrożeniu Zintegrowanego Systemu Zarządzania w Instytucie Hematologii i Transfuzjologii	269
Joanna Sułkowska, Wielowymiarowe koncepcje zarządzania zdrowiem na przykładzie wybranej specjalności medycznej – otorynolaryngologii	285
Ireneusz Jurczak, Kontrolowany trening fizyczny w ramach profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych istotnym elementem w organizacji kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej	299
Marzena Lamont, Anna Ksykiewicz-Dorota, Jadwiga Klukow, Efektywność pracy zespołu terapeutycznego w opiece zdrowotnej – przegląd badań.....	309
Nina Ogińska-Bulik, Zygfryd Juczyński, Psychologiczne wyznaczniki pozytywnych zmian potraumatycznych u ratowników medycznych.....	321
Danuta Kunecka, Zasoby organizacji czynnikiem warunkującym stosunek do innowacji na przykładzie sektora usług zdrowotnych.....	335
Marcin Kautsch, Wyzwania stojące przed systemem ochrony zdrowia w Polsce	347
Paweł Skoczylas, Zarządzanie publiczne w opiece medycznej	359
Justyna Zajdel, Udzielanie świadczeń zdrowotnych z wykorzystaniem teleinformatycznych środków przekazu	369

Wprowadzenie

Stan zdrowia jest rezultatem uwarunkowań biologicznych, społecznych i ekonomicznych, a jego utrzymanie i umacnianie jest zarówno sprawą jednostki, jak i całego społeczeństwa. Ochrona zdrowia, zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia, to konstytucyjne prawo każdego człowieka, a także warunek dobrej jakości życia jednostki, bogactwa społeczeństwa oraz główny element zrównoważonego rozwoju gospodarczego i społecznego państwa. Władze państwowe są odpowiedzialne za zorganizowanie zabezpieczenia zdrowotnego wszystkim obywatelom poprzez system ochrony zdrowia zapewniający społeczeństwu stosowne świadczenia zdrowotne oraz za dbałość o zdrowie publiczne w kraju.

W ostatnich latach zmieniło się podejście do zdrowia publicznego, coraz większą rolę w przypisuje się działaniom ekonomicznym i legislacyjnym. Zaczęło również funkcjonować pojęcie „nowe zdrowie publiczne”, które wskazuje kierunek zmian od działań sanitarnych i zwalczania chorób zakaźnych do zagadnień społecznych, kulturowych, ekonomicznych i legislacyjnych oraz ich związku ze zdrowiem.

Nowe zdrowie publiczne jest syntezą klasycznego zdrowia publicznego – takiego jakie było praktykowane w ciągu stuleci – oraz współczesnych osiągnięć nauki, które mogą mieć odniesienie do zdrowia i choroby, takich jak: medycyna kliniczna, ale również nauki społeczne, jak psychologia i socjologia, epidemiologia i demografia, ekonomia oraz zarządzanie. Istotne znaczenie dla zdrowia publicznego ma doświadczenie płynące z ewaluacji dotychczasowego funkcjonowania systemów zdrowotnych na całym świecie.

Zgodnie z definicją *nowe zdrowie publiczne* jest nauką i kompleksowym postępowaniem zmierzającym do zachowania i umacniania zdrowia ludności w wymiarze makrospołecznym i lokalnym. Podstawą tego postępowania jest naukowe rozpoznawanie zdrowia i potrzeb zdrowotnych zbiorowości oraz inicjowanie i organizowanie skoordynowanych wysiłków instytucji rządowych, samorządowych i pozarządowych w celu osiągnięcia pożądanego standardu zdrowia. Cel ten uzyskuje się poprzez wdrażanie podstawowych funkcji zdrowia publicznego, a zwłaszcza przez kształtowanie nawyków zdrowego stylu życia, realizację programów promocji zdrowia, zapobieganie zakaźnym i niezakaźnym chorobom o znaczeniu społecznym, kontrolę czynni-

ków ekologicznych, tworzenie sprzyjających zdrowiu warunków społeczno-ekonomicznych oraz zapewnienie powszechnego i równego dostępu do opieki medycznej. Definicja ta trafnie zwraca szczególną uwagę na wielosektorowość strategii i działań, jak również podkreśla aspekty związane z zarządzaniem i promocją zdrowia. Uwzględniając powyższe w bieżącym numerze Przedsiębiorczości i Zarządzania, który polecamy Państwa uwadze omówione zostały między innymi takie zagadnienia jak: zarządzanie w systemie ochrony zdrowia, jakość w ochronie zdrowia, zarządzanie zasobami ludzkimi w placówkach opieki zdrowotnej, kontrola czynników ryzyka w aspekcie zarządzania zdrowiem populacji i kształtowania polityki zdrowotnej, ekonomiczne konsekwencje zgonów powodowanych chorobami przewlekłymi oraz promocja zdrowia.

Publikacja jest wynikiem współpracy naukowej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi i Społecznej Akademii Nauk. Redaktor wyraża podziękowanie za zaangażowanie i owocną współpracę.

Jan Krakowiak

Dominika Cichońska¹

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Romuald Holly

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Beata Gruda

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Anna Rybarczyk-Szwajkowska

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Adam Rzeźnicki

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Jan Krakowiak

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Ocena stopnia zabezpieczenia ryzyka starości przez pensjonariuszy wybranych domów opieki w Polsce i w Belgii

The Degree of Risk of Aging Protection in the Opinions of Selected Care Homes' Residents in Poland and in Belgium

Abstract: In the coming decades, the age structure of the European population will change significantly due to low fertility rates and longer life span. According to estimates, in 2060 in the European Union working age people will be 50 million less than in 2008. The number of people aged 65 and older will increase by almost 67 million. The coefficients of these two age groups in 2060. will double. This means that, in 2060. per one pensioner will be only two people in the productive age. The functions of social security which is used by the elderly, that is, health care, disability pensions and pension, require structural' and financial' changes.

The aim of this study is to present methods of hedge the risk of aging in Poland and Belgium, in the opinions of selected care homes' residents.

Key words: social security, senility, aging population, the risk of aging.

¹ E-mail: dominika.cichonska@umed.lodz.pl

Wstęp

W państwach członkowskich Unii Europejskiej funkcjonują różne systemy zabezpieczenia społecznego, które wyrosły z różnych tradycji i uwarunkowań [Szumlicz 2006, s. 179] Zabezpieczenie społeczne jest tematem zarówno ważnym jak i coraz częściej analizowanym z perspektywy różnorodnych czynników. Dynamika procesu starzenia się społeczeństwa nie tylko w Polsce, ale i w całej Europie, wymaga zwrócenia szczególnej uwagi na zabezpieczenie społeczne głównie tej grupy ludzi. Bezrobotni, ludzie starsi, inwalidzi – nie mogą zostać bez pomocy i możliwości poprawy bytu, przywrócenia im sprawności, powrotu do pracy i społeczeństwa. Samotność osób starszych wobec braku działania na rzecz ich zabezpieczenia społecznego (nie tylko materialnego) – będzie procesem postępującym. Fakt ten powinien wyznaczać kierunki działań polityki społecznej [Muszański 2010]. Istnieje potrzeba wzrostu aktywności zawodowej osób w wieku przedemerytalnym i tuż po przekroczeniu tego wieku. W Polsce ta aktywność jest bardzo niska w porównaniu do krajów Unii Europejskiej. Mimo zapisów w Kodeksie Pracy dotyczących zakazu dyskryminacji w zatrudnieniu ze względu na wiek – zakaz ten jest nagminnie łamany. Należy też zwrócić uwagę na potrzeby w zakresie szczególnego rodzaju opieki instytucjonalnej nad ludźmi starszymi (domy pomocy społecznej, domy dziennego pobytu, kluby seniorów) [Luhmann 1994].

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie sposobów zabezpieczenia ryzyka starości oraz ukazanie metod tego zabezpieczenia w Polsce i w Belgii. Problem wysokiej dynamiki procesu starzenia się społeczeństwa jest aktualnie bardzo poważny i ma związek zarówno z gospodarką kraju jak i z opieką zdrowotną ludzi starszych oraz zachowaniem ich aktywności fizycznej. Celem pracy jest również zwrócenie uwagi osób odpowiedzialnych za ten problem i opracowanie kierunków działań polityki społecznej w tym zakresie.

Zabezpieczenie społeczne ryzyka starości

Ogólna i powszechna definicja zabezpieczenia społecznego (ang. *social security*) stanowi, że jest to metoda zabezpieczenia poprzez przyznanie przez państwo prawa do świadczeń według kryterium potrzeb [Kluszczyńska i inni 2004, s. 140].

Według *Encyklopedii PWN* zabezpieczenie społeczne to system świadczeń pieniężnych i rzeczowych mających na celu zaspokojenie podstawowych potrzeb wszystkim członkom danego społeczeństwa. Środki i działania podjęte przez państwo powinny zabezpieczać obywateli przed niezawinionym przez nich niedostatkiem i zagwarantować im minimum finansowe oraz rzeczowe do egzystencji. Powinno mieć to miej-

sce szczególnie w przypadku niezdolności do pracy ze względów zdrowotnych, utraty pracy, macierzyństwa, starości [Encyklopedia PWN, 2001].

Według G. Szpor – zabezpieczenie społeczne to całokształt środków i działań publicznych za pomocą, których społeczeństwo stara się chronić swoich członków przed groźbą niemożności zaspokojenia potrzeb podstawowych, wspólnie uznawanych za ważne [Szpor 2013, s. 13].

J. Piotrowski podaje następującą definicję zabezpieczenia społecznego: to całokształt urzędzeń publicznych zapewniających ochronę przed niedostatkiem. Jest to całokształt środków i działań publicznych za pomocą, których społeczeństwo stara się chronić swoich członków przed groźbą niemożności zaspokojenia podstawowych, wspólnie uznawanych za ważne [Piotrowski 1966, ss. 7–8]. Na uwagę zasługuje również definicja zabezpieczenia społecznego, którą podaje *Słownik gerontologii społecznej* A. Zycha – Jest to system świadczeń społecznych rzeczowych lub pieniężnych, mających na celu zapewnienie bezpieczeństwa socjalnego i ochronę przed różnego rodzaju ryzykami socjalnymi. Zabezpieczenie społeczne stanowi system zinstytucjonalizowanych form pomocy pieniężnej i rzeczowej, mającej na celu zagwarantowanie zaspokojenia podstawowych potrzeb wszystkim członkom danego społeczeństwa obejmując, np. ubezpieczenie społeczne, ochronę zdrowia, rehabilitację inwalidów, świadczenia o charakterze zaopatrzeniowym, pomoc społeczną i inne rodzaje świadczeń socjalnych, celem których jest wyrównanie lub utrzymanie poziomu dochodu. Zabezpieczenia społeczne mają charakter powszechny oraz oparte są głównie na środkach publicznych a ich realizacja wymaga funkcjonowania specjalnych instytucji opieki społecznej, powoływanych przez państwo lub terenowe władze samorządowe [Zych 2001, s. 251]. Prawo do zabezpieczenia społecznego według tego samego źródła to jedno z podstawowych praw ludzkich.

Zabezpieczenie społeczne traktowane jest według T. Szumlicza, jako jedna z metod osiągnięcia bezpieczeństwa socjalnego. Dzieli się na:

- ubezpieczenie społeczne (atrakcyjność tej metody polega na roszczeniowości),
- zaopatrzenie społeczne,
- opiekę społeczną [Szumlicz 2005, s. 31].

Zabezpieczenie społeczne ryzyka starości w Polsce

W roku 1999 wprowadzono reformę systemu ubezpieczeń społecznych. Osoby urodzone przed 1 stycznia 1949 roku uzyskują prawo do emerytury, gdy osiągną 60 lat kobiety, 65 lat mężczyźni i odpowiedni staż pracy (20 lat dla kobiet i 25 lat dla mężczyzn). Od 1 stycznia 2013 roku wiek emerytalny został wydłużony, aż do osiągnięcia 67 lat dla kobiet i mężczyzn. Prawo do wcześniejszej emerytury mają osoby zatrud-

nione w szczególnych warunkach (górnicy, nauczyciele, pracownicy mundurowi itp.) [Zieliński 2003, s. 16; Rutecka 2014]. Wysokość emerytury w Polsce zależy od: (1) wysokości podstawy wymiaru, (2) liczby okresów składkowych i nieskładkowych, (3) kwoty bazowej obowiązującej w dniu nabycia prawa do świadczenia. Ustawowa emerytura minimalna wynosi 880,45 zł (199,82 euro). Dla osób urodzonych po 31 grudnia 1968 roku podstawę emerytury stanowi całkowita kwota składek odprowadzanych przez ubezpieczonego wraz z waloryzacją [<http://zus.pox.pl/zus/emerytura-minimalna.htm>].

Osoby powyżej 75 roku życia mają uprawnienia do zasiłku pielęgnacyjnego. W Polsce trudno jest rozgraniczyć system opieki długoterminowej, jako taki, ponieważ na zabezpieczenie opieki długoterminowej składają się:

- system zabezpieczenia zdrowotnego,
- system zabezpieczenia emerytalnego,
- system zabezpieczenia rentowego,
- system pomocy społecznej [Więclaw, Krupa 2012].

W tym zakresie istnieją następujące rodzaje świadczeń:

- pieniężne (zasiłek pielęgnacyjny, dodatek pielęgnacyjny);
- rzeczowe (hospicjum domowe, opieka pielęgnarska, rehabilitacja domowa, dom pomocy społecznej, zakład opiekuńczo-leczniczy) [Więckowska 2008, ss. 159–162].

Świadczeniami opieki długoterminowej są również świadczenia udzielane w ramach pomocy społecznej. Są to np. usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania oraz w domu pomocy społecznej. Osoby w podeszłym wieku mają prawo do świadczeń z pomocy społecznej, gdy dochód ich nie przekracza progu minimalnego dochodu. Może to być pomoc w formie zasiłku stałego. Osoby starsze obłożnie chore i przewlekle chorzy niehospitalizowani mają prawo do opieki długoterminowej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego.

Zabezpieczenie społeczne ryzyka starości w Belgii

Belgijski system zabezpieczenia społecznego składa się z trzech filarów:

1. Obowiązkowych ubezpieczeń społecznych.
2. Dobrowolnych planów emerytalnych – tworzone przez grupy pracowników.
3. Indywidualnego dobrowolnego zabezpieczenia emerytalnego [*Adequate and Sustainable Pensions Synthesis Report 2006*, p. 154].

Zadania z zakresu zabezpieczenia społecznego w Belgii należą do rządu federalnego Belgii i pozostają w kompetencji ministra ds. zabezpieczenia socjalnego [Social Protection in the Member States of the European Union, European Commission Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities (MISSOC) Unit

E.4, 2098, s. 13]. Organizacja systemu zabezpieczenia społecznego dzieli się na trzy filary obejmujące kolejno: (1) pracowników zatrudnionych w sektorze prywatnym, (2) pracowników zatrudnionych w sektorze publicznym oraz (3) samozatrudnionych. Specjalne systemy zabezpieczenia istnieją dla górników i marynarzy (rybaków). Narodowe Biuro Bezpieczeństwa Socjalnego (RSZ-ONSS) jest centralną instytucją pobierającą składki na ubezpieczenie społeczne pracowników (składki opłacano są solidarnie przez pracowników i pracodawców).

Samozatrudnionych obejmuje ubezpieczenie: zdrowotne, rentowe, emerytalne, macierzyńskie, rodzinne i ubezpieczenie na wypadek bankructwa. Jest rodzaj ubezpieczenia, które nie występują w innych krajach, a w Belgii obowiązuje gminy i prowincje (ochrona prawna dla burmistrzów i radnych), oraz skarbników miejskich od ryzyka sprzeniewierzenia powierzonych im środków [Orlicki 2011, ss. 50–51]. Składki odprowadzane są do Narodowego Instytutu Zabezpieczeń Społecznych i Osób Samozatrudniających się (RSVZ-INASTI).

Trzecią grupą są pracownicy zatrudnieni w administracji, którzy podlegają (z wyjątkami) Narodowemu Biuru Bezpieczeństwa Socjalnego dla Administracji Lokalnych i Prowincji (RSZPPO-ONSSAPL) [Federal Public Service Social Security, <http://www.socialsecurity.fgov.be/en/index.htm>]. Wysokość składek na ubezpieczenie społeczne sektora administracji jest zależna od miejsca zatrudnienia, tj. inna dla pracowników: administracji na prowincji, administracji lokalnej i pozostałej. Zależy także od rodzaju zatrudnienia (kontrakt lub mianowany pracownik administracji) [Federal Public Service Social Security, <http://www.socialsecurity.fgov.be/en/index.htm>].

Wysokość emerytury zależy od przeciętnego wynagrodzenia z ostatnich 5 lat, które mnożone jest przez 75%. Minimalna emerytura to ok. 56% przeciętnego wynagrodzenia dla osoby samotnej i 70% najniższego wynagrodzenia dla małżonków. Istnieje także emerytura maksymalna, która nie może przekroczyć trzykrotności przeciętnego wynagrodzenia brutto w gospodarce [Komisja Europejska: *Twoje uprawnienia do zabezpieczenia ...*ss. 17, 18]. Ważnym elementem systemu zabezpieczenia społecznego jest tzw. Karta Społecznie Ubezpieczonych, której celem jest ochrona ludności kraju przez ustalenie reguł, których instytucje powinny przestrzegać np. obowiązek informacji o prawach ubezpieczonych, zachowanie terminu czterech miesięcy na odpowiedź i wypłacenie świadczenia.

Wydatki na emerytury i zdrowie stanowią większość wydatków w systemie zabezpieczenia społeczne w Belgii, choć wydatki na zdrowie są coraz mniejsze. Priorytety i wyzwania pozostają niezmiennie, ale nastąpiła lepsza koordynacja i planowanie działań. Ustalono trzy grupy wyzwań społecznych związanych z: problemem starzejącego się społeczeństwa (podobnie jak w całej Europie Zachodniej, tak i w Belgii liczba ludzi w wieku poprodukcyjnym w stosunku do liczby ludności w wieku produkcyjnym stale

rośnie. W roku 2005 wskaźnik ten wynosił 26,3%, natomiast w 2030 roku przewiduje się wzrost do 41,3%. W związku z tym wydatki na emerytury stanowią aż 44,1% wszystkich wydatków na zabezpieczenie społeczne), jakością usług sektora ochrony zdrowia oraz redukcją zagrożenia ubóstwem.

Wiek emerytalny dla kobiet i mężczyzn w Belgii wynosi 65 lat, po przepracowaniu 45 lat. Belgijski system zabezpieczenia przewiduje również wcześniejsze emerytury, w przypadku których wymagany wiek dla mężczyzn i kobiet to 60 lat i 35 lat pracy, oraz emerytury płatne rozwiedzionemu małżonkowi lub żonie emerytowanej osoby [Social Security Programs ... 2006, p. 49]. Aby zapobiec problemom związanym ze starzeniem się społeczeństwa rząd belgijski powołał w 2001 r. fundusz Ageing Fund, który pomoże zredukować wydatki na zabezpieczenie społeczne w latach 2015–2030 [EU Reports: Pensions 2016].

Metodologia badania

W ramach niniejszej pracy przeprowadzono badania mające na celu ocenę stopnia zabezpieczenia ryzyka starości przez pensjonariuszy domów opieki w Polsce i w Belgii. W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, a stosowanym narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety.

Badanie przeprowadzono wśród pensjonariuszy domów pomocy społecznej. Ankieta składała się z 33 pytań. Obok danych metryczkowych zawierała pytania dotyczące liczby lat pracy, okresu płacenia składek emerytalnych i rentowych, rodzaju świadczeń ubezpieczenia społecznego, przyczyny pobytu w domu pomocy społecznej. Pytania zostały podzielone na grupy:

- a) miejsce zamieszkania przed zamieszkaniem w DPS,
- b) wykształcenie,
- c) stan cywilny,
- d) zawód wykonywany w okresie pracy,
- e) liczba lat pracy,
- f) liczba lat składkowych,
- g) rodzaj świadczeń,
- h) ubezpieczenia publiczne – 7 pytań,
- i) ubezpieczenia prywatne – 15 pytań,
- j) pobyt w DPS – 4 pytania,

Badaniami objęto grupę 103 pensjonariuszy wybranych domów opieki społecznej w Polsce i w Belgii). Ankiety przeprowadzono w okresie od 15 lipca 2015 r. do 30 września 2015 r., w następujących domach opieki społecznej: Dom Pomocy Społecz-

nej w Łodzi, ul. Rojna 15, Centrum Rehabilitacyjno-Opiekuńcze, Dom Pomocy Społecznej w Łodzi, ul. Przybyszewskiego 255/267, Dom Pomocy Społecznej w Knokke-Heist (Belgia).

Analiza wyników badania

Charakterystyka grupy badanej

1. W grupie ankietowanych odsetek mężczyzn (36,0%) był niższy niż kobiet (64,0%).
2. Średnie wieku ankietowanych to:
 - W przypadku kobiet – średnia wieku ankietowanej to 83 lata w Belgii, 81 lat w Polsce. Najmłodsza ankietowana w Polsce miała 31 lat, najstarszy 98 lat. W Belgii natomiast najmłodsza ankietowana miała 70 lat, najstarsza 99 lat;
 - W przypadku mężczyzn – średnia wieku ankietowanego to 81 lat w Belgii, 72 lata w Polsce. Najmłodszy ankietowany w Polsce miał 39 lat, najstarszy 94 lata. W Belgii natomiast najmłodszy ankietowany miał 67 lat, najstarszy 96 lat. W wieku do 70 lat w Polsce w DPS przebywa 33,3% ankietowanych, w Belgii zaledwie 10,5%.
3. Wśród ankietowanych polskich DPS-ów dominują Ci z wykształceniem podstawowym (prawie połowa badanych pensjonariuszy). W Belgii natomiast dominowali pensjonariusze z wykształceniem średnim (ponad połowa badanych). Co szósty legitymował się wykształceniem wyższym.
4. Zarówno w Belgii jak i w Polsce pensjonariusze domów opieki utrzymują się głównie z emerytur.
5. Liczba lat płaconych składek jest zgodna z liczbą lat pracy.

Tabela 1. Miejsce zamieszkania przez zamieszkaniami w DPS

	Razem	Wieś	Miasto do 50 tys. mieszkańców	Miasto ponad 50 tys. mieszkańców
Liczba osób Polska	50	1	1	48
Liczba osób Belgia	53	5	38	10

Źródło: opracowanie własne.

W DPS w Polsce przebywają osoby głównie z dużych miast. Przyczyną tego może być fakt, że na wsi i w małych miastach rozwinięta jest opieka rodziny i sąsiadów. W miastach zanika tradycja rodzin wielopokoleniowych ułatwiających opiekę nad

osobami tego wymagającymi. Odwrotnie w Belgii, w domach opieki przebywają głównie mieszkańcy małych miast (do 50 tys. mieszkańców). Wynika to z faktu, iż w dużych miastach jest doskonale zorganizowana opieka pielęgnacyjna w domu starszej osoby.

Zabezpieczenie społeczne starości

Tabela 2. Porównanie lat pracy w Polsce i w Belgii

	Nie pracował/-a	Do 10 lat	Do 20 lat	Do 30 lat	Do 40 lat i więcej	Razem
Polska	2	-	9	15	24	50
Belgia	2	-	-	7	44	53

Źródło: opracowanie własne.

W obu badanych grupach dominuje kilkudziesięcioletni czas pracy. W przypadku pensjonariuszy belgijskich domów opieki, porównaniu do polskich pensjonariuszy, obserwuje się większe podobieństwa lat pracy kobiet i mężczyzn. Większość ankietowanych (66%) uważa, że najważniejszym ubezpieczeniem społecznym jest emerytura.

Tabela 3. Wybór najważniejszego ubezpieczenia społecznego – ogółem (kobiety i mężczyźni)

Polska		Belgia	
Rodzaj	Liczba osób	Rodzaj	Liczba osób
Chorobowe	7	Usługi medyczne	17
Wypadkowe	2	Zapomogi	30
Rentowe	7	Emerytura	6
Emerytalne	33		
Inne (od starości)	1		

Źródło: opracowanie własne.

W Polsce obserwuje się większą świadomość zabezpieczenia emerytalnego. Belgowie uznają ten czynnik, jako marginalny. Najwięcej ankietowanych polskich domów opieki społecznej ocenia zakres usług obowiązkowego zabezpieczenia społecznego, jako dobry (trzy czwarte ankietowanych). Więcej niezadowolonych z usług notuje się wśród mężczyzn (bardzo źle – 16,7%) niż u kobiet (3,1%). Belgowie są bardziej zadowoleni z usług z ubezpieczenia społecznego niż Polacy.

Tabela 4. Ocena zakresu usług zabezpieczenia społecznego przez pensjonariuszy wybranych domów opieki społecznej

	Polska	Belgia
Bardzo źle	8,0%	-
Źle	12,0%	3,8%
Dobrze	76,0%	94,3%
Bardzo dobrze	2,0%	1,9%
Brak zdania	2,0%	-
Razem	100 %	100%

Źródło: opracowanie własne.

W Belgii dominującym źródłem informacji na temat ubezpieczenia społecznego były prasa i telewizja (łącznie 96,3% ankietowanych), natomiast w Polsce – miejsce pracy i Zakłady Ubezpieczeń Społecznych (69,4% ankietowanych). Wszyscy ankietowani określili się, jako zwolennicy funkcji ochronnej ubezpieczenia.

Ubezpieczenia prywatne w Belgii są powszechne. Głównie są to ubezpieczenia zdrowotne, a do zakupu dodatkowego ubezpieczenia skłoniła ankietowanych obawa przed kosztami leczenia. Żadna z ankietowanych osób nie była zwolennikiem(-czką) likwidacji ubezpieczenia społecznego i pozostawienia jedynie ubezpieczeń prywatnych (100% ankietowanych). Jako inne źródła ankietowani podawali np. utworzenie odrębnego funduszu na ten cel.

Tabela 5. Rozpowszechnienie prywatnego zabezpieczenia społecznego wśród pensjonariuszy domów opieki w Belgii

Kobiety – 20	Mężczyźni – 7
58,8%	36,8%

Źródło: opracowanie własne.

W przypadku pensjonariuszy polskich domów opieki świadomość istnienia możliwości dodatkowego zdrowotnego czy społecznego jest znikoma. Żaden z pensjonariuszy nigdy nie korzystał z tej formy zabezpieczenia. Zaobserwowano natomiast duże zainteresowanie ubezpieczeniem pielęgnacyjnym. Aż 90% ankietowanych opowiedziało się za koniecznością wprowadzenia takiego ubezpieczenia w Polsce

Tabela 6. Konieczność wprowadzenia ubezpieczenia pielęgnacyjnego w Polsce

	Mężczyźni	Kobiety	Razem
Tak	17	30	47
Nie	1	1	2
Nie wiem	-	1	1
Razem	18	32	50

Źródło: opracowanie własne.

Ocena pobytu w domach opieki

Tabela 7. Powód pobytu w domach opieki według pensjonariuszy

	Mężczyźni	Kobiety	Razem
Polska			
Samotność	5	12	17
Wymaga opieki	11	13	24
Decyzja rodziny	2	7	9
Belgia			
Samotność	6	4	10
Wymaga opieki	11	29	40
Decyzja rodziny	2	1	3

Źródło: opracowanie własne.

Problem samotności osób starszych jest większy w Polsce niż w Belgii. Głównym powodem pobytu w DPS jest potrzeba opieki (w Belgii aż 75,5%, a w Polsce 48%). Także zauważa się znacząco dłuższy okres pobytu w domach opieki pensjonariuszy belgijskich (6–10 lat). Najczęściej powtarzająca się długość pobytu w polskich domach opieki to 1–5 lat.

Tabela 8. Zadowolenie z pobytu

	Tak	%	Nie	%
Polska	43	86,0	7	14,0
Belgia	50	94,3	3	5,7

Źródło: opracowanie własne.

Bardziej zadowoleni z pobytu są pensjonariusze w Belgii, choć w Polsce również dominuje ten rodzaj odpowiedzi.

Tabela 9. Sposób spędzania wolnego czasu przez pensjonariuszy polskich domów opieki

	Mężczyźni	Kobiety	Razem
Telewizja	17	24	41
Spacer	11	14	25
Czytanie	7	23	30
Wycieczki	2	4	6
Inne (chór, karmienie gołębi)	3	1	4

Źródło: opracowanie własne.

Większość wolnego czasu polscy pensjonariusze spędzają na oglądaniu telewizji i czytaniu. Zajęcia ruchowe są w niskim procencie aktywności ogólnej.

Tabela 10. Sposób spędzania wolnego czasu przez pensjonariuszy belgijskich domów opieki

	Mężczyźni	Kobiety	Razem
Telewizja	5	21	26
Spacer	2	-	2
Czytanie	5	5	10
Wycieczki	6	8	14

Źródło: opracowanie własne.

Zauważa się, że kobiety są mniej aktywne niż mężczyźni. Częściej oglądają telewizję (61,8%, podczas gdy 31,6% mężczyzn). Zajęcia ruchowe nie są preferowane wśród ankietowanych, spaceru u mężczyzn to zaledwie 10,5%, a kobiety w ogóle nie zaznały takiej aktywności. Podobnie jest wśród pensjonariuszy DPS w Polsce, gdzie powodzeniem cieszy się telewizja i czytanie.

Tabela 11. Czynniki wstrzymujące leczenie u specjalisty

	Odsetek mężczyzn	Odsetek kobiet
Wysokie koszty	38,5	21,1
Długi czas oczekiwania	15,4	42,1
Inne (nie ma problemu z leczeniem u specjalisty)	46,1	36,8

Źródło: opracowanie własne.

Głównym powodem nie korzystania z opieki specjalisty wśród pensjonariuszy domów opieki były wysokie koszty takich wizyt. Zjawisko to obserwuje się głównie wśród pensjonariusz belgijskich.

Wnioski

W nadchodzących dekadach struktura wiekowa ludności Europy znacznie się zmieni ze względu na niski wskaźnik płodności oraz wydłużanie się okresu życia. Według szacunków w 2060 r. w Unii Europejskiej osób w wieku produkcyjnym będzie o 50 milionów mniej niż w 2008 r., natomiast liczba osób w wieku 65 lat i starszych zwiększy się prawie o 67 milionów. Współczynniki tych dwóch grup wiekowych do 2060 r. ulegną podwojeniu. Oznacza to, że w 2060 r. na jednego emeryta będą przypadać tylko dwie osoby w wieku produkcyjnym [Tendera-Właszczuk 2010, s. 109]. Funkcje zabezpieczenia społecznego, z którego korzystają osoby starsze, czyli opieka zdrowotna oraz świadczenia rentowe i emerytalne, wymagają od państw członkowskich natychmiastowych działań w zakresie zmian strukturalnych i finansowych. Przeprowadzona analiza wykazała, że pomimo nieznaczących różnic, zarówno polski jak i belgijski system zabezpieczenia społecznego stoi przed poważnym wyzwaniem związanym z tych niepokojących statystyk.

Bibliografia

- Adequate and Sustainable Pensions Synthesis Report 2006 – European Commission Directorate-General for Employment* (August 2006), Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
- Encyklopedia PWN* (2001), Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- EU Reports: Pensions*, http://www.edac.eu/policies_desc.cfm?v_id=19, dostęp: 20.09.2016.
- Federal Public Service Social Security, <http://www.socialsecurity.fgov.be/en/index.htm>, dostęp: 01.06.2016.
- <http://zus.pox.pl/zus/emerytura-minimalna.htm>, dostęp: 01.05.2016.
- Komisja Europejska: *Twoje uprawnienia do zabezpieczenia społecznego w Belgii* (2012), http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Belgium_pl.pdf, dostęp: 16.05.2016.
- Kowalewski P., Szukalski T. (2008), *Starzenie się ludności Polski*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Luhmann N. (1994), *Teoria polityczna państwa bezpieczeństwa socjalnego*, PWN, Warszawa.
- Muszalski W. (2010), *Prawo socjalne*, Warszawa.
- Orlicki M. (2011), *Ubezpieczenia obowiązkowe*, Wolters Kluwer Business, Warszawa.

- Piotrowski. J. (1966), *Zabezpieczenie społeczne. Problematyka i metody*, Wydawnictwo Książka i Wiedza, Warszawa.
- Rutecka J. (2014), *System emerytalny po zmianach od 2014 roku*, Ubezpieczenie Społeczne, Teoria i praktyka, Warszawa.
- Social Protection in the Member States of the European Union*, European Commission Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities (MISSOC) Unit E.4, 2008.
- Social Security Programs throughout the World: Europe, 2006*, Social Security Administration Office of Policy Office of Research, Evaluation, and Statistics Washington, Released: September 2006.
- Szpor. G. (2013), *System ubezpieczeń społecznych*, LexisNexis, Warszawa.
- Szumlicz T. (red.) (2005), *Społeczne aspekty ubezpieczania*, Wyd. Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa.
- Szumlicz T. (2006), *Ubezpieczenie społeczne*, Oficyna Wydawnicza Branta, Warszawa.
- Tendera-Właszczuk H. (2010), *Polityka społeczna krajów Unii Europejskiej po wschodnim rozszerzeniu*, Polskie Towarzystwo Ekonomiczne, Kraków.
- Więckowska B. (2008), *Ubezpieczenie pielęgnacyjne*, Wydawnictwo Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa.
- Więckowska B. (2004), *Zarządzanie ryzykiem niedołąstwa starczego*, Warszawa.
- Więclaw A., Krupa K. (2012), *Fundusz pielęgnacyjny – nowa składka ubezpieczenia społecznego*, „JColHealth”, vol. 16, nr 4, Katowice.
- Kluszczyńska Z., Koczur W., Rubel K., Szpor G., Szumlicz T. (2004), *System ubezpieczeń społecznych. Zagadnienia podstawowe*, Warszawa.
- Zieliński T. (2003), *Nowe emerytury – kres zabezpieczenia społecznego ludzi starych*, Warszawa.
- Zych. A. (2001), *Słownik gerontologii społecznej*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa.

Anna Rybarczyk-Szwajkowska¹

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Paulina Nowak

Instytut Medycyny Pracy

Dominika Cichońska

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Romuald Holly

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Wpływ certyfikatu jakości na zakażenia szpitalne w podmiotach leczniczych w województwie łódzkim

The Impact of a Quality Certificate on Nosocomial Infections in Hospitals in the Region of Lodz

Abstract: Introduction: In Poland, the most popular quality certification programmes are ISO certification and accreditation. To obtain a quality certificate, a hospital is obliged to perform activities intended for control, prevention and speedy elimination of nosocomial infection. The aim of this study is to investigate the relationship between possessing a quality certificate and the presence of nosocomial infections in hospitals in the region of Lodz.

Material and methods: Records of nosocomial infections occurring in hospitals in the Lodz region in 2013 and 2014 were investigated.

Results: In 2013, 11 hospital-acquired infections were detected from 23 hospitals with an ISO certificate, while in 2014, 10 infections were detected from 16 hospitals with an ISO certificate. A statistically significant relationship was found between hospitals possessing an ISO certificate and detection of nosocomial infections, and between hospitals with an ISO certificate and the number of people infected in the hospital.

Conclusion: The infection control system in hospitals with an ISO certificate demonstrates greater nosocomial infection reportability.

Key words: nosocomial infections, certification, accreditation, quality of healthcare.

¹ E-mail: anna.rybarczyk-szwajkowska@umed.lodz.pl

Wstęp

Zapewnienie wysokiej jakości usług jest istotnym problemem funkcjonowania współczesnego systemu ochrony zdrowia. Określenie standardów działań stało się wymogiem jednostek działających na rynku usług zdrowotnych wpływającym na zapewnienie świadczeń na odpowiednim poziomie [Ostrowski, Bojar 2002, s. 115]. Do tych jednostek należą podmioty lecznicze, dla których zapewnienie odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych powinno być wartością priorytetową, gdyż jakość przekłada się na zdrowie, zaufanie, bezpieczeństwo, a także życie pacjenta [Maciąg, Sakowska 2006, ss. 50–61]. Aby zapewnić wysoki poziom jakości świadczonych usług należy m.in. skutecznie zarządzać jakością, poprzez wdrożenie efektywnie funkcjonującego systemu, który definiowany jest jako zbiór wzajemnie powiązanych lub wzajemnie oddziałujących elementów, takich jak: struktura organizacyjna, procedury, procesy, zasoby organizacji [Głowacka, Sobkowski, Staszewski 2005, s. 231].

Systemy zapewnienia jakości oferują liczne metody i narzędzia pomocne tym, którzy poprzez eliminację i zapobieganie powstawaniu błędów chcą zwiększyć bezpieczeństwo chorych, a w konsekwencji także bezpieczeństwo personelu i całego podmiotu leczniczego. W systemach zapewnienia jakości mechanizmy, mające na celu eliminację oraz w większym stopniu zapobieganie błędom, stanowią ważny ich element, ponadto w swoich wymaganiach wyrażają troskę o pacjenta i personel zatrudniony w szpitalu, zapewniając właściwy poziom usługi [Głowacka, Sobkowski, Staszewski 2005, s. 232].

Głównymi systemami zapewnienia jakości świadczeń w podmiotach leczniczych w Polsce są: certyfikacja według rodziny norm ISO 9000 (ISO – International Organization for Standardization) i akredytacja przyznawana przez Ministra Zdrowia, zgodna ze zdefiniowanymi standardami akredytacyjnymi. Współpraca międzynarodowa spowodowała konieczność ujednoczenia wymagań rynkowych dotyczących przepisów, reguł, zasad, w celu uzyskania wysokiej jakości oferowanych usług i produktów. Poszczególne kraje opracowały własne normy jakościowe, często nieakceptowane w innych krajach, co zrodziło potrzebę wypracowania wspólnych, ujednoczonych norm w skali międzynarodowej [Górska-Marciniak, Ślawska 2008, s. 251]. Certyfikat jakości, który poświadcza wdrożenie przez przedsiębiorstwo systemu zapewnienia jakości według norm ISO, należy do najważniejszych certyfikatów uznawanych na forum międzynarodowym [Borek-Wojciechowska i Kłokow 2007, ss. 374–380] i przyjmuje się, że stanowi jedno z najlepszych narzędzi mających wpływ na kształtowanie jakości usług [Hayes 1994, ss. 52–59; Haj, Lamrini i Rajs 2013, ss.17–33].

Zapewnienie pacjentom bezpieczeństwa znajduje się na czele listy priorytetów Unii Europejskiej. Za działania z tego zakresu odpowiedzialne są: Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, *World Health Organization*), Światowy Sojusz na rzecz Bezpieczeństwa Pacjentów (*World Alliance on Patient Safety*), Rada Europy, europejskie zrzeszenia pacjentów, lekarzy, pielęgniarzy, farmaceutów i szpitali. Ścisła koordynacja, skuteczna i konsekwentnie realizowana polityka w tym zakresie mają za zadanie przyczynić się do podniesienia jakości opieki zdrowotnej, co nierozdzielnie łączy się z zapewnieniem pacjentom wysokiego poziomu bezpieczeństwa [Gwizdak 2008, ss. 181–185]. Bezpieczeństwo pacjenta wynika z działań personelu medycznego. Bez odpowiedniego zrozumienia ze strony pracowników celowości dbania o bezpieczeństwo nie jest możliwe uzyskanie i utrzymanie odpowiedniego jego poziomu.

Niski poziom bezpieczeństwa pacjenta oznacza wzrost częstości zakażeń szpitalnych [Jakubek 2012]. Zakażenia szpitalne stanowią istotne obciążenie systemu ochrony zdrowia przyczyniając się nie tylko do zwiększenia kosztów leczenia poprzez wydłużenie czasu hospitalizacji (średnio o 5–10 dni), ale przede wszystkim powodując zwiększenie zachorowalności i śmiertelności [Dziewa i Ksykiewicz-Dorota 2012, ss. 56–63; Czyżewski, Tomczak i Kiejda 2005, ss. 167–171; Wójkowska-Mach i wsp. 2008, ss. 56–65; Jawień i wsp. 2004, ss. 483–491]. Podmioty lecznicze, które posiadają system jakości wykazują lepszą organizację i większą efektywność systemu kontroli zakażeń szpitalnych. Celem niniejszej pracy jest wskazanie zależności pomiędzy posiadaniem przez podmiot leczniczy certyfikatu jakości a występowaniem zakażeń szpitalnych.

Materiały i metody

W badaniu wykorzystane zostały informacje zawierające dane na temat czynników alarmowych i ognisk zakażeń szpitalnych w szczególności: (1) liczba badań mikrobiologicznych wykonywanych u pacjentów, (2) liczba pacjentów i personelu medycznego z zakażeniem w ognisku epidemicznym, w tym liczba potwierdzonych przypadków w zależności od rodzaju szpitala i posiadanego certyfikatu (ISO/akredytacja), (3) liczba pacjentów z biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, (4) informacje na temat biologicznego czynnika chorobotwórczego (jego gatunku i lekooporności), (5) liczba ognisk epidemicznych.

Analizą objęte zostały podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami prowadzące działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne na terenie województwa łódzkiego w 2013 i 2014 r. Liczba podmiotów posiadających certyfikat ISO i/lub akredytację została ustalona na podstawie informacji dostępnych na stronach internetowych badanych podmiotów leczniczych, stronie internetowej Centrum Monitorowa-

nia Jakości oraz danych pochodzących z Departamentu Polityki Zdrowotnej Urzędu Marszałkowskiego w Łodzi.

Analizę statystyczną uzyskanych danych przeprowadzono z wykorzystaniem programu Statistica 10.0 (prod. StatSoft, Polska). W analizie posłużono się współczynnikiem korelacji Rang Spearmana.

Wyniki

W roku 2013 na terenie województwa łódzkiego funkcjonowało 39 szpitali publicznych, w tym 23 posiadające certyfikat ISO. Najliczniejszą grupę wśród nich stanowiły podmioty, dla których organem założycielskim był samorząd województwa oraz samorząd powiatowy i gminny. W roku 2014 w województwie łódzkim działało 38 szpitali publicznych w tym 16 z nich posiadało certyfikat ISO. Znacznie mniej popularnym systemem zewnętrznej oceny jakości była akredytacja. W roku 2013 na obszarze województwa działały 4 podmioty posiadające akredytacje, w roku następnym było ich 6. Najwięcej podmiotów posiadających akredytację, w obu analizowanych latach, stanowiły szpitale, dla których organem założycielskim był samorząd województwa.

W roku 2013 w publicznych podmiotach prowadzących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne w województwie łódzkim wykryto 12 ognisk epidemicznych, w ramach których zgłoszonych zostało 87 przypadków zakażeń, w tym 4 zakażenia personelu medycznego. Mniej niż połowa przypadków nie została potwierdzona badaniami. W roku 2014 liczba ognisk epidemicznych wzrosła do 25, zgłoszonych zostało 177 przypadków zakażeń, w tym 22 zakażenia personelu medycznego. Co drugie wykryte zakażenie nie zostało potwierdzone wynikami badań. Wśród personelu medycznego tylko dwa razy wykonano badania w celu potwierdzenia zakażenia.

Tabela 1. Liczba pacjentów z zakażeniem w ognisku epidemicznym

WSSE Łódź	Liczba ognisk epidemicznych	Liczba osób z zakażeniem w ognisku epi- demicznym ogółem	Liczba pacjentów z zakażeniem w ognisku epidemicznym		
			Ogółem	Potwierdzona badaniami	Niepotwierdzona badaniami
2013	12	87	83	53	30
2014	25	177	155	86	69

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z WSSE w Łodzi.

Tabela 2. Liczba personelu medycznego z zakażeniem w ognisku epidemicznym

WSSE Łódź	Liczba personelu medycznego z zakażeniem w ognisku epidemicznym		
	Ogółem	Potwierdzona badaniami	Niepotwierdzona badaniami
2013	4	-	4
2014	22	2	20

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z WSSE w Łodzi

Najczęstszymi patogenami alarmowymi były: *Rotavirusy* (2,14; 3,14)², *Klebsiella spp.* (2,25; 2,56), *MRSA* (1,76; 1,94), *Acinetobacter spp.* (1,32; 1,07), *Clostridium difficile* (1,01; 1,16), *Escherichia coli* (1,00; 1,17). Najczęściej występującymi biologicznymi czynnikami chorobotwórczymi w ognisku epidemicznym były: *Clostridium difficile* (toksyna A i B) i *Rotavirus*.

W roku 2013, w co trzecim podmiocie leczniczym w województwie łódzkim wystąpiło zakażenie szpitalne. Wśród 23 podmiotów posiadających certyfikat jakości ISO w 11 z nich wystąpiło zakażenie szpitalne, co stanowi prawie połowę wszystkich podmiotów posiadających certyfikat ISO. Tylko jeden podmiot, w którym wystąpiło zakażenie, nie posiadał certyfikatu jakości ISO. Żaden z podmiotów, w którym odnotowano zakażenie nie posiadał akredytacji Ministra Zdrowia. Najwięcej zakażonych pacjentów odnotowano w szpitalu miejskim (12), najmniej w szpitalu specjalistycznym (3).

W roku 2014 na 16 podmiotów posiadających certyfikat ISO w 10 z nich wystąpiło zakażenie szpitalne, 2 z nich posiadały dodatkowo akredytacje. Największą liczbę zakażonych pacjentów wykryto w szpitalu klinicznym (33). Znaczną liczbą zakażeń charakteryzował się też szpital wojewódzki (25), który posiadał zarówno akredytacje, jak i certyfikat ISO. Najmniej przypadków zakażeń odnotowano w szpitalu powiatowym (3).

Przeprowadzona analiza wykazała istnienie istotnej statystycznie, silnej (0,6309) zależności pomiędzy posiadaniem certyfikatu jakości ISO a występowaniem zakażeń szpitalnych. Zakażenie częściej występowały w podmiotach posiadających certyfikat jakości ISO w odniesieniu do pomiotów nie posiadających tego certyfikatu.

W trakcie badania stwierdzono również istnienie istotnej statystycznie, silnej (-0,6008), ujemnej korelacji pomiędzy posiadaniem certyfikatu jakości ISO a liczbą osób zakażonych. Biorąc pod uwagę analizowane podmioty, większą liczbę osób zakażonych wykrywano w szpitalach nie posiadających certyfikatu jakości ISO.

² Zapadalność na 1000 pacjentów, wartości kolejno dla roku 2013, następnie 2014.

Tabela 3. Podmioty posiadające certyfikat jakości w odniesieniu do zakażeń szpitalnych

Podmioty posiadające certyfikat jakości w odniesieniu do zakażeń szpitalnych	2013	2014
Liczba podmiotów posiadających certyfikat ISO	23	16
w tym liczba podmiotów, w których wystąpiło zakażenie	11	10
Liczba podmiotów posiadających akredytację	4	6
w tym liczba podmiotów, w których wystąpiło zakażenie	-	2

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z WSSE w Łodzi.

Wyniki analizy w odniesieniu do akredytacji Ministra Zdrowia okazały się nieistotne statystycznie. Przyczyną tej sytuacji była zbyt mała liczba podmiotów leczniczych z wdrożonym certyfikatem akredytacyjnym.

Omówienie

Średnia częstość zakażeń szpitalnych na świecie waha się w granicach 5–10% [Bloch-Bogusławska i wsp. 2008, ss. 22–26]. Według szacunków Komisji Europejskiej corocznie ma miejsce 3 mln zakażeń w podmiotach leczniczych – statystyki nie odzwierciedlają jednak rzeczywistej sytuacji w tym zakresie. Obliczony na podstawie zebranych danych współczynnik chorobowości waha się w zakresie od 3 do 21% [Dziewa i Ksykiewicz-Dorota 2012, ss. 56–63]. Badania wskazują, iż zakażenia szpitalne wydłużają czas hospitalizacji 2–5 krotnie [Cieniela i wsp 2000, ss. 291–297]. Światowa Organizacja Zdrowia stworzyła grupę odpowiedzialną za rejestrację zakażeń oraz przekazywanie informacji o sposobach ich zapobiegania i kontroli. Skuteczne zapobieganie szerzeniu się zakażeń wymaga wdrożenia środków je ograniczających, szczególnie, gdy odnosi się to do wysokospecjalistycznych oddziałów zabiegowych [Wójkowska-Mach i wsp. 2010, ss. 10–15]. Wystąpienie zakażeń w znaczącej liczbie przypadków wynika z zastosowania cewnika moczowego, antybiotykoterapii oraz migracji pacjentów między oddziałami. Zdecydowanie częściej (5–10 razy częściej) dochodzi do zakażeń szpitalnych na oddziałach intensywnej terapii. Najczęściej występującymi zakażeniami są zakażenia układu moczowego [Dziewa i Ksykiewicz-Dorota 2012, ss. 56–63].

ECDC (Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób) wskazuje, iż zminimalizowanie liczby zakażeń szpitalnych może zostać dokonane poprzez wdrożenie odpowiednich procedur zmniejszających ryzyko zakażenia oraz wprowadzenie systemu kontrolowania i raportowania zakażeń szpitalnych. Uchwalona w 2008 roku *Ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* nałożyła na

podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne obowiązek prowadzenia rejestru zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych [Dz. U. 2008, nr 234, poz. 1570]. W roku 2014 do Państwowej Inspekcji Sanitarnej zgłoszono 401 ognisk epidemicznych ze 195 podmiotów leczniczych, co stanowi ogółem 20,6% szpitali. W grupie tej znalazły się szpitale: powiatowe (35%), specjalistyczne (26%), wojewódzkie (16%), kliniczne (11,8%), miejskie (5%), wielospecjalistyczne (2,1%), niepubliczne (2,1%), instytuty (1%), uniwersyteckie (0,5%) uzdrowiska (0,5%) [Kucharska i Rychlewska 2015; GIS 2014]. Eksperci ds. zakażeń są jednak zgodni, iż tak niska liczba zgłoszonych ognisk epidemicznych nie wynika z doskonałego systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych, a raczej jest wynikiem źle funkcjonującego systemu monitorowania i kontroli zakażeń w podmiotach leczniczych. Zapobieganie zakażeniom powinno więc opierać się na zbieraniu danych dotyczących zakażeń, jednak podmioty funkcjonujące w sektorze ochrony zdrowia nie wypełniają tego obowiązku w sposób rzetelny, dokładny, terminowy.

Na ryzyko wystąpienia zakażenia u pacjenta hospitalizowanego ma wpływ przede wszystkim jakość udzielanych świadczeń medycznych. Zakażenia szpitalne stanowią nierozwalną więź z jakością usług medycznych. Tylko świadomość ich istnienia i następstwa, wiedza o przyczynach, epidemiologii, objawach klinicznych może doprowadzić do prawidłowej ich kontroli i zwalczania. Przeprowadzona analiza wykazała, iż prawie wszystkie jednostki, które zgłosiły wystąpienie zakażenia szpitalnego, posiadały certyfikat jakości ISO i/lub akredytację. Jest to konsekwencją większej rzetelności w zakresie gromadzenia i przesyłania informacji na temat zakażeń w tych jednostkach. W toku rozważań wykazano, iż wśród podmiotów posiadających certyfikat jakości ISO częściej występowały zakażenia w porównaniu z podmiotami nie posiadającymi certyfikatu. Analiza wykazała, iż biorąc pod uwagę wszystkie podmioty, w których wystąpiło zakażenie można stwierdzić, że do większego rozprzestrzeniania się zakażeń dochodziło w podmiotach nieposiadających certyfikacji, o czym świadczy większa liczba osób zakażonych w tych jednostkach.

Dane wskazują, iż wzrasta zainteresowanie posiadaniem certyfikatu poświadczającego wysoką jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych. Większość podmiotów posiadających certyfikat ISO i/lub akredytację to publiczne podmioty lecznictwa stacjonarnego. W województwie łódzkim występuje przewaga podmiotów posiadających certyfikat ISO w odniesieniu do akredytacji. Mała liczba podmiotów posiadających akredytację może być związana z większym poziomem trudności w jej zdobyciu [Kautsch i Lewandowski 2009, ss. 11–16] i znacznie wyższymi nakładami finansowymi, które należy ponieść przy wdrażaniu tego systemu [Rybarczyk 2012, ss. 24–27]. Na zwiększenie zainteresowania certyfikacją wpływ może mieć uwzględnienie syste-

mu jakości w procesie kontraktowania. W trakcie oceny ofert bierze się pod uwagę jakość udzielanych świadczeń mierzoną przez: kwalifikacje i umiejętności zatrudnionego w danej jednostce personelu, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, posiadanie certyfikatu poświadczającego jakość, ocenę kontroli zakażeń szpitalnych i polityki antybiotykowej oraz wyniki ostatniej kontroli przeprowadzonej przez płatnika – Narodowy Fundusz Zdrowia [Zarządzenie Nr 3/2014/DSOZ].

Pozyskanie certyfikatu poświadczającego wysoką jakość udzielnych świadczeń zdrowotnych może mieć wpływ na oszczędności finansowe wynikające chociażby z zapobiegania wystąpieniu zakażeń, jednak w proces wdrażania systemu jakości musi być zaangażowana cała kadra zarządcza szpitala. Jakość świadczeń pojmowana jest przez kadre zarządczą (dyrektorów, ordynatorów/kierowników oddziałów, pielęgniarki oddziałowe/koordynujące) jako proces dążący do spełnienia oczekiwań pacjentów i ich zadowolenia [Rybarczyk-Szwajkowska, Holly i Cichońska 2015, ss. 7–20]. Takie pojmowanie jakości może nie uwzględniać problemu, jaki stanowią zakażenia szpitalne, które niewątpliwie na tę jakość wpływają. Niedocenianie problemu, jakie stanowią zakażenia szpitalne powoduje, iż istniejący system zbierania danych o zakażeniach nie funkcjonuje poprawnie. Dodatkowo wyniki badań wskazują, iż posiadanie certyfikatu jakości ISO i/lub akredytacji determinuje sposób patrzenia na jakość świadczeń zdrowotnych przez kadre zarządzającą szpitalami. Personel pracujący w jednostkach posiadających certyfikat jakości ISO częściej zauważa zależność pomiędzy liczbą zatrudnionego personelu a jakością udzielanych świadczeń [Rybarczyk-Szwajkowska, Cichońska i Holly 2016, ss. 365–373].

Poprawa jakości powinna być traktowana jako proces ciągły, wieloaspektowy, będący obowiązkiem pracowników medycznych. Ciągły proces doskonalenia jakości świadczeń powoduje zwiększenie dostępności oraz zaspokojenie oczekiwań pacjentów [Kurpas i Steciwko 2005, ss. 603–608]. Dążąc do uzyskania certyfikacji istotną rolę odgrywa nastawienie zatrudnionego w danej jednostce personelu. Wyniki badań wskazują, iż jedną z głównych przyczyn niezrealizowania standardów są złe nawyki personelu. Większe trudności powodowały problemy wynikające z zarządzania personelem, niż zapewnienie wystarczającej ilości środków finansowych. Dlatego właśnie działania zmierzające do poprawy jakości w podmiotach leczniczych powinny rozpoczynać się od zmiany ludzkich zachowań [Stawowy i Kautsch 2011, ss. 21–25].

Stosowane standardy zapewniające bezpieczeństwo pacjenta w szpitalu, stałe pogłębianie wiedzy medycznej, dążenie do profesjonalizmu to tylko kilka składowych nowoczesnego modelu opieki nad pacjentem, których nieznanomość skutkuje dodatkowym cierpieniem pacjentów, występowaniem zdarzeń niepożądanych i obniżeniem poziomu jakości świadczonych usług medycznych. Należy jednak podkreślić, iż

na każdym etapie hospitalizacji, czyli od momentu przyjęcia pacjenta do szpitala do chwili jego wypisu, może dochodzić do zdarzeń niepożądanych, w tym zakażeń szpitalnych [Gwizdak 2008, ss. 181–185]. Niestety błędy postępowania medycznego można tylko i wyłącznie zredukować, gdyż nie sposób ich całkowicie wyeliminować. We wszystkich, nawet najlepszych szpitalach i organizacjach opieki zdrowotnej na świecie dochodzi do zdarzeń niepożądanych i przypadków strażniczych, gdyż nawet najnowsze technologie nie eliminują możliwości popełnienia błędu [Kutryba i Kutaj-Wąsikowska 2003]. Zakażenia szpitalne występują w każdym pomieszczeniu leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, jeśli jednak nie odnotowano żadnego zakażenia znaczy to, że czynny nadzór i monitorowanie zakażeń szpitalnych w takim szpitalu funkcjonuje nieprawidłowo, a zespół do spraw kontroli zakażeń powołany został tylko dlatego, iż obowiązują takie wymogi prawne i praktycznie nie prowadzi żadnych działań kontrolnych.

Wnioski

1. Wzrasta zainteresowanie posiadaniem przez podmioty lecznicze certyfikatów potwierdzających wysoką jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych.
2. Posiadanie przez podmiot leczniczy certyfikatu jakości wpływa na działania mające na celu szczegółową kontrolę i rzetelną sprawozdawczość zakażeń szpitalnych.

Bibliografia

- Bloch-Bogusławska E., Wolska E., Engelgard P., Mikucka A., Paradowska A. (2008), *Bakteryjne zakażenia szpitalne w latach 2000-2006 w materiałach własnych Katedry Medycyny Sądowej CM UMK w Bydgoszczy*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii”, t. 58.
- Borek-Wojciechowksa R., Kłokow S. (2007), *Zapewnienie jakości w opiece zdrowotnej – stan aktualny*, „Zdrowie Publiczne”, t. 117(3).
- Cienciała A., Mądry R., Barucha P., Balawender R., Skarżyńska J., Sroga J., Dobosz J., Mikuła G., Wojewoda T. (2000), *Zakażenia szpitalne w oddziałach zabiegowych*, „Przegląd epidemiologiczny”, t. 54.
- Czyżewski P., Tomczak H., Kiejda J. (2005), *System zapobiegania zakażeniom szpitalnym Kliniki Neurochirurgii i Neurotraumatologii AM w Poznaniu*, „Neuroskop”, nr 7.
- Dziewa A.M., Ksykiewicz-Dorota A.K. (2012), *Metody monitorowania i rejestracji zakażeń szpitalnych*, „Hygeia Public Health”, t. 47(1).
- Głowacka M. D., Sobkowski M., Staszewski R. (2005), *Pomiar i analiza poziomu jakości świadczeń zdrowotnych*, „Nowiny Lekarskie”, nr 74(2).

- Główny Inspektorat Sanitarny (2014), *Stan sanitarny kraju w 2014 roku*, Państwowa Inspekcja Sanitarna, Warszawa.
- Górska-Marciniak E., Ślawska E. (2008), *Akredytacja, certyfikacja i kompleksowe zarządzanie jakością (TQM) jako kierunki doskonalenia w zarządzaniu zakładami opieki zdrowotnej*, Materiały konferencyjne „Współczesne wyzwania strukturalne i menedżerskie w ochronie zdrowia”, Ryn.
- Gwizdak T. (2008), *Bezpieczeństwo pacjenta w szpitalu*, „Problemy pielęgniarstwa”, t. 16(1).
- Haj H., Lamrini M., Rais N. (2013), *Quality of Care between Donabedian Model and ISO 9001V2008*, „International Journal for Quality Research”, t. 7(1).
- Hayes H.M. (1994), *ISO 9000: the new strategic consideration*, „Business Horizon”, t. 7(3).
- Jakubek E. (2012), *Wpływ standaryzacji świadczeń medycznych na jakość opieki zdrowotnej*, praca doktorska napisana pod kierunkiem dr hab. Marii Danuty Głowackiej, Poznań.
- Jawień M., Wójkowska-Mach J., Bulanda M., Heczko P.B. (2004), *Wdrażanie systemu czynnej rejestracji zakażeń szpitalnych w polskich szpitalach*, „Przegląd Epidemiologiczny” t. 70(1).
- Kautsch M., Lewandowski R. (2009), *System certyfikacji jakości usług w systemie ochrony zdrowia*, „Polityka Społeczna”, t. 3.
- Kucharska I, Rychlewska A. (2015), *Szpitalne ogniska epidemiczne w Polsce w 2014 roku*, Państwowa Inspekcja Sanitarna, Warszawa.
- Kurpas D., Steciwko A. (2005), *Jakość usług medycznych w podstawowej opiece zdrowotnej*, „Advances in Clinical and Experimental Medicine”, t. 14(3).
- Kutryba B., Kutaj-Wąsikowska H. (2003), *Bezpieczny pacjent, bezpieczny szpital*, „Menedżer Zdrowia”, nr 3.
- Maciąg A., Sakowska I. (2006), *Rola i prawa pacjenta w obszarze jakości usług zdrowotnych*, „Studia i materiały – Wydział Zarządzania UW”, nr 1.
- Ostrowski T., Bojar I. (2002), *Systemowy model ochrony zdrowia* [w:] T.B. Kulik, M. Latański (red.), *Zdrowie Publiczne*, Lublin.
- Rybarczyk A. (2012), *Akredytacja podmiotów leczniczych w polskim systemie ochrony zdrowia stan prawny i zamierzenia legislacyjne*, „Polityka Społeczna”, t. 11-12.
- Rybarczyk-Szwajkowska A., Holly R., Cichońska D. (2015), *Badanie jakości szpitalnych świadczeń zdrowotnych w województwie łódzkim – metoda i wyniki*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie”, t. XVI(10).
- Rybarczyk-Szwajkowska A., Cichońska D., Holly R. (2016), *Postrzeżenie jakości szpitalnych świadczeń zdrowotnych przez kadrę zarządczą szpitali publicznych*, „Medycyna Pracy”, nr 67(3).
- Stawowy M., Kautsch M. (2011), *Jakość świadczeń medycznych w akredytacji szpitali*, „Polityka Społeczna” 2011, t. 2.
- Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. 2008 Nr 234 poz. 1570), art. 2.
- Wójkowska-Mach J., Bulanda M., Cencora A., Jawień A., Szczypta A., Romaniszyn D., Heczko P.B. (2008), *Hospital infections and postdischarge surveillance in selected vascular surgery procedures*, „Acta Angiologica”, nr 2.

Wójkowska-Mach J., Gryglewska B., Grodzicki T., Heczko P.B. (2010), *Definicje i kryteria rozpoznania zakażenia szpitalnego oraz zakażenia w instytucjonalnej opiece długoterminowej*, „Gerontologia Polska” nr 1.

Zarządzenie Nr 3/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 stycznia 2014 r. *w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.*

Piotr Stelmach

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Mikołaja Kopernika w Łodzi

Mateusz Kuzdak

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Włodzimierz Stelmach

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Adam Rzeźnicki¹

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Dominika Cichońska

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Jan Krakowiak

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

**Wpływ przekształcenia samodzielnego publicznego
zakładu opieki zdrowotnej w spółkę prawa handlowego
na poziom satysfakcji pacjentów korzystających
ze świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalnej izbie przyjęć**

The Impact of the Transformation of Independent Public Health Care
Centre in a Commercial Company on the Level of Satisfaction
of Patients Using Health Care Services in Hospital's Admission Room

Abstract: The correlation between patient satisfaction levels and the quality of medical services is proven and widely described in the literature of the subject. Furthermore, a multi-dimensional medical institution assessment conducted by patients is an effective tool to ensure improvements in health care, boost strategic decision-making processes, reduce costs, meet patient expectations and prepare a strategy of efficient management and progress monitoring.

¹ E-mail: rzeznicki.a@gmail.com

The aim of the work was getting to know the assessment of the hospital's admission room conducted by patients before and after its conversion into a commercial law company.

The research was conducted in the period between 2008 and 2009 among patients from the hospital in Tomaszów Mazowiecki. The research involved 5,497 patients in total, including 2,702 persons before and 2,795 persons after the hospital's conversion. Research into patient satisfaction was conducted by means of an anonymous survey questionnaire comprising 46 questions. The conducted analysis shows that in all domains the assessment of the admission room was appreciably better in the group of persons answering the survey questions after the hospital had been converted into a commercial law company as compared to answers of persons taking part in the research before the conversion.

Key words: hospital, transformation, patients' satisfaction, quality, medical service.

Wstęp

Zarządzanie jakością w opiece zdrowotnej rozwija się bardzo dynamicznie na całym świecie, w tym również w Polsce [Hamidi 2008, ss. 40–50]. Usługi zdrowotne mają szczególny charakter. W ujęciu jakościowym definiowane są jako dostarczanie określonych świadczeń na rzecz pacjentów przez usługodawcę przede wszystkim w celu zaspokojenia potrzeb usługobiorcy, jego oczekiwań oraz życzeń [Lisiecka-Biełanowicz 2001].

Jakość jest pojęciem bardzo szerokim, szczególnie trudnym do zdefiniowania w odniesieniu do opieki zdrowotnej. Zawężenie pojęcia jakości w ochronie zdrowia tylko do otrzymanego efektu leczniczego byłoby błędem. Poza wynikami leczenia bardzo ważne są również sposób oraz warunki, w jakich udzielana jest usługa, atmosfera, kontakt z osobą udzielającą świadczeń, a także stosunek ponoszonych nakładów finansowych do uzyskanych wyników. Wszystkie powyższe elementy składają się na jakość w opiece zdrowotnej. Jakość w ochronie zdrowia ma zasadnicze znaczenia: niska jakość może decydować o życiu lub śmierci pacjenta, natomiast wysoka jakość często decyduje o sukcesie przedsiębiorstwa na runku usług medycznych [Kautsch 2001; Donabedian 2005, ss. 691–729; Drobnik 2006, ss. 94–102].

Pomiaru jakości świadczeń opieki zdrowotnej możemy dokonywać z punkty widzenia dostawcy usług, to jest lekarza, pielęgniarki oraz zarządu podmiotu udzielającego świadczeń lub z punktu widzenia świadczeniobiorcy, to jest pacjenta. Jednym ze sposobów oceny jakości świadczeń z punktu widzenia świadczeniobiorcy jest badanie satysfakcji pacjenta z opieki medycznej [Lenartowicz 1998]. Prowadzenie stałego monitoringu poziomu satysfakcji pacjentów staje się niezwykle istotne w dzisiejszych czasach ponieważ pacjenci kształtują obecny rynek usług zdrowotnych między innymi poprzez wyrażanie własnych opinii oraz oczekiwań. Co więcej satysfakcja pacjen-

tów jest pozytywnie skorelowana z bezpieczeństwem i skutecznością kliniczną opieki zdrowotnej [Małecka 2007, ss. 17–19; Doyle 2013; Jha 2008, ss. 1921–1931].

Znaczenie pomiaru satysfakcji pacjentów ze świadczeń opieki zdrowotnej podkreśla fakt, że wspomniana satysfakcja znalazła się obok śmiertelności i chorobowości wśród trzech mierników całościowej oceny opieki zdrowotnej ustanowionych w 1970 roku przez United States National Center for Health Services Research and Development. Organizacje międzynarodowe, takie jak Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) oraz Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) podkreślają znaczenie w ocenie świadczenia opieki zdrowotnej z perspektywy pacjentów [Jurst 2000; Murray 2000; Garratt 2008].

Obecnie w Polsce prowadzenie pomiaru satysfakcji pacjentów z otrzymywanych świadczeń jest wymagane przez jednostki akredytujące placówki ochrony zdrowia. Prowadzenie stałego monitoringu poziomu satysfakcji pacjentów zarówno z opieki ambulatoryjnej jak i z leczenia szpitalnego jest rozpowszechnionym narzędziem kontroli jakości świadczeń medycznych. Natomiast wyniki prowadzonych badań stanowią element oddziałujący na decyzje menedżerskie w placówkach opieki zdrowotnej w naszym kraju [Leźnicka 2014, ss. 787–792; Rosiek 2012, ss. 1–7; Kamińska-Rosner 2013, ss. 83–86; Derkacz 2010, ss. 463–473]. Istotne znaczenie prowadzenia pomiaru poziomu satysfakcji pacjentów z opieki medycznej wynika między innymi z faktu, że pacjenci zadowoleni z otrzymanych usług przejawiają inne zachowania niż pacjenci, którzy są niezadowoleni z opieki. Osoby nieusatysfakcjonowane często nie stosują się do zaleceń lekarskich, przedwcześnie kończą proces leczenia, niechętnie współpracują podczas realizacji planu leczenia, a przede wszystkim szukają pomocy w innych placówkach [Donabedian 1988, ss. 1743–1748]. Co więcej pacjent, który jest usatysfakcjonowany z otrzymanej opieki staje się lojalnym w stosunku do świadczeniodawcy, w razie konieczności ponownie wybiera usługodawcę z którego świadczeń jest zadowolony, często też rekomenduje placówkę innym osobom [Otani 2013, ss. 181–196]. Satysfakcja pacjentów może być pozytywnie skorelowana z bardziej obiektywnymi miernikami jakości opieki klinicznej. Jak wynika z badań szpitale w których pacjenci deklarują wyższy poziom satysfakcji charakteryzują się lepszymi wskaźnikami dla ostrych zawałów mięśnia sercowego i lepszą jakością opieki chirurgicznej [Lyu 2013, ss. 362–367; Glickman 2015; ss. 188–195]. Istnienie takiego związku można tłumaczyć po pierwsze tym, że szpitale, które przywiązują większą uwagę do uzyskania wysokiego poziomu satysfakcji pacjentów z opieki dążą również do osiągnięcia jak najwyższych standardów postępowania klinicznego. Po drugie wysoki poziom satysfakcji pacjentów może wskazywać na dobrą pracę zespołową w szpitalu,

dobre zarządzanie organizacją oraz zaangażowanie w ulepszenie jakości oferowanych usług [Mehta 2015, ss. 616–621].

Celem pracy było poznanie oceny funkcjonowania szpitalnej izby przyjęć dokonanej przez pacjentów przed i po przekształceniu szpitala w spółkę prawa handlowego.

Material i metody

Badanie zostało przeprowadzone w okresie od 2008 roku do 2009 roku wśród pacjentów hospitalizowanych w szpitalu w Tomaszowie Mazowieckim w oddziałach: położniczo-ginekologicznym, chirurgii ogólnej, chirurgii urazowo-ortopedycznej, chorób wewnętrznych, otolaryngologicznym, rehabilitacyjnym, pediatrycznym, neurologicznym, obserwacyjno-zakaźnym oraz pacjentów korzystających z izby przyjęć szpitala. Badanie przed przekształceniem oraz po przekształceniu placówki było przeprowadzone wśród pacjentów korzystających z usług opieki zdrowotnej na tych samych oddziałach szpitala. Badaniem zostali objęci wszyscy pacjenci hospitalizowani w badanym okresie. Udział w badaniu był dobrowolny. Badaniami objęto ogółem 5497 pacjentów, w tym 2702 osób przed i 2795 osób po przekształceniu szpitala.

Badanie satysfakcji pacjentów zostało przeprowadzone za pomocą autorskiego, anonimowego kwestionariusza ankiety składającego się z 46 pytań, w tym 10 pytań dotyczyło szpitalnej izby przyjęć, przeznaczonego do samodzielnego wypełnienia przez pacjentów. Pytania zostały pogrupowane w cztery domeny tematyczne:

domena 1 – ocena pracy lekarzy,

domena 2 – ocena pracy pielęgniarek i personelu pomocniczego,

domena 3 – ocena organizacji pracy personelu i udzielanych pacjentowi informacji,

domena 4 – ocena warunków lokalowych i żywienia.

Ankieta zawierała również pytania o dane społeczno-demograficzne oraz pytania dotyczące warunków socjalno-bytowych pacjentów. Respondenci dokonywali oceny funkcjonowania izby przyjęć i oddziałów szpitalnych przy pomocy czterostopniowej skali ocen:

2 – ocena negatywna,

3 – ocena przeciętna,

4 – ocena dobra,

5 – ocena bardzo dobra.

Ankiety były zbierane w okresie jednego roku poprzedzającego przekształcenie oraz w okresie jednego roku po przekształceniu szpitala. Pacjenci byli proszeni o wypełnienie ankiety w ostatnim dniu pobytu w szpitalu. Wypełnione ankiety respondenci wrzucali do zamkniętych urn umieszczonych na każdym oddziale szpitala oraz

w izbie przyjęć szpitala. Raz w tygodniu urny były otwierane i ankiety były przekazywane osobie odpowiedzialnej za monitorowanie satysfakcji pacjentów z usług medycznych świadczonych w szpitalu.

Dane pochodzące ze wszystkich zebranych w okresie badania ankiet zostały wprowadzone do arkusza kalkulacyjnego Microsoft Excel. Analizie poddano ogółem 5497 kwestionariuszy ankiet. Po utworzeniu bazy przeprowadzono losowe sprawdzenie 5% rekordów pod kątem jakości oraz kompletności wprowadzonych danych.

W celu opracowania zebranych danych zastosowano metody opisowe i metody wnioskowania statystycznego. Opracowując statystycznie zebrany materiał empiryczny dla cech ilościowych obliczono ich zakres (minimum–maksimum), wartości przeciętne (średnie arytmetyczne i mediany) oraz miary wewnętrznego zróżnicowania (odchylenia standardowe). Do porównywania częstości występowania poszczególnych kategorii cech ilościowych w analizowanych grupach zastosowano test niezależności chi-kwadrat. Za istotne statystycznie uznano te różnice, dla których obliczona wartość testu χ^2 okazała się równa lub większa od wartości krytycznej odczytanej z tablic dla odpowiedniej liczby stopni swobody przy prawdopodobieństwie błędu $p < 0,05$. Analizę przeprowadzono z wykorzystaniem programu Statistica 8.0.

Wyniki

Wśród ogółu badanych większość stanowiły kobiety (63%). W grupie ankietowanych przed przekształceniem szpitala kobiety stanowiły 67,0% respondentów, natomiast wśród badanych po przekształceniu placówki odsetek kobiet wynosił 59,1% (tab. 1).

Najliczniejszą grupę wśród wszystkich badanych stanowiły osoby w wieku 51–60 lat (26,4%). Wśród ankietowanych przed przekształceniem szpitala najliczniej reprezentowani byli badani w wieku 51–60 lat (31,1%), natomiast po przekształceniu placówki najwięcej było osób w wieku powyżej 60 lat (25,9%) (tab. 1).

W grupie wszystkich respondentów ponad połowa badanych, to jest 54,1% pozostawała w związkach małżeńskich. Wśród ankietowanych przed przekształceniem osoby te stanowiły 46,8% badanych, natomiast po przekształceniu 61,5% (tab. 1).

Wśród ogółu badanych najliczniejszą grupę stanowili respondenci legitymujący się średnim wykształceniem (43,7%). Najwięcej pacjentów uczestniczących w badaniu przed przekształceniem szpitala posiadało wykształcenie średnie (47,6%), natomiast wśród ankietowanych po przekształceniu placówki najwięcej osób (44,0%) legitymowało się wykształceniem podstawowym lub zasadniczym zawodowym (tab. 1). Większość, to jest 63,9% badanych zamieszkiwało w miastach. W grupie pacjentów uczest-

niczących w badaniu przed przekształceniem szpitala mieszkańcy miast stanowili 69,3%, natomiast po przekształceniu omawiany odsetek wynosił 58,6% (tab. 1).

Tabela 1. Charakterystyka badanych

Cecha	Przed przekształceniem		Po przekształceniu		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Płeć						
Kobieta	1808	67,0	1651	59,1	3459	63,0
Mężczyzna	893	33,0	1143	40,9	2035	37,0
Wiek						
<21	28	1,0	155	5,5	183	3,3
21-30	177	6,6	508	18,2	685	12,5
31-40	449	16,6	424	15,2	873	15,9
41-50	800	29,6	372	13,3	1172	21,3
51-60	839	31,1	612	21,9	1451	26,4
>60	408	15,1	724	25,9	1132	20,6
Stan cywilny						
kawaler/panna	280	10,4	486	17,4	766	13,9
żonaty/zamężna	1264	46,8	1716	61,5	2980	54,1
rozwidziony/a	651	24,1	188	6,7	839	15,5
Wdowiec/wdowa	507	18,8	401	14,4	908	16,5
Wykształcenie						
Podstawowe, zawodowe	964	35,8	1225	44,0	2189	40,0
średnie	1283	47,6	1109	39,9	2392	43,7
wyższe	449	16,7	447	16,1	896	16,3
Miejsce zamieszkania						
Miasto	1870	69,3	1636	58,6	3506	63,9
Wieś	827	30,7	1156	41,4	1983	36,1

Źródło: opracowanie własne.

W grupie 2701 osób uczestniczących w badaniu przed przekształceniem szpitala, które dokonały oceny czasu załatwienia formalności w szpitalnej izbie przyjęć, ponad połowa pacjentów (55,2%, to jest 1490 osób) oceniło ten proces na poziomie dostatecznym. Wśród 2789 respondentów uczestniczących w badaniu po przekształceniu

placówki najliczniejszą grupę, to jest 44,8% (1245 osób) stanowili pacjenci, którzy ocenili czas załatwienia formalności w izbie przyjęć Tomaszowskiego Centrum Zdrowia na poziomie bardzo dobrym ($p < 0,001$) (tab. 2).

W grupie kobiet uczestniczących w badaniu przed przekształceniem szpitala najwięcej, to jest 54,9% badanych (992 osoby) oceniło czas załatwienia formalności w izbie przyjęć na poziomie dostatecznym, natomiast po przekształceniu placówki najliczniejszą grupę stanowiły kobiety oceniające omawiane zagadnienie na poziomie bardzo dobrym ($p < 0,001$) (tab. 2).

W grupie mężczyzn ankietowanych przed przekształceniem szpitala ponad połowa pacjentów (56,0%, to jest 498 osób) oceniła dostatecznie czas załatwienia formalności w izbie przyjęć, natomiast po przekształceniu placówki najliczniejszą grupę (46%, to jest 524 osoby) stanowili pacjenci, którzy ocenili bardzo dobrze ($p < 0,001$) (tab. 2).

W grupie 2699 badanych przed przekształceniem szpitala ponad połowa pacjentów (54,7%, to jest 1477 osób) oceniła uprzejmość personelu pielęgniarskiego na poziomie dostatecznym. Wśród 2793 ankietowanych po przekształceniu szpitala w spółkę prawa handlowego zdecydowana większość pacjentów (65,1%, to jest 1817 osób) korzystających z usług szpitalnej izby przyjęć oceniła uprzejmość pielęgniarek na ocenę bardzo dobrą ($p < 0,001$) (tab. 2).

W grupie kobiet uczestniczących w badaniu przed utworzeniem Tomaszowskiego Centrum Zdrowia najliczniejszą grupę, to jest 53,6% (969 osób) stanowiły pacjentki oceniające uprzejmość personelu pielęgniarskiego na ocenę dostateczną, natomiast w grupie ankietowanych po przekształceniu szpitala większość, to jest 63,4% (1045 osób) stanowiły respondentki, które oceniły omawiane zagadnienie na ocenę bardzo dobrą ($p < 0,001$) (tab. 2).

Wśród mężczyzn biorących udział w badaniu przed przekształceniem szpitala 57% pacjentów (507 osób) oceniło uprzejmość personelu pielęgniarskiego na ocenę dostateczną. Wśród badanych po przekształceniu placówki większość, to jest 67,5% (771 osób) stanowili respondenci bardzo dobrze oceniających uprzejmość personelu pielęgniarskiego ($p < 0,001$) (tab. 2).

Wśród 2697 pacjentów uczestniczących w badaniu przed przekształceniem szpitala ponad połowa badanych (57,0%, to jest 1563 osoby) oceniła dostatecznie wykonywanie zabiegów przez pielęgniarki w izbie przyjęć. W grupie 2737 osób ankietowanych po utworzeniu Tomaszowskiego Centrum Zdrowia większość, to jest 68,8% respondentów (1883 osoby) oceniło bardzo dobrze zbiegi wykonywane przez pielęgniarki w izbie przyjęć ($p < 0,001$) (tab. 2).

Wśród kobiet ankietowanych przed przekształceniem szpitala ponad połowa pacjentek (56,5%, to jest 1021 osób) oceniła wykonywanie zabiegów przez pielęgniarki w szpitalnej izbie przyjęć na ocenę dostateczną. Większość, to jest 67,5% (1088 osób) respondentek odpowiadających na pytania zawarte w ankiecie po przekształceniu szpitala bardzo dobrze oceniła omawiane zagadnienie ($p < 0,001$) (tab. 2).

W grupie mężczyzn uczestniczących w badaniu przed przekształceniem szpitala w spółkę prawa handlowego ponad połowa pacjentów (57,8%, to jest 514 osób) oceniła dostatecznie wykonywanie zabiegów przez pielęgniarki w izbie przyjęć. W grupie ankietowanych po przekształceniu placówki zdecydowaną większość (70,9%, to jest 795 osób) stanowiły osoby, które wykonywanie zabiegów przez pielęgniarki oceniły bardzo dobrze ($p < 0,001$) (tab. 2).

W grupie 2699 pacjentów badanych przed utworzeniem Tomaszowskiego Centrum Zdrowia najliczniejszą grupę, to jest 66,8% (1804 osoby) stanowiły osoby, które oceniły uprzejmość personelu lekarskiego pracującego w szpitalnej izbie przyjęć na poziomie dostatecznym. Wśród 2772 respondentów uczestniczących w badaniu po przekształceniu szpitala większość badanych, to jest 67,2% (1863 osoby) uprzejmość lekarzy oceniła bardzo dobrze ($p < 0,001$) (tab. 2).

W grupie kobiet uczestniczących w badaniu przed przekształceniem placówki dwie na trzy pacjentki (66,6%, to jest 1204 osoby) oceniły uprzejmość personelu lekarskiego udzielającego świadczeń w szpitalnej izbie przyjęć na ocenę dostateczną. Wśród kobiet odpowiadających na pytania zawarte w ankiecie po przekształceniu szpitala najwięcej, to jest 65,4% badanych (1069 osób) odpowiedziało, że oceniają bardzo dobrze uprzejmość lekarzy pracujących w izbie przyjęć ($p < 0,001$) (tab. 2).

Wśród mężczyzn uczestniczących w badaniu satysfakcji pacjentów przed przekształceniem szpitala najliczniejszą grupę (67,4%, 600 osób) stanowiły osoby oceniające uprzejmość personelu lekarskiego na ocenę dostateczną. W grupie ankietowanych po przekształceniu placówki większość (69,9%, to jest 793 osób) stanowiły osoby, które uprzejmość lekarzy w izbie przyjęć oceniły bardzo dobrze ($p < 0,001$) (tab. 2).

W grupie 2699 osób uczestniczących w badaniu przed przekształceniem szpitala, które dokonały oceny sposobu udzielania informacji przez lekarza w izbie przyjęć, ponad połowa pacjentów (53,4%, to jest 1441 osób) oceniło ten proces na poziomie dostatecznym. Wśród 2739 respondentów uczestniczących w badaniu po przekształceniu placówki najliczniejszą grupę, to jest 58,7% (1608 osób) stanowili pacjenci, którzy ocenili sposób przekazania informacji przez lekarza w izbie przyjęć Tomaszowskiego Centrum Zdrowia na poziomie bardzo dobrym ($p < 0,001$) (tab. 2).

Wśród kobiet ankietowanych przed przekształceniem szpitala 51,1% (923 osoby) pacjentek odpowiedziało, że oceniają sposób przekazania informacji przez lekarza

w izbie przyjęć na poziomie dostatecznym. Większość pacjentek, to jest 57,2% (924 osoby) uczestniczących w badaniu po utworzeniu Tomaszowskiego Centrum Zdrowia oceniła omawiane zagadnienie na ocenę bardzo dobrą ($p < 0,001$) (tab. 2).

Wśród mężczyzn biorących udział w badaniu przed przekształceniem szpitala 58,1% pacjentów (517 osób) oceniło sposób przekazania informacji przez lekarza w izbie przyjęć na ocenę dostateczną. Wśród badanych po przekształceniu placówki większość, to jest 60,8% (683 osoby) stanowili respondenci bardzo dobrze oceniający sposób udzielania informacji przez lekarza ($p < 0,001$) (tab. 2).

W grupie 2698 badanych przed przekształceniem szpitala większość pacjentów (65,3%, to jest 1762 osoby) oceniła dostatecznie zabiegi wykonane przez lekarza w izbie przyjęć. Wśród 2537 ankietowanych po przekształceniu szpitala w spółkę prawa handlowego 64,0% pacjentów (1623 osoby) korzystających z usług szpitalnej izby przyjęć oceniła zabiegi wykonane przez lekarza na ocenę bardzo dobrą ($p < 0,001$) (tab. 2).

Wśród kobiet ankietowanych przed przekształceniem szpitala większość pacjentek (65,7%, to jest 1188 osób) oceniła wykonywanie zabiegów przez lekarza w szpitalnej izbie przyjęć na ocenę dostateczną. Najlichniesz grupa, to jest 62,0% (918 osób) respondentek odpowiadających na pytania zawarte w ankiecie po przekształceniu szpitala bardzo dobrze oceniła omawiane zagadnienie ($p < 0,001$) (tab. 2).

W grupie mężczyzn uczestniczących w badaniu przed przekształceniem szpitala w spółkę prawa handlowego większość pacjentów (64,4%, to jest 573 osoby) oceniła dostatecznie wykonywanie zabiegów przez lekarzy w izbie przyjęć. W grupie ankietowanych po przekształceniu placówki najlichniesz grupę (66,8%, to jest 704 osoby) stanowiły osoby, które wykonywanie zabiegów przez lekarzy oceniły bardzo dobrze ($p < 0,001$) (tab. 2).

W grupie 2698 pacjentów badanych przed utworzeniem Tomaszowskiego Centrum Zdrowia najlichniesz grupę, to jest 55,5% (1497 osób) stanowiły osoby, które oceniły czystość w szpitalnej izbie przyjęć na poziomie dostatecznym. Wśród 2748 respondentów uczestniczących w badaniu po przekształceniu szpitala ponad połowa badanych, to jest 55,7% (1536 osób) poziom czystości w izbie przyjęć oceniła bardzo dobrze ($p < 0,001$) (tab. 2).

Wśród kobiet ankietowanych przed przekształceniem szpitala 54,5% (985 osób) pacjentek odpowiedziało, że oceniają czystość w izbie przyjęć na poziomie dostatecznym. Ponad połowa pacjentek, to jest 53,8% (874 osoby) uczestniczących w badaniu po utworzeniu Tomaszowskiego Centrum Zdrowia oceniła czystość w szpitalnej izbie przyjęć na ocenę bardzo dobrą ($p < 0,001$) (tab. 2).

Wśród mężczyzn ankietowanych przed przekształceniem szpitala najwięcej, to jest 57,5% (512 osób) badanych oceniło poziom czystości w szpitalnej izby przyjęć na

ocenę dostateczną, natomiast w grupie pacjentów uczestniczących w badaniu po przekształceniu szpitala ponad połowa, to jest 58,5% badanych (662 osoby) oceniła omawiane zagadnienie bardzo dobrze ($p < 0,001$) (tab. 2).

Tabela 2. Ocena funkcjonowania szpitalnej izby przyjęć dokonana przez pacjentów przed i po przekształceniu szpitala

Oceni- ane elemen- ty	Kobiety				Mężczyźni				Ogółem			
	Przed prze- kształce- niem		Po prze- kształce- niu		Przed prze- kształce- niem		Po prze- kształce- niu		Przed prze- kształce- niem		Po prze- kształce- niu	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
N.	615	34,0	142	8,7	275	30,9	100	8,8	890	33,0	242	8,7
P.	992	54,9	233	14,2	498	56,0	150	13,2	1490	55,2	383	13,8
D.	183	10,1	542	33,1	106	11,9	364	32,0	289	10,7	908	32,7
B.d.	18	1,0	721	44,0	11	1,2	524	46,0	29	1,1	1245	44,8
1.	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
N.	51	2,8	20	1,2	40	4,5	12	1,1	91	3,4	32	1,1
P.	969	53,6	104	6,3	507	57,0	48	4,2	1477	54,7	152	5,4
D.	739	40,9	480	29,1	330	37,1	311	27,2	1069	39,6	792	28,4
B.d.	49	2,7	1045	63,4	13	1,5	771	67,5	62	2,3	1817	65,1
2.	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
N.	157	8,7	15	0,9	91	10,2	7	0,6	248	9,2	22	0,8
P.	1021	56,5	87	5,4	514	57,8	37	3,3	1536	57,0	124	4,5
D.	582	32,2	423	26,2	271	30,5	283	25,2	853	31,6	708	25,9
B.d.	47	2,6	1088	67,5	13	1,5	795	70,9	60	2,2	1883	68,8
3.	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
N.	366	20,2	36	2,2	200	22,5	27	2,4	567	21,0	63	2,3
P.	1204	66,6	93	5,7	600	67,4	60	5,3	1804	66,8	153	5,5
D.	220	12,2	437	26,7	88	9,9	255	22,5	308	11,4	693	25,0
B.d.	18	1,0	1069	65,4	2	0,2	793	69,9	20	0,7	1863	67,2

Tab. 2 Cd.

4.	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
N.	669	37,0	59	3,7	276	31,0	46	4,1	945	35,0	105	3,8
P.	923	51,1	170	10,5	517	58,1	95	8,5	1441	53,4	265	9,7
D.	204	11,3	461	28,6	96	10,8	299	26,6	300	11,1	761	27,8
B.d.	12	0,7	924	57,2	1	0,1	683	60,8	13	0,5	1608	58,7
5.	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
N.	274	15,2	32	2,2	141	15,8	32	3,0	415	15,4	64	2,5
P.	1188	65,7	99	6,7	573	64,4	55	5,2	1762	65,3	154	6,1
D.	311	17,2	432	29,2	169	19,0	263	25,0	480	17,8	696	27,4
B.d.	34	1,9	918	62,0	7	0,8	704	66,8	41	1,5	1623	64,0
6.	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
N.	638	35,3	24	1,5	278	31,2	17	1,5	917	34,0	41	1,5
P.	985	54,5	128	7,9	512	57,5	67	5,9	1497	55,5	196	7,1
D.	180	10,0	598	36,8	98	11,0	385	34,0	278	10,3	984	35,7
B.d.	3	0,2	874	53,8	2	0,2	662	58,5	5	0,2	1536	55,7

N – Negatywna, P – Przeciętą, D – Dobra, Bd. – Bardzo dobra.

1. Ocena uprzejmości personelu pielęgniarskiego.
2. Ocena wykonywania zabiegów przez pielęgniarki.
3. Ocena uprzejmości personelu lekarskiego.
4. Ocena sposobu udzielania informacji przez lekarza.
5. Ocena wykonywania zabiegów przez lekarzy.
6. Ocena czystości w izbie przyjęć.

Źródło: opracowanie własne.

Podsumowanie

Przekształcenie szpitala w Tomaszowie Mazowieckim w spółkę prawa handlowego przyczyniło się do poprawy opinii pacjentów na temat funkcjonowania szpitalnej izby przyjęć. Odpowiadając na pytania zawarte w ankiecie, pacjenci biorący udział w badaniu przed zmianą własnościową szpitala, zdecydowaną większość zagadnień oceniali na ocenę przeciętną, natomiast po przekształceniu placówki we wszystkich pytaniach dominowały oceny dobre lub bardzo dobre. Średnia ogólnej oceny funkcyjno-

wania izby przyjęć przed przekształceniem placówki wyniła 3,02, natomiast po przekształceniu 4,46.

Porównując odpowiedzi osób korzystających z opieki zdrowotnej w izbie przyjęć szpitala przed i po przekształceniu placówki największą poprawę w funkcjonowaniu izby przyjęć odnotowano w ocenie pracy personelu lekarskiego, natomiast najmniejszą poprawę zaobserwowano w ocenie pracy personelu pielęgniarskiego.

Wśród pacjentów korzystających z usług opieki zdrowotnej w izbie przyjęć szpitala po przekształceniu placówki ponad 13% oceniło negatywnie przekazywanie informacji przez lekarza. W celu poprawy satysfakcji pacjentów w omawianym obszarze należy wprowadzić odpowiednie programy szkoleń poświęconych kontaktom interpersonalnym oraz sposobom komunikowania się z pacjentem. Często braki wyżej wymienionych umiejętności wśród kadry lekarskiej powodują niezadowolenie pacjentów, a zorganizowanie odpowiednich treningów może się przyczynić bezpośrednio do wzrostu poziomu satysfakcji pacjentów z usług oferowanych przez placówkę [Boissy 2016; Stein 2005, ss. 4–12; Rao 2007, ss. 340–349; Dwamena 2012; Azizam 2015, ss. 56–64].

Analiza wyników badania będącego przedmiotem analizy niniejszej pracy wykazała, że ponad 93% pacjentów oceniała dobrze lub bardzo dobrze uprzejmość personelu pielęgniarskiego w izbie przyjęć. Ponad 94% badanych odpowiedziało, że personel pielęgniarski zatrudniony w izbie przyjęć wykonuje zabiegi medyczne dobrze lub bardzo dobrze. Po przekształceniu szpitala praca personelu pielęgniarskiego była jednym z najlepiej ocenianych zagadnień spośród wszystkich poruszanych w ankiecie. Tak wysoki poziom satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej istotnie przyczynił się do ogólnego wysokiego poziomu satysfakcji pacjentów z usług opieki medycznej świadczonych w Tomaszowskim Centrum Zdrowia.

Istnieje potrzeba prowadzenia dalszych, systematycznych badań satysfakcji pacjentów w celu ewaluacji procesu zarządzania jakością w szpitalu oraz w celu monitorowania ewentualnych zmian czynników wpływających na ocenę hospitalizowanych na temat funkcjonowania placówki.

Bibliografia

- Azizam N.A., Shamsuddin K. (2015), *Healthcare Provider-Patient Communication: A Satisfaction Study in the Outpatient Clinic at Hospital Kuala Lumpur*, "Malays. J. Med. Sci.", May-Jun; 22(3), 56–64.
- Boissy A., Windover A.K., Bokar D., Karafa M., Neuendorf K., Frankel R.M., Merlino J., Rothberg M.B. (2016), *Communication Skills Training for Physicians Improves Patient Satisfaction*, "J. Gen. Intern. Med.", Feb. 26.

- Derkacz M., Chmiel-Perzyńska I., Kowal A., Grywalska E., Michałojć-Derkacz M., Pawłowska B. (2010), *Ocena satysfakcji pacjentów z usług świadczonych przez zakłady podstawowej opieki zdrowotnej małych miast oraz wsi polski południowo-wschodniej*, „Medycyna Ogólna”, 16(4), 463–473.
- Donabedian A. (1988), *The quality of care How can it be assessed?* „Journal of the American Medical Association”, 260, 1743–1748.
- Donabedian A., (2005), *Evaluating the quality of medical care*, “Milbank Q.”, 283(4), 691–729.
- Doyle C., Lennox L., Bell D. (2013), *A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness*, “BMJ Open.”, 3(1).
- Drobnik J., Kolbek P. (2006), *Wybrane zagadnienia zdrowia publicznego. Nowoczesne narzędzia w zakładach opieki zdrowotnej, budżetowanie – controlling – outsourcing*. Continuo, Wrocław.
- Dwamena F., Holmes-Rovner M., Gaulden C.M., Jorgenson S., Sadigh G., Sikorskii A., Lewin S., Smith R.C., Coffey J., Olomu A. (2012), *Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations*, Cochrane Database Syst Rev. Dec 12; 12:CD003267.
- Garratt A.M., Solheim E., Danielsen K. (2008), *National and cross-national surveys of patient experiences: a structured review*. Rapport nr 7/2008. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Glickman S.W., Boulding W., Manary M., et al. (2010), *Patient satisfaction and its relationship with clinical quality and inpatient mortality in acute myocardial infarction*, “Circ Cardiovasc Qual Outcomes”, 3(2), 188–195.
- Hamidi Y., Zamanparvar A. (2008), *Quality Management in Health Systems of Developed and Developing Countries: Which Approaches and Models are Appropriate?* “J Res Health Sci.”, 8(2), 40–50.
- Jha A.K., Orav E.J., Zheng J., Epstein A.M. (2008), *Patients’ perception of hospital care in the United States*. “N Engl J Med.”, 359(18), 1921–1931.
- Jurst J., Jee-Hughes M. (2000), *Performance measurement and performance management in OECD health systems*. “Labour Market and Social Policy Occasional Papers”, 47, Paris: OECD
- Kamińska-Rosner J., Zdun-Ryżewska A. (2013), *Satysfakcja pacjentów z ambulatoryjnej opieki medycznej i jej uwarunkowania*, „Medycyna Rodzinna”, 3, 83–86.
- Kautsch M., Whitfield M., Klich J. (red.) (2001), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Polsko-brytyjskie spojrzenie na zagadnienie zdrowia w nowym stuleciu*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Lenartowicz H. (1998), *Zarządzanie jakością w pielęgniarstwie*, CEM, Warszawa.
- Leźnicka A., Warunek A., Hartwich E., Kryn P. (2014), *Ocena satysfakcji pacjenta z usług świadczonych w stacjonarnej opiece zdrowotnej w województwie kujawsko-pomorskim*, „Hygeia Public Health”, 49(4), 787–792.
- Lisiecka-Bielanowicz M. (2001), *Zarządzanie jakością usług zdrowotnych*, „Zarządzanie w ochronie zdrowia. Narzędzia pracy menedżera”, Kolegium Zarządzania Akademii Ekonomicznej, Katowice.

- Lyu H., Wick E.C., Housman M., Freischlag J.A., Makary M.A. (2013), *Patient satisfaction as a possible indicator of quality surgical care*, „JAMA Surg.”, 148(4), 362–367.
- Małecka B., Marcinkowski J.T. (2007), *Satysfakcja pacjenta czynnikiem kształtującym współczesny rynek usług medycznych*, „Probl Hig Epidemiol”, 88(1), 17–19.
- Mehta S.J. (2015), *Patient Satisfaction Reporting and Its Implications for Patient Care*, “AMA J. Ethics.”, Jul. 1; 17(7), 616–21.
- Murray C., Frenk J. (2000), *A Framework for assessing the performance of health systems*, “Bulletin of the World Health Organization”, 78, 171–731.
- O’Leary K.J., Cyrus R.M. (2015), *Improving patient satisfaction: Timely feedback to specific physicians is essential for success*, “J. Hosp. Med. Aug.”, 10(8), 555–556.
- Opolski K., Dykowska G., Możdżonek M. (2005), *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Cedetu, Wydanie i dodruk, Warszawa.
- Otani K., Kurz R.S. (2004), *The impact of nursing care and other healthcare attributes on hospitalized patient satisfaction and behavioral intentions*, “Journal of Healthcare Management”, 46(3), 181–196.
- Rao J.K., Anderson L.A., Inui T.S., Frankel R.M. (2007), *Communication interventions make a difference in conversations between physicians and patients: a systematic review of the evidence*, “Med. Care.”, Apr; 45(4), 340–349.
- Rosiek A., Leksowski K. (2012), *Patient’s satisfaction and quality of hospital care in surgery wards*, “Int. J. Sci. Eng. Res.”, 3(6), 1–7.
- Stein T., Frankel R.M., Krupat E. (2005), *Enhancing clinician communication skills in a large health-care organization: a longitudinal case study*, “Patient Educ. Couns.”, 58(1), 4–12.

Małgorzata Pikala

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Monika Burzyńska

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Irena Maniecka-Bryła¹

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Ekonomiczny aspekt strat spowodowanych przedwczesną umieralnością mieszkańców Polski na skutek nowotworów złośliwych²

The Economic Aspect of Losses Caused by Premature Mortality Due to Malignant Neoplasms Among Polish Inhabitants

Abstract: Costs associated with malignancies in Poland are estimated at 3.6 billion euro per year, of which 1.3 billion are costs associated with reduced productivity associated with premature mortality due to cancer. The material for the study was a database created on the basis of 387,312 death cards, including 94,117 deaths from malignant neoplasms Polish residents in 2013. To calculate the standard expected years of life lost, the indicators SEYLL_p (Standard Expected Years of Life Lost per living person) and SEYLL_d (Standard Expected Years of Life Lost per death) were used.

In 2013, in Poland the absolute number of standard expected years of life lost due to malignant tumors in total amounted more than 1 million years in men and nearly 800 thousand years in a group of women, that per 10 thousand population meant 558.9 years lost per 10 thousand men and 402.0 years lost per 10 thousand women. Among men, the highest share in the years of life lost had cancer of the trachea, bronchus and lung (SEYLL_p = 175.2) and colon cancer (SEYLL_p = 37.1).

¹ E-mail: irena.maniecka-bryla@umed.lodz.pl

² Praca została sfinansowana ze środków Narodowego Centrum Nauki przyznanych na podstawie decyzji numer DEC-2013/11/B/HS4/00465.

Among women the cause of the greatest number of life years lost were malignant neoplasms of the trachea, bronchus and lung ($SEYLL_p = 69.8$), and breast cancer ($SEYLL_p = 61.8$).

From an economic point of view, the most effective may be preventive actions aimed at reducing deaths causing a great number of productive life years lost due to malignant tumors of the trachea, bronchus and lung in both sexes and breast malignant tumors among women.

Key words: malignant neoplasms, premature mortality, years of life lost, health inequalities, Poland.

Wstęp

Nowotwory złośliwe są poważnym problemem zdrowia publicznego w krajach europejskich. W 2008 roku zdiagnozowano raka u 2,45 miliona osób w 27 krajach Unii Europejskiej. Zachorowalność i umieralność z powodu nowotworów złośliwych została w krajach rozwiniętych znacznie zmniejszona poprzez badania umożliwiające wczesne wykrywanie raka, udoskonalenie metod diagnostycznych i leczenia raka, a także poprzez zmiany stylu życia i rozwój szczepionek profilaktycznych dla niektórych rodzajów nowotworów [Tiwari, Roy 2012; Soneji, Beltrán-Sánchez, Sox 2014]. Pomimo tego, w 2008 roku w krajach Unii Europejskiej zmarło z powodu nowotworów złośliwych ponad 1,23 miliona osób [Eurostat statistics 2016]. Około połowę wszystkich zgonów z powodu nowotworów złośliwych w tym regionie stanowiły zgony z powodu nowotworów sutka, jelita grubego, płuc i gruczołu krokowego.

Leczenie nowotworów stanowi znaczne obciążenie ekonomiczne dla społeczeństwa. Duże straty związane są również z utraconymi dochodami związanymi z niezdolnością do pracy z powodu choroby lub przedwczesnej śmierci. W 2009 roku naukowcy z University of Oxford oraz King's College London przeprowadzili analizę ekonomiczną uwzględniającą zarówno wydatki na leki i opiekę medyczną, jak i koszt utraty zarobków z powodu choroby lub opieki nad chorym. Analizą objęto wszystkie 27 krajów Unii Europejskiej, a wyniki badania zostały opublikowane w czasopiśmie *Lancet Oncology* [Luengo-Fernandez, Leal, Gray, Sullivan 2013]. Policzone, że koszty jakie pociągają za sobą choroby nowotworowe, sięgają w Unii Europejskiej 126 miliardów euro rocznie. Najkosztowniejszym nowotworem jest nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc, odpowiedzialny za 15 proc. europejskich wydatków na nowotwory (18,8 mld euro). Zapadają na niego osoby w młodszym wieku, toteż głównym czynnikiem są przedwczesne zgony ograniczające produktywność. Kolejne miejsca zajął rak sutka – kosztował 15 mld euro, jelita grubego – 13,1 mld euro i gruczołu krokowego – 8,43 miliarda euro.

W Polsce, koszty związane z nowotworami złośliwymi oszacowano na 3,6 miliardów euro rocznie, z czego 1,3 miliarda euro to koszty związane z ograniczoną produk-

tywnością związaną z przedwczesną umieralnością z powodu nowotworów. Największe koszty, stanowiące prawie 20% wszystkich kosztów związanych z nowotworami w Polsce (716 milionów euro) powodują nowotwory złośliwe tchawicy, oskrzeli i płuc. Następne w kolejności pod względem kosztów są nowotwory złośliwe: jelita grubego (10,7%, 374 milionów euro), sutka (9,1%, 333 milionów euro) oraz gruczołu krokowego (4,4%, 162 miliony euro).

Nowotwory złośliwe są najczęstszą przyczyną zgonów wśród ogółu Polaków w grupie wieku 45–64 lata [Wojtyński, Goryński, Moskalewicz 2012], co sprawia, że są drugą, obok chorób układu krążenia, klasą chorób będących przyczyną największej bezwzględnej liczby utraconych lat życia [Pikala, Maniecka-Bryła 2014, Maniecka-Bryła, Pikala, Bryła 2013, Maniecka-Bryła, Pikala, Bryła 2015]. W Polsce należy liczyć się z rosnącą liczbą zgonów powodowanych chorobami nowotworowymi, głównie ze względów demograficznych, gdyż wiek jest bardzo silnym czynnikiem ryzyka w wielu nowotworach [Godlewski, Wojtyś, Antczak 2012].

Celem pracy jest ocena umieralności mieszkańców Polski z powodu nowotworów złośliwych ogółem oraz w podziale terytorialnym wg województw przy użyciu mierników wyrażonych w jednostkach utraconego czasu życia, które zwracają uwagę na ekonomiczny aspekt strat spowodowanych przedwczesną umieralnością.

Materiał i metody

Materiałem badawczym jest baza danych utworzona z 387 312 kart zgonów mieszkańców Polski w 2013 roku, w tym 94 117, tj. 24,3% z powodu nowotworów złośliwych, udostępnionych na potrzeby badania przez Departament Informacji Głównego Urzędu Statystycznego.

Utracone lata życia policzono posługując się metodą opisaną przez *Christophera Murraya* i *Alana Lopeza* w *Global Burden of Disease* (GBD) [Murray, Lopez 2000]. Wskaźnik SEYLL (*Standard Expected Years of Life Lost*) służy do obliczenia liczby lat życia, o jaką dana populacja została zubożona w ciągu danego roku w stosunku do populacji referencyjnej (standardowej). Stosowanych jest kilka metod mierzenia utraconych lat życia, zaś podstawową różnicą pomiędzy nimi jest przyjęcie punktu odniesienia, czyli poziomu umieralności uznanego za „idealny”. W badaniu *Global Burden of Disease* (GBD) 2010 eksperci WHO rekomendują używanie tablic przeciętnego dalszego trwania życia opartych na najniższym obserwowanym współczynniku umieralności dla każdej grupy wieku w krajach liczących ponad 5 milionów ludności [WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000–2011].

W niniejszym badaniu wskaźnik SEYLL obliczono wg wzoru:

$$SEYLL = \sum_{x=0}^l d_x e_x^*$$

gdzie:

e_x^* – oczekiwana długość życia w każdym wieku w oparciu o tablicę trwania życia GBD 2010

d_x – liczba zgonów w wieku x

x – wiek, w którym nastąpił zgon

l – ostatni wiek, do którego dożywa populacja.

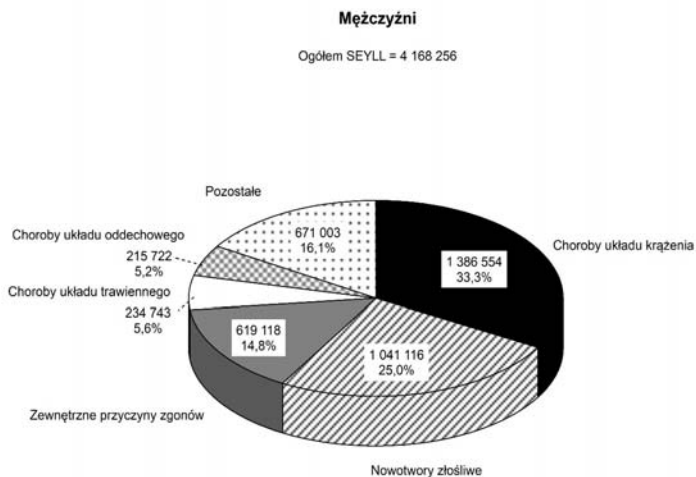
Policzone również zostały wskaźniki $SEYLL_p$ (*per living person*) oraz $SEYLL_d$ (*per death*), w których bezwzględną liczbę SEYLL odnosi się odpowiednio do liczby mieszkańców lub liczby osób zmarłych z powodu analizowanej przyczyny [Marshall 2004, Marshall 2009].

Przyczyny zgonów zostały zakodowane zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja dziesiąta (ICD-10). Analizę objęto klasę nowotworów złośliwych (C00-C97), ze szczególnym uwzględnieniem najczęstszych grup nowotworów: tchawicy, oskrzeli i płuc (C33-C34), sutka (C50), jelita grubego (C18), gruczołu krokowego (C61), żołądka (C16), trzustki (C25), pęcherza moczowego (C67), wątroby (C22), mózgu (C71), szyjki macicy (C53), jajnika (C56) oraz białaczki (C91-C95).

Wyniki

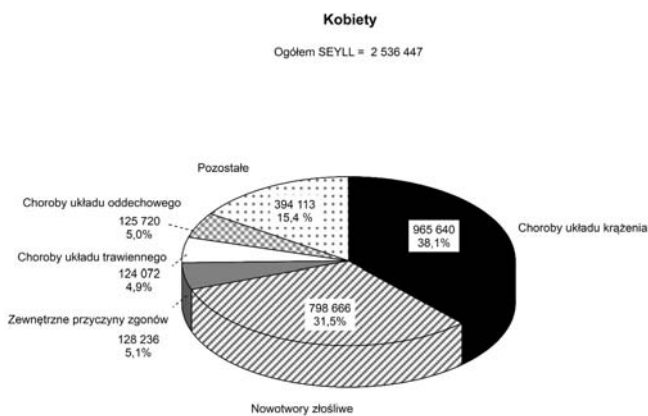
W roku 2013 w Polsce zmarło z powodu nowotworów złośliwych 52 198 mężczyzn i 41 919 kobiet, co stanowiło odpowiednio 25,9% i 22,6% wszystkich zgonów. Liczba bezwzględna utraconych standardowych oczekiwanych lat życia z powodu nowotworów złośliwych ogółem wynosiła ponad 1 mln lat w grupie mężczyzn i prawie 800 tys. lat w grupie kobiet, co stanowiło odpowiednio 25,0% i 31,5% wszystkich utraconych lat życia mieszkańców Polski w 2013 roku (rys. 1 i 2). W przeliczeniu na 10 tys. ludności oznaczało to 558,9 utraconych lat na 10 tys. mężczyzn i 402,0 lata na 10 tys. kobiet. Wśród mężczyzn największy udział miały nowotwory złośliwe tchawicy, oskrzeli i płuc odpowiedzialne za 31,3% wszystkich utraconych lat życia mężczyzn z powodu nowotworów złośliwych ($SEYLL_p=175,2$). Kolejne nowotwory o najwyższych wskaźnikach $SEYLL_p$ w grupie mężczyzn to: jelita grubego ($SEYLL_p=37,1$), żołądka ($SEYLL_p=35,5$), gruczołu krokowego ($SEYLL_p=32,0$), trzustki ($SEYLL_p=27,1$), pęcherza moczowego ($SEYLL_p=23,5$), mózgu ($SEYLL_p=21,1$), białaczka ($SEYLL_p=17,0$) oraz nowotwory wątroby ($SEYLL_p=11,8$) (tab. 1).

Rysunek 1. Utracone lata życia mężczyzn (SEYLL) wg najważniejszych klas przyczyn zgonów w Polsce w 2013 roku



Źródło: opracowanie własne.

Rysunek 2. Utracone lata życia kobiet (SEYLL) wg najważniejszych klas przyczyn zgonów w Polsce w 2013 roku



Źródło: opracowanie własne.

Tabela 1. Utracone lata życia mężczyzn z powodu najczęstszych nowotworów złośliwych w liczbach bezwzględnych (SEYLL), wskaźnikach na 10 tys. mieszkańców (SEYLL_p) i wskaźnikach na 1 zgon z powodu danej przyczyny (SEYLL_d) w Polsce w 2013 roku

Rodzaj nowotworu	Mężczyźni			
	SEYLL	%	SEYLL _p (na 10 tys.)	SEYLL _d
Nowotwory złośliwe ogółem	1041116	100,0	558,9	19,9
w tym:				
- tchawicy, oskrzeli i płuc	326375	31,3	175,2	20,4
- jelita grubego	69166	6,6	37,1	18,0
- żołądka	66163	6,4	35,5	19,7
- gruczołu krokowego	59525	5,7	32,0	13,9
- trzustki	50445	4,8	27,1	21,2
- pęcherza moczowego	43844	4,2	23,5	16,3
- mózgu	39315	3,8	21,1	26,6
- białaczka	31717	3,0	17,0	20,7
- wątroby	21929	2,1	11,8	20,1

Źródło: opracowanie własne.

W grupie kobiet przyczyną największej liczby utraconych lat życia były nowotwory złośliwe tchawicy, oskrzeli i płuc (SEYLL_p=69,8) oraz sutka (SEYLL_p=61,8) odpowiedzialne łącznie za 32,8% wszystkich utraconych lat życia kobiet (odpowiednio 17,4% i 15,4%). Kolejne nowotwory sklasyfikowane w tej kategorii ICD-10, które spowodowały w 2013 roku największą liczbę utraconych lat życia kobiet w Polsce to: nowotwory jajnika (SEYLL_p=28,8), jelita grubego (SEYLL_p=27,0), szyjki macicy (SEYLL_p=20,5), trzustki (SEYLL_p=20,1), żołądka (SEYLL_p=16,7), mózgu (SEYLL_p=16,0), białaczka (SEYLL_p=11,8), nowotwory wątroby (SEYLL_p=7,3) oraz pęcherza moczowego (SEYLL_p=5,7) (tab. 2).

Z wartości współczynników SEYLL_d obliczonych jako stosunek liczby utraconych lat życia z powodu poszczególnych nowotworów złośliwych do liczby osób zmarłych z powodu danego nowotworu wynika, że każdy mężczyzna zmarły w 2013 roku stracił przeciętnie 19,9 lat życia, kobieta zaś 19,1 lat życia. Uszczegółowiona analiza wg poszczególnych nowotworów wskazuje na to, że w grupie mężczyzn największą liczbę utraconych lat życia na 1 zmarłego spowodowały nowotwory mózgu (26,6), trzustki (21,2), białaczka (20,7) nowotwory złośliwe tchawicy, oskrzeli i płuc (20,4) oraz wątro-

by (20,1) (tabela 1). Ponad 20 lat życia utraciła przeciętnie każda kobieta zmarła w 2013 roku z powodu nowotworów złośliwych szyjki macicy (24,4), mózgu (22,9), jajnika (22,0), sutka (21,1) oraz tchawicy, oskrzeli i płuc (20,8) (tab. 2).

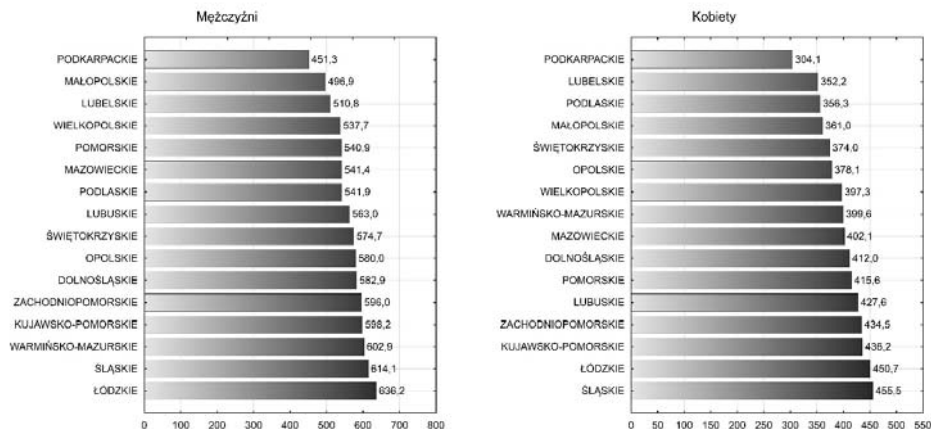
Tabela 2. Utracone lata życia kobiet z powodu najczęstszych nowotworów złośliwych w liczbach bezwzględnych (SEYLL), wskaźnikach na 10 tys. mieszkańców (SEYLL_p) i wskaźnikach na 1 zgon z powodu danej przyczyny (SEYLL_d) w Polsce w 2013 roku

Rodzaj nowotworu	Kobiety			
	SEYLL	%	SEYLL _p (na 10 tys.)	SEYLL _d
Nowotwory złośliwe ogółem w tym:	798666	100,0	402,0	19,1
- tchawicy, oskrzeli i płuc	138707	17,4	69,8	20,8
- sutka	122725	15,4	61,8	21,1
- jajnika	57297	7,2	28,8	22,0
- jelita grubego	53634	6,7	27,0	16,1
- szyjki macicy	40762	5,1	20,5	24,4
- trzustki	39984	5,0	20,1	17,0
- żołądka	33094	4,1	16,7	17,7
- mózgu	31755	4,0	16,0	22,9
- białaczka	23533	2,9	11,8	19,1
- wątroby	14479	1,8	7,3	16,3
- pęcherza moczowego	11241	1,4	5,7	15,5

Źródło: opracowanie własne.

Zaobserwowano duże różnice w liczbie utraconych lat życia pomiędzy województwami. Zarówno w grupie mężczyzn, jak i w grupie kobiet, największą liczbę lat życia z powodu nowotworów złośliwych utracili mieszkańcy województwa łódzkiego (636,2 lat na 10 tys. mężczyzn i 450,7 lata na 10 tys. kobiet) oraz śląskiego (614,1 na 10 tys. mężczyzn i 455,5 na 10 tys. kobiet) (rys. 3). Najmniej lat życia utracili, zarówno w grupie mężczyzn jak i kobiet, mieszkańcy województwa podkarpackiego (451,3 na 10 tys. mężczyzn i 304,1 na 10 tys. kobiet). Mniejszą niż średnia w Polsce liczbę lat życia w obu grupach płci utracili również mieszkańcy województw: małopolskiego, lubelskiego, podlaskiego i wielkopolskiego.

Rysunek 3. Utracone lata życia (SEYLL_p na 10 tys.) z powodu nowotworów złośliwych wg płci w poszczególnych województwach Polski w 2013 roku



Źródło: opracowanie własne.

Dyskusja

Zgony spowodowane nowotworami złośliwymi stanowiły w Polsce w 2013 roku 24,3% wszystkich zgonów. Odsetek liczby utraconych standardowych oczekiwanych lat życia z powodu tej klasy przyczyn był jednak wyższy i wynosił 27,4%. Różnica ta wynika głównie z przedwczesnej umieralności kobiet, gdyż w grupie wieku 30–69 lat to właśnie nowotwory złośliwe stanowią największe zagrożenie życia mieszkanek Polski [Wojtyniak, Goryński, Moskalewicz 2012]. W największym stopniu były za to odpowiedzialne nowotwory złośliwe tchawicy, oskrzeli i płuc. W Polsce rozpoczęły się, podobne jak w Europie Zachodniej, zmiany polegające na zmniejszaniu częstości występowania raka płuca wśród mężczyzn i jednoczesnym bardzo szybkim wzroście częstości raka płuca u kobiet [Tyczyński, Bray, Aareleid 2004; Kaleta, Makowiec-Dąbrowska, Dziankowska-Zaborszczyk, Fronczak 2012; Didkowska, Mańczuk, McNeill 2005; Levi, Lucchini, Negri, Boyle, La Vecchia 2003; Levi, Lucchini, Negri, La Vecchia 2004]. W populacji kobiet w Polsce w 2007 roku po raz pierwszy częstość zgonów z powodu nowotworów tchawicy, oskrzeli i płuc wyprzedziła częstość zgonów związanych z nowotworami sutka [Didkowska, Wojciechowska, Tarkowski 2009]. Podobne tendencje zostały zaobserwowane w odniesieniu do liczby utraconych lat życia. Nie ulega wątpliwości, że zmiany w umieralności z powodu nowotworów złośliwych tchawicy, oskrzeli i płuc są ściśle związane ze zmianami w częstości palenia tytoniu. W Polsce, tak jak w niemal wszystkich krajach „nowej” UE, analiza częstości palenia

wśród młodych ludzi wykazuje niekorzystne tendencje, a w szczególności dotyczy to grupy młodych dziewcząt [Tyczyński, Bray, Aareleid 2004]. Jeśli te niekorzystne tendencje się utrzymają, należy spodziewać się dalszego wzrostu umieralności oraz liczby utraconych lat życia z powodu tej grupy nowotworów.

Utrata niechlubnej pierwszej pozycji przez nowotwory złośliwe sutka wśród grupy nowotworów złośliwych powodujących największą liczbę utraconych lat życia kobiet nie zmienia faktu, że ten nowotwór nadal pozostaje poważnym zagrożeniem życia kobiet. Porównanie umieralności kobiet z powodu raka sutka w młodszych grupach wieku z innymi krajami europejskimi jest bardzo niekorzystne dla Polski [Malvezzi, Bertuccio, Levi, La Vecchia, Negri 2012], a prognozy wskazują, że w ciągu najbliższych dziesięcioleci można oczekiwać w Polsce dalszego wzrostu zachorowalności na te nowotwory [Didkowska, Wojciechowska, Zatoński 2009].

Polska należy do krajów o największej w Europie umieralności z powodu nowotworów jelita grubego [Bosetti, Levi, Rosato, Bertuccio, Lucchini, Negri, La Vecchia 2011]. Analizy epidemiologiczne wskazują jednak, że zachorowalność na raka jelita grubego stale wzrasta, zaś niekorzystna różnica między Polską a „starą” częścią Unii Europejskiej w zakresie umieralności z powodu tej grupy nowotworów w dalszym ciągu powiększa się [Zatoński, Didkowska, Wojciechowska 2009; Bosetti, Bertuccio, Levi, Lucchini, Negri, La Vecchia 2008].

Poważnym problemem pozostaje nadal umieralność polskich kobiet z powodu nowotworów szyjki macicy. Polska razem z Rumunią, Bułgarią i krajami nadbałtyckimi należy do krajów o najwyższym zagrożeniu rakiem szyjki macicy w Europie i pomimo malejącego trendu umieralności różnica między Polską a innymi krajami Europy Zachodniej, szczególnie skandynawskimi, nie zmniejsza się [Arbyn, Raifu, Weiderpass, Bray, Anttila 2009; Arbyn, Antoine, Mägi 2011]. Wprowadzenie w Polsce badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy nie przynosi na razie spodziewanych efektów ze względu na zbyt małą wiedzę i małe uczestnictwo kobiet w programie, szczególnie wśród gorzej wykształconych kobiet na obszarach wiejskich [Didkowska, Wojciechowska, Zatoński 2006].

Wnioski

Z ekonomicznego punktu widzenia najbardziej efektywne mogą być działania prewencyjne ukierunkowane na redukcję zgonów powodujących dużą liczbę utraconych lat życia produkcyjnego na skutek nowotworów złośliwych tchawicy, oskrzeli i płuc u obu płci oraz z powodu nowotworów złośliwych sutka u kobiet.

W Polsce istnieje duże zróżnicowanie terytorialne w utraconych latach życia z powodu nowotworów złośliwych – najwięcej lat życia tracą mieszkańcy województwa łódzkiego i śląskiego, najlepsza sytuacja w tym zakresie dotyczy mieszkańców województwa podkarpackiego. Istnieje potrzeba dalszych badań, mających na celu wyjaśnienie przyczyn tak dużych różnic i stopniowe ich niwelowanie.

Bibliografia

- Arbyn M., Antoine J., Mägi M. et al. (2011), *Trends in cervical cancer incidence and mortality in the Baltic countries, Bulgaria and Romania*, „International Journal of Cancer”, 128(8): 1899–1907.
- Arbyn M., Raifu A.O., Weiderpass E., Bray F., Anttila A. (2009), *Trends of cervical cancer mortality in the member states of the European Union*, „European Journal of Cancer”, 45(15): 2640–2648.
- Bosetti C., Bertuccio P., Levi F., Lucchini F., Negri E., La Vecchia C. (2008), *Cancer mortality in the European Union, 1970–2003, with a joinpoint analysis*, „Annals of Oncology”, 19(4): 631–640.
- Bosetti C., Levi F., Rosato V., Bertuccio P., Lucchini F., Negri E., La Vecchia C. (2011), *Recent trends in colorectal cancer mortality in Europe*, „International Journal of Cancer”, 129(1): 180–191.
- Didkowska J., Mańczuk M., McNeill A. et al. (2005), *Lung cancer mortality at ages 35–54 in the European Union: ecological study of evolving tobacco epidemics*, „BMJ”, 331(7510): 189–191.
- Didkowska J., Wojciechowska U., Tarkowski W. i in. (2009), *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2007 roku*, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa.
- Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W. (2006), *Nowotwory szyjki macicy w Polsce – epidemiologiczny bilans otwarcia i perspektywy*, „Ginekologia Polska”, 77(9): 660–666.
- Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W. (2009), *Prognozy zachorowalności i umieralności na wybrane nowotwory złośliwe w Polsce do 2020 roku*, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa.
- Eurostat statistics*. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database, pobrano kwiecień 2016.
- Godlewski D., Wojtyś P., Antczak A. (2012), *Predictions of cancer incidence in Wielkopolska in 2018*, „Współczesna Onkologia”, 16(1): 38–43.
- Kaleta D, Makowiec-Dąbrowska T, Dziankowska-Zaborszczyk E, Fronczak A. (2012) *Determinants of heavy smoking: Results from the global adult tobacco survey in Poland (2009–2010)*, „International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health”, 25(1): 66–79.
- Levi F., Lucchini F., Negri E., Boyle P., La Vecchia C. (2003), *Mortality from major cancer sites in the European Union, 1955–1998*, „Annals of Oncology”, 14(3): 490–495.
- Levi F., Lucchini F., Negri E., La Vecchia C. (2004), *Trends in mortality from major cancers in the European Union, including acceding countries, in 2004*, „Cancer”, 101(12): 2843–2850.
- Luengo-Fernandez R., Leal J., Gray A., Sullivan R. (2013), *Economic burden of cancer across the European Union: a population-based cost analysis*, „Lancet Oncology”, 14(12): 1165–1174.

- Malvezzi M., Bertuccio P., Levi F., La Vecchia C., Negri E. (2012), *European cancer mortality predictions for the year 2012*, „Annals of Oncology”, 23(4): 1044–1052.
- Maniecka-Bryła I., Bryła M., Bryła P. Pikala M. (2015), *The burden of premature mortality in Poland analysed with the use of standard expected years of life lost*, „BMC Public Health”, 15: 101 doi:10.1186/s12889-015-1487-x.
- Maniecka-Bryła I., Pikala M., Bryła M. (2013), *Life years lost due to cardiovascular diseases*, „Kardiologia Polska”, 71(10): 893–900.
- Marshall R.J. (2004), *Standard expected years of life lost as a measure of mortality: norms and reference to New Zealand data*, „The Australian and New Zealand Journal of Public Health”, 28(5): 452–457.
- Marshall R.J. (2009), *Standard Expected Years of Life Lost as a Measure of Disease Burden: An Investigation of Its Presentation, Meaning and Interpretation*, [w:] Preedy V.R., Watson R.R. (red.) *Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures*, Springer, Berlin: 3421–3434.
- Murray C.J.L., Lopez A. (2000) *Globalne Obciążenie Chorobami*, tom 1, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Warszawa.
- Pikala M., Maniecka-Bryła I. (2014), *Years of life lost due to malignant neoplasms characterized by the highest mortality rate*, „Archives of Medical Science”, 10(5): 999–1006.
- Soneji S., Beltrán-Sánchez H., Sox H.C. (2014), *Assessing progress in reducing the burden of cancer mortality, 1985-2005*, „Journal of Clinical Oncology”, 32(5): 444–448.
- Tiwari A.K., Roy H.K.(2012), *Progress against cancer (1971–2011): How far have we come?*, „Journal of Internal Medicine”, 271: 392–399.
- Tyczyński J.E., Bray F., Aareleid T. (2004), *Lung cancer mortality patterns in selected Central, Eastern and Southern European countries*, „International Journal of Cancer”, 109(4): 598–610.
- WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000–2011. Department of Health Statistics and Information Systems WHO, Geneva 2013 http://www.who.int/healthinfo/statistics/GlobalDALYmethods_2000_2011.pdf
- Wojtyński B., Goryński P., Moskalewicz B. (2012), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, Państwowy Zakład Higieny, Warszawa.
- Zatoński W., Didkowska J., Wojciechowska U. (2009), *Epidemiologia chorób nowotworowych w Europie Środkowej i Wschodniej w porównaniu z Europą Zachodnią i Polską*, „Polski Przegląd Chirurgiczny”, 81(10): 808–837.

Elżbieta Michalska¹

Poddębickie Centrum Zdrowia

Magdalena Rudzińska

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Alina Kowalska

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Jan Krakowiak

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Analiza gotowości do angażowania się w pracę pielęgniarek zatrudnionych w Poddębickim Centrum Zdrowia

Analysis of Readiness to Engage in Work of Nurses Employed in Poddębice Health Center

Abstract: The introduction of quality management methods to the health care facility can meet the health needs of patients up perfectly. Quality management is a priority, and customer satisfaction is considered as the basis for business. Effective management of this suggestive "contagion" subordinates idea that will identify with it and increase involvement in the work. The aim of the study was to analyze the engagement in the work of the nurses working in Poddębice Health Center. AVEM questionnaire was used – patterns of behavior and experience work-related. The study involved 171 nurses and 27 midwives. In the study group age, place of work, education and work experience were included. Detailed analysis of the aspect of readiness to engage in work among the surveyed nurses and midwives showed that with increasing age of the respondents, and with increasing work experience and education the value of their ratings decrease. This means that the older and more educated nurses present wiser engagement in work.

Key words: customer, nursing, management, quality, manager.

¹ E-mail: ejmichalska@gmail.com

Wstęp

Zachodzące zmiany, w ostatnich latach, w sektorze opieki zdrowotnej, polegające na przekształcaniu placówek ochrony zdrowia z jednostek budżetowych w placówki samodzielne finansowo wymagały zmian w podejściu do rynku usług medycznych [Krakowiak, Marjański 2010, s. 12]. Usługą medyczną jest zaspokajanie potrzeb medycznych pacjentów, a zakład opieki zdrowotnej firmą usługową, dla której pacjent jest klientem. W warunkach rynkowych zarządzający zakładami opieki zdrowotnej muszą dbać o efektywność ekonomiczną swojej działalności i racjonalnie wykorzystywać posiadane środki. Dlatego też pojawiła się konkurencja, walka o klienta, o kontrakt, o większe środki finansowe [Krakowiak, Cichońska 2013, s. 22].

Pacjenta zaczęto traktować podmiotowo i wprowadzono ocenę jakości świadczeń medycznych. Zastosowano metodę zarządzania przez jakość, zaspokajając potrzeby pacjentów w sposób maksymalnie perfekcyjny. Na stanowisku kierowniczym pielęgniarstwie pojawił się menadżer pielęgniarstwa, będący źródłem inicjatywy i nowatorskich pomysłów do rozwoju kapitału pielęgniarstwa oraz potrzeb pacjentów i nowoczesnej opieki zdrowotnej [Assenberg 1994, ss. 8–10]. Menadżer ma bezpośredni wpływ na pracę personelu pielęgniarstwa, na jego zaangażowanie w pracę, postawę i zachowanie oraz skuteczność działania [Szrajber, Szlozer 1994, s. 16].

Zarządzanie jest zestawem działań skierowanym na organizacyjne zasoby ludzkie, rzeczowe, informacyjne i wykonywanym z zamiarem osiągnięcia celów organizacji w sposób sprawny [Lenartowicz 1998, ss. 30–33]. Organizacja jest instrumentem osiągnięcia wyników. Organizacją jest zakład opieki zdrowotnej, który zajmuje się diagnostyką i leczeniem pacjentów. W ostatnim czasie w opiece zdrowotnej zaszło wiele zmian, które ukierunkowały zarządzanie placówką ochrony zdrowia na zarządzanie przez jakość.

Jakość – [wg *Słownika Języka Polskiego* 1988, s. 78] to właściwość, rodzaj, gatunek, wartość; to zespół cech stanowiących o tym, że dany przedmiot jest tym przedmiotem, a nie innym. Może być dobra i zła jakość produkcji. Według Amerykańskiego Towarzystwa Kontroli Jakości jakość jest to ogół cech produktu i usług decydujących o ich zdolności zaspokajania stwierdzonych lub potencjalnych potrzeb. Na jakość składa się: zaangażowanie personelu, kultura organizacji pracy, technologie oraz materiały. Jakość nie jest wydarzeniem jednorazowym bez potrzeby kontynuacji, jest procesem, którego istotą jest zasada ciągłego doskonalenia w mechanizm funkcjonowania szpitala [Zaremba 1998, s. 24]

Losy szpitala zależą od jego pacjentów. Dlatego też należy rozumieć aktualne i przyszłe potrzeby klientów (pacjentów), spełniać ich wymagania, a także starać się

wykraczać poza ich oczekiwania. Celem działania szpitala jest rozwiązywanie problemów zdrowotnych pacjentów. To pacjent ostatecznie rozstrzyga, czy organizacji, jaką jest szpital udało się rozwiązać jego problem zdrowotny.

W celu strategicznym szpitala chory pacjent powinien stać się zadowolonym klientem, czyli jakością to zadowolony pacjent. Trzeba zawsze leczyć człowieka, a nie zawsze jego chorobę. Chcąc odnieść rzeczywisty sukces należy: mierzyć poziom zadowolenia pacjentów, znać ich aktualne potrzeby i wymagania, trafnie przewidywać ewolucję potrzeb, starać się poznać zamiary konkurentów, a także starać się w miarę możliwości wykroczyć ponad oczekiwania klientów. Aby osiągnąć cel strategiczny należy stosować metody zarządzania przez jakość, czyli zaspokajając potrzeby zdrowotne pacjentów w sposób maksymalnie perfekcyjny [Krakowiak, Marjański 2010, ss. 21–23].

W procesie zarządzania przez jakość zgodnie z koncepcją TQM (ang. *Total Quality Management*) wyróżniamy następujące etapy: satysfakcja klienta – gdzie pacjent jest najwyższym sędzią jakości usług; przywódca, polityka i strategia – przywódcy w organizacji wyznaczają cele, których organizacja ma przodować; zarządzanie procesami – kierownictwo i pracownicy chcąc efektywnie realizować proces muszą go doskonalić i kontrolować zgodnie z planowymi celami organizacji; zarządzanie ludźmi i ich satysfakcja – wspólny zbiór wyznawanych wartości organizacji winien powodować wyzwolenie potencjału ludzkich talentów; należy rozwijać kompetencje poszczególnych osób i je decentralizować; zarządzanie zasobami – optymalne wykorzystywanie swoich zasobów, budowanie wewnętrznych relacji opartych na integracji, wymianie wiedzy i zaufaniu; ciągłe uczenie się – należy przekazywać pracownikom wiedzę w atmosferze ciągłego doskonalenia się i postępu; współpraca z otoczeniem – etyczne podejście do otoczenia, poszanowanie prawa uwzględnianie wymogów otoczenia [Zaremba 1998, s. 23].

Kluczowym elementem w procesie poprawy jakości jest kadra kierownicza. Zaangażowana postawa kadry kierowniczej może najskuteczniej zachęcić pracowników do koniecznych zmian [Sikorski 1998, s. 12]. Skuteczne zarządzanie to sugestywne „zarażenie” naszych podwładnych ideą która spowoduje utożsamianie się z nią i większe zaangażowanie w pracę [Imersheim, Ests 1996, s. 4].

Zarządzanie jakością polega na nadaniu jakości pierwszeństwa przed innymi kwestiami we wszelkich decyzjach kierowniczych. Jakość jest priorytetem. Jakość jest w rękach personelu. W takiej organizacji zadowolenie klientów uznawane jest za podstawę działalności. Biznes rozpoczyna się od klienta, ponieważ klient chce otrzymywać wyroby i usługi wysokiej jakości. Odpowiednia jakość zapewnia rentowność (zysk). Ponadto jakość jest czynnikiem podnoszącym konkurencyjność. Zarządzanie jakością zapewnia większy udział w rynku, wzrost zysków i obniżkę kosztów [Krakowiak, Cichońska 2013, s. 36].

Celem niniejszego badania była analiza zaangażowania się w pracę pielęgniarek zatrudnionych w Poddębickim Centrum Zdrowia z uwzględnieniem zachowań i przeżyć tegoż personelu związanych z ich pracą na przykładzie wyżej wymienionej placówki. Z uwagi na fakt, że aktualnie jednym z największych problemów związanych z zarządzaniem każdą placówką zdrowia (prócz problemów finansowych) jest zarządzanie pracą personelu medycznego, a w szczególności wzbudzania w nim gotowości do angażowania się w pracę, analizę tego aspektu określono, jako główny cel badań w niniejszej pracy.

Materiał i metodyka

Badaniem objęto personel medyczny, głównie pielęgniarski (dla porównania również małą grupę położnych) pracujące w I kwartale 2014 roku, w Poddębickim Centrum Zdrowia sp. z o.o.. Łącznie badaniem objęto 198 osób, w tym 171 pielęgniarek i 27 położnych. Badania przeprowadzono przy użyciu kwestionariusza AVEM zawierającego 11 skal ocen, dotyczących zachowań i przeżyć związanych z pracą. W każdym aspekcie zachowań i przeżyć związanych z pracą (w każdej skali kwestionariusza AVEM) możliwe do uzyskania oceny zawierają się w przedziale od 6 do 30 punktów [Peterie, Sabin 2006, ss. 38–40].

Aby mieć pełny obraz oceny gotowości badanych pielęgniarek i położnych do angażowania się w pracę, aspekt ten przeanalizowano w kontekście wszystkich, jedynastu skal kwestionariusza AVEM. Wyniki przeprowadzonych badań przedstawione zostały w postaci tabel i wykresów, które opracowano z zastosowaniem testów statystycznych, typu [Banaszewska 2003, s. 10]: współczynnik korelacji liniowej Pearsona dla analizy zależności uzyskanych ocen od wieku i od stażu pracy; współczynnik korelacji rang Spearmana dla analizy zależności uzyskanych ocen od poziomu wykształcenia, test Studenta dla analizy zależności uzyskanych ocen od profesji (stanowiska pracy – zależności pomiędzy pielęgniarkami i położnymi); test Kruskala-Wallisa dla analizy zależności uzyskanych ocen od miejsca pracy (oddziałów Centrum – grup pielęgniarek i położnych).

Analizę wyników uzyskanych z ww. testów statystycznych przeprowadzono porównując poziomy ufności p uzyskane w poszczególnych testach z ogólnie przyjętym dla testów statystycznych poziomem istotności $\alpha = 0,05$ (z błędem statystycznym = 5%).

Wyniki badania

Wiek badanych pielęgniarek i położnych kształtował się w przedziale od 22 do 56 lat, przy wartości średniej wynoszącej 45 lat z odchyleniem standardowym $\pm 6,52$ lat. Badaniem objęto pielęgniarki i położne z następujących oddziałów medycznych Centrum, skumulowane w grupy:

Grupa 1 – Oddział Intensywnej Opieki Medycznej, Blok Operacyjny, Szpitalny Oddział Ratunkowy, Zespół Wyjazdowy Ratownictwa Medycznego – 39 pielęgniarek, stanowiących 19,7% wszystkich, badanych pielęgniarek i położnych.

Grupa 2 – Oddziały: Urologii, Ortopedii, Chirurgii, Ginekologiczno-Położniczy – 69 pielęgniarek i położnych, stanowiących 34,85% wszystkich, badanych pielęgniarek i położnych.

Grupa 3 – Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy, Oddziały: Wewnętrzny, Dziecięcy oraz Poradnie – 90 pielęgniarek, stanowiących 45,45% wszystkich, badanych pielęgniarek i położnych.

Staż pracy (w latach) wśród badanych pielęgniarek i położnych kształtował się w przedziale od 1 do 38 lat, przy wartości średniej wynoszącej 24 lata z odchyleniem standardowym = $\pm 7,03$ lat.

Badaniem objęto 171 pielęgniarek (86,36% wszystkich badanych osób) oraz 27 położnych (13,64% wszystkich, badanych osób). Jeśli chodzi o charakterystykę badanych według wykształcenia to w badaniu udział wzięło: 139 pielęgniarek i położnych z wykształceniem średnim (70,2% wszystkich, badanych osób); 13 pielęgniarek i położnych z licencjatem (6,57% wszystkich, badanych osób); 45 pielęgniarek i położnych z wykształceniem wyższym, magisterskim (22,73% wszystkich, badanych osób); zaś jedna z badanych osób (0,51%) nie udzieliła odpowiedzi na pytanie o poziom wykształcenia.

Powyższa charakterystyka demograficzna i zawodowa badanych pielęgniarek i położnych – wykazała, że są to osoby: o średnim wieku wynoszącym około 45 lat, o stażu pracy wynoszącym około 24 lata, w wysoce znaczącej większości (86,36%) pracujące w zawodzie pielęgniarki i w znaczącej większości (70,2%) posiadające wykształcenie średnie.

Najwyższą wartość średniej oceny (17,77 pkt) zanotowano dla subiektywnego znaczenia pracy, a najniższą wartość średniej oceny (12,09 pkt) zanotowano dla dążenia do perfekcji. Największe zróżnicowanie ocen zanotowano w tendencji do rezygnacji przy niepowodzeniach (odchylenie standardowe = $\pm 4,55$ pkt), a najmniejsze zróżnicowanie ocen zanotowano w poczuciu wsparcia społecznego (odchylenie standardowe = $\pm 3,52$ pkt). Ocena dla gotowości do angażowania się w pracę uzyskana przez badane pielęgniarki i położne, kształtowała się w przedziale od 6 do 27 pkt. Zarówno wartość średniej oceny (14,44 pkt), jak i jej zróżnicowania (odchylenie standardowe = $\pm 3,98$ pkt) dla gotowości do angażowania się pielęgniarek i położnych w pracę osiągnęły wartości lokalizujące się pośrodku, pomiędzy najwyższą i najniższą średnią oceną oraz pośrodku, pomiędzy największym i najmniejszym zróżnicowaniem ocen dla wszystkich skali (aspektów) kwestionariusza AVEM. W tabeli 1 zestawiono

oceny w poszczególnych skalach kwestionariusza AVEM, zaś w tabeli 2 zawarto analizę zależności statystycznej pomiędzy wiekiem badanych pielęgniarek i położnych, a ich ocenami uzyskanymi w poszczególnych skalach (aspektach) kwestionariusza AVEM.

Tabela 1. Zestawienie ocen w poszczególnych skalach (aspektach) kwestionariusza AVEM dotyczących zachowań i przeżyć związanych z pracą, uzyskanych przez badane pielęgniarki i położne (N = 198)

Oceny według skali (aspektów) AVEM:	Średnia	Minimum	Maksimum	Odch. std
Subiektywne znaczenie pracy	17,77	7	29	± 4,02
Ambicje zawodowe	15,94	6	27	± 3,80
Gotowość do angażowania się	14,44	6	27	± 3,98
Dążenie do perfekcji	12,09	6	21	± 3,78
Umiejętność zdystansowania się	17,57	6	28	± 4,13
Tendencja do rezygnacji przy niepowodzeniach	18,78	9	30	± 4,55
Ofens. Strat. Rozw. Problemów	13,44	6	29	± 4,02
Wew. Spokój i równowaga	15,57	6	30	± 4,32
Poczucie sukcesu w zawodzie	16,62	6	30	± 4,09
Zadowolenie z życia	15,64	6	30	± 4,14
Poczucie wsparcia społecznego	15,69	7	28	± 3,52

Źródło: obliczenia własne.

W przedstawionych wynikach przyjęto, następujące oznaczenia dla miar statystycznych: N = liczebność osób; r = współczynnik korelacji liniowej Pearsona lub rang Spearmana; r^2 = współczynnik determinacji; t lub H = miara testu statystycznego; df = poziom swobody testu statystycznego; p = poziom ufności testu statystycznego.

Analiza wykazała, że współczynniki r w korelacjach liniowych Pearsona dla ocen we wszystkich skalach (poza umiejętnością zdystansowania się) kwestionariusza AVEM są ujemne. Tym samym korelacje pomiędzy wiekiem badanych pielęgniarek i położnych, a ocenami uzyskanymi przez nie we wszystkich (poza ww.) skalach kwestionariusza AVEM są malejące.

Tabela 2. Analiza zależności statystycznej pomiędzy wiekiem badanych pielęgniarek i położnych, a ich ocenami uzyskanymi w poszczególnych skalach (aspektach) kwestionariusza AVEM (N = 198 – współczynnik korelacji liniowej Pearsona)

Wiek – oceny według skali (aspektów) AVEM:	R	r ²	t	p
Subiektywne znaczenie pracy	-0,154	0,024	-2,18	0,031
Ambicje zawodowe	-0,033	0,001	-0,46	0,643
Gotowość do angażowania się	-0,252	0,064	-2,14	0,033
Dążenie do perfekcji	-0,217	0,047	-3,11	0,002
Umiejętność zdystansowania się	0,042	0,002	0,58	0,561
Tendencja do rezygnacji przy niepowodzeniach	-0,058	0,003	-0,82	0,416
Ofens. Strat. Rozw. Problemów	-0,182	0,033	-2,59	0,010
Wew. Spokój i równowaga	-0,066	0,004	-0,93	0,356
Poczucie sukcesu w zawodzie	-0,133	0,018	-1,87	0,063
Zadowolenie z życia	-0,104	0,011	-1,45	0,147
Poczucie wsparcia społecznego	-0,024	0,001	-0,34	0,738

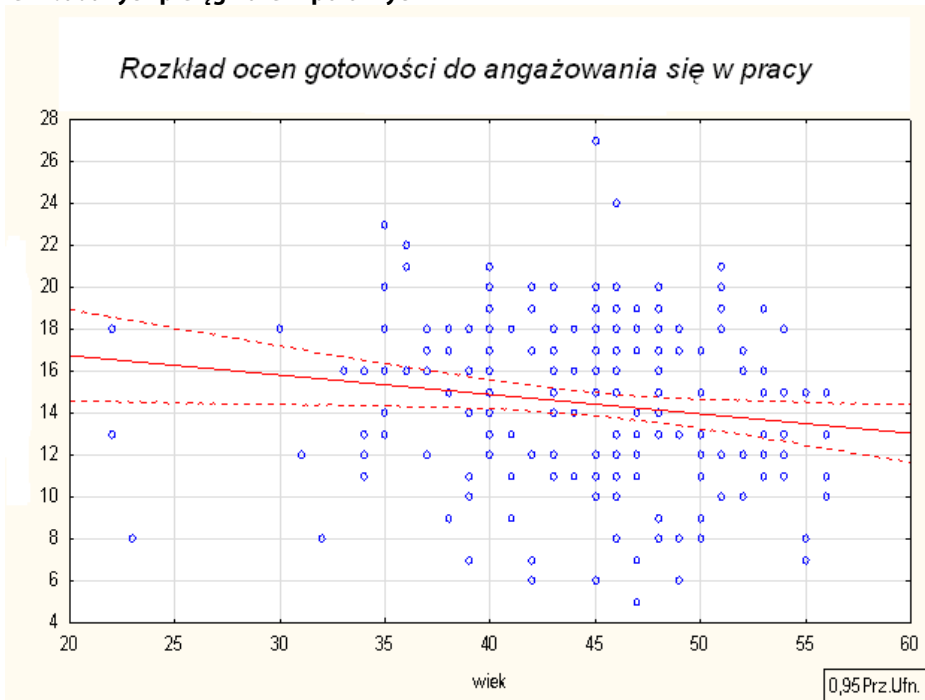
Źródło: obliczenia własne.

Oznacza to, że wraz ze wzrostem wieku badanych pielęgniarek i położnych maleją wartości ich ocen we wszystkich skalach kwestionariusza AVEM, w tym również w aspekcie gotowości do angażowania się w pracę. Ponadto dla aspektu gotowości do angażowania się w pracę wśród ocen uzyskanych przez badane pielęgniarki i położne zachodzi relacja $0,2 < |r| < 0,4$ ($|r|$ = wartość bezwzględna dla r), co oznacza, że występuje słaba (mało znacząca) zależność statystyczna pomiędzy wiekiem badanych pielęgniarek i położnych, a ich ocenami gotowości do angażowania się w pracę. Potwierdza to również poziom ufności p , którego wartość dla tego aspektu jest $<$ od poziomu istotności $\alpha = 0,05$. Na rysunku 1 pokazano strukturę rozkładu (rozrzutu) zachodzącego pomiędzy ocenami uzyskanymi w aspekcie gotowości do angażowania się w pracę według kwestionariusza AVEM, a wiekiem badanych pielęgniarek i położnych.

Na wykresie ciągła linia potwierdza, że pomiędzy wiekiem badanych pielęgniarek i położnych, a ich gotowością do angażowania się w pracę, zachodzi słaba (mało znacząca) zależność statystyczna oraz że wraz ze wzrostem wieku badanych pielęgniarek

i położnych maleją oceny ich gotowości do angażowania się w pracę. Analiza zależności statystycznej pomiędzy stażem pracy badanych pielęgniarek i położnych, a ich ocenami uzyskanymi w poszczególnych skalach (aspektach) kwestionariusza AVEM (N = 198 – współczynnik korelacji liniowej Pearsona) wykazała, że współczynniki r w korelacjach liniowych Pearsona dla ocen we wszystkich skalach (poza umiejętnością dystansowania się i poza poczuciem wsparcia społecznego) kwestionariusza AVEM są ujemne. Tym samym korelacje pomiędzy stażem pracy badanych pielęgniarek i położnych, a ocenami uzyskanymi przez nie we wszystkich (poza ww.) skalach kwestionariusza AVEM są malejące.

Rysunek 1. Struktura rozkładu (rozrzutu) zachodzącego pomiędzy ocenami uzyskanymi w aspekcie gotowości do angażowania się w pracę według kwestionariusza AVEM, a wiekiem badanych pielęgniarek i położnych

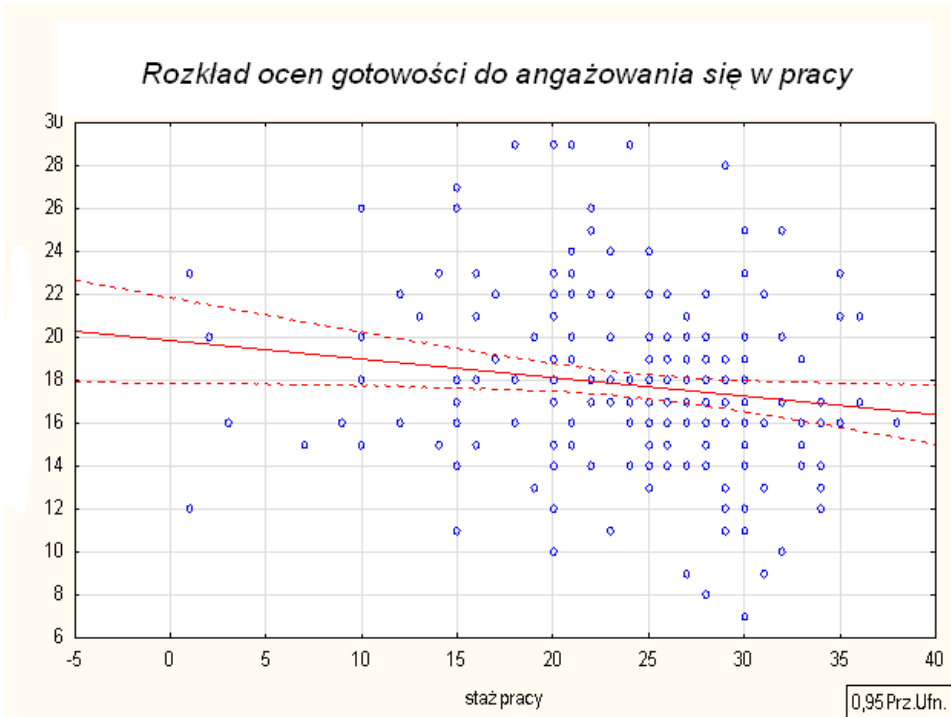


Źródło: obliczenia własne.

Oznacza to, że wraz ze wzrostem stażu pracy badanych pielęgniarek i położnych maleją wartości ich ocen we wszystkich skalach kwestionariusza AVEM, w tym również w aspekcie gotowości do angażowania się w pracę. Ponadto dla aspektu gotowości do angażowania się w pracę wśród ocen uzyskanych przez badane pielęgniarki i po-

łożne zachodzi relacja $|r| < 0,2$ ($|r|$ = wartość bezwzględna dla r), co oznacza, że występuje brak zależności statystycznej pomiędzy stażem pracy badanych pielęgniarek i położnych, a ich ocenami gotowości do angażowania się w pracę. Potwierdza to również poziom ufności p , którego wartość dla tego aspektu jest $>$ od poziomu istotności $\alpha = 0,05$, co pokazano na rysunku 2.

Rysunek 2. Struktura rozkładu (rozrzutu) zachodzącego pomiędzy ocenami uzyskanymi w aspekcie gotowości do angażowania się w pracę według kwestionariusza AVEM, a stażem pracy badanych pielęgniarek i położnych



Źródło: obliczenia własne.

Na rysunku 2 ciągła linia potwierdza, że wraz ze wzrostem stażu pracy badanych pielęgniarek i położnych maleje ocena ich gotowości do angażowania się w pracę. We wszystkich badanych grupach (oddziałach Centrum) pielęgniarek i położnych najwyższe, wartości średnich ocen uzyskała skala (aspekt) tendencja do rezygnacji przy niepowodzeniach, a najniższe, wartości średnich ocen uzyskała skala (aspekt) dążenie do perfekcji.

Analizie poddano również poziom wykształcenia badanych. Analiza wykazała, że współczynniki r w korelacjach rang Spearmana dla ocen we wszystkich skalach (poza subiektywnym znaczeniu pracy oraz poza dążeniem do perfekcji i poza tendencją do rezygnacji przy niepowodzeniu) kwestionariusza AVEM są ujemne. Tym samym korelacje pomiędzy poziomem wykształcenia badanych pielęgniarek i położnych, a ocenami uzyskanymi przez nie we wszystkich (poza ww.) skalach kwestionariusza AVEM są malejące. Oznacza to, że wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia badanych pielęgniarek i położnych maleją wartości ich ocen we wszystkich skalach kwestionariusza AVEM, w tym również w aspekcie gotowości do angażowania się w pracę.

Zaobserwowano brak zależności statystycznej pomiędzy poziomem wykształcenia badanych pielęgniarek i położnych, a ich ocenami gotowości do angażowania się w pracę. Potwierdza to również poziom ufności p , którego wartość dla tego aspektu jest $>$ od poziomu istotności $\alpha = 0,05$. Wartości średnich ocen dla aspektu gotowości do angażowania się w pracę we wszystkich badanych grupach (oddziałach Centrum) pielęgniarek i położnych kształtowały się niemal identycznie, tj. na poziomie około $14 \div 14,5$ pkt.

Analiza wykazała, że poziomy ufności p testu Kruskala-Wallisa pomiędzy trzema badanymi grupami pielęgniarek i położnych ze względu na ich miejsce (oddział) pracy, a ocenami uzyskanymi we wszystkich skalach (aspektach) kwestionariusza AVEM, w tym również w gotowości do angażowania się w pracę są $>$ od poziomu istotności $\alpha = 0,05$. Tym samym zanotowano brak występowania zależności statystycznej pomiędzy miejscem (oddziałem) pracy badanych pielęgniarek i położnych, a ich ocenami gotowości do angażowania się w pracę.

Zakończenie

Pielęgniarstwo w Polsce podlega takim samym zmianom jak system ochrony zdrowia. Zmiany te są dla pielęgniarstwa zarówno źródłem szans jak i zagrożeń. Kadra zarządzająca w pielęgniarstwie, określana mianem menadżerów pielęgniarstwa, musi zaakceptować dostosowanie się do zmian [Głowacka, Zysmarska 1997, ss. 12–14]. Na stanowiskach kierowniczych powinny być osoby, które potrafią i chcą sprostać wyzwaniom. Kierownictwo musi być źródłem inicjatywy i nowatorskich pomysłów. Nie może sprowadzać się do działań przystosowawczych, ale z odpowiednią siłą wdrażać swoje pomysły [Kin-Dittmann, Misińska 1994, s. 20].

Od menadżerów oczekuje się i wymaga dużej determinacji i charakteru, a także umiejętności i talentów kierowniczych. Osoby te muszą prowadzić do rozwoju kapitału pielęgniarskiego, ustawicznej edukacji zgodnej z aspiracjami, przepisami i zdolnościami, ale

przede wszystkim potrzebami pacjentów i ukierunkowaniem na nowoczesną opiekę zdrowotną [Ksykiewicz-Dorota 1995, ss. 8–9]. Menadżer pielęgniarstwa ma bezpośredni wpływ na pracę personelu pielęgniarstwa, na poprawę skuteczności działania, zaangażowanie, postawę i zachowanie. Organizuje opiekę pielęgniarstwa i metody pracy zgodnie ze światowymi koncepcjami opieki zdrowotnej i pielęgnowania [Szrajber, Szlozer 1994].

W warunkach rynkowych osoby zarządzające w pielęgniarstwie muszą dbać o efektywność ekonomiczną swojej działalności i racjonalne wykorzystanie posiadanych środków. To one w placówce opieki zdrowotnej odpowiadają za gospodarkę lekami, materiałami opatrunkowymi, wykorzystanie sprzętu jednorazowego, specjalistycznego, środków dezynfekcyjnych i czystościowych. Umiejętnie postępując zapobiegają marnotrawstwu i niepotrzebnym kosztom związanym z niewłaściwym przygotowaniem i przygotowaniem leków itp. [Rogala-Pawelczyk, Ksykiewicz-Dorota 1996, s. 15].

We współczesnym ujęciu procesu pielęgnowania kompleksowa opieka musi być dostosowana do potrzeb pacjenta. Pielęgniarka przejmuje indywidualną odpowiedzialność za wyniki pielęgnowania, a to wymaga przesunięcia akcentu z wykonywania pojedynczych czynności na całościową opiekę nad pacjentem [Lenartowicz 2004]. Wszystkie czynności wykonane przez pielęgniarkę przy pacjencie (diagnoza, pielęgnacja, edukacja itp.) muszą mieć pełną dokumentację [*Podstawa programowa kształcenia w zawodzie pielęgniarki* 1997]. Jest to niezmiernie ważne nowe spojrzenie na ochronę zdrowia, gdzie pacjent jest traktowany podmiotowo i aktywnie uczestniczy w procesie diagnostyczno-terapeutycznym [Ksykiewicz-Dorota 1996, ss. 18–21]. To rozwinęło nowy obszar działania dla kadry zarządzającej związany z koniecznością prowadzenia marketingu usług zdrowotnych. Świadczenie zdrowotne stało się usługą, a zakłady opieki zdrowotnej – firmami usługowymi, dla których pacjent jest klientem. W związku z tym pojawiła się konkurencja, walka o klienta, o kontrakt, o większy dostęp do środków finansowych. Pacjenci często oceniają placówkę opieki zdrowotnej nie tylko poprzez samą usługę medyczną, standardy i procedury, ale również na podstawie zachowań, postaw, kompetencji i umiejętności personelu. Duże znaczenie dla pacjenta ma umiejętność komunikowania się, życzliwość, przyjazne nastawienie, zapewnienie warunków umożliwiających zachowanie intymności i poszanowania godności osobistej [Kin-Dittmann, Misińska 1994].

Wszystkie wymienione obszary zarządzania w zakładzie opieki zdrowotnej przez menadżera pielęgniarstwa tj. doskonalenie zawodowe, organizacja opieki pielęgniarstwa, orientacja na pacjenta mają wpływ na ocenę jakości świadczeń medycznych. Wiele zakładów opieki zdrowotnej poddaje się zewnętrznej ocenie, aby uzyskać potwierdzenie spełnienia norm jakości i akredytację. Kierownicza kadra pielęgniarstwa odgrywa ogromną rolę w przygotowaniu szpitala do procesu certyfikacji. Poszczegól-

ne zespoły pielęgniarskie opracowują i wdrażają standardy i procedury, wprowadzają nowe metody i formy dokumentowania. Biorą udział w tworzeniu warunków do zapewnienia pacjentom bezpieczeństwa i respektowania praw. Od zdolności i zaangażowania pielęgniarskiej kadry zarządzającej zależy poziom jakości, a więc szybkość uzyskania certyfikatu jakości czy akredytacji [Lenartowicz 1993, s. 8]. Jakość jest obecnie mocno podkreślana. Jakość świadczeń zdrowotnych jest zagadnieniem bardzo złożonym i ocenianym z punktu widzenia prawa oraz oczekiwań i wyobrażeń pacjentów. Istotne jest by w procesie zarządzania podmiotem leczniczym móc wykazać, iż wymagania formalno-prawne dotyczące jakości usług zostały zachowane.

Podstawowym przepisem stawiającym wymagania, co do jakości świadczeń pielęgniarskich jest art. 11 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej. Wymaganą jakość opieki pielęgniarskiej ustawa określa przy pomocy 5 parametrów: należytej staranności, zasad etyki zawodowej, poszanowania praw pacjenta, bezpieczeństwa pacjenta, wskazań aktualnej wiedzy medycznej [Kaczorowska-Kossowska 2013, ss. 3–5].

Wnioski

Analiza w zakresie oceny zachowań oraz przeżyć pielęgniarek i położnych związanych z ich pracą w Centrum Zdrowia w Poddębicach, przeprowadzona przy użyciu kwestionariusza AVEM – wykazała, że:

1. Najwyższa wartość średniej oceny wystąpiła w zakresie subiektywnego znaczenia pracy, a najniższa w dążeniu do perfekcji.
2. Największe zróżnicowanie wartości ocen zanotowano w tendencji do rezygnacji przy niepowodzeniach, a najniższe w poczuciu wsparcia społecznego.
3. Szczegółowa analiza aspektu (skali) gotowości do angażowania się w pracę wśród badanych pielęgniarek i położnych – wykazała, że:
 - a. Wraz ze wzrostem wieku badanych pielęgniarek i położnych maleją wartości ich ocen we wszystkich skalach kwestionariusza AVEM, w tym również w aspekcie gotowości do angażowania się w pracę. Dodatkowo stwierdzono, że w tym aspekcie zachodzi słaba (mało znacząca) zależność statystyczna;
 - b. Wraz ze wzrostem stażu pracy badanych pielęgniarek i położnych maleją wartości ich ocen we wszystkich skalach kwestionariusza AVEM, w tym również w aspekcie gotowości do angażowania się w pracę;
 - c. Badane pielęgniarki wykazywały (mało znaczącą statystycznie), lepszą o około 2 pkt (o 11%) wartość średniej oceny gotowości do angażowania się w pracę, niż badane położne.
4. Analiza oddziałami Centrum (grupami) – wykazała, że:
 - a. Na wszystkich, badanych oddziałach Centrum najwyższe wartości średnich ocen uzyskała tendencja do rezygnacji przy niepowodzeniach, a najniższe dążenie do perfekcji;

- b. Wartości średnich ocen dla gotowości do angażowania się w pracę na wszystkich badanych oddziałach Centrum kształtowały się niemal identycznie, tj. na poziomie około 14÷14,5 pkt na każdym oddziale;
- c. Zanotowano brak występowania zależności statystycznej pomiędzy miejscem (oddziałem) pracy badanych pielęgniarek i poziomem wykształcenia, a ich ocenami gotowości do angażowania się w pracę.

Bibliografia

- Assenberg M. (1994), *Czy pielęgniarka może być menadżerem?*, [w:] Organizacja opieki zdrowotnej a zmiany w systemie ochrony zdrowia. Materiały z konferencji. Lublin, CEM, Warszawa.
- Banaszewska A. (2003), *Jakość leczenia zamkniętego w oczach pacjentów*, „Zdrowie i Zarządzanie”, nr 5.
- Głowacka D., Zysmarska M. (1997), *Niektóre uwarunkowania zarządzania w pielęgniarstwie*, „Pielęgniarstwo Polskie”, nr 7.
- Imersheim A., Ests C (1996), *From health services to medical markets: the commodity transformation of medical production and the nonprofit sector*, „International Journal of Health Survey”, nr 2.
- Kaczorowska-Kossowska I. (2013): *Standardy jakości w opiece pielęgniarskiej*, „Menadżer Pielęgniarstwa”, nr 1.
- Kamboura E., Theodosoponlan E. (2005), *Kapitał ludzki w pielęgniarstwie*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej”, nr 3.
- Kin-Dittmann I., Misińska B. (1994), *Kompetencje interpersonalne pielęgniarki – menadżera*, [w:] *Organizacja opieki pielęgniarskiej a zmiany w systemie ochrony zdrowia*, Materiały z konferencji, Lublin, CEM, Warszawa.
- Kosińska M. (1994), *Organizacja pracy pielęgniarki oddziałowej – kierunki zmian*, [w:] *Organizacja opieki pielęgniarskiej a zmiany w systemie ochrony zdrowia*, Materiały z konferencji, Lublin, CEM, Warszawa.
- Krakowiak J., Cichońska D. (2013), *Zarządzanie w ochronie zdrowia – wybrane aspekty*, Społeczna Akademia Nauk, Łódź.
- Krakowiak J., Marjański A. (2010), *Problemy organizacji i zarządzania w ochronie zdrowia. Ocena i zachowanie świadczeniobiorców usług medycznych*, Społeczna Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości i Zarządzania, Łódź.
- Ksykiewicz-Dorota A. (1995), *Funkcja zarządzania opieką pielęgniarską w wojskowych zakładach opieki zdrowotnej*, [w:] *Pielęgniarstwo – nowe obszary i nowe problemy*, Materiały z konferencji naukowej, Akademia Medyczna, Lublin.
- Ksykiewicz-Dorota A. (1996), *Współczesne koncepcje opieki zdrowotnej a opieka pielęgniarska*, [w:] A. Ksykiewicz-Dorota, P. Rusiecki (red.), *Doskonale organizacja i opieki pielęgniarskiej w lecznictwie stacjonarnym*, Abrys, Kraków – Lublin.
- Lenartowicz H. (2004), *Kierowanie w pielęgniarstwie*, [w:] A. Ksykiewicz-Dorota (red.), *Podstawy organizacji pracy pielęgniarskiej*, Wydawnictwo Czelej, Lublin.
- Lenartowicz H. (1998), *Podstawy zarządzania. Przewodnik dydaktyczny*, CEM, Warszawa.
- Lenartowicz H. (1993), *Przygotowanie pielęgniarek-nauczycieli i pielęgniarek menadżerów*, „Pielęgniarstwo 2000”, nr 1(6).

Peterie A., Sabin C. (tłumaczenie Jerzy Moczko) (2006), *Statystyka medyczna w zarysie*, Wyd. I, PZWL, Warszawa.

Podstawa programowa kształcenia w zawodzie pielęgniarki, (1997), MZiOS, Warszawa.

Rogała-Pawelczyk G. Ksykiewicz-Dorota A. (1996), *Proces pielęgnowania jako element opieki w strukturze organizacyjnej szpitala*, [w:] A. Ksykiewicz-Dorota, P. Rusiecki (red.), *Doskonale organizacja opieki pielęgniarskiej w lecznictwie stacjonarnym*, Oficyna Wydawnicza Abrys, Kraków – Lublin.

Sikorski Cz. (1998), *Podstawy organizacji i zarządzania. Opisy przypadków*, Instytut Medycyny Pracy, Łódź.

Słownik Języka Polskiego (1988), PWN, Warszawa.

Szrajber G. Szlozer G. (1994), *Pielęgniarka menadżer*, [w:] Organizacja opieki pielęgniarskiej a zmiany w systemie ochrony zdrowia. Materiały z konferencji Lublin, CEM Warszawa.

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

Zaremba M. (1998), *Jakość*, [w:] Materiały z konferencji dla kadry kierowniczej personelu.

Magdalena Rudzińska¹

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Dominika Cichońska

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Alina Kowalska

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Jan Krakowiak

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Realizacja funkcji personalnej a determinanty otoczenia wewnętrznego jednostek ochrony zdrowia

Implementation of the Human Resources Function and the Determinants of the Internal Environment of Health Care Units

Abstract: It should be stated that the growing role of human capital is currently observed in health care entities due to increased significance of personal function in the sector of medical services. Significant differences are noticeable in the “approach to staff management”, which translates directly into various applied solutions in the scope of personal function. Increased competitive advantage of health care entities indicates the importance of measures in the scope of personnel policy for the support and development of those entities. The quality of personal function in health care entities is also directly associated with internal and external conditions. For the needs of the article, internal circumstances were described as extremely important in shaping of processes associated with personal function. Within human resources management, acquisition, development and exploitation of people’s potential are extremely important, which is possible through well-adjusted personal function implementation. It may be stated that personal function becomes one of the key functions of an organisation.

Key words: HR function, health care units, personal function, sector of medical services, personnel policy.

¹ E-mail: magda801@wp.pl

Wprowadzenie

Efektywność działania organizacji jest funkcją efektywności zatrudnionych w niej pracowników, na którą z kolei wpływają ich zdolności, wykształcenie, umiejętności praktyczne, wartości, postawy i zachowania oraz motywacje – podstawowe komponenty wartości zgromadzonego w organizacji kapitału ludzkiego. Najważniejszym aktywem współczesnych organizacji staje się kapitał ludzki, któremu przypisuje się istotne znaczenie w budowaniu przewagi strategicznej oraz konkurencyjnej jednostki. Jest on traktowany, jako jedno z niematerialnych źródeł rozwoju (do którego organizacja nie może nabyć autentycznego prawa własności) [Huselid 1997; Jackson 1997].

Pozyskiwanie, kształtowanie i wykorzystywanie

Specyfika kapitału ludzkiego wyraża się w następujących cechach: po pierwsze kapitał ludzki jest unikatowy, po drugie niełatwy do zastąpienia przez inne zasoby, po trzecie trudny do imitacji przez potencjalnych konkurentów. Te właśnie cechy decydują o tym, że kapitał ludzki można zaliczyć do grupy potencjalnych źródeł konkurencyjności. To pracownicy posiadają możliwość uczenia się, doskonalenia swojego potencjału, potrafią myśleć koncepcyjnie; są to cechy, które umożliwiają dostrzeganie szans i zagrożeń wewnątrz i na zewnątrz organizacji i możliwości reagowania na nie.

Wykorzystanie potencjału ludzi w organizacji odbywa się poprzez realizację funkcji personalnej. Można stwierdzić, że w tym kontekście funkcja personalna urasta do rangi jednej z najważniejszych funkcji organizacji. Odwołuje się do tego stwierdzenia M. Armstrong – który jako jedno z fundamentalnych założeń swojej koncepcji zarządzania zasobami ludzkimi przyjmuje traktowanie ludzi jako kapitał. Według niego należy inwestować w ten kapitał poprzez szkolenia, rozwój – po to aby zwiększyć zainteresowanie pracowników organizacją oraz stworzyć im perspektywy rozwoju ich kariery. Zatem skuteczne zarządzanie kapitałem ludzkim należy traktować, jako sposób wypełniania funkcji personalnej w organizacji [Armstrong 2001, s. 24].

Funkcja personalna rozumiana jest, jako całość (sfera teorii i praktyki) działań zmierzających do osiągnięcia celów organizacji i zaspokojenia potrzeb jej uczestników. Określenie zaś „realizacja” funkcji personalnej ma na celu zaakcentowanie aspektu wykonawczego. Pozyskiwanie, rozwój i wykorzystanie potencjału ludzkiego odbywa się poprzez realizację funkcji personalnej w takich obszarach jak: planowanie zatrudnienia, dobór pracowników, ich rozwój, ocenianie, motywowanie, przemieszczanie.

Ewolucja funkcji personalnej

Badanie ewolucji funkcji personalnej można odnieść do początków działalności produkcyjnej i usługowej. Już wówczas pojawiły się problemy dotyczące doboru, podziału i przydziału pracy, szkolenia, motywowania – a więc problemy związane z typowymi składnikami obszaru kadrowego. W tabeli 1 zilustrowano najważniejsze zmiany funkcji personalnej w szerszym kontekście zmian form i metod organizacji pracy.

Tabela 1. Rozwój funkcji personalnej na tle rozwoju nowych form pracy

Etap rozwoju	Formy i metody pracy	Problemy personalne
Era przedindustrialna — okres generalistów i artystów	Polowanie, gromadzenie zapasów, sporządzanie ubrań, uprawa roli itd.	Podział pracy, sprawowanie przywództwa, ćwiczenia konkretnych umiejętności, zasady i warunki pracy, dobór, trening, ocena i wynagrodzenie pracowników, planowanie zatrudnienia
Era industrialna — okres specjalistów	Rozwój przemysłu, produkcji masowej, powstanie wielu prostych, łatwych do opanowania prac	Struktury organizacyjne, stały czas pracy, wartościowanie pracy, koszty pracy, wynagrodzenie na podstawie czasu pracy, ocenianie przez przełożonych
Era postindustrialna — okres pracy zespołowej i samo pomocy	Elastyczny system produkcji, wykorzystanie systemów informatycznych, wyszczuplanie organizacji, restrukturyzacja, <i>reengineering</i> , rozwój usług, BSC, EVA, telepraca, organizacja wirtualna,	Ukierunkowanie na klienta, strategie personalne, wielozawodowość, elastyczne formy zatrudnienia i wynagrodzenia, audyt, <i>outsourcing</i> , <i>outplacement</i> , <i>coaching</i> , kapitał intelektualny, zarządzanie wiedzą

Źródło: A. Pocztowski, *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Wydawnictwo Uczelniane AE w Krakowie, Kraków 2003, s. 14.

Analizując ewolucję funkcji personalnej przez pryzmat miejsca i roli komórki personalnej w organizacji można wyodrębnić następujące fazy rozwoju [Król 2006, ss. 47–48]:

1. **Fazę zerową** (do XX w.), w której brak było zinstytucjonalizowanej formy funkcji personalnej. Właściciel sam zajmował się doбором, szkoleniem i wynagradzaniem pracowników. Z czasem proste czynności personalne były przekazywane do realizacji innym osobom, jako ich dodatkowa czynność.

2. **Faza I operacyjna** (lata 1900–1945), zwana także administracyjną. Zaczęto tworzyć komórki personalne, które pełniły rolę pomocniczą. Zadania tych komórek sprowadzały się do administrowania sprawami personalnymi (przygotowanie umów o pracę, prowadzenie ewidencji personalnej, obliczanie wynagrodzeń).
3. **Faza II taktyczna** (lata 1945–1980), zwana także menedżerską. Dział personalny spełniał funkcję sztabową, tj. służył doradztwem i wsparciem naczelnemu kierownictwu oraz kierownikom liniowym. Wśród wykonywanych czynności można wyróżnić m.in. rekrutację i derekrutację, organizowanie szkoleń, analizę pracy, sporządzanie budżetów, zestawień, statystyk niezbędnych do opracowania planów zatrudnienia.
4. **Faza III strategiczna** (od początku lat 80. XX w.) Ranga działu personalnego znacznie wzrosła, dorównując innym pionom. Szef często był członkiem dyirekcji lub podlegał bezpośrednio naczelnemu dyrektorowi. Zarządzanie funkcją personalną było niekiedy zdecentralizowane. Różne szczeble w strukturze firmy odpowiadały za realizację odmiennych celów.
5. **Faza IV przyszłościowa** (od początku XXI w.) Zarys organizacji przyszłości opiera się na wizji dalszego rozwoju globalizacji, informatyzacji, coraz większym znaczeniu wiedzy, innowacji i organizacji wirtualnych. Nastąpi skupienie funkcji personalnej w jednej, silnej, scentralizowanej jednostce, której pracownicy będą odpowiedzialni za reagowanie na doraźne potrzeby poszczególnych placówek firmy, organizacji wirtualnych.

Uwarunkowania wewnętrzne realizacji funkcji personalnej

Realizacja funkcji personalnej odbywa się zawsze w konkretnych warunkach tworzonych przez wiele czynników, oddziaływających zarówno na treść zadań kadrowych, podstawowe procesy, jak i stosowane narzędzia. Ogół tych czynników można podzielić na te, które występują wewnątrz firmy tworząc środowisko wewnętrzne oraz te, które znajdują się na zewnątrz organizacji, tworząc jej bliższe (sektorowe/branżowe) i dalsze otoczenie (makroekonomiczne).

Podział na zewnętrzne i wewnętrzne uwarunkowania realizacji funkcji personalnej ułatwia analizę czynników wpływających na kształt zarządzania pracownikami. Należy jednak pamiętać, że wyróżnienie określonych grup czynników jest zabiegiem umownym, gdyż w rzeczywistości trudno określić zakres ich oddziaływania. Przebiegi procesów i zjawisk wewnątrz i na zewnątrz organizacji częściowo się pokrywają lub uzupełniają.

Celem niniejszego artykułu jest analiza uwarunkowań otoczenia wewnętrznego. Uwarunkowania wewnętrzne realizacji funkcji personalnej tworzą te czynniki, które zależą od organizacji. Analizą objęto cztery główne czynniki, które w istotny sposób wpływają na zarządzanie pracownikami w jednostkach medycznych. Są to; cechy jednostek medycznych i cechy zatrudnionych pracowników, strategia działania jednostek, ich struktura i kultura organizacyjna [Pawlak 2003, s. 12].

Cechy jednostek medycznych i zatrudnionych pracowników

Zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, można wyróżnić następujące rodzaje działalności leczniczej:

- stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne (w tym szpitalne i inne niż szpitalne);
- ambulatoryjne świadczenia zdrowotne (świadczenia podstawowe, specjalistyczne, rehabilitacyjne, diagnostyczne).

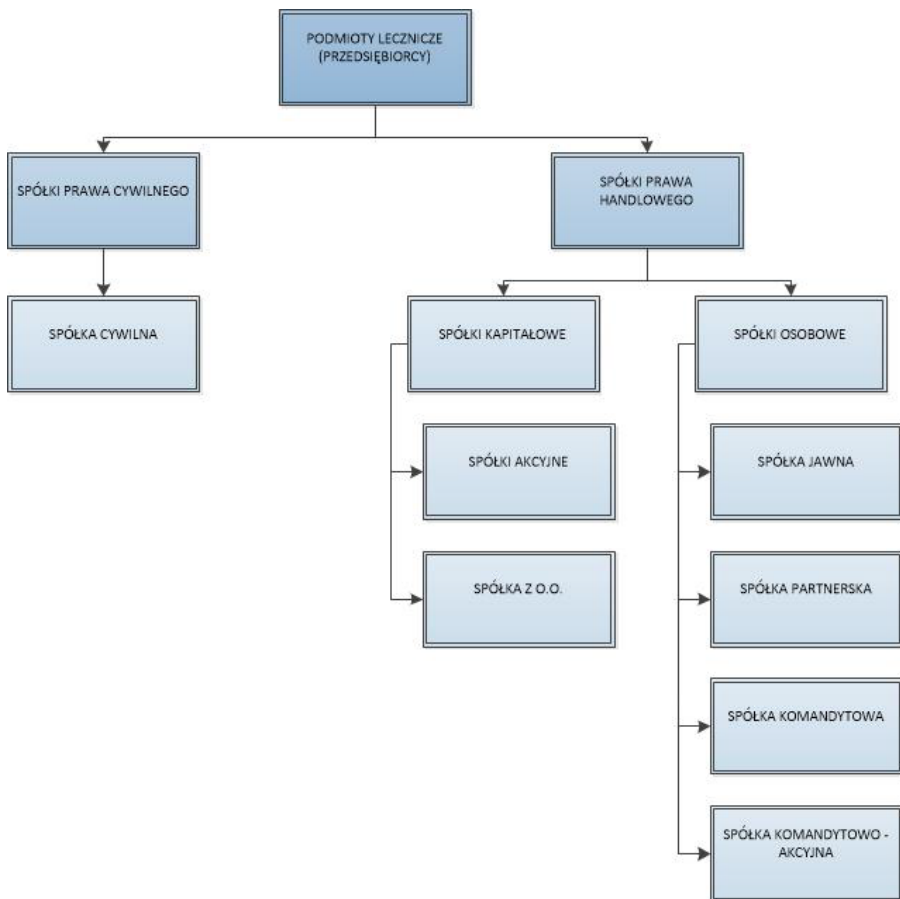
Działalność lecznicza może być wykonywana tylko przez podmioty uprawnione do jej wykonywania. Pierwsza grupa wykonująca działalność leczniczą to podmioty lecznicze, do których zalicza się samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej i jednostki budżetowe oraz niepubliczne, do których zalicza się przedsiębiorców, instytuty badawcze, stowarzyszenia i fundacje, kościoły i związki wyznaniowe. Do drugiej grupy uprawnionych do wykonywania działalności leczniczej zalicza się praktyki zawodowe – lekarską i pielęgniarską, które powinny być wykonywane w formie jednoosobowej działalności.

Według kryterium własności istotny jest podział podmiotów leczniczych na publiczne, czyli niebędące przedsiębiorcami oraz niepubliczne. Do grupy publicznych podmiotów leczniczych, które według ustawy nie mają statusu przedsiębiorcy zalicza się samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej oraz jednostki budżetowe. Ta klasyfikacja wzbudza jednak kontrowersje. Zgodnie z ustawą o swobodzie działalności gospodarczej, o statusie przedsiębiorcy nie decyduje forma prawna prowadzenia działalności gospodarczej, a fakt posiadania zdolności prawnej oraz prowadzenie tejże działalności na własny rachunek. Z kolei ustawa o działalności leczniczej, która samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej nazywa podmiotami leczniczymi niebędącymi przedsiębiorcami nie pozbawia ich cech charakterystycznych dla przedsiębiorcy [Nojszewska 2011, s. 607].

Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej jest podmiotem leczniczym posiadającym zdolność do czynności prawnych (sądowych i procesowych). Ma on prawo do zarządzania wyodrębnionym majątkiem. Niepubliczne podmioty lecznicze działa-

jące w formie przedsiębiorcy mogą funkcjonować, jako spółki prawa handlowego lub cywilnego. Wszystkie podmioty lecznicze funkcjonujące w formie przedsiębiorcy mogą być tworzone przez osoby fizyczne, natomiast podmioty lecznicze w formie spółki kapitałowej może być tworzone i prowadzone również przez Skarb Państwa, jednostki samorządu terytorialnego oraz uczelnię medyczną. Na rys. 1. zostały przedstawione możliwości funkcjonowania podmiotów leczniczych w formie przedsiębiorcy.

Rysunek 1. Formy funkcjonowania podmiotów leczniczych, przedsiębiorców



Źródło: Opracowanie własne na podstawie art. 5 ustawy o działalności leczniczej, kodeksu spółek handlowych oraz kodeksu cywilnego.

Pracownicy systemu ochrony zdrowia są kluczowym jej zasobem, gdyż efektywność tego systemu i jakości realizowanych świadczeń medycznych uzależnione są w głównej mierze od wiedzy, umiejętności i motywacji pracowników. Dobrze wykształcony i zmotywowany personel medyczny stanowi fundament osiągnięcia celów zdrowotnych. Międzynarodowa Organizacja Pracy definiuje zasoby ludzkie systemu zdrowotnego (Human Resources for Health – HRH) w ujęciu wąskim i szerokim. W rozumieniu „wąskim” zasoby ludzkie systemu zdrowotnego to personel medyczny zatrudniony w zakładach opieki zdrowotnej, a w znaczeniu „szerokim” – wszystkie osoby pracujące w zakładach opieki zdrowotnej, czyli również personel pracujący w instytucjach pokrewnych (np. pracownicy administracyjni, pracownicy nauki i kształcenia oraz pracownicy obsługi) [MOP 2015]. Personel medyczny zatrudniany jest w różnych formach; na podstawie umowy o pracę (umowa oparta na przepisach Kodeksu pracy) oraz na podstawie kontraktu (umowa cywilnoprawna oparta na przepisach Kodeksu cywilnego), a także w formie samo zatrudnienia [Bugdol 2012, s. 20]. W jednostkach opieki zdrowotnej udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych zatrudnionych było 82 900 lekarzy, 12 100 lekarzy dentyistów, 24 200 farmaceutów, 200 500 pielęgniarek i 22 400 położnych [GUS 2009]. Mimo, że brakuje danych oraz dostatecznie wiarygodnych szacunków, dotyczących adekwatności obsady etatów, to dostępne dane sugerują istnienie deficytów personelu medycznego w wielu placówkach. Wskaźniki dla kluczowych typów personelu medycznego wskazują, że ich liczba w przeliczeniu na 1000 mieszkańców była w Polsce niższa niż średnia dla UE15: 2,2 lekarzy (w porównaniu do 3,5 w UE15), 5,2 pielęgniarek (9,1 w UE15), 0,3 lekarzy dentyistów (0,7 w UE15) i 0,6 farmaceutów (0,8 w UE15). Liczba lekarzy przypadająca na 1000 mieszkańców jest w Polsce niższa niż w większości krajów Europy Zachodniej i od 2003 roku zmniejszała się, głównie z powodu emigracji związanej z lepszymi zarobkami i warunkami pracy oraz z klarowniejszą perspektywą rozwoju zawodowego za granicą [MZ 2007].

W opinii WHO kryzys w zakresie personelu medycznego będzie się nasilał we wszystkich krajach, zarówno biednych jak i bogatych. W oparciu o badania i szacunki WHO z 2011 roku na świecie jest: 59,2 mln pracowników ochrony zdrowia zatrudnionych na cały etat, z czego 2/3 tej liczby to pracownicy medyczni bezpośrednio realizujący świadczenia zdrowotne, a 1/3 to kadra zarządzająca i personel pomocniczy [WHO 2011]. Pracownicy medyczni, a w szczególności lekarze i pielęgniarki są najliczniejszymi przedstawicielami zawodów medycznych. Ich pozycja w organizacji jest dominująca. Tworzą bardziej lub mniej zamknięte grupy, o których można powiedzieć, że są grupami interesu. Z uwagi na zarządzanie różnymi „grupami” ważnym elementem spajającym rozbieżne interesy pracowników jest prawidłowo realizowana polityka zarządzania

kadrami, jasne dla wszystkich zainteresowanych systemy wspierania inicjatyw pracowniczych, motywowania, wynagradzania podstawowego i prowizyjnego oraz nagradzania.

Strategia firmy a strategia zarządzania kapitałem ludzkim

Jednym z istotnych czynników wewnętrznych wpływających na zarządzanie zasobami ludzkimi w określonej jednostce jest jej strategia biznesowa. Trudno wyobrazić sobie dziś przedsiębiorstwo, które nie miałooby strategii działania. Dotyczy to także podmiotów leczniczych.

Podstawowym argumentem przemawiającym za opracowaniem strategii dla jednostek medycznych jest fakt ich działania na rynku usług zdrowotnych. Rynek ten nie jest jeszcze w pełni ukształtowany – nie do końca zachodzą tu jeszcze mechanizmy rynkowe. Oczywiście rynek usług zdrowotnych to pojęcie bardzo szerokie. Składa się na niego tak naprawdę wiele rynków właściwych, czyli rynków szczegółowo określanych z punktu widzenia produktowego, geograficznego i czasowego.

Wyróżnić można na przykład rynek usług stomatologicznych, rynek diagnostyki obrazowej, rynek leczenia chorób onkologicznych albo rynek usług medycyny estetycznej. Każdy z tych rynków jest inaczej ukształtowany, ma innych świadczeniodawców, a przede wszystkim innych nabywców usług. Im większe zróżnicowanie nabywców na rynku, tym większa potrzeba określenia strategii konkurencji.

Organizacja na podstawie przyjętej strategii wypracowuje cele i sposoby zarządzania pracownikami. Strategia ZZL – podobnie jak inne strategie funkcjonalne jest usytuowana w określonej hierarchii celów, misji i strategii przedsiębiorstwa. Stanowi ona spójną konfigurację działań obejmujących wytyczenie długofalowych celów, formułowanie zasad, planów działania ukierunkowanych na tworzenie oraz wykorzystywanie kapitału ludzkiego organizacji, gwarantującego osiągnięcie przez nią trwałej przewagi konkurencyjnej [Pocztowski 2003, s. 60] .

Strategia zarządzania zasobami ludzkimi może mieć charakter kompleksowy i obejmuje swoim zakresem podstawowe substrategie, budowane dla poszczególnych procesów kadrowych takich jak: dobór kadr – derekrutacja czy wynagradzanie. W wielu przypadkach strategii zarządzania zasobami ludzkimi mają charakter fragmentaryczny, bądź też tworzone są według innych kryteriów np.: segmentów rynku, grup personelu. Zależy to od stopnia integracji strategii ZZL z pozostałymi składnikami strategii firmy. Relacje między strategią zarządzania zasobami ludzkimi a strategią biznesową stanowią podstawową kwestię, od której zależy sposób, w jaki strategia ZZL wnosi wkład w realizację zaplanowanych celów biznesowych. Relacja ta nie jest

jednoznaczna i zależy od rozumienia istoty, strategii z jednej strony, z drugiej – od rozumienia istoty, miejsca i roli zarządzania zasobami ludzkimi. W praktyce można wyróżnić trzy ujęcia tych relacji: podejście reaktywne, aktywne i interaktywne [Pocztowski 2003, s. 64].

Struktury organizacyjne a zarządzanie kapitałem ludzkimi w jednostkach medycznych

Struktura organizacyjna jest jednym z trzech wydzielanych wewnętrznych uwarunkowań zarządzania zasobami ludzkimi. Definiowana jest, jako całość powiązań występujących pomiędzy wszystkimi jej składowymi. Zarówno w literaturze podmiotu, jak i w praktyce zarządzania jednostkami medycznymi dominują dwie podstawowe koncepcje struktur organizacyjnych:

- funkcjonalna,
- procesowa.

Występują jeszcze struktury mieszane funkcjonalno-procesowe, niekiedy nazywane macierzowymi, a także struktury sieciowe. Są one z reguły traktowane, jako forma ułatwiająca przejście od struktur funkcjonalnych do struktur procesowych, bądź też jako uzupełnienie struktur procesowych. Struktury organizacyjne ze względu na rozpiętość kierowania dzielą się na struktury smukłe i płaskie [Durlik 2008, s. 30].

Aktualnie coraz częściej stosuje się podejście procesowe w zakresie zarządzania jednostkami medycznymi, które charakteryzuje się:

- decentralizacją poszczególnych funkcji zarządzania szpitalem czy inną jednostką organizacyjną;
- czynności lub subprocesy tworzą „mapę” relacji, składającą się z wyodrębnionych modułów zwanych procesami cząstkowymi, które są indywidualne dla każdego pacjenta;
- struktura organizacyjna ulega przekształceniu na układy wejściowo-wyjściowe, które tworzą zbiór sekwencji o decyzyjnym charakterze sprzężeń sterująco-decyzyjnych, informacyjnych i wykonawczych [Durlik 2008, s. 31].

Struktura organizacyjna ma istotny wpływ na kształt zarządzania zasobami ludzkimi w zakresie pozyskiwania pracowników, ich liczebności, przeniesień, kompetencji, doskonalenia i rozwoju a także w dziedzinie zachowań pracowników, stylów kierowania. Wybór określonej struktury organizacyjnej dokonuje się na różnych płaszczyznach, biorąc pod uwagę np. specjalizację, centralizację, standaryzację lub formalizację. Dzięki temu tworzy się tzw. architekturę organizacyjną, która umożliwia efektywny podział pracy, ograniczenie przypadkowych zachowań, ukierunkowanie działań na realizację celów organizacji.

Kultura organizacyjna a zarządzanie kapitałem ludzkimi

Wśród wewnętrznych uwarunkowań zarządzania zasobami ludzkimi – obok strategii i struktury, istotną rolę odgrywa kultura organizacyjna. Według E. Scheina [2010, s. 37], kultura organizacyjna to wzór podzielanych podstawowych założeń, wyuczonych przez grupę w toku rozwiązywania problemów jej zewnętrznej adaptacji i wewnętrznej integracji, działających wystarczająco dobrze, aby uważano je za wartościowe, a przez to wpajane w odniesieniu do tych problemów [Armstrong 1996, s. 86].

Na kulturę organizacyjną wpływają następujące czynniki:

- charakter otoczenia: wartości w społeczeństwie, wartości w lokalnej społeczności, wartości zorganizowanych grup;
- charakter pracowników: postawy i wartości, język, wiedza, doświadczenie, zdolności;
- interpersonalne interesy;
- charakter organizacji: historia i tradycja, styl zarządzania, system administracji;
- rodzaj firmy: sytuacja rynkowa, produkty, technologia, przemysł, handel.

Kultura organizacji powinna opierać się na zaufaniu, odpowiedzialności, inicjatywie i kreatywności. Jej podstawę stanowią odpowiednie relacje partnerskie pomiędzy pracownikami, dzięki którym wykształca się chęć kooperacji, poczucie odpowiedzialności i wspólnoty interesów. Kultura organizacyjna może stanowić istotne źródło przewagi konkurencyjnej. W organizacjach takich jak np. szpitale, bezwzględne przestrzeganie tzw. „reguły sztuki”, chęć pomocy pacjentom oraz innowacyjność wiążą się z kulturą organizacji i decydują w dużej mierze o sukcesie.

Konkurencja na rynku usług medycznych, stale rosnące oczekiwania pacjentów, popyt na usługi medyczne znacznie przekraczający ich podaż oraz brak na rynku pracy specjalistów określonych specjalności lekarskich stawia nowe wyzwania w zarządzaniu personelem w ochronie zdrowia. Oprócz obecnych w jednostkach ochrony zdrowia procedur akredytacyjnych, zarządzania jakością, wewnętrznych regulaminów, niezbędna jest kultura organizacyjna, która wpływa na sposób zachowania i myślenia pracowników. Ważnym aspektem w zarządzaniu personelem jest wyznaczenie kierunku zmian w jednostkach ochrony zdrowia, tak aby kultura organizacji pozwalała nie tylko na najlepsze i najszybsze dostosowanie do zmieniającego się otoczenia, ale również wyzwalała w organizacji zdolność do tworzenia zmian [Ziaja-Guzy 2010, s. 73].

Na terenie publicznych jednostek ochrony zdrowia działają organizacje związkowe o statusie ogólnopolskim, międzyzakładowym lub zakładowym np. Związek Zawodowy Pracowników Ochrony Zdrowia, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy [Ziaja-Guzy 2010, s. 74]. Powszechnym jest funkcjonowanie w jednym zakładzie opieki zdrowotnej więcej niż jednego związku zawodowego. Obecność organizacji związkowych wpływa istotnie na kształtowanie kultury organizacyjnej w zakładzie.

Ponadto, w systemie ochrony zdrowia działają korporacje zawodowe, do których należy m.in. Ogólnopolska Izba Lekarska, Ogólnopolska Izba Pielęgniarek i Położnych, Izby Aptekarskie. Korporacje zawodowe bezpośrednio wpływają np. na politykę w zakresie kształcenia zawodowego, specjalizacji zawodowej oraz wynagrodzenia, poprzez stosowanie różnych form nacisku, z których najbardziej radykalne są różne rodzaje akcji protestacyjnych.

Wielokulturowość w jednostce ochrony zdrowia należy rozpatrywać pod kątem:

- specjalistycznej kadry posiadającej wysoko cenione na rynku usług medycznych kompetencje, preferującą w wykonywaniu zawodu niezależność, indywidualizm i odpowiedzialność zawodową;
- występującą, wzajemną zależność pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi w danych komórkach organizacyjnych, jak również pomiędzy tymi komórkami np. charakter świadczonych usług przez personel lecznictwa zamkniętego wymaga od niego ścisłej współpracy na kilku poziomach, pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi.

Mówiąc o zarządzaniu wielokulturowym wśród personelu ochrony zdrowia należy mieć na uwadze umiejętność łączenia samodzielności i niezależności pracowników w pracę zespołową [Aniszewska 2007, ss. 42–43]. Grupą zawodową stanowiącą trzon personelu medycznego w ochronie zdrowie, która zleca wykonanie usług zdrowotnych i również sama ich udziela jest personel lekarski. Aktualnie występuje tendencja zatrudniania lekarzy na podstawie umów cywilnoprawnych. Jest to zjawisko zmieniające oblicze zarządzania tym personelem. Lekarz traktowany jest wówczas jak dostawca usługi, do którego mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego. Forma zatrudnienia „kontraktowców” inna niż jego współpracowników zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, stanowi przyczynę zmiany ich postawy.

Jednostka ochrony zdrowia, która jest wielokulturowa powinna opierać się na pluralizmie i poszanowaniu różnorodności w miejscu pracy. W organizacji takiej członkowie zaliczający się do kultur zarówno mniejszości, jak i większości mają wpływ na wyznaczenie kluczowych wartości i zasad działania [Schermerhorn 2008, s. 199].

Zakończenie

Należy stwierdzić, że w okresie ostatniej dekady występuje rosnące znaczenie kapitału ludzkiego w jednostkach ochrony zdrowia z uwagi na to wzrasta ranga funkcji personalnej w sektorze usług medycznych. Zauważalne są istotne różnice w „podejściu do zarządzania personelem”, co przekłada się bezpośrednio na stosowane różne rozwiązania z zakresu funkcji personalnej. Zwiększenie przewagi konkurencyjnej jednostek

ochrony zdrowia wskazuje na znaczenie działań w dziedzinie polityki personalnej dla wspierania i rozwoju tych jednostek.

Powinno się stwierdzić, że z jednej strony trudno byłoby przecenić znaczenie jednego czynnika uwarunkowań zewnętrznych, jako czynnika determinującego zarządzanie kapitałem, z drugiej zaś trzeba mieć świadomość wpływu strategii i metod ZZL na budowanie potencjału kulturowego firmy.

Reasumując rozważania zawarte w artykule należy stwierdzić, że kluczowymi wyznacznikami wewnątrzorganizacyjnymi sposobu realizacji funkcji personalnej są przede wszystkim:

- cechy charakterystyczne jednostek medycznych – związane z ich formą działania oraz cechy pracowników medycznych (jako grupy społecznej),
- cechy funkcjonowania jednostek medycznych takie jak ich realizowana strategia biznesowa, rodzaj struktury organizacyjnej oraz kultura organizacyjna.

Zapewnienie spójności między strategią, strukturą i kulturą jednostki – z jednej strony a zarządzaniem pracownikami – z drugiej, jest jednym z najistotniejszych warunków efektywnego wykorzystania kapitału ludzkiego. Należy także stwierdzić, że zmiany w otoczeniu zewnętrznym wywierają wpływ na układ wewnętrznych czynników funkcji personalnej – co stawia nowe wymagania co do jakości pracowników medycznych, kształtowania ich karier, motywowania itd.

Bibliografia

- Aniszewska G. (2007), *Kultura organizacyjna w zarządzaniu*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa.
- Armstrong M. (1996), *Zarządzanie zasobami ludzkimi – strategia i działanie*, Wydawnictwo Profesjonalnej Szkoły Biznesu, Kraków.
- Armstrong M. (2001), *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Bugdol M. (2012), *Procesy zarządzania zasobami ludzkimi w służbie zdrowia*, Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu, Opole.
- Durlik M. (2008), *Zarządzanie w Służbie Zdrowia organizacja procesowa i zarządzanie wiedzą*, Placet, Warszawa.
- Główny Urząd Statystyczny (2009), *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia*, Warszawa.
- Huselid M.A., Jackson S.E., Schuler R.S. (1997), *Technical and Strategic Human Resource Management Effectives as Determinants of firm Performance*, „Academy of Management Journal”, nr 1.
- Huselid M.A, Becker B., Ulrich D. (2001), *The HR Scorecard*, Harvard Business School Press, Boston.
- Król H. (2006), *Transformacja pracy i funkcji personalnej*, [w:] H. Król, A. Ludwicyński (red.), *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, PWN, Warszawa.

- Król H., Ludwiczynski A. (red.) (2006), *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, PWN, Warszawa.
- Kunasz M. (2006), *Wartość rynkowa i księgową a pomiar kapitału intelektualnego*, MBA, nr 6, Warszawa.
- Listwan T. (red.) (2006), *Zarządzanie kadrami*, C.H. BECK, Warszawa.
- Międzynarodowa Organizacja Pracy, *Deklaracja Podstawowych Praw i Zasad w Pracy*, www.mop.pl, dostęp: 27 listopada 2015.
- Ministerstwo Zdrowia (2015), *Monitorowanie migracji polskich lekarzy, pielęgniarek i położnych po przystąpieniu Polski do UE*, <http://mz.gov.pl> [27 listopada 2015].
- Nojszewska E. (red.) (2011), *System ochrony zdrowia. Problemy i możliwości ich rozwiązań*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Pawlak Z. (2003), *Personalna funkcja firmy. Procesy i procedury kadrowe*, Wyd. Poltext, Warszawa.
- Pocztowski A. (2003), *Zarządzanie zasobami ludzkimi*. Wyd. Uczelniane AE w Krakowie, Kraków.
- Schein E. (2010), *Organizational Culture and Leadership*, „4th edition”, San Francisco.
- Schermerhorn J.R. (2008), *Zarządzanie kluczowe kompetencje*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa.
- WHO, World health statistics (2011), *Health workforce, infrastructure and essential medicines*, <http://www.who.int/en> [16 marca 2016].
- Ziaja-Guzy R. (2010), *Wielokulturowość organizacji – nowe wyzwania dla zarządzania w ochronie zdrowia Profuturo*, AGH, Kraków.

Marta Szkiela

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Waldemar Kołcz

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Marek Milcarz

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Anna Gawron-Skarbek

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Franciszek Szatko

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Dorota Kaleta¹

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Postawy studentów medycyny na Ukrainie wobec palenia tytoniu jako czynnik decydujący o skutecznym zarządzaniu zdrowiem populacji

Attitudes of Medical Students in Ukraine towards Smoking as a Main Factor in the Effective Management of Health of the Population

Abstract: Aim of the study was the analysis of the attitudes and opinions the Ukrainian medical students on smoking ban in the public places, the role of the health provider in the process of quitting, and practical skills in anti-tobacco counseling obtained during studies. The Global Health Professions Student Survey (GHPSS) in Ukraine was conducted among 2973 medical students in 2010–2013. 33.8% of medical students declared current tobacco smoking, the half of students were exposed to secondhand tobacco smoke at home, and nearly 3/4 in public places. 77.6% of students supported the ban on smoking in all public places. More than 66% of

¹ E-mail: dorota.kaleta@umed.lodz.pl

students expressed the opinion that the physician plays an important role in shaping the attitudes of patients and anti-tobacco counseling, in addition, over 93% of students said that the physician plays an important role in providing quitting advice. Similarly about 66% of the students think that the patients have more chances to quit smoking if they are advised by health professional. Only 25.8% of students declared that they received specific training on smoking cessation techniques during their studies. In this group the chance of being smoker was significantly lower. In the group of students who opted for support for a smoking ban in all public places, risks of being a smoker was lower. There is a need to efficiently train and oblige students to participate in activities of anti-tobacco counseling, so that doctors can fully carry out its tasks in the future, not only therapeutic but also preventive.

Key words: Tobacco smoking, medical students, anti-tobacco counseling, training in anti-tobacco counseling, Ukraine.

Wstęp

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) palenie tytoniu zabija około 6 mln ludzi (w tym 600000 zgonów przypisywanych jest biernemu paleniu). Szacuje się, że zgony spowodowane chorobami odtyniowymi osiągną poziom około 10 milionów rocznie do roku 2030. Czołowe miejsce wśród przyczyn zgonów w następstwie palenia tytoniu zajmują choroby układu krążenia, niewydolność oddechowa w przebiegu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc oraz rak płuca [WHO 2013; WHO 2011; Öberg et al. 2011, ss. 139–146]. Pomimo powszechnej wiedzy na temat wpływu palenia papierosów na zdrowie nadal stanowi ono istotny problem z punktu widzenia zdrowia publicznego [Eriksen et al. 2012; IARC 2004; IARC 2012; U.S. Department of Health and Human Services 2014].

Według danych uzyskanych w badaniu przekrojowym GATS (Global Adult Tobacco Survey) 28,8% dorosłych mieszkańców Ukrainy pali papierosy (ok. 9,1 miliona mężczyzn i 2,5 mln kobiet). Mniej niż połowa mężczyzn na Ukrainie (45,4%, co stanowi 91% wszystkich palących mężczyzn) i 8,9% (79,5% wszystkich palących kobiet) kobiet pali codziennie. Badanie GATS to ogólnoswiatowe badanie sondażowe, którego celem jest systematyczne monitorowanie częstości palenia tytoniu oraz używania tytoniu bezdymnego wśród osób dorosłych. Dane uzyskane w badaniu GATS wskazują, że 34% obywateli Ukrainy narażonych jest na bierne palenie w miejscu pracy, 26,6% w miejscu zamieszkania [GATS Ukraine Report 2010]. Według badań epidemiologicznych nawet minimalna interwencja czy porada w zakresie szkodliwości palenia i metod zaprzestania palenia może prowadzić do podjęcia próby rzucenia palenia, a także spowodować skuteczne zerwanie z nałogiem [WHO Report on the global 2008]. Według badania GATS na Ukrainie 41,7% palących codziennie zerwała z nałogiem w przeciągu ostatnich 5 lat. Dwie piąte palaczy usiłowało rzucić palenie w przeciągu

ostatniego roku jednak tylko 6,7% udało się zerwać z nałogiem. Tylko 41,7% z osób, które wybrały się do lekarza (z różnych powodów) zostało zapytanych o status palenia tytoniu. Prawie trzy czwarte (74,0%) zapytanych osób uzyskało poradę dotyczącą rzucenia palenia, tylko 6,3% z nich skutecznie zerwało z nałogiem [GATS Ukraine Report 2010]. Podobne wyniki uzyskano w badaniu GATS realizowanym w Polsce w latach 2009–2010. Stwierdzono, że 33,5% mężczyzn i 21,0% kobiet paliło codziennie, a 44% osób dorosłych narażonych było na bierne palenie w środowisku domowym, 34% w miejscu pracy. Ponad jedna trzecia palaczy (35,1%) usiłowała rzucić palenie w ciągu ostatniego roku. Wśród osób, które udały się do lekarza 57,7% zostało zapytanych o status palenia tytoniu, a 41,8% z nich uzyskało poradę antytytoniową [GATS Poland Report 2010]. Zaangażowanie pracowników służby zdrowia jest niezbędnym sposobem radzenia sobie z tym problemem [WHO Report on the global 2008]. Istotna rola lekarzy w poradnictwie antytytoniowym oraz możliwość skutecznej walki z nałogiem wynika z posiadanego przez nich autorytetu, wiedzy, umiejętności oraz sposobności do częstego kontaktu z pacjentem. Z drugiej strony, pomimo posiadanej przez lekarzy świadomości istotnej roli, jaką odgrywają w zakresie działań profilaktycznych, zadania te nie są w pełni realizowane. Wynika to w dużej mierze z czasochłonności poradnictwa oraz braku przekonania o umiejętności skutecznego realizowania interwencji antytytoniowej. Ponadto lekarze, którzy sami palą papierosy nie są wiarygodni dla pacjentów. Istotne jest zatem odpowiednie przygotowanie lekarzy do podejmowania działań profilaktycznych w zakresie palenia. Edukacja w tym zakresie powinna być poszerzona.

Celem badania była analiza postaw i opinii ukraińskich studentów wydziału lekarskiego wobec zakazu palenia papierosów w miejscach publicznych, roli lekarza w procesie rzucania palenia oraz samoocena uzyskanych w czasie studiów praktycznych umiejętności w zakresie poradnictwa antytytoniowego.

Materiał i metody

Podstawą niniejszej pracy było badanie przekrojowe Global Health Professions Student Survey (GHPSS). Metodologia, zakres badania oraz wykorzystywany kwestionariusz zostały opracowane przez ekspertów z Tobacco Free Initiative (TFI), WHO oraz Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Zgodnie z założeniami, we wszystkich krajach, które uczestniczyły w realizacji tego badania populację badaną stanowili studenci trzeciego roku studiów medycznych (wydziały: dentystryczny, lekarski, pielęgniarstwo oraz farmacja).

W badaniu GHPSS realizowanym na Ukrainie w latach 2010–2013 badaniem objęto 2973 studentów medycyny. Narzędziem badawczym był anonimowy kwestionariusz składający się z 42 pytań podzielonych na 6 sekcji:

- 1) palenie tytoniu,
- 2) ekspozycja na środowiskowy dym tytoniowy,
- 3) postawy wobec zakazu palenia i roli pracowników służby zdrowia w zakresie poradnictwa antytytoniowego,
- 4) uzależnienie od nikotyny i próby zerwania z nałogiem,
- 5) edukacja w zakresie interwencji antytytoniowej uzyskana w toku studiów,
- 6) dane społeczno-demograficzne.

Za osoby palące papierosy uznano studentów, którzy udzielili odpowiedzi, że palili papierosy, co najmniej raz w ciągu 30 dni poprzedzających badanie. W analizie uwzględniono postawy studentów wobec całkowitego zakazu palenia we wszystkich miejscach publicznych oraz w szczególności w restauracjach, barach, klubach nocnych i muzycznych. W analizie uwzględniono też postawy studentów wobec roli lekarza w procesie rzucania palenia, w kreowaniu postaw pacjentów, udzielaniu porad antytytoniowych (z uwzględnieniem statusu palenia lekarza) oraz szansy na zaprzestanie palenia w przypadku porady udzielonej przez lekarza oraz pomocy lekarza w zakresie działań, mających na celu rzucenie palenia przez pacjentów. Szczególna uwaga została zwrócona na szkolenie w zakresie technik wspomagających rzucenie palenia odbyte w czasie studiów, szkolenie odnośnie potrzeby wykorzystywania materiałów edukacyjnych dla pacjentów, którzy chcą zerwać z nałogiem. Uwzględniono też oczekiwania studentów dotyczące edukacji w zakresie technik wspomagających rzucenie palenia. Dodatkowe zmienne obejmowały wiek oraz płeć osób badanych.

Analiza statystyczna

Do oceny zależności pomiędzy wybranymi czynnikami, a statusem palenia zastosowano model regresji logistycznej. Wyniki zostały przedstawione w postaci surowych i skorygowanych ilorazów szans (OR) oraz 95% przedziałów istotności (95% CI). W modelu wieloczynnikowym uwzględniono wszystkie zmienne przy poziomie istotności 0,1. Wnioskowanie statystyczne zostało przeprowadzone na podstawie testów istotności przy poziomie 0,05. Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą pakietu STATISTICA Windows XP version 10.0. Biorąc pod uwagę brak danych dotyczących statusu palenia dla 78 studentów, ostateczną analizą objęto 2895 studentów.

Wyniki

Najliczniejszą grupę (87,6%) stanowili studenci w przedziale wiekowym 19–24 lat, najmniej liczną grupę (7,2%) stanowili studenci w wieku 18 lat lub poniżej. Kobiety stanowiły 68,5% badanej populacji. Aktualnie palących było 33,8% badanych. Narażenie na środowiskowy dym tytoniowy w miejscu zamieszkania zgłosiła połowa (50,2%) grupy, w miejscach publicznych odsetek ten był znacznie wyższy (74,9%). Ponad 92% ankietowanych wskazało, że na terenie ich uczelni obowiązuje zakaz palenia papierosów, tylko 4,6% deklaroowało, iż przepis ten nie jest w pełni egzekwowany przez uczelnię, a 8,3% badanych deklaroowało palenie papierosów w budynku uczelni w ciągu ostatniego roku (tab. 1).

Poparcie dla całkowitego zakazu palenia we wszystkich miejscach publicznych deklaroowało ponad $\frac{3}{4}$ studentów. Za całkowitym zakazem palenia w restauracjach opowiedziało się 78,6% ankietowanych, a w barach, klubach nocnych i muzycznych 56,9% (tab. 2).

Ponad 66% studentów uważało, że lekarz pełni ważną rolę w kreowaniu postaw pacjentów, a ponad 93%, że lekarz pełni ważną rolę w udzielaniu porady dotyczącej rzucenia palenia. Jednocześnie większość ankietowanych osób uważała, że w przypadku otrzymania wsparcia od lekarza pacjent ma większą szansę na zerwanie z nałogiem (66,1% badanych).Większość badanych (87,7%) wyraziła opinie, iż lekarz powinien udzielać porad dotyczących rzucenia palenia, a 80,5% badanych stwierdziło, że lekarz powinien być przeszkolony w zakresie technik wspomagających rzucenie palenia, jednak tylko $\frac{1}{4}$ odbyła w czasie studiów szkolenie w tym zakresie. Tylko 38,6% badanych uważało, że lekarz, który pali papierosy rzadziej udziela pacjentom porady dotyczącej zaprzestania palenia. Ponad połowa (51,9%) badanych odbyła szkolenie na temat potrzeb wykorzystywania materiałów edukacyjnych dla pacjentów chcących rzucić palenie (tab. 3).

Analiza z uwzględnieniem statusu palenia wykazała, iż w grupie studentów deklaruujących poparcie dla zakazu palenia we wszystkich miejscach publicznych istotnie więcej było osób niepalących, wśród osób niepalących poparcie dla zakazu palenia we wszystkich miejscach publicznych zadeklaroowało 73,4% ankietowanych, a wśród palących tylko 26,6%. Podobną zależność zaobserwowano w przypadku poparcia zakazu palenia w restauracjach oraz barach, klubach nocnych i muzycznych (restauracje: 73,9% niepalących studentów i 26,1% palących, bary, kluby nocne i muzyczne: 81,6% niepalących i 18,5% palących).

Tabela 1. Charakterystyka badanej populacji, palenia czynnego i biernego oraz egzekwowania przez uczelnię przepisów dotyczących zakazu palenia

Zmienna	Studenci kierunku lekarskiego 2973 (%)
Wiek (lata)	
≤18	214 (7,2)
19 – 24	2604 (87,6)
≥25	143 (4,8)
Brak danych	12 (0,4)
Płeć	
Męska	0,23 (31,1)
Żeńska	2036 (68,5)
Brak danych	14 (0,5)
Aktualnie palący papierosy	
Tak	1003 (33,8)
Nie	1892 (63,6)
Brak danych	78 (2,6)
Narażenie na środowiskowy dym tytoniowy w domu w ciągu ostatniego tygodnia	
Tak	1493 (50,2)
Nie	1463 (49,2)
Brak danych	17 (0,6)
Narażenie na środowiskowy dym tytoniowy w miejscach publicznych w ciągu ostatniego tygodnia	
Tak	2227 (74,9)
Nie	724 (24,4)
Brak danych	22 (0,7)
Zakaz palenia w budynku uczelni	
Tak	2738 (92,1)
Nie	213 (7,21)
Brak danych	22 (0,7)
Egzekwowanie przez uczelnię zakazu palenia	
Tak	2814 (94,7)
Nie	136 (4,6)
Brak danych	23 (0,8)
Palenie papierosów w budynku uczelni w ciągu ostatniego roku	
Nigdy nie paliłem(am)	878 (29,5)
Tak	247 (8,3)
Nie	1808 (60,8)
Brak danych	40 (1,4)

Źródło: opracowanie własne na podstawie Global Health Professions Student Survey Ukraine.

Tabela 2. Postawy studentów kierunku lekarskiego dotyczące zakazu palenia papierosów w miejscach publicznych oraz analiza tych postaw na status palenia studentów

Poparcie dla całkowitego zakazu palenia	Studenci kierunku lekarskiego N=(%) 2895			
	Ogółem N=N(%)	Palący N(%) 1003	Niepalący N(%) 1892	OR (95% CI)
W restauracjach (14 os. b.d.)		###		
Tak	2276 (78,6)	593 (26,1)	1683 (73,9)	1 Ref.
Nie	605 (20,9)	404 (66,8)	210 (33,2)	5,70 (4,70-6,92)
W barach, klubach nocnych i muzycznych (28 b.d.)		###		
Tak	1648 (56,9)	304 (18,5)	1344 (81,6)	1 Ref.
Nie	1219 (42,1)	685 (56,2)	534 (43,8)	5,67 (4,79-6,71)
We wszystkich miejscach publicznych (37 b.d.)		###		
Tak	2246 (77,6)	597 (26,6)	1649 (73,4)	1 Ref.
Nie	612 (21,1)	393 (64,2)	219 (35,8)	4,96 (4,10-5,99)

###p<0,001 dla porównania osób palących i niepalących

Źródło: opracowanie własne na podstawie GHPSS Ukraine.

Tabela 3. Postrzeganie przez studentów roli lekarza w procesie rzucania palenia, informacja dotycząca szkoleń w zakresie poradnictwa antytytoniowego odbytych w toku studiów oraz analiza zależności między poszczególnymi zmiennymi, a statusem palenia studentów

	Studenci kierunku lekarskiego N=(%)			
	Ogółem N=2895 N(%)	Palący N=1003 N(%)	Niepalący N=1892 N(%)	OR (95% CI)
Lekarz pełni ważną rolę w kreowaniu postaw pacjentów (16 osób b.d.)				
Tak	1911 (66,1)	577 (30,2)	1334 (69,8)	1 Ref.
Nie	968 (33,4)	415 (42,9)	553 (57,1)	1,74 (1,48-2,04)
Lekarz pełni ważną rolę w udzielaniu porady dotyczącej rzucenia palenia (6 b.d.)				
Tak/ yes	2701 (93,3)	915 (33,9)	1786 (66,1)	1 Ref.
Nie/ no	188 (6,5)	85 (45,2)	103 (54,8)	1,61 (21,20-2,17)
Lekarz, który pali papierosy rzadziej udziela pacjentom porady dotyczącej zaprzestania palenia (29 b.d.)				
Tak	1117 (38,6)	314 (28,1)	803 (71,9)	1 Ref.
Nie	1749 (60,4)	668 (38,2)	1080 (61,8)	1,58 (1,35-1,36)

Tab. 3 cd.

Pacjenci mają większą szansę w przypadku porady uzyskanej od lekarza (36 b.d.)				
Tak	1915 (66,1)	596 (31,2)	1319 (68,9)	1 Ref.
Nie	944 (32,6)	382 (40,5)	562 (59,5)	1,50 (1,28-1,77)
Lekarz powinien udzielać porad dotyczących rzucenia palenia (34 b.d.)	2540 (87,7)	809 (31,9)	1731 (68,1)	1 Ref.
Tak	321 (11,1)	178 (55,5)	143 (44,5)	2,66 (2,10-3,37)
Nie				
Lekarz powinien być przeszkolony w zakresie technik wspomagających rzucenie palenia (20 b.d.)				
Tak	2330 (80,5)	760 (32,6)	1570 (67,4)	1 Ref.
Nie	545 (18,8)	229 (42,0)	316 (58,0)	1,50 (1,24-1,81)
Szkolenie w zakresie technik wspomagających rzucenie palenia odbyte w czasie studiów (20 b.d.)				
Tak/ yes	747 (25,8)	224 (30,0)	523 (70,0)	1 Ref.
Nie/ no	2128 (73,5)	766 (36,0)	1362 (64,0)	1,31 (1,10-1,57)
Szkolenie odnośnie potrzeby wykorzystywania materiałów edukacyjnych dla pacjentów, którzy chcą rzucić paleni (22 b.d.)				
Tak	1502 (51,9)	492 (32,8)	1010 (67,2)	1 Ref.
Nie	1371 (47,4)	498 (36,3)	873 (63,7)	1,17 (1,00-1,37)*
Płeć (11 b.d.)				
Kobieta	1997 (68,9)	592 (29,8)	1401 (70,2)	1 Ref.
Mężczyzna	887 (30,6)	399 (45,0)	488 (55,0)	1,92 (1,63-2,20)
Wiek (lata) (11 b.d.)				
≤18	206 (7,1)	80 (38,8)	126 (61,2)	1,00 Ref.
19 – 24	2541 (87,8)	854 (33,6)	1687 (66,4)	0,80 (0,56-1,07)
≥25	137 (4,7)	63 (46,0)	74 (54,0)	1,34 (0,87-2,08)

* $p < 0,001$ dla porównania osób palących i niepalących

Źródło: opracowanie własne na podstawie GHPSS Ukraine.

W grupie studentów uznających istotną rolę lekarza w kreowaniu postaw pacjentów (69,8% studentów niepalących oraz 30,2% palących studentów) jak i w udzielaniu porad dotyczących rzucenia palenia istotnie mniej było osób palących (66,1% studentów niepalących oraz 33,9% palących studentów). Podobnie sytuacja wygląda w grupie osób, które uważają, że w przypadku otrzymania wsparcia od lekarza istnieje większa szansa na zerwanie z nałogiem (68,9% niepalących i 31,2% palących). Wśród studentów wyrażających opinie, że lekarz powinien udzielać porad dotyczących rzucenia palenia również więcej było osób niepalących (68,1% niepalących i 31,9% pałą-

cych). Więcej studentów niepalących uważa, że lekarz, który pali papierosy, rzadziej udziela pacjentom porady dotyczącej zaprzestania palenia (28,1% palących i 71,9% niepalących). Opinię, że lekarz powinien być przeszkolony w zakresie technik wspomagających rzucenie palenia wyraziło więcej studentów niepalących (67,4% niepalących, 32,6% palących), również więcej osób niepalących odbyło takie szkolenie w czasie studiów (70,0% niepalących i 30,0% palących). Więcej osób niepalących odbyło szkolenie na temat potrzeby wykorzystywania materiałów edukacyjnych dla pacjentów, chcących rzucić palenie (67,2% niepalących i 32,8% palących) (tab. 4).

Tabela 4. Model wieloczynnikowy (palący i niepalący)

Zmienne	Studenci kierunku lekarskiego	
	OR	95% CI
Poparcie dla zakazu palenia w restauracjach	2,28	1,78–2,90
Poparcie dla zakazu palenia w barach, klubach nocnych i muzycznych	2,95	2,39–3,66
Poparcie dla zakazu palenia we wszystkich miejscach publicznych	1,77	1,39–2,25
Lekarz pełni ważną rolę w kreowaniu postaw pacjentów	1,30	1,07–1,58
Lekarz pełni ważną rolę w udzielaniu porady dotyczącej rzucenia palenia	0,77	0,52–1,14
Lekarz powinien być przeszkolony w zakresie technik wspomagających rzucenie palenia	0,85	0,67–1,08
Szkolenie w zakresie technik wspomagających rzucenie palenia odbyte w czasie studiów	1,21	0,96–1,51
Szkolenie odnośnie potrzeby wykorzystywania materiałów edukacyjnych dla pacjentów, którzy chcą rzucić palenia	1,08	0,89–1,31
Lekarz powinien udzielać porad dotyczących rzucenia palenia	1,47	1,09–1,98
Pacjenci mają większą szansę w przypadku porady uzyskanej od lekarza	1,25	1,03–1,53
Lekarz, który pali papierosy rzadziej udziela pacjentom porady dotyczącej zaprzestania palenia	1,65	1,36–1,99
Płeć (kobieta)	1,66	1,37–2,02
Wiek (lata) 20-24	-	-
>25	-	-

Źródło: opracowanie własne na podstawie GHPSS.

Dyskusja

Przeprowadzona analiza wykazała, że około 1/3 grupy paliła papierosy. Znaczący był odsetek osób narażonych na bierne palenie zarówno w domu (50,2%), jak i w miejscach publicznych (74,9%). Większość ankietowanych opowiedziało się za poparciem zakazu palenia we wszystkich w miejscach publicznych (77,6%) i wskazała na znaczącą rolę lekarza w kreowaniu postaw pacjentów (66,1%), oraz w udzielaniu porady dotyczącej rzucenia palenia (93,3%). Ponad 80% badanych uważa, że lekarz powinien być przeszkolony w zakresie technik wspomagających rzucenie palenia, niestety mimo to tylko niespełna 26% studentów uczestniczyło w kursach takiego rodzaju. Studenci, którzy poparli zakaz palenia w miejscach publicznych oraz wyrazili opinię, że lekarz pełni ważną rolę w udzielaniu porad dotyczących rzucenia palenia, mieli istotnie mniejsze ryzyko palenia papierosów niż grupa niedeklarująca takich przekonań. Również w grupie studentów, którzy uczestniczyli w szkoleniach w zakresie technik antytytoniowych, szansa palenia była istotnie niższa niż w grupie osób, które twierdziły, że w czasie studiów nie brały udziału w takim szkoleniu.

Odsetek palących w przeprowadzonym badaniu był wysoki i nieco wyższy od odnotowanego w badaniu GATS dla osób dorosłych wynoszącego (33,8% vs. 28,8%) [GATS *Ukraine Report* 2010]. W analizach wykonanych przez Warren i wsp. [Warren Ch.W. et al. 2011, ss. 1–16; Warren Ch.W. et al. 2011, ss. 385–405] w ponad połowie z 40 krajów, w których realizowane było badanie GHPSS odsetek studentów deklarujących aktualne palenie papierosów przekraczał 20%. Podobne wyniki do otrzymanych w niniejszej analizie odnotowano w badaniu przeprowadzonym we Włoszech (29%), w Czechach (33%), na Litwie (30%) oraz na Słowacji (29%) [Warren et al. 2011, ss. 1–16; Warren et al. 2011, ss. 385–405; La Torre et al. 2012, ss. 159–164], a niższe w Niemczech (22%) i Hiszpanii (16%) [13]. Natomiast wyższy odsetek studentów palących papierosy zaobserwowano w Bułgarii (52%), Grecji (39%), czy Rosji (65%) [Warren et al. 2011, ss. 1–16; Warren et al. 2011, ss. 385–405]. Odsetek studentów medycyny palących papierosy we wszystkich wyżej wymienionych państwach jest niepokojąco wysoki, a przecież studenci kierunków medycznych powinni być bardziej świadomi szkodliwego wpływu palenia na zdrowie osoby palącej, a także osób, które palą bierne, a także z racji studiów wyposażeni w narzędzia wspierające zerwanie z nałogiem. Wymaga zauważenia fakt, że w większości wyżej wymienionych państw odsetek osób palących w grupie studentów medycyny jest wyższy niż dla ogółu społeczeństwa [Warren et al. 2011, ss. 1–16; Warren et al. 2011, ss. 385–405].

Narażenie na środowiskowy dym tytoniowy w domu dotyczyło 50,2% badanych. Wynik ten był znacznie wyższy od wyniku uzyskanego w badaniu GATS dla całej po-

pulacji ukraińskiej (30,6%). Na środowiskowy dym tytoniowy w miejscach publicznych narażonych było 74,9% badanych studentów, odsetek ten był również wyższy od odsetka uzyskanego w badaniu GATS (53% ogółem, w tym 64,1% w restauracjach, 31,8% w prywatnych miejscach pracy, 23,5% na uczelniach wyższych, 17,5% w transporcie publicznym, 10,2% w budynkach rządowych oraz 6,6% w ośrodkach opieki medycznej) [GATS Ukraine Report 2010].

Istotnym aspektem jest wprowadzenie i egzekwowanie zakazu palenia na terenie uczelni. W niniejszej analizie, podobnie jak w badaniach przeprowadzonych w Czechach, na Litwie, Słowenii i Słowacji ponad 90% studentów wskazała, że na terenie uczelni obowiązują przepisy zakazujące palenia papierosów [Warren et al. 2011, ss. 1–16; Warren et al. 2011, ss. 385–405]. W pozostałych krajach regionu europejskiego odnotowano niższy odsetek studentów wskazujących na występowanie zakazu palenia na terenie uczelni. Przepis ten jest zdaniem ukraińskich studentów egzekwowany w ponad 90%, natomiast na Słowacji i w Czechach mniej niż 60% studentów deklaruje egzekwowanie tego przepisu [Warren et al. 2011, ss. 1–16; Warren et al. 2011, ss. 385–405].

Przeprowadzona analiza wykazała blisko 78% poparcie dla zakazu palenia w miejscach publicznych. Odsetek ten był niższy w badaniu przeprowadzonym w Hiszpanii, a wyższy w Niemczech i we Włoszech [Warren et al. 2011, ss. 1–16; Warren et al. 2011, ss. 385–405; La Torre et al. 2012, ss. 159–164]. Jak wskazują dane z badań epidemiologicznych działania mające na celu wzmacnianie świadomości społeczeństwa w zakresie konieczności ograniczenia ekspozycji na dym tytoniowy w miejscach publicznych jak i wprowadzane rozwiązania legislacyjne w tym zakresie przyczyniają się do zmniejszenia nałogu palenia tytoniu w społeczeństwie [GATS Ukraine Report 2010].

W niniejszej analizie stwierdzono, że ponad 90% studentów uważa, iż lekarz pełni ważną rolę w udzielaniu porady dotyczącej rzucenia palenia. Nieco niższy odsetek (ponad 80%) uzyskano w 42 z 46 państw objętych badaniem GHPSS [Warren et al. 2011, ss. 1–16; Warren et al. 2011, ss. 385–405]. Ponadto znaczny odsetek studentów zarówno na Ukrainie jak i w pozostałych krajach uważał, że lekarz powinien być przeszkolony w zakresie technik i poradnictwa antytytoniowego [Warren et al. 2011, ss. 1–16; Warren et al. 2011, ss. 385–405]. Pomimo to, jedynie 25,8% studentów medycyny na Ukrainie wskazywało na udział w takim szkoleniu w czasie studiów, a w 2 na 48 badanych państw ponad 40% studentów medycyny deklarowało realizację takiego szkolenia [Warren et al. 2011, ss. 1–16]. Przeprowadzone analizy wskazują na potrzebę włączenia praktycznych zajęć z zakresu poradnictwa antytytoniowego w ramy studiów. Dzięki temu przyszli lekarze będą lepiej wyposażeni w umiejętności, które będą mogli wykorzystać w pracy z pacjentami uzależnionymi od palenia tytoniu.

Niewątpliwa zaletę obecnego badania stanowi reprezentatywna liczebnie grupa badana (blisko 3 tys. osób) oraz sposób jego realizacji zgodnie ze standardową metodologią wspólną dla wielu krajów w poszczególnych regionach WHO, co stwarza możliwość porównania wyników uzyskanych w poszczególnych analizach [Barbouni et al. 2012, ss. 331–342; La Torre et al. 2012, ss. 159–164; Musskopf et al. 2014, ss. 312–317; Saulle et al. 2013, ss. 3635–3639; Sinha et al. 2010, s. 30–34; Sinha et al. 2012, ss. 379–386; Warren et al. 2011, ss. 1-16; Warren et al. 2011, ss. 385–405]. Głównie ograniczenie stanowi objęcie badaniem studentów trzeciego roku studiów. Ograniczeniem może być również przyjęta definicja palenia (najmniej raz w ciągu 30 dni poprzedzających badanie) oraz brak weryfikacji statusu palenia na podstawie analizy poziomu biomarkera ekspozycji.

Wnioski

Przeprowadzona analiza wykazała, że znaczny odsetek ukraińskich studentów medycyny przyznaje się do palenia tytoniu, pomimo to, większość twierdziła, że na ich uczelniach obowiązuje zakaz palenia i że jest on egzekwowany. Chociaż większość uznawała ważną rolę lekarza w kreowaniu postaw pacjentów oraz w udzielaniu porady dotyczącej rzucenia palenia oraz zgadzała się ze stwierdzeniem, że lekarz powinien być przeszkolony w zakresie technik wspomagających rzucenie palenia, tylko ¼ badanych deklarowała uczestnictwo w szkoleniu w zakresie technik wspomagających rzucenie palenia. Należy poszerzyć zakres i liczbę zajęć z poradnictwa antytytoniowego na ukraińskich uczelniach medycznych oraz efektywniej kształcić i obligować studentów do uczestnictwa w takich zajęciach, tak aby lekarze w przyszłości mogli w pełni realizować swoje zadania nie tylko lecznicze, ale także profilaktyczne.

Bibliografia

- Barbouni A., Hadjichristodoulou Ch., Merakou K., Antoniadou E., Kourea K., Miloni E. et al. (2012), *Tobacco Use, Exposure to Secondhand Smoke, and Cessation Counseling Among Health Professions Students: Greek Data from the Global Health Professions Student Survey (GHPSS)*, "Int. J. Environ. Res. Public Health", 9: 331–342.
- Eriksen M., Mackay J., Ross H. (2012), *The Tobacco Atlas Fourth Edition*, American Cancer Society, Atlanta, Georgia, and World Lung Foundation, New York.
- GATS (2010), *Global Adult Tobacco Survey Poland* [online] http://www.who.int/tobacco/surveillance/en_tfi_gats_poland_report_2010.pdf?ua=1, dostęp: 5 kwietnia 2016.
- GATS (2010), *Global Adult Tobacco Survey Ukraine* [online] http://www.who.int/tobacco/surveillance/en_tfi_gats_ukraine_report_2010.pdf?ua=1, dostęp: 5 kwietnia 2016.

- IARC (2004), *Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking*, Volume 83, Lyon, France.
- IARC (2012), *Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Personal Habits and Indoor Combustions, a Review of Human Carcinogens*, Volume 100 E, Lyon, France.
- Keshavarz H., Jafari A., Khami M.R., Virtanen J.I. (2013), *Passive Smoking and Attitudes towards Tobacco Control Programs among Iranian Dental Students*, "Asian Pacific Journal of Cancer Prevention", 14: 3635–3639.
- La Torre G., Kirch W., Bes-Rastrollo M., Ramos R.M., Czaplicki M., Gualano M.R. et al. (2012), *Tobacco use among medical students in Europe: Results of a multicentre study using the Global Health Professions Student Survey*, "Public Health", 126: 159–164.
- Musskopf M.L., Fiorini T., Haddad D.C., Susin C. (2014), *Tobacco use and smoking cessation among third-year dental students in southern Brazil*, "International Dental Journal", 64: 312–317.
- Öberg M., Jaakkola M.S., Woodward A., et al. (2011), *Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries*, "Lancet", 377: 139–146.
- Saulle R., Bontempi C., Baldo V., Boccia G., Bonaccorsi G., Brusaferrò S. et al. (2013), *GHPSS multi-center Italian survey: smoking prevalence, knowledge and attitudes, and tobacco cessation training among third-year medical students*, "Tumori", 99: 17–22.
- Sinha D.N., Rinchen S., Palipudi K.M., Nang Naing S., de Silva P., Khadka B.B et al. (2012), *Tobacco use, exposure to second-hand smoke, and cessation training among the third-year medical and dental students in selected Member States of South-East Asia region: A trend analysis on data from the Global Health Professions Student Survey, 2005-2011*, "Indian Journal of Cancer", 49(4): 379–386.
- Sinha D.N., Singh G., Gupta P.C., Pednekar M., Warrn C.W., Asma S., Lee J. (2010), *Linking India Global Health Professions Student Survey data to the World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control*, "Indian Journal of Cancer", Jul; 47 Suppl 1: 30–34
- U.S. Department of Health and Human Services (2014), *The Health Consequences of Smoking: 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General*, Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- Warren Ch. W., Sinha D.N., Lee J., Lea V., Jones N., Asma Samira (2011), *Tobacco Use, Exposure to Secondhand Smoke, and Cessation Counseling Training of Dental Students Around the World*, "Journal of Dental Education", 75(3): 385–405.
- Warren Ch.W., Sinha D.N., Lee J., Lea V., Jones N.R. (2011), *Tobacco use, exposure to secondhand smoke, and cessation counseling among medical students: cross-country data from the Global Health Professions Student Survey (GHPSS), 2005-2008*, "BMC Public Health", 11(72): 1–16 [online] <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/72>, dostęp: 5 kwietnia 2016.
- WHO (2008), *Report on the global tobacco epidemic 2008. The MPOWER package*, World Health Organization, Geneva [online] <http://www.who.int/tobacco/mpower/2008/en/>, dostęp: 5 kwietnia 2016.

M. Szkiela, W. Kołcz, M. Milcarz, A. Gawron-Skarbek, F. Szatko, D. Kaleta

WHO (2011), *Report on the global tobacco epidemic 2011 Warning about the dangers of tobacco*, World Health Organization, Geneva [online] http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/en/index.html, dostęp: 5 kwietnia 2016.

WHO (2013), *Report on the global tobacco epidemic 2013 Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship*, World Health Organization, Geneva [online] http://www.who.int/tobacco/global_report/2013/en/index.html, dostęp: 5 kwietnia 2016.

Waldemar Kołcz

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Dorota Kaleta¹

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Agnieszka Hubert-Lutecka

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Anna Garus-Pakowska

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Kinga Polańska

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Attitudes of Medical Students Towards Smoking as a Factor in the Effective Management of Health of the Population – Global Health Professions Student Survey, Poland

Abstract: Introduction and objective: Healthcare professionals (HP) play a key role in the anti-tobacco counseling. The objective of the study was to investigate the prevalence and attitudes towards tobacco cessation training among medical students, and to evaluate their impact on the smoking status of the students. Material and methods: The Global Health Professions Student Survey was conducted among 389 dental and 1164 medical students in Poland in 2010. Results: 33% of the dental and 26% of the medical students declared current tobacco smoking. More than 73% of them were in favour of banning smoking in public places and more than 85% believed that HP had a role in providing anti-smoking advice to their patients. In addition, about 75% of the students thought that the patients have more chances to quit smoking if advised to do so by a HP. Only 23% of the dental students and 27% of the medical students declared that they had received specific training on smoking cessation techniques during their studies. The students who were in favour of a smoking ban in public places and those who believed that HP had a role in providing advice to patients appeared to have a lower probability of being smokers (OR=0,5 and OR=0,4; $p<0.05$). The risk of being a smoker was higher

¹ Email: dorota.kaleta@umed.lodz.pl

among the students who declared that they had received formal training in smoking cessation approaches to use with patients during their medical school training (OR=2.2 among dental and OR=1.6 among medical students, $p<0,05$). Conclusions: There is a need to adopt a standard undergraduate curriculum containing comprehensive tobacco control and cessation training to improve HP effectiveness as role models.

Key words: tobacco smoking, medical and dental students, antismoking counselling, cessation training.

Introduction

It is important to notice that healthcare workers play a key role in the anti-tobacco counseling [WHO MPOWER 2008]. This is due to the authority, knowledge and skills possessed by this professional group as well as frequent contacts with patients, which can result in their patients quitting smoking successfully. On the other hand, despite the fact that healthcare workers are aware of the important role they play in terms of preventive measures, tasks within this area are not fully implemented by them. As the main reason of such a situation the following are indicated most frequently: time-consuming and a lack of belief in the ability to implement effective tobacco control interventions.

The aim of the study was to analyze the attitudes of dental and medical students concerning smoking in public places, their role in the process of quitting smoking by patients, and practical skills in the field of anti-tobacco counseling acquired during their studies. Special attention was paid to the analysis of the relationship between these variables and the status of cigarette smoking among the students.

Materials and methods

Study design and population. This analysis is based on the Global Health Professions Student Survey (GHPSS), a standardized school-based survey for the third-year medical students (including dental, medical, nursing and pharmacy departments). Methodology, scope of the study and questionnaires have been developed by experts from the Tobacco Free Initiative (TFI), World Health Organization (WHO) and the Centers for Disease Control and Prevention (CDC). In Poland, GHPSS, which was carried out in 2010, covered 399 dental students and 1,219 medical students from 5 medical universities. The response rate was 89.9% and 87.7%, respectively.

Questionnaire. An anonymous, self-administrated questionnaire, filled in by the students during regular classes, consisted of 42 questions divided into 6 sections: 1) prevalence of cigarette smoking and other tobacco use, 2) ETS exposure, 3) knowl-

edge and attitudes towards tobacco use and the role of health professionals in the field of anti-tobacco counseling, 4) nicotine addiction and attempts at quitting smoking, 5) education in the field of tobacco control interventions obtained during the course of the study, 6) demographic and social data.

The analysis included the students' attitudes towards a total ban on smoking in restaurants, discos//bars/pubs and in all enclosed public places. Special attention was paid to the students' attitudes to health professionals as "role models" for their patients and the public, health professionals' role in providing advice or information about smoking cessation to their patients, and efficiency of this advice depending on the smoking status of a physician. Another variables included in the analysis were related to the students' expectations and actual situation concerning education in smoking cessation techniques and training in this field actually held during their studies. In the analysis, the students who stated that they smoked cigarettes at least once in the 30 days preceding the survey were considered smokers. Additional variables that were included in the analysis are age and gender of the subjects.

Statistical analysis. The purpose of the statistical analysis was to assess the students' attitudes towards smoking in public places, the role of a physician in the process of his/her patients quitting smoking, and practical skills in the field of anti-tobacco counseling acquired during their studies and the impact of these variables on smoking status of the students. The relationship between the selected factors and the smoking status was evaluated using a logistic regression model. In the multivariate model all the variables at a significance level of 0.1. were taken into account. Moreover, gender and age were inserted into the regression model as possible confounders. The results are presented as crude and the adjusted odds ratios (OR), and 95% significance intervals (95% CI).

Statistical inference was made on the basis of tests of significance at the level of 0.05. The data was entered and analyzed by the use of STATISTICA Windows XP version 10.0. Taking into account the lack of data on the smoking status for 10 dental students and 55 medical students, in total 389 and 1,164 students, respectively were included in the analysis.

Results

Characteristics of the study population, active and passive smoking and the students and university enforcement of the rules on smoking ban.

Nearly 92% of the dental students and more than 95% of the medical students ($p < 0.05$) were 20-24 years of age (Tab. 1).

Table 1. Characteristics of the study sample, prevalence of smoking, environmental tobacco smoke (ETS) exposure and tobacco-free environment at the universities

Variable	Dental Students N=399 (%)	Medical Students N=1219 (%)
Age (years)		
≤20	12 (3.0)	47 (3.9)*
20-24	366 (91.7)	1157 (95.1)*
≥25	18 (4.5)	12 (1.0)
missing data	3 (0.8)	3 (0.3)
Gender		
male	125 (31.4)	433 (35.7)
female	273 (68.6)	780 (64.3)
missing data	1 (0.3)	6 (0.5)
Currently smoking status		
smokers	132 (33.1)	313 (25.7)*
non-smokers	257 (64.4)	851 (69.8)*
missing data	10 (2.5)	55 (4.5)
ETS exposure at home within past week		
yes	234 (58.8)	597 (49.1)*
no	164 (41.2)	619 (50.9)*
missing data	1 (0.3)	3 (0.3)
ETS exposure in public places within the past week		
yes	316 (79.2)	867 (71.2)*
no	83 (20.8)	350 (28.8)*
missing data	0	2 (0.2)
Ban on smoking in school building		
yes	376 (94.2)	1120 (91.9)*
no	20 (5.0)	89 (7.3)
missing data	3 (0.8)	10 (0.8)
Tobacco-free environment enforced at the university		
yes	235 (58.9)	704 (57.7)
no	163 (40.9)	502 (41.2)
missing data	1 (0.3)	13 (1.1)
Ever smoked cigarettes in school buildings during the past year		
non-smokers	127 (32.6)	419 (37.1)
yes	38 (9.7)	51 (4.5)*
no	225 (57.7)	660 (58.4)
missing data	9 (2.3)	89 (7.3)

* p<0.05

Źródło: opracowanie własne.

Sixty nine percent of the dental students and 64% of the medical students were women ($p > 0,05$). Significantly more dental students compared to the medical students declared current smoking status, ETS exposure at home and in public places (31% vs. 26%, 59% vs. 49%, 79% vs. 71%; $p < 0.05$, respectively). Although, more than 90% of the students indicated that the universities had an official policy banning smoking in school buildings and clinics, 40% of them declared that the law was not enforced. In addition, nearly 10% of the dental students and 5% of the medical students reported smoking cigarettes in the school building in the past year ($p < 0.05$).

The students' attitudes to smoking in public places, the role of a physician in the process of quitting smoking by his/her patients, and practical skills in the field of anti-tobacco counseling acquired during their studies.

Support for a total ban on smoking in restaurants was declared by 85% of the dental students and 89% of the medical students ($p < 0.05$) (Tab. 2). Fewer students expressed support for the ban on smoking in discos//bars/pubs (over 65%). Support for a total ban on smoking in all public places was declared by more than 73% of the students, with no statistically significant difference in this respect between the medical and dental students.

More than 85% of the students of both faculties felt that a physician plays an important role in creating patients' attitudes (Tab. 3). A similar proportion of the respondents saw an important role in providing anti-tobacco advice to patients and over 90% believed that physicians should provide smoking cessation advice. At the same time, majority of the respondents expressed the opinion that the patients' chances of quitting smoking increased if a health professional advised them to quit (77% of the dental students and 75% of the medical students). About half of the dental students and 57% of the medical students claimed that, in the case when a doctor smoked, she/he was less inclined to provide their patients with smoking cessation advice ($p < 0.05$). Most of the surveyed students (76% of the dental students and 81% of the medical students, $p < 0.05$) felt that physicians should be trained in smoking cessation techniques, however, a much smaller percentage of the respondents declared that such a course had been realized during the course of their study (23% of the dental students and 27% of the medical students). Similarly, a low percentage of the students declared that during their studies they had learned that it is important to provide the patients who want to quit smoking with educational materials to support smoking cessation (28% of the dental students and 36% of the students of medicine, $p < 0.05$).

Table 2. Dental and medical students’ attitudes toward smoking in public places and association between attitudes toward smoking in public places and the smoking status of the students

Smoking should be banned	Dental Students N=389 (%)			
	total N=389 N (%)	Smokers N=132 N (%)	Non-smokers N=257 N (%)	OR (95% CI)
In restaurants				
yes	328 (84.5)	86 (26.2)	242 (73.8)	0.12 (0.06-0.22)*
no	60 (15.5)	45 (75.0)	15 (25.0)	1
In discos/bars/pubs				
yes	254 (65.5)	48 (18.9)	206 (81.1)	0.14 (0.09-0.23)*
no	134 (34.5)	83 (61.9)	51 (38.1)	1
In all enclosed public places				
yes	283 (73.3)	63 (22.3)	220 (77.7)	0.16 (0.09-0.25) *
no	103 (26.7)	67 (65.1)	36 (35.0)	1
Smoking should be banned	Medical Students N=1164 (%)			
	Total N=1164 N (%)	Smokers N=313 N (%)	Non-smokers N=851 N (%)	OR (95% CI)
In restaurants				
yes	1027 (89.2)#	231 (22.5)	796 (77.5)	0.22 (0.15-0.32)*
no	125 (10.8)	71 (56.8)	54 (43.2)	1
In discos/bars/pubs				
yes	781 (67.6)	127 (16.3)	654 (83.7)	0.22 (0.16-0.29)*
no	374 (32.4)	177 (47.3)	197 (52.7)	1
In all enclosed public places				
yes	886 (76.4)	160 (18.1)	726 (81.9)	0.18 (0.13-0.24)*
no	274 (23.6)	151 (55.1)	123 (44.9)	1

p<0.05 dental vs. medical students
p<0.001 smokers vs. non-smokers

The relationship between the students’ attitudes towards smoking in public places, the role of a physician in the process of smoking cessation of his/her patients, practical skills in the field of anti-tobacco counseling obtained during the study and the smoking status of the students.

The analysis which took into account the smoking status of the respondents revealed that the group of students declaring support for a ban on smoking in public places consisted of significantly fewer smokers in both the dental students as well as the medical ones (support for a ban on smoking in all public places 22% of the smokers vs. 78%

of the non-smokers; OR = 0.2; 95% CI 0.1-0.3 in the group of dental students and 18% vs. 82%, OR = 0.2; 95% CI 0.1-0.2 in the group of medical students) (Tab. 3).

Table 3. The role model and cessation training among the students and their impact on the smoking status of the students

	Dental Students N=389 (%)			
	Total N=389 n (%)	Smokers N=132 n (%)	Non-smokers N=257 n (%)	OR (95% CI)
HPs serve as role models for their patients and the public				
yes	331 (85.3)	96 (29.0)	235 (71.0)	0.3 (0.1-0.5)**
no	57 (14.7)	35 (61.4)	22 (38.6)	1
HPs have a role in providing advice or information about smoking cessation to patients				
yes	334 (85,9)	104 (31,1)	230 (68,9)	0,4 (0,4-0,8)**
no	55 (14,1)	28 (50,9)	27 (49,1)	1
HPs who smoke are less likely to advise patients to stop smoking				
yes	181 (48,7)	47 (26,0)	134 (74,0)	0.5 (0.3-0.7)*
no	191 (51,3)	84 (44,0)	107 (56,0)	1
Patients have more chances to quit smoking if advised by a HP				
yes	295 (76.6)	87 (29.5)	208 (70.5)	0.5 (0.3-0.7)**
no	90 (23.4)	43 (47.8)	47 (52.2)	1
HPs should regularly advise smokers to quit				
yes	356 (92.0)	122 (34.3)	234 (65.7)	1.3 (0.6-2.9)
no	31 (8.0)	9 (29.0)	22 (71.0)	1
HPs should get a specific training in cessation techniques				
yes	295 (75.8)	89 (30.2)	206 (69.8)	0.5 (0.3-0.8)**
no	94 (24.2)	43 (45.7)	51 (54.3)	1
Any formal trainings in smoking cessation approaches to use with patients during medical school training				
yes	90 (23.3)	39 (43.3)	51 (56.7)	1.70(1.04-2.76)*
no	296 (76.7)	92 (31.8)	204 (68.9)	1
Training about importance to provide patients who want to quit with educational materials to support smoking cessation				
yes	105 (27,5)	40 (38,1)	65 (61,9)	1,3 (0,8-2,2)
yo	277 (72,5)	87 (31,4)	190 (68,6)	1

Tab. 3

Gender female	264(67,5)	82 (31,1)	182 (68,9)	0,7 (0,4-1,0)
male	124 (31,9)	50 (40,3)	74 (59,7)	1
Age(years)				
<18	12 (3,1)	1 (8,3)	11 (91,7)	1
18-25	356 (92,3)	123 (35,4)	233 (65,5)	5,8 (0,7-45,8)
>=25	18 (4,7)	8 (44,4)	10 (55,6)	8,8 (0,9-84,0)
	Medical Students N=1164 (%)			
	Total N=1164 n(%)	Smokers N=313 n(%)	Non-smokers N=851 n(%)	OR (95% CI)
HPs serve as role models for their patients and the public				
yes	1006 (87.8)	233 (23.2)	773 (76.8)	0.4 (0.3-0.5)**
no	140 (12.2)	63 (45.0)	77 (55.0)	1
HPs have a role in providing advice or information about smoking cessation to patients				
yes	981 (86,0)	244 (24,9)	737 (75,1)	0,8 (0,5-1,1)
no	159 (14,0)	47 (29,6)	112 (70,4)	1
HPs who smoke are less likely to advise patients to stop smoking				
yes	649 (56.7) #	140 (21.6)	509 (78.4)	0.5 (0.4-0.7)*
no	495 (43.3) #	171 (34.6)	324 (65.5)	1
Patients have more chances to quit smoking if advised by a HP				
yes	865 (74.6)	216 (25.0)	649 (75.0)	0.7 (0.5-0.9)**
no	295 (25.4)	95 (32.2)	200 (67.8)	1
HPs should regularly advise smokers to quit				
yes	1074 (92.5)	271 (25.2)	803 (74.8)	0.38(0.24-0.59)**
no	87 (7.5)	41 (47.1)	46 (52.9)	1
HPs should get a specific train- ing in cessation techniques				
yes	928 (80.9) #	220 (23.7)	708 (76.3)	0.6 (0.4-0.8)**
no	219 (19.1) #	76 (34.7)	143 (65.3)	1
Any formal trainings in smok- ing cessation approaches to use with patients during medical school training				
yes	311 (26.8)	105 (33.8)	206 (66.2)	1.6 (1.2-2.1)**
no	850 (73.2)	208 (24.5)	642 (75.5)	1
Training about importance to provide patients who want to quit with educational materials to support smoking cessation				
yes	409 (36,4) #	125 (30,6)	284 (69,4)	1,7 (1,3-2,2)**
no	714 (63,6) #	150 (21,0)	564 (79,0)	1

Gender female	735 (63,4)	179 (24,4)	556 (75,6)	0,72 (0,55-0,94)*
male	425 (36,6)	131 (30,8)	294 (69,2)	1
Age(years)				
<18	42 (3,6)	27 (64,3)	15 (35,7)	1
18-25	1107 (95,4) #	281 (25,4)	826 (74,6)	0,2 (0,1-0,4)**
>=25	12 (1,0) #	3 (25,0)	9 (75,0)	0,2 (0,04-0,8)*

p<0.05 dental vs. medical students

*p<0.001 smokers vs. non-smokers

HP - health provider

A similar relationship was observed in the case of support for a ban on smoking in discos//bars/pubs. In the multivariate model for the support of the ban on smoking in public places, the risk of smoking was lower than in the group of students who did not support such a ban (Tab. 4).

In the group of people declaring a significant role of physician both in creating attitudes of patients as well as providing advice on quitting and opinion on the effectiveness of those tips, there were significantly fewer smokers (Tab. 3). In the group of students who expressed such beliefs the risk of being a smoker was significantly lower than in the group which did not declare such beliefs. In the multivariate model, in the group of dental students who believed that patients have a better chance of quitting smoking when they have support from a physician, the risk of smoking was lower than in the group that did not express such a belief (OR = 0.4; 95% CI 0.2-0.8). For other analysis on the students' attitudes regarding the role of a physician in the process of quitting smoking by his/her patients, on the smoking status of the students, the differences were not statistically significant. In the univariate model, the students who declared, that a physician who smoked was less inclined to support the patient in quitting smoking, smoked cigarettes significantly less frequently than the students who did not express such an opinion, however, the multivariate analysis confirm this association only for medical students. Both the dental and medical students who declared that they should be trained in of anti-tobacco techniques, smoked less than those who did not declare such a belief. In the multivariate model this relationship was not statistically significant (Tab. 4). Interestingly, in the group of students who declared that they had received training in smoking cessation techniques during the course of their studies, there were significantly more smokers than in the group that did not indicate that such a training had been carried out (multivariate model OR = 2.2; 95% CI 1,2-4,1 – dental students; OR = 1.6; 95% CI 1,1-2,4 – medical students) (Tab. 4)

Table 4. Multivariable model (smokers vs. nonsmokers)

Variables	Dental Students		Medical Students	
	OR	95% CI	OR	95% CI
Smoking should be banned in restaurants	0,4	0,2–0,9	0,6	0,4–0,99
Smoking should be banned in discos/bars/pubs	0,2	0,1–0,4	0,5	0,3–0,8
Smoking should be banned in all enclosed public places	0,5	0,2–0,96	0,5	0,3–0,8
HPs serve as role models for their patients and the public	0,7	0,3–1,5	0,7	0,4–1,1
HPs have a role in providing their patients with advice or information about smoking cessation	0,4	0,2–0,8	-	
HPs should get a specific training in cessation techniques	1,0	0,5–1,8	1,1	0,7–1,6
Any formal trainings in smoking cessation approaches to use with patients in their medical school training	2,2	1,2–4,1	1,6	1,1–2,4
Training about importance to provide educational materials to support smoking cessation to patients who want to quit	-	-	1,3	0,9–1,8
HPs should regularly advise patients who smoke to quit smoking	-	-	0,7	0,3–1,7
Patients have more chances to quit smoking if advised by a HP	0,4	0,2–0,8	1,2	0,8–1,7
HPs who smoke are less likely to advice patients to stop smoking			0,5	0,3–0,6
Gender (women)	0,4	0,3–0,8	1,2	0,8–1,6
age(years)				
20-24	1,2	0,4–3,7	1,3	0,3–6,4
>25	1,9	0,5–15,7	1,4	0,2–12,0

Discussion

The study found that 33% of the surveyed dental students and 26% of the medical students smoked cigarettes. A significant percentage of the subjects was exposed to second hand smoke both at home and in public places. On a brighter side, the vast majority of the students supported the ban on smoking in public places and expressed the opinion that a physician played an important role in shaping the attitudes

of his/her patients and providing tobacco control advice. In addition, about 75% of the students were convinced that the patient is more likely to quit smoking when he has the support from his/her physician. Although the students believed that physicians should be trained in the anti-tobacco techniques, less than 30% of the respondents indicated that such a training had been organized during the studies. In the case of support for smoking bans in public places, the risk of smoking was lower than in the group of students who did not support such a ban. Similarly, in the group of dental students in the case of opinion that a physician plays an important role in providing advice on quitting smoking, and that patients have more chances to quit smoking if advised by them, and among medical students who declared that smoking physician is less likely to advice patients to stop smoking, the risk of smoking was lower than in the group not declaring such a belief. In both groups of the students, in the case of the declaration on the training in tobacco control techniques acquired during their studies, the chance of smoking was significantly higher than in the group of people who claimed that there had been no such a training. The results of our study highlight the importance of focusing attention on smoking cessation training addressed to medical students.

The percentage of the student smokers in the study was high and similar to that recorded in the GATS study for the 20–29 years age group, amounting to 32% [*Global Adult Tobacco Survey Poland* 2010]. In the analysis, performed by Warren et al. [Warren et al. 2011, pp. 1–16; Warren et al. 2011, pp. 385–405] for the countries following the same GHPSS methodology, over 20% of the students currently smoked cigarettes in more than a half of those countries. Similar results to those observed in the population of Polish students, have been reported in the studies conducted in Italy (29%), the Czech Republic (33%), Lithuania (30%), Slovakia (29%) [Warren et al. 2011, pp. 1–16; Warren et al. 2011, pp. 385–405; La Torre et al. 2012, pp. 17–22] and lower in Germany (22%) and Spain (16%) [La Torre et al. 2012, pp. 7–22]. A higher prevalence of students smoking cigarettes has been observed in Bulgaria (52%), Greece (39%), and Russia (65%) [Warren et al. 2011, pp. 1–16; Warren et al. 2011, pp. 385–405]. Despite the fact that medical students should be more aware of harmful effects of smoking on the smoker's health and those passively exposed to tobacco smoke, and although they should be trained in smoking cessation techniques, in majority of the countries the proportion of smokers in this group is higher than in the general population [Warren et al. 2011, pp. 1–16; Warren et al. 2011, pp. 385–405].

In this study, a significant part of the analysis was dedicated to assessing the respondents' opinion on the role of a physician in shaping attitudes of his/her patients, implementation of tobacco control activities and obtaining relevant knowledge and

skills in this area during the course of medical studies. Similarly to our results, more than 80% of the students expressed the opinion that a physician played an important role in providing advice on giving up smoking in 42 of 46 countries where the survey covered medical students and 37 of the 46 countries where dental students constituted the study population [Warren et al. 2011, pp. 1–16; Warren et al. 2011, pp. 385–405]. In addition, both in Poland and in the other countries, a significant percentage of students believed that physicians should be trained in anti-tobacco techniques and counseling [Warren et al. 2011, pp. 1–16; Warren et al. 2011, pp. 385–405]. Despite this, only 23% of the dental students and 27% of the medical students indicated that they had received such a training during their studies. Only in 2 of 48 analyzed countries, more than 40% of medical students declared the implementation of this type of training [Warren et al. 2011, pp. 1–16]. In the case of dental students such statements were recorded in 7 of 48 analyzed countries [Warren et al. 2011, pp. 385–405].

The studies conducted in Poland and in other countries indicate a significant need to include the practical exercises in anti-tobacco counseling in the course of the study to equip future physicians with the right tools that they will be able to use in their future work with patients, and that will enable them to fully exploit their potential, not only in the field of effective treatment of patients, but also for preventive measures.

An interesting relationship was observed for the relationship between the analyzed variables and the smoking status of the students. In the case of support for smoking bans in public places, the risk of smoking was lower than in the group of students who did not support such a ban. Measures to strengthen public awareness in order to reduce exposure to tobacco smoke in public places and introduced legislative solutions within this area, as indicated by epidemiological studies, contribute not only to the reduction of the exposure but also to the increase in the percentage of people who quit smoking or never smoke [WHO MPOWER 2008]. From the public health perspective these activities and solutions are critical. In the group of dental students who felt that a physician plays an important role in providing advice on quitting smoking, the risk of smoking was lower than in the group not declaring such a belief. Similar, although not statistically significant, results were obtained in the GHPSS carried out in Italy [Saulle et al. 2013, pp. 17–22]. In both groups of students, in the case of the declaration on training in tobacco control techniques acquired during their studies, the chance of smoking was significantly higher than in the group of people who claimed that there had been no such a training during their studies. This can result from the fact that the students who smoke cigarettes, pay more attention to training in the area of smoking cessation counseling than the non-smokers do.

Conclusion

The study found that a fairly significant percentage of medical students in our country declare smoking. The students are convinced that they play an important role in implementation of the tasks in the field of public health, including tobacco control activities. At the same time, although they expect that they will obtain sufficient knowledge and practical skills in this area, trainings providing such advantages/abilities are not performed during the studies. There is a need to pay more attention to expanding the scope of activities relating to the implementation of anti-tobacco counseling, so that future doctors can fully realize their job not only in the field of treating patients, but also in terms of preventive activities

References

- Agaku I.T., Ayo-Yusuf O.A., Connolly G.N. (2014), *Tobacco Cessation Training Among Dental and Other Health Professions Students in Eight Low – and Middle-Income Countries*, "J. Dent. Educ.", 78(1): 75–84.
- Barbouni A., Hadjichristodoulou Ch., Merakou K., Antoniadou E., Kourea K., Miloni E., et al. (2012), *Tobacco Use, Exposure to Secondhand Smoke, and Cessation Counseling Among Health Professions Students: Greek Data from the Global Health Professions Student Survey (GHPSS)*, "Int. J. Environ Res. Public Health", 9: 331–342.
- Eriksen M., Mackay J., Ross H. (2012), *The Tobacco Atlas Fourth Edition*. Atlanta GA, American Cancer Society, World Lung Foundation, New York.
- IARC (2004), *Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans: Tobacco Smoke and Involuntary Smoking*, Lyon, France, volume 83.
- IARC (2012), *Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Personal habits and indoor combustions A review of human carcinogens*, Lyon, France. volume 100 E.
- Keshavarz H., Jafari A., Khami M.R., Virtanen J.I. (2013), *Passive Smoking and Attitudes towards Tobacco Control Programs among Iranian Dental Students*, "Asian. Pac. J. Cancer Prev.", 14: 3635–3639.
- La Torre G., Kirch W., Bes-Rastrollo M., Ramos R.M., Czaplicki M., Gualano M.R., et al. (2012), *Tobacco use among medical students in Europe: Results of a multicentre study using the Global Health Professions Student Survey*, "Public Health.", 126: 159–164.
- Ministry of Health (2010), *Global Adult Tobacco Survey* http://www.who.int/tobacco/surveillance/en_tfi_gats_poland_report_2010.pdf [20 sierpnia 2015].
- Musskopf M.L., Fiorini T., Haddad D.C., Susin C. (2014), *Tobacco use and smoking cessation among third-year dental students in southern Brazil*, "Int. Dent. J.", 64: 312–317.

- Saulle R., Bontempi C., Baldo V., Boccia G., Bonaccorsi G., Brusaferrero S., et al. (2013), *GHPSS multi-center Italian survey: smoking prevalence, knowledge and attitudes, and tobacco cessation training among third-year medical students*, "Tumori", 99: 17–22.
- Sinha D.N., Singh G., Gupta P.C., Pednekar M., Warrn C.W., Asma S., et al. (2010), *Linking India global health professions student survey data to the world health organization framework convention on tobacco control*, "Indian J. Cancer.", 47(Suppl 1): 30–34.
- Sinha D.N., Rinchen S., Palipudi K.M., Nang Naing S., de Silva P., Khadka B.B., et al. (2012), *Tobacco use, exposure to second-hand smoke, and cessation training among the third-year medical and dental students in selected Member States of South-East Asia region: A trend analysis on data from the Global Health Professions Student Survey, 2005–2011*, "Indian J. Cancer.", 49(4): 379–386.
- U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, (2014), *The Health Consequences of Smoking: 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General*, Atlanta, GA: U.S.
- Warren Ch.W., Sinha D.N., Lee J., Lea V., Jones N.R. (2011), *Tobacco use, exposure to secondhand smoke, and cessation counseling among medical students: cross-country data from the Global Health Professions Student Survey (GHPSS), 2005–2008*, "BMC Public Health.", 11(72): 1–16
- Warren Ch.W., Sinha D.N., Lee J., Lea V., Jones N., Asma S. (2011), *Tobacco Use, Exposure to Secondhand Smoke, and Cessation Counseling Training of Dental Students Around the World*, "J. Dent. Educ.", 75(3): 385–405.
- World Health Organization (2008), *WHO Report on the global tobacco epidemic 2008*, The MPOWER package Geneva, http://www.who.int/tobacco/global_report/2008/en/index.html 17 kwietnia 2015.

Sebastian Łapiński

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Joanna Kopcińska

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Marta Sęk

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Mirosław Niedzin

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Dorota Kaleta¹

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

The Impact of the Legislation in the Field of Tobacco Control for the Effective Management of Health of the Population of Working Age

Abstract: Background: Involuntary exposure to environmental tobacco smoke (ETS) possess serious health hazards and still occurs in workplaces. In order to provide an insight into factors associated with exposure to ETS of non-smoking indoor employees we utilized data from the Global Adult Tobacco Survey (GATS). Materials and Methods: GATS is a representative, cross-sectional survey conducted in Poland between 2009–2010. Logistic regression analysis was used to explore the associations of selected variables with ETS exposure. Results: The final sample used in this study consisted of 1733 men and 1460 women who worked in an indoor area outside the home. The prevalence of exposure to ETS was 32.2% among non-smoking male and 20.0% among female employees. Low educational attainment and being a blue collar worker was negatively associated with ETS exposure risk in both genders. In blue collar workers the likelihood of being exposed to ETS was about 50% higher compared to white collar workers. Increased odds for ETS at worksite in men was also associated with low level of support for tobacco control policies. Among women being less aware of negative health effects of smoking and ETS was significantly associated with higher odds of being exposed to passive smoking at

¹ E-mail: dorota.kaleta@umed.lodz.pl

worksite. Conclusions: These findings provide evidence that many of non-smoking workers in Poland are exposed to ETS during their working day. This should encourage employers to create a completely smoke-free environment and urge policy makers to enforce comprehensive smoke-free laws that prohibit smoking in all indoor areas without exemptions.

Key words: Environmental tobacco smoke, Employee, Socio-economic position, Adults, GATS, Poland.

Introduction

Environmental tobacco smoke (ETS) is a mixture that contains thousands of dangerous to health compounds [U.S. Department of Health and Human Services 2006]. Some of these components are specific to secondhand smoke, such as nicotine, but others have additional sources and are not specific to secondhand smoke, as in the case of carbon monoxide (CO). The health consequences of exposure to environmental tobacco smoke are well documented [IARC 2004]. Secondhand smoke is particularly detrimental to respiratory and cardiovascular health and is also a cause of lung cancer and asthma and impacts immune function and other diseases [Heck 2010, 969–979]. ETS in the workplace has been linked to an increased risk for heart disease and lung cancer among adult non-smokers. Scientific evidence indicates that there is no risk free level of exposure to secondhand smoke. According to earlier estimates, 7 300 adults, including 2 800 non-smokers, died as a result of ETS exposure at their workplace in the EU-25 in 2002 [The Smoke Free Partnership 2006]. Based on these health risks, legislation banning tobacco smoking in public places including workplaces has been passed in several European countries. But still exposure to ETS at the workplace has not been eliminated.

Methods

In order to provide an insight into factors associated with exposure of non-smokers to ETS at work the nationally representative data from the Global Adult Tobacco Survey (GATS) has been utilized [Kaleta 2012, pp. 658–663]. In Poland, the GATS was implemented in 2009–2010. The target population consisted of the adult residents of Poland [Kaleta 2012, pp. 658–663]. Selection process of the survey population was based on a multi-stage stratified geographically clustered sampling [Kaleta 2012, pp. 658–663]. Out of the 14 000 households selected for the survey, 8948 (63.9%) households and 7840 (93.9%) sampled persons finalized the interviews. The overall survey participation rate was 65.1%. The questionnaires were completed during the face-to-face interviews. After exclusion of all missing data, unemployed and outdoor workers, the

final sample used in this study consisted of 1733 men and 1460 women who work in an indoor area outside the home.

Outcome variable

Exposure to secondhand smoke in indoor places at work was assessed in the 30 days prior the interview based on the question "During the last 30 days, did anyone smoke in the indoor areas in which you work?" among those respondents who work outside of the home who usually work indoors. Respondents who indicated 'yes' were classified as exposed to ETS in the workplace. Adults who work indoors and were exposed to tobacco smoke at work were further differentiated by smoking status, selected demographic characteristics, awareness of secondhand smoke and smoking harmfulness and other factors. For the purpose of this study we differentiated exposed and non-exposed smokers among daily smokers (adult person who smokes regularly, at least one manufactured and/or hand-rolled cigarette a day) and non-smokers (never smokers and former smokers). Furthermore worksite smoking policy in indoor areas were assessed and subsequent categories were established: smoking is allowed everywhere, smoking is allowed in some indoor areas, smoking is prohibited in all indoor areas, no policy.

Smoking related characteristics

Information on smoking of tobacco products, including cigarette smoking, was obtained from the questionnaire and divided into specific groups. For the purpose of performed analysis a daily smoker was defined as a person who smokes regularly, at least 1 manufactured and/or hand-rolled cigarette a day. Nonsmokers subgroup covered never and former smokers. Awareness of the health consequences of smoking was asked by the question: Do you think that tobacco smoking causes serious diseases? We classified respondents as being aware if they answered "yes", and as unaware if they answered "no" or "do not know". Similarly we assessed awareness of the health consequences of ETS exposure. Finally, we evaluated the support for tobacco control policies among respondents by differentiating between high, medium and low level support. This measure was based on eight questions specifying different items of tobacco control policies. The sum score was divided as supporting 6–8 policies (high level support), 3–5 policies (medium level) and 0–2 policies (low level).

Socio-demographic variables

Age was analyzed in following groups: 15–29, 30–39, 40–49, ≥50 years old. For educational level respondents were classified as having completed the primary education, vocational education, secondary education, or higher education. Economic activity differentiated subjects who were currently employed, who were unemployed, and who were economically non-active (i.e. pupils, students, homemakers, retirees, and pensioners due to disability). Among economically active respondents management or co-management in a company or an enterprise expert, independent professional with high qualifications and higher education and administrative office staff in a company or an enterprise were considered as white collar workers. Trade or services employee foreman, technician supervising manual workers skilled worker non-skilled worker or farm worker were considered as a blue collar workers. For the income classification, we distinguished several groups: those earning less than 1000, from 1000 to 1500, from 1501 to 2000, from 2001 to 3000 and over 3000 Polish zlotys. We also determined respondents' place of residence whether it was a rural or an urban area. For the latter we distinguished between urban areas up to 50 000, from 50 000 to 200 000, and over 200 000 inhabitants.

Statistical analyse

All analyses were implemented separately for men and women. Odds ratios with 95% confidence intervals were calculated for subjects exposed and non-exposed to environmental tobacco smoke in indoor employees. Chi-square test was used to assess the differences in the distribution of selected characteristics. To study the associations of selected variables with exposure to ETS we used logistic regression analysis with results being presented as odds ratios (OR) with 95% confidence intervals. Both univariable and multivariable analyses were performed. In multivariable analyses only statistically significant variables were included to the model. The statistical analysis was performed using STATISTICA Windows XP version 8.0.

Results

Out of 1733 male employees there were 40.8% (n=707) of subjects exposed to ETS at worksite (including 368 smokers and 339 non-smokers) and 1026 non-exposed (including 311 smokers and 715 non-smokers). Among 1460 female employees 25.3% (n=369) declared being exposed to ETS at work (including 171 smokers and 198 non-

smokers) and 1091 non-exposed (including 300 smokers and 791 non-smokers). The prevalence of exposure to ETS was 32.2% among non-smoking male and 20.0% among non-smoking female employees. Characteristics of male and female non-smoking respondents exposed and non-exposed to environmental tobacco smoke at worksite including smokers selected socio-economic characteristics are presented in Table 1 and Table 2.

Table 1. Characteristics of male respondents including exposed and non-exposed to environmental tobacco smoke at worksite – Global Adult Tobacco Survey Poland 2009–2010

Characteristics	Male exposed to ETS at worksite		Male non-exposed to ETS at worksite	
	Total n=707	Non-smokers n=339	Total n=1026	Non-smokers n=715
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Age (years)				
15–29	162 (22.9)	88 (26.0)	257 (25.1)	176 (24.6)
30–39	201 (28.4)	90 (26.6) ^a	326 (31.8)	232 (32.4)
40–49	188 (26.6)	78 (23.0)	247 (24.1)	166 (23.2)
≥50	156 (22.1)	83 (24.5)	196 (19.1)	141 (19.7)
Missing	-	-	-	-
Place of residence				
Rural	368 (52.0)	175 (51.6)	453 (44.1)	325 (45.4)
Urban				
up to 50.000	113 (16.0)	63 (18.6)	198 (19.3)	133 (18.6)
50.000 – 200.000	73 (10.3)	33 (9.7)	123 (12.0)	75 (10.5)
over 200.000	153 (21.6)	68 (20.1)	252 (24.6)	182 (25.4)
Missing	-	-	-	-
Education				
Primary	42 (5.9)	18 (5.3)	44 (4.3)	29 (4.1)
Vocational	276 (39.1)	110 (32.5) ^c	256 (25.0)	162 (22.7)
Secondary	287 (40.6)	143 (42.3)	460 (44.9)	328 (45.9)
High	101 (14.3)	67 (19.8) ^b	265 (25.8)	195 (27.3)
Missing	1 (0.1)	1 (0.3)	1 (0.1)	1 (0.1)
Job classification				
white collar workers	209 (31.2)	109 (34.2) ^c	425 (44.7)	303 (46.0)
blue collar workers	461 (68.8)	210 (65.8) ^c	526 (55.3)	356 (54.0)
Missing	37 (5.2)	20 (5.9)	75 (7.3)	56 (7.8)

Tab. 1.

Monthly income PLN				
less than 1000	39 (7.1)	22 (8.3)	41 (5.5)	26 (5.1)
from 1000 to 1500	156 (28.3)	77 (29.1) ^c	127 (17.1)	84 (16.6)
from 1501 to 2000	156 (28.3)	65 (24.5)	219 (29.5)	147 (29.0)
from 2001 to 3000	123 (22.3)	65 (24.5)	200 (27.0)	145 (28.6)
over 3000	78 (14.1)	36 (13.6) ^b	155 (20.9)	105 (20.7)
Missing	155 (21.8)	74 (21.8) ^a	284 (27.7)	208 (29.1)
Wealth index				
Low	7 (1.0)	0 (0.0)	5 (0.5)	1 (0.1)
Mid	62 (8.8)	25 (7.4)	76 (7.5)	43 (6.1)
high	632 (90.2)	311 (92.6)	933 (92.0)	661 (93.8)
Missing	6 (0.9)	3 (0.9)	12 (1.2)	10 (1.4)
Awareness on ETS health consequences				
yes	504 (81.8)	285 (90.8)	828 (89.5)	598 (91.6)
no	1132 (18.2)	29 (9.2)	97 (10.5)	55 (8.4)
Missing	91 (12.9)	25 (7.4)	101 (9.8)	62 (8.7)
Awareness on smoking health consequences				
yes	609 (90.8)	325 (97.0)	963 (96.4)	687 (98.1)
no	62 (9.2)	10 (3.0)	36 (3.6)	13 (1.9)
Missing	36 (5.1)	4 (1.2)	27 (2.6)	15 (2.1)
Support for tobacco control policies				
high	352 (57.3)	235 (77.1) ^c	699 (76.4)	552 (85.5)
medium	167 (27.2)	48 (15.7) ^a	158 (17.3)	70 (10.8)
low	95 (15.5)	22 (7.2) ^a	58 (6.3)	24 (3.7)
Missing	93 (13.2)	34 (10.0)	111 (10.8)	69 (9.7)
Work smoking policy in indoor areas				
smoking is allowed everywhere	129 (18.4)	51 (15.1) ^c	11 (1.0)	7 (1.0)
smoking is allowed in some indoor areas	397 (56.6)	188 (55.6) ^c	393 (39.0)	268 (38.3)
smoking is prohibited in all indoor areas	105 (15.0)	64 (18.9) ^c	554 (55.0)	386 (55.2)
no policy	70 (10.0)	35 (10.4) ^b	50 (5.0)	38 (5.4)
Missing	6 (0.9)	1 (0.3)	18 (1.8)	16 (2.2)

^a Non-smokers exposed vs. non-smokers non-exposed $p \leq 0.05$. ^b Non-smokers exposed vs. non-smokers non-exposed $p \leq 0.01$. ^c Non-smokers exposed vs. non-smokers non-exposed $p \leq 0.001$.

ETS - environmental tobacco smoke

Table 2. Characteristics of female respondents including exposed and non-exposed to environmental tobacco smoke at work site – Global Adult Tobacco Survey Poland 2009–2010

Characteristics	Female exposed to ETS at worksite		Female non-exposed to ETS at worksite	
	Total n=369	Non-smokers n=198	Total n=1091	Non-smokers n=791
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Age (years)				
15–29	73 (19.8)	39 (19.7)	231 (21.2)	179 (22.6)
30–39	126 (34.1)	76 (38.4)	336 (30.8)	263 (33.2)
40–49	89 (24.1)	44 (22.2)	304 (27.9)	200 (25.3)
≥50	81 (21.9)	39 (19.7)	220 (20.2)	149 (18.8)
Missing	-	-	-	-
Place of residence				
Rural	137 (37.1)	91 (46.0)	399 (36.6)	307 (38.8)
Urban				
up to 50.000	63 (17.1)	30 (15.1)	219 (20.1)	162 (20.5)
50.000–200.000	47 (12.7)	24 (12.1)	200 (18.3)	135 (17.1)
over 200.000	122 (33.1)	53 (26.8)	273 (25.0)	187 (23.6)
Missing	-	-	-	-
Education				
Primary	18 (4.9)	7 (3.5)	35 (3.2)	17 (2.1)
Vocational	79 (21.5)	45 (22.7) ^c	156 (14.3)	96 (12.2)
Secondary	183 (49.7)	97 (49.0)	538 (49.4)	383 (48.5)
High	88 (23.9)	49 (24.8) ^b	360 (33.1)	293 (37.1)
Missing	1 (0.3)	0 (0.0)	2 (0.2)	2 (0.2)
Job classification				
white collar workers	171 (49.0)	84 (45.9) ^c	610 (58.5)	456 (60.8)
blue collar workers	178 (51.0)	99 (54.1) ^c	433 (41.5)	294 (39.2)
Missing	20 (5.4)	15 (7.6)	48 (4.4)	41 (5.2)
Monthly income PLN				
less than 1000	24 (8.3)	16 (10.2)	71 (8.6)	50 (8.4)
from 1000 to 1500	100 (34.4)	57 (36.3)	265 (31.9)	191 (32.1)
from 1501 to 2000	68 (23.4)	38 (24.2)	203 (24.5)	140 (23.5)
from 2001 to 3000	55 (18.9)	26 (16.6)	160 (19.3)	111 (18.7)
over 3000	44 (15.1)	20 (12.7)	131 (15.8)	103 (17.3)
Missing	78 (21.1)	41 (20.7)	261 (23.3)	196 (24.8)

Tab. 2.

Wealth index				
Low	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (0.3)	2 (0.3)
Mid	36 (9.8)	14 (7.1)	73 (6.8)	48 (6.1)
high	333 (90.2)	184 (92.9)	1004 (93.0)	734 (93.6)
Missing	0 (0.0)	0 (0.0)	11 (1.0)	7 (0.9)
Awareness on ETS health consequences				
yes	296 (88.9)	177 (93.6) ^b	943 (93.6)	729 (97.1)
no	37 (11.1)	12 (6.4) ^b	64 (6.4)	22 (2.9)
Missing	36 (9.8)	9 (4.6)	84 (7.7)	40 (5.1)
Awareness on smoking health consequences				
yes	330 (94.8)	187 (96.4)	1027 (97.8)	768 (99.2)
no	18 (5.2)	7 (3.6)	23 (2.2)	6 (0.8)
Missing	21 (5.7)	4 (2.0)	41 (3.8)	17 (2.1)
Support for tobacco control policies				
high	197 (63.6)	147 (82.6)	782 (78.2)	646 (87.5)
medium	80 (25.8)	20 (11.2)	145 (14.5)	61 (8.3)
low	33 (10.6)	11 (6.2)	73 (7.3)	31 (4.2)
Missing	59 (16.0)	20 (10.1)	91 (8.3)	53 (6.7)
Work smoking policy in indoor areas				
smoking is allowed everywhere	31 (8.4)	12 (6.1) ^c	13 (1.2)	8 (1.0)
smoking is allowed in some indoor areas	236 (64.1)	117 (59.4) ^c	341 (31.4)	224 (28.5)
smoking is prohibited in all indoor areas	87 (23.6)	61 (31.0) ^c	717 (66.0)	541 (68.7)
no policy	14 (3.8)	7 (3.5)	16 (1.4)	14 (1.8)
Missing	1 (0.3)	1 (0.5)	4 (0.4)	4 (0.5)

^a Non-smokers exposed vs. non-smokers non-exposed $p \leq 0.05$. ^b Non-smokers exposed vs. non-smokers non-exposed $p \leq 0.01$. ^c Non-smokers exposed vs. non-smokers non-exposed $p \leq 0.001$.

ETS - environmental tobacco smoke

Statistically significant differences in the distribution of exposure to ETS were observed for several of the socio-demographic characteristics including age, place of residence, education, job characteristics, wealth index, support for tobacco control policies, awareness of ETS and smoking health consequences.

Results from the regression analyses among non-smokers are presented in Table 3 (for men and women). Univariable analyses showed that men in the 30–39 age group had statistically significantly lower odds of being exposed to ETS compared to the oldest age group (Tab. 3). An association for place of living, education, job characteristic with ETS exposure was found for men and women. Moreover income and support for tobacco control policies was associated with work exposure to ETS in men. In women association was found for awareness of smoking and ETS health threats. No statistically significant associations were found for wealth index.

Table 3. Odds Ratios (OR) and 95% Confidence Intervals (CI) for environmental tobacco smoke exposure at worksite to selected factors in indoor nonsmoking employees including male (n = 1054) and female (n= 989) – Global Adult Tobacco Survey Poland (2009–2010)

Characteristics	Male n=1054				
	N%	Univariable logistic regression		Multivariable logistic regression ^a	
		OR	95% CI	OR	95% CI
Age (years)					
15–29	88 (33.3)	0.85	0.58–1.23		
30–39	90 (28.0)	0.66*	0.46–0.95		
40–49	78 (32.0)	0.80	0.54–1.17		
≥50	83 (37.1)	1.00	reference		
Place of residence					
Rural	175 (35.0)	1.00	reference		
Urban					
up to 50.000	63 (32.1)	0.88	0.62–1.25		
50.000 – 200.000	33 (30.6)	0.82	0.52–1.28		
over 200.000	68 (27.2)	0.69*	0.50–0.97		
Education					
Primary	18 (38.3)	1.81	0.94–3.46	2.76*	1.22–6.25
Vocational	110 (40.4)	1.98***	1.37–2.86	1.61***	1.31–2.57
Secondary	143 (30.7)	1.27	0.90–1.78	1.18	0.78–1.79
High	67 (25.6)	1.00	reference	1.00	reference
Job classification					
white collar workers	109 (26.5)	1.00	reference	1.00	reference
blue collar workers	210 (37.1)	1.64***	1.24–2.16	1.42*	1.00–2.00
Monthly income PLN					
less than 1000	22 (45.8)	2.47**	1.25–4.89		
from 1000 to 1500	77 (47.8)	2.67***	1.64–4.36		

Tab. 3.

from 1501 to 2000	65 (30.7)	1.29	0.80–2.08		
from 2001 to 3000	65 (30.9)	1.31	0.81–2.11		
over 3000	36 (25.5)	1.00	reference		
Wealth index					
Low or Middle	25 (36.8)	1.21	0.73–2.01		
high	311 (32.0)	1.00	reference		
Awareness on ETS health consequences					
yes	285 (31.9)	1.00	reference		
no	29 (34.5)	1.11	0.69–1.77		
Awareness on smoking health consequences					
yes	325 (32.1)	1.00	reference		
no	10 (43.8)	1.63	0.70–3.75		
Support for tobacco control policies					
high	235 (29.9)	1.00	reference	1.00	reference
medium	48 (40.7)	1.61*	1.08–2.40	1.57*	1.03–2.40
low	22 (47.8)	2.15*	1.18–3.92	2.45**	1.30–4.62
Characteristics	Female n=989				
		Univariable logistic regression		Multivariable logistic regression ^a	
	N%	OR	95% CI	OR	95% CI
Age (years)					
15–29	39 (17.9)	0.83	0.51–1.37		
30–39	76 (22.4)	1.10	0.71–1.72		
40–49	44 (18.0)	0.84	0.52–1.36		
≥50	39 (20.7)	1.00	reference		
Place of residence					
Rural	91 (22.9)	1.00	reference		
Urban					
up to 50.000	30 (15.6)	0.62*	0.40–0.98		
50.000 – 200.000	24 (15.1)	0.60*	0.37–0.98		
over 200.000	53 (22.1)	0.96	0.65–1.40		
Education					
Primary	7 (29.2)	2.46	0.97–6.25	2.33	0.91–5.98
Vocational	45 (31.9)	2.80***	1.76–4.47	2.78***	1.74–4.44
Secondary	97 (20.2)	1.51*	1.04–2.21	1.49***	1.02–2.18
High	49 (14.3)	1.00	reference	1.00	reference

Job classification					
white collar workers	84 (15.6)	1.00	reference	1.00	reference
blue collar workers	99 (25.2)	1.83***	1.32–2.53	1.54***	1.07–2.37
Monthly income PLN					
less than 1000	16 (24.2)	1.65	0.79–3.45		
from 1000 to 1500	57 (23.0)	1.54	0.87–2.70		
from 1501 to 2000	38 (21.4)	1.40	0.77–2.54		
from 2001 to 3000	26 (19.0)	1.21	0.63–2.29		
over 3000	20 (16.3)	1.00	reference		
Wealth index					
Low or Middle	14 (21.9)	1.12	0.60–2.07		
high	184 (20.0)	1.00	reference		
Awareness on ETS health consequences					
yes	177 (19.5)	1.00	reference	1.00	reference
no	12 (35.3)	2.25*	1.09–4.63	2.09*	1.11–3.73
Awareness on smoking health consequences					
yes	187 (21.9)	1.00	reference	1.00	reference
no	7 (53.8)	4.79**	1.59–14.44	4.32**	1.40–13.35
Support for tobacco control policies					
high	147 (18.5)	1.00	reference		
medium	20 (24.7)	1.44	0.84–2.46		
low	11 (26.2)	1.56	0.77–3.18		

^a Fully adjusted model including all statistically significant characteristics.

* $p \leq 0.05$.

** $p \leq 0.01$.

*** $p \leq 0.001$.

In multivariable analyses, the effect of age and place of residence became statistically insignificant in both genders. Men and women with lower education had higher odds of ETS exposure at work compared to the respondents having high education attainment; with highest odds found for men with primary (OR=2.8) and for women with vocational educational level (OR=2.8). Among non-smoking employees also job classification was correlated with environmental tobacco smoke exposure at worksite in both genders. In blue collar workers the likelihood of being exposed to ETS was about 50% higher compared to white collar workers. Increased odds for ETS risk at worksite in men were also associated with low level of support for tobacco control policies declared by respondents. Among women being less aware of negative health effects of smoking and ETS was significantly associated with higher odds of being exposed to ETS at worksite (Tab. 3).

Discussion

Prevalence of exposure to ETS in public places is on the decline in most European countries but still remains significant public health problem [Nebot et al. 2004, p. 95; Janson et al. 2006, pp. 517–524; Jefferis et al. 2004, pp. 13–18; Faggiano et al. 2001, pp. 665–671]. GATS Poland data revealed that among non-smoking respondents who work in an indoor area outside the home, exposure to ETS in the workplace was 26.1% among non-smoking employees compared with 54.6% in Bangladesh, 21.7% in Brazil, 54.9% in China, 57.3% in Egypt, 26.1% in India, 16.4% in Mexico, 28.0% in the Philippines, 26.8% in Russia, 23.6% in Thailand, 31.1% in Turkey, 26.0% in Ukraine, 15.6% in Uruguay [King et al. 2013]. This result placed Poland in the middle of GATS countries but is comparable with prevalence of work ETS in post-Soviet countries. On the other hand Eurobarometer 2012 results showed that the majority of EU citizens (72%) were never or almost never exposed to tobacco smoke indoors at their workplace [Special Eurobarometer 385/Wave EB 77.1 – TNS Opinion & Social, 2014]. About 3% of EU citizens reported they were exposed for more than 5 hours a day, 4% for 1–5 hours, 4% for less than 1 hour a day and 17% occasionally. In Poland 59% of employees were never or almost never, and 28% occasionally exposed to tobacco smoke indoors at their workplace [Special Eurobarometer 385/ Wave EB 77.1 – TNS Opinion & Social, 2014]. In this study Poland was at eighth place among the EU countries with highest ETS occurrence at worksite. However we are unable to directly compare results of the GATS and the Eurobarometer due to different methodology that was implemented in both studies. Differences between countries in work ETS exposure are mostly related to discrepancies of smoke-free legislation and tobacco control measures that are implemented in particular countries.

Results of our analysis correspond to earlier reports suggesting that, low socio-economic position of workers (low level of education and being blue collar worker) is associated with higher odds for ETS exposure [Jefferis et al. 2004, pp. 13–18; Faggiano F. et al. 2001, pp. 665–671; Twose et al. 2007; Whitlock et al. 1998, pp. 276–80]. Study by Twose et al. showed that, participants from lower social classes, in which the prevalence of active smoking is higher, work in settings where smoking is frequent, so obviously they might work near smokers and be exposed to ETS [Twose et al. 2007]. In addition, most often this jobs are less prestigious and it may happen that employers pay less attention to implement smoking restrictions or employees are not in favor with such rules [Sweeney et al. 2000, pp. 311–315; Gerlach et al. 1997, pp. 199–206]. The role of support for rules that prohibit smoking should be also underlined especially that we noticed association of higher odds for ETS at worksite in men with low

level of support for tobacco control policies. Among women this association was not statistically significant. Previous studies of cigarette smoking among economically active population of Poland also indicated higher concentration of smokers among lower socio-economic groups [Kaleta et al. 2013, pp. 359–71]. Daily smoking was significantly associated with low level of education in men and women, lack of awareness of health effects of smoking and with lack of complete smoking bans at workplaces of respondents. This evidently may lead to disparities in risk of exposure to ETS across socio-economic groups. In line with this findings Twose et al. indicated that educational level was inversely associated with exposure to ETS among women, and directly associated with exposure among men [Twose et al. 2007]. Similarly results from 14 countries that participated in the European Community Respiratory Health Survey II revealed that subjects in the youngest age group were more likely to have being exposed to passive smoking during the study period, while manual workers and subjects that stopped full-time education before the age of 16 years were more likely to be exposed to ETS at work and at home [Janson et al. 2006, pp. 517–524]. In other studies, the authors also found that passive smoking is increasingly becoming a socio-economic issue, with a higher risk of becoming exposed to passive smoking in more deprived groups [Janson et al. 2006, pp. 517–524; Jefferis et al. 2004, pp. 13–18; Faggiano et al. 2001, pp. 665–671; Veglia et al. 2003, pp. 665–668]. This follows change in social gradient in cigarette smoking, with smoking becoming less common among persons with higher socio-economic status and relatively more frequent in less affluent social groups [Janson et al. 2006, pp. 517–524]. In GATS we also observed association of low level of awareness of negative health effects of smoking and ETS with higher odds of being exposed to ETS at worksite among women supporting past research on that topic. Kurtz et al. in a study on knowledge, attitudes and preventive efforts with regard to exposure to ETS in a sample of economically disadvantaged women residing in Michigan, USA correspondingly found that deprived women were less knowledgeable about the adverse health effects of exposure to ETS, and what's more had worse attitudes concerning exposure to ETS and were less likely to take preventive steps to limit their exposure to ETS than were women who had better socio-economic background [Kurtz et al. 2003, pp. 171–176]. Furthermore Steil et al. shown that various demographic variables including ethnicity, education, income predict ETS knowledge, attitudes, and preventive behaviors [Steil et al. 2010, pp. 674–678]. This highlighted the need to improve knowledge of the dangers of smoking and ETS among the disadvantaged segments of the population.

Study limitations and strengths

GATS was implemented using questionnaire. Using questionnaire has many advantages including the following: a low costs, the ease of obtaining data with rapid assessment. However there are some limitations. The main drawbacks in obtaining answers about smoking or ETS may be recall bias – forgetting the important facts. Such proceedings may lead to underestimation of smoking or exposure to environmental tobacco smoke. The health effects of exposure to environmental tobacco smoke depend on several factors, among which the most important are: the number of smokers in the room, the number of cigarettes smoked by those persons and the duration of exposure. Unfortunately GATS questionnaire do not allow to carefully measure this parameters. The best method to evaluate the extent of exposure to tobacco smoke is to conduct an additional study measuring markers or biomarkers including measuring carbon monoxide in exhaled air and the level of cotinine in saliva, blood, urine or hair [Jaakkola et al. 2003, pp. 2384–2397; Max et al. 2009, pp. 1633–48; Jarvis et al. 1984, pp. 335–339]. The data presented in this paper have not been verified by any objective measures, biomarkers. But due to high costs and time-consuming procedures, such methods are not widely used for huge population surveys [Jarvis et al. 1984, pp. 335–339]. Moreover collecting saliva, urine or blood for biomarker analysis can increase the number of refusals and lead to non-participation bias. In this light, questionnaires seems to be relatively cost-effective, easy to gather, allow approaching high number of respondents, and were found to be valid tools in most epidemiological studies [James et al. 1998, pp. 87–93]. GATS is a countrywide, representative survey of adults 15 years of age or older using a standard core survey, sample design, and data collection and management procedures. GATS delivered probably the most valid and the most recent figures existing on smoking and work ETS exposure in Poland [Kaleta 2012, pp. 658–663].

Conclusions

Passive smoking is still a serious problem unless a notable progress has recently occurred in enacting smoke-free policies globally [King et al. 2013; Pieroni et al. 2013, pp. 116–126]. For instance in 2000, no country had a comprehensive smoke-free law in place that completely eliminated smoking in indoor workplaces and public places [King et al. 2013]. However, in March 2004, Ireland became the first country to implement a law of this kind. In the intervening years, many other countries have adopted comprehensive smoke-free laws, driven by the growing evidence on the health risks

posed by ETS, and the requirements of WHO Framework Convention on Tobacco Control [King et al. 2013]. In Poland current smoke-free policy is defined in the Tobacco Act. This law established complete smoking ban in educational and health care facilities [Kaleta et al. 2010, pp. 123–131]. But the law is not comprehensive in relation to other workplaces. There are indoor smoking restrictions in workplaces, however various exemptions allow for creating smoking rooms or cabins. GATS findings provide evidence that many non-smoking workers in Poland are involuntarily exposed to ETS during their working day. This should encourage employers to create a smoke-free environment and urge policy makers to enforce comprehensive smoke-free laws that prohibit smoking in all work indoor areas without exemptions. Associated measures including information, education on adverse health effects of tobacco smoke pollution and on benefits of smoke-free environment should also be implemented in order to achieve high levels of compliance with existing law.

References

- European Respiratory Society (2006), *The Smoke Free Partnership. Lifting the smokescreen: 10 reasons for a smoke-free Europe* Brussels, Belgium.
- Faggiano F., Versino ., Lemma P. (2001), *Decennial trends of social differentials in smoking habits in Italy*, "Cancer Causes Control", 12, 665–671.
- Gerlach K.K., Shopland D.R., Hartman A.M., Gibson J.T., Pechacek T.F. (1997), *Workplace smoking policies in the United States: results from a national survey of more than 100,000 workers*, "Tobacco Control", 6(3): 199–206.
- Heck J.E., Stücker I., Allwright S., Gritz E.R., Haglund M., Healton C.G., Kralikova E., Sanchez Del Mazo S., Tamang E., Dresler C.M., Hashibe M. (2010), *Home and workplace smoking bans in Italy, Ireland, Sweden, France and the Czech Republic*, "Eur. Respir. J.", 35: 969–979.
- IARC (2004), *Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Tobacco smoke and involuntary smoking*, WHO, Lyon, Volume 83.
- Jaakkola M.S., Jaakkola J.J. (1997), *Assessment of exposure to environmental tobacco smoke*, "Eur. Respir. J.", 10: 2384–2397.
- James H., Tizabi Y., Taylor R. (1998), *Rapid method for the simultaneous measurement of nicotine and cotinine in urine and serum by gas chromatography–mass spectrometry*. *Journal of Chromatography: "Biomedical Sciences and Applications"*, 708(1–2): 87–93.
- Janson C., Künzli N., de Marco R., Chinn S., Jarvis D., Svanes C., Heinrich J., Jögi R., Gislason T., Sunyer J., Ackermann-Liebrich U., Antó J.M., Cerveri I., Kerhof M., Leynaert B., Luczynska C., Neukirch F., Vermeire P., Wjst M., Burney P. (2006), *Changes in active and passive smoking in the European Community Respiratory Health Survey*, "Eur. Respir. J.", 27(3): 517–524.

- Jarvis M., Tunstall-Pedoe H., Feyerabend C., Vesey C., Salloojee Y. (1984), *Biochemical markers of smoke absorption and self-reported exposure to passive smoking*, "Journal of Epidemiology and Community Health", 38(4): 335–339.
- Jefferis B.J., Power C., Graham H., Manor O. (2004), *Changing social gradients in cigarette smoking and cessation over two decades of adult follow-up in a British birth cohort*, "J. Public. Health (Oxf)", 26: 13–18.
- Kaleta D., Polańska K., Wojtysiak P., Kozieł A., Kwaśniewska M., Miśkiewicz P., Drygas W. (2010), *Effective protection from exposure to environmental tobacco smoke in Poland: The World Health Organization perspective*, "Int. J. Occup. Med. Environ. Health", 23(2): 123–131.
- Kaleta D., Usidame B., Biliński P., Raciborski F., Samoliński B., Wojtyła A., Fronczak A. (2012), *Global Adult Tobacco Survey (GATS) in Poland 2009–2010 – study strengths, limitations and lessons learned*, "Annals of Agricultural and Environmental Medicine", 19,(4): 658–663.
- Kaleta D., Korytkowski P., Makowiec-Dabrowska T. (2013), *Cigarette smoking among economically active population*, "Med. Pr.", 64(3): 359–371.
- King B.A., Mirza S.A., Babb S.D. (2013), *GATS Collaborating Group. A cross-country comparison of secondhand smoke exposure among adults: findings from the Global Adult Tobacco Survey (GATS)*. "Tob. Control.", 22(4): e5, 2013. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2012-050582. Erratum [in:] "Tob. Control.", 22(5): 362.
- Kurtz M., Kurtz J., Contreras D., Booth C. (2003), *Knowledge and attitudes of economically disadvantaged women regarding exposure to environmental tobacco smoke*, "Eur. J. Public. Health", 13: 171–176.
- Max W., Sung H.Y., Shi Y. (2009), *Who is exposed to secondhand smoke? Self-reported and serum cotinine measured exposure in the U.S., 1999–2006*, "Int. J. Environ. Res. Public Health", 6: 1633–1648.
- Nebot M., Lopez M., Tomas Z., Ariza C., Borrell C., Villalbi J. (2004), *Exposure to environmental tobacco smoke at work and at home: a population based survey*, "Tob. Control.", 13(1): 95.
- Pieroni L., Chiavarini M., Minelli L., Salmasi L. (2013), *The role of anti-smoking legislation on cigarette and alcohol consumption habits in Italy*, "Health Policy", 111: 116–126.
- Special Eurobarometer (2012), 385/ Wave EB 77.1 – TNS Opinion & Social. *Attitudes of Europeans towards tobacco*, http://ec.europa.eu/public_opinion/index_en.htm, marzec 2014.
- Steil A.K., Lorenzo L., Sydeman S. (2010), *Demographic variables are associated with knowledge, attitudes, and preventive behaviors related to environmental tobacco smoke*, "Nicotine Tob. Res.", 12 (6): 674–678.
- Sweeney C.T., Shopland D.R., Hartman A.M., Gibson J.T., Anderson C.M., Gower K.B., Burns D.M. (2000), *Sex differences in workplace smoking policies: results from the current population survey*, "Am. Med. Wom. Assoc.", 55(5): 311–315.

- Twose J., Schiaffino A., García M., Borrás J.M., Fernández E. (2007), *Correlates of exposure to second-hand smoke in an urban Mediterranean population*, "BMC Public Health", Aug 5, 7: 194.
- U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health (2006), *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General*, Atlanta [11 maja 2014].
- Veglia F., Vineis P., Berrino F., Cerulli Ddel S., Giurdanella MC., Tumino R., Fiorini L., Sacerdote C., Panico S., Mattiello A., Palli D., Saieva C., Davico L. (2003), *Determinants of exposure to environmental tobacco smoke in 21,588 Italian non-smokers*, "Tumori", 89: 665–668.
- Whitlock G., MacMahon S., Vander Hoorn S., Davis P., Jackson R., Norton R. (1998), *Association of environmental tobacco smoke exposure with socioeconomic status in a population of 7725 New Zealanders*, "Tob. Control", 7: 276–280.

Agnieszka Hubert-Lutecka

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Waldemar Kołcz

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Mirosław Niedzin

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Katarzyna Milcarz

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Dorota Kaleta¹

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Kontrola epidemii tytoniowej jako ważny element w procesie kształtowania polityki zdrowotnej i zarządzania zdrowiem społeczeństwa

Control of the Tobacco Epidemic as an Important Element in Shaping Health Policy and Public Health Management

Abstract: The study aim was to investigate the prevalence and attitudes towards cessation training among Czech medical students and evaluate its impact on smoking status of the students. Methods: The Global Health Professions Student Survey (GHPSS) was conducted among 187 dental and 707 medical students of 11 Medical Universities in Czech Republic in 2011. Results: Twenty-one percent of dental students and 20% of medical students declared current tobacco smoking. In nearly 73% students both directions declared that they were passively exposed to tobacco smoke in their home environment over the last week and 60% of dental students and 47% of students of medical ($p < 0.001$) indicating such exposure in public places. Nearly 90% of students said that physicians should provide advice on quitting smoking and 60% of respondents expressed the view that a physician should be adequately trained in the techniques supported throwing tobacco addiction but only 3.2% of dental students and 2.8%

¹ E-mail: dorota.kaleta@umed.lodz.pl

of medical students confirmed that it held such training during their studies. Conclusions: There is a need for inclusion in the program of studies practical exercises in the field of smoking cessation techniques, so as to equip future physicians the right tools useful in working with patients with the problem of tobacco.

Key words: tobacco smoking, tobacco addiction, medical students, dental students, antismoking counselling, cessation training.

Wstęp

Negatywne skutki zdrowotne wynikające z palenia papierosów stanowią największą pojedynczą możliwą do uniknięcia przyczynę zgonów i chorób w krajach rozwiniętych gospodarczo. Palenie tytoniu należy do głównych czynników ryzyka ponad dwudziestu chorób oraz jest jednym z najpoważniejszych współczesnych zagrożeń cywilizacyjnych [Reports of the Surgeon General, 2004]. Stanowi bardzo ważny i wciąż aktualny problemem społeczny oraz zdrowotny zarówno w krajach europejskich jak i na świecie, ze względu na rozpowszechnienie tego zjawiska, jak i na straty ponoszone przez społeczeństwo oraz gospodarkę [Giovino i wsp., ss. 668–679]. Wpływ na organizm ludzki i szkodliwość dymu tytoniowego jest mierzona częstością zachorowania na tzw. choroby odtytoniowe, które obejmują blisko 15 typów nowotworów, kilkadziesiąt chorób układu krążenia, układu oddechowego w tym odmę, przewlekłe zapalenie płuc, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, a także chorobę wrzodową żołądka i dwunastnicy oraz szereg problemów zdrowotnych dotyczących noworodków, również chorób matki i dziecka (w okresie prenatalnym i po urodzeniu). Palenie tytoniu jest jednym z najważniejszych modyfikowalnych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego, a także główną przyczyną zgonów w populacji europejskiej. Na terenie Republiki Czeskiej, w przybliżeniu 22000 osób umiera rocznie w wyniku chorób bezpośrednio związanych z paleniem tytoniu, a większość z nich umiera przedwcześnie przed ukończeniem 69 roku życia. Oznacza to, że każdego roku palenie papierosów przyczynia się do przedwczesnej śmierci 42% mężczyzn i 9% kobiet, co średnio skraca życie palaczy o około 15 lat. Czechy są w grupie 10 europejskich państw, w których częstość występowania i umieralność spowodowana nowotworami złośliwymi jest największa. Znajdują się również w czołówce państw z najwyższą ilością wypalanych papierosów przypadającą na jednego mieszkańca. Niepokojącym jest również fakt, iż ponad 60% czeskich dzieci jest ekspozowanych na bierne palenie w swoich rodzinnych domach [Hrubá 2004, ss. 36–44]. W Czechach występują duża tolerancja i przyzwolenie społeczne dla palaczy tytoniu, a wysiłki mające na celu ochronę osób niepalących przed wpływem środowiskowego dymu tytoniowego są nierzadko traktowane jako ograniczenie praw palaczy, a powolne i odporne wpro-

dzanie zakazu palenia w niektórych lokalach oraz ograniczenie reklamy wyrobów tytoniowych jest rozumiane jako uniemożliwiające swobodny handel i konkurencję. Uzależnienie od tytoniu przyczynia się do śmierci, co szóstego mieszkańca Republiki Czeskiej, a znacznie większą liczbę osób upośledza niepełnosprawnością. Choroby odtytoniowe generują również znaczną część kosztów świadczeń zdrowotnych. W związku z tym leczenie uzależnienia od tytoniu powinno być częścią szeroko pojętej opieki zdrowotnej nad pacjentem, w której rola pracownika służby zdrowia powinna być kluczowa w zakresie porady antytytoniowej – w zakresie dostępnego czasu winna przebiegać od krótkiej interwencji przy każdym kontakcie z palącym pacjentem, aż do intensywnego i długofalowego leczenia obejmującego zarówno psychospołeczne i behawioralne wsparcie jak i odpowiednią farmakoterapie. Zgodnie z zaleceniami WHO taka formuła powinna mieć zastosowanie do wszystkich zawodów w medycynie klinicznej – głównie do lekarzy, pielęgniarek, farmaceutów i lekarzy dentyków, a koszty prowadzonych działań miałyby być pokryte w ramach systemów opieki zdrowotnej. Z ekonomicznego punktu widzenia, byłaby to jedna z interwencji najbardziej opłacalnych w medycynie [Zhu i wsp. 2012, ss.110–118].

Celem badania była analiza postaw studentów kierunku lekarskiego i studentów stomatologii studiujących na terenie Republiki Czeskiej, dotyczących statusu palenia papierosów, narażenia na środowiskowy dym tytoniowy, a także roli lekarza w procesie rzucania palenia oraz odbytych szkoleń i praktycznym umiejętności z zakresu poradnictwa antytytoniowego uzyskanych w czasie studiów medycznych. Dokonano również analizy między powyższymi zmiennymi, a statusem palenia papierosów przez studentów.

Populacja badana

Podłożem analizy było standaryzowane międzynarodowe badanie GHPSS (Global Health Professions Student Survey) stworzone przez ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia – WHO (World Health Organization) oraz US Centers of Disease Control and Prevention (CDC) [Warren i wsp. 2009, ss. 4–37]. We wszystkich krajach objętych badaniem, populację badaną stanowili studenci trzeciego roku wybranych kierunków studiów medycznych (kierunek lekarski, dentystryczny, pielęgniarstwo oraz farmacja). Badaniem GHPSS realizowanym w 2011 roku na 11 Uniwersytetach Medycznych w Republice Czeskiej objętych zostało 707 studentów kierunku lekarskiego oraz 187 studentów stomatologii. Wskaźnik odpowiedzi wynosił odpowiednio 85,5% oraz 81,3% w opisywanych grupach studentów.

Kwestionariusz wywiadu

Narzędziem do realizowania badania był anonimowy kwestionariusz ankiety, który studenci wypełniali podczas standardowych zajęć seminaryjnych. Kwestionariusz zawierał 42 pytania obejmujące sześć kategorii. Pierwsza z nich dotyczyła aktualnego palenia papierosów przez respondenta, druga – ekspozycji na środowiskowy dym tytoniowy, trzecia zawierała pytania odnoszące się do postaw ankietowanego wobec zakazu palenia oraz roli pracowników ochrony zdrowia w zakresie poradnictwa antytytoniowego, czwarta odnosiła się do uzależnienia od nikotyny i próby zerwania z nałogiem, piąta – zawierała pytania o poziom edukacji badanego w zakresie interwencji antytytoniowej uzyskanej podczas studiów, a ostatnia kategoria stworzona została dla uzyskania danych społeczno-demograficznych. Jako aktualnie palący definiowany był respondent, który zadeklarował, że w przeciągu 30 dni poprzedzających badanie, co najmniej raz palił papierosy. Analizie poddano postawy studentów wobec całkowitego zakazu palenia papierosów w restauracjach, klubach nocnych i muzycznych oraz barach, a także uwzględniono o stanowisko dotyczące zakazu palenia we wszystkich miejscach publicznych. Dużą uwagę zwrócono na postawy studentów dotyczące pozycji i rangi lekarza w kreowaniu postaw pacjentów ze szczególnym uwzględnieniem jego roli w udzielaniu porad antytytoniowych i pomocy w rzucaniu palenia – uwzględniając również status palenia papierosów przez lekarza i w związku z tym częstość udzielanych przez niego porad skłaniających pacjentów do rzucenia nałogu. Kolejne analizowane zmienne dotyczyły odbytych w trakcie studiów szkoleń w zakresie technik wspomagających rzucenie palenia oraz oczekiwań respondentów w kwestii edukacji i istotności wykorzystywania materiałów edukacyjnych dla pacjentów w tym zakresie. Dodatkowe zmienne zawarte w analizie obejmowały cechy socjodemograficzne: płeć oraz wiek studentów.

Analiza statystyczna

Głównym celem analizy statystycznej była ocena postaw studentów dotyczących roli lekarza w procesie rzucania palenia papierosów, istotności udzielanych przez niego porad antytytoniowych, praktycznych umiejętności obejmujących poradnictwo w zakresie technik rzucania palenia nabytych w czasie studiów w zależności od deklarowanego statusu palenia papierosów oraz przydatności materiałów edukacyjnych w tym zakresie. Oceniano również postawy studentów dotyczące całkowitego zakazu palenia papierosów w miejscach publicznych. Zależność między wybranymi zmiennymi, a statusem palenia oceniono przy użyciu modelu regresji logistycznej. Wykona-

no także analizy dla oceny różnic w omawianych postawach studentów kierunku lekarskiego i stomatologii. Wyniki zostały przedstawione w postaci surowych oraz skorygowanych ilorazów szans (OR) i 95% przedziałów ufności (95% CI). Wnioskowanie statystyczne zostało przeprowadzone na podstawie testów istotności przy poziomie 0,05 i 0,001. W modelu wieloczynnikowym uwzględniono wszystkie zmienne przy poziomie istotności 0,1. Analizy statystyczne zostały dokonane przy pomocy pakietu statystycznego STATISTICA korzystając z systemu operacyjnego Windows XP version 10.0. Przyjmując brak danych dotyczących statusu palenia papierosów dla 4 studentów kierunku lekarskiego oraz 1 studenta stomatologii, końcową analizą objęto odpowiednio 703 i 186 studentów wspomnianych kierunków studiów.

Wyniki

Charakterystyka badanej populacji, palenia czynnego oraz biernego, a także egzekwowania przez uczelnię przepisów dotyczących zakazu palenia papierosów

W badanej populacji 93% respondentów stanowili studenci kierunku lekarskiego oraz 94% studenci stomatologii mieszczący się w przedziale wiekowym 19–24 lata. Zarówno wśród studentów stomatologii jak i studentów kierunku lekarskiego, przeważającą część stanowiły kobiety, a ich udział w badaniu wynosił odpowiednio 66% i 65%. Aktualne palenie papierosów zadeklarowało 21% studentów stomatologii oraz 20% studentów medycyny. W blisko 73% studenci obydwu kierunków zadeklarowali, iż nie byli biernie narażeni na dym tytoniowy w środowisku domowym w przeciągu ostatniego tygodnia, a 60% studentów stomatologii i 47% studentów kierunku lekarskiego ($p < 0,001$) wskazywało na takie narażenie w miejscach publicznych. Na istnienie zakazu palenia w budynku uczelni wskazywało 98% badanych, a około 10% studentów stomatologii i 6% studentów medycyny ($p < 0,05$) stwierdziło, iż przestrzeganie tego zakazu nie jest egzekwowane przez władze uczelni, ponadto blisko 8% studentów zadeklarowało palenie papierosów w budynku uczelni w ciągu ostatniego roku.

Postawy studentów stomatologii i medycyny dotyczące zakazu palenia papierosów w miejscach publicznych oraz analiza wpływu tych postaw na status palenia tytoniu przez studentów

Ponad 90% studentów deklarowała poparcie dla całkowitego zakazu palenia papierosów w restauracjach, 64% studentów stomatologii i 67% studentów kierunku lekarskiego popiera zakaz palenia w barach, klubach nocnych i muzycznych, a blisko 80% badanych jest za całkowitym zakazem palenia papierosów we wszystkich miejscach publicznych. Istotne statycznie zależności odnotowano w przypadku osób palących i niepalących studiujących ten sam kierunek studiów. Większe poparcie dla cał-

kowitego zakazu palenia papierosów w restauracjach, barach i klubach oraz we wszystkich miejscach publicznych wskazywali niepalący studenci stomatologii w porównaniu z palącymi papierosy osobami studiującymi na tym samym kierunku studiów (odpowiednio: 82% vs. 16%, 87% vs. 13%, 89% vs. 11%; $p < 0,001$), natomiast w przypadku studentów kierunku lekarskiego zależność ta przedstawiała się w następujący sposób: (odpowiednio: 84% vs. 16%, 89% vs. 11%, 87% vs. 13%; $p < 0,001$).

Postrzeżenie przez studentów roli lekarza w procesie rzucania palenia, informacja dotycząca szkoleń w zakresie poradnictwa antytytoniowego odbytych w toku studiów oraz analiza zależności między poszczególnymi zmiennymi, a statusem palenia papierosów przez studentów.

Tylko niewiele ponad połowa studentów kierunku lekarskiego (53%) oraz studentów stomatologii (59%) uznała, iż lekarz pełni ważną rolę w kreowaniu postaw pacjentów, jednakże wyższy odsetek badanych studentów medycyny (82%) oraz stomatologii (74%) przyznaje, że lekarz pełni ważną rolę w zakresie porad dotyczących rzucania nałogu tytoniowego oraz deklaruje, że pacjenci mają większą szansę na rzucenie palenia, jeśli uzyskają od medyka profesjonalną poradę dotyczącą terapii antynikotynowej (68% studentów kierunku lekarskiego i 76% studentów stomatologii). Większość, czyli 76% badanych studentów stomatologii oraz 68% studentów medycyny uważało, że lekarz, który sam pali papierosy rzadziej udziela pacjentom porady skłaniającej ich do rzucenia nałogu. Blisko 90% studentów kierunku lekarskiego i 87% studentów stomatologii stwierdziło, że lekarz powinien udzielać wskazówek dotyczących rzucenia palenia papierosów oraz blisko 60% badanych wyraziło opinię stwierdzającą, że lekarz powinien być odpowiednio przeszkolony w zakresie technik wpierających rzucanie nałogu tytoniowego. Niepokojącym jest fakt, iż około 36% badanych studentów deklarowało odbycie w czasie studiów szkolenia z zakresu wdrażania i wykorzystywania materiałów edukacyjnych oraz propagowania ich wśród grupy pacjentów wyrażających chęć rzucenia palenia, a jedynie 3,2% studentów stomatologii i 2,8% studentów kierunku lekarskiego potwierdziło, że w czasie studiów odbyło szkolenie w zakresie technik wspomagających rzucenie palenia. W modelu wieloczynnikowym w grupie studentów którzy poparli stwierdzenie, że lekarz który sam pali papierosy, rzadziej udziela pacjentom porady dotyczącej zaprzestania palenia, znacznie więcej było osób palących niż w grupie osób która nie wyrażała takiego przekonania (OR=2,2; 95% CI 0,88-5,46 – studenci stomatologii, OR=1,8; 95% CI 1,18-2,31 – studenci kierunku lekarskiego). Co ważne, w grupie studentów stomatologii, którzy uznali, że lekarz pełni ważną rolę w zakresie udzielania porad dotyczących rzucania nałogu tytoniowego istotnie więcej było osób palących papierosy niż w grupie, która nie deklarowała takiego przekonania (model wieloczynnikowy OR=2,59; 95% CI 1,02–6,58, $p < 0,001$).

Dyskusja

Używanie tytoniu jest jednym z istotniejszych problemów zdrowia publicznego na świecie. Należy jednak podkreślić, iż jest to czynnik modyfikowalny tzn. dzięki kompleksowej polityce antytytoniowej oraz leczeniu uzależnienia od tytoniu można problem ten w znacznym stopniu ograniczyć. W tym kontekście istotną rolę odgrywają pracownicy służby zdrowia: lekarze, lekarze stomatologii czy farmaceuci, którzy jako wykwalifikowani specjaliści powinni być osobami pierwszego kontaktu, do których osoby palące papierosy powinny się zgłosić i otrzymać kompleksową poradę antynikotynową. Biorąc pod uwagę skalę wpływu tego czynnika na zdrowie populacji, bezdyskusyjnym powinno być odpowiednie zapewnienie personelowi medycznemu w ramach studiów wyższych, właściwych szkoleń wzbogacających wiedzę i umiejętności z zakresu porad dotyczących rzucania palenia oraz leczenia nałogu tytoniowego. Analizy własne jak i innych autorów zwracają uwagę na fakt, iż średnio około jedną czwartą wszystkich studentów stanowią palacze tytoniu. Przyszli lekarze, zdobywając fachową wiedzę medyczną powinni również zostać uświadomieni o istotności działań mających na celu zapobieganie oraz leczenie nałogu tytoniowego. Konieczność szkoleń i uświadamiania przyszłym lekarzom ich roli w kształtowaniu zachowań zdrowotnych społeczeństwa poprzez poradnictwo, ale i dawanie dobrego przykładu powinno stanowić ważny element w szkolnictwie medycznym na całym świecie. Zhu i wsp. [2012] podkreśla, że tzw. „minimalna interwencja” – czyli zalecanie pacjentom rzuceniu palenia przez lekarzy przy okazji jakiegokolwiek wizyty jest najprostszym podejściem, które może istotnie zwiększyć wskaźniki zaprzestania palenia. Interwencja ta ma kluczowe znaczenie dla zdrowia publicznego oraz ważne jest, aby zmaksymalizować jej skuteczność przez oferowanie profesjonalnej pomocy w zaprzestaniu palenia (np. leków lub wsparcia behawioralnego) co zwiększa odsetek skutecznych prób rzucania palenia. Warren [2006] twierdzi, iż nie ma obszaru edukacji medycznej i medycyny prewencyjnej, która przyniosłaby większe zyski zdrowotne, uratowała więcej żyć ludzkich i zmniejszyła koszty opieki medycznej niż nacisk na zaprzestanie palenia tytoniu.

W przeprowadzonym badaniu wykazano, że 19,8% studentów kierunku medycznego i 21,4% studentów stomatologii paliło papierosy oraz blisko 26% studentów obydwu kierunków było narażonych na bierne palenie w środowisku domowym, a znacząco większy odsetek badanych był narażony na środowiskowy dym tytoniowy w miejscu publicznym (odpowiednio: 47% i 60% studentów kierunki lekarskiego i stomatologii). Należy nadmienić, iż w Czechach obowiązuje obecnie najmniej restrykcyjne prawo dotyczące palenia papierosów w miejscach publicznych. W porów-

naniu do większości państw europejskich w Republice Czeskiej można palić papierosy w miejscach, w których w pozostałych krajach europejskich jest to surowo zabronione. Obecnie rząd czeski pracuje nad ustawą wprowadzającą zakaz palenia tytoniu we wszystkich restauracjach, pubach i barach. Zadowolającym jest fakt, iż blisko 98% badanych studentów potwierdziło istnienie zakazu palenia papierosów na terenie uczelni oraz w większości deklaroowało, że zakaz ten jest przestrzegany. Pozytywnym jest również to, że ponad 90% przyszłych lekarzy i stomatologów popierało zakaz palenia papierosów w restauracjach, nieco mniej, czyli około 80% badanych wyraziło poparcie dla wprowadzenia takiego zakazu we wszystkich miejscach publicznych. Pomimo, iż ponad 70% studentów deklaroowało, że lekarz pełni istotną rolę w poradnictwie antytytoniowym i około 90% studentów uznało, że powinien on udzielać porad dotyczących rzucenia nałogu tytoniowego, to jedynie blisko 3% badanych wskazywało na odbycie podczas studiów szkolenia z zakresu technik wspomagających rzucenie palenia papierosów.

W opublikowanym w 2015 roku przez Światową Organizację Zdrowia raporcie dotyczącym palenia tytoniu podano, iż odsetek osób aktualnie palących papierosy w Czechach wynosił blisko 29% w grupie osób dorosłych oraz 30,6% w grupie młodzieży w przedziale wiekowym 13–15 r.ż. Zadowolającym jest fakt, iż odsetek palących papierosy studentów w analizowanym badaniu był niższy niż w ogólnej populacji osób palących w Czechach. Zbliżone wyniki do zaobserwowanych wśród czeskich studentów otrzymano w badaniu przeprowadzonym na Łotwie (19,6%), Słowenii (18%), wyższe w Niemczech (28%), Słowacji (29%), Polsce (29%), Hiszpanii (29%), Litwie (30%) i we Włoszech (31%), natomiast najwyższy odsetek palących papierosy studentów wśród objętych badaniem GHPSS europejskich państw, odnotowano w Mołdawii (65%), Macedonii (53%) oraz w Bułgarii (52%). Analizy przeprowadzone przez Warren i wsp. [2011] wskazują, że w większości krajów europejskich, w których prowadzone było wspomniane badanie, palący papierosy studenci stanowią ponad jedną trzecią badanych. Jest to niepokojący wynik z racji tego, iż studenci kierunków medycznych powinni posiadać pełną wiedzę na temat szkodliwości palenia papierosów, ich wpływu (czynnego i biernego) na organizm ludzki oraz następstw, jakie to postępowanie za sobą niesie. Powinni również swoim postępowaniem dawać przykład zachowań prozdrowotnych pacjentom oraz posiadać odpowiednie predyspozycje potrzebne do udzielenia pomocy w walce z nałogiem tytoniowym.

Zbliżone wyniki do występujących w naszych analizach, dotyczące biernego narażenia na dym tytoniowy w środowisku domowym (w przeciągu tygodnia poprzedzającego badanie), zaobserwowano wśród studentów w Brazylii (24%), Algierii (27%), Słowenii (28%) czy Tajlandii (27,3%), natomiast najwyższy odsetek studentów deklaru-

jący występowanie tego zjawiska odnotowano w Albanii (72%) i na Kubie (71%). Jedynie w 15 z wszystkich 48 państw, w których było realizowane badanie wykorzystujące metodologię GHPSS odsetek studentów stomatologii, którzy odpowiadali, iż są eksponowani na środowiskowy dym tytoniowy był mniejszy niż 70%, co stanowi podobny wynik do obserwowanego w naszych analizach. W przypadku studentów kierunku lekarskiego w zdecydowanej większości państw objętych badaniem odsetek eksponowanych na bierne palenie w miejscach publicznych był wyższy niż wśród czeskich studentów i wynosił ponad 50%. Ważnym elementem dotyczącym polityki prozdrowotnej uczelni medycznych jest wprowadzenie oraz przestrzeganie zakazu palenia papierosów na terenie budynku uczelni, którego istnienie deklaruje ponad 90% studentów na Łotwie, Słowenii oraz Słowacji, co stanowi zbliżony wyniku do otrzymanego w naszej analizie. Niższy odsetek studentów wskazujących na występowanie tych przepisów zaobserwowano w pozostałych europejskich krajach objętych badaniem. Oddzielnym aspektem jest przestrzeganie tych przepisów, na co w ponad 80% wskazywali jedynie studenci z Armenii, Słowenii, Serbii, Urugwaju i Wietnamu.

Kolejna część w przeprowadzonym badaniu dotyczyła oceny opinii respondentów odnośnie roli lekarza w kreowaniu postaw zdrowotnych pacjentów, realizowaniu działań antytytoniowych oraz stanu uzyskania właściwej wiedzy i umiejętności w tym zakresie, podczas odbywania studiów medycznych. Podobnie do uzyskanych przez nas wyników, blisko ponad 70% studentów deklarowało, że lekarz pełni ważną rolę w udzielaniu porad dotyczących rzucania palenia tytoniu w 47 na 48 krajów, w których badaniem objęto studentów stomatologii i w 44 z 48 krajów, w których analiza dotyczyła studentów kierunku lekarskiego. Zadowala fakt, iż znaczny odsetek studentów zarówno w Czechach jak i w innych państwach objętych badaniem uważa, że lekarz powinien być przeszkolony w obrębie technik oraz poradnictwa antytytoniowego. Pomimo tego, w analizowanych przez nas badaniach w populacji czeskich studentów, jedynie 2,8% studentów kierunku lekarskiego i 3,2% studentów stomatologii deklarowało odbycie tego typu szkolenia. Bardzo słabe wyniki odnotowano również wśród pozostałych krajów objętych badaniem, gdzie tylko w 7 na 48 analizowanych krajów ponad 40% studentów stomatologii potwierdziło odbycie tego typu szkolenia, a w przypadku studentów kierunku lekarskiego taką deklarację odnotowano jedynie w 2 na 48 analizowanych krajów. Wyniki przeprowadzonych analiz jednoznacznie wskazują na brak odpowiedniego przygotowania przyszłych lekarzy w zakresie technik i umiejętności potrzebnych do pracy z pacjentami uzależnionymi od nikotyny oraz do prowadzenia odpowiedniej profilaktyki antytytoniowej. Istnieje duża potrzeba włączenia w toku realizacji obowiązkowych zajęć, praktycznych ćwiczeń z zakresu technik wspomagających rzucanie palenia, tak aby wyposażyć przyszłych

medyków we właściwe narzędzia przydatne w pracy z pacjentami oraz takie które pozwolą im w pełni wykorzystać ich potencjał nie tylko z zakresu skutecznego leczenia dolegliwości pacjentów ale także posłużą do prowadzenia działań profilaktycznych, gdyż podejmowanie tego typu działań ma kluczowe znaczenie z punktu widzenia globalnego zdrowia publicznego.

Wnioski

Przeprowadzone badanie wykazało, iż problem palenia tytoniu przez studentów kierunków medycznych jest nadal aktualny i odsetek palących studentów jest wciąż dość znaczny. Studenci zdają sobie sprawę z tego, że jako przyszli lekarze mają do odegrania ważną rolę społeczną w zakresie szerzenia wiedzy z dziedziny zdrowia publicznego oraz propagowaniu działań profilaktycznych, w tym także z zakresu poradnictwa antytytoniowego. Pomimo to zajęcia realizowane w ramach studiów medycznych nie obejmują edukacji w zakresie szczegółowych technik, pozyskiwania umiejętności i wiedzy niezbędnej do pomocy pacjentom, którzy chcą zerwać z nałogiem tytoniowym lub przychodzą po wsparcie i oczekują fachowej porady od lekarza dotyczącej dostępnych metod oraz farmakoterapii wspomagającej rzucenie palenia. Istnieje duża potrzeba zwrócenia szczególnej uwagi na rozszerzenie zakresu obowiązkowych zajęć na uczelniach medycznych obejmujących szeroko pojęte poradnictwo antytytoniowe, tak aby przyszli lekarze mogli właściwie realizować swoje zadanie nie tylko z zakresu diagnozowania oraz leczenia ale także przyczyniać się do zmniejszania skali nałogu tytoniowego i pomóc pacjentom skutecznie walczyć z tym problemem [WHO 2014].

Bibliografia

- Giovino GA. (2012), *Tobacco use in billion individuals from 16 countries: an analysis of nationally representative cross-sectional household surveys*, "Lancet", 380: 668–679.
- Eriksen M., Mackay J., Schluger N., Gomeshtapeh Fl., Drope J. (2015), *The tobacco atlas 5-th edition*, American Cancer Society, Atlanta, Georgia, USA.
- Hrubá D. (2004), *Antismoking education in Czech medical and dental faculties*, „European Journal of Dental Education”, t. 8, nr 4.
- Jiloha L.C. (2010), *Biological basis of tobacco addiction: Implications for smoking – cessation treatment*, "Indian Journal of Psychiatry", t. 4, nr 52.
- Kaleta D. (2004), *Leisure-time physical activity, cardiorespiratory fitness and work ability – a study in randomly selected residents of Łódź.*, "International Journal Of Occupational Medicine and Environmental Health", 17 (4): 457–64.

- Klibert A. (2006), *Możliwość wyjścia z uzależnienia od nikotyny na przykładzie chorych z nowotworami płuc*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, t. 4, nr 87.
- Králíková E. (2015), *Tobacco dependence treatment guidelines*, „Vnitřní Lékarství”, nr 1.
- Kwaśniewska M. (2004), *Sociodemographic and clinical determinants of quality of life in urban population of Poland*, „Central European Journal of Public Health”, 12(2): 63–68.
- La Torre G. (2012), *Tobacco use among medical students in Europe: Results of a multicentre study using the Global Health Professions Student Survey*, „Public Health”, nr 126.
- National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2014), *The Health Consequences of Smoking-50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General*.
- Pati S. (2014), *Putting Tobacco Cessation and Prevention into Undergraduate Medical Education*, „International Journal of Preventive Medicine”, t. 1, nr 5.
- Rosenthal D. (2011), *Nicotine Addiction: Mechanism and Consequences*, „International Journal of Mental Health”, nr 40.
- Sharma R. (2016), *Cigarette Smoking and Semen Quality: A New Meta-analysis Examining the Effect of the 2010 World Health Organization Laboratory Methods for the Examination of Human Semen*, European Urology.
- Sharps M. (2005), *Cognition at risk: gestalt / feature – intensive processing and cigarette smoking in college students*, „Current Psychology”, nr 24.
- The tobacco atlas 5-th edititon (2015), „American Cancer Society”.
- Warren C. (2009), *Evolution of the Global Tobacco Surveillance System (GTSS) 1998-2008*, „Global Health Promotion”, 16: 4–37.
- Warren C. (2005), *Tobacco use and cessation counselling: Global Health Professionals Survey Pilot Study, 10 countries*, „Tobacco Control”, nr 15.
- Warren C. (2011), *Tobacco use, exposure to secondhand smoke, and cessation counseling among medical students: cross-country data from the Global Health Professions Student Survey (GHPSS), 2005–2008*, „BMC Public Health”, nr 11.
- Warren C. (2011), *Tobacco Use, Exposure to Secondhand Smoke, and Cessation Counseling Training of Dental Students Around the World*, „Journal of Dental Education”, nr 75.
- World Health Organization (2006), *Tobacco: deadly in any form or disguise*.
- World Health Organization (2009), *WHO global report: mortality attributable to tobacco*.
- World Health Organization (2011), *Report of the Global Tobacco Epidemic 2011: warning about dangers of tobacco*, http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/en/index.html [12.04.2016].
- World Health Organization (2014), *Toolkit for delivering the 5A's and 5R's brief tobacco interventions in primary care*.
- World Health Organization (2015), *Report on the global tobacco epidemic 2015*, http://www.who.int/tobacco/global_report/2015/en/index.html [15.04.2016].
- Zatoński W. (2011), *Wspólne stanowisko dotyczące rozpoznawania i leczenia uzależnienia od tytoniu u pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego*, „Kardiologia Polska”, nr 69.

A. Hubert-Lutecka, W. Kołcz, M. Niedzin, K. Milcarz, D. Kaleta

Zhu S. (2012), *Interventions to increase smoking cessation at the population level: How much progress has been made in the last two decades?*, „Tobacco Control”, 21: 110–118.

Zygulska A. (2008), *Palenie tytoniu jako problem medyczny i prawny – wybrane zagadnienia*, „Zdrowie Publiczne”, t. 3, nr 118.

Nina Niezabitowska-Kowalczyk

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Marta Szkiela

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Marek Milcarz

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Sebastian Łapiński

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Dorota Kaleta¹

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Postrzeganie przez studentów roli lekarza w procesie rzucania palenia jako czynnik decydujący o skutecznym zarządzaniu zdrowiem populacji

The Perception of the Role of the Physitian in the Process of Quitting Smoking as a Important Factor in the Effective Management of Health of the Population

Abstract: Aim of the study was the analysis of the attitudes and opinions the Spanish medical students on smoking ban in the public places, the role of the health provider in the process of quitting, and practical skills in anti-tobacco counseling obtained during studies. The Global Health Professions Student Survey (GHPSS) in Spain was conducted among 920 medical students in 2010. 21.0% of medical students declared current tobacco smoking, 33.3% of students were exposed to secondhand tobacco smoke at home, and nearly 3/4 in public places. 76.2% of students supported the ban on smoking in all public places. More than half of students expressed the opinion that the physician plays an important role in shaping the attitudes of pa-

¹ E-mail: dorota.kaleta@umed.lodz.pl

tients and anti-tobacco counseling, almost all (97.1%) of students said that the physician plays an important role in providing quitting advice. Similarly about 74% of the students think that the patients have more chances to quit smoking if they are advised by health professional. Only 15.8% of students declared that they received specific training on smoking cessation techniques during their studies. In this group the chance of being smoker was significantly lower. In the group of students who opted for support for a smoking ban in all public places, risks of being a smoker was lower. There is a need to efficiently train and oblige students to participate in activities of anti-tobacco counseling, so that doctors can fully carry out its tasks in the future, not only therapeutic but also preventive.

Key words: Tobacco smoking, anti-tobacco counseling, training in anti-tobacco counseling, medical students, Spain.

Wstęp

Na całym świecie, jednym z największych wyzwań dla Zdrowia Publicznego jest dziś epidemia tytoniowa. Odsetek osób, które umierają z powodu chorób związanych z paleniem tytoniu, co roku jest wyższy, niż liczba ofiar gruźlicy, malarii i HIV/AIDS razem wziętych [WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008]. Według Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization*, WHO) palenie tytoniu zabija około 6 mln ludzi (w tym 600 000 zgonów przypisywanych jest biernemu paleniu, *Secondhand Tobacco Smoke SHS*). Wśród przyczyn zgonów spowodowanych paleniem tytoniu czołowe miejsce zajmują choroby układu krążenia, niewydolność oddechowa w przebiegu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc oraz rak płuca. Osoby palące żyją średnio o 14 lat krócej [Öberg et al. 2011, ss. 139–146; WHO, Report on the Global Tobacco Epidemic, 2011; WHO, Report on the Global Tobacco Epidemic, 2013]. Pomimo powszechnej wiedzy na temat szkodliwego wpływu palenia papierosów na zdrowie osób palących oraz narażonych na bierne palenie, zarówno czynne jak i bierne palenie nadal stanowi istotny problem z punktu widzenia Zdrowia Publicznego [Erriksen et al. 2012; IARC, 2004; IARC, 2012; U.S. Department of Health and Human Services 2014]. Według WHO w Hiszpanii papierosy pali ok. 28% dorosłych, do palenia papierosów przyznaje się ok. 22% dorosłych kobiet i ok. 31% dorosłych mężczyzn [WHO, Current Tobacco Smoking..., 2012]. Według WHO na środowiskowy dym tytoniowy w Hiszpanii narażonych jest 35% mężczyzn, 32% kobiet i aż 51% dzieci [WHO, Data on exposure to second-hand smoke, 2011].

Zaangażowanie pracowników służby zdrowia w epidemię tytoniową jest niezbędnym sposobem radzenia sobie z tym problemem [WHO, Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008]. Istotna rola lekarzy w poradnictwie antytytoniowym oraz możliwość skutecznej walki z nałogiem palenia papierosów wynika z posiadanego przez nich autorytetu, wiedzy oraz umiejętności, a także sposobności do częstego kontaktu

z pacjentem. Jednak z drugiej strony, pomimo posiadanej przez lekarzy świadomości roli, jaką odgrywają w zakresie działań profilaktycznych, zadania te nie są w pełni realizowane. Może to wynikać w dużej mierze z czasochłonności poradnictwa lub braku przekonania o umiejętności skutecznego realizowania interwencji antytytoniowej. Ponadto lekarze, którzy sami palą papierosy nie są wiarygodni w podejmowaniu interwencji antytytoniowej i kreowaniu postaw pacjentów. Istotne jest więc odpowiednie przygotowanie lekarzy do podejmowania działań profilaktycznych w zakresie palenia tytoniu. Edukacja w tym zakresie powinna być poszerzona w cyklu zajęć w ramach studiów medycznych.

Celem badania była analiza postaw hiszpańskich studentów kierunku lekarskiego dotyczących zakazu palenia papierosów w miejscach publicznych, roli lekarza w procesie rzucania palenia oraz praktycznych umiejętności w zakresie poradnictwa antytytoniowego uzyskanych w czasie studiów. Szczególną uwagę zwrócono na analizę zależności pomiędzy powyższymi zmiennymi, a statusem palenia papierosów przez studentów.

Materiał i metody

Podstawę niniejszej analizy stanowiło badanie przekrojowe *Global Health Professions Student Survey* (GHPSS). Metodologia, zakres badania oraz wykorzystany w badaniu kwestionariusz zostały opracowane przez ekspertów z *Tobacco Free Initiative* (TFI), WHO, a także *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC). Zgodnie z założeniami, we wszystkich krajach, które uczestniczyły w realizacji badania GHPSS populację badaną stanowili studenci trzeciego roku studiów medycznych (wydziały: dentystyczny, lekarski, pielęgniarstwo oraz farmacja).

W badaniu GHPSS zrealizowanym w Hiszpanii w roku 2010 badaniem zostało objętych 920 studentów medycyny. Narzędzie badawcze stanowił anonimowy kwestionariusz, który składał się z 42 pytań podzielonych na 6 sekcji:

1. Palenie tytoniu.
2. Ekspozycja na środowiskowy dym tytoniowy.
3. Postawy wobec zakazu palenia i roli pracowników służby zdrowia w zakresie poradnictwa antytytoniowego.
4. Uzależnienie od nikotyny i próby zerwania z nałogiem.
5. Edukacja w zakresie interwencji antytytoniowej uzyskana w toku studiów.
6. Dane społeczno-demograficzne.

Za osoby palące papierosy zostali uznani studenci, którzy odpowiedzieli, że palili papierosy, co najmniej raz w ciągu 30 dni poprzedzających badanie. W analizie uwzględniono również postawy studentów wobec całkowitego zakazu palenia

w: restauracjach, barach, klubach nocnych i muzycznych, a także we wszystkich miejscach publicznych. Szczególna uwaga zwrócona została na postawy studentów dotyczące roli lekarza w procesie rzucania palenia z uwzględnieniem roli, jaką pełni lekarz w kreowaniu postaw pacjentów, udzielaniu porad antytytoniowych (z uwzględnieniem statusu palenia lekarza), szanse na zaprzestanie palenia w przypadku porady udzielanej przez lekarza oraz powinności lekarza w zakresie działań, które mają na celu zrezygnowanie z palenia przez pacjentów. Kolejne zmienne uwzględnione w analizie dotyczyły oczekiwań studentów dotyczących edukacji w zakresie technik wspomagających rzucenie palenia oraz szkoleń w tym zakresie, które zostały odbyte w czasie studiów. Dodatkowe zmienne uwzględnione w analizie obejmują wiek oraz płeć badanych osób.

Analiza statystyczna

Do oceny zależności między wybranymi czynnikami, a statusem palenia zastosowano model regresji logistycznej. Wyniki zostały przedstawione w postaci surowych i skorygowanych ilorazów szans (OR) oraz 95% przedziałów istotności (95% CI). W modelu wieloczynnikowym zostały uwzględnione wszystkie zmienne przy poziomie istotności 0,1. Wnioskowanie statystyczne zostało przeprowadzone na podstawie testów istotności przy poziomie 0,05. Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą pakietu statystycznego STATISTICA Windows XP version 10.0. Biorąc pod uwagę brak danych dotyczących statusu palenia dla 10 studentów, ostateczną analizą zostało objętych 191 palących studentów i 719 studentów niepalących.

Wyniki

Najliczniejszą grupę (70,5%) stanowili studenci w wieku 20 lat lub poniżej. Najmniej liczną grupę (5,5%) stanowili studenci w wieku 25 lat i powyżej. Kobiety stanowiły 72,5% badanej populacji. Aktualnie palących było 21,0% badanych studentów. Narażenie na środowiskowy dym tytoniowy w domu w ciągu ostatniego tygodnia zgłosiło 33,3% studentów. Odsetek osób narażonych na środowiskowy dym tytoniowy w miejscach publicznych w ciągu ostatniego tygodnia był znacznie wyższy i wyniósł 77,4% badanej populacji. Również 92,0% ankietowanych wskazało, że na terenie ich uczelni obowiązuje zakaz palenia papierosów i aż 78,8% studentów potwierdziło, że zakaz ten jest w pełni respektowany. Tylko 0,4% badanych przyznało się do palenia papierosów w budynku uczelni w ciągu ostatniego roku (tabela 1).

Tabela 1. Charakterystyka badanej populacji, palenia czynnego i biernego oraz egzekwowania przez uczelnię przepisów dotyczących zakazu palenia

Zmienne	Studenci kierunku lekarskiego N=920 (%)
Wiek (lata)	
≤20	634 (70,5)
20-24	216 (24,0)
≥25	49 (5,5)
Brak danych	21 (2,3)
Płeć	
Męska	248 (27,5)
Żeńska	655 (72,5)
Brak danych	17 (1,9)
Aktualnie palący papierosy	
Tak	191 (21,0)
Nie	719 (79,0)
Brak danych	10 (1,1)
Narażenie na środowiskowy dym tytoniowy w domu w ciągu ostatniego tygodnia	
Tak	301 (33,3)
Nie	603 (66,7)
Brak danych	16 (1,7)
Narażenie na środowiskowy dym tytoniowy w miej- scach publicznych w ciągu ostatniego tygodnia	
Tak	702 (77,4)
Nie	205 (22,6)
Brak danych	13 (1,4)
Zakaz palenia w budynku uczelni	
Tak	836 (92,0)
Nie	73 (8,0)
Brak danych	11 (1,2)
Egzekwowanie przez uczelnię zakazu palenia	
Tak	713 (78,8)
Nie	192 (21,2)
Brak danych	15 (1,6)
Palenie papierosów w budynku uczelni w ciągu ostat- niego roku	
Nigdy nie paliłem(am)	504 (55,5)
Tak	4 (0,4)
Nie	401 (44,1)
Brak danych	11 (1,2)

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania GHPSS Hiszpania.

Poparcie dla całkowitego zakazu palenia we wszystkich miejscach publicznych zadeklarowało ponad 76% badanych. Za całkowitym zakazem palenia w restauracjach opowiedziało się ponad 82% badanych, natomiast całkowity zakaz palenia w barach, klubach nocnych i muzycznych poparło 64,7% badanych (tabela 2).

Tabela 2. Postawy studentów kierunku lekarskiego dotyczące zakazu palenia papierosów w miejscach publicznych oraz analiza wpływu tych postaw na status palenia studentów

Poparcie dla całkowitego zakazu palenia	Studenci kierunku lekarskiego			OR (95% CI)
	Ogółem N=910 N (%)	Pałący N=191 N (%)	Niepałący N=719 N (%)	
W restauracjach (dla 9 os. b.d)				
Tak	741 (82,2)	121 (16,3)	620 (83,7)	0,26(0,18–0,37)*
Nie	160 (17,8)	69 (43,1)	91 (56,9)	1
W barach, klubach nocnych i muzycznych (dla 10 os. b.d)				
Tak	582 (64,7)	54 (9,3)	528 (90,7)	0,14(0,10–0,20)*
Nie	318 (35,3)	135 (42,5)	183 (57,5)	1
We wszystkich miejscach publicznych (dla 7 os. b.d)				
Tak	688 (76,2)	90 (13,1)	598 (86,9)	0,17(0,12–0,24)*
Nie	215 (23,8)	101 (47,0)	114 (53,0)	1

* $p < 0.001$ dla porównania osób pałących i niepałących

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania GHPSS Hiszpania.

Tylko nieco ponad 50% badanych studentów stwierdziło, że lekarz pełni ważną rolę w kreowaniu postaw pacjentów (w tym większość stanowili niepałący – około 85%), natomiast aż 97,1% badanych zgodziło się z opinią, iż lekarz pełni ważną rolę w udzielaniu porady dotyczącej rzucenia palenia. Ponad 64% studentów stwierdziło, że lekarz, który pali papierosy, rzadziej udziela pacjentom porady dotyczącej zaprzestania palenia. Jednocześnie większość ankietowanych uważała, że w przypadku otrzymania wsparcia od lekarza pacjent ma większą szansę na zerwanie z nałogiem (74,3%). Prawie wszyscy (97,5%) ankietowani zgodzili się ze stwierdzeniem, że lekarz powinien udzielać porad dotyczących rzucenia palenia. Większość badanych (84,0%) uważa także, że lekarz powinien być przeszkolony w zakresie technik wspomagających rzucenie palenia. Jednakże tylko nieco niespełna 16% badanych odbyło w czasie studiów szkolenie w zakresie technik wspomagających rzucenie palenia. Nieco więcej, bo 27,2% studentów odbyło szkolenie odnośnie potrzeby wykorzystywania materiałów edukacyjnych dla pacjentów, którzy chcą rzucić palenie (tabela 3).

Tabela 3. Postrzeganie przez studentów roli lekarza w procesie rzucania palenia, informacja dotycząca szkoleń w zakresie poradnictwa antytytoniowego odbytych w toku studiów oraz analiza zależności między poszczególnymi zmiennymi a statusem palenia studentów

	Studenci kierunku lekarskiego			OR (95% CI)
	Ogółem N=910 N (%)	Palący N=191 N (%)	Niepalący N=719 N (%)	
Lekarz pełni ważną rolę w kreowaniu postaw pacjentów (dla 10 osób b.d.):				
Tak	468 (52,0)	71 (15,2)	397 (84,8)	0,48 (0,35–0,67)*
Nie	432 (48,0)	117 (27,1)	315 (72,9)	1
Lekarz pełni ważną rolę w udzielaniu porady dotyczącej rzucenia palenia (dla 4 osób b.d.):				
Tak	880 (97,1)	184 (20,9)	696 (79,1)	0,72 (0,30–1,74)
Nie	26 (2,9)	7 (2,9)	19 (73,1)	1
Lekarz, który pali papierosy rzadziej udziela pacjentom porady dotyczącej zaprzestania palenia (dla 16 osób b.d.):				
Tak	576 (64,4)	99 (17,2)	477 (82,8)	0,55 (0,40–0,77)*
Nie	318 (35,6)	87 (27,4)	231 (72,6)	1
Pacjenci mają większą szansę na rzucenie palenia w przypadku porady uzyskanej od lekarza:				
Tak	666 (74,3)	133 (20,0)	533 (80,0)	0,76 (0,53–1,08)
Nie	230 (25,7)	57 (24,8)	173 (75,2)	1
Lekarz powinien udzielać porad dotyczących rzucenia palenia (dla 5 osób b.d.):				
Tak	882 (97,5)	185 (21,0)	697 (79,0)	0,75 (0,29–1,95)
Nie	23 (2,5)	6 (2,6,1)	17 (73,9)	1
Lekarz powinien być przeszkolony w zakresie technik wspomagających rzucenie palenia (dla 6 osób b.d.):				
Tak	759 (84,0)	161 (21,2)	598 (78,8)	1,03 (0,65–1,63)
Nie	145 (16,0)	30 (20,7)	115 (79,3)	1
Szkolenie w zakresie technik wspomagających rzucenie palenia odbyte w czasie studiów (dla 10 osób b.d.):				
Tak	142 (15,8)	33 (23,2)	106 (76,8)	1,19 (0,77–1,82)
Nie	758 (84,2)	154 (20,3)	604 (79,7)	1
Szkolenie odnośnie potrzeby wykorzystywania materiałów edukacyjnych dla pacjentów, którzy chcą rzucić palenie/(dla 17 osób b.d.):				
Tak	243 (27,2)	56 (23,0)	187 (77,0)	1,20 (0,84–1,71)
Nie	650 (72,8)	130 (20,0)	520 (80,0)	1
Płeć (dla 17 osób b.d.)				
Kobieta	651 (72,9)	135 (20,7)	516 (79,3)	0,98 (0,66–1,45)
Mężczyzna	242 (17,1)	51 (21,1)	191 (78,3)	1
Wiek (lata):				
≤20	629 (71,6)	117 (18,6)	512 (81,4)	1,50 (1,03–2,16)**
20–24	212 (24,1)	54 (25,5)	158 (74,5)	1,62 (0,83–3,17)
≥25	48 (4,3)	13 (27,1)	35 (72,9)	

*p<0.001; **p<0,05 dla porównania osób palących i niepalących/ *p<0.001; HP - health provider

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania GHPSS Hiszpania.

Analiza z uwzględnieniem statusu palenia wykazała, iż w grupie studentów deklarujących poparcie dla zakazu palenia we wszystkich miejscach publicznych istotnie więcej było osób niepalących, wśród osób niepalących poparcie dla zakazu palenia we wszystkich miejscach publicznych zadeklarowało 87% osób ankietowanych, a wśród palących tylko 13,1%. Podobna zależność została zaobserwowana w przypadku poparcia zakazu palenia w restauracjach oraz barach, klubach nocnych i muzycznych (restauracje: blisko 84% niepalących studentów i 16,3% palących, bary, kluby nocne i muzyczne odpowiednio: 90,7% niepalących i 9,3% palących). W grupie studentów uznających istotną rolę lekarza w kreowaniu postaw pacjentów (84,8% studentów niepalących oraz 15,2% palących studentów) oraz w udzielaniu porad dotyczących rzucenia palenia istotnie mniej było osób palących (79,1% studentów niepalących oraz blisko 21,0% palących studentów). Podobnie istotnie mniej było osób palących zgadzających się z opinią, że w przypadku otrzymania wsparcia od lekarza istnieje większa szansa na zerwanie z nałogiem (80,0% niepalących i 20,0% palących). Również więcej osób niepalących znalazło się wśród studentów potwierdzających opinię, że lekarz powinien udzielać porad dotyczących rzucenia palenia (79,0% niepalących i 21,0% palących). Istotnie więcej niepalących studentów uważa, że lekarz, który pali papierosy, rzadziej udziela pacjentom porady dotyczącej zaprzestania palenia (17,2% palących i 82,8% niepalących). Z opinią, że lekarz powinien być przeszkolony w zakresie technik wspomagających rzucenie palenia zgodziło się więcej niepalących studentów (78,8% niepalących, 21,2% palących), również więcej niepalących studentów odbyło taki rodzaj szkolenia w czasie studiów (76,8% niepalących i 23,2% palących). Zdecydowanie więcej osób niepalących odbyło szkolenie na temat potrzeby wykorzystywania materiałów edukacyjnych dla pacjentów, którzy chcą rzucić palenie (77,0% niepalących i 23,0% palących) (tabela 4).

Tabela 4. Model wieloczynnikowy (palący vs. niepalący)

Zmienne	Studenci kierunku lekarskiego	
	OR	95% CI
Poparcie dla zakazu palenia w restauracjach	1,0	0,6–1,7
Poparcie dla zakazu palenia w barach, klubach nocnych i muzycznych	0,2	0,1–0,3
Poparcie dla zakazu palenia we wszystkich miejscach publicznych	0,4	0,3–0,7
Lekarz pełni ważną rolę w kreowaniu postaw pacjentów	0,5	0,4–0,8
Lekarz pełni ważną rolę w udzielaniu porady dotyczącej rzucenia palenia	1,4	0,4–4,4

Lekarz powinien być przeszkolony w zakresie technik wspomagających rzucenie palenia	1,2	0,7–2,0
Szkolenie w zakresie technik wspomagających rzucenie palenia odbyte w czasie studiów	1,2	0,6–2,2
Szkolenie odnośnie potrzeby wykorzystywania materiałów edukacyjnych dla pacjentów, którzy chcą rzucić palenie	1,1	0,7–1,8
Lekarz powinien udzielać porad dotyczących rzucenia palenia	2,1	0,4–10,5
Pacjenci mają większą szansę na rzucenie palenia w przypadku porady uzyskanej od lekarza	0,9	0,6–1,4
Lekarz, który pali papierosy rzadziej udziela pacjentom porady dotyczące zaprzestania palenia	0,7	0,5–1,0
Płeć (kobieta)	1,0	0,7–1,6
Wiek (lata)		
20-24	1,6	1,1–2,5
>25	3,2	1,4–7,0

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania GHPSS Hiszpania.

Dyskusja

Przeprowadzona analiza wykazała, że około ¼ grupy paliła papierosy. Wysoki odsetek badanych był narażony na bierne palenie, zarówno w miejscach publicznych (77,4%), jak i w domu (33,3%). Znaczący odsetek ankietowanych opowiedział się za zakazem palenia w miejscach publicznych (76,2%). Ponad połowa studentów wskazała na znaczącą rolę lekarza w kreowaniu postaw pacjentów (52,0%), a prawie wszyscy badani (97,1%) wskazali na znaczącą rolę lekarza w udzielaniu porady dotyczącej rzucenia palenia. Niemal 85% badanych stwierdziło, że lekarz powinien być przeszkolony w zakresie technik wspomagających rzucenie palenia, niestety mimo to tylko niespełna 16 % studentów odbyło w czasie studiów szkolenie w tym zakresie. Badani studenci, którzy opowiedzieli się za zakazem palenia w miejscach publicznych oraz wyrazili opinię, że lekarz pełni ważną rolę w udzielaniu porad dotyczących zerwania z nałogiem palenia, posiadali istotnie mniejsze ryzyko palenia papierosów niż grupa, która nie deklarowała takich przekonań. Również w grupie studentów, którzy odbyli szkolenia w zakresie technik antytytoniowych, szansa palenia była istotnie niższa niż w grupie studentów, którzy że nie brali udziału w takim szkoleniu w czasie studiów.

Odsetek palących studentów (21,0%) był nieco niższy od odsetka palących dorosłych Hiszpanów zgłoszonego przez WHO (ok 28%) [WHO, Current Tobacco Smoking for Adult., 2012]. W analizach badania GHPSS wykonanych przez Warren i wsp. [Warren et al. 2011, ss. 1–16; Warren et al. 2011, ss. 385–405] w ponad połowie z 40 krajów,

w których realizowane było badanie odsetek studentów, którzy deklarowali aktualne palenie papierosów przekraczało 20%. Wyższe wyniki od otrzymanych w niniejszej analizie odnotowano niemalże we wszystkich krajach w których zostało zrealizowane badanie GHPSS, we Włoszech (29%), w Czechach (33%), na Litwie (30%) na Słowacji (29%) w Niemczech (22%), w Bułgarii (52%), Grecji (39%), czy Rosji (65%) [Warren et al. 2011, ss. 1–16; Warren et al. 2011, ss. 385–405; La Torre et al. 2012, ss. 159–164]. Odsetek palących papierosy studentów medycyny we wszystkich wyżej wymienionych krajach jest niepokojąco wysoki. Studiujący na kierunkach medycznych powinni być świadomi szkodliwego wpływu palenia na zdrowie, a także wyposażeni w narzędzia wspierające rzucenie palenia. Wymaga zauważenia fakt, że w większości wyżej wymienionych państw odsetek osób palących w grupie studentów medycyny jest wyższy niż dla ogółu społeczeństwa, Hiszpania stanowi tu wyjątek, odsetek palących studentów jest mniejszy od odsetka ogółu społeczeństwa [Warren et al. 2011, ss. 1–16; Warren et al. 2011, ss. 385–405].

Narażenie na środowiskowy dym tytoniowy w domu dotyczyło 33,3% badanych, a w miejscach publicznych aż 77,4%, natomiast według danych WHO na środowiskowy dym tytoniowy w Hiszpanii narażonych jest 35% mężczyzn, 32% kobiet i aż 51% dzieci [WHO, Data on exposure to second-hand smoke, 2011].

Istotne jest wprowadzenie i egzekwowanie zakazu palenia na terenie uczelni. W niniejszej analizie, podobnie jak w badaniach przeprowadzonych na Litwie, w Czechach, Słowenii i Słowacji ponad 90% studentów wskazała, że na terenie uczelni obowiązują przepisy zakazujące palenia papierosów. W pozostałych krajach regionu europejskiego odnotowano niższy odsetek ankietowanych wskazujących na występowanie zakazu palenia na terenie uczelni [Warren et al. 2011, ss. 1–16; Warren et al. 2011, ss. 385–405]. Tylko 0,4% Hiszpańskich studentów przyznało się do palenia papierosów na terenie uczelni, a więc przepis ten jest prawie całkowicie egzekwowany, natomiast w Czechach i na Słowacji mniej niż 60% studentów deklaruje egzekwowanie tego przepisu [Warren et al. 2011, ss. 1–16; Warren et al. 2011, ss. 385–405].

Przeprowadzona analiza wykazała 76,2% odsetek poparcia dla zakazu palenia we wszystkich miejscach publicznych. Odsetek ten był wyższy w Niemczech i we Włoszech [Warren et al. 2011, ss. 1–16; Warren et al. 2011, ss. 385–405; La Torre et al. 2012, ss. 159–164]. W niniejszej analizie stwierdzono, że niemal wszyscy (97,1%) studenci zgadzają się ze stwierdzeniem, że lekarz pełni ważną rolę w udzielaniu porady dotyczącej rzucenia palenia. Niższy odsetek (ponad 80%) uzyskano w 42 z 46 państw objętych badaniem. Ponadto znaczny odsetek studentów w Hiszpanii oraz w pozostałych krajach uważał, że lekarz powinien być przeszkolony w zakresie technik i poradnictwa antytytoniowego [Warren et al. 2011, ss. 1–16; Warren et al. 2011, ss. 385–405]. Po-

mimo takiej opinii jedynie 15,8% badanych studentów w Hiszpanii odbyło takie szkolenie w trakcie studiów, a w 2 na 48 badanych państw ponad 40% studentów medycyny deklorowało realizację takiego szkolenia [Warren et al. 2011, ss. 1–16]. Przeprowadzone analizy wskazują na potrzebę włączenia zajęć z zakresu poradnictwa antytytoniowego do toku studiów, dzięki czemu przyszli lekarze zostaną lepiej wyposażeni w umiejętności, które będą mogli wykorzystać w pracy z pacjentami uzależnionymi od palenia papierosów.

Niewątpliwa zaletę obecnego badania stanowi sposób jego realizacji zgodnie ze standardową metodologią wspólną dla wielu krajów w poszczególnych regionach WHO. Stwarza to możliwość porównania wyników uzyskanych w poszczególnych analizach [La Torre et al. 2012, ss. 159–164; Musskopf et al. 2014, ss. 312–317; Saulle et al. 2013, ss. 3635–3639; Sinha et al. 2010, ss. 30–34; Sinha et al. 2012, ss. 379–386; Warren et al. 2011, ss. 1–16; Warren et al. 2011, ss. 385–405]. Główne ograniczenie stanowi objęcie badaniem studentów trzeciego roku studiów oraz przyjęta definicja palenia (najmniej raz w ciągu 30 dni poprzedzających badanie).

Wnioski

Przeprowadzona analiza wykazała, że ¼ hiszpańskich studentów medycyny przyznaje się do palenia tytoniu. Większość stwierdziła, że na ich uczelniach obowiązuje zakaz palenia i że jest on egzekwowany. Chociaż większość ankietowanych uznawała ważną rolę lekarza w kreowaniu postaw pacjentów oraz w udzielaniu porady dotyczącej rzucenia palenia oraz zgadzała się ze stwierdzeniem, że lekarz powinien być przeszkolony w zakresie technik wspomagających rzucenie palenia, tylko niemal 16% deklorowało uczestnictwo w szkoleniu w zakresie technik wspomagających rzucenie palenia. Należy poszerzyć zakres i liczbę zajęć z poradnictwa antytytoniowego na hiszpańskich uczelniach medycznych, a także obligować studentów do uczestnictwa w takich zajęciach, tak aby przyszli lekarze mogli w pełni realizować również swoje profilaktyczne zadania, nie tylko lecznicze.

Bibliografia

- Eriksen M., Mackay J., Ross H. (2012), *The Tobacco Atlas Fourth Edition*, American Cancer Society, Atlanta, Georgia, and World Lung Foundation, New York.
- IARC (2004), *Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking*, Volume 83, Lyon, France.
- IARC (2012), *Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Personal Habits and Indoor Combustions, a Review of Human Carcinogens*, Volume 100 E, Lyon, France.

- La Torre G., Kirch W., Bes-Rastrollo M., Ramos R.M., Czaplicki M., Gualano M.R. et al. (2012), *Tobacco use among medical students in Europe: Results of a multicentre study using the Global Health Professions Student Survey*, "Public Health", 126: 159–164.
- Musskopf M.L., Fiorini T., Haddad D.C., Susin C. (2014), *Tobacco use and smoking cessation among third-year dental students in southern Brazil*, "International Dental Journal", 64: 312–317.
- Saulle R., Bontempi C., Baldo V., Boccia G., Bonaccorsi G., Brusaferrò S. et al. (2013), *GHPSS multi-center Italian survey: smoking prevalence, knowledge and attitudes, and tobacco cessation training among third-year medical students*, "Tumori", 99: 17–22.
- Sinha D.N., Rinchen S., Palipudi K.M., Nang Naing S., de Silva P., Khadka B.B. et al. (2012), *Tobacco use, exposure to second-hand smoke, and cessation training among the third-year medical and dental students in selected Member States of South-East Asia region: A trend analysis on data from the Global Health Professions Student Survey, 2005-2011*, "Indian Journal of Cancer", 49(4): 379–386.
- Sinha D.N., Singh G., Gupta P.C., Pednekar M., Warrn C.W., Asma S., Lee J. (2010), *Linking India Global Health Professions Student Survey data to the World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control*, "Indian Journal of Cancer", 47(Suppl 1): 30–34.
- U.S. Department of Health and Human Services (2014), *The Health Consequences of Smoking: 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General*, Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- Öberg M., Jaakkola M.S., Woodward A., et al. (2011), *Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries*, "Lancet", 377: 139–146.
- Warren Ch. W., Sinha D.N., Lee J., Lea V., Jones N., Asma Samira (2011), *Tobacco Use, Exposure to Secondhand Smoke, and Cessation Counseling Training of Dental Students Around the World*, "Journal of Dental Education", 75(3): 385–405.
- Warren Ch.W., Sinha D.N., Lee J., Lea V., Jones N.R. (2011), *Tobacco use, exposure to secondhand smoke, and cessation counseling among medical students: cross-country data from the Global Health Professions Student Survey (GHPSS), 2005-2008*, BMC Public Health, 11(72): 1–16 [online] <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/72>, dostęp: 5 kwietnia 2016.
- WHO (2008), *Report on the global tobacco epidemic 2008. The MPOWER package*, World Health Organization, Geneva, [online] <http://www.who.int/tobacco/mpower/2008/en/>, dostęp: 8.08.2016.
- WHO (2011), *Report on the global tobacco epidemic, 2011. Warning about the dangers of tobacco*, World Health Organization, Geneva, [online] http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/en/index.html, dostęp: 8.08.2016.
- WHO (2012), *Current Tobacco Smoking for Adult. Spain*, World Health Organization [online], <http://data.euro.who.int/tobacco/Sites/CountryTimelineChart.aspx?countryId=49>, dostęp: 8.08.2016.
- WHO (2013), *Report on the global tobacco epidemic, 2013. Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship*, World Health Organization, Geneva, [online] http://www.who.int/tobacco/global_report/2013/en/index.html, dostęp: 8.08.2016.
- WHO (2011), *Data on exposure to second-hand smoke*, World Health Organization [online], <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco/news/news/2011/01/4-countries-release-data-on-exposure-to-second-hand-smoke>, dostęp: 8.08.2016.

Katarzyna Milcarz

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Marta Szkiela

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Dorota Kaleta¹

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Wpływ procesu legislacyjnego w zakresie kontroli używania tytoniu na skuteczne zarządzanie zdrowiem kobiet w wieku rozrodczym

The Impact of the Legislative Process in the Field of Tobacco Control for the Effective Management of Reproductive-aged Women's Health

Abstract: Tobacco use and secondhand smoke (SHS) exposure in reproductive-aged women can cause many health problems, for example: Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), lung cancer, breast cancer, eye disease and adverse reproductive health outcomes. The aim of the study was to assess the prevalence of smoking and the determinants of smoking among reproductive-aged women in Greece. The data used for this analysis come from a Global Adult Tobacco Survey (GATS). The highest percentage of women smokers has occurred among women living in homes where smoking was allowed (55,2%). Most women exposed to secondhand smoke at home, also was in the group of women who live in homes where smoking was allowed (99,4%). Most women exposed to secondhand smoke at work, was in the group of women living in homes with no rules on smoking (70,4%). In Greece, the percentage of smoking and exposure to secondhand smoke among reproductive-aged women is high, so it is reasonable to introduce strategies for smoking cessation and prevent initiation of smoking.

Key words: legislative process, reproductive-age, field of tobacco.

¹ E-mail: dorota.kaleta@umed.lodz.pl

Wstęp

Palenie tytoniu oraz narażenie na bierne palenie (SHS) kobiet w wieku rozrodczym może powodować negatywne skutki dla zdrowia reprodukcyjnego, takie jak powikłania ciąży, przedwczesny poród, martwe urodzenia i zgony niemowląt [CDC 2004; CDC 2006; England et al. 2010, ss. 454–64]. Dym tytoniowy zawiera wiele szkodliwych substancji, które wywierają negatywny wpływ na płodność kobiet [Hannoun et al. 2010, ss. 171–174]. Niekorzystne działanie składników dymu tytoniowego dotyczy wszystkich etapów rozwoju prenatalnego. [Polańska, Hanke 2004, ss. 683–91; Tsutsumi et al. 2009, ss. 1614–1617; Malik 2008, ss. 810–816], dym tytoniowy także komplikacje przebiegu ciąży (zespół opóźnienia wzrostu wewnątrzmacicznego, przedwczesne oddzielenie łożyska oraz przedwczesne pęknięcie błon płodowych) [Castles et al. 1999, ss. 208–215]. Palenie tytoniu oraz bierne narażenie na dym tytoniowy stanowi czynnik ryzyka wielu chorób nowotworowych wśród kobiet, np. nowotworu płuc, jest główną przyczyną raka jamy nosowo-gardłowej i pęcherza moczowego u kobiet, zwiększa ryzyko zachorowania na raka trzustki, nerki, krtani i przełyku. Palenie tytoniu jest głównym czynnikiem ryzyka choroby wieńcowej serca kobiet poniżej 50 roku życia. Palenie jest główną przyczyną POChP (Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc) wśród kobiet, a ryzyko zwiększa się wraz z ilością i czasem trwania palenia. Około 90 procent umieralności z powodu POChP wśród kobiet w Stanach Zjednoczonych można przypisać paleniu papierosów. Kobiety, które palą papierosy są dużo częściej narażone na choroby oczu takie jak zaćma, czy zwyrodnienie plamki żółtej [CDC 2001].

Rozpowszechnienie palenia tytoniu wśród dorosłych mieszkańców Grecji jest jednym z najwyższych w Europie. Według badania GATS zrealizowanego w Grecji w 2013 roku, 38,2% (3,5 mln) badanych pali. Rozpowszechnienie palenia jest wyższe u mężczyzn niż u kobiet (51,2% vs. 25,7%). Codziennie paliło 36,6% (3,4 mln) badanych (mężczyźni 49,7%, kobiety 23,9%), 1,6% rzadziej (mężczyźni 1,5%; 1,8% kobiety). Ponadto szacuje się, że 52,3% pracujących dorosłych (1,6 mln osób) było narażonych na bierne palenie w pracy, a 65,7% (6,05 mln osób) w domu [WHO, GATS Grece 2013]. W Grecji palenie jest zabronione we wszystkich miejscach publicznych. Jedyne wyjątki przepisów antynikotynowych stanowią kasyna i duże lokale rozrywkowe z muzyką na żywo o powierzchni ponad 300 m², w których znajdują się wyznaczone miejsca dla palących [WHO, GATS Greece 2013].

Celem pracy jest ocena rozpowszechnienia palenia oraz czynników warunkujących palenie wśród kobiet w wieku reprodukcyjnym w Grecji.

Material i metody

Dane wykorzystane do niniejszej analizy pochodzą z badania Global Adult Tobacco Survey (GATS), które zostało zrealizowane w Grecji w 2013 roku. GATS to ogólnostanowowe badanie sondażowe, pozwalające na systematyczne monitorowanie częstości palenia tytoniu oraz używania tytoniu bezdymnego wśród osób dorosłych. We wszystkich krajach objętych badaniem GATS zastosowano tę samą metodologię, obejmująca podstawowe dane o respondencie, a także dane na temat palenia i używania tytoniu bezdymnego, rzucania palenia, biernego palenia, ekonomicznych aspektów palenia, informacji w mediach na temat tytoniu oraz postrzegania, wiedzy i postaw wobec używania tytoniu i polityki regulacyjnej. W Grecji badanie GATS zostało przeprowadzone, jako badanie gospodarstw domowych, osób w wieku 15 lat i starszych. Przebadano 6600 gospodarstw domowych, z których 4500 zakończyło badania przesiewowe, przeprowadzono wywiady z 4359 osobami. Całkowity odsetek odpowiedzi wyniósł 69,6%. Wskaźnik odpowiedzi w gospodarstwie domowym wyniósł 71,7% (70,7% miasto, 74,2% wieś), natomiast odsetek odpowiedzi indywidualnych 97,0% (97,6% miasto, 95,7% wieś). Badanie zostało przeprowadzone przez National School of Public Health, Zakład Higieny i Epidemiologii Uniwersytetu Tesalii oraz MRB Hellas (Market Research Company).

Na potrzeby niniejszej analizy pod uwagę zostały wzięte dane o rozpowszechnieniu palenia tytoniu, stosowaniu bezdymnego tytoniu oraz narażeniu na bierne palenie (SHS) wśród kobiet w wieku 15–49 lat. Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz GATS. W analizie oceniono zależność pomiędzy wiekiem, krajem pochodzenia, miejscem zamieszkania (miasto, wieś), poziomem wykształcenia, zatrudnieniem, poziomem dochodów, stanem cywilnym, wiekiem rozpoczęcia palenia, poziomem poparcia dla kontroli tytoniowej, zasadach dotyczących palenia w domu, oraz świadomością wpływu czynnego i biernego palenia na zdrowie, a statusem palenia tytoniu (palący, niepalący), narażeniem na środowiskowy dym tytoniowy (w miejscu zamieszkania oraz w miejscu pracy), stosowaniem papierosów elektronicznych. W analizie oszacowano również stopień ryzyka palenia tytoniu w zależności od wieku, kraju pochodzenia, miejsca zamieszkania (miasto, wieś), poziomu wykształcenia, zatrudnienia, poziomu dochodów, stanu cywilnego, wieku rozpoczęcia palenia, poziomu poparcia dla kontroli tytoniowej, zasad dotyczących palenia w domu, oraz świadomości wpływu czynnego i biernego palenia na zdrowie.

Analiza statystyczna

Do oceny zależności pomiędzy wybranymi czynnikami, a statusem palenia zastosowano model regresji logistycznej. Wyniki zostały przedstawione w postaci surowych i skorygowanych ilorazów szans (OR) oraz 95% przedziałów istotności (95% CI). W modelu wieloczynnikowym uwzględniono wszystkie zmienne przy poziomie istotności 0,1. Wnioskowanie statystyczne zostało przeprowadzone na podstawie testów istotności przy poziomie 0,05. Do przeprowadzenia analizy statystycznej został wykorzystany program STATISTICA w wersji 10.0 dla systemu Windows XP. Badaniem objęto 1160 kobiet.

Wyniki

Najlicniejszą grupę badanych pod względem wieku stanowiły kobiety w przedziale wiekowym 35–49 lat, najmniej liczna grupa to kobiety w wieku od 15 do 24 lat. Największy odsetek palących kobiet (40,9%) wystąpił w grupie wiekowej 25–35 lat, a najmniejszy (26,1%) w grupie 15–24 lata. Tylko 2,5% kobiet z grupy wiekowej 25–35 lat, oraz 2,4% z grupy 15–24 lata stosowało papierosy elektroniczne. W najmłodszej grupie wiekowej żadna z kobiet nie stosowała e-papierosów. Najbardziej narażona na bierne palenie w domu była najmłodsza grupa, odsetek narażonych w tej grupie był wysoki i wyniósł 76,1%. Najmniej narażona na bierne palenie w domu była najstarsza grupa kobiet, ale odsetek był dość wysoki i wyniósł 72,5%. Na środowiskowy dym tytoniowy w pracy najbardziej narażona była grupa 25–35 lat (43,6%), a najmniej, grupa 15–24 lata (28,6%). W podziale na kraj pochodzenia, kobiety pochodzące z Grecji stanowiły większość badanych. Również w tej grupie większy był odsetek palących kobiet (38,4%). Żadna z kobiet pochodzących z Grecji nie paliła e-papierosów. Wśród kobiet niepochodzących z Grecji odsetek stosujących e-papierosy był niewielki (2%). Odsetek narażonych na bierne palenie w domu, wśród kobiet pochodzących z Grecji wyniósł 78%, wśród kobiet niepochodzących z Grecji 73,1%. Ponad połowa (55,6%) kobiet niepochodzących z Grecji zgłosiła narażenie na bierne palenie w pracy. W grupie kobiet pochodzących z Grecji problem ten dotyczył 41,0% badanych. Większość badanych kobiet mieszkała w mieście, ale to na wsi odsetek palących papierosy (40,5%) i e-papierosy (2,2%) był większy, większy był również odsetek kobiet narażonych na bierne palenie w domu (73,6%) oraz w miejscu pracy (46,7%). Najwięcej badanych kobiet posiadało wykształcenie średnie. Wśród kobiet nieposiadających formalnego wykształcenia odsetek palących był największy i wyniósł 66,7%. Najmniej palących odnotowano w grupie z wykształceniem średnim

(35,9%). Największy odsetek stosujących e-papierosy (4,1%) odnotowano w grupie z wykształceniem wyższym. Większość badanych kobiet pracowała zawodowo. Największy odsetek palących (43,0%) wystąpił w grupie kobiet pracujących, najmniej palaczek (30,2%) było wśród kobiet nieaktywnych zawodowo. Tak samo, najwięcej kobiet stosujących e-papierosy było wśród kobiet pracujących (3,7%), a najmniej wśród kobiet nieaktywnych zawodowo (0,5%). Aż 84,5% kobiet bezrobotnych było narażonych na bierne palenie w domu. Wśród kobiet pracujących i nieaktywnych zawodowo odsetek też był wysoki (70,5% i 69,5%). Problem narażenia na środowiskowy dym tytoniowy w pracy dotyczył w największym stopniu kobiety pracujące zawodowo (42,4%). Wśród ankietowanych najwięcej uzyskiwało średnie dochody. Największy odsetek palących kobiet (38,4%) wystąpił w grupie kobiet o największych dochodach, a najmniejszy (35,5%) w grupie kobiet o dochodach najniższych. Po e-papierosa sięgało najwięcej kobiet z grupy o średnich dochodach (2,2%). Natomiast najmniejszy odsetek kobiet (1,7%) stosujących papierosy elektroniczne wystąpił w grupie uzyskującej najwyższe dochody. Na bierne palenie w domu najbardziej narażone były kobiety (76,8%) o wysokich dochodach, a najmniej o niskich (71,7%). Problem narażenia na środowiskowy dym tytoniowy w pracy w grupach badanych osiągniętych dochody wysokie jak i niskie wyglądał tak samo (po 53,7% narażonych), natomiast w grupie kobiet o średnich dochodach był dużo niższy (38,2%). Wśród badanych najwięcej kobiet było zamężnych. Największy odsetek kobiet palących (60%) oraz stosujących papierosy elektroniczne (3,8%) zaobserwowano u kobiet rozwiedzionych/w separacji/owdowiały. Najmniejszy odsetek palących kobiet (34,4%) wystąpił u kobiet zamężnych. Największe narażenie na bierne palenie w domu (79,8%) zgłosiły kobiety niebędące w związkach, a najmniejsze (70,0%) kobiety zamężne. Odwrotnie sytuacja wygląda w narażeniu na bierne palenie w miejscu pracy, tutaj największe narażenie (45,5%) zgłosiły kobiety zamężne, a najmniejsze (41,6%) kobiety niebędące w związkach. Najwięcej badanych kobiet rozpoczęło palenie pomiędzy 18, a 20 rokiem życia, najmniej przed 14 rokiem życia. Dane dotyczące wieku rozpoczęcia palenia udało się uzyskać tylko od 414 osób. Wszystkie te osoby palą do dziś. Największy odsetek kobiet sięgających po e-papierosa (6,2%) zaobserwowano u kobiet, który rozpoczęły palenie papierosów pomiędzy 14, a 17 rokiem życia. Kobiety, które po raz pierwszy spróbowały papierosa przed 14 rokiem życia, nigdy nie stosowały papierosów elektronicznych, w grupie tej wszystkie badane zgłosiły narażenie na bierne palenie w miejscu zamieszkania. Następną grupą, która zgłosiła wysokie narażenie (90,7%) na bierne palenie w domu, to kobiety, które zaczęły palić po 21 roku życia. Najniższe, ale wciąż wysokie (87,6%) narażenie na bierne palenie w domu zaobserwowano w grupie kobiet, które rozpoczęły palenie pomiędzy 14, a 17 rokiem

życia. Najwyższy odsetek (55,8%) kobiet narażonych na bierne palenie w pracy zaobserwowano wśród kobiet, które rozpoczęły palenie po 21 roku życia, najniższy (44,9%) u kobiet, które zaczęły palić pomiędzy 18, a 20 rokiem życia. Wysoki poziom wsparcia dla kontroli antytytoniowej wykazało 733 badanych kobiet, wśród tej grupy można również zaobserwować najniższy (17,3%) odsetek palących kobiet, najniższy odsetek kobiet sięgających po e-papierosa (1,2%) oraz narażonych na bierne palenie zarówno w domu (64,8%) jak i w pracy (33,3%). Niski poziom wsparcia dla kontroli antytytoniowej wykazało 47 badanych kobiet, wśród tej grupy można również zaobserwować najwyższy (93,6%) odsetek palących kobiet, najwyższy odsetek kobiet sięgających po e-papierosa (14,9%) oraz narażonych na bierne palenie zarówno w domu (93,6%), jak i w pracy (63,0%). W większości domów badanych kobiet palenie jest dozwolone. Ponad połowa (55,2%) kobiet w grupie w której palenie w domu było dozwolone paliła papierosy, najmniejszy odsetek palących kobiet (17,2%) zaobserwowano w grupie w której nie obowiązywały żadne zasady dotyczące palenia. Największy odsetek kobiet stosujących e-papierosy (2,4%) wystąpił w grupie, w której palenie jest zakazane z pewnymi wyjątkami, a najmniejszy (1,7%) w grupie w której palenie jest całkowicie zakazane. Żadna z kobiet z grupy w której palenie w domu było zakazane nie zgłosiła narażenia na bierne palenie w domu, natomiast narażenie to zgłosiły prawie wszystkie (99,4%) kobiety z grupy w której palenie było dozwolone w domu. Największy odsetek (70,4%) kobiet zgłaszających narażenie na bierne palenie w pracy zaobserwowano wśród kobiet u których nie obowiązywały żadne zasady dotyczące palenia w domu, najmniejszy (35,5%) w grupie, w której palenie w domu jest zakazane z pewnymi wyjątkami. Zdecydowana większość badanych kobiet ma świadomość zdrowotnych konsekwencji płynących z palenia tytoniu. Wśród tych kobiet mniejszy jest odsetek palących (36,8% vs. 43,4% kobiet nie posiadających takiej wiedzy), stosujących papierosy elektroniczne (1,9% vs. 3,9%) oraz narażonych na bierne palenie w domu (72,9% vs. 77,6%), natomiast większy jest odsetek kobiet zgłaszających problem biernego palenia w miejscu pracy (42,5% vs. 40,6%). Znacząca większość ankietowanych wie, że palenie tytoniu może powodować zawał serca. Wśród tych kobiet mniejszy jest odsetek palących (36,1% vs. 50,5% kobiet nie posiadających takiej wiedzy), stosujących papierosy elektroniczne, chociaż równica jest niewielka (2,1% vs. 2,2%), oraz narażonych na bierne palenie w domu (72,5% vs. 81,3%) i pracy (41,1% vs. 58,3%). Znacząca większość badanych wie, że palenie papierosów może powodować raka płuc. Wśród tych kobiet odsetek palących jest niższy (36,9% vs. 50,0%), natomiast więcej z nich sięga po papierosy elektroniczne (2,1% vs. 0,0%). Narażenie na bierne palenie zarówno w domu, jak i w pracy jest mniejsze u kobiet, które wiedzą, że palenie papierosów jest czynnikiem ryzyka raka płuc (odpowiednio 73,1% vs. 75,0% i 42,0% vs.

54,6%). Większość badanych wie, że papierosy mogą powodować przedwczesny poród. Wśród nich odsetek palących jest niższy (36,6% vs. 38,9%), natomiast więcej z nich sięga po papierosy elektroniczne (2,2% vs. 1,7%). Narażenie na bierne palenie zarówno w domu, jak i w pracy jest mniejsze u kobiet, które wiedzą, że palenie papierosów jest czynnikiem ryzyka raka płuc (odpowiednio 70,5% vs. 81,2% i 40,8% vs 47,7%). Aż 907 badanych kobiet uważa, że pewne typy papierosów są mniej szkodliwe od innych, w tej grupie mniejszy jest odsetek palących (28,8% vs. 67,6%), stosujących e-papierosy (1,7% vs. 2,2%), narażonych na bierne palenie w domu oraz w pracy (odpowiednio 69,0% vs. 88,1% i 40,3% vs. 50,5%). Większość badanych kobiet jest świadoma zdrowotnych konsekwencji płynących z narażenia na środowiskowy dym tytoniowy, wśród nich mniejszy odsetek pali papierosy (35,4% vs. 50,0%), stosuje e-papierosy (1,9% vs. 3,6%), jest narażony na bierne palenie w domu oraz w pracy (odpowiednio 70,7% vs. 91,4% i 41,5% vs. 48,3%) [tabela 1].

Tabela 1. Palenie tytoniu, stosowanie papierosów elektronicznych oraz narażenie na bierne palenie w domu i w pracy wśród kobiet w wieku reprodukcyjnym w Grecji

Charakterystyka	Liczba całkowita	Palenie tytoniu	Stosowanie tytoniu bezdymnego	Papierosy elektroniczne	Bierne palenie w domu	Bierne palenie w pracy	
						N	N (%) (95% CI)
Wiek (lata)							
15–24	180	47 (26.1) (19.7–32.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	137 (76.1) (69.9–82.3)	21	6 (28.6) (9.3–47.9)
25–34	359	147 (40.9) (35.8–46.0)	0 (0.0)	9 (2.5)	262 (73.0) (68.4–77.6)	155	65 (41.9) (34.1–49.7)
35–49	621	238 (38.3) (34.5–42.1)	0 (0.0)	15 (2.4) (1.2–3.6)	450 (72.5) (69.0–76.0)	296	129 (43.6) (38.0–49.3)
Kraj pochodzenia							
Grecja (1)	1051	404 (38.4) (35.5–41.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	85 (78.0) (70.2–85.8)	427	175 (41.0) (36.3–45.7)
Inne (2-29)	109	28 (25.7) (17.5–33.9)	0 (0.0)	17 (2.0) (1.1–2.9)	618 (73.1) (70.1–76.1)	45	25 (55.6) (41.1–70.1)
Miejsce zamieszkania							
Miasto	846	305 (36.1) (32.9–39.3)	0 (0.0)	17 (2.0) (1.1–2.9)	618 (73.1) (70.1–76.1)	382	158 (41.4) (36.5–46.3)
Wieś	314	127 (40.5) (35.1–45.9)	0 (0.0)	7 (2.2) (0.6–3.8)	231 (73.6) (68.7–78.5)	90	42 (46.7) (36.4–57.0)

Charakterystyka	Liczba całkowita	Palenie tytoniu	Stosowanie tytoniu bezdymnego	Papierosy elektroniczne	Bierne palenie w domu	Bierne palenie w pracy	
	N	N (%) (95% CI)	N (%) (95% CI)	N (%) (95% CI)	N (%) (95% CI)	N	N (%) (95% CI)
Wykształcenie (dla 2 osób b.d.)							
Brak formalnego wykształcenia (1+2)	6	4 (66.7) (29.0–100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (83.3) (53.5–100.0)	0	
Podstawowe (3+4)	43	11 (25.6) (12.6–38.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	33 (76.7) (64.1–89.3)	12	3 (25.0) (0.5–49.5)
Średnie (5+6+7)	764	274 (35.9) (32.5–39.3)	0 (0.0)	10 (1.3) (0.5-2.1)	566 (74.1) (71.0–77.2)	240	116 (48.3) (42.0–54.6)
Wyższe (8+9)	345	143 (41.5) (36.3–46.7)	0 (0.0)	14 (4.1) (2.0-6.2)	244 (70.7) (65.9–75.5)	220	81 (36.8) (30.4–43.2)
Zatrudnienie (dla 3 os. B.d.)							
Nieaktywne ekonomicznie (4+5+6+8)	384	116 (30.2) (25.6–34.8)	0 (0.0)	2 (0.5) (0.0-2.5)	267 (69.5) (64.9–74.1)	3	1 (33.3) (0.0–86.6)
Zatrudnione (1+2+3)	519	223 (43.0) (38.7–47.3)	0 (0.0)	19 (3.7) (2.1-5.3)	366 (70.5) (66.6–74.4)	467	198 (42.4) (37.9–46.9)
Niezatrudnione (7)	254	93 (36.6) (30.7–42.5)	0 (0.0)	3 (1.2) (0.0-3.4)	214 (84.5) (80.1–89.0)	2	1 (50.0) (0.0–100.0)
Dochód (dla 3 os. B.d.)							
Wysoki (9 pkt)	234	91 (38.4) (32.2–44.6)	0 (0.0)	4 (1.7) (0.0-3.4)	182 (76.8) (71.4–82.2)	82	44 (53.7) (38.4–69.0)
Średni (7-8 pkt)	813	300 (36.9) (33.6–44.6)	0 (0.0)	18 (2.2)	583 (71.7) (68.6–74.8)	348	133 (38.2) (33.1–43.3)
Niski (0-6 pkt)	107	38 (35.5)	0 (0.0)	2 (1.9) (0.0-4.5)	81 (75.7) (67.6–83.8)	41	22 (53.7) (38.4–69.0)
Stan cywilny (dla 13 os. B.d.)							
Singielka (1)	361	137 (38.0) (33.0–43.0)	0 (0.0)	7 (1.9) (0.0-4.5)	288 (79.8) (75.7–83.9)	112	51 (45.5) (36.3-54.7)
Zamężna (2)	706	243 (34.4) (30.9–37.9)	0 (0.0)	13 (1.8) (0.8-2.8)	494 (70.0) (66.6–73.4)	303	126 (41.6) (36.0–47.2)
W separacji/ rozwódka/ wdowa (3+4+5)	80	48 (60.0) (49.3–70.7)	0 (0.0)	3 (3.8) (0.0-8.0)	57 (71.3) (61.4–81.2)	48	20 (41.7) (27.8–55.7)

Wpływ procesu legislacyjnego w zakresie kontroli używania tytoniu na skuteczne zarządzanie zdrowiem...

Charakterystyka	Liczba całkowita	Palenie tytoniu	Stosowanie tytoniu bezdymnego	Papierosy elektroniczne	Bierne palenie w domu	Bierne palenie w pracy	
	N	N (%) (95% CI)	N (%) (95% CI)	N (%) (95% CI)	N (%) (95% CI)	N	N (%) (95% CI)
Wiek rozpoczęcia palenia (tylko dla 414 osób)							
<14	2	2 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (100.0)	0	
14-17	129	129 (100.0)	0 (0.0)	8 (6.2) (2.0–10.4)	113 (87.6) (81.9–93.3)	56	28 (50.0) (36.9–63.1)
18-20	175	175 (100.0)	0 (0.0)	3 (1.7) (0.0–3.6)	139 (79.4) (73.4–85.4)	89	40 (44.9) (34.6–55.2)
>=21	108	108 (100.0)	0 (0.0)	2 (1.9) (0.0–4.5)	98 (90.7) (85.2–96.2)	52	29 (55.8) (42.3–69.3)
Poziom poparcia kontroli tytoniowej							
Wysoki (7-8 pkt)	733	127 (17.3) (14.6–20.0)	0 (0.0)	9 (1.2) (0.4–2.0)	475 (64.8) (61.3–68.3)	282	94 (33.3) (27.8–38.8)
Średni (5-6 pkt)	377	258 (68.4) (63.7–73.1)	0 (0.0)	8 (2.1) (0.6–3.6)	327 (86.7) (83.3–90.1)	161	87 (54.0) (46.3–61.7)
Niski (0-4 pkt)	47	44 (93.6) (86.6–100.0)	0 (0.0)	7 (14.9) (4.7–25.1)	44 (93.6) (86.6–100.0)	27	17 (63.0) (44.8–81.2)
Zasady dotyczące palenia w domu (dla 10s. b.d.)							
Palenie jest dozwolone (1)	527	291 (55.2) (50.9–59.5)	0 (0.0)	11 (2.1) (0.9–3.3)	524 (99.4) (98.7–100.0)	199	102 (51.3) (44.4–58.2)
Palenie jest zabronione – z pewnymi wyjątkami (2)	247	66 (26.7) (21.2–32.2)	0 (0.0)	6 (2.4) (0.5–4.3)	241 (97.6) (95.7–99.5)	110	39 (35.5) (26.6–44.4)
Palenie jest całkowicie zabronione (3)	298	60 (20.1) (15.6–24.5)	0 (0.0)	5 (1.7) (0.2–3.2)	0 (0.0)	136	40 (39.4) (21.7–37.1)
Brak zasad (4)	87	15 (17.2) (9.3–25.1)	0 (0.0)	2 (2.3) (0.0–5.5)	83 (95.4) (91.0–99.8)	27	19 (70.4) (53.2–87.6)
Świadomość zdrowotnych konsekwencji palenia							
Tak (1)	1084	399 (36.8) (33.9–39.7)	0 (0.0)	21 (1.9) (1.1–2.7)	790 (72.9) (70.2–75.6)	440	187 (42.5) (37.9–47.1)
Nie (2+7)	76	33 (43.4) (32.3–54.5)	0 (0.0)	3 (3.9) (0.0–8.2)	59 (77.6) (68.2–87.0)	32	13 (40.6) (23.6–57.6)
Palenie powoduje choroby serca:							
Tak (1)	1069	386 (36.1) (33.2–39.0)	0 (0.0)	22 (2.1) (1.2–3.0)	775 (72.5) (69.8–75.2)	436	179 (41.1) (36.5–45.7)
Nie (2+7)	91	46 (50.5) (40.2–60.8)	0 (0.0)	2 (2.2) (0.8–5.2)	74 (81.3) (70.5–75.7)	36	21 (58.3) (42.2–74.4)

Charakterystyka	Liczba całkowita	Palenie tytoniu	Stosowanie tytoniu bezdymnego	Papierosy elektroniczne	Bierne palenie w domu	Bierne palenie w pracy	
	N	N (%) (95% CI)	N (%) (95% CI)	N (%) (95% CI)	N (%) (95% CI)	N	N (%) (95% CI)
Palenie powoduje raka płuc (<i>dla 1 os. b.d.</i>)							
Tak (1)	1131	417 (36.9) (34.1–39.7)	0 (0.0)	24 (2.1) (1.3–2.9)	827 (73.1) (70.5–75.7)	460	193 (42.0) (37.5–46.5)
Nie (2+7)	28	14 (50.0) (31.5–68.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	21 (75.0) (59.0–91.0)	11	6 (54.6) (25.2–84.0)
Palenie powoduje przedwczesny poród (<i>dla 1 os. b.d.</i>):							
Tak (1)	871	319 (36.6) (33.4–39.8)	0 (0.0)	19 (2.2) (1.2–3.2)	614 (70.5) (67.5–73.5)	365	149 (40.8) (35.8–45.8)
Nie (2+7)	288	112 (38.9) (33.3–44.5)	0 (0.0)	5 (1.7) (0.2–3.2)	234 (81.2) (76.7–85.7)	107	51 (47.7) (38.2–57.2)
Niektóre typy papierosów są mniej szkodliwe:							
Yes (1)	253	171 (67.6) (61.8–73.4)	0 (0.0)	12 (4.7) (2.1–7.3)	223 (88.1) (84.1–92.1)	95	48 (50.5) (40.5–60.6)
Nie (2+7)	907	261 (28.8) (25.8–31.8)	0 (0.0)	12 (1.3) (0.6–2.0)	626 (69.0) (66.0–72.0)	377	152 (40.3) (35.4–45.3)
Świadomość zdrowotnych konsekwencji narażenia na bierne palenie (<i>dla 1 os. b.d.</i>):							
Tak (1)	1019	361 (35.4) (32.5–38.3)	0 (0.0)	19 (1.9) (1.1–2.7)	720 (70.7) (67.9–73.5)	412	171 (41.5) (36.7–46.3)
Nie (2+7)	140	70 (50.0) (41.7–58.3)	0 (0.0)	5 (3.6) (0.5–6.7)	128 (91.4) (86.8–96.0)	60	29 (48.3) (35.7–60.9)

Źródło: opracowanie własne na podstawie GATS Greece.

Największe ryzyko palenia tytoniu wśród grup wiekowych posiadały kobiety z grupy wiekowej 25–34 lata (OR=1,96; 95% CI 1,32–2,91). Wieloczynnikowa analiza wykazała również, że największe ryzyko palenia tytoniu miały kobiety bez formalnego wykształcenia (OR=2,83; 95% CI 0,51–15,67), pracujące (OR=1,30; 95% CI 0,96–1,78), z wysokimi dochodami, rozwiedzione/w separacji/owdowiatale (OR=2,45; 95% CI 1,49–4,03), u których w domach palenie jest dozwolone (OR=4,89; 95% CI 3,51–6,82). Analiza wykazała również, że większe ryzyko palenia dotyczy kobiet niemających świadomości o szkodliwym wpływie palenia tytoniu na zdrowie, np. o podwyższonym ryzyku raka płuc (OR=1,71; 95% CI 0,81–3,63). Kobiety, które nie popierały kontroli antytytoniowej również posiadały większe ryzyko palenia tytoniu (OR=69,98; 95% CI 21,27–230,31) [tabela 2].

Tabela 2. Determinanty palenia tytoniu wśród kobiet w wieku reprodukcyjnym w Grecji

Charakterystyka	N	n	%	OR	95% CI	Adju- sted OR	95% CI
Wiek (lata):							
15–24	180	47	26.1	1.00	Ref.	1.00	Ref
25–34	359	147	40.9	1.96***	1.32–2.91	2.16**	1.19–3.92
35–49	621	238	38.3	1.76**	1.21–2.55	2.03**	1.08–3.83
Kraj pochodzenia:							
Grecja	1051	404	38.4	1.81**	1.15–2.83	2.22**	1.19–4.15
Inne	109	28	25.7	1.00	Ref	1.00	Ref
Miejsce zamieszkania:							
Miasto	846	305	36.1	0.83	0.64–1.08		
Wieś	314	127	40.5	1.00	Ref		
Wykształcenie:							
Brak formalnego wykształcenia	6	4	66.7	2.83	0.51–15.67	5.07	0.54–47.87
Podstawowe	43	11	25.6	0.49*	0.23–1.00	0.61	0.22–1.66
Średnie	764	274	35.9	0.79	0.61–1.03	0.92	0.63–1.34
Wyższe	345	143	41.5	1.00	Ref	1.00	Ref
Zatrudnienie:							
Nieaktywna ekonomicznie	384	116	30.2	0.75	0.53–1.05	0.96	0.61–1.53
Zatrudniona	519	223	43.0	1.30	0.96–1.78	1.46	0.97–2.21
Niezatrudniona	254	93	36.6	1.00	Ref	1.00	Ref.
Dochody:							
Wysokie	234	91	38.4	1.00	Ref.		
Średnie	813	300	36.9	1.06	0.70–1.61		
Niskie	107	38	35.5	1.13	0.70–1.82		
Stan cywilny:							
Singielka	361	137	38.0	1.00	Ref.	1.00	Ref.
Zamężna	706	243	34.4	0.86	0.66–1.12	0.94	0.60–1.48
W separacji/ rozwódka/wdowa	80	48	60.0	2.45**	1.49–4.03	2.08**	1.01–4.28

Charakterystyka	N	n	%	OR	95% CI	Adjusted OR	95% CI
Zasady dotyczące palenia w domu:							
Palenie jest dozwolone	527	291	55.2	4.89***	3.51–6.82	2.46***	1.63–3.73
Palenie jest zabronione – z pewnymi wyjątkami	247	66	26.7	1.44	0.97–2.16	1.27	0.79–2.03
Palenie jest całkowicie zabronione	298	60	20.1	1.00	Ref.	1.00	Ref.
Brak zasad	87	15	17.2	0.82	0.44–1.54	0.35**	0.15–0.81
Narażenie na bierne palenie w miejscu pracy:							
Tak	200	100	50.0	1.64**	1.13–2.38		
Nie	272	103	37.9	1.00	Ref.		
Świadomość zdrowotnych konsekwencji palenia							
Tak	1084	399	36.8	1.00	Ref.		
Nie	76	33	43.4	1.32	0.82–2.11		
Palenie powoduje zawał serca:							
Tak	1069	386	36.1	1.00	Ref.	1.00	Ref.
Nie	91	46	50.5	1.81**	1.18–2.78	1.16	0.65–2.09
Palenie powoduje raka płuc:							
Tak	1131	417	36.9	1.00	Ref.		
Nie	28	14	50.0	1.71	0.81–3.63		
Palenie powoduje przedwczesny poród:							
Tak	871	319	36.6	1.00	Ref.		
Nie	288	112	38.9	1.10	0.84–1.45		
Niektóre rodzaje papierosów są mniej szkodliwe:							
Tak	253	171	67.6	5.16***	3.82–6.97	4.00***	2.73–5.85
Nie	907	261	28.8	1.00	Ref.	1.00	Ref.
Świadomość zdrowotnych konsekwencji narażenia na bierne palenie:							
Tak	1019	361	35.4	1.00	Ref.	1.00	Ref.
Nie	140	70	50.0	1.82***	1.28–2.60	0.86	0.51–1.46
Poziom poparcia kontroli antytytoniowej:							
Wysoki	733	127	17.3	1.00	Ref.	1.00	Ref.
Średni	377	258	68.4	10.34***	7.74–13.83	7.79***	5.62–10.77
Niski	47	44	93.6	69.98***	21.27–230.31	37.65***	10.54–134.56

* $p < 0.05$; ** $p < 0.001$; *** $p < 0.001$

N (ogólna liczba osób itd. w wieku 15–49 lata); **n** (liczba osób palących w poszczególnej kategorii itd. w wieku 15–49 lata); **%** (liczba osób palących w grupie osób w wieku np. 15–49 lata); **OR** (ryzyko palenia wg wieku itd.); **Adjusted OR** (dla tych które wyjdą < 0.1).

Źródło: opracowanie własne na podstawie GATS Greece.

Dyskusja

Niniejsza analiza wskazuje na wysoki (37,24%) odsetek palących kobiet w wieku reprodukcyjnym (14–49 lat). Według Tobacco Atlas w Grecji pali 30,0–39,9% dorosłych kobiet [Eriksen et. al. 2015]. Wyniki badania GATS przeprowadzone w 14 innych krajach (Bangladesz, Brazylia, Chiny, Egipt, Indie, Meksyk, Filipiny, Polska, Rosja, Tajlandia, Turcja, Ukraina, Urugwaj, i Wietnam) pokazują, że odsetek palących kobiet w wieku reprodukcyjnym w różnych krajach przybiera wartości od 0,4% w Egipcie do 30,8% w Rosji [WHO, GATS]. Odsetek palących kobiet wyniósł $\leq 2.3\%$ w Bangladeszu, Chinach, Egipcie, Indiach, Tajlandii i w Wietnamie oraz $> 10\%$ w Brazylii, Polsce, Rosji, Turcji, Urugwaju i na Ukrainie. Według niniejszej analizy największy odsetek palących kobiet w Grecji w podziale na wiek, zanotowano w grupie wiekowej 25–34 lata, natomiast w Brazylii, na Filipinach i w Polsce największy odsetek palących zaobserwowano w grupie kobiet w wieku 35–49 lat [WHO, GATS]. W Grecji palenie jest bardziej rozpowszechnione wśród kobiet zamieszkujących tereny wiejskie, natomiast w Meksyku, Polsce, Rosji, Turcji i na Ukrainie częstość palenia była istotnie wyższa wśród kobiet żyjących na obszarach miejskich [WHO, GATS]. Rozpowszechnienie stosowania bezdymnego tytoniu w wieku reprodukcyjnym kobiet wynosi $< 1\%$ w niemal wszystkich krajach GATS, w tym w Grecji (0%), z wyjątkiem Bangladeszu (20,1%) i Indii (14,9%) [WHO, GATS]. Narażenie na bierne palenie dotyczyło ponad 80% kobiet w Grecji, a np. w Meksyku odsetek ten jest dużo niższy i wynosi 17,8%. Według niniejszej analizy najbardziej narażone na środowiskowy dym tytoniowy w domu były kobiety od 15 do 24 lat, również w Brazylii, częstość ekspozycji na SHS w domu była istotnie wyższa wśród kobiet w wieku 15–24 lat niż u starszych kobiet. W Grecji kobiety zamieszkujące wieś były bardziej narażone na bierne palenie, taka sama sytuacja wystąpiła w Bangladeszu, Brazylii, Chinach, Egipcie, Indiach, Filipinach, Turcji, Wietnamie i na Tajlandii [WHO, GATS].

Wnioski

W Grecji odsetek palenie tytoniu wśród kobiet w wieku reprodukcyjnym jest wysoki, uzasadnione jest więc wprowadzenie strategii służących zaprzestaniu palenia tytoniu oraz zapobieganiu rozpoczynania palenia. Według badania GATS 92 milionów kobiet to obecni użytkownicy tytoniu, a około połowa kobiet w wieku reprodukcyjnym była narażona na bierne palenie w domu. Istnieje potrzeba ochrony kobiet w wieku reprodukcyjnym przed szkodliwością tytoniu [Bloch et. al. 2010, 418–22].

W Grecji należy:

- Zwiększyć świadomość kobiet o niszczącym wpływie palenia na ich zdrowie.
- Przeciwdziałać celowemu ukierunkowaniu przemysłu tytoniowego na kobiety i potępić jego wysiłki w celu powiązania palenia z postępowaniem roli kobiety w społeczeństwie.
- Realizować dalsze badania dotyczących relacji pomiędzy paleniem, a zdrowiem kobiet.
- Wspierać Konwencję Światowej Organizacji Zdrowia o Ograniczeniu Użycia Tytoniu (FCTC).

Bibliografia

Bartel H., (2011), *Embriologia*, Wydanie III, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Bloch M., Tong V.T., Novotny T.E., et al. (2010), Tobacco use and secondhand smoke exposure among pregnant women in low- and middle-income countries: a call to action, "Acta Obstet Gynecol Scand.", 89: 418–22.

Castles A., Adams E., Melvin C., Kelsch C., Boulton M., (1999), *Effects of smoking during pregnancy. Five meta-analyses*, "Am J Prev Med.", Apr;16(3): 208–215

CDC (2001), *Women and Smoking A Report of the Surgeon General*, Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, [online] http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2001/complete_report/index.htm, dostęp: 11 października 2016.

CDC, (2004), *The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General*, Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, [online] http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2004/complete_report/index.htm, dostęp: 11 października 2016.

CDC (2006), *The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General*, Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services [online] http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2006/index.htm, dostęp: 11 października 2016.

England L.J., Kim S.Y., Tomar S.L., et al. (2010), *Non-cigarette tobacco use among women and adverse pregnancy outcomes*, "Acta Obstet Gynecol Scand", 89: 454–464.

Eriksen M., Mackay J., Schluger N., et al. (2015), *The Tobacco Atlas, fifth edition*, Atlanta, Georgia, American Cancer Society.

Hannoun A., Nassar A. H., Usta I. M., Musa A.A. (2010), *Effect of female nargile smoking on in vitro fertilization outcome*, "European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology", 150(2): 171–174.

Malik S., Cleves M.A., Honein M.A., Romitti P.A., Botto L.D., Yang S., Hobbs C.A. (2008), *Maternal smoking and congenital heart defects*, "Pediatrics", 121(4): 810–816.

Polańska K., Hanke W. (2004), *Palenie papierosów przez kobiety ciężarne a przebieg i wynik ciąży, „Przegląd badań epidemiologicznych”, 58(4): 683-691.*

Tsutsumi R., Hiroli H., Momoeda M., Hosokawa Y., Nakazawa F., Yano T., Tsutsumi O., Taketani Y. (2009), *Induction of early decidualization by cadmium, a major contaminant of cigarette smoke*, *FertilSteril*, 91(4 Suppl): 1614–1617.

WHO (2013), *Global Adult Tobacco Survey Greece*, [online] http://www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/grc_country_report.pdf?ua=1, dostęp: 11 października 2016.

WHO *Global Adult Tobacco Survey (GATS)*, [online] <http://www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/en/>, dostęp: 13 października 2016.

Marek Milcarz

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Adam Rzeźnicki

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Sebastian Łapiński

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Katarzyna Milcarz

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Mirosław Niedzin

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Marta Szkiela

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Dorota Kaleta¹

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Quitting Smoking – Implications for the Health Management and Development of a Future Population Strategies

Abstract: Tobacco kills around 6 million people each year. The purpose of our study was to analyze the socio-economic dimensions associated with cessation success among adults in Uruguay. Data from the Global Adult Tobacco Survey (GATS), a cross-sectional, population-based, nationally representative survey was utilized. Univariable and multivariable logistic regression analyses with results being presented as odds ratios (OR) with 95% confidence intervals were applied to study differences among those respondents who sustained smoking abstinence and those who continued smoking. GATS study revealed that social gradients in tobacco quitting exist. Younger age, particularly in men, and having lower socio-economic situation were associated with reduced odds for quitting. Factors that are driving differences in

¹ E-mail: dorota.kaleta@umed.lodz.pl

smoking cessation between diverse social groups need to be considered when implementing relevant interventions. Further studies are also needed.

Key words: Tobacco smoking cessation, socio-economic factors, adults, GATS.

Introduction

Tobacco kills around 6 million people each year. More than 5 million of those deaths are the result of direct tobacco use while more than 600 000 are the result of non-smokers being exposed to second-hand smoke. Nearly 80% of the world's 1 billion smokers live in low – and middle-income countries. Tobacco use is one of the main risk factors for a number of chronic diseases, including cancer, lung diseases, and cardiovascular diseases. In addition, recent research has documented the substantial health dangers of involuntary exposure to tobacco smoke. Tobacco use exacts a heavy cost to society as well as to individuals. Despite this, it is common throughout the world. The 145 million smokers in the Region of the Americas account for 12% of the more than 1 billion smokers in the world [Pan American Health Organization, 2013]. The region lies in the fourth place among the six WHO regions with a 22% smoking rate among the adult population [Pan American Health Organization 2013]. Tobacco is a major preventable risk factor for major non-communicable chronic diseases (NCDs), which are currently responsible for almost two-thirds of deaths worldwide. In the Region of the Americas, NCDs are responsible for 77% of all deaths: among these, tobacco is responsible for 15% of deaths from cardiovascular diseases, 26% of deaths from cancer, and 51% of deaths from respiratory diseases [Pan American Health Organization 2013]. According to the World Health Organization, tobacco consumption and exposure to secondhand smoke kill about 1 million people annually in the Americas [World Health Organization 2012]. In Uruguay, tobacco related diseases accounted for 16% of non-communicable diseases (NCDs) and 10% of communicable diseases [World Health Organization 2012]. Despite some decrease observed over recent years, high smoking prevalence remains a significant public health concern [Pan American Health Organization 2013, De Maio et al. 2014, pp. 1–6]. Apart from preventing smoking tobacco among young people, encouraging cessation is essential to ending the tobacco epidemic. Cessation of tobacco use has the potential to provide the most immediate benefits of tobacco control and maximize the benefits in terms of preventable disease morbidity and mortality [Centers for Disease Control and Prevention 2007]. However, achieving substantial improvement will depend on successful implementation of the relevant tobacco control measures that can increase the smoking cessation rate at the population level. In general, smoking prevalence

and tobacco consumption is much higher in certain social groups [World Health Organization 2011]. Correspondingly, an increased susceptibility to tobacco related illnesses was found in low income groups especially in all-cause mortality, lung diseases and low birth weight [World Health Organization 2011]. The most recent study by De Maio et al. revealed social gradients in tobacco use, exposure to secondhand smoke and cessation attempts among Uruguayans [De Maio et al. 2014, pp. 1–6]. Many smokers continue smoking not by choice but because they are addicted. Studies show that few people understand the specific health risks of tobacco use. For example, a 2009 survey in China revealed that only 38% of smokers knew that smoking causes coronary heart disease and only 27% knew that it causes stroke. Among smokers who are aware of the dangers of tobacco, most want to quit. Counselling and medication can more than double the chance that a smoker who tries to quit will succeed. National comprehensive cessation services with full or partial cost-coverage are available to assist tobacco users to quit in only 24 countries, representing 15% of the world's population. There is no cessation assistance of any kind in one quarter of low-income countries.

The purpose of our study was to examine the socio-economic dimensions associated with successful smoking cessation among adults in Uruguay.

Material and methods

The data source was the Global Adult Tobacco Survey (GATS) Uruguay 2009. Data set used for the analysis is available from the Global Tobacco Surveillance System Data [Global Adult Tobacco Survey 2012; Pan American Health Organization 2011]. GATS is a nationally representative household survey designed to monitor key tobacco control indicators. The target population of GATS includes all non-institutionalized men and women 15 years of age or older. The study protocol and questionnaire is based on standard methodology with some country-specific adaptations. Detailed methodology of the survey was described elsewhere [Global Adult Tobacco Survey, 2012; Pan American Health Organization 2011; Centers for Disease Control and Prevention 1999]. A multi-stage, geographically clustered sample design was used to produce nationally representative data. The GATS questionnaires were administered by trained survey staff during in-person interviews. There were a total of 5581 completed individual interviews with an overall response rate of 95.6% in Uruguay.

Study variables

The main outcome variable was successful smoking cessation among adults. Previous studies on quitting smoking are not homogenous in defining successful quitting and many different measures of success have been suggested [Lee, Kahende 2007, pp. 1503–1509; Bjornson et al. 1995, pp. 223–230; Srivastava et al. 2013, p. 263; Kaleta et al. 2014]. Some studies have shown that the risk of relapse is relatively high for these people who abstain from smoking for short periods, and are at the early stages of smoking cessation. About 65% to 75% of these groups at risk would relapse within a year [Bjornson et al. 1995, pp. 223–230; Srivastava et al. 2013; West et al. 2001, pp. 891–900; Marti 2010, pp. 2789–2799]. In our paper we define successful quitting as having abstained from smoking for a year or more [Osler, Prescott 1998, pp. 262–67]. A sustained quitter was defined as a former daily smoker who had been smoking for at least 1 year or longer. Those subjects who had given up smoking in more recent periods were considered recent quitters [Kabat, Wynder 1987, pp. 1301–1305].

The independent variables applied for determining associations of successful cessation were demographics: gender (male, female) and age of the respondents. Analogous methodology has been implemented elsewhere [Kaleta 2014, p. 583]. Additionally, we assessed awareness of the negative health consequences of smoking. Respondents were categorized as aware (those who answered “yes” to the question: Do you think that tobacco smoking causes serious diseases?) and not aware (those who answered “no” and “do not know”). Similarly, awareness of the adverse health consequences of environmental tobacco smoke (ETS) exposure was determined and respondents were characterized as aware and not aware.

Analysis and statistics

The STATISTICA Windows XP version 8.0 program was used to carry out the statistical analysis. All analyses were performed separately for men and women. Firstly, a descriptive analysis for all variables involved in the analysis was completed. Categorical variables were studied by chi-square test. Univariable and multivariable logistic regression analyses with results being presented as odds ratios (OR) with 95% confidence intervals was applied to study differences among those respondents who sustained smoking abstinence for one year or longer with those who continued smoking. In multivariable analyses all statistically significant socio-economic variables were simultaneously included to the model. Significance level for relevant calculations was set at 0.05.

Results

In Uruguay, there are more ever male smokers than female smokers. Uruguay had 60.4% male vs. 36.1% female smokers ($p \leq 0.001$). Similarly, more men started smoking before women before or by the age of 17, while more women started smoking before men by or after the age of 21. Before or by the age of 17 of 58.6% men and 47.5% women in Uruguay ($p \leq 0.001$). On the other hand, 24.9% women vs. 9.8% men in Uruguay started smoking later by or after the age of 21 ($p \leq 0.001$). There were more unemployed female smokers than male smokers (7.7% vs. 4.2% respectively) in Uruguay ($p \leq 0.001$).

The average age of male ever smokers in was 52.8 ± 15.7 years in Uruguay. Similarly, female ever smokers were 47.7 ± 15.1 years in Uruguay ($p < 0.05$).

Alternatively, we observed a lower quit rate in Uruguay; 50.1% for women compared to 52.7% for men ($p > 0.05$). Interestingly, women who successfully quit, did so at a slightly younger age than men. The mean age of quitting for male and female former smokers was 41.7 ± 14.3 and 38.3 ± 14.3 years respectively in Uruguay ($p > 0.05$).

Univariate regression

Men older than 45 years were more likely to be long term quitters relative to those aged 35–44, but those over the age of 65 had the highest likelihood to maintain cessation; Uruguay (OR=4.70, $p < 0.001$). Similar results were obtained among women. In Uruguay, education did not produce statistical significant results for both men and women. Among women, retired respondents showed better prospects to be long term quitters in Uruguay (OR=4.70, $p < 0.001$). Asset index was also a significant predictor of long term cessation among Uruguayan men.

Multivariate regression

As in the univariate section, there was a significant association between age and long term smoking cessation. Men older than 65 years had higher odds of quitting smoking long term in Uruguay, relative to those aged 35–44. Similar results were observed among women in Uruguay. Similar to the univariate section, men and women with high asset index had an increased likelihood of maintaining their status as long term quitters.

Discussion

Among respondents quit rates were higher compared to middle-income European countries Romania and Poland where one third of people who have ever smoked gave up smoking [Kaleta et al. 2014; Kaleta et al. 2012, p. 1020]. Conversely, quit rates

in Uruguay are lower when compared to more developed countries, for example Canada where quit rate reaches 60% [Health Canada 2002]. This suggests that huge gaps still exist among countries in terms of the implementation, enforcement, and comprehensiveness of tobacco control efforts to curb tobacco epidemic including cessation measures.

While majority of studies on socio-economic inequalities in smoking focused on education and used smoking prevalence as the outcome interest in our analysis we focused on more than one particular dimension and being a successful quitter [Marti 2010, pp. 2789–2799].

In GATS, age has been identified as predictor of smoking cessation with increasing success in older age groups across both genders in Uruguay. We can assume that older people are more likely to quit and maintain smoking abstinence due to commonly deteriorating health status with age and increasing number of health disorders which may be due to past use of tobacco products. Moreover, patients with manifestation of symptoms of non-communicable diseases are more intensively screened, and more attention is paid to treatment of nicotine dependence among individuals with chronic conditions. On the other hand, what is alarming is that young respondents aged 25–34, in particular men in Uruguay had the lowest odds of maintaining smoking abstinence.

The International Tobacco Control Four Country Survey figures showed that education was not generally associated with cessation success, although a few particular levels in certain countries were significantly associated with quitting success [Hyland 2006, pp. 83–94]. Furthermore, Siahpush et al. in a study of a national sample of Australians confirmed that while education had the strongest relationship with smoking cessation, of all the factors controlled, the relationship between higher education and increased odds of cessation no longer existed when other environmental and individual variables were included in the model [Siahpush et al. 2003, pp. 597–602].

Lower socio-economic groups are generally less likely to be successful quitters, although there is some variation [Fleischer et al. 2011, pp. 894–9026; Reid et al. 2010, pp. 20–30; Marques-Vidal et al. 2011, p. 227; Augustson et al. 2008, pp. 549–555; Donzé et al. 2007, pp. 53–57]. These findings are mostly based on education and/or income data and we cannot compare it with GATS results directly considering asset index. Further studies of the expected social gradients in quitting and asset index are needed. Moreover according to the FCTC an infrastructure to support tobacco cessation and tobacco dependence treatment by conducting a national situation analysis and developing a national tobacco cessation strategy and tobacco dependence treatment guidelines based on the best available scientific evidence and practices

need to be developed. Population-level approaches such as mass communication programs and quitlines in addition to more intensive individual treatment services, accessible and affordable medications, and other novel approaches to cessation and treatment should be established.

Conclusions

GATS study revealed that social gradient in tobacco quitting exists in Uruguay. It also identified characteristics associated with long term sustained tobacco abstinence.

Conflict of interest

The authors declare that there are no conflicts of interest.

Acknowledgements

The Bloomberg Philanthropies provided financial support to implement GATS as part of the Bloomberg Initiative to reduce tobacco consumption.

We would like to thank the Survey Team involved in GATS in Argentina including Dr. Daniel Ferrante, Dr. Jonatan Konfino, Dr. Bruno Linetzky, Lic. Lucila Goldberg, Lic. Dolores Ondarsuhu. Moreover we would like to thank the Survey Team involved in GATS in Uruguay; GATS Partners: Bureau of Health Promotion and Control of Non-communicable Diseases, the Ministry of Health of the Nation and the Coordination of Special Surveys of the Bureau of Household Income and Expenditures Studies of the National Institute of Statistics and Censuses and representatives of the Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO), the U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), CDC Foundation, Johns Hopkins Bloomberg, School of Public Health and the Research Triangle Institute (RTI) for their contribution. We are also thankful to the CDC, Atlanta, for making available the GATS data.

References

Alderete M., Gutkowski P.M. (2014), *Health is Not Negotiable: Civil Society against the Tobacco Industry's Strategies in Latin America. Case Studies 2014*, Second Edition. Buenos Aires: Inter-American Heart Foundation-Argentina, [online] http://ficargentina.org/images/stories/Documentos/la_salud_no_se_negocia_2014_in_fina.pdf, dostęp: 10 listopada 2016.

- Augustson E.M., Wanke K.L., Rogers S., Bergen A.W., Chatterjee N., Synder K., Albanes D., Taylor P.R., Caporaso N.E. (2008), *Predictors of sustained smoking cessation: a prospective analysis of chronic smokers from the alpha-tocopherol Beta-carotene cancer prevention study*, "American Journal of Public Health", vol. 98: 549–555.
- Azevedo e Silva G., Valente J.G. (2012), *Tobacco control: Learning from Uruguay*, "Lancet", vol. 380: 1538–1540.
- Bjornson W., Rand C., Connett J.E., Lindgren P., Nides M., Pope F., Buist A.S., Hoppe-Ryan C., O'Hara P. (1995), *Gender differences in smoking cessation after 3 years in the Lung Health Study*, "American Journal of Public Health", vol. 85: 223–230.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC), (1999), *Global Tobacco Surveillance System. Global Adult Tobacco Survey*, Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC), (2007), *Best practices for comprehensive tobacco control programs*, Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- De Maio F.G., Konfino J., Ondarsuhu D., Goldberg L., Linetzky B., Ferrante D. (2014), *Sex-stratified and age-adjusted social gradients in tobacco in Argentina and Uruguay: evidence from the Global Adult Tobacco Survey (GATS)*, "Tobacco Control", 0: 1-6.
- Dogar O.F., Siddiqi K. (2011), *An evidence-base guide to smoking cessation therapies*, "Nurse Prescribing", vol. 11, no 11: 543–548.
- Donzé J., Ruffieux C., Cornuz J. (2007), *Determinants of smoking and cessation in older women*, "Age and Ageing", vol. 36, no.1: 53–57.
- Edwards R. (2004), *The problem of tobacco smoking*, "BMJ", vol. 328: 217–219.
- Emery S., Gilpin E.A., Ake C., Farkas A.J., Pierce J.B. (2000), *Characterizing and identifying 'hard-core' smokers: implications for further reducing smoking prevalence*, "American Journal of Public Health", vol. 90: 387–394.
- Fernández E., Garcia M., Schiaffino A., Borràs J.M., Nebot M., and Segura A. (2001), *Smoking initiation and cessation by gender and educational level in Catalonia, Spain*, Preventive Medicine, vol. 32: 218–223
- Fleischer N.L., A.V. Diez Roux, Alazraqui M., Spinelli, Lantz P.M. (2011), *Socioeconomic patterning in tobacco use in Argentina, 2005*, Nicotine & Tobacco Research, vol. 13: 894–902.
- Global Adult Tobacco Survey (GATS), (2012), *Argentina Country Report*. Ministry of Health Argentina, [online] <http://www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/argentina/en/index.html>, dostę: 14 lipca 2014.
- Health Canada [online] <http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tobacco/research/ctums/2002/2002-suptables.eng.pdf>, dostę: luty 2014.
- Hyland A., Borland R., Li Q., Yong H.H., McNeill A., Fong G.T., O Connor R.J., Cummings K.M. (2006), *Individual-level predictors of cessation behaviours among participants in the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey*, "Tobacco Control", vol. 15(suppl III): 83–94.

- Kabat G.C., Wynder E.L. (1987), *Determinants of quitting smoking*, "American Journal of Public Health", vol. 77, no. 10: 1301–1305.
- Kaleta D., Korytkowski P., Makowiec-Dabrowska T., Usidame B., Bak-Romaniszyn L., Fronczak A. (2012), *Predictors of long-term smoking cessation: results from the global adult tobacco survey in Poland (2009–2010)*, "BMC Public Health", vol. 12, 1020.
- Kaleta D., Usidame B., Dzikowska-Zaborszczyk E., Makowiec-Dąbrowska T., Leinsalu M. (2014), *Prevalence and factors associated with hardcore smoking in Poland: findings from the Global Adult Tobacco Survey (2009-2010)*, BMC Public Health, vol. 14: 583.
- Kaleta D., Usidame B., Dzikowska-Zaborszczyk E., Makowiec-Dąbrowska T. (2014), *Correlates of Cessation Success among Romanian Adults*, "BioMed Research International", 675496.
- Kotz D., West R. (2009), *Explaining the social gradient in smoking cessation: it's not in the trying, but in the succeeding*, "Tobacco Control", vol. 18, no. 1: 43–46.
- Lee C., Kahende J. (2007), *Factors associated with successful smoking cessation in the United States, 2000*, "American Journal of Public Health", vol. 97: 1503–1509.
- Marti J. (2010), *Successful smoking cessation and duration of abstinence-an analysis of socio-economic determinants*, "International Journal of Environmental Research and Public Health", vol. 7, no. 7, Article ID 707278, 2789–2799.
- Marques-Vidal P., Melich-Cerveira J., Paccaud F., Waeber G., Vollenweider P., Cornuz J. (2011), *Prevalence and factors associated with difficulty and intention to quit smoking in Switzerland*, "BMC Public Health", vol. 13, no.11: 227.
- Murray R.L., Bauld L., Hackshaw L.E., McNeill A. (2009), *Improving access to smoking cessation services for disadvantaged groups: a systematic review*, "Journal of Public Health", vol. 31, no. 2: 258–277.
- Neumann T., Rasmussen M., Ghith N., Heitmann B. L., and Tønnesen H. (2012), *The Gold Standard Programme: smoking cessation interventions for disadvantaged smokers are effective in a real-life setting*, Tobacco Control, doi:10.1136/tobaccocontrol-2011-050194.
- Osler M., Prescott E. (1998), *Psychosocial, behavioural, and health determinants of successful smoking cessation: a longitudinal study of Danish adult*, "Tobacco Control", vol. 7, no. 3: 262–267.
- Pan American Health Organization (2011), *Global Adult Tobacco Survey. Uruguay GATS Report 2009*, Uruguay, WHO/PAHO.
- Pan American Health Organization (2013), *Tobacco Control Report for the Region of the Americas*. Washington, DC, USA.
- Patrick D.L., Cheadle A., Thompson D.C., Diehr P., Koepsell T., Kinne S. (1994), *The validity of self-reported smoking: A review and meta-analysis*, "American Journal of Public Health", vol. 84, no. 7: 1086–1093.

- Reid J., Hammond D., Boudreau C., Fong G.T., Siahpush M. (2010), *Socioeconomic disparities in quit intentions, quit attempts, and smoking abstinence among smokers in four western countries: Findings from the International Tobacco Control Four Country Survey*, *Nicotine & Tobacco Research*, vol. 12(Suppl): S20–S33.
- Sebríe E.M., Barnoya J., Perez-Stable E.J., Glantz S.A. (2005), *Tobacco industry successfully prevented tobacco control legislation in Argentina*, *"Tobacco Control"*, vol. 14: 2.
- Siahpush M., Borland R., Scollo M. (2003), *Factors associated with smoking cessation in a national sample of Australians*, *"Nicotine & Tobacco Research"*, vol. 5: 597–602.
- Siddiqi K. (2014), *Supporting economically disadvantaged tobacco users to help them stop: time to review priorities?*, *"Addiction"*, vol. 109, no. 8: 1221–1222.
- Srivastava S., Malhotra S., Harries A. D, Lal P., Arora M. (2013), *Correlates of tobacco quit attempts and cessation in the adult population of India: secondary analysis of the Global Adult Tobacco Survey, 2009–10*, *"BMC Public Health"*, vol. 13: 263.
- West R., Mcewen A., Bolling K., Owen L. (2001), *Smoking cessation and smoking patterns in the general population: a 1-year follow-up*, *"Addiction"*, vol. 96: 891–902.
- Wilson L.M., Avila T.E., Chander G., Hutton H.E., Odelola O.A., Elf J.L., Heckman-Stoddard B.M., Bass E.B., Little E.A., Haberl E.B., Apelberg B.J. (2012), *Impact of tobacco control interventions on smoking initiation, cessation, and prevalence: a systematic review*, *"Journal of Environmental and Public Health"*, 961–724.
- World Health Organization, (2011), *Systematic review of the link between tobacco and poverty*, World Health Organization, Geneva, Switzerland.
- World Health Organization (2012), *WHO global report: mortality attributable to tobacco*, World Health Organization, Geneva, Switzerland.
- World Health Organization (2014), *Tobacco and inequalities. Guidance for addressing inequalities in tobacco-related harm*, World Health Organization, Copenhagen, Denmark.
- Vangeli E., Stapleton J., Smit E.S., Borland R., West R. (2011), *Predictors of attempts to stop smoking and their success in adult general population samples: a systematic review*, *"Addiction"*, vol. 106, issue 12: 2110–2121.

Artur Wdowiak¹

Uniwersytet Medyczny w Lublinie,

Monika Sadowska

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Magdalena Lewicka

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Magdalena Sulima

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Edyta Wdowiak

Międzynarodowe Naukowe Towarzystwo Wspierania i Rozwoju Technologii Medycznych

Grzegorz Bakalczuk

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Globalizacja a zdrowie – wyzwania i zagrożenia

Globalization and Health – Challenges and Threats

Abstract: Global changes affect most areas of life of the inhabitants of the globe, and their speed and scale have an impact on the health of populations and individuals. The spread of lifestyle diseases, which in part can be combined with the processes of globalization and occurring globally, directly contributes to increased demand for health care services. Therefore, society should make continuous efforts to maintain and improve health.

Key words: globalization, health.

Wstęp

W ostatnich dekadach, dzięki nowoczesnym technologiom informatycznym i telekomunikacyjnym, nastąpił wzrost światowego handlu i inwestycji. Wzrost ten wywołał wielkie, zmiany zarówno w tempie rozwoju gospodarczego, jak i w polityce między-

¹ E-mail: artur.wdowiak@umlub.pl

narodowej. Według Soros'a [2004] zmiany odnoszą się do rozwoju globalnego rynku finansowego, powstawania międzynarodowych korporacji, stale zwiększającej się ich roli w stosunku do gospodarek krajowych oraz postępującej integracji światowych rynków.

Globalizacja jako zjawisko ekonomiczno-społeczne

Globalizacja nie odnosi się tylko do zjawisk ekonomicznych, ale dotyczy również zmian w kulturze, turystyce, telewizji oraz ogólnej mobilności ludzi. Termin ten jest wieloaspektowy, dotyczy wiele sfer naszego życia i może wносить mnóstwo ulepszeń i udoskonaleń, ale również niebezpieczeństw z nim związanych. Według definicji Guillochona [2003] „pojęcie globalizacji obejmuje zespół zjawisk, na skutek których życie każdego mieszkańca naszej planety pozostaje, przynajmniej częściowo, związane z decyzjami podejmowanymi poza jego własnym krajem, na które on sam nie ma żadnego wpływu”. Według Baumana [2000] „mobilność okazuje się najwyżej cenioną i pożądaną wartością, a swoboda poruszania się – nierówno dzielony towar, którego stale brak – szybko staje się głównym czynnikiem kształtującym społeczne podziały”. Z kolei Kaul [1999], dyrektor Programu Rozwoju Narodów Zjednoczonych (UNDP), procesy globalizacyjne odnosi głównie do struktury światowej gospodarki, a nie jej działań, a ich wyróżnikami są:

- 1) otwarte granice umożliwiające swobodny przepływ towarów, inwestycji, siły roboczej oraz wymiany pieniędzy;
- 2) decentralizacja umożliwiająca „wejście” inwestycji do kraju już na poziomach lokalnych, a nie tylko poprzez władze centralne;
- 3) spójna polityka w zakresie praw własności i regulacji prawnych, sprawne zarządzanie i stabilność społeczna;
- 4) zintegrowane międzynarodowo zasady polityki gospodarczej oraz rozwinięta infrastruktura transportowa i telekomunikacyjna;
- 5) kapitał ludzki o odpowiednich kwalifikacjach zarówno robotników, jak i zarządzających, importerów i eksporterów w sektorach: przemysłowym, rolnym i usługowym.

Zdaniem Stiglitz'a [2002], laureata nagrody Nobla w dziedzinie ekonomii, pomimo, że rynek zapewnia wolną wymianę towarów i usług, to nie jest zdolny zapewnić różnych potrzeb ludzi. Zadaniem rządów jest ustalanie regulacji i wyznaczanie arbitrow rynku, bowiem nie wszyscy uczestnicy rynku podejmują racjonalne decyzje. Sachs [2005] uważa, że rynek w sytuacjach, gdy istnieje odpowiednia infrastruktura (drogi, porty, energia) i ludzki kapitał (zdrowi i wykształceni ludzie) jest potężną siłą napędza-

jącą rozwój, natomiast w przypadku braku tych warunków wstępnych rynek pomija wielkie połacie globu, pozostawiając biedę i cierpienia bez okresów wytchnienia.

Wielonarodowe korporacje mają dużą wiotkość w lokowaniu inwestycji, znajdują miejsca, gdzie koszty produkcji są niskie, a system transportu i łączność funkcjonują bez zarzutów. Rządy, aby przyciągnąć inwestorów oferują ulgi podatkowe i przyzymają oczy na nieprzestrzeganie przez nich standardów socjalnych i środowiskowych. Wbrew opinii zagorzałych zwolenników wolnego rynku, nie zapewnia on równowagi i jest podatny na kryzysy.

Powyższe wypowiedzi wskazują, że ignorowanie społecznych konsekwencji globalizacji jest poważnym błędem, tak jak błędem jest niedocenianie roli mechanizmów rynkowych. Zgodnie z poglądami Stiglitz [2002] właściwie zorganizowany, zarządzany i kontrolowany rynek uznać należy za najważniejszy czynnik stymulujący rozwój gospodarczy. Natomiast źle zorganizowany i niekontrolowany rynek jest groźny, powoduje problemy gospodarcze i polityczne, niszczy ekonomię i równowagę społeczną, psuje demokrację i wpędza ludzi w biedę. Prawdziwość tej wypowiedzi potwierdza obecny światowy kryzys ekonomiczny, a toczące się dyskusje na temat jego przyczyn i konsekwencji z pewnością będą miały duży, choć trudny obecnie do przewidzenia wpływ na dalszy kształt i przebieg procesów globalizacyjnych. Nic też dziwnego, że w świecie od lat narastają ruchy kontestacyjne wymierzone w globalizację w obecnym kształcie [Opolski 2011, s. 64].

Czynniki wpływające na globalizację

Decydujący wpływ na przyspieszenie procesów globalizacyjnych miał przede wszystkim Internet, rozwój sieci telekomunikacyjnych i informatycznych. We wszystkich częściach świata wzrósł dostęp do lokalnych i globalnych baz danych, dzięki szybszemu rozwojowi komputeryzacji, co pozwala na współpracę ludzi w różnej części świata, bez konieczności jedności miejsca. Również w dziedzinie medycyny usługi zwiększyły jakość, umożliwiając konsultacje wysokospecjalistyczne, a opisy radiogramów, obrazów USG, MRI czy preparatów biopsyjnych dokonywane są przez wysokiej klasy specjalistów zlokalizowanych w różnych częściach świata. Internet oraz komunikacja satelitarna pozwalają na pomoc w dokonaniu diagnozy lub leczenia przez specjalistów oddalonych o setki kilometrów. Pozwala to też na skuteczną pomoc krajom rozwijającym się, które nie posiadają odpowiednio wykształconego personelu medycznego. Istotnym czynnikiem jest również rozwój transportu kolejowego i tworzenie nowych dróg, co pozwala na szybkie przemieszczanie się ludzi i towarów nawet na duże odległości [Wojtczak 2009].

Globalizacja a zdrowie społeczeństw

O globalnym wymiarze mówimy od momentu powołania Światowej Organizacji Zdrowia, w 1948 roku. Celem zapisanym w jej konstytucji jest osiągnięcie przez wszystkich ludzi możliwie najwyższego poziomu zdrowia, a rolą jej jest koordynowanie międzynarodowych działań prozdrowotnych oraz udzielanie wsparcia technicznego, zaś jej struktura organizacyjna dostosowana jest do zaspokajania potrzeb różnych regionów świata [Opolski 2011, s. 64]. Organizacja, jako międzynarodowy autorytet w sprawach zdrowia, wiedzę swą czerpie z sieci współpracujących ośrodków badawczych oraz różnych komitetów ekspertów liczących w sumie około 2500 wybitnych specjalistów pochodzących ze wszystkich stron świata i z szerokiej współpracy z organizacjami systemu ONZ oraz towarzystwami naukowymi i profesjonalnymi [Wojtczak 2009].

Globalne zmiany dotyczą większości sfer życia mieszkańców globu, a ich szybkość i skala mają wpływ na zdrowie, które jest jednym spośród prawdziwie uniwersalnych dążeń ludzi, niezależnie od części świata. Najczęściej, zagrożenia zdrowotne przerstają granice państw, dlatego niezależnie od rozwiązań wykorzystywanych w innych krajach, wszystkie państwa muszą przeciwdziałać zagrożeniu na skalę międzynarodową. Globalizm w zdrowiu publicznym łączy trudności krajów dopiero rozwijających się z krajami już rozwiniętymi.

Obecne globalne zagrożenia zdrowia są wynikiem nasilającej się migracji ludzi, a z nimi mikrobów. Podczas, gdy w roku 1980, liczba podróżnych w ruchu międzynarodowym wynosiła 1 milion, w roku 2000 uległa trzykrotnemu wzrostowi, osiągając w 2006 roku 2 miliardy [Opolski 2011, s. 64]. Stąd też dochodzi codziennie do tysięcy kontaktów, które umożliwiają rozprzestrzenienie chorób zakaźnych do najbardziej wysuniętych zakątków świata. Aby zwalczyć przenoszenie tych chorób kraje wymagają innego podejścia do rzeczy niż do tej pory. Zdrowie publiczne zmienia się w strażnika bezpieczeństwa całego świata. Potrzeba do tego kompleksowego systemu informacji epidemiologicznej i stałego monitorowania skupisk ewentualnych zagrożeń. Tak ogromna współpraca międzynarodowa oraz profesjonalne zaplecze naukowe i laboratoryjne są koniecznymi warunkami zapobiegania różnego rodzaju zagrożeniom globalnym. Wynikiem częstych podróży międzynarodowych i międzykontynentalnych są zmiany w sposobach wychowywania dzieci, spędzania czasu wolnego i rekreacji, odżywiania się, a także zażywania środków o różnych właściwościach i działaniu, stwarzających zagrożenie zdrowia.

Przykładem niszczącego zdrowie czynnika o globalnym wymiarze jest epidemia palenia tytoniu, która przyczynia się do zgonu 4–5 milionów osób rocznie. Przewiduje

się, że w 2020 liczba ta wzrośnie do 10 mln. Tytoń jest największym legalnym zabójcą, a walka z jego produkcją oraz nałogiem palenia wymaga globalnej akcji. Gdy regulacje prawne ograniczają produkcję papierosów np. w USA, natychmiast przenoszona jest ona pospiesznie do innych krajów, które takich regulacji nie mają. Dlatego tylko globalne regulacje prawne mogą odnieść skutek, a ich przykładem jest Konwencja Światowej Organizacji Zdrowia zakazująca reklam i promocji palenia papierosów, przemytu produktów tytoniowych i postulująca wysokie opodatkowanie papierosów oraz subwencje dla upraw rolnych w miejsce uprawy tytoniu [Opolski 2001, s. 64].

Nowe i powracające globalne zagrożenia zdrowia

W dzisiejszych czasach choroby zakaźne występują i przenoszą się szybciej niż kiedyś. Od 1970 roku nowe choroby występują z częstością od 1–2 rocznie i obecnie istnieje około 40 nowych chorób zakaźnych. Spośród 685 potencjalnie groźnych zagrożeń zdrowia, zanotowanych w świecie w latach 2003–2006, w Afryce miało miejsce 288, a w Europie 78. Następnie pojawiły się cholera, żółta febra i zakażenia menigokokowe. Wybuch cholery w 1991 roku w Peru przerodził się w epidemię, która objęła wiele krajów Ameryki Południowej i Środkowej z setkami tysięcy chorujących i 11.000 zmarłych. W Zairze w 1995 r. wirusem Ebola, wywołującym gorączkę krwotoczną, zakażonych zostało 316 osób, wśród których śmiertelność wyniosła niemal 75%. Co trzecia zmarła osoba to pracownik medyczny, który miał styczność z krwią i płynami ustrojowymi chorych. Na przełomie 1999 i 2000 roku w Demokratycznej Republice Kongo zmarło 16 osób zakażonych bliskim krewnym Eboli wirusem Marburg, a w Angoli na wiosnę 2005 r. zaraziło się nim 316 osób, z których zmarło 270, na którą w 2003 roku w Pekinie zapadło 8422 osoby [Moore 2009].

Przykładem zagrożenia globalnego była ciężka ostra choroba układu oddechowego (Severe Acute Respiratory Disease) SARS, przenoszona drogą kropelkową, z okresem inkubacji powyżej tygodnia, przebiegała z objawami ciężkiego zapalenia płuc i śmiertelnością około 11%. Najwięcej zgonów zanotowano wśród personelu szpitalnego. Została ona opanowana w ciągu 4 miesięcy z udziałem ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia [World Health Organization 2007].

Występująca sezonowo o charakterze epidemicznym grypa (Influenza) zwykle zaczyna się we wschodniej Azji i dotyczy kilkuset milionów ludzi. Notuje się 3 do 5 milionów cięższych przypadków oraz od 250 do 500 tysięcy zgonów dotyczących głównie dzieci i osób powyżej 65 roku życia. Wirusy wywołujące gripę należą do grupy A oraz B. Wirus A atakuje oprócz człowieka również świnie, konie, dzikie i domowe ptactwo i ma dwie podgrupy H3N2 i H1N1. Wirusy podgrupy H3N2 powodują cięższy

przebieg choroby i większą liczbę zgonów. W 1997 roku w Hongkongu po raz pierwszy wykryto u ludzi zarażonych wirusem ptasiej grypy H5N1. Rezultatem było 18 ciężkich zachorowań z 6 zgonami. Szybka akcja wybicia milionów sztuk drobiu i izolacja chorych zapobiegła rozwojowi epidemii. Wirus powrócił w roku 2003, powodując masowe zakażenia drobiu oraz zakażenie grupy dzieci w Wietnamie. Epidemia ta objęła drób i ptactwo w kilkudziesięciu krajach Azji, Europy i Afryki, a również i ludzi. Do czerwca 2007 zanotowano wśród ludzi 310 zakażeń wirusem H5N1 z 189 zgonami. Zakażenia te wskazują na możliwość wystąpienia pandemii, która mogłaby dotknąć około 1,5 miliarda ludzi. Zakładając nawet łagodny jej przebieg, konsekwencje ekonomiczne i społeczne byłyby ogromne [Wojtczak 2009].

Groźnym czynnikiem zmniejszającym skuteczność leczenia wielu chorób jest coraz częściej występująca odporność na leki. Przykładem może być szerzenie się lekoopornych szczepów gruźlicy. W 2005 roku zanotowano 8,8 mln przypadków gruźlicy i 1,5 mln zgonów. Liczba zachorowań po okresie wzrostu stabilizuje się, ale wzrasta liczba chorych opornych na leczenie. W latach 2002–2006 zanotowano 90 000 nowych przypadków gruźlicy w 81 krajach, a w 45 z nich stwierdzono szczepy lekooporne. Warto dodać, że epidemia HIV/AIDS sprzyja szerzeniu się gruźlicy oraz powoduje cięższy przebieg i zwiększa śmiertelność [York 1999].

Edukacja i promocja zdrowia

Nadrzędną metodą w walce z globalnymi zagrożeniami zdrowia jest edukacja zdrowotna i szeroko pojęta promocja zdrowia. Przyjęto, że zaistnienie pojęcia „promocja zdrowia” przypada na rok 1986, kiedy Światowa Organizacja Zdrowia na międzynarodowej konferencji w Ottawie ogłosiła tzw. Kartę Ottawską na temat promocji zdrowia. Pojęcie to zostało scharakteryzowane, jako proces, który pozwoli ludziom rozszerzyć nadzór nad własnym zdrowiem, co w rezultacie będzie skutkowało jego poprawą. Aby proces ten mógł zaistnieć należy [Opolski 2011, s. 64]:

- ułatwiać zmiany,
- pośredniczyć między różnymi grupami (mediować – *mediate*),
- przemawiać za zdrowiem (orędownać, być rzecznikiem zdrowia – *advocate*).

Trzeba pamiętać również o pięciu podstawowych kierunkach, które można zaliczyć do celów promocji zdrowia, są nimi:

- a) kreowanie polityki prozdrowotnej,
- b) tworzenie wspierającego środowiska,
- c) wzmocnienie działań społeczności,
- d) kształtowanie zachowań indywidualnych,
- e) zmiana zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz sposobu ich udzielania.

Kreowanie polityki prozdrowotnej ma na celu, podwyższanie stopni zdrowia we wszystkich sferach życia społecznego i gospodarki. Rzetelność i rozważa za zdrowie powinna być zależna od wielu podmiotów, a nie tylko instytucji i pracowników służby zdrowia. Wszelkie zamiary i projekty dotyczące mieszkalnictwa, transportu, czy ochrony środowiska, przy podejmowanych decyzjach na każdym szczeblu powinny uwzględniać aspekty zdrowotne. Drugi kierunek działania, ma przynosić społeczeństwu zadowolenie, dawać satysfakcje z życia, pracy oraz wypoczynku. Wiąże się to z zapewnieniem dogodnych, jak i bezpiecznych warunków bytowania. Musi to podlegać ochronie bogactw naturalnych oraz ulepszeniu różnorodnych technologii, urbanizacji i dóbr materialnych, społecznych statusach życia i pracy. Kolejny kierunek dotyczy uniezależnienia, czyli aby obywatele mogli sami działać na rzecz poprawy zdrowia. Chodzi tutaj o możliwości decydowania samemu na temat kierunków przemian wdrażanych w życie, czy wyborów priorytetów. Świadomość, że są to ich własne ambicje i pragnienia, służyć będzie zwiększeniu samokontroli nad statusem życiowym. Czwarty kierunek dotyczy kształtowania umiejętności indywidualnych. Osiągamy te sprawności przez cały okres życia. Ułatwia to w zsynchronizowaniu różnych zmian oraz sytuacjach związanych ze stanem zdrowia. Pozwala dopasować się do funkcjonowania w codziennym życiu. Lecz umiejętności te powinny być uczone i utrwalane przez całe nasze życie, poprzez edukacje w szkole, pracy, domu oraz innych instytucjach. Z kolei zmiana zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz sposobu ich udzielania, dotyczy zmiany pracy personelu medycznego oraz instytucji medycznej. Zmiana ta ma dotyczyć włączeniu się w inne zadania medycyny naprawczej, mianowicie sfera medyczna musi być bardziej emocjonalna i skłonna do pomocy pacjentom, wrażliwsza na ich potrzeby. Pożądane zmiany wymagają współpracy instytucji i pracowników udzielających świadczeń zdrowotnych, rządów, a także różnych grup w społeczności i całego społeczeństwa [Opolski 2011, s. 64].

Inna definicja promocji zdrowia mówi, że: „promocja zdrowia jest nauką i sztuką pomagania ludziom w zmianie ich stylu życia, aby osiągać stan optymalnego zdrowia. Optymalne zdrowie wynika z równowagi zdrowia fizycznego, emocjonalnego, społecznego, duchowego oraz intelektualnego. Zmiany stylu życia mogą być ułatwiane poprzez połączenie wysiłków zmierzających do zwiększania świadomości, zmiany zachowania oraz stworzenia środowisk, które wspierają dobre praktyki zdrowotne. Z trzech wymienionych czynników trzeci – wspierające środowisko, ma przypuszczalnie największy wpływ na wywołanie trwałych zmian” [Mittelmark, Kickbusch, Rootman, Scriven, Tones 2008, ss. 225–240].

Termin „promocja zdrowia” jest często identyfikowany z terminem „edukacja zdrowotna”. Dzieje się tak, ponieważ wśród inicjatorów i prekursorów promocji zdrowia

byli ludzie, którzy wcześniej zawodowo zajmowali się edukacją zdrowotną. Termin ten jest bardzo praktykowany w dzisiejszych czasach. Zaś wcześniej używano pojęć takich jak: wychowanie higieniczne, oświata sanitarna, oświata zdrowotna, wychowanie zdrowotne, pedagogika zdrowia, krzewienie kultury zdrowotnej. Niektóre z nich, takie jak np. oświata zdrowotna, używane są do dzisiaj. W piśmiennictwie podaje się wiele definicji edukacji zdrowotnej, niemniej wszystkie skupiają się wokół stwierdzeń, że są to procesy lub czynności, które dążą do prozdrowotnej zmiany zachowania indywidualnego oraz działania społecznego ludzi. Edukacja zdrowotna jest narzędziem, metodą, która może wspierać zarówno wskazane kierunki, jak strategie promocji zdrowia [Woynarowska 2007, s. 102].

Jako przykłady działań praktycznych promocji zdrowia, w ujęciu globalnym, można wymienić przede wszystkim ogólnooświatowe projekty realizowane w ścisłej współpracy ze Światową Organizacją Zdrowia [Opolski 2011, s. 64]:

1. Zdrowe Miasta (*Healthy Cities*).
2. Szkoły Promujące Zdrowie (*Health Promoting Schools*).
3. Szpitale Promujące Zdrowie (*Health Promoting Hospitals*).
4. Promocja zdrowia w miejscu pracy/Przedsiębiorstwo promujące zdrowie (*Workplace Health Promotion*).
5. Bezpieczne Społeczności (*Safe Communities*).

Jedną z istotnych możliwości promocji zdrowia był Projekt Północnokarelski (North Karelia Project), który rozpoczął się w 1972 roku i trwał 25 lat. Zakończył się efektownym sukcesem, mianowicie spadkiem umieralności mężczyzn o 68% z powodu chorób układu krążenia (Ch.U.K.) oraz o 71% z powodu raka płuca. Powstał on w czasach, kiedy nie znano jeszcze terminu „promocja zdrowia” i zasad tej strategii. Liderzy projektu wyszli z założenia, że obserwowana wyjściowa wysoka umieralność mężczyzn z powodu Ch.U.K. jest sygnałem równomiernej dystrybucji czynników szkodliwych dla zdrowia w całej populacji i nie dotyczy tylko tzw. grup ryzyka. Wbrew panującym tendencjom uznali, że należy zapewnić zdrowsze warunki życia wszystkim członkom społeczności, a nie tylko poprawiać zdrowie poszczególnych, zagrożonych osób. Projekt był dobrze zaplanowany, mocno osadzony w teoriach behawioralnych i łączył pracę profesjonalistów oraz laików. Wiele innowacyjnych pomysłów było dziełem mieszkańców, a nie ekspertów wyszkolonych w opiece zdrowotnej i zdrowiu publicznym. Piekarze obmyślali sposób wypieku chleba z mniejszą ilością soli, a masarze dodali grzybów do kielbas. Powstały receptury odtłuszczonych produktów mleczarskich i przepisy na lżejsze potrawy. Przez lata wielu ludzi odnalazło swój sposób na wykorzystanie posiadanych umiejętności i talentów na rzecz wspólnoty [Lignowska 2001, ss. 145–159].

Podsumowanie

Procesy globalizacji oddziałują na zdrowie populacji i indywidualnych osób. Rozpowszechnianie się chorób cywilizacyjnych, które w części można łączyć z procesami globalizacji i występującymi globalnie, bezpośrednio przyczynia się do zwiększenia zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne [Klich 2013]. Dlatego społeczeństwa powinny podejmować ciągłe starania na rzecz utrzymania i poprawy zdrowia.

Bibliografia

- Bauman Z. (2000), *Globalizacja i co z tego dla ludzi wynika*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa.
- Guillochon B. (2003), *Globalizacja. Jeden świat – różne drogi rozwoju*, Mała Encyklopedia Larousse, Larousse, Polska, Wrocław.
- Kaul I. (1999), *Globalization and human development: challenges for a new century*; [in:] „*Global Public Goods: International Cooperation in the Twenty first Century*”, Oxford University Press, New York.
- Klich J. (2013), *Restrukturyzacja Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej. Współczesne wyzwania procedury i narzędzia*. ABC Wolters Kluwer Polska SA, Warszawa.
- Lignowska I. (2001), *Projekt Północnokarelski – przykład modelowego projektu promocji zdrowia w społeczności lokalnej*. Promocja Zdrowia, Wyd. „Nauki Społeczne i Medycyna”, t. 8, nr 4, ss. 145–159.
- Mittelmark M.B., Kickbusch I., Rootman I., Scriven A., Tones K. (2008), *Health Promotion*. [w:] H.K. Heggenhougen., S. Quah S (red.), *International Encyclopedia of Public Health*, Amsterdam, Elsevier, “Academic Press”, t. 3, ss. 225–240.
- Moore P. (2009), *Tajemnicze choroby współczesnego świata. Nowe zagrożenia wirusy, bakterie, zarazki*, Bellona Spółka Akcyjna, Warszawa.
- Opolski J. (2011), *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, Wyd. Szkoła Zdrowia Publicznego CMKP, Warszawa.
- Sachs J. (2005), *The end of poverty. How we can make it happen in our lifetime*, The Penguin Books Ltd London.
- Soros G. (2004), *Bubble of American Supremacy: The costs of Bush’s War in Iraq*, Public Affairs, New York.
- Stiglitz J. E. (2002), *Globalization and its Discontent*. Norton Company, New York, London.
- Wojtczak A. (2009), *Zdrowie Publiczne, wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- World Health Report (2009), *A Safer Future: Global Public Health Security in the 21st Century*, World Health Organization.

A. Wdowiak, M. Sadowska, M. Lewicka, M. Sulima, E. Wdowiak, G. Bakalczuk

Woynarowska B. (2007), *Edukacja zdrowotna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

York G. (1999), *A deadly strain of TB races toward the West*, *Globe and Mail* 24 March.

Agnieszka Kolmaga¹

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Małgorzata Godala²

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Elżbieta Trafalska³

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Dorota Kaleta⁴

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Franciszek Szatko⁵

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Organizacja edukacji żywieniowej w szkole. Część I – struktura spożycia posiłków

Organization of Nutrition Education at School. Part I – the Structure of Consumption of Meals

Abstract: The aim of this study was to evaluate the selected eating habits of young people in Lodz (the structure of consumption of meals, snacking) and trends in eating habits of young people over 15 years. The study group was school youth aged 12–19 years attending primary, middle and secondary schools in 4 districts of Lodz. The study involved 622 students: 309 girls (49.7%) and 313 boys (50.3%). Dietary habits were analyzed based on the author's interview questionnaire modeled on the interview questionnaire used in the international studies (HBSC – Health Behaviour In School-aged Children). Only 56.1% of the surveyed students (51.5% of girls and 60.7% of boys) regularly consumed basic meals. Negative eating behavior were observed more frequently in girls and young adults. Over 90% of students snacked between

¹ E-mail: agnieszka.kolmaga@umed.lodz.pl

² E-mail: malgorzata.godala@umed.lodz.pl

³ E-mail: elzbieta.trafalska@umed.lodz.pl

⁴ E-mail: dorota.kaleta@umed.lodz.pl

⁵ E-mail: franciszek.szatko@umed.lodz.pl

meals – mainly fruit, sweets, salty snacks. The test results oblige to urgently introduce even basic activities of nutrition education at school and appropriate activities for parents and teachers.

Key words: school children, eating habits, the number and type of meals, snacking.

Wstęp

Okres dzieciństwa i młodości to szczególny etap w życiu człowieka, w którym dokonują się intensywne zmiany ustrojowe oraz dochodzi do przemiany dziecka w osobę dorosłą. Wiek dorastania – to okres obejmujący od 12 do 18–20 r. ż. – psychologowie określają go, jako najtrudniejszy i najbardziej złożony [Jodłowska i in. 2010, ss. 127–134]. Okres dojrzewania i dorastania, decyduje zatem, co młody człowiek wniesie w dorosłe życie, czy kapitał prozdrowotnych zachowań, czy też bagaż czynników ryzyka dla zdrowia obecnego i przyszłego. Jest też to niezwykle ważne dla następnych pokoleń – młodzi ludzie powinni być przygotowani biologicznie do zostania rodzicami i przekazywania dalej pozytywnych wzorców i postaw prozdrowotnych [Mazur, Woynarowska 2001, ss. 71–96]. W zasadach prawidłowego żywienia zaleca się, aby całodzienna racja pokarmowa młodzieży szkolnej była podzielona na 4–5 posiłków. Odstępy czasu między nimi powinny być regularne i nie większe niż 3–4 godziny [Boniecka i in. 2009, ss. 49–51]. Regularność spożywanych posiłków jest bardzo ważna w racjonalnym żywieniu, a często zaniedbywana w związku m.in. ze zbyt dużą liczbą godzin zajęć szkolnych i pozaszkolnych [Ligenza i in. 2011, ss. 25–32]. Zbilansowane posiłki, pozwalają utrzymać stałe stężenie glukozy we krwi, wpływają na sprawność psychofizyczną oraz dodatkowo zapobiegają powstawaniu nadwagi i otyłości [Boniecka i in. 2009, ss. 49–51]. Wyniki badań wskazują, że opuszczanie pierwszego śniadania i/lub nie spożywanie posiłku w szkole wpływa niekorzystnie na funkcjonowanie mózgu i ogólną sprawność fizyczną ucznia (gorsze funkcjonowanie na lekcjach w szkole oraz w trakcie innych zajęć w czasie wolnym) [Mazur 2011, ss. 1–15].

Natomiast badania prowadzone w wielu polskich ośrodkach wskazują, że przerwy między posiłkami u dzieci w wieku szkolnym przekraczają niejednokrotnie 6 godzin [Suliga 2006, s. 73; Szczepaniak i in. 2003, ss. 588–592; Szczerbiński, Karczewski 2007, ss. 878–884]. Jednym z warunków utrzymania regularnego spożywania posiłków jest unikanie pojadania [Ziółkowska i in. 2010, ss. 606–610]. Młodzież często zamiast drugiego śniadania (np. kanapki z wędliną, serem, napoju mlecznego) wybiera przekąski. Największą popularnością wśród dzieci i młodzieży cieszą się produkty wysokokaloryczne: słodczyce, chipsy czy słodkie napoje gazowane, które często spożywają w szkole [Krzywiec i in. 2012, ss. 713–721]. Po produkty tego typu dzieci/młodzież sięga również w godzinach popołudniowych – w domu, jeśli dostęp do nich jest nieograniczony

ny [Weker i in. 2007, ss. 398–403]. Istotne jest aby w domu (podobnie w szkole) dostępne były produkty wartościowe (m.in.: warzywa, owoce, nasiona, orzechy, napoje mleczne), a dostęp do mniej wartościowych był trudniejszy [Łoś-Rychalska 2010, ss. 259–263].

Cel i stosowane metody

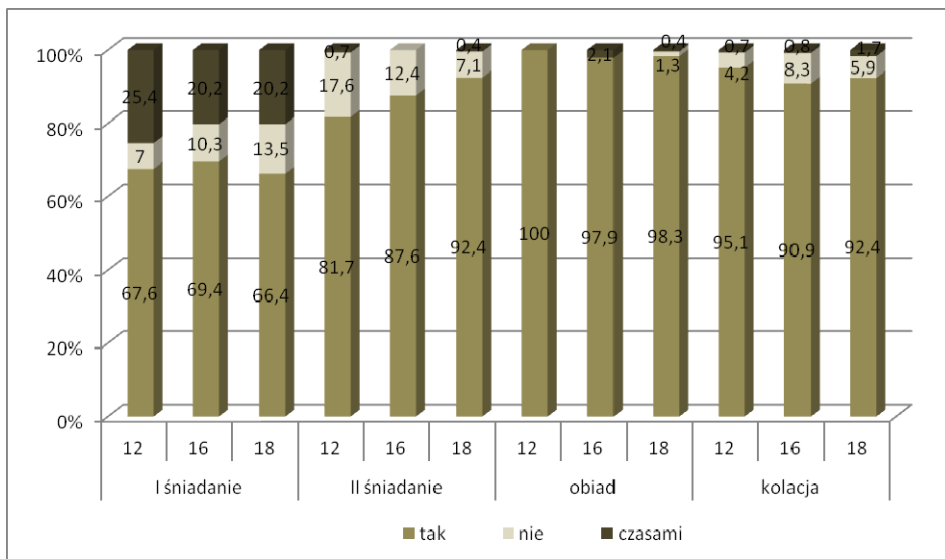
Celem pierwszej części pracy była ocena nawyków żywieniowych młodzieży łódzkiej tj.: liczby i struktury spożycia posiłków, pojadanie między posiłkami oraz uzyskanie odpowiedzi jak zmieniły się te nawyki na przestrzeni 15 lat wśród młodzieży. Badaniami objęto 622 osoby: 309 dziewcząt (49,7%) i 313 chłopców (50,3%), w wieku 12–19 lat uczęszczających do szkół podstawowych i ponadpodstawowych zlokalizowanych w 4 dzielnicach Łodzi: Śródmieście, Widzew, Polesie, Bałuty. Dobór próby przeprowadzono w oparciu o losowanie dwustopniowe: pierwszy etap obejmował wybór dzielnicy Łodzi, w drugim etapie wylosowano szkołę na podstawie otrzymanej listy szkół łódzkich z Kuratorium Oświaty. Udział w badaniu uwarunkowany był pisemną zgodą dyrekcji, rodziców i pełnoletnich uczniów. Uczestnicy projektu zostali poinformowani o celach, założeniach i metodyce prowadzonych badań, które przeprowadzono od września 2008 do lutego 2012 roku w szkolnych gabinetach lekarskich lub miejscach odpowiednio przygotowanych na badanie. Populację badanej młodzieży podzielono na trzy grupy wiekowe ze względu na 3 etapy edukacji i rozwoju. I grupę stanowiły dzieci w wieku 12–13 lat (ostatnie klasy szkół podstawowych) – 142 uczniów (22,8% badanej populacji) – to grupa 12-latków; II grupa – młodzież gimnazjalna 15–16-letnia – 242 uczniów (38,9% populacji) – grupa 16-latków; oraz III grupa – młodzież uczęszczająca do szkół ponadgimnazjalnych (licea, technikum, zasadnicze szkoły zawodowe) w wieku 17–19 lat – 238 uczniów (38,3% badanej młodzieży) – to grupa 18-latków. Do oceny zachowań żywieniowych młodzieży wykorzystano wywiad kwestionariuszowy, który obejmował zjawiska/ problemy badane w Zakładzie Higieny Żywności i Epidemiologii Katedry Higieny i Epidemiologii Uniwersytetu Medycznego, oraz korzystano i wzorowano się na innych ośrodkach krajowych i zagranicznych (możliwość analizy porównawczej) – szczególnie wzorowano się na wywiadzie stosowanym w badaniach HBSC – Health Behaviour In School-aged Children – A WHO Collaborative Cross-national Study. Wykorzystano program statystyczny Statistica 9,0. Dokonano również przeglądu piśmiennictwa na przestrzeni 15 lat pod kątem zachowań żywieniowych młodzieży.

Wyniki badań

Struktura spożycia posiłków w ciągu dnia (rodzaj i liczba posiłków)

Ocena nawyków żywieniowych młodzieży dotycząca spożywania posiłków w ciągu dnia (rys. 1) wykazała największe nieprawidłowości w zakresie opuszczania I śniadania (głównie uczniowie 18-letni: 13,5% badanych) i II śniadania (aż 17% dzieci 12-letnich wskazało, że nie spożywa tego posiłku w szkole) oraz opuszczania kolacji głównie przez 16-letnich uczniów – 8,3%. Najczęściej spożywanym posiłkiem przez młodzież był obiad – (98% młodzieży). Częściej opuszczały posiłki dziewczęta, niż chłopcy, zarówno I śniadanie jak i kolację, odpowiednio: I śniadanie – 11,7% vs 9,9%, kolację – 9,7% vs 3,2%. Natomiast chłopcy częściej nie spożywali II śniadania w porównaniu z dziewczętami, odpowiednio: 13,1% vs 10,1% (rys. 2). Natomiast w tabeli 1 dokonano zestawienia liczby posiłków (I śniadanie, II śniadanie, obiad, kolacja), które regularnie młodzież zadeklarowała, że spożywa w ciągu dnia. Tylko 56,1% badanych uczniów (51,5% dziewcząt i 60,7% chłopców) regularnie spożywało wymienione wyżej posiłki. Biorąc pod uwagę wiek – 4 posiłki dziennie spożywało ok. 57% 18-letniej młodzieży, 56% 16-latków i 53% 12-latków.

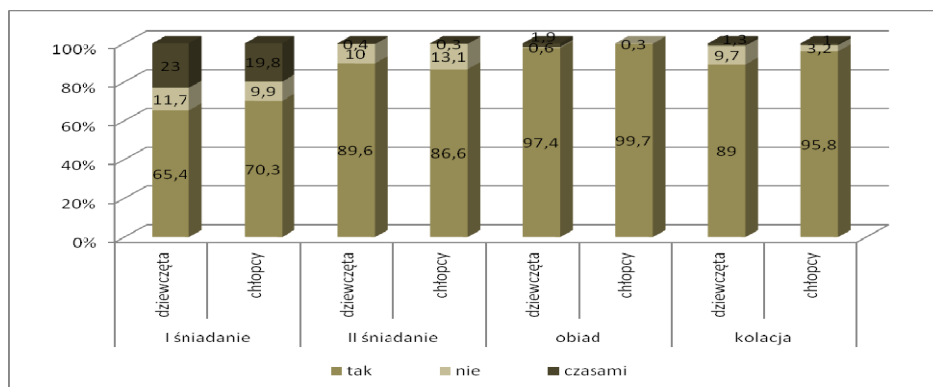
Rysunek 1. Deklarowane spożycie posiłków przez uczniów wg wieku (w %)



Źródło: opracowanie własne.

Analiza nawyków żywieniowych dotyczących spożywania posiłków w grupach wiekowych badanych wykazała istotne różnice w zakresie spożywania I śniadania ($\chi^2 = 34,1$). Im starszy wiek badanych tym częściej stwierdza się, że młodzież nie spożywa tego posiłku ($p < 0,001$), odpowiednie częstości w kolejnych grupach wieku to: 7%, 10,3% i 13,5%. Należy podkreślić, że aż co czwarty/piąty badany uczeń spożywa I śniadanie tylko czasami.

Rysunek 2. Częstość spożycia posiłków wśród dziewcząt i chłopców (w %)



Źródło: opracowanie własne.

Tabela 1. Liczba posiłków spożywanych przez młodzież w ciągu dnia (w %)

WIEK	PŁEĆ	LICZBA POSIŁKÓW			
		≤3		4	
		n	%	n	%
12	Dziewczęta n=66	32	48,5	34	51,5
	Chłopcy n=76	34	44,7	42	55,3
	Razem n=142	66	46,5	76	53,5
16	Dziewczęta n=139	69	49,6	70	50,4
	Chłopcy n=103	36	35,0	67	65,0
	Razem n=242	105	43,4	137	56,6
18	Dziewczęta n=104	49	47,1	55	52,9
	Chłopcy n=134	53	39,6	81	60,4
	Razem n=238	102	42,9	136	57,1

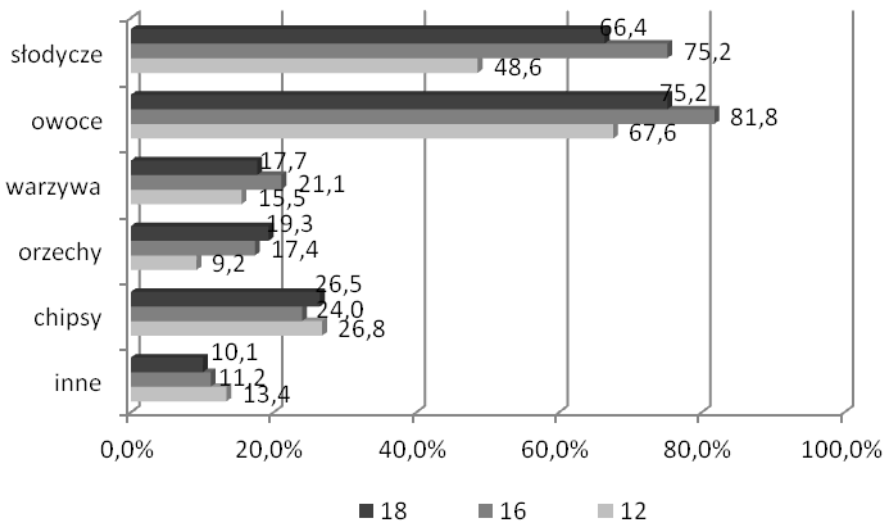
Źródło: opracowanie własne.

Spożywanie posiłków w grupach dziewcząt i chłopców wykazało następujące istotne różnice: chłopcy częściej niż dziewczęta zjadali codziennie kolację (95,8% vs 89%) – $\chi^2 = 9,989$; $p < 0,01$.

Pojadanie między głównymi posiłkami (śniadanie, obiad, kolacja)

Pojadanie między posiłkami nie jest dobrym nawykiem, ale jeżeli są spożywane produkty prozdrowotne tj.: owoce, warzywa, orzechy, napoje mleczne – to można zaliczyć je do korzystnych zachowań. Natomiast pojadanie szerokiej gamy słodyczy, chipsów czy słonych przekąsek nie należy do prawidłowych nawyków. Na pojadanie między posiłkami wskazało 96% badanych. Najczęściej młodzież spożywała między posiłkami: owoce (76%), słodycze (65,8%), chipsy, słone paluszki (25,6%). Dziewczęta częściej pojadają (98,1%), niż chłopcy (94,2%), głównie: owoce i warzywa, a chłopcy częściej chipsy – rys. 3 oraz tab. 2.

Rysunek 3. Pojadanie między posiłkami różnych produktów wg wieku (w %)



Źródło: opracowanie własne.

Pojadanie istotnie częściej wskazywali badani w wieku 16 lat (98,3%) i w wieku 18 lat (97,5%), a istotnie rzadziej najmłodsi (90,1%), – $\chi^2 = 15,61$; $p < 0,01$. Osoby 16-letnie istotnie częściej niż starsze i niż młodsze pojadają słodycze ($\chi^2 = 28,2$; $p < 0,001$). Odpowiednie odsetki to 75,2%, vs 66,4%, vs 48,6%. Owoce również istotnie częściej pojadają 16-latkowie (81,8%), niż osoby 18-letnie (75,2%) i 12-letnie (67,6%) – $\chi^2 = 10,07$; $p < 0,01$. Także istotna statystycznie różnica występuje w przypadku spo-

żywania orzechów bowiem im starsza młodzież, tym częściej je spożywa (9,2%, vs 17,4%, vs 19,3%) – $\chi^2=7,130$; $p<0,05$).

Tabela 2. Pojadanie między posiłkami wśród dziewcząt i chłopców (w %)

Pojadanie	Dziewczęta		Chłopcy		Razem		Test χ^2
	N=309	%	N=313	%	N=622	%	
Nie	6	1,9	18	5,8	24	3,9	6,082
Tak	303	98,1	295	94,2	598	96,1	
Słodycze	214	69,3	195	62,3	409	65,8	3,341
Owoce	255	82,5	218	69,6	473	76,0	14,151
Warzywa	67	21,7	48	15,3	115	18,5	4,157
Orzechy	56	18,1	45	14,4	101	16,2	1,474
Chipsy	70	22,7	89	28,4	159	25,6	3,057
Inne	35	11,3	37	11,8	70	11,3	0,037

Źródło: opracowanie własne.

Dziewczęta istotnie częściej pojadają między posiłkami niż chłopcy (98,1%, vs 94,2%). Pojadanie owoców jest istotnie częstsze w grupie dziewcząt niż chłopców (82,5%, vs 69,6%), podobnie pojadanie warzyw (21,7% dziewcząt, vs 15,3% chłopców). Chłopcy częściej, ale nieistotnie, pojadają chipsy (28,4% i 22,7%).

Podsumowanie i wnioski

Najczęstsze nieprawidłowości dotyczyły opuszczania I i II śniadania oraz kolacji, jak również niespełniania podstawowego zalecenia żywieniowego – spożywania, co najmniej 4 posiłków dziennie. Wraz z wiekiem wzrastało opuszczanie I śniadania – 7% 12-latków, 10,3% 16-latków i 13,5% 18-latków wskazało, że nie spożywa tego posiłku w ogóle, a co czwarty/piąty uczeń deklarował spożycie go tylko czasami. Nieprawidłowe nawyki żywieniowe dotyczyły również pomijania II śniadania. Odsetek uczniów opuszczających ten posiłek w szkole zmniejszał się z wiekiem badanych: 17,6% 12-latki, 12,4% 16- i 7% 18-latki.

Dziewczęta częściej nie spożywały regularnie posiłków w porównaniu do chłopców: I śniadanie (odpowiednio: 34,7%, vs 29,7%) i kolację (11%, vs 4,2%). Z kolei chłopcy częściej deklarowali, że nie spożywają regularnie II śniadania (13,4%) w porównaniu do dziewcząt (10,4%). Dane z piśmiennictwa wskazują na podobne tendencje: wraz z wiekiem wzrasta liczba dzieci i młodzieży nie spożywających podstawowo-

wych posiłków w ciągu dnia i częstsze nieprawidłowości w tym względzie dotyczą dziewcząt [Woynarowska 2004, ss. 87–94; Moreno 2005, s. 66; Currie et al. 2012, ss. 108–109]. Zbliżone wyniki badań lub większe nieprawidłowości dotyczące spożycia podstawowych posiłków (I śniadania, II śniadania oraz kolacji) niż w badaniu własnym wykazali autorzy z badań ogólnopolskich, z poszczególnych ośrodków badawczych w Polsce, (tab. 3) jak i badań międzynarodowych.

Tabela 3. Częstość opuszczania I śniadania przez młodzież (w %)

lp.	Autorzy i źródło danych	Wiek	Cała grupa (%)	Dziewczęta (%)	Chłopcy (%)
1a	Dzielska i in. (2008) – wyniki badań HBSC – 2002 (nigdy nie spożywa śniadania w dni szkolne)	11		11	8
		13		19	10
		15		20	15
1b	Dzielska i in. (2008) – wyniki badań HBSC – 2006 (nigdy nie spożywa śniadania w dni szkolne)	11		14	13
		13		22	15
		15		23	18
2	Stankiewicz i in. (2010) – PP400M (nigdy lub prawie nigdy nie spożywa śniadania)	6-18	10	13,7	10,2
3	Mazur, Małkowska-Szcutnik (2011) – wyniki badań HBSC – 2010 – w grupie 11–15 lat: 18,8% nigdy nie spożywa I śniadania w dni szkolne (Mazur 2015)	11–18	-		
		11–12	15,7	15,5	15,9
		13–14	19,3	21,3	17,2
		15–16	20,9	21,2	20,5
4	Mazur (2015) – wyniki badań HBSC – 2014 – w grupie 11–15 lat: 18,4% nigdy nie spożywa I śniadania w dni szkolne	11–15			
		11	18,4	11,5	11,6
		13		26,5	16,5
		15		23,8	19,9

Źródło: opracowanie własne.

Dzielska i in. [2008, ss. 222–229] dokonali analizy tendencji zmian (2002, a 2006 rok) w częstości spożywania pierwszych śniadań wśród młodzieży 11–15-letniej (dane HBSC). Zwrócono uwagę na zwiększający się odsetek dziewcząt i chłopców w każdej grupie wiekowej (11, 13, 15 lat), którzy nie spożywali codziennie I śniadań w roku 2006

w stosunku do 2002. Na podstawie ostatnich danych z badań HBSC w Polsce 2013/2014 [Mazur 2015, ss. 1–280] zaobserwowano, iż w porównaniu z wynikami z 2010 roku (18,8% – nigdy nie spożywa I śniadania w dni szkolne), nastąpiło zahamowanie tendencji wzrostowej w opuszczaniu I śniadania przez młodzież 11–15-letnią (18,4% w 2014). Stwierdzono również, że chłopcy w porównaniu do dziewcząt oraz młodsza młodzież w porównaniu do starszej – regularnie spożywa ten posiłek przed wyjściem do szkoły [Mazur 2015, ss. 1–280].

Wyniki międzynarodowego raportu HBSC [Curre et al. 2012, ss. 108–109] również potwierdzają tę zależność, im starsza młodzież tym częściej opuszcza pierwszy posiłek przed wyjściem do szkoły. Codzienne spożycie I śniadania w dni szkolne deklarowało: 71% młodzieży 11-letniej (69% dziewcząt, 72% chłopców); 61% młodzieży 13-letniej (57% dziewcząt, 65% chłopców) oraz 55% młodzieży 15-letniej (50% dziewcząt i 59% chłopców). Najczęstsze spożycie I śniadania obserwowano wśród 11-latków: w Holandii, Portugalii (powyżej 90% dzieci), a najniższe było w Rumunii i Słowenii (ok 50%). Natomiast wśród 15-latków – powyżej 68% dzieci: deklarowało, że najczęściej spożywa I śniadanie w domu podobnie w Holandii i Portugalii, a najmniejszy odsetek (ok. 35% dzieci) spożywało regularnie śniadania w Rumunii i Słowenii. Porównując te dane z ostatnimi wynikami międzynarodowego raportu HBSC 2013/2014 [Inchley et al. 2016, ss. 109–111] obserwujemy tendencję wzrostową codziennego spożycia pierwszego śniadania wśród młodzieży 11–13- i 15-letniej (72% wśród 11-latków – najczęściej w Holandii, Portugalii, Hiszpanii, najrzadziej w Słowenii; 62% wśród 13-latków – najczęściej w Portugalii, Holandii, najrzadziej w Słowenii oraz 57% wśród 15-latków – w podobnych krajach).

W innym ogólnopolskim badaniu, ramach projektu KIK/34, [Wolnicka 2014] badano tendencję spożycia wśród dzieci i młodzieży I ale również II śniadania. Wykazano jeszcze większe nieprawidłowości niż w badaniu własnym. Tylko 55,0% dziewcząt i 59,8% chłopców w szkołach podstawowych spożywało I śniadanie przed wyjściem do szkoły. Jeszcze mniejszy odsetek młodzieży gimnazjalnej codziennie konsumował ten posiłek w domu tylko 39,8% dziewcząt i 46,9% chłopców. II śniadanie też było spożywane przez niewielki odsetek badanych uczniów. W szkołach podstawowych – jedynie 47,2% dziewcząt i 38,3% chłopców oraz w gimnazjach – 38,1% dziewcząt i 39,1% chłopców spożywało II śniadanie w szkole. Wyniki prac innych autorów – również potwierdzają negatywne nawyki żywieniowe młodzieży szkolnej. Sławińska i in. [Sławińska i in. 2010, ss. 165–169] prowadzili badania wśród uczniów w wieku 7–16 lat (n=470). Zaobserwowano wzrost odsetka młodzieży, która nie spożywała I śniadania, tendencja ta widoczna była głównie w grupie starszych 13–16 letnich dziewcząt – co 3 uczennica nie spożywała pierwszego śniadania. Z kolei Gajda i Jeżewska-Zychowicz

[Gajda, Jeżewska-Zychowicz 2010, ss. 611–617] – podobnie jak w badaniu własnym, wykazali istotne statystycznie różnice dotyczące spożywania kolacji przez dziewczęta i chłopców. 9,7% uczniów (15,1% dziewcząt, 4,3% chłopców) wskazało, że nie spożywa ich w ogóle. W pracy Kasperczyk i in. [Kasperczyk i in. 2007, ss. 157–161] również zaobserwowano, że młodzież licealna często opuszcza kolację: 5,4% – nigdy nie spożywa, a aż 32,8% konsumuje ten posiłek tylko czasami.

Wielu autorów porusza w swych pracach nieprawidłowości dotyczące opuszczania podstawowych posiłków zarówno przez młodszych dzieci (uczniów szkół podstawowych) [Wojtyła-Buciora i in. 2015, ss. 245–253; Wolnicka, Jaczewska-Schuetz 2010, ss. 255–265; Wawrzyniak i in. 2015, ss. 254–258; Klimatskaya i in. 2009, ss. 199–205], młodzież gimnazjalną [Ziółkowska i in. 2010, ss. 606–610; Goluch-Koniuszy, Fugiel 2009, ss. 251–259; Wołowski, Jankowska 2007, ss. 64–68; Marcysiak i in. 2010, ss. 176–183] jak i uczniów szkół ponadgimnazjalnych [Chęcińska i in. 2013, ss. 780–785; Krzywiec i in. 2012, ss. 713–721; Kolarzyk, Młynarska-Lang 2010, ss. 414–418; Bałtyk 2012, ss. 7–13].

W badaniu własnym tylko 56,1% uczniów 12–18-letnich (51,5% dziewcząt i 60,7% chłopców) regularnie spożywało 4 posiłki w ciągu dnia. Podobne wyniki uzyskano w ogólnopolskim badaniu dzieci i młodzieży 6–18 letniej w ramach Polskiego Projektu 400 Miast (PP400M) [Stankiewicz i in. 2010, ss. 59–66]. Tylko 55% ankietowanych spożywało więcej niż trzy posiłki dziennie. Niepokojące jest to, że aż 38% badanych spożywało 3 posiłki dziennie, a 6% dzieci i młodzieży konsumowało tylko 2 posiłki dziennie. Duży odsetek dzieci ze szkół podstawowych, młodzieży gimnazjalnej oraz uczniów szkół ponadgimnazjalnych nie spożywa wystarczającej liczby posiłków. W tab. 4 przedstawiono wyniki prac innych autorów.

Zdaniem wielu badaczy nie spożywanie I śniadania (co jest najczęstszym obserwowanym błędem) i pomijanie innych posiłków przez młodzież szkolną może wynikać ze zmniejszonej kontroli rodziców, nasilającej się mody na odchudzanie się czy poszerzającej się sfery ubóstwa [Mazur, Woynarowska 2001, ss. 71–96; Pearson et al. 2009, ss. 668–674; Stankiewicz i in. 2010, ss. 59–66]. Dzieci, którym brakuje podstawowych posiłków mogą nie dostawać wystarczającej ilości energii i składników odżywczych, co w konsekwencji stanowi zagrożenie dla ich zdrowia fizycznego i sprawności umysłowej [Young 2011, s. 192]. Brak pierwszych i/lub drugich śniadań i związane z tym niskie spożycie mleka i produktów mlecznych może również wpływać na częstsze pojadanie między głównymi posiłkami wysoko kalorycznych przekąsek [Gajda, Jeżewska-Zychowicz 2010, ss. 611–617].

Tabela 4. Częstość spożycia posiłków przez dzieci i młodzież w Polsce (w %)

Lp.	Autorzy i źródło	Wiek badanych/ miejsce	Spożycie posiłków ≤3			Spożycie posiłków ≥4		
			% gru py	% dz	% ch	% gru py	% dz	% ch
I	Dzieci ze szkół podstawowych i młodsze							
1	Wolnicka, Jaczewska-Schuetz (2010) Żyw. Człow. Metab.	11–12 Warszawa					59%	51%
2	Wojtyła-Buciora (2015), Prob. Hig. Epidemiol.	11–13 Kalisz				53		
3	Wawrzyniak (2015), Prob. Hig. Epidemiol.	11–13 woj.mazow.				64		
4	Roszek-Kirpsza (2011) Prob. Hig. Epidemiol.	1–14	20,4					
II	Młodzież gimnazjalna							
5	Kolarzyk (2005), Nowiny Lekarskie	Okolice Krakowa	13,1	8,2	4,9		40,7	44,6
6	Piórecka (2007) Żyw. Człow. Metab.	13–16 Małopolska					52,0	61,1
7	Nawrocka (2010), Endokryn., Otył. i Zab. Przem. Mat.	Poznań Malanów Turek				36 37 78		
III	Młodzież ponadgimnazjalna							
8	Gajda, Jeżewska-Zychowicz, (2010) Prob. Hig. Epidemiol.	16–19 woj.świętok.		37,6	30,4	54,5		
9	Wojtyła-Buciora, Marcinkowski (2010) Prob. Hig. Epidemiol.	16–19 Kalisz i powiat	27					
10	Krzywiec (2012) Prob. Hig. Epidemiol.	18 Białystok					61,5	66,4

Źródło: opracowanie własne.

W prowadzonym badaniu 98% dziewcząt i 94% chłopców wskazało na pojadanie między głównymi posiłkami, co częściowo mogło zastąpić drugie śniadanie i podwieczerek. Najczęściej młodzież spożywała: owoce (76%), słodycze (65,8%) oraz chipsy, słone paluszki (25,6%). Wybieranie owoców i warzyw przez dziewczęta w ramach pojadania jest zjawiskiem korzystnym, natomiast chłopcy częściej deklarowali słone przekąski (chipsy, słone paluszki), co nie jest zalecane.

Wielu autorów zwraca uwagę, że dzieci i młodzieży spożywa zbyt małą ilość zalecanych pełnowartościowych posiłków, ale równolegle utrwała się wzorec pojadania między posiłkami, np. ponad 60–70% dzieci spożywa słodycze, chipsy kilkakrotnie w ciągu dnia [Szaflarska-Szczenik i in. 2001, ss. 46–49; Nijakowski 2015, ss. 298–301; Wojtyła-Buciora i in. 2015, ss. 245–253]. Amerykańscy badacze, po przeprowadzeniu analizy racji pokarmowych dzieci szkolnych, stwierdzili, że średnio dziennie 527 kcal pochodziło z przekąsek i napojów o niskiej wartości odżywczej [Briefel et al. 2009, ss. 79–90]. W podobnym badaniu polskich autorów wykazano, iż średnie dzienne spożycie energii z produktów (batony, chipsy, popcorn, soki, orzechy ziemne, paluszki i krakersy) kupowanych przez uczniów (11–13 lat) w sklepikach szkolnych wyniosło jeszcze więcej, bo aż 912 kcal/osobę – co odpowiada 37,5% średniego dziennego zapotrzebowania na energię dla dzieci w tym wieku [Wawrzyniak i in. 2015, ss. 254–258]. Pojadanie jest zjawiskiem niekorzystnym, gdy występuje często i gdy przekąski są wysokokaloryczne. Niemal połowa uczniów szkół podstawowych i gimnazjalnych (częściej dziewczęta: 50% niż chłopcy: 43%) sięgała po słodycze zawsze, kiedy miała ochotę – kilka razy dziennie [Marcysiak i in. 2010, ss. 176–183]. Gimnazjaliści z Warszawy i okolic deklarujący podjadanie między posiłkami (ponad 80%) istotnie częściej mieli zwyczaj spożywania żywności bez uczucia głodu, a także znacznie częściej jedli słodkie lub słone przekąski (63,6%) oraz spożywali żywność typu fast food (30,9%). Między posiłkami preferowali również picie słodkich napojów gazowanych (58,2%) [Ziółkowska i in. 2010, ss. 606–610]. W Stanach Zjednoczonych 42% dzieci jako przekąski w ciągu dnia regularnie spożywały posiłki typu fast food oraz często konsumowały słodkie napoje gazowane. [Rudolph et al. 2007, ss. 334–340]. Zwyczaj pojadania między głównymi posiłkami dotyczył większości dzieci ze szkół podstawowych (70–80%) [Nijakowski 2015, ss. 298–301; Rybarczyk-Townsend 2002, ss. 107–111] oraz często występował wśród młodzieży gimnazjalnej (50–80%) [Ustymowicz-Farbiszewska i in. 2006, ss. 31–36; Wołowski, Jankowska 2007, ss. 64–68; Sławińska i in. 2010, ss. 165–169] i ponadgimnazjalnej (70–96%) [Kasperczyk i in. 2007, ss. 157–161; Wierzbicka, Roszkowski 2005, ss. 561–566; Urbańska, Czarniecka-Skubina 2007, ss. 193–204; Krzywiec i in. 2012, ss. 713–721]. Niektóre badania wskazują, że

młodzież (23–24%) dojada także w nocy [Wojtyła-Buciora, Marcinkowski 2010, ss. 227–232; Wojtyła i in. 2011, ss. 343–350].

Najczęściej spożywanymi przekąskami wśród młodzieży szkolnej (podobnie jak w badaniu własnym) były: owoce (67–80%) i słodczyce (60–72%) [Wojtyła i in. 2011, ss. 343–350; Wołowski, Jankowska 2007, ss. 64–68; Ustymowicz-Farbiszewska i in. 2006, ss. 31–36; Grochowska, Schlegel-Zawadzka 2010, ss. 73–76; Krzywiec i in. 2012, ss. 713–721; Wojtyła-Buciora, Marcinkowski 2010, ss. 227–232] oraz oprócz wyżej wymienionych produktów, chętnie spożywanymi przez ok. 30% licealistów 17–19-letnich były chipsy i produkty typu fast food [Chęcińska i in. 2013, ss. 780–785]. Młodsze dzieci (szczególnie chłopcy) również chętnie pojadali słone przekąski (słone pa-luszki, chipsy, orzeszki solone), co wykazali w swych pracach Wolnicka i Jaczewska-Scheutz [2010, ss. 255–265] oraz Kiczorowska i Samolińska [2013, ss. 385–388].

Wnioski końcowe

1. Zachowania żywieniowe młodzieży łódzkiej, opisane zarówno w obecnym badaniu jak i przed 15 laty daleko odbiegają od zaleceń. Niekorzystne wzorce żywieniowe częściej obserwowane były u dziewcząt oraz u starszej młodzieży (szczególnie opuszczanie I śniadania i kolacji). Ponad 90% badanych pojada między posiłkami: owoce, słodczyce i słone przekąski.
2. Analiza porównawcza otrzymanych wyników z tymi, jakie charakteryzowały młodzież przed 15 laty na terenie Polski wskazują, że od 5 lat następuje niewielkie zahamowanie niektórych negatywnych zachowań żywieniowych, np. maleje odsetek młodzieży niespożywającej I śniadania.
3. Negatywne wzorce żywieniowe młodzieży (opuszczanie podstawowych posiłków, zbyt mała liczba posiłków spożywanym w ciągu dnia, pojadanie słodczych, czy słonych przekąsek) obligują do wprowadzenia chociażby podstawowych zajęć z edukacji żywieniowej w programie szkolnym oraz zajęć dla rodziców i nauczycieli.

Bibliografia

- Bałyk IM. (2012), *Zwyczaje żywieniowe wśród młodzieży*, „J. Health Sci.”, t. 5, nr 2.
- Boniecka I., Michota-Katuliska E., Ukleja A. i in. (2009), *Zachowania żywieniowe wybranej grupy dzieci w wieku szkolnym w aspekcie zagrożenia otyłością*, „Przegląd Lekarski”, t. 66, 1–2.
- Briefel RR., Wilson A., Gleason PM. (2009), *Consumption of low-nutrient, energy – dense foods and beverages at school, home and other locations among school lunch participants and non-participants*, „J. Am. Diet Assoc.”, t. 109, 2 Suppl.

- Chęcińska Z., Krauss H., Hajduk M. i in. (2013), *Ocena sposobu żywienia młodzieży wielkomejskiej i obszarów wiejskich*, „Probl. Hig. Epidemiol.”, t. 94, nr 4.
- Currie C., Zonotti C., Morgan A. et al. eds. (2012), *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour In School – Aged Children (HBSC) Study: International Report From The 2009/2010 survey*, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6).
- Dzielska A., Kołoto H., Mazur J. (2008), *Zachowania zdrowotne młodzieży związane z odżywianiem w kontekście czynników społeczno-ekonomicznych – kierunek zmian w latach 2002–2006*, „Probl. Hig. Epidemiol.”, t. 89, nr 2.
- Gajda R., Jeżewska-Zychowicz M. (2010), *Zachowania żywieniowe młodzieży mieszkającej w województwie świętokrzyskim – wybrane aspekty*, „Probl. Hig. Epidemiol.”, t. 91, nr 4.
- Goluch-Koniuszy Z., Fugiel J. (2009), *Ocena sposobu żywienia i stanu odżywienia dziewcząt będących w okresie adolescencji, w tym stosujące diety odchudzające*, „Roczn. Państw. Zakł. Hig.”, t. 60, nr 3.
- Grochowska A., Schlegel-Zawadzka M. (2010), *Odżywianie a palenie tytoniu wśród młodzieży szkół ponadgimnazjalnych*, „Probl. Hig. Epidemiol.”, t. 91 nr 1.
- Inchley J., Currie D., Young T. et al. eds. (2016), *Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour In School – Aged Children (HBSC) Study: International Report From The 2013/2014 survey*, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen (Health Policy for Children and Adolescents, No. 7).
- Jodłowska B., Ogińska H., Bilski J. i in. (2010), *Modele radzenia sobie ze stresem i cechy antropometryczne u młodzieży gimnazjalnej*, „Hygeia Public Health”, t. 45, nr 2.
- Kasperczyk J., Joško J., Bliska J. (2007), *Sposób odżywiania się oraz wybrane czynniki zdrowego stylu życia wśród młodzieży licealnej*, „Probl. Hig. Epidemiol.”, t. 88, nr 2.
- Kiczorowska B., Samolińska W. (2013), *Popularność przekąsek typu snack wśród uczniów szkół podstawowych*, „Probl. Hig. Epidemiol.”, t. 94, nr 2.
- Klimatskaya L., Kurkatov S., Vasilovskiy A. (2009), *The characteristics of nutrition of rural school age children's in Russia*, „Probl. Hig. Epidemiol.”, t. 90, nr 2.
- Kolarzyk E., Młynarska-Lang D. (2010), *Zwyczaje żywieniowe młodzieży krakowskich szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych*, „Probl. Hig. Epidemiol.”, t. 91, nr 3.
- Krzywiec E., Zalewska M., Wójcicka A. i in. (2012), *Wybrane zachowania żywieniowe a występowanie próchnicy u młodzieży*, „Przegl. Epidemiol.”, t. 66, nr 4.
- Ligenza I., Jakubowska-Pietkiewicz E., Łupińska A. i in. (2011), *Ocena wpływu niektórych czynników środowiskowych na występowanie nadmiaru masy ciała u dzieci w wieku przedszkolnym*, „Endokrynol. Ped.”, t. 10, 2, 35.
- Łoś-Rychalska E. (2010), *Zaniedbania i błędy rodziców i opiekunów w zakresie strategii żywieniowej jako przyczyna niedożywienia dzieci*, „Klinika Pediatr.”, t. 18, nr 2.
- Marcysiak M., Zagroba M., Ostrowska B. i in. (2010), *Aktywność fizyczna, a zachowania żywieniowe dzieci i młodzieży powiatu ciechanowskiego*, „Problemy Pielęgniarstwa”, t. 18, nr 2.

- Mazur J. (2011), *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej na podstawie badań HBSC 2010*, Ośrodek Rozwoju Edukacji.
- Mazur J. (red) (2015), *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych*, Wyniki badań HBSC 2014. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa.
- Mazur J., Małkowska-Szkutnik A. (red.) (2011), *Wyniki badań HBSC 2010, Raport techniczny*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa.
- Mazur J., Woynarowska B. (2001), *Zagrożenia zdrowotne młodzieży szkolnej w świetle badań ankietowych*, [w:] P. Januszewicz., J. Szymborski (red), *Zdrowie naszych dzieci. Uwarunkowania. Zagrożenia i problemy. Kierunki rozwiązań systemowych*, Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Szkolnej Instytutu Matki i Dziecka, Warszawa.
- Moreno L.A., Kersting M., Henauw S. et al. (2005), *How to measure dietary intake and food habits in adolescence: the European perspective*. „Int. J. Obes.”, t. 29.
- Nawrocka M., Kujawska-Łuczak M., Bogdański P. i in. (2010), *Ocena sposobu żywienia i aktywności fizycznej wśród uczniów szkół ponadpodstawowych*, „Endokryn., Otył. i Zab. Przem. Mat.”, t. 6, nr 1.
- Nijakowski K. (2015), *Nawyki higieniczne związane z jamą ustną u dzieci szkoły podstawowej – badanie ankietowe*, „Probl. Hig. Epidemiol.”, t. 96, nr 1.
- Pearson N., MacFarlane A., Crawford D. et al. (2009), *Family circumstance and adolescent dietary behaviors*, „Appetite”, t. 52.
- Rozsko-Kirpsza I., Olejnik B.J., Zalewska M. i in. (2011), *Wybrane nawyki żywieniowe a stan odżywienia dzieci i młodzieży regionu Podlasia*. „Probl. Hig. Epidemiol.”, t. 92, nr 4.
- Rudolph T., Ruempler K., Schwedhelm E. (2007), *Acute effect of various fast food meals on vascular function and cardiovascular disease risk markers Hamburg Burger Trial*. „Am. J. Clin. Nutr.”, t. 86.
- Rybarczyk-Townsend E. (2002), *Ocena stomatologicznej świadomości zdrowotnej dzieci*, „Nowa Stomatologia”, t. 3.
- Stawińska T., Kochan K., Krynicka I. i in. (2010), *Zachowania zdrowotne dzieci i młodzieży w wieku 7–16 lat*, „Rocz. Państw. Zak. Hig.”, t. 61, nr 2.
- Stankiewicz M., Pieszko M., Śliwińska A., i in. (2010), *Występowanie nadwagi i otyłości oraz wiedza i zachowania zdrowotne dzieci i młodzieży małych miast i wsi – wyniki badania Polskiego Projektu 400 Miast*, „Endokryn. Otył. i Zab. Przem. Mat.”, t. 6, nr 2.
- Suliga E. (2006), *Częstość spożycia i wartość energetyczna śniadań wśród dzieci i młodzieży w wieku szkolnym*, „Rocz. Państw. Zak. Hig.”, t. 57, nr 1.
- Szaflarska-Szczenik A., Wika L., Maćkowska M. (2001), *Analiza jakości żywienia w ocenie dzieci szkolnych z województwa kujawsko-pomorskiego*, „Przegl. Pediatr.”, t. 31, nr 1.
- Szczepaniak B., Górecka D., Flaczyk E. (2003), *Zachowania żywieniowe młodzieży z wybranych regionów kraju w zakresie spożycia mleka i jego przetworów*, „Żyw. Człow. Metab.”, t. 30, nr 1/2.
- Szczerbiński R., Karczewski J. (2007), *Wybrane zachowania żywieniowe młodzieży szkół ponadgimnazjalnych w powiecie sokólskim*, „Żyw. Człow. Metab.”, t. 34, nr 1/2.

- Urbańska I., Czarniecka-Skubina E. (2007), *Częstotliwość spożycia przez młodzież produktów spożywczych oferowanych w sklepikach szkolnych*, „Żywność. Nauka. Technologia. Jakość”, t. 3, nr 52.
- Ustymowicz-Farbiszewska J., Smorczevska-Czupryńska B., Karczewski J.K. i in. (2006), *Żywność i zachowania zdrowotne młodzieży gimnazjalnej zamieszkałej w Białymstoku i okolic*, „Nowiny Lekarskie”, t. 75, nr 1.
- Wawrzyniak A., Sadurska J., Hamułka J. (2015), *Ocena spożycia śniadań oraz spożycia energii z produktami kupowanymi w sklepikach szkolnych przez uczniów*, „Probl. Hig. Epidemiol.”, t. 96, nr 1.
- Weker H., Barańska M., Dyląg H. i in. (2007), *Czy zmiana tradycyjnego sposobu żywienia dzieci w wieku wczesnoszkolnym może być przyczyną ich otyłości?*, „Żyw. Człow. Metab.”, t. 34, nr 1/2.
- Wierzbička E., Roszkowski W. (2005), *Ocena spożycia żywności z uwzględnieniem produktów typu fast food w wybranej grupie młodzieży*, „Bromat. Chem. Toksykol.”, Supl.
- Wojtyła A., Biliński P., Bojar I. i in. (2011), *Zaburzenia odżywiania u polskich gimnazjalistów*, „Probl. Hig. Epidemiol.”, t. 92, nr 2.
- Wojtyła-Buciora P., Marcinkowski J.T. (2010), *Sposób żywienia, zadowolenie z własnego wyglądu i wyobrażenie o idealnej sylwetce młodzieży licealnej*, „Prob. Hig. Epidemiol.”, t. 91, nr 2.
- Wojtyła-Buciora P., Żukiewicz-Sobczak W., Wojtyła K. i in. (2015), *Sposób żywienia uczniów szkół podstawowych w powiecie kaliskim – w opinii dzieci i ich rodziców*, „Prob. Hig. Epidemiol.”, t. 96, nr 1.
- Wolnicka K., Jaczevska-Schuetz J. (2010), *Zachowania żywieniowe dziewcząt i chłopców klas V–VI szkół podstawowych z losowo wybranych szkół warszawskich*, „Żyw. Człow. Metab.”, t. 37, nr 4.
- Wolnicka K. (2014), *Najnowsze dane sposobu żywienia dzieci i młodzieży w Polsce i Europie. Wybrane nawyki żywieniowe dzieci i młodzieży w Polsce. Nowe badanie 2013, Projekt Szwajcarsko-Polski: KIK/34, Zadanie 2, Konferencja „Żywność i Żywnienie w medycynie prewencyjnej – postępy 2014, IŻŻ, Warszawa.*
- Wołowski T., Jankowska M. (2007), *Wybrane aspekty zachowań zdrowotnych młodzieży gimnazjalnej. Część I. Zachowania młodzieży związane z odżywianiem*, „Probl. Hig. Epidemiol.”, t. 88, nr 1.
- Woynarowska B. (2004), *Zachowania żywieniowe u młodzieży w wieku 11–15 lat w Polsce i ich niektóre skutki zdrowotne i społeczne*, „Standardy Medyczne Pediatria”, nr 1.
- Young I., [red. pol. wersji] Tabak I. (2011), *Jak wspierać rozwój i zdrowie młodzieży. Pakiet edukacyjny zgodny z koncepcją i metodami pracy szkoły promującej zdrowie*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa.
- Ziółkowska A., Gajewska M., Szostak-Węgierek D. (2010), *Zachowania żywieniowe młodzieży gimnazjalnej z Warszawy i miejscowości podwarszawskich*, „Probl. Hig. Epidemiol.”, t. 91, nr 4.

Agnieszka Kolmaga¹

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Małgorzata Godala²

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Adam Rzeźnicki

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Elżbieta Trafalska³

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Franciszek Szatko⁴

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Organizacja edukacji żywieniowej w szkole. Część II – wybór produktów spożywczych

Organization of Nutrition Education at School. Part II – Choosing Food Products

Abstract: The aim of this study was to evaluate some selected nutritional habits of young people in Lodz – the choice of food products and trends in these habits/choices over 15 years. The study group was school youth aged 12-19 years attending primary, middle and secondary schools in 4 districts of Lodz. The study involved 622 students: 309 girls (49.7%) and 313 boys (50.3%). Eating habits of young people in Lodz were analyzed based on the author's interview questionnaire modeled on the international interview questionnaire used in the study HBSC. Only every third child eats (30.7%), milk daily, 43% declared the consumption of dairy products (cheese, milk drinks), 25% brown bread and about 60% of young people eat fruit/vegetables every day. 24% of young people do not include fish. in their menus. At the same time, 55% of the students declared the consumption of fast food and almost half consumed soft drinks

¹ E-mail: agnieszka.kolmaga@umed.lodz.pl

² E-mail: malgorzata.godala@umed.lodz.pl

³ E-mail: elzbieta.trafalska@umed.lodz.pl

⁴ E-mail: franciszek.szatko@umed.lodz.pl

several times a week. In the observed period there was a decreased of unfavorable trends in some of the eating behavior of young people, eg.: the decline in consumption of sweets and soft drinks, and increased consumption of fruit and vegetables.

Key words: school children, the choice of foods, consumption trends.

Wstęp

Instytut Żywności i Żywienia opracował zalecenia żywieniowe dla dzieci i młodzieży w wieku szkolnym w postaci piramidy zdrowego żywienia wraz z 10 zasadami racjonalnego żywienia. Zalecenia te w sposób praktyczny wskazują na produkty spożywcze, które powinny być uwzględniane w codziennej diecie młodzieży szkolnej tj.: produkty zbożowe – 5–11 porcji (w tym połowa produktów powinna być pełnoziarnista), warzywa (ok. 3–5 porcji) i owoce (ok. 2–4 porcje), mleko i przetwory mleczne (3–4 porcje), produkty mięsne (1–2 porcje) oraz kilka razy w tygodniu ryby, jaja, rośliny strączkowe [Jarosz 2008]. Istotne jest również picie wody czy innych napojów (herbaty owocowe, napoje mleczne, soki) – ok. 2–2,5 litrów w ciągu doby [Grupa Ekspertów 2010, ss. 7–17; Banaś i in. 2011, ss. 5010–5014]. W aktualnych zaleceniach żywieniowych dla dzieci i młodzieży szkolnej, podkreśla się pozytywną rolę owoców i warzyw w codziennej racji pokarmowej – jako źródło witamin, składników mineralnych i błonnika, a ograniczenie pokarmów i napojów wysoko przetworzonych i słodzonych [Mazur 2015, ss. 1–280]. W najnowszej piramidzie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej [IŻŻ, 2016] również zwrócono uwagę na zwiększenie spożycia warzyw i owoców, które powinny być podstawą naszego żywienia (3/4 warzywa i 1/4 owoce) oraz ograniczenie produktów dostarczających większych ilości cukru, soli i tłuszczu [Jarosz 2016].

W okresie dojrzewania zmieniają się nawyki/zwyczaje żywieniowe. Młodzież często sama wybiera, to, co chce spożywać, przeważnie nie zastanawiając się nad konsekwencjami zdrowotnymi, ulega reklamom, modzie żywieniowej, czy wpływom grupy rówieśniczej [Mazur, Małkowska-Szcutnik 2011, s. 97].

Cel i stosowane metody

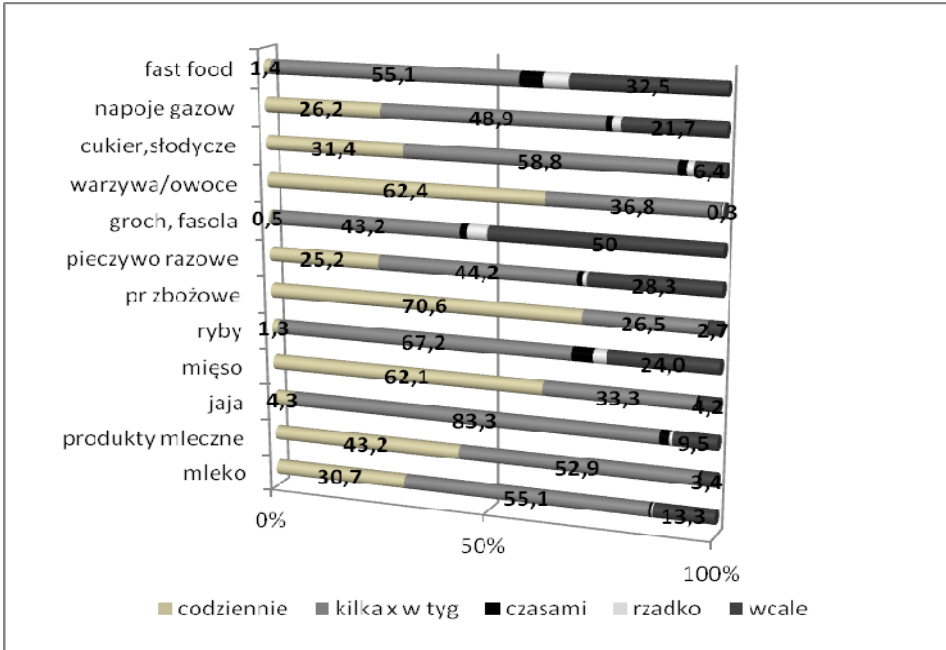
Celem II części pracy było poznanie preferencji spożycia produktów spożywczych przez dzieci i młodzież z łódzkich szkół oraz tendencje zmian tych zwyczajów żywieniowych młodzieży na przestrzeni 15 lat. Grupę badaną stanowiła młodzież szkolna w wieku 12–19 lat uczęszczająca do szkół podstawowych, gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych na terenie 4 dzielnic Łodzi. W badaniach uczestniczyło 622 uczniów: 309 dziewcząt (49,7%) i 313 chłopców (50,3%). Dokładną charakterystykę grupy badanej i zastosowane metody (wywiad kwestionariuszowy) przedstawiono w I części pracy.

Wyniki badań i analiz

Częstość spożycia produktów spożywczych wśród młodzieży

Ocena preferencji spożywania produktów spożywczych przez młodzież w całej grupie wykazała nieprawidłowości dotyczące niskiego spożycia niektórych produktów spożywczych, szczególnie istotnych dla wieku rozwojowego (rys. 1).

Rysunek 1. Częstość spożycia produktów spożywczych w grupie badanej młodzieży (w %)

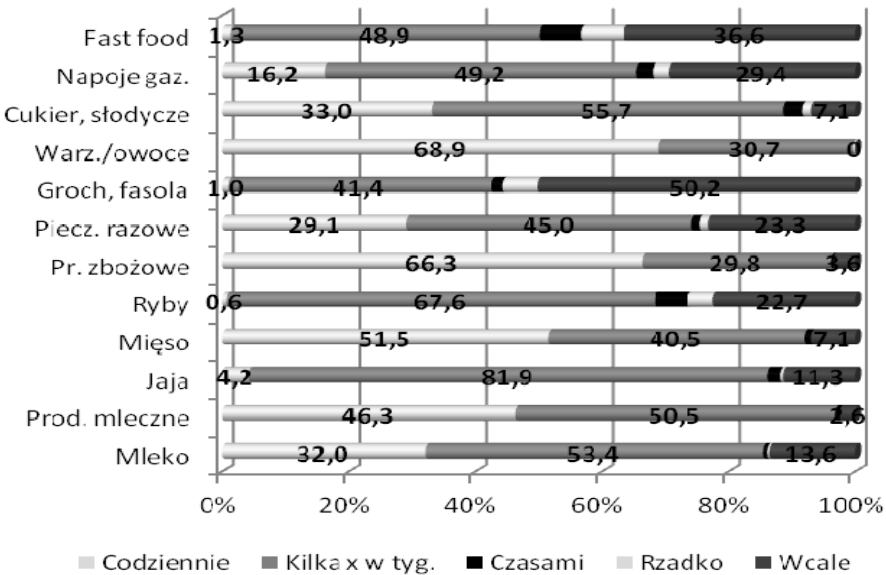


Źródło: opracowanie własne.

Tylko co trzecie dziecko spożywa (30,7%) codzienne mleko, 43% deklaruje spożycie produktów mlecznych (sery, napoje mleczne), 25% pieczywo razowe oraz ok 60% młodzieży codziennie spożywa owoce/warzywa. Niepokojące jest również, że połowa badanych w ogóle nie spożywa roślin strączkowych, 28% pieczywa razowego, a 24% młodzieży ryb. Natomiast respondenci preferują częste spożycie napojów gazowanych (blisko połowa spożywa je kilka razy w tygodniu, a 26% codziennie), ponad połowa deklaruje również spożycie kilka razy w tygodniu żywności typu fast food (55%) oraz cukru i słodyczy (ok. 58%). Wskazując na niską konsumpcję mleka w całej badanej

populacji należy zauważyć, że to negatywne zjawisko szczególnie odnosi się chłopców, spośród których zaledwie 29% spożywa codziennie mleko, a 40% z nich produkty mleczne. Również relatywnie bardzo niski odsetek badanych dziewcząt i chłopców spożywa codziennie pieczywo razowe (29% vs 21%), warzywa/owoce (ok. 69% vs ok. 56%). Z kolei chłopcy preferują częściej niż dziewczęta, codzienne spożycie: przetworów mięsnych, wędlin (odpowiednio: 72% vs 51%), przetworów zbożowych (74,8% vs 66,3%), napojów gazowanych (36% vs 16%). Preferencje spożycia produktów spożywczych wg płci przedstawiono na rysunku 2 i 3.

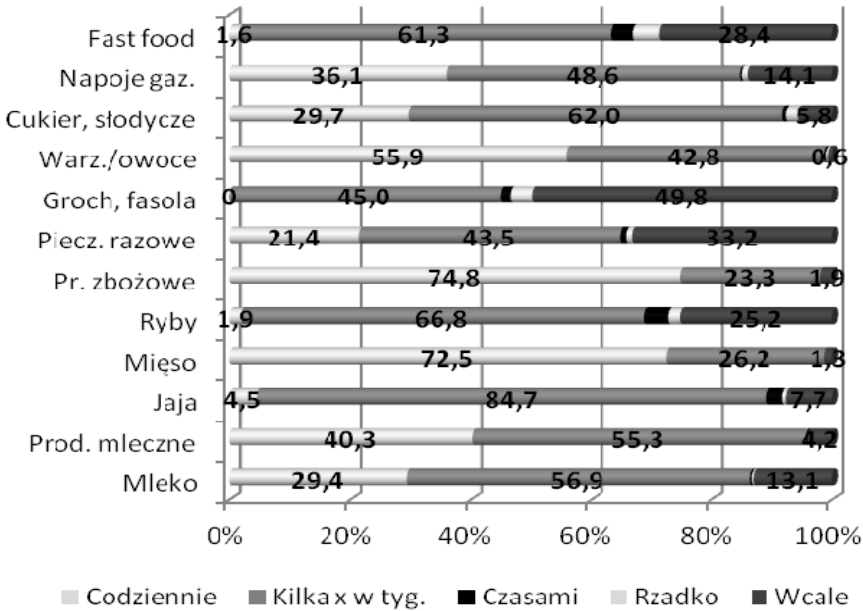
Rysunek 2. Częstość spożycia produktów spożywczych w grupie dziewcząt (w %)



Źródło: opracowanie własne.

W odniesieniu do częstotliwości spożywania różnych produktów w zależności od wieku badanych zaobserwowano tylko dwie istotne statystycznie różnice. Istotnie częściej najmłodsi uczniowie wskazują na codzienne spożywanie napojów gazowanych (35,9%), niż pozostali: młodzież 18-letnia (25,2%) i 16-letnia (21,5%) – $\chi^2 = 35,0$; $p < 0,001$. Także istotna różnica dotyczy spożywania produktów fast food w zależności od wieku badanych. Im starszy wiek badanych, tym istotnie rzadziej spożywana jest żywność tego typu kilka razy w tygodniu (66,9% vs 53,7% vs 50,4%) – $\chi^2 = 18,892$; $p < 0,05$. W przypadku pozostałych analizowanych produktów, nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic ($p > 0,05$).

Rysunek 3. Częstość spożycia produktów spożywczych w grupie chłopców (w %)



Źródło: opracowanie własne.

Częstość spożywania różnych produktów spożywczych w grupie dziewcząt i chłopców wykazała istotne statystycznie różnice w zakresie spożywania mięsa i wędlin, które istotnie częściej codziennie spożywali chłopcy (72,5% vs 51,5%), dziewczęta częściej deklarowały spożycie tych produktów kilka razy w tygodniu (40,5% vs 26,2%) – $\chi^2=32,55$; $p<0,001$. Dziewczęta istotnie częściej wskazywały na codzienne spożywanie warzyw i owoców (68,9% vs 55,9%) – $\chi^2=10,822$; $p<0,01$. Z kolei chłopcy częściej preferowali codzienne picie napojów gazowanych w porównaniu do dziewcząt (36,1% vs 16,2%) – $\chi^2=44,65$; $p<0,001$. Podobna sytuacja ma miejsce z produktami fast food, bowiem chłopcy istotnie częściej niż dziewczęta spożywali je kilka razy w tygodniu (61,3% vs 48,9%) – $\chi^2=10,364$.

Podsumowanie i wnioski

Badania własne wykazały, iż deklarowane spożycie niektórych produktów spożywczych istotnych z żywieniowego i zdrowotnego punktu widzenia w codziennej racji pokarmowej młodzieży – było niewystarczające, a niektórych zbyt duże. Nieprawidłowości dotyczą szczególnie niskiego spożycia pieczywa razowego, owoców i warzyw, mleka i produktów mlecznych oraz ryb. Z drugiej strony zanotowano większą preferencję słodkich napojów gazowanych, słodczy i żywności typu fast food. Nawyki żywieniowe młodzieży w Polsce niewiele różnią się od nawyków dzieci i młodzieży z innych krajów, co wynika przede wszystkim z dostępu do dużego asortymentu produktów spożywczych i preferencji w spożyciu [Boniecka, Wyka 2012, ss. 196–205].

W niniejszym badaniu pieczywo razowe codziennie spożywało tylko 25% uczniów (29% dziewcząt i 21% chłopców), a 28% wskazało, że nie spożywa go w ogóle. Spożycie ciemnego pieczywa przez dzieci i młodzież bywa często na niezadawalającym poziomie. Wskazują na to wcześniejsze badania jak i bardziej aktualne. Ponad 60% młodzieży szkolnej w wieku 11–15 lat nie spożywała codziennie chleba razowego – wyniki badań HBSC – Health Behaviour In School-aged Children – A WHO Collaborative Cross-national Study, z 1998 r. [Mazur, Woynarowska 2001, ss. 71–96]. Badania prowadzone wśród dzieci ze szkół podstawowych wskazały, że przynajmniej raz dziennie spożycie razowego pieczywa deklarowało: ok 10% dzieci 10–13-letnich (ok. 24–25% dzieci nie spożywało w ogóle) [Ambroży i in. 2013, ss. 231–237]; codzienne ciemne pieczywo spożywało tylko 11% dzieci szkół podstawowych (V i VI klas) z Kalisza i okolic [Wojtyła-Buciora i in. 2015, ss. 245–253]. Młodzież gimnazjalna również w niewielkim zakresie spożywa pieczywo razowe: jedynie 14,7% gorzowskich gimnazjalistów (13–16 lat) codziennie spożywało ciemne pieczywo (nie spożywało w ogóle 25,6% chłopców i 19,1% dziewcząt) [Świdarska-Kopacz i in. 2008, ss. 241–245]; niskie spożycie dotyczyło także gimnazjalistów z Oleśnicy [Iłow i in. 2009, ss. 693–698] i z młodzieży gimnazjalnej z Małopolski – średnia częstotliwość spożycia chleba razowego w grupie wyniosła rzadziej niż raz w tygodniu [Piórecka i in. 2007, ss. 620–628]. Ponad połowa młodzieży gimnazjalna z Gdańska (15–16 lat) nie spożywała również regularnie razowego pieczywa [Wolowski, Jankowska 2007, ss. 64–68]. W badaniach Ponczek i Olszowy [2012, ss. 174–182] tylko 32% spośród badanych przyjmowało codziennie razowe pieczywo, podobnie w pracy Kasperczyk i in. [2007, ss. 157–161] – tylko 40,2% regularnie preferowało spożycie tych produktów.

Kolejną grupą produktów spożywanych przez młodzież w niewystarczającej ilości są warzywa i owoce. Tylko 62% uczniów (69% dziewcząt i 56% chłopców) wskazało, że spożywa je codziennie (przynajmniej raz dziennie). Niepokojące jest również, że po-

łowa badanych w ogóle nie spożywa roślin strączkowych (50,2% dziewcząt i 49,8% chłopców). Badania prowadzone w różnych ośrodkach w kraju i na świecie wykazują, że dzieci i młodzież nie spożywa codziennie wystarczających ilości owoców i warzyw niż zalecenia międzynarodowe i rekomendacje ekspertów [Wojtyła i in. 2011, ss. 327–334; Currie et al. 2012, ss. 111–114; Inchley et al. 2016, ss. 109–258]. Poniższe wyniki badań krajowych i międzynarodowych są potwierdzeniem tych niekorzystnych obserwacji. 83% polskiej młodzieży szkolnej w wieku 11–15 lat (HBSC 1998 r.) deklarowała spożycie owoców, co najmniej raz dziennie – co stanowiło wówczas jeden z najwyższych wskaźników na świecie. Natomiast spożycie surowych warzyw było na niezadowalającym poziomie – ok. 60% nastolatków nie spożywało codziennie tych produktów [Mazur, Woynarowska 2001, ss. 71–96]. W tabeli 1 i 2 zestawiono wyniki najważniejszych ogólnopolskich badań dotyczących częstości spożywania owoców i warzyw przez dzieci i młodzież w przestrzeni kilkunastu lat.

Tabela 1. Częstość spożywania owoców przez młodzież (w %)

Lp.	Autor i źródło danych	Wiek	Cała grupa	Dz	Ch
1a	Dzielska i in. (2008) – wyniki badań HBSC 2002 (5 dni w tyg. lub częściej)	11		70	61
		13		67	58
		15		64	50
1b	Dzielska i in. (2008) – wyniki badań HBSC 2006 (5 dni w tyg. lub częściej)	11		63	48
		13		58	48
		15		52	41
2	Mazur, Małkowska-Szcutnik (2011) – wyniki badań HBSC 2010 (codziennie jeden raz lub częściej)	11–12	39	44,4	33,5
		13–14	30	36,6	24,5
		15–16	23	26,4	19,9
		17-18	18	20,4	15,2
3	Wolnicka (2014) – wyniki badań KIK/34-2013 (przynajmniej 1 raz dziennie)	10–12		33,8	27,8
		13–15		22,7	21,3
4	Mazur (2015) – wyniki badań HBSC – 2014 (codziennie jeden raz lub częściej)	11		45,5	37,6
		13		36,3	29,3
		15		29,3	25,6

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 2. Częstość spożywania warzyw przez młodzież (w %)

L.p.	Autor i źródło danych	Wiek	Cała grupa	Dz	Ch
1a	Dzielska (2008) – wyniki badań HBSC 2002 (5 dni w tyg. lub częściej)	11		63	54
		13		57	53
		15		56	47
1b	Dzielska (2008) – wyniki badań HBSC 2006 (5 dni w tyg. lub częściej)	11		55	49
		13		51	43
		15		49	43
2	Mazur, Małkowska-Szkutnik (2011) – wyniki badań HBSC 2010 (codziennie jeden raz lub częściej)	11–12	30,7	35,3	26,1
		13–14	25,4	28,6	22,1
		15–16	26,2	30,1	21,9
		17–18	20,3	24,5	15,1
3	Wolnicka (2014) – wyniki badań KIK/34-2013	10–12		22,8	20,1
		13–15		16,7	14,8
4	Mazur (2015) – wyniki badań HBSC – 2014 (codziennie jeden raz lub częściej)	11		38,8	29,3
		13		30,0	24,6
		15		28,2	25,6

Źródło: opracowanie własne.

Spożycie owoców i warzyw od wielu lat jest wyższe u dziewcząt niż u chłopców oraz częstość spożywania tych produktów zmniejsza się wraz z wiekiem. Według analiz trendów w Polsce (wg danych HBSC) do 2010 roku obserwowano spadek konsumpcji owoców i warzyw wśród 11–15-letniej młodzieży, natomiast wg najnowszych danych – porównując wyniki badań z 2010 roku i 2014 nastąpił wzrost spożycia tych produktów wśród nastolatków. W 2010 roku spożycie owoców przynajmniej raz dziennie deklarowało 30,7% młodzieży 11–15-letniej, a w 2014: 33,8%, wzrost odnotowano także w spożyciu warzyw: w 2010 roku konsumowało raz dziennie i częściej 27,3% młodzieży, a w 2014 roku: 29,3% nastolatków [Mazur 2015, ss. 1–280].

Wyniki międzynarodowych badań (HBSC) oceniających zachowania zdrowotne młodzieży [Currie et al. 2012, ss. 111–114] wykazały również niskie spożycie owoców i warzyw wśród młodzieży w wielu krajach. Codziennie deklarowało spożycie owoców 42% 11-latków (46% dziewcząt, 38% chłopców) oraz 31% 15-latków (35% dziewcząt i 27% chłopców). Najczęściej deklarowała codzienne spożycie owoców 11-letnia młodzież z Danii, Portugalii, Szwajcarii (44–60%), a najrzadziej młodzież z Grenlandii, Finlandii, Estonii (16–32% dzieci). Natomiast na codzienne spożycie warzyw wskazało 36% 11-latków (40% dziewcząt i 32% chłopców), 32% 13-latków (35% dziewcząt i 29%

chłopców) oraz 31% 15-latków (35% dziewcząt i 26% chłopców). Najczęściej (ok. 50%) spożywała warzywa młodzież 11–15 letnia w Belgii, Francji, na Ukrainie, w Holandii, i Szwajcarii, a najrzadziej (ok. 25%) w Hiszpanii, Włoszech, Estonii, na Litwie, w Austrii, Polsce i na Węgrzech. Wzrost codziennego spożycia owoców i warzyw przez młodzież 11–15-letnią potwierdzają również wyniki ostatniej edycji badań międzynarodowych HBSC 2013/2014 [Inchley et al. 2016, ss. 109–258] w porównaniu z wcześniejszymi danymi. Przynajmniej raz dziennie deklarowało spożycie owoców 44% 11-latków (47% dziewcząt, 41% chłopców) następnie 37% 13-latków (40% dziewcząt i 34% chłopców) oraz 33% 15-latków (37% dziewcząt i 29% chłopców). Najczęściej młodzież deklarowała codzienne spożycie owoców w: Kanadzie, Belgii, Armenii, a najrzadziej w Łotwie, Finlandii oraz Grenlandii. Warzywa były również konsumowane najczęściej przez najmłodszych uczestników badania – 11-latków: 39% młodzieży (42% dziewcząt i 35% chłopców) w porównaniu do 13-latków: 35% młodzieży (38% dziewcząt i 31% chłopców) oraz 15-latków: 34% młodych osób, w tym 38% dziewcząt i 30% chłopców. Najczęstsze spożycie warzyw deklarowała młodzież w Ukrainie, Belgii, Izraelu, a najrzadziej na Malcie, w Hiszpanii, Włoszech, Estonii i Słowenii [Inchley et al. 2016, ss. 109–258].

Wyniki uzyskane w pracy własnej są na ogół zgodne również z rezultatami podobnych prac, w których warzywa i owoce spożywało codziennie od 54% do 95% dzieci i młodzieży szkolnej w wieku 12–19 lat [Wolnicka, Jaczewska-Schuetz 2010, ss. 255–267; Boniecka i in. 2009, ss. 49–51; Wojtyła i in. 2011, ss. 327–334; Wołowski, Jankowska 2007, ss. 64–68; Kasperczyk i in. 2007, ss. 157–161].

Z kolei niższą częstotliwość spożycia tych produktów niż w pracy własnej (35–50% dzieci i młodzieży szkolnej) stwierdzili w swych badaniach Wojtyła-Buciora i in., [Wojtyła-Buciora i in. 2015, ss. 245–253], Ustymowicz-Farbiszewska i in., [Ustymowicz-Farbiszewska i in. 2006, ss. 31–36], Szczerbiński i in., [Szczerbiński i in. 2010, ss. 83–86], Świdarska-Kopacz i in. [Świdarska-Kopacz i in. 2008, ss. 241–245] oraz Chęcińska i in. [Chęcińska i in. 2013, ss. 780–785]. Niskie spożycie warzyw i owoców stwierdza się również wśród amerykańskich, kanadyjskich [Contento et al. 2006, ss. 575–582] oraz brazylijskich nastolatków [Veiga, Sichieri 2006, ss. 517–523].

Znaczenie mleka i jego przetworów dla zdrowia człowieka, a szczególnie dla dzieci i młodzieży podkreślane jest w literaturze fachowej i nie tylko – niestety nie znajduje to odbicia w rzeczywistej konsumpcji tej grupy produktów. Codzienne spożycie mleka i jego produktów pozostawia także wiele do życzenia w niniejszym badaniu. Tylko co trzecie dziecko (30,7%) spożywa codzienne mleko, a 43% deklaruje codzienne spoży-

cie produktów mlecznych (sery, napoje mleczne). Dziewczęta częściej, niż chłopcy spożywają codziennie mleko (odpowiednio: 32% vs 29%) i produkty mleczne (46% vs 40). 13% młodzieży nie spożywa w ogóle mleka, a 3,4% innych produktów mlecznych.

W pracach innych autorów stwierdza się także niską częstotliwość spożycia mleka i produktów mlecznych. Tylko 40–48% uczniów szkół podstawowych, [Wojtyła-Buciora i in. 2015, ss. 245–253] 22–52% młodzieży gimnazjalnej [Marcysiak i in. 2010, ss. 176–183; Ustamowicz-Farbiszewska i in. 2006, ss. 31–36; Szczrebiński i in. 2010, ss. 83–86; Świdorska-Kopacz i in. 2008, ss. 241–245; Iłow i in. 2009, ss. 693–698; Wojtyła i in. 2011, ss. 327–334] oraz 30–70% uczniów szkół ponadgimnazjalnych codziennie deklarowało spożycie mleka i jego przetworów [Kasperczyk i in. 2007, ss. 157–161; Całyniuk i in. 2015, ss. 240–244]. Z analizy piśmiennictwa wynika również, że chłopcy częściej deklarowali spożycie tych produktów niż dziewczęta (odwrotnie niż w badaniu własnym). Duży odsetek dzieci i młodzieży wskazywał też (od 7% do 32%), że nie spożywa mleka/lub przetworów mlecznych w ogóle [Ambroży i in. 2013, ss. 231–237; Sławińska i in. 2010, ss. 165–169; Szymandera-Buszka, Górecka 2009, ss. 688–692; Cieślik i in. 2007, ss. 846–851; Cisek i in. 2007, ss. 595–601; Kołtajtis-Dołowy i in. 2003, ss. 182–187; Perek i in. 2003, s. 452; Piórecka i in. 2007, ss. 620–628; Kolarzyk i in. 2005, ss. 36–40; Czech, Grela 2003, ss. 81–85]. Z kolei zadowolające wyniki (lepsze niż w pracy własnej) uzyskali Wołowski i Jankowska [Wołowski, Jankowska 2007, ss. 64–68] oraz Boniecka i in. [Boniecka i in. 2009, ss. 49–51]. 70–92% młodzieży gimnazjalnej deklarowało iż przynajmniej raz dziennie spożywa mleko i przetwory mleczne.

Ryby zgodnie zasadami racjonalnego żywienia w diecie dzieci i młodzieży, powinny być spożywane przynajmniej dwa – trzy razy w tygodniu [Jarosz 2012]. Obecność ryb w diecie badanej młodzieży 12–19-letniej była niewystarczająca. Zaledwie 67% młodzieży w badaniu własnym – spożywało ryby kilka razy w tygodniu, a aż 24% zaznaczyło, że nie spożywa ich wcale (22,7% dziewcząt i 25,2% chłopców). Wynik badania własnego jest niepokojący, co również potwierdzają inni autorzy. Jak wynika z piśmiennictwa – raz w tygodniu spożywa ryby od 20% do 40% młodzieży szkół podstawowych, gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych [Ambroży i in. 2013, ss. 231–237; Wojtyła-Buciora i in. 2015, ss. 245–253; Marcysiak i in. 2010, ss. 176–183]. Niektóre prace podają również, że 10–55% badanej młodzieży spożywa ryby rzadziej niż raz w tygodniu lub wcale [Jeżewska-Zychowicz, Łyszkowska 2003, ss. 572–577; Piórecka i in. 2007, ss. 620–628; Boniecka i in. 2009, ss. 49–51; Wojtyła i in. 2011, ss. 327–334; Bortnowska i in. 2011, ss. 325–333; Kasperczyk i in. 2007, ss. 157–161].

Badania potwierdzają, że wysokie spożycie produktów takich jak: słodkie napoje gazowane, słodkocze, dania typu fast food oraz chipsy mają negatywny wpływ na zdrowie. Jest to żywność o wysokiej zawartości tłuszczu, w tym nasyconych kwasów

tłuszczowych, izomerów trans nienasyconych kwasów tłuszczowych (potrawy typu fast food, chipsy), cukru (słodczyce, napoje gazowane) oraz soli (chipsy, potrawy typu fast food) produkty te poza tym zawierają duże ilości konserwantów i innych substancji dodatkowych, a ubogie są w witaminy, składniki mineralne i błonnik pokarmowy [Szostak-Węgierek i in. 2010; Gacek, Fiedor 2005, s. 49; Kośmider, Gronowska-Sanger 2005, s. 139; Ostrowska 2007, s. 307]. Zalecenia żywieniowe wskazują, że napoje gazowane (zawierające duże ilości fosforanów) nie powinny być zwyczajowo spożywane, a młodzież (szczególnie płci męskiej) chętnie i często spożywa je łącznie z żywnością oferowaną w restauracjach typu fast food i nie tylko [Suliga 2002, ss. 156–163; Ponczek, Olszowy 2012, ss. 174–182].

Uczniowie w niniejszym badaniu preferują częste spożycie napojów gazowanych - blisko połowa spożywa je kilka razy w tygodniu, a 26% codziennie. Chłopcy istotnie częściej deklarowali codzienne spożycie (36%) tego typu napojów niż dziewczęta (16%). Ponadto zaobserwowano iż, istotnie najczęściej najmłodsi uczniowie wskazywali na codzienne spożywanie napojów gazowanych (35,9%), niż pozostali: młodzież 18-letnia (25,2%) i 16-letnia (21,5%).

Wyniki badań własnych korespondują z wynikami wielu prac badawczych. W badaniach HBSC z 1998 r. ok 40% młodzieży spożywało przynajmniej raz dziennie tego typu napój [Mazur, Woynarowska 2001, ss. 71–96]. Kolejne badania dotyczące częstości konsumpcji napojów gazowanych zestawiono w tabeli 3.

Według najnowszych danych z badań HBSC w Polsce [Mazur 2015, ss. 1–280] w porównaniu do ostatnich danych – zaobserwowano istotny spadek konsumpcji słodkich napojów gazowanych wśród młodzieży 11–15-letniej. W 2010 roku przynajmniej raz dziennie spożywało te napoje 27,3% nastolatków, natomiast w 2014 roku 23,4% młodzieży. Dane międzynarodowe pochodzące z badań HBSC (2009/2010 r.) [Currie et al. 2012, ss. 111–114] wskazują także na duży odsetek nastolatków konsumujących słodkie napoje przynajmniej raz dziennie, choć obserwuje się duże zróżnicowanie pomiędzy poszczególnymi krajami.

Napoje były spożywane przez 18% 11-latków (16% dziewcząt i 19% chłopców). Największą częstość codziennego spożycia – szczególnie wśród chłopców (26–38%) stwierdzono w: Rosji, Grenlandii, USA, Polsce, Belgii, Rumunii, Słowenii, Anglii, a najniższą (5–10%) na Litwie, w Kanadzie, Norwegii, Grecji, Irlandii, Finlandii i Szwecji. Z kolei wśród 13-latków stwierdzono codzienną konsumpcję napojów gazowanych na poziomie: 23% (20% dziewcząt i 25% chłopców) i jeszcze częstszym codziennym spożyciem wśród 15-latków: 25% młodzieży (22% dziewcząt i 28% chłopców).

Tabela 3. Częstość spożywania słodzonych napojów gazowanych przez młodzież (w %)

L.p.	Autor i źródło danych	Wiek	Cała grupa	Dz	Ch
1a	Dzielska (2008) – wyniki badań HBSC 2002 (5 dni w tyg. lub częściej)	11		32	45
		13		34	45
		15		26	44
1b	Dzielska (2008) – wyniki badań HBSC 2006 (5 dni w tyg. lub częściej)	11		30	38
		13		38	46
		15		30	48
2	Mazur, Małkowska-Szcutnik (2011) – wyniki badań HBSC 2010 (codziennie, jeden raz lub częściej)	11–12	24,8	21,8	28,0
		13–14	30,8	25,1	36,8
		15–16	27,3	23,4	31,3
		17–18	16,5	15,2	18,1
	Wolnicka (2014) – wyniki badań KIK/34-2013 przynajmniej raz dziennie	10–12		14,8	19,6
		13–15		20,4	26,4
3	Mazur (2015) – wyniki badań HBSC – 2014 (codziennie, jeden raz lub częściej)	11		18,2	24,4
		13		23,3	26,9
		15		20,4	27,0

Źródło: opracowanie własne.

Najwięcej chłopców (powyżej 40%) i dziewcząt 15 letnich (30–39%) konsumowało codziennie słodkie napoje w Anglii, Słowacji, Słowenii, Holandii, Grenlandii, Macedonii i Stanach Zjednoczonych. Z kolei najmniejsze spożycie (mniej niż 10%) odnotowano wśród chłopców w Estonii i Finlandii, a wśród dziewcząt na Litwie, Łotwie, Estonii, Finlandii i Szwecji. Obserwuje się tendencję zmniejszania częstości codziennego konsumowania napojów gazowanych przez młodzież 11–15-letnią biorącą udział w kolejnej, ostatniej edycji międzynarodowych badań HBSC 2013/2014 [Inchley et al. 2016, ss. 109–258]. 15% 11-latków (13% dziewcząt i 17% chłopców), 18% 13-latków (16% dziewcząt i 21% chłopców) oraz 19% młodzieży 15-letniej (16% dziewcząt i 22% chłopców) konsumowało przynajmniej raz dziennie tego typu napoje. Najczęściej spożywała je młodzież z: Belgii, Bułgarii, Malty, a najrzadziej w Grecji, Islandii oraz Finlandii.

W badaniach ogólnopolskich i międzynarodowych obserwuje się, iż chłopcy częściej niż dziewczęta sięgają po napoje gazowane (podobnie w pracy własnej) oraz wraz z wiekiem wzrasta częstość spożycia słodkich napojów gazowanych (odwrotna tendencja niż w badaniu własnym). Zbliżone wyniki do własnych uzyskano również w innych ośrodkach badawczych [Suliga 2002, ss. 156–163; Świdzka-Kopacz i in.

2008, ss. 241–245; Wolnicka, Jaczewska-Schuetz 2010, ss. 255–265; Marcysiak i in. 2010, ss. 176–183]. Natomiast jeszcze większe spożycie napojów gazowanych niż w badaniu własnym zanotowano w badaniach Bonieckiej i in. Ok. 80% dzieci 7–9-letnich i ponad 50% gimnazjalistów piło codziennie słodkie napoje gazowane, przy czym połowa dzieci aż 2–3 razy dziennie [Boniecka i in. 2009, ss. 49–51].

Spożywanie produktów typu fast food jest również wśród młodzieży szkolnej bardzo rozpowszechnione. Restauracje, bary, food trucki i inne placówki szybkiej obsługi są dla uczniów atrakcyjnym miejscem spotkań, m.in.: ceny żywności są tam relatywnie niskie, liczne promocje, obsługa dba o wygodę klienta i stara się tworzyć przyjemną atmosferę. Rodzice i nauczyciele również często wspierają tego typu negatywne wzorce zachowań żywieniowych, finansując posiłki i organizując różnego typu uroczystości właśnie w wyżej wymienionych restauracjach czy pubach. Rosnąca wśród młodzieży popularność spożycia żywności tego typu budzi obawy o stan zdrowia nastolatków, a także nie pozostaje bez wpływu na wciąż kształtujące się zwyczaje żywieniowe dzieci i młodzieży [Boniecka i in. 2009, ss. 49–51]. Posiłki typu fast food stanowią ponadto symbol współczesnego wygodnego stylu życia. Młodzież spędzająca wiele godzin przed komputerem często preferuje taką żywność, gdyż przygotowanie jej nie zabiera dużo czasu [Krzywiec i in. 2012, ss. 713–721]. Warto jednak zauważyć i mocno podkreślić, że spożywanie żywności typu fast food z częstością większą niż raz w tygodniu pociąga zwykle za sobą stosowanie diety niskiej jakości [Szostak-Węgierek i in. 2010].

Ponad połowa młodzieży, w niniejszym badaniu (55%) deklaruje spożycie kilka razy w tygodniu żywności typu fast food – częściej tego typu żywność preferują chłopcy (61,3%) w porównaniu do dziewcząt (48,9%). Istotną różnicę zanotowano w zależności od wieku badanych. Im starszy wiek badanych, tym istotnie rzadziej spożywana jest żywność tego typu kilka razy w tygodniu (66,9% vs 53,7% vs 50,4%). Z badań Rasmussen [Rasmussen et al. 2010, ss. 1–6] wynika, że wzrost spożycia tego typu żywności w latach 1995–2005 wystąpił głównie u dzieci i młodzieży duńskiej pomiędzy 4, a 18 r.ż. Zbliżone lub jeszcze większe spożycie stwierdzono w badaniach: Bonieckiej i in. [Boniecka i in. 2009, ss. 49–51] minimum jeden raz w tygodniu produkty typu fast food spożywało ponad 70% dzieci 7–9-letnich i 60% młodzieży gimnazjalnej; w badaniu Bałtyk [Bałtyk 2012, ss. 7–13] produktami bardzo popularnymi wśród młodzieży 13–18 letniej były produkty typu fast food, codziennie korzystało z nich aż 56,3% młodzieży; w badaniu Chęcińskiej [Chęcińska i in. 2013, ss. 780–785] ok 25% licealistów spożywa je przynajmniej raz w tygodniu.

W piśmiennictwie można znaleźć i takie wyniki, które wskazują na mniejsze spożycie, niż w niniejszym opracowaniu. Dzieci 11–12-letnie z terenu Warszawy posiłki typu fast food najczęściej spożywały kilka razy w miesiącu (19% dziewcząt i 31% chłopców). Rzadko spożywana tego typu żywność jest przez 72% dziewcząt i 57% chłopców w badaniach Wolnickiej i Jaczewskiej-Scheutz [Wolnicka, Jaczewska-Scheutz 2010, ss. 255–267] oraz w pracy Krzywiec i in. [Krzywiec i in. 2012, ss. 713–721] – kilka razy w tygodniu deklarowało spożycie żywności typu fast food 9,9% dziewcząt i 12,9% chłopców 18-letnich.

Najczęściej badana młodzież 12–18-letnia deklarowała spożycie cukru i słodczy kilka razy w tygodniu ok. 58% uczniów – (55,7% dziewcząt vs 62% chłopców). Na codzienne spożycie cukru i słodczy (31,4% w całej grupie) częściej wskazały dziewczęta (33%), niż chłopcy (29,7%). 6,4% uczniów wskazało, że nie spożywa w ogóle cukru i słodczy.

Szczególnie często polska młodzież szkolna w wieku 11–15 lat (wyniki badań HBSC z 1989 r.) sięgała po słodczy (cukierki, czekolada) przynajmniej raz dziennie – ok. 50%, a w porównaniu z innymi krajami wówczas Polska zajmowała pozycję środkową pod względem spożycia tych produktów [Mazur, Woynarowska 2001, ss. 71–96]. Dal-
sze edycje badań HBSC i inne ogólnopolskie badanie przedstawiono w tabeli 5.

Tabela 5. Częstość spożywania słodczy przez młodzież (w %)

L.p.	Autor i źródło danych	Wiek	Cała grupa	Dz	Ch
1a	Dzielska (2008) – wyniki badań HBSC 2002 (5 dni w tyg. lub częściej)	11		51	52
		13		55	54
		15		51	51
1b	Dzielska (2008) – wyniki badań HBSC 2006 (5 dni w tyg. lub częściej)	11		46	45
		13		53	54
		15		51	52
2	Mazur, Małkowska-Szcutnik (2011) – wyniki badań HBSC 2010 (codziennie jeden raz lub częściej)	11–12	27,6	28,9	26,2
		13–14	33,9	33,9	33,9
		15–16	33,1	36,3	29,9
		17–18	25,7	29,5	21,1
	Wolnicka (2014) – wyniki badań KIK/34-2013 (przynajmniej raz dziennie)	10–12		29,8	26,7
		13–15		38,1	28,5
3	Mazur (2015) – wyniki badań HBSC – 2014 (codziennie jeden raz lub częściej)	11		25,9	23,3
		13		33,8	28,3
		15		30,1	25,3

Źródło: opracowanie własne.

Wyniki ostatnich badań (HBSC 2014) pokazują, że przynajmniej raz dziennie spożywa 28% młodzieży 11–15-letniej – co wskazuje na tendencję spadkową konsumpcji tych produktów w porównaniu do 2010 roku, gdzie słodczyce spożywało 30,8% badanej młodzieży [Mazur 2015, ss. 1–280].

Dane z piśmiennictwa wskazują na różną deklarowaną częstość spożycia tych produktów: codziennie spożywa cukier i słodczyce od 38% do 55% dzieci i młodzieży [Boniecka i in. 2009, ss. 49–51; Nijakowski 2015, ss. 298–301; Marcysiak i in. 2010, ss. 176–183; Samiec, Sudoł-Jednorowicz 2006, ss. 398–401; Świdarska-Kopacz i in. 2008, ss. 241–245; Wojtyła i in. 2011, ss. 327–334], a z kolei w innych badaniach podobny odsetek młodzieży szkolnej mówił o spożyciu tych produktów kilka razy w tygodniu (36 do 50%). [Wojtyła-Buciora i in. 2015, ss. 245–253; Krzywiec i in. 2012, ss. 713–721; Suliga 2002, ss. 156–163].

W wielu wyżej wymienionych i innych pracach wykazano podobnie jak w pracy własnej, że dziewczęta częściej niż chłopcy deklarowały spożywanie słodczych, niż chłopcy [Gajda, Jeżewska-Zychowicz 2010, ss. 611–617; Iwanicka-Grzegorek i in. 2010, ss. 3–8].

Przeprowadzone badanie własne i obserwacje pozwoliły na wysunięcie następujących wniosków:

1. Zachowania żywieniowe młodzieży łódzkiej są na wysoce niezadawalającym poziomie: młodzież często preferuje żywność typu fast food, napoje gazowane, słodczyce, a rzadko spożywa mleko i napoje mleczne, owoce, warzywa, pieczywo razowe i ryby.
2. Negatywne zachowania żywieniowe dzieci i młodzieży w ciągu 15 lat występują z większym bądź mniejszym natężeniem. Zauważa się korzystniejsze wybory żywności wśród dziewcząt (częściej spożywają owoce, warzywa, pieczywo razowe i ryby) – chłopcy natomiast częściej piją napoje gazowane i spożywają żywność typu fast food. W ciągu ostatnich kilku lat obserwuje się tendencję wzrostową spożycia wśród nastolatków owoców, warzyw, a zmniejszenie udziału w codziennej diecie napojów słodkich, gazowanych i słodczych.
3. Należy monitorować zachowania żywieniowe dzieci i młodzieży oraz istnieje ciągła potrzeba edukacji młodego pokolenia, ich rodziców i nauczycieli – gdyż nie wszystkie nawyki żywieniowe są systematycznie obserwowane oraz poprawa nie jest na zadawalającym poziomie. W dalszym ciągu jest jeszcze dużo do zrobienia – propozycja edukacji żywieniowej w szkole prowadzonej obligatoryjnie przez np. dietetyków dla uczniów i ich opiekunów.

Bibliografia

- Ambroży J., Bester J., Czuchraj W. i in. (2013), *Nawyki żywieniowe oraz częstość spożycia wybranych produktów przez dzieci w wieku 10-13 lat zamieszkałe na terenach miejskich i wiejskich*, „Ann. Acad. Med. Siles.”, t. 67, nr 4.
- Bałytk IM. (2012), *Zwyczaje żywieniowe wśród młodzieży*, „J. Health Sci.”, t. 5, nr 2.
- Banaś E., Kaleta M., Książek J. (2011), *Woda i napoje w żywieniu dzieci*, *Klinika Pediatria*, t. 19, nr 5.
- Broniecka A., Wyka J. (2012), *Wybrane elementy stylu życia wpływające na stan zdrowia młodzieży*, „Bromat Chem Toksykol.”, t. 45, nr 2.
- Boniecka I., Michota-Katuliska E., Ukleja A. i in. (2009), *Zachowania żywieniowe wybranej grupy dzieci w wieku szkolnym w aspekcie zagrożenia otyłością*, „Przegląd Lekarski” t. 66, nr 1–2.
- Bortnowska G., Grotowska L., Goluch-Koniuszy Z. (2011), *Spożycie potraw i/lub przekąsek rybnych przez młodzież szkolną z Pojezierza Międzyzgodzko-Sierakowskiego*, „Rocz. PZH”, t. 62, nr 3.
- Całyniuk B., Zołoteńka-Synowiec M., Grochowska-Niedworok E. i in. (2015), *Częstotliwość spożycia mleka i produktów mlecznych przez młodzież w wieku 16–18 lat*, „Probl. Hig. Epidemiol.”, t. 96, nr 1.
- Chęcińska Z. Krauss H., Hajduk M. i in. (2013), *Ocena sposobu żywienia młodzieży wielkomiejskiej i obszarów wiejskich*, „Probl Hig Epidemiol.”, t. 94, nr 4.
- Cieślik E., Filipiak-Florkiewicz A., Topolska K. (2007), *Częstotliwość spożycia wybranych grup produktów spożywczych oraz stan odżywienia młodzieży gimnazjalnej*, „Żyw. Człow. Metab.”, t. 34, nr 3/4.
- Cisek M., Martko H., Schlegel-Zawadzka M. (2007), *Ocena sposobu żywienia uczniów w Zubrzycy Górnej*, „Żyw. Człow. Metab.”, t. 34, nr 1/2.
- Contento I.R., Williams S.S., Michela J.L. et al (2006), *Understanding the food choice process of adolescents in the context of family and friends*, „J. Adolesc Health”, t. 38.
- Currie C., Zonotti C., Morgan A et al. eds. (2012), *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour In School – Aged Children (HBSC) Study: International Report From The 2009/2010 survey*, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6).
- Czech A., Grela E. (2003), *Zwyczaje żywieniowe i częstość spożywania produktów odżywczych wśród studentów uczelni lubelskich*, „Żyw. Człow. Metab.”, t. 30, nr 1/2.
- Dzielska A., Kołło H., Mazur J. (2008), *Zachowania zdrowotne młodzieży związane z odżywianiem w kontekście czynników społeczno-ekonomicznych – kierunek zmian w latach 2002–2006*, „Probl. Hig. Epidemiol.”, t. 89, nr 2.
- Gacek M., Fiedor M. (2005), *Charakterystyka sposobu odżywiania się młodzieży w wieku 14–18 lat*, „Rocz. PZH”, t. 56, nr 1.
- Gajda R., Jeżewska-Zychowicz M. (2010), *Zachowania żywieniowe młodzieży mieszkającej w województwie świętokrzyskim – wybrane aspekty*, „Probl. Hig. Epidemiol.”, t. 91, nr 4.

- Iłow R., Regulska-Iłow B., Płonka K. i in. (2009), *Ocena zwyczajów żywieniowych gimnazjalistów z Oleśnicy*. „Bromat. Chem. Toksykol.”, t. 42, nr 3.
- Inchley J., Currie D., Young T. et al. eds. (2016), *Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour In School – Aged Children (HBSC) Study: International Report From The 2013/2014 survey*, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen (Health Policy for Children and Adolescents, No. 7).
- Iwanicka-Grzegorek E., Michalik J., Zapalska K. (2010), *Poziom wiedzy na temat choroby próchnicowej i jej zapobiegania wśród uczniów szkół gimnazjalnych*, „Nowa Stomatologia”, 1.
- Jarosz M. (red) (2012), *Normy żywienia dla populacji polskiej – nowelizacja*, IŻŻ, Warszawa.
- Jarosz M. (red) (2008), *Zasady prawidłowego żywienia dzieci i młodzieży oraz wskazówki dotyczące zdrowego stylu życia*, Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa.
- Jarosz M. (2016), *Piramida Zdrowego Żywienia i Aktywności fizycznej – 2016*, Konferencja – I Narodowy Kongres Żywieniowy „Żywność, żywienie w prewencji i leczeniu chorób – postępy 2015”, IŻŻ, Warszawa.
- Jeżewska-Zychowicz M., Łyszkowska D. (2003), *Ocena wybranych zachowań żywieniowych młodzieży w wieku 13–15 lat i ich uwarunkowań na przykładzie środowiska miejskiego*, „Żyw. Człow. Metab.”, t. 30, nr 1/2.
- Kasperczyk J., Joško J., Bliska J. (2007), *Sposób odżywiania się oraz wybrane czynniki zdrowego stylu życia wśród młodzieży licealnej*, „Probl. Hig. Epidemiol.”, t. 88, nr 2.
- Kolarzyk E., Szpakow A., Skop A. (2005), *Porównanie częstości spożycia wybranych grup produktów spożywczych przez studentki z Krakowa i Grodna*, „Probl. Hig. Epidemiol.”, t. 86, nr 1.
- Koňajtis-Dołowy A., Pietruszka B., Waszczeniuk-Uliczka M. i in. (2003), *Wybrane zachowania żywieniowe młodzieży gimnazjalnej z Warszawy*, „Żyw. Człow. Metab.”, t. 30, nr 1/2.
- Kośmider A., Gronowska-Sanger A. (2005), *Postawa wobec żywności typu "fast-food" i jej popularność wśród młodzieży szkolnej z rejonu Mazowsza*, „Rocz. PZH.”, t. 56, nr 2.
- Krzywiec E., Zalewska M., Wójcicka A. i in. (2012), *Wybrane zachowania żywieniowe a występowanie próchnicy u młodzieży*, „Przegl. Epidemiol.”, t. 66, nr 4.
- Marcysiak M., Zagroba M., Ostrowska B. i in. (2010), *Aktywność fizyczna, a zachowania żywieniowe dzieci i młodzieży powiatu ciechanowskiego*, „Problemy Pielęgniarstwa”, t. 18, nr 2.
- Mazur J. (red) (2015), *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych*, Wyniki badań HBSC 2014. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa.
- Mazur J., Małkowska-Szcutnik A. (red) (2011), *Wyniki badań HBSC 2010, Raport techniczny*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa.

- Mazur J., Woynarowska B. (2001), *Zagrożenia zdrowotne młodzieży szkolnej w świetle badań ankietowych*, [w:] P. Januszewicz., J. Szymborski (red), *Zdrowie naszych dzieci. Uwarunkowania. Zagrożenia i problemy. Kierunki rozwiązań systemowych*, Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Szkolnej Instytutu Matki i Dziecka, Warszawa.
- Nijakowski K. (2015), *Nawyki higieniczne związane z jamą ustną u dzieci szkoły podstawowej – badanie ankietowe*, „Probl. Hig. Epidemiol.”, t. 96, nr 1.
- Ostrowska L., Karczewski J., Szwarz J. (2007), *Sposób żywienia jako jeden z czynników środowiskowych nadwagi i otyłości*, „Rocz. PZH”, t. 58, nr 1.
- Perek M., Krzeczowska B., Twardu. K. (2003), *Zachowania żywieniowe młodzieży w okresie dojrzewania*, „Ann. Univ. Mariae Curie Skłodowska.”, t. 58, supl. 13.
- Piórecka B., Jagielski P., Wójcik K. i in. (2007), *Zachowania żywieniowe młodzieży gimnazjalnej w Małopolsce*, „Żywnie Człowieka i Metabolizm”, t. 34, nr 1/2.
- Ponczek D., Olszowy I. (2012), *Ocena stylu życia młodzieży i świadomości jego wpływu na Zdrowie*, „Hygeia Public Health”, t. 47, nr 2.
- Rassmusen LB., Lassen AD., Hansen K. et al. (2010), *Salt content in canteen and fast food meals in Denmark*, „Food Nutr. Res.”, t. 54.
- Samiec W., Sudoł-Jednorowicz E. (2006), *Zachowania zdrowotne młodzieży. Badanie w ramach programu "Zdrowo żyć – zdrowym być"*, „Zdr. Publ.”, t. 116, nr 3.
- Sławińska T., Kochan K., Krynicka I. i in. (2010), *Zachowania zdrowotne dzieci i młodzieży w wieku 7–16 lat*, „Rocz. PZH”, t. 61, nr 2.
- Stanowisko Grupy Ekspertów w sprawie zaleceń dotyczących spożycia wody i innych napojów przez niemowlęta, dzieci i młodzież*. Standardy Medyczne 2010, 1.
- Suliga E. (2002), *Spożycie produktów typu fast food oraz słodczy i słodzonych napojów gazowanych wśród uczniów szkół średnich*, „Żyw. Człow. i Metab.”, t. 29, nr 3.
- Szczerbiński R. Karczewski JK., Siemienkiewicz J. (2010), *Wybrane zachowania żywieniowe w zależności od aktywności fizycznej młodzieży w wieku 14–16 lat w północno-wschodniej Polsce na przykładzie powiatu sokólskiego*, „Rocz. PZH”, t. 61, nr 1.
- Szostak-Węgierek D., Cybulska B., Zdrojewski T. i in. (2010), *Dlaczego w polskich szkołach nie powinna być sprzedawana żywność typu fast food?*, „Medycyna Praktyczna”, Kraków.
- Szymandera-Buszka K., Górecka D. (2009), *Częstotliwość spożycia wybranych napojów mlecznych*, „Bromat. Chem. Toksykol.”, t. 42, nr 3.
- Świdarska-Kopacz J., Marcinkowski JT., Jankowska K. (2008), *Zachowania zdrowotne młodzieży gimnazjalnej i ich wybrane uwarunkowania. Cz. IV. Sposób żywienia*, „Probl. Hig. Epidemiol.”, t. 89, nr 2.
- Ustymowicz-Farbiszewska J., Smorczevska-Czupryńska B., Karczewski J.K. i in. (2006), *Żywieniowe zachowania zdrowotne młodzieży gimnazjalnej zamieszkałej w Białymstoku i okolic*, „Nowiny Lekarskie”, t. 75, nr 1.
- Veiga, de G.V., Sichieri R. (2006), *Correlation in food intake between parents and adolescents depends on socioeconomic level*, „Nutr Res.”, t. 26.

- Wajszczyk B., Charzewska J., Chabros E. i in. (2008), *Jakościowa ocena sposobu żywienia młodzieży w wieku pokwitania*, „Probl. Hig. Epidemiol.”, t. 89, nr 1.
- Wojtyła A., Biliński P., Bojar I. (2011), *Zachowania zdrowotne nastolatków w Polsce w opinii młodzieży i ich rodziców*, „Probl. Hig. Epidemiol.”, t. 92, nr 2.
- Wojtyła-Buciora P., Żukiewicz-Sobczak W., Wojtyła K. i in. (2015), *Sposób żywienia uczniów szkół podstawowych w powiecie kaliskim – w opinii dzieci i ich rodziców*, „Probl. Hig. Epidemiol.”, t. 96, nr 1.
- Wolnicka K., Jaczewska-Schuetz J. (2010), *Zachowania żywieniowe dziewcząt i chłopców klas V–VI szkół podstawowych z losowo wybranych szkół warszawskich*, „Żyw. Człow. Metab.”, t. 37, nr 4.
- Wolnicka K. (2014), *Najnowsze dane sposobu żywienia dzieci i młodzieży w Polsce i Europie. Wybrane nawyki żywieniowe dzieci i młodzieży w Polsce. Nowe badanie 2013, Projekt Szwajcarsko-Polski: KIK/34, Zadanie 2, Konferencja „Żywność i Żywność w medycynie prewencyjnej – postępy 2014, IŻŻ, Warszawa.*
- Wołowski T., Jankowska M. (2007), *Wybrane aspekty zachowań zdrowotnych młodzieży gimnazjalnej. Część I. Zachowania młodzieży związane z odżywianiem*, „Probl. Hig. Epidemiol.”, t. 88, nr 1.

Anna Gawron-Skarbek¹

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Jan Krakowiak²

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Dorota Kaleta³

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Małgorzata Godala⁴

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Agnieszka Kolmaga⁵

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Franciszek Szatko⁶

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Funkcjonalność instytucji wsparcia społecznego. Część I – Beneficjenci systemu pomocy społecznej – badanie na przykładzie mieszkańców miasta Łodzi

Functionality of Social Assistance Institutions. Part I – Beneficiaries
of Welfare system – Study Exemplified of Lodz City Inhabitants

Abstract: Aim of the study was to characterize a profile of average social assistance institutions (sai) beneficiary in big-city population and needs analysis determining an enjoyment of sai support. The study involved 120 inhabitants of Lodz who reported to sai to receive a necessary welfare. It was carried out with an authorial questionnaire interview. An average sai user profile

¹ E-mail: anna.gawron@umed.lodz.pl

² E-mail: jan.krakowiak@umed.lodz.pl

³ E-mail: dorota.kaleta@umed.lodz.pl

⁴ E-mail: malgorzata.godala@umed.lodz.pl

⁵ E-mail: agnieszka.kolmaga@umed.lodz.pl

⁶ E-mail: franciszek.szatko@umed.lodz.pl

characterized with: the so-called "late" working age, usually middle education, loneliness, low level of self-assessment in material standing and in health status. Social support was mainly financial, it lasted minimum a year and was caused by financial problems associated with unemployment and health deficits.

Key words: social support, social assistance institutions, welfare, welfare system beneficiary, unemployment.

Wstęp

Mieszkańcy wielu krajów, w tym Polski, w dobie intensywnego rozwoju różnych gałęzi przemysłu i postępu technologicznego, nadal stosunkowo często napotykać na trudności finansowe i egzystencjalne, u których źródeł znajdują się problemy związane z zatrudnieniem. Bezrobocie dzisiejszych czasów to zjawisko, które dotyka nie tylko ludzi słabo wykształconych, czy niezdolnych do podjęcia pracy z powodów zdrowotnych, ale także osoby z wyższym wykształceniem, które mogą i chcą podjąć pracę. Natrafiają oni na różnorakie bariery podczas procesu rekrutacyjnego, zasilając tym samym i tak niemałe już grono osób bezrobotnych. Problem ten istniał, istnieje, a co gorsze, przy ogólnoświatowym kryzysie gospodarczym i labilnej sytuacji politycznej może narastać. Świadczą o tym m.in. dane Głównego Urzędu Statystycznego (GUS), wg których w roku 2013 aż 2 157 900 osób pozostawało bez pracy (w tym 121,2 tys. absolwentów, 116,4 tys. osób niepełnosprawnych i 297,8 tys. posiadających prawo do zasiłku) [GUS 2015c, ss. 133–134]. W latach wcześniejszych liczby te kształtowały się na nieco niższym poziomie (w roku 2012 bez zatrudnienia było 2 136 800 osób, a w 2011 – 1 982 700; stan na dzień 31.12 danego roku), ale to jedynie dane zarejestrowane [GUS 2013a, s. 163]. Stopa bezrobocia w podanych latach wzrosła z poziomu 12,5% w roku 2011 do 13,4% w roku 2012 i 2013. W tym samym czasie liczba ofert pracy oscylowała między 22 a 23 tys., podczas gdy jeszcze w roku 2008 wynosiła ok. 30 tysięcy. Jednakże od 2013 roku liczba ta wzrosła z poziomu 30,6 tys. do 39,7 tys. ofert w roku 2014. Z kolei w roku 2014, po kilku latach utrzymującego się trendu wzrostowego, zmniejszyła się liczba zarejestrowanych osób bezrobotnych oraz stopa bezrobocia i wyniosły one odpowiednio 1 825 200 osób i 11,5 %⁷ [GUS 2015c, ss. 133–134]. Mimo tej korzystnej tendencji nadal zwraca uwagę problem nieskutecznych rozwiązań systemowych państwa powodujący trudności w zaspokojeniu podstawowych potrzeb osób doświadczonych trudną sytuacją życiową. Dla matematycznego podkreślenia dysproporcji między liczbą potrzebujących, a (nie)możliwościami syste-

⁷ Aktualne (niepełne) dane za rok 2015 (stan na koniec listopada 2015 roku) prezentujące liczbę zarejestrowanych bezrobotnych wyniosły 1 530,6 tysięcy osób, przy stopie bezrobocia (do aktywnych zawodowo) na poziomie 9,6 % (w XI 2014 r – 11,4%) [GUS 2015b].

mu pomocy społecznej można przywołać jeszcze jeden negatywny wskaźnik charakteryzujący polski rynek pracy tj. liczbę osób bezrobotnych na 1 ofertę pracy. Średnia jej wartość dla Polski w roku 2013 wynosiła 70, a w woj. łódzkim 82 [GUS 2015e, s. 301], co w porównaniu z rokiem 2011 gdy wartości te kształtowały się odpowiednio na poziomie 90 i 147 osób na 1 ofertę świadczy o poprawie sytuacji w tym zakresie, szczególnie w województwie [GUS 2013b, s. 318]. Jak wynika z danych Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej liczba osób korzystających ze świadczeń pomocy społecznej w woj. łódzkim na 10 tys. ludności w 2013 roku wynosiła 521,7 i była zbliżona do średniej krajowej wartości tego wskaźnika równej wówczas 516,2 [GUS 2015f, s. 452]. W roku 2011 w skali kraju liczba ta była równa 530,4, a w województwie – 523,7 [GUS 2013c, s. 463]. Na skutek trudnej sytuacji życiowej (materiałnej, zdrowotnej) z pomocy środowiskowej w skali kraju w 2014 roku korzystało ponad 2 954 tysiące beneficjentów – członków gospodarstw domowych i osób bezdomnych łącznie [GUS 2015a, s. 59].

Brak pracy, niskie dochody i ubóstwo uznaje się za czynniki środowiskowe negatywnie wpływające na stan zdrowia społeczeństwa [Mazurek, Krasucki 2004, ss. 93–98]. Powyższe związki znajdują także odzwierciedlenie w sytuacji zdrowotnej mieszkańców Łodzi, w której rynek pracy nie należy do najłatwiejszych w kraju. Województwo łódzkie jest województwem o wyjątkowo niekorzystnych wskaźnikach zdrowotnych i często brak perspektyw zmiany trudnej sytuacji osób potrzebujących pomocy pogłębia wykluczenie społeczne i izolację, zwłaszcza w grupie osób starszych. Dane GUS z roku 2014 o bezrobociu w woj. łódzkim wskazywały, że w tej sytuacji pozostawało ok. 151,6 tys. mieszkańców województwa, a stopa bezrobocia rejestrowanego była nieco wyższa od średniej krajowej i wynosiła 14,1%⁸ [GUS 2015e, s. 301], co w porównaniu z rokiem 2011 świadczyło o nasileniu analizowanego zjawiska (odpowiednio: 138,7 tys. mieszkańców przy stopie bezrobocia 12,9% [GUS 2013b, s. 318]). Problemy finansowe silnie oddziałują na zachowania w sferze zdrowia, skutkując m.in. ubogą dietą, błędami żywieniowymi, inicjacją, utrzymywaniem bądź nasileniem nałogów (spożywanie alkoholu w nadmiernej ilości, palenie tytoniu), czy złym stanem higieny osobistej. W konsekwencji dochodzi do wzrostu częstości zachorowań i umieralności z powodu chorób zależnych od podejmowanych zachowań antyzdrowotnych (w tym chorób nowotworowych, chorób układu krążenia, cukrzycy typu II) oraz chorób zakaźnych (np. gruźlica, choroby weneryczne). Liczne instytucje i organizacje, decydujące o kierunku polityki społecznej i zdrowotnej, dostrzegając problem, uruchamiają działania, których główną ideą jest wyrównywanie różnic w społeczeństwie [Ruszkowska 2011, ss. 8–11]. Koncentrują się one nie tyle na zwiększeniu dostępności,

⁸ Stopa bezrobocia dla woj. łódzkiego – 10,1% (stan na koniec listopada 2015 roku [GUS 2015b]).

co zwiększeniu samej osiągalności systemu opieki zdrowotnej, czy systemu pomocy społecznej, a niewątpliwie te obszary ściśle łączą się ze sobą [Ministerstwo Zdrowia 2007, Zatoński i in. 2011, s. 130]. Do realizacji ww. celów na polu polityki społecznej powołano liczne instytucje wsparcia społecznego (iws) takie jak np. Miejskie Ośrodki Pomocy Społecznej (MOPS), placówki opiekuńczo-wychowawcze, domy pomocy społecznej, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON), czy Miejskie Zespoły ds. Orzekania o Niepełnosprawności (MZON). Ich kluczowym zadaniem zgodnie z treścią Ustawy z dn. 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, jest pomoc osobom znajdującym się w trudnej sytuacji życiowej w znalezieniu pracy czy też udzielenie im finansowego bądź rzeczowego wsparcia [Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej 2009]. Wielokrotnie jednak okazuje się, że wymiar tej pomocy nie jest adekwatny do rzeczywistych potrzeb klientów systemu, nie rozwiązuje ich problemów, prowadząc do utrwalenia obecnego stanu rzeczy [Maniecka-Bryła, Martini-Fiwek 2005, s. 16]. Celem dla tych osób przestaje być wyjście z sytuacji kryzysowej, ale dopasowanie swojego standardu życiowego do możliwości pomocowych danej iws, co częstokroć powoduje uzależnienie od pomocy systemu opieki społecznej. Według danych Małego Rocznika Statystycznego Polski 2015 w roku 2013 z pomocy organizowanej przez administrację rządową i samorządową skorzystało ponad 1 998 000 osób na łączną kwotę ok. 3 643 mln. Największą część stanowiła pomoc w formie pieniężnej, w tym: zasiłek celowy (najczęściej – 975 tysięcy beneficjentów), okresowy i stały oraz pomoc przyznana na usamodzielnienie i kontynuację nauki. Pomoc pieniężna polegała m.in. na: udzieleniu schronienia, dostarczeniu posiłku (najczęściej – dotyczyła 856 tysięcy beneficjentów), ubrania, czy objęciu usługami opiekuńczymi [GUS 2015d, s. 231].

Cel i stosowane metody

Celem pierwszej części obecnego badania było dokonanie charakterystyki przeciętnego beneficjenta instytucji wsparcia społecznego populacji wielkomiejskiej na przykładzie miasta Łodzi oraz analiza potrzeb klientów MOPS i MZON, które zmuszają ich do korzystania z systemu pomocy społecznej.

Badaniem objęto grupę 120 mieszkańców Łodzi (60 kobiet i 60 mężczyzn), w przedziale wiekowym 19–78 lat, którzy w okresie badania zgłosili się do wybranych iws na terenie Łodzi⁹ w celu uzyskania potrzebnego świadczenia socjalnego lub rehabilita-

⁹ Badanie prowadzono w obrębie trzech filii MOPS na terenie dzielnic: Bałuty, Polesie i Śródmieście, w latach 2011–2012.

cyjnego¹⁰. Do badania wykorzystano autorski kwestionariusz wywiadu, za pomocą którego obok społeczno-demograficznych danych o osobach potrzebujących wsparcia ze strony systemu pomocy społecznej (wiek, płeć, wykształcenie, sytuacja rodzinna, samoocena stanu zdrowia i sytuacji materialnej), zebrano informacje dotyczące m.in. czasu, częstości i powodów korzystania z pomocy iws oraz wpływu zaistniałych problemów na sytuację życiową badanych¹¹.

Wyniki badań i analiz

Wiek i wykształcenie

Najczęściej podopiecznymi iws były osoby w tzw. „późnym” wieku produkcyjnym tj. w przedziale 40–65 lat (ponad 3/4 respondentów), a osoby w wieku poprodukcyjnym (powyżej 65. r.ż.) stanowiły jedynie 5% badanej grupy. Zdecydowana większość klientów iws (ok. 97%) posiadała wykształcenie co najwyżej średnie – niespełna 3/4 badanej grupy (72,5%) cechowało się wykształceniem średnim, a blisko 1/4 (24,2%) – tylko podstawowym. Osoby z wykształceniem wyższym lub wyższym niepełnym stanowiły nieznaczny odsetek badanych (3,3%).

Samoocena sytuacji rodzinnej, zdrowotnej i materialnej przez badanych

Sytuację rodzinną badanych charakteryzowało znaczne zróżnicowanie, które w dużej mierze nosiło znamiona osamotnienia i izolacji społecznej: ponad 1/3 respondentów (37,5%) nie posiadała potomstwa, a więcej niż co 3. klient iws był osobą samotną (36,6%), z tym że ponad 1/3 tej grupy to osoby, których nikt nie odwiedzał. Prawie, co 3. badany był rozwiedziony, a co 6. owdowiały. Mimo, że większość posiadała znajomych/przyjaciół (62,5%) to tylko połowa utrzymywała z nimi kontakty.

Samoocena stanu zdrowia respondentów charakteryzowała się względnie niskim poziomem. Ponad połowa klientów iws uważała swój stan zdrowia za zły, a więcej, niż co 10. za bardzo zły. Mimo, że blisko 1/3 respondentów uważała swój stan zdrowia za dobry/zadowolający, to mniej niż 1% uczestników badania uznał swój stan zdrowotny za bardzo dobry. Często to właśnie stan zdrowia decydował o możliwości (braku możliwości) podjęcia pracy i wpływał na sytuację życiową badanych. Odnośnie samooceny sytuacji materialnej większość respondentów określiła ją na poziomie poniżej (ok. 40%) lub zdecydowanie poniżej przeciętnej (ponad 1/3 badanych) w porównaniu z ogólną sytuacją polskich rodzin. I choć nawet ponad 1/4 oceniła swoją sytuację, jako

¹⁰ Badanie wykonano za akceptacją i przy pomocy Dyrekcji i kadry kierowniczej Miejskich Ośrodków Pomocy Społecznej w Łodzi oraz Pani Sekretarz i Przewodniczącego Komisji Lekarskiej orzekającej w Miejskim Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Łodzi.

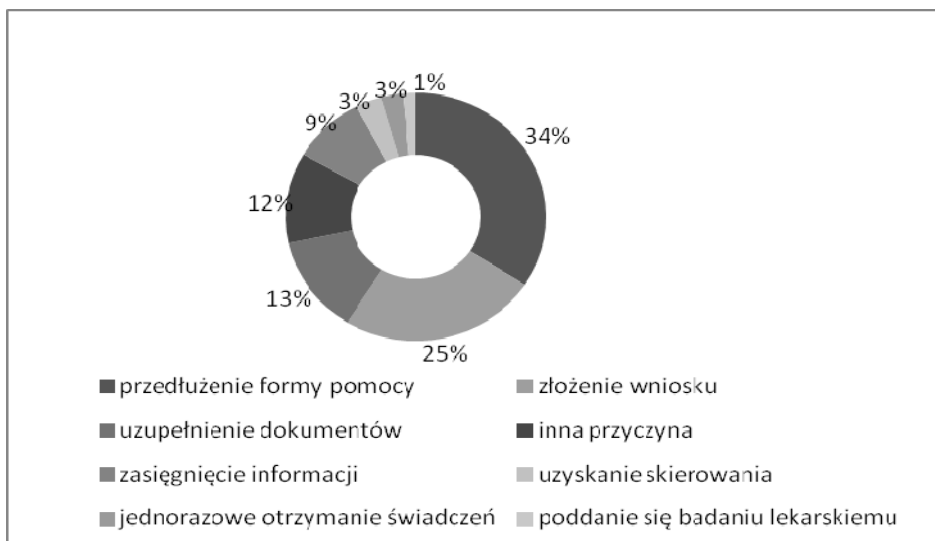
¹¹ Kwestionariusz wywiadu autorstwa dr hab. n. med. prof. nadzw. Franciszka Szatko i mgr Wojciecha Książnika.

przeciętną to żaden z respondentów nie uważał, że jego sytuacja materialna jest dobra czy też bardzo dobra.

Powody i częstość wizyt w iws

Najczęstszym, tj. dla 1/3 beneficjentów, powodem wizyty w iws (MOPS i MZON) była potrzeba przedłużenia dotychczasowej formy pomocy (najczęściej w związku z przydzielonym zasiłkiem okresowym do elongacji, którego wymagany jest kontakt z placówką, z tzw. opiekunem socjalnym, co dodatkowo zwiększa kontrolę podczas rozdysponowywania środków finansowych oraz niefinansowych). Niemal co 4. z respondentów udawał się do iws w celu złożenia wniosku o udzielenie pomocy (głównie osoby, które czyniły to po raz pierwszy jak i ci, którzy ponownie potrzebowali pomocy po znacznej przerwie w pobieraniu zasiłku). Uzupełnienie dokumentów do wcześniej złożonych wniosków wymuszało wizytę w iws co 7. badanego – wynikało to z dość skomplikowanych wymagań dotyczących załączanej do wniosków dokumentacji, jak również z braku wystarczającej wiedzy (szczególnie u osób starających się o pomoc po raz pierwszy) na temat poprawnego skompletowania wymaganych dokumentów. Wśród pozostałych powodów zgłaszania się do iws, stanowiących łącznie blisko 12%, wskazywano np. potrzebę pomocy przy refundacji leków, odebranie decyzji o przyznaniu zasiłku lub złożenie odwołania od negatywnej dla badanego decyzji pracownika socjalnego (rys. 1).

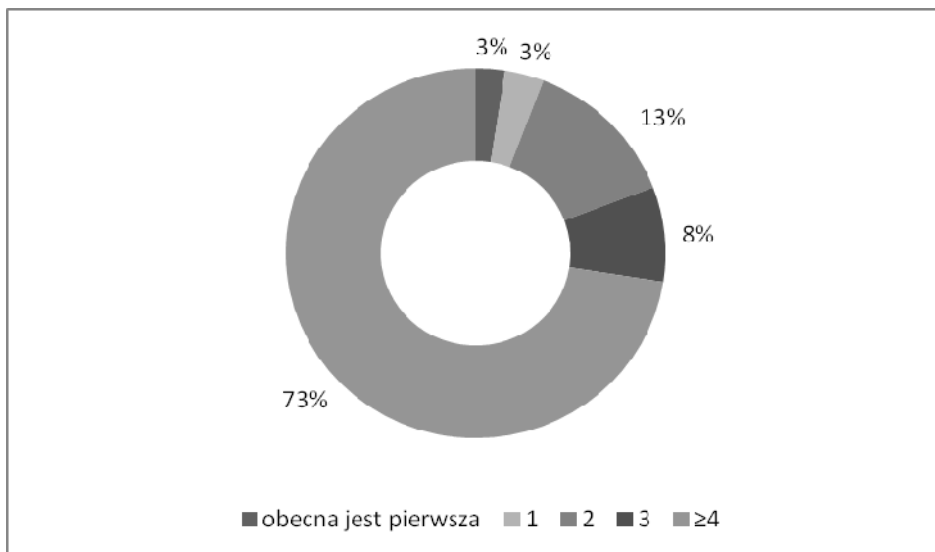
Rysunek 1. Powód wizyty w instytucji wsparcia społecznego



Źródło: opracowanie własne.

Niemal $\frac{3}{4}$ zgłaszających się do instytucji klientów to osoby stale korzystające z pomocy systemu (najczęściej pobierające zasiłek). Liczba ich wizyt w ciągu ostatnich 12 miesięcy od daty badania to, co najmniej 4 (rys. 2). Liczba ta jest o tyle niepokojąca, że ideą iws nie jest uzależnianie czy przyzwyczajanie osób potrzebujących pomocy do pobierania zasiłku, ale ich aktywizacja zawodowa. Wyniki badania pokazują, iż wielu klientów korzystało z pomocy od lat, a ich sytuacja w tym czasie nie ulegała poprawie. Jedynie 2,5% respondentów w okresie prowadzenia niniejszego badania zgłosiło się do iws po raz pierwszy. Mimo, że to znikomy odsetek klientów, to stan ten sugeruje, że grupa osób potrzebujących wsparcia w przezwycięzeniu trudnej sytuacji życiowej sukcesywnie powiększa się.

Rysunek 2. Liczba zgłoszeń do instytucji wsparcia społecznego w ciągu 12 miesięcy



Źródło: opracowanie własne.

Analiza kategorii iws, z których pomocy najczęściej korzystali badani, wykazała, że na pierwszym miejscu znajdował się MOPS (33,5%), a następnie PUP (Powiatowy Urząd Pracy) (prawie co 4. badany), co świadczyło o chęci poprawy obecnej sytuacji zawodowej badanych, a w dalszej kolejności MZON (16%) oraz placówki medyczne (szpitale, poradnie) (12,6%). Dwie ostatnie kategorie instytucji były ze sobą bezpośrednio powiązane, bowiem osoby, które przez długi okres czasu były hospitalizowane, po wyjściu ze szpitala starały się następnie o orzeczenie stopnia niepełnosprawno-

ści, co z kolei odbywało się w MZON. Instytucje kościelne, jak np. Caritas odgrywały znikomą rolę w udzielaniu świadczeń respondentom.

Główną przyczyną zgłaszania się respondentów do MOPS były poważne kłopoty finansowe (28,6%). Najczęściej wynikały one z długotrwałego pozostawania badanych bez pracy. Z kolei przyczynami bezrobocia najczęściej były: trwała niepełnosprawność (u ok. 28%) i długotrwała lub ciężka choroba (ok. 18%). Wśród tzw. „innych przyczyn” trudności w znalezieniu pracy respondenci wskazywali na brak odpowiednich kwalifikacji potrzebnych do podjęcia pracy na danym stanowisku (ta grupa zgłaszających się do iws liczyła na skorzystanie z właściwych kursów szkoleniowych). Jednocześnie dane nt. problemów alkoholowych (wskazanych przez niespełna 2% badanych), mogących istotnie utrudniać podjęcie pracy wydawały się być zaniżane przez respondentów (w rzeczywistości były o wiele wyższe). Podczas prowadzenia badania wy-czuwało się u respondentów wstyd i lęk przed odebraniem im przyznanych świadczeń, dlatego też mimo informacji o anonimowości badania, nie każdy badany chciał ujawnić prawdę. Niemal 1/3 badanych zgłosiła się do MOPS w wyniku pogorszenia się sytuacji materialnej spowodowanej bezpośrednio długotrwałą lub ciężką chorobą. Poważną konsekwencją zaistniałej sytuacji było dalsze pogarszanie się stanu zdrowia badanych (26%) i ograniczenie ich samodzielności w wykonywaniu czynności dnia codziennego.

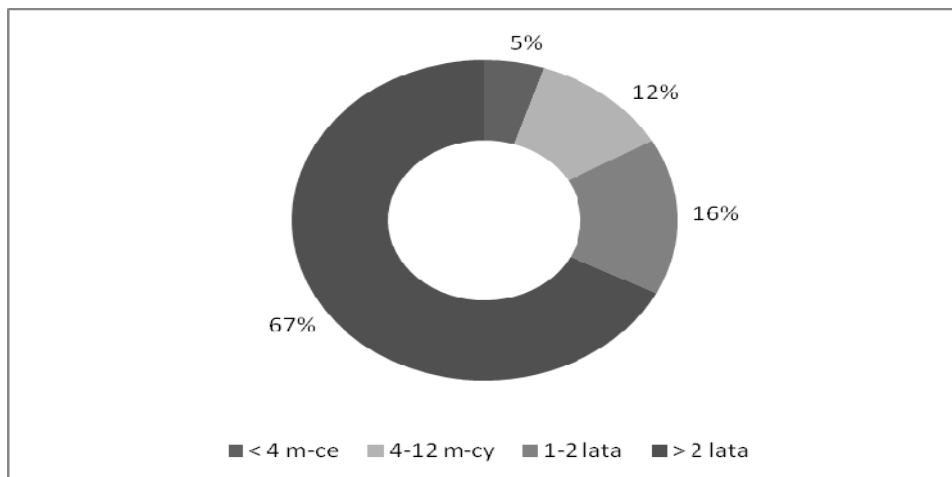
U większości klientów MOPS trudna sytuacja życiowa utrzymywała się dłużej niż 2 lata (67,5%). Były to zazwyczaj osoby stale pobierające zasiłek, często niezdolne do pracy. U blisko, co 6. badanego trudna sytuacja trwała powyżej roku (do 2 lat), natomiast najmniej liczną grupę stanowiły osoby, u których problem istniał krócej niż 4 miesiące (rys. 3).

Niemal połowa badanych (49,2%) zaczęła poszukiwać pomocy w iws w czasie krótszym niż pół roku od momentu wystąpienia problemu. Prawie, co 7. osoba zgłosiła się po pomoc w czasie 6–12 miesięcy, natomiast ponad 1/3 badanych klientów zwlekała z decyzją o szukaniu pomocy, co najmniej 12 miesięcy. Główną przyczyną zwłoki w zwróceniu się o pomoc do iws przez osoby potrzebujące było poczucie wstydu (26,5%).

Większość respondentów czuła się skrępowana, zgłaszając się z prośbą o udzielenie pomocy, zwłaszcza podczas pierwszej wizyty w iws. Blisko ¼ zwlekających twierdziła, że nie wiedziała, iż taka pomoc im przysługuje. Byli przekonani, że są zostawieni sami sobie z ich problemami. Wśród „innych powodów” zwłoki respondenci najczęściej wymieniali asekurowanie się wcześniej zgromadzonymi oszczędnościami, które pozwalały im żyć przez jakiś czas bez konieczności szukania pomocy w iws. Istotnymi powodami zwlekania były także: zły stan psychiczny (ok. 11% badanych), przekona-

nie, iż ewentualnie otrzymana pomoc będzie zbyt niska, by cokolwiek zmienić (7,2%), nieuzyskanie pomocy przez inne osoby z otoczenia respondentów, a będące w podobnej sytuacji (6,0%), kłopoty z dotarciem do instytucji, spowodowane np. wcześniejszym długotrwałym pobytem w szpitalu (ok. 5%), a także brak wiedzy nt. lokalizacji placówki świadczącej pomoc (3,6%). Żaden z badanych nie wskazał, iż przyczyną zwłoki było lenistwo.

Rysunek 3. Okres pozostawania przez respondentów w trudnej sytuacji życiowej

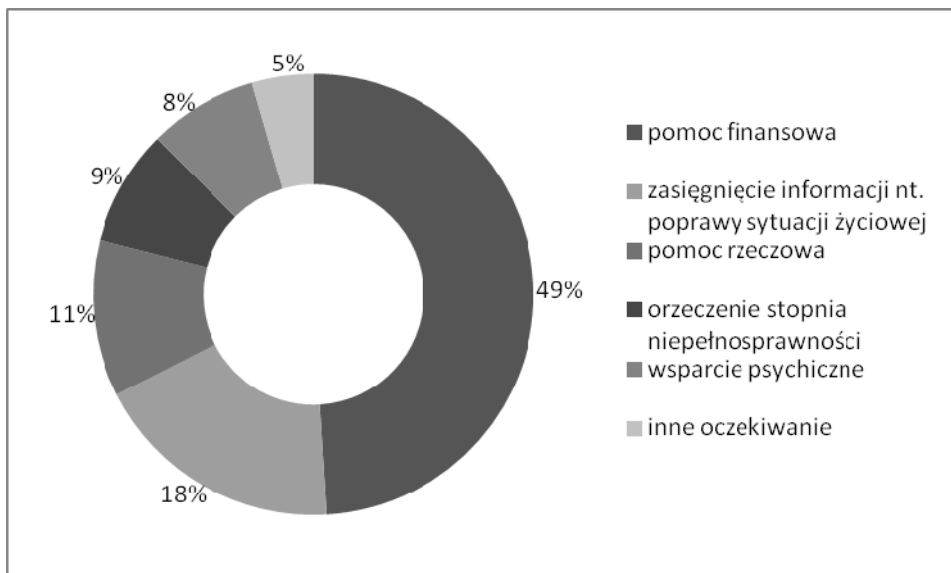


Źródło: opracowanie własne.

Oczekiwania a formy pomocy klientom iws

Oczekiwania respondentów wobec iws koncentrowały się głównie wokół pomocy finansowej (49%). Prawie, co 5. z badanych chciał zasięgnąć informacji w iws, w jaki sposób mógłby poprawić swoją trudną sytuację (18,5%). Ta grupa najczęściej pytała o kursy i szkolenia podnoszące kwalifikacje zawodowe. 11,5% badanych oczekiwało pomocy rzeczowej (najczęściej w formie posiłków i paczek żywnościowych). Na orzeczenie o stopniu niepełnosprawności oczekiwało 8,5% badanych, co potwierdzało znaczne problemy zdrowotne, uniemożliwiające normalne funkcjonowanie i podjęcie pracy przez tą grupę badanych. Jedynie lub aż 8% badanych szukało w iws wsparcia psychicznego (rys. 4).

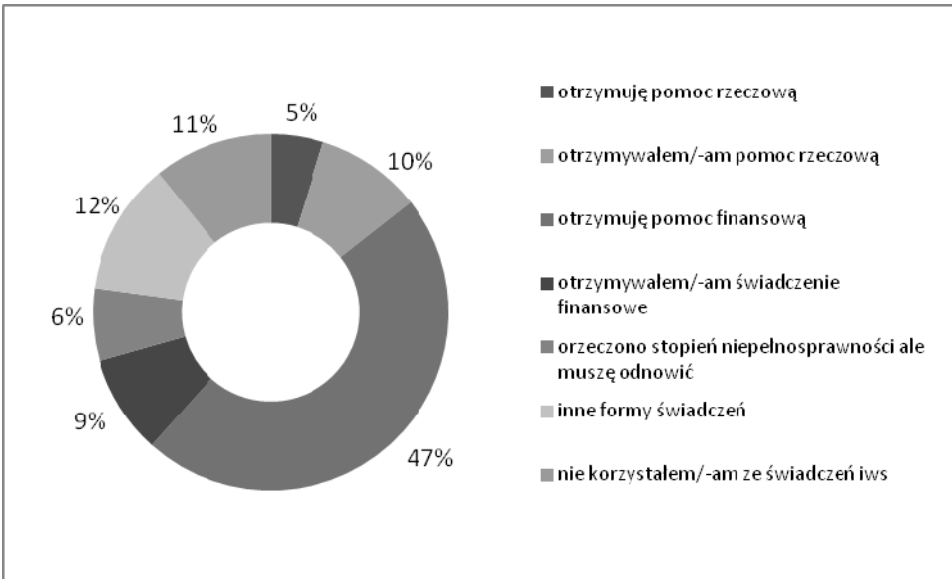
Rysunek 4. Oczekiwania klientów wobec instytucji wsparcia społecznego



Źródło: opracowanie własne.

W strukturze rodzajów świadczeń, z których w okresie badania lub w przeszłości korzystali klienci iws dominowały świadczenia finansowe (prawie połowa badanych - 47,3%). Co 8. z respondentów korzystał z tzw. „innych form świadczeń”, w tym z orzeczenia o stopniu niepełnosprawności na stałe czy z świadczeń rehabilitacyjnych z ZUS. Ponad 1/10 badanych w ogóle nie korzystała jeszcze ze świadczeń iws w okresie prowadzenia badania gdyż właśnie po raz pierwszy przybyli do placówki lub postępowanie mające na celu ewentualne przyznanie im zasiłku nie zostało jeszcze zakończone. Blisko co 10. z badanych otrzymywał w przeszłości pomoc rzeczową, a w okresie badania otrzymywało ją jedynie ok. 5% respondentów. Osoby, które obecnie nie otrzymywały już świadczeń finansowych, a wcześniej korzystały z tego typu pomocy stanowiły 9% badanych, natomiast pozostali (6,6%) to osoby z orzeczonym stopniem niepełnosprawności, które stawiały się na komisję lekarską w celu oceny stanu zdrowia (rys. 5).

Rysunek 5. Świadczenia otrzymywane od instytucji wsparcia społecznego



Źródło: opracowanie własne.

Źródła informacji o pomocy społecznej

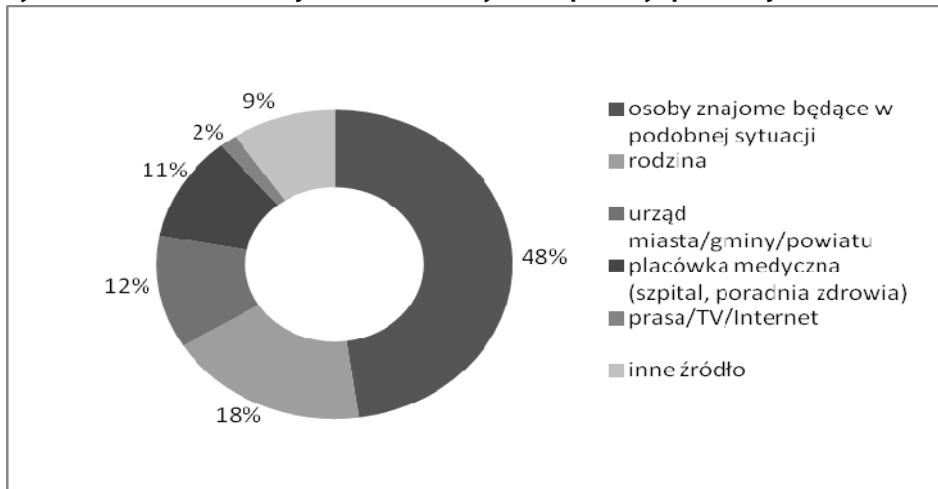
Weryfikując wiedzę respondentów o możliwości uzyskania pomocy społecznej zidentyfikowano, że dla niemal połowy badanych głównym źródłem informacji była informacja uzyskana od osób znajdujących się w podobnej sytuacji (przyjaciół, znajomych), natomiast tak popularne obecnie media jak Internet czy prasa były źródłem informacji zaledwie dla 1,5% respondentów. Dla więcej, niż co 10. osoby zasobem informacji był bezpośrednio urząd miasta/gminy/powiatu lub placówka medyczna, a dla prawie, co 5. uczestnika badania – jego najbliższa rodzina (rys. 6). Jednakże w opinii aż ponad 65% badanej grupy zdecydowanie trudno było znaleźć właściwą informację o możliwości otrzymania pomocy ze strony iws.

Podsumowanie i wnioski

W literaturze przedmiotu, nazewnictwo stosowane wobec odbiorcy usług socjalnych jest dość zróżnicowane: określa się go mianem „klienta” czyli terminem mającym głównie konotację ekonomiczną, handlową, mianem „podopiecznego” czyli określeniem sugerującym pewnego rodzaju dominację pracownika socjalnego nad odbiorcą

świadczeń zależnym od urzędnika, a także słowem „użytkownik”, mającym raczej wydźwięk techniczny [Zasada-Chorab 2004, ss. 169–171].

Rysunek 6. Źródła informacji o możliwości uzyskania pomocy społecznej



Źródło: opracowanie własne.

Paradoksalnie niewiele badań w obszarze systemu pomocy społecznej koncentruje się bezpośrednio na jego odbiorcy [Krzyszowski 2005, s. 264]. Wśród powodów tego, mogłoby się wydawać celowego, omijania tematu klientów iws znajduje się m.in. przedmiotowe traktowanie użytkownika usług socjalnych jako potencjalnego źródła informacji o pracownikach i instytucjach pomocy społecznej. Z drugiej strony ograniczone możliwości dotarcia do tej kategorii respondentów poza strukturą iws (kwestia ochrony danych osobowych) nie sprzyjają badaniom osób zainteresowanych pomocą społeczną. Tym cenniejsze wydają się być dane zebrane bezpośrednio od odbiorców usług socjalnych z placówek pomocy środowiskowej, a niżeli z placówek pomocy zamkniętej (np. domów pomocy społecznej).

Zestawiając wyniki obecnego badania z wynikami badania własnego Krzyszowskiego i wsp., obejmującego grupę 470 klientów ośrodków pomocy społecznej z terenu województwa łódzkiego, stwierdzono pewne rozbieżności na poziomie charakterystyki społeczno-demograficznej badanych, dotyczące m.in. struktury płci, stanu cywilnego czy wykształcenia. W porównywanym badaniu w grupie klientów iws przeważały kobiety (71%), częściej (połowa badanych) były to osoby pozostające w związku z partnerem/-ką (związek małżeński lub konkubinaty), zazwyczaj (3/4 badanych) z wykształceniem zasadniczym lub podstawowym. Natomiast na poziomie

charakterystyki związanej z otrzymywaniem pomocy ze strony iws zaobserwowano wyraźne podobieństwa. W badanej zbiorowości przeważali klienci korzystający z pomocy stale (70%) – najczęściej dłużej niż 5 lat – a jedynie niespełna 4% badanych stanowiły osoby, które po raz pierwszy korzystały z pomocy ośrodka (vs odsetki w obecnym badaniu odpowiednio 73% i 3%). Oczekiwania klientów iws koncentrowały się głównie na pomocy finansowej i rzeczowej (częściej młodszych osób, samotnych z doświadczeniami małżeńskimi), rzadziej na pomocy usługowej – niematerialnej (doradztwo prawne, aktywizacja zawodowa) [Krzyszkowski 2005, ss. 279–292]. Mimo, że obecne badanie nie ograniczało się wyłącznie do osób bezrobotnych to struktura płci badanych była w tym przypadku zbliżona do struktury płci bezrobotnych zarejestrowanych w analogicznym okresie przez GUS i prezentowała podobny udział mężczyzn (48,6%) i kobiet (51,4%) [GUS 2013a, s. 164]. Natomiast porównanie struktury wiekowej pozwoliło na zidentyfikowanie różnicy, gdyż najliczniejszą grupę wśród zarejestrowanych bezrobotnych stanowiły osoby we „wczesnym” wieku produkcyjnym tj. w przedziale 25–34 lata (odpowiednio 25,9% mężczyzn i 31,8% kobiet), podczas gdy w obecnym badaniu większość podopiecznych iws mieściła się w przedziale 40–65 lat, będąc w tzw. „późnym” wieku produkcyjnym.

Wyniki podjętego badania pozwoliły na utworzenie następujących konkluzji:

1. Sylwetkę przeciętnego użytkownika iws cechuje: wiek w przedziale 40–65 lat (tzw. „późny” wiek produkcyjny), wykształcenie co najwyżej średnie, samotność wynikająca z rozstania ze współmałżonkiem (rozwód lub śmierć), braku potomstwa lub nie utrzymywania kontaktów z rodziną, znajomymi, a ponadto niska samoocena nie tylko sytuacji materialnej, ale także stanu zdrowia.
2. Korzystanie z pomocy społecznej najczęściej ma formę pomocy finansowej, trwa co najmniej rok i wynika z problemów finansowych badanych, u podłoża których leżą bezrobocie oraz deficyty zdrowotne.
3. Instytucje wsparcia społecznego w opinii ich użytkowników stanowią słabe źródło informacji na temat możliwości pomocy, jakiej mogą udzielić osobom potrzebującym. Aktywna polityka społeczna może uchronić ludzi, będących w trudnej sytuacji życiowej przed marginalizacją i wykluczeniem społecznym.

Bibliografia

- Główny Urząd Statystyczny (2013a), *Mały Rocznik Statystyczny Polski 2013 – część 5 Rynek pracy*, www.stat.gov.pl, dostęp 17.11.2015.
- Główny Urząd Statystyczny (2013b), *Rocznik statystyczny województw 2012 – część V. Rynek pracy*, www.stat.gov.pl, dostęp 25.10.2015.

- Główny Urząd Statystyczny (2013c), *Rocznik statystyczny województw 2012 – część IX. Ochrona zdrowia i pomoc społeczna*, www.stat.gov.pl, dostęp 25.10.2015.
- Główny Urząd Statystyczny, Urząd Statystyczny w Krakowie (2015a), *Beneficjenci pomocy społecznej i świadczeń rodzinnych w 2014 r.*, www.stat.gov.pl/krak, dostęp 23.12.2015.
- Główny Urząd Statystyczny (2015b), *Liczba bezrobotnych zarejestrowanych oraz stopa bezrobocia według województw, podregionów i powiatów. Stan w końcu listopada 2015 r.* (komunikat), www.stat.gov.pl, dostęp 03.01.2016.
- Główny Urząd Statystyczny (2015c), *Mały Rocznik Statystyczny Polski 2015 – część 5 Rynek pracy*, www.stat.gov.pl, dostęp 12.12.2015.
- Główny Urząd Statystyczny (2015d), *Mały Rocznik Statystyczny Polski 2015 – część 10 Ochrona zdrowia i pomoc społeczna*, www.stat.gov.pl, dostęp 17.11.2015.
- Główny Urząd Statystyczny (2015e), *Rocznik statystyczny województw 2014 – część V. Rynek pracy*, www.stat.gov.pl, dostęp 17.11.2015.
- Główny Urząd Statystyczny (2015f), *Rocznik statystyczny województw 2014 – część IX. Ochrona zdrowia i pomoc społeczna*, www.stat.gov.pl, dostęp 17.11.2015.
- Krzyszkowski J. (2005), *Między państwem opiekuńczym a opiekuńczym społeczeństwem. Determinanty funkcjonowania środowiskowej pomocy społecznej na poziomie lokalnym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Maniecka-Bryła I., Martini-Fiwek J. (2005), *Epidemiologia z elementami biostatystyki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Łódź.
- Mazurek M., Krasucki P. (2004), *Wpływ zróżnicowania dochodów na wskaźniki zdrowotne*, „Zdrowie Publiczne”, nr 114 (1).
- Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej (2009), *Ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Tekst jednolity Dz. U. z 2009 r. Nr 175, poz. 1362 z późn. zm.) Dział I, Rozdział 1, Art. 2 i nn.*, www.mpips.gov.pl/pomoc-spoeczna [dostęp 25.10.2015].
- Ministerstwo Zdrowia (2007), *Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015 – Cel operacyjny 8 – Zmniejszenie różnic społecznych i terytorialnych w stanie zdrowia populacji*, Warszawa, www.mz.gov.pl, dostęp 30.06.2015.
- Ruszkowska J. (2011), *Likwidowanie nierówności społecznych nowym priorytetem dla europejskiej i światowej promocji zdrowia*, „Polityka Społeczna”, nr 10 (451).
- Zasada-Chorab A. (2004), *Kształtowanie zawodu pracownika socjalnego w Polsce*, Ośrodek Kształcenia Służb Publicznych i Socjalnych-Centrum AV, Częstochowa.
- Zatoński W.A., Mańczuk M., Sulkowska U. i in. (2011), *Wyrównywanie różnic w zdrowiu między krajami Unii Europejskiej*, Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa.

Anna Gawron-Skarbek¹

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Jan Krakowiak²

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Małgorzata Godala³

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Anna Garus-Pakowska⁴

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Adam Rzeźnicki⁵

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Franciszek Szatko⁶

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Funkcjonalność instytucji wsparcia społecznego. Część II – Efektywność a bariery instytucji wsparcia społecznego w opinii beneficjentów systemu

**Functionality of Social Assistance Institutions. Part II – Efficacy and
Barriers of Social Assistance Institutions in Opinion of Welfare
System Beneficiaries**

Abstract: Aim of the study was a cognition opinion of social assistance institutions (sai) beneficiaries about welfare system functionality. The study involved 120 inhabitants of Lodz who reported to sai to receive a necessary welfare. It was carried out with an authorial questionnaire interview. Over 1/3 of studied group found as comprehensive access to institutions but simul-

¹ E-mail: anna.gawron@umed.lodz.pl

² E-mail: jan.krakowiak@umed.lodz.pl

³ E-mail: malgorzata.godala@umed.lodz.pl

⁴ E-mail: anna.garus-pakowska@umed.lodz.pl

⁵ E-mail: adam.rzeznicki@umed.lodz.pl

⁶ E-mail: franciszek.szatko@umed.lodz.pl

taneously almost a half found difficult to achieve a needed welfare. Welfare officers devote enough time to help their charges in gaining a welfare but they ask too probing questions. Relations between sai beneficiary and welfare officer determine the efficacy of social support.

Key words: social support, social assistance institutions, welfare officer, welfare system beneficiary, system effectiveness.

Wstęp

Niniejsze opracowanie opisuje rezultaty II części badania funkcjonalności instytucji wsparcia społecznego (iws), w której użytkownicy systemu pomocy społecznej mogli wyrazić opinię na temat możliwości i trudności, jakich doświadczają podczas procesu ubiegania się o pomoc. W trakcie starania się o otrzymanie wnioskowanego świadczenia, klienci iws, w zależności od rodzaju pomocy, wchodzą w relacje z pracownikiem socjalnym i/lub lekarzem, od których decyzji (przyznania bądź odmowy przyznania pomocy) zależy, jakość i poziom życia użytkowników iws. Poza zachowaniem ustawowej procedury przez urzędnika iws istotne dla osób zgłaszających się po pomoc są życzliwość i autentyczna chęć zrozumienia trudnej sytuacji klienta iws ze strony pracownika socjalnego. Na poczucie zadowolenia z działania iws ma wpływ nie tylko fakt czy klient iws uzyska potrzebne świadczenie, ale także sposób traktowania go przez urzędnika/lekarza na etapie ubiegania się o wsparcie. Satysfakcja podopiecznych z funkcjonowania systemu opieki społecznej pozostaje w ścisłym związku z nastawieniem oraz osobowością pracownika socjalnego [Szcześniak 2011, ss. 38–52].

Z dostępnych danych z okresu ostatnich lat na temat społecznego odbioru skuteczności działań realizowanych w ramach pracy socjalnej wynika, że sektor ten najczęściej kojarzony jest z dystrybucją świadczeń pomocowych, a zawód pracownika socjalnego z funkcją administratora transferów socjalnych, niejednokrotnie doświadczanego wypaleniem zawodowym [Trafiałek 2010, ss. 37–50; Szmagański 2009, ss. 58–75; Krzyszkowski 2008, ss. 96–104]. Jednakże obok kwestii uzyskania świadczeń materialnych (ich wysokości) wskaźnikami zadowolenia z otrzymywanych usług są: profesjonalizm obsługi (w tym rzetelność informacji, uzyskiwanie pomocy we wszystkich problemach, szerokie wejrzenie w zgłaszany problem, szacunek dla klienta), organizacja procesu pomocy (zapewnienie prywatności podczas relacji pomagania) oraz dostępność informacji (znajomość i przejrzystość zasad udzielania pomocy) [Krzyszkowski 2005, s. 292].

Na tzw. profesjonalną etykę pracownika socjalnego, oprócz profesjonalnej odpowiedzialności składają się regulacje prawne, czyli formalne ramy działań wynikające m.in. z Ustawy o pomocy społecznej [Ministerstwo Pracy i Pracy Społecznej 2004] oraz

wręcz nierozzerwalne, osobiste zaangażowanie, mające wpływ, na jakość relacji z podopiecznymi (empatia, sympatia lub dystans emocjonalny, akceptacja lub tylko tolerancja podopiecznego) [Banks 2004, s. 77].

Wyniki pilotażowego badania z 2009 r. przeprowadzonego wśród osób pracujących w systemie opieki społecznej wskazują, że pasja życiowa, realizacja obowiązków zawodowych utożsamianych z realizacją własnych zainteresowań, sprzyjają byciu profesjonalnie odpowiedzialnym w pracy urzędnika iws [Kantowicz 2010, ss. 51–65]. Z badań, na które powołuje się Tucholska [2003, ss. 71–81], wynika, że pracownicy przejawiający większy entuzjazm do obowiązków i zadań korzystnie oddziałują na swoich klientów. Dzięki takiemu podejściu sami mają większe poczucie sukcesów zawodowych, co w następstwie działa prewencyjnie na ich zdrowie mentalne.

W obliczu realnych zagrożeń dla znacznej części społeczeństwa⁷, jakimi są marginalizacja i wykluczenie społeczne, wydaje się być oczywistym, że iws powinny stanowić miejsca, które poza pomocą materialną, wspierają swoich podopiecznych również na innych płaszczyznach problemowych (emocjonalnej, mentalnej), tak aby ci nie tracili woli przezwyciężenia trudnej sytuacji życiowej. Relacje między klientem iws a pracownikiem socjalnym w dużym stopniu determinują pojęcie skuteczności pomocy i kształtują opinię wśród samych beneficjentów nt. efektywności systemu pomocy społecznej, jako całości.

Cel i stosowane metody

Celem obecnego badania było poznanie opinii beneficjentów iws nt. funkcjonalności systemu pomocy społecznej, w tym jego dostępności i osiągalności świadczeń. Badaniem objęto grupę 120 mieszkańców Łodzi (60 kobiet i 60 mężczyzn), w przedziale wiekowym 19–78 lat, którzy w okresie badania zgłosili się do wybranych iws na terenie Łodzi⁸ w celu uzyskania potrzebnego świadczenia socjalnego lub rehabilitacyjnego⁹. W grupie badanej przeważały osoby w tzw. „późnym” wieku produkcyjnym tj. W przedziale 40–65 lat (ponad $\frac{3}{4}$ grupy), z wykształceniem najczęściej nie wyższym niż średnie (blisko $\frac{3}{4}$ grupy), które korzystały z pomocy iws głównie z powodu zaistniałych problemów finansowych u podłoża, których znajdowały się bezrobocie i defi-

⁷ W skali kraju 1 825,2 tysięcy zarejestrowanych bezrobotnych przy stopie bezrobocia (do aktywnych zawodowo) równej 11,5% w roku 2014 (w m. Łodzi 32,8 tys. zarejestrowanych bezrobotnych – stan na koniec XI 2015 roku) [GUS 2015, ss. 133–134].

⁸ Badanie prowadzono w obrębie trzech filii MOPS na terenie dzielnic: Bałuty, Polesie i Śródmieście, w latach 2011–2012.

⁹ Badanie wykonano za akceptacją i przy pomocy Dyrekcji i kadry kierowniczej Miejskich Ośrodków Pomocy Społecznej w Łodzi oraz Pani Sekretarz i Przewodniczącego Komisji Lekarskiej orzekającej w Miejskim Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Łodzi.

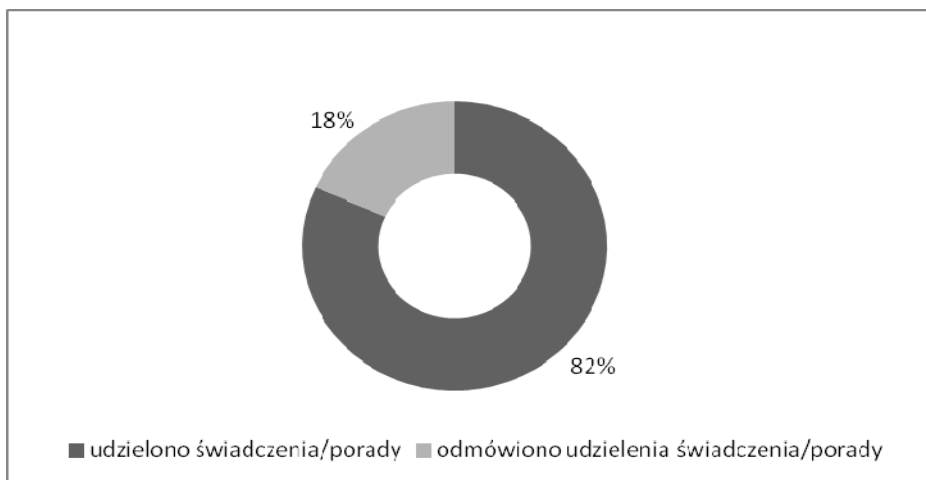
cyty zdrowotne¹⁰. Do badania wykorzystano autorski kwestionariusz wywiadu za pomocą, którego obok społeczno-demograficznego statusu osób potrzebujących pomocy zbadano opinię użytkowników iws nt. efektywności i ograniczeń w działaniu placówek systemu pomocy społecznej. Ocenie poddano m.in. zrozumiałość procedur podczas uzyskiwania pomocy przez badanych czy zaangażowanie urzędników i lekarzy w ten proces¹¹. Każdy z badanych miał możliwość wypowiedzenia się odnośnie różnych kwestii, dotyczących systemu pomocy społecznej, mając do wyboru jeden z 4. wariantów odpowiedzi: „prawda”, „częściowa prawda”, „nieprawda” lub „nie wiem”.

Wyniki badań i analiz

Decyzje w/s przyznania świadczenia

Zdecydowanej większości klientów iws (82%) nigdy nie odmówiono udzielenia świadczenia czy porady. Natomiast prawie co 5. z respondentów spotkał się z odmową pomocy ze strony iws (rys. 1).

Rysunek 1. Struktura decyzji instytucji wsparcia społecznego w/s pomocy osobom badanym



Źródło: opracowanie własne.

¹⁰ Szczegółową charakterystykę beneficjentów iws przedstawiono w I części badania nt. funkcjonalności instytucji wsparcia społecznego.

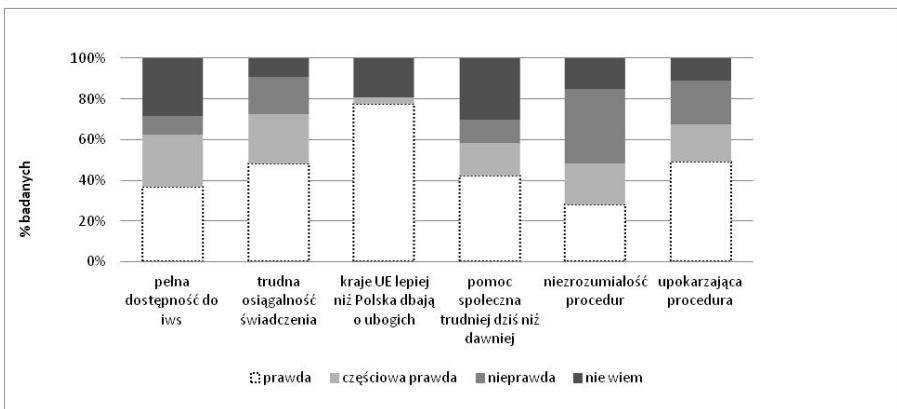
¹¹ Kwestionariusz wywiadu autorstwa dr hab. n. med. prof. nadzw. Franciszka Szatko i mgr Wojciecha Księżnika.

W opinii ponad 1/3 grupy osób, spośród 18% potrzebujących pomocy, którym to nie udzielono wsparcia, powodem odmowy był ich zdaniem brak dobrej woli ze strony urzędnika (pracownika socjalnego). U prawie, co 5. badanego powodem odmowy udzielenia świadczenia był za wysoki dochód. Wśród tzw. „innych powodów” odmowy (dotyczących ok. 0,23 badanych) wymieniano: brak pieniędzy w kasie iws (problem braku płynności finansowej iws), nier refundowanie wydatków przeznaczonych na zakup niektórych kategorii produktów (np. baterii do aparatu słuchowego), brak dobrej woli ze strony lekarza czy zbyt wysoka renta współmałżonka. Brak podstaw prawnych czy zdrowotnych do udzielenia świadczenia dotyczył ponad 0,15 badanych, a brak potrzebnej dokumentacji – 0,8 respondentów.

Dostępność a osiągalność świadczeń

Wyniki dalszej analizy przedstawiają procentowy rozkład odpowiedzi, wyrażających ustosunkowanie się badanych do zamieszczonych w kwestionariuszu wywiadu stwierdzeń. W zależności od stopnia utożsamienia się z danym stwierdzeniem badany mógł się z nim zgodzić w pełni lub częściowo albo je zanegować. Pierwszy obszar zainteresowania badacza stanowił aspekt postrzegania systemu pomocy społecznej przez badanych, w tym dostępności do pomocy, a rzeczywistej jej osiągalności. Prawie co 10. badany uważał, że w Polsce nie ma pełnej dostępności do iws, ale aż ponad 1/3 była zdania, że w Polsce jest pełna dostępność do systemu pomocy społecznej. Znaczny odsetek badanych (28,3%) nie orientował się jak przedstawia się owa dostępność w skali kraju, a znał i mógł ocenić sytuację jedynie z perspektywy własnego miasta (rys. 2).

Rysunek 2. Dostępność a osiągalność pomocy społecznej w opinii badanych



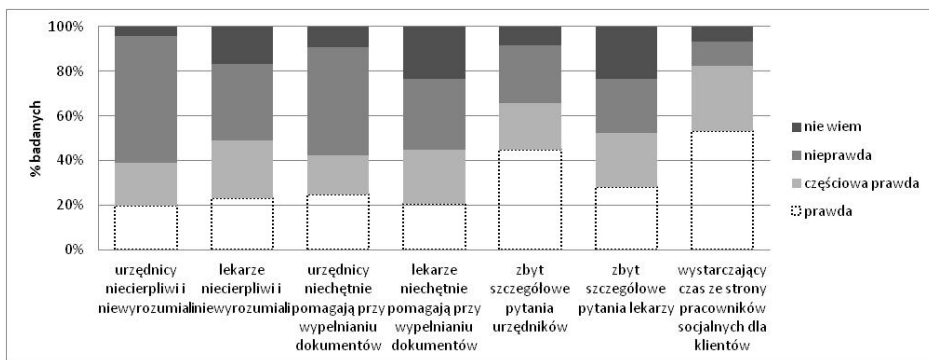
Źródło: opracowanie własne.

Blisko połowa klientów iws (48,3%) uważała za prawdziwe twierdzenie, iż w polskim systemie pomocy społecznej trudno jest otrzymać potrzebne świadczenia, ale prawie co 5. osoba nie zgadzała się z tym stwierdzeniem, co mogło świadczyć o zadowoleniu tej grupy respondentów z działania iws i poziomu osiągalności świadczeń. Przy ocenie jakości opieki społecznej w innych krajach Unii Europejskiej ponad 2/3 badanych twierdziło, że prawdą jest, iż inne kraje UE lepiej dbają o osoby ubogie i niepełnosprawne niż iws w Polsce. Co 5. uczestnik badania nie miał zdania w tej sprawie, przy czym żaden z respondentów nie uważał, że jest to nieprawdą. W strukturze opinii nt. czy obecnie jest trudniej czy łatwiej otrzymać pomoc społeczną niż kilka lat temu zaobserwowano znaczne zróżnicowanie. Zdaniem większości (niecałej połowy badanych) obecnie trudniej jest uzyskać świadczenie niż kilka lat wcześniej. Blisko 1/3 nie miała wiedzy na ten temat, gdyż pobierała pomoc od niedawna i nie miała możliwości zaobserwowania różnicy czy kiedyś było o nią łatwiej, natomiast więcej, niż co 10. badany uważał, że obecnie nie jest trudniej otrzymać pomoc społeczną. Kolejnym obszarem badania był temat czytelności procedur uzyskiwania pomocy. Zdaniem ponad 28% klientów iws procedury uzyskania pomocy są niezrozumiałe. Natomiast ponad 1/3 badanych uważała, że jest to nieprawda – dla nich procedury uzyskania pomocy były przejrzyste i zrozumiałe. Osoby, które miały problem ze zrozumieniem zasad i wymogów obowiązujących przy ubieganiu się o świadczenie, częściej niż pozostali badani zgłaszali się do instytucji, aby właśnie móc ostatecznie sformalizować swoje oczekiwania. Z tego względu także pracownicy iws byli zmuszeni poświęcać im więcej czasu, aby pomóc w zgromadzeniu i wypełnieniu niezbędnych dokumentów. Co 5. z badanych zaznaczył wariant odpowiedzi „częściowa prawda” w aspekcie zrozumiałości procedur, a 15% nie zadeklarowało się (być może w tej grupie badanych dokumentacja pod względem formalnym nie była dotąd sprawdzana). Dla prawie połowy klientów iws (49,2%) procedura starania się o pomoc była w ich odczuciu upokarzająca, natomiast więcej niż co 5. badany uważał, że jest to nieprawda (rys. 2) – każdy człowiek ma inne poczucie własnej godności i inny próg wstydu, stąd to co dla jednych wydaje się być upokarzające, dla innych nie musi takie być.

Opinia o urzędnikach i lekarzach iws

Mimo, że w opinii znacznej większości respondentów (ok. 57%) urzędnicy (pracownicy socjalni) pracujący w iws nie są niecierpliwi i niewyrozumiali, to aż co 5. osoba miała odmienne zdanie na ten temat, uważając za prawdziwe twierdzenie, że urzędnikom brakuje właśnie cierpliwości i zrozumienia w stosunku do klientów iws (rys. 3).

Rysunek 3. Urzędnicy i lekarze w opinii odbiorców pomocy społecznej



Źródło: opracowanie własne.

Z kolei opinia osób zgłaszających się na komisje lekarskie nt. niecierpliwości i niewyrozumiałości lekarzy była mniej pozytywna niż opinia nt. urzędników. Jedynie 1/3 badanych uważała, iż lekarze nie są niecierpliwii i niewyrozumiali, natomiast blisko połowa respondentów (łącznie 49,1%) była innego zdania, uważając, że lekarze są wobec nich zdecydowanie, bądź w pewnym stopniu niewyrozumiali i niecierpliwii. W strukturze opinii klientów iws nt. pracy urzędników (pracowników socjalnych) i lekarzy orzekających o stopniu niepełnosprawności dominowało poczucie zadowolenia z funkcjonowania pracowników iws w Łodzi. Ponad ¾ respondentów było zadowolonych z pracy urzędników mimo, że ok. 8,5% z nich nie otrzymało oczekiwanej pomocy. Zdarzyło się, jak wynika z wywiadu z użytkownikami iws, że pracownik socjalny chciał szczerze pomóc klientowi, ale nie dysponował odpowiednimi środkami w kasie. Mimo, że klienci mogli być niezadowoleni z pracy instytucji z powodu braku płynności finansowej, to w ogólnym odbiorze relacji „klient-pracownik iws” byli zadowoleni z zachowania pracownika socjalnego i niejednokrotnie wyczuwali jego życzliwe intencje. Miał miejsce także zupełnie inny odbiór postawy pracownika socjalnego względem użytkownika iws. Spośród 120 przebadanych osób – 7,5% pomimo otrzymanej pomocy nie było zadowolonych z pracy urzędnika. Powody niezadowolenia wynikały bezpośrednio z nieuprzejmego zachowania urzędnika oraz z niesatysfakcjonującej decyzji (np. przyznania zasiłku niższego niż oczekiwano), z konieczności podjęcia się kolejnych czynności (np. dostarczenia dodatkowej dokumentacji) czy z okoliczności towarzyszących wizycie w iws (np. długie oczekiwanie w kolejce). Kategorię „inna opinia” na temat wizyty w iws wskazywały niektóre z osób dopiero oczekujące na pomoc (po złożeniu odpowiednich dokumentów) (tab. 1).

Tabela 1. Otrzymanie pomocy a poczucie zadowolenia badanych z pracy urzędników i lekarzy

Opinia nt. wizyty		%	n
Urzędnik			
Otrzymałem/-am pomoc	i byłem/-am zadowolony/-a z pracy	65,8	79
	i nie byłem/-am zadowolony/-a z pracy	7,5	9
Nie otrzymałem/-am pomocy	i byłem/-am zadowolony/-a z pracy	10,8	13
	i nie byłem/-am zadowolony/-a z pracy	10	12
Lekarz			
Otrzymałem/-am pomoc	i byłem/-am zadowolony/-a z pracy	1,7	2
	i nie byłem/-am zadowolony/-a z pracy	1,7	2
Nie otrzymałem/-am pomocy	i byłem/-am zadowolony/-a z pracy	-	-
	i nie byłem/-am zadowolony/-a z pracy	-	-
Inna opinia nt. wizyty		2,5	3
Razem		100	120

Źródło: opracowanie własne.

Według niemal połowy respondentów nieprawdą jest, że urzędnicy niechętnie pomagają przy wypełnianiu dokumentów. Jednak aż, co 4. badany zdecydowanie, a prawie, co 5. częściowo, zgadzał się z twierdzeniem, że urzędnicy niechętnie pomagają przy problemach klientów z dokumentacją (rys. 3). Natomiast w opinii blisko 1/3 uczestników badania nieprawdą jest, że lekarze niechętnie pomagają przy wypełnianiu dokumentów (grupa ta była jednak mniejsza w porównaniu z grupą o podobnej opinii nt. urzędników tj. 31,7% vs 48,3%), a blisko połowa respondentów, zdecydowanie bądź częściowo (łącznie 45%), twierdziła, iż lekarze niechętnie pomagają przy problemach z dokumentacją. Znaczna grupa, bo więcej niż, co 5. badany, nie miał zdania na ten temat (najprawdopodobniej wynikało to z braku styczności tych badanych z pracą lekarza podczas starań o uzyskanie pomocy społecznej).

Zdecydowana większość (aż 45% respondentów zdecydowanie, a prawie 21% częściowo) uważała, że prawdą jest, iż urzędnicy zadają zbyt szczegółowe pytania podczas procesu przyznawania pomocy społecznej. Podobne zdanie miała także

większość badanych nt. dociekliwości pytań zadawanych przez lekarzy pracujących przy orzekaniu o stopniu niepełnosprawności, którzy uważali (zdecydowanie – 28,3%, a częściowo – 24,2%), że pytania z ich strony były zbyt szczegółowe. Nie każdy uczestnik badania stawał na komisji lekarskiej, stąd też więcej niż co 5. badany nie miał opinii w tym temacie.

Według ponad połowy klientów iws prawdą jest, że urzędnicy poświęcają wystarczająco dużo czasu swoim klientom, aby pomóc im w otrzymaniu świadczenia, ale prawie 1/3 twierdziła, iż jest to jedynie częściowa prawda. Natomiast zdaniem więcej niż co 10. badanego urzędnicy nie przeznaczają odpowiedniej ilości czasu na pomoc użytkownikom iws podczas procesu starania się o otrzymanie świadczenia (rys. 3).

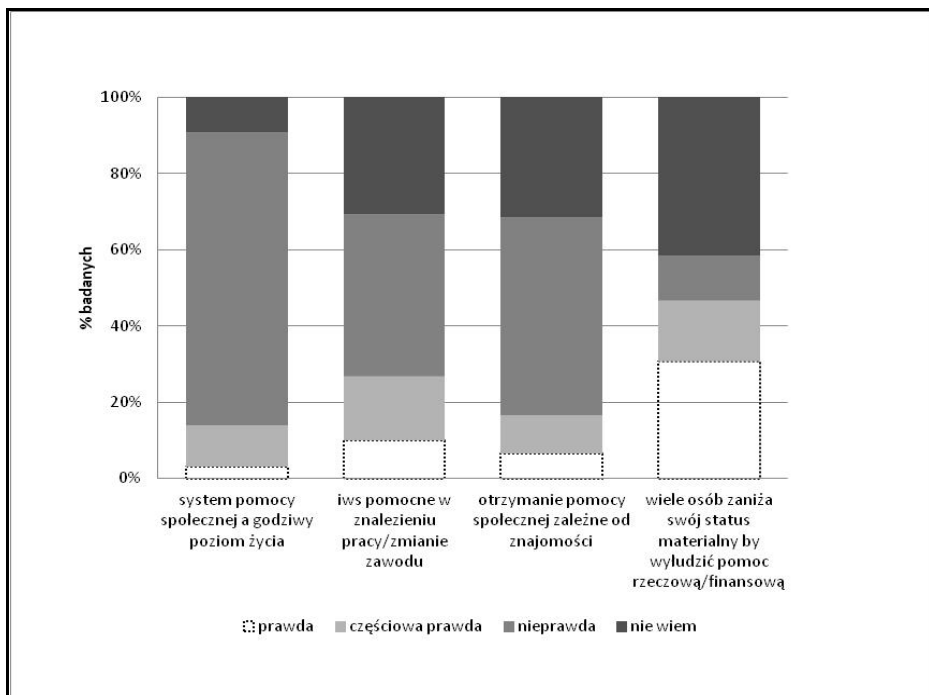
Efektywność/ograniczenia systemu pomocy społecznej

Kolejnym poddanym ocenie zagadnieniem był temat postrzegania systemu pomocy społecznej przez badanych, jako formy instytucjonalnego wsparcia, które bezsprzecznie umożliwiałoby potrzebującym pomocy godziwe życie czy to na skutek przyznania zasiłku (pasywna forma pomocy), czy też pomocy w podjęciu zatrudnienia (pomoc aktywna). W tej kwestii ponad $\frac{3}{4}$ uczestników badania nie zgodziło się z twierdzeniem, iż system pomocy społecznej umożliwia im życie na godziwym poziomie. Zasadniczo większość z nich skarżyła się na przyznawanie zbyt niskich zasiłków okresowych czy też na opóźnienia przy wpływaniu przyznanych zasiłków na konto badanych. Znikomy odsetek respondentów (3,3%) uznał to twierdzenie za prawdziwe – czasem ludzie żyjący w skrajnym ubóstwie potrafili bardzo obniżyć poziom swojej egzystencji, tak aby środki, które im przyznano wystarczały na niezwykle skromne życie (rys. 4).

Większość klientów iws twierdziła, jakoby system pomocy społecznej umożliwiał znalezienie pracy lub zmianę zawodu (w tym w szczególności osobom ubogim, niepełnosprawnym czy po wyjściu z zakładu karnego) uznało za nieprawdziwe. Dane te są w sprzeczności z ideą polityki społecznej, której celem jest aktywizacja zawodowa osób ubogich i bezrobotnych. Niemal 1/3 badanych, nie starając się już o pracę, bądź mając orzeczoną stopień niepełnosprawności, nie wiedziała, co ma sądzić na ten temat, a jedynie co 10. respondent uznał twierdzenie za prawdziwe.

Ponad połowa badanych uznała za nieprawdziwe twierdzenie, że aby otrzymać pomoc społeczną trzeba mieć znajomości. Jednakże więcej, niż co 6. osoba stwierdziła (zdecydowanie bądź częściowo), że znajomości w iws pomagają w otrzymaniu świadczenia. Z kolei większość zapytanych klientów iws (41,7%) nie potrafiła określić, czy prawdziwe jest twierdzenie, iż wiele osób wyłudza pomoc pieniężną i rzeczową od iws poprzez zaniżanie swojego statusu materialnego, ale według niemal co 3. respondenta zdecydowanie takie zachowania miały miejsce (rys. 4).

Rysunek 4. Postrzeganie efektywności i ograniczeń systemu pomocy społecznej



Źródło: opracowanie własne.

Jedynie, co 10. osoba negowała to twierdzenie. Sami klienci najlepiej orientują się, jak ich koledzy, znajomi czy inne osoby zgłaszające się po pomoc postępują, aby otrzymać świadczenia. W takich przypadkach istotne jest, aby urzędnik zachował czujność, nie dał wprowadzić się w błąd i prawidłowo rozdysponował środki dla osób rzeczywiście potrzebujących wsparcia. W tym miejscu zwraca uwagę trud, odpowiedzialność, rzetelność i powołanie pracownika socjalnego, od którego z jednej strony oczekuje się zrozumienia i przychylności, a z drugiej, na skutek złych doświadczeń z nieuczciwymi klientami, zmusza się go do bycia niejednokrotnie zbyt skrupulatnym, dociekliwym i formalnym podczas procesu udzielania pomocy swoim podopiecznym.

Podsumowanie i wnioski

Istotne, choć niełatwe, jest wzajemne zrozumienie i porozumienie w relacji pracownik socjalny i klient, zwłaszcza w sytuacji wątplenia w prawdziwość przekazu strony zgłaszającej się po pomoc. Zwykle każda nowa relacja, nie tylko ta instytucjonalna rozpo-

czyną się od braku zaufania (nie ma znaczenia czy jeszcze niewytworzonego czy utraconego). Budowanie go może być procesem długotrwałym, a przecież nawet mimo jego braku działania pomocowe są podejmowane. Warunkiem wstępnym i koniecznym w pracy socjalnej jest szczerzy dialog. Współcześnie w okresie wszechobecnego w instytucjach pomocowych deficytu czasu na świadczenie pracy socjalnej, która w pełni satysfakcjonowałaby wszystkie strony relacji (klienta, pracownika socjalnego i iws), nadal panuje przeświadczenie, że jednym z głównych utrudnień pomocy nie jest samo rozczarowanie klienta z powodu braku oczekiwanych pieniężnych środków pomocowych, ale zawód z powodu braku możliwości swobodnego wypowiedzenia się i niemożności przekazania w pełni istoty problemu, z którym zgłasza się klient [Oliwa-Ciesielska 2011, ss. 28–49].

W temacie aktywizacji zawodowej beneficjentów iws, mającej pomagać w sprawnym przejściu ze stanu bezrobocia do zatrudnienia nie stwierdza się również satysfakcjonującej/pełnej skuteczności [Gałęcka-Burdziak 2011, ss. 17–21]. Potwierdzają ten stan rzeczy wyniki obecnego badania, według których większość użytkowników iws nie była przekonana, że obecnie funkcjonujący system pomocy społecznej umożliwi im znalezienie pracy lub pomoc przy zmianie zawodu. Niestety dominacja rozdawnictwa wsparcia materialnego w praktyce służb socjalnych utrudnia wdrażanie bardziej aktywizujących metod w pracy socjalnej. W efekcie zasadniczy cel tej pracy, jakim jest usamodzielnienie ludzi potrzebujących pomocy nie zostaje w pełni osiągnięty [Szmagański 1998, s. 52].

Najważniejsze wnioski płynące z obecnej analizy przedstawiono w punktach:

1. Blisko 1/5 klientów iws odmówiono udzielenia świadczenia i choć ponad 1/3 uznała, że w Polsce jest pełen dostęp do iws to równocześnie aż blisko połowa badanych stwierdziła, że trudno otrzymać niezbędne świadczenie (podobnie niespełna połowa uznała, że trudniej jest uzyskać potrzebne świadczenie obecnie niż jeszcze kilka lat temu). Zatem dostępność do iws nie była tożsama z rzeczywistą osiągalnością pomocy. W odczuciu większości procedura ubiegania się o pomoc społeczną jest upokarzająca, a dla ponad ¼ badanych jest niezrozumiała.
2. W opinii klientów iws (średnio jedynie na poziomie 50%) urzędnicy poświęcają wystarczająco dużo czasu, aby pomóc klientom w otrzymaniu świadczenia, wykazują większą cierpliwość, wyrozumiałość oraz chęć pomocy przy problemach z wypełnieniem dokumentacji niż lekarze. Jednocześnie zdaniem większości badanych zarówno urzędnicy jak i lekarze zadają zbyt szczegółowe i dociekliwe pytania.
3. Brak poczucia pełnego zabezpieczenia potrzeb życiowych badanych przez system pomocy społecznej, niski poziom aktywizacji zawodowej oraz poczucie istnienia

zależności otrzymania pomocy od posiadanych w iws znajomości składają się na mało optymistyczny wizerunek iws w opinii podopiecznych systemu.

Bibliografia

- Banks S. (2004), *Ethics, accountability and the social professions*, Palgrave Publ., Basingstoke, New York.
- Gałecka-Burdziak E. (2011), *Znaczenie zasiłków dla bezrobotnych dla przepływów z bezrobocia do zatrudnienia*, „Polityka Społeczna”, nr 9 (450).
- Główny Urząd Statystyczny (2015), *Mały Rocznik Statystyczny Polski 2015 – część 5 Rynek pracy*, www.stat.gov.pl, dostęp 12.12.2015.
- Kantowicz E. (2010), *Profesjonalizm czy osobiste zaangażowanie – dylematy etyczne pracy socjalnej*, „Praca Socjalna”, nr 2.
- Krzyszkowski J. (2005), *Między państwem opiekuńczym a opiekuńczym społeczeństwem. Determinanty funkcjonowania środowiskowej pomocy społecznej na poziomie lokalnym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Krzyszkowski J. (2008), *Pomoc społeczna. Szkic socjologiczny*, Instytut Rozwoju Służb Społecznych, Warszawa.
- Ministerstwo Pracy i Pracy Społecznej (2004), *Ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej* (Dz. U. 2004 r. Nr 64, poz. 593 z późn. zm.), www.isap.sejm.gov.pl, dostęp 19.11.2015.
- Oliwa-Ciesielska M. (2011), *Jak możesz mi pomóc skoro mi nie wierzysz? Kilka uwag o porozumieniu w sytuacji pomocy*, „Praca Socjalna”, nr 1.
- Szcześniak P. (2011), *Osobowość pracownika socjalnego a wypalenie zawodowe*, „Praca Socjalna”, nr 4.
- Szmagalski J. (1998), *Praca socjalna w poszukiwaniu skutecznych metod*, [w:] L. Malinowski, M. Orłowska (red.), *Praca socjalna służbą człowiekowi*, Wyd. Akademickie „Żak”, Warszawa.
- Szmagalski J. (2009), *Stres i wypalenie zawodowe pracowników socjalnych*, IRSS, Warszawa.
- Trafiałek E. (2010), *Praca socjalna między stereotypem a europeizacją*, „Praca Socjalna”, nr 2.
- Tucholska S. (2003), *Wypalenie zawodowe u nauczycieli*, Wyd. KUL, Lublin.

Magdalena Malczewska¹

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Jan Krakowiak²

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Elżbieta Dziankowska-Zaborszczyk³

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Agnieszka Ślusarek

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Wojciech Bielecki⁴

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Psychologiczne wyznaczniki zarządzania sytuacją kryzysową na przykładzie grupy osób bezrobotnych 45+

Psychological Determinants of Crisis Management on the Example of Unemployed Aged 45+

Abstract: Unemployment is current and still unresolved social issue. A group that is often marginalized in the labor market are people over 45, despite the fact, that their professional activity has many benefits for the whole society. About transition from unemployment decides some psychological variables. The aim of the paper was to assess of the level of self-esteem and hope for success among unemployed 45+. The survey included 185 unemployed residents of the Lodz province. To evaluate the variables was used KNS questionnaire and The Rosenberg Scale. The correlation between variables revealed a positive association between hope for success and self-esteem. The survey revealed a high level of self-esteem and hope for success in the study group, which confirmed the thesis of an existing relationship between the two variables

¹ E-mail: magdalena.malczewska@umed.lodz.pl

² E-mail: jan.krakowiak@umed.lodz.pl

³ E-mail: elzbieta.dziankowska-zaborszczyk@umed.lodz.pl

⁴ E-mail: wojciech.bielecki@umed.lodz.pl

and the effectiveness of coping with unemployment. Assessment of the level of these characteristics in the study group appears to be important and can help to develop more effective forms of prevention unemployment.

Key words: unemployment, human capital, crisis management, self-esteem, hope.

Wstęp

Problem bezrobocia jest jedną z najpoważniejszych kwestii społecznych zarówno w Polsce, jak i w większości państw współczesnego świata, a zatem ma wymiar globalny [Armstrong 2004]. Według aktualnych statystyk około 10% ludności aktywnej zawodowo w naszym kraju pozostaje bez zatrudnienia [GUS 2015]. Proces transformacji w ostatniej dekadzie XX wieku w naszym kraju, w którym rynek pracy *de facto* stał się rynkiem pracodawców, ujawnił wiele negatywnych przemian w tym obszarze, charakteryzując je niejako na nowo. O bezrobociu mówimy wówczas, gdy bez zatrudnienia pozostają osoby zdolne do pracy i gotowe do jej podjęcia, dla których podstawą egzystencji są dochody z pracy, a więc ma miejsce nierównowaga między podażą zasobów ludzkich a popytem na pracę [Młonek 1992]. Bezrobocie wśród osób w wieku 45+, szeroko dyskutowane w przestrzeni publicznej, ma wiele złożonych przyczyn, zarówno obiektywnych, takich jak: zwolnienia grupowe czy likwidacja zakładów pracy, jak i podmiotowych, którymi są m.in.: brak lub niedostateczne kwalifikacje zawodowe, niedostosowanie do zmieniających się wymagań rynku pracy, przeszkody natury psychologicznej, przejawiające się między innymi małą elastycznością i motywacją [Bańka 2012], czy też – pogarszający się stan zdrowia. Rezultaty wielu badań dotyczących psychospołecznych skutków bezrobocia, potwierdzają, że konsekwencje te są liczne, dotyczą wielu obszarów i choć często są odroczone w czasie, to ich koszty są bardzo wysokie [Burchell 1994]. Jakkolwiek ostatnie kilkanaście lat przyniosło wiele prób rozwiązania problemu bezrobocia i zaowocowało gruntownym opracowaniem problemu od strony teoretycznej, to jednak, jak pokazują badania [Kornacka-Skwara 2003], funkcjonowanie psychologiczne osób bezrobotnych nadal jest związane z poczuciem przeciążenia stresorami.

Praca jest jedną z podstawowych form aktywności ludzkiej trwającą przez większość życia, która określa tożsamość człowieka, podobnie jak np. stan cywilny lub przynależność religijna. Aktywność zawodowa w przypadku osób dorosłych, jest nie tylko pierwszym i naturalnym źródłem utrzymania, ale wiąże się też z wartościami, takimi jak: poczucie własnej skuteczności, sensu życia, przynależności do grupy zawodowej i szerzej – do społeczeństwa w ogóle [Kmieciak-Baran 2009]. Stąd, pozostawanie bez zatrudnienia, zwłaszcza długotrwałe, powoduje wiele negatywnych skutków. Utrata źródła dochodu w większości przypadków prowadzi do kryzysu ekonomicznej-

go, który z kolei powoduje dystres i frustrację, czyli czynniki na ogół generujące głębsze, negatywne zmiany w funkcjonowaniu emocjonalnym jednostki i całej rodziny [Retowski 1995]. Aktywność zawodowa zaspokaja potrzebę osiągnięć i stawia człowiekowi nowe wymagania, rozwija oraz pomaga utrzymać wysoką samoocenę. Jest elementem funkcjonowania w społeczeństwie, polem wymiany i współpracy z innymi ludźmi. Człowiek tracąc pracę, traci nie tylko źródło dochodu, ale także źródło poczucia własnej wartości i kompetencji, przestaje ćwiczyć umiejętności społeczne, często reaguje zawstydzeniem, zrezygnowaniem, wycofuje się z obszarów dotychczasowego działań.

Reakcja na utratę pracy jest w dużej mierze indywidualna, ale zwykle przebiega, jako proces, którego poszczególne etapy służą adaptacji do nowej sytuacji. Zazwyczaj na początku następuje faza szoku, naturalnego zaskoczenia niespodziewaną zmianą w życiu. Po niej, następuje etap optymistycznych poszukiwań nowego zatrudnienia, kiedy człowiek liczy na szybkie znalezienie pracy. Gdy starania te nie przynoszą efektów, następuje faza zwątpienia i pesymizmu, po czym bezrobotny popada w długotrwałe zniechęcenie i apatię [Zakrzewski 2012]. Bezrobocie, będąc samo w sobie zjawiskiem z kręgu patologii społecznych, wywiera wiele negatywnych skutków psychospołecznych, między innymi: nasilenie się izolacji, narastanie napięć i konfliktów w rodzinie, większą skłonność do zachowań autodestrukcyjnych i popadania w uzależnienie, wreszcie – depresję. Badania dowodzą, że stan beczynności zawodowej ma negatywny wpływ na zdrowie w ogóle i może nasilać wiele dolegliwości somatycznych [Przewoźniak 2000].

Dotychczasowe analizy pokazały, że efektywne radzenie sobie w sytuacji bezrobocia zależy od wielu zmiennych, którymi są m.in.: wewnętrzne uwarunkowania osobowościowe, mające wpływ na sposób działania w sytuacji kryzysu i gotowość sięgnięcia po pomoc [Bochniak 2008]. Dostępna literatura przedmiotu pozwoliła ustalić, że osoby przekonane o własnej wartości i skuteczności, zwykle oczekują pozytywnych wyników własnych działań, aktywniej poszukują pracy i chętniej korzystają z oferowanego wsparcia [Łaguna 2006]. Posiadane zasoby odgrywają ważną rolę w radzeniu sobie z bezrobociem, oraz pomagają zachować lepsze samopoczucie podczas podejmowania prób znalezienia pracy i ponownej adaptacji do aktywności zawodowej. Natomiast deficyty w zakresie wytrwałości w realizacji podjętych działań i umiejętności znajdowania rozwiązań, prowadzą do stopniowego wycofywania się z życia zawodowego i społecznego. Z tego względu, samoocena i nadzieja na sukces, rozumiana, jako siła oczekiwania pozytywnych efektów własnych działań, wydają się elementem niezwykle istotnym [Łaguna, Trzebiński, Zięba 2002] w prognozowaniu wyjścia z bezrobocia oraz podejmowaniu przez osoby bezrobotne ukierunkowanych działań mających na celu zmianę niekorzystnej sytuacji życiowej.

W ujęciu Syndera, nadzieja zawiera w sobie dwa komponenty: przekonanie o umiejętności znajdowania rozwiązań w trudnej sytuacji oraz przekonanie, że osiągnięcie celu zależy od kompetencji jednostki [Synder 2002]. Wyniki badań pokazują, że poziom nadziei wpływa na sposób pokonywania trudności, wytrwałość i poziom przystosowania do życia [Łaguna 2006]. Wydaje się zatem, że analizowana zmienna ma szczególne znaczenie w sytuacji utraty pracy, kiedy człowiek nieustannie próbuje pokonać rozmaite ograniczenia oraz zмага się ze zwątpieniem.

Nadzieja na sukces łączy się ze skłonnością do przeżywania pozytywnych emocji, wysoką samooceną, poczuciem satysfakcji z życia, mniejszą depresyjnością oraz efektywnym radzeniem sobie ze stresem [Kwon 2007]. Badania przeprowadzone wśród osób bezrobotnych pokazują, że wysoki poziom nadziei na sukces wiąże się z aktywnym poszukiwaniem zatrudnienia [Łaguna 2006]. Dotychczasowe analizy potwierdziły również szczególne znaczenie badanej zmiennej dla skuteczności psychoterapii [Synder, Sympson, Michael, Cheavens 2000].

Samoocena w przyjętym paradygmacie jest względnie stałą, pozytywną lub negatywną postawą wobec samego siebie [Rosenberg 1965]. Wysoki poziom samooceny pozwala człowiekowi myśleć o sobie, że jest „wystarczająco dobry” i wartościowy, natomiast niska samoocena oznacza niezadowolenie z siebie i odrzucenie własnego Ja. Jest to konstrukt subiektywny, opierający się na ocenie własnej wartości i sposobie postrzegania siebie [Baumeister, Campbell, Krueger, Vohs 2003]. Badania dowodzą, że osoby z niską samooceną są bardziej depresyjne, częściej doświadczają smutku, przygnębienia i rozczarowania [Rosenberg 1965], natomiast ludzie z wysoką samooceną czerpią z życia więcej satysfakcji, są większymi optymistami [Diener, Diener 1995], a na wyzwania reagują elastycznie. Poziom samooceny ma szczególnie istotne znaczenie w sytuacji kryzysu, jakim jest utrata pracy. Badania Rosenberga [1965] pokazały, że osoby charakteryzujące się wysoką samooceną częściej wchodzą w rolę lidera oraz aktywniej uczestniczą w dyskusjach, a także postrzegają samych siebie, jako ludzi atrakcyjnych społecznie i uzdolnionych [Baumeister, Campbell, Krueger, Vohs 2003]. Wysoka samoocena wiąże się więc z aktywnością i wytrwałością w dążeniu do celu, co w sytuacji bezrobocia bezpośrednio przekłada się na poszukiwanie sposobów na zmianę swojego położenia. Z kolei, osoby o niskiej samoocenie będą bardziej skłonne do wycofywania się i unikania niż konfrontacji z problemem, jakim jest utrata zatrudnienia.

Warto dodać, iż obydwie analizowane zmienne pozostają względem siebie w funkcjonalnym związku. Wcześniejsze polskie badania osób bezrobotnych pokazały, że poziom nadziei na sukces, mierzony kwestionariuszem KNS, istotnie koreluje z wynikami Skali Samooceny Rosenberga [Łaguna, Trzebiński, Zięba 2002]. Osoby o wysokim poziomie nadziei na sukces i wysokiej samoocenie łatwiej adaptują się do

sytuacji trudnych, aktywnie poszukując możliwości zmiany i bardziej angażują się w działanie. Mają również więcej zaufania do innych ludzi, co skutkuje łatwością w sięganiu po pomoc i korzystaniu z sieci wsparcia społecznego, a zatem ewaluacja poziomu badanych cech ma istotne znaczenie z punktu widzenia prognozowanej zmiany niekorzystnej sytuacji życiowej, jaką jest bezrobocie.

Celem zrealizowanego badania była ocena poziomu samooceny, nadziei na sukces, silnej woli i umiejętności znajdowania rozwiązań w grupie osób pozbawionych zatrudnienia w wieku 45+. Analizy naukowe wykazały, że stereotypy dotyczące osób dojrzałych na rynku pracy nie całkiem odnoszą się do rzeczywistości, ponieważ wielu pracowników w wieku 45+ to osoby zdyscyplinowane, lojalne, posiadające duże doświadczenie i skłonne do większej koncentracji na pracy, niż osoby młode [Klimkiewicz 2009]. Aktywność zawodowa tej części społeczeństwa niesie także pozytywne skutki dla pozostałych grup, m.in. poprzez niepobieranie świadczeń z budżetu państwa oraz możliwość dzielenia się wiedzą i doświadczeniem z młodszymi pracownikami [Klimkiewicz 2009]. Z tego względu, ocena psychospołecznego funkcjonowania tej grupy bezrobotnych wydaje się bardzo istotna i może przyczynić się do wypracowania skuteczniejszych form pomocy.

Materiał i metody

Badanie objęło 185 osób bezrobotnych (83 kobiety i 102 mężczyzn) będących kandydatami i uczestnikami projektu „Wspólnie Aktywni – Model Pracowni Aktywizacji Zawodowej Osób 45+” realizowanego w latach 2011–2013 na terenie województwa łódzkiego przez Urząd Miasta Łodzi, NSZZ „Solidarność” i JobcenterAarchus. Projekt ten, współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach EFES [Dudek 2013], był skierowany do osób bezrobotnych, aktywnie poszukujących pracy i przejawiających wysoką motywację do zmiany swojej sytuacji życiowej. Rekrutacja do projektu przewidywała między innymi udział w testach psychologicznych, których wyniki stanowią część materiału badawczego. Badanie odbywało się w Łodzi, od września 2011 do września 2013 r. Osoby badane zostały poinformowane, czego dotyczy i jaki jest cel badania, kim jest osoba przeprowadzająca badanie i jaka jest procedura uzupełniania kwestionariuszy. Badanym zapewniono możliwość otrzymania interpretacji wyników i jej szczegółowej analizy podczas rozmowy z psychologiem. W rezultacie otrzymano 185 prawidłowo i kompletnie wypełnionych kwestionariuszy.

Do oceny poziomu badanej zmiennej wykorzystano Kwestionariusz Nadziei na Sukces (aut. M. Łąguna, J. Trzebiński, M. Zięba) – narzędzie przeznaczone do pomiaru nadziei na sukces, rozumianej jako siły oczekiwania pozytywnych efektów własnych

działań [Łaguna, Trzebiński, Zięba 2002]. Składają się na nią dwa komponenty: przekonanie o posiadaniu silnej woli oraz umiejętność znajdowania rozwiązań. Kwestionariusz składa się z 12 twierdzeń. Badany przy użyciu skali od 1 do 8 zaznacza, w jakim stopniu zgadza się z prezentowanym stwierdzeniem (1 – „zdecydowanie nieprawdziwe, 8 – „zdecydowanie prawdziwe”). Skala charakteryzuje się rzetelnością oraz wykazuje dobrą trafność teoretyczną. Analiza walidacyjna KNS pokazała, że wyniki kwestionariusza korelują dodatnio ze zmiennymi osobowościowymi wskazującymi na dobre przystosowanie (m.in. z nadzieją podstawową, ekstrawersją, sumiennością, optymizmem), a ujemnie z lękiem, depresją i neurotycznością [Łaguna, Trzebiński, Zięba 2002]. Stwierdzono też związek nadziei na sukces mierzonej tym kwestionariuszem, ze skutecznością oddziaływań terapeutycznych oraz jej adaptacyjną rolą w radzeniu sobie w sytuacji trudnej.

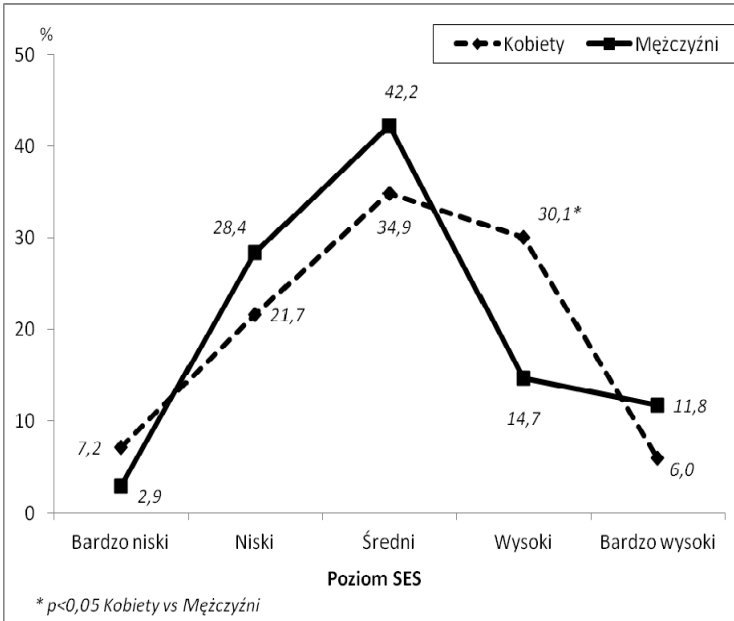
Pomiaru samooceny dokonano przy pomocy skali samooceny SES Morrisa Rosenberga w adaptacji polskiej. Narzędzie pozwala badać ogólny poziom samooceny rozumianej, jako stosunek do własnej osoby – pozytywny lub negatywny [Łaguna, Lachowicz-Tabaczek, Dzwonkowska 2008]. Skala składa się z 10 twierdzeń diagnostycznych, gdzie badany wskazuje na czterostopniowej skali, w jakim stopniu zgadza się z każdym z nich [Łaguna, Lachowicz-Tabaczek, Dzwonkowska 2008], że jest to narzędzie rzetelne, o potwierdzonej trafności teoretycznej. Mierzona tym kwestionariuszem samoocena, dodatnio koreluje ze skłonnością do przeżywania pozytywnych emocji i ciekawości [Łaguna, Bąk 2007], optymizmem [Łaguna 2006], wewnętrznym umiejscowieniem kontroli [Łaguna, Lachowicz-Tabaczek, Dzwonkowska 2008] a ujemnie z poczuciem osamotnienia [Oleś 2006], lękiem, depresją i pesymizmem [Diener, Diener 1995; Łaguna, Lachowicz-Tabaczek, Dzwonkowska 2008].

Oceny istotności różnic pomiędzy częstościami występowania różnych kategorii cech niemierzalnych w badanych grupach dokonano przy pomocy testu niezależności chi-kwadrat bądź testu niezależności chi-kwadrat z poprawką Yates'a. Zależność pomiędzy skalami SES i KNS oceniono wykorzystując współczynnik korelacji rang Spearman'a. W analizach przyjęto poziom istotności $\alpha=0,05$. Za istotne statystycznie uznano te różnice, dla których $p \leq 0,05$.

Wyniki

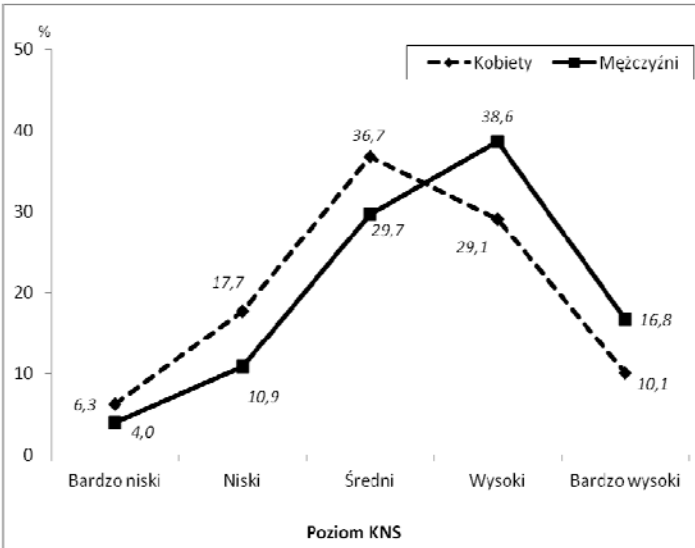
Przeprowadzone badanie pokazało, że 6% kobiet i 4% mężczyzn charakteryzowało się bardzo niskim poziomem nadziei na sukces. 18% kobiet i 11% mężczyzn przejawiało niskie nasilenie badanej zmiennej. Ponad jedną trzecią badanych cechował średni poziom nadziei na zmianę swojej sytuacji życiowej (37% K i 30% M), natomiast 29% kobiet i 39% mężczyzn uzyskało wysokie wyniki. Bardzo wysokie wyniki charakteryzowały 10% kobiet i 17% mężczyzn.

Rysunek 1. Poziom samooceny (SES) w badanej grupie



Źródło: opracowanie własne.

Rysunek 2. Poziom nadziei na sukces (KNS) w badanej grupie



Źródło: opracowanie własne.

Bardzo niski poziom samooceny charakteryzował 7% kobiet i 3% mężczyzn, niski 22% kobiet i 28% mężczyzn. Wyniki wskazujące na średni poziom samooceny uzyskało 35% kobiet i 42% mężczyzn, natomiast wysoki wskaźnik badanej zmiennej dotyczył 30% kobiet i 15% mężczyzn. Bardzo wysoką samooceną charakteryzowało się 6% kobiet i 12% mężczyzn. Badanie korelacji pomiędzy analizowanymi zmiennymi ujawniło dodatni związek nadziei na sukces i samooceny.

Tabela 1. Korelacja pomiędzy samooceną a nadzieją na sukces – ogółem. Correlation between self-esteem and hope for success

	Respondenci Respondents N	Korelacja R-Spearmana R-Spearman correlation	p*
Samoocena i nadzieja na sukces/ self-esteem & hope for success	180	0,466911	0,000000

R-Spearman – korelacja rang Spearmana / Spearman's rank correlation.

* Istotność statystyczna przy $p < 0,05$ / Statistically significant at $p < 0.05$.

Źródło: opracowanie własne.

Tab.2. Korelacja pomiędzy samooceną a nadzieją na sukces – mężczyźni. Correlation between self-esteem and hope for success – men

	Respondenci Respondents N	Korelacja R-Spearmana R-Spearman correlation	p*
Samoocena i nadzieja na sukces/ self-esteem & hope for success	101	0,505712	0,000000

R-Spearman – korelacja rang Spearmana / Spearman's rank correlation.

* Istotność statystyczna przy $p < 0,05$ / Statistically significant at $p < 0.05$.

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 3. Korelacja pomiędzy samooceną a nadzieją na sukces – kobiety. Correlation between self-esteem and hope for success – women

	Respondenci Respondents N	Korelacja R-Spearmana R-Spearman correlation	p*
Samoocena i nadzieja na sukces self-esteem & hope for success	79	0,439746	0,000050

R-Spearman – korelacja rang Spearmana / Spearman's rank correlation.

* Istotność statystyczna przy $p < 0,05$ / Statistically significant at $p < 0.05$.

Źródło: opracowanie własne.

Omówienie

Otrzymane wyniki zwracają uwagę wysokim poziomem nadziei na sukces w badanej zbiorowości. Ponad połowa mężczyzn charakteryzowała się wysokimi i bardzo wysokimi wynikami, co oznacza, że jest to grupa osób, odznaczająca się bardzo dużą wiarą w możliwość zmiany swojej sytuacji życiowej poprzez własne działanie i przekonana o posiadanych kompetencjach. Badanie potwierdziło przypuszczenie, że osoby przejawiające niski poziom nadziei na sukces, rzadziej korzystają z pomocy w wychodzeniu z bezrobocia i częściej prezentują postawę bierną. Ponieważ projekt, w ramach którego realizowano badanie, zakładał bardzo intensywne działania dotyczące poszukiwania pracy i kooperację poszczególnych jego uczestników, można sądzić, że osoby o silnej woli, przekonane o własnej umiejętności radzenia sobie, chętniej angażowały się w tego typu zadania. Stwierdzenie dodatniej korelacji nadziei na sukces z dobrym przystosowaniem oznacza, iż osoby te prezentowały także większą otwartość na innych i chęć współdziałania dla osiągnięcia wspólnego celu, jakim było znalezienie pracy. Wyniki pokazały niższe nasilenie nadziei na sukces wśród kobiet. Można przypuszczać, że kobiety reagują silniejszym stresem w obliczu utraty pracy, tym bardziej, że zwykle starają się godzić wiele ról społecznych, co stanowi większe obciążenie psychiczne. Taką zależność może tłumaczyć także fakt, że część kobiet prezentuje inny niż w przypadku mężczyzn styl reakcji na stres, charakteryzujący się większą koncentracją na emocjach, który w efekcie może powodować zwiększenie napięcia emocjonalnego i utratę wiary we własne możliwości. Z drugiej strony, część mężczyzn może mieć skłonność do przedstawiania się za wszelką cenę, jako osoby wytrwałe i silne, co może w konsekwencji prowadzić do zawyżania wyników w badaniach kwestionariuszowych.

Badanie pokazało, że jedna trzecia badanych charakteryzowała się wysokimi i bardzo wysokimi wynikami w kwestionariuszu samooceny SES. Zaobserwowano też istotną statystycznie różnicę między kobietami i mężczyznami, jeżeli chodzi o wysoki poziom badanej zmiennej ($p=0,011310$). Taki stan rzeczy można tłumaczyć większą aktywnością społeczną osób o wysokiej samoocenie, oraz skłonnością do czynnego poszukiwania wyjścia z trudnej sytuacji. Ponieważ wysokiej samoocenie towarzyszy zwykle wewnętrzne umiejscowienie kontroli, można przypuszczać, że badane osoby kierowały się silnym przekonaniem o posiadanym wpływie na własne życie i tym chętniej uczestniczyły w zorganizowanych działaniach aktywizujących do poszukiwania zatrudnienia.

Wnioski

Badanie ujawniło wysoki poziom samooceny i nadziei na sukces w badanej grupie, co potwierdziło tezę o istniejącym związku pomiędzy badanymi zmiennymi a skutecznością podejmowanych działań w sytuacji trudnej. Można przypuszczać, że osoby charakteryzujące się wysokim poczuciem własnej wartości i wiarą w możliwość zmiany swojej sytuacji życiowej są bardziej aktywne, chętniej i efektywniej korzystają ze zorganizowanych form pomocy i wsparcia społecznego, a w konsekwencji, mają większe szanse na wyjście z bezrobocia. Z przeprowadzonego badania wynika też, że wewnętrzne przekonanie o skuteczności własnych działań i silna wola są składnikami skutecznego radzenia sobie w momencie kryzysu; warto zatem, aby programy skierowane do tej grupy odbiorców uwzględniały formy wsparcia mające na celu rozwijanie wspomnianych zasobów.

Bibliografia

- Armstrong M. (2004), *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków.
- Bańka A. (2012), *Bezrobocie. Podręcznik pomocy psychologicznej*, Wydawnictwo Print-B, Poznań.
- Baumeister R., Campbell J., Krueger J., Vohs K. (2003), *Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness or healthier lifestyles?*, "Psychological Science in the Public Interest", z. 4, nr 1.
- Bochniak M. (2008), *Bezrobocie a zdrowie psychiczne – przegląd badań*, Pedagogika Pracy, nr 53.
- Burchell B. (1994), *Unemployment and psychological health*, [w:] D. Gallie, C. Marsch, C. Vogler (red.), *Social Change and the Experience of Unemployment*, Oxford University Press, Oxford.
- Diener E., Diener M. (1995), *Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem*, "Journal of Personality and Social Psychology", nr 68.
- Dudek H. (2013), *Podręcznik wdrażania Modelu Pracowni Aktywizacji Osób 45+*, Biuro Funduszy Europejskich Urzędu Miasta Łodzi, Łódź.
- Kmiecik-Baran K. (2009), *Bezrobocie czynnikiem marginalizacji i ubóstwa*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.
- Klimkiewicz A. (2009), *Spoleczno-prawne uwarunkowania aktywności zawodowej osób w wieku 50+ na rynku pracy*, „Polityka Społeczna”, nr 2.
- Kornacka-Skvara E. (2003), *Strategie radzenia sobie w sytuacji trudnej stosowane przez mężczyzn bezrobotnych – analiza porównawcza*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie”, t. 14, z. 5, cz. 1.
- Kwon P. (2007), *Hope, defense mechanisms and adjustment: implications for false hope and defensive hopelessness*, "Journal of Personality", nr 70.
- Łaguna M. (2006), *Ogólna samoocena czy przekonanie o własnej skuteczności? Uwarunkowania gotowości do działań przedsiębiorczych u osób bezrobotnych*, „Przegląd Psychologiczny”, z. 49, nr 3.

- Łaguna M., Lachowicz-Tabaczek K., Dzwonkowska I. (2008), *Polska adaptacja skali SES M. Rosenberga. Podręcznik*, Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa.
- Łaguna M., Bąk W. (2007), *Emocje i przekonania na temat ja. Dwa kierunki wyjaśniania ich wzajemnych relacji* [w:] A. Błachnio, A. Goździk (red.), *Bliżej emocji*, Katolicki Uniwersytet Lubelski, Lublin.
- Łaguna M. (2006), *Skala Skuteczności Przedsiębiorczej*, „Roczniki Psychologiczne”, z. 9, nr 2.
- Łaguna M., Lachowicz-Tabaczek K., Dzwonkowska I. (2007), *Skala samooceny SES Morrisa Rosenberga. Polska adaptacja metody*, „Psychologia Społeczna”, z. 2, nr 4.
- Łaguna M., Trzebiński J., Zięba M. (2002), *Kwestionariusz Nadziei na Sukces (KNS)*, Podręcznik, Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa.
- Mlonek K. (1992), *Tradycja badań bezrobocia w Polsce – zagadnienia metodologiczne*, „Wiadomości Statystyczne”, nr 6.
- Oleś M. (2006), *Psychologiczna charakterystyka dzieci o wysokim i niskim poczuciu osamotnienia*, „Roczniki Psychologiczne”, z. 9, nr 1.
- Przewoźniak L. (2000), *Społeczne i ekonomiczne uwarunkowania zdrowia*, [w:] A. Czupryna, S. Poździoch, A. Ryś (red.), *Zdrowie Publiczne*, t. 1, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków.
- Retowski S. (1995), *Psychologiczne korelaty długotrwałego bezrobocia*, „Przegląd Psychologiczny”, z. 38, nr 1.
- Rosenberg M. (1965), *Society and adolescent self-image*, Princeton University Press, New York.
- Synder C. (2002), *Hope theory: rainbow in the mind*, „Psychological Inquiry”, nr 13.
- Synder C., Sympson S., Michael S., Cheavens J. (2000), *Optimism and hope constricts: variations on a positive expectancy theme*, [w:] E. Chang, *Optimism and pessimism: Implications for theory, research and practice*, American Psychological Association, Washington 2000.
- Zakrzewski S. (2012), *Zjawiska Patologii Społecznej. Przyczyny-Przebieg-Skutki*, Wydział Nauk Politycznych i Dziennikarstwa Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, Poznań.
- Główny Urząd Statystyczny (2015), *Miesięczna informacja o bezrobociu rejestrowanym w Polsce w lipcu 2015 roku*, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/bezrobocie-rejestrowane/miesieczna-informacja-o-bezrobociu-rejestrowanym-w-polsce-w-lipcu-2015-roku,1,42.html>, dostęp: 23 września 2015.

Monika Białas¹

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Jan Krakowiak

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Barbara Włodarczyk

Instytut Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie

Adam Rzeźnicki

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Włodzimierz Stelmach

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Zmiany zachodzące w opiniach pacjentów na temat jakości udzielania świadczeń medycznych po wdrożeniu Zintegrowanego Systemu Zarządzania w Instytucie Hematologii i Transfuzjologii

Changes in Patient Opinions on the Quality of the Provision of Medical Services After the Implementation of the Integrated Management System at the Institute of Hematology and Blood Transfusion

Abstract: Quality and safety of medical services are extremely important in medicine. Quality management systems are more often strategic goal of any institution, because they affect the improvement of the quality and safety of medical services as well as provide greater predictability and stabilization of the processes and eliminate mistakes.

The aim of the study was to assess the patient satisfaction with healthcare after the Integrated Management System implementation (ISO 9001, 14001, BS OHSAS 18001, accreditation standards) at the Institute of Hematology and Blood Transfusion. The study was conducted at the

¹ E-mail: monika.bialas@vp.pl

Institute of Hematology and Blood Transfusion in the years 2008–2016. The study was conducted over a period of two weeks each year among hospitalized patients. The study involved 2040 people in total.

The highest increase in patient satisfaction was noted in 2014. At this time, review of the process was performed with regard to the requirements of the accreditation standards. Performed a cognitive process supported by the a cycle of training for staff and implementing additional tools to monitor the effectiveness contributed to a positive assessment of the quality of services. Regular testing of patient satisfaction is one of the sources of information on the efficiency and effectiveness of decision-making and changes implemented in Institute.

Key words: the quality of health services, quality management systems, patient satisfaction.

Wstęp

Jakość i bezpieczeństwo świadczonych usług medycznych odgrywają niezmiernie ważną rolę we współczesnej medycynie. Systemy zarządzania stają się coraz częściej strategicznym celem każdego podmiotu, gdyż wpływają na poprawę jakości i bezpieczeństwa świadczonych usług medycznych, jak również zapewniają większą przewidywalność oraz stabilizację realizowanych procesów, standaryzację działań oraz eliminację przyczyn błędów. Zmierzają coraz częściej w kierunku podejmowania działań proaktywnych ukierunkowanych na przeciwdziałanie wystąpieniu ryzyka zagrożenia. Postęp technologiczny na przestrzeni ostatnich lat, rozwój wiedzy medycznej, nowe rodzaje leków pozwalają placówkom medycznym w coraz większym stopniu spełniać oczekiwania pacjentów.

Poziom jakości oferowanej przez placówki medyczne wynika z:

- oczekiwań, które wobec nich formułuje otoczenie (indywidualnego podejścia, standaryzacji pracy, przewidywalności, stabilności, bezpieczeństwa opieki oraz szybszego dostępu do usług zdrowotnych);
- kształtowania strategii przez menedżerów ochrony zdrowia ukierunkowanej na jakość jako jeden z atutów placówek medycznych, pozwalających im utrzymać, ale także pozyskać nowych pacjentów oraz zapewnić odpowiedni standard usług medycznych. Na przestrzeni ostatnich lat można coraz częściej zaobserwować, że zapewnienie jakości i bezpieczeństwa usług medycznych wynika już nie tylko z oczekiwań pacjenta.

Zapewnienie wysokiej jakości usług zdrowotnych jest jednym z najważniejszych problemów każdego podmiotu leczniczego. Proces zapewnienia jakości w placówce medycznej wymaga podejścia interdyscyplinarnego i kompleksowego. Usługi medyczne powinny być świadczone nie tylko na odpowiednim poziomie, ale również na podstawie aktualnej wiedzy medycznej oraz wartości istotnych z punktu widzenia pacjenta [Czerw 2012, ss. 195–198].

W podmiotach leczniczych, w których wdrożone są i funkcjonują systemy zarządzania dokonuje się w odniesieniu do zakresu prowadzonej działalności identyfikacji procesów, określa się ich przebieg i sekwencyjność. Mając na uwadze zapewnienie efektywnego i skutecznego funkcjonowania systemów określane są narzędzia i wskaźniki do monitorowania przebiegu zachodzących procesów przy zagwarantowaniu niezbędnych zasobów do ich realizacji bezpośrednio nadzorowanych przez osoby nimi zarządzające. Zapewnienie spełnienia wymagania funkcjonujących Systemów Zarządzania zgodnych z normami ISO i/lub standardów akredytacyjnych CMJ mogą być wykorzystywane, jako skuteczne narzędzia przy określaniu programów, celów i zadań realizowanych przy zagwarantowaniu zgodności postępowania z przyjętymi procedurami, schematami, standardami postępowania, które stanowią podstawę procesu zarządzania placówką, a tym samym wpływają na poprawę jej funkcjonowania.

Funkcjonujące systemy zarządzania jakością, często połączone z zarządzaniem ryzykiem, są bardzo skutecznym narzędziem do minimalizacji zagrożeń wpływających na bezpieczeństwo pacjenta. Dodatkowo przekładają się na zmniejszenie kosztów naprawy błędów czy też ograniczenie roszczeń odszkodowawczych kierowanych ze strony pacjentów.

Optymalny poziom jakości udzielanych świadczeń możemy uzyskać dzięki systematycznym i dokładnym działaniom obejmującym ocenę aktualnego poziomu świadczenia usług oraz skuteczne działania modyfikujące ten proces. Dla zapewnienia wysokiego poziomu jakości opieki stosowane są wewnętrzne i zewnętrzne metody jej zapewnienia. Wewnętrzne metody stosowane przez placówki ochrony zdrowia koncentrują się na opracowywaniu i wprowadzaniu do praktyki programów zapewnienia jakości, przy wykorzystaniu posiadanych zasobów. Do tych metod należą m.in.: badanie i ocena jakości opieki lekarskiej, opieki pielęgniarskiej dokonywana przez kadrę kierowniczą za pomocą określonych wskaźników, realizacji potrzeb i respektowania praw pacjenta. Powszechnie stosowaną metodą jest pozyskiwanie informacji od interesariuszy w tym celu jednym z narzędzi może być wykorzystywane badanie poziomu satysfakcji pacjentów, ponieważ, zadowolenie pacjentów ze świadczonej opieki jest jednym z najważniejszych wskaźników jej efektywności [Opolski 2005].

Badanie opinii klienta – zgodnie z wymaganiami normy ISO 9001 – „jako jeden z mierników funkcjonowania systemu zarządzania jakością organizacja powinna monitorować informacje co do percepcji klienta co do tego, czy organizacja spełnia jego wymagania” [Norma PN-EN ISO 9001–2008] czy w oparciu o wymagania standardów akredytacyjnych. Według Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ)

satysfakcja pacjenta określona została „cel podejmowania działań w sferze jakości oraz wynik realizowanych działań”.

Celem pracy było dokonanie oceny satysfakcji pacjentów z opieki zdrowotnej po wdrożeniu Zintegrowanego Systemu Zarządzania (zgodnego jest z wymaganiami norm ISO 9001, 14001, BS OHSAS 18001 i standardów akredytacyjnych CMJ) w Instytucie Hematologii i Transfuzjologii (IHT).

Materiał i metody

Badanie satysfakcji pacjentów przeprowadzono w IHT w okresie 8 lat, tj. od roku 2008 do roku 2016 z wyłączeniem roku 2015. Badania prowadzono przez okres 2 tygodni w każdym roku wśród hospitalizowanych pacjentów. Ogółem badaniu poddano 2040 osób hospitalizowanych w oddziałach o profilu zabiegowym, zachowawczym i przeszczepowym – Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Metabolicznej, Klinika Chirurgii Naczyniowej, Klinika Transplantacji Komórek Krwiotwórczych (KTKK), Klinika Hematologii oraz Klinika Zaburzeń Hemostazy i Chorób Wewnętrznych (KZH). Do grupy badanej zakwalifikowano pacjentów, którzy dobrowolnie zgodzili się na przeprowadzenie badania z zachowaniem pełnej anonimowości. W badaniu posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, w ramach którego wykorzystano technikę ankietowania. Kwestionariusz ankiety ogólnej, składał się w latach 2008–2010 z 11 pytań. Od 2011 roku uzupełniono kwestionariusz zawierał 17 pytań. Kwestionariusz ankiety składał się z sześciu części, w których badano opinię pacjentów w zakresie: przebiegu przyjęcia do szpitala, pobytu w oddziale szpitalnym; warunków sanitarno-higienicznych podczas pobytu w oddziale, sfery opieki lekarskiej, sfery opieki pielęgniarskiej oraz realizacji potrzeb pacjenta i respektowania praw pacjenta.

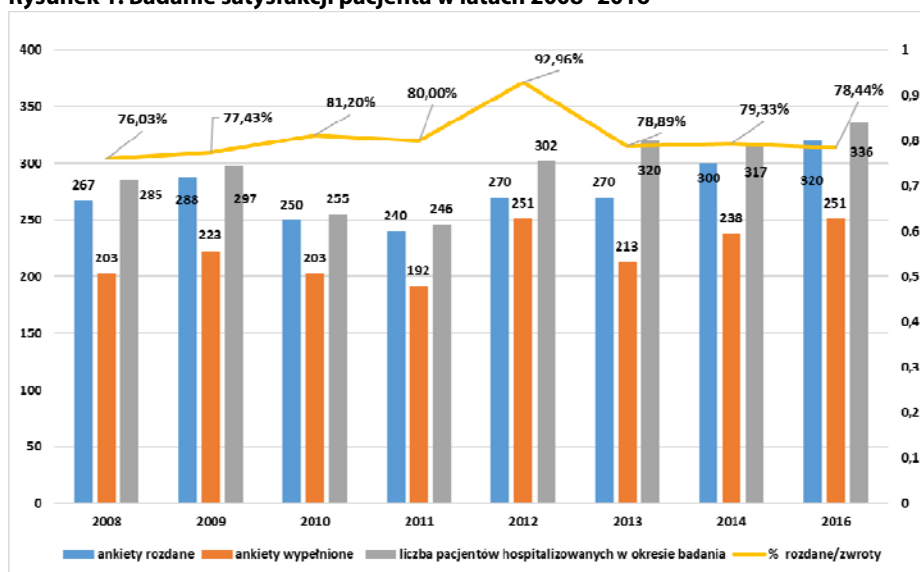
Zebrany materiał badawczy poddano analizie statystycznej, przy użyciu arkusza kalkulacyjnego Microsoft Excel 2007 (stworzenie bazy danych) Dla cech jakościowych wyliczono rozkład ilościowo-procentowy, natomiast dla cech mierzalnych wyliczono średnią arytmetyczną, wartość minimalną i maksymalną.

Wyniki badania

Badanie opinii z pacjentów przy zastosowaniu metody ankietowej rozpoczęto w roku 2008, w tym roku jednostka uzyskała certyfikat jakości dla zintegrowanego systemów zarządzania. Jest to etap uczenia się organizacji funkcjonowania w nowych warunkach w oparciu o zidentyfikowane procesy, określone wymagania ujęte w procedurach, schematach, standardach.

Największy wzrost wyników odzwierciedlający pozytywną ocenę pacjentów, co do jakości udzielanych świadczeń odnotowano od roku 2014. W tym czasie dokonano przeglądu przebiegu procesu udzielania w odniesieniu do wymagań standardów akredytacyjnych CMJ. Przeprowadzony proces poznawczy wsparty cyklem szkoleń dla pracowników i uruchomieniem dodatkowych narzędzi do monitorowania efektywności przyniósł wymierne wyniki w ocenie jakości świadczeń dokonanej przez pacjentów. Udział pacjentów w badaniu satysfakcji pacjentów w poszczególnych latach został przedstawiony na rysunku 1.

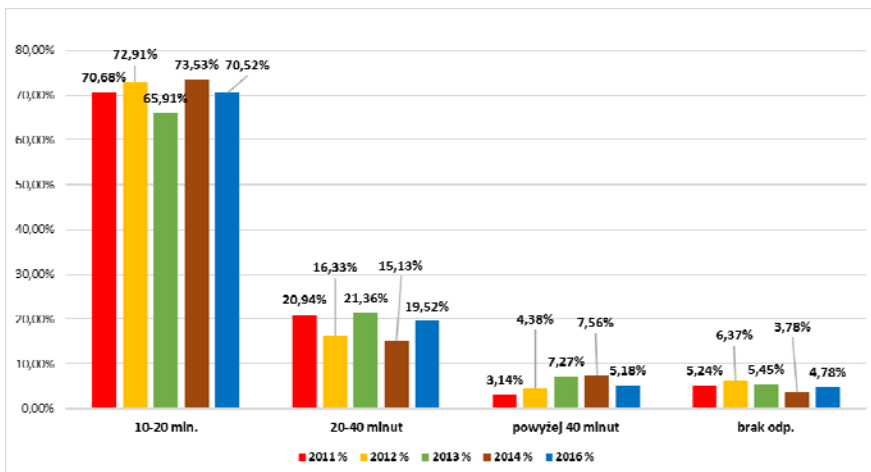
Rysunek 1. Badanie satysfakcji pacjenta w latach 2008–2016



Źródło: opracowanie własne.

Na pytanie odnoszące się czasu oczekiwania na badanie lekarskie w latach 2011–2016 ponad 70% respondentów oczekiwało na badanie lekarskie do 20 min, a do 40 min średnio 17%, powyżej 40 min. do 7,56% – 18 osób na 229 respondentów. Wyjątek stanowi rok 2013, w którym w tym czasie badanie lekarskie do 20 min oczekiwało 65,91% – 147 osób, do 40 min 21,36% – 47 osób i ponad 40 min – 7,27% – 16 osób na 208 udzielonych odpowiedzi. Najkrócej z pośród ankietowanych oczekiwali pacjenci w KTKK 1 osoba – 10% oczekiwała dłużej niż 40 min w roku 2014. Najdłużej natomiast oczekiwali respondenci hospitalizowani w klinikach zabiegowych – do 40 min oczekiwało w roku 2013 nawet 30% – 17 osób z pośród 54 respondentów (rys. 2).

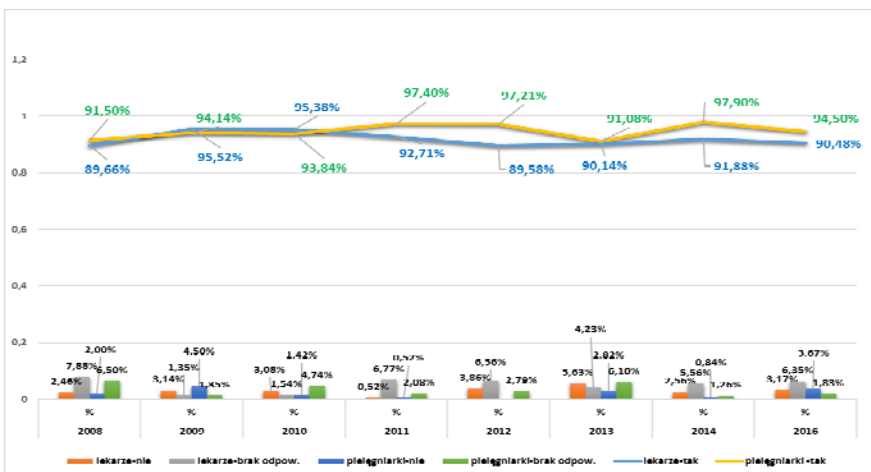
Rysunek 2. Jak długo oczekiwali Państwo w Izbie Przyjęć na badanie lekarskie – łącznie 2011–2016



Źródło: opracowanie własne.

Przez okres 8 lat ankietowani ocenili, że personel lekarski był życzliwy w 91,81% – 1622 osoby, natomiast jako nieżyczliwy oceniło 3,11% – 55 osób, życzliwość personelu pielęgniarskiego uzyskała łącznie ocenę na poziomie 94,79% – 1654, nieżyczliwy tylko w 1,95% – 34 osoby (rys. 3).

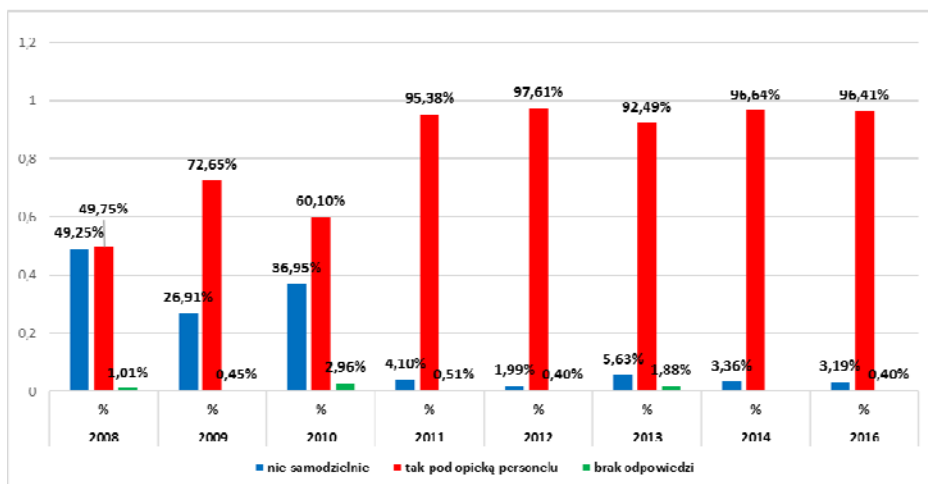
Rysunek 3. Czy personel Izby Przyjęć był wobec Państwa życzliwy – łącznie 2008–2016



Źródło: opracowanie własne.

Na pytanie odnoszące się do zapewnienia przez personel Izby Przyjęć opieki pacjentowi podczas transportu wewnętrznego respondenci w latach 2008–2010 udzielali odpowiedzi nie-samodzielnie od 38,54% do 44,55%. W latach po modyfikacji formuły pytania 2011–2016 średnia wzrosła średnio do 96,41% – 97,38% respondentów w latach 2011–2014 udzieliło odpowiedzi „tak – pod opieką personelu” (rys. 4).

Rysunek 4. Czy personel Izby Przyjęć towarzyszył Państwu w drodze z Izby Przyjęć do oddziału szpitalnego – łącznie 2008–2016



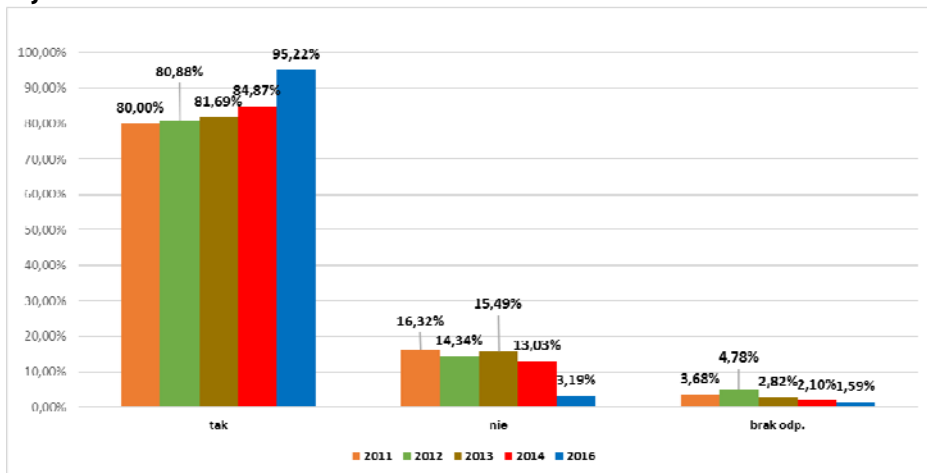
Źródło: opracowanie własne.

Na pytanie – Czy w oddziale zapoznano Państwa z prawami i obowiązkami pacjenta - pacjenci hospitalizowani w oddziałach szpitalnych w okresie od 2011–2016 roku udzielili odpowiedzi – tak na poziomie średnio 84,5%, zauważono również, że w kolejnych latach rośnie liczba pacjentów, którzy zapoznawani są ze swoimi prawami i obowiązkami podczas pobytu w Instytucie (rys. 5).

Na pytanie „Czy personel wyjaśniał Państwu zasadność (potrzebę i cel) wykonywanych zabiegów i badań diagnostycznych” pacjenci udzielili odpowiedzi wskazującej, że średnio 90,88% lekarzy i 85,46% pielęgniarek wyjaśniało potrzebę i cel wykonywania zabiegów i badań pacjentów odpowiedziało (rys. 6).

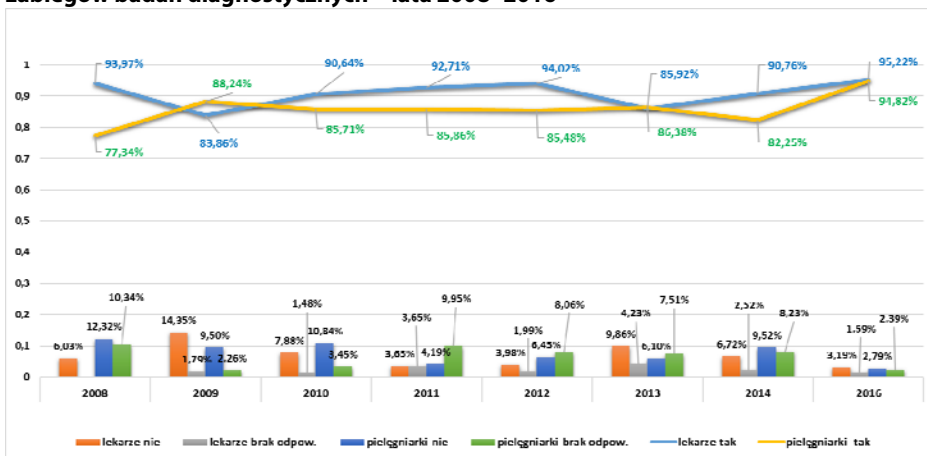
Lekarze również w ocenie 88,18% pacjentów na bieżąco przekazywali informacje o stanie zdrowia i planowanym leczeniu, a jak wskazano w ocenie 90,14% informacje były przekazywane w sposób zrozumiały i wyczerpujący (rys. 7).

Rysunek 5. Czy w oddziale zapoznano Państwa z prawami i obowiązkami pacjenta? – lata 2011–2016



Źródło: opracowanie własne.

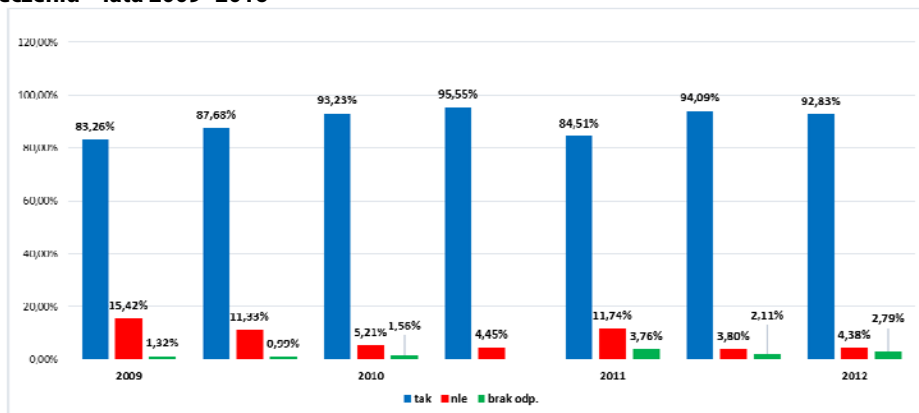
Rysunek 6. Czy personel wyjaśniał Państwu zasadność (potrzebę i cel) wykonywanych i zabiegów badań diagnostycznych – lata 2008–2016



Źródło: opracowanie własne.

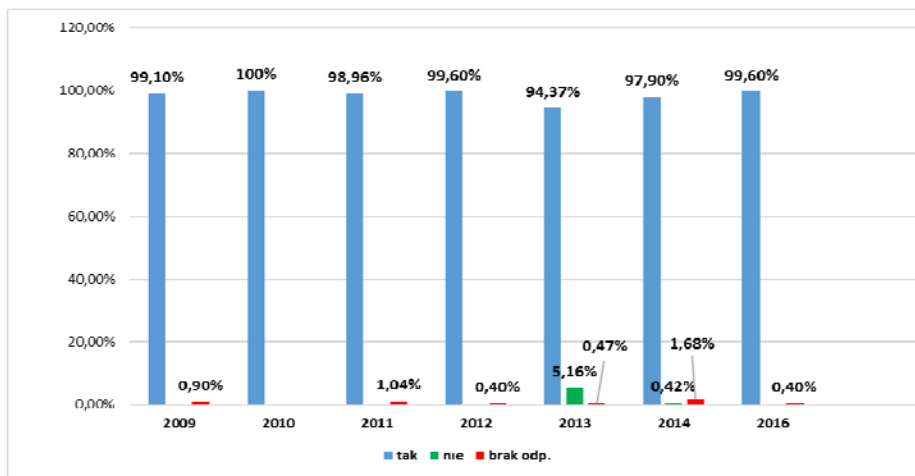
Respondenci udzielając odpowiedzi na pytanie ocenili, że ten kontakt z bliskimi podczas hospitalizacji był zapewniony. W roku 2013 – 11 pacjentów, a w 2014 – 1 pacjent udzielił odpowiedzi, która wskazywała na brak możliwości kontaktu z rodziną podczas pobytu w Instytucie (rys. 8).

Rysunek 7. Czy lekarze na bieżąco informują Państwa o stanie zdrowia i planowanym leczeniu – lata 2009–2016



Źródło: opracowanie własne.

Rysunek 8. Czy podczas pobytu w szpitalu macie Państwo umożliwiony kontakt z rodziną – lata 2009–2016

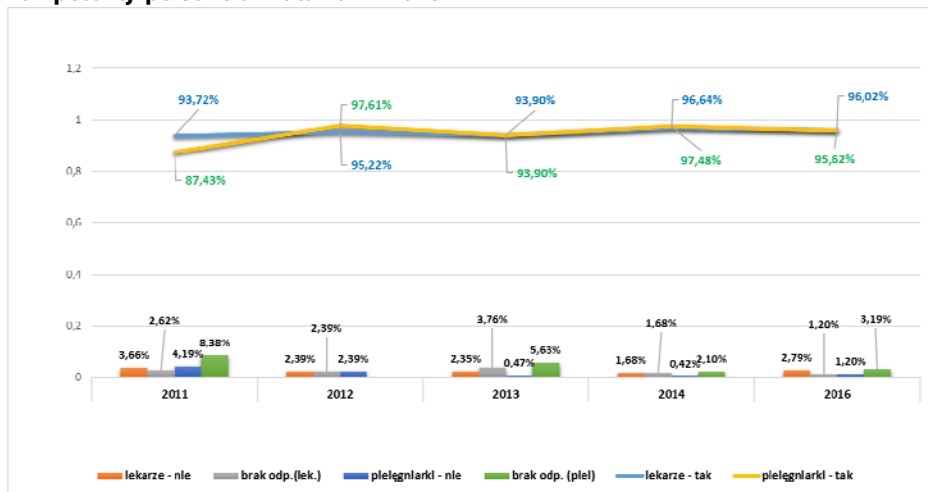


Źródło: opracowanie własne.

W ogólnej ocenie pacjenci podczas pobytu w Instytucie mieli zaufanie do profesjonalizmu i kompetencji pracowników. Odpowiedzi wskazują, że średnio 95,09% – 1089 pacjentów potwierdziło zaufanie do profesjonalizmu i kompetencji lekarzy oraz 94,40% – 1084 pacjentów potwierdziło zaufanie do pielęgniarek. Negatywnej oceny

dokonało przez cały 5 letni okres badania w stosunku do lekarzy 2,3% pacjentów i 1,65% pacjentów odnoście braku zaufania do pielęgniarek (rys. 9).

Rysunek 9. Czy podczas pobytu w szpitalu mieli Państwo zaufanie do profesjonalizmu i kompetencji personelu – lata 2011–2016



Źródło: opracowanie własne.

Dyskusja i wnioski

W procesie zarządzania placówką istotne jest pozyskiwanie informacji dotyczących jakości jej funkcjonowania szczególnie odnosząc się do udzielanych świadczeń na każdym etapie ich realizacji od interesariuszy uczestniczących tych procesach.

Zapewnienie jakości świadczeń zdrowotnych wymaga kompleksowego podejścia, ponieważ na poprawę zdrowia i większą satysfakcję pacjentów ma wpływ wiele czynników. Poza jakością realizowanych świadczeń medycznych o poziomie decyduje jakość opieki pielęgniarskiej, relacje między pracownikami, warunki organizacyjno-techniczne, a także sposób zarządzania opieką zdrowotną. Systemy opieki zdrowotnej na całym świecie od pewnego czasu poszukują skutecznych metod jej zapewnienia, między innymi stosuje się metody wewnętrzne i zewnętrzne. Badanie satysfakcji pacjentów należy do wewnętrznych metod zapewnienia jakości i jest rozumiane jako badanie subiektywnych ocen pacjentów [Piątek 2004, ss. 405–412].

Uwzględniając ogólnie stosowane metody oceny jakości jednym z narzędzi, które wykorzystano w placówce było anonimowe badanie satysfakcji pacjentów. Informacje pozyskane od pacjentów były analizowane przez kierownictwo jednostki i zarządzają-

cych procesami pod kątem ich adekwatności w procesie doskonalenia funkcjonującego systemu zarządzania i procesów zachodzących w jednostce. Były również podstawą do konstruowania celów i zadań w opracowywanych programach poprawy jakości.

Na samopoczucie pacjentów hospitalizowanych zasadniczy wpływ ma poczucie bezpieczeństwa psychicznego oraz pogłębienie relacji z personelem. Przyczynia się to do zaakceptowania choroby, wpływając pozytywnie na stosunek do zaistniałej, całkiem odmiennej sytuacji, w jakiej znalazł się chory. Dlatego też warto nieustannie podnosić poziom świadczonych usług medycznych oraz warunków panujących na oddziałach [Szczepaniuk 2004, ss. 7–8, 30–31]

Z wyników badania wynika, że pacjenci od momentu przyjęcia do Instytutu w Izbie Przyjęć oceniają personel lekarski jako życzliwy w 91,81% – 1622 osoby, natomiast jako nieżyczliwy oceniło 3,11% – 55 osób. Życzliwość personelu pielęgniarskiego uzyskała łącznie ocenę na poziomie 94,79% – 1654. Jak wynika z uzyskanej opinii pacjentów ta ocena również odnosiła się do profesjonalizmu i kompetencji personelu. Średnio 95,09% – 1089 pacjentów potwierdziło zaufanie do profesjonalizmu i kompetencji lekarzy oraz 94,40% – 1084 pacjentów potwierdziło zaufanie do pielęgniarek. Wyniki na podobnym poziomie uzyskano w badaniu przeprowadzonym na bazie 5 szpitali na terenie województwa mazowieckiego przez M. Miller i wsp. Wskazano, że bardzo wysoka okazała się również ocena personelu medycznego. Prawie wszyscy pacjenci stwierdzili, że lekarz był dla nich uprzejmy, miły i życzliwy, przy czym olbrzymia większość oceniła stosunek lekarza do pacjenta, jako zdecydowanie pozytywny, a co piąty pacjent, jako raczej pozytywny. Tylko pojedyncze osoby były skłonne widzieć stosunek lekarza do pacjenta, jako raczej negatywny. Mimo iż większość pacjentów stwierdziła, że posiada zaufanie do lekarza, to jednak, co szósty pacjent nie potrafił określić, czy darzy lekarza zaufaniem. Pacjenci również pozytywnie ocenili pozostały personel szpitala [Miller 2008, ss. 645–650].

Istotne z punktu widzenia przebiegu udzielania świadczeń istotne jest maksymalne skrócenie czasu oczekiwania na badanie lekarskie. W przeprowadzonym w placówce badaniu analiza wskazywała, iż ponad 70% respondentów oczekiwało na badanie lekarskie do 20 min., a do 40 min średnio 17%, powyżej 40 min do 7,56% – 18 osób na 229 respondentów. Wyjątek stanowi rok 2013, w którym w tym czasie badanie lekarskie do 20 min. oczekiwało 65,91% – 147 osób, do 40 min 21,36% – 47 osób i ponad 40 min – 7,27% – 16 osób na 208 udzielonych odpowiedzi. W roku 2013 ustanowiono cel jakościowy odnoszący się do skrócenia czasu oczekiwania na badanie lekarskie w Izbie Przyjęć. W roku 2016 w stosunku do roku 2014 odnotowano w wynikach badania poprawę o ponad 2,3% wskazujących na skrócenie czasu oczekiwania

na badanie. Uzyskane wyniki są lepsze niż te, które opisuje M. Miller – w Izbie przyjęć oczekiwali średnio 40 minut, przy czym do 15 minut czekało 44% pacjentów, a ponad godzinę 13% pacjentów, w tym 5% pacjentów ponad dwie godziny [Miller 2008, ss. 645–650].

Dla większości pacjentów informacje o zdrowiu były zrozumiałe, a pacjenci, którzy nie rozumieli informacji o zdrowiu stanowili niewielki odsetek, jednakże co piąty pacjent odpowiedział, że nie zawsze rozumiał te informacje [Miller 2008, ss. 645–650].

Z uzyskanej w IHT oceny wynika, że średnio 90,88% lekarzy i 85,46% pielęgniarek wyjaśniało potrzebę i cel wykonywania zabiegów i badań. Lekarze również w ocenie 88,18% pacjentów na bieżąco przekazywali informacje o stanie zdrowia i planowanym leczeniu, a jak wskazano w ocenie pacjentów w 90,14% informacje były przekazywane w sposób zrozumiały i wyczerpujący, podobnie jak w badaniu przeprowadzonym przez A. Smolińską – ponad 95% pacjentów pozytywnie oceniło kwestię udzielania informacji o wykonywanych czynnościach i zabiegach a personel lekarski był życzliwy i budził zaufanie u 92% pacjentów, tj. u 46 ankietowanych w stopniu bardzo dobrym i dobrym, tylko 8% dało w tym wypadku ocenę dostateczną [Smolińska, 2008]. Ponadto zauważono, że uzyskane wyniki są w znaczącym stopniu wyższe, niż te uzyskane przez Ż. Kisiela, który wykazał, że aż 80% ankietowanych oceniło w stopniu dobrym i bardzo dobrym informacje uzyskane podczas wizyt lekarskich: o sposobie leczenia, celowości, przebiegu i wyniku przeprowadzonych badań [1]. Podobne wyniki badań uzyskała D. Kapica i wsp. Badania przeprowadzone zostały w grupie 117 pacjentów Szpitala MSWiA w Lublinie, hospitalizowanych na oddziałach: chirurgii, ginekologii, kardiologii, neurologii, oddziale wewnętrznym i laryngologii, gdzie aż 71% badanych zadeklarowało, że zostali wystarczająco poinformowani o sposobie leczenia, stanie zdrowia i zaleconych badaniach [Kisiel 2008, ss. 329–333].

Z analizy danych Moniki Szpringer dotyczących opinii pacjentów na temat rzetelności i czytelności informacji udzielanych przez lekarza odnośnie do stanu zdrowia i zastosowanego leczenia wynika, że większość badanych ocenia tę kwestię pozytywnie (47,1%), co w odniesieniu do wyników uzyskanych ze wskazanych powyżej badań jest znacząco niski [Szpringer 2015, ss. 132–137]

W działaniach Instytutu Hematologii i Transfuzjologii ukierunkowanych na poprawę komunikacji i kontaktów interpersonalnych personelu medycznego z pacjentami i ich rodzinami opracowany został program szkoleń wewnętrznych dla lekarzy i pielęgniarek obejmujący tematykę praw pacjenta, komunikacji interpersonalnej, psychologii, zasad prowadzenia dokumentacji medycznej i ochrony danych osobowych. Dodatkowo opracowano narzędzia wspomagające w postaci informatorów, schema-

tów i broszur dla personelu i pacjentów, co jak pokazały wyniki badania odnosi wymierne wyniki.

Na poziom jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych ma wpływ znajomość i przestrzeganie przez pracowników praw i obowiązków pacjenta, a to przekłada się na zwiększenie świadomości roli każdego z pracowników i kształtowanie ich wrażliwości na potrzeby osób chorych. Istotne jest również, aby informacja dotycząca praw i obowiązków pacjentów była przekazywana pacjentom w sposób skuteczny i to przez osoby świadome ich znaczenia. W badanej placówce z prawami i obowiązkami pacjenta – zostało zapoznanych w okresie od 2011–2016 roku średnio 84,5%, zauważono również, że w kolejnych latach ten procent rośnie. Jednak mając na uwadze udostępnione na stronie internetowej placówki, na tablicach informacyjnych umieszczonych we wszystkich oddziałach szpitalnych oraz przekazywanych pacjentom informatorach karty praw i obowiązków pacjentów podjęto decyzję o konieczności zwiększenia zaangażowania personelu w prowadzenie czynnej edukacji pacjentów w tym zakresie. Dodatkowo ustalono program szkoleń pracowniczych, który zakładał obowiązek odbycia przez każdego pracownika min. 1 raz w roku szkolenia z zakresu praw i obowiązków pacjenta.

W swoich badaniach M. Szpringer wykazała, że większość pacjentów mogła zawsze kontaktować się z rodziną, co dziesiąty stwierdził, że kontakt z rodziną był możliwy w wyznaczonych godzinach, a jedynie pojedyncze osoby postrzegały, że kontakty takie są niemile widziane przez personel szpitala [Szpringer 2015, ss. 132–137]. Natomiast w Instytucie pacjenci ocenili, że kontakt z bliskimi na niemal 100%.

Podsumowanie

Punktem wyjścia w procesie zarządzania jakością usług medycznych jest realizacja wymagań poszczególnych uczestników systemu ochrony zdrowia, efektem końcowym zaś zgodność usługi oferowanej pacjentom z ich oczekiwaniami. Realizacja tych zamierzeń powinna odbywać się poprzez działania ukierunkowane na pracowników, pacjentów oraz społeczność lokalną, przy jednoczesnej dbałości o pozostałe aspekty funkcjonowania jednostki [Krot 2008, ss. 40–41].

Pacjent, jako interesariusz zewnętrzny ma określone na mocy obowiązujących przepisów prawa, które muszą być respektowane przez placówkę ochrony zdrowia. W przeciwnym wypadku nie będzie możliwe osiągnięcie zamierzonych celów w systemowym w podejściu do zarządzania oraz realizacji przyjętych celów statutowych.

W Instytucie proces ciągłego doskonalenia realizowany jest nieprzerwanie w oparciu uzyskane wyniki z przeglądów i konsultacji wewnętrznych czy zewnętrznych, wy-

niki opinii interesariuszy, wyniki z monitorowania skuteczności przebiegów funkcjonujących procesów. Uzyskane wyniki poddawane są analizie i stanowią podstawę do określania programów, celów i zadań przez kierownictwo placówki.

W wyniku uzyskiwanych odpowiedzi respondentów na zadawane w ankiecie badania satysfakcji pytania dokonywano modyfikacji sposobu konstruowania pytań, tak aby były one bardziej zrozumiałe. Listę pytań weryfikowano pod kątem zasadności ich zadawania w odniesieniu do uzyskanych wyników lub wprowadzano nowe pytania do ankiety uwzględniając uzyskanie opinie pacjentów w poprzednich okresach prowadzonego badania. Nowe pytania wprowadzano również w celu oceny skuteczność podejmowanych działań doskonalących – nowych schematów postępowania, wdrażanych dokumentów czy zmian systemowych.

Po przeanalizowaniu uzyskanych z badania satysfakcji pacjentów w Instytucie wyników przebiegu procesu udzielania świadczeń medycznych można uznać za efektywny i należy go kontynuować. Przeprowadzone badania dają podstawę do wyciągnięcia następujących wniosków:

1. Istnieje silna i bardzo silna korelacja pomiędzy satysfakcją pacjentów z jakości świadczonych usług, a miernikami efektywności zarządzania placówką.
2. Opinie pacjentów objętych badaniami wyraźnie wskazały obszary, w których powinny zostać podjęte działania korygujące i doskonalące.
3. Badania satysfakcji pacjentów mogą być wykorzystywane w charakterze metody oceny efektywności zarządzania Instytutem.
4. Regularne badanie satysfakcji pacjentów może również być jednym ze źródeł informacji w zakresie efektywności i skuteczności podejmowanych działań doskonalących i zmian wprowadzanych w Instytucie.
5. Poddanie się przez IHT certyfikacji zgodności zarządzania z normami ISO i zgodności ze standardami CMJ jest pozytywnie odbierane w kręgu jego zinstytucjonalizowanych zewnętrznych i wewnętrznych interesariuszy, w związku z czym Instytut powinien dalej rozwijać się w obranym kierunku.

Podziękowania: Serdeczne dziękuję Dyrekcji i wszystkim pracownikom Instytutu Hematologii i Transfuzjologii uczestniczących w organizacji i prowadzeniu cyklicznych badań ankietowych pacjentów będących podstawą do opracowania materiału badawczego.

Bibliografia

- Czerw A., Religioni U. (2012, lato). *Systemy oceny jakości w ochronie zdrowia*, Wydział Zarządzania UW, „Problemy zarządzania”, vol. 10, nr 2(37), ss. 195–196.
- Dahlgard J.J., Kristensen K., Kanji G.K. (2001), *Podstawy Zarządzania Jakością*.

- Kapica D., Orzeł Z., Kraus J. (2001), *Ocena poziomu zadowolenia pacjentów szpitala ze świadczonych usług zdrowotnych*, „Zdr. Publ.”, 111: 26–30.
- Kisiel Ż., Samborska-Sablik A., Gaszyński W. (2008), *Ocena jakości opieki medycznej na przykładzie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 1 Uniwersytetu Medycznego w Łodzi*, „Zdr. Publ.”, 118(3): 329–333.
- Krot K. (2008). *Jakość i marketing usług medycznych*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Miller M., Supranowicz P., Gębska-Kuczerowska A., Car J. (2008), *Ocena jakości usług medycznych przez pacjentów szpitali*, „Przeł. Epidemiol.”, 62: 643–650.
- Norma PN-EN ISO 9001–2008 System zarządzania jakością.
- Opolski K., Dydkowska G., Możdżonek M. (2005), *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i Praktyka*, CeDeWu, Warszawa.
- Piątek A. (2004), *Wybrane aspekty zapewniania jakości opieki pielęgniarskiej*, [w:] Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. (red.), *Podstawy pielęgniarstwa*, t. 1, Czelej, Lublin.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania wprowadzony, Dz. U. z 2015 r. poz. 2069 ze zmianami.
- Smolińska A., Marciniak M., Ślusarz, Królikowska A., Jabłońska R., Książkiewicz B. (2008), *Poziom satysfakcji z usług medycznych na oddziale neurologii*, „Udar Mózgu”, 10(2): 70–82.
- Stepaniuk I. (2006), *Z perspektywy pacjenta*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej”, 7–8: 30–31.
- Szpringer M., Chmielewski J., Kosecka J., Sobczyk B., Komendacka O. (2015), *Poziom satysfakcji pacjenta jako jeden z aspektów jakości opieki medycznej*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, t. 21, nr 2: 132–137.
- Ustawa o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r., Dz. U. 2014, poz.1182 ze zmianami.
- Ustawa z dnia 2008.11.06 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz. U. 2012, poz. 159, z późn. zm.
- Zestaw standardów akredytacyjnych* (2009), Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków.

Joanna Sułkowska¹

Spółeczna Akademia Nauk

Wielowymiarowe koncepcje zarządzania zdrowiem na przykładzie wybranej specjalności medycznej – otorynolaryngologii

Multidimensional Models of Health Management – Empirical Example of Otorhinolaryngology

Abstract: Article is an attempt to present a multidimensional concept of health management on the example of prevention, diagnosis and treatment of larynx's cancer in Poland. It begins with a review of the definition of health, followed by an overview of the different ways of understanding the term management. This has led to the synthesis of the concept of health management, which became the starting point for the location of the concept of health management. Then in the proposed classification of levels of health management, which resulted in a clarification of the theme by the closing work of empirical illustration. It is based on the use of the health management model with regard to the prevention, diagnosis and treatment cancer of larynx in Poland.

Key words: otorhinolaryngology, health management, multidimensional.

„Zdrowie jest tym czynnikiem, który dodaje wartości wszystkim zerom w życiu”

Bernard Fontenelle

Wstęp

Celem artykułu jest przedstawienie wielowymiarowej koncepcji zarządzania zdrowiem na przykładzie profilaktyki, diagnostyki i terapii jednego z najczęstszych nowotworów w obrębie głowy i szyi człowieka – raka krtani w Polsce. Jest to choroba, którą

¹ E-mail: jsulkowska@spoleczna.pl

w trakcie profilaktyki, diagnostyki i leczenia chirurgicznego zajmują się otorynolaryngologodzy.

Artykuł rozpoczyna się przeglądem definicji zdrowia w oparciu o literaturę przedmiotu. Następnie przeprowadzony został przegląd sposobów rozumienia zarządzania, który miał prowadzić do syntezy koncepcji zarządzania zdrowiem. W dalszej kolejności zaproponowano klasyfikację poziomów zarządzania zdrowiem. Artykuł zamyka ilustracja empiryczna opierająca się na zastosowaniu modelu zarządzania zdrowiem w odniesieniu do profilaktyki, diagnostyki i leczenia raka krtani w Polsce.

Rozumienie zdrowia w literaturze przedmiotu

Zdrowie, jako temat rozważań pojawia się od już czasów starożytnych. Początkowo termin ten rozumiany był tylko, jako brak choroby. Przyczyny zachorowania upatrywano wówczas w działaniu sił zewnętrznych, najczęściej nieprzychylnie nastawionych bogów, kosmosu, w postaci kary za złe postępowanie [Brzeziński 2000, s. 82].

Od lat 40. XX wieku sposób opisywania zdrowia uległ znacznemu poszerzeniu, kierując ludzką myśl na szersze pola, obejmujące harmonię pomiędzy stanem fizycznym i psychicznym człowieka [Malinowski 2000, s. 317]. Autorem jednej z pierwszych definicji zdrowia jest uczeń Arystotelesa Claudius Galenus z Pergamonu (Galen), Rzymianin pochodzenia greckiego (129–199 r. n. e.), nadworny lekarz cesarza Marka Aureliusza, który opisywał je, jako stan idealnej równowagi i harmonii oraz brak bólu. Uzależniał on zdrowie od jakości powietrza, rodzaju jedzenia i picia, a także ruchu, odpoczynku, a nawet snu i czuwania [Malinowski 2014, s. 306].

W następnych wiekach pojawiło się wiele zmieniających się definicji. Niektóre z nich nawiązują do biologicznego opisu Galena. Paracelsus (wł. Phillipus Aureolus Theophrastus Bombastus von Hohenheinen (1493–1541)) lekarz i przyrodnik, ojciec medycyny nowożytnej, w swym dziele *Paragranum* z 1530 roku opisywał zdrowie, jako zaburzenie *entia morborum*, kompleksu różnych czynników powodujących choroby [Brzeziński 2000, s. 120]. Warto wspomnieć o szkockim lekarzu Johnie Brownie (1735–1788), który zakładał, że zdrowie jest stanem równowagi pomiędzy „umiarkowanym pobudzeniem i normalnym stanem odżywienia”. Stworzył on 80. stopniowy schemat matematyczny, w którym liczba 40 – środek – to stan idealnego zdrowia, a stopnie poniżej i powyżej opisują stan choroby związany z brakiem lub nadmiarem „pobudzenia organizmu” istotnymi dla jego funkcjonowania czynnikami. Koncepcja ta zwana od nazwiska twórcy brownizmem znalazła wielu zwolenników wśród ówczesnych lekarzy [Kronika medycyny 1994, s. 228]. Spośród definicji, które za zdrowie uważają stan sprawnego funkcjonowania człowieka wymienić należy koncepcję jed-

nego z najważniejszych przedstawicieli funkcjonalizmu w socjologii, Talcotta Parsona (1902–1979), który uważał, że zdrowie to zdolność do pełnienia określonych ról społecznych [Domaradzki 2013, s. 12].

Dziś, za podstawę do rozważań na temat definiowania pojęcia zdrowia uważana jest holistyczna definicja Światowej Organizacji Zdrowia z 1948 r. „Zdrowie to stan pełnej równowagi i dobrostanu fizycznego, psychicznego jak i społecznego [Domaradzki 2013, s. 13].

Do definicji opisujących zdrowie za Zygfriedem Juczyńskim [1999, ss. 95–97] dodać można zdolność do produktywnego życia społecznego, a nawet wymiar duchowy. Dobre funkcjonowanie społeczne może równoważyć chorobę, natomiast problemy o charakterze psychospołecznych bez choroby stanowią zaburzenie dobrostanu. Za równie istotnym elementem zdrowia uznać można też samorealizację, oraz zdolność jednostki do zaspokajania wyznaczonych planów życiowych [Piątkowski 2002, s. 18]. Według Johna Aggletona, psychologa Cardiff University zdrowie traktowane powinno być jako zasób życiowy, a nie cel życia [Aggleton 2013, s. 2].

W literaturze przedmiotu rozważania nad tematyką zdrowia obejmują też zagadnienia opisywane przez wyodrębnioną w XX wieku dyscyplinę naukową – zdrowie publiczne. Autorem interesującej definicji z 1920 roku jest Charles Edward Amory Winslow (1877–1957) pierwszy kierownik Zakładu Zdrowia Publicznego w Yale School of Epidemiology & Public Health. „Zdrowie publiczne to nauka i sztuka zapobiegania chorobom, wydłużania życia oraz promowania zdrowia fizycznego i sprawności poprzez zorganizowane wysiłki społeczeństwa mające na celu higienizację środowiska, zwalczanie zakażeń występujących w społecznościach, edukację jednostek odnośnie zasad higieny osobistej, organizację świadczeń lekarskich i pielęgniarskich, mających na celu wczesną diagnozę oraz profilaktycznie ukierunkowane leczenie oraz rozwój mechanizmów społecznych, które zapewniają każdej jednostce w społeczeństwie standard życia właściwy dla utrzymania zdrowia” [Opolski 2011, s. 18].

Definicja Brytyjczyka Sir Donalda Achesona (1926–2010) kieruje myślenie o zdrowiu publicznym, jako „sztukę i naukę zapobiegania chorobom, promowania zdrowia oraz wydłużania życia poprzez zorganizowane wysiłki społeczeństwa” [Wanless 2004, s. 26].

Na zakończenie przeglądu definicji zdrowia nie sposób nie przypomnieć koncepcji pól zdrowia Maca Lalonde’a, Determinantami naszego zdrowia według jego raportu są: w 53% styl życia (racjonalne odżywianie, aktywność fizyczna, kondycja, umiejętność radzenia sobie ze stresem, stosowanie używek (nikotyna, alkohol, narkotyki), zachowania seksualne), środowisko fizyczne (21%), a więc woda, czyste powietrze i otoczenie. Aż 16% naszego zdrowia to czynniki genetyczne predysponujące do zachorowania, zaś 10% to wpływ opieki medycznej [Wysocki, Miller 2003, ss. 505–512].

Przegląd definicji „zarządzania”

Wprowadzenie koncepcji zarządzania zdrowiem wymaga przeglądu definicji zarządzania oraz wskazania jednej z nich dla celów dalszej analizy. Najbardziej klasyczną definicję zaproponował na początku XX wieku Frederic Winslow Taylor (1856–1915). Opisuje ona zarządzanie, jako szczegółowe poznanie oczekiwań skierowanych do ludzi, a następnie dopilnowanie skutecznego wykonywania powierzonych im zadań, w jak najlepszy i najtańszy sposób [Taylor 1914]. Henry Fayol (1841–1925) skupił się natomiast na celu, który przedsiębiorstwo ma osiągnąć przy rozwinięciu swych maksymalnych możliwości i pełnym wykorzystaniu zasobów, którymi dysponuje [Fayol 1937, ss. 99–114]. Peter Ferdinand Drucker (1909–2005) ujął pojęcie zarządzania, jako podejmowanie działań dla osiągnięcia określonych celów [Drucker 1998]. Natomiast według L.R. Brummeta, C.W. Pyle’a i E. G. Flamholtza jest to proces nabywania i doskonalenia, a także właściwego wykorzystywania zasobów (ludzi, środków rzeczowych, finansowych) koniecznych dla osiągnięcia celów organizacji [Brummet, Pyle, Flamholtz 1983]. Według definicji W. H. Newmana zarządzanie to nadawanie kierunku, kierowanie i kontrolowanie wysiłków grupy ludzi potrzebnych dla zrealizowania dowolnego celu [Newman, Warren 1977]. Natomiast H. Koontz i C. O’Donnell uważają, że zarządzanie jest sztuką, której istotą jest osiąganie celów przez ludzi i z ludźmi oraz kształtowania środowiska, w którym mogą oni działać, jako jednostki i równocześnie współdziałać w osiąganiu celów zbiorowych [Koontz, O’Donnell 1964]. H. Steinmann i G. Schreyogg definiują dwa odrębne podejścia do pojęcia zarządzania: instytucjonalne i funkcjonalne. Instytucjonalne pojmuje je, jako grupę osób, której powierzono uprawnienia do wydawania poleceń, zaś funkcjonalne, jako służące kierowaniu pracą, a więc wszystkich czynnościach niezbędnych do realizacji zadań, jakie stają przed organizacją [Schreyogg, Steinmann 1995]. Współczesne zarządzanie według Ricky’ego Griffina to cały ciąg działań obejmujący: planowanie, organizowanie pracy, podejmowanie decyzji oraz przywództwo. Są one skierowane na wykorzystanie zasobów organizacji i wykonywane dla osiągnięcia wyznaczonych celów [Griffin, Rusiński, Różańska 1999].

Również w literaturze polskiej termin zarządzanie jest definiowany przez wielu autorów i na różne sposoby. Tadeusz Pszczołowski (1922–1999) filozof, prakseolog, profesor Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, kontynuator badań Tadeusza Kotarbińskiego zwracał uwagę na charakter zarządzania wskazując na wzajemne przenikanie się różnych zasobów przedsiębiorstwa, rozwijając koncepcje zarządzania zintegrowanego [Pszczołowski 1978]. J. W. Gościński uważa natomiast, że zarządzanie to proces podejmowania decyzji składający się z wielu etapów [Gościński 1977]. Z. Izdebski,

J. Tudrej zaznaczają, że organizowanie systemu ekonomiczno-finansowego dla zapewnienia realizacji celu przedsiębiorstwa w drodze kierowania jego całością, podejmowania decyzji ekonomicznych, manipulowania środkami przedsiębiorstwa i jego powiązaniemi z otoczeniem [Izdebski, Tudrej 1968, s. 23]. Inny klasyk polskiej prakseologii Jan Zieleniewski (1901–1973) uważał zaś, że o zarządzaniu można mówić wtedy, kiedy władza nad ludźmi jest pochodną prawa własności manifestowanego w organizacji [Zieleniewski 1965, s. 39]. Natomiast Andrzej Koźmiński i Krzysztof Obłój zauważają, że istotą zarządzania jest przede wszystkim zapewnienie stanu równowagi funkcjonalnej organizacji [Koźmiński, Obłój 1989, ss. 194–196]. Natomiast definicja Jerzego Kurnala określa zarządzanie jako kierowanie sformalizowanymi organizacjami [Kurnal 1979]. Interesującą tezę przedstawił A. Ehrlich i B. Gliński uważając, że działalność kierownicza polega na ustalaniu i realizowaniu celów na podstawie własności środków produkcji i dysponowaniu nimi [Ehrlich, Gliński 1982]. Ryszard Rutka stwierdza, że istotą zarządzania, podobnie jak każdej innej formy kierowania, jest działanie zmierzające do osiągnięcia celów przez ludzi i z ludźmi. Tak, więc nie ma zarządzania bez kierowania [Rutka 1996, ss. 42–51].

Koncepcja zaproponowana przez Tadeusza Pszczołowskiego wydaje się być najwłaściwszym początkiem dla próby zdefiniowania zarządzania zdrowiem. W oparciu o ten sposób opisywania zarządzania można zaproponować zmodyfikowaną definicję zarządzania zdrowiem opisywaną, jako działanie mające na celu: organizowanie, dysponowanie zasobami i metodami zarządzania, zgodnie z postawionymi celami, zakładającymi utrzymanie lub dojście do dobrostanu zdrowotnego. Zadaniem zarządzania jest tutaj formułowanie celów działania, planowania, pozyskiwania i rozmieszczania potrzebnych zasobów oraz kontrolowanie realizowania tych celów, które służyć mają zdrowiu człowieka.

Poziomy zarządzania zdrowiem

W światowej literaturze odnaleźć można wiele sposobów rozumienia zarządzania zdrowiem. Najczęściej podnoszone jest powiązanie zarządzania zdrowiem ze zdrowiem publicznym (*public health management*) [Hunter, Berman 1997, ss. 345–349]. Taki sposób rozumienia tego problemu obejmuje więc zwykle skalę makrospołeczną, a więc podejmowanie decyzji o zasięgu ogólnokrajowym. [Khaleghian, Peyvand, Das Gupta 2005, ss. 1083–1099]. System zarządzania opieką zdrowotną może być tu rozumiany jako szczegółowy plan organizacji usług medycznych w Polsce zgodnie z Ustawą o działalności leczniczej z 15 kwietnia 2011 roku.

W piśmiennictwie z zakresu zdrowia publicznego można również znaleźć odniesienia dotyczące zarządzania własnym zdrowiem, tj. zmiany organizacji życia, która sprzyja zdrowiu fizycznemu i psychicznemu. Przykładem mogą być badania zarządzania własnym stylem życia prowadzące do ograniczania negatywnych skutków chorób przewlekłych [Loring 1999, ss. 5–14].

Obecne są też próby zastosowania metod zarządzania w innych aspektach działalności gospodarczej: rachunkowości, strategii oraz zarządzania zasobami ludzkimi w odniesieniu do organizacji medycznych [Walshe, Kieran, Rundall 2001, s. 429]. W piśmiennictwie polskim również znaleźć można odnalezienie tego typu badania, jednak ich autorzy wykorzystują termin: zarządzanie usługami medycznymi [Wronka, Krot, Sułkowski, Sułkowska 2011; Seliga, Sułkowski, Sułkowska 2009; Sułkowski, Sułkowska 2013]. Zarządzanie zdrowiem analizowane jest z zazwyczaj z dwóch punktów widzenia: organizacji systemu opieki zdrowotnej oraz kosztów jego funkcjonowania [Berwick, Nolan, Whittington 2008, ss. 759–769].

Koncepcje zarządzania zdrowiem można rozumieć w różny sposób. Pierwszym z nich jest podejście indywidualne obejmujące zarządzanie własnym zdrowiem. Jest to subiektywne spojrzenie z perspektywy jednostki (mikro). Obejmuje ono działania zorientowane na zarządzanie zdrowiem własnym, a także zdrowiem najbliższych (dzieci, wnuków). Zarządzanie zdrowiem będzie tu oznaczało celowe działania, w skład których wchodzi dysponowanie własnymi zasobami i samoorganizowanie, których nadrzędnym celem jest utrzymanie dobrego stanu zdrowia. Będzie to obejmowało podejmowanie decyzji dotyczących wyboru zdrowego stylu życia, stosowania diety, podejmowania regularnych badań profilaktycznych i innych prozdrowotnych metod planowania i organizowania życia na poziomie rodziny.

Inne problemy zarządzania zdrowiem napotkamy na poziomie organizacji. Mamy wówczas do czynienia z organizowaniem zdrowia pracowników członków tej organizacji, co możemy zdefiniować, jako problematykę znajdującą się na poziomie średnim, pomiędzy jednostkowym (mikro) a systemowym. Stosowanie planowych programów prozdrowotnych skierowanych do pracowników przedsiębiorstwa jest to przykład zarządzania zdrowiem na poziomie mezo.

Zupełnie odmienne zagadnienia podejmiemy systemowe zarządzanie zdrowiem. Mamy tu do czynienia z organizowaniem i nadzorowaniem opieki zdrowotnej na poziomie krajowym, co odnosi się do perspektywy makro. Celowe wykorzystywanie zasobów i metod zarządzania wiąże się tu z dążeniem do jak najlepszego poziomu ochrony zdrowia na skalę całej populacji.

Profilaktyka, diagnostyka i leczenie raka krtani jako przykład zarządzania zdrowiem

Ilustracja empiryczna zastosowania koncepcji zarządzania zdrowiem przedstawiona została na przykładzie studium profilaktyki, diagnostyki i leczenia raka krtani. Rak krtani to najczęstszy rak zlokalizowany w obrębie głowy i szyi (40%), zajmujący czwarte miejsce wszystkich nowotworów złośliwych występujących u mężczyzn, tj. ok. 3% i dwudzieste siódme spośród nowotworów złośliwych kobiet (0,3%). Występuje zwykle w 6. i 7. dekadzie życia [Bruzgielewicz, Osuch-Wójcikiewicz 2012, s. 140].

Choroba ta pojawia się najczęściej, a właściwie wyłącznie (ponad 90%) wśród osób palących papierosy i nadużywających alkoholu wysokoprocentowego. Występuje wówczas zjawisko multiplikacji ryzyka. Uważa się, że prawdopodobieństwo zachorowania rośnie wówczas 30-krotnie. W trakcie palenia tytoniu do organizmu dostaje się ok. 4 000 związków chemicznych, z których ponad 40 to kancerogeny i kokancerogeny. Są to m.in. policykliczne węglowodory aromatyczne (benzen i pochodne), aminy aromatyczne, N-nitrozaminy, związki nieorganiczne, tlenek węgla, polon, arsen. Do czynników powodujących wzrost zachorowania na raka krtani uważa się także: wzrost liczby ludności mieszkającej w miastach, starzenie się społeczeństwa, niedostateczną świadomość zdrowotną, narażenie na azbest, chrom, nikiel, środki ochrony roślin, promieniowanie jonizujące [Florek 1999, ss. 333–345].

Objawami tej choroby w zależności od lokalizacji zmiany w krtani są: chrypka (*dysphonia*), zaburzenia połykania (*dysphagia*), uczucie zalegania w krtani, krwioplucie, ból przy połykaniu promieniujący do ucha, zaburzenia oddychania, duszność (*dyspnoe*). Rozpoznanie opiera się na wywiadzie, w którym istotnymi elementami są pytania o czas trwania objawów, ich natężenie, wywiad rodzinny, badaniu przedmiotowym obejmującym oglądanie przedniej i bocznych powierzchni szyi, badaniu palpacyjnym sprawdzającym czy krtani jest ruchoma podczas połykania i mówienia, pozwalające opisać stosunek tej struktury do gruczołu tarczowego oraz ocenić stan układu limfatycznego. Następnie wykonywana jest laryngoskopia pośrednia, w której za pomocą lusterka krtaniowego, optyki sztywnej lub giętkiego laryngoskopu można ocenić rozległość zmian w krtani. Badanie uzupełnia stroboskopia, która pozwala różnicować zmiany organiczne od czynnościowych. Badaniem rozstrzygającym jest pobranie wycinków do badania histopatologicznego z podejrzanej zmiany w laryngoskopii bezpośredniej przy zastosowaniu laryngoskopu lub direktoskopii z użyciem mikroskopu (microlaryngoskopia). Ta ostatnia metoda pozwala też na uwidocznienie zmian w zakresie struktur trudnych do oceny w laryngoskopii pośredniej (okolicy zapierściennej, kieszonce krtaniowej, podgłośni). Diagnostykę wspomagającą stanowią:

badania radiologiczne (ultrasonografia węzłów chłonnych szyi, czasem połączona z biopsją aspiracyjną cienkoigłową (BAC, PCI) tomografia komputerowa (CT) i rezonans magnetyczny (MRI), pozytonowa tomografia emisyjna (PET), a także badania bronchoskopowe, ezofagoskopowe, badania genetyczne i immunologiczne [Bruzgielewicz, Osuch-Wójcikiewicz 2012, ss. 140–148].

Najczęstszym z punktu widzenia histopatologii (90%) nowotworem krtani jest rak płaskonabłonkowy (*carcinoma planoepitheliale*). Rzadkim przypadkiem jest rak gruczołowy (*carcinoma adenoides cysticum*) wywodzący się z gruczołów śluzowych błony śluzowej krtani i gardła dolnego [Sikorowa 2002, ss. 55–61].

Klasyfikacja opisująca zmianę odbywa się według systemu TNM (*tumor-node-metastasis*). Leczenie obejmuje chirurgię (*laryngectomy partialis, totalis*) i radioterapię, jako leczenie samodzielne lub skojarzone (w guzach o wyższym stopniu zaawansowania klinicznego) oraz czasami wspomagającej chemioterapii. Po zabiegach laryngektomii całkowitej (usunięcia krtani – narządu głosotwórczego) konieczna jest rehabilitacja głosu przez wytworzenie głosu przełykowego, przetoki tchawiczoprzełykowej z zastosowaniem protezy głosowej, elektronicznej protezy krtani. Obserwacja chorego w poradni laryngologicznej i onkologicznej jest konieczna do końca życia. W pierwszy roku po leczeniu chory przybywa do poradni 1 raz w miesiącu, następnie co 3 miesiące przez okres do pięciu lat od zakończenia terapii, a potem raz na 6 miesięcy [Bień 2005, s. 7]. Rokowanie w tym typie nowotworu jest dość dobre, choć zależy oczywiście od lokalizacji guza, stopnia zaawansowania choroby oraz występowania przerzutów miejscowych i odległych. Pięcioletnie przeżycie zmienia się od ponad 95% w stopniu pierwszym do ok 50% w stopniu czwartym [Gryczyński, Kobos, Murlewska, Pietruszewska 2003, ss. 329–340]

W zależności od poziomu zarządzania zdrowiem obejmującego profilaktykę, diagnostykę i leczenie raka krtani działania na poziomie jednostki, organizacji, kraju i świata mogłyby przyjmować różne przedsięwzięcia. Mikrozarządzanie zdrowiem polegać mogłoby na zmianie stylu życia na prozdrowotny, a więc porzuceniu nałóg palenia papierosów i picia alkoholu [Bury, Godlewski, Wojtyś 2000, ss. 13–15]. Znaczenie miałyby tutaj presja ze strony rodziny, sytuacja życiowa, ciąża w przypadku kobiet. Także dążenie do rozwoju kariery i poprawy sytuacji zawodowej, a co za tym idzie i bytowej stanowiłoby ważny argument za zmianą nawyków. Istotne byłyby też dla danej jednostki i rodziny względy ekonomiczne. Po zabiegach chirurgicznych istotną rolę w powrocie do aktywnego życia prywatnego i zawodowego odgrywa rehabilitacja, jako skoordynowane działanie wielospecjalistyczne: otolaryngologa, logopedy, fizjoterapeuty, etc. Jednak tylko determinacja samego pacjenta i jego naj-

bliższych oraz zaplanowanie zdrowego stylu życia pozwala osiągnąć pełny sukces terapeutyczny [Brzyski, Szark-Eckardt, Bendicova, Żukow 2013, s. 12].

Mezzozarządzanie zdrowiem definiowane, jako zarządzanie na poziomie organizacji obejmowałoby na przykład programy antynikotynowe działające w szkołach, uczelniach, zakładach pracy. Przykładami mogą tu być liczne wdrożone akcje, np.: „Czyste powietrze wokół nas” w Szkole Podstawowej w Wielączy. „Nie pal przy mnie proszę” „Znajdź właściwe rozwiązanie” – programy zrealizowane w 24 szkołach podstawowych w Ostrowii Mazowieckiej, którymi objęto 1140 uczniów i 372 rodziców szkół podstawowych i ponadpodstawowych. Od 2001 roku w Światowym Dniu Rzucania Palenia tj. w trzeci czwartek listopada w Szpitalu Powiatowym w Nowej Dębie organizowane są pogadanki na temat szkodliwości palenia tytoniu [Echodnia.eu 22.11.2013]. W Gimnazjum im. Józefa Chełmońskiego w Bielawach (20.11.2014) zorganizowano turniej dla klas pierwszych „Paleniu powiedz nie”. W roku 2007 w trzech przedszkolach miejskich nr 17, 129 i 130 w Łodzi przeprowadzono akcję „Mamo, tato nie pal!” adresowaną do rodziców, dziadków i personelu, z konkursami plastycznymi i osiedlowym happeningiem. Autorskie programy terapii grupowej przeprowadzili pracownicy Katedry Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w zakładach Winiary SA w Kaliszu i Telekomunikacja Polska SA w Łodzi [Suwała, Gesternkorn, Drygas 2014, ss. 29–30]. Ważnym argumentem ekonomicznym dla pracodawcy może tu być badanie według którego, przerwy na papierosa zajmują pracownikowi średnio 40 minut z 8. godzinnego czasu pracy, co znacząco wpływa na produktywność zatrudnionego.

Makrozarządzanie zdrowiem na poziomie kraju, Unii Europejskiej, świata to wielkie kampanie zachęcające do zmiany stylu życia. Wymienić tu można: kampanię Komisji Europejskiej „Help-dla życia bez tytoniu”, „Stop Smoking” – aplikację na smartfona, i Coach – bezpłatną platformę cyfrową coachingu zdrowia. Interesująca i ogólnie zauważalna jest zmiana wyglądu i napisów na paczkach tytoniu. W wielu krajach dodawane są także niezwykle przemawiające do wyobraźni zdjęcia ofiar tego nałogu. Ważną rolę odgrywają kampanie w mediach ogólnopolskich: telewizji, prasie, a także bilbordy informujące o skutkach palenia. Od wielu lat podkreśla się rolę zakażenia wirusem HPV w zachorowalności na raka krtani. Szczepienia przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego są tu istotną formą zmniejszenia liczby zachorowań [Arcimowicz, Bruzgielewicz, Niemczyk 2013, ss. 11–14]. Olbrzymią rolę ma także organizacja opieki zdrowotnej na poziomie kraju. Biorąc pod uwagę wciąż zmniejszającą się liczbę lekarzy w naszym Kraju, która według różnych danych wynosi obecnie 2 na 100 000 mieszkańców, nie wspominając o starzejącej się grupie specjalistów z zakresu otorynolaryngologii onkologii poprawa tej sytuacji mogłaby zmniejszyć czas od rozpozna-

nia do podjęcia leczenia nowotworów w Polsce. W materiale dużego badania z 1987 roku z czterech polskich klinik otolaryngologicznych: warszawskiej, krakowskiej, lubelskiej i poznańskiej stwierdzono, że czas od pojawienia się pierwszych objawów do rozpoczęcia leczenia wynosił od ok. 6 miesięcy (70% chorych), do nawet 1 roku 10% pacjentów) [Zatoński, Zatoński 2002, s. 24]. Ważnym elementem terapii pooperacyjnej jest organizowanie stowarzyszeń i organizacji stanowiących grupy wsparcia dla chorych. Pacjenci cyklicznie spotykają się w nich ze specjalistami otolaryngologii, onkologii, foniatrii, logopedii, wyjeżdżają na turnusy rehabilitacyjne. Mają też możliwość wymiany doświadczeń i omówienia nurtujących ich problemów. Przykładem takiej działalności są Stowarzyszenia Chorych Laryngektomowanych działające w całym kraju, zwykle przy klinikach laryngologicznych [Zimmer-Nowicka, Narzekalak, Kaczmarczyk, Niedźwiecka, Morawiec-Bajda 2007, s. 3]. Pierwsze stowarzyszenie powstało w 1965 r. kiedy rozpoczęła działalność Europejska Konfederacja Laryngektomowanych (CEL). Obecnie organizacja skupia 19 państw członkowskich. W roku 1991 powstało Polskie Towarzystwo Laryngektomowanych z siedzibą Zarządu Głównego w Bydgoszczy. W następnych latach powstały stowarzyszenia w kolejnych miastach Polski: Warszawie, Krakowie, Łodzi. Od 2004 roku działa w Polsce Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych. Obecna jego edycja obejmuje lata 2016–2024 [Uchwałą Nr 208 Rady Ministrów z dnia 3 listopada 2015 r.] W Wielkopolsce w 2016 roku uruchomiony został pionierski na skalę Polski i UE program bezpłatnych badań profilaktycznych w kierunku wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi. Realizowane są w nim treści obejmujące profilaktykę pierwotną – edukacyjną i wtórną – badań w wielu ośrodkach województwa: Poznaniu, Pile, Kaliszu, Koninie, Lesznie. Jest on stosowany zgodnie z wytycznymi Polskiej Grupy Badań Nowotworów Głowy i Szyi i EHNS (European Head & Neck Society).

Podsumowanie

Zarządzanie zdrowiem jest koncepcją, która może stanowić podstawę badań empirycznych prowadzonych zarówno z perspektywy nauk o zarządzaniu, jak i nauk o zdrowiu. Oprócz wartości poznawczej polegającej na zastosowaniu metod zarządzania w procesie kształtowania zdrowotności, ma ona również znaczenie praktyczne. Kształtowanie zdrowotności można opisywać przy pomocy koncepcji zarządzania na różnych poziomach społecznych. Mikrozarządzanie odnosi się do poziomu jednostki i opisuje zastosowanie metod zarządzania zdrowiem z punktu widzenia człowieka. Mezzozarządzanie lokuje badania zarządzania zdrowiem w perspektywie organizacyjnej oraz regionalnej. Makrozarządzanie, najbliższe koncepcjom zdrowia publiczne-

go, koncentruje się na zastosowaniu metodyki zarządzania na poziomie krajowym, międzynarodowym i globalnym.

Planowanie, organizowanie, wdrażanie i kontrola procesu zarządzania zdrowiem pozwala uczynić starania o wzrost poziomu zdrowotności skuteczniejszymi, co znajduje odzwierciedlenie w badaniach.

Przedstawiona w tym artykule próba opisanego zarządzania zdrowiem na przykładzie studium profilaktyki, diagnostyki i terapii raka krtani w Polsce wskazuje, że przyjęty schemat poznawczy może być użyteczny zarówno z punktu widzenia teoretycznego jak i praktycznego. Opisanie przykładów praktyk zarządzania zdrowiem w profilaktyce, diagnostyce i terapii raka krtani, na różnych poziomach ilustrują skuteczność tego typu metod organizacyjnych.

Bibliografia

- Aggleton P. (2013), *Health, Social Now*, Routledge.
- Arcimowicz P., Bruzgielewicz A., Niemczyk K. (2013), *Zakażenie wirusem HPV jako czynnik nowotworzenia w rakach głowy i szyi*, „Polski Przegląd Otolaryngologiczny”, 2, (1).
- Berwick D.M., Nolan T.W., Whittington J. (2008), *The triple aim: care, health, and cost*, „Health Affairs”, 27, 3.
- Bień S. (2005), *Zasady diagnostyki i chirurgicznego leczenia nowotworów głowy i szyi*, „Magazyn Otolaryngologiczny”, 4,1,13.
- Brummet L.R., W.C. Pyle, Flamholtz E.G. (1983), *Rachunek zasobów ludzkich w przemyśle*, [w:] E.W. Scott, L.L. Cummings, *Zachowanie człowieka w organizacji*, vol. 2. Warszawa.
- Bruzgielewicz A., Osuch-Wójcikiewicz E. (2012), *Rak krtani*, [w:] K. Niemczyk (red.), *Wykłady z otolaryngologii*, Wydawnictwo Medipage, Warszawa.
- Brzeziński T. (2000), *Zdrowie i choroba w starożytności i średniowieczu*, [w:] T. Brzeziński (red), *Historia medycyny*, Warszawa.
- Brzyski W., Szark-Eckardt M., Bendicova E., Żukow W. (2013), *Wpływ aktywności ruchowej na życie osób po laryngektomii*, *The impact of motor activity in the lives of those after laryngectomy*, „Journal of Health Sciences”, 3, 12.
- Bury P., Godlewski D., Wojtyś P. (2000), *Alkohol jako czynnik ryzyka choroby nowotworowej*, „Współczesna Onkologia”, 1.
- Domaradzki J. (2013), *O definicjach zdrowia i choroby*, „Folia Medica Lodzensis”, 40/1.
- Drucker P.F. (1998), *Praktyka zarządzania*, Akademia Ekonomiczna w Krakowie, Kraków.
- Ehrlich A., Gliński B. (1982) *Encyklopedia organizacji i zarządzania*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa.
- Fayol H. (1947), *Administracja przemysłowa i ogólna*, Wydawnictwo Instytutu Naukowego Organizacji i Kierownictwa, przekł. J.A. Teslar, Poznań.

- Fayol H. (1937), *The administrative theory in the state*, "Papers on the Science of Administration", New York.
- Florek E. (1999), *Skład chemiczny i kancerogeny dymu tytoniowego*, „Alkoholizm i Narkomania”, 3, 36.
- Frączkiewicz-Wronka, A. (2009), *Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce ochrony zdrowia*. Wolters Kluwer.
- Gościński J. (1977), *Zarys teorii sterowania ekonomicznego*, PWE, Warszawa.
- Griffin R. W., Rusiński M., Różanska I. (1999), *Podstawy zarządzania organizacjami*; przekład M. Rusiński Wydaw. Nauk. PWN, Warszawa.
- Gryczyński M., Kobos J., Murlewska A., Pietruszewska W. (2003), *Przeżywalność chorych na raka krtani a wybrane czynniki rokownicze*, „Revista Educaonline”, 1(57).
- Hunter D.J., Berman P.C. (1997), *Public health management*, "The European Journal of Public Health", 7.3.
- Izdębski Z, Tudrej J. (1968), *Kierownicy przedsiębiorstw kapitalistycznych*, Warszawa.
- Juczyński, Z. (1999), *Narzędzia pomiaru w psychologii zdrowia*, „Przegląd Psychologiczny”, 42(4).
- Juczyński Z. (1999), *Szlachetne zdrowie, niech każdy się dowie*, Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne”, 3.
- Khaleghian P., Das Gupta M. (2005), *Public management and the essential public health functions*, "World Development", 33.7.
- Koontz H., O'Donnell C. (1964), *Principles of management*, McGraw-Hill Book Company, 4.
- Koźmiński A.K., Obłój K. (1989), *Zarys teorii równowagi organizacyjnej*. Warszawa.
- Kronika medycyny* (1994), Wydawnictwo „Kronika”.
- Krot K. (2008), *Jakość i marketing usług medycznych*, Wolters Kluwer.
- Kurnal J. (1979), *Teoria organizacji i zarządzania*, PWN, Warszawa.
- Lorig K.R. i in. (1999), *Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial*, "Medical Care", 37.
- Malinowski A. (2014), *Zdrowie w perspektywie historycznej i antropologicznej*, ROCZNIK LUBUSKI 40, cz. 2.
- Malinowski A. (2000), *Waleologia – nauka o promocji zdrowia*, [w:] A. Jopkiewicz (red.), *Auksologia a promocja zdrowia*, Polska Akademia Nauk, Warszawa.
- Newman W. H., Warren E. K. (1977), *The process of management: concepts, behavior, and practice*. Prentice Hall.
- Opolski J. (2011), *Wprowadzenie do zagadnienia*, [w:] *Zdrowie Publiczne*, t. 1, Szkoła Zdrowia Publicznego CMKP, Warszawa.
- Piątkowski W. (2002), *Choroba jako zjawisko socjologiczne*, [w:] J. Barański, W. Piątkowski (red.), *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, Wydawnictwo Atut, Wrocław.
- Pszczółowski T. (1978), *Mała encyklopedia prakseologii i teorii organizacji*, Ossolineum, Wrocław – Warszawa – Kraków – Gdańsk.

- Rutka R. (1996), *Diagnozowanie zdolności przedsiębiorstwa do „uczenia się”*, „Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu”, 725.
- Seliga R., Sułkowski Ł.M., Sułkowska J. (2009), *Bariera rozwoju marketingu partnerskiego w sektorze usług medycznych*, [w:] A. Adamik, S. Lachiewicz (red.), *Współpraca w rozwoju współczesnych organizacji*, Wydawnictwo Politechniki Łódzkiej, Łódź.
- Shreyogg G., Steinmann H. (1995), *Management. Grundlagen der Unternehmensführung*, Wydawnicza Politechniki Wrocławskiej, Poznań.
- Sikorowa L. (2002), *Histopatologia stanów przedrakowych oraz raka krtani i gardła dolnego*, [w:] G. Janczewski, E. Osuch-Wójcikiewicz (red.), *Rak krtani i gardła dolnego*, Alfa Medica Press, Warszawa.
- Sułkowska J. (2016), *Health Management – Definition and Description of the Concept*, [w:] H. Sobocka-Szczapa (red.), *Management – Human Resources Management – Knowledge Management. Research and Analysis*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie”, tom XVII, zeszyt 1, część 2.
- Sułkowski Ł. (2012), *Epistemologia i metodologia zarządzania*, PWE, Warszawa.
- Sułkowski Ł.M., Sułkowska J. (2011), *Modele zarządzania zasobami ludzkimi w organizacjach medycznych*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego”, t. 226, Wrocław.
- Sułkowski Ł. (2013), *Epistemology of Managment*, Peter Lang International, Frankfurt-Berlin-Bern-Vien-Oxford-New York-London-Warsaw.
- Sulkowski Ł., Sulkowska J. (2013), *Concept and Types of Organizational Cultures of Hospitals*, IGI Global, *Cross-Cultural Training and Teamwork in Healthcare*.
- Suwała M., Gesternkorn A., Drygas W. (2014), *Jak skutecznie ograniczyć palenie tytoniu? Doświadczenia Programu CINDI-WHO w Polsce*, Hygeia Public Health, 49, 1.
- Uchwała Nr 208 Rady Ministrów z dnia 3 listopada 2015 r. Monitor Polski Dziennik Urzędowy Rzeczypospolitej Polskiej, poz. 1165.
- Walsh K., Rundall T.G. (2001), *Evidence-based management: from theory to practice in health care*, „The Milbank Quarterly”, 79.3.
- Wanless D. (2004), *Securing Good Health for the Whole Population*. Final Report, London.
- Wysocki M., Miller M. (2003), *Paradygmat Lalonde’a, Światowa Organizacja Zdrowia i nowe zdrowie publiczne*, „Przegląd Epidemiologiczny”, 57(3): 505–512.
- Zatoński W., Zatoński T. (2002), *Epidemiologia nowotworów złośliwych krtani*, [w:] G. Janczewski, E. Osuch-Wójcikiewicz (red.), *Rak krtani i gardła dolnego*, Alfa Medica Press, Warszawa.
- Zieleniewski J. (1965), *Organizacja zespołów ludzkich*, PWN, Warszawa.
- Zimmer-Nowicka, J., Narzekalak, E., Kaczmarczyk D., Niedźwiecka I., Morawiec-Bajda A. (2007), *Cele i zadania Łódzkiego Stowarzyszenia Chorych Laryngektomowanych*. „Otorynolaryngologia”, 6, 3.
- Zwetsloot G., Pot F. (2004), *The business value of health management*, „Journal of Business Ethics”, 55, 2.

Ireneusz Jurczak¹

Spółeczna Akademii Nauk

Kontrolowany trening fizyczny w ramach profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych istotnym elementem w organizacji kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej

Controlled Physical Training on the Prevention of Cardiovascular Disease an Important Element in the Organization of the Comprehensive Cardiac Rehabilitation

Abstract: Every year on cardiovascular disease dies about 17 million people in the world. Patients require long-term hospitalization, medical care, rehabilitation and drugs, which is associated with the generation costs. To effectively fight cardiovascular disease, it is important emphasis on prevention, which will reduce the action of the risk factors leading to the occurrence of cardiovascular disease and the implementation of the proper functioning of the organization and supervision of cardiac care at both national and regional levels. One of the modifiable risk factors are lack of physical activity. Physical training used in the framework of a comprehensive cardiac rehabilitation is an important and necessary part of the treatment of patients allowing to return to social and professional life. Every physical workout is connected with changes in the cardiovascular system. They determine to what extent the body has adapted to physical strain. In recent years there have been many hypotheses involving the pathogenesis of cardiovascular disease with peripheral pathomechanisms. These hypotheses are associated with reduced exercise tolerance of patients and progression of vascular disease.

Key words: circulatory system, muscle, physical training, cardiovascular disease, prevention, costs of treatment.

¹ E-mail: ijurczak@spoleczna.pl

Wstęp

Każdego roku na świecie na choroby sercowo-naczyniowe umiera około 17 mln osób. Szacuje się, że w 2030 roku liczba osób umierających z powodu chorób układu krążenia może wzrosnąć nawet do 23 mln ludzi na całym świecie. Dzięki znaczącemu postępowi technik diagnostycznych i terapeutycznych wiele osób z tej grupy udaje się uratować. Jednakże wielu chorych wymaga długotrwałego leczenia szpitalnego, rehabilitacji, farmakoterapii, opieki medycznej, co związane jest z generowaniem kosztów. W krajach UE wydatki na tę grupę chorych pochłaniają rocznie 110 mld euro, tj. 10% całej kwoty przeznaczonej na ochronę zdrowia.

W Polsce standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób układu krążenia kształtowały się w 2012 roku na poziomie 433,3 na 100 tys. ludności. Pomimo polepszenia sytuacji epidemiologicznej, odnotowanej w ostatnich 20 latach, współczynniki umieralności, a zwłaszcza umieralności przedwczesnej (poniżej 65 roku życia), są w Polsce w dalszym ciągu na wysokim poziomie. Przy obecnych trendach zachorowań i tempie starzenia się populacji Polski szacuje się, że liczba zgonów z powodu chorób układu krążenia już w 2020 r. może przekroczyć 200 tys. [Wojtyniak, Jankowski, Zdrojewski, Opolski 2012, ss. 329–340].

Leczenie choroby niedokrwiennej serca i jej powikłań są nadal wysokie. Np. koszt leczenia zawału serca wynosi w Polsce średnio ok. 15 tys. zł. Wymusiło to wzrost nakładów finansowych przez NFZ z ok. 6,5 mld zł w 2009 r. do ok. 7,8 mld zł w 2014 r. Aby jednak skutecznie walczyć z chorobami układu krążenia istotne jest położenie nacisku na profilaktykę, zwłaszcza pierwotną, która ograniczy działanie czynników ryzyka prowadzących do wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych oraz wdrożenie prawidłowego funkcjonowania systemu organizacji i nadzoru w opiece kardiologicznej zarówno na szczeblu krajowym, jak i regionalnym. Nadal zbyt mało jest ośrodków prowadzących kompleksową rehabilitację kardiologiczną w ramach, której chorzy przywracani są do stanu zdrowia pozwalającego na ich powrót do życia społecznego, i co najważniejsze zawodowego. Odejście z pracy osoby po incydencie sercowo-naczyniowym jest niekorzystne zarówno dla pracodawcy jak i dla pracownika, a co za tym idzie dla budżetu całego Państwa. Powrót do pracy, nawet wiążący się z dostosowaniem dotychczasowego miejsca pracy do potrzeb chorego, w obliczu wzrastających kosztów zatrudnienia i szkolenia nowych pracowników, jest dla pracodawcy tańsze.

Biorąc pod uwagę organizację ochrony zdrowia i możliwości, jakie daje chorym w tym zakresie, dla zmniejszenia kosztów związanych z leczeniem, absencją w pracy oraz świadczeniami wynikającymi z orzeczonej niepełnosprawności, należałoby

wprowadzić programy profilaktyczne redukujące wpływ czynników ryzyka chorób układu krążenia.

Jednym z modyfikowalnych czynników ryzyka jest brak aktywności fizycznej tak niezbędnej do prawidłowego funkcjonowania całego organizmu, w tym centralnego i obwodowego układu krążenia. Również trening fizyczny stosowany w ramach kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej stanowi istotny i niezbędny element terapii chorych pozwalający na powrót chorych do życia społecznego, i co najważniejsze zawodowego.

Kontrolowany trening fizyczny – dlaczego jest tak istotny?

Każdy wysiłek fizyczny związany jest ze zmianami w pracy układu krążenia, warunkującymi adaptację do wysiłku. Zmiany czynnościowe takie jak wzrost czynności akcji serca, pojemności minutowej i objętości wyrzutowej, zwiększenie różnicy tętniczono-żylnego wysycenia krwi tlenem oraz ciśnienia tętniczego zachodzą jednocześnie z aktywacją mięśniowej pompy obwodowej odpowiedzialnej za utrzymanie powrotu żylnego, zapewniającego rozkurczowe napełnianie serca [Lavie, Arena, Swift 2015, ss. 207–219]. Ma to na celu redystrybucję przepływu krwi przez różne obszary naczyniowe, a w szczególności zaopatrzenie pracujących mięśni w odpowiednią ilość tlenu w trakcie wysiłku fizycznego. Decyduje o tym: aktywacja układu współczulnego, wzrost tempa lokalnego metabolizmu z gromadzeniem produktów przemiany materii (mleczanów, adenozyiny, jonów wodorowych, jonów potasu, CO₂), wzrost temperatury mięśni, hipoksja i zwiększenie ciśnienia osmotycznego [Koch, Newcomer, Proctor 2005, ss. 554–575; Duncker, Bache 2008, ss. 1009–1086]. Trening fizyczny sprawia, że 4-5 krotnie wzrasta przepływ wieńcowy jednak największe zmiany obserwuje się w mięśniach szkieletowych, do których podczas treningu fizycznego trafia 80–85% pojemności minutowej serca wpływając tym samym na wzrost perfuzji obwodowej [Koch, Newcomer, Proctor 2005, ss. 554–575]. W ostatnich latach pojawiło się wiele hipotez wiążących patogenezę chorób układu krążenia z patomechanizmami obwodowymi, takimi jak: aktywacja neurohormonalna, zaburzona równowaga anaboliczno-kataboliczna, zaburzona równowaga autonomiczna, dysfunkcja mięśniowa, aktywacja cytokin prozapalnych [Paulsen, Mikkelsen, Raastad, Peake 2012, ss. 42–97]. Hipotezy te wiążą się z ograniczoną tolerancją wysiłkową chorych i progresją chorób naczyń [Crimi, Ignarro, Cacciatore, Napoli 2009, ss. 292–300; Abe, Berk 2014, ss. 2378–2386]. Przewlekłe zaburzenia czynnościowe serca oraz jego zmiany strukturalne przekładają się na zaburzenie adaptacji układu krążenia w postaci gorszej obwodowej redystrybucji krwi. Przepływ krwi przez mięśnie szkieletowe i dostarczenie

tlenu zarówno w czasie wysiłku, jak i w spoczynku ulega ograniczeniu. Wiąże się to ze zmniejszeniem gęstości naczyń włosowatych w mięśniach, obwodowym zwężeniem naczyń tętniczych, wzmożoną aktywnością ergoreceptorów, zaburzoną czynnością endotelium oraz ograniczoną wazodylatacją naczyń obwodowych. Ważną rolę odgrywają zmiany jakości i typu włókien mięśniowych oraz ich architektury [Green, Spence, Halliwill 2011, ss. 57–70; Borghi-Silva, Carrascosa, Oliveira 2008, ss. 2465–2472; Mezzani, Corra, Giannuzzi 2008, ss. 13–20; Duscha 2008, ss. 21–37].

Wpływ treningu fizycznego na lokalny przepływ i funkcję mięśni szkieletowych wiąże się z aktywacją ergoreceptorów, jak też mechano-, baro- i proprioceptorów. Dochodzi do poprawy procesów utleniania i redukcji, zmiany struktury i funkcji włókien mięśniowych oraz zwiększenia gęstości naczyń włosowatych w mięśniach [Koch, Newcomer, Proctor 2005, ss. 554–575]. Wzmożona aktywność ergoreceptorów stanowi ogniwo między zaburzeniami w mięśniach szkieletowych a ograniczeniem tolerancji wysiłku. Ergoreceptory to wolne zakończenia nerwowe, wrażliwe na metabolity wytwarzane w pracujących mięśniach, modulujące hemodynamiczną, wentylacyjną i autonomiczną reakcję podczas wysiłku dla optymalnej pracy mięśni. Reakcja ergoreceptorów jest fizjologicznym mechanizmem odpowiedzialnym za utrzymanie prawidłowej równowagi między wentylacją i ilością dostarczonej krwi a zapotrzebowaniem pracujących mięśni [Scott, Francis, Davies 2000, ss. 863–870; Piepoli, Kaczmarek, Francis 2006, ss. 126–134]. Wzrost stężenia potasu, prostaglandyn, kwasu mlekowego oraz obniżone pH podczas wysiłku w mięśniach szkieletowych stymulują ergoreceptory, w wyniku czego dochodzi do pobudzenia układu sympatycznego, wzrostu wentylacji, ciśnienia tętniczego krwi oraz zmniejszenia przepływu krwi przez mięśnie nieobjęte wysiłkiem. Zaburzenia metaboliczne skutkujące nadmierną aktywacją ergoreceptorów, manifestującą się wzmożoną czynnością oddechową i dusznością ograniczającą aktywność fizyczną [Limberg, Morgan, Sebranek 2014, ss. 1191–1202; Guazzi 2014, ss. 80–87]. Trening fizyczny dzięki poprawie zdolności naczyń do rozkurczu, co wiąże się ze zmniejszeniem oporu obwodowego, powoduje wzrost przepływu krwi przez pracujące mięśnie szkieletowe. Prowadzi to do ograniczenia przemian beztlenowych na rzecz aerobowych, co w efekcie może zmniejszać nadmierną odpowiedź z ergoreceptorów. Wynikiem tego jest spadek hiperwentylacji, odczuwanej przez chorego, jako duszność, odpowiedzi współczulnej i zwężenia naczyń [Whyte, Laughlin 2010, ss. 441–450].

Reakcja układu autonomicznego na trening fizyczny

Wzrost aktywności współczulnej, jako efekt podjętego wysiłku fizycznego, w różnych obszarach naczyniowych prowadzi do ich skurczu, ograniczając tym samym przepływ krwi przez tkanki. Efekt ten występuje wyraźnie np. w naczyniach niepracujących mięśni. W zaangażowanych mięśniach szkieletowych niezależnie od wzrostu aktywności unerwienia współczulnego tętniczki i zwieracze przedwłośniczkowe ulegają rozszerzeniu w wyniku działania czynników lokalnych. Wczesny szybki wzrost przepływu związany jest z działaniem pompy mięśniowej, która w okresie rozkurczu mięśnia odpowiedzialna jest za zwiększony napływ krwi tętniczej. Skurcze mięśni (wzrost ciśnienia na zewnątrz naczynia) sprawiają ponadto, że ciśnienie transmuralne (różnica między ciśnieniem wewnątrz i na zewnątrz naczynia) w naczyniach oporowych ulega zmniejszeniu, przyczyniając się do miogennej relaksacji warstwy mięśniowej naczyń [Sarelius, Pohl 2010, ss. 349–365]. Wzrost przepływu w kolejnej fazie, proporcjonalny do zapotrzebowania na tlen, jest konsekwencją naczyniorozszerzającego działania lokalnych czynników metabolicznych. Należy do nich zmniejszenie ciśnienia parcjalnego O_2 , wzrost prężności CO_2 , obniżenie pH, wzrost stężenia mleczanu, a także wzrost stężenia jonów K^+ , adenozyliny oraz prostaglandyny i bradykininy [Górski 2006, ss. 145–148]. Zwiększenie miejscowej perfuzji naczyniowej ponadto wywołuje wzrost obciążenia naczynia tzw. siłami ścinającymi (*shear stress*) i stanowi fizjologiczny czynnik poprawiający reaktywność śródbłonna naczyniowego [Ramírez-Vélez, Bustamante, Czerniczyniec 2013, s. 80225]. Miejscowe czynniki metaboliczne powodują również zmniejszenie efektów działania unerwienia współczulnego w naczyniach krwionośnych mięśni. Wywołują hamujący wpływ na receptory adrenergiczne typu α_2 występujące w ścianie tętniczek przedwłosowatych. Podobne mechanizmy prowadzą do rozszerzenia naczyń wieńcowych i wzrostu przepływu krwi przez mięsień sercowy [Kirby, Crecelius, Voyles, Dineno 2011, ss. 2641–2653].

Zmiany metaboliczne i histologiczne w mięśniach szkieletowych

Trening fizyczny, zwłaszcza wytrzymałościowy, prowadzi do zwiększenia gęstości naczyń włosowatych w mięśniach, czyli liczby naczyń włosowatych na 1 mm^2 przekroju mięśnia, oraz liczby naczyń przypadających na jedną komórkę mięśniową. Ilość włókien typu IIB ulega zmniejszeniu, a zwiększa się ilość włókien typu IIA. Obserwuje się istotne zwiększenie powierzchni przekroju wszystkich typów włókien (I, IIA, IIB), a stosunek liczby naczyń włosowatych do włókien rośnie [Taylor, Jolly 2007, ss. 9–18]. W wyniku zwiększenia sieci naczyń kapilarnych, a tym samym zwiększenie po-

wierzchni wymiany gazowej, ten fizjologiczny czynnik nabiera istotnego znaczenia, jako czynnik zwiększający zużycie tlenu przez mięśnie. Znaczenie zwiększenia unaczynienia mięśni polega też na zwiększeniu dostępności dla komórek niesionych z krwią substratów energetycznych, przede wszystkim glukozy i wolnych kwasów tłuszczowych [Duncker, Bache 2008, ss. 1009–1086]. Źródłem energii do pracy dla mięśni szkieletowych jest adenozynotrójfosforan (ATP). Jednakże ilości zmagazynowanego ATP w mięśniach wystarczają na krótki, wstępny czas wysiłku fizycznego. Większa ilość energii zmagazynowana jest w fosfokreatynie, która szybko może ulec przekształceniu w ATP. Najbardziej efektywnym sposobem powstawania ATP jest tlenowy metabolizm glukozy i kwasów tłuszczowych, odbywający się w mitochondriach. Niemniej jednak w warunkach niedostatecznej podaży tlenu dominują przemiany beztlenowe. Pirogronian zamiast w acetylo-CoA przechodzi w kwas mlekowy [Pipinos, Judge, Selsby 2008, ss. 101–112]. Trening fizyczny prowadzi do poprawy metabolizmu tlenowego jak się przyjmuje poprzez zwiększenie aktywności enzymów mitochondrialnych, takich jak oksydaza cytochromowa, oksydaza bursztynianowa i syntaza cytrynianowa [Bagher, Segal 2011, ss. 271–284]. Dzięki zwiększonej aktywności enzymów mitochondrialnych dochodzi do wzrostu pojemności tlenowej i skuteczniejszego wykorzystania tlenu. Utylizacja mięśniowego glikogenu oraz glukozy z krwi zmniejsza się równocześnie ze wzrostem oksydacji kwasów tłuszczowych. Wzrost metabolizmu tlenowego wyraża się również poprzez usprawnienie mięśniowego metabolizmu karnityny, substratu biorącego udział w utlenianiu kwasów tłuszczowych [Clement, Laurent 2008, ss. 3027–3029]. Opisane zmiany przyczyniają się do zwiększenia syntezy ATP oraz mniejszego udziału przemian anaerobowych, co przekłada się na poprawę możliwości wysiłkowych chorych.

Zmiany adaptacyjne w obwodowym układzie naczyniowym

Przyjmuje się, że systematyczny trening fizyczny może powodować rozwój krążenia obocznego, a zmiany potreningowe w jego obrębie mogą być wywołane rozwojem nowych, lub poszerzeniem już istniejących naczyń kolateralnych [Zhang, Keung, Samokhvalov 2010, ss. 1–22]. Wspomniana poprawa wazodylatoryjnej funkcji śródbłonna jest jedną z przyczyn wzrostu przepływu krwi. Niektórzy autorzy sugerują, że przewlekłe wzmożone działanie sił ścinających (*shear stress*) może stymulować uwalnianie czynników wzrostu, takich jak naczyniowy czynnik wzrostu śródbłonna (VEGF) i zasadowy czynnik wzrostu fibroblastów (bFGF). Efektem jest pobudzenie naczyniowych procesów adaptacyjnych, a wynikiem wzrost przekroju naczyń kolateralnych [Phillips, Mahmoud, Brown, Haus 2015, ss. 521–534]. Pod wpływem wysiłku fizycznego, który

odgrywa rolę w zależnej od przepływu wazodylatacji, obserwuje się zwiększenie wydzielania tlenku azotu (NO) [Clement, Laurent 2008, ss. 3027–3029]. Spowodowane jest to z jednej strony zwiększeniem aktywności i ekspresji syntazy śródbłonkowej NO i wzrostem biodostępności L – argininy z drugiej zaś wpływem na dysmutazę nadtlenkową, katalazę i peroksydazę oraz antyoksydanty (wit. E, C) hamujących degradację NO [Ji, Mac Gabhann, Popel 2007, ss. 3740–3749; Park 2015, ss. 1213–1225]. Wraz ze wzrostem przepływu krwi nasilają się siły ścinające. Tlenek azotu pośredniczy w rozszerzaniu tętnic, co sprowadza siły ścinające do poziomu wyjściowego, natomiast zmniejszenie ilości NO w ścianach naczyń prowadzi do wzrostu adhezji leukocytów i agregacji płytek i zapoczątkowuje proces miażdżycowy [Schiffirin 2003, ss. 115–122; Clifford 2011, ss. 5–15]. Uważa się, że zastosowanie długotrwałego treningu fizycznego ma wpływ na zwiększenie zarówno syntezy NO, jak i prostacykliny. Prostacyklina wytwarzana przez komórki endotelium jest czynnikiem o działaniu wazodylatacyjnym i antyadhezyjnym, a jej synteza jest hamowana przez nadtliski lipidów LDL [Förstermann 2008, ss. 338–349]. Poprawa wazodylatacyjnej funkcji śródbłonka naczyniowego obserwowana w reakcji na trening fizyczny u chorych z chorobą niedokrwinną serca i niewydolnością serca i potwierdzona eksperymentami na zwierzętach, wyraża się zwiększonym przepływem i wzrostem uwalniania NO. Prowadzi to do zmniejszenia oporów naczyniowych i poprawy przepływu krwi na obwodzie w tej grupie chorych [Fetalvero, Martin, Hwa 2007, ss. 109–118; Joyner, Casey 2015, ss. 549–601; Newcomer, Thijssen, Green 2011, ss. 311–320; Musch, Eklund, Hageman, Poole 2004, ss. 81–88; Spier, Delp, Meininger 2004, ss. 947–958; Laughlin, Davis, Secher 2012, ss. 321–447].

Podsumowanie

Nie ma wątpliwości, że trening fizyczny w profilaktyce zdrowia w ogóle, a w chorobach układu krążenia w szczególności, odgrywa rolę kluczową, bez względu na wiek chorego. Znane są mechanizmy wpływu treningu na regulację krążenia centralnego i obwodowego, a odpowiednia jego realizacja przekłada się na wzrost przeżycia chorych, zmniejszenie rehospitalizacji i poprawę jakości życia. Wprowadzenie optymalnego funkcjonowania ośrodków kompleksowej rehabilitacji pozwoli na szybszy powrót chorych do życia zawodowego, co znamienne wpłynie na zmniejszenie kosztów generowanych przez Państwo.

Bibliografia

- Abe J., Berk B.C. (2014), *Novel mechanisms of endothelial mechanotransduction*, "Arteriosclerosis thrombosis and Vascular Biology", nr 34(11).
- Bagher P., Segal S.S. (2011), *Regulation of blood flow in the microcirculation: role of conducted vasodilation*, "Acta Physiologica (Oxf)", nr 202(3).
- Borghi-Silva A., Carrascosa C., Oliveira C.C. (2008), *Effects of respiratory muscle unloading on leg muscle oxygenation and blood volume during high-intensity exercise in chronic heart failure*, "American Journal of Physiology. Heart and Circulatory Physiology", nr 294 (6).
- Clement M., Laurent M. (2008), *Muscle (phosphocreatine) dynamics during exercise: implication for understanding the regulation of muscle oxidative metabolism*, "The Journal of Physiology", nr 13.
- Clifford P.S. (2011), *Local control of blood flow*, "Advances in Physiology Education", nr 35.
- Crimi E., Ignarro L.J., Cacciatore F., Napoli C. (2009), *Mechanisms by which exercise training benefits patients with heart failure*, "Nature Reviews Cardiology", nr 6.
- Duncker D.J., Bache R.J. (2008), *Regulation of coronary blood flow during exercise*, "Physiological Reviews", nr 88(3).
- Duscha B.D. (2008), *Implications of chronic heart failure on peripheral vasculature and skeletal muscle before and after exercise training*, "Heart Failure Reviews", nr 13.
- Fetalvero K.M., Martin K.A., Hwa J. (2007), *Cardioprotective prostacyclin signaling in vascular smooth muscle. Prostaglandins Other Lipid Mediators*, "The Journal of Lipid Research", nr 82.
- Förstermann U. (2008), *Oxidative stress in vascular disease: causes, defense mechanisms and potential therapies*, "Nature Clinical Practice Cardiovascular Medicine", nr 5(6).
- Górski J. (red.) (2006), *Fizjologiczne podstawy wysiłku fizycznego*, PZWL, Warszawa.
- Green D.J., Spence A., Halliwill J.R. (2011), *Exercise and vascular adaptation in asymptomatic humans*, "Experimental Physiology", nr 96(2).
- Guazzi M. (2014), *Abnormalities in cardiopulmonary exercise testing ventilatory parameters in heart failure: pathophysiology and clinical usefulness*, "Current Heart Failure Reports", nr 11(1).
- Ji J.W., Mac Gabhann F., Popel A.S. (2007), *Skeletal Muscle VEGF gradients in peripheral arterial disease: simulations of rest and exercise*, "American Journal of Physiology. Heart and Circulatory Physiology", nr 293(6).
- Joyner M.J., Casey D.P. (2015), *Regulation of increased blood flow (hyperemia) to muscles during exercise: a hierarchy of competing physiological needs*, "Physiological Reviews", nr 95(2).
- Kirby B.S., Crecelius A.R., Voyles W.F., Dineno F.A. (2011), *Modulation of postjunctional α -adrenergic vasoconstriction during exercise and exogenous ATP infusions in ageing humans*, "The Journal of Physiology", nr 589 (10).
- Koch D.W., Newcomer S.C., Proctor D.N. (2005), *Blood flow to exercising limbs varies with age, gender and training status*, "Canadian Journal of Applied Physiology", nr 30 (5).

- Laughlin M.H., Davis M.J., Secher N.H. (2012), *Peripheral circulation*, "Comprehensive Physiology", nr 2(1).
- Lavie C.J., Arena R., Swift D.L. (2015), *Exercise and the cardiovascular system: clinical science and cardiovascular outcomes*, "Circulation Research", nr 117(2).
- Limberg J.K., Morgan B.J., Sebranek J.J. (2014), *Neural control of blood flow during exercise in human metabolic syndrome*, "Experimental Physiology", nr 99(9).
- Mezzani A., Corra U., Giannuzzi P. (2008), *Central adaptations to exercise training in patients with chronic heart failure*, "Heart Failure Reviews", nr 13.
- Musch T.I., Eklund K.E., Hageman K.S., Poole D.C. (2004), *Altered regional blood flow responses to submaximal exercise in older rats*, "Journal of Applied Physiology", nr 96.
- Newcomer S.C., Thijssen D.H., Green D.J. (2011), *Effects of exercise on endothelium and endothelium/ smooth muscle cross talk: role of exercise – induced hemodynamics*, "Journal of Applied Physiology", nr 111 (1).
- Park K.H., Park W.J. (2015), *Endothelial Dysfunction: Clinical Implications in Cardiovascular Disease and Therapeutic Approaches*, "Journal of Korean Medical Science", nr 30(9).
- Paulsen G., Mikkelsen U.R., Raastad T., Peake J.M. (2012), *Leucocytes, cytokines and satellite cells: what role do they play in muscle damage and regeneration following eccentric exercise?*, "Exercise Immunology Review", nr 18.
- Phillips S.A., Mahmoud A.M., Brown M.D., Haus J.M. (2015), *Exercise interventions and peripheral arterial function: implications for cardio-metabolic disease*, "Progress in Cardiovascular Disease", nr 57(5).
- Piepoli M.F., Kaczmarek A., Francis D.P. (2006), *Reduced peripheral skeletal muscle mass and abnormal reflex physiology in chronic heart failure*, "Circulation", nr 114(2).
- Pipinos I.I., Judge A.R., Selsby J.T. (2008), *The myopathy of peripheral arterial occlusive disease: Part 2. Oxidative stress, neuropathy, and shift in muscle fiber type*, "Vascular and Endovascular Surgery", nr 42(2).
- Ramírez-Vélez R., Bustamante J., Czerniczyniec A. (2013), *Effect of exercise training on eNOS expression, NO production and oxygen metabolism in human placenta*, "PLoS One", nr 8(11).
- Sarelius I., Pohl U. (2010), *Control of muscle blood flow during exercise: local factors and integrative mechanisms*, "Acta Physiologica (OXF)", nr 199 (4).
- Schiffryn E.L. (2003), *Beyond blood pressure: the endothelium and atherosclerosis progression*, "American Journal of Hypertension", nr 15.
- Scott A., Francis D.P., Davies L.C. (2000), *Contribution of skeletal muscle 'ergoreceptors' in the human leg to respiratory control in chronic heart failure*, "Journal of Physiology", nr 3.
- Spier S.A., Delp M.D., Meininger C.J. (2004), *Effects of ageing and exercise training on endothelium – dependent vasodilatation and structure of rat skeletal muscle arterioles*, "Journal of Physiology", nr 556.
- Taylor R.S., Jolly K. (2007), *The evidence base for cardiac rehabilitation*, [w:] Perk J., Mathes P., Gohlke H. (red.), *Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, Springer-Verlag Limited, London.

I. Jurczak

Whyte J.J., Laughlin Harold M. (2010), *The effects of acute and chronic exercise on the vasculature*, "Acta Physiologica (OXF)", nr 199 (4).

Wojtyniak B., Jankowski K., Zdrojewski T., Opolski G. (2012), *Regional differences in determining cardiovascular diseases as the cause of death in Poland: time for change*, "Kardiologia Polska", nr 70 (7).

Zhang L., Keung W., Samokhvalov V. (2010), *Role of fatty acid uptake and fatty acid beta-oxidation in mediating insulin resistance in heart and skeletal muscle*, "Biochimica and Biophysica Acta", nr 1801 (1).

Marzena Lamont¹

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Anna Ksykiewicz-Dorota

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Jadwiga Klukow

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Efektywność pracy zespołu terapeutycznego w opiece zdrowotnej – przegląd badań

The Effectiveness of the Therapeutic Team in Health Care — an Overview of Research

Abstract: Cooperation between members of therapeutic teams is necessary for patient's comprehensive diagnosis and treatment. An effective work of physicians, nurses, physiotherapists, psychologists, dieticians, and all other specialists is also important for minimizing costs and the improvement of the quality of care. Scientific studies show that there are several especially important factors which condition the effectiveness of teamwork. Into these factors may be classified: effective leadership, good communication and coordination within the team, skills of resolving conflicts, concern about the quality of work, and friendly work environment. The above-mentioned determinants increasingly more often become the element of studies concerning therapeutic teams. Despite this, the number of these studies in Poland is insufficient, especially in long-term care, where patients require close cooperation of medical professionals and non-professionals.

Key words: therapeutic team, effectiveness of work, leadership, communication, coordination, conflict management, quality of care.

¹ E-mail: marzenalamont@gmail.com

Wstęp

Niekorzystne zjawiska demograficzne (starzenie się społeczeństwa, wzrost niepełnosprawności fizycznej i psychicznej w różnych grupach wiekowych) oraz zmiany w strukturze i funkcjonowaniu rodziny, powodują wzrost zapotrzebowania na opiekę, szczególnie długoterminową oraz zwiększenie wydatków na ochronę zdrowia [Błędowski, Maciejasz 2013, ss. 61–69, Dubas, Kocot, Rogala 2012, ss. 305–318]. Biorąc pod uwagę złożoność potrzeb, istotna jest współpraca specjalistów z różnych dziedzin oraz rozsądne dysponowanie zasobami w trakcie długotrwałej opieki. Odpowiednia organizacja zespołu terapeutycznego, którego praca jest złożonym procesem, umożliwia kompleksową opiekę nad pacjentem. Przyczynia się do minimalizowania kosztów, prowadzi do podniesienia jakości opieki i życia pacjentów, kompensowania ich utraconej sprawności oraz zapewnienia warunków godnego życia.

W wielośrodkowych badaniach wykazano, że słaba komunikacja i brak dobrej organizacji pracy zespołu, powoduje wydłużenie procesu leczenia i opieki. Takie determinanty jak sprawne przywództwo, dobra komunikacja i koordynacja w zespole, umiejętność rozwiązywania konfliktów, dbałość o spójność i jakość pracy zespołu oraz przyjazne środowisko pracy, usprawniają procesy leczenia, pielęgnowania i opieki [Gillespie et al. 2010, ss. 732–741; Boorsma, Frijters, Knol 2011, ss. 724–732; Fewster-Thuente, Velsor-Friedrich 2008, ss. 40–48; Korner 2010, ss. 745–755; O'Brien, Ringland 2010, ss. 75–89; Temkin-Greener et al. 2004, ss. 472–481; Nancarrow et al. 2013, ss. 1–11]. Z tego też powodu należy badać pracę zespołów terapeutycznych, szczególnie w płaszczyźnie oceny ich efektywności.

Efektywność jest pojęciem niejednoznacznym. Może być różnie definiowana oraz analizowana w zależności od dyscypliny naukowej. W ujęciu ekonomicznym oznacza relacje pomiędzy rezultatami a nakładami, które są wyrażane na podstawie określonej miary [PN-EN ISO 9001:2009, s. 31]. W naukach o organizacji i zarządzaniu, efektywność jest rozpatrywana jako zasadniczy czynnik optymalizacji procesu podejmowania decyzji [Jaki 2011, ss. 3–7]. Można ją analizować w trzech płaszczyznach. W pierwszej, czyli w tradycyjnym podejściu do efektywności organizacji, jest definiowana w kontekście osiągnięcia założonego celu. W drugiej płaszczyźnie – funkcjonalnej, oznacza stopień, jaki udaje się zrealizować organizacji w zakresie przyczyniania się do dobrobytu jednostek lub społeczeństwa. W trzecim ujęciu, efektywność określana jest w odniesieniu do zasobów systemu i dotyczy oceny stopnia zaangażowania ludzi w jej funkcjonowanie. W ostatniej definicji akcentuje się, że ludzie stanowią rzadki i najcenniejszy zasób danej organizacji, choć nie odrzuca się zasobów rzeczowych

oraz finansowych, które są także ważne dla jej funkcjonowania [Scott, Cummings 1983, ss. 222, 226, 231, 232].

Autorzy niniejszego artykułu, w swojej analizie przyjęli ostatnią z przedstawionych definicji efektywności. W niżej zamieszczonym przeglądzie badań na temat problematyki efektywności pracy zespołu terapeutycznego, ta definicja, stanowiąc będzie sedno rozważań w niżej zamieszczonym przeglądzie badań.

Celem pracy było przedstawienie wyników badań dotyczących efektywności pracy zespołów terapeutycznych w stacjonarnej i poza stacjonarnej opiece zdrowotnej. Niżej zamieszczony przegląd ma formę analizy systematycznej, artykułów zamieszczonych w medycznych bazach danych (PubMed, Web of Science, PBL) w latach 2004–2016. Do przeszukiwania baz zastosowano następujące słowa kluczowe: *therapeutic team, interdisciplinary team, effectiveness, efficiency, communication, coordination, leadership, conflict management*. Wybrane publikacje zostały opisane w poniższym przeglądzie.

Przegląd badań dotyczących efektywności pracy zespołów terapeutycznych w opiece zdrowotnej

W piśmiennictwie wskazuje się na pracę zespołu terapeutycznego, jako istotny element doskonalenia opieki nad pacjentem [Wołowski, Piątek, Nowalińska 2010, ss. 109–116; Martens 2009, ss. 144–153]. Brak sprawnego przywództwa i koordynacji w zespole, niedostateczna komunikacja, nieumiejętność rozwiązywania konfliktów, brak dbałości o spójność zespołu i skuteczność jednostki, związane są w istotny sposób z obniżeniem bezpieczeństwa pacjenta [Sargeant, Loney, Murphy 2008, ss. 228–234; Weller, Boyd, Cumin 2014, ss. 149–154; Leasure, Jones, Meade 2013, ss. 585–592; Lingard et al. 2004, ss. 330–334; Reader, Flin, Cuthbertson 2007, ss. 732–736; Christian et al. 2006, ss. 159–173; Catchpole et al. 2007, ss. 470–478; Flin, Mitchell 2009, Manser 2009, ss. 143–151; Leonard, Graham, Bonacum 2004, ss. 85–90].

Zgodnie z raportem The Joint Commission (TJC), zła komunikacja była w roku 2015 przyczyną ponad 79-ciu % zarejestrowanych zdarzeń niepożądanych. W porównaniu z rokiem 2014, zaobserwowano wzrost o blisko 15% błędów medycznych, których przyczyną było nieprawidłowe porozumiewanie się [Sentinel Event Statistics Data]. Efektywna praca zespołowa i właściwa komunikacja są kluczowymi czynnikami wpływającymi na bezpieczeństwo pacjentów na sali operacyjnej [Alvarez, Coiera 2006, ss. 236–242; Reader, Flin, Cuthbertson 2007, ss. 732–736; Sutcliffe, Lewton 2004, ss. 186–194]. W przeprowadzonym przez Lingard i współ. [2004, ss. 330–334], badaniu na sali operacyjnej, dokonano charakterystyki zaistniałych błędów w komunikacji oraz

sklasyfikowano ich skutki. Metodą badawczą była obserwacja uczestnicząca, narzędziem kamera, za pomocą której nagrano 90 godzin obserwacji, podczas 48 zabiegów chirurgicznych, z udziałem 94 członków zespołu terapeutycznego. Analiza materiału wykazała, że w trakcie zarejestrowanych zabiegów operacyjnych, zespół komunikował się 421 razy. Ponad 30% komunikatów (n=129) określono, jako błędne, a 36% z tych nieprawidłowości, było przyczyną negatywnych skutków, w tym marnotrawstwa zasobów, opóźnień, błędów proceduralnych, napiętej atmosfery w zespole, a także obniżonej skuteczności zespołu. Do czynników powodujących błędy w komunikacji zaliczono: zbyt późno udzieloną informację, niedokładną informację lub jej brak, złe zrozumienie komunikatu, brak kluczowego członka zespołu w trakcie komunikacji. Wśród błędów najczęściej występowały zbyt późno udzielone informacje, przez co nie mogły one zostać w pełni zastosowane przez członków zespołu oraz informacje niekompletne.

Inne badania przeprowadzone zostały przez Mazzocco i współ. [2009, ss. 678–685]. Ich celem było ustalenie, czy pacjenci poddawani zabiegom operacyjnym przez zespoły oceniane jako dobrze współpracujące, uzyskują lepsze wyniki terapeutyczne w porównaniu do pacjentów operowanych przez zespoły odznaczające się słabą pracą zespołową. W badaniach zastosowano standaryzowane narzędzie do oceny zachowań zespołu. Badania przeprowadzone przez obserwatorów trwały 30 dni, po czym dokonano retrospektywnej oceny uzyskanych wyników. Skonstatowano, że pacjenci zespołów, w których rzadziej wymieniano informacje o chorym, rozpoczynając operację oraz po skończonym zabiegu, byli ponad dwa razy bardziej narażeni na wystąpienie poważnych powikłań, w porównaniu do pacjentów, którymi zajmowały się zespoły o lepszej komunikacji.

Australijscy badacze przeprowadzili na oddziale chirurgii badania jakościowe, celem lepszego zrozumienia czynników organizacyjnych oraz indywidualnych, które mają wpływ na pracę zespołową. Uczestnikami badania było 16-tu członków zespołu, w tym chirurdzy, anestezjolodzy oraz pielęgniarki, pracujący na sali operacyjnej dużego szpitala w Queensland. Z uczestnikami badania przeprowadzono wywiady indywidualne i grupowe, które zostały nagrane i spisane. Następnie dokonano analizy doświadczeń dotyczących współpracy członków zespołu terapeutycznego na sali operacyjnej. Dzięki powyższej analizie wyznaczono trzy wzorce, dotyczące współpracy interdyscyplinarnej członków zespołu. Po pierwsze, interdyscyplinarna różnorodność w obrębie zespołu ma wpływ na złożone relacje interpersonalne. Po drugie, stwierdza się znaczący wpływ zarządzania w organizacji na spójność zespołu. Po trzecie, edukacja stanowi uniwersalny środek polepszania komunikacji zespołowej. We wnioskach z badań zaznaczono, że bazowanie na wspólnych wzorcach w chirurgii może przy-

czynić się do poprawy komunikacji, a przez to poprawy pracy zespołowej na salach operacyjnych. Efektem końcowym będzie więc zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów [Gillespie et al. 2010, ss. 732–741].

Wdrażając procesy usprawniające komunikację zespołową, warto wziąć pod uwagę spostrzeżenie szwedzkich badaczy. Analizowali oni różnicę pozycji członków w interprofesjonalnych zespołach oraz ich związek z efektywnością. Odpowiedzi na pytania zamieszczone w kwestionariuszu ankiety udzieliły 62 zespoły (423 osoby), z obszarów opieki zdrowotnej, w tym z psychiatrii, rehabilitacji i medycyny szkolnej. Z biorących udział w badaniu zespołów, 54 (360 osób) wzięły udział dodatkowo w sesji obserwacyjnej, która polegała na symulacji rozwiązywania problemów podczas spotkań zespołowych. Zauważono, że samo zachęcanie członków zespołu do wzajemnych rozmów nie wystarcza. Niezbędne jest jeszcze zaangażowanie kierownictwa, aby praca zespołowa była efektywna [Thylefors 2012, ss. 505–512].

W badaniach autorów obcych, wykazano, że indywidualne cechy członków zespołów ratowników medycznych, takie jak umiejętności techniczne, doświadczenie, komunikacja oraz umiejętności przywódcze mają niewątpliwy wpływ na przebieg akcji resuscytacyjnej [Bhanji et al 2010, ss. 920–933; Mancini et al. 2010, ss. 539–581, Andersen et al. 2010, ss. 695–702]. Warto zaznaczyć, że International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) zalecił w 2010 roku, aby doskonalenie umiejętności przywódczych było integralną częścią szkoleń specjalistycznych, przeprowadzanych dla ratowników medycznych [Soar et al. 2010, ss. 288–330].

Analiza czynników wpływających na efektywną pracę zespołową podczas resuscytacji, została dokonana przez Yeung'a i współ. [2012, ss. 2617–2621]. Celem przeprowadzonego badania była ocena zależności umiejętności przywódczych i jakości resuscytacji krążeniowo-oddechowej. W badaniu polegającym na symulacji zabiegu resuscytacji osoby dorosłej wzięło udział 40 ratowników medycznych. Czynności wykonywane na podstawie standaryzowanego scenariusza zostały sfilmowane, a następnie ocenione pod względem jakości za pomocą testu Cardiac Arrest Simulation oraz kwestionariusza ankiety do oceny umiejętności przywódczych (Leadership Behaviour Description Questionnaire). Wykazano, że zespoły koordynowane przez osoby z odpowiednimi umiejętnościami przywódczymi, osiągały lepsze wyniki podczas symulowanych zatrzymań krążenia.

Hunziker ze współ. [2011, ss. 2381–2388], także wskazują na związek między takimi zmiennymi w pracy zespołowej jak: przywództwo i komunikacja a skutecznością resuscytacji krążeniowo-oddechowej, przeprowadzanej przez ratowników medycznych. W badaniach wykazano, że algorytmy postępowania ratunkowego, nie są jedynym czynnikiem gwarantującym skuteczność przeprowadzanych resuscytacji. Na przebieg

działań resuscytacyjnych, znaczący wpływ miała komunikacja w zespole. W badaniu zastosowano symulator, na którym ratownicy medyczni przeprowadzali czynności resuscytacyjne. Zauważono, że długotrwały proces budowania zespołu, brak umiejętności przywódczych oraz niedostateczna koordynacja działań członków zespołu, powodują istotne błędy podczas resuscytacji.

Efektywna praca zespołowa jest kluczowym elementem dla zapewnienia optymalnej opieki nad pacjentem na oddziale intensywnej terapii (OIT). Podkreśla się szczególne znaczenie przywódcy w kształtowaniu współpracy między członkami zespołu oraz koordynowaniu ich zadań. Wspomniana koordynacja w zespole odnosi się do zgodnego, zsynchronizowanego wykonywania przydzielonych czynności. Jednak badanie koordynacji może być problematyczne, przez wzgląd na trudność rozgraniczenia jej od komunikacji zespołowej oraz przywództwa. Zarówno komunikacja, jak i przywództwo są niezbędnymi elementami, aby właściwa koordynacja mogła zaistnieć, a członkowie zespołu odpowiednio współpracowali ze sobą [Reader et al. 2009, ss. 1787–1793]. Dodatkowo wskazuje się, że przy pozytywnym postrzeganiu koordynacji przez zespół, występuje większa świadomość działania członków zespołu, jednoznaczność w odniesieniu do obowiązków i uprawnień, a także ma miejsce terminowe przekazywanie informacji. Jest to związane w efekcie z niższym wskaźnikiem popełnianych błędów [Van Beuzekom, Akerboom, Boer 2007, ss. 45–50].

Wszędzie tam, gdzie ma miejsce współpraca między członkami zespołu, należy liczyć się z ryzykiem wystąpienia konfliktów. Jest to również nieuniknione w opiece zdrowotnej. Istotne znaczenie odgrywa tu umiejętne zarządzanie konfliktem. Oddział intensywnej terapii jest miejscem, gdzie często występują sytuacje stresowe, budzące często silne emocje. W międzynarodowym badaniu, w którym wzięło udział 7498 członków zespołów, pracujących na OIT, ponad 70% badanych zgłosiło konflikt podczas 24-godzinnego okresu sprawozdawczego. Aż 53% z zaistniałych konfliktów uznano za ciężkie. Większa część zespołu stwierdziła także, iż konflikt negatywnie wpływa na współpracę zespołu (92%). Zauważono również niekorzystny wpływ konfliktu na relacje z rodziną pacjenta (75%), jakość opieki medycznej (70%) oraz wyniki leczenia pacjentów (44%) [Azoulay et al. 2009 ss. 853–860; Adrian et al. 2015, ss. 314–320]. Sytuacje konfliktowe mają więc ewidentny wpływ na obniżenie efektywności pracy zespołu, oddziałując dodatkowo ze szkodą na zadowolenie pacjentów i pracowników.

W ciągu ostatnich 35 lat obserwowano stały wzrost zapotrzebowania na opiekę długoterminową, paliatywną i hospicyjną zarówno w Stanach Zjednoczonych, jak i w Europie. Sprawowanie opieki nad tego typu pacjentami, wymaga zaangażowania multidyscyplinarnych zespołów terapeutycznych. W opiece paliatywnej i hospicyjnej

istotną rolę pełnią wolontariusze, uzupełniając zespół specjalistów medycznych. Zarówno potrzeba jak i rzeczywisty udział wolontariuszy w hospicjach są większe, niż w innych podmiotach leczniczych. W 2010 roku zostały opublikowane badania przeprowadzane w jednym z hospicjów w środkowo-zachodnich Stanach Zjednoczonych, z udziałem 43 członków zespołu interdyscyplinarnego, w tym 13 opiekunów. Uczestnicy badania spotykali się każdego tygodnia, aby omówić postępowanie terapeutyczne wyznaczonych pacjentów. Wykazano, że umiejętność zespołów w zakresie skutecznej współpracy, wpływa na jakość opieki nad pacjentem oraz doświadczenia ich rodzin. Jak twierdzą autorzy badania, częste spotkania zespołu są konieczne do zapewnienia warunków efektywnej współpracy członków zespołu. Udowodniono także, iż niejednoznaczność zadań może doprowadzić do braku współpracy [Wittenberg-Lyles et al. 2010, ss. 264–273]. Na podstawie uzyskanych wyników, można upatrywać szczególnego znaczenia skutecznego przywództwa, w tym umiejętnego przydziału zadań dla poszczególnych członków zespołu, dla osiągnięcia lepszej efektywności pracy zespołowej.

W polskim piśmiennictwie jest dostępnych znacznie mniej badań, dotyczących zespołów terapeutycznych w kontekście ich efektywności pracy, w porównaniu do piśmiennictwa zachodniego. W przytoczonych niżej badaniach polskich autorów, uwzględniano subiektywną opinię pacjentów na temat współpracy zespołu terapeutycznego [Błaszczyk-Tyszka, Kozioł 2005, ss. 53–60], analizowano pracę zespołu przez pryzmat satysfakcji pacjenta [Ślusarz, Jabłońska, Królikowska 2012, ss. 505–512], a także podjęto próbę określenia specyfiki jego pracy [Salamon, Moździerz 2007, ss. 13–16].

Salamon i Moździerz [2007, ss. 13–16] przeprowadzili badania wśród zespołów terapeutycznych funkcjonujących w szpitalu w Tarnowie, w miejskich i gminnych ośrodkach zdrowia w powiecie tarnowskim, a także w ośrodku rehabilitacyjno-leczniczym. W badaniach uczestniczyło 120 osób, będących członkami 27 zespołów terapeutycznych. Zdecydowaną większość stanowili fizjoterapeuci i rehabilitanci (50%) oraz pielęgniarki (37%). Pozostali badani pracowali na stanowisku lekarza, terapeuty zajęciowego, masażysty oraz hipnoterapeuty. Celem wyżej wymienionych badań było poznanie specyfiki pracy zespołów terapeutycznych oraz zbadanie czy realizują odpowiednio swoje zadania. Zdaniem respondentów, w zespołach terapeutycznych brakuje kilku specjalistów, co wymusza na innych członkach zespołu (szczególnie na pielęgniarkach i fizjoterapeutach) wykonywanie dodatkowych czynności. Zastrzeżeń do efektywnej współpracy w swoim zespole nie miało 82% respondentów. Na pytanie o to, czy zespół realizuje w pełni swoje zadania, 65% badanych odpowiedziało twierdząco. Brak pełnej satysfakcji z pracy zespołu terapeutycznego, zgodnie z uzyskanymi wynikami, jest powodowany najczęściej niedostateczną liczbą specjali-

stów w zespole (8%) oraz niezadowolającą współpracą między członkami zespołu (8%). Jako pozostałe czynniki wskazano brak dobrej współpracy z instytucjami pozarządowymi oraz poradniami specjalistycznymi, złą organizację pracy zespołowej, pośpiech i brak czasu na współpracę z pacjentem oraz jego rodziną. Na tej podstawie badacze wysunęli wniosek, że „zespoły terapeutyczne nie realizują w pełni swoich zadań”. Respondenci zaproponowali dodatkowo ogólne rozwiązania usprawniające pracę zespołu, tj. zwiększenie liczby specjalistów w zespole, poprawę organizacji pracy, pozyskanie do współpracy pacjenta i jego rodziny oraz usprawnienie współpracy z organizacjami pozarządowymi i poradniami specjalistycznymi.

Współpraca członków zespołu terapeutycznego może być także oceniana z perspektywy pacjentów, którzy na podstawie własnych obserwacji oraz odczuć mogą wyrażać swoje zdanie w tej kwestii. Głównym celem badań Błaszczuk-Tyszki i Koziół [2005, ss. 53–60], było dokonanie przez pacjentów oceny zespołu terapeutycznego pod kątem ich podmiotowego traktowania. Badacze zastosowali autorski kwestionariusz ankiety, zawierający 14 pytań, w tym 4 otwarte i 10 zamkniętych. Badania przeprowadzono na dwóch oddziałach zabiegowych szpitala w Tarnowie z udziałem 50 pacjentów. Wykazano satysfakcjonujące bieżące informowanie o stanie zdrowia oraz przekazywanie informacji o celu i przebiegu badań – odpowiednio 82% i 86%. Bardzo wysoki odsetek badanych – aż 98% ocenia otoczenie na oddziale, w którym przebywają, jako przyjazne i rodzinne. We wnioskach podkreślono bardzo dobrą i dobrą współpracę zespołu terapeutycznego na rzecz pacjenta, dostrzeżoną przez 96% badanych. Pacjenci, w zdecydowanej większości postrzegali się, jako podmiot opieki zespołu terapeutycznego. Dokonywali także wysokiej oceny świadczonej opieki.

Dokonując analizy piśmiennictwa w kontekście współpracy interdyscyplinarnej, można dostrzec stosunkowo większą liczbę publikacji odnoszących się do współpracy lekarz-pielęgniarka, w porównaniu z innymi członkami zespołu terapeutycznego. Ślusarz, Jabłońska i Królikowska [2012, ss. 505–512] przeprowadzili badania, których celem było poznanie opinii pacjentów w kontekście jakości świadczonych usług przez zespół terapeutyczny. Grupę badaną stanowiło 455 pacjentów z pięciu oddziałów neurochirurgii w województwie kujawsko-pomorskim. Oddziały I-III stanowiły oddziały szpitali klinicznych w Bydgoszczy, oddział IV i V były zlokalizowane odpowiednio w szpitalu w Grudziądzu oraz Włocławku. W przeprowadzonych badaniach ankietowych zastosowano anonimowy kwestionariusz Satysfakcji Pacjenta (Patient's Satisfaction Questionnaire), ze skalą Likerta do oceny. Badani oceniali dwie grupy profesjonalistów – pielęgniarki oraz lekarzy. Pacjenci wszystkich pięciu oddziałów neurochirurgii w województwie kujawsko-pomorskim, pozytywnie ocenili jakość sprawowanej nad nimi opieki. Najwyższą satysfakcję ankietowanych chorych odnotowano na oddzia-

łach trzech szpitali klinicznych w Bydgoszczy, w porównaniu z oddziałami z innych miast. Najwyższą średnią ocenę uzyskał oddział III, otrzymując średnią ocenę 4,67, natomiast najniższa nota przypadła oddziałowi V, ze średnią 3,91. Pacjenci oddziałów neurochirurgii najniżej ocenili pracę zarówno lekarzy jak i pielęgniarek w obszarze informowania pacjentów w kwestii dalszego leczenia oraz sposobu wykonywania samoopieki.

Wyszadko wraz ze współ. [2014, ss. 106–115], zauważyła, że aby zapewnić pacjentom kompleksową i profesjonalną opiekę, istotne są analiza i doskonalenie współpracy lekarzy z psychologami. Głównym celem pracy ww. autorów było określenie warunkowań współpracy lekarzy i psychologów. Przeprowadzone zostały badania pilotażowe z zastosowaniem autorskiego kwestionariusza ankiety, zawierającego 24 pytania. Kwestionariusz ankiety został skierowany do 48 losowo wybranych hospicjów, zakładów opiekuńczo-leczniczych oraz domów pomocy społecznej, na terenie całej Polski. Zwrot kwestionariuszy uzyskano z 17 jednostek, w tym od piętnastu lekarzy i dziewięciu psychologów. W wynikach otrzymano pewne rozbieżności dotyczące oceny współpracy między profesjonalistami. Wzajemną relację, jako partnerską i opartą na zaufaniu określiło 73% lekarzy oraz 44% psychologów. Pomimo tego, 27% lekarzy oraz 44% psychologów uważa, że pracują „obok siebie”. Lekarze wyrazili zaufanie do psychologów, jako profesjonalistów w niższym stopniu (80%), w porównaniu do psychologów, z których wszyscy mają zaufanie do lekarzy, jako specjalistów. Zdaniem badanych, na poziom zadowolenia z wzajemnej współpracy największy wpływ mają kolejno: wzajemny szacunek, zaufanie do kompetencji współpracownika oraz umiejętność rozwiązywania konfliktów. Dzięki uzyskanym wynikom można wnioskować o istotnym znaczeniu klimatu organizacyjnego oraz zarządzania konfliktem, dla efektywnej współpracy interdyscyplinarnej.

Podsumowanie

Współpraca interdyscyplinarna w zespole stanowi podstawę kompleksowej diagnozy oraz leczenia pacjenta. Efektywne formy komunikacji w pracy zespołowej, szczególnie w przypadku wykonywania skomplikowanych procedur medycznych, są niezbędne aby sprawnie i bezpiecznie świadczyć pacjentom usługi medyczne, gwarantując jakościowo dobrą opiekę. Skuteczna komunikacja w pracy zespołowej może przyczyniać się także do zmniejszenia liczby błędów medycznych, których konsekwencją jest szkoda dla pacjentów oraz usługodawców. Umiejętności przywódcze oraz właściwa koordynacja, są coraz częściej uważane za znaczące determinanty doskonalenia pracy zespołowej. Nie bez znaczenia są także czynniki związane ze środowiskiem pracy,

w tym prawidłowe zarządzanie konfliktem oraz wewnętrzna spójność zespołu i umiejętność współpracy.

W ostatnich latach można zaobserwować na świecie zwiększone zainteresowanie pracą zespołową w opiece zdrowotnej, co przekłada się na rosnącą liczbę badań przeprowadzanych z udziałem członków zespołów interdyscyplinarnych. Z przeglądu badań wynika, iż przeważającą liczbę badań związanych z efektywnością pracy zespołowej stanowią badania dotyczące komunikacji oraz przywództwa. Istotną kwestią jest dalsze prowadzenie badań oraz stosowanie standaryzowanych narzędzi do badań efektywności pracy zespołowej, szczególnie w Polsce, gdzie stwierdza się niewystarczającą liczbę badań przeprowadzanych w tej płaszczyźnie, bądź badania prowadzone są narzędziami, które nie były poddane procesowi walidacji.

Bibliografia

- Adrian A., Maung MD, Christine C. i in. (2015), *Conflict management teams in the intensive care unit: A concise definitive review*, "J Trauma Acute Care Surg", nr 79.
- Alvarez G., Coiera E. (2006) *Interdisciplinary communication: an uncharted source of medical error?*, "J. Crit. Care", nr 21.
- Andersen PO., Jensen MK., Lippert A. i in. (2010), *Identifying non-technical skills and barriers for improvement of teamwork in cardiac arrest teams*, "Resuscitation", nr 81.
- Azoulay E., Timsit JF., Sprung CL. i in. (2009), *Prevalence and factors of intensive care unit conflicts: the conflictus study*, "Am. J. Respir. Crit. Care Med.", z. 180, nr 9.
- Bhanji F., Mancini ME., Sinz E. i in. (2010), *Part 16: education, implementation, and teams: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care*, "Circulation", nr 122.
- Błaszczuk-Tyszka A., Koziół U. (2005), *Pacjent podmiotem opieki zespołu terapeutycznego w ocenie pacjentów* [w:] Krajewska-Kulaś E. i in. (red.), *Pacjent podmiotem troski zespołu terapeutycznego*, Białostocka Biblioteka Pielęgniarki i Położnej, t. 1, Białystok.
- Błędowski P., Maciejasz M. (2013), *Rozwój opieki długoterminowej w Polsce – stan i rekomendacje*, „Now. Lek.”, 82(1).
- Boorsma M., Frijters D., Knol D. (2011), *Effects of multidisciplinary integrated care on quality of care in residential care facilities for elderly people: a cluster randomized trial*, "CMAJ" 183(11).
- Catchpole KR., de Leval MR., McEwan A. i in. (2007), *Patient handover from surgery to intensive care: using Formula 1 pit-stop and aviation models to improve safety and quality*, "Paediatr Anaesth", nr 17.
- Christian C.K., Gustafson M.L., Roth E.M. i in. (2006), *A prospective study of patient safety in the operating room*, "Surgery", nr 139.

- Dubas K., Kocot E., Rogala M. (2012), *Starzenie się populacji – co wiemy o problemie i jak możemy się przygotować na sprostanie wyzwaniu demograficznemu?* „Zesz. Nauk. Ochr. Zdr., Publ. Zarz.”, 10, 4.
- Fewster-Thuente L, Velsor-Friedrich B. (2008), *Interdisciplinary collaboration for healthcare professionals*, „Nurs. Adm. Q.”, 32 (1).
- Flin RH., Mitchell L. (2009), *Safer surgery: analysing behaviour in the operating theatre*, Farnham, Ashgate.
- Gillespie BM., Chaboyer W., Longbottom P. i in. (2010), *The impact of organisational and individual factors on team communication in surgery: a qualitative study*, „Int. J. Nurs. Stud.”, 47(6).
- Hunziker S., Johansson AC., Tschan F. i in. (2011), *Teamwork and leadership in cardiopulmonary resuscitation*, „J. Am. Coll. Kardiol.”, 14, 57(24).
- Jaki A. (2011), *Paradygmat efektywności w zarządzaniu*, „Przegląd Organizacji”, nr 4.
- Korner M. (2010), *Interprofessional teamwork in medical rehabilitation: A comparison of multidisciplinary and interdisciplinary team approach*, „Clin. Rehabil.”, 24(8).
- Leasure EL., Jones RR., Meade LB. (2013), *There is no “I” in teamwork in the patient-centered medical home: defining teamwork competencies for academic practice*, „Acad Med”, 88(5).
- Leonard M., Graham S., Bonacum D. (2004), *The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care*, „Qual Saf Health Care”, 13 (1).
- Lingard L., Espin S., Whyte S. i in. (2004), *Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effect*, „Qual Saf Health Care”, nr 13.
- Mancini ME., Soar J., Bhanji F. i in. (2010), *Part 12: education, implementation, and teams: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations*, „Circulation”, nr 122.
- Manser T. (2009), *Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature*, „Acta Anaesthesiol Scand”, nr 53.
- Martens M.L. (2009), *A Comparison of Stress Factors in Home and Inpatient Hospice Nurses*, „JHPN”, 11(3).
- Mazzocco K., Petitti DB., Fong K.T. i in. (2009), *Surgical team behaviors and patient outcomes*, „Am. J. Surg.”, nr 197.
- Nancarrow S.A., Booth A., Ariss S. i in. (2013), *Ten principles of good interdisciplinary team work*, „HUM RESOUR HEALTH”, 11(19).
- O'Brien J., Ringland M., Wilson S. (2010), *Advancing Nursing Leadership in Long-Term Care*, „Nurs Leadersh”, nr 23.
- PN-EN ISO 9001:2009 (2009), *Systemy zarządzania jakością – Wymagania*, Polski Komitet Normalizacyjny, Warszawa.
- Reader T.W., Flin R., Cuthbertson B.H. (2007), *Communication skills and error in the intensive care unit*, „Curr. Op. Critl. Care”, nr 13.
- Reader T.W., Flin R., Mearns K. i in. (2009), *Developing a team performance framework for the intensive care unit*, „Crit. Care Med.”, 37, 5.

- Salamon J., Moździerz K. (2007), *Czy zespoły terapeutyczne realizują w pełni swoje zadania?*, [w]: Krajewska-Kułak E. i in. (red), *Problemy terapeutyczno-pielęgnacyjne: od poczęcia do starości*, t. 2, wyd. AM w Białymstoku, Białystok.
- Sargeant J., Loney E., Murphy G. (2008), *Effective interprofessional teams: "contact is not enough" to build a team*, "J. Contin. Educ. Health Prof.", 28(4).
- Scott W.E., Cummings L.L. (red.) (1983), *Zachowania człowieka w organizacji*, t. 1, PWN, Warszawa.
- Ślusarz R., Jabłońska R., Królikowska A. (2012), *The Quality of Health Care on Neurosurgical Wards – Work of a Therapeutic Team*, "Adv. Clin. Exp. Med.", 21 (4).
- Soar J., Mancini M.E., Bhanji F. i in. (2010), *Education, Implementation, and Teams Chapter Collaborators: Part 12: Education, implementation, and teams: 2010 International consensus on cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science with treatment recommendations*, "Resuscitation", 81, 1.
- Sutcliffe K.M., Lewton E., Rosenthal M.M. (2004), *Communication failures: an insidious contributor to medical mishaps*, "Acad. Med.", nr 79.
- Temkin-Greener H., Gross D., Kunitz S.J. i in. (2004), *Measuring interdisciplinary team performance in a long-term care setting*, "Medical Care", 42 (5).
- Thylefors I. (2012), *All professionals are equal but some Professional are more equal than others? Dominance, status and efficiency in Swedish interprofessional teams*, "Scand. J. Caring Sci.", nr 26.
- Van Beuzekom M., Akerboom SP., Boer F. (2007), *Assessing system failures in operating rooms and intensive care units*, "Qual Saf Health Care", nr 16.
- Weller J., Boyd M., Cumin D. (2014), *Teams, tribes and patients safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare*, "Postgrad Med. J.", nr 90.
- Wittenberg-Lyles E., Oliver D., Demiris G. i in. (2010), *Interdisciplinary Collaboration in Hospice Team Meetings*, "J. Interprof. Care", 24 (3).
- Wołowski T., Piątek W., Nowalińska M. (2010), *Ocena jakości opieki pielęgniarek uzdrowiskowych przez kuracjuszy*, „Ann. Acad. Med. Gedan.", nr 40.
- Wyszadko A. i in. (2014), *Wybrane aspekty współpracy lekarzy i psychologów na podstawie wyników badania pilotażowego przeprowadzonego w hospicjach, domach pomocy społecznej i zakładach opiekuńczo-leczniczych*, „Psychoonkologia", nr 3.
- Yeung JH., Ong GJ., Davies RP. i in. (2012), *Factors affecting team leadership skills and their relationship with quality of cardiopulmonary resuscitation*, "Crit. Care Med.", 40(9).
- Sentinel Event Statistics Data – Root Causes by Event Type (2004–2015): http://www.jointcommission.org/sentinel_event_statistics/ (08.03.2016)

Nina Ogińska-Bulik¹

Uniwersytet Łódzki

Zygfryd Juczynski²

Spółeczna Akademia Nauk

Psychologiczne wyznaczniki pozytywnych zmian potraumatycznych u ratowników medycznych

Psychological Predictors of Positive Posttraumatic Changes in Medical Rescue Workers

Abstract: The purpose of the research was to investigate the role of resiliency and coping strategies with stress in occurrence of posttraumatic positive changes. Data of 80 medical rescue workers, who confirmed experience at least one traumatic event in their worksite, were analyzed. The Posttraumatic Growth Inventory, the Assessment of Resiliency Scale and Inventory Mini-COPE were used in the study. The results revealed that the main role in posttraumatic growth play factor of resiliency, it is determination and persistence in action and among coping strategies – turning to religion. Generally, in the process of emergence of positive posttraumatic changes coping strategies play more significant role than resiliency.

Key words: posttraumatic growth, resiliency, coping strategies, medical rescue workers.

Wstęp

Praca w służbach ratowniczych, czy to w policji, straży pożarnej, czy w ratownictwie medycznym, wiąże się z narażeniem na specyficzny rodzaj stresorów, jakimi są zdarzenia traumatyczne. Przeżycie zdarzenia traumatycznego wymaga, według klasyfikacji DSM-IV-TR [APA 2000] spełnienia dwóch warunków, tj.

¹ E-mail: noginska@uni.lodz.pl

² E-mail: zjuczynski@spoleczna.pl

- 1) osoba doświadczyła, była świadkiem lub miała styczność ze zdarzeniem (lub zdarzeniami), w których ktoś poniósł śmierć, doznał poważnych obrażeń lub utraty fizycznej integralności własnej czy innych ludzi oraz
- 2) reakcją na to wydarzenie był intensywny strach, poczucie bezradności lub zgrozy. Zwłaszcza to drugie kryterium, a więc przeżywane emocje, czynią dane wydarzenie traumatycznym.

Specyfika pracy służb ratowniczych powoduje, iż kontakt ze zdarzeniami traumatycznymi i konfrontacja z zagrożeniami życia osób poszkodowanych, obcowanie ze śmiercią, czy poczucie bezsilności w trakcie ratowania poszkodowanych są na stałe wpisane w charakter działań zawodowych. Z badań szwedzkich [Jonsson i in. 2003, ss. 79–84] wynika, że blisko 62% badanych ratowników zatrudnionych w zespołach pogotowia ratunkowego doświadczyło traumatycznego zdarzenia podczas swojej pracy. Badania polskie, obejmujące członków zespołów ratowniczych pogotowia ratunkowego wykazały, że w trakcie pełnienia obowiązków służbowych 72% spośród badanych doświadczyło tego typu sytuacji co najmniej jeden raz, a 64% dwa razy i więcej [Dudek 2003, s. 48]. Z badań Ogińskiej-Bulik [2015, ss. 157–158] wynika, że zdecydowana większość badanych (82%) była narażona na zdarzenia traumatyczne z udziałem dzieci, które były ofiarami wypadków lub innych zdarzeń. Ponad 80% badanych doświadczyło kilka lub kilkanaście razy kontaktu z ofiarami przemocy. W ratowaniu poszkodowanych w wypadkach, w których wystąpiło kilkanaście ofiar, brało udział 62% ratowników.

Konsekwencje zdarzeń traumatycznych

Doświadczenie traumy pociąga za sobą negatywne następstwa, przede wszystkim w zakresie zdrowia psychicznego. Wskazują na to m. in. badania brytyjskie [Clohessy, Ehlers 1990, ss. 251–265], w których ujawniono, że 22% spośród badanych pracowników pogotowia ratunkowego prezentowało objawy zaburzeń zdrowia psychicznego, a u około połowy występowały intruzyjne myśli, poczucie irytacji, problemy ze snem i dystansowanie się od innych. Z badań polskich wynika, że wśród objawów doświadczanego stresu w pracy ratowników medycznych najczęściej występowało rozdrażnienie (37%), bóle głowy (26%), zaburzenia snu (22%), niekontrolowane wybuchy złości i innych negatywnych emocji (19%) [Bińczycka-Anholcer, Lepiesza 2011, ss. 455–461].

Najczęstszym zaburzeniem związanym z doświadczeniem traumy jest zespół stresu pourazowego (posttraumatic stress disorder – PTSD) lub jego objawy. W badaniach angielskich [Clohessy, Ehlers, 1990, ss. 251–265] zespół ten zdiagnozowano u 21%

ratowników medycznych. Z polskich badań przeprowadzonych w tej grupie zawodowej [Ogińska-Bulik 2015, s. 158] wynika, że blisko 42% respondentów ujawniło, co najmniej umiarkowane nasilenie objawów PTSD.

Prowadzone w ostatnich latach badania nad stresem traumatycznym dowodzą, iż wynikiem podjęcia prób poradzenia sobie z doświadczonym zdarzeniem traumatycznym może być również pojawienie się pewnych zmian pozytywnych. Chodzi mianowicie o zmiany w percepcji siebie, w relacjach z innymi, czy filozofii życiowej, które określa się pojęciem potraumatycznego wzrostu/rozwoju (*posttraumatic growth* – PTG) [Tedeschi, Calhoun 1996, ss. 455–471; 2004, ss. 1–8]. W wyniku przeżycia traumy niektórzy ludzie stają się mocniejsi, bardziej dojrzały, zauważają zwiększone umiejętności radzenia sobie i przetrwania w skrajnie trudnych warunkach, dostrzegają nowe możliwości w swoim życiu i stawiają sobie nowe cele. Wiele osób, które przeżyły traumę odkrywa w sobie większe pokłady wrażliwości i współczucia dla innych i wykazuje większą skłonność do otwierania się przed innymi. Niektórzy ludzie w wyniku doświadczania krytycznych wydarzeń bardziej doceniają życie i przeżywają je bardziej świadomie [Tedeschi, Calhoun 2007, ss. 230–248].

Występowanie pozytywnych zmian po traumie wśród pracowników zespołów ratowniczych pogotowia ratunkowego stwierdzono m.in. w badaniach australijskich [Kirby i in. 2011, ss. 25–34]. W Polsce, jak dotychczas, przeprowadzono niewiele badań w tym zakresie. Te dostępne potwierdzają występowanie wzrostu po traumie u ratowników medycznych [Ogińska-Bulik 2014, ss. 209–217; 2015, ss. 95–98; Ogińska-Bulik, Kobylarczyk 2015, ss. 707–719].

Czynniki warunkujące wzrost po traumie

Nie u wszystkich osób, które doświadczyły traumy pojawiają się zmiany pozytywne. Wzrost po traumie jest wynikiem współwystępowania wielu czynników, które ogólnie można zaklasyfikować do dwóch podstawowych grup. Do pierwszej zalicza się czynniki sytuacyjne, dotyczące samej traumy, takie jak intensywność traumy i związany z nią stopień zagrożenia dla zdrowia czy życia jednostki, czas, jaki upłynął od wydarzenia oraz otrzymywane wsparcie społeczne. Drugą grupę stanowią zmienne podmiotowe, w tym dane socjodemograficzne, przekonania jednostki i jej właściwości osobowościowe oraz stosowane strategie radzenia sobie ze stresem [Ogińska-Bulik 2015, ss. 99–120].

W odniesieniu do pierwszej kategorii czynników wyniki badań nie są jednoznaczne. Jedni wskazują, że mamy do czynienia z zależnością prostoliniową, a więc bardziej intensywna trauma wiąże się z większym nasileniem pozytywnych zmian w jej na-

stępstwie [Park i in. 1996, ss. 71–105]. Inni dowodzą występowania raczej zależności krzywoliniowej, co oznacza, że zarówno wydarzenia o małej, jak i skrajnie dużej intensywności nie sprzyjają pojawianiu się zmian wzrostowych [Linley, Joseph 2004, ss. 11–21]. Wyniki badań wskazują również, iż kobiety doświadczają więcej pozytywnych zmian w wyniku doświadczonej traumy, niż mężczyźni [Jaarsma i in. 2006, ss. 911–920]. Podobne wnioski wynikają z metaanalizy wyników badań, dokonanej przez Vishnevsky i wsp. [2010, ss. 110–120]. Kobiety czerpią więcej korzyści z traumy i tendencja ta wzrasta wraz z wiekiem.

Wśród właściwości osobowości sprzyjających pojawianiu się pozytywnych zmian potraumatycznych istotne znaczenie przypisuje się prężności. Prężność (*resiliency*), oznacza zespół cech pozwalających jednostce na bardziej skuteczne radzenie sobie ze stresem i negatywnymi emocjami. Prężność sprzyja wytrwałości i elastycznemu przystosowaniu się do wymagań życiowych, ułatwia mobilizację do podejmowania działań zaradczych w trudnych sytuacjach, a także zwiększa tolerancję negatywnych emocji i niepowodzeń. Ponadto, osoby odznaczające się wysokim poziomem prężności są bardziej pozytywnie nastawione do życia, przejawiają wyższe poczucie własnej wartości i skuteczności. Jednostka prężna charakteryzuje się stabilnością emocjonalną, napotkane trudności postrzega częściej, jako szansę na zdobycie nowych doświadczeń, a siebie skłonna jest uważać za osobę posiadającą wpływ na podejmowanie decyzji [Ogińska-Bulik, Juczyński 2008, ss. 39–56].

Związek między prężnością a wzrostem po traumie nie jest jednoznaczny. Autorzy konstruktu, jakim jest potraumatyczny wzrost [Tedeschi, Calhoun 1996, ss. 455–471], wskazują m. in., że prężne osoby mogą nie doświadczać wzrostu, ponieważ traumatyczne wydarzenie może nie stanowić dla nich wystarczająco silnego wyzwania. Uważa się także, że prężność pełni większą rolę w zapobieganiu negatywnym konsekwencjom negatywnych wydarzeń życiowych [Connor 2006, ss. 46–49; Levine i in. 2009, ss. 282–286].

Wpływ na konsekwencje doświadczenia traumatycznego mogą mieć również preferowane strategie radzenia sobie ze stresem. Wśród strategii sprzyjających pojawianiu się pozytywnych zmian potraumatycznych wymienia się akceptację zaistniałej sytuacji, pozytywne przewartościowanie, radzenie sobie skoncentrowane na zadaniu i oparte na religii [Linley, Joseph 2004, ss. 11–21; Helgeson i in. 2006, ss. 797–816; Ogińska-Bulik 2014, ss. 209–217].

Cel badań

Dotychczas przeprowadzono niewiele badań dotyczących uwarunkowań pojawiania się pozytywnych zmian potraumatycznych w służbach ratowniczych. Podjęte badania miały na celu ustalenie roli prężności psychicznej i strategii radzenia sobie ze stresem w procesie potraumatycznego rozwoju w grupie ratowników medycznych.

Poszukiwano odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

1. Czy i jakiego rodzaju pozytywne zmiany po traumie dostrzegają u siebie badani ratownicy medyczni i czy wiek badanych wiąże się z poziomem tych zmian?
2. Czy prężność i preferowane strategie radzenia sobie ze stresem można uznać za predyktory (wyznaczniki) potraumatycznego wzrostu?

Metody

Badaniami objęto 120 ratowników (mężczyzn) z rejonu województwa łódzkiego. Badania przeprowadzono za zgodą badanych i przełożonych w trakcie dyżurów³. Badania zasadnicze przeprowadzono u tych ratowników, którzy – jak wynikało z wypełnionego na wstępie kwestionariusza, w którym podano podstawowe kryteria traumy – potwierdzili wystąpienie zdarzenia traumatycznego w związku z wykonywaniem pracy w ostatnich pięciu latach. Spośród 120 pytanym doświadczenie zdarzenia traumatycznego potwierdziło 88 ratowników (73,3%) z których 80 odpowiedziało na wszystkie pytania kwestionariuszy. Średni wiek badanej grupy mieścił się w zakresie 21–67 lat ($M=35,47$; $SD=10,21$).

W badaniach wykorzystano 3 standaryzowane narzędzia pomiaru:

1. Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju – IPR, będący polską adaptacją the Post-traumatic Growth Inventory, którego autorami są Tedeschi i Calhoun. IPR mierzy 4 czynniki składające się na potraumatyczny wzrost [Ogińska-Bulik, Juczyński 2010, ss. 129–142].
2. Skala Pomiaru Prężności (SPP-25), autorstwa Ogińskiej-Bulik i Juczyńskiego [2008, ss. 39–56], która oprócz wyniku ogólnego pozwala na pomiar 5 czynników prężności.
3. Inwentarz Mini-Cope opracowany przez Carvera, który jest skróconą wersją the Coping Orientations to Problems Experienced – COPE) i w polskiej adaptacji mierzy 14 strategii radzenia sobie ze stresem [Juczyński, Ogińska-Bulik 2009, ss. 23–43].

³ Badania przeprowadzono w ramach seminarium magisterskiego.

Wyniki badań

Do analizy statystycznej zakwalifikowano wyniki 80 kompletnie osób⁴. Po sprawdzeniu normalności rozkładów analizowanych zmiennych ustalono ich wartości średnie oraz odchylenia standardowe. Średnie wartości potraumatycznego wzrostu przedstawia tabela 1. Ogólny wynik IPR pozwala na ustalenie stopnia pozytywnych zmian. Zgodnie z normami opracowanymi dla IPR, 37 ratowników (46,2%) ujawnia wysoki, 27 (33,8%) przeciętny, a pozostałych 16 (20%) niski poziom potraumatycznego rozwoju. Sprawdzono również, w którym wymiarze występują największe zmiany. Aby dokonać porównania uzyskane średnie czterech czynników inwentarza podzielono przez liczbę przypadających na nie twierdzeń. Uzyskane wyniki wskazują, że statystycznie istotnie większe zmiany ($p < 0,01$) dotyczą czynnika 1. ($M=3,43$; $SD=0,85$), tj. zmian w percepcji siebie oraz czynnika 3. ($M=3,43$; $SD=1,17$), którym jest docenianie życia, najmniejsze zaś czynnika 4. ($M=2,55$; $SD=1,45$), tj. zmian w sferze duchowej.

Tabela 1. Średnie wartości potraumatycznego wzrostu

Zmienne	M	SD
Potraumatyczny wzrost – ogółem	68,88	17,99
1. Zmiany w percepcji siebie	30,87	7,66
2. Zmiany w relacjach z innymi	22,60	7,04
3. Docenianie życia	10,30	3,52
4. Zmiany duchowe	5,11	2,91

M – średnia arytmetyczna SD – odchylenie standardowe

Źródło: opracowanie własne.

Wiek badanych nie różnicuje nasilenia pozytywnych zmian potraumatycznych w badanej grupie ratowników⁵. Średnie wyniki potraumatycznego wzrostu osób młodszych ($M=65,91$; $SD=19,60$) nie różnią się w sposób istotny statystycznie od wyników osób starszych ($M=72,43$; $SD=14,70$) tak w zakresie ogólnego wyniku inwentarza ($t = -1,61$), jak również jego 4 czynników.

Wyniki pozostałych dwóch narzędzi, które pozwoliły na zoperacjonalizowanie złożonych zmiennych objaśniających, nie odbiegają w sposób znaczący od średnich uzyskanych w badaniach normalizacyjnych. Średni wynik prężności ($M=75,17$;

⁴ Wyniki badań zostały częściowo wykorzystane w artykule „Rola strategii radzenia sobie ze stresem w rozwoju po traumie u ratowników medycznych”, opublikowanym w nr 2 czasopisma *Medycyna Pracy* [Ogińska-Bulik 2014].

⁵ Podziału na młodszych (do 35 lat) i starszych (36 lat i powyżej) dokonano na podstawie średniej wieku badanej grupy.

SD=11,48) odpowiada wartości 6 stena i wskazuje na przeciętny poziom tej zmiennej. Do najczęściej wykorzystywanych strategii radzenia sobie ze stresem należą aktywne radzenie sobie (M=4,80; SD=3,84) i planowanie (M=4,12; SD=1,31). Z kolei najrzadziej stosowanymi strategiami są zaprzestanie działań (M=1,52; SD=1,50), zażywanie substancji psychoaktywnych (M=1,55; SD=1,60) i zaprzeczanie (M=1,75; SD=1,49).

W kolejnym kroku analizy danych sprawdzono, czy istnieje związek między prężnością i stosowanymi strategiami radzenia sobie, a nasileniem potraumatycznego wzrostu. Zamieszczone w tabeli 2 współczynniki korelacji wskazują na dość słabe powiązanie prężności z nasileniem pozytywnych zmian potraumatycznych. Wynik ogólny prężności koreluje dodatnio jedynie ze zmianami w percepcji siebie (korelacja istotna na $p < 0,05$). Więcej istotnych powiązań dotyczy poszczególnych czynników prężności. Przede wszystkim wytrwałość i determinacja w dążeniu do celu (cz. 1) koreluje istotnie ($p < 0,01$) ze zmianami w zakresie percepcji siebie oraz zmianami w relacjach z innymi ($p < 0,05$). Ponadto, czynnik 4 prężności, tj. tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania, jest dodatnio powiązany z występowaniem pozytywnych zmian w percepcji siebie ($p < 0,05$).

Zdecydowanie bardziej znaczące powiązania zachodzą między potraumatycznym wzrostem a strategiami radzenia sobie ze stresem. Z ogólnym wynikiem zmian potraumatycznych pozytywnie korelują strategie aktywnego radzenia sobie, planowania, zwrotu ku religii, poszukiwania wsparcia, tak emocjonalnego, jak i instrumentalnego oraz odwracanie uwagi od stresora. Warto zauważyć, że silniejsze korelacje ($p < 0,001$) dotyczą jednak strategii unikowych, w tym przede wszystkim zwrotu ku religii czy zajmowania się czymś innym (odwracania uwagi). Siła związku strategii aktywnego radzenia sobie, planowania czy poszukiwania wsparcia jest znacznie słabsza ($p < 0,05$).

Uwzględniając poszczególne wymiary składające się na wzrost po traumie należy zauważyć, iż ze wszystkimi czterema wymiarami potraumatycznego wzrostu bardzo ściśle wiąże się jedynie strategia radzenia sobie w postaci zwrotu ku religii, a więc modlenie się bądź medytowanie, celem znalezienia ukojenia. Z kolei poszukiwanie wsparcia, zarówno emocjonalnego, jak i instrumentalnego, wykazuje istotne powiązania z pozytywnymi zmianami w relacjach z innymi, zaś aktywne radzenie sobie koreluje ze zmianami w percepcji siebie.

Zasadniczym celem przeprowadzonych badań było ustalenie, czy i które z wymiarów prężności oraz jakie strategie radzenia sobie pozwalają na przewidywanie wystąpienia pozytywnych zmian potraumatycznych w badanej grupie ratowników medycznych.

Tabela 2. Współczynniki korelacji między prężnością i strategiami radzenia sobie ze stresem a potraumatycznym wzrostem

Potraumatyczny wzrost (PTG):	Wynik ogólny	Czynniki PTG			
		1	2	3	4
Prężność – wynik ogólny	0,15	0,28*	0,07	0,15	-0,13
1. Wytrwałość i determinacja w działaniu	0,31**	0,37**	0,28*	0,15	0,04
2. Otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru	0,15	0,28*	0,09	0,17	-0,15
3. Kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji	0,04	0,19	-0,06	0,03	-0,16
4. Tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania	0,14	0,24*	0,04	0,22	-0,15
5. Optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach	0,06	0,17	-0,01	0,06	-0,10
Strategie radzenia sobie:					
1. Aktywne radzenie sobie	0,22*	0,22*	0,18	0,12	0,06
2. Planowanie	0,25*	0,24*	0,23*	0,34**	0,03
3. Pozytywne przewartościowanie	0,15	0,18	0,13	0,18	-0,04
4. Akceptacja	0,10	0,10	0,13	0,24*	0,05
5. Poczucie humoru	0,08	0,12	0,07	0,04	-0,03
6. Zwrot ku religii	0,44***	0,33**	0,47***	0,23*	0,54***
7. Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	0,26*	0,13	0,38***	0,12	0,16
8. Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	0,25*	0,17	0,36***	0,04	0,22
9. Zajmowanie się czymś innym	0,36***	0,27*	0,43***	0,31**	0,15
10. Zaprzeczanie	0,16	0,09	0,17	0,09	0,33**
11. Wyładowanie	0,15	0,06	0,25*	0,11	0,19
12. Zazywanie substancji psychoaktywnych	-0,01	-0,04	0,06	-0,13	0,19
13. Zaprzestanie działań	0,05	0,04	0,06	-0,10	0,13
14. Obwinianie siebie	0,05	0,01	0,10	0,06	0,13

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$

Czynniki potraumatycznego wzrostu: 1. Zmiany w percepcji siebie. 2. Zmiany w relacjach z innymi.

3. Docenianie życia. 4. Zmiany duchowe.

Źródło: opracowanie własne.

W tym celu przeprowadzono analizę regresji wielokrotnej (w wersji krokowej postępującej). Do równania regresji wprowadzono te czynniki prężności i strategie radzenia sobie, które w sposób statystycznie istotny korelowały z wynikiem ogólnym IPR. Były to: czynnik 1 prężności – wytrwałość i determinacja w działaniu oraz sześć

strategii radzenia sobie ze stresem, tj. 1) aktywne radzenie sobie, 2) planowanie, 6) zwrot ku religii, 7) poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, 8) poszukiwanie wsparcia instrumentalnego oraz 9) zajmowanie się czymś innym. Do modelu nie wprowadzono zmiennej moderującej, jaką mógłby być wiek badanych, gdyż nie różnicował w sposób statystycznie istotny zmian potraumatycznych.

W tabeli 3 przedstawiono podsumowanie wyników analizy regresji dla ogólnego wskaźnika potraumatycznego wzrostu. Predyktorami wzrostu po traumie okazały się dwie strategie radzenia sobie ze stresem, tj. zwrot ku religii i zajmowanie się czymś innym oraz czynnik prężności, a ściślej – wytrwałość i determinacja w dążeniu do celu. Zmienne te wyjaśniają łącznie 35% wariacji całkowitej, przy czym największy udział posiada strategia zaradcza w postaci zwrotu ku religii (20%). Z pozostałych – czynnik prężności wyjaśnia 10%, a zajmowanie się czymś innym 5% wariacji zmiennej zależnej. Dodatkowo znaki wskaźnika *Beta* oznaczają, że im częściej badani korzystają z wymienionych dwóch strategii oraz im większą przejawiają wytrwałość i determinację w dążeniu do celu, tym doznają więcej pozytywnych zmian w wyniku doświadczonych zdarzeń o charakterze traumatycznym.

Tabela 3. Predyktory potraumatycznego wzrostu

Zmienne	<i>Beta</i>	Błąd <i>Beta</i>	B	Błąd B	t	p
6. Zwrot ku religii	0,37	0,10	3,79	1,04	3,62	0,001
Czynnik 1 prężności	0,28	0,09	1,76	0,62	2,84	0,01
9. Zajmowanie się czymś innym	0,21	0,10	2,65	1,26	2,10	0,05
Wartość stała			23,44	9,64	2,43	0,02
R=0,59; R ² =0,35						

Beta – standaryzowany współczynnik regresji B – niestandaryzowany współczynnik regresji

t – wartość testu t; p – poziom istotności; R – współczynnik korelacji; R² – współczynnik determinacji.

Źródło: opracowanie własne.

Przeprowadzono również szczegółowe analizy mające na celu poszukiwanie predyktorów dla poszczególnych wymiarów wzrostu po traumie. I tak, dla zmian w percepcji siebie predyktorem okazał się czynnik 1 prężności, tj. wytrwałość i determinacja w dążeniu do celu (*Beta*=0,36) oraz strategia zwrotu ku religii (*Beta*=0,27). Obydwie zmienne wyjaśniają łącznie 26% wariacji całkowitej (R=0,53; R²=0,26), ale nieco większy udział ma czynnik prężności (14%).

Dla drugiego wymiaru potraumatycznego wzrostu, tj. zmian w relacjach z innymi, zidentyfikowano cztery zmienne predykcyjne, które łącznie wyjaśniają 43% wariacji

zmiennej zależnej ($R=0,64$; $R^2=0,43$). Są to: zwrot ku religii ($Beta=0,32$; $R^2=0,22$), zajmowanie się czymś innym ($Beta=0,25$; $R^2=0,07$), poszukiwanie wsparcia instrumentalnego ($Beta=0,20$; $R^2=0,05$) oraz czynnik 1 prężności, czyli wytrwałość i determinacja w dążeniu do celu ($Beta=0,26$; $R^2=0,09$). Największą moc predykcyjną posiada strategia zwrot ku religii, która wyjaśnia 22% wariancji zmiennej zależnej.

Dwie strategie radzenia sobie pozwalają na przewidywanie zmian w zakresie doceniania życia (3 wymiar potraumatycznego wzrostu). Są to: planowanie ($Beta=0,29$; $R^2=0,12$) oraz zajmowanie się czymś innym ($Beta=0,25$; $R^2=0,06$). Łącznie wyjaśniają 18% wariancji zmiennej zależnej ($R=0,42$; $R^2=0,18$), przy czym większy udział wnosi pierwsza z nich (12%).

Predyktorem pozytywnych zmian w wymiarze duchowym okazała się tylko jedna zmienna i – jak można było przewidzieć – chodzi o zwrot ku religii, która to strategia wyjaśnia łącznie 29% wariancji zmiennej zależnej ($R=0,54$; $R^2=0,29$).

Podsumowanie i wnioski

Prawie połowa spośród badanych ratowników medycznych (46,2%) ujawniła wysoki poziom wzrostu potraumatycznego, wynikający z przeżycia traumatycznego zdarzenia podczas pełnienia obowiązków zawodowych. Zaistniałe zmiany dotyczą przede wszystkim percepcji siebie i doceniania życia. Pojawianie się pozytywnych zmian potraumatycznych nie wyklucza równoczesnego występowania u negatywnych skutków doświadczonych zdarzeń, w tym objawów stresu pourazowego. Co więcej, doświadczanie stanu dystresu może ułatwiać przepracowanie traumy i dzięki temu sprzyja pojawieniu się zmian pozytywnych. Wskazują na to wyniki badań australijskich [Kirby i in. 2011, ss. 25–34], a także polskich, w których wykazano dodatni związek między objawami PTSD a wzrostem po traumie [Ogińska-Bulik 2015, ss. 121–125].

W prezentowanych badaniach koncentrowano się wyłącznie na zmianach pozytywnych i ustaleniu związku prężności psychicznej i strategii radzenia sobie z potraumatycznym wzrostem. Tylko jeden wymiar prężności, a mianowicie wytrwałość i determinacja w dążeniu do celu, sprzyja pozytywnym zmianom w percepcji siebie, polegających na dostrzeganiu nowych możliwości i odczuwaniu wzrostu poczucia osobistej siły.

Stosunkowo słabą zależność między prężnością a poziomem pozytywnych zmian po traumie można wyjaśnić tym, iż prężność jest traktowana przede wszystkim, jako czynnik chroniący przed negatywnymi skutkami doświadczanych negatywnych wydarzeń życiowych, w tym objawami stresu pourazowego. Prężność umożliwia powrót do stanu równowagi, co nie jest równoznaczne ze wzrostem. Ponadto, dla osób cha-

rakteryzujących się wysokim poziomem prężności doświadczone negatywne wydarzenie może nie stanowić wystarczająco silnego wyzwania. Taka sytuacja nie sprzyja poznawczemu przetwarzaniu traumy, a co za tym idzie – wystąpieniu pozytywnych zmian w jej wyniku. Być może prężność należy traktować, jako czynnik sprzyjający występowaniu tylko niektórych zmian składających się na potraumatyczny rozwój, przede wszystkim zmian w percepcji siebie.

Uzyskane wyniki badań dostarczyły danych wskazujących, że z potraumatycznym wzrostem silniej korelują strategie radzenia sobie, niż prężność psychiczna. Rola strategii zaradczych okazuje się jednak bardzo zróżnicowana. Zmianom w relacjach z innymi, polegającym na większym poczuciu związku z innymi, wzroście empatii i altruizmu, sprzyja przede wszystkim zwrot ku religii oraz – w mniejszym stopniu – zajmowanie się czymś innym i poszukiwanie wsparcia. Zwrot ku religii sprzyja również zmianom w percepcji siebie i w sferze duchowej. Natomiast bardziej aktywne strategie zaradcze, jak planowanie, wiążą się z większym docenianiem życia, zmianą filozofii życia, czy dotychczasowych priorytetów.

Z przeprowadzonych badań wynika, że w procesie czerpania korzyści z traumy ważniejszą rolę zdają się pełnić strategie unikowe, do których należy religijne radzenie sobie, niż strategie skoncentrowane na problemie. Zwrot ku religii, jako strategia sprzyjająca czerpaniu korzyści z sytuacji traumatycznej, został wykazany w wielu badaniach [Linley, Joseph 2004, ss. 11–21; Helgeson i in. 2006, ss. 797–816; Morris i in. 2007, ss. 1–12; Prati, Petrantoni 2009, s. 364–388], jednak dotyczyły one traumy związanej ze zmaganiem się z przewlekłą chorobą somatyczną. Religia może być źródłem wsparcia emocjonalnego, może wpływać na pozytywne przewartościowanie i rozwój, może też wyrażać aktywną formę radzenia sobie [McCrae, Costa 1986, ss. 385–405].

Należy zwrócić uwagę na ograniczenia omawianych badań. Przede wszystkim w badanej grupie ratowników medycznych nie oceniano negatywnych skutków doświadczonych wydarzeń traumatycznych. Dostępne badania, prowadzone również w Polsce, wskazują na współwystępowanie pozytywnych i negatywnych skutków doświadczeń traumatycznych u pracowników służb ratowniczych [Ogińska-Bulik 2015, ss. 121–125]. Nie analizowano znaczenia czasu, w jakim miało miejsce zdarzenie traumatyczne, ani wpływu wielokrotnej traumy doświadczonej w pracy na poziom potraumatycznego wzrostu. W badaniach skoncentrowano się na zdarzeniach traumatycznych związanych z pełnieniem obowiązków służbowych i nie analizowano osobistych doświadczeń traumatycznych, które mogły wystąpić, przynajmniej u niektórych ratowników i wpływać na poziom zmian. Oceny pozytywnych skutków doświadczonych zdarzeń traumatycznych dokonano za pomocą samoopisu. Nie można więc wykluczyć wpływu zmiennej aprobaty społecznej, tj. przypisywania sobie pozy-

tywnych zmian, nawet, gdy faktycznie nie wystąpiły. Mierzone strategie radzenia sobie ze stresem dotyczyły ogólnych dyspozycji do radzenia sobie w sytuacjach stresowych, a nie do radzenia sobie z doznaną traumą. Ponadto, badania miały charakter przekrojowy, co nie upoważnia w sposób jednoznaczny do wnioskowania o zależnościach przyczynowo-skutkowych.

Pomimo przedstawionych ograniczeń uzyskane wyniki badań wnoszą nowe treści w zakresie pozytywnych następstw doświadczanych zdarzeń traumatycznych. Wpisują się one w nowy nurt psychologii, jakim jest psychologia pozytywna, koncentrująca się na „mocnych” stronach człowieka i akcentująca rolę zasobów w procesach zdrowia i choroby. Wyniki uzyskanych badań mogą być wykorzystane w praktyce, a także stanowić inspirację do dalszych poszukiwań.

Bibliografia

- APA (2000), *DSM-IV-TR. Kryteria Diagnostyczne według DSM-IV-TR*, red. wyd. polskiego Wciórka J., Urban & Partner, Warszawa.
- Bińczycka-Anholcer M., Lepiesza P. (2011), *Stres na stanowisku pracy ratownik medycznego*, „Hygeia Public Health”, z. 46, nr 4.
- Clohessy S., Ehlers A. (1990), *PTSD symptoms, response to intrusive memories and coping in ambulance service workers*, „British Journal of Clinical Psychology”, nr 38.
- Connor K. M. (2006), *Assessment of resilience in the aftermath trauma*, „Journal of Clinical Psychiatry”, z. 67, nr 2.
- Dudek B. (2003), *Zaburzenie po stresie traumatycznym*, GWP, Gdańsk.
- Helgeson V., Reynolds K., Tomich P. (2006), *A meta-analytic review of benefit finding and growth*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology”, z. 74, nr 5.
- Jaarsma T., Pool G., Sanderman R., Ranchor A. (2006), *Psychometric properties of the Dutch version of the Posttraumatic Growth Inventory among cancer patients*, „Psycho-Oncology”, z. 15, nr 10.
- Jonsson A., Segesten K., Mattsson B. (2003), *Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel*, „Emergency Medicine Journal”, z. 20, nr 1.
- Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. (2009), *Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem*, Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa.
- Kirby R., Shakespeare-Finch J., Palk G. (2011), *Adaptive and maladaptive coping strategies predict posttrauma outcomes in ambulance personnel*, „Traumatology”, z. 17, nr 4.
- Levine S.Z., Laufer A., Stein E., Hamma-Raz Y., Solomon Z. (2009), *Examining the relationship between resilience and posttraumatic growth*, „Journal of Traumatic Stress”, z. 22, nr 4.
- Linley P.A., Joseph S. (2004), *Positive change following trauma and adversity: A review*, „Journal of Traumatic Stress”, z. 17, nr 1.

- McCrae, R.R., Costa, P.T. Jr (1986), *Personality coping, and coping effectiveness in adult sample*, „Journal of Personality”, z. 54, nr 25.
- Morris, B., Shakespeare-Finch, J., Scott, J. (2007), *Coping process and dimensions of posttraumatic growth*, „The Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies”, nr 1.
- Ogińska-Bulik N. (2014), *Rola strategii radzenia sobie ze stresem w rozwoju po traumie u ratowników medycznych*, „Medycyna Pracy”, z. 65, nr 2.
- Ogińska-Bulik N. (2015), *Dwa oblicza traumy – negatywne i pozytywne skutki zdarzeń traumatycznych u pracowników służb ratowniczych*, Difin, Warszawa.
- Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. (2008), *Skala pomiaru prężności – SPP-25*, „Nowiny Psychologiczne”, nr 3.
- Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. (2010), *Rozwój potraumatyczny – charakterystyka i pomiar*, „Psychiatria”, t. 7, nr 4.
- Ogińska-Bulik N., Kobylarczyk M. (2015), *Relation between resiliency and posttraumatic growth in a group of medical rescue workers – the mediating role of coping strategies*, „International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health”, z. 28, nr 4.
- Park C.L., Cohen L.H., Murch (1996), *Assessment and prediction of stress-related growth*, „Journal of Personality”, z. 64, nr 1.
- Prati G., Pietrantonio L. (2009), *Optimism, social support and coping strategies contributing to post-traumatic growth: A meta-analysis*, „Journal of Loss and Trauma”, z. 14, nr 5.
- Tedeschi R.G., Calhoun L.G. (1996), *The Post-Traumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma*, „Journal of Traumatic Stress”, z. 9, nr 3.
- Tedeschi R.G., Calhoun L.G. (2004), *Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence*. „Psychological Inquiry”, nr 15.
- Tedeschi R.G., Calhoun L.G. (2007), *Podejście kliniczne do wzrostu po doświadczeniach traumatycznych* [w] P.A. Linley, S. Joseph (red.), *Psychologia pozytywna w praktyce*, PWN, Warszawa.
- Vishnevsky T., Cann A., Calhoun L.G., Tedeschi R.G., Demakis G.J. (2010), *Gender differences in self-reported posttraumatic growth: A meta-analysis*, „Psychology of Women Quarterly”, z. 34, nr 1.

Danuta Kunecka¹

Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Zasoby organizacji czynnikiem warunkującym stosunek do innowacji na przykładzie sektora usług zdrowotnych

Resources of the Organization as a Factor in Relation to the Innovation on the ex Ample of Health Services Sector

Abstract: Currently innovations are considered to be the main factor in the development of any organization. Innovation as the ability to continuously seek, implement and disseminate new solutions is not only a prerequisite for gaining a competitive advantage, but also to maintain the current position in the market. Model approach to innovation takes into account the interactions between the components of this process. Particular importance is assigned to the resources of the organization. Due to the nature of the health services sector, research attention has been focused on hospitals. The examination whether there is a relationship between the perception of resources that are key to the hospital among its staff, and the approach of the respondent to innovation.

Material consisted of 493 questionnaires that have been filled by employees of 7 hospitals, operating in the West Pomeranian Voivodeship. Diagnostic survey has been the research method.

In the case of human resources ($p = 0,009$) and capital ($p = 0,002$), the results confirmed that there is a link between organization's key resources recognized by the subject and its relationship to innovation. As essential for the functioning of hospitals respondents have considered human resources (4,3 - average rating of all respondents in the five-point scale).

In view of the importance of human resources in the smooth functioning of any health care system and their role in the innovation process, decision-makers and managers in the health services sector should be concentrated on securing their optimum. Both in terms of quantity and quality.

Key words: hospital staff, equipment, technology, capital, information.

¹ E-mail: danuta.kunecka@pum.edu.pl

Wstęp

Aktualnie innowacje uznawane są za główny czynnik rozwoju każdej organizacji. Innowacyjność jako zdolność do stałego poszukiwania, wdrażania i upowszechniania nowych rozwiązań jest już nie tylko warunkiem koniecznym dla uzyskania przewagi konkurencyjnej [Jończyk 2013, s. 42], ale także utrzymania na rynku dotychczasowej pozycji [Żukowska, Pindelski 2010, s. 264]. Dlatego zdolność do kreowania i wdrażania innowacji staje się zasadniczym wyzwaniem zarządzania organizacjami [Pomykański, Błażniak 2014, s. 141; Korkosz-Gębska, s. 956]. Ma to szczególne znaczenie w sektorach gospodarki wymagających zintensyfikowanych działań usprawniających, wynikających nie tylko z rosnących oczekiwań i potrzeb społecznych, ale i w wyniku niskiej efektywności stosowanych dotychczas rozwiązań zarządczych. Z całą pewnością można do nich zaliczyć sektor opieki zdrowotnej w Polsce. Modelowe podejście do innowacji uwzględnia interakcje zachodzące pomiędzy składowymi tego procesu, w którym szczególne znaczenie przypisywane jest zasobom danej organizacji. Innowacyjność ściśle wiąże się z posiadanymi zasobami, ale także umiejętnościami ich wykorzystania, czyli dojrzałością innowacyjną (odpowiednim poziomem kultury organizacyjnej, warunkującym wykorzystanie posiadanych zasobów) [Niedzielski 2005, s. 75].

Za cel pracy przyjęto zbadanie, czy istnieje związek pomiędzy postrzeganiem przez pracowników szpitali posiadanych zasobów, uznawanych w ich opinii za kluczowe dla danej organizacji, a stosunkiem respondenta do innowacji. Uwzględniając specyfikę sektora usług zdrowotnych, warunkowaną m.in. rodzajem świadczonej opieki, uwagę badawczą skupiono jedynie na placówkach opieki stacjonarnej – szpitalach. Badanie zrealizowano w pierwszym kwartale 2014 roku. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy. Analizy statystyczne zebranego materiału wykonano w oparciu o arkusz kalkulacyjny Microsoft Excel oraz pakiet statystyczny Statsoft, Inc. (2010) STATISTICA 9.1.

Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny, narzędziem autorski kwestionariusz ankiety, zawierający pytania dotyczące stosunku respondenta wobec innowacji oraz postrzegania przez uczestnika badania posiadanych przez organizację zasobów, w kontekście ich znaczenia dla funkcjonowania szpitala – miejsca pracy respondenta oraz pytania metryczkowe. W przypadku obaw identyfikacji respondenta przez osoby postronne dopuszczono zupełne pominięcie przez respondentów części metryczkowej, uwzględniając je w opracowaniu statystycznym, klasyfikując jako jedną z podgrup w ogóle badanych.

Materiał badawczy stanowiły 493 kwestionariusze ankiet, wypełnione przez pracowników 7 szpitali, funkcjonujących na terenie Województwa Zachodniopomorskie-

go, w tym dwóch szpitali klinicznych, jednego centrum onkologii oraz po dwa szpitale zabezpieczające podstawowe specjalności kliniczne, funkcjonujące w formule samodzielnych publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej lub spółek kapitałowych.

Grupę badaną w większości stanowiły kobiety (78,7% ogółu badanych), najliczniej reprezentowaną przez osoby w wieku 46–59 lat (37,7% ogółu badanych), ze stażem pracy 21–30 lat (31,2% ogółu badanych). Szczegółową charakterystykę badanej grupy przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Struktura socjodemograficzna uczestników badania

Lp.	Zmienna	Charakterystyka zmiennej	N=493	%
1.	Płeć	Kobieta	388	78,7
		Mężczyzna	44	8,9
		Brak odpowiedzi	61	12,4
2.	Wiek	30 lat i poniżej	41	8,3
		31–45 lat	169	34,3
		46–59 lat	186	37,7
		60 lat i powyżej	13	2,6
		Brak odpowiedzi	84	17,0
3.	Staż	10 lat i poniżej	66	13,4
		11–20 lat	116	23,5
		21–30 lat	154	31,2
		31 lat i powyżej	73	14,8
		Brak odpowiedzi	84	17,0
4.	Stanowisko	Pielęgniarka/położna	290	58,8
		Inne medyczne, m.in. lekarz	45	9,1
		Kadra zarządzająca	20	4,1
		Inne, poza medyczne	22	4,5
		Brak odpowiedzi	116	23,5
5.	Placówka	Szpital kliniczny	202	41,0
		Centrum onkologii	86	17,4
		Szpital publiczny, poza ww.	117	23,7
		Szpital niepubliczny	88	17,8

Źródło: opracowanie własne.

Rozkłady procentowe uzyskane w badanej grupie odzwierciedlają zbliżone proporcje do ogółu pracowników zatrudnionych w szpitalach w Polsce.

Zasoby, a innowacje w szpitalach – podstawy definicyjne

Z uwagi na ograniczenia wynikające z wymogów edytorskich czasopisma, w tej części opracowania zostaną scharakteryzowane jedynie podstawowe pojęcia związane z tematem badań, umożliwiając tym samym czytelnikowi płynne przejście do części prezentującej wyniki badań własnych autorki.

Pojęcie innowacji do literatury ekonomicznej wprowadził w 1911 roku J.A. Schumpeter, natomiast zainteresowanie nauki innowacjami rozpoczęło się w latach 40–50 ubiegłego wieku [Żukowska, Pindelski 2010, s. 265]. Słowo innowacja pochodzi z łac. *innovatis*, czyli odnowienie, tworzenie czegoś nowego. Definiowane jest jako „wprowadzenie czegoś nowego, rzecz nowo wprowadzona, nowość, reforma” [Tokarski 1980, s. 307]. W literaturze przedmiotu dotychczas nie ma jednolitej definicji innowacji, co utrudnia wzajemne porozumiewanie się, określanie miejsca i roli innowacji w rozwoju organizacji, a w konsekwencji – sprawne zarządzanie innowacjami i przez innowacje. Wprawdzie są podejmowane próby uporządkowania tej sfery, ale problem ujednoczenia definicji innowacji pozostaje otwarty [Baruk 2013, s. 9].

Przykładem takiego porządkowania jest definicja Griffina [2004, s. 424], która określa innowacje, jako „kierowany wysiłek organizacji na rzecz rozwoju nowych produktów lub usług bądź nowych zastosowań dla produktów lub usług już istniejących” oraz pewien usystematyzowany w przebiegu proces [Griffin 2004, ss. 424–425]. Wdrażanie innowacji wymaga podjęcia wielu kluczowych decyzji, w większości o charakterze strategicznym, ukierunkowanych przede wszystkim na podniesienie przewagi konkurencyjnej organizacji. Ważnym elementem w nim jest stała kontrola oraz idące za tym przeplatanie się działań zarządczych z różnych obszarów działalności związanych z podejmowaniem decyzji strategicznych, a następnie z ich realizacją [Kurzawa-Dobek 2014, ss. 143–144]. Działania innowacyjne mają bardzo szeroki zakres, mogą przybierać różnorodne formy, odmiany, dające się sklasyfikować [Żukowska, Pindelski 2010, s. 272; Griffin 2004, ss. 426–429] w cztery podstawowe obszary, do których zaliczamy: innowacje produktowe (nowe albo znacznie ulepszone produkty/usługi wprowadzane na rynek), innowacje procesowe (nowe albo ulepszone procesy technologiczne, wprowadzenie do eksploatacji nowych maszyn, urządzeń, oprogramowania, sposobów wytwarzania/świadczenia usług), innowacje marketingowe (nowe strategie marketingowe odnoszące się do produktu, opakowania, pozycjonowania, promocji, polityki cenowej) oraz innowacje organizacyjne (nowe metody organizacji produkcji, miejsc pracy, zmiana relacji z dostawcami i dystrybutorami) [Zieliński 2014, s. 10]. O ile innowacje technologiczne w szpitalach zostały już dość szeroko opisane, o tyle znacznie mniej uwagi poświęcono dotychczas innym rodzajom innowacji. Szpi-

tal, traktowany, jako dostawca kompleksowych usług opieki zdrowotnej [Jończyk 2011, ss. 45–46], wymagający swobodnego „zbioru działań” będących odpowiedzią na określone potrzeby pacjentów oraz „splotu różnego typu/rodzajów innowacji” wdrażanych równolegle. Podejmując tematykę innowacji należy pamiętać o ich pozytywnych skutkach, które można podzielić na skutki wymierne i niewymierne. Przyczyniają się one m.in. do: zmniejszenia materiałochłonności i energochłonności świadczonej usługi, obniżenia kosztów bezpośrednich i pośrednich, obniżenia kosztów inwestycyjnych, obniżenia lub uniknięcia strat, poprawy zdrowia społeczeństwa, wzrostu bezpieczeństwa i higieny pracy. Pozwalają również na dostosowanie produktów do indywidualnych potrzeb pacjentów/klientów, generowanie i wykorzystanie nowej wiedzy oraz wzrost konkurencyjności organizacji. Tak szerokie i powszechne występowanie korzyści ze stosowania świadomie tworzonych i wdrażanych innowacji wymaga racjonalnego podejścia w obszarze zarządzania tą sferą aktywności organizacji [Baruk 2013, s. 11]. W odniesieniu do sektora ochrony zdrowia w Polsce nie jest to jeszcze sfera dostatecznie zadbaną. O ile menedżerowie szpitali mają świadomość korzyści z wdrażanych innowacji, o tyle nie podejmują oni działań w tym zakresie powszechnie, argumentując ten stan istnieniem wielu barier. Najczęściej wskazują na: ograniczenia prawno-polityczne, ograniczenia finansowe, brak aktualnej i systematycznej informacji o nowościach na rynku usług medycznych, sformalizowany i zbyt długi proces podejmowania decyzji oraz brak otwartej komunikacji i efektywnej współpracy z interesariuszami [Jończyk 2013, s. 49]. Można zatem uznać, że zdaniem zarządzających niedostateczne zabezpieczenie któregośkolwiek z zasobów jest barierą wprowadzania innowacji, a przecież każde przedsięwzięcie gospodarcze wymaga zaangażowania optymalnych dla niego zasobów materialnych i niematerialnych. Na poziomie optymalnie dostosowanym do zachodzących systematycznie zmian w jego otoczeniu, w czasie i przestrzeni [Czerniachowicz 2012, s. 445].

Zgodnie z powszechnie przyjętą definicją „zasobem jest wszystko to, co pozostaje w dyspozycji przedsiębiorstwa, a może wpływać na jego funkcjonowanie” [Mikuła, Pietruszka-Ortyl 2010, s. 33]. W literaturze istnieje wiele klasyfikacji zasobów [Kunasz 2006, ss. 40–45]. Powszechnie stosowaną jest ta, w której zasoby organizacji, to materialne i niematerialne wartości, które organizacja posiada i/lub kontroluje, pozwalając realizować jej misję i cele. Zasoby materialne to: środki finansowe, nieruchomości, maszyny i urządzenia, środki transportu, zapasy towaru, surowce, półprodukty, technika i technologia, *know – how* (samodzielnie opracowane lub nabyte). Zdaniem zwolenników tej typologii na szczególną uwagę zasługują środki finansowe, ponieważ można je zamienić na każdy rodzaj zasobów materialnych. Muszą one być tak zorganizowane, by umożliwiały, wspierały i zabezpieczały realizowane w organizacji proce-

sy, zapewniając jej trwałość, stabilność i przetrwanie, a także umożliwiając rozwój. Zasoby niematerialne to: zasoby ludzkie (zwłaszcza kadra kierownicza), kultura organizacji, informacja, wiedza, strategia, marka, kontakty, struktura. Zasoby niematerialne mogą być zdecydowanie cenniejszym walorem organizacji, gdyż nie można ich w łatwy sposób kupić ani stworzyć [Makowski, Jemieliński 2010, ss. 30–31]. Konstruując narzędzie badawcze posłużono się jednak podziałem zasobów wykorzystywanym równie często, jak ta ww. Zgodnie z którym uznaje się, że organizacje ze swojego otoczenia wykorzystują cztery podstawowe rodzaje zasobów: ludzkie, pieniężne, rzeczowe i informacyjne. Zasoby ludzkie to także uzdolnienia zarządcze oraz wartość posiadanego zasobu w „sile roboczej” – pracownikach. Zasoby pieniężne to kapitał finansowy wykorzystywany przez organizację do finansowania działań zarówno bieżących, jak i długookresowych. Do zasobów rzeczowych należą: surowce, pomieszczenia biurowe i produkcyjne oraz sprzęt (wyposażenie wraz z technologią). Zasoby informacyjne to wszelkiego typu użyteczne dane niezbędne do skutecznego podejmowania decyzji [Griffin 2004, s. 5]. Z uwagi na specyfikę sektora ochrony zdrowia spośród zasobów rzeczowych wyodrębniono: wyposażenie oraz technologie, jako dwie odrębne grupy zasobów. Dla celów poniższego opracowania warto zwrócić uwagę także na klasyfikację zasobów autorstwa Haanes’a i Lowendahl’a [1997, ss. 201–218]. Wyodrębniono w niej zasoby wymierne i niewymierne, czyli intelektualne, które w dalszej kolejności sklasyfikowano jako kompetencje i relacje. Zdaniem autorki ww. klasyfikacja jest istotna, z uwagi na to, że podkreślono w niej rolę i znaczenie wiedzy w gospodarowaniu zasobami każdej organizacji. Zasoby mogą być również tworzone w procesie gospodarowania, co podkreślał Peter Drucker [1991, s. 39] „Zasób nie istnieje, dopóki człowiek nie znajdzie zastosowania dla czegoś co występuje w przyrodzie i nie nada mu w ten sposób wartości ekonomicznej”.

Zasoby, a innowacje w szpitalach – wyniki badań własnych

Wychodząc z założenia, że alokacja zasobów oznacza, że jest to zawsze „coś za coś” [Pomykański, Błażlak 2014, s. 144] zadano respondentom pytanie dotyczące ich opinii na temat roli i znaczenia posiadanych przez organizację zasobów. Chcąc uzyskać opinię badanego umożliwiającą wskazanie zasobów kluczowych zastosowano skalę 0–5, gdzie 0 oznaczało zasób nieważny, zaś 5 w opinii respondenta było jednoznaczne z uznaniem danego zasobu za bardzo ważny. Najwyższą średnią ocen uzyskano w przypadku zasobów ludzkich. Tym samym respondenci za najistotniejsze dla funkcjonowania szpitali uznali zasoby ludzkie (4,3 – średnia ocen ogółu badanych, w pięciostopniowej skali ocen). Wyniki w odniesieniu do pozostałych zasobów sklasyfikowanych dla potrzeb badania przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Ocena znaczenia zasobów organizacji/szpitala w opinii badanych

Lp.	Zasób	Śr. ocena N=493	0		1		2		3		4		5	
			N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1.	Kapitał	3,9	17	3,4	11	2,2	32	6,5	76	15,4	172	34,9	185	37,5
2.	Ludzie	4,3	15	3,0	15	3,0	20	4,1	39	7,9	83	16,8	321	65,1
3.	Wypo- sażenie	4,1	9	1,8	12	2,4	31	6,3	51	10,3	131	26,6	259	52,5
4.	Techno- logia	3,9	16	3,2	12	2,4	47	9,5	63	12,8	157	31,8	198	40,2
5.	Infor- macje	3,8	25	5,1	14	2,8	40	8,1	84	17,0	121	24,5	209	42,4
6.	Inne: uposa- żenie	*3,9	0	0	0	0	4	23,5	0	0	7	41,2	6	35,3

Źródło: opracowanie własne, gdzie *N=17.

Wyniki zaprezentowane w tabeli powyżej są dość zaskakujące w odniesieniu do opinii wyrażanych przez kadrę zarządzającą. Jej zdaniem najczęstszymi przyczynami/barierami innowacji w sektorze ochrony zdrowia są ograniczenia finansowe oraz brak aktualnej i systematycznej informacji [Jończyk 2013, s. 49]. Zdaniem uczestników badania nie mają one aż tak dużego znaczenia, jak dostrzegany już we wcześniejszych badaniach autorki, zasób ludzki [Kunecka 2013, s. 105].

Peter Drucker stwierdził, że „organizacja, która utrwała dzisiejszy poziom wizji, sprawności i dokonań, traci zdolność adaptacyjną i nie będzie zdolna do przetrwania w zmiennym jutrze, skoro zmiana jest jedynym przeznaczeniem człowieka” [Drucker 1994, s. 71]. A zatem w procesie innowacji ogromną rolę może odgrywać samo nastawienie pracowników szpitali. Aby je poznać zadano pracownikom szpitali – respondentom pytanie: jaki jest ich stosunek do wprowadzania innowacji w sektorze usług zdrowotnych, nie precyzując kryteriów jakie powinna ona spełniać. Uzyskane wyniki przedstawiono w tabeli 3.

Wyniki przedstawione w tabeli 3 można interpretować w dwojaki sposób. Optymistycznie należy uznać, że ponad połowa respondentów (52,7% ogółu badanych) deklaruje optymalny stosunek względem innowacji, traktując je jako naturalny element działalności szpitala, często samemu poszukując nowych rozwiązań. Pesymistycznie, że aż 30 osób (6,1% ogółu badanych) stanowi grupę oponentów innowacji, mogących dość skutecznie utrudniać lub wręcz uniemożliwiać ich wprowadzanie.

Tabela 3. Nastawienie pracowników szpitali wobec innowacji

Lp.	Stosunek do innowacji	N	%
1.	Traktuję innowacje jako naturalny element działalności szpitala, często sam/sama poszukuję nowych rozwiązań	260	52,7
2.	Okazuję aprobatę dla innowacji	203	41,2
3.	Jestem raczej niechętny/niechętna innowacjom, przybieram postawę zachowawczą lub mam wrogi stosunek do innowacji, protestuję podczas ich wprowadzania	30	6,1

Źródło: opracowanie własne.

Opory przeciwko zmianom, a za takie należy uznać innowacje, to element naturalny, ponieważ wywołuje go przede wszystkim obawa przed przyszłością. Najczęściej wynikają one z: niewystarczającej informacji, zagrożenia dotychczasowej pozycji, lęku przed porażką, niedostrzeganiem korzyści, z panującej w danej organizacji atmosfery nacechowanej nieufnością, czy po prostu z przywiązania do tradycji [Kosała, Pichur 2009, s. 88]. Kluczową rolę w sytuacji przedstawiania potencjalnych trudności w pozytywnym świetle odgrywają umiejętności menedżera, który powinien przewidywać ewentualny opór i trafnie analizować jego przyczyny. Jeżeli opór jest zbyt silny, to innowacje/zmiany należy odroczyć [Kosała, Pichur 2009, s. 95]. Należy pamiętać, że paradoksalnie najłatwiej wprowadza się zmiany w organizacji, której pozycja jest zagrożona, a zatem niewiele jest już do stracenia. Porównywalny poziom „gotowości” do wprowadzania innowacji można uzyskać jedynie w przypadku znaczącej przewagi rynkowej, uzyskanej przez daną placówkę [Kosała, Pichur 2009, ss. 90–91]. Zdaniem autorki wyniki zaprezentowane w tabeli 3, to w dużej mierze efekt zbyt dużego powszechnego uogólniania definicyjnego innowacji, nie zawsze postrzegającego innowację, jako fundamentalną lub radykalną zmianę, obejmującą cały proces transformacji. Może to rodzić trudności interpretacyjne i wątpliwości, czym właściwie jest innowacja, jakie kryteria powinna spełniać, jakie powodować skutki, co należy przyjąć za kryterium nowości itp. [Baruk 2013, s. 10]. Tak wnikliwa analiza właściwej interpretacji samego zjawiska innowacji wśród respondentów nie była przedmiotem opisanych badań.

Celem było zbadanie czy istnieje zależność pomiędzy uznawanymi przez uczestnika badania za kluczowe dla organizacji zasoby, a jego deklarowanym stosunkiem do innowacji. Przyjęto, że czynnik psychologiczny, to jeden z najistotniejszych elementów warunkujących skuteczność procesu wprowadzania innowacji i jest determinowany przez zasoby ludzkie danej organizacji. Kluczową rolę zwłaszcza w fazie planowania wprowadzenia innowacji, czy zmiany, może odgrywać nastawienie ludzi/pracowników danej organizacji do samego jej pomysłu. Istnienie zależności pomię-

dzy uznaniem zasobów ludzkich za kluczowe, a ich optymalnym stosunkiem do innowacji potwierdziły wyniki analizy statystycznej ($p=0,009$). Wynik świadczący o istnieniu wzajemnej zależności uzyskano także w przypadku postrzegania jako kluczowy zasób organizacji, posiadanego przez nią kapitału, uzyskując w analizie statystycznej w zestawieniu z deklarowanym stosunkiem respondenta do innowacji wynik $p=0,002$. Szczegółowe wyniki analizy statystycznej z wykorzystaniem testu χ^2 przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4. Wyniki analizy statystycznej z użyciem testu χ^2 wybranych zmiennych

Lp.	Wybrane zmienne	Wartość „P”
1.	Kapitał, a innowacje	0,002
2.	Ludzie, a innowacje	0,009
3.	Wyposażenie, a innowacje	0,068
4.	Technologia, a innowacje	0,239
5.	Informacje, a innowacje	0,068

Źródło: opracowanie własne.

Wyniki analizy statystycznej nie potwierdziły dość powszechnie uznawanego za oczywisty związku pomiędzy postrzeganiem technologii za kluczowy zasób organizacji, a stosunkiem respondentów do innowacji. Potwierdzenie zależności pomiędzy postrzeganiem, jako kluczowy dany zasób, a nastawieniem do innowacji uzyskano w odniesieniu do zasobów ludzkich oraz kapitału. Wyniki są ciekawe ze względu na fakt, że w obu przypadkach respondenci deklarujący niechętny, czy wręcz wrogi stosunek do innowacji nie wskazywały żadnego z ww. zasobów, jako kluczowych dla organizacji/szpitala. Ponadto w przypadku „kapitału” statystycznie częściej niechętny czy wręcz wrogi stosunek wobec innowacji zadeklarowały osoby, które uznawały ten zasób za nieważny lub ważny w niewielkim stopniu (odpowiedzi 0 lub 1 w przyjętej pięciostopniowej skali).

Podsumowanie

Obecnie systematyczne wprowadzanie innowacji w sektorze opieki zdrowotnej to wręcz konieczność, uwarunkowana rosnącymi oczekiwaniami i realnymi potrzebami społecznymi wobec placówek świadczących usługi zdrowotne.

W promowaniu i wdrażaniu innowacji wielu autorów podkreśla rolę i znaczenie tzw. mechanizmów wsparcia, do których zaliczyć można nagrody, uznanie i dostępność zasobów, w tym technologii informacyjnej, czy twórcze myślenie, na które należy pozwolić pracownikom, czy nawet wynagradzać za podejmowanie ryzyka, ekspe-

rymentowanie i tworzenie nowych pomysłów [Jończyk 2011, s. 50]. Zawsze należy pamiętać jak ważną rolę przy wyborze tempa oraz zakresu innowacji odgrywają zasoby, którymi się dysponuje [Kosała, Pichur 2009, s. 95] oraz działania ukierunkowane na wspólne tworzenie wartości zmaterializowanych. Aby to było możliwe kierownicy/zarządzający muszą postrzegać potencjalny rynek jako m. in. miejsce inspiracji do tworzenia nowości zgodnych z indywidualnymi potrzebami pacjentów/klientów [Baruk 2013, s. 8]. Innowacyjne mogą okazać się jedynie przedsiębiorstwa traktujące proces pozyskiwania, budowania zasobów, w tym ponoszenie nakładów na tworzenie i kształtowanie elementów kapitału intelektualnego, jako swoistą długoterminową inwestycję, która przyniesie w przyszłości wymierne korzyści. Istotne jest w tym procesie sprzężenie poszczególnych elementów, typów zasobów, które pozwolą na pełne wykorzystanie potencjału organizacji i realizację strategicznego celu, jakim jest kreowanie wartości przedsiębiorstwa [Czerniachowicz 2012, ss. 446–447]. Dla uzyskania trwałej przewagi konkurencyjnej najważniejsze jest właściwe (optymalne) wykorzystanie kombinacji wielu różnorodnych zasobów organizacyjnych, tak aby móc uzyskać efekt synergii dodatniej, który byłby trudny, czy wręcz niemożliwy do powtórzenia [Makowski, Jemieliński 2010, s. 31]. Podstawowym warunkiem sprawnego zarządzania działalnością innowacyjną jest zrozumienie przez zarządzających, czym są innowacje, jak się dzielą, jak powstają, jaką spełniają rolę w rozwoju każdej organizacji, wzroście jej konkurencyjności oraz tworzeniu swojej wartości [Baruk 2013, s. 14]. W oparciu o uzyskane wyniki sformułowano wniosek końcowy: mając na uwadze znaczenie zasobów ludzkich w procesie sprawnego funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce oraz ich rolę w procesie innowacji, uwaga decydentów i kadry zarządzającej w sektorze usług zdrowotnych powinna być skoncentrowana na optymalnym ich zabezpieczeniu, zarówno w ujęciu ilościowym jak i jakościowym.

Podziękowanie dla Pani dr Joanny Jończyk, za umożliwienie mi wykorzystania dla potrzeb powyższego opracowania części danych, zgromadzonych w placówkach województwa zachodniopomorskiego, zebranych w ramach projektu pt.: „Kształtowanie proinnowacyjnej kultury organizacyjnej w publicznych szpitalach”, finansowanego przez Narodowe Centrum Nauki (nr dec. 2011/03/B/HS4/04544).

Bibliografia

- Baruk J. (2013), *Innowacje jako czynnik sukcesu*, „Zarządzanie i finanse”, nr 4/1, s. 7–16.
- Czerniachowicz B. (2012), *Zasoby i ich znaczenie w kreowaniu wartości przedsiębiorstwa*, „Zeszyty naukowe US”, nr 690 (51), ss. 439–448.
- Drucker P. F. (1991), *Przedsiębiorczość i innowacyjność*, PWE, Warszawa.

- Drucker P. F. (1994), *Menedżer skuteczny*, Wyd. AE, Kraków.
- Griffin R. W. (2004), *Podstawy zarządzania organizacjami*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa.
- Haanes K., Lowendahl B. (1997), *The Unit of Activity: Towards an Alternative to the Theories of the Firm*, [w:] H. Thomas et al. (Eds.), *Strategy, Structure and Style*, Ed. John Wiley & Sons, London, pp. 201–218.
- Jończyk J. (2011), *Proinnowacyjna kultura organizacyjna w szpitalach publicznych*, „Zarządzanie zasobami ludzkimi”, nr 2 (79), ss. 43–54.
- Jończyk J. (2013), *Istota innowacji w publicznych szpitalach*, [w:] A. Frączkiewicz-Wronka (red.), *Zarządzanie publiczne: koncepcje, metody, techniki*, Wyd. UE, Katowice.
- Korkosz-Gębska J. (2014), *Kreatywność i innowacje w zarządzaniu nowoczesnym przedsiębiorstwem*, [w:] R. Knosala (red.), *Innowacje w Zarządzaniu i Inżynierii Produkcji*, t. II, Oficyna Wyd. PTZP, Opole.
- Kosała M., Pichur A. (2009), *Powstawanie oporów wobec innowacji oraz sposoby ich przełamywania w zarządzaniu przedsiębiorstwem*, „Zeszyty Naukowe UE w Krakowie”, nr 799, ss. 87–98.
- Kunasz M. (2006), *Zasoby przedsiębiorstwa w teorii ekonomii*, „Gospodarka Narodowa”, nr 10, ss. 33–48.
- Kunecka D. (2013), *Dylematy etyczne w zarządzaniu zasobami ludzkimi na przykładzie sektora zdrowia*, „Współczesne zarządzanie”, nr 2, ss. 100–107.
- Kurzawa-Dobek A. (2014), *Wykorzystanie zasobów wiedzy do tworzenia innowacji technologicznych – aspekt teoretyczny*, [w:] H. Bieniok (red.), *Innowacyjność współczesnych organizacji. Cz. 1. Koncepcje i modele*, Wyd. UE, Katowice.
- Makowski D., Jemielniak D. (2010), *Organizacja i zarządzanie*, [w:] M. Kautsch (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*, Wyd. Oficyna a Wolters Kluwer Business, Warszawa.
- Mikuła B., Pietruszka-Ortyl A. (2010), *Studium niematerialnych zasobów organizacji*, „Zeszyty Naukowe UE w Krakowie”, nr 820, ss. 31–46.
- Niedzielski P. (2005), *Rodzaje innowacji*, [w:] K. B. Matusiak (red.), *Innowacje i transfer technologii – Słownik pojęć*, PARP, Warszawa.
- Pomykański A., Błażniak R. (2014), *Współczesne tendencje zarządzania organizacjami poprzez innowacje* [w:] T. Kraśnicka (red.) *Innowacyjność współczesnych organizacji: kierunki i wyniki badań. Część II*. Wyd. UE, Katowice.
- Tokarski J. (red.) (1980), *Słownik wyrazów obcych*, PWN, Warszawa.
- Zieliński M. (2014), *Efektywność innowacji z perspektywy przedsiębiorstwa*, [w:] M. Zieliński, A. Vogelgesang (red.), *Gospodarowanie zasobami w przedsiębiorstwie – wybrane problemy*, „Przegląd Nauk Stosowanych”, nr 2, ss. 9–20.
- Żukowska J., Pindelski M. (2010), *Rola innowacji w zarządzaniu organizacjami – studium przypadku*, [w:] J. Pyka (red.), *Nowoczesność przemysłu i usług. Współczesne wyzwania i uwarunkowania rozwoju przemysłu i usług*, Wyd. TNOiK, Katowice.

Marcin Kautsch¹

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Wyzwania stojące przed systemem ochrony zdrowia w Polsce

The Challenges Facing the Health Care System in Poland and Possible Reform

Abstract: Meeting growing needs and expectations of the public regarding the scope, quality and methods of delivery of health services is a fundamental objective that must be achieved by a healthcare system in Poland. Apart from general problems, such as survival of healthcare organizations on the more competitive market, an aging population with chronic diseases, increasing requirements of patients and technological progress are conditions under which health systems function. As aging also applies to the medical professions and it results in shortages of staff, especially nurses. In these circumstances a strong resource restructuring of the sector is needed including amending roles of various professions, including an increase in the role of nurses, physiotherapists and public health professionals is crucial. Changing methods of payment for medical services, introduction of new non-clinical technologies and improving effectiveness of healthcare organizations and a system itself are other challenges that a healthcare system has to face.

Key words: Health care system, challenges, hospitals, Poland, change.

Wstęp

World Health Report 2000 definiuje rezultaty lub cele, które mają być realizowane przez system jako: poprawa zdrowia i sprawiedliwości (równości) w ochronie zdrowia w sposób, który jest elastyczny, uczciwy finansowo i najlepiej/najbardziej efektywnie wykorzystuje dostępne zasoby [WHO 2000]. Starzejące się społeczeństwo, jego rosna-

¹ E-mail: mxkautsc@wp.pl

ce wymagania i postęp technologiczny to warunki, w których funkcjonują systemy ochrony zdrowia, a wzrost kosztów opieki zdrowotnej będzie szybszy niż możliwości ich pokrycia, co dotyczy nie tylko Polski, ale i całej Europy [The Economist Intelligence Unit 2011]. Do tych coraz trudniejszych warunków systemy muszą się (w sposób nieunikniony) przystosowywać [Nojszewska 2013]. Należy przy tym mieć na uwadze ograniczoność środków w ochronie zdrowia, która sprawia, że konieczne jest dokonywanie wyborów, przy dokonywaniu których należy kierować się efektywnością [Włodarczyk 1996].

CBOS podaje, że latach 2012–2014 nastąpiła poprawa w ocenie poziomu zadowolenia z funkcjonowania systemu, lecz nadal pozostaje na niskim poziomie: 68% wskazań krytycznych [CBOS 2014]. Dodatkowo Czapiński i Panek stwierdzają, że ocena zaspokojenia potrzeb zdrowotnych w latach 2013–2015 nie zmieniła się (77% wskazań) [Czapiński, Panek 2015]. Powyższe oznacza, że niezbędne są zdecydowane kroki zmierzające do zmiany sytuacji. Należy przy tym brać pod uwagę, że wspomniane rozczarowanie będzie istotnie szybciej wzrastać. W wiek, w którym widoczne jest pogorszenie się stanu zdrowia [St Sauver et al. 2015], co powoduje intensywniejsze korzystanie z usług opieki zdrowotnej, weszło bowiem pokolenie, którego całe życie zawodowe przebiegało w Polsce demokratycznej i rynkowej.

Niezadowoleniu z funkcjonowania systemu ochrony zdrowia towarzyszy bardzo niska ocena oparta na mierzalnych wskaźnikach. Polska od lat zajmuje niskie miejsca w rankingu systemów ochrony zdrowia. W roku 2014 było to 31 miejsce na 37 ocenianych krajów [Health Consumer Powerhouse 2015], a w roku 2015 – przedostatnie [Health Consumer Powerhouse 2016]. I działa się to przy poprawie uzyskanego przez nasz kraj wyniku, co oznacza, iż mimo poprawy, pozostałe oceniane kraje dokonują większych postępów w reformowaniu swoich systemów.

Zmiany zachodzące w otoczeniu systemu ochrony zdrowia indukują nowe zjawiska, z którymi muszą się mierzyć instytucje w nim funkcjonujące, a bez względu na te zjawiska, przed każdą organizacją stoją podobne, „stałe” wyzwania, jakimi są, chociażby, przetrwanie i rozwój.

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie autorskiego wyboru wyzwań stojących przed systemem ochrony zdrowia w Polsce, które w pierwszym rządzie oddziałują w sposób bezpośredni na dostawców usług zdrowotnych. Z pewnością nie opisano wszystkich wyzwań, jednak bez zmierzania się z tymi poniżej opisanymi trudno liczyć na poprawę, a być może nawet funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Stałe wyzwania organizacyjne

Organizacje ochrony zdrowia, jak wszystkie organizacje, muszą radzić sobie z otoczeniem i dostosowywać się do jego wymagań. Budować silne struktury, co najmniej bilansować swoje budżety. W ostatnich latach poziom zadłużenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej ulega ciągłym zmianom (spadek, wzrost), jednak w dalszym ciągu pozostaje na relatywnie wysokim poziomie [Ministerstwo Zdrowia 2015, niedatowane]. Do tego zadłużone są także te zakłady, które się przekształciły w spółki [Najwyższa Izba Kontroli 2013]. Można więc stwierdzić, że bez względu na status prawny, jednostki nie nadążają za zmianami, generując zadłużenie. Zakłady z pewnością się zmieniają, lecz zmiany te okazują się niewystarczające. Wspomniane długi są wypadkową wielu czynników, lecz brak dostosowania jednostek do panujących warunków należałoby wymienić, jako jeden z nich. Zgodę publicznych właścicieli (głównie jednostek samorządu terytorialnego) na zadłużanie się zakładu można po części przypisać słabemu przywództwu. Występuje ono tak na poziomie samych jednostek jak i sprawujących nadzór nad nimi właścicieli, co jest szczególnie widoczne na poziomie powiatów [Bober i in. 2013].

Narzędzia nadzoru, jakie stosowane są w systemie ochrony zdrowia należy uznać za nieefektywne. Brak czytelnej polityki zdrowotnej sprawia, że trudno określić, co tak naprawdę państwo chce osiągnąć w tym obszarze. Powyższe dobrze ilustruje znaczenie, jakie państwo przywiązuje do opracowywanych przez siebie dokumentów programowych, jakimi są Narodowe Programy Zdrowia. Zostały one przygotowane na lata 1996–2005 [Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej 1996] oraz 2007–2017 (Rada Ministrów 2007). Pierwszy z nich nie był w dużym stopniu realizowany, a nawet nie był monitorowany [Halik, Kuszewski 2007, Wojtyła, niedatowane], a w latach 2005–2007 nie obowiązywał żaden program. Analiza zapisów zawartych w obu ww. dokumentach sugeruje, że można je uznać przejaw myślenia życzeniowego. Nie wskazują one na instytucje odpowiedzialne za realizację oraz na źródła finansowania celów, jakie mają być osiągnięte. Za pewien postęp można uznać ustawę z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym, Dz. U. z dnia 18 listopada 2015 r. poz. 1916, w którym przedstawiono koncepcję uregulowania części powyższych kwestii (odpowiedzialność, finansowanie), choć upłynęło zbyt mało czasu od jej wejścia w życie, by móc ocenić jej skutki i to, na ile faktycznie jest realizowana zgodnie z założeniami.

Brak polityki sektorowej (zdrowotnej) przekłada się błędy w funkcjonowaniu systemu, w tym problemy nadzoru nad publicznymi zakładami opieki zdrowotnej. Słaby nadzór właścicielski i niewielkie kompetencje oraz możliwości jednostek samorządu terytorialnego, które są właścicielem większości publicznych zakładów opieki zdro-

wotnej (zoz-ów), potęguje problemy. W badaniach przeprowadzonych przez autora² stwierdzono, że powiaty mają bardzo niską wiedzę na temat podległych sobie szpitali. To, co nazywane jest przez nie nadzorem, ogranicza się do wrywkowej kontroli i nieskoordynowanych działań podejmowanych w sytuacjach kryzysowych. Brak ogólnopolskiej strategii zdrowia przekłada się na brak takiej strategii na poziomie powiatów (choć województwa zazwyczaj przygotowują tego typu dokumenty). Jeżeli takie strategie istnieją, zawierają ogólnikowe stwierdzenia, które nie odnoszą się do rzeczywistych problemów ochrony zdrowia w powiecie. Można więc skonstatować, że – mimo często licznych komórek, w których gestii jest nadzór nad podległymi podmiotami leczniczymi – na poziomie powiatów ów nadzór nie istnieje (istnieje słaba kontrola), co jest efektem braku kompetencji ww. organów [Klich 2015; Kautsch 2011].

Słabość nadzoru właścicielskiego sprawia, że pojawiają się problemy z wyborem liderów (członków najwyższego szczebla zarządzania) zoz-ów. Procesowi zmiany nie sprzyja też sposób, w jaki prowadzony jest wybór na stanowiska kierownicze w publicznych placówkach (w oparciu o obowiązujące przepisy³). Bywa on silnie upolityczniony [Nojszewska 2011], a kompetencje nie zawsze są najistotniejszym kryterium wyboru kierownika zakładu [Klich 2015].

O braku przywództwa (i wizji systemu) można mówić także na poziomie krajowym. Kolejne zmiany na stanowisku ministra ds. zdrowia nie przynoszą spójnych wizji, co prowadzi do wskazanych problemów całego systemu.

Opisane kwestie można określić mianem stałych problemów, z którymi przychodzi mierzyć się systemowi i samym zakładom opieki zdrowotnej. Wspomniane upolitycznienie systemu (charakterystyczne dla wszystkich sektorów, w których dzielone są publiczne środki) wzmacniane kampaniami wyborczymi, trwającymi ostatnio w Polsce, sprawia, że wskazane zjawiska nasilają się, powodując, że rozwiązanie faktycznych problemów schodzi na dalszy plan.

Wyzwania ochrony zdrowia

Problemy z poprawą stanu zdrowia populacji zaczynają być coraz bardziej palące. Dzieje się tak (nie tylko w Polsce) z powodu rosnących potrzeb i oczekiwań społecznych, a także kurczących się zasobów [The Economist Intelligence Unit 2011], nie pieniężnych, ale w coraz większym zakresie – ludzkich. Proces starzenia dotyczy nie

² Wspomniane badania prowadzone były na zlecenie Związku Powiatów Polskich w ramach projektu „Innowacyjna i sprawna administracja źródłem sukcesu w gospodarce opartej na wiedzy”, realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w roku 2013.

³ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. 2011, nr 112 poz. 654 z późn. zm.

tylko społeczeństwa, jako takiego, ale i osób wykonujących zawody medyczne. W Polsce 61% praktykujących lekarzy ukończyło 45 lat, a 16% – 65 [Lisowska 2014]. W 5 lat (2008–2013) średnia wieku pielęgniarek wzrosła z 44,19 do 48,69, czyli o 4,5 roku [Szcześniak, Jędrusiak 2014], co oznacza, że system nie jest zasilany przez absolwentki pielęgniarstwa. W zawodach medycznych rośnie luka pokoleniowa, którą niezwykle trudno będzie zlikwidować.

Polska ma bardzo niskie wskaźniki liczby personelu medycznego przypadającego na populację. W roku 2014 (lub najbliższym dostępnym), wskaźnik aktywnych zawodowo lekarzy na 1000 mieszkańców wynosił w Polsce 2,4, a dla europejskich krajów OECD – 3,8. Dla pielęgniarek – odpowiednio 5,3 i 10,3 [OECD 2015]. Znikanie barier migracyjnych w Europie i duże zapotrzebowanie na personel medyczny w zamożniejszych krajach [Wismar et al. 2011] sprawiają, że problem ten może tylko narastać, biorąc pod uwagę wciąż duże różnice w poziomie zamożności między Polską a krajami Europy północnej i zachodniej.

Od niedawna problem migracji zaczyna dotyczyć również pielęgniarek [Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych 2014] i to też przede wszystkim młodych [Binkowska-Bury et al. 2010]. Dzieje się tak, choć przez wiele lat ta grupa zawodowa wykazywała mniejsze zainteresowanie emigracją niż lekarze. Już pojawiają się w Polsce braki personelu pielęgniarstwa, a prognozy dotyczące liczby pielęgniarek można uznać za wręcz katastrofalne. Według tych, przedstawionych przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych, w latach 2010–2020 do systemu trafić ma 19 954 pielęgniarek. Natomiast w związku z nabywaniem prawa do emerytury opuści go 80 814 osób [Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych 2010]. Prognozy te nie uwzględniają wspomnianego wzrostu zainteresowania emigracją oraz pokazanego silnego wzrostu średniej wieku ww. grupy zawodowej. W rzeczywistości więc na jedną przychodzącą pielęgniarkę przypadać będzie nie 4, ale (zapewne) 7–8, które odejdą, a i to może się okazać zbyt optymistycznym założeniem. Prognozy na kolejne lata (przypomnijmy, nieuwzględniające emigracji) mówią o tym, że w roku 2035 wskaźnik liczby pielęgniarek przypadających na 1000 osób ma w Polsce wynieść 2,6 [Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych 2013], czyli czterokrotnie (sic!) mniej niż obecnie w europejskich krajach OECD.

Za istotny problem należy również uznać to, że wiele pielęgniarek nie pracuje w zawodzie, rośnie też liczba absolwentek, które po krótkiej praktyce rezygnują z pracy zawodowej bądź wcale jej nie podejmują [Nowak-Starz et al. 2007]. W roku 2012 było w Polsce 285 399 osób mających prawo wykonywania tego zawodu, a tylko 200 138 pracowało przy bezpośrednio przy pacjentach [Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia 2013]. Nawet uznając, że część pielęgniarek pełni

funkcje administracyjne, to i tak pozostają dziesiątki tysięcy, które mogłyby pracować w wyuczonym zawodzie, ale tego nie robią.

Wzrost liczby potrzebujących (starsza populacja), spadek liczby (i tak coraz starszych) pielęgniarek, to nie pesymistyczna, ale realna wizja. Prócz tego, mając na względzie przywoływane wyżej opinie o systemie ochrony zdrowia, można postawić tezę, że jest on zupełnie nieprzygotowany na wzrastające oczekiwania pacjentów. Co oznacza, że w Polsce problemem jest tak wielkość zasobów jak i ich jakość.

Kolejnym wyzwaniem, z którym system będzie musiał sobie poradzić jest rosnąca wielochorobowość. Problem ten dotyczy systemu, jako całości, lecz chyba największe znaczenie ma dla szpitali. Wynika to z faktu, że obecnie funkcjonująca koncepcja opieki zdrowotnej opiera się na założeniu, że pomoc (najczęściej) będzie udzielana pacjentowi, który cierpi na jedną przypadłość. Stąd tworzenie oddziałów, które specjalizowały się w jednej dziedzinie medycyny. Dzięki specjalizacji możliwy był szybszy rozwój wiedzy, co dawało możliwość jeszcze lepszego leczenia kolejnych przypadków chorobowych. Wraz z wydłużaniem się średniej długości życia, do szpitali trafia coraz więcej osób, które cierpią na więcej niż jedną chorobę [Salisbury et al. 2011]. Co więcej, prognozy mówiące o wydłużaniu się średniej długości życia [Główny Urząd Statystyczny 2014] wskazują, że problem ten będzie narastał i to dynamicznie.

Trudno przecenić znaczenia wpływu sposobu płacenia za usługi na ich efektywność [Sobczak, Grudzień-Sękowska 2011]. Dlatego tak ważne jest stosowanie narzędzi (sposobów płacenia), które tę efektywność wzmacniają. W tym zakresie Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) cechuje duży konserwatyzm, a stosowane metody płacenia – bez względu na zmiany, jakie zostały wprowadzone, oznaczają wynagradzanie za liczbę, a nie jakość wykonanych świadczeń. Wprowadza się przy tym limit świadczeń, co jest niezbędne dla ograniczenia lawinowego wzrostu liczby świadczeń charakterystycznego dla przyjętej metody płacenia.

Powyższe, a także sposób zawierania kontraktów z wieloma podmiotami na pojedyncze usługi (np. tylko kardiologii interwencyjnej) powoduje ich „pokawałkowanie”, a przez to zniesienie odpowiedzialności za zdrowie pacjentów. Brak jest integracji opieki, która daje szansę na poprawę efektywności [Rudawska 2011]. Skłania też dostarcycieli usług do fałszowania dokumentacji medycznej, by uzyskać jak największe przychody. 90% respondentów ankiety Medycyna Praktyczna z roku 2006 uważało, że dokumentacja medyczna jest fałszowana [Medycyna Praktyczna, niedatowane], do czego skłaniała ich nieadekwatna wycena świadczeń. A temat fałszerstw wraca w kolejnych doniesieniach medialnych [Nowicki 2014]. NFZ najwyraźniej nie radzi sobie z kontrolą mechanizmu płacenia, który stosuje.

Medycyna to jeden z obszarów, w których nowe technologie pojawiają się niemalże codziennie. O ile nowe technologie kliniczne są medialnie nagłaśniane, kwestiom o charakterze nieklinicznym poświęca się stosunkowo niewiele uwagi. Można to przypisać niskiej atrakcyjności medialnej rozwiązań zarządczych, słabej pozycji zarządzających w porównaniu do pozycji środowiska lekarskiego, czy też nieprzykładaniu specjalnej wagi do kwestii zarządzania w ochronie zdrowia.

Choć sposób zarządzania ma wpływ na wyniki zakładów opieki zdrowotnej [Malinowska-Misiąg et al. 2008], fakt ten zdaje się nie być powszechnie rozumiany. Przywoływane relatywnie silne upolitycznienie, widoczne w całym sektorze [Nojszewska 2011], przekłada się choćby na wspomniane decyzje kadrowe w samych jednostkach [Klich 2015], a przez to (poprzez słabość tychże kadr) na brak chęci do wdrażania nowych rozwiązań, czy po prostu – efektywnych. Jak słusznie stwierdziła Sułkowska [2011] kultura panująca w szpitalach w Polsce jest mocno hierarchiczna, a przez to – konserwatywna. Owo „zacofanie” kulturowe szpitali sprawia, że innowacje niekliniczne przebijają się w nich wolno. Ponieważ brak jest ogólnodostępnych badań na ten temat, powyższą tezę można zilustrować na przykładzie realizowanych w sposób niezwykle zachowawczy zamówień publicznych w ochronie zdrowia, prowadzone w oparciu o kryterium ceny zakupu [Lewandowska 2009], co zostało skrytykowane przez Najwyższą Izbę Kontroli [2012]. Brak jest innowacyjnego podejścia do zamówień, z trudem toruje sobie drogę idea wspólnych zakupów [Kierzkowska, Maślowska 2015].

Opisywana sytuacja jest, między innymi, efektem nastawienia do kontroli organów do niej uprawnionych, które traktują ją nie jako narzędzie poprawy funkcjonowania organizacji i pobudzanie działań konstruktywnych [Kuc 2008], ale jako narzędzie punytywne, mające na celu udowodnienie, że kontrolowana jednostka popełniła, co najmniej błąd, jeżeli nie przestępstwo. I choć zaczynają się pojawiać innowacje w zamówieniach w ochronie zdrowia [Kautsch et al. 2014], to ich skala jest na razie niewielka. Innym przykładem pokazującym, że ochrona zdrowia (co dotyczy nie tylko Polski) nie nadąza za postępem technologicznym są rozwiązania teleinformatyczne (ICT). Raport grupy zajmującej się tą kwestią z ramienia Komisji Europejskiej wskazywał, że wykorzystanie ICT w tym sektorze jest opóźnione o 10 lat w stosunku do innych dziedzin gospodarki [Ilves 2012]. W Polsce natomiast nawet mało ambitne projekty związane z informatyzacją ochrony zdrowia [Najwyższa Izba Kontroli 2012] nie mogą się doczekać realizacji. Z pewnością na ich drodze staje polityka zakupowa NFZ-u, który płaci za usługi, a nie efekty zdrowotne, co sprawia, że usługi e-zdrowia w publicznym sektorze ograniczone są do zdalnego opisu zdjęć radiologicznych, inne są na bardzo wczesnym etapie rozwoju. Dzieje się to w czasach, w których nie ma technologicznych

przeszkód, by – co najmniej – monitorować stan pacjentów przebywających w swoich domach, reagować na automatyczne alarmy związane z nietypowym zachowaniem osób objętych taką opieką, prowadzić z nimi e-rehabilitację.

Wskazane powyżej rozwiązania dotyczą kwestii klinicznych, lecz ICT mogą służyć także do usprawniania funkcjonowania organizacji w wielu innych obszarach (logistyka, optymalizacja zakupów, lokalizacja i monitorowania stanu aparatury medycznej, czy kontrola czasu pracy personelu, itd.).

Przedstawione w niniejszej pracy problemy przekładają się na niewielką efektywność funkcjonowania systemu. Od lat wykorzystanie łóżek w Polsce jest na stosunkowo niskim poziomie, co gorsza, wciąż przybywa szpitali, liczba łóżek waha się, a w związku z skracaniem średniego okresu pobytu – spada wykorzystanie łóżek i jest coraz dalsze od zakładanych wzorcowych 85%, co zostało zaprezentowane w tabeli 1.

Tabela 1. Podstawowe wskaźniki opisujące działalność szpitali w Polsce [2004–2013]

	2005	2007	2009	2011	2013	Zmiana
Szpitala ogólne (liczba)	781	748	754	830	943	21%
Łóżka w szpitalach ogólnych (tys.)	179	175	183	185	184	2%
Leczeni w szpitalach ogólnych (mln)	6,7	7,1	8,0	8,1	8,3	23%
Wykorzystanie łóżek [%]	71	69,9	69,7	67	67,1	-5%
Średni pobyt [dni]	6,7	6,2	5,8	5,6	5,4	-19%

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia, *Biuletyn Ministerstwa Zdrowia*, Warszawa 2006–2014.

Mając na uwadze przytoczone powyżej dane dotyczące personelu można więc mówić o nieadekwatności inwestowania w zasoby. Zbyt wiele mamy niewykorzystanych infrastrukturalnych, zbyt mało – ludzkich. Oznacza to, że obecnie spora część środków jest w systemie marnotrawiona.

Podsumowanie

Brak sensownych zmian systemowych, brak chęci/odwagi do zmierzania się z narastającymi problemami sprawia, że ocena polskiego systemu ochrony zdrowia – w opinii pacjentów i wyrażona mierzalnymi wskaźnikami – jest tak niska. Konieczne stają się zmiany dotyczące funkcjonowania systemu, jako takiego, lepszego wykorzystania posiadanych zasobów, zmiany sposobów płacenia, likwidacji części zasobów łóżkowych, rozwoju innych niż szpitalna form opieki, powrotu do pracy pielęgniarek,

zmiany ról personelu medycznego (przekazanie części zadań innym niż lekarze grupom zawodowym), zwiększenia odpowiedzialności społeczeństwa za zdrowie z przekazaniem mu pewnych uprawnień (rozwój e-zdrowia).

Wskazane kwestie z pewnością nie są jedyne, z jakimi zmagają się system i wymagają one wprowadzenia znaczących zmian. Jeżeli system ma funkcjonować i spełniać swoje funkcje w warunkach zmiany [Nojszewska 2013], to sam musi ewoluować. Nie będzie to możliwe bez silnego przywództwa, co dotyczy każdej organizacji składającej się na ten system, ze szczególnym uwzględnieniem tych, które mogą go kształtować w sposób najsilniejszy. Silne przywództwo może pozwolić na zmianę kultury organizacji, a przez to poprawę ich efektywności. Wprowadzenie zasygnalizowanych zmian wymagać będzie stosownego przygotowania, w sposób istotny dotkną one wszystkich uczestników systemu ochrony zdrowia. Utrzymywanie go w stanie, w jakim on się obecnie znajduje, nie rozwiąże bowiem nie tylko żadnego ze wskazanych problemów, ale i innych, których nie sposób było opisać w niniejszym artykule.

Bibliografia

- Binkowska-Bury M., Nagórska M., Januszewicz P, Ryżko J. (2010), *Migracje pielęgniarek i położnych – problemy i wyzwania*, „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie”, Rzeszów, nr 4, ss. 497–504.
- Bober J., Hausner J., Izdebski H., Lachiewicz W., Mazur St. Nelicki A., Nowotarski B., Puzyna Wł., Surówka K., Zachariasz I., Zawicki M. (2013), *Narastające dysfunkcje, zasadnicze dylematy, konieczne działania. Raport o stanie samorządności terytorialnej w Polsce*, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie Małopolska Szkoła Administracji Publicznej, Kraków.
- CBOS (2014), *Opinie o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej A.D. 2014. Komunikat z badań CBOS*, Nr 107/2014, CBOS, Warszawa.
- Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (2006–2014), *Biuletyny Ministerstwa Zdrowia*, Warszawa 2006–2014.
- Czapiński J., Panek T. (2015), *Opieka zdrowotna*, [w:] Czapiński J. Panek T. (red.), *Diagnoza Społeczna 2015. Warunki i jakość życia Polaków. Raport.*, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa.
- Halik R., Kuszewski K. (2007), *Narodowy Program Zdrowia 2007–2015 jako narzędzie kształtujące politykę zdrowotną Polski*, [w:] M.J. Wysocki, D. Cianciara (red.), *Potencjał promocji zdrowia w Polsce. Krajowe oraz regionalne polityki i plany zdrowotne*, Państwowy Zakład Higieny, Warszawa.
- Health Consumer Powerhouse (2015), *Euro Health Consumer Index 2014 Report* [online], http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2014/EHCI_2014_report.pdf, dostęp: 27 lutego 2015.

Health Consumer Powerhouse (2016), *Euro Health Consumer Index 2015* [online], http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2015/EHCI_2015_report.pdf, dostęp: 19 marca 2016.

Główny Urząd Statystyczny (2014), *Prognoza ludności na lata 2014–2050*, Warszawa.

Ilves T.H. (2012), *Redesigning health in Europe for 2020*, eHealth Task Force Report [online], <http://www.epractice.eu/files/eHealth%20Task%20Force%20Report%20-%20Redesigning%20health%20in%20Europe%20for%202020%20-%20Part%20I.pdf>, dostęp: 20 kwietnia 2014.

Kautsch M. (2011), *Managing Public Healthcare Units in Poland – Research Findings*, "Economics and Sociology" 4(1a), ss.130–147.

Kautsch M., Lichoń M., Dela R. (2014), *Dialog techniczny i konkurencyjny w ochronie zdrowia*, „Ogólnopolski Przegląd Medyczny”, nr 9.

Kierzkowska I., Masłowska St. (2015), *Grupa zakupowa w jednostkach ochrony zdrowia województwa warmińsko-mazurskiego*, [w:] M. Kautsch (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*, 2 wyd. rozszerzone, Wolters Kluwer, Warszawa.

Klich J. (2015), *Dualne otoczenie organizacji opieki zdrowotnej* [w:] M. Kautsch (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*, 2 wyd. rozszerzone, Wolters Kluwer, Warszawa.

Kuc B.R. (2008), *Kontrola Kontroling Audyt 3 w 1 podobieństwa i różnice*. Wydawnictwo Menedżerskie PTM, Warszawa.

Lewandowska H. (2009), *Zamówienia publiczne w ochronie zdrowia*, Difin, Warszawa.

Lisowska B. (2014), *Demograficzna katastrofa w medycynie. Za 10 lat Polska będzie musiała sprowadzać lekarzy z zagranicy*, *GazetaPrawna.pl* [online], <http://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/781219,demograficzna-katastrofa-w-medycynie-za-10-lat-polska-bedzie-musiala-sprowadzac-lekarzy-z-zagranicy.html>, dostęp: 21 kwietnia 2015.

Malinowska-Misiąg E., Misiąg W., Tomalak M. (2008), *Zarządzanie środkami publicznymi w polskich szpitalach*, Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową, Warszawa.

Medycyna Praktyczna (niedatowane), [online], http://www.mp.pl/ankieta/pollwyniki.php?poll_id=111&w=1&_tc=64B78B1BE4144C4CA05694B799A53BC6, dostęp: 11 lutego 2006.

Ministerstwo Zdrowia (niedatowane), *Zadłużenie SPZOZ* [online], <http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/organizacja-ochrony-zdrowia/zadluzenie-spzoz/>, dostęp: 16 maja 2016.

Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej (1996), *NARODOWY PROGRAM ZDROWIA 1996–2005*, Warszawa.

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych (2014), *Liczba zaświadczeń wydanych na potrzeby uznawania kwalifikacji zawodowych w okresie od 01-05-2004 do 31-12-2013, dla poszczególnych grup* [online], http://www.nipip.pl/attachments/article/2622/Wydane_za%20C5%9Bwiadczenia_2004–2013.pdf, dostęp: 13 lipca 2014.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych (2010), *Wstępna ocena zasobów kadrowych pielęgniarek i położnych w Polsce do roku 2020*, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Warszawa.

- Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych (2013), *Analiza liczby zarejestrowanych i zatrudnionych pielęgniarek i położnych w roku 2011 oraz prognoza liczby zarejestrowanych i zatrudnionych pielęgniarek i położnych na lata 2015–2035*, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Warszawa.
- Najwyższa Izba Kontroli (2012), *Informacja o wynikach kontroli. Informatyzacja szpitali* [online], <http://www.nik.gov.pl/plik/id,4849,vp,6462.pdf>, dostęp: 3 marca 2015.
- Najwyższa Izba Kontroli (2013), *Sprawozdanie z działalności Najwyższej Izby Kontroli w 2012 roku*, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa.
- Nojszewska E. (2011), *System ochrony zdrowia w Polsce*, Wolters Kluwer Business, Warszawa.
- Nojszewska E. (2013), *Zmieniające się otoczenie systemu ochrony zdrowia determinantą jego przyszłości*, „Problemy Zarządzania” vol. 11, nr 1 (41), t. 2, ss. 31–32.
- Nowak-Starz G., Ździebło K., Grzywna T. (2007), *Ekwiwalencja dyplomów i uznawanie kwalifikacji zawodowych w jednoczącej się Europie na przykładzie pielęgniarek i położnych*, „Pielęgniarstwo XXI wieku”, nr 2 (7), ss. 19–20.
- Nowicki M. (2014), *ZIP ujawnia przekręt dekady? System informatyczny NFZ pełen jest fikcyjnych zabiegów*, 5 sierpnia 2014 r. [online], <http://fakty.tvn24.pl/ludzie-faktow,2324,c/marek-nowicki,2229,p.html>, dostęp: 20 sierpnia 2014.
- OECD (2015), *OECD Health Data 2015* [online], http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT, dostęp: 16 maja 2016.
- Rada Ministrów (2007), *Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015*, Załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r.
- Rada Narodowego Funduszu Zdrowia (2015), *Uchwała Nr 7/2015/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 marca 2015 r. w sprawie przyjęcia rekomendacji Zespołu Problemowego do spraw świadczeń opieki zdrowotnej, w rodzaju leczenie szpitalne, udzielanych na podstawie umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia* [online], <http://www.nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/uchwaly-rady-nfz/uchwala-nr-72015ii,6346.html>, dostęp: 25 kwietnia 2015.
- Rudawska I. (2011), *Zintegrowana opieka zdrowotna – w poszukiwaniu poprawy efektywności*, „Problemy Zarządzania”, vol. 9, nr 3 (33), ss. 140–152.
- Salisbury Ch., Johnson L, Purdy S., Valderas J.M. Montgomery A.A. (2011), *Epidemiology and impact of multimorbidity in primary care: a retrospective cohort study*, “British Journal of General Practice”, January, pp. 13–21.
- Sobczak A., Grudzień-Sękowska J. (2011), *Zwiększanie efektywności opieki zdrowotnej przez płacenie za wyniki – specyfika, przykłady i warunki skutecznego zastosowania*, „Problemy Zarządzania”, vol. 9, nr 3 (33), ss. 153–168.
- St Sauver J.L., Boyd C.M., Grossardt B.R., et al. (2015), *Risk of developing multimorbidity across all ages in an historical cohort study: differences by sex and ethnicity*. *BMJ Open* 2015;5: e006413. doi:10.1136/bmjopen-2014-006413

- Sułkowska J. (2011), *Zarządzanie talentami w polskich szpitalach*, [w:] R. Lewandowski, R. Walkowiak (red.), *Zarządzanie w ochronie zdrowia. Problemy wybrane*, Olsztyńska Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania im. Prof. Tadeusza Kotarbińskiego, Olsztyn.
- Szcześniak A., Jędrzyak P. (2014), *Wzrasta średnia wieku pielęgniarek i położnych*, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych [online], <http://www.nipip.pl/index.php/samorząd/stat/2730-statystyka-sa-nieublagane-z-roku-na-rok-mimo-ze-rosnie-liczba-zarejestrowanych-pielęgniarek-i-polożnych-chetnych-do-kształcenia-sie-w-tych-zawodach-wciaz-ubywa-dowodem-jest-wzrost-średniej-wieku-osob-wykonujacych-te-zawody-2>, dostęp: 21 kwietnia 2015.
- The Economist Intelligence Unit (2011), *The future of healthcare in Europe* The Economist Intelligence Unit Limited [online], <http://www.janssen-slovenia.si/sites/default/files/The-Future-Of-Healthcare-In-Europe.pdf>, dostęp: 27 lutego 2015.
- Wismar M., Maier C.B., Glinos I.A., Dussault G., Figueras J. (eds.) (2011), *Health professional mobility and health systems. Evidence from 17 European countries*, European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization.
- Włodarczyk W.C. (1996), *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków.
- Wojtyła A. (niedatowane), *Interpelacja w sprawie aktualnego stanu realizacji rządowego dokumentu Narodowy Program Zdrowia na lata 1996–2005*, Debaty sejmowe XVII Kadencja [online], <http://www.kadencja17.testos.waw.pl/int1-792.html>, dostęp: 14 kwietnia 2011.
- WHO (2000), *The WORLD HEALTH REPORT 2000. Health Systems: Improving Performance* [online], http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf, dostęp: 21 kwietnia 2015.

Paweł Skoczylas¹

Społeczna Akademia Nauk

Zarządzanie publiczne w opiece medycznej

Public Management in Health Care

Abstract: The role of the public health sector is extremely important in every modern society. The purpose of this paper is to present the characteristics of the management process applied to public health care entities as well as to the entire public health care system. Managers of the public sector have a very difficult role to play, since human health in its particular value is often used as a bargaining chip in political games. Therefore, economic efficiency defined as an indicator of a well-functioning health care entity or the entire health care system, is not always possible to obtain.

Key words: public management, health care, public health sector, health care system.

Wstęp

Rola sektora publicznego w każdym nowoczesnym społeczeństwie jest niezwykle istotna. Los jego obywateli zależy bowiem w dużej mierze od funkcjonowania organizacji działających w tym właśnie sektorze. Każdego roku wzrasta suma wydatków na cele publiczne w budżecie państwa, rośnie także liczba osób zatrudnionych w sektorze publicznym. Pomimo tego, kwestie związane ze sprawnym funkcjonowaniem instytucji publicznych, takich jak urzędy, placówki oświatowe, czy wreszcie jednostki ochrony zdrowia nie znajdują się w centrum zainteresowania decydentów. Zdaniem niektórych autorów, wiedza na ten temat jest bardzo rozproszona i niekompletna [Frąckiewicz-Wronka, 2009 s. 1]. Choć zasadniczo kluczowe procesy zarządzania jednostką publiczną nie różnią się znacznie od placówek prywatnych, zwrócić należy

¹ E-mail: pawel.skoczylas@interia.eu

uwagę na występowanie w sektorze publicznym licznych interesariuszy, których interesy bywają rozbieżne. Decyzje podejmowane przez kierowników jednostek publicznych – zachodzą często w bardzo upolitycznionym otoczeniu, miarą ich trafności i zasadności rzadko jest zysk, a najczęściej – preferencje społeczne, czy interesy polityczne. Zdaniem niektórych autorów, aspekt polityczny nigdy nie zostanie w sektorze publicznym wyeliminowany do końca i pomimo postępującego procesu globalizacji – zawsze będzie posiadał głęboki kontekst narodowy [Frączkiewicz-Wronka 2009, s. 4]. Ma on bowiem związek z pewnymi kulturowymi uwarunkowaniami rozwoju społeczeństwa oraz historycznego procesu demokratyzacji państwa.

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie charakterystycznych cech procesu zarządzania publicznymi jednostkami medycznymi oraz całym publicznym systemem ochrony zdrowia.

Obszar działania sektora publicznego i zarządzanie publiczne

Zakres i obszar sektora publicznego w państwie zależą od roli, jaką państwo pełni w gospodarce oraz realizowanych przez nie funkcji [Zalewski 2005, s. 11]. Teoria ekonomii wskazuje na pewne trudności w opisanu sektora publicznego, specyfikacji zasad jego funkcjonowania oraz przedstawienia celów i zadań jakie ma on do zrealizowania [Kleer 2005, s. 9]. Trudności te odnoszą się także do teorii zarządzania, zdaniem niektórych autorów, sektor publiczny nie podlega regułom obowiązującym w tej dyscyplinie. Jednak ze względu na wielkość przepływu środków przez sektor publiczny, badania dotyczące praw, jakie rządzą działaniami, które są w nim podejmowane – zalicza się do nauk o zarządzaniu. Zarządzanie publiczne jest dziedziną wiedzy, która posiada odniesienia zarówno w sferze nauk ekonomicznych, jak i humanistycznych [Frączkiewicz-Wronka 2009, s. 4]. Z powodu silnych powiązań ze sferą praktyczną – termin: zarządzanie publiczne można także rozumieć w sposób dynamiczny – poprzez organizację realizacji programów publicznych – działań, które zaspokajają istotne potrzeby społeczne. Przemiany jakie zachodzą w sektorze publicznym wymagają doprecyzowania granicy, która oddziela struktury publiczne i prywatne oraz wykonywane przez nie działania. Zdaniem większości autorów nie ma wątpliwości, iż usługi publiczne kierowane są do podstawowych potrzeb społecznych, takich jak potrzeba edukacji, ochrony zdrowia, czy też sfery bezpieczeństwa. Jednak otwarte pozostaje pytanie, czy usługi te bezwzględnie muszą być świadczone przez organizacje publiczne, czy też dopuszczalnym jest wykonywanie ich przez instytucje prywatne czy społeczne. Zatem, czy zarządzanie publiczne dotyczy wyłącznie organizacji państwowych, samorządowych, które wykonują usługi publiczne, czy też może

dotyczyć jednostek prywatnych, czy społecznych, które usługi publiczne realizują. Z praktyki życia codziennego wiadomo bowiem, iż często – w drodze konkursu, wykonywanie zadań publicznych powierzane jest firmom prywatnym, a jedynie nadzór nad ich realizacją pozostaje w gestii jednostek państwowych lub samorządowych [Drucker 1973, ss. 43–55]. Placówki prywatne mogą też świadczyć usługi publiczne na zasadzie non-profit, zatem także kryterium czerpania zysków z prowadzonej działalności nie w pełni jest przydatne i użyteczne. Cechą, która wyróżnia organizacje publiczne, poza ich strukturą właścicielską i sposobami finansowania – są cele ich działania [Goldsterin, Naor 2005, ss. 209–228]. Jednym z podstawowych problemów zarządzania publicznego jest trafne podejmowania decyzji dotyczących zakresu i hierarchii społecznych celów oraz odpowiednich metod zarządzania, aby realizacja wyznaczonych przez państwo zadań odbywała się zgodnie z zasadami efektywności ekonomicznej, organizacyjnej oraz sprawiedliwości społecznej [Fukuyama 2005, s. 21]. Porównując ze sobą organizacje sektora publicznego i prywatnego, zauważyć można, iż w sektorze prywatnym procesy decyzyjne zachodzą szybciej, bardziej płynnie niż w sektorze publicznym [Frączkiewicz-Wronka 2008, s. 15]. Każde z wyzwań, z którymi mamy do czynienia w sektorze prywatnym, może także dotyczyć sektora publicznego, choć zdaniem niektórych autorów – w sektorze publicznym wyzwań tych jest znacznie więcej, co może być spowodowane np. wpływem czynników politycznych [Feldman 2005, s. 960], odmiennością pełnionych w obu sektorach ról przez różne organizacje, innymi metodami finansowania i sposobami zarządzania w obu sektorach. W organizacjach prywatnych celem nadrzędnym działania jest osiągnięcie zysku w organizacjach publicznych natomiast – spełnienie oczekiwań społecznych – zgodnie z zasadami sprawiedliwości społecznej i możliwościami gospodarki. W sektorze publicznym procesy decyzyjne są znacznie trudniejsze, bowiem dysponent środków publicznych dokonuje świadomego wyboru jednego z wielu sposobów postępowania, który w dużej mierze jest uwarunkowany kontekstem otoczenia zewnętrznego, nie sprowadza się natomiast wyłącznie do wyniku finansowego. Rosnąca w otoczeniu liczba zmiennych, powoduje, iż sytuacja decyzyjna staje się dla menedżerów coraz bardziej skomplikowana [Bolesta-Kukułka 2003, s. 23].

Wyzwania jakie aktualnie stoją przed organizacjami publicznymi

Szereg wyzwań jakie stoją obecnie przed sektorem publicznym spowodowanych jest w dużej mierze złożonością współczesnego świata, na którą składają się między innymi – proces globalizacji, nieustanne przemiany demograficzne społeczeństw, zmiany w strukturze siły roboczej, społeczny nacisk na zwiększenie liczby i jakości usług finan-

sowanych ze środków publicznych oraz rozwój technik komunikacyjnych [Frączkiewicz-Wronka 2008, s. 15]. Proces globalizacji umożliwia wykorzystywanie pojawiających się szans rynkowych oraz redukcję zagrożeń, takich jak migracja pracowników czy zmiany legislacyjne. Przemiany demograficzne związane są przede wszystkim z procesem starzenia się społeczeństw. Powoduje on reorientację hierarchii potrzeb społecznych, jakie są uznawane za szczególnie istotne. W efekcie tego procesu niezbędne jest zwiększenie liczby, dostępności i jakości świadczeń opiekuńczych, leczniczych i rehabilitacyjnych skierowanych do grupy wiekowej 65+. Opisanie powyżej procesy demograficzne w sposób oczywisty wpływają także na zmiany w strukturze siły roboczej, które wymuszają konieczność aktywizacji zawodowej osób po 50 r.ż., aby zwiększyć wpływy do budżetu z tyt. podatków od tej grupy wiekowej, zmniejszając jednocześnie liczbę osób pozostających jedynie na różnego rodzaju świadczeniach opiekuńczych, rentowych czy emerytalnych. Z kolei rozwój technik telekomunikacyjnych stwarza zdecydowanie lepsze możliwości zarządzania informacją. Wiąże się to jednak często ze znacznymi kosztami.

Przedstawione powyżej czynniki mają istotny wpływ na otoczenie organizacji znajdujących się w sektorze publicznym. Wpływają one na procesy decyzyjne nastawione na takie metody i techniki zarządzania, które zwiększają efektywność kierowania sferą usług użyteczności publicznej. Przemiany zachodzące na poziomie państwa, decydują o sposobach alokacji publicznych zasobów. Na poziomie organizacji natomiast, wpływ przedstawionych powyżej czynników można dostrzec w odmiennym sposobie realizowania funkcji rekrutacji, troski o jakość i dostępność świadczonych usług, czy zmianę stylu zarządzania [Worthington 1999, ss. 32–35].

Systemowe podejście w ochronie zdrowia

Współczesne państwo demokratyczne pełni szczególną rolę w procesie kształtowania reguł rozwoju społeczno-gospodarczego [Geisen 2005, ss. 31–35]. Począwszy od połowy ubiegłego stulecia, systematycznie rósł zakres władzy aparatu państwowego i liczba pełnionych przez państwo funkcji. Proces ten wpływał na potrzebę skutecznego i efektywnego zarządzania publicznym funduszem przeznaczonym na zaspokajanie społecznych potrzeb. Zdrowie jest jedną z podstawowych potrzeb, jakie określają poziom życia. Poziom opieki zdrowotnej w danym państwie może z kolei służyć, jako skuteczny wskaźnik społecznego postępu. Świadczy on o sposobie zarządzania, które jest nastawione na realizację publicznych celów związanych z dążeniem do osiągnięcia pożądanego stanu zdrowia obywateli. System ochrony zdrowia zawsze funkcjonuje w pewnym otoczeniu, pomiędzy nim, a otoczeniem zawsze zachodzą liczne relacje.

Zdaniem niektórych autorów, relacje zachodzące wewnątrz systemu ochrony zdrowia są zawsze silniejsze niż relacje systemu z otoczeniem. Inni autorzy są z kolei zdania, że takie twierdzenie jest nieuprawnione [Frączkiewicz-Wronka 2009, s. 25]. System – z definicji, to uporządkowany zbiór jednostek, tworzących określoną całość i służący konkretnemu celowi. W przypadku systemu ochrony zdrowia, jego poszczególne elementy mogą być traktowane, jako jego podsystemy, a czasem nawet, jako odrębne systemy. Dlatego też samo odróżnienie systemu ochrony zdrowia od otoczenia, w którym on funkcjonuje ma charakter względny. Całość systemu może być traktowana jako element szerszego układu, tak jak system ochrony zdrowia jest elementem państwa [Kieżun 1999, s. 20]. System ochrony zdrowia jest więc wyodrębniona całością, która składa się z wielu elementów, powiązanych różnorodnymi więzami, realizującą cel związany ze zdrowiem. W literaturze przedmiotu można napotkać różne terminy dotyczące systemu ochrony zdrowia, np. system zdrowotny (*health system*), system ochrony zdrowia (*health protection system*), system służby zdrowia (*health services system*), czy system opieki zdrowotnej (*health care system*) [Frączkiewicz-Wronka 2009, s. 25]. Według niektórych autorów zakres znaczeniowy poszczególnych terminów jest różny, począwszy od najwęższego – systemu opieki medycznej, na który składają się świadczenia diagnostyczne i lecznicze, poprzez system opieki zdrowotnej, zawierający oprócz uprzednio wymienionych działania prewencyjne i rehabilitacyjne, po pojęcie najszersze – system ochrony zdrowia będący połączeniem systemu opieki zdrowotnej z działaniami na rzecz ochrony środowiska naturalnego, modelowaniem zachowań zdrowotnych, etc. Zdaniem innych autorów, poszczególne określenia są w zasadzie synonimami i zależą w większości przypadków od osobistych preferencji badacza [Włodarczyk, Poździoch 2001, ss. 13–15].

W literaturze fachowej, zwraca się ponadto uwagę na różnicę pomiędzy rzeczywistym i teoretycznym rozumieniem terminu „system”. W pierwszym przypadku wyodrębniony fragment rzeczywistości, nazywany systemem – posiada faktyczne cechy „systemowe” – stanowi uporządkowaną całość o dobrze zdefiniowanych relacjach wewnętrznych.

W przypadku drugim natomiast mamy do czynienia jedynie z modelowym przybliżeniem rzeczywistości [Włodarczyk 1996, s. 287]. Każdy system ochrony zdrowia ma do spełnienia określone cele. Obejmują one likwidowanie nierówności w zdrowiu (związanych z poziomem wykształcenia, miejscem zamieszkania, statusem społecznym, sytuacją materialną, etc.), zmniejszenie wskaźników chorobowości, zapadalności, śmiertelności z powodu różnych chorób, oraz wywoływanej przez nie niepełnosprawności, a także umacnianie zdrowia oraz działania profilaktyczne.

Sektor publiczny w ochronie zdrowia

Publiczny sektor ochrony zdrowia podlega działaniu mechanizmów ekonomicznych, jednak nie w pełnym zakresie. Działanie praw wolnego rynku jest ograniczone, mogłoby ono doprowadzić bowiem do drastycznego rozwarstwienia w dostępności do świadczeń medycznych oraz znacznego zróżnicowania jakości wykonywanych usług. Powoduje to szczególną rolę, jaką w sektorze ochrony zdrowia mają do spełnienia placówki publiczne. Jeszcze kilkanaście lat temu publiczny sektor ochrony zdrowia funkcjonował w ustabilizowanym otoczeniu, miał zapewnione środki finansowania, a także długoterminowy – wieloletni okres planowania. Dokonana w Polsce w roku 1999 reforma systemu ochrony zdrowia, stanowiąca przejście z systemu centralnie planowanego, według modelu Siemaszki do systemu ubezpieczeniowego, opartego na modelu Bismarcka, spowodowała całkowitą zmianę reguł jego funkcjonowania. W państwach postsocjalistycznych, w tym także w Polsce dokonała się zmiana zasad redystrybucji środków na zaspokajanie ważnych potrzeb społecznych, zasad gospodarowania i nadzoru. Dokonane przemiany systemowe, wykształcenie się mechanizmów wolnego rynku, częste zmiany w otoczeniu placówek ochrony zdrowia, spowodowały zmianę zasad zarządzania w sektorze publicznym. Zarządzanie placówkami medycznymi stało się znacznie bardziej skomplikowane i stawia coraz większe wymagania przed osobami, które nimi kierują. Od tego czasu wykształciła się grupa profesjonalnych menedżerów ochrony zdrowia, posiadających wiedzę teoretyczną i umiejętności praktyczne, które pozwalają na utrzymanie lub poprawę pozycji konkurencyjnej placówek ochrony zdrowia w przyszłości. Publiczne placówki, realizujące świadczenia zdrowotne dla pacjentów, muszą dostosowywać się do ciągle zmieniających się warunków rynkowych – zgodnie z prawami ekonomicznej efektywności oraz zasadami sprawiedliwości społecznej. Poszukiwania nowej strategii rozwiązywania problemów ochrony zdrowia wynikają także z dużej liczby wyzwań, jakie stoją obecnie przez Unią Europejską. Zdrowie należy bowiem do najważniejszych wartości, jakie są gwarantowane przez działania legislacyjne i praktyczne. Ochrona zdrowia jest wspierana przez działania polityczne wszystkich państw członkowskich, zarówno na szczeblu krajowym, jak i wspólnotowym. Dla osiągnięcia sukcesu w sektorze ochrony zdrowia Unia rekomenduje swoim członkom podjęcie działań międzysektorowych. Podejście takie bezpośrednio wynika z art. 152 Traktatu Wspólnoty Europejskiej. Dodatkowym rozwinięciem powyższego zapisu jest strategia „Razem na rzecz zdrowia. Strategiczne podejście dla Unii Europejskiej na lata 2008–2013”. W dokumencie tym zwrócono uwagę na znaczenie zdrowia w procesie rozwoju społeczno-gospodarczego państwa. Władze publiczne, podczas zarządzania zasobami w syste-

mie ochrony zdrowia napotykają wiele problemów. Dokonywana przez administrację rządową i samorządową alokacja zasobów, ogranicza swobodę w dysponowaniu swoimi dochodami przez obywateli. Preferencje dotyczące przeznaczenia dochodów w przypadku poszczególnych osób, czy ich grup mogą w sposób istotny odbiegać od preferencji prezentowanych przez władze publiczne [Owsiak 2013, s. 71]. Podejmując decyzje dotyczące dostępności przedmiotowych dóbr, zmuszone są one każdorazowo podejmować decyzję, kogo reprezentują, w czym interesie pełnią swoje funkcje oraz jakimi kryteriami kierują się podejmując decyzje o alokacji dóbr publicznych i społecznych. Prawidłowe wytwarzanie oraz podział towarów i usług, wymaga sprawnego aparatu władzy, skutecznego systemu finansów oraz czytelnych metod rozdziału publicznych pieniędzy. Zdaniem części autorów, także wprowadzenie do sektora publicznego ochrony zdrowia mechanizmów rynkowych nie oznacza wcale zmniejszenia roli państwa w systemie. Oznacza jedynie zmianę jego funkcji, a głównym celem takiego postępowania jest zwiększenie efektywności sektora publicznego, a także zwiększenie skali odpowiedzialności finansowej świadczeniobiorców [Drewry 2005, s. 321]. Wycofywanie się państwa z roli organizatora świadczeń opieki medycznej i bezpośredniego płatnika jest obserwowaną od kilku lat tendencją ogólnoeuropejską. Rośnie natomiast rola państwa, jako regulatora określającego zasady funkcjonowania systemu. Gdyby państwo nie zapewniło odpowiednich środków na ochronę zdrowia, pacjenci masowo zaczęliby umierać z powodu błahych nawet chorób. Gdyby natomiast większość dochodu narodowego przeznaczyć właśnie na działania związane z systemem opieki zdrowotnej, wówczas zabrakłoby środków na wsparcie socjalne dla osób najuboższych. Każdorazowo wymaga to więc poszukiwania odpowiedniego kompromisu, uwzględniającego wszystkie potrzeby społeczne [Johnson-Lans 2006, ss. 3–5]. Społeczny dobrobyt wymaga bowiem pogodzenia efektywności systemu ochrony zdrowia oraz zasad sprawiedliwości społecznej [Barr 2004, s. 254]. Publiczny sektor ochrony zdrowia na całym świecie podlega wielu przemianom, indukowanym, a niekiedy wręcz wymuszonym przez warunki otoczenia. Reformy te mają na celu poprawę funkcjonowania organizacji publicznych oraz zwiększenie dostępności i jakości świadczonych usług [Page 2005, s. 720]. Celem wielu reform systemowych, jakie podejmowane były w wielu krajach Europy pod koniec ubiegłego wieku było wprowadzenie do publicznego sektora ochrony zdrowia narzędzi typowych dla zarządzania sektorem rynkowym. W efekcie tych działań wiele systemów ochrony zdrowia zmieniło swoją strukturę organizacyjną oraz zasady funkcjonowania – z modelu scentralizowanego na zdecentralizowany, wykorzystujący biznesowe metody zarządzania.

Charakterystyczne cechy zarządzania w publicznym sektorze ochrony zdrowia

Decyzje podejmowane podczas zarządzania publiczną jednostką ochrony zdrowia, podzielić można na decyzje techniczne oraz decyzje polityczne [Frączkiewicz-Wronka 2009, s. 37]. Charakteryzują się one różną jakością informacji, jaka jest oczekiwana przez decydentów przy podejmowaniu obu typów decyzji. Wysoka jakość informacji wymagana jest przy podejmowaniu decyzji technicznych, ma ona mniejsze znaczenie w przypadku decyzji politycznych. Zdaniem niektórych autorów [Frączkiewicz-Wronka 2009, s. 42], wpływ na decyzje podejmowane przez kierowników publicznych jednostek ochrony zdrowia w dużej mierze mają kontakty z interesariuszami zewnętrznymi. Złożoność tego problemu wynika przede wszystkim z występowania całej sieci powiązań, z którą musi radzić sobie kadra kierownicza, a nie tylko podstawowych procesów składających się na funkcje zarządcze. Na skuteczność decyzji menedżerskich podejmowanych przez kierowników publicznych placówek ochrony zdrowia mają wpływ nie tylko ich zaangażowanie i wola zmian, ale także właściwości danego systemu, zgromadzone środki – materialne i niematerialne oraz umiejętność oceny wymienionych elementów. Sieć kontaktów z interesariuszami odgrywa duże znaczenie podczas ingerencji w procesy społeczne, w których uwidaczniają się oceny działań podejmowanych przez kierowników [Frączkiewicz-Wronka 2009, ss. 43–45]. Z cytowanych badań wynika ponadto występujące w publicznym sektorze ochrony zdrowia nastawienie na ściśle realizowanie procedur i reguł postępowania. Wynika z tego, iż kierownicy publicznych jednostek ochrony zdrowia posiadają znacznie mniejszą autonomię działania, niż ich koledzy kierujący placówkami niepublicznymi. Zaznaczyć tutaj należy dużą rolę organów założycielskich i prowadzonej przez nie polityki w stosunku do podległych placówek ochrony zdrowia. Implementacja reguł przedsiębiorczości do publicznego sektora ochrony zdrowia prowadzić może do jego przekształcania w system adaptacyjny, który ma zdolność funkcjonowania w zmiennym środowisku społecznym, politycznym i gospodarczym. Istotą procesu przekształceń jest nadawanie cech złożonego systemu adaptacyjnego, zarówno poszczególnym elementom systemu, jak i jego całości. Jednym z podstawowych obszarów zarządzania publicznym sektorem ochrony zdrowia jest tworzenie nowych umiejętności wśród pracowników i kadry zarządzającej oraz stworzenie narzędzi służących do pomiaru efektywności funkcjonowania systemu [Bratnicki, Frączkiewicz-Wronka 2006, s. 17]. Nowa rzeczywistość społeczno-ekonomiczna, ciągłe zmiany zachodzące w otoczeniu placówek ochrony zdrowia, wymuszają konieczność dostosowywania się oraz tworzenia nowatorskich rozwiązań w zakresie kierowania jednostką. Zmienność otoczenia

powoduje ponadto konieczność przewartościowania karier zawodowych menedżerów kierujących publicznymi placówkami, ciągłego uzupełniania wiedzy i doskonalenia kwalifikacji zawodowych. Tylko bowiem profesjonalista może w sprawny sposób dokonywać trafnych wyborów i podejmować odpowiednie decyzje. Jak wynika z cytowanych wcześniej badań [Frączkiewicz-Wronka 2009, s. 47], zapewnienie sprawnego funkcjonowania publicznej placówki ochrony zdrowia, wymaga ciągłego doskonalenia obecnych i przyszłych kadr systemu, gdyż one właśnie decydują o sprawności i efektywności podejmowanych działań.

Podsumowanie

Zarządzanie publiczną ochroną zdrowia – zarówno w skali mikro – na poziomie jednostki, jak i w skali makro – systemu opieki zdrowotnej musi być zorientowane na pogodzenie sprzeczności, jakie powstają przy podejmowaniu decyzji, zwłaszcza o strategicznym charakterze. Efektywność tego procesu decyduwać może o przetrwaniu placówki lub funkcjonowaniu całego systemu. Zdecydowana większość kadry menedżerskiej publicznego sektora ochrony zdrowia posiada świadomość roli nowoczesnych rozwiązań w sferze zarządzania dla sprawnego funkcjonowania organizacji. Sprawny menedżer działający w publicznym sektorze ochrony zdrowia musi być osobą kreatywną, odważną w działaniu, wciąż poszerzającą swoje kwalifikacje. Menedżerowie pracujący w sektorze publicznym mają niezwykle trudną rolę do spełnienia. Zdrowie ludzkie jest bowiem tą szczególną wartością, która często wykorzystywana jest jako karta przetargowa w grze politycznej. Dlatego też efektywność ekonomiczna, jako wyznacznik funkcjonowania jednostki ochrony zdrowia, czy całego systemu, nie zawsze jest możliwa do uzyskania.

Bibliografia

- Barr N. (2004), *The economics of welfare state*, Oxford-New York.
- Bolesta-Kukułka K. (2003), *Decyzje menedżerskie*, PWE, Warszawa.
- Bratnicki M., Frączkiewicz-Wronka A. (2006), *Efektywność organizacyjna i zarządzanie publiczne: Wyłaniające się koncepcje, kluczowe wyzwania i kierunki dalszych badań w obszarze pomiaru efektywności*, „Organizacja i kierowanie”, nr 3.
- Drewry G. (2005), *Citizen's charters: service quality chameleons*, „Public Management Review”, No. 7(3).
- Drucker P.F. (1973), *Managing the public service institution*, „Public Interest”, No. 33.
- Feldman M.S. (2005), *Management and Public Management*, „Academy of Management Journal”, Vol. 48, No. 6.

- Frączkiewicz-Wronka A. (2008), *Zarządzanie publiczne, światło w tunelu czy następna ściana dla sektora publicznego*, „Zeszyty Naukowe WWSZiP”, No. 11(1), Wałbrzych.
- Frączkiewicz-Wronka A. (2009), *Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce ochrony zdrowia*, Wolters Kluwer Polska sp. z o.o., Warszawa.
- Fukuyama F. (2005), *Budowania państwa. Władza I ład międzynarodowy w XXI wieku*, Dom Wydawniczy REBIS, Poznań.
- Geisen T. (2005), *Państwo socjalne w okresie modernizmu. O powstaniu systemów zabezpieczenia społecznego w Europie*, [w:] Kraus K., Geisen T., Piątek K. (red.), *Państwo socjalne w Europie. Historia, rozwój, perspektywy*, Toruń.
- Goldsterin S.M., Naor M. (2005), *Linking publicness to operations management practices: a study of quality management practices in hospitals*, „Journal of Operations Management”, No. 23.
- Johnson-Lans S. (2006), *A health economics*, Boston.
- Kieżun W. (1999), *Wstęp do teorii organizacji*, Warszawa.
- Kleer J. (2005), *Identyfikacja dóbr wytwarzanych przez sektor publiczny*, [w:] Kleer J. (red.), *Sektor publiczny w Polsce i na świecie. Między upadkiem, a rozkwitem*, Warszawa.
- Owsiak S. (2013), *Finanse publiczne. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Page S. (2005), *What's new about the New Public Management? Administrative change in the human services*, „Public Administration Review”, No. 6(65).
- Włodarczyk W.C. (1996), *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Łódź–Warszawa–Kraków.
- Włodarczyk W.C., Poździejch S. (2001), *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Kraków.
- Worthington I. (1999), *The social and economic context*, [w:] Rose A., Lawton A. *Public services management*, Redwood Books Ltd. Trowbridge.
- Zalewski A. (2005), *Reformy sektora publicznego w duchu nowego zarządzania publicznego*, [w:] Zalewski A. (red.), *Nowe zarządzanie publiczne w polskim samorządzie terytorialnym*, Warszawa.

Justyna Zajdel¹

Spółeczna Akademia Nauk

Udzielanie świadczeń zdrowotnych z wykorzystaniem teleinformatycznych środków przekazu

ICT Media in the Treatment Process

Abstract: Telemedicine is the latest form of the provision of health services, which in many areas replaces the classic process of diagnostic and therapeutic medical implying personal contact with the patient. Before the entry into force of the amendment of the Act on professions of physician and dentist, the law allowed for the use of ICT tools only in an indirect way. Not sanctioning their use directly, and not only by banning their use in specific situations. Current law permits the use of ICT media in the treatment process. The use of ICT tools in the treatment process is the possibility of execution by the medical profession duty to exercise due diligence through the use of optimal methods and forms of conduct in promising the greatest chance of success. In addition, as shown by solutions from other countries where telemedicine healthcare services are funded in part with public funds, the use of ICT media in the treatment process has a direct impact on the consideration of criteria of efficiency of financial and organizational, and thereby reducing health care costs.

Although the amendment to the Act on the profession of doctor and dentist allows teleconsultation and tele-supervision, such rules do not contain a clear and precise algorithms relating to the question of responsibility for the failure in a broad treatment or the occurrence of adverse medical events in during the provision of health "at a distance". Current regulations do not apply to principles of providing information and collecting consent to the treatment provided through ICT tools.

Key words: Telemedicine, ICT media, treatment process.

¹ E-mail: kancelaria@prawo.med.pl

Wstęp

Telemedycyna to najnowsza forma udzielania świadczeń zdrowotnych, która na wielu płaszczyznach zastępuje klasyczny proces diagnostyczno-terapeutyczny implikujący osobisty kontakt lekarza z pacjentem. Termin telemedycyna, nie jest jednak pojęciem nowym, ponieważ powstał w latach siedemdziesiątych XX wieku z połączenia łacińskiego słowa *medicina* oraz greckiego *tele* (na odległość) i oznaczał leczenie „na odległość” [Strehle, Shabde 2006, s. 956]. Należy podkreślić, że literaturze odnoszącej się omawianej tematyki, funkcjonuje wiele pojęć definiujących instytucję telemedycyny [Granade, Sander 1996, ss. 67–73; Wyborny 1996, ss. 61–119]. Zarówno różnorodność, jak i wielość pojęć odnoszących się do telemedycyny wynika zarówno z rozwoju samej dziedziny, potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, jak i możliwości technicznych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych. Na płaszczyźnie globalnej podkreśla się [WHO, Telemedicine 2010, s. 8], że jednym z kluczowych elementów telemedycyny jest uzyskiwanie korzyści zdrowotnych, co zarówno w kontekście podnoszenia jakości świadczeń zdrowotnych, jak i wzrostu komfortu życia pacjentów, ma kluczowe znaczenie – przyp. J.Z.

Jakkolwiek pojęcie telemedycyny definiowane jest w bardzo zróżnicowany sposób²³, tak na potrzeby niniejszej publikacji pojęcie telemedycyny identyfikowane jest z udzielaniem świadczeń zdrowotnych na odległość, tj. z pominięciem osobistego kontaktu lekarza z pacjentem (płaszczyzna wertykalna) lub wykonaniem świadczenia zdrowotnego z udziałem dwóch lub większej liczby osób wykonujących zawody medyczne, którzy nie znajdują się w momencie udzielenia świadczenia zdrowotnego w tym samym miejscu (płaszczyzna horyzontalna) – przyp. J.Z.

² W 2007 roku istniało około 104 definicji telemedycyny na świecie. Zob., Sood SP, et al. Differences in public and private sector adoption of telemedicine: Indian case study for sectoral adoption. *Studies in Health Technology and Informatics*, 2007, 130:257–268.

³ Zgodnie z definicją WHO „Świadczenie usług opieki zdrowotnej, w której kluczową rolę odgrywa rozłączność miejsca, przez wszystkie osoby wykonujące zawody medyczne, przy wykorzystaniu ICT służących wymianie istotnych informacji w celach diagnostycznych, leczniczych oraz zapobiegania chorobom i urazom, prowadzenia badań i ich oceny, zapewnienia, kontynuacji kształcenia pracowników służby zdrowia, czyli w celu poprawy zdrowia jednostek oraz tworzonych przez nie społeczności” – zob., *A health telematics policy in support of WHO's Health-For-All strategy for global health development: report of the WHO group consultation on health telematics, 11–16 December, Geneva, 1997*. Geneva, World Health Organization, 1998. Według Amerykańskiego Stowarzyszenia Medycyny, „Telemedycyna to użycie informacji medycznych, wymienianych między dwoma różnymi punktami przy użyciu komunikacji elektronicznej w celu poprawy klinicznego stanu zdrowia pacjenta” – Zob., <http://www.americantelemed.org>.

Cel pracy

Celem niniejszej pracy jest zidentyfikowanie płaszczyzn, na których dopuszczalne jest udzielanie świadczeń zdrowotnych z pominięciem osobistego kontaktu z pacjentem (udzielanie świadczeń zdrowotnych na odległość), z jednoczesnym wykazaniem, że wykorzystanie teleinformatycznych środków przekazu w procesie diagnostyczno-terapeutycznym stanowi realizację lekarskiego obowiązku dołożenia należytej staranności. Materiał badawczy stanowiły w niniejszej pracy aktualne regulacje normatywne, a także stanowisko doktryny i judykatury, które odnoszą się do udzielania świadczeń zdrowotnych z pominięciem osobistego kontaktu z pacjentem i dołożenia należytej staranności w procesie leczenia. W pracy wykorzystano metodę analizy rozumianą jako „rozkładaniem” treści przepisów na czynniki pierwsze, co jest bliskie rozumieniu kartezyjskiemu⁴, z jednoczesnym określeniem, jaki wpływ mają poszczególne części składowe na tworzenie całości regulacji, co nawiązuje do zasad filozofii analitycznej [Russell 1984, s. 119]. W analizie *sensu stricto*, zawarto elementy analizy lingwistycznej.

Definicja pojęć

W celu jasnego przedstawienia tematyki poruszanej w treści pracy, konieczne jest zdefiniowanie podstawowych pojęć odnoszących się do udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym pojęcia pacjenta, chorego i świadczeń zdrowotnych. Należy podkreślić, że pojęcia „chory” i „pacjent” nie są tożsame, aczkolwiek w praktyce używane są wymiennie. Przez „chorego” należy rozumieć osobę, która znajduje się w stanie częściowej lub trwałej utraty zdrowia, co predestynuje ją do nawiązania kontaktu z osobą wykonującą zawód medyczny. W słowniku języka polskiego „chory” rozumiany jest jako osoba dotknięta chorobą lub dolegliwościami, które wpływają negatywnie na funkcjonowanie organizmu [hasło „chory”, www.sjp.pwn.pl]. Rozumienie słowa „chory” pozwala przyjąć, że samo bycie chorym, implikuje w większości przypadków potrzebę lub konieczność nawiązania kontaktu z lekarzem. Samo nawiązanie kontaktu i rozpoczęcie procesu diagnostyczno-terapeutycznego powoduje transformację „chorego” w „pacjenta” [hasło „pacjent”, www.sjp.pwn.pl]. W rozumieniu polskiego prawa, przez pacjenta należy rozumieć „osobę zwracającą się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystającą ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot

⁴ W trzynastej księdze kierowania umysłem Kartezjusz podkreśla, że „jeżeli zagadnienie dokładnie rozumiemy, należy wszelkie o nim powierzchowne wyobrażenie oddzielić, sprowadzić je do rzeczy najprostszych, podzielić na najdrobniejsze części z wyliczeniem” [Kartezjusz 2002, s. 157].

udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny” – art. 3 ust. 1 pkt 4 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (dalej UoPP) [Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z 6.11.2008 r., tj. Dz. U. 2012 r., poz. 159, ze zm.].

Mając na uwadze powyższe, pacjent jest osobą, która w związku z chorobą korzysta ze świadczeń zdrowotnych. Należy podkreślić, że uzyskanie statusu pacjenta uzależnione jest od rozpoczęcia czynności profilaktycznych, diagnostycznych, terapeutycznych lub rehabilitacyjnych, bez względu na formę ich rozpoczęcia lub realizacji. Analiza udzielania świadczeń zdrowotnych z wykorzystaniem teleinformatycznych środków przekazu wymaga zdefiniowania pojęcia świadczeń zdrowotnych, przez które należy rozumieć „(...) działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania” – art. 2 ust. 1 pkt 10 Ustawy o działalności leczniczej (dalej UoDzL) [Ustawa o działalności leczniczej z 15.04.2011 r., Dz. U. 2011, nr 112, poz. 654, ze zm.]. Oznacza to, że świadczeniem zdrowotnym będzie nie tylko bezpośrednie wykonanie czynności leczniczych wobec osoby wymagającej ich udzielenia, ale również podjęcie działań zmierzających do wstępnej oceny stanu zdrowia lub konsultacji przeprowadzonej z pominięciem osobistego kontaktu osoby wykonującej zawód medyczny z pacjentem. Jednocześnie należy podkreślić, że przez osobę wykonującą zawód medyczny należy rozumieć osobę uprawnioną na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osobę legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny – art. 2 ust. 1 pkt 2 UoDzL.

Telemedycyna – wykorzystywanie teleinformatycznych środków przekazu w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych

Jako swoisty punkt wyjściowy rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych „na odległość” należy wskazać loty orbitalne, podczas których monitorowano procesy fizjologiczne ich uczestników [Lavoisier i In. 2011, ss. 357–378]. Obecnie narzędzia telemedyczne wykorzystywane są w codziennym procesie leczenia, zarówno na płaszczyźnie wertykalnej (ocena stanu zdrowia pacjenta, np. przez telefon, Internet), jak i horyzontalnej (telediagnostyka i telekonsultacja np. w dziedzinie radiologii, kardiologii, chirurgii, a także telenadzór, np. podczas telerehabilitacji).

Przed wejściem w życie znowelizowanych regulacji Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (dalej UoZL), [Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty

z 5.12.1996 r., tj. Dz. U. 2015, poz. 464], przepisy prawa dopuszczają posługiwanie się narzędziami teleinformatycznymi jedynie w sposób pośredni, tj. nie sankcjonując ich używania wprost, a jedynie nie zakazując ich wykorzystywania w ściśle określonych sytuacjach.

Niektóre z przepisów dopuszczających pośrednie wykorzystywanie narzędzi telemedycznych w procesie leczenia obowiązują do chwili obecnej. Przykładem są między innymi regulacje Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Zgodnie z art. 37 UoZL, zgodnie z którym „w razie wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych lekarz z własnej inicjatywy bądź na wniosek pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, jeżeli uzna to za uzasadnione w świetle wymagań wiedzy medycznej, powinien zasięgnąć opinii właściwego lekarza specjalisty lub zorganizować konsylium lekarskie”. Ustawodawca nie określił formy, w jakiej może zostać przeprowadzona konsultacja, co powoduje, że do jej przeprowadzenia dopuszczalne jest wykorzystanie wszelkich, w tym teleinformatycznych środków przekazu. Jakkolwiek telekonsultacja kojarzy się najczęściej z dziedzinami medycyny zabiegowej (chirurgią, kardiochirurgią, ortopedią), tak bardzo często jej wykorzystanie znajduje uzasadnienie na gruncie innych – niezabiegowych dziedzin medycyny. Poniżej przedstawiono przykłady, w których przeprowadzenie telekonsultacji ma miejsce na gruncie niezabiegowym [Zajdel, Krakowiak, Zajdel 2010, ss. 449–455].

Przykład 1: *Konsultacja na odległość – Po przyjęciu pacjenta do szpitala X na oddział internistyczny, przeprowadzono wstępną diagnostykę obrazową. Lekarze sprawujący opiekę nad pacjentem zdecydowali o konieczności skonsultowania wyników badań ze specjalistami w dziedzinie medycyny pracy. Podstawą telekonsultacji były nietypowe zmiany w obrębie płuc pacjenta. Lekarze zatrudnieni w podmiocie X przesłali za pośrednictwem poczty elektronicznej załącznik zawierający zdjęcie RTG pacjenta, prosząc o konsultację i wskazówki dotyczące dalszego postępowania terapeutycznego. Lekarze z podmiotu Y dokonali szczegółowego opisu badania i określili zarys dalszego leczenia. Zdjęcie RTG wykazało obecność zmian typowych dla pylicy, a co za tym idzie określonej kategorii przewidzianej w zestawie wzorcowych radiogramów przygotowanych przez Międzynarodowe Biuro Pracy (International Labour Office, ILO). Informacje w tym zakresie zostały przesłane za pośrednictwem poczty elektronicznej do podmiotu X.*

Przykład 2: *Sytuacja, w której telekonsultacja umożliwia weryfikację wdrożonego wcześniej postępowania terapeutycznego, może mieć miejsce w odniesieniu do pacjentów zatrutych np. karbamazepiną (CBZ). Lek ten jest powszechnie stosowany między innymi w leczeniu: napadów padaczkowych, neuralgiach nerwu trójdzielnego i językowo-gardłowego, alkoholowych zespołów abstynencyjnych oraz w profilaktyce choroby afektywnej dwubiegunowej. Symptomatologia zatrucia CBZ jest niezwykle bogata, a objawy*

zatrucia mogą pochodzić z następujących układów – ośrodkowego układu nerwowego, układu krążenia, układu pokarmowego, układu oddechowego, układu mięśniowego, układu krzepnięcia i obwodowego układu nerwowego. Pomoc lekarska, w zależności od ciężkości obrazu zatrucia może polegać na wypłukaniu żołądka, podawaniu węgla aktywowanego, prowadzeniu leczenia według zasad intensywnej terapii, lub też w ciężkich zatruciach przebiegających z niewydolnością oddechową i krążeniową stosuje się hemoperfuzję przez kolumnę z węglem aktywowanym w celu przyspieszenia eliminacji leku. Informacje o stanie zdrowia pacjenta przekazane konsultującemu lekarzowi z rozpoznaniem zatruciem CBZ umożliwiają odpowiedź na pytanie, czy dotychczas wdrożone postępowanie terapeutyczne jest wystarczające, czy też wymaga weryfikacji.

Przykład 3: Telekonsultacja jest niezbędna w przypadku weryfikacji zasadności stosowania płukania żołądka u pacjenta, który trafił do szpitala w kilka godzin po przyjęciu benzodiazepin. Stan faktyczny: Pacjent w chwili przyjęcia do oddziału szpitalnego był przytomny, oddechowo i krążeniowo wydolny, w prostym kontakcie logicznym. Przed przystąpieniem do wykonania płukania żołądka, lekarz skonsultował się telefonicznie z lekarzem specjalistą w dziedzinie toksykologii klinicznej, w celu ustalenia prawidłowego postępowania. Benzodiazepiny stosowane są powszechnie w psychiatrii, anestezjologii i neurologii, leki te są też częstą przyczyną zatruc. W przebiegu zatrucia w zależności od dawki leku i czasu, jaki upłynął od chwili zatrucia, obserwuje się zaburzenia równowagi i koordynacji psychoruchowej oraz oczopląs, następnie senność do śpiączki. Depresja ośrodka oddechowego i hipotermia towarzyszy niezwykle rzadko doustnym zatruciom benzodiazepionom. Zgodnie z zaleceniami Europejskiego Stowarzyszenia Ośrodków Toksykologicznych i Toksykologów Klinicznych (European Association of Poisons Centres and Clinical Toxicologists, EAPCCT) nie zaleca się płukania żołądka jako zabiegu rutynowego, ponieważ ilość odzyskanej w wyniku zabiegu trucizny jest zmienna i maleje w miarę upływu czasu. Nie ma przy tym jednoznacznych danych o korzystnym wpływie płukania żołądka na wynik leczenia, a zabieg nie jest wolny od potencjalnych powikłań. Należy rozważyć płukanie żołądka do 1 godziny od przyjęcia trucizny i tylko w przypadku, gdy jej ilość może stanowić zagrożenie dla życia pacjenta. Odbycie telekonsultacji z lekarzem specjalistą w dziedzinie toksykologii klinicznej należy uznać w przedstawionym przypadku za słuszne i niezbędne dla zastosowania leczenia zgodnego z aktualnym stanem wiedzy medycznej.

Dopuszczalność przeprowadzenia telekonsultacji sankcjonuje również aktualna treść art. 35 UoZL, zgodnie z którym „jeżeli w trakcie wykonywania zabiegu operacyjnego albo stosowania metody leczniczej lub diagnostycznej wystąpią okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia,

ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia, a nie ma możliwości niezwłocznie uzyskać zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, lekarz ma prawo, bez uzyskania tej zgody, zmienić zakres zabiegu bądź metody leczenia lub diagnostyki w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności". Podobnie jak w sytuacji, gdy konieczne jest przeprowadzenie konsultacji wynikającej z wątpliwości terapeutycznych lub diagnostycznych, forma konsultacji określonej w treści art. 35 UoZL nie została ściśle określona. Brak normatywnego zastrzeżenia formy, w której powinna odbyć się konsultacja umożliwia jej przeprowadzenie w każdej postaci, której wykorzystanie jest niezbędne ze względu na prawidłowość i efektywność procesu leczenia, w tym poprzez wykorzystanie teleinformatycznych środków przekazu (telefon, Internet).

Bezpośrednią dopuszczalność wykorzystania narzędzi teleinformatycznych w procesie leczenia przewiduje również Kodeks Etyki Lekarskiej (dalej KEL) [Biuletyn NRL z 2004 r. Nr 1(81)], którego zapisy są zgodne z normatywnym wzorcem udzielania świadczeń zdrowotnych na odległość. W myśl art. 9 KEL „lekarz może podejmować leczenie jedynie po uprzednim zbadaniu pacjenta. Wyjątki stanowią sytuacje, gdy porada lekarska może być udzielona wyłącznie na odległość". Literalna treść art. 9 KEL pozwala na przyjęcie twierdzenia, że decyzja o tym czy świadczenie może być udzielone wyłącznie na odległość należy każdorazowo do lekarza i nie może podlegać subiektywnym ocenom ze strony innych podmiotów, w tym w kontekście potencjalnej odpowiedzialności zawodowej za nieuzasadnione wykorzystanie narzędzi telemedycznych w procesie leczenia. Należy podkreślić, że jakkolwiek Kodeks Etyki Lekarskiej nie jest aktem normatywnym, tak jak podkreśla się w literaturze „(...) normy etyczne mogą być przez akty prawne inkorporowane do systemu obowiązującego prawa. Ustawa o izbach lekarskich dokonała takiej inkorporacji nor Kodeksu Etyki Lekarskiej. Normy tego Kodeksu dookreśliły treść norm prawnych zawartych w Ustawie o izbach lekarskich (...)” [Safjan (red.) 2011]. Wynik stąd, że zastosowanie zapisów Kodeksu Etyki Lekarskiej w kontekście udzielania świadczeń zdrowotnych z pominięciem osobistego kontaktu z pacjentem, znajdują swoje uzasadnienia w sytuacjach wyjątkowych, których ocena zależy każdorazowo od indywidualnej oceny lekarza.

Udzielanie świadczeń zdrowotnych z wykorzystaniem narzędzi telemedycznych legalizują również aktualnie obowiązujące przepisy Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (dalej UoPRM) [Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym z 8.09.2006 r., tj. Dz. U. 2014, poz. 757]. Zgodnie z art. 41 ust. 3 powołanej Ustawy, kierujący akcją ratowniczą może zasięgnąć opinii lekarza wskazanego przez dyspozytora medycznego. Z literalnego brzmienia cytowanego artykułu wynika wprost do-

puszczalność telekonsultacji na płaszczyźnie horyzontalnej, co wynika ze specyfiki udzielania świadczeń zdrowotnych w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego.

Jak wspomniano wyżej, powołane akty prawne, jak również dokumenty o charakterze pozanormatywnym (KEL) sankcjonowały pośrednio możliwość wykorzystywania narzędzi teleinformatycznych. Żaden z przepisów prawa nie odnosił się jednak do tej kwestii w sposób klarowny, co powodowało, że udzielanie świadczeń zdrowotnych na odległość miało w wielu przypadkach charakter intuicyjny i mogło podlegać dowolnym, często nazbyt restrykcyjnym interpretacjom. Tym samym wykorzystywanie teleinformatycznych środków przekazu w procesie leczenia implikowało niejednokrotnie ryzyko odpowiedzialności osób wykonujących zawody medyczne nie tylko za naruszenie samych zasad ich udzielania, ale również za wystąpienie niepożądanych zdarzeń medycznych w procesie leczenia rozpoczętym lub kontynuowanym z pominięciem osobistego kontaktu z pacjentem (przyj. J.Z.).

Legalizacja wykorzystania narzędzi teleinformatycznych w procesie leczenia

Nowelizacja przepisów Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, dopuściła wykorzystanie teleinformatycznych środków przekazu w procesie diagnostycznym, terapeutycznym i rehabilitacyjnym. W myśl 42 ust. 1 UoZL, „lekarz orzeka o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim, osobistym jej zbadaniu lub zbadaniu jej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności”. Z literalnego brzmienia art. 42 ust. 1 UoZL wynika wprost, że orzeczenie o stanie zdrowia pacjenta, może odbyć się z pominięciem bezpośredniego kontaktu z lekarzem. Wyjątek od tej zasady stanowi między innymi regulacja art. 55 ust. 4 pkt 1 Ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (dalej UoŚŚP) [Ustawa o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa z 25.06.1999 r., tj. Dz. U. 2016, poz. 372], zgodnie z którym „orzekanie o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby, pobytu w szpitalu (...) lub o konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny: następuje po przeprowadzeniu bezpośredniego badania stanu zdrowia ubezpieczonego lub chorego członka rodziny”. Z kolei w myśl art. 11 ust. 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (dalej UoOZP) [Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z 19.08.1994 r., tj. Dz. U. 2016, poz. 546], „orzeczenie o stanie zdrowia osoby z zaburzeniami psychicznymi, opinię lub skierowanie do innego lekarza lub psychologa albo podmiotu leczniczego lekarz może wydać wyłącznie na podstawie uprzedniego oso-

bistego zbadania tej osoby”. Powołane wyżej wyjątki stanowią obecnie odstępstwo od ogólnej zasady dopuszczającej udzielanie świadczeń zdrowotnych na odległość, co wynika wyłącznie ze specyfiki działań podejmowanych w trybie UoŚSP i UoOZP.

Zwrot „orzeczenie o stanie zdrowia” użyte w treści art. 42 ust. 1 UoZL należy identyfikować z rozpoczęciem procesu diagnostycznego i wdrożeniem adekwatnego procesu terapeutycznego, nie zaś wyłącznie z wydaniem orzeczenia w postaci dokumentu stanowiącego np. podstawę do uzyskania przez pacjenta uprawnień lub zwolnienie go ze ściśle określonych aktywności (np. świadczenia pracy). Jednocześnie należy zaznaczyć, że ustawodawca nie określając katalogu „narzędzi teleinformatycznych”, który to zwrot zamieszczono w treści art. 42 ust. 1 UoZL, dopuszcza ich dowolne i nieograniczone wykorzystanie w procesie leczenia, bez jednoczesnego zastrzeżenia konkretnej formy przekazu zarówno na płaszczyźnie wertykalnej, jak i horyzontalnej.

Do momentu wejścia w życie nowelizacji UoZL, w judykaturze pojawiały się twierdzenia, zgodnie z którymi wykorzystani narzędzi telemedycznych nie powinno być identyfikowane ze świadczeniami opieki zdrowotnej. W wyroku z 23 czerwca 2015 roku, WSA w Krakowie podkreślił, że „usługi telemedycyny, świadczone za pośrednictwem internetu są w istocie udzielaniem porad, wykładów, stanowią wskazówki, co do sposobu wykonywania ćwiczeń, ich oceny i monitorowania, konsultacje w zakresie edukacji zdrowotnej. Tych działań nie można uznać za opiekę medyczną. Usługa w zakresie opieki medycznej wymaga przynajmniej, co wynika nawet z zasad doświadczenia, rzetelnego ustalenia, że czy jest konieczna dla osiągnięcia zamierzonego celu. Niezbędna jest więc możliwość oceny stanu zdrowia pacjenta w celu postawienia prawidłowej diagnozy oraz zaordynowania odpowiedniego, dostosowanego do wymogów konkretnej osoby postępowania terapeutycznego. Usługi dokonywane na podstawie otrzymanych od klientów informacji, nie zawsze będą oparte na wiarygodnych, konkretnych danych, które umożliwiają właściwą opiekę medyczną. Utrwalanie prawidłowych wzorców postępowania nie może być utożsamiane z opieką medyczną” [Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego z 23.06.2015 r., sygn., I SA/Kr 721/15]. Mając na uwadze aktualne brzmienie art. 42 ust. 1 UoZL, należy przyjąć, że wykorzystanie teleinformatycznych środków przekazu w procesie leczniczym implikuje udzielenie świadczenia zdrowotnego w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 10 Ustawy o działalności leczniczej [Ustawa o działalności leczniczej z 15.04.2011 r., tj. Dz. U. 2015, poz. 618], a co za tym idzie wykonanie czynności skatalogowanych w ramach pojęcia opieki medycznej. Tym samym należy przyjąć, że powołane wyżej orzeczenie nie znajduje uzasadnienia w aktualnym stanie prawnym.

Pochodną dopuszczalności wykorzystania telemedycznych środków przekazu w procesie leczenia jest aktualnie możliwość wypisania recepty z pominięciem osobi-

stego kontaktu z pacjentem. Zgodnie z art. 42 ust. 2 UoZL, „lekarz może, bez dokonania osobistego badania pacjenta, wystawić receptę niezbędną do kontynuacji leczenia oraz zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne, jako kontynuację zaopatrzenia w wyroby medyczne, jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej”. Wynika stąd, że pacjent lub osoby bliskie dla pacjenta⁵ mogą nawiązać teleinformatyczny kontakt z podmiotem udzielającym świadczeń zdrowotnych i złożyć prośbę o wystawienie recepty z pominięciem osobistego kontaktu lekarza z pacjentem. Należy jednak podkreślić, że o ile telediagnostyka i telekonsultacja dopuszczalna jest w odniesieniu do pacjentów chorych przewlekłe jak i pacjentów, u których diagnostyka/konsultacja stanowi podstawę rozpoczęcia procesu diagnostycznego lub leczniczego, tak wypisanie recept z pominięciem osobistego kontaktu możliwe jest wyłącznie w odniesieniu do pacjentów chorych przewlekłe, których dokumentacja medyczna wskazuje na zasadność i dopuszczalność kontynuacji leczenia bez konieczności osobistego zweryfikowania stanu zdrowia pacjenta. Tym samym należy podkreślić, że jakkolwiek dopuszczalność wypisywania recept z pominięciem osobistego kontaktu z pacjentem jest refleksem udzielania świadczeń zdrowotnych na odległość, tak możliwość określona w treści art. 42 ust. 2 UoZL dotyczy enumeratywnie określonego katalogu pacjentów, tj. tych, którzy wcześniej zostali poddani świadczeniom zdrowotnym na klasycznej płaszczyźnie, tj. poprzez nawiązanie osobistego kontaktu.

Dołożenie należytej staranności a wykorzystanie narzędzi teleinformatycznych w procesie leczenia

Analizując kwestie dotyczące wykorzystania teleinformatycznych środków przekazu w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych należy odnieść się do zagadnienia, czy udzielanie świadczeń „na odległość” stanowi realizację obowiązku dołożenia należytej staranności w procesie leczenia, który to obowiązek stanowi bazowy element wykonywania zawodów medycznych. Należy zaznaczyć, że pojęcie „dołożenia należytej staranności” nie zostało zdefiniowane przez żaden z aktualnie obowiązujących przepisów prawa. W związku z brakiem definicji legalnej, ramy pojęcia wyznaczane są przez linię orzeczniczą sądów polskich oraz stanowisko doktryny.

Zgodnie z art. 4 UoZL, „lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobie-

⁵ Osobami bliskimi dla pacjenta są „małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta” – art. 3 ust. 1 pkt 2 Ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku Praw Pacjenta z 6.11.2008 r., tj. Dz. U. 2012, poz. 159, ze zm.

gania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością”.

Przez dołożenie należytej staranności należy rozumieć wykorzystanie w zindywidualizowanym procesie leczenia dostępnych metod i środków postępowania, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej. Należy przy tym zaznaczyć, że lekarski obowiązek dołożenia należytej staranności nie może być identyfikowany z obowiązkiem osiągnięcia ściśle określonego rezultatu, tj. poprawą stanu zdrowia lub zagwarantowaniem efektu oczekiwanego przez Pacjenta lub osoby dla niego najbliższe (przyp. J.Z.).

Posługując się wykładnią literalną i funkcjonalną treści art. 4 UoZL należy przyjąć, że w sytuacji, gdy wykorzystanie narzędzi telemedycznych stanowi dostępną, a obecnie dopuszczalną prawnie metodę postępowania, jej niewykorzystanie, a co za tym idzie zwiększenie ryzyka zdrowotnego u pacjenta lub doprowadzenie do powstania szkody w dobrach chronionych prawem, skutkuje powstaniem odpowiedzialności za niedołożenie należytej staranności w procesie leczenia.

Do kwestii dołożenia należytej staranności odnosiły się wielokrotnie sądy polskie. W jednym orzeczeń SA podkreślił, że „winą lekarza jest niedołożenie najwyższej staranności, jaka jest możliwa przy obecnie stosowanych metodach leczenia danego schorzenia i zabiegach standardowo wykonywanych” [Orzeczenie SA w Krakowie z 12.10.2007 r., sygn., I ACa 920/07]. W opinii autorki należy przyjąć, że winą lekarza będzie nie tylko niedołożenie należytej staranności *sensu stricto*, tj. podczas wykonywania czynności leczniczych, co może skutkować wystąpieniem niepożądanych zdarzeń medycznych, ale również niewykorzystanie dopuszczalnych metod postępowania, których wykorzystanie może mieć wpływ na zminimalizowanie ryzyka zdrowotnego lub rozpoczęcie leczenia w czasie rokującym największymi szansami powodzenia.

W wyroku z 8 marca 2006 r., SA podkreślił, że „należyta staranność dłużnika (...) uzasadnia zwiększone oczekiwania, co do umiejętności, wiedzy, skrupulatności i rzetelności, zapobiegliwości i zdolności przewidywania. Obejmuje także znajomość obowiązującego prawa oraz następstw z niego wynikających (...)” [Orzeczenie SA w Poznaniu z 8.03.2006 r., sygn., I ACa 1018/05]. Z cytowanego orzeczenia wynika, że osoba wykonująca zawód lekarza zobowiązana jest nie tylko do ustawicznego kształcenia i pogłębiania swojej wiedzy na płaszczyźnie merytorycznej, ale również znajomości aktualnych przepisów prawa, w tym w między innymi tych, które legalizują sposób i formę udzielania świadczeń zdrowotnych.

Jednocześnie, w opinii Sądu Najwyższego „jeżeli zachowanie lekarza (...) odbiega na niekorzyść od przyjętego, abstrakcyjnego wzorca postępowania lekarza, przemawia to za jego winą (...). Wzorzec jest budowany według obiektywnych kryteriów

takiego poziomu fachowości, poniżej którego postępowanie danego lekarza należy ocenić negatywnie. Właściwy poziom fachowości wyznaczają kwalifikacje (specjalizacja, stopień naukowy), posiadane doświadczenie ogólne i przy wykonywaniu określonych zabiegów medycznych, charakter i zakres dokształcania się w pogłębianiu wiedzy medycznej i poznawaniu nowych metod leczenia” [Orzeczenie SN z 10.10.2010 r., sygn., V CSK 287/09]. Mając na uwadze powyższe należy przyjąć (przyp. J.Z.), że w wielu przypadkach niedołożeniem należytej staranności, według obiektywnie przyjętego wzorca będzie niewykorzystanie narzędzi teleinformatycznych w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych, a co za tym idzie odstąpienie od wykonania czynności diagnostycznych lub leczniczych w czasie rokującym największymi szansami powodzenia, tj. uzyskania optymalnego efektu w optymalnym czasie.

Na szczególną uwagę zasługuje orzeczenie Sądu Najwyższego, w którym podkreślono, że „(...) do obowiązków lekarzy oraz personelu medycznego należy podjęcie takiego sposobu postępowania (leczenia), które gwarantować powinno, przy zachowaniu aktualnego stanu wiedzy i zasad staranności, przewidywalny efekt w postaci wyleczenia, a przede wszystkim nienarażanie pacjentów na pogorszenie stanu zdrowia”. Jakkolwiek cytowane orzeczenie nie odnosi się do stanu faktycznego związanego z wykorzystywaniem narzędzi telemedycznych w procesie leczenia, tak należy przyjąć, że „definiuje” ono ogólny obowiązek personelu lekarskiego w zakresie nienarażania pacjentów na zwiększenie ryzyka zdrowotnego, poprzez zastosowanie optymalnych, dostępnych i zalegalizowanych metod postępowania, do jakich należy obecnie udzielanie świadczeń zdrowotnych z wykorzystaniem teleinformatycznych środków przekazu.

Podsumowanie

Aktualne przepisy prawa dopuszczają wykorzystanie teleinformatycznych środków przekazu zarówno na płaszczyźnie wertykalnej, jak i horyzontalnej. Należy przy tym podkreślić, że jakkolwiek nowelizacja Ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry dopuszcza zarówno telekonsultację telediagnostykę, jak i telenadzór, tak obowiązujące przepisy nie zawierają jasnych i precyzyjnych algorytmów odnoszących się do kwestii odpowiedzialności za niepowodzenie w szeroko pojętym leczeniu lub wystąpienie niepożądanych zdarzeń medycznych w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych „na odległość”. Aktualne regulacje prawne nie odnoszą się również do zasad udzielania informacji i pobierania zgody na świadczenia zdrowotne wykonywane za pośrednictwem narzędzi teleinformatycznych na płaszczyźnie wertykalnej.

Należy zaznaczyć, że obowiązujące regulacje prawne zezwalają na udzielanie wszelkich świadczeń zdrowotnych z wykorzystaniem narzędzi telemedycznych, jednak nie statuują schematów postępowania, niezbędnych do przekazania pacjentowi informacji dotyczącej planowanego postępowania (tj. informacji przedkontraktowej stanowiącej podstawę zawarcia umowy o leczenie) i wyrażenia przez pacjenta świadomej zgody na planowane postępowanie. Brak przepisów odnoszących się do wspomnianych wyżej kwestii powodują powstanie swoistej dychotomii, w której z jednej strony dopuszczalne jest udzielanie świadczeń zdrowotnych z wykorzystaniem narzędzi telemedycznych, z drugiej zaś powstanie luki prawnej na płaszczyźnie realizacji praw pacjenta do informacji i wyrażenia poinformowanej zgody będącej refleksem prawa do świadomego uczestnictwa w procesie leczenia.

Jednocześnie należy zaznaczyć, że wykorzystanie narzędzi teleinformatycznych w procesie leczenia stanowi o możliwości realizacji przez osoby wykonujące zawody medyczne obowiązku dołożenia należytej staranności poprzez wykorzystanie optymalnych metod i form postępowania w czasie rokującym największymi szansami powodzenia. Ponadto jak wskazują rozwiązania pochodzące z innych krajów, gdzie telemedyczne świadczenia opieki zdrowotnej finansowane są w części ze środków publicznych⁶, wykorzystanie teleinformatycznych środków przekazu w procesie leczenia ma bezpośredni wpływ na uwzględnienie kryteriów efektywności finansowej i organizacyjnej, a co za tym idzie redukcji kosztów opieki zdrowotnej [Por. Noel, Vogel I in. 2004, s. 170–183; Spradley 2011, s. 307–333].

Bibliografia

A health telematics policy in support of WHO's Health-For-All strategy for global health development: report of the WHO group consultation on health telematics, (1997), 11–16 December 1997, Geneva, World Health Organization, Geneva 1998.

Granade P.F., Sander J.H. (1996), *Implementing Telemedicine Nationwide: Analyzing the Legal Issues*, "Defense Counsel" 63.

<http://www.americantelemed.org>

<http://www.americantelemed.org>

Kartezjusz (2002), *Reguły kierowania umysłem*, [w]: Kartezjusz. Rozprawa o metodzie, Warszawa.

Kodeks Etyki Lekarskiej z 2.01.2004 r., Obwieszczenie nr 1/04/IV Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z 2 stycznia 2004 r., Biuletyn NRL z 2004 r. Nr 1(81).

⁶ Przykładem jest między innymi Norwegia. Zob. [Zanaboni, Knarvik, Wootton 2014].

- Lavoisier L.J., Steinberg J., Cardozo S., Vikas V., Deol B., Lepczyk M. (2011), *Implementing the Chronic Disease Self Management Model in Vulnerable Patient Populations: Bridging the Chasm through Telemedicine*, [w:] *Advances in Telemedicine: Technologies, Enabling Factors and Scenarios*, Detroit.
- Noel H. C., D. C. Vogel, J. J. Erdos, D. Cornwall, F. Levin (2004), *Home telemedicine reduce costs*, "Telemed Health", 10.
- Orzeczenie SA w Krakowie z 12.10.2007 r., sygn., I ACa 920/07.
- Orzeczenie SA w Poznaniu z 8.03.2006 r., sygn., IACa 1018/05.
- Orzeczenie SN z 10.10.2010 r., sygn., V CSK 287/09.
- Russell B. (1984), *Theory of Knowledge*, London.
- Safjan M. (red.) (2011), *Prawo wobec medycyny i technologii. Zbiór orzeczeń z komentarzami*, Warszawa.
- Sood SP, et al. (2007), *Differences in public and private sector adoption of telemedicine: Indian case study for sectoral adoption*, "Studies in Health Technology and Informatics", 130.
- Spradley P. (2011), *Telemedicine: the law is the limit*, "Tulane Journal of Technology and Intellectual Property", 12.
- Strehle E. M., Shabde N. (2006), *100 years of telemedicine: does this new technology have a place in pediatrics?*, "Archives of Disease Child", 91(12).
- Ustawa o działalności leczniczej z 15.04.2011 r., tj. Dz. U. 2015 r., poz. 618.
- Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z 19.08.1994 r., tj. Dz. U. 2016, poz. 546.
- Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym z 8.09.2006 r., tj. Dz. U. 2014, poz. 757.
- Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z 6.11.2008 r., tj. Dz. U. 2012, poz. 159, ze zm.
- Ustawa o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa z 25.06.1999 r., tj. Dz. U. 2016, poz. 372.
- Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentystry z 5.12.1996 r., tj. Dz. U. z 2015, poz. 464.
- Vyborny K.M. (1996), *Legal and Political Issues Facing Telemedicine*, "Annals Health", 5.
- WHO (2010), *Telemedicine. Opportunities and development in Member States*, Report on the 2nd global survey on eHealth.
- www.sjp.pwn.pl
- Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego z 23.06.2015 r., sygn., I SA/Kr 721/15.
- Zanaboni P., Knarvik U., Wootton R. (2014), *Adoption of routine telemedicine in Norway: the current Picture*.
- Zajdel, J. A. Krakowiak, J. Zajdel (2010), *Analiza legalności podstaw telekonsultacji i telediagnostyki w codziennej praktyce klinicznej, Czy wolno konsultować pacjentów przez telefon?*, część II, „Medycyna Pracy”, 61(4).