

# Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia

## Modern Nursing and Health Care

Kwartalnik || Quarterly

2018, Vol. 7, Nr 3, 53–80

ISSN 2084-4212  
eISSN 2450-839X

### Spis treści/Content

#### PRACE ORYGINALNE || ORIGINAL PAPERS

- Ocena kompetencji asertywnego rozwiązywania problemów wśród położnych zatrudnionych w wybranych szpitalach na terenie województw: mazowieckiego, podlaskiego, warmińsko-mazurskiego i lubelskiego**  
**Assessment of assertive problem-solving skills of midwives employed in selected hospitals of the Mazowieckie, Podlaskie, Warmian-Masurian and Lubelskie Voivodeships** 55  
Daria Drażba, Joanna Gotlib
- Foreigners' opinions on the functioning of Polish health care – a survey study**  
**Opinie obcokrajowców na temat funkcjonowania polskiej ochrony zdrowia – badanie ankietowe** 61  
Maciej Pawłowski

#### PRACE POGLĄDOWE || REVIEWS

- PFAPA syndrome in children**  
**Zespół PFAPA u dzieci** 64  
Anna Rozensztrauch, Paulina Tylak, Maja Żurek, Kinga Tomaszewska
- Ergonomia w pracy pielęgniarek jako najwyższa forma minimalizowania ryzyka występowania zdarzeń niepożądanych w szpitalu**  
**Ergonomics in the work of nurses as the highest form of minimizing the risk of adverse events in the hospital** 66  
Łukasz Rypicz, Joanna Rosińczuk, Izabela Witczak
- Problem jakości życia u pacjentów z łuszczycą**  
**The problem of quality of life in patients with psoriasis** 70  
Patrycja Walniczek
- Rola Państwowej Inspekcji Sanitarnej w monitorowaniu występowania zakażeń szpitalnych**  
**Frequency of occurrence of nosocomial infections and the role of the State Sanitary Inspection in their monitoring** 73  
Anna Wojtasińska-Żygadło, Joanna Rosińczuk

# Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia

## Modern Nursing and Health Care

Kwartalnik, Organ Europejskiego Centrum Kształcenia Podyplomowego  
Quarterly, The authority of the European Center for Postgraduate Education

Indexed in:  
Bielefeld Academic Search Engine (BASE), Central European Journal of Social Sciences  
and Humanities (CEJSH), Index Copernicus International (ICI), International Academy of Nursing Editors (INANE),  
Journal Storage (JSTOR), Polish Medical Bibliography (PBL), Polish Scholarly Bibliography (PBN),  
Polish Scientific Journals Database (PSJD), Polish Scientific and Professional Electronic Journals (ARIANTA)

### Komitet Naukowy || Scientific Committee

#### Komitet Naukowy || Scientific Committee:

Prof. dr hab. Jacek Gajek (Wrocław)  
Prof. dr hab. Beata Karakiewicz (Szczecin)  
Prof. dr hab. Andrzej Kierzek (Wrocław)  
Prof. dr hab. Grzegorz Mazur (Wrocław)  
Prof. dr hab. Bernard Panaszek (Wrocław)  
Prof. dr hab. Tomasz Szydełko (Wrocław)  
Prof. Sabina De Geest (Bazylea, Szwajcaria)  
Prof. Daria Jarosova (Ostrawa, Czechy)  
Dr hab. prof. nadzw. Ireneusz Całkosiński (Wrocław)  
Dr hab. prof. nadzw. Andrzej Fal (Warszawa)  
Dr hab. prof. nadzw. Dorota Zyśko (Wrocław)  
Dr hab. n. med. Krystyna Górna (Poznań)  
Dr hab. n. o zdr. Joanna Gotlib (Warszawa)  
Dr hab. n. o zdr. Barbara Ślusarska (Lublin)  
Dr hab. n. o zdr. Robert Ślusarz (Bydgoszcz)  
Dr n. med. Jolanta Kolańska (Wrocław)  
Dr n. med. Dominik Krzyżanowski (Wrocław)  
Dr n. med. Ewa Kuriata-Kościelniak (Wrocław)  
Dr n. med. Katarzyna Łagoda (Białystok)  
Dr n. med. Agnieszka Młynarska (Katowice)  
Dr n. med. Ewa Molka (Tarnowskie Góry)  
Dr n. med. Krzysztof Tuszyński (Poznań)  
Dr n. med. Bartosz Uchmanowicz (Wrocław)  
Dr n. społ. Irena Wolska-Zogata (Wrocław)  
Dr Diane Carroll (Boston, USA)  
Dr Lynne Hinterbuchner (Salzburg, Austria)  
Dr Elena Gurkova (Bratysława, Słowacja)  
Dr Eleni Kletsou (Ateny, Grecja)  
Dr Ekaterini Lambrinou (Nikozja, Cypr)  
Dr Monica Parry (Toronto, Canada)  
Dr Renata Zelenikova (Praga, Czechy)  
Dr n. o zdr. Robert Dymarek (Wrocław)  
Dr n. o zdr. Stanisław Manulik (Wrocław)

### Redakcja || Editors

#### Redaktor naczelny || Editor-in-Chief:

dr hab n. o zdr. prof. nadzw. Izabella Uchmanowicz (Wrocław)

#### Z-ca redaktora naczelnego || Deputy editor-in-chief:

prof. dr hab. Joanna Rosińczuk (Wrocław)

#### Sekretarz Redakcji || Editorial Secretary:

dr n. med. Beata Jankowska-Polańska (Wrocław)

#### Redaktor językowy || Polish Language Editor:

Jan Kuźma, Wydawnictwo Continuo,  
wydawnictwo@continuo.pl

#### Redaktor statystyczny || Statistical Editor:

dr inż. Tomasz Janiczek, tomasz.janiczek@pwr.wroc.pl

#### Redaktor języka angielskiego || English Language Editor:

Piotr Zienkiewicz, wydawnictwo@continuo.pl

#### Redaktorzy tematyczni || Subject Editors:

##### Pielęgniarstwo internistyczne || Internal medicine nursing:

dr hab n. o zdr. Izabella Uchmanowicz  
izabella.uchmanowicz@umed.wroc.pl

##### Pielęgniarstwo neurologiczne i neurochirurgiczne ||

##### Neurology and neurosurgery nursing:

prof. dr hab. Joanna Rosińczuk  
joanna.rosinczuk@umed.wroc.pl

##### Pielęgniarska opieka paliatywna, pielęgniarska opieka długoterminowa || Palliative and long-term care nursing:

dr n. med. Dominik Krzyżanowski  
dominik.krzyzanowski@umed.wroc.pl

##### Pielęgniarstwo epidemiologiczne || Epidemiology in nursing:

dr n. med. Beata Jankowska-Polańska  
beata.jankowska-polanska@umed.wroc.pl

##### Socjologia medycyny || Medical Sociology:

dr n. społ. Irena Wolska-Zogata, zogata@wp.pl

##### Pielęgniarstwo ginekologiczne i położnictwo ||

##### Gynecological and obstetrical nursing:

dr n. med. Monika Przestrzelska  
monika.przestrzelska@umed.wroc.pl

### Adres redakcji || Editorial Office

#### Adres redakcji || Editorial office:

ul. Piłsudskiego 13, 50-048 Wrocław  
Tel.: 783-371-474; Fax: 71 750-30-67  
e-mail: eckp@eckp.wroclaw.pl

#### Wydawca || Publisher:

Na zlecenie ECKP Wrocław || On behalf ECKP Wrocław

WYDAWNICTWO  
*Continuo*

Wydawnictwo Continuo || Continuo Publishing House

ul. Lelewela 4 pok. 325, 53-505 Wrocław

Tel.: 71 791-20-30

e-mail: wydawnictwo@continuo.pl

www.continuo.pl

#### Prenumerata na rok 2018 || Subscription for 2018:

Cena rocznika dla Instytucji: 80 zł || Annual price for the  
Institutions: 80 PLN

Cena rocznika dla odbiorców indywidualnych: 40 zł || Annual  
price for individuals: 40 PLN

e-mail: zamowienia@continuo.pl, tel.: 71 791-20-30

#### Reklamy || Ads:

e-mail: zamowienia@continuo.pl, tel.: 71 791-20-30

Za treść reklam Redakcja nie ponosi odpowiedzialności ||

Editors are not responsible for advertisements content

© Copyright by Wydawnictwo Continuo

ISSN 2084-4212, eISSN 2450-839X

Nakład: 500 egzemplarzy || Print: 500 copies

Kwartalnik WPIoZ ukazuje się w wersji pierwotnej drukowanej oraz w wersji elektronicznej na stronie  
www.wspolczesnepielęgniarstwo.pl

# OCENA KOMPETENCJI ASERTYWNEGO ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW WŚRÓD POŁOŻNYCH ZATRUDNIONYCH W WYBRANYCH SZPITALACH NA TERENIE WOJEWÓDZTW: MAZOWIECKIEGO, PODLASKIEGO, WARMIŃSKO-MAZURSKIEGO I LUBELSKIEGO

*Assessment of assertive problem-solving skills of midwives employed in selected hospitals of the Mazowieckie, Podlaskie, Warmian-Masurian and Lubelskie Voivodeships*

Daria Drażba<sup>1</sup>, Joanna Gotlib<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Szpital Wojewódzki im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach

<sup>2</sup> Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

adres do korespondencji: joanna.gotlib@wum.edu.pl

## STRESZCZENIE

**Wstęp.** Asertywność, jako ważny element kompetencji interpersonalnych, jest niezbędna podczas efektywnego rozstrzygnięcia konfliktów. Zawód położnej wiąże się z intensywnymi kontaktami w zespole terapeutycznym, dlatego w tej profesji dostrzega się konieczność wykorzystania postawy asertywnej, która pozwala bronić swojej godności, wyrażać opinie i emocje z szacunkiem do drugiej osoby. Asertywna położna odznacza się pewnością siebie, potrafi osiągnąć zamierzone cele, a w sytuacjach spornych skupia się na problemie szukając odpowiedniego rozwiązania satysfakcjonującego obie strony.

**Cel pracy.** Ocena kompetencji asertywnego rozwiązywania problemów wśród położnych zatrudnionych w wybranych szpitalach na terenie województw: mazowieckiego, podlaskiego, warmińsko-mazurskiego i lubelskiego.

**Materiał.** 153 położne (100% kobiet) zatrudnione w sześciu podmiotach opieki zdrowotnej na terenie Polski środkowo-wschodniej. Średnia wieku: 46,84 lata (SD: 12,44; min: 24 lata; maks: 61 lat; mediana: 50; modalna: 52). Większość badanych ( $n = 92$ ; 60%) miała wykształcenie średnie medyczne, 20% (32 osoby) ukończyła studia I stopnia, 19% ( $n = 30$ ) studia magisterskie. Średni czas stażu pracy wyniósł 24,56 lat (SD: 10,16; min: 0,5; maks: 39; mediana: 27; modalna: 28). Zdecydowana większość badanych zatrudniona była na pełny etat ( $n = 150$ ; 98%). Odsetek zwrotu ankiet wyniósł 74% (153/204).

**Metody.** Dobrowolne i anonimowe badania ankietowe przeprowadzone za pomocą standaryzowanej ankiety – Kwestionariusza Kompetencji Społecznych Położnych (KKSP) opracowanego przez Tomalę oraz Jaworskiego. Kwestionariusz KKSP składa się łącznie z 26 twierdzeń ocenianych w 5-stopniowej skali Likerta. Zawiera również 9 pytań dotyczących danych socjodemograficznych respondentek biorących udział w badaniu, takich jak: płeć, wiek (rok urodzenia), stan cywilny, miejsce stałego zamieszkania, rodzaj ukończonej szkoły, wykształcenie, staż pracy, forma zatrudnienia oraz zajmowane stanowisko.

**Wyniki.** Analiza podskali II Asertywność w sytuacjach konfliktu zawierająca 5 pytań pokazuje, że położne odznaczają się wysokim poziomem asertywności w rozwiązywaniu problemów. 127 położnych otrzymało wyniki w maksymalnym przedziale punktowym (19–25 punktów). Zaledwie dwie położne, z 153 badanych, uzyskały najniższą punktację (7–12 punktów), a reszta uplasowała się w średniej granicy punktowej (13–18 punktów).

**Wnioski.** 1. Badana grupa położnych odznaczyła się dobrą umiejętnością asertywnego rozwiązywania problemów i sytuacji konfliktowych. 2. Analiza wyników nie wykazała zależności między poziomem asertywności a wiekiem, wykształceniem, stanem cywilnym, miejscem zamieszkania oraz stażem pracy. 3. Postawa asertywna wśród personelu medycznego pozwala utrzymać dobre relacje w zespole terapeutycznym, jak i w stosunku do pacjenta. 4. Treningi

## SUMMARY

**Background.** As an important part of interpersonal skills, assertiveness is crucial for effective problem-solving. Since the midwifery profession involves intense interaction between therapeutic team members, it is necessary to be assertive in order to be able to defend your own dignity as well as to express views and emotions with respect for others. An assertive midwife is self-confident, able to meet their goals and, in the case of conflict, focused on the problem searching for a suitable and mutually satisfactory solution.

**Objectives.** The study aimed to assess assertive problem-solving skills of midwives employed in selected hospitals of the Mazowieckie, Podlaskie, Warmian-Masurian and Lubelskie Voivodeships.

**Material.** The study involved a total of 153 midwives (women: 100%) working in six healthcare entities in Central and Eastern Poland. Mean age: 46.84 years (SD: 12.44; min: 24 years; max: 61 years; median: 50; mode: 52). Most study participants ( $n = 92$ ; 60%) had secondary medical education, 20% (32 persons) had completed first-cycle programmes, and 19% ( $n = 30$ ) – second-cycle programmes. Mean job tenure amounted to 24.56 years (SD: 10.16 years; min: 0.5 years; max: 39 years; median: 27; mode: 28). A vast majority of the study participants worked full-time ( $n = 150$ ; 98%). A questionnaire return rate was 74% (153/204).

**Methods.** A voluntary and anonymous questionnaire study carried out with the use of a standardised questionnaire: Midwives' Social Competence Questionnaire (MSCQ) developed by Tomala and Jaworski. The MSCQ questionnaire comprised a total of 26 statements rated on a five-point Likert scale. In addition, it included nine questions on sociodemographic data of the respondents participating in the study: gender, age (year of birth), marital status, place of permanent residence, type of school, education level, job tenure, form of employment, and occupational position.

**Results.** Analysis of Subscale II Assertiveness in situations of conflict, comprising five questions, demonstrated that nurses were highly assertive in problem-solving. As many as 127 midwives scored within the top range of points (19–25 points). Only two midwives out of 153 participating in the study scored within the lowest range of points (7–12 points), while the remaining respondents obtained scores within the middle range of scores (13–18 points).

**Conclusions.** 1. Midwives participating in the study had strong assertive problem-solving and conflict-solving skills. 2. No correlations were found between the level of assertiveness and age, education level, marital status, place of residence, and job tenure. 3. Assertiveness of medical personnel contributes to the maintenance of good relationships between therapeutic team members as well as between them and patients. 4. Trainings and workshops aiming to improve communication skills seems necessary to maintain healthy relationships and prevent burnout.

i szkolenia doskonalące umiejętności komunikacyjne wydają się być niezbędne w celu zachowania zdrowych relacji oraz uniknięcia wypalenia zawodowego.

**Słowa kluczowe:** położne, kompetencje zawodowe, kompetencje miękkie, asertywność.

## WSTĘP

Położnictwo i zawód położnej towarzyszą nam na co dzień od początków ludzkości [1]. Jest to profesja, która wymaga odpowiedniej wiedzy medycznej, odpowiedzialności, odporności na stres, cierpliwości, rzetelności i umiejętności działania w zespole leczniczym, który składa się z współpracowników i pacjentów. Dodatkowo niezbędne są wysoko rozwinięte kompetencje społeczne warunkujące prawidłowe funkcjonowanie w pracy i życiu prywatnym [1–3].

Stopień rozwinięcia kompetencji w sytuacjach społecznych znacząco zależy od inteligencji emocjonalnej, która stanowi składową wszystkich umiejętności interpersonalnych [4]. Inteligencja emocjonalna pozwala na właściwe rozumienie, wyrażanie i ocenę emocji oraz kontrolę nad nimi [5, 6].

Do głównych kompetencji społecznych, pojmowanych jako zdolność radzenia sobie w stosunkach międzyludzkich pożądanym w pracy położnej, zaliczamy: komunikację interpersonalną, empatię i asertywność [2, 5, 7]. Asertywność okazuje się najważniejszą i najbardziej pomocną kompetencją interpersonalną w rozwiązywaniu problemów i konfliktów między członkami zespołu terapeutycznego [8, 9].

Zatem asertywność to zdolność formułowania i komunikowania własnych myśli, opinii i życzeń w sposób jasny, bezpośredni i nieagresywny [10]. Jej celem jest efektywne inicjowanie interakcji społecznych w sposób pozwalający utrzymać pozywne relacje interpersonalne. Jest to również łatwość w mówieniu słowa „nie” w sytuacjach przekraczających nasze oczekiwania, kompetencje czy też możliwości. Pozwala na zachowanie granic między rozmówcami. Umiejętność asertywnego wyrażania negatywnych emocji jest wyrazem szacunku do samego siebie, jak i innych rozmówców. Dzięki asertywności komunikacja staje się szczerą oraz otwartą, co sprawia, że każdy z jej uczestników odczuwa satysfakcję i nie zostaje urażony [11–15].

Nieco inaczej definiują koncepcje asertywności praktycy zajmujący się treningami kompetencji społecznych oraz psychologowie ukierunkowani humanistycznie. Zaznaczają, że człowiek będzie prawdziwie asertywny, kiedy głęboko zaufa samemu sobie i odczuwając samoakceptację, racjonalnie zaufa innym ludziom, wobec których będzie autentyczny, szczerzy, otwarty i uczciwy. Autorzy takiego ujmowania tematu wskazują, iż osoba asertywna wyraża się dojrzałą i zintegrowaną osobowością, a postępowanie asertywne jest podyktowane świadomością osobistej godności, szacunkiem do samego siebie oraz samoakceptacją. Nie jest zatem przejawem egoizmu, a nawet może posłużyć do realizacji celów prospołecznych [11].

Asertywność może być mylona z agresją, szczególnie w miejscu pracy. Jednakże główna różnica między asertywnością a agresją to podejście do sytuacji lub problemu. Osoba asertywna mierzy się z trudnością, a nie z rozmówcą, tak aby wszyscy wzajemnie się szanowali. Natomiast postawa agresywna będzie miała niewielki wpływ na zmianę myśli i uczuć innych w dążeniu do rozwiązania problemu, a poza tym człowiek roszczeniowy nie przestrzega granic moralnych i osobistych podczas konwersacji. Sytuacja przedstawia się odwrotnie, gdy dyskutant wykorzystuje umiejętność asertywnego rozstrzygnięcia konfliktów [15].

Jak przedstawia Światowa Organizacja Zdrowia, jednym z pięciu czynników koniecznych do osiągnięcia zdrowego, szczęśliwego życia jest efektywna komunikacja [9]. Umiejętność odpowiedniej komunikacji i asertywność są nieocenione w zawodach medycznych, gdyż wiążą się z intensywnymi kontaktami interpersonalnymi. Praca położnej wymaga dodatkowo dużej odpowiedzialności, konieczności podejmowania natychmiastowych

**Key words:** midwives, professional competence, soft skills, assertiveness.

decyzji, bezpośredniego kontaktu z pacjentem i jego emocjami oraz z trybem zmianowym, czyli deprawacją snu [16]. Obciążenie psychiczne spowodowane pracą dotyczy zazwyczaj sfery emocjonalnej, stąd wyżej wymienione stresory nierzadko powodują naruszenie zdrowia psychicznego, depresję, a także wypalenie zawodowe. Wykorzystując dobrą komunikację i postawę asertywną można uniknąć tych skutków ubocznych. Takie zachowanie pozwala radzić sobie ze stresem stanowiąc pewien sposób samokontroli emocjonalnej. Asertywność w sytuacjach stresujących daje większą pewność siebie, jak również wzbudza szacunek do naszej osoby. Taki styl wyrażania emocji będzie pomocny w bronienu swoich praw oraz stanowiska w danej sprawie [9, 17].

Ponadto, prawidłowa współpraca w zespole leczniczym będzie rzutować na satysfakcję z życia zawodowego oraz zachowanie zdrowia psychicznego, jak również zadowolenie pacjentów i ich bezpieczeństwo. Na zawodowej płaszczyźnie życia asertywność pomoże zachować zadaniowy charakter relacji między współpracownikami, a postawa asertywna umocni wiarę w swoje kompetencje specjalistyczne i własne możliwości. Dodatkowo asertywna odmowa pozwala na nieprzekraczanie kompetencji zawodowych w taktowny sposób, nie urażając drugiej strony. Tak funkcjonujące relacje w zespole terapeutycznym prowadzą do obustronnej satysfakcji, gdzie każdy wzajemnie się szanuje, nie przekracza granic osobistych, a dzięki temu role personelu medycznego są prawidłowo podzielone [12].

Postawa asertywna jest zatem najczęściej wykorzystywana i pożądana przy rozwiązywaniu problemów. Są one naturalną i powszechną częścią życia codziennego. Każdego dnia staramy się pokonywać napotkane komplikacje w pracy oraz w rodzinie. Rozstrzygnięcie problemów jest definiowane jako odpowiedź na ważne lub trudne sytuacje życiowe [10].

Podsumowując, asertywna położna/pielęgniarka wie, jak osiągnąć to, czego oczekuje od otoczenia z szacunkiem wobec innych. To osoba mówiąca otwarcie, szczerze oraz bezpośrednio o osobistych uczuciach i przemyśleniach w sposób taktowny. Asertywność wykorzystuje do obrony swojego stanowiska oraz pozycji zawodowej. Dzięki tej umiejętności rozwiązuje konflikty i problemy bez używania agresji, co daje poczucie godności. Asertywna położna wzbudza zaufanie zarówno swoją osobą, jak i kompetencjami zawodowymi. Bierze odpowiedzialność za swoje słowa, a także nie narusza praw pacjenta licząc się z jego oczekiwaniami. To osoba bardziej zadowolona z siebie, wykazująca się pewnością w działaniach [2, 9]. Posługując się asertywnymi komunikatami pielęgniarka/położna umie radzić sobie ze stresem i w ten sposób może uniknąć wypalenia zawodowego, na które najbardziej narażone są właśnie zawody medyczne [4, 18].

## CEL PRACY

Celem pracy była ocena kompetencji asertywnego rozwiązywania problemów wśród położnych zatrudnionych w wybranych szpitalach na terenie województw: mazowieckiego, podlaskiego, warmińsko-mazurskiego i lubelskiego.

## MATERIAŁ

W badaniach udział wzięły łącznie 153 położne (100% kobiet) zatrudnione w sześciu podmiotach opieki zdrowotnej na terenie Polski środkowo-wschodniej. Średnia wieku w badanej grupie kobiet wyniosła 46,84 lata (SD: 12,44; min: 24 lata; maks: 61 lat; mediana: 50; modalna: 52). Zdecydowana większość badanych kobiet to mężatki ( $n = 125$ , 81%), panny stanowiły tylko 16% badanych ( $n = 26$ ). Większość badanych ( $n = 102$ , 66%) zamieszkiwało miasto do 100 tys. mieszkańców. 32 osoby zadeklarowa-

ły, że mieszkają na wsi ( $n = 32$ , 2%). Tylko 13 badanych osób zamieszkiwało miasto od 100 do 500 tys. mieszkańców, a tylko 5 badanych osób – miasto powyżej 500 tys. mieszkańców.

W badanej grupie położne ukończyły różne rodzaje szkół zakończone uzyskaniem dyplomu zawodowego położnej. Największa grupa badanych – 110 osób (71%) ukończyła 2,5-letnią medyczną szkołę zawodową, 13 badanych osób ukończyło 2-letnią medyczną szkołę zawodową. 18 badanych (11%) ukończyło studia pomostowe I stopnia i kontynuowało kształcenie na studiach magisterskich uzyskując dyplom magistra położnictwa. Najmniejsza grupa badanych – zaledwie 5 osób – ukończyła studia jednolite magisterskie (studia pięcioletnie).

Większość badanych ( $n = 92$ , 60%) miało wykształcenie średnie medyczne, 20% (32 osoby) ukończyło studia I stopnia, 19% ( $n = 30$ ) studia magisterskie. Żadna z badanych położnych nie miała stopnia doktora.

Średni czas stażu pracy w badanej grupie wyniósł 24,56 lat (SD: 10,16; min: 0,5; maks: 39; mediana: 27; modalna: 28). Zdecydowana większość badanych zatrudniona była na pełny etat ( $n = 150$ , 98%). Tylko dwie osoby zadeklarowały, że pracują na umowę zlecenie. Badane położne zatrudnione były na stanowiskach: położna ( $n = 82$ ), położna specjalista ( $n = 9$ ), położna oddziałowa ( $n = 3$ ), położna odcinkowa ( $n = 12$ ), starsza położna ( $n = 38$ ), młodszy asystent ( $n = 2$ ), zastępca położnej oddziałowej ( $n = 2$ ), położna środowiskowa ( $n = 2$ ), położna koordynująca ( $n = 1$ ), starszy asystent w dziedzinie pielęgniarstwa i położnictwa ( $n = 1$ ).

#### ODSETEK ZWROTU ANKIET

Badania przeprowadzono w grupie położnych zatrudnionych w sześciu podmiotach opieki zdrowotnej na terenie Polski środkowo-wschodniej: Szpitalu Wojewódzkim im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach (25/34, 73%), Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej we Włodawie (15/18, 83%), Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Białej Podlaskiej (27/50, 54%), Szpitalu Powiatowym Gajda-Med w Pułtuskach (9/13, 69%), Szpitalu Wojewódzkim im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży (52/41, 60%) oraz w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie (48/50, 96%). Odsetek zwrotu ankiet wyniósł 74% (153/204).

#### METODY

Dobrowolne i anonimowe badania ankietowe zostały przeprowadzone w grupie położnych zatrudnionych w sześciu podmiotach opieki zdrowotnej na terenie Polski środkowo-wschodniej.

Do badań wykorzystano standaryzowaną ankietę – Kwestionariusz Kompetencji Społecznych Położnych (KKSP) opracowany przez Tomalę oraz Jaworskiego. Kwestionariusz KKSP składa się z 26 twierdzeń ocenianych w 5-stopniowej skali Likerta (1 – zdecydowanie się nie zgadzam, 5 – zdecydowanie się zgadzam). Stwierdzenia zawarte w KKSP tworzą trzy podskale:

- Podskala I. Empatia i umiejętność pracy z emocjami: 10 stwierdzeń – 1, 2, 3, 4, 5\*, 8\*, 9, 11, 22, 23. Pytania 5 i 8 to pytania z odwróconą skalą. Współczynnik rzetelności alfa Cronbacha wynosi dla tej podskali 0,66.
- Podskala II. Asertywność w sytuacji konfliktu: 5 stwierdzeń – 13, 20, 24, 25, 26. Współczynnik rzetelności ankiety alfa Cronbacha wynosi dla tej podskali 0,65.
- Podskala III. Umiejętności komunikacyjne: 5 stwierdzeń – 10, 12, 15, 16, 18. Współczynnik rzetelności alfa Cronbacha dla tej podskali wynosi 0,90.

Pozostałe sześć pytań uzupełniało Kwestionariusz Kompetencji Społecznych Położnych (KKSP).

Kwestionariusz Kompetencji Społecznych Położnych zawierał również 9 pytań dotyczących danych socjodemograficznych respondentek biorących udział w badaniu: płeć, wiek (rok urodzenia), stan cywilny, miejsce stałego zamieszkania, rodzaj ukończonej szkoły, wykształcenie, staż pracy, forma zatrudnienia oraz zajmowane stanowisko.

#### ANALIZA STATYCZNA UZYSKANYCH WYNIKÓW

W pracy wykorzystano metody statystyki opisowej. Uzyskane w badaniach dane przedstawiono z użyciem m.in. takich statystyk, jak: suma punktów, odchylenie standardowe (SD), minimum, maksimum, kwartyle.

W pracy analizowano wyniki dla całej skali Kwestionariusz Kompetencji Społecznych Położnych oraz wyniki dla Podskali II: Asertywność w sytuacji konfliktu, zgodnie z celem pracy.

Maksymalna liczba punktów, którą można było uzyskać łącznie w całej skali Kwestionariusz Kompetencji Społecznych Położnych, wyniosła 130 punktów, minimalna liczba punktów: 26.

Maksymalna liczba punktów, którą można było uzyskać łącznie w Podskali I. Empatia i umiejętność pracy z emocjami wyniosła 50 punktów, minimalna – 10 punktów.

Maksymalna liczba punktów, którą można było uzyskać w Podskali II. Asertywność w sytuacji konfliktu oraz Podskali III. Umiejętności komunikacyjne wyniosła 25 punktów, minimalna – 5 punktów.

**Tabela 1.** Analiza wyników Podskali II. Asertywność w sytuacji konfliktu

Stwierdzenie	Zdecydowanie się zgadzam	Zgadzam się	Trudno powiedzieć	Nie zgadzam się	Zdecydowanie się nie zgadzam	Brak odpowiedzi
Potrafię asertywnie odmówić wykonania czynności nie znajdującej się w moich kompetencjach	36/24%	60/39%	42/27%	10/7%	2/1%	3/2%
Staram się odkryć przyczyny zaistniałego konfliktu i opracować możliwe rozwiązania	44/29%	91/59%	17/11%	1/1%	0	0
Uważam, że jestem świadoma swoich potrzeb i potrafię je asertywnie spełniać	60/39%	75/49%	16/10%	2/1%	0	0
Nie unikam konfrontacji i dążę do rozwiązania problemu	63/41%	79/51%	10/7%	1/1%	0	0
Uważam, że pokonuję bariery komunikacyjne utrudniające rozwiązanie konfliktu	43/28%	94/61%	12/8%	2/1%	1/1%	1/1%

#### OPINIA KOMISJI BIOETYCZNEJ WARSZAWSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO

Autorzy niniejszej pracy nie uzyskali zgody Komisji Bioetycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego na przeprowadzenie prezentowanych badań ze względu na fakt, że według komunikatu Komisji Bioetycznej WUM: „Komisja nie wydaje opinii w sprawie badań ankietowych, retrospektywnych i innych nieinwazyjnych badań naukowych”.

#### WYNIKI

Celem pracy była ocena kompetencji asertywnego rozwiązywania problemów wśród położnych zatrudnionych w wybranych szpitalach na terenie województw: mazowieckiego, podlaskiego, lubelskiego i warmińsko-mazurskiego. Ze względu na ten fakt do analizy wyników wykorzystano Podskalę II. Asertyw-

ność w sytuacji konfliktu i pięć pytań dotyczących asertywności w sytuacji konfliktu.

Na podstawie analizy Podskali II można stwierdzić, że asertywność wśród badanej grupy zawodowej jest na wysokim poziomie. Zdecydowana większość, 127 położnych, otrzymało wynik w maksymalnym przedziale punktowym (19–25 punktów). Za ledwie 24 osoby uzyskały punktację w przedziale 13–18 punktów. Tylko dwie położne, z 153 badanych, odznaczały się niskim poziomem asertywności, ich punktacja mieściła się w granicy 7–12 punktów (tab. 1–3).

Badanej grupie zadano pytanie, czy potrafią asertywnie odmówić wykonania czynności, która nie znajduje się w ich kompetencjach. Ponad połowa respondentek umie w sposób asertywny nie wyrazić zgody na wykonanie procedur, które nie mieszczą się w ich kompetencjach zawodowych. Jednak 27% badanych nie wie, jakby zachowała się w przytoczonej sytuacji, a mały odsetek przyznaje, iż nie potrafi asertywnie się sprzeciwić. Trzy respondentki nie odpowiedziały na to pytanie.

Z badań wynika, że zdecydowana większość położnych stara się znaleźć podłoże powstałego konfliktu między członkami zespołu i szuka jego rozwiązania. Nieliczna grupa nie wyraziła konkretnej opinii, a jedna osoba przyznała, że nie szuka rozwiązania zaistniałych konfliktów.

Znaczna część ankietowanych wyraża opinię, że jest świadoma swoich potrzeb i umie asertywnie je realizować, a prawie połowa wyraża zdecydowanie w tej kwestii. Nielickej grupie osób trudno konkretnie się odnieść do tego zdania i tylko 1% nie zna swoich potrzeb oraz nie potrafi ich asertywnie rozwiązywać.

W kolejnym pytaniu ankiety liczna część respondentek zgodziła się, że nie unika konfrontacji oraz zmierza do rozstrzygnięcia problemu, niemalże połowa wyraża się zdecydowanie na ten temat. Jedynie nieliczne nie wyraziły opinii.

Kolejno prawie 90% położnych uważa, że przełamuje bariery komunikacyjne, które przeszkadzają w rozwiązywaniu konfliktów. Nieliczy odsetek nie ma zdania, a jedna osoba nie udzieliła żadnej odpowiedzi.

**Tabela 2.** Analiza wyników skali: Kwestionariusz Kompetencji Społecznych Położnych (KKSP)

Statystyki opisowe	Łącznie
SD	8,471
Min (26 punktów)	88
Maks (130 punktów)	126
Punkty: 0–65	0
Punkty: 66–130	153
Punkty: 0–32,5	0
Punkty: 33–65	0
Punkty: 66–98,5	28
Punkty: 99–130	125

**Tabela 3.** Analiza wyników Podskali II. Asertywność w sytuacji konfliktu Kwestionariusza Kompetencji Społecznych Położnych (KKSP)

Statystyki opisowe	Podskala II. Asertywność w sytuacji konfliktu Pytania: 13, 20, 24, 25, 26
SD	2,688
Min (5 punktów)	10
Maks (25 punktów)	25
Punkty: 0–6	–
Punkty: 7–12	2
Punkty: 13–18	24
Punkty: 19–25	127

## DYSKUSJA

Zawód położnej polega na zapewnieniu kompleksowej opieki kobiecie podczas ciąży, porodu, położu oraz opiekę nad noworodkiem. Praca ta łączy w sobie zdolności manualne, predys-

pozycje psychologiczne, wiedzę i doświadczenie kliniczne [1]. Wraz z przystąpieniem Polski do Unii Europejskiej w 2004 r. oraz związanymi z tym wydarzeniem przekształceniami politycznymi, zmianie uległa sytuacja wielu zawodów, w tym samodzielność i autonomia położnej. Wcześniej zawód ten był ograniczany intelektualnie i ustawowo, co powodowało podległy wizerunek położnych/pielęgniarek [19].

Wejście w życie ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej doprowadziło do znacznego polepszenia wizerunku i podniesienia prestiżu zawodu, co zwiększyło także autonomię położnej. Wraz ze wszystkimi modyfikacjami i oczekiwaniem społeczeństwa, co do jakości opieki zdrowotnej, położne są zobligowane do doskonalenia swoich kompetencji interpersonalnych z racji bliskiego kontaktu z pacjentkami, ich rodzinami oraz emocjami. W takich uwarunkowaniach dobra jakość komunikacji, empatyczne podejście do otoczenia i asertywne rozwiązywanie problemów w zespole terapeutycznym wydaje się być ważnym elementem pracy i codziennego życia [12, 19].

Istnieje znikoma liczba badań i publikacji w polskim piśmiennictwie na temat asertywności wśród położnych. Zachowania asertywne najczęściej badane są na grupie pielęgniarek, które stanowią znacznie liczniejszą grupę zawodową. Z tego też powodu praca badawcza dotycząca asertywnego rozwiązywania problemów wśród położnych zatrudnionych w wybranych szpitalach w Polsce środkowo-wschodniej jest innowacyjna i postępową. W literaturze anglojęzycznej zauważa się więcej pozycji prezentujących badania nad poziomem asertywności wyłącznie w grupie położnych [8, 10–15].

Analiza wyników własnych wykazała wysoki poziom ważnej umiejętności społecznej, jaką jest asertywność – 127 (83%) kobiet uważa, że przyjmuje postawę asertywną w sytuacjach konfliktowych i wymagających konfrontacji. Podobne wyniki zauważono w pracy badawczej Yurtsal i Özdemir, która pokazuje, że 104 (52%) położne stosuje asertywność do wzmacniania relacji w pracy i życiu codziennym. Najwyższym stopniem asertywności odznaczały się położne w przedziale wiekowym 20–29 lat (62,5%). Zaobserwowano również, że u kobiet samotnych poziom asertywności uplasował się w granicach 70%, a to znacznie więcej niż wśród mężatek. Dodatkowo położne, które posiadały dzieci, były mniej asertywne (47%) od tych, które dzieci nie miały (65,4%). Podsumowując uzyskane rezultaty według tych autorów, najbardziej asertywne okazały się młode, samotne i bezdzietne akuszerki [10]. Podczas analizy własnych wyników badań nie zauważa się zależności asertywności od wieku, płci, stażu pracy oraz stanu cywilnego.

Z kolei badania Sobczak i wsp. dotyczące asertywności i typów zachowań pielęgniarek również pokazują wysoki poziom tego elementu komunikacji interpersonalnej, 70% z 456 pielęgniarek przejawia asertywność. To sprawia, że personel medyczny wykazuje obronny charakter wobec swoich praw poza obszarem osobistym, a także jest gotowy do podejmowania inicjatywy w sytuacjach trudnych. Właśnie te kobiety zdecydowanie częściej odznaczały się zdrowym typem zachowań w pracy. Poza tym cechowały je zdolność dystansowania się, zmierzanie do perfekcji oraz wewnętrzne zrównoważenie [8].

Przegląd wyników własnych w Podskali Asertywność w sytuacjach konfliktu wykazuje, że położne nie unikają sytuacji spornych i dążą do rozwiązania zaistniałych problemów, 41% zdecydowanie zgodziło się z tym twierdzeniem, a 51% po prostu się zgadza. Oprócz tego starają się odkryć przyczyny niekomfortowych sytuacji i występujących problemów.

Ciekawe obserwacje zebrała Reetz-Wasilewska i wsp. w pracy zawierającej opinie pielęgniarek dotyczące konfliktów w zespole oraz czynników, które je tworzą. Autorki wykazały, że ponad 50% personelu medycznego ocenia wystąpienie sporów jako czynnik negatywnie wpływający na atmosferę panującą między współpracownikami. Pielęgniarki najczęściej stosowały reakcję negocjacyjną na zaistniałe problemy w pracy, która stanowi dwustronny proces komunikacji, ale również zaznaczały

wykorzystywanie postawy asertywnej – 20,5% [20]. Według badań Stychno i Kulczyckiej to właśnie w najmniejszych zespołach pielęgniarskich, liczących nie więcej niż 10 osób, występuje najlepsza zgodność interesów, zaufanie do współpracowników i ich kompetencji. W małych zespołach najrzadziej dochodzi do rywalizacji. Odpowiednie kierowanie sytuacjami konfliktowymi przez zachowanie asertywne wzmacnia relacje w zespole medycznym. Zdrowe stosunki między współpracownikami zapewniają dobrą komunikację oraz odpowiedni podział kompetencji zawodowych, a także satysfakcję i bezpieczeństwo pacjentów [21].

Zachowanie prawidłowych relacji i podziału ról w pracy przyczynia się również do wystąpienia mniejszego odsetka osób dotkniętych wypaleniem zawodowym. Asertywna postawa pomaga wyrazić swoje zdanie w danej sprawie i ochronić własną godność. Taką zależność uzyskali Cielebąk i wsp. podczas analizy działań profilaktycznych zwalczających wypalenie zawodowe w grupie 700 pielęgniarek z województwa mazowieckiego. Okazało się, że zdecydowana większość personelu medycznego dba o dobrą atmosferę w miejscu pracy i prawidłowe stosunki interpersonalne. Ponadto duży odsetek pielęgniarek uważa, że troska o chorych i jednoczesna troska o siebie, jest ważnym czynnikiem profilaktycznym przeciwko wypaleniu. Znaczna większość kieruje się tą maksymą w pracy [22].

Jako następną przyczynę sytuacji konfliktowych wymienia się stres zawodowy powodujący także wypalenie położnej/pielęgniarki. Badania Marcysiak i wsp. udowadniają, że pielęgniarki wykazujące się zadaniowym podejściem do rozwiązywania problemów efektywniej radziły sobie ze stresem w miejscu pracy, a respondenci używający asertywności ukierunkowanej na opanowanie stresora byli znacznie mniej narażeni na wypalenie w zawodzie [23].

Sobczak i Rakowska poddały badaniu asertywność kadry kierowniczej Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu, w tym również pielęgniarek piastujących funkcje kierownicze. Rezultaty pokazują ogólny wysoki poziom asertywności wśród kadry zarządzającej personelem medycznym, aczkolwiek pielęgniarki na stanowisku kierownika przejawiają mniejszy poziom tej umiejętności. Zauważono jeszcze zależności w poziomie asertywności od płci – kobiety uzyskały wyższe wyniki niż mężczyźni. Efekt wydaje się być kontrowersyjny i sprzeczny z ogólnym wizerunkiem mężczyzn [13]. Jednak Tyszkiewicz-Bandur i wsp. ukazują, że studenci kierunków medycznych posiadają umiejętność asertywności na wyższym szczeblu niż kobiety tych samych kierunków, ale studentki cechowały się lepiej rozwiniętymi kompetencjami społecznymi oraz inteligencją emocjonalną [5]. Następne badania wśród studentów pierwszych roczników pielęgniarstwa rekrutujących się w latach 2013, 2014, 2015 wskazyują na wyższą asertywność rocznika 2013. Istotne różnice widać także między osobami starszymi posiadającymi już zawód medyczny a studentami, którzy dopiero zaczynają swoją naukę zdobywając zawód pielęgniarki. Bardziej asertywni okazali się uczniowie podejmujący aktualnie naukę na kierunku pielęgniarstwo [24].

Jakość asertywności wśród różnych zawodów, w tym również pielęgniarek, badała w swojej pracy Dobrowolska. Według osiągniętych rezultatów profesja pielęgniarki na tle innych zawodów uplasowała się na przedostatnim miejscu zgodnie ze wskaźnikiem asertywności. Pomimo tego uzyskały średnią 225/250 pkt. Profil asertywności w tej grupie zawodowej okazał się zaskakujący, gdyż charakteryzuje się słabo rozwiniętą umiejętnością wyrażania opinii i oczekiwań, oprócz tego osiągnęły niskie wyniki w skali formułowania uczuć pozytywnych. Jednakże odznaczyły się większą zdolnością do wyrażania uczuć negatywnych, niezadowolenia i złości [14]. Po części uzyskane efekty kłócą się z ogólnie przyjętym wizerunkiem położnej i pielęgniarki, jednak ich wskaźnik asertywności jest nadal dość wysoki. Analiza wyników własnych pokazuje położne jako personel medyczny, który potrafi wyrażać swoje emocje i dąży do spełnienia swoich oczekiwań w asertywny sposób. Ponadto

znają one swoją wartość oraz zakres kompetencji zawodowych, których starają się nie przekraczać.

Iwanowicz-Palus i wsp. w badaniach na temat postrzegania zawodu położnych zapytali 505 osób niezwiązanych z zawodem, jakimi cechami powinna charakteryzować się położna. Z uzyskanych rezultatów wynika, że zdecydowana większość osób uważa, iż położna powinna zachowywać szacunek dla godności drugiego człowieka oraz odznaczać się wysoką kulturą osobistą [3]. Następnie z analizy opinii pacjentów, w pracy Grabskiej i Stefańskiej, wynika, że chorzy oczekują od pielęgniarek wyrozumiałości, cierpliwości i umiejętności komunikacyjnych [25]. Uzyskane wyniki pokazują ważną rolę asertywności i komunikacji w pracy personelu medycznego na tle społeczeństwa oraz oczekiwania pacjentów, co do jakości opieki sprawowanej przez personel medyczny.

Obserwacja osobistych wyników pokazuje, że liczna grupa położnych potrafi asertywnie odmówić wykonywania czynności nie znajdujących się w ich obowiązkach, tym samym utrzymując zdrowe stosunki z pacjentami. Powyższe obserwacje potwierdza Timmins i McCabe, które przeprowadziły analizę zachowań asertywnych w miejscu pracy wśród 391 położnych i pielęgniarek. Ponad połowa badanych zadeklarowała brak trudności z wyrażaniem asertywnych opinii i oczekiwań, jednak większość nie otrzymała dostępu do szkoleń trenujących tę umiejętność. Objęta badaniem grupa zawodowa wysłuchuje opinii kolegów oraz przełożonych i nie ma problemów z ich komplementowaniem. Potrafią powiedzieć „nie”, aby bronić swojego stanowiska, jednak tylko nieliczne osoby umieją tworzyć konstruktywną krytykę wobec współpracowników. Autorki tych doniesień zauważają potrzebę organizacji treningów umiejętności interpersonalnych w placówkach medycznych, które to szkolenia opanowałyby mechanizmy wzmacniające relacje współpracowników i kadry kierowniczej [26].

Potrzebę wprowadzenia treningów umiejętności asertywnych wśród studentów położnictwa oraz położnych zatrudnionych w szpitalach zaobserwowali również Warland i wsp. Autorzy przeprowadzili badania ankietowe przed i po takowych treningach wśród studiujących akuserek. Jednodniowe warsztaty obejmowały: wykłady, odgrywanie scenek i dyskusję. Przeprowadzone w odpowiedni sposób treningi kompetencji społecznych dały znaczną poprawę oceny asertywności w gronie studentek. Po szkoleniu studentki wykazywały większą pewność siebie i poszerzone umiejętności wyrażania negatywnych uczuć [15].

Praca zespołowa i opieka nad pacjentami wiąże się z intensywnymi kontaktami interpersonalnymi oraz różnymi emocjami, co może prowadzić do wypalenia zawodowego. Z tego powodu dostrzega się potrzebę tworzenia i prowadzenia treningów i szkoleń z zakresu pogłębiania umiejętności społecznych, które znacznie poprawiłyby jakość komunikacji oraz relacji między pracownikami placówek medycznych, a także wśród studentów.

Reasumując badania do celów własnych, należy stwierdzić, iż położne przestawiają się w dobrym świetle jako osoby asertywne, utrzymujące zdrowe relacje i szukające odpowiedniego rozwiązania w skomplikowanych sytuacjach. Na dodatek ankietowane odznaczają się rozwiniętymi kompetencjami społecznymi, które pozwalają pokonywać bariery komunikacyjne utrudniające uzyskanie zgody podczas konfliktu. Podobne rezultaty uzyskano w badaniach pielęgniarek, co znalazło potwierdzenie zarówno w piśmiennictwie polskim, jak i zagranicznym. W badaniach innych autorów zauważono także zależność poziomu asertywności od wieku, stanu cywilnego, posiadania dzieci czy stażu pracy.

## WNIOSKI

1. Badana grupa położnych odznaczała się dobrze rozwiniętą umiejętnością asertywnego rozwiązywania problemów i sytuacji konfliktowych.
2. Analiza wyników nie ukazała zależności między poziomem asertywności a wiekiem, wykształceniem, stanem cywilnym, miejscem zamieszkania oraz stażem pracy.

3. Postawa asertywna wśród personelu medycznego pozwala utrzymać dobre relacje w zespole terapeutycznym, jak i w stosunku do pacjenta.
4. Treningi i szkolenia doskonalące umiejętności komunikacyj-

ne wydają się być niezbędne do zachowania zdrowych relacji oraz uniknięcia wypalenia zawodowego.

*Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorek.  
Konflikt interesów: Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.*

## BIBLIOGRAFIA

1. Fryc D. Zapotrzebowania kobiet z województwa zachodniopomorskiego na usługi okołoporodowe świadczone przez położne oraz stopień znajomości przez środowisko medyczne ustawowych kompetencji zawodowych polskich położnych. *Ann Acad Med Stetin* 2014; 2(60): 95–103.
2. Bączek G, Andrzejczuk B, Dmoch-Gajzlerska E. Położna w roli kierownika i organizatora środowiska pracy. *Prz Med Uniw Rzesz Inst Leków* 2010; 4: 489–496.
3. Iwanowicz-Palus G, Golonka E, Bień A, i wsp. Postrzeżenie zawodu położnej przez społeczeństwo. *Pielęg XXI w* 2013; 2(43): 35–42.
4. Rakowska K. Kompetencje społeczne – bufor wypalenia zawodowego pielęgniarek. *MONZ* 2012; 4(18): 319–323.
5. Tyszkiewicz-Bandur M, Walkiewicz M, Tartas M, i wsp. Kompetencje emocjonalne i społeczne wśród studentów kierunków medycznych. *Med Rodz* 2017; 20(1): 25–30.
6. McQueen ACH. Emotional intelligence in nursing work. *J Adv Nurs* 2004; 47(1): 101–108.
7. Zielińska-Więczkowska H. Empatia wśród przedstawicieli zawodów medycznych – korzyści a ryzyko wypalenia zawodowego. *Med Rodz* 2016; 19(4): 255–260.
8. Sobczak M, Andruszkiewicz A, Banaszkiewicz M. Komu może przynieść korzyść asertywność pielęgniarki? *Pielęg XXI w* 2012; 2(39): 49–52.
9. Kekus D, Stanisavljevic S, Lazarevic A, i wsp. Komunikacja interpersonalna – podstawowa umiejętność we współczesnym pielęgniarstwie. *Pielęg XXI w* 2012; 3(40): 101–104.
10. Yurtsal BZ, Özdemir L. Assertiveness and problem solving in midwives. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2015; 20: 647–654.
11. Hulewska A. Asertywność a stres, poczucie własnej skuteczności i satysfakcji z pracy doświadczane przez lekarzy. *Zesz Prasozn* 2015; 2(222): 276–283.
12. Bączek G, Sobolewska M, Dmoch-Gajzlerska E. Rola komunikacji w przygotowaniu do zabiegu ginekologicznego. *Probl Pielęg* 2009; 17(2): 139–143.
13. Sobczak M, Rakowska K. Asertywność kierownika. Doniesienie z badań nad poziomem asertywności kadry kierowniczej Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu. *Probl Pielęg* 2008; 16(2): 16–25.
14. Dobrowolska M. Asertywność jako wskaźnik spójności wybranych grup zawodowych. *Prosopon – Europejskie Studia Społeczno-Humanistyczne* 2013; 2: 65–85.
15. Warland J, McKellar L, Diaz M. Assertiveness training for undergraduate midwifery students. *Nurse Educ Pract* 2014; 14: 752–756.
16. Motyka M, Lickiewicz J. Sytuacje trudne w pracy pielęgniarek wybranych oddziałów szpitalnych. *Pielęg XXI w* 2013; 2(43): 21–26.
17. Andruszkiewicz A. Typy zachowań i przeżyć w pracy w grupie pielęgniarek. *Probl Pielęg* 2007; 2(3): 157–161.
18. Żuralska R, Majkiewicz M, Gaworska-Krzemińska A. Psychologiczna ocena stylów radzenia sobie ze stresem a cechy osobowości studentów Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. *Probl Pielęg* 2012; 2(20): 240–246.
19. Drużdżel M, Dmoch-Gajzlerska E, Doroszevska A. Samodzielność i odpowiedzialność zawodowa w opinii współczesnej położnej na podstawie badań własnych. *Położ Nauka Prakt* 2007; 1: 28–31.
20. Reetz-Wasielewska AE, Kretowicz K, Zarzeczna-Baran M. Konflikt w zespole pielęgniarskim. *Probl Pielęg* 2016; 2(24): 125–130.
21. Stychno E, Kulczycka K. Opinia pielęgniarek na temat współpracy w zespole pielęgniarskim. *Pielęg XXI w* 2013; 4(45): 21–25.
22. Cielebąk S, Dey B, Hołubiuk Ł, i wsp. Profilaktyka wypalenia zawodowego u pielęgniarek. *Pielęg XXI w* 2013; 4(45): 11–16.
23. Marcysiak M, Dąbrowska O, Marcysiak M. Wypalenie zawodowe a radzenie sobie ze stresem pielęgniarek. *Probl Pielęg* 2014; 22(3): 312–318.
24. Sobczak M, Skuzińska A. To idzie młodość. Nowy wizerunek pielęgniarek i pielęgniarzy. *Pielęg XXI w* 2016; 3(56): 11–16.
25. Grabska K, Stefańska W. Sylwetka zawodowa pielęgniarki w opinii pacjentów. *Probl Pielęg* 2009; 17(1): 8–12.
26. Timmins F, McCabe C. Nurses' and midwives' assertive behaviour in the workplace. *J Adv Nurs* 2005; 51(1): 38–45.

## Adres do korespondencji:

Dr hab. n. o zdr. Joanna Gotlib  
Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia  
Wydział Nauki o Zdrowiu  
Warszawski Uniwersytet Medyczny  
ul. Żwirki i Wigury 61  
02-091 Warszawa  
Tel.: 22 57 20 490; 608 108 028  
E-mail: joanna.gotlib@wum.edu.pl

Praca wpłynęła do redakcji: 14.04.2018 r.

Po recenzji: 18.08.2018 r.

Zaakceptowano do druku: 20.08.2018 r.



# FOREIGNERS' OPINIONS ON THE FUNCTIONING OF POLISH HEALTH CARE – A SURVEY STUDY

*Opinie obcokrajowców na temat funkcjonowania polskiej ochrony zdrowia – badanie ankietowe*

**Maciej Pawłowski**

*Department of Paediatrics and Allergy, Medical University of Lodz, Copernicus Memorial Hospital in Lodz, Poland*

*adres do korespondencji: macpaw3@wp.pl*

## SUMMARY

**Background.** As a result of globalisation and Poland's joining the European Union, more and more foreigners are coming to Poland to work, as tourists and for other purposes, sometimes settling in Poland. They also use the Polish health care system during their stays in Poland. Poles usually complain about their health care system, but there is a lack of foreigners' opinions. Our detailed on-line survey in English for foreigners living in Poland will help to better describe their satisfaction with the Polish health care system, as well as their opinions and comments, which will help to improve the system in the future.

**Objectives.** The aim of the study was to have the Polish health system evaluated by foreigners that used it during their stays in Poland.

**Material and methods.** 486 respondents answered questions in an English language questionnaire, which was published in March–August 2017 in Facebook discussion groups of foreigners living in Poland.

**Results.** Respondents gave positive opinions on private health care – as really fast, good, well-equipped, with friendly doctors speaking English. Negative opinions concerned: lack of a good command of English among medical staff, long waiting time to make an appointment with a doctor, poor conditions of buildings and equipment; they complained mainly about public health care. Foreigners used health care services for many reasons – from a fever to fracture etc.

**Conclusions.** There were many opinions, both negative and positive. Negative ones should be taken into consideration in improving the Polish health care system.

**Key words:** Polish health care system, foreigners, satisfaction, opinions.

## STRESZCZENIE

**Wstęp.** W wyniku globalizacji i przystąpienia Polski do Unii Europejskiej coraz więcej obcokrajowców przyjeżdża do pracy do Polski, w celach turystycznych lub innych, czasami osiedlając się tutaj na stałe. Oni korzystają również z usług polskiego systemu ochrony zdrowia podczas swojego pobytu w Polsce. Polacy często narzekają na system ochrony zdrowia, ale brakuje opinii obcokrajowców. Nasza szczegółowa ankieta w języku angielskim skierowana do obcokrajowców żyjących w Polsce pozwoli ocenić ich satysfakcję z polskiego systemu ochrony zdrowia, jak również poznać ich opinie i komentarze oraz pozwoli ulepszyć system w przyszłości.

**Cel pracy.** Ocena polskiego systemu ochrony zdrowia przez obcokrajowców korzystających z jego usług podczas pobytu w Polsce.

**Materiał i metody.** 486 osób udzieliło odpowiedzi na ankietę w języku angielskim, która była publikowana od marca do sierpnia 2017 w facebookowych grupach dyskusyjnych obcokrajowców żyjących w Polsce.

**Wyniki.** Ankietowani udzielili pozytywnych opinii na temat prywatnej ochrony zdrowia – jako naprawdę szybkiej, dobrej, dobrze wyposażonej, z miłymi lekarzami władającymi językiem angielskim. Negatywne opinie dotyczyły głównie publicznej ochrony zdrowia – braku dobrej znajomości języka angielskiego wśród personelu medycznego, długich kolejek oczekujących na wizytę, złego stanu technicznego budynków i sprzętu. Obcokrajowcy korzystali z usług placówek medycznych z różnych powodów.

**Wnioski.** Było wiele opinii, zarówno negatywnych, jak i pozytywnych. Negatywne powinny być wzięte pod uwagę celem poprawy polskiego systemu ochrony zdrowia.

**Słowa kluczowe:** polski system ochrony zdrowia, obcokrajowcy, satysfakcja, komentarze.

## BACKGROUND

Due to Poland's accession to the European Union, the rapid development of our country, the rise in living standards, relatively low prices and numerous foreign trips of Poles, foreigners arrive and permanently or temporarily stay in Poland. In recent years, the number of foreigners granted a temporary or permanent residence permit in Poland has increased significantly [1]. Numbers of foreigners who study at Polish universities and foreign tourists are also growing [2, 3]. During foreigners' stays in Poland, they may have to use local health care facilities. Poles have guaranteed access to health care, which derives directly from the Constitution of the Republic of Poland [4]. They should carry a PESEL identification number with them, which will be used to register visits to Polish health care facilities, except for emergencies where immediate medical attention is provided without checking the patient's personal data. On the other hand, foreigners, depending on their country of origin, when in need of health care services (except for emergencies where it is not possible to obtain the patient's personal data), in addition to their identity card, should also have an EHIC card (for nationals of the other Member States of the European Union), use a bilateral agreement concluded by Poland (and present a valid visa), which applies to citizens of Albania, Bosnia and Herzegovina, Montenegro, the Russian Federa-

tion and Serbia, or hold an appropriate medical insurance policy (citizens of other countries) [5–8]. While using health care services in Poland, foreigners may face various difficulties: ignorance of the Polish health care system, communication difficulties and other unpleasant experiences. This study will present experiences and opinions of foreigners who have already used the Polish health system. There are very few studies about foreigners' opinions about health care in Poland, they are mainly negative, but the source is very scarce [9–12]. Thus the authors decided to investigate further this topic

## OBJECTIVES

The aim of the study was to have the Polish health system evaluated by foreigners who used it during their stays in Poland.

## MATERIAL AND METHODS

486 respondents answered questions of an English-language questionnaire [13], which was published in March–August 2017 in Facebook discussion groups of foreigners living in Poland. The questionnaire was prepared by the author of the study. The respondents had to be adults and had to use at least once Polish health care services. The data collected in the survey did not permit to identify the people who took part in it. Microsoft Excel and Statistica 10.0 were used to evaluate the results.

## RESULTS

Data of 486 adult foreigners who had used Polish health care services were analysed. They represented 47 countries from all the continents. 64% of the respondents were men, mostly living in Poland between 1 and 3 years, and aged between 30 and 40 years, using health services usually between 2 and 5 times, of both public and private health care (Table 1). Factors the foreigners taking part in the survey considered positive were: the access and cost of drugs, waiting time to get private health care services, professional knowledge of health care staff as well as the working hours (Table 2). Negative ones were: waiting time to use public health care, cost of private health services, command of foreign languages (Table 3). The opinions were also divided due to the countries of origin of the participants – among those whose inhabitants were the most numerous in that survey. The less satisfied with the waiting time to use public health care were Ukrainian and Turkish respondents. More than 70% of Turkish respondents pointed that the cost of private health care services for them was at least high. For more than a half of respondents from India, Turkey, Spain and United Kingdom the knowledge of foreign languages in Polish health care services was at least dissatisfactory (Table 4).

More or less the same number of foreigners recommended Polish health care to other foreigners as did not.

The foreigners were also asked to describe their most positive impressions of Polish health care. Most of them indicated private health care – as really fast, good, well-equipped, with friendly doctors speaking English [13].

**Table 1.** Data of foreigners who responded to the survey

Data	Results
Country of origin	outside European Union (56.5%), European Union (43.5%)
Sex	male (64%), female (36%)
Age	30–40 years old (31%), 25–30 (28%), 18–25 (26%)
Time of stay in Poland	1–3 years (35%), 3–10 years (30%), < 1 year (18%)
Frequency of using Polish health care services	between 2 and 5 times (36.5%), more than 10 times (31%)

**Table 2.** The most positive impressions of the Polish health care indicated by foreigners who took part in the survey

Feature	Results
Working hours of Polish health care system	satisfied (33%), very satisfied (12%)
Professional knowledge of Polish health care staff	satisfied (38.5%), very satisfied (14.5%)
Waiting time to use private health care facilities	satisfied (38%), very satisfied (21.5%)
Access to drugs in Polish pharmacies	satisfied (41.5%), very satisfied (17.5%)
Cost of the drugs	normal (47%), low (7.5%), very low (4%)

**Table 3.** The most negative impressions of Polish health care indicated by foreigners taking part in the survey

Feature	Results
Cost of the private health care services	high (33%), too high (16.5%)
Knowledge of foreign language	dissatisfied (27.5%), very dissatisfied (19.5%)
Waiting time to use public health care facilities	dissatisfied (19%), very dissatisfied (37%)

**Table 4.** The most negative impressions of Polish health care indicated by foreigners taking part in the survey by nations that were most numerous in the study

Country	Opinions on the waiting time to use public health care services	Opinions on the cost of private health care services	Opinions on the knowledge of foreign languages (especially English) of the medical staff
India	very dissatisfied (30%), dissatisfied (13.5%)	too high (32.5%), high (32.5%)	very dissatisfied (27%), dissatisfied (24.5%)
Ukraine	very dissatisfied (50%), dissatisfied (27%)	too high (3.5%), high (52%)	very dissatisfied (4%), dissatisfied (15.5%), neutral (58%)
Turkey	very dissatisfied (51.5%), dissatisfied (9.5%)	too high (29%), high (42%)	very dissatisfied (31.5%), dissatisfied (31.5%)
Spain	very dissatisfied (48.5%), dissatisfied (17%)	too high (22.5%), high (22.5%), normal (50%)	very dissatisfied (24%), dissatisfied (31%)
United Kingdom	very dissatisfied (21.5%), dissatisfied (25%)	too high (11.5%), high (54%)	very dissatisfied (21.5%), dissatisfied (35.5%)

However, they also expressed their views on negative impressions of Polish health care. The most frequent opinions were: lack of good command of English among medical staff, long waiting time to make an appointment with a doctor, poor conditions of buildings and equipment; they mainly complained about public health care [13].

The main reasons for foreigners to use Polish health care services were as follows: high fever, pregnancy and delivery, accidents. Other reasons for visits were: stroke, surgery, dental problems *etc.* Some of the foreigners indicated many reasons because they had had to use health services many times [13].

## DISCUSSION

Following a detailed analysis of respondents' answers (representing several foreign countries with different cultural backgrounds), one can notice a slightly negative or mostly neutral overall opinion of Polish health care, which was not generally recommended by foreigners. They mainly focused on the lack of command of foreign languages (mainly English) by health care workers, shortage of equipment and poor infrastructure of Polish health institutions. Is it really that bad? In our opinion, it is not. Why? First of all, Poles themselves complain about their health care system. As the CBOS poll shows, in 2015 as many as 74% of Poles complained about the Polish health care system, which was a higher proportion than that of the foreigners taking part in the survey [14]. Besides, not only Poles complain about their own health care system. Citizens of Eastern and Central Europe tend to complain much more about their health care system than those of Western countries [15]. Satisfaction with health care can be achieved as well in different countries outside Europe; for example, according to surveys made in Nigeria and Singapore [16, 17]. Secondly, the opinion that Poles do not know foreign languages, and English in particular, does not seem to be true. The number of Poles who speak English is constantly increasing; now at least every third Pole can speak that language. There are also quite many people who know German and Russian (although here the number of Poles who can communicate in the latter language has dropped recently). In comparison with some of the European countries, Poles have a good command of English [18, 19]. However, there are also countries in Europe, especially Scandinavian ones, where the knowledge of English is far better than in Poland [20]. Thirdly, it must be acknowledged that many hospitals require renovation and greater financial help [21]. Also, a relatively small number of foreigners in Poland can cause difficulties in under-

standing and misunderstanding of their cultures, languages and habits. But there are changes as well, thanks to training sessions for health professionals covering transcultural issues in medicine [22, 23].

## CONCLUSIONS

1. Foreigners from many different countries use the Polish health care system and their opinions may vary due to their countries of origin.

2. Private health care in Poland was usually evaluated well by the foreigners and the public one received worse opinions.
3. The poor command of English among medical staff was highlighted, although there are studies that deny the existence of such a phenomenon on a large scale in Poland.
4. A number of measures are required to improve the quality of Polish health care so that more foreigners will evaluate that in a positive way.

*Source of funding:* This work was funded by the author's resources.

*Conflict of interest:* The author declares no conflict of interests.

## REFERENCES

1. Ponad 234 tys. cudzoziemców z prawem pobytu w Polsce. Dostępny na URL: <https://udsc.gov.pl/ponad-234-tys-cudzoziemcow-z-prawem-pobytu-w-polsce/> [cyt. 07.09.2017].
2. Liczba studentów zagranicznych w Polsce nadal rośnie. Dostępny na URL: <https://emn.gov.pl/esm/aktualnosci/14038,Liczba-studentow-zagranicznych-w-polsce-nadal-rośnie.html> [cyt. 07.09.2017].
3. Ministerstwo Sportu i Turystyki. Charakterystyka przyjazdów do Polski w I półroczu 2016. Dostępny na URL: <http://www.msport.gov.pl/statystyka-turystyka/charakterystyka-przyjazdow-do-polski-w-i-polroczu-2016-roku> [cyt. 07.09.2017].
4. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Artykuł 68. Dostępna na URL: [www.sejm.gov.pl](http://www.sejm.gov.pl).
5. Regulation (EC) No. 883/2004 of the European Parliament and of the Council of 29 April 2004 on the coordination of social security systems (OJ L 166, 30.04.2004, p. 1).
6. Regulation (EC) No. 987/2009 of the European Parliament and of the Council of 16 September 2009 on the implementation of Regulation (EC) No. 883/2004 (OJ L 284, 30.10.2009, p. 1).
7. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 nr 210, poz. 2135).
8. Ustawa z dnia 8 września 2006 o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 2006 nr 191, poz. 1410).
9. Gmaj K. *Imigranci na polskim rynku pracy w świetle opinii pracodawców*. Raporty i analizy 3/05. Warszawa: Centrum Stosunków Międzynarodowych; 2005: 1–34.
10. Golinowska S, red. *Popyt na pracę cudzoziemców. Polska i sąsiedzi*. Warszawa: IPISS; 2004.
11. Andrejuc K. Znaczenie polskiej strefy welfare dla imigrantów. Opinie i praktyki ludności napływowej z wybranych krajów europejskich. *Studia BAS* 2017; 2(50): 107–128.
12. Cianciara D. Hospitalization of injured immigrants in Poland – demographic profile and diagnosis. *Ann Agric Environ Med* 2016; 23(3): 468–471.
13. Ankieta. <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdr-uz0Ze-0zl559hRiRAC0RmgDFNGRpOaTcXyEKkEpaZJncyQ/closedform> [cyt. 11.08.2017].
14. Opinie o funkcjonowaniu opieki zdrowotnej. Komunikat z badań CBOS nr 113/2016, Warszawa, sierpień 2016. Dostępny na URL: [https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2016/K\\_113\\_16.PDF](https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2016/K_113_16.PDF) [cyt. 07.08.2017].
15. How Does Satisfaction with the Health-Care System Relate to Patient Experience? *Bull World Health Organ* 2009; 87(4): 271–278.
16. Adekanye AO, Adefemi SA, Okuku AG, et al. Patients' Satisfaction with the Healthcare Services at a North Central Nigerian Tertiary Hospital. *Niger J Med* 2013; 22(3): 218–224.
17. Ministry of Health Singapore. 2015 Survey of Patient Satisfaction with Public Healthcare Institutions. Available form URL: [https://www.moh.gov.sg/content/moh\\_web/home/pressRoom/pressRoomItemRelease/2016/2015-survey-of-patient-satisfaction-with-public-healthcare-insti.html](https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/pressRoom/pressRoomItemRelease/2016/2015-survey-of-patient-satisfaction-with-public-healthcare-insti.html) [cited 19.08.2017].
18. Znajomość języków obcych. Badanie TNS, czerwiec 2015, K. 041/15. Dostępny na URL: [http://www.tnsglobal.pl/wp-content/blogs.dir/9/files/2015/06/K.041\\_Znajomosc\\_jezykow\\_obcych\\_005a-15.pdf](http://www.tnsglobal.pl/wp-content/blogs.dir/9/files/2015/06/K.041_Znajomosc_jezykow_obcych_005a-15.pdf) [cyt. 07.04.2017].
19. Wysmułek I, Oleksiyenko O. *Strukturalne zróżnicowanie znajomości języków obcych*. Warszawa: Zespół Porównawczych Analiz Nierówności Społecznych, Instytut Filozofii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk; 2015.
20. *Europeans and their languages. Report*. Special Eurobarometer 386. Brussels: European Comissions; 2012.
21. Markowska K. *Efektywność usługowa Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej*. Rozprawa doktorska. Wrocław: Uniwersytet Ekonomiczny; 2012.
22. *Realizacja zadań na rzecz pacjentów. Podsumowanie działań i wyzwania na przyszłość*. Warszawa: NFZ; 2015.
23. Wdowiak L. Ethnonursing and transcultural nursing – 'putting the cart before the horse' based on personal experience. *MONZ* 2012; 18(3): 193–199.

## Address for correspondence:

Maciej Pawłowski, MD  
 Oddział Kliniczny Interny Dziecięcej i Alergologii  
 Ośrodek Pediatryczny im. dr. J. Korczaka  
 Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii  
 im. M. Kopernika  
 al. Piłsudskiego 71  
 90-329 Łódź  
 Tel.: +48 607 300 239  
 E-mail: macpaw3@wp.pl

Received: 07.06.2018

Revised: 25.06.2018

Accepted: 15.07.2018

# PFAPA SYNDROME IN CHILDREN

## Zespół PFAPA u dzieci

Anna Rozensztrauch<sup>1</sup>, Paulina Tylak<sup>2</sup>, Maja Żurek<sup>2</sup>, Kinga Tomaszewska<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Department of Paediatric, Division of Neonatology, Faculty of Health Science, Wrocław Medical University, Poland

<sup>2</sup> Paediatric Nursing Student Association, Faculty of Health Science, Wrocław Medical University, Poland

adres do korespondencji: anna.rozensztrauch@umed.wroc.pl

### SUMMARY

PFAPA is a rarely described, autoinflammatory disease whose symptoms include periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis and cervical adenitis in young children. The disease usually has a benign and self-limiting course. The pathogenesis of this disease has not been recognized yet. The disease more frequently concerns boys at the age from 2 to 5. Patients are asymptomatic between episodes and present normal growth. The aim of the following paper is to present the major issues concerning PFAPA syndrome.

**Key words:** PFAPA, nursing care, child.

### STRESZCZENIE

Zespół PFAPA jest rzadkim, autozapalnym zespołem charakteryzującym się występowaniem epizodów gorączkowych, z towarzyszącym aftowym zapaleniem jamy ustnej, zapaleniem gardła i powiększeniem węzłów chłonnych szyjnych. Zespół zwykle ma łagodny i samoograniczający przebieg. Patogeneza zespołu pozostaje nieznana. Choroba dotyczy najczęściej chłopców w wieku od 2. do 5. roku życia. Rozwój dzieci z PFAPA pozostaje prawidłowy, pomiędzy epizodami gorączki pacjenci pozostają bezobjawowi. Celem pracy jest zaprezentowanie głównych zagadnień dotyczących zespołu PFAPA.

**Słowa kluczowe:** PFAPA, opieka pielęgniarska, dziecko.

### BACKGROUND

Fever occurring in children has always been a source of anxiety of parents and the most frequent reason of the pediatric appointments. PFAPA syndrome, which stands for periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis, cervical adenitis, was first described by Marshall in 1987 [1]. It may be indicated by periodic fevers occurring in children under 5 years of age and generally resolves by adolescence. The fevers, usually no lower than 39°C, occur approximately every 14–50 days, associated with at least one of three symptoms: pharyngitis, aphthous stomatitis and cervical adenitis [2–4]. Additional symptoms include: chills, stomach-aches, headaches, enlarged spleen and liver, weakness, joint pains, nausea, vomiting and diarrhoea [3, 4]. Other alarming symptoms are not diagnosed between the recurring fevers, children feel well and they develop properly. The illness is typical to stay for a couple of years and it wears off over time [3]. Belongs to the group of recurring febrile diseases which also include Familial Mediterranean fever, HIES (Hyperimmunoglobulinemia E syndrome), tumor necrosis factor receptor-associated periodic syndrome and the cyclic neutropenia.

The pathogenesis of this disease has not been fully recognized. No genetic relationship has been documented although the family history may indicate the occurrence of the disease [5, 6]. The presence of variants in inflammasome related genes, in *NLRP3* and *MEFV*, may suggest a potential role of these genes in PFAPA pathogenesis [7]. PFAPA is currently assigned to the group of autoinflammatory diseases [4].

No significant examination or diagnostic tests to identify PFAPA are currently available. The diagnosis bases mainly on the profound observation of a clinical picture, the fulfillment of the recognition criteria (Table 1) and the elimination of occurring other conditions with periodic fever [4].

**Table 1.** PFAPA – diagnostic criteria [1, 3]

1. Regular recurring fevers beginning at the age lower than 5 years old.
2. At least one of the following symptoms:
  - aphthous stomatitis,
  - pharyngitis,
  - adenopathy syndrome.
3. Eliminating the cyclical neutropenia.
4. Asymptomatic interval between episodes.
5. Normal growth and development.

Acute-phase reactants (C-reactive protein, ESR) are elevated during a febrile episode. Blood culture as well as oropharyngeal and tracheal are negative [2, 3, 8]. The following symptoms have to appear to diagnose the syndrome: at least 3 fever episodes lasting for 2 up to 7 days and recurring regularly every 14–50 days, aphthous stomatitis, pharyngitis and adenitis accompanied by a proper child development and remission periods of the symptoms between the disease episodes [4].

Children diagnosed with PFAPA show significantly lower concentration of procalcitonin than children suffering from bacterial infections. In contrast, the CRP strongly increases in children suffering from PFAPA compared to the patients with the viral infections [9].

Non-steroidal anti-inflammatory agents and anti-pyretics have shown poor results in resolving symptoms of PFAPA syndrome. According to many authors, corticosteroids, seem to be most effective in controlling the fever episodes. They might not, however, prevent the disease recurrences, but only target the episode's symptoms [2, 3, 8]. Data from Goldsmith [8] confirm the effectiveness of 20–40 mg/kg daily, orally dose of cimetidine, which helps to eliminate the symptoms in 30–40% of patients. The positive effects of using the 6-month-long cimetidine treatment along with its immunomodulatory influence has also been discussed by Krzywicka et al. [2]. A 150 mg per day dose significantly reduces the frequency of fever and the coexisting symptoms; moreover, it can even result in the fully successful treatment [2]. In case of the fever recurrences, Wolska-Kuśnierz et al., find it necessary to apply a 1 mg/kg dose of prednisone [4]. The last method that is recommended by many authors is operation [10, 11]. When other treatment methods have already been used with no effective results, tonsillectomy and adenoidectomy should be performed. The surgery can be performed after individual examination of a particular case. Tonsillectomy in PFAPA syndrome remains controversial.

PFAPA syndrome is distinguished from the cyclical neutropenia, JIA (juvenile idiopathic arthritis), HIDS (hyperimmunoglobulinemia D with recurrent fever), TRAPS (Twin reversed arterial perfusion sequence – also called TRAP), MWS (Muckle-Wells syndrome), and FMF (Familial Mediterranean fever) [2, 3, 8]. It is also necessary to eliminate urinary tract infections and all the congenital defects which lead to infective endocarditis as well as to perform the dental examination including the possible cavity treatment [4].

## NURSING CARE

It is an essential part of nursing care to understand the process of temperature control and take appropriate steps to identify if a child's fever is a sign of severe illness. Caring for the child with PFAPA syndrome a nurse must be guided by scientific knowledge about the concept of fever, thermoregulation and methods of measuring body temperature, combined with assessment of the individual patient. Considering the fact that a patient is a child, parents should be treated with care as well. Anger or anxiety might negatively influence the wellbeing of the child.

Due to the fact that a nurse is responsible for taking test materials, it is essential to keep a good relation between her and the child's parents. It is obligatory to explain the aim of the performed activities to the parents and to a child as well. EMLA patches, may be used to mitigate the fear and the pain during the blood collection [12, 13].

During hospitalization, the nurse should observe a child and notice any occurring symptoms. The primary purpose for intervening when a child has a fever is to increase the child's comfort. The nurse measures temperature and notes the result on the medical records. In case of convulsions, arrhythmia or breath condition, the nurse should make a proper note and inform a doctor immediately. To lower the temperature, cold compresses should be put on a head and the patient needs to be watered properly to avoid dehydration resulting from fever. Tepid sponging to reduce symptoms of fever have been questioned, suggests that sponging may cause discomfort as the body will attempt

to compensate by shivering. Changing the bedding by excessive sweating increases the child's comfort. Removal of clothing can help in reducing body temperature. The child should be encouraged to drink fluids to replace those lost through sweating. Maintaining the proper humidity in the room and lips moisturizing are also of high importance [14]. A nurse should constantly observe the patient's mouth for potential aphthae. In case of noticing any lesions in the mouth, the doctor should be informed and symptomatic treatment plan needs to be set. In a child suffering from aphthae's pain, the ailments can be healed with dental floss, gels or sprays. The nurse should also educate the patients about the diet, which is recommended to be light, mild and non-acid. The products should be served fragmented or semi-fluid and tepid. The tooth paste should not contain either SLS or SDS. Such a diet is also recommended in case of pharyngitis because it is not supposed to irritate mucous tissue in the mouth [14]. Additionally a nurse should measure and record heart rate, respiratory rate and capillary refill time (CRT) as part of the routine assessment of a child with a fever. If the child shows signs of circulatory problems such as an abnormal heart rate or a prolonged capillary refill time, a nurse should measure child's blood pressure. All the above mentioned symptoms and other individual ones significantly and negatively influence the child's life quality; therefore, they should be cured in the possibly most efficient way. Where possible, parents or carers of child in hospital should assist with nursing care.

*Source of funding:* This work was funded by the author's resources.

*Conflict of interest:* Author's declares no conflict of interests.

## REFERENCES

1. Marshall GS, Edwards KM, Butler J, et al. Syndrome of periodic fever, pharyngitis, and aphthous stomatitis. *J Pediatr* 1987; 110(1): 43–46.
2. Krzywicka A, Rusek-Zychma M, Barć-Czarnecka M, i wsp. Zespół okresowej gorączki, aftowego zapalenia jamy ustnej, zapalenia gardła oraz limfadenopatii szyjnej (PFAPA) u 4-letniej dziewczynki – opis przypadku. *Prz Lek* 2007; 64(Supl. 3): 16–17.
3. Mrówka-Kata K, Kata D, Miśkiewicz-Orczyk K, et al. Zespół PFAPA – periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis and cervical adenitis (okresowa gorączka, aftowe zapalenie jamy ustnej, zapalenie gardła, zapalenie węzłów chłonnych szyi). *Ann Acad Med Siles* 2012; 66(1): 57–59.
4. Wolska-Kuśnierz B, Mikołuc B, Motkowski R, i wsp. Zespół PFAPA – wspólne wyzwanie dla pediatrii, immunologia i laryngologa. *Stand Med Pediatr* 2013; 10: 794–800.
5. Cochard M, Clet J, Le L, et al. PFAPA syndrome is not a sporadic disease. *Rheumatology (Oxford)* 2010; 49(10): 1984–1987.
6. Dagan E, Gershoni-Baruch R, Khatib I, et al. MEFV, TNF1 $\alpha$ , CARD15 and NLRP3 mutation analysis in PFAPA. *Rheumatol Int* 2010; 30(5): 633–636.
7. Perko D, Debeljak M, Toplak N, et al. Clinical features and genetic background of the periodic Fever syndrome with aphthous stomatitis, pharyngitis, and adenitis: a single center longitudinal study of 81 patients. *Mediators Inflamm* 2015; 2015: 293417.
8. Goldsmith D.P. Periodic Fever Syndromes. *Pediatr Rev* 2009; 30(5): 34–41.
9. Kraszewska-Głomba B, Szymańska-Toczek Z, Szenborn L. Procalcitonin and C-reactive protein-based decision tree model for distinguishing PFAPA flares from acute infections. *Bosn J Basic Med Sci* 2016; 16(2): 157–161.
10. Garavello W, Romagnoli M, Gaini RM. Effectiveness of adenotonsillectomy in PFAPA syndrome: a randomized study. *J Pediatr* 2009; 155(2): 250–253.
11. Licameli G, Lawton M, Kenna M, et al. Long-term surgical outcomes of adenotonsillectomy for PFAPA syndrome. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2012; 138(10): 902–906.
12. Jak zmniejszyć ból związany ze szczepieniem? Dostępny na URL: <https://pediatria.mp.pl/szczepieniaochronne/59276,jak-zmniejszyc-bol-zwiazany-ze-szczepieniem> [cyt. 9.07.2018].
13. Szalast A, Dudzic P. Pielęgnacja dziecka z zakażeniem układu moczowego. *Nowa Pediatr* 2012; 1: 12–20.
14. Szląg N. Afty – występowanie i leczenie. *Asysta Dent* 2017; 1: 31–33.

### Address for correspondence:

Dr n. med. Anna Rozensztrauch  
Zakład Neonatologii  
Katedra Pediatrii  
Wydział Nauk o Zdrowiu  
Uniwersytet Medyczny  
ul. Bartla 5  
51-618 Wrocław  
Tel.: 503 585-939  
E-mail: anna.rozensztrauch@umed.wroc.pl

Received: 24.07.2018

Revised: 12.08.2018

Accepted: 13.08.2018

# ERGONOMIA W PRACY PIELEŃNIAREK JAKO NAJWYŻSZA FORMA MINIMALIZOWANIA RYZYKA WYSTĘPOWANIA ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH W SZPITALU

*Ergonomics in the work of nurses as the highest form of minimizing the risk of adverse events in the hospital*

Łukasz Rypicz<sup>1</sup>, Joanna Rosińczuk<sup>2</sup>, Izabela Witczak<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Zakład Ekonomiki i Jakości w Ochronie Zdrowia, Katedra Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

<sup>2</sup> Zakład Chorób Układu Nerwowego, Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: lukasz.rypicz@umed.wroc.pl

## STRESZCZENIE

W podmiotach leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w trybie stacjonarnym zamkniętym realizowanych jest wiele procesów diagnostyczno-terapeutycznych o bardzo złożonej specyfice. Personel pielęgniarski odgrywa znaczącą rolę w poszczególnych procesach, które powinny być realizowane z zachowaniem bezpieczeństwa pacjentów, ale również personelu świadczącego te usługi. Ergonomię w pracy pielęgniarek należy postrzegać jako optymalne źródło minimalizowania źródeł występowania zdarzeń niepożądanych. Należy jednak wziąć pod uwagę fakt, że ergonomia wymaga nie tylko podejścia systemowego, ale również interdyscyplinarnego i wieloaspektowego.

Badania naukowe wskazują na niską podaż kadr pielęgniarskich związanych m.in. z tendencją ograniczania kosztów funkcjonowania podmiotów leczniczych [1]. Dotyczy to nie tylko niskich wynagrodzeń, ale także nowych zasad organizacji pracy ukierunkowanych na wystandaryzowane postępowanie. Dotyczy ono przede wszystkim obciążenia licznymi zadaniami techniczno-administracyjnymi, kosztem sprawowania indywidualnej opieki nad pacjentem. Taka sytuacja może wpływać na wzrost występowania zdarzeń niepożądanych, które narażają personel pielęgniarski na odpowiedzialność prawną (zawodową, cywilną, karną).

Należy również zwrócić uwagę na dane demograficzne, które wskazują, że w Polsce zwiększa się odsetek osób starszych, co sprawia, że będzie wzrastać zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską. Tymczasem wskaźnik zatrudnienia pielęgniarek w bezpośredniej opiece nad pacjentem w Polsce należy do najniższych w Europie. Niedobór kadr wymusza na pracujących wykonywanie większej liczby zadań w tym samym czasie, obciążając organizm zarówno w wymiarze psychologicznym, jak i fizycznym [2].

**Słowa kluczowe:** ergonomia, ryzyko, pielęgniarki, procesy, zdarzenia niepożądane.

## SUMMARY

In hospital care there are many diagnostic and therapeutic processes with a very complex specificity. The nursing staff plays a significant role in individual processes, which should be carried out with the safety of patients as well as for the personnel providing these services. Ergonomics in the work of nurses should be perceived as the optimal source of minimizing the sources of adverse events. However, it should be taken into account that ergonomics requires not only a systemic approach, but also an interdisciplinary and multifaceted approach. Scientific research indicates a low supply of nursing staff related, among others with a tendency to reduce the costs of functioning of health care units [1]. This applies not only to low wages, but also to new work organization rules aimed at standardized conduct. It mainly concerns the burden of numerous technical and administrative tasks, at the expense of individual care for the patient. This situation may affect the increase in the occurrence of adverse events that expose nursing staff to legal (professional, civil and criminal) liability. Demographic data indicate that in Poland the percentage of older people is increasing, which will increase the need for nursing care. Meanwhile, the employment rate of nurses in direct patient care in Poland is one of the lowest in Europe. The staff deficit forces the employees to perform more tasks at the same time, which places the body in both the psychological and physical dimensions [2].

**Key words:** ergonomics, risk, nurses, processes, adverse events.

## WSTĘP

Jednym z głównych założeń ergonomii jest stwarzanie najkorzystniejszych i najdogodniejszych dla człowieka warunków codziennego życia, pracy i rekreacji. Biorąc pod uwagę charakter pracy pielęgniarek, podstawowe subdyscypliny współtworzące ergonomię, takie jak: fizjologia pracy, psychologia ergonomiczna, antropologia czy higiena pracy, doskonale wpisują się swoimi zakresami działalności [3].

Specyfika pracy pielęgniarek, tj. zmianowy czas pracy, częste nadgodziny, zmiany dłuższe niż 8 godzin, praca w wymiarze przekraczającym 40 godzin tygodniowo, a także praca na wzwanie, skutkują dużymi obciążeniami psychofizycznymi dla organizmu, w tym przede wszystkim obciążeniami dla układu mięśniowo-szkieletowego [4]. Praca nocna przez odwrócenie rytmu pracy i wypoczynku – praca w nocy, sen w dzień – po-

woduje wewnętrzną desynchronizację rytmów. Nie można odwrócić rytmiki biologicznej bez uszczerbku dla organizmu. U pracujących nocą występuje podwójny stres: obciążenia z fizjologicznymi i psychicznymi zmianami zwykłymi dla wykonywanych czynności zawodowych i dodatkowego obciążenia wykonywaniem tej pracy w niefizjologicznej porze nocnej. Objawiać się to może spadkiem wydolności, pogorszeniem samopoczucia, a także zaburzeniem zdrowia lub zagrożeniem wypadkiem [3].

Obciążenia psychiczne wśród personelu pielęgniarskiego to kolejny czynnik wpływający na prawidłową higienę pracy. Należy podkreślić, że wzrasta ryzyko doświadczania przemocy – głównie słownej, ale także i fizycznej – ze strony pacjentów. Okazuje się, że ryzyko doświadczania przemocy w sektorze opieki zdrowotnej przez personel medyczny jest 16-krotnie wyższe

niż pośród personelu innych gałęzi usługowych [5]. Literatura przedmiotu wykazuje, że najczęstsze doświadczanie przemocy przez personel pielęgniarski ze strony pacjentów ma miejsce na oddziałach geriatrycznych, psychiatrycznych oraz na oddziałach ratunkowych. Badania wykazują, że doświadczanie przemocy przez pielęgniarki jest jednym z powodów odejścia z zawodu [6].

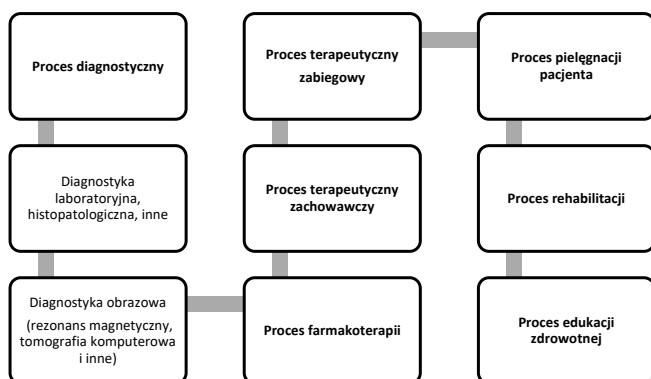
Kolejny istotny aspekt związany z zasadami ergonomii w pracy pielęgniarek, ale również w całym systemie ochrony zdrowia, to projektowanie maszyn i interfejsów. Amerykańskie badania pokazują, że urządzenia medyczne powodują w USA 100 000 zgonów albo groźnych dla pacjenta wypadków. Okazuje się, że złe zaprojektowanie maszyn i interfejsów może być uznawane za jedną z największych przyczyn błędu ludzkiego [7]. Wprowadzanie do użytku nowych technologii powinno odbywać się w sposób procesowy, rozłożony w czasie, aby każdy z użytkowników mógł się nauczyć obsługi. Urządzenia powinny być intuicyjne i łatwe w obsłudze.

### ROLA PIELEŃNIAREK W PROCESACH DIAGNOSTYCZNO-TERAPEUTYCZNYCH REALIZOWANYCH W SZPITALU

Ustawa o działalności leczniczej z 2011 roku definiuje świadczenia szpitalne jako wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych [8].

Rozszerzając powyższą definicję, należy stwierdzić, że świadczenia szpitalne są pewnym ciągiem procesów, a w każdym z nich znaczącą rolę odgrywa personel pielęgniarski.

Analizując procesy realizowane w podmiotach leczniczych typu szpital należy stwierdzić, że pielęgniarki z racji swojej zawodowej interdyscyplinarności w poszczególnych procesach odgrywają różną rolę tj. *dominującą*, np. w procesie pielęgnacji pacjenta, i *współuczestniczącą*, np. w procesie diagnostyki czy w procesie farmakoterapii. Niemniej jednak wyszczególnione na rycinie 1 procesy nie mogą się odbywać w warunkach ustawodawstwa polskiego bez czynnego, profesjonalnego uczestnictwa pielęgniarek.



**Rycina 1.** Procesy realizowane w podmiotach leczniczych typu szpital  
Źródło: opracowanie własne.

W organizacji zarządzanej procesowo pracownicy są nastawieni na osiągnięcie wyników końcowych zgodnie z wymaganiami klientów. Znają procesy, w których uczestniczą, oraz ich wpływ na inne procesy organizacji, a także na klienta (pacjenta) finalnego. Standardem ich pracy jest wykonanie działań bezbłędnie. Potrafią współpracować, aby uzyskiwać pożądane wyniki. Nastawieni są bardziej na zapobieganie błędom niż na działania korygujące i naprawcze [9].

Standardy, procedury medyczne są zwykle formułowane jako wytyczne lub ścieżki postępowania i mogą stanowić bardzo przydatny instrument racjonalizacji procesów diagnostyczno-terapeutycznych. Jednak niewłaściwa ich interpretacja może prowadzić do negatywnych konsekwencji w postaci np. wystąpienia zdarzeń niepożądanych czy błędów medycznych.

Personel pielęgniarski, przez udział w licznych procesach realizowanych w podmiocie leczniczym, odgrywa istotną rolę w zapewnieniu bezpieczeństwa pacjenta. Problem bezpieczeństwa pacjenta został po raz pierwszy poruszony w 1999 r. w raporcie „Błądzenie jest rzeczą ludzką” (ang. *To err is human*). Raport ten był na swój sposób przełomowy, ponieważ zmierzył się z dwoma najważniejszymi mitami, a właściwie je obalił. Pierwszy mit – perfekcji, że błąd nie może się zdarzyć, drugi mit – kary, że karanie winnych spowoduje zmniejszenie ryzyka popełnienia błędów [10]. Tak naprawdę najważniejszy jest czas reakcji – umiejętność włączania działań naprawczych w realizowanych procesach w opiece zdrowotnej, zarówno przez personel pielęgniarski, jak i lekarski.

W Polsce nie wykształciła się jeszcze kultura pracy zmierzająca do wykorzystywania wiedzy i doświadczenia powstałych w przypadku wystąpienia zdarzenia niepożądanego. Obawa przed ostracyzmem i represjami wydają się być silniejsze od chęci rozmawiania o przyczynach i zapobieganiu zdarzeniom niepożądanym.

### CZYNNIKI ERGONOMICZNE WARUNKUJĄCE BEZPIECZEŃSTWO PIELEŃNIAREK I PACJENTÓW W LECZNICTWIE STACJONARNYM

Przedmiotem zainteresowań współczesnej ergonomii są wszelkie przejawy działalności ludzkiej, tzw. czynniki ludzkie (ang. *human factors*), wspomaganie środkami technicznymi w celu maksymalizacji sprawności i efektywności działań [11]. Do zadań ergonomii pracy należy badanie wpływu warunków pracy na człowieka oraz ich optymalne dostosowywanie. Warunki pracy dzielą się na dwie grupy czynników:

- czynniki materialnego środowiska pracy, np. substancje agresywne, chorobotwórcze,
- czynniki techniczno-organizacyjne, np. metody pracy, pozycja ciała przy pracy i inne [12].

W pracy pielęgniarek można wymienić wiele problemów natury ergonomicznej, które mogą mieć potencjalny wpływ na występowanie błędów medycznych/zdarzeń niepożądanych np.:

- praca zmianowa, nocna, w nadgodzinach,
- znaczne narażenie na czynniki biologiczne, chemiczne, fizyczne,
- presja czasu, stres, konflikty interpersonalne,
- ręczne, nieczytelne wypisywanie zleceń lekarskich,
- niedostosowanie obsady lekarsko-pielęgniarskiej do liczby pacjentów oraz ciężkości ich stanu,
- zbyt podobnie wyglądające lub podobnie brzmiące nazwy leków (ang. *look-alike, sound-alike*),
- awaryjność sprzętu i aparatury medycznej,
- inne.

W polskim systemie opieki zdrowotnej pielęgniarki często wykazują się nieergonomicznymi zachowaniami, co wynika m.in. z braku świadomości czy też pośpiechu. Podkreślić należy, że chociaż w Polsce obowiązuje nowoczesny model pielęgnowania, to jednak podnoszenie, przenoszenie i przemieszczenie pacjentów pozbawione jest ułatwień technicznych chroniących zdrowie zarówno pielęgniarki, jak i pacjenta [13]. W literaturze przedmiotu podkreśla się znaczenie obciążenia pracą pielęgniarek, które definiowane jest jako stopień, zaangażowanie człowieka w wykonywanie jednego lub większej liczby zadań albo skutki tego zaangażowania dla jego organizmu. Skutki przeciążenia pracą mogą być zróżnicowane, począwszy od przeciążenia narządu ruchu, absencji chorobową, aż po błędy w działaniu będące zagrożeniem zarówno dla pielęgniarki, jak pacjentów, nad którymi sprawuje opiekę [14].

Świątkowska podkreśla, że charakterystyczna w zawodach medycznych ciągła odpowiedzialność za zdrowie i życie pacjenta oraz osobiste emocjonalne zaangażowanie powoduje bagatelizowanie swoich dolegliwości i zapominanie o własnym zdrowiu (w tym związanym z wykonywaniem pracy zawodowej) [15].

Głównym celem projektowania systemu opieki zdrowotnej opartego na ergonomii jest poprawa samopoczucia personelu i zadowolenia pacjentów oraz ogólna wydajność systemu, w tym bezpieczeństwo pacjentów. Dlatego działania w zakresie opieki nad pacjentem powinny nie tylko ograniczać i łagodzić błędy medyczne oraz poprawiać bezpieczeństwo pacjentów, ale także poprawiać samopoczucie ludzi, takie jak zadowolenie z pracy, motywacja i akceptacja nowoczesnych technologii, z którymi pracują na co dzień. W tym kontekście badania oparte na ergonomii dotyczące bezpieczeństwa pacjentów to nie tylko ciągle poszerzanie wiedzy, ale również przełożenie wiedzy na praktykę. Zrozumienie, dlaczego popełniane są błędy i rozwiązywanie problemów związanych ze złymi projektami i procedurami, jest kluczem do poprawy bezpieczeństwa pacjentów i profilaktyki urazów zdrowotnych [16].

### RYZYKA ZAWODOWE ORAZ ZAGROŻENIA W ZAKRESIE BEZPIECZEŃSTWA I HIGIENY PRACY W SEKTORZE OPIEKI ZDROWOTNEJ – WYTYCZNE KOMISJI EUROPEJSKIEJ

Komisja Europejska podkreśla, że aby zapewnić dobrą jakość opieki pracownikom sektora ochrony zdrowia, należy zagwarantować możliwość pracy w bezpiecznym i przyjaznym dla zdrowia środowisku, które zapewnia wysoki poziom motywacji do właściwej pracy [17]. Ponadto zgodnie z definicją zdrowia podawaną przez Światową Organizację Zdrowia (*World Health Organization* – WHO), pracownicy ci powinni znajdować się w stanie pełnego dobrostanu fizycznego, umysłowego i społecznego oraz mieć poczucie zdolności korzystania ze swoich możliwości zdrowotnych, aby móc sprostać (wysokim) wymaganiom swojej pracy.

Narażenie pielęgniarek na zagrożenia przedstawione w tabeli 1, związane z ryzykami wynikającymi z charakteru ich pracy, mogą mieć realny wpływ na występowanie zdarzeń niepożądanych. Związane jest to m.in. z utrzymującym się stresem, który bezpośrednio wpływa na zdolność do pracy. Duże obciążenia fizyczne, związane np. z koniecznością wielokrotnego podnoszenia i przenoszenia pacjentów, wpływają na zwiększenie stresu i zmęczenia psychicznego, co w perspektywie długoterminowej może doprowadzić do rozwoju syndromu wypalenia zawodowego [2, 17].

**Tabela 1.** Zagrożenia dla zdrowia i bezpieczeństwa pielęgniarek podczas wykonywania obowiązków zawodowych

Rodzaj ryzyka zawodowego	Skutki dla zdrowia i bezpieczeństwa pielęgniarek
Biologiczne	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zakażenia:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• przenoszone przez krew,</li> <li>• przenoszone przez kontakt bezpośredni lub pośredni,</li> <li>• przenoszone drogą powietrzną.</li> </ul> </li> </ul>
Fizyczne	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Urazy mięśni, ścięgien, więzadeł i kości. Urazy mogą mieć charakter ostry lub przewlekły.</li> <li>- Długotrwała pozycja stojąca skutkuje zaburzeniami krążenia, rozszerzeniem żył i żyłkowatością. Znacznie zwiększa się ryzyko zakrzepicy.</li> </ul>
Psychospołeczne	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Praca w systemie zmianowym oraz długotrwałe wykonywanie pracy w „niestandardowych” porach doby wiąże się z większym ryzykiem wystąpienia problemów zdrowotnych i społecznych. Najważniejsze skutki pracy w nocy oraz pracy zmianowej to m.in.: chroniczne zmęczenie, niezdolność do wykonywania pracy w precyzyjny lub zgodny z przyjętymi standardami sposób.</li> <li>- Stres i jego skutki obejmują pogorszenie stanu zdrowia oraz zmniejszenie wydajności w pracy, a także zaburzenia zachowań społecznych i rozwoju osobistego.</li> <li>- Mobbing wynikający m.in. z niesprawnej struktury zarządzania, rozproszenie odpowiedzialności może powodować depresję, stany lękowe, zaburzenia snu, tendencje samobójcze.</li> </ul>

Chemiczne	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ryzyko wdychania lotnych środków chemicznych, etanolu i związków propanolu. Środki dezynfekcyjne do czyszczenia powierzchni (koncentraty) mają często działanie żrące lub uczulające.</li> <li>- Reakcje alergiczne na różne środki do dezynfekcji rąk i skóry.</li> <li>- Miejscowe oddziaływanie leków cytostaticznych w postaci czynnej lub w postaci wysoce stężonych preparatów farmaceutycznych może doprowadzić do powstania różnego rodzaju reakcji miejscowych, takich jak uczulenie czy podrażnienie.</li> <li>- Oddziaływanie gazów anestetycznych powoduje narażenie pracowników na wahania nastroju i negatywne oddziaływanie na sprawność neuropsychologiczną.</li> </ul>
-----------	--

Źródło: <http://ec.europa.eu/progres>. Zagrożenia w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy w sektorze opieki zdrowotnej. Poradnik dotyczący zapobiegania i dobrej praktyk (data dostępu: 15.05.2018).

### ZDARZENIE NIEPOŻĄDANE A BŁĘDY MEDYCZNE

Nowe ustawodawstwo medyczne w Polsce zwiększyło znacznie ochronę praw pacjenta zgodnie z konwencjami międzynarodowymi oraz rekomendacjami Rady Europy i Parlamentu Europejskiego. Pacjent stał się podmiotem zabiegów medycznych, uzyskał prawo samodecydowania w sprawach własnego zdrowia i integralności jego osoby. Znaczące osiągnięcia ma także w tym przedmiocie judykatura, a w szczególności wyroki Sądu Najwyższego tworzące trwałą linię orzecznictwa w tym zakresie [18].

Błąd medyczny oznacza takie postępowanie osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego, które narusza wypracowane na gruncie nauki i praktyki medycznej, obowiązujące w konkretnym stanie faktycznym reguły postępowania zawodowego [19]. Jak wynika z polskiego ustawodawstwa, pielęgniarki posiadające prawo wykonywania zawodu są osobami udzielającymi świadczeń zdrowotnych, a więc mogą być uczestnikami błędów medycznych [20]. Dlatego swoje czynności zawodowe powinny wykonywać zgodnie z aktualnym stanem wiedzy oraz z zachowaniem zasad należytej staranności. Niezależnie od tego pielęgniarki nie powinny być zdane tylko na swoje kwalifikacje, wiedzę i umiejętności, gdyż również menadżerowie podmiotów leczniczych powinni mieć świadomość wpływu czynników ergonomicznych na występowanie błędów medycznych i uwzględniać te czynniki w organizacji pracy przy pacjentach.

Ekspertki w dziedzinie ergonomii podkreślają, że w obecnej dobie należy mówić o „dysocjacji błędu medycznego”, tj. wielości przyczyn (błędów ukrytych – ang. *latent errors*) prowadzących do wystąpienia zdarzenia niepożądanego, którego przyczyn nie potrafimy wyjaśnić lub do błędu dostrzegalnego (ang. *active error*), który zwykle jest przypisywany bezpośredniemu wykonawcy działań medycznych, tj. zwykle lekarzowi, pielęgniarsce [21].

Definicja zdarzeń niepożądanych została określona w standardach akredytacyjnych opracowanych przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia [22]: „Zdarzeniem niepożądanym jest szkoda wywołana w trakcie/w efekcie leczenia, nie związana z naturalnym przebiegiem choroby, stanem zdrowia pacjenta lub ryzyko jej wystąpienia”.

Ryzyko występowania zdarzeń niepożądanych jest wieloczynnikowe i zależy zarówno od istoty schorzenia pacjenta, jak i charakteru podejmowanych działań diagnostycznych, terapeutycznych, pielęgnacyjnych. Ryzyko wynika również z zawodności działania personelu medycznego (konflikty, wadliwa komunikacja interpersonalna), zawodności aparatury medycznej, błędów procedur, a także nieergonomicznych rozwiązań technicznych i organizacyjnych [23].

### WNIOSKI

Należy edukować kadre menedżerską oraz personel medyczny, w tym pielęgniarski, w zakresie wpływu ergonomii i czynników ludzkich na bezpieczeństwo pacjenta, jak i personelu świadczą-



cego usługi zdrowotne. Brak znajomości stosowania zasad ergonomii pracy może wpływać na zwiększenie występowania zdarzeń niepożądanych.

Należy podkreślić, że głównym źródłem błędu człowieka nie jest jego błędne zachowanie, ale czynniki organizacyjne, np. niewłaściwa komunikacja interpersonalna, niewłaściwe środowisko pracy. Brak zasad i kryteriów ergonomicznych dedykowanych

dla podmiotów leczniczych uniemożliwia ich egzekwowanie i kontrolowanie w codziennym funkcjonowaniu jednostek sektora ochrony zdrowia. Tym samym nie zauważa się korzyści ekonomicznych wynikających ze stosowania ergonomii i USD (ang. *User Centered Design*).

*Źródło finansowania:* Praca sfinansowana ze środków własnych autorów.  
*Konflikt interesów:* Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów.

## BIBLIOGRAFIA

- Golimowska S. *Od ekonomii do ekonomiki zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2015.
- Kulczycka K, Kowalczyk A. Ocena zdolności do pracy zawodowej pielęgniarek oraz analiza zagrożeń psychospołecznych występujących na ich stanowiskach pracy – badania pilotażowe. *Journal of Education, Health and Sport* 2016; 6(10): 402–414.
- Indulski JA, Buchan RM, Burton JD, i wsp. *Higiena pracy*. Tom I. Łódź: Oficyna Wydawnicza Instytutu Medycyny Pracy im. Jerzego Nofera; 1999.
- Goswami S, Haldar P, Sahu S. An ergonomic study of postural stress of nurses working in orthopedic wards. *IJOSH* 2013; 3(1): 26–31.
- Camerino D, Estry-Behar M, Conway PM, et al. Work-related factors and violence among nursing staff in the European NEXT study: a longitudinal cohort stud. *Int J Nurs Stud* 2008; 45: 35–50.
- Estry-Behar M, van der Heijden B, Camerino D, et al. Violence risks in nursing – results from the European ‘NEXT’ Study. *Occup Med* 2008; 58: 107–114.
- Ranzani F. *Ergonomia i projektowanie przyjazne dla użytkownika – nowe problemy z pogranicza zarządzania ryzykiem i bezpieczeństwem pacjenta*. W: Pokorski J, Pokorska J, Złowodzki M, red. *Błąd medyczny. Uwarunkowania ergonomiczne*. Kraków: Wydawnictwo Komitet Ergonomii przy PAN; 2010: 225–240.
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. nr. 112, poz. 654).
- Dobrowolska A. *Podejście procesowe w organizacjach zarządzanych przez jakość*. Warszawa: Wydawnictwo Poltext; 2017.
- Czarnecka J, Cieśla D, Sulewska M, i wsp. *Bezpieczeństwo pacjenta*. W: Kochman D, red. *Wyzwania dla praktyki pielęgniarstwa XXI wieku*. Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna we Włocławku; 2010: 309–319.
- Carayon P, Xie A, Kianfar S. Human factors and ergonomics as a patient safety practice. *BMJ Qual Saf* 2014; 23: 196–205.
- Tytyk E. *Projektowanie ergonomiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2001.
- Wyderka MI, Niedzielska T. Ergonomia w pracy pielęgniarek. *Pielę Pol* 2016; 2(60): 166–167.
- Kuriata E, Felińczak A, Grzebieluch J, i wsp. Czynniki szkodliwe oraz obciążenie pracą pielęgniarek zatrudnionych w szpitalu. *Piel Zdr Publ* 2011; 1(3): 269–273.
- Świątkowska B. Zagrożenia zawodowe pracowników opieki zdrowotnej: co wiemy i co możemy zrobić. *Probl Hig Epidemiol* 2010; 91(4): 522–529.
- Kim I-J. Ergonomics in healthcare and patient safety. *J Ergonomics* 2014; 4(3): 126, doi: 10.4172/2165-7556.1000e126.
- Zagrożenia w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy w sektorze opieki zdrowotnej. Poradnik dotyczący zapobiegania i dobrej praktyki. Dostępny na URL: <http://ec.europa.eu/progres> [cyt. 15.05.2018].
- Nesterowicz M. *Prawo medyczne – komentarze i głosy do orzeczeń sądowych*. Warszawa: Wolters Kluwer; 2017.
- Każmierski A, Pachciarz A, Liszewska A, i wsp. *Meritum Prawo medyczne*. Warszawa: Wolters Kluwer; 2016.
- Ustawa z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodzie pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2011 nr 174, poz. 1039).
- Pokorski J. *Ergonomiczne uwarunkowania błędów medycznych*. W: Pokorski J, Pokorska J, Złowodzki M, red. *Błąd medyczny. Uwarunkowania Ergonomiczne*. Kraków: Wydawnictwo Komitet Ergonomii przy PAN; 2010: 205–225.
- Dudzik-Urbaniak E, Kutaj-Wąsikowska H, Kutryba B, i wsp. *Program akredytacji – szpitale – zestaw standardów*. Kraków: Wydawnictwo CMJ; 2009.
- Jurek TM, Świątek B, Golema W. *Zdarzenia niepożądane a błąd medyczny*. W: Pokorski J, Pokorska J, Złowodzki M, red. *Błąd medyczny. Uwarunkowania Ergonomiczne*. Kraków: Wydawnictwo Komitet Ergonomii przy PAN; 2010: 142–147.

## Adres do korespondencji:

Mgr Łukasz Rypicz  
Zakład Ekonomiki i Jakości w Ochronie Zdrowia  
Katedra Zdrowia Publicznego  
Wydział Nauk o Zdrowiu  
Uniwersytet Medyczny  
ul. Bartla 5  
51-618 Wrocław  
Tel.: 693 251 213  
E-mail: lukasz.rypicz@umed.wroc.pl

Praca wpłynęła do redakcji: 12.08.2018 r.

Po recenzji: 23.08.2018 r.

Zaakceptowano do druku: 26.08.2018 r.

# PROBLEM JAKOŚCI ŻYCIA U PACJENTÓW Z ŁUSZCZYCĄ

*The problem of quality of life in patients with psoriasis*

**Patrycja Walniczek**

Niepubliczna Wyższa Szkoła Medyczna we Wrocławiu

adres do korespondencji: patrycja.walniczek@gmail.com

## STRESZCZENIE

Łuszczyca jest schorzeniem najczęściej uwarunkowanym genetycznie. Jest chorobą przewlekłą o podłożu wielowymiarowym. Cierpi na nią około 1–3% populacji. U ponad połowy pacjentów rozwijają się stany lękowe i depresyjne. Z powodu łuszczycy 1 na 20 chorych podejmuje próbę samobójczą. Nawrotowy charakter tej choroby jest mocno związany ze stresem psychicznym badanych. Łuszczyca wymaga od pacjentów ciągłego zmagania się z jej nawrotami. Choroba wpływa na poczucie własnej wartości i postrzegania własnego ciała. Chorzy bardzo często rezygnują z aktywności fizycznych (m.in. seksualnej), unikają kontaktów z ludźmi, jak również miejsc publicznych. Stres jest niewątpliwie czynnikiem wyzwalającym bądź nasilającym zmiany chorobowe. Narastające dermatozy w łuszczycy są przyczyną dużych lęków i obaw związanych ze zdrowiem. Bardzo wyraźne i negatywne emocje zostawiają mocny ślad w psychice, skutkuje to skrepowaniem dotyczącym cielesności, a co za tym idzie – obniżeniem samooceny. Zaznaczona jest wyraźnie silna i złożona zależność między stresem a łuszczycą. Choroba, która w widoczny, czasami drastyczny sposób zmienia wygląd skóry, wpływa na jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia. Schorzenie, które zmienia ciało człowieka w sposób zauważalny, wpływa na sposób kształtowania własnej wartości, samooceny, a tym samym przekłada się na jakość życia pacjenta.

**Słowa kluczowe:** jakość życia, łuszczyca, zaburzenia psychiczne.

## SUMMARY

Psoriasis is the most often genetically conditioned disease. It is a chronic disease with a multidimensional background. About 1–3% of the population suffers from it. Over half of patients develop anxiety and depression. Due to psoriasis, 1 in 20 patients make a suicide attempt. The recurrent character of this disease is strongly related to the mental stress of the subjects. Psoriasis requires patients to constantly struggle with its relapses. The disease affects self-esteem and the perception of your own body. Patients often give up physical activity (including sexual activity), avoid contact with people, as well as public places. Stress is undoubtedly a factor triggering or intensifying disease changes. Growing dermatoses in psoriasis are the cause of major fears and health concerns. Very clear and negative emotions leave a strong mark in the psyche, which results in embarrassment affecting corporality, and thus a reduction in self-esteem. A strong and complex relationship between stress and psoriasis is clearly marked. Disease, which in the visible sometimes drastic way changes the appearance of the skin affects the quality of life conditioned by the state of health. A condition that changes the human body in a noticeable way affects the way of shaping self-esteem, self-esteem, and thus translates into the quality of life of the patient.

**Key words:** quality of life, psoriasis, mental disorders.

## WPŁYW AKCEPTACJI CHOROBY NA JAKOŚĆ ŻYCIA

Łuszczyca jako choroba przewlekła niesie ze sobą problem natury psychologicznej. Niewątpliwie osoby chorujące na tę dermatozę mają problemy z akceptacją własnego ciała [1, 2]. Pacjenci z łuszczycą postrzegają wszystko przez pryzmat własnej choroby. Ostatnie lata badań pokazują jednoznacznie, że choroby przewlekłe, zwłaszcza łuszczyca, wpływają ujemnie na jakość życia chorego [3, 4]. Pacjentów z łuszczycą dużo częściej dotyka problem narastających negatywnych emocji jak: gniew, strach, lęk, poczucie winy, wstydu. Chorzy nie są w stanie pogodzić się ze zmianami, które niesie ze sobą łuszczyca, a tym samym ich zaakceptować. Emocje, które towarzyszą pacjentom, mają silny wpływ na funkcjonowanie w chorobie. Negatywne reakcje w związku z łuszczycą powodują silny stres psychologiczny, który utrudnia przystosowanie się do niej. Natomiast akceptacja choroby powoduje lepsze funkcjonowanie w nowej sytuacji. Zaakceptowanie własnej choroby powoduje zrozumienie pewnych ograniczeń wiążących się z łuszczycą [5].

## JAKOŚĆ ŻYCIA – DEFINICJA I WYBRANE METODY OCENY

Pojęcie „jakości życia” jest trudne do zdefiniowania, ponieważ nie można jej bezpośrednio zmierzyć lub zbadać. Od zamierzonych czasów podejmowano próby określenia czym jest „jakość życia”, trudność wynika z dość szerokiej interpretacji założeń teoretycznych. W latach 60. XX wieku zapoczątkowano na szeroką skalę badania społeczne dotyczące stworzenia definicji „jakości życia”, opartej na dobrostanie materialnym, rozumianym jako wysoki standard życia. Następnie definicja została wzbogacona o wartości niematerialne (szczęście, zdrowie, wolność) umożliwiające realizację osobistych dążeń, pragnień. Im stopień zaspokojenia potrzeb jest wyższy, tym lepsza jakość życia [6].

Agencja ds. Jakości Życia Światowej Organizacji Zdrowia (WHO-QoL Group, World Health Organization Quality of Life Group – 1993) zdefiniowała „jakość życia” jako „sposób postrzegania przez jednostki swoich pozycji w życiu w kontekście kultury i systemu wartości, w których egzystują w powiązaniu z własnymi celami, oczekiwaniami, standardami i obawami. Jest to szeroko pojęta koncepcja, na którą w sposób kompleksowy wpływają zdrowie fizyczne jednostki, jej stan psychiczny, relacje społeczne, stopień niezależności oraz jej stosunek do znaczących cech otaczającego środowiska [6]. Stwierdzenie, że jakość życia zawiera się niejako w definicji zdrowia opracowanej przez Światową Organizację Zdrowia jest słuszne. Zdrowie jest czynnikiem najbardziej wpływającym na jakość życia, ale nie determinującym w sensie ogólnym.

Zakłada się, że jakość życia wyznaczana jest przez trzy obszary:

- fizyczny (stan somatyczny, funkcjonalność),
- psychologiczny (funkcjonowanie emocjonalne),
- społeczny (integracja społeczna, relacje międzyludzkie) [7].

Jest wiele badań, które pokazują, w jaki sposób łuszczyca wpływa na jakość życia. Nie jest ona chorobą, która zagraża życiu. Określa się ją mianem „choroby rujnującej życie”. Badanie jakości życia pacjentów z łuszczycą określa ciężkość tej choroby [7]. Obecnie kwestionariusze oceny jakości życia można podzielić na ogólne i specjalistyczne.

Ogólne metody badawcze powstały do oceny różnych schorzeń dermatologicznych na jakość życia pacjentów. W 1981 roku powstał utworzony pierwszy kwestionariusz, którego twórcą był Bergner i wsp. [8], *Sicknes Impact Profile*, w którym poddawano ocenie dysfunkcje zdrowia psychicznego w łuszczycy, atopowym zapaleniu skóry oraz raku podstawnkomórkowym.

W kwestionariuszu *General Health Questionnaire* badano wpływ metody PUVA na poprawę jakości życia pacjentów [9]. Wymienione metody badawcze okazały się najbardziej przydatne do oceny różnych dysfunkcji chorób dermatologicznych.

Jest wiele kwestionariuszy specjalistycznych, które mają zastosowanie w badaniach dermatologicznych. W kwestionariuszu *Dermatology Life Quality Index* badaniu podlega ocena wpływu ciężkiego wyprysku, trądziku, AZS, łysienia, atopowego zapalenia skóry, łuszczycy na różne dziedziny życia chorych (np. praca, szkoła, objawy i odczucia, czas wolny), natomiast stan psychiczny nie jest oceniany [10]. Kolejnym jest *Dermatology Quality Life Scale* – pod uwagę jest w nim brany w dużym stopniu aspekt psychospołeczny wpływu łuszczycy na jakość życia pacjenta [11]. *Psoriasis Disability Index* był natomiast pierwszym przydatnym kwestionariuszem oceny wpływu leczenia łuszczycy na jakość życia, na aktywność pacjentów w ich codziennym życiu [12]. *Psoriasis Life Stress Inventory* to kwestionariusz skonstruowany tak, aby wyodrębnić najbardziej wyalienowanych chorych. Poziom stresu związany z łuszczycą stanowi szczególnie problem dla tej grupy pacjentów [13]. *Psoriasis Quality of Life Questionnaire* utworzony w 1996 roku ocenia psychospołeczne oddziaływanie choroby i jej wpływ na codzienną aktywność pacjenta [14]. Natomiast skala *Impact of Psoriasis on Quality of Life* określa wpływ łuszczycy na sprawność i społeczne aspekty życia, w późniejszych latach została zmodyfikowana do kwestionariusza *Psoriasis Index of Quality of Life*, który zakłada, że zaspokojenie własnych potrzeb jest wyznacznikiem jakości życia [15]. Skala oceny *SKINDEX*, autorstwa Chren i wsp. (1997), zawiera 29 pytań, obejmujących: zmiany fizyczne, codzienne funkcjonowanie, nasilenie depresji, lęku, uczucia wstydu oraz złości. Celem tej skali jest ocena zmiany jakości życia wraz ze zmianą stanu skóry. Pojawić się mogą pewne rozbieżności między oceną ciężkości zmian klinicznych zaobserwowanych przez lekarza, a oceną stanu dokonaną przez pacjenta. W 2001 roku powstała wersja skrócona, utworzona przez tych samych autorów składająca się z 16 pytań [16, 17].

Wymienione metody oceny jakości życia są bardzo ważne w tworzeniu właściwego sposobu postępowania, które by zminimalizowało ujemne oddziaływanie psychologiczne łuszczycy oraz innych przewlekłych chorób skórnych. Ważnym aspektem jest potrzeba zmniejszenia odczuwania stygmatyzacji przez pacjenta. Wyzwaniem jest stworzenie sposobu postępowania, który miałby na celu poprawę jakości życia, jak i zachowanie równowagi stanu psychicznego. Na uwagę zasługuje fakt, że przy jednoczesnym leczeniu przeciwłuszczycowym korzystne efekty daje leczenie przeciwdepresyjne oraz psychoterapia [18].

### ZABURZENIA PSYCHICZNE U CHORYCH Z ŁUSZCZYCĄ

Badania wykonane w Klinice Psychiatrycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego przeprowadzone na pacjentach Kliniki Dermatologii pokazuje silny związek zaburzeń psychicznych z łuszczycą. Programem badawczym objęto 32 pacjentów ambulatoryjnych w wieku od 19 do 72 lat z rozpoznaniem łuszczycy oraz 32 pacjentów z innym przewlekłymi chorobami skórnymi, jak: atopowe zapalenie skóry (21,8%), egzema (12,5%), pokrzywka (9,4%), twardzina układowa (9,4%), trądzik pospolity (9,4%), kontaktowe zapalenie skóry (6,6%), choroba Dühringa (3,1%), łysienie całkowite, bielactwo nabyte, liszaj płaski, toczень rumieniowaty oraz trądzik różowaty. U pacjentów z łuszczycą 4 razy częściej występują zaburzenia psychiczne – były to objawy depresji. Z opublikowanych danych literaturowych wynika, że występuje silny związek depresji

i choroby łuszczycowej. Część badaczy skłania się ku hipotezie o specyficznych biologicznych powiązaniach między łuszczycą a depresją [19].

Badanie Steuden i Janowskiego, w którym wykorzystano kwestionariusz *SKINDEX* do pomiaru jakości życia wykonano wśród 55 chorych na łuszczycę. W pierwszej grupie badano różnice jakości życia w zależności od płci. Wyniki pokazały, że choroba bardziej negatywnie wpływa na komfort życia kobiet niż mężczyzn. Widoczne jest to w obniżonym funkcjonowaniu psychospołecznym. Zauważono również, że jest tendencja obniżania jakości życia wraz z wiekiem. Wiek pacjenta ma wpływ na ocenę jakości swojego życia. W zależności od lokalizacji zmian skórnych wyodrębniono dwie grupy chorych: osoby ze zmianami na częściach odkrytych ciała (twarz, szyja, ręce) oraz grupa pacjentów, gdzie zmiany są na częściach możliwych do zakrycia (klatka piersiowa, nogi). Stwierdzono, że jakość życia jest wyższa w drugiej grupie badanych. Następną zmienną określa czas trwania choroby i pokazuje, że przewlekłość schorzenia wpływa negatywnie na jakość życia chorych na łuszczycę [20].

Analizując wyniki badań dotyczące wpływu łuszczycy na jakość życia, można stwierdzić, że w sposób ogólny obniża ona funkcjonowanie psychospołeczne oraz powoduje wzrost negatywnych emocji. Zaznacza się wyraźne wysokie poczucie osamotnienia i stygmatyzacji. Negatywne emocje rosną, im bardziej choroba łuszczycowa zakłóca codzienny rytm funkcjonowania pacjenta. Im niższe poczucie jakości życia, tym bardziej narasta stan depresji. Oznacza to, że u pacjentów z łuszczycą występuje brak motywacji do działania, pacjenci nie dostrzegają pozytywnych skutków leczenia. W życiu pacjentów przeważają negatywne emocje, a co za tym idzie – uruchamiane są zachowania mające na celu izolację od grup społecznych, skłonności do używek (np. papierosy, alkohol). Wyniki pokazują, że osoby młodsze lepiej oceniają jakość swojego życia. Młodzi pacjenci znacznie rzadziej doświadczają poczucia przygnębienia, gniewu, frustracji, upokorzenia oraz problemów w funkcjonowaniu psychospołecznym [20].

### PODSUMOWANIE

Poszukiwane są wciąż nowe czynniki, które mogą wpływać na sposób oceny jakości życia pacjentów z łuszczycą. Na ogólną ocenę stanu zdrowia chorych na łuszczycę wpływają oceny: obiektywne (nasilenie zmian skórnych) oraz subiektywne, akceptacja choroby oraz sposób radzenia sobie z nią. Dane literaturowe wskazują, że jakość życia chorych na łuszczycę jest ściśle związana z lękiem przed negatywną oceną środowiska. Towarzyszy temu ciągły stres – obawa przed odrzuceniem. Pacjenci z łuszczycą są bardzo wrażliwi na opinie i osady innych. Wszystkie te czynniki nie sprzyjają zaangażowaniu chorego w leczenie. Jakość życia jak i akceptacja choroby przekładają się na podejście do terapii i postępy w leczeniu [21].

Faktem jest, że nie ma jednej właściwej definicji jakości życia, a co za tym idzie nie ma uniwersalnej skali do jej oceny dla wszystkich chorób skóry. Jest wiele sposobów, za pomocą których dokonuje się jej pomiaru. Podstawą jest szeroko rozumiane zdrowie. Dominuje podejście oparte na potrzebach indywidualnych pacjenta obiektywizujące wpływ choroby na jakość życia. Choroby skóry w większości nie powodują bezpośrednio zagrożenia życia. Jednak schorzenie zmieniające stan skóry przyczynia się do wystąpienia reakcji psychologicznej pacjenta. Przekłada się to bezpośrednio na jakość życia [22].

*Źródło finansowania:* Praca sfinansowana ze środków własnych autorki.  
*Konflikt interesów:* Autorka nie zgłasza konfliktu interesów.

### BIBLIOGRAFIA

- Cubała MJ, Jakuszkowiak-Wojten K, Baranska-Rybak W, i wsp. Depresja w przebiegu łuszczycy: opis przypadku. *Psychiatria* 2006; 3(3): 138–142.
- Mniszewska J. *Zasoby osobiste jako wyznacznik jakości życia chorych na łuszczycę* (Praca doktorska). Lublin: KUL; 2007.
- Bogaczewicz A, Sobów T, Bogaczewicz J, i wsp. Psychologiczne uwarunkowania jakości życia chorych na łuszczycę: doniesienia wstęp-

ne. *Dermatol Klin* 2010; 12: 205–210.

- Lee YW, Park EJ, Kwon IH, et al. Impact of psoriasis on quality of life: relationship between clinical response to therapy and in health-related quality of life. *Ann Dermatol* 2010; 22: 389–396.
- Gupta MA, Gupta AK. Psychodermatology: an update. *J Am Acad Dermatol* 1996; 34: 1030–1046.
- Dziurawicz-Kozłowska A. Wokół pojęcia jakości życia. *Psychologia Jakości Życia* 2002; 1–2: 77–99.

7. Levine S. *The minings of health, illness and quality of life*. In: Guggenmoos-Holtzmann I, Bloomfield K, Flick U, eds. *Quality of life and health: concepts, methods and applications*. Berlin: Blackwell Wissenschafts Verlag; 1995: 7–13.
8. Bergner M, Bobbit RA, Carter WB. The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Med Care* 1981; 19: 787–805.
9. Root S, Kent G, Al'Abadie MS. The relationships between disease severity, disability, and psychological distress in patients undergoing PUVA treatment for psoriasis. *Dermatology* 1994; 189: 234–237.
10. Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI): a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol* 1994; 19: 210–216.
11. Morgan M, McCreedy R, Simpson J. Dermatology quality of life scales – a measure of impact of skin diseases. *Br J Dermatol* 1997; 136: 202–206.
12. Finlay AY, Kelly SE. Psoriasis – an index of disability. *Clin Exp Dermatol* 1987; 12: 8–11.
13. Gupta MA, Gupta AK. The Psoriasis Life Stress Inventory: a preliminary index of psoriasis related stress. *Acta Derm Venereol* 1995; 75: 240–243.
14. Koo J. Population-based epidemiologic study of psoriasis with emphasis on quality of life assessment. *Dermatol Clin* 1996; 14: 485–496.
15. McKenna KE, Stern RS. The impact of psoriasis on the quality of life of the patients from the 16-center PUVA follow up cohort. *J Am Acad Dermatol* 1997; 36: 388–394.
16. Kowalczyk-Zieleniec E, Nowicki R, Majkowicz M. Jakość życia w dermatologii. Metody pomiaru. *Prz Derm* 1999; 2: 153–158.
17. Chren MM, Lasek RJ, Quinn LM, et al. Convergent and discriminant validity of a generic and a disease – specific instrument to measure quality of life in patients with skin disease. *J Invest Dermatol* 1997; 1: 103–107.
18. Swanbeck G, Jobling R. The organization of psoriasis treatment and psychosocial aspects. *Acta Derm Venereol* 1984; 112(Suppl.): 61–63.
19. Parafianowicz K, Sicińska J, Moran A, i wsp. Współwystępowanie zaburzeń psychicznych w łuszczycy: doniesienie wstępne. *Psychiatr Pol* 2010; 44: 119–126.
20. Steuden S, Janowski K. Zastosowanie kwestionariusza Skindex do pomiaru jakości życia u pacjentów z łuszczycą. *Prz Dermatol* 2001; 88: 41–48.
21. Janowski K. *Problematyka jakości życia w chorobach dermatologicznych*. W: Steuden S, Okła W, red. *Jakość życia w chorobie*. Lublin: Wydawnictwo KUL; 2006: 49–52.
22. Żelazny I, Nowicki R, Majkowicz M, i wsp. Jakość życia w chorobach skóry. *Przew Lek* 2004; 9: 60–65.

**Adres do korespondencji:**

Mgr inż. Patrycja Walniczek  
ul. Kopernika 10b/7  
56-300 Milicz  
Tel.: 531 855 813  
E-mail: patrycja.walniczek@gmail.com

Praca wpłynęła do redakcji: 04.03.2018 r.

Po recenzji: 25.04.2018 r.

Zaakceptowano do druku: 05.06.2018 r.

# ROLA PAŃSTWOWEJ INSPEKCJI SANITARNEJ W MONITOROWANIU WYSTĘPOWANIA ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH

*Frequency of occurrence of nosocomial infections and the role of the State Sanitary Inspection in their monitoring*

Anna Wojtasińska-Żygadło<sup>1</sup>, Joanna Rosińczuk<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Środzie Śląskiej

<sup>2</sup> Zakład Chorób Układu Nerwowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: joanna.rosinczuk@umed.wroc.pl

## STRESZCZENIE

Jednym z priorytetów nowoczesnej medycyny jest nadzór nad zakażeniami, rozumiany jako aktywna profilaktyka i ograniczanie ryzyka rozwoju zakażeń u pacjentów. Nadzór ten jest szczególnie ważny na wysokospecjalistycznych oddziałach zabiegowych, oddziałach intensywnej terapii, oddziałach neonatologicznych czy dializacyjnych i internistycznych. Częstość występowania zakażeń szpitalnych świadczy o jakości i bezpieczeństwie opieki medycznej. Pomimo dynamicznego wzrostu świadomości zarówno personelu medycznego, jak i społeczeństwa, a także techniki świadczonych usług medycznych problem zakażeń szpitalnych nie maleje i dotyczy wszystkich szpitali na całym świecie. Ważne jest, aby na każdym szczeblu powstawania i rejestracji zakażeń szpitalnych powstawały programy naprawcze do zapobiegania i minimalizowania zakażeń, a idealne byłoby całkowite wyeliminowanie tego problemu. Służbą powołaną do nadzoru nad podejmowaniem działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych jest Państwowa Inspekcja Sanitarna.

**Słowa kluczowe:** zakażenia szpitalne, nadzór epidemiologiczny, Państwowa Inspekcja Sanitarna.

## SUMMARY

One of the priorities of modern medicine is the surveillance of infections, understood as active prevention and reducing the risk of developing infections in patients. This supervision is particularly important in highly specialist treatment departments, intensive care units, neonatal or dialysis and internist departments. The incidence of nosocomial infections indicates the quality and safety of medical care. Despite the rapid increase in the awareness of both medical staff and the public, as well as the techniques of medical services, the problem of nosocomial infections does not decrease and applies to all hospitals around the world. It is important that corrective programs to prevent and minimize infections are created at every level of hospital infection registration and registration, and it would be ideal to completely eliminate this problem. The service established to supervise the undertaking of activities preventing the spread of infections and infectious diseases is the State Sanitary Inspection.

**Key words:** nosocomial infections, epidemiological surveillance, State Sanitary Inspection.

## WSTĘP

Współczesny świat podąża drogą dynamicznego rozwoju również w dziedzinie nauk medycznych. Tak szybki postęp przynosi wiele korzyści, jednak nie należy zapominać o negatywnych skutkach tego rozwoju. W placówkach medycznych z każdą nową metodą badawczą, jak i leczniczą wzrasta ryzyko zakażeń szpitalnych. Zakażenia szpitalne są jednym z głównych powodów współczesnych chorób zakaźnych i dotyczą niemal wszystkich szpitali na całym świecie.

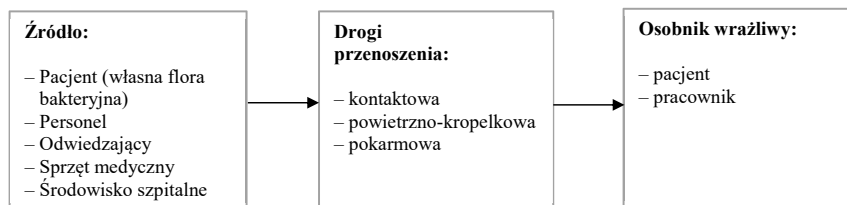
Zakażenie definiowane jest jako infekcja – wniknięcie mikroorganizmów między innymi bakterii, wirusów, grzybów, pasożytów, do makroorganizmu – człowieka [1]. W celu wywołania choroby drobnoustroje chorobotwórcze muszą pokonać odporność organizmu. Jeżeli wrota zakażenia znajdują się w pobliżu miejsca występowania infekcji – mówi się o zakażeniu miejscowym, natomiast, gdy zakażeniu towarzyszą objawy ogólnoustrojowe reakcji zapalnej – to stan taki nazywa się sepsą [2].

Zakażenie szpitalne definiuje się jako „zakażenie, które nie występowało ani nie znajdowało się w okresie wylegania, gdy

chory był przyjmowany do szpitala, a jego nabycie nastąpiło podczas jego pobytu w szpitalu”. Dlatego też może ujawnić się zarówno w trakcie hospitalizacji, jak i po wypisaniu chorego do domu lub po przeniesieniu go do innego zakładu opieki zdrowotnej. O zakażeniu możemy mówić zatem jedynie w sytuacji, w której spełnione zostały następujące warunki:

- chory poddany hospitalizacji w momencie przyjęcia do szpitala nie był w okresie wylegania choroby zakaźnej,
- w chwili przyjęcia u pacjenta nie występowały żadne objawy zakażenia,
- ujawniło się nie wcześniej niż po 48 godzinach od momentu przyjęcia do szpitala.

Jednocześnie w przypadku drobnoustrojów o długim lub bardzo długim okresie wylegania (np. *Legionella*, wirusy B i C zapalenia wątroby, HIV) rozwój chorób przez nie wywołanych przekracza umowne 48 godzin i może trwać nawet do dwóch tygodni (postać płucna legionellozy), sześciu miesięcy (WZW typu B) lub wiele lat (AIDS) [3, 4].



**Rycina 1.** Schemat procesu szerzenia się drobnoustrojów w zakażeniach szpitalnych

## CHARAKTERYSTYKA ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH

Faktem staje się stwierdzenie, iż jednym z priorytetów nowoczesnej medycyny jest nadzór nad zakażeniami, rozumiany jako aktywna profilaktyka i ograniczanie ryzyka rozwoju zakażeń u pacjentów. Nadzór ten jest szczególnie ważny w wysoko specjalistycznych oddziałach zabiegowych, oddziałach intensywnej terapii, oddziałach neonatologicznych czy dializacyjnych i internistycznych.

W wielu polskich szpitalach od wielu lat podejmuje się działania z zakresu kontroli zakażeń: wykrywanie i rejestrację zakażeń, ich analizę i wykorzystanie danych z nadzoru do codziennej efektywnej profilaktyki zakażeń. Obecnie jest to także wymóg wynikający z przepisów prawa [3, 4]. Zgodnie z zapisami Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, potwierdzeniem jakości świadczonych usług może być certyfikat jakości lub akredytacja, których uzyskanie jest uzależnione od różnych aspektów, a jednym z nich jest kontrola zakażeń.

Natomiast Ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi szczegółowo reguluje obowiązki kierownika jednostki udzielającej świadczeń medycznych w zakresie kontroli zakażeń. Niestety, powyższe zasady nie są powszechnie stosowane w stacjonarnych jednostkach opieki długoterminowej, do których trafiają pacjenci o szczególnie wysokim ryzyku rozwoju zakażeń [5, 6].

Do osób najbardziej narażonych na ryzyko wystąpienia zakażenia szpitalnego należą głównie: chorzy hospitalizowani w oddziałach intensywnej opieki medycznej, poddani procedurom diagnostycznym i terapeutycznym górnych dróg oddechowych, osoby z centralnym wkłuciem do naczyń krwionośnych, dializowane i z cewnikami dróg moczowych, pacjenci ze skrajnych grup wiekowych (powyżej 65. roku życia, poniżej 1. roku życia), pacjenci obciążeni przewlekłymi schorzeniami (np. cukrzycą, niewydolnością układu krążenia lub układu oddechowego), chorzy z poważnymi zaburzeniami odporności (naturalnymi lub jatrogennymi, np. leczeni immunosupresyjnie lub przeciwnowotworowo, z chorobą nowotworową) oraz po urazach wielonarządowych lub rozległych oparzeniach [7, 8].

Zakażenia szpitalne dotyczą jednak nie tylko chorych, ale również osób, które mają stałe, okresowe, bądź sporadyczne kontakty ze środowiskiem szpitalnym, tj. personelu, odwiedzających, brygad remontowych, dostawców itp. [9–11].

## USTAWOWE OBOWIĄZKI PODMIOTÓW LECZNICZYCH W ZAPOBIEGANIU I ZWALCZANIU CHOROBY ZAKAŻNYCH I ZAKAŻEŃ

Zgodnie z ustawą o zapobieganiu i zwalczaniu chorób zakaźnych (art. 11) kierownicy podmiotów leczniczych oraz inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych są obowiązani do podejmowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych. Działania, o których mowa w ust. 1 ustawy, obejmują w szczególności:

- 1) ocenę ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych;
- 2) monitorowanie czynników alarmowych i zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywanych świadczeń;
- 3) opracowanie, wdrożenie i nadzór nad procedurami zapobiegającymi zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w tym dekontaminacji:
  - a) skóry i błon śluzowych lub innych tkanek,
  - b) wyrobów medycznych, wyrobów medycznych do diagnostyki *in vitro*, wyposażenia wyrobów medycznych do diagnostyki *in vitro* i aktywnych wyrobów medycznych do implantacji, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 211), oraz powierzchni pomieszczeń i urządzeń;

- 4) stosowanie środków ochrony indywidualnej i zbiorowej w celu zapobieżenia przeniesieniu na inne osoby biologicznych czynników chorobotwórczych [4].

## ZADANIA PAŃSTWOWEJ INSPEKCJI SANITARNEJ W ZAPOBIEGANIU I ZWALCZANIU CHOROBY ZAKAŻNYCH I ZAKAŻEŃ

Służbą powołaną po zakończeniu pierwszej wojny światowej do nadzoru nad podejmowaniem działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych jest Państwowa Inspekcja Sanitarna. Wraz z ukonstytuowaniem się władz państwowych przystąpiono do tworzenia struktur odpowiedzialnych za bezpieczeństwo zdrowotne i życie ludzi. Zadanie to było szczególnie ważne w okresie występujących po wojnie epidemii na obszarze Europy. Okres ten charakteryzował się również bardzo trudną sytuacją sanitarną na terenach poszczególnych państw. Stosunkowo szybko, bo już w styczniu 1919 r., powołano Ministerstwo Zdrowia Publicznego. Do jego zadań należało między innymi zwalczanie chorób przewlekłych i zakaźnych [7]. Instytucją, która miała wspierać władze państwowe w realizacji celów sanitarno-epidemiologicznych, był utworzony w listopadzie 1918 r. Państwowy Centralny Zakład Epidemiologiczny. Jednostka ta powstała jako zakład badawczy i laboratorium zajmujące się metodami zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych u ludzi. W 1923 r. doszło do przekształcenia tej instytucji w Państwowy Zakład Higieny. Jego funkcjonowanie obejmowało zadania sanitarne oraz działalność badawczą [12, 13].

W aktualnych regulacjach Państwowa Inspekcja Sanitarna podlega Ministrowi Zdrowia. Kieruje nią Główny Inspektor Sanitarny, który jest centralnym organem administracji rządowej. Wykonuje on swoje zadania przy pomocy aparatu pomocniczego, jakim jest Główny Inspektorat Sanitarny (art. 7 ust. 3 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej) [14]. Organizację Głównego Inspektoratu Sanitarnego określa statut nadany rozporządzeniem Ministra Zdrowia. Jest on jednym z centralnych organów administracji państwowej. Funkcjonuje od dnia 1 stycznia 2000 r., tj. od momentu wejścia w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 grudnia 1999 r. w sprawie nadania statutu Głównemu Inspektoratowi Sanitarnemu [15].

Do zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej należą:

- 1) dokonywanie analiz i ocen epidemiologicznych;
- 2) opracowywanie programów i planów działalności zapobiegawczej i przeciwepidemicznej, przekazywanie ich do realizacji podmiotom leczniczym w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej oraz kontrola realizacji tych programów i planów;
- 3) ustalanie zakresu i terminów szczepień ochronnych oraz sprawowanie nadzoru w tym zakresie;
- 4) wydawanie zarządzeń i decyzji lub występowanie do innych organów o ich wydanie – w wypadkach określonych w przepisach o zwalczaniu chorób zakaźnych;
  - a) wydawanie decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej lub decyzji o braku podstaw do jej stwierdzenia;
- 5) planowanie i organizowanie sanitarnego zabezpieczenia granic państwa;
- 6) nadzór sanitarny nad ruchem pasażerskim i towarowym w morskich i lotniczych portach oraz przystaniach;
- 7) udzielanie poradnictwa w zakresie spraw sanitarno-epidemiologicznych lekarzom okrętowym i personelowi pomocniczo-lecarskiemu, zatrudnionemu na statkach morskich, żeglugi śródlądowej i powietrznych;
- 8) kierowanie akcją sanitarną przy masowych przemieszczeniach ludności, zjazdach i zgromadzeniach [16].

Wspomniane zadania służb sanitarnych bezwzględnie pokrywają się z jednym z priorytetów nowoczesnej medycyny, jakim jest nadzór nad zakażeniami, rozumiany jako aktywna profilaktyka i ograniczanie ryzyka rozwoju zakażeń u pacjentów. Nadzór ten jest szczególnie ważny w wysoko specjalistycznych oddziałach zabiegowych, oddziałach intensywnej terapii, oddziałach neonatologicznych czy dializacyjnych i internistycznych. W wielu polskich szpitalach od wielu lat podejmuje się

działania z zakresu kontroli zakażeń: wykrywanie i rejestrację zakażeń, ich analizę i wykorzystanie danych z nadzoru do codziennej efektywnej profilaktyki zakażeń. Obecnie jest to także wymóg wynikający z przepisów prawa [3, 4].

### KONTROLA ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH

Jednym z podstawowych warunków poprawy sytuacji epidemiologicznej w każdym szpitalu jest zaprojektowanie oraz budowa nowoczesnego systemu kontroli zakażeń szpitalnych. Minimalizacja skali zjawiska zakażeń szpitalnych wymaga przede wszystkim wypracowania skutecznych procedur w zakresie systematycznego, szczegółowego gromadzenia oraz przetwarzania danych, a także wprowadzenia aktywnej rejestracji zakażeń. Konieczność dysponowania szerokim zestawem aktualnych informacji stawia przed zespołami ds. kontroli zakażeń szpitalnych pytania dotyczące możliwości ich szybkiego zbierania oraz analizy.

Wykrywanie zakażeń szpitalnych jest niezbędnym warunkiem umożliwiającym ich skuteczną kontrolę na terenie szpitala. Nadzór obejmuje m.in. rutynowe zbieranie danych na temat zakażeń i ich analizę. Do podstawowych celów prowadzenia kontroli można zaliczyć: monitorowanie procedur, które są istotnym czynnikiem ryzyka zakażeń szpitalnych pacjentów i pracowników medycznych, nadzór nad stosowaniem antybiotyków w szpitalu oraz rozpoznawanie oporności drobnoustrojów na leki. Dzięki systemowi czynnej rejestracji zakażeń szpitalnych kierownictwo szpitala uzyskuje wgląd w sytuację epidemiologiczną: całego szpitala, wybranych oddziałów, grup pacjentów czy też pacjentów poddawanych określonego typu zabiegom i procedurom medycznym, np. pacjentów poddanych sztucznej wentylacji, noworodków z niską wagą urodzeniową oraz pacjentów po innych zabiegach [9].

Wprowadzenie systemu czynnej rejestracji pozwala na znaczące obniżenie poziomu ryzyka zakażeń. Współdziałanie pracowników medycznych, Zespołu ds. Kontroli Zakażeń i lekarzem zakładowym na pewno podniesie komfort pracy i poczucie bezpieczeństwa. Czynny nadzór nad zakażeniami umożliwia m.in. szybkie wykrycie i identyfikację pacjentów, w stosunku do których należy zastosować szczególne środki ostrożności, z izolacją włącznie [17]. Kontrola wewnętrzna stanowi integralną część ogólnego systemu zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych i zakażeń. Jest istotnym instrumentem zarządzania ryzykiem, wykorzystywanym w celu redukcji zakażeń. Realizowana zgodnie z wymaganiami ustawodawcy jest spójna z programem poprawy jakości opieki i bezpieczeństwa pacjentów [18].

Kontrola wewnętrzna z definicji jest procesem ciągłym, zależnym od specyfiki zakładu, procesem, który ma pomóc w osiągnięciu założonych celów. Mechanizm kontroli wewnętrznej musi być wbudowany w system zarządzania każdą jednostką prowadzącą jakąkolwiek działalność, w szczególności medyczną. Kontrola wewnętrzna powinna dotyczyć po pierwsze – poprawności działań, tzn. powinna sprawdzać i potwierdzać, że podejmowane działania i wdrożone w placówce procedury są zgodne z aktualnym stanem wiedzy, przepisami prawa, wytycznymi, a po drugie – ich skuteczności, tzn. powinna sprawdzać i potwierdzać, że podejmowane działania faktycznie prowadzą do zamierzonego celu, czyli ograniczenia, i zapobiegania zakażeniom. Kontrola wewnętrzna winna również stwierdzić prawdziwość i skuteczność rozwiązań przyjętych w ramach zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Jest środkiem, za pomocą którego efekty wdrożonych zasad i procedur są w zakładzie monitorowane, mierzone i oceniane. Ma zapobiegać nieprawidłowościom funkcjonowania zakładu, zmniejszyć zagrożenia wynikające z wadliwej realizacji świadczeń czy działań osób lub jednostek (podejmowanych w sposób celowy lub przypadkowy) niezgodnych z zaplanowanymi procesami [19–21].

Zatem istotnym elementem funkcjonowania każdego podmiotu leczniczego jest sprawdzanie jego działania od wewnątrz. Kontrola wewnętrzna oznacza system mechanizmów, instrukcji i technik, których istotą jest uzyskanie informacji, czy realizowane w danej instytucji plany prowadzą do zamierzonych celów.

### ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA KONTROLĘ WEWNĘTRZNĄ

Kierownik podmiotu leczniczego samodzielnie dokonuje czynności kontrolnych lub wyznacza osobę odpowiedzialną za przeprowadzenie kontroli wewnętrznej [3]. Dobrze przeprowadzona kontrola wewnętrzna, nie zaburzając funkcjonowania zakładu, powinna pozwolić na zidentyfikowanie najbardziej istotnych zagrożeń wynikających z niedostosowania wszystkich ogniw systemu (ludzie, sprzęt, procedury) do możliwości zapewnienia bezpiecznego udzielania świadczeń zdrowotnych. Zagrożenia najczęściej wynikają z zaniedbań w realizacji procedur wynikających z wadliwej organizacji pracy, przyczyn ludzkich czy materialnych [5].

Według art. 4 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 27 maja 2010 roku w sprawie zakresu, sposobu i częstotliwości prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych, kontrola wewnętrzna powinna być prowadzona okresowo, nie rzadziej niż co 6 miesięcy. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości, powtórna kontrolę przeprowadza się nie później niż w terminie 3 miesięcy od dnia przekazania raportu [22].

### ZAKAŻENIA SZPITALNE W UJĘCIU STANU SANITARNEGO WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO

Niestety mimo zastosowania kontroli wewnętrznej i opracowywanych wewnętrznych procedur naprawczych w jednostkach medycznych w dalszym ciągu występują zakażenia szpitalne. Czynniki wywołującymi ogniska zakażeń szpitalnych były bakterie, wirusy, grzyby, pasożyty. Czynniki etiologiczne będące przyczyną wystąpienia ognisk epidemicznych to: *Clostridium difficile*, *MRSA*, *Klebsiella pneumoniae* ESBL, *Acinetobacter baumannii* szczep wielooporny (w tym 1 oporny na karbapenemy), wirus grypy A/H1N1, wirus A/H3N2, *Enterobacter cloacae* ESBL (+), *Enterobacter cloacae* MBL (+), drożdżaki i grzyby drożdżopodobne (*Candida albicans*, *Candida krusei*, *Candida glabrata*), rotawirusy, norowirusy, *Klebsiella pneumoniae* 2-MBL, 1-podejrzanie CPE, *Klebsiella pneumoniae* NDM, *Klebsiella pneumoniae* ESBL (+); *Acinetobacter baumannii*, Czynniki prawdopodobne: *Salmonella*, *Shigella*, adenowirusy, rotawirusy, salmonella typu C, *Streptococcus salivarius* i *sanguinis*, *Staphylococcus aureus* *MRSA*, *Enterococcus faecium* VRE, świerzbowiec ludzki.

Powyższe biologiczne czynniki chorobotwórcze stanowiły przyczynę wystąpienia ognisk epidemicznych w następujących oddziałach na terenie województwa dolnośląskiego w latach 2013–2017:

- *Clostridium difficile* – oddziały: chorób wewnętrznych chirurgii ogólnej i naczyniowej, anestezjologii i intensywnej terapii, hematologiczny z oddziałem nowotworów krwi, gruźlicy i chorób płuc, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy;
- *Klebsiella pneumoniae* ESBL i *Acinetobacter baumannii* – OAiIT;
- *Klebsiella pneumoniae* ESBL – OAiIT;
- *Klebsiella pneumoniae* NDM – oddziały: hematologiczny z oddziałem nowotworów krwi, rehabilitacji neurologicznej;
- *Acinetobacter baumannii* (w tym izolaty oporne na karbapenemy) – OAiIT, oddział neurologii z pododdziałem udarowym;
- rotawirusy – oddziały: pediatryczny, chorób wewnętrznych, chorób zakaźnych;
- *Streptococcus salivarius* i *sanguinis* – oddział okulisty;
- wirus *Influenza A/H3N2* – zakład opiekuńczo-leczniczy;
- *Staphylococcus aureus* *MRSA* – OAiIT;
- *Enterococcus faecium* VRE – oddziały: chirurgii ogólnej, urologii blok operacyjny, OAiIT;
- salmonella typu C – oddział neurologii;
- *Enterobacter cloacae* MBL (+) – Klinika Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej, Klinika Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej i Transplantacyjnej;
- świerzbowiec ludzki – oddział psychiatryczny [23].

Dla przypomnienia kierownicy podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczeń szpitalnych, zgodnie z ustawą z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobiega-

niu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2016 r., poz. 1866), są zobowiązani do zgłaszania w ciągu 24 godzin potwierzonego epidemicznego wzrostu liczby zakażeń szpitalnych [4, 24]. Zakażenia szpitalne mogą być rejestrowane na wszystkich oddziałach szpitalnych, jednak mogą pojawiać się częściej tam, gdzie przebywają pacjenci w grupie podwyższonego ryzyka o obniżonej odporności [25].

Tabela 1. Liczba ognisk epidemicznych

Lp.	Biologiczne czynniki chorobotwórcze	Rok				
		2013	2014	2015	2016	2017
1	<i>Clostridium difficile</i>	11	11	6	6	3
2	<i>Acinetobacter baumannii</i>	3	5	3	1	10
3	<i>Enterococcus</i> spp. VRE ( <i>faecium</i> , <i>faecalis</i> ), HLRAR ( <i>faecium</i> )	2	-	-	-	-
4	rotawirusy	1	-	-	-	-
5	wirus grypy A (H1N1)	3	1	-	-	13
6	świerzbowiec ludzki	3	1	2	-	-
7	wirus ospy wietrznej	-	1	-	-	1
8	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	-	-	2	5	6
9	<i>Proteus mirabilis</i>	-	-	1	-	-
10	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	-	-	1	-	-
11	<i>Echerichia coli</i>	-	-	1	-	-
12	<i>Staphylococcus aureus</i> MSSA	-	-	1	-	-
13	<i>Staphylococcus koagulazoujemny</i>	-	-	1	-	-
14	norowirusy	-	-	2	-	-
15	wirus grypy	-	-	1	-	-
16	wszawica głowy	-	-	1	-	-
17	<i>Enterobacter cloacae</i>	-	-	-	1	1
18	drożdżaki i grzyby drożdżakopodobne <i>Candida albicans</i> , <i>Candida krusei</i> , <i>Candida glabrata</i>	-	-	-	1	1
19	czynnik prawdopodobny: salmonella, <i>Shigella</i> , adenowirusy, rotawirusy	-	-	-	1	10

Opracowanie ogniska zakażenia szpitalnego zawsze powinno być prowadzone na podstawie: zdefiniowania przypadku uzupełnionego o charakterystykę ogniska, czynnego wyszukiwania przypadków innych niż zgłoszone na wstępnym etapie dochodzenia, potwierdzenie wystąpienia ogniska, przygotowanie i analizę czynników narażenia, formułowanie i sprawdzanie hipotez, co do przyczyn i dróg szerzenia się zakażenia oraz czynników ryzyka. Podczas opracowywania ogniska zakażenia szpitalnego należy zaplanować sposoby zwalczania zakażenia, wyeliminowania źródła zakażenia i przecięcia dróg szerzenia się zakażenia [26]. Wystąpienie ogniska zakażenia szpitalnego wymaga podjęcia skoordynowanych działań z zakresu izolacji, dekontaminacji rąk i powierzchni, postępowania ze sprzętem medycznym, sprzątnięcia, postępowania z czystą i brudną bielizną, odpadami medycznymi, dystrybucji posiłków i postępowania z naczyniami po spożyciu posiłków. Działania te muszą być dostosowane do specyfiki ogniska, czynnika, który je wywołał oraz dróg szerzenia się zakażenia [9, 19, 27].

## PODSUMOWANIE

Analizując stan sanitarny województwa dolnośląskiego oraz informacje z innych zdobytych źródeł, można zauważyć, iż jest to problem wciąż wzrastający. Pomimo dynamicznego wzrostu świadomości zarówno personelu medycznego, jak i społeczeństwa, a także techniki świadczonych usług medycznych problem zakażeń szpitalnych nie maleje. Częstość występowania zakażeń szpitalnych świadczy o jakości i bezpieczeństwie opieki medycznej, a taka sytuacja zmusza polską służbę zdrowia do prowadzenia edukacji w środowisku medycznym. Natomiast pojawianie się coraz to nowych drobnoustrojów chorobotwórczych zmusza do szybkiego rozwoju i badań mikrobiologicznych.

Pozostaje nadzieja, że dzięki rozwojowi nauk medycznych, a tym samym poszerzeniu wiedzy w zakresie coraz to nowszych zakażeń występujących w środowisku szpitalnym powstaną programy rejestracji oraz programy naprawy do zapobiegania, zminimalizowania, a idealnym by było wyeliminowania tego problemu.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorek.  
Konflikt interesów: Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

## BIBLIOGRAFIA

- Podręczny leksykon medycyny. Hexal. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 1996: 781.
- Zakażenie. Wikipedia. Dostępny na URL: <https://pl.wikipedia.org/wiki/Zaka%C5%BCenie>.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2008 nr 164, poz. 1027 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. 2008 nr 234, poz. 1570).
- GUS. Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2007 r. Dostępny na URL: <http://www.stat.gov.pl/> [cyt. 2.03.2009].
- GUS. Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r. Dostępny na URL: <http://www.stat.gov.pl/> [cyt. 2.03.2009].
- Fiedotow M, Denys A. Wybrane aspekty zakażeń szpitalnych. *Pol Merk Lek* 2006; XXI(125): 484-488.
- Wójkowska-Mach J. *Opisowa analiza zakażeń szpitalnych w Polsce* (Praca doktorska). Kraków: Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2002.
- Dzierżanowska D, Jeljaszewicz J. *Zakażenia szpitalne*. Bielsko-Biała: Alfamedica Press; 1999.
- Monitorowanie zakażeń szpitalnych. Dostępny na URL: [https://pbn.nauka.gov.pl/monitorowanie\\_zaka%C5%BCe%C5%99szpitalnych](https://pbn.nauka.gov.pl/monitorowanie_zaka%C5%BCe%C5%99szpitalnych) [cyt. 1.08.2018].
- Staszkiwicz W, Hryniewicz W. *Praktyczne zasady kontroli zakażeń szpitalnych – zbiór rekomendacji i procedur dla polskich szpitali*. Warszawa; 2000.
- Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. 2008 nr 234, poz. 1570).
- Zarządzenie Głównego Inspektora Sanitarnego nr 71/2010 z dnia 30 sierpnia 2010 r. w sprawie ustalenia regulaminu organizacyjnego Głównego Inspektoratu Sanitarnego. Dostępny na URL: [https://www.sanepid.opole.pl/userfiles/file/Regulamin%20organizacyjny%20GIS/Zarz%C4%85dzenie%20nr%2071%20z%20dnia%2026\\_08\\_2010%20w%20sprawie%20ustalenia%20regulaminu%20organizacyjnego%20G%20C5%82%C3%B3wnego%20Inspektoratu%20Sanitarnego.pdf](https://www.sanepid.opole.pl/userfiles/file/Regulamin%20organizacyjny%20GIS/Zarz%C4%85dzenie%20nr%2071%20z%20dnia%2026_08_2010%20w%20sprawie%20ustalenia%20regulaminu%20organizacyjnego%20G%20C5%82%C3%B3wnego%20Inspektoratu%20Sanitarnego.pdf).
- Kucharski P. *Uwagi o regulacji prawnej inspekcji sanitarnej*. Kontrola Państwowa 1999; 6: 132-142.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 grudnia 1999 r. w sprawie nadania statutu Głównemu Inspektoratowi Sanitarnemu (Dz.U. z 1999 nr 111, poz. 1315).
- Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Rozdział 1: Zadania i zakres działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U. 1985 nr 12, poz. 49).
- Dziewa A, Ksykiewicz-Dorota A. Metody monitorowania i rejestracji zakażeń szpitalnych. *Hygeia Public Health* 2012; 47(1): 56-63.
- Krajewska D. Kontrola wewnętrzna elementem zintegrowanego programu poprawy bezpieczeństwa pacjentów. *Pielęg Epidemiol* 2012; 1(48): 40-41.
- Grzesiowski P. Kontrola zarządcza a kontrola wewnętrzna w szpitalu – interpretacja nowych aktów prawnych. *Biuletyn Stowarzyszenia Higieny Lecznictwa* 2010; 3-4(40): 52-68.
- Tymoczko A. Nadzór Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie kontroli wewnętrznej systemów zapobiegania zakażeniom szpitalnym w podmiotach wykonujących działalność leczniczą. *Biuletyn Stowarzyszenia Higieny Lecznictwa* 2010; 3-4(44): 26-29.
- Stanowisko Małopolskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w zakresie obowiązków wynikających z art. 11-13 Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. 2008 nr 234, poz. 1570 z późn. zm.). Dostępny na URL: <http://oilkrakow.nazwa.pl/content/view/1521/26/> [cyt. 02.05.2013].
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie zakresu, sposobu i częstotliwości prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych (Dz.U. nr 100, poz. 646).
- Ocena stanu bezpieczeństwa sanitarnego województwa dolnośląskiego w 2017 r. Wrocław: Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna; 2017.



- miologiczna; 2018. Dostępny na URL: [http://www.wsse.wroc.pl/pliki/stan\\_bezp\\_sanit2017.pdf](http://www.wsse.wroc.pl/pliki/stan_bezp_sanit2017.pdf).
24. Cieślik-Tarkota R. *Problem zakażeń Clostridium difficile na terenie województwa śląskiego*. W: Hudzik G, Wodziszawska-Czapla D, red. *Zdrowie publiczne nadrzędnym zadaniem Państwowej Inspekcji Sanitarnej województwa śląskiego*. Katowice: Wojewódzka Stacja Sanitarно-Epidemiologiczna, Polskie Towarzystwo Higieniczne Oddział Śląski; 2015: 25–28
25. Moczulski D. *Zakażenia szpitalne u osób w podeszłym wieku*. W: Denys A, red. *Zakażenia szpitalne w wybranych oddziałach*. Część II. Warszawa: Wolters Kluwer; 2013: 247–256.
26. Zieliński A. *Epidemiologiczne podstawy nadzoru nad zakażeniami szpitalnymi*. W: Heczko PB, Wójkowska-Mach J, red. *Zakażenia szpitalne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2009: 13–42.
27. Cieślik-Tarkota R, Albertyńska M, Rozwadowska B. i wsp. Ogniska zakażeń szpitalnych w Polsce w latach 2011–2015. *Przegl Epidemiol* 2017; 71(2): 199–205.

**Adres do korespondencji:**

Prof. dr hab. Joanna Rosińczuk  
Zakład Chorób Układu Nerwowego  
Wydział Nauk o Zdrowiu  
Uniwersytet Medyczny  
ul. Barta 5  
51-618 Wrocław  
Tel.: 505 072 255  
E-mail: joanna.rosinczuk@umed.wroc.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 20.07.2018 r.

Po recenzji: 15.08.2018 r.

Zaakceptowano do druku: 26.08.2018 r.

WYDAWNICTWO  
*Continuo* poleca serię wydawniczą

## Badania naukowe w pielęgniarstwie i położnictwie



### Tom 1

2014, B5, 404 strony  
cena 69 zł

### Tom 2

2015, B5, 484 strony  
cena 75 zł

### Tom 3

2016, B5, 536 stron  
cena 80 zł

### Tom 4

2017, B5, 544 strony  
cena 80 zł

### Tom 5

2018, B5, 430 stron  
cena 75 zł

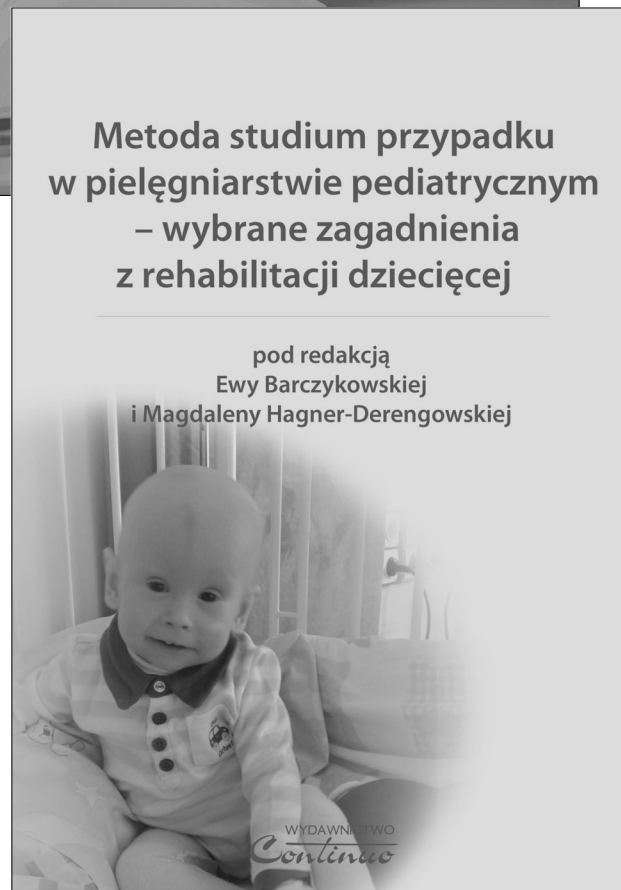
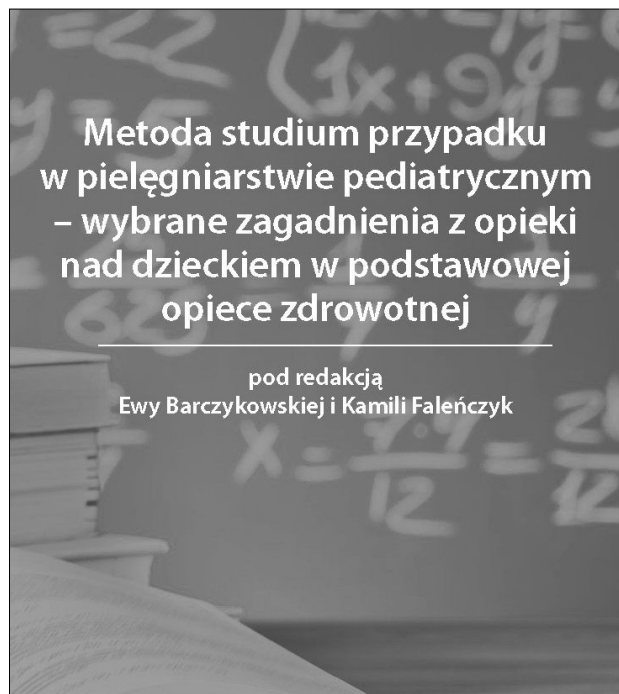
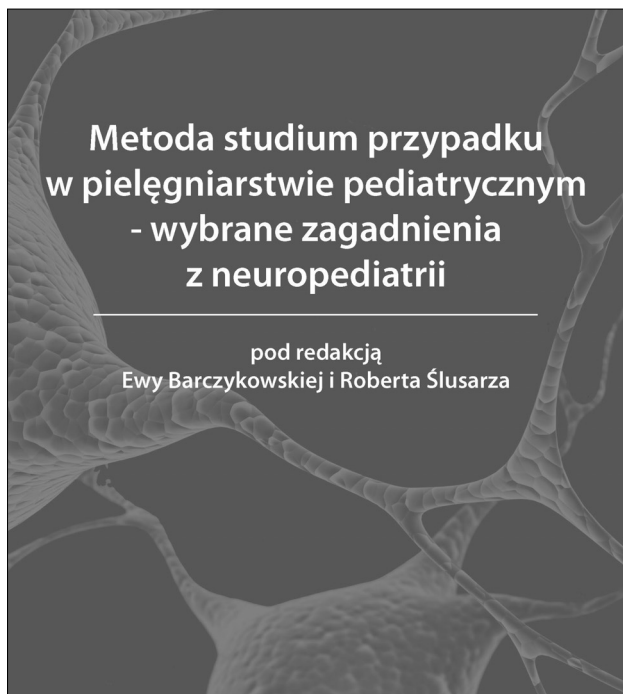
Współczesne pielęgniarstwo powinno opierać swoją praktykę na mocnych podstawach naukowych. Postęp w naukach medycznych i naukach o zdrowiu mobilizuje środowisko medyczne – w tym pielęgniarki i położne – do prowadzenia badań i wykorzystywania ich wyników w codziennej praktyce. Takie postępowanie, zgodne ze światowymi tendencjami (Evidence-Based Medicine, idea leczenia holistycznego), wpływa na poprawę jakości opieki, bezpieczeństwa pacjenta, personelu medycznego, czy skuteczność wykonywanych procedur medycznych. W ten nurt wpisuje się monografia „Badania naukowe w pielęgniarstwie i położnictwie”, która dzięki swojemu wielotematycznemu charakterowi będzie prawdziwym kompendium wiedzy na temat właściwego postępowania z pacjentem w różnych jednostkach chorobowych – sposobów leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji, skuteczności przestrzegania standardów, a także korzyści wynikających z wczesnego wdrożenia edukacji zdrowotnej.

Tom 1 składa się z 35 rozdziałów, tomy 2 i 3 mają po 41, tom 4 – 46, a tom 5 – 35 rozdziałów. Autorzy zdobyli swoje doświadczenia w praktyce pielęgniarstwie lub położnictwie, a dodatkowo pogłębili je pracą naukowo-badawczą oraz podczas pełnienia funkcji nauczyciela akademickiego.

Książki adresowane są szczególnie do pielęgniarek oraz położnych praktykujących w szpitalach, przychodniach, zakładach opiekuńczych i leczniczych, w których sprawowana jest opieka nad pacjentem, nauczycieli akademickich oraz studentów.

[zamowienia@continuo.pl](mailto:zamowienia@continuo.pl)  
[www.continuo.pl](http://www.continuo.pl)

## Metoda studium przypadku w pielęgniarstwie pediatricznym



# REGULAMIN ZAMIESZCZANIA PRAC

## INFORMACJE OGÓLNE

„Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia” zamieszcza prace oryginalne (doświadczalne, kliniczne i laboratoryjne), poglądowe i kazuistyczne dotyczące szeroko pojętego pielęgniarstwa i ochrony zdrowia. Ponadto pismo publikuje listy do Redakcji, sprawozdania i materiały ze zjazdów naukowych oraz recenzje książek. Prace publikowane są w języku polskim lub angielskim.

## ZASADY RECENZOWANIA PRAC

Autorzy przysyłając pracę do publikacji w czasopiśmie wyrażają zgodę na proces recenzji. Nadesłane publikacje są poddane ocenie w pierwszej kolejności przez Redakcję, a następnie oceniane przez recenzentów, którzy nie są członkami Redakcji pisma. Prace recenzowane są poufnie i anonimowo. Recenzentom nie wolno wykorzystywać wiedzy na temat pracy przed jej publikacją. Pracy nadawany jest numer redakcyjny, identyfikujący ją na dalszych etapach procesu wydawniczego. Autor jest informowany o wyniku dokonanej recenzji, następnie możliwa jest korespondencja z Redakcją czasopisma dotycząca ewentualnych uwag bądź kwalifikacji do druku. Ostateczną kwalifikację do druku podejmuje Redaktor Naczelny.

## KONFLIKT INTERESÓW

Autorzy muszą ujawnić Redakcji i opisać na osobnej stronie dołączonej do pracy wszystkie konflikty interesów:

- zależności finansowe (takie jak: zatrudnienie, doradztwo, posiadanie akcji, honoraria, płatna ekspertyza),
- związki osobiste,
- współzawodnictwo akademickie i inne, mogące mieć zdaniem Redakcji lub Czytelników wpływ na merytoryczną stronę pracy,
- rolę sponsora całości lub części badań (jeżeli taki istnieje) w projekcie, zbieraniu, analizie i interpretacji danych, w pisaniu raportu, w decyzji przesyłania go do publikacji.

## OCHRONA DANYCH PACJENTÓW

Autorzy prac naukowych mają obowiązek ochraniać dane osobowe pacjentów. Do publikacji powinny trafić jedynie dane o znaczeniu informacyjnym lub klinicznym. Szczegóły dotyczące rasy, pochodzenia etnicznego, kulturowego i religii osoby badanej powinny być podane wyłącznie w przypadku, jeśli zdaniem Autora mają wpływ na przebieg choroby i(lub) leczenia. Jeśli nie ma możliwości uniknięcia ujawnienia identyfikowalnych informacji dotyczących pacjenta, należy uzyskać jego (lub jego prawnych opiekunów) pisemną zgodę na opublikowanie danych, zdjęć fotograficznych, obrazów radiologicznych itp., co powinno być odnotowane w publikacji.

## WYMAGANIA ETYCZNE

Prace doświadczalne, prowadzone na ludziach, muszą być przeprowadzane zgodnie z wymogami Deklaracji Helsińskiej, co należy zaznaczyć w opisie metodyki. Na przeprowadzenie takich prac Autorzy muszą uzyskać zgodę Terenowej Komisji Nadzoru nad Dokonywaniem Badań na Ludziach (Komisji Etycznej). Prace wykonane na zwierzętach także muszą mieć zgodę odpowiedniej komisji. Uzyskanie tej zgody powinno być potwierdzone oświadczeniem Autorów w piśmie kierującym pracę do druku.

## ODPOWIEDZIALNOŚĆ CYWILNA

Redakcja stara się czuwać nad merytoryczną stroną pisma, jednak za treść artykułów odpowiada Autor, a za treść reklam – sponsor lub firma marketingowa. Wydawca ani Rada Naukowa nie ponoszą odpowiedzialności za skutki ewentualnych nierzetelności.

## PRAWA AUTORSKIE

Jeżeli Autorzy nie zastrzegą inaczej w momencie zgłoszenia pracy, Wydawca nabywa na zasadzie wyłączności ogół praw autorskich do wydrukowanych prac (w tym prawo do wydawania drukiem, na nośnikach elektronicznych, CD i innych oraz w Internecie). Bez zgody Wydawcy dopuszcza się jedynie drukowanie streszczeń.

## INFORMACJE SZCZEGÓLWE – ZGŁASZANIE PRAC DO DRUKU PRZESYLANIE PRAC DO REDAKCJI

Przesłanie pracy jest równoznaczne z oświadczeniem, że praca nie była dotychczas publikowana w innych czasopiśmiech oraz nie została jednocześnie zgłoszona do innej Redakcji. Oddanie pracy do druku jest jednoznaczne ze zgodą wszystkich Autorów na jej publikację i oświadczeniem, że Autorzy mieli pełny dostęp do wszystkich danych w badaniu i biorą pełną odpowiedzialność za całość danych i dokładność ich analizy. Prace należy nadsyłać pod adresem Redakcji w dwóch egzemplarzach (które nie podlegają zwrotowi do Autorów) łącznie z pismem przewodnim, zawierającym zgodę wszystkich Autorów na publikację wyników badań.

## WERSJA ELEKTRONICZNA PRAC

Redakcja bezwzględnie wymaga nadsyłania prac na nośnikach komputerowych. Dyski powinny zawierać jedynie ostateczną wersję pracy, zgodną z przesłanymi wydrukami. Opis nośnika powinien zawierać imię i nazwisko Autora, tytuł pracy, nazwę (nazwy) zbiorów, nazwy i numery wersji użytych programów. Redakcja przyjmuje pliki tekstowe \*.DOC i \*.RTF. Grafiki lub zdjęcia (w rozdzielczości nadającej się do druku: 300 dpi) powinny tworzyć osobne zbiory – zalecane formaty: \*.BMP, \*.GIF, \*.TIF, \*.JPG. Tytuły rycin i tabel oraz wszystkie opisy wewnątrz nich powinny być wykonane w języku polskim i angielskim. Do tworzenia wykresów zalecane jest użycie programu Microsoft Excel – wszystkie wersje.

## MASZYNOPIS

1. Objętość prac oryginalnych i poglądowych nie powinna być większa niż 16 stron, a kazuistycznych – 8 stron maszynopisu, łącznie z piśmiennictwem, rycinami, tabelami i streszczeniami (standardowa strona – 1800 znaków).
2. Prace powinny być pisane na papierze formatu A4, z zachowaniem podwójnych odstępów między wierszami, pismem wielkości 12 punktów (np. Arial, Times New Roman). Z lewej strony należy zachować margines szerokości 2 cm, z prawej margines szerokości 3 cm.
3. Propozycje wyróżnień należy zaznaczyć w tekście pismem półgrubym (bold).
4. Na prawym marginesie należy zaznaczyć ołówkiem miejsce druku tabel i rycin.
5. Na pierwszej stronie należy podać:
  - tytuł pracy w języku polskim i angielskim,
  - skrócony (maksymalnie 10 słów) tytuł pracy w języku polskim i angielskim (żywa pagina),
  - pełne imię i nazwisko Autora (Autorów) pracy. Przy pracach wieloosobowych prosimy o przypisanie Autorów do ośrodków, z których pochodzą,

- pełną nazwę ośrodka (ośrodków), z którego pochodzi praca (w wersji oficjalnie ustalonej); w przypadku prac oryginalnych i redakcyjnych – w wersji angielskiej,
- adres, na jaki Autor życzy sobie otrzymywać korespondencję (służbowy lub prywatny) wraz z tytułem naukowym, pełnym imieniem i nazwiskiem, oraz (obligatoryjnie) numer telefonu i adres poczty elektronicznej. Jednocześnie Autor wyraża zgodę na publikację przedstawionych danych adresowych (jeżeli Autor wyrazi takie życzenie, numer telefonu nie będzie publikowany),
- słowa kluczowe w języku polskim i angielskim, zgodne z aktualną listą Medical Subject Heading (MeSH) (od 3 do 5). Jeżeli odpowiednie terminy MeSH nie są jeszcze dostępne dla ostatnio wprowadzonych pojęć, można używać ogólnie używanych określeń.

Na dole strony powinny być opisane wszelkie możliwe konflikty interesów oraz informacje o źródłach finansowania pracy (grant, sponsor itp.), podziękowania, ewentualnie powinna się tu też pojawić nazwa kongresu, na którym praca została ogłoszona.

6. Na drugiej stronie pracy należy wydrukować wyłącznie tytuł pracy w języku polskim i angielskim.

## STRESZCZENIE

Do artykułu następnie należy dołączyć streszczenie, o tej samej treści w języku polskim i angielskim. Streszczenie prac oryginalnych i redakcyjnych powinno zawierać 300-400 słów. Streszczeniu należy nadać formę złożoną z pięciu wyodrębnionych części, oznaczonych kolejno następującymi tytułami: Wprowadzenie, Cel pracy, Materiał i metodyka, Wyniki, Wnioski. Wszystkie skróty zastosowane w streszczeniu muszą być wyjaśnione przy pierwszym użyciu. Streszczenie prac poglądowych i kazuistycznych powinno zawierać 150-250 słów.

## UKŁAD PRACY

Układ pracy powinien obejmować wyodrębnione sekcje: Wprowadzenie, Cel pracy, Materiał i metodyka, Wyniki, Omówienie, Wnioski, Piśmiennictwo, Tabele, Opisy rycin (w jednym pliku tekstowym w wersji polskiej i angielskiej) oraz Ryciny. Sekcja Materiał i metodyka musi szczegółowo wyjaśniać wszystkie zastosowane metody badawcze, które są uwzględnione w Wynikach. Należy podać nazwy metod statystycznych i oprogramowania zastosowanych do opracowania wyników. Wyniki oznaczeń biochemicznych i innych należy podawać w jednostkach SI. Pomiar długości, wysokości, ciężaru i objętości powinien być podany w jednostkach metrycznych (metr, kilogram, litr) lub ich wielokrotnościach dziesiętnych. Temperatura powinna być podana w stopniach Celsjusza.

## TABELE

Tabele należy nadesłać w dwóch egzemplarzach, każda tabela na oddzielnej kartce formatu A4. Tytuły tabel oraz cała ich zawartość powinny być wykonane w języku polskim i angielskim. Wszystkie użyte w tabelach skróty wymagają każdorazowo wyjaśnienia pod tabelą (w języku polskim i angielskim) niezależnie od rodzaju pracy. Tabele powinny być ponumerowane cyframi rzymskimi.

## RYCINY

Ryciny należy nadsyłać w trzech egzemplarzach. Powinny one zostać wykonane techniką komputerową. Tytuły rycin oraz opisy wewnątrz nich powinny być wykonane w języku polskim i angielskim. Wszystkie użyte skróty wymagają każdorazowo wyjaśnienia pod ryciną. Ryciny należy ponumerować cyframi arabskimi. Tytuły rycin należy przesłać na oddzielnej kartce. Do wykresów należy dołączyć wykaz danych. Wydawca zastrzega sobie prawo kreowania wykresów na podstawie załączonych danych.

## SKRÓTY I SYMBOLE

Należy używać tylko standardowych skrótów i symboli. Pełne wyjaśnienie pojęcia lub symbolu powinno poprzedzać pierwsze użycie jego skrótu w tekście, a także występować w legendzie do każdej ryciny i tabeli, w której jest stosowany.

## PIŚMIENNICTWO

Piśmiennictwo powinno być ułożone zgodnie z kolejnością cytowania prac w tekście, tabelach i rycinach (w przypadku pozycji cytowanych tylko w tabelach i rycinach obowiązuje kolejność zgodna z pierwszym odnośnikiem do tabeli lub ryciny w tekście). Liczba cytowanych prac w przypadku prac oryginalnych, redakcyjnych i poglądowych nie powinna przekraczać 30 pozycji, w przypadku prac kazuistycznych – 10. Piśmiennictwo powinno zawierać wyłącznie pozycje opublikowane, zgodne z konwencją Vancouver/ICMJE, stosowaną m.in. przez MEDLINE: <http://www.lib.monash.edu.au/tutorials/citing/vancouver.html>. Przy opisach bibliograficznych artykułów z czasopism należy podać: nazwisko autora wraz z inicjałami imienia bez kropek (przy liczbie autorów przekraczającej 4 osoby podaje się tylko pierwsze trzy nazwiska i adnotację „et al.” w pracach zgłaszanych w języku angielskim lub „i wsp.” w pracach zgłaszanych w języku polskim), tytuł pracy, skrót tytułu czasopisma (bez kropek, zgodny z aktualną listą czasopism indeksowanych w Index Medicus, dostępną m.in. pod adresem <ftp://nlmpubs.nlm.nih.gov/online/journals/ljweb.pdf>), rok wydania, a następnie po średniku numer tomu (rocznika; bez daty wydania jeśli czasopismo stosuje paginację ciągłą) oraz po dwukropku numery stron, na których zaczyna się i kończy artykuł. Strefy nazwiska autorów, tytułu pracy, tytułu czasopisma rozdzielane są kropkami, np.:

- Menzel TA, Mohr-Kahaly SF, Koelsch B, i wsp. Quantitative assessment of aortic stenosis by three-dimensional echocardiography. J Am Soc Echocardiogr. 1997;10:215-223. Opisy wydawnictw zwartych (książki) powinny zawierać: nazwisko(a) autora(ów) wraz z inicjałami imienia bez kropek (przy liczbie autorów przekraczającej 4 osoby podaje się tylko pierwsze trzy nazwiska i adnotację „et al.” w pracach zgłaszanych w języku angielskim lub „i wsp.” w pracach zgłaszanych w języku polskim), tytuł; po kropce – numer wydania książki (ed./wyd., nieopodany przy wydaniu pierwszym), miasto i nazwę wydawcy oraz rok wydania. Przy pracach zbiorowych nazwisko(a) Redaktora(ów) opatrzone jest adnotacją „red.” („ed.(s)” w pracach angielskojęzycznych);
- Iverson C, Flanagan A, Fontanarosa PB, i wsp. American Medical Association manual of style. 9 wyd. Baltimore: Williams & Wilkins; 1998. Przy cytowaniu rozdziałów książki należy podać: nazwisko(a) autora(ów) rozdziału wraz z inicjałami imienia bez kropek (przy liczbie autorów przekraczającej 4 osoby podaje się tylko pierwsze trzy nazwiska i adnotację „et al.” w pracach zgłaszanych w języku angielskim lub „i wsp.” w pracach zgłaszanych w języku polskim), tytuł rozdziału, następnie po oznaczeniu „W:” nazwisko(a) autora(ów) lub redaktora książki wraz z inicjałami imienia, tytuł książki; po kropce – numer wydania książki (ed./wyd., nieopodany przy wydaniu pierwszym), miasto i nazwę wydawcy, rok wydania i numery pierwszej i ostatniej strony poprzedzone literą „p.”;
- Chosia M. Patomorfologia zastawki aorty. W: Szwed H, red. Zwiększenie zastawki aortalnej. Gdańsk: Via Medica; 2002: 1-11. Konieczne jest ścisłe zachowanie interpunkcji według powyższych przykładów cytowania. Odnośniki do publikacji internetowych (z podanym pełnym adresem strony internetowej) są dopuszczalne jedynie w sytuacji braku adekwatnych danych w literaturze opublikowanej drukiem.