Nr 1 (45) rok 2020

ZESZYTY NAUKOWE

WYŻSZEJ SZKOŁY ZARZĄDZANIA

w CZĘSTOCHOWIE

seria

NAUKI O ZDROWIU – MEDYCZNE

CZĘSTOCHOWSKIE WYDAWNICTWO NAUKOWE

ISSN 1429-7752

ZESZYTY NAUKOWE

WYŻSZEJ SZKOŁY ZARZĄDZANIA
w Częstochowie

seria
NAUKI O ZDROWIU – MEDYCZNE

Nr 1 (45) rok 2020

CZĘSTOCHOWSKIE WYDAWNICTWO NAUKOWE

ZESPÓŁ REDAKCYJNY
Redaktor Naczelna: **Dr n. o zdr. Bożena Kosińska**
Zastępcy Redaktor Naczelnej: **Dr n. med. Marek Ludwik Grabowski**
Mgr inż. Joanna Wojtyra
Redaktor prowadząca: **Edyta Przewoźniak**

KOLEGIUM REDAKCYJNE
Dr n. med. Katarzyna Dymczyk-Ociepka,
Dr n. med. Marek Ludwik Grabowski – Prorektor ds. Nauki WSZ,
Dr n. o zdr. Bożena Kosińska,
Dr n. med. Ewa Molka,
Mgr inż. Joanna Wojtyra – Rektor WSZ,
Dr n. med. Włodzimierz Wróbel

EKSPERCI - RECENZENCI
Prof. zw. dr hab. Lidia Bernadeta Brydak – Kierownik Krajowego Ośrodka ds. Grypy, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa

Prof. dr hab. n. med. Marek Kawecki – Kierownik Katedry Ratownictwa Medycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Techniczno-Humanistyczna, Bielsko-Biała

Prof. dr hab. n. med. Józef Piotr Knap – Zakład Epidemiologii i Biostatystyki, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

Dr n. hum. Olga Konatowska – Biblioteka Jagiellońska, Uniwersytet Jagielloński, Kraków

Prof. dr hab. n. med. Krystyna Wanda Żwirska-Korczala – Wyższa Szkoła Zarządzania, Częstochowa

© Copyright by Częstochowskie Wydawnictwo Naukowe
przy Wyższej Szkole Zarządzania

ISSN 1429-7752

Częstochowskie Wydawnictwo Naukowe
ul. 1-go Maja 40, 42-200 Częstochowa
Tel. kontakt. 34 368 30 53; 34 368 06 08

SPIS TREŚCI

Słowo od Rektora 5

Słowo od Prorektora 6

Słowo od Redaktor Naczelnej 7

Marta Majorczyk, Lina Kupstienė, Krystyna Mizerska, Virginija Piligrimienė, Marzena Pytel-Kopczyńska, Saulius Tvirbutas, Joanna Wojtyra
Opportunities to improve communication At healthcare institutions 9

Bożena Kosińska, Marek Ludwik Grabowski
Wirus grypy kontra koronawirus 23

Muhammed Küçükaslan, Metin Yıldız
Nursing Education in Higher Education in Turkey 29

Katarzyna Dymczyk-Ociepka, Agata Sagan
Potrzeba edukacji w komunikacji wielokulturowej w pielęgniarstwie 37

Maciej Węgrzyn
Informowanie - czyli o zastosowaniu cybernetyki w medycynie w komunikacji z pacjentem 59

Anna Dziwińska, Seweryn Cichoń
Komunikowanie się pacjenta z niepełnosprawnością intelektualną w zarządzaniu organizacją publiczną 71

Piotr Tarnowski, Bartosz Wanot
JAK TO POWIEDZIEĆ? Powiadamianie rodziny o zgonie chorego 79

Karolina Syty
Zastosowanie mechanizmu obligacji społecznych w finansowaniu usług opiekuńczych i asystenckich 91

Bożena Kosińska
Powinność a obowiązek w praktyce pielęgniarskiej 105

Autorzy artykułów 113

Szanowni Studenci,
Szanowni Absolwenci,
Szanowni Nauczyciele akademiccy,
Szanowni Czytelnicy,

Częstochowskie Wydawnictwo Naukowe przy Wyższej Szkoły Zarządzania w Częstochowie powstało w 1998 r., a jego pomysłodawcą, założycielem był Świętej Pamięci mój tata prof. WSZ dr inż. Andrzej Dziewiątkowski. Cieszę się, że mogę kontynuować Jego działanie, myśl, wizję.... tak istotną dla rozwoju środowiska lokalnego i nauki w Polsce.
Podziękowania składam na ręce Autorów – za Ich inspirację do działań twórczych.

Cieszę się, że mogę współpracować z ludźmi otwartymi, dzięki którym, podczas mojej kadencji, opublikowany został kolejny numer Zeszytów Naukowych Wyższej Szkoły Zarządzania w Częstochowie.

Życzę dobrej lektury, dalszego rozwoju, satysfakcji z podejmowanych przedsięwzięć oraz szczęścia i wszelkiej pomyślności w życiu osobistym.

Rektor
Joanna Wojtyra

Szanowni Państwo,

Z prawdziwą radością i zarazem przyjemnością, dzięki współpracy wielu pracowników Wyższej Szkoły Zarządzania w Częstochowie, mam zaszczyt zaprezentowania Państwu Studentom, Lekarzom, Pielęgniarkom oraz innym Czytelnikom – reaktywację Zeszytów Naukowych Wyższej Szkoły Zarządzania w Częstochowie. Ten kolejny numer wydanego Zeszytu Naukowego (licząc chronologicznie od 1998 r.) – jest pierwszym numerem po kilkuletniej przerwie spowodowanej różnymi obiektywnymi trudnościami, które na szczęście Uczelnia przezwyciężyła i ma poza sobą. Wznowienie funkcjonowania, powrót do dawnej działalności Zespołu Redakcyjnego w dalece zmieniającej się rzeczywistości, nowe wyzwania stojące przed Wyższą Szkołą Zarządzania związane z uruchomieniem nowych kierunków kształcenia – II stopień studiów magisterskich na kierunku Pielęgniarstwo, realizacja nauczania języka angielskiego na poziomie biegłości B2 Europejskiego Systemu Opisu Kształcenia Językowego oraz studia podyplomowe w wielu kierunkach zawodowych dla nauczycieli, kadry medycznej z zakresu zarządzania, kształcenie przyszłych menedżerów przedsiębiorstw i systemu opieki zdrowotnej – wszystko to spowodowało konieczność stworzenia możliwości pracy naukowej poprzez publikowanie naukowych treści dostosowanych do zainteresowań Państwa Wykładowców Akademickich, jakże potrzebnych w sferze coraz to wyższych wymagań naukowych, popularyzacji osiągnięć naukowych i przede wszystkim przekazywanie najnowszych informacji medycznych Społeczności Akademickiej w celu wdrażania ich w codzienne, zawodowe życie.

Życzę Wszystkim, którym dobro i rozwój Uczelni Częstochowskiej WSZ leży na sercu, aby swoimi pomysłami naukowymi mogli wzbogacać prestiż i jakość naukowych artykułów publikowanych w Zeszytach Naukowych WSZ. Ze swej strony zapewniam Państwa Czytelników, że wspólnie z nowo powołaną Redaktor Naczelną dr n. o zdr. Bożeną Kosińską, będziemy systematyczne wzbogacać skład przedstawianych Członków Kolegium Redakcyjnego oraz grupy Ekspertów – Recenzentów naszego naukowego Czasopisma.

Prorektor ds. Nauki
Dr n. med. Marek Ludwik Grabowski
prof. WSZ

Witam serdecznie,

Mam zaszczyt zaprezentować Państwu nowym numer Zeszytów Naukowych Wyższej Szkoły Zarządzania w Częstochowie. Jestem przekonana, że ich znakiem rozpoznawczym będzie wielodyscyplinarność i aktualność tematyczna.

Już pierwszy numer Zeszytów jest tego potwierdzeniem. Autorami artykułów są lekarze, pielęgniarki, pedagodzy, psycholodzy, specjaliści od zarządzania i komunikowania. Wszystkim, którzy zdecydowali się przekazać swe prace, serdecznie dziękuję. Są bowiem jednocześnie pionierami i motywatorami dla innych. Tylko zaangażowanie całej społeczności akademickiej, pozwoli Zeszytom Naukowym, utrzymać się na najwyższym poziomie profesjonalizmu.

W tej nieoczekiwanej, pandemicznej sytuacji, nie mogło zabraknąć podjęcia aktualnego zagadnienie jakim jest zakażenie SARS-CoV-2. Wyższa Szkoła Zarządzania otrzymując akredytację na prowadzenie pielęgniarskich studiów magisterskich, nawiązała kontakt z innymi uczelniami, również zagranicznymi, których przedstawiciele, już dzielą się z nami wiedzą na temat kształcenia pielęgniarek w Turcji. Komunikacja stanowi nieodzowną część życia ludzkiego. Dlatego też przedstawiono proces komunikowania w różnych aspektach. Na zakończenie pierwszego numeru, parę refleksji na temat powinności i obowiązku. Jak przekształcić obowiązki zawodowe narzucane przez prawo w powinność wynikającą z własnego wnętrza, z własnej potrzeby.

Życząc ciekawej lektury, rekomenduję Państwu Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Zarządzania w Częstochowie, i przekazuję Wam moje motto: *Czytajcie, cytujcie i publikujcie.*

Dr n. o zdr. Bożena Kosińska
Redaktor Naczelna

Marta Majorczyk, Lina Kupstienė, Krystyna Mizerska, Virginija Piligrimienė, Marzena Pytel-Kopczyńska, Saulius Tvirbutas, Joanna Wojtyra

OPPORTUNITIES TO IMPROVE COMMUNICATION AT HEALTHCARE INSTITUTIONS

Abstract

The activities of healthcare institutions (hereinafter HCI) are directly related to human health; therefore, special emphasis should be placed on the quality of services. Good quality of healthcare in the country depends not only on substantial funding. Other factors, such as internal and external communication, are important, too. HCIs must arrange good internal and external communication in order to achieve high quality of activities. **The proposed paper aims** at analyzing the process of communication in two selected samples and trying to make recommendations for improvement.

Material and method: the article discusses the theoretical aspects of internal and external factors of communication in healthcare institutions and presents the results of an empirical survey, which reveals the staff and patients' attitudes towards internal and external communication in two similar-size regional hospitals in Lithuania and Poland. Methods of information collection, communication between the medical personnel and patients, as well as internal and external communication barriers from the staff and patients' perspectives are analysed.

Results and conclusions: the survey of communication in Polish and Lithuanian hospitals confirmed the premise that not only private but also public institutions must attach importance both to internal and external communication in order to strengthen the brand, which involves the organisation's identity, visibility and image. To conclude, the results of the survey show that internal and external communication of the studied hospitals meets the staff and patients' expectations to a considerable extent; however, it is appropriate to improve the forms of information transmission, communication between the medical personnel and patients, and internal communication by means of organising the training of HCI administration and personnel, by increasing the number of convenient forms of communication for the staff (intranet, closed groups in social media platforms, special apps), and by organising motivational and team-building events. The results of the survey and

recommendations provided may help other HCIs to improve their internal and external communication.

Keywords: communication, healthcare institutions, medical personnel, patients.

1. Introduction

Relevance of the topic: health and welfare are global targets representing the fundamental rights and important components of sustainable economic and social development. The Health21 framework of the World Health Organisation highlights the importance of the greater involvement of citizens in their health care and making them better informed [1]. Appropriate communication, namely interpersonal relations of patients and HCI staff, information provided to people and respect for patients have major importance for improving the quality of HCI services. Analysis of this process and recommendations for healthcare institutions is of great relevance because the improvement of the communication process has a direct effect on the quality of HCI services. It is appropriate, when drawing up recommendations, to share experience, to analyse the HCI communication process in more than one country, and to compare HCI communication processes in different countries.

Research question: Internal communication failures and accessibility of information about services provided to patients at Public body Kaunas Clinical Hospital (Lithuania) and Czestochowa Regional Specialised Hospital (Poland).

Aim of research: to conduct a communication survey in Lithuanian and Polish HCIs and to provide recommendations on how to improve communication.

Research object: communication in healthcare institutions.

Objectives:

- Review the current state-of-the-art literature in the field.
- Analyse and compare internal and external communication factors in Lithuanian and Polish healthcare institutions of similar size.
- Provide recommendations on how to improve communication.
- Research methods: analysis of scientific literature and other sources of information, questionnaire survey and analysis of survey results.

There are many definitions of communication in scientific literature [2 – 5]. Communication definitions provided by communication theorists have one common aspect, namely exchange of information. The reviewed definitions can be summarised as follows: “Communication is a type of

interaction, which facilitates connection, exchange of information, and thoughts and information transmission".

Communication helps to guide all members of an organisation in the right direction and strive for the organisation's common goals. Therefore, the exchange of information inside and outside the organisation is very important. According to Pytel-Kopczynska [6], good communication, positive interpersonal relations inside the organisation, and social support at work increase job satisfaction, self-esteem, professional development and help in finding meaning at work. Good internal communication may reduce tensions among employees, usually caused by interpersonal conflicts. Ozaeta&An [7] see internal communication as an adhesive that glues all four functions of management: planning, organising, leading and control. According to Spaho [8], external communication is the exchange of information with the environment. As Stanisauskiene [5] maintains, the external communication of an organization embraces the provision of information and assurance of the feedback in interaction with the environment, which includes customers, partners, suppliers, media, governmental authorities, and other groups of society. In other words, that means public relations. Valackienė and Trofimovas [9] state that internal communication must be carried out in parallel with external communication in order to sustain confidence between the organisation and the external environment, to build the organisation's positive image, and to maintain its reputation.

According to Wright, Sparks, O`Hair [10], research in health communication has become one of the fastest growing pragmatic research areas of communication science.

Efficient and effective communication is the key factor in improving the quality of healthcare. Pytel-Kopczynska [6] argues that medical personnel will share their findings, give suggestions, enrich the knowledge resources of the therapeutic team, improve the quality of work, and build mutual consent-regulated interpersonal relationships with their colleagues in a confidence and - trust-based teamwork culture. According to Pauzuoliene and Januskaite [11], effective communication requires certain skills, mutual understanding and respect on both sides - the administration of the organization and the employees. In this scope, the role and communication skills of the manager of a health care institution become very important, as important as his ability to work in a team, motivate employees, provide assistance, coordinate, and resolve conflicts.

Dobrzański [12] maintains that healthcare institutions must react effectively to signals from the environment, analyse the changing needs of the general public, accept and system changes. The position of a certain department in the market of medical services depends on professional intuition, the ability

to predict the direction of changes, as well as involvement and willingness to encourage professionalism among staff. Every HCI manager and staff member must have good communication skills and present information in an appropriate manner.

Thompson, Parrott and Nussbaum [13] state that good healthcare communication involves clearly formulated sentences, medical terminology and appropriate body language. If relevant medical information is presented in a complex way, the patient may not understand it. The information should be easy to accept and comprehend. Also, the quality of communication between medical staff and patients depends on the clarity of the information.

Effective HCI communication is the prerequisite for the successful operation and continuous development of the organisation, and the motivation of medical personnel. Effective communication is achieved by regular monitoring and recording barriers in external and internal communication as well as by attempts to eliminate and alleviate their negative effects. Effective HCI communication has many advantages: a better working environment, patients' compliance with treatment recommendations, fewer actions brought to court, and fewer negative messages in the media.

2. Survey and results

2.1 Methods and characteristics

Two different questionnaires, one for medical personnel and one for patients, were developed taking into consideration scientific publications highlighting the importance, as well as the major issues, of communication in healthcare institutions. The aim of the survey was to elicit information about communication barriers faced by hospital staff and patients, and about the factors that, in their opinion, would improve internal and external communication.

Locations of the survey: Kaunas Clinical Hospital (Lithuania) and Czestochowa Regional Specialised Hospital (Poland).

Number of respondents: 534 staff members and 543 patients.

Survey time: August–September 2019.

The following aspects were distinguished in the analysis of the survey results:

- Barriers of communication between hospital personnel and patients;
- Internal communication between hospital staff members.

These aspects are interrelated because internal communication plays an important role in improving the quality of service, along with the organisation's image and reputation, as well as ensuring the quality of communication

with patients. External communication, which is closely related to image building, is also important for the organisation's internal psychological climate and employee satisfaction.

2.2. Barriers identified by patients

The majority of interviewed patients in Kaunas and Czestochowa hospitals stated that the basic information about healthcare institutions and services provided therein was easy to find (55.07% in Lithuania and 54.36% in Poland); therefore, the dissemination of information of both institutions in general may be regarded as acceptable. However, in terms of information quality, the survey suggests that information should be more comprehensive and updated: almost one third of the patients (35.5% in Lithuania and 32.8% in Poland) interviewed in both countries agreed with the statement that they received sufficient information. Therefore, the general communication of the institutions needs improvement. The answers to other questions of the questionnaire would help institutions to see the major barriers hindering a more satisfactory communication experience.

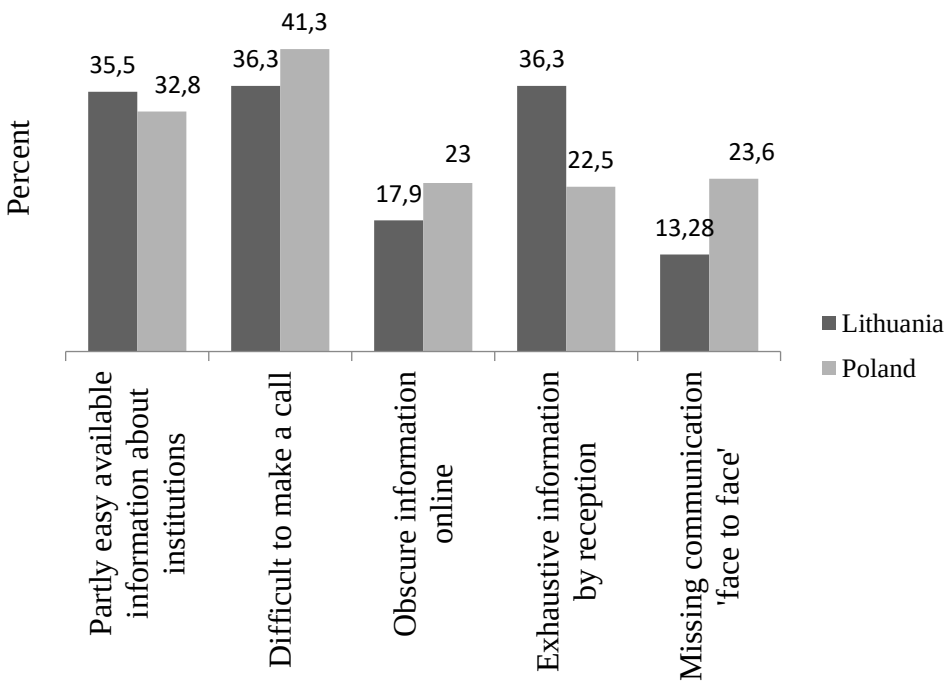


Fig. 1 Patients' observations on communication. Own results.

A website is one of the main means of introduction of modern organisations. Usually, the website contains the latest news, a list of services and conditions for receiving services, and contact details. This form of communication is important and is seen as an integral part of the organisation's image. Nevertheless, 17.97% of Lithuanian and 54.36% of Polish respondents answered that information in websites is not clear. In general, the majority of patients find information on institutions' websites to be sufficient. Such answers were received from 32.03% of Lithuanian and 54.36% of Polish respondents. The survey results show that patients would gain higher satisfaction from improved visualisation and ergonomics of the website.

A significant number of respondents indicated the difficulty of reaching healthcare institutions by phone. This information proves the importance of the telephone as a means of communication. The telephone is mainly used to receive information about services and to make an appointment with a doctor. Although online patient registration systems are available in both countries, they have not been developed yet to such an extent that they could be used as the main, not as a supplementary, means of communication. Communication by phone has disadvantages because it is possible only in real time with both persons available for conversation, i.e. there is no possibility to leave a message, inquiry or request when the phone line is busy. A high number of phone calls from patients and an insufficient number of telephone lines and operators makes it difficult to reach a healthcare institution. Otherwise, 36.3% of respondents in Lithuania saw communication by phone problematic and 43.75% found it difficult to some extent. In Poland the results were 41.33% and 36.53%, respectively.

Hospital reception is the first point of call for getting appointment for outpatient consultations and primary information about the availability of services. Moreover, 36.72 % of patients in Lithuania disagreed that they got all the necessary information there, whereas in Poland the share of negative answers was 22.55%. Presumably, technical improvements for communication by phone and finding alternative forms would help to solve the problem. Internet-based technologies might be a potential alternative. The attractiveness of these technologies to patients will be discussed in the analysis of respondents' expectations.

Face-to-face communication with medical personnel is still the most important form of communication both for Lithuanian and for Polish patients. This preference is natural because medical personnel usually consult patients face-to-face. On the other hand, 13.28% of Lithuanian respondents and 54.36% of Polish respondents indicated that too little time is given to this type of communication, and 49.2% (Lithuania) and 43.54% (Poland) of respondents agreed to the statement in part.

The patients' evaluation of information received face-to-face was positive: only 15.63% of Lithuanian patients and 14.29% of Polish patients did not agree with the statement that medical personnel provide sufficient information. It is thus apparent that direct verbal communication between patients and medical personnel is of sufficient quality and complete, although it could be more frequent.

The answers of health professionals in the survey questionnaires revealed that excessive workload hinders their communication with patients. This reason was marked by 62.5% of Lithuanian and 54.36% of Polish health professionals. The importance of face-to-face conversation is illustrated by the fact that 64.84% (12.89% in part) of Lithuanian respondents and 25.54% (51.44% in part) of Polish respondents received information about the institution through this means of communication.

2.3 Patients' expectations

The patients' survey revealed the alternatives that would help to remove difficulties of communication by phone. It is online communication with a possibility to make an appointment and ask the staff questions. Moreover, 52.34% of Lithuanian respondents found this opportunity attractive and 26.17% found it attractive in part, 66.54 % of Polish respondents found this opportunity attractive and 29.04% found it attractive in part. Social networks have become an important means of communication.

Healthcare institutions are not an exception and 41.8% (36.72% in part) of Lithuanian patients and 51.52% (46.88% in part) of Polish patients would like to receive information through social media.

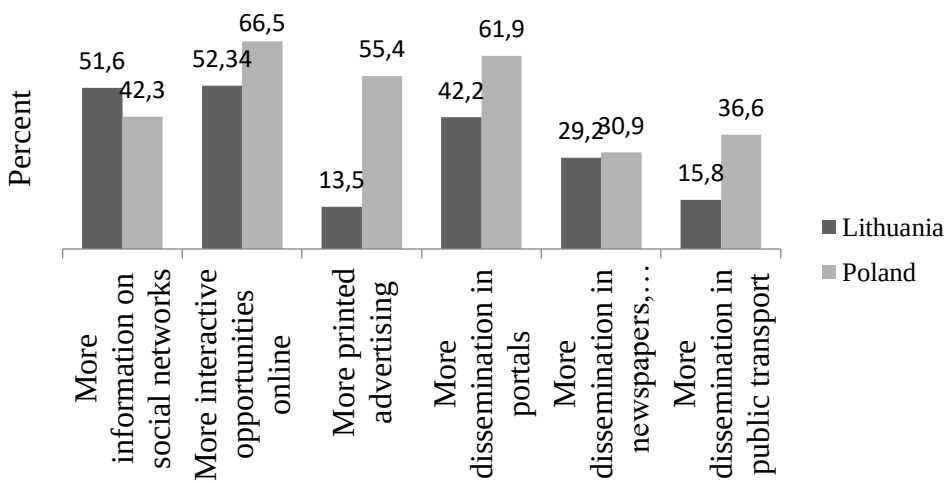


Fig. 2 Patients' requests. Own results.

In terms of accessibility of general information about healthcare institutions, mass media remains an important source of information. 35.55% (46.88% in part) of respondents in Lithuania stated that they received information in mass media. The figures in Poland were 30.91% (46.55% in part). A greater difference between the countries was observed in the approach of patients to leaflets and information about HCIs in specialised publications. Otherwise, 55.43% of Polish patients agreed with this questionnaire statement and only 13.5% of Lithuanian patients. The preference to receive information from news portals also differed: this means of communication was acceptable to 61.87% of Polish and 42.19% of Lithuanian patients.

2.4 Relationship between patients and health professionals

Patients mostly communicate with physicians and nurses; therefore, a block of questions covered their communication with hospital staff. The assessment of health professional' approach was also important as it shows the usefulness of external communication tools.

Many patients find non-verbal communication (voice tone, face expression, etc.) important: 62.5% in Lithuania and 57.88% in Poland. Hospital staff also shared the same opinion: 70.8% in Lithuania and 54.5% in Poland.

Feedback is an important prerequisite for high-quality communication. Then 35.16% (49.22% in part) of Lithuanian patients acknowledged the possibility to report an issue or inappropriate behaviour of the hospital staff. The results in Poland were similar: 37.69% (48.13% in part). Positive answers of the medical personnel to the same question were 73.3% in Lithuania and 43.4% in Poland.

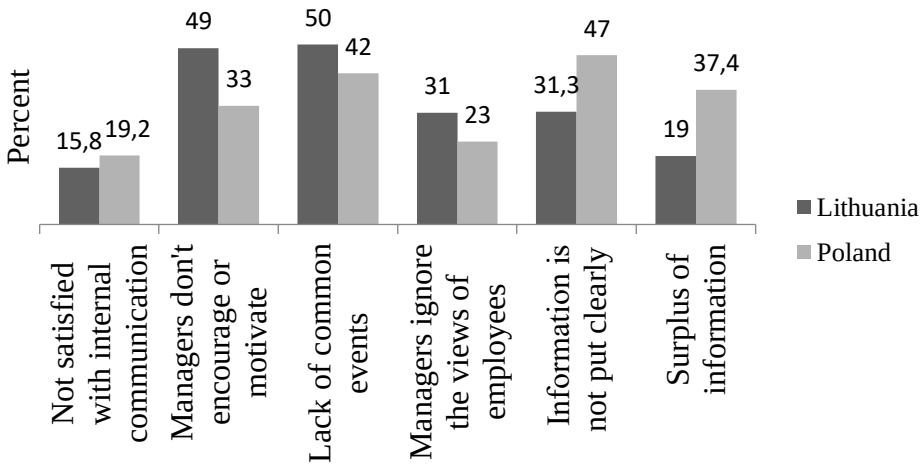


Fig. 3 Hindrances for internal communication. Own results.

In summary, the organisational climate in both healthcare institutions was satisfactory because the major part of hospital staff assessed it positively or positively in part. The share of negative answers regarding internal communication was 15.8% in the Lithuanian hospital and 19.32% in the Polish hospital.

Although there was little difference in the overall assessment of internal communication in both institutions, the assessment of factors that hinder smooth communication differed. It is important for organisations that any information circulating between departments, between managers and subordinates and between the employees is clear and easy to understand. Farther, 31.3% of Lithuanian hospital staff and significantly more, i.e. 47% of Polish hospital staff missed information clarity and comprehensibility. The quality of internal communication also deteriorates when employees receive abundant information not classified by priorities. Excessive information is burdensome, it competes with the dissemination of relevant information, and it becomes difficult to comprehend. This issue was brought up by 19% of respondents in Lithuania and many more, namely 37.4% of respondents in Poland,

The quality of the organisation's activity depends on smooth communication between the chains of command in the hierarchy, feedback, and motivational incentives. Employees feel important in the organisation to the extent of the significance of their opinion to the management. Nevertheless 31% of Lithuanian respondents stated that managers do not take their opinion into account. This problem was stated by 23% of Polish respondents. It should be noted that due to the multi-tiered management structure of the institution it was not possible to trace which managerial positions (top or middle) were evaluated because the relevance of communication differed: some employees find communication with heads of their units important, and the latter find communication with administration officers important. Otherwise, 34.8% of Lithuanian and 29.3% of Polish respondents indicated communication problems with managers. However, many more employees in both institutions, namely 2.9% in Lithuania and 52% in Poland, indicated problems of communication with co-workers having equal positions. Quite a number of employees in both institutions stated the lack of motivation and incentives for good work done. 49% of respondents in Lithuania stated that managers did not use any incentives, whereas in Poland 33% of respondents chose the same answer. Nevertheless, only 18.8% of Lithuanian respondents and 11.3% of Polish respondents marked incentives or penalties according to patients' feedback as measures that would improve internal communication. Presumably, the employees do not find the matching of incentives with patients' feedback acceptable as the feedback may be not be only positive but also negative and that would bring up the possibility of sanctions.

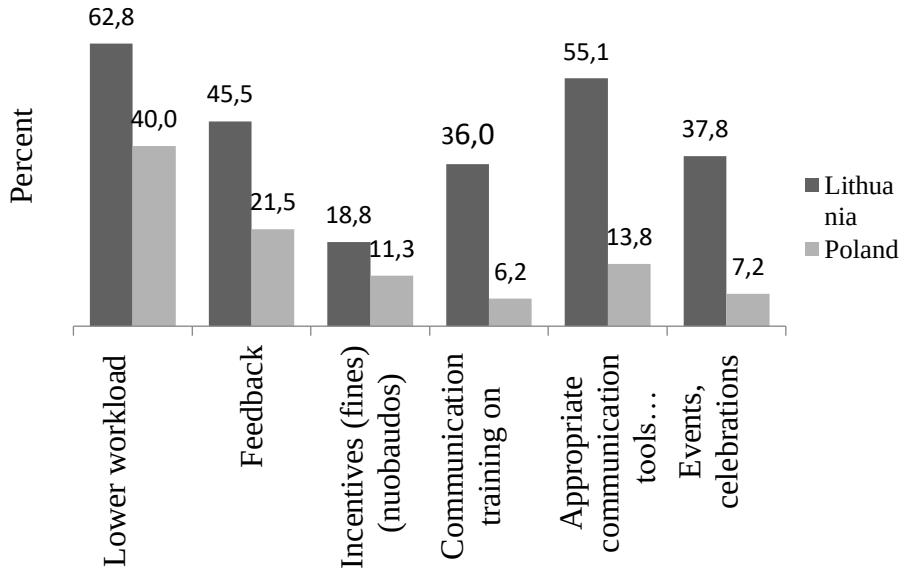


Fig. 4 Measures to improve internal communication. Own results.

The survey revealed differences in assessing measures that would improve internal communication. The majority of Lithuanian respondents (62.8%) indicated that lower workload would improve the organisational climate best. In Poland 40% of respondents shared the same opinion. Moreover, 45.5% of Lithuanian respondents clearly indicated the need for effective feedback from managers, whereas in Poland 21.5% indicated this need. Further, 36% of Lithuanian respondents found internal communication training very relevant, whereas in Poland this measure is important only to 6.2% respondents. The need for collective events also differed between the countries: 37.8% of Lithuanian respondents found it relevant, whereas in Poland only 7.2% respondents indicated the usefulness of such events. Lithuanian respondents put a much stronger emphasis on the use of appropriate communication tools – 55.1% found them important, whereas this number in Poland was 13.8%. Such a great difference of attitudes to certain internal communication aspects in Lithuania and Poland requires a separate study, as it is not clear whether internal communication in the Lithuanian institution is very problematic and due to this reason improvement measures are highlighted or there are some other reasons.

3. Discussion

Direct communication was the topic most often mentioned by the participants of this study. It seems that this may be related to the degree of focus on the tasks performed by medical staff and they don't treat them as individuals. These *results are similar* to those from another *study [14]* of communication between *patients and a* hospital interdisciplinary team. Interestingly, some researchers [15] suggest that patients do not want to openly criticize the lack of good communication with hospital staff because of fear of punishment, or the passive nature of the patient's role in public healthcare. They indicate that instead, patients keep criticism to themselves. In addition, this study shows that 41.8% of Lithuanian patients and 51.52% of Polish patients want an increased flow of medical information through social media. Due to the fact that these are specific data, this is surprising information. This is not an isolated opinion. Bosley J. C. et al. [16], and Cavallo D. N. et al. [17] obtained similar results on this subject. The authors present the positive influence of selected social media in the prevention of cardiological diseases and in oncology.

Participants in this study described telephone communication as a problem. Frequent disconnections with hospital reception can result in unmet needs. Other research [18] supports this notion that inadequate telephone access may lead to an inefficient health-care system. The authors emphasize the need for the standardization and periodic assessment of telephone systems in healthcare to ensure that they meet patient expectations.

Both Poles and Lithuanians said that reducing workload is the best method for improving internal communication. Our findings echoed those of Anoosheh M. et al. [19], whose participants emphasize the following barriers in communication with the patient: ‘heavy nursing workload’, ‘hard nursing tasks’ and ‘lack of welfare facilities for nurses’. Another study [20] shows that communication problems arise for three main reasons: the patient as a human and the specificity of the disease; “the nurse as a human factor”; problems with organization in the institution. The “workload and time imbalance” has been classified in the third group.

Our findings were repeated in the research of Salmon and Young [21] especially those regarding hospital staff perception of the gap between theory and practice, and their skepticism about the effectiveness of communication training.

Such information can be introduced in hospital staff education, and therefore allow personnel to develop patient-medical staff communication skills that are fundamental to the delivery of quality healthcare.

4. Conclusions

1. The survey has confirmed that all organisations, not only private, but also public institutions must pay attention both to internal and to external communication. In view of the abundance of information on products and services, the institution's communication is the prime reference for the selection of services, including health services.
2. Effective HCI communication has many advantages: a better working environment, patients' compliance with treatment recommendations, fewer actions brought to court, fewer negative messages in the media.
3. According to the survey results, patients want to find the maximum amount of information on websites and social networks, although the promotion of the organisation's activities in the media remains necessary. Therefore, public institutions should not limit their communication to ordinary advertising messages, but should consistently create concise and clear content, announce the news and create conditions for quick two-way communication in social media and special chat platforms like business companies do.
4. Internal communication is no longer just the transmission of executive decisions to subordinates. It is also a motivational tool that strengthens the team and creates an attractive employer's image. The survey data show that respondents, i.e. hospital personnel, find it important to receive intangible incentives and to participate in collective events.

5. Recommendations

1. *Dissemination.* Training on how to create engaging content and manage it on social networks: Facebook, Instagram, Youtube should be organised. Regular monitoring of website content and design is advisable in order to have this informative and representative information up to date. A plan of interesting and attractive publications about the institutions should be developed because patients find information about healthcare institutions in the media relevant.
2. *Better communication with patients.* Use chatbots, and organise training on managing stressful situations caused by difficult patients and heavy workloads. Based on the survey results about insufficient information received, it would be appropriate to invest in effective reception equipment: recording equipment that makes it possible to analyse and investigate the quality of communication with patients, and more convenient telecommunication equipment (headphones, microphones,

so that receptionists would have their hands free and could do their job more efficiently).

3. *Improvement of internal communication.* Organise trainings for managers and staff, implement more convenient measures for the staff (intranet, closed groups on social media platforms, special apps). Hold motivating events and celebrations to build social contacts among the staff.

BIBLIOGRAFIA:

[1] HEALTH21 – health for all in the 21st century. World Health Organization Regional Office for Europe, 1998. Available at: https://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/health21-health-for-all-in-the-21st-century
[2] Delmastro F. Pervasive communications in healthcare. Computer Communications 2012;35(11):1284 – 1295.
[3] Tariszka-Semegine E. Organizational internal communication as a means of improving efficiency. European Scientific Journal 2012;8(15):86 – 96.
[4] Gudoniene V, Tarpkultūrinė komunikacija. UAB Fortuna Publica 2013:37 – 55. Available at: https://www.marko.lt%2Fwpcontent%2Fuploads%2F2016%2F09%2F2013_Tarpkulturine_komunikacija.pdf.pdf&usg=AOvVaw3haucXM06qFIMEBa_0nLl-
[5] Stanišauskienė V. Dalykinė komunikacija. Kaunas: Technologija 2016:13 – 38.
[6] Pytel-Kopczyńska M. Sources of Work Satisfaction in the Opinion of Nursing Staff. Part II – Research on Social Factors. w: Zarządzanie systemem człowiek – praca w podmiotach leczniczych – wybrane zagadnienia. Pytel-Kopczyńska M., (red.), Wydawnictwo Wydziału Zarządzania Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa, 2015:141-160.
[7] Ozaeta DEL, An IL. Use of Internal Communication Tools among AG&P Employees. Journal of Education and Literature, 2014;1(1):20 – 30.
[8] Spaho K. Organizational communication and conflict management. Management, 2013;18(1):103-118.
[9] Valackienė A., Trofimovas V. Pokyčių komunikacija viešajame sektoriuje: tyrimo metodologijos konstruktas. Organizacijų vadyba: Sisteminiai tyrimai, 2016;(73):121 – 141.
[10] Wright KB, Sparks L, O'Hair HD. Health Communication in the 21 st Century (2nd ed.) Wiley-Blackwell 2012:93 – 115.

[11] Paužuolienė J, Januškaitė A. Sveikatos priežiūros įstaigų vidinės komunikacijos barjerų šalinimas. Regional Formation and Development Studies: Journal of Social Sciences 2019;2:86 – 98.
[12] Dobrzański K. Zmiany systemowe w sektorze ochrony zdrowia. Praca poglądowa. Pielęgniarstwo Polskie 2017;1(63):142 – 149.
[13] Thompson TL, Parrot R, Nussbaum JF. The Routledge Handbook of Health Communication: Second Edition. Routledge 2011:55 – 75.
[14] Chan EA, Wong F, Cheung MY, Lam W. Patients' perceptions of their experiences with nurse-patient communication in oncology settings: A focused ethnographic study. PLoS One. 2018;13(6):e0199183.
[15] Unhjem JV, Vatne S, Hem MH, Transforming nurse-patient relationships-A qualitative study of nurse self-disclosure in mental health care. J Clin Nurs.;2018:e798-e807.
[16] Bosley JC, Zhao NW, Hill S, et al. Decoding twitter: Surveillance and trends for cardiac arrest and resuscitation communication. Resuscitation. 2013:84(2);206–212.
[17] Cavallo DN, Chou WY, McQueen A, Ramirez A, Riley WT. Cancer prevention and control interventions using social media: user-generated approaches. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2014;23(9):1953–1956.
[18] Locatelli SM, LaVela SL, Talbot ME, Davies ML. How do patients respond when confronted with telephone access barriers to care?. *Health Expect*. 2015;18(6):2154 – 2163.
[19] Anoosheh M, Zarkhah S, Faghihzadeh S, Vaismoradi M. Nurse–patient communication barriers in Iranian nursing. International nursing review 2009;56(2):243 – 249.
[20] Zamanzadeh V, Rassouli M, Abbaszadeh A, Nikanfar A, Alavi-Majd H, Ghahramanian A. Factors Influencing Communication Between the Patients with Cancer and their Nurses in Oncology Wards. Indian J Palliat Care. 2014;20(1):12 – 20.
[21] Salmon P., Young B. Creativity in clinical communication: From communication skills to skilled communication. Medical Education 2011;45(3):217 – 226.

Bożena Kosińska, Marek Ludwik Grabowski

WIRUS GRYPY KONTRA KORONAWIRUS. INFLUENZA VIRUS VERSUS CORONAVIRUS.

Streszczenie

Zakażenia dróg oddechowych wywołane wirusem grypy są dużym problemem zdrowotnym na całym świecie. Światowa Organizacja Zdrowia podaje, iż wirus grypy jest odpowiedzialny za około 5 milionów infekcji klinicznych oraz 250-500 tys. zgonów rocznie. Wirus grypy, należy do grupy wirusów RNA, rodziny *Orthomyxoviridae.* Na grypę składa się zespół objawów związanych z ostrym zakażeniem układu oddechowego (nosa, krtani, tchawicy i oskrzeli). W dniu 31 grudnia 2019 r., Krajowe Biuro WHO w Chinach, zostaje poinformowane o przypadkach zachorowania na zapalenie płuc o nieznanej etiologii w Wuhan City. Międzynarodowy Komitet Taksonomii Wirusów (International Committee on Taxonomy of Viruses, ICTV) nowego wirusa nazywa: *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2* (SARS-CoV-2). Objawy COVID 19, to: gorączka, suchy kaszel, zmęczenie, odkrztuszanie plwociny, płytki oddech oraz bóle mięśni, gardła, głowy. Poczucie dość wysokiego wskaźnika śmiertelności – 3,4%, napawa ludzi niepokojem. Po raz kolejny wirus grypy okazuje się mało poznany i bardzo niebezpieczny.

Abstract:

Respiratory tract infections caused by influenza virus are a worldwide major health problem. The World Health Organization reports that the influenza virus is responsible for approximately 5 million clinical infections and 250-500 thousand deaths annually. The influenza virus belongs to the group of RNA viruses, t*he Orthomyxoviridae* family. The influenza consists of a set of symptoms associated with acute respiratory infection (nose, larynx, trachea and bronchus). On December 31, 2019, the National Office of the WHO in China was informed of cases of pneumonia of unknown etiology in Wuhan City. The International Committee on Taxonomy of Viruses (ICTV) calls the new virus: *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2* (SARS-CoV-2). Symptoms of COVID 19 are: fever, dry cough, fatigue, expectoration of sputum, shallow breathing, and pain in the muscles, throat and head. Relatively high mortality rate - 3.4%, fills people with anxiety. Once again, the influenza virus appears to be little known and very dangerous.

Słowa kluczowe: grypa, hiszpanka, SARS-CoV-2, COVID 19, pandemia.

Key words: influenza, Spanish flu, SARS-CoV-2, COVID 19, pandemic.

Zakażenia dróg oddechowych wywołane wirusem grypy są dużym problemem zdrowotnym na całym świecie. Z przedstawianych przez Światową Organizację Zdrowia (*World Health Organization,* WHO) danych, wirus grypy jest odpowiedzialny za około 5 milionów infekcji klinicznych oraz 250-500 tys. zgonów rocznie [1]. Już 400 lat przed naszą erą „ojciec medycyny"Hipokrates z Kos przedstawił objawy choroby epidemicznej przypominającą w swym opisie grypę (łac. *influenza;* ang. *influenza, flu*).

Wirus grypy, sprawca zachorowania, należy do grupy wirusów RNA, rodziny *Orthomyxoviridae.* Podział na trzy typy wirusa – typ A, typ B i typ C – opiera się na odrębnościach antygenowych pomiędzy kluczowymi białkami wirionu, czyli białkiem M i nukleoproteiną – NP.

Na grypę składa się zespół objawów związanych z ostrym zakażeniem układu oddechowego (nosa, krtani, tchawicy i oskrzeli). Wirus typu A, *Influenzavirus A* (FLUAV), charakteryzuje się największą zmiennością i jest on odpowiedzialny za wywołanie pandemii *hiszpanki*, *świńskiej grypy* oraz *ptasiej grypy*. Objawy grypy od najczęściej występujących: wysoka gorączka, dreszcze, bóle mięśniowo – stawowe (popularnie zwane „łamaniem w kościach"), ból gardła, głowy oraz suchy kaszel.

Występowanie grypy podlega pewnej sezonowości i jednocześnie specyficznemu nazewnictwu. Mianowicie, tzw. grypa sezonowa, wywołana jest przez wirusy grypy występujący u ludzi i charakteryzuje się corocznym występowaniem w okresie epidemicznym. Z kolei grypa pandemiczna występuje co kilka lub kilkanaście lat w postaci światowych epidemii (pandemii) wywołana przez zazwyczaj nowy, dotychczas nieznany u człowieka podtyp lub wariant wirusa. Przykładem pandemii, która siała spustoszenie w latach 1918 – 1920, jest grypa *hiszpanka.* Była największą i najtragiczniejszą w historii ludzkości pandemii choroby zakaźnej [2-5]. Rozszyfrowanie struktury tego wirusa grypy stało się możliwe dzięki postępowi w badaniach naukowych opartych na biologii molekularnej oraz ekspedycjom naukowym mających na celu pobranie próbek tkanki płucnej ofiar śmiertelnej grypy, które w stanie zamrożonym przechowały się do obecnych czasów na Alasce i Spitsbergenie. Analizy – kliniczna, epidemiologiczna, a w niemal 80 lat po jej wygaśnięciu także wirusologiczna molekularna [6,7], potwierdziły jej unikalność. Podstawowe znaczenie dla oceny dynamiki jej szerzenia się, ciężkości przebiegu i powikłań, mają do dziś poczynione wówczas na całym świecie – choć na różną skalę i z różną dokładnością – badania epidemiologiczne.

W Polsce, tak jak w innych krajach pandemia *hiszpanki* (1918-1920) przebiegała w trzech falach (rzutach) epidemicznych, w których nasileniu liczby zachorowań towarzyszył również gwałtowny krótkotrwały wzrost liczby zgonów, a niewątpliwie i śmiertelności. Szczyty zachorowalności (*morbidity*), umieralności (*mortality*) i śmiertelności (*fatality*) wystąpiły w stolicy, Warszawie w grudniu 1918 oraz w grudniu 1919 – styczniu 1920 roku, powodując w okresie od lipca 1918 r. do 21 lutego 1920 roku – 1189 zgonów. Z dostępnych danych w Polsce (szczątkowych, zbieranych zarówno w języku polskim, jak i francuskim, rosyjskim) można oszacować, że w całym tym okresie pandemii 1918-1920, zmarło w Polsce, od 200 000 do 300 000 osób w większości z powodu zapalenia płuc lub opłucnej. W pandemię europejską włączyła się Komisja Epidemiologiczna nowopowstałej Ligi Narodów i osobiście jej współorganizator, Delegat Polski, dr Ludwik Rejchman (1881-1965), późniejszy współtwórca UNICEF [8], który w roku 1919 publikuje na temat trwającej pandemii *hiszpanki* [9]. Regulacje prawne jakie obowiązywały wówczas w Polsce odnośnie zapobiegania występowaniu chorób zakaźnych to była ustawa z dnia 25 lipca 1919 r. w przedmiocie zwalczania chorób zakaźnych oraz innych chorób występujących nagminnie (Dz. U. 1919, Nr 67, poz. 402). Wprowadzała ona obowiązek zgłaszania i rejestracji zachorowań i zgonów na 21 chorób zakaźnych (jednak bez grypy). Dopiero 19 lutego 1920 roku na podstawie wyżej przywołanej ustawy, Minister Zdrowia Publicznego (MZP), wydał rozporządzenie „zobowiązujące lekarzy do zgłaszania przypadków influenzy, połączonych z zapaleniem płuc lub opłucnej" [10].

Ciężkość przebiegu *hiszpanki* i wysoką śmiertelność szczególnie wśród młodych, dotychczas zdrowych, tak próbuje tłumaczyć Landau [11], na podstawie swego wielkiego doświadczenia z lat 1918-1920: „W latach 1918-1919 większość ofiar przypadała na ludzi młodych miedzy 15 i 30 rokiem życia, jak to zgodnie podkreślają wszystkie statystyki". (…) Przypuszczał, że: „wybuchnąwszy i szerząc się pierwotnie na terenie działań wojennych, choroba zetknęła się przede wszystkim z młodym człowiekiem i młodym materiałem ludzkim, i że zarazek jej przechodząc z człowieka na człowieka, dostosował się humoralnie i nabrał szczególnego powinowactwa do tkanek młodych i pełnowartościowych" [11]. Dopiero ponad 60 lat później wykazano szczególne powinowactwo wirusa do tkanki płucnej [7].

Sto lat później.

Jest 04 marca 2020 roku. Potwierdzono w Polsce pierwsze zakażenie koronawirusem (novel coronavirus; 2019-nCoV), który może wywołać ostrą chorobę zakaźną układu oddechowego COVID-19 (*corona-virus-disease-2019).*

Krajowe Biuro WHO w Chinach, w dniu 31 grudnia 2019 r., zostaje poinformowane o przypadkach zachorowania na zapalenie płuc o nieznanej

etiologii w Wuhan City, chińskiej prowincji Hubei [12]. Międzynarodowy Komitet Taksonomii Wirusów (International Committee on Taxonomy of Viruses, ICTV) nadaje oficjalną nazwę temu nowemu, groźnemu w skutkach wirusowi następującą nazwę: *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2* (SARS-CoV-2). Należy on do grupy wirusów RNA, rodziny C*oronaviridae.* Wyodrębnia się cztery ich rodzaje alfa, beta, delta i gamma koronawirusy.

Objawy COVID 19, adekwatnie do częstości ich występowania, to: gorączka, suchy kaszel, zmęczenie, odkrztuszanie plwociny, płytki oddech oraz bóle mięśni, gardła, głowy. Okres wylęgania choroby wynosi 1 – 14 dni, a mediana 5 – 6 dni. Najcięższy przebieg choroby obserwowany jest dotychczas u osób starszych, ze zdiagnozowanymi wcześniej chorobami przewlekłymi zwłaszcza ze strony układu oddechowego, sercowo-naczyniowego. Ponadto u osób z cukrzycą oraz zmniejszoną odpornością.

Zgodnie z globalnymi danymi udostępnianymi przez instytucje nadzorujące do 10 marca 2020 roku, godz. 10:30 czasu środkowoeuropejskiego, odnotowano łącznie w 115 krajach, 114 544 potwierdzone przypadki zachorowania na COVID-19 (zakażenie koronawirusem 2019-nCoV), 4026 osób zmarło. Najwięcej potwierdzonych zakażeń występuje w Chinach, Włoszech, Południowej Republice Korei oraz Iranie. Następnie, plasują się kraje europejskie – Francja, Hiszpania, Niemcy, z ponad 1200 do 1500 poświadczonymi przypadkami zakażeń 2019-nCoV [13]. Polskie Ministerstwo Zdrowia, na dzień 10 marca 2020 r. godz. 11:00 czasu środkowoeuropejskiego, informuje o 18 laboratoryjnie potwierdzonych przypadkach zakażenia 2019-nCoV wśród osób dorosłych. Dyrektor Generalny WHO ogłosił 3 marca 2020 roku 3,4% śmiertelność z powodu COVID19. Wyliczenie śmiertelności, w trakcie trwania pandemii, jest niesłychanie trudne m.in. ze względu na dynamikę sytuacji, czas pomiędzy zachorowaniem a zgonem, problem ze zgłaszalnością wszystkich przypadków oraz sposób klasyfikacji przypadków i zgonów.

Również obecne polskie ustawodawstwo, podobnie jak sto lat wstecz, reaguje na zagrożenie wystąpienia epidemii. Na podstawie ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t. j. Dz. U. 2019, poz. 1239 z późn. zm.) 7 marca 2020 r. wydane są dwa istotne rozporządzenia: w sprawie wykazu chorób powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji (Dz.U. 2020, poz. 375) oraz w sprawie wykazu chorób powodujących powstanie obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego oraz okresu obowiązkowej kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego (Dz.U. 2020, poz. 376). Jednakże nadrzędną rolę, spełnia ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U. 2020, poz. 374), nazwana natychmiast „specustawą" w walce z koronowirusem.

Grypę sezonową, grypę *hiszpankę*, jak i COVID-19, pewne elementy łączą, a inne świadczą o odrębnościach. Do podobieństw zaliczyć można: droga szerzenia się – głównie kropelkowa, zasady postępowania profilaktycznego, wprowadzenia ustawodawstwa. Różnice to m.in.: śmiertelność głównie w grupie osób starszych przy COVID 19, *hiszpanka* żniwo swe zebrała głównie wśród osób młodych, brak szczepionki przeciwko 2019-nCoV.

Przedstawiając powyższe informacje, można zauważyć, iż grypa pozostaje i może na długo pozostać plagą zdrowotną, skoro powszechna dostępność do szczepionek przeciwko grypie, mocno kontrastuje, z niewiarygodnie niskim rocznym współczynnikiem szczepień, który ostatnio wynosi około 3,5% ogólnej populacji w Polsce [14].

Wirusy mają niesłychaną zdolność mutowania, wciąż stanowią wyzwanie dla badaczy.

I nadal stale zaskakują i fascynują nie tylko naukowców.

BIBLIOGRAFIA:

[1] https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019; [dostęp 10.03.2020 godz.11:30]
[2] Grabowski M.L., Kosińska B., Knap J.P. Brydak L. The lethal spanish influenza pandemic in Poland. Med Sci Monit 2017; 23: 4880-4884. DOI: 10.12659/MSM.906280.
[3] Dehner G.: Influenza. A Century of Science and Public Health Response. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press; 2012.
[4] Brydak L.B.: Pandemia grypy – mit czy realne zagrożenie? Warszawa: Oficyna Wydawnicza Rytm; 2008.
[5] Barry J.M.: The Great Influenza. The Epic Story of the Deadliest Plague in History. London: Penguin Books; 2005.
[6] Taubenberger J.K.: Initial Genetic Characterization of the 'Spanish' Influenza Virus. Science, 1997; 275 (5307): 1793-1796.
[7] Taubenberger J.K.: The Origin and Virulence of the 1918 "Spanish" Influenza Virus. Proc. Amer. Philos. Soc. 2006; 150(1): 86-112.
[8] Balinska M.A.: Une vie pour l'humanitaire. Ludwik Rajchman (1881-1965). Editions La Decouverte, Paris 1995 (polish edition: Warsaw: EMKA, 2012).
[9] Rajchman L.: Influenza. Med. Supl. 1919; 1: 356.
[10] Rozporządzenie Ministerstwa Zdrowia Publicznego w przedmiocie obowiązkowego zgłaszania przypadków zachorowania na grypę połączoną z zapaleniem płuc i opłucnej. (Dz. U. 1920, Nr 19, poz. 103).

[11] Landau A.: Grypa. Warszawa: Delta; 1937: 179-222.
[12] Chen M., Ruil J., Wang Q. P., et al.: A mathematical model for simulating the phase-based transmissibility of a novel coronavirus. Infectious Diseases of Poverty 2020; 9: 1-8. DOI: 10.1186/s40249-020-00640-3.
[13] https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html?fbclid=IwAR0oKIKJlc-zeNZGFBVEN0-O-58daoCDaKicXwC10cjFWgCZqTPgavseTfI#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6; [dostęp: 10.03.2020, godz. 10:50]
[14] Byambasuren S., Paradowska-Stankiewicz I. Brydak L.B.: Epidemic Influenza Seasons from 2008 to 2018 in Poland: A Focused Review of Virological Characteristics. Adv Exp Med Biol 2020; 1251: 115-121. DOI: 10.1007/5584_2019_462.

TÜRKIYE'DE YÜKSEKÖĞRETIMDE HEMŞIRELIK EĞITIMI

NURSING EDUCATION IN HIGHER EDUCATION IN TURKEY

Muhammed Küçükaslan[1], Metin Yıldız[2]
[1]1 Maja 40, 42-217 Częstochowa, Polonya
(Alınış / Received: **.**.20**, Kabul / Accepted: **.**.20**, Online Yayımlanma / Published Online: **.**.20**)

Keywords
High Education, Nursing Education, Turkey

Abstract: Nursing emerged with the request of developing and maintaining public health and provide care when they are ill. In our country, firstly, Besim Omer Pasha invited daughters of prominent families in Istanbul to "Voluntary Nursing Course". The first Nursing School was established under the auspices of Red Crescent Society in 1925. The Ministry of Health begun to establish Vocational Schools of Health in 1960. The beginning of nursing education in higher education was not a result of necessity, rather an influence of international organizations. The first nursing education in Higher Education began at the University of the Aegean in 1955. By 2011, "Nursing Undergraduate Programs" have taken place in a total of 96 units including School of Nursing (8), School of Health (63), School of Health Sciences (3), Nursing Department in Faculty of Health Sciences (21), and Faculty of Nursing (1). Undergraduate programs in nursing cover at least a four-year period and include 4600 hours of theoretical and practical education. Master's degree and PhD programs in nursing began, respectively, in 1968 and in 1972 at the University of Hacettepe. Master's degree programs have thesis and non-thesis programs. Master's degree programs with thesis should be completed within four semesters. Time to complete non-thesis programs is six semesters at most. The majority of Master's degree programs in nursing have thesis programs. PhD programs for students with Master's degree consist of at least seven courses (not less than 21 credits), a qualifying examination, thesis

proposal and thesis. Nursing education in Higher Education in our country has made considerable progress since 1955. Turkey is one of the five European countries providing basic nursing education at university level. This article discusses the historic development and current status of nursing education in Higher Education in Turkey.

1. Introduction

Nursing has emerged with the desire to improve people's health and provide care when disturbed (Özden, 2004). Health services are the most fundamental right of man. The success of primary healthcare services depends on the use of changes in the health system to increase the well-being of the patient and the good education of nurses and other healthcare providers (Bayık, 1991).

Besim Ömer Pasha, who was a military physician in our country for the first time, decided to apply the method used in raising a female nurse in Japan and called the daughters of the well-known families of the city to the "Voluntary Nursing Course". In 1925, the Red Crescent Nursing School was established under the Red Crescent Society. In 1960, the Ministry of Health started to open Health Vocational High Schools. One of the prevalence in nursing education since 1961. The number of Health Vocational High Schools has increased rapidly and the need for manpower has been met in economical hospitals (Ulusoy, 1998).

It's about the impact of various international organizations such as the Florence Nightingale Nursing Schools and Hospitals Foundation. In the 1950s, 12 nurses went to Colombia University in the United States (USA) with a scholarship for undergraduate and graduate education. Thobaben et al., 2005).

Nursing education in higher education first started with Ege University School of Nursing (HYO) in 1955, followed by Hacettepe University and Istanbul University Florence University Nursing School in 1961. Until 1992, only six nursing schools and associate degree nursing programs affiliated to universities and the Open Education Faculty associate degree program started. One of the reasons for the slowness in the spreading of nursing education in higher education is the rapid enrollment (secondary school and high school nursing education institutions) in the Ministry of Health, which is the biggest health sector in our country, the lack of staff opening for graduates of higher education, and the limited demand for higher education nurses in the health sector. (Ökdem et al., 2000; Kocaman, 2004).

Nursing Education in Turkey

Nursing, which has been a legally recognized job in the past, has made rapid progress in the career process in the last half century. This momentum can be observed in our country since the 1980s. According to Keogh (1997), the initiation of doctoral programs completes the professionalization process in nursing (Kuzu-Kurban & Ulusoy, 2008). In our country, nursing education at higher school level has been started since the 1950s (Tazeyurt, 2016). The First School of Nursing was opened in 1955 at Ege University. This school was followed by Hacettepe in Ankara in 1961 and Floranca Nighingale Nursing Schools in Istanbul (Ürügen, 2007). Postgraduate education was initiated for the first time with a master's degree in nursing in 1968 and a doctorate in 1972 (Kuzu-Kurban & Ulusoy, 2008). Master's and doctorate programs are carried out in eight departments in nursing. As of these dates, the title of science expertise (MSc) and doctor (PhD) has started to be given, and our first professor title was received by Eren Kum from Hacettepe HYO in 1978 (Ürügen, 2007).

Table 1: Distribution of Nursing Undergraudate and Associate Degree Programs by Years

FOUNDATION YEAR	PROGRAMS
1955-..	Ege University HYOa
1961-..	Hacettepe University HYOb
1961-..	İstanbul University Florence Nightingale HYOa
1977-..	Atatürk University HYOb
1982-..	Cumhuriyet University HYOb
1985-..	Gülhane Military Medicine Academi HYO
1993-..	Marmara University HYOb Başkent Üniversitesi HYOb
1994-..	Dokuz Eylül University
1995-..	Gazi University HYO
1997-2002 2008-..	Maltepe University HYOc
1998-..	Haliç University HYOc
1999-..	Koç University HYOc
2006-..	Bilim University HYOc
1985-1996	Associate Degree Programs Affiliated to Universities
1991-1999	Open Education Faculty Associate Degree Program
1996-..	Sağlık Yüksekokulları

a Turned into Faculty of Nursing
b Faculty Health Sciences Turned into Nursing Department
c Foundation University

References: (Bahçecik ve Alpar, 2009).

Nursing Education in The World

Public health nursing education is provided through undergraduate and graduate nursing programs. Community / Public Health Nursing course, population oriented practice and public health nursing roles that include public health theory are integrated into the curriculum curriculum content. Nursing problem is affected by the provision of nursing faculties that have the necessary competence in teaching public health. National League of Nursing 2006 report revealed that 7.9% of the faculties in undergraduate and graduate programs remained empty, this situation has increased by 32% since 2002. In 2005 (AACN, 2005) nursing schools rejected over 32,000 qualified applications primarily due to the shortage of nurse educators (The Quad Council of Public Health Nursing Organization, 2007).

Nursing education in Canada is at the rating and diploma level. Most of the nurses in community health have a certain degree and work in various fields such as clinics, public health units, home care units, community health centers, doctor offices. All university programs in Canada are autonomous, so the curriculum content and approach can vary in weight. All programs are guided by the accreditation standards set by the Canadian Nursing Schools association. Additional guidelines are found in the Canadian Community Health Practice Standards (2003). These standards include improving health, building individual community capacity, building relationships, demonstrating professional responsibility, and facilitating equality and access. The standards are based on the basic principles of the PHC (Primary Health Care) system. Nursing education in Canada from the PHC perspective includes preparation of nurses at many application levels in line with community needs (Baumann, Valaitis & Kaba, 2009). There are 4 different education ways for undergraduate graduate nurses in America. Registered nurses (RN) are prepared with 3 types of programs. Undergraduate programs are usually 4 years (674 programs), assistant programs are usually about 3 years (846 programs), and hospital diploma programs without formal higher education credits are generally 3 years (69 programs). All RN programs in the USA should be on a high school diploma or equivalent 12 years of general education. Professional nursing undergraduate exam (RN) is the same in 3 types of RN programs. There are various programs with varying lengths and increasing numbers in order for RNs to receive additional training in assistant, undergraduate and master degrees (Aiken & Cheung, 2008). There is a "Nursing Board" in every state in the USA, to work as a nurse. HU Journal of Health Sciences Faculty Volume: 3, Annex: 1 (2016)

II. National Health Sciences Congress (24-25 November 2016, Ankara), it is necessary to take the exam organized by the nursing board and to be successful (Approved / registered nurse; RN). There is no obligation to be certified to work in private areas. However, most institutions want to work with certified nurses and special orientation and training programs are organized in order for their employees to become competent in these special areas and to be successful in these exams. Authorization documents related to special fields are given by "Special Branch Associations. There are many private associations in America. Whichever fields these associations will authorize, they are determined and this authorization is given by examination (Türkmen, 2013).

Nursing education in Europe has a general basis according to the European Commission (EC) and Nursing Education Advisory Committee (ACTN) directives. Nowadays, besides the rest of the world, the amount of care provided outside Europe is constantly increasing. Therefore, nurses have to change their roles according to both the hospital and the community. New roles that are compatible with changes in public health and improvements in nursing are required, and therefore all nurses are required to acquire new skills (Danielson, Therman, Sivertsen & Sourtzi, 2005). The purpose of the Board of Nursing (UK) in England is to ensure that nursing and midwifery education, professional practices and knowledge and skills development are carried out to a high standard in order to protect public health. Nursing Boards guide institutions in the development and implementation of postgraduate certificate programs. Certificate programs are approved every five years and new graduates are required to be members of the Nursing Board. In addition, the standards set by the Nursing Board should be ensured in all training programs (Türkmen, 2013).

Conclusion and Suggestions

Nursing education in higher education in our country has made a significant progress in the last fifty-six years since 1955, when it started. Turkey is one of five European countries, the basic nursing education at the university level (Thobab et al., 2005). In recent years, units providing nursing education at both undergraduate and graduate levels have increased rapidly. In recent years, units providing nursing education at both undergraduate and graduate levels have increased rapidly.

In order to work as a nurse in most of the countries studied, it is necessary to become a member of national structures such as nursing commission, board or get approval, and nurses can practice their professions after an applied exam and only if they are successful in the exams.

Countries that have reached certain standards in nursing education can be a role model for us and can contribute to the professionalization of nursing practices in our country, creating new areas of application and improving the quality of nursing education. In addition, nursing education in Turkey will base its application areas and to specific standards and requirements to ensure audit can be considered as the creation of a national structure. And also measures should be taken to prevent or eliminate these negative conditions in order to improve the quality of education.

Acknowledgment
I would also like to thank Ms. Şule Ergöl and Ms. Funda Özpolat, whose articles I benefited from.

BIBLIOGRAFIA:

[1] Akdemir, N., Özdemir, L., & Akyar, İ. (2011). Türkiye'de mezuniyet sonrası eğitim kapsamında iç hastalıkları hemşirelik eğitiminin durumu. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 14(1), 50-58.
[2] Aksayan, S., & Çimete, G. (2000). Nursing education and practice in Turkey. Journal of Nursing Scholarship; Second Quarter, 32 (2), 211-212.
[3] Atalay, M. (1996). Lisans iyileştirme çalışmaları raporu. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi.
[4] Atatürk Üniversitesi - Uzaktan Eğitim Araştırma ve Uygulama Merkezi'nin Hemşirelik Lisans Tamamlama (HELİTAM) prog- ramı. Erişim: 26 Kasım 2011, http://atauzem.atauni.edu.tr/ UserFiles/file/sss_ 080210.pdf.
[5] Bahçecik, N., & Alpar, Ş. E. (2009). Nursing education in Turkey: From past to present. Nurse Education Today. 29, 698–703.
[6] Bayık, A. (1991). Ülkemizde hemşirelik eğitiminin gelişimi ve öğretime ilişkin sorunlar. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7(3), 29-40.
[7] İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü (IUSBE) (2011). Hemşirelik yüksek lisans, doktora programları. Erişim: 26 Kasım 2011, http://www.istanbul.edu.tr/enstituler/saglik/ akademik.php?id=8.
[8] Ketefian S., Davidson, P., Daly, J., Chang, E., & Srisubhan, W. (2005). Issues and challenges in international doctoral education in nursing. Nursing and Health Sciences, 7(3),150-156.

[9] Kocaman, G. (2004). Türkiye'de Hemşirelik Eğitim Sorunları ve Çözüm Arayışları. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, Özel Baskı (Genişletilmiş 2004 Baskısı),119-150.
[10] Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü (MÜSBE) (2011). Hemşirelik yüksek lisans, doktora programları. Erişim: 26 Kasım 2011,http://saglik.marmara.edu.tr/index.php?sayfa=67.
[11] Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi (ÖSYM). (2008). "2008–ÖSYS Yükseköğretim Programları ve Kontenjanları Kılavuzu" Yüksek Öğretim Programları. Erişim: 26 Kasım 2011, (ftp:// dokuman.osym.gov.tr/2008/2008_OSYS_TERCIH_KILA-VUZU/6_tablo4excel.xls).
[12] Ökdem, Ş., Abbasoğlu, A., Doğan, N. (2000). Hemşirelik tarihi, eğitimi ve gelişimi. Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmet- leri Meslek Yüksekokulu Yıllığı, 1(1), 5-11.
[13] ÖSYM. (2009). "2009–ÖSYS Yükseköğretim Programları ve Kontenjanları Kılavuzu" Yüksek Öğretim Programları. Erişim: 26 Kasım 2011, ftp://dokuman.osym.gov.tr/2009/2009_OSYS_TERCIH_KILAVUZU/tablo4.pdf.
[14] ÖSYM. (2010). "2010–ÖSYS Yükseköğretim Programları ve Kontenjanları Kılavuzu" Yüksek Öğretim Programları. Erişim: 26 Kasım 2011, ftp://dokuman.osym.gov.tr/2010/2010_OSYS_TERCIH_KILAVUZU/2010_OSYS_Tablo4.pdf.
[15] ÖSYM. (2011). "2011–ÖSYS Yükseköğretim Programları ve Kontenjanları Kılavuzu" Yüksek Öğretim Programları. Erişim: 26 Kasım 2011, http://www.osym.gov.tr/dosya/1-57952/h/2011tablo4-2172011.pdf.
[16] Özdağ, N. (2004.) Hemşirelik araştırmalarının önemi ve gelişimi (pp 135-139). II. Ulusal Hemşirelikte Araştırma Sempozyumu Araştırma Kültürü Ve Hemşirelik Neredeyiz? Ankara: HEMAR-G Derneği, Odak Ofset.
[17] Şentürk, S. (2006). Florence Nightingale Hemşire Mektepleri ve Hastaneleri Vakfı Tarihçesi (1956-2006) ve Florence Nigh- tingale Hemşirelik Yüksekokulu (ss. 10-17). İstanbul: Birmat Matbaacılık.
[18] Thobaben, M., Roberts, D. A., & Badır, A. (2005). Exploring nursing education in the people's Republic of China, Japan and Turkey. Contemporary Nurse, 19 (1–2),5-16.
[19] Aiken, L. H., & Cheung R. (2008). Nurse workforce challenges in the United States: ımplications for policy", OECD Health Working Papers, Number:35.
[20] American Association of Colleges of Nursing. (1998). A Vision of baccalaureate and graduate nursing education: The Next Decade. htm at www.aacn.nehe.edu

[21] Atalay, M., & Tel, H. (1999). Gelecek yüzyılda hemşirelikte lisans eğitiminin vizyonu. C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3 (2), 47-54.
[22] Baumann, A., Valaitis., R & Kaba, A. (2009). primary health care and nursing education in the 21st century: A Discussion Paper, Number 16.
[23] Büscher, A., Sivertsen, B., & White, J. (2009). Nurses and Midwives: A force for health. Survey on the situation of nursing and midwifery in the member states of the european region of the World Health Organization 2009. Denmark
[24] Community Health Nurses Association of Canada. (2016). Public health agency of canada, canadian community health nursing standards of practice (cchn standards) toolkit, http://www.chnc.ca/nursing-standards-of-practice.cfm. 7
[25] Danielson, E., Therman, K., Sivertsen, B., & Sourtzi, P. (2005). Nursing and public health in europe – a new continuous education programme 2005. International Council of Nurses International Nursing Review, 52, 32–38.
[26] Gözüm, S. (2004). Hemşirelik öğrencilerinin çalışmak istedikleri alanlara ilişkin lisans eğitiminin başında ve sonundaki tercihleri. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7(1), Sayı: 1, 10-18. 9
[27] Kuzu-Kurban, N., & Ulusoy, M. F. (2008). Hemşirelik doktora derecesine sahip öğretim üyelerinin uluslararası atıf indeksleri kapsamındaki dergilerde yayımlanan bilimsel makalelerinin profili, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 3, 15-25.
[28] Tazeyurt, Y. (2015). Ülkemizde hemşirelik - ebelik eğitimi, gelişimi ve sorunları. http://www.sagliktanabiz.com/index.php?sayfa=veriler&id=252.
[29] The Quad Council of Public Health Nursing Organization. (2007). The public health nursing shortage: A threat to the public's health. February.
[30] Türkmen, E. (2013). Değişen sağlık bakım hizmetlerinde sertifika programları, 2013. http://www.istanbul.edu.tr/yuksekokullar/floren/Hemsirelik_Egitimi_Kongresi/16

Katarzyna Dymczyk-Ociepka, Agata Sagan

POTRZEBA EDUKACJI W KOMUNIKACJI WIELOKULTUROWEJ W PIELĘGNIARSTWIE

STRESZCZENIE / SUMMARY

Zmieniająca się sytuacja społeczno- polityczna, globalizacja, mobilność sprawiają, że pielęgniarki częściej spotykają pacjentów wyznających inne wartości. Pacjentami są osoby pochodzące z różnych kręgów kulturowych, religijnych, etnicznych, mniejszości narodowych.
Jednym z wymogów współczesności jest kompetencja personelu medycznego, która powinna być wyrażona empatią, świadomością potrzeb innych, pokonywaniem barier oraz prawidłową komunikacją interpersonalną. Celem pracy było zbadanie poziomu wiedzy pielęgniarek na temat wielokulturowości. W badaniu wzięło udział 175 pielęgniarek. Do badania użyto ankiety. Analiza wyników wykazała niski poziom wiedzy o transkulturowości wśród pielęgniarek. Widoczna jest potrzeba edukacji personelu medycznego z zakresu kultury, religii i ich wpływu na zachowania zdrowotne.
The changing socio-political situation, globalization and mobility have an influence on the fact that nurses increasingly deal with patients having different values. Among these patients there are people coming from various cultures, religions, ethnic groups or national minorities. One of the requirements in the contemporary times is the competency of medical personnel which should be expressed by empathy, the awareness of needs of others, overcoming the barriers as well as appropriate interpersonal communication. The aim of the paper was to measure the level of knowledge among nurses on the subject of multiculturalism. 175 nurses took part in the research. The questionnaire was used in order to carry out the research. The analysis of the results showed a low level in the knowledge of transculturality among nurses. There is a visible need of education for nurses on the topic of culture, religion and its influence on health attitudes.

WSTĘP

Wejście Polski do Unii Europejskiej sprawiło, że staliśmy się krajem otwartym. Współczesne społeczeństwa europejskie nie są jednorodne pod względem kulturowym. Państwa są wielokulturowe i wielonarodowościowe. W Polsce wzrosła liczba mieszkańców o odmiennej kulturze, religii,

rekrutująca się z imigrantów, repatriantów powracających do ojczyzny oraz mniejszości narodowych (białoruskiej, czeskiej, słowackiej, litewskiej, ormiańskiej i żydowskiej). Obecność w naszym kraju cudzoziemców z odmiennych kręgów kulturowych wymaga od pracowników medycznych nowych umiejętności.

Postrzeganie pacjenta w aspekcie problemów zdrowotnych, potrzeb bio-psycho-społecznych, ale również duchowych i kulturowych związanych z religią i pochodzeniem. Świadomość różnorodności kultur, religii i wynikających z nich zachowań zwyczajów, obyczajów oraz poglądów na temat zdrowia, choroby, śmierci, opieki, pielęgnowania spowodowała wprowadzenie pojęcia kulturowo wrażliwej opieki pielęgniarskiej. Która to pozwoli sprawować specyficzną opiekę dla konkretnego pacjenta. Znając kulturowe uwarunkowania zachowań pacjentów, postawienie diagnozy pielęgniarskiej staje się prostsze a kontakt ułatwiony. Zmniejsza się dystans między pacjentem a pracownikiem medycznym.

Lepsze zrozumienie innych kultur powoduje, że nasze zachowania mogą być trafniejsze, pełne empatii i pozbawione błędów. Pracownicy ochrony zdrowia a w szczególności pielęgniarki muszą znać problemy wielokulturowości, muszą umieć reagować zgodnie z wiedzą, etyką zawodową oraz obowiązującymi standardami, tak by świadczone usługi były na najwyższym poziomie oraz satysfakcjonowały każdego pacjenta [1,2,4].

WIELOKULTUROWOŚĆ

Wielokulturowość jest to model społeczny. Jego ideą jest funkcjonowanie obok siebie w społeczeństwie mniejszości etnicznych i religijnych, grup o różnej narodowości mających własne zwyczaje, pielęgnujących swoją kulturę i wyznających sprzeczne systemy normatywne, domagających się własnego miejsca w kulturze narodowej [3,5,8,10].

Religia jest zjawiskiem społeczno-kulturowym. Jej kształt zależy od rozwoju gospodarczego, cywilizacyjnego danej grupy. Na świecie dominują cztery główne religie. Trzy monoteistyczne chrześcijaństwo, islam, judaizm oraz jedna politeistyczna hinduizm.

Mniejszość narodowa i etniczna to grupa obywateli, która jest mniej liczebna od pozostałej części ludności na terenie Rzeczpospolitej. W istotny sposób odróżnia się od pozostałych obywateli kulturą, tradycją, językiem i dąży do zachowania tych cech. Ma świadomość własnej historycznej wspólnoty narodowej, ochrania ją i wyraża w swych dążeniach. Mniejszości etniczne w Polsce stanowią 1,5%, należą do nich mniejszości łemkowska, romska, tatarska, karaimska. Mniejszości narodowe stanowią 1,2% i są to: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ukraińska, żydowska, słowacka, rosyjska.

PROBLEMY WIELOKULTUROWOŚCI W MEDYCYNIE SZOK KULTUROWY

To reakcja na zmianę otoczenia, kraju zamieszkania. Dotyczy osób, które przez dłuższy czas przebywają w obcej kulturze. Jest zderzeniem dwóch kultur ojczystej oraz nowo poznanej. Osoby, których dotyczy szok kulturowy to: uchodźcy, emigranci, studenci, naukowcy, pracownicy kontraktowi. W tym przypadku ważnym elementem staje się tu znajomość języka oraz zasad jakie panują w danym kraju. Dezorientacja może prowadzić do wielu nieporozumień, bezradności, wyobcowania. Przyczyną nadmiernego stresu jest często brak jakiegokolwiek przygotowania osoby do wyjazdu [4,6,7,8].

KOMUNIKACJA INTERPERSONALNA

Każda kultura ma własne wartości, zwyczaje, reguły zachowań, sposoby działań. Różnice międzykulturowe i etniczne mogą być przyczyną nieporozumień albo twórczych relacji. Wszystko zależy od indywidualnych cech osobowych rozmówców. Komunikacja interpersonalna nie jest dialogiem międzykulturowym. Zasady komunikowania oparte są na przekazie jasnego komunikatu od nadawcy do odbiorcy.

Komunikacja wśród przedstawicieli różnych kultur musi opierać się na kompetencji. Należy mieć świadomość odmienności i różnic. Brak wiedzy na temat innej kultury można uzupełnić pytaniami. Należy kierować pytania z zainteresowaniem, być otwartym na rozmówcę, nie mieć uprzedzeń oraz komunikować się z pełnym szacunkiem do drugiej osoby [9,10,15].

Poprawna komunikacja to nie tylko wypowiadane słowa to także gesty, mimika, pozycja ciała. Efektywna komunikacja jest wtedy, gdy odbiorca prawidłowo interpretuje co przekazujemy. Komunikacja niewerbalna jest uzupełnieniem deficytów językowych. Należy pamiętać, że gesty akceptowane w jednych kręgach kulturowych mogą być niezrozumiałe i nieakceptowane w innych kulturach, religiach, rejonach geograficznych.

Przykładem może być dystans personalny. Pewne kultury uważają że lewa dłoń zarezerwowana jest dla czynności higienicznych i niedopuszczalne jest jedzenie, podawanie przedmiotów tą dłonią. Jeżeli nie wiemy jak się zachować, w określonych sytuacjach, najlepiej jest obserwować adwersarza i jego mowę ciała. Z umiarem używać gestykulacji, nie wymuszać kontaktu wzrokowego, dotyk redukować do minimum.

Brak komunikacji wynika z braku wiedzy o innych kulturach, rozbieżnościach poglądów, wartości, braku kultury osobistej czy kwestionowaniu zasad współżycia społecznego. W opiece medycznej problem komunikacji interpersonalnej jest powszechny. Mnogość języków, różnorodność mentalności, tradycji,

złożoność kulturowa pacjentów. Pracownicy medyczni muszą mieć wiedzę, na temat różnic kulturowych w innych systemach opieki zdrowotnej [12,13,7].

Trudności w komunikowaniu stymulują uprzedzenia i złe emocje. Powodują frustracje pacjenta i personelu. Nieporozumienia w komunikowaniu występują w 5 obszarach: język, miejsce, osoba, organizacja, zaangażowanie. Są one ściśle ze sobą powiązane. Poprawna komunikacja werbalna i niewerbalna wpływa na zadowolenie pacjentów z opieki medycznej oraz skutkuje lepszymi wynikami terapii. Spójność komunikacji słownej i niewerbalnej świadczy o autentyczności całego przekazu. Im bardziej nasze zachowanie jest prawdziwe, tym lepiej pacjent współpracuje a personel medyczny sprawniej i dokładniej wykonuje swoje zadania.

ZDROWIE

Zdrowie w różnych kulturach jest odmiennie interpretowane. W kulturze zachodniej postrzegane jest w ujęciu biomedycznym. Mieszkańcy Azji uznają zdrowie jako równowagę między rolami społecznymi. Chińczycy zdrowiem, określają równowagę między pierwiastkami yin i yang. Wartość zdrowia w religiach świata również jest zróżnicowana. Kościół katolicki uważa zdrowie za cenny dar dany od Boga, dlatego trzeba dbać o nie, uwzględniając dobro osobiste i dobro drugiego człowieka. Podobne poglądy wyznaje Kościół prawosławny, grekokatolicki oraz protestancki [2,6,9].

Judaizm traktuje dbanie o zdrowie jako nakaz religijny. Stosuje wymogi związane z zachowaniem zdrowia fizycznego oraz zdrowia psychicznego.

Islam nakazuje dbałość o zdrowie przez post, modlitwę, rytualne obmycie ciała, małżeństwo, jałmużnę. Warunkiem zdrowia ciała i duszy jest wiara w Boga, i wierne poddanie się jego woli. Zaleca zdrowy styl życia aktywność fizyczną, dietę, odpoczynek. Zakazuje picia alkoholu, używania narkotyków, palenia papierosów, hazardu. Wszystkie zalecenia zawarte są w Koranie i Sunnie, jako elementy muzułmańskiego wychowania zdrowotnego.

Hinduizm traktuje zdrowie w kategoriach religijnych, filozoficznych, magicznych. Zdrowie czy choroba jest wynikiem życia w poprzednim wcieleniu. Zdrowie jest synonimem życia. Ajurweda czyli „wiedza życia" to system medycyny naturalnej znany od 5000 lat. Zdrowie w/g Ajurwedy to brak symptomów choroby, także stan absolutnie dobrego samopoczucia.

Buddyzm zakłada, że nie można całe życie być zdrowym, bo istota ludzka jest niedoskonała. Utrzymanie zdrowia zależy od właściwego postępowania. Unikania złych emocji, niewłaściwego odżywiania, stylu życia, błędnych poglądów.

Świadkowie Jehowy do sprawy zdrowia podchodzą podobnie jak wyznawcy chrześcijaństwa. Należą do pacjentów zdyscyplinowanych, zorientowanych, współpracujących dla osiągnięcia celów zdrowotnych [12,5,9].

Romowie wierzą w istnienie silnego związku między dobrym zdrowiem a szczęśliwym losem. U Romów elementy duchowe przeplatają się z elementami religijnymi. Zdrowie ma związek z bogactwem i szczęściem. Romowie przekonani są, że mają wpływ na własne zdrowie tylko w pewnym stopniu. Romowie wierzą, że człowiek im jest większy tym bardziej zdrowy. Osoby otyłe uważane są za zdrowe, szczęśliwe. Osobom chudym się współczuje, jako biednym i chorym.

CHOROBA

Religijne uwarunkowania choroby w Kościele katolickim traktowane jest jako niedomaganie całej osoby w jej jedności duchowo-cielesnej. Wyrazem katolickiej nauki o cierpieniu jest list Jana Pawła II, który mówi, że chrześcijanin w cierpieniu może odnaleźć sens życia i przeżywać je twórczo. Choroba może też być sprawdzianem wiary w Boga.

Prawosławie traktuje chorobę jak dopust Boży, który zbliża człowieka do Boga. Udzielanie pomocy i wsparcia chorym jest naturalnym elementem ich życia.

Judaizm uważa lekarza za narzędzie Boga, w czasie choroby kodeks religijny daje lekarzowi władzę absolutną. W gminach żydowskich istnieją stowarzyszenia zajmujące się chorymi. Mężczyźni opiekują się mężczyznami a kobiety opiekują się kobietami. Każdy ma obowiązek odwiedzić chorego przynosząc prezent np. modlitwę, krzepiące słowo [12,10,8,3].

Buddyzm uważa, że są dwie przyczyny chorób: bliskie (żółć, wiatr, flegma) i dalekie (wrażenia zgromadzone w umyśle, negatywne emocje przeżywane w przeszłości). Buddyści w chorobie upatrują znaczenia stanów takich jak: głupota, nienawiść, pożądanie, nieświadomość, ignorancja.

Romowie w okresie choroby korzystają z pomocy starszych trudniących się leczeniem. Osoby te zajmują się ziołolecznictwem, które jest przekazywane z pokolenia na pokolenie. Z usług publicznych szpitali korzystają tylko w przypadkach kryzysowych lub porodach. Nie chcą być hospitalizowani. Wszelkie zabiegi operacyjne uważają za bardzo niebezpieczne dla spójności duszy i ciała.

ŚMIERĆ

W różnych religiach śmierć jest odmienne interpretowana. Chrześcijanie uważają, że śmierć jest przejściem do innego świata, w którym jest Bóg. Zmartwychwstanie jest centrum wiary i nastąpi w dniu Sądu Ostatecznego. Zmarłego składa się do trumny w pozycji leżącej, z rękami splecionymi. Trumnę umieszcza się w grobie ziemnym. Dopuszcza się również kremację ciała, prochy zostają złożone w grobie. Pogrzeb odbywa się po około 3 dniach. Pamięć po zmarłych kultywuje się w modlitwie, dbałości o groby.

Islam uważa śmierć za przejście do wieczności. Umierający muzułmanin nigdy nie zostaje sam. Towarzyszy mu zawsze rodzina. Twarz umierającego odwraca się w kierunku Mekki a do ucha szepce wyznanie wiary. Ciało obmywa się nieparzystą ilość razy, tylko przez osoby tej samej płci. Ciało owija się białym całunem i składa w grobie do 24 godzin od śmierci. Opóźnienie grozi uwięzieniem duszy. Ciało i grób musi być skierowane w stronę Mekki [3,6,9].

W pogrzebie uczestniczą tylko mężczyźni. Nie ma zwyczaju przyozdabiania grobów. Rodzina zobowiązana jest do 40 dniowego odmawiania Koranu i wspierania potrzebujących. Muzułmanie nie akceptują kremacji.

Judaizm w swojej tradycji nie uznaje śmierci. Ciało i dusza trwają zawsze. Odejście z ziemi jest stworzeniem a nie karą, i jest to część planu Boga. Umarłemu zamyka się oczy układa na podłodze, przykrywa i wokół niego zapala świece. Następnego dnia ciało zostaje umyte, okryte białym całunem i złożone w prostej trumnie. Pogrzebem zajmuje się bractwo pogrzebowe na zasadzie wolontariatu. Ciało musi być pochowane w ziemi, judaizm nie uznaje kremacji.

Prawo żydowskie nakłada na rodzinę obowiązek postawienia nagrobka w pierwszym roku żałoby. Wyrazem bólu po stracie bliskiej osoby jest rozdarcie szat na sercu. Kondolencje składa się po pogrzebie.

Hinduizm wierzy w reinkarnację. Śmierć jest nieunikniona, naturalna, kończy pewien etap życia. Ciało fizycznie przestaje istnieć, a dusza przebywa w tymczasowej szczęśliwości by ponownie zaistnieć. Dusza przechodzi przez wiele wcieleń, może być w człowieku, bogu, zwierzęciu. Rodzina towarzyszy umierającemu. Śpiewa pieśni, modli w celu ukojenia żalu. Do ust wlewa się wodę z Gangesu gwarantującą błogosławieństwo. Ciało zmarłego zostaje umyte, namaszczone, obcinane są włosy, golona jest broda. Ciało ubiera się w nowe czyste ubranie.

Żona ma obowiązek czuwać przy zmarłym w pozycji siedzącej, natomiast wstaje w chwili palenia zwłok. Najstarszy syn musi 3 krotnie okrążyć stos na którym znajduje się ciało i następnie podpala go błogosławioną pochodnią. Po pogrzebie uczestnicy dokonują rytualnej kąpieli. Po 3 dniach zbiera się resztki spalonego ciała i zakopuje w ziemi lub wrzuca do rzeki. Ceremonie żałobne trwają 10 dni [12,10,5,2].

Buddyzm uważa śmierć za najważniejszy moment w życiu. Wiara w nirwanę czyli stan bez śmierci uzyskuje każdy kto jest wyzwolony. Nirwany nie da się zrozumieć, można ją osiągnąć w sposób mistyczny. Gdy zbliża się śmierć umierający przyjmuje pozycję medytacyjną. Do ust umierającego wkłada się święte substancje w postaci małych kuleczek. W odejściu zawsze towarzyszy rodzina, przyjaciele, kapłan. Po śmierci ciało jest myte, ubierane w strój. Wielkie palce u stóp oraz kciuki wiązane są włosami. Do ust wkłada się monetę. Ustawia się kwiaty, by zmarły oddał cześć Bogu. Rodzina czuwa przy zmarłym. Ciało jest palone. Prochy przechowuje się w domu lub na cmentarzach.

ŻYWIENIE

Pożywienie jest dla człowieka jedną z podstawowych potrzeb biologicznych. Funkcją pożywienia jest zaspokojenie głodu i potrzeb związanych z rozwojem. Kultura i religia mają duży wpływ na sposób odżywiania, różnorodność przyrządzanych posiłków.

W judaizmie jest podział pożywienia na koszerne i inne. Nakazy i zakazy dotyczą przeważnie spożywania mięsa. Kościół Adwentystów Dnia Siódmego promuje dietę bezmięsną. W wielu religiach praktykowane są posty i głodówki. Chrześcijanie traktują pokarm jako dar od Boga i zalecają umiar w jego spożywaniu. Nie dopuszcza się marnowania jedzenia. Kulturowe uwarunkowania dotyczą wielu produktów żywieniowych. Mleko krowie szczególnie cenione w Europie i USA jest odrzucane w innych częściach świata. Mięso wieprzowe zabronione jest w judaizmie i islamie [4,7,9].

TRANSPLANTOLOGIA

Różnice w podejścia do problemu transplantacji wynikają z odmienności kulturowych i religijnych. Dotykają one sfery duchowej i etycznej.

Chrześcijanie zawsze popierali ideę transplantologii. Życie jest wartością nadrzędną i każda metoda ratowania życia jest dopuszczalna.

Anglikanie mówią o transplantologii jako akcie altruizmu i zastrzegają, by pamiętać o absolutnym szacunku dla ciała ludzkiego.

Protestanci, Luteranie, Metodyści, Prawosławni zajmują podobne stanowisko. Świadkowie Jehowy przeszli długą drogę od potępienia transplantologii do pełnej akceptacji. Jedynym warunkiem jest zakaz transfuzji krwi.

Judaizm uważa zachowanie życia za najwyższą wartość i w pełni akceptuje metodę transplantacji, jako sposobu ratowania chorego. Oddanie organu innej osobie uważa się za wielką zasługę.

Islam dzieli się na dwa odłamy sunnitów i szyitów. Muzułmańska Organizacja Nauk Medycznych uznaje transplantacje za dozwolone, to jednak nie ma jednolitej opinii w tej kwestii. Sunnici uważają przeszczep za ostateczny sposób ratowania życia. Dawca musi być dobrowolny, nie może być skazany na śmierć. Szyici zakazują pobierania organów ze zwłok, chyba że ratują innego muzułmanina.

Buddyzm wyznaje altruizm i współczucie. Wyraża zgodę na transplantacje, jako dar miłosierdzia. Ostateczna decyzja należy do dawcy.

Hinduizm wyraża zgodę na transplantacje z wyjątkiem ksenotransplantacji, pozostawiając swobodę decydowania swoim wyznawcom.

Romowie przeciwni są transplantacji narządów ponieważ uważają, że dusza ludzka przez rok nie opuszcza ciała zmarłego i przybiera jego kształt.

W krajach azjatyckich Chiny, Japonia przeważają przeszczepy od dawców żywych [2,4,8,9].

POŁOŻNICA

Chrześcijanie stoją na straży macierzyństwa. Kobieta w stanie błogosławionym nie może pozostać sama. Musi mieć zagwarantowaną wszechstronną pomoc i wsparcie rodziny.

Judaizm nakazuje kobiecie w ciąży szczególnie dbać o siebie, nie obowiązują ją żadne posty. Po narodzinach chłopca, kobieta jest „nieczysta" przez 7 dni, natomiast po narodzinach córki 14 dni. Oznacza to zakaz dotykania mężczyzn.

Islam również uważa kobietę w okresie połogu za nieczystą. Przebywa ona w domu rodzinnym. Nie pości, nie współżyje, nie modli się, czasem nawet nie karmi dziecka. Robi to mamka.

W hinduizmie z wielkim szacunkiem oczekuje się narodzin dziecka. Kobieta zwolniona jest z ciężkiej pracy i odbywania podróży. Nie obowiązują ją posty. Narodziny męskiego potomka zapewniają przedłużenie rodu, opiekę na starość i wykonanie rytuałów pośmiertnych.

Buddyzm uważa posiadanie potomstwa za sprawę nadrzędną. Kobieta ciężarna powinna dbać o sferę psychiczną i fizyczną. Od 7 tygodnia trwania ciąży ograniczyć pracę, czas poświęcić na praktykę religijną. Obecność przy rodzącej „prawych" ludzi ułatwia poród. W bólach porodowych podaje się rodzącej zupę, w celu uzupełnienia energii. Po porodzie matka otrzymuje nalewkę alkoholową oraz wykonuje się masaż głowy, który chroni kobietę przed utratą ciepła [6,5,9].

Romowie szczególnie oczekują pierworodnego potomka. Jego brak może być traktowany jako kara za grzechy. Pozostawienie ciężarnej kobiety, jest przestępstwem, brakiem honoru i grozi sporem rodzin. Kobieta w ciąży jest izolowana terytorialnie np. nie może przebywać ze starszymi i obcymi oraz funkcjonalnie np. nie podaje do stołu. U Romów ciąża i poród to temat tabu. Okres ciąży, porodu i połogu to okres skalania kobiety i podlega działaniom złych mocy. Romowie unikają porodów w domu, natomiast jeśli kobieta urodzi w domu, to niszczą wszystkie sprzęty, które dotknęła rodząca.

NOWORODEK

Dziecko jest wielkim darem dla rodziców. We wszystkich kulturach i religiach otoczone miłością i troskliwą opieką. Kościół katolicki w sytuacji zagrożenia życia zaleca na życzenie rodziców wykonanie obrzędu chrztu przez każdą osobę.

Żydzi odmiennie obchodzą narodziny chłopca i dziewczynki. W 8 dniu po narodzinach chłopca, uprawniony mężczyzna dokonuje obrzezania i nadania imienia. Narodzinom dziewczynki nie towarzyszą żadne ceremonie.

W islamie narodziny pierwszego potomka zwłaszcza syna mają duże znaczenie społeczne. Kobiecie dają pozycję w rodzinie, mężczyźnie szacunek. Po urodzeniu dziecka szepce się mu do ucha modlitwę. Dziecko kąpie się po 7 dniach, czterokrotnie zanurzając w wodzie a ostatni raz zanurzając w wodzie z kwiatami. Obok układa się chleb, złoto, cukier. W 7 lub 14 dniu nadaje się imię dziecku i obcina kosmyk włosów. Zaprasza rodzinę i znajomych do odwiedzin. Wykąpane dziecko leży na stole, głową w kierunku Mekki. Iman czyta koran, wymawia imię trzykrotnie, trzymając za wskazujący palec prawej ręki oraz siedem razy powtarza wyznanie wiary.

Hinduiści wierzą, że dusza dziecka zależy od uczynków w poprzednim wcieleniu. Po urodzeniu odbywają się ceremonie odstraszające złe moce od bezbronnego dziecka. Wykonawcą tych czynności jest ojciec dziecka.

W buddyzmie dzień narodzin dziecka jest najważniejszy w jego życiu. Obowiązkiem rodziny jest ofiara dla klasztoru i lamy. Dziecko po porodzie jest myte. Dotyka się języka dziecka pałeczką z żółtym proszkiem w taki sposób, aby pozostawić odbitą sylabę *dhi*, błogosławieństwo jasnego umysłu i mądrej mowy [4,7,9,3].

Romowie uznają noworodka za skalanego. Ojciec ma ograniczony kontakt z dzieckiem. Dziadek nie dotyka dziecka przez 3 miesiące, pozostali mężczyźni z rodziny przez 6 miesięcy. Jeżeli nikt nie widzi, to ojciec może przytulać i całować dziecko. Chrzest zmienia status dziecka, przestaje być skalane i z radością witane jest w rodzinie.

IN VITRO

Kościół katolicki nie uznaje metody in vitro. Sprzeciwia się prokreacji pozamałżeńskiej. Za niemoralne uznaje korzystanie z banku nasienia, niedopuszczalne jest również zamrażanie i przechowywanie zarodków oraz macierzyństwo zastępcze. Podobne poglądy wyrażają wyznawcy prawosławia, protestanci, żydzi.

Islam jest religią prorodzinną. Funkcją kobiety jest urodzenie i wychowanie dziecka, obowiązkiem wobec rodziny i społeczeństwa. Sunnici pierwsi uznali embriotechnologię. W Arabii Saudyjskiej i Egipcie powstały kliniki leczenia niepłodności. Zapłodnienie dokonuje się tylko nasieniem męża, bez wkraczania osób trzecich. Nie uznają banku nasienia, macierzyństwa zastępczego jednak możliwe jest zamrażanie zarodków. Są one własnością niepłodnej pary.

Hinduizm traktuje narodziny jako dar boży. Sztuczne zapłodnienie jest społecznie akceptowane i dotyczy tylko małżeństw.

Buddyzm uważa, że problem in vitro nie istnieje wśród jego wyznawców, ponieważ źle wpływa na karmę i drogę do następnych wcieleń. Bezdzietne małżeństwa podejmują odpowiednie praktyki duchowe, po których dochodzi do poczęcia.

Romowie niepłodność traktują jak temat tabu. Sztuczne zapłodnienie nie jest akceptowane [4,2,9,5].

EUTANAZJA

Oznacza dobrą śmierć. Współcześnie wszystkie Kościoły zabraniają eutanazji jako niemoralnej. Życie jest darem Boga i nikt nie ma prawa decydować o jego końcu. Islam, buddyzm, judaizm również zakazują skracania ludzkiego życia na życzenie. Świadkowie Jehowy i Romowie zajmują takie samo stanowisko. Hindusi, uważają eutanazję jako śmierć z wyboru, ucieczkę od cierpienia [15,7,9].

CEL PRACY

Celem pracy było:

1. Przebadanie wybranego środowiska pielęgniarskiego w zakresie znajomości dotyczącej transkulturowości.
2. Określenie poziomu poprawnej komunikacji wynikającej z różnych kulturach oraz sprawdzenie wiedzy dotyczącej innych religii w środowisku pielęgniarskim.

3. Sprawdzenie czy świadczone usługi pielęgniarskie dostarczają satysfakcji czy budzą frustracje w kontakcie z cudzoziemcami?
4. Wykazanie czy istnieją potrzeby stałej edukacji w zawodzie pielęgniarki?

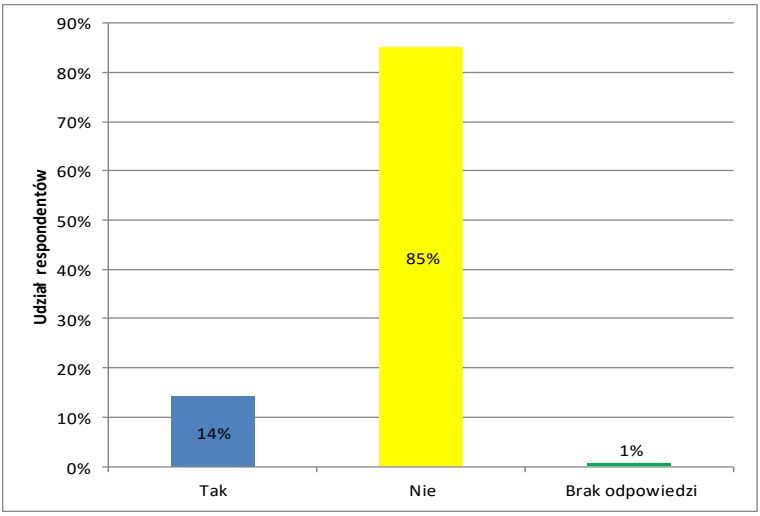
MATERIAŁ I METODY BADAWCZE

Przedmiotem badania była grupa 175 pielęgniarek/pielęgniarzy czynnych zawodowo, z różnym stażem pracy i różnym stopniem wykształcenia, pracujących w różnych strukturach organizacji opieki zdrowotnej.

W badaniu wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety. Kwestionariusz zawierał pytania dotyczące znajomości kultury, religii oraz prawa. Każda osoba przed wypełnieniem ankiety została poinformowana o anonimowości badań i wykorzystaniu ich wyłącznie do celów naukowych. Do badań włączono personel, który wyraził zgodę na wypełnienie ankiety.

WYNIKI BADAŃ

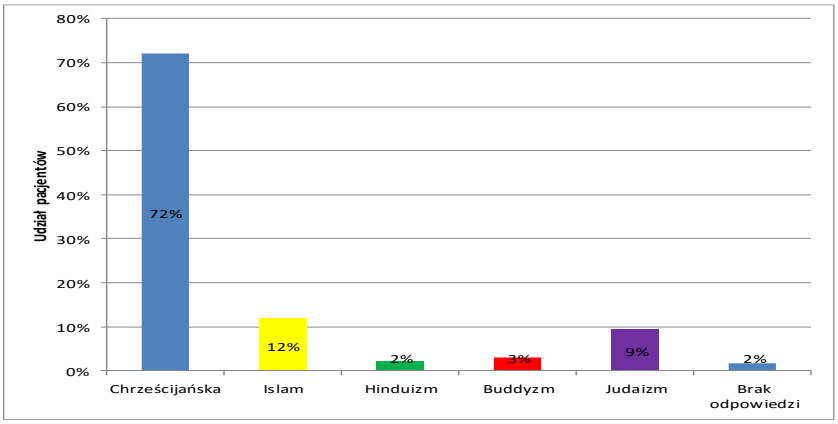
Pytanie nr 1. Czy w trakcie pracy zawodowej uczestniczył/a Pan/i w szkoleniach, kursach z transkulturowości?



Wykres 1. Uczestnictwo w kursach, szkoleniach w trakcie pracy zawodowej (n=175). Badania własne.

Pielęgniarki tylko w 14% uczestniczyły w szkoleniach, kursach związanych z zagadnieniami transkulturowości. Wynikać może to z faktu, że nie są takie kursy organizowane często, a wiedza dotycząca tego tematu jest zdobywana przy okazji innych kursów czy szkoleń.

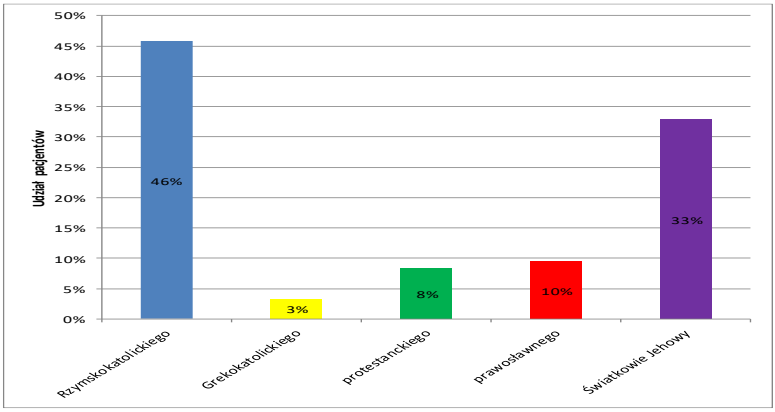
Pytanie nr 2. Czy opiekował/a się Pan/i pacjentami wyznającymi religię: Chrześcijańską, Islam, Hinduizm, Buddyzm, Judaizm?



Wykres 2. Pacjenci różnych religii pod opieką ankietowanych (n=237). Badania własne.

Pielęgniarki najczęściej opiekują się wyznawcami chrześcijaństwa. Kolejną religią z którą najczęściej spotyka się personel medyczny jest Islam i Judaizm. Pozostałe religie występują w dużo mniejszym stopniu.

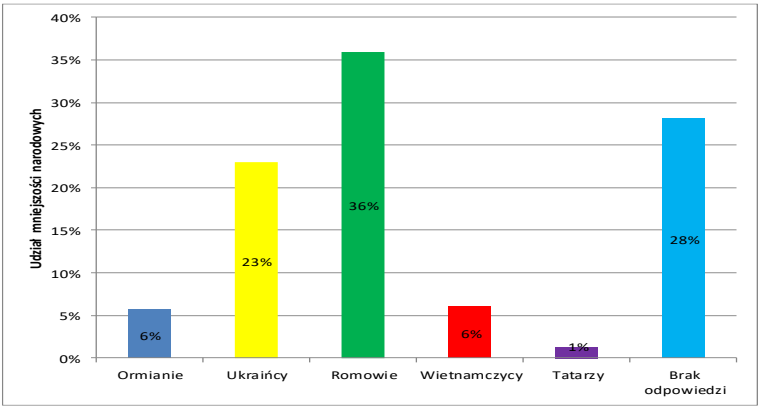
Pytanie nr 3. Czy wśród pacjentów byli wyznawcy kościoła: Rzymskokatolickiego, Grekokatolickiego, Protestanckiego, Prawosławnego, Świadkowie Jehowy?



Wykres 3. Pacjenci należący do różnych kościołów (n=367). Badania własne.

Niecała połowa ankietowanych opiekowała się pacjentami wyznania rzymskokatolickiego. Mniejsza grupa dotyczy Świadków Jechowych. Pozostałe kościoły jak: protestancki, prawosławny i grekokarolicki zajmują niewielki procent.

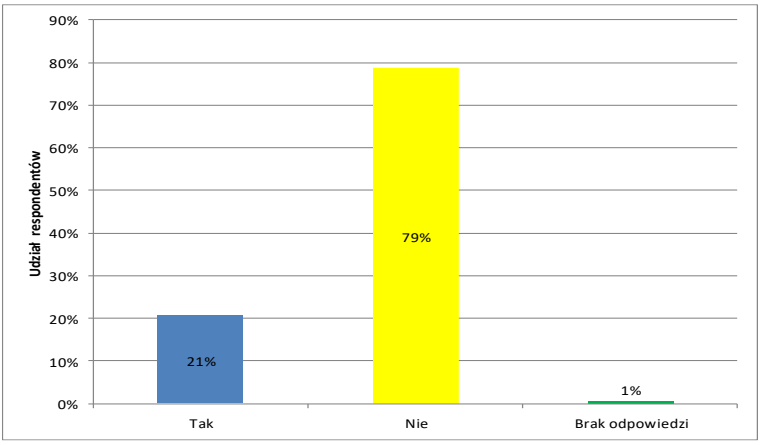
Pytanie nr 4. Czy opiekował/a się Pan/i pacjentami z mniejszości narodowych?



Wykres 4. Pacjenci z mniejszości narodowych pozostający pod opieką ankietowanych (n=231). Badania własne.

Najczęściej pielęgniarki opiekowały się pacjentami z mniejszości narodowych: Romowie 36%, 23% Ukraińcy i po 6% Ormianie oraz Wietnamczycy. Zastanawiający jest fakt, że aż 1/3 pielęgniarek nie wie jaką religie wyznaje pacjent, którym się opiekuje.

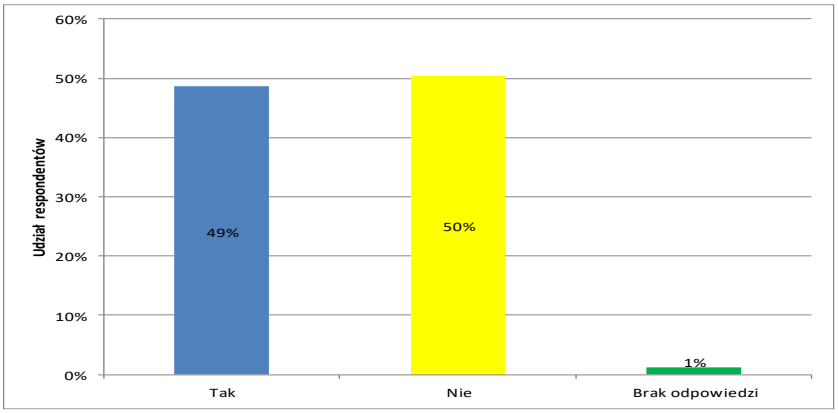
Pytanie nr 5. Kontakt z pacjentem z obcej kultury wywołuje u Pana/i dezorientację, bezradność, strach?



Wykres 5. Obawy związane z kontaktem z cudzoziemcem (n=175). Badania własne.

Na pytanie związane z obawami z powodu kontaktu z obcokrajowcem, respondenci w 79% nie mieli obaw. Można wywnioskować, że respondenci potrafią prawidłowo opiekować się pacjentem wyznającym inną kulturę, a w razie konieczności mają możliwość dokształcić się.

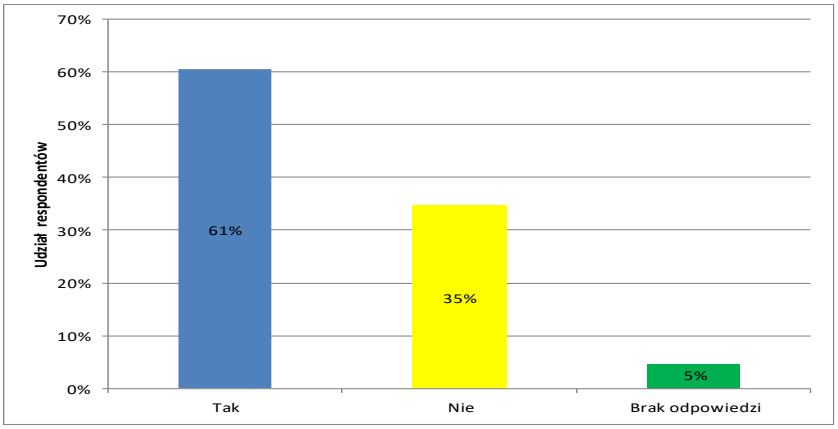
Pytanie nr 6. Czy personel medyczny ma dostęp do adresów i telefonów duszpasterzy różnych religii?



Wykres 6. Dostępność do duszpaterzy różnych religii przez personel medyczny (n=175). Badania własne.

Przeprowadzonej analizy wynika, iż personel medyczny w takim samym stopniu ma dostęp do telefonów czy adresów duszpasterzy, jak i nie ma możliwości dostępu.

Pytanie nr 7. Czy personel medyczny ponosi konsekwencje prawne nie zastosowania terapii krwią u Świadków Jehowy?

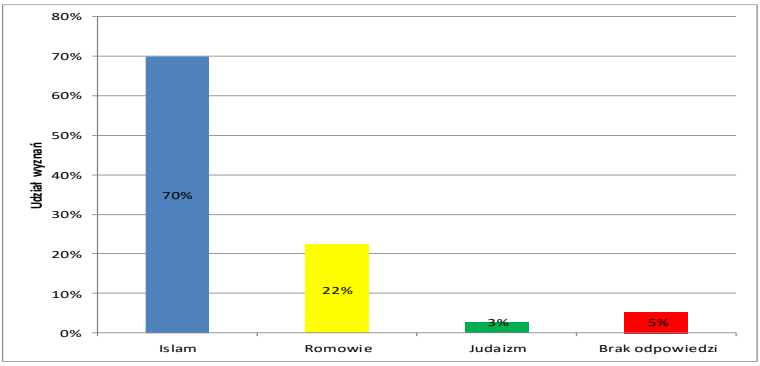


Wykres 7. Konsekwencje prawne nie zastosowania terapii krwią u Świadków Jehowy (n=175). Badania własne.

Ankietowani na pytanie dotyczące konsekwencji prawnych związanych z terapią krwią u Świadków Jechowych, twierdzą że wiedzą o konsekwencjach prawnych. Zgoda na leczenie jako jeden z fundamentalnych elementów

autonomii jednostki i jej prawa do decydowania o swoim życiu, jest niezbędna do podjęcia jakiejkolwiek czynności leczniczej, diagnostycznej czy badania lekarskiego, zatem jej brak zamyka możliwość wykonania danego zabiegu, w tym przypadku przetoczenia preparatów krwi. Wyraźny sprzeciw pacjenta wobec danej metody leczenia powinien być odnotowany w dokumentacji medycznej.

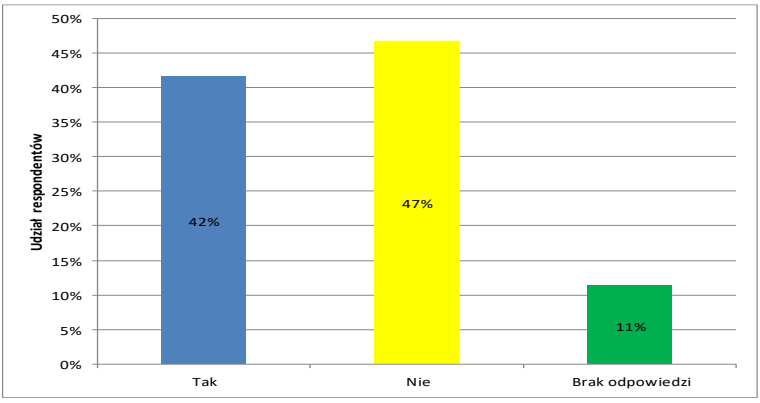
Pytanie nr 8. W której kulturze w trakcie badania kobiety konieczna jest obecność drugiej kobiet?



Wykres 8. Wymagania kulturowe badania kobiet (n=189). Badania własne.

Respondentki dobrze odpowiedziały na to pytanie. Obecność drugiej osoby w trakcie badania kobiety jest konieczna u wyznawców Islamu, Judaizmu oraz u Romów.

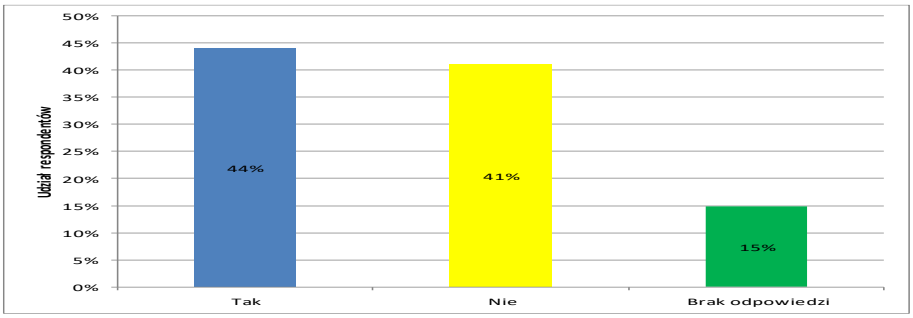
Pytanie nr 9. Czy toaleta u Roma wymaga zastosowania dwóch mydeł, misek, ręczników?



Wykres 9. Toaleta u Roma (n=175). Badania własne.

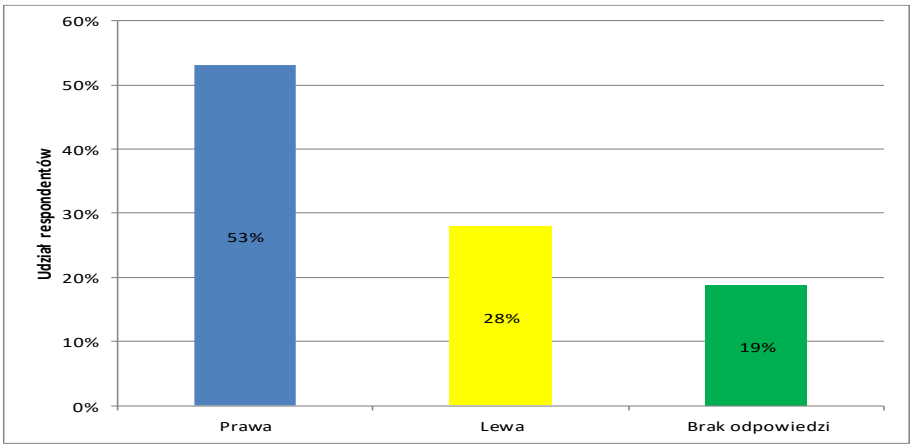
W literaturze wymienia się konieczność stosowania dwóch kompletów przyborów. Respondentki w jednakowym stopniu wiedziały i nie wiedziały, o konieczności dwóch ręczników potrzebnych do wykonania toalety pacjenta.

Pytanie nr 10. Czy można podać posiłek Hindusowi na jednorazowych naczyniach?



Wykres 10. Charakterystyka posiłku dla Hindusa (n=175). Badania własne. Badanie wykazało, że pielęgniarki mają dostateczną wiedzę na ten temat.

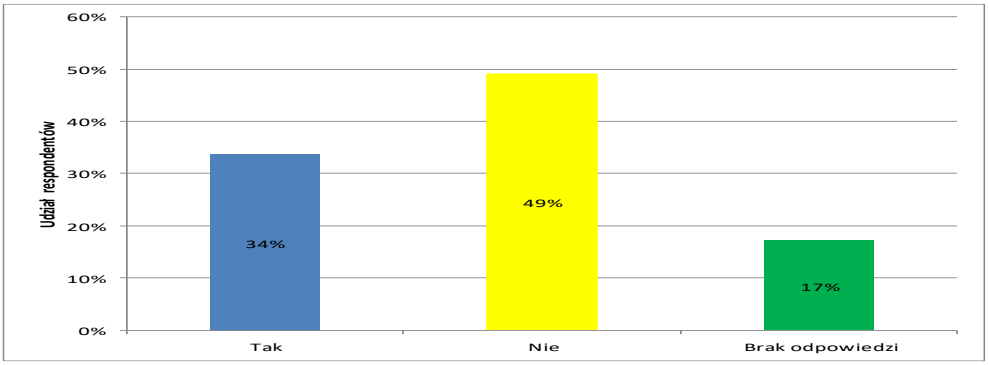
Pytanie nr 11. Którą ręką podajemy posiłek pacjentowi z Indii?



Wykres 11. Wybór ręki przy podawaniu posiłku pacjentowi z Indii (n=175). Badania własne.

Połowa respondentów prawidłowo odpowiedziała na pytanie. W Indiach lewa ręka uważana jest za nieczystą.

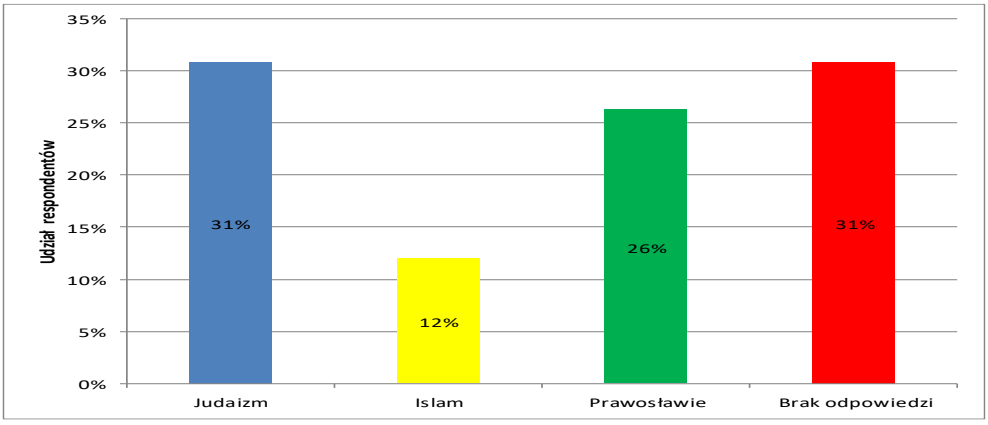
Pytanie nr 12. Czy wyznawcy Islamu uznają kremację?



Wykres 12. Kremacja w Islamie (n=175). Badania własne.

Połowa ankietowanych odpowiedziała prawidłowo. Muzułmanie nie akceptują kremacji zwłok.

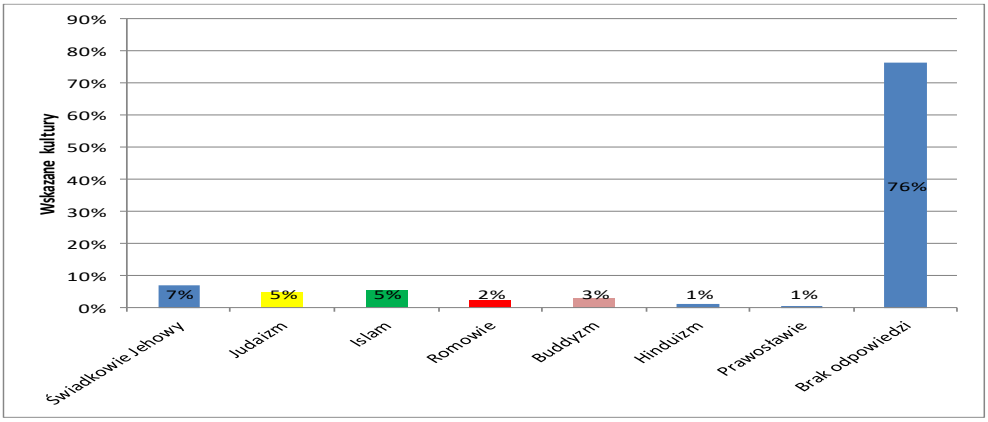
Pytanie nr 13. Która religia zaleca aborcję w stanie zagrożenia życia matki?



Wykres 13. Aborcja w stanie zagrożenia życia matki (n=175). Badania własne.

Respondentki tylko w 1/3 wiedziały, że aborcja w stanie zagrożenia życia matki jest dozwolona tylko w Judaiźmie.

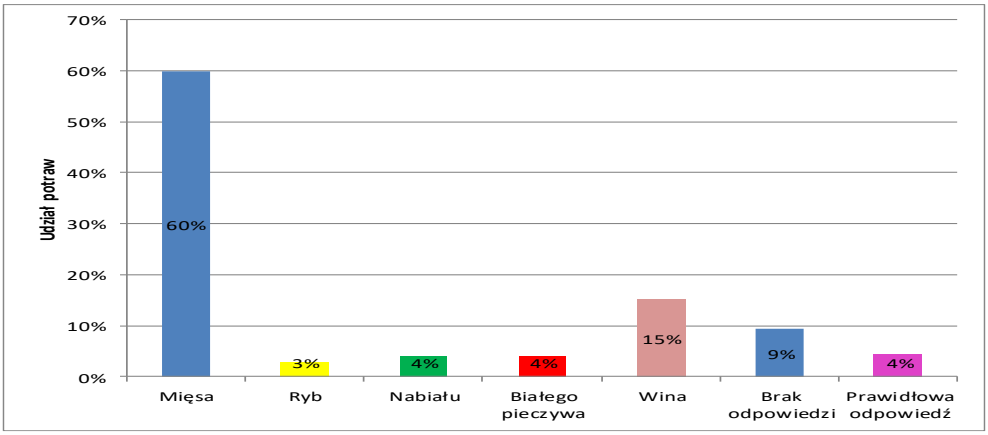
Pytanie nr 14. W transplantologii przedstawiciele dwóch kultur sprzeciwiają się idei dawstwa, jakie?



Wykres 14. Kultury przeciwne dawstwu w transplantologii (n=175). Badania własne.

Wśród ankietowanych nikt nie wskazał prawidłowej odpowiedzi. Kultury przeciwne dawstwu to szintoiści w Japonii i Romowie.

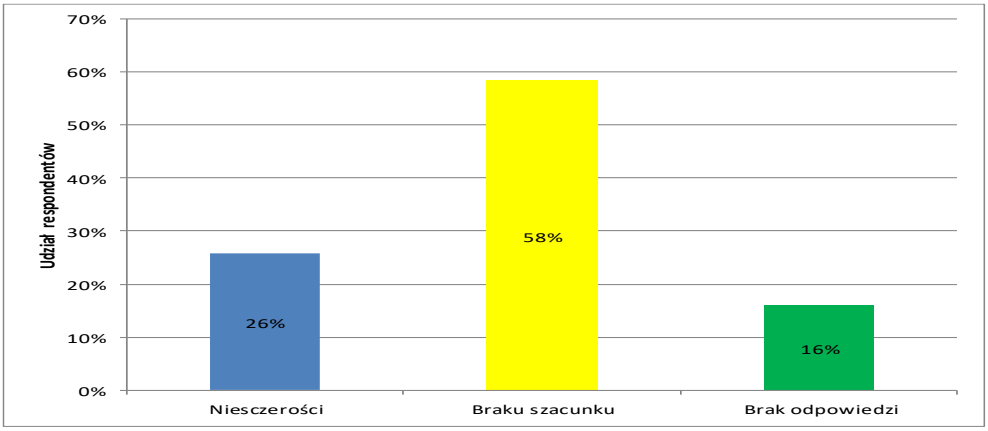
Pytanie nr 15. Wyznawcy Prawosławia przestrzegają wielu postów w ciągu roku, 40 dniowy w okresie Wielkanocnym zakazuje spożywania?



Wykres 15. Prawosławne zakazy postne (n=202). Badania własne.

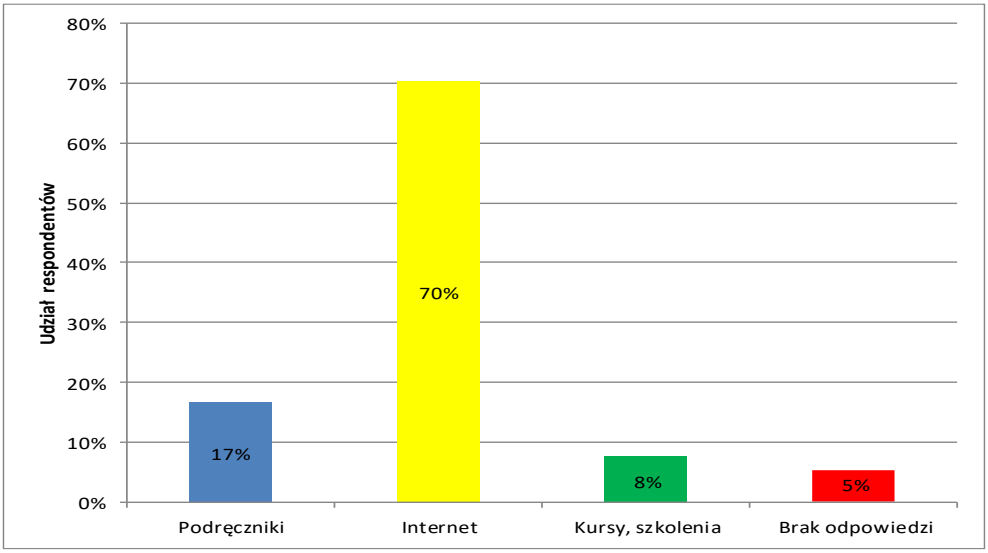
Pielęgniarki nie mają wiedzy na temat kulturowych uwarunkowań dotyczących żywienia. W okresie Wielkiego Postu Prawosławni nie spożywają: mięsa, ryb, nabiału, jaj.

Pytanie nr 16. W kulturze Dalekiego Wschodu unikanie kontaktu wzrokowego świadczy o: nieszczerości, braku szacunku?



Wykres 16. Znaczenie kontaktu wzrokowego na Dalekim Wschodzie (n=175). Badania własne.

Pielęgniarki w stopniu dostatecznym wykazały się wiedzą w tym temacie.
Pytanie nr 17. Z jakich źródeł korzysta Pan/i w celu poszerzenia wiedzy?



Wykres 17. Źródła pogłębiania wiedzy (n=175). Badania własne.

Dostępność do internetu sprawia, że jest on najczęściej wybieraną formą pogłębiania wiedzy przez pielęgniarki.

WNIOSKI

1. Poziom wiedzy pielęgniarek z transkulturowości jest niski. Nie znają różnic religijnych, etnicznych. Uwarunkowań kulturowych w zdrowiu, chorobie, leczeniu.
2. Kontakt pielęgniarek z pacjentami odmiennych kultur, religii nie wywołuje lęku i dezorientacji.
3. Opieka nad pacjentem musi być zbliżona do jego wartości kulturowych, religijnych. Pacjent musi być postrzegany holistycznie z uwzględnieniem potrzeb duchowych.
4. Pielęgniarki deklarują chęć poszerzenia wiedzy z transkulturowości, dostrzegając braki w tym obszarze. Dowodem jest niska samoocena.
5. Podnoszenie kwalifikacji zawodowych zmniejsza poziom odczuwanego stresu, dyskomfortu w kontaktach z pacjentami innych kultur. Daje poczucie kompetencji, przeciwdziała wypaleniu zawodowemu.

BIBLIOGRAFIA:

[1] Krajewska-Kułak E., Wrońska I., Kędziora-Kornatowska K. Problemy Wielokulturowości w Medycynie Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010
[2] Grzymała-Moszczyńska H., Pawlus M., Hartmann P., Jackowska T., Kulturowo wrażliwa opieka medyczna, Culturally Sensitive Health Care Pediatr. Pol. 2012: 87(3)
[3] Kondracka E., Społeczeństwo wielokulturowe. Lek. Rodz. 2006: 11 (2)
[4] Majchrowska A. Wybrane elementy z socjologii Wydawnictwo Czekaj, Lublin 2003
[5] Zalewska - Puchała J., Majda B., Ogórek-Tęcza B. Pielęgniarstwo transkulturowe Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010
[6] Piech P. Sobierańska P. Komunikacja niewerbalna w relacji lekarz - pacjent Med. 2014:23(2)
[7] Kramer K.P. Śmierć w różnych religiach świata. Wydawnictwo WAM, Kraków 2007
[8] Hareńczuk M., Pszenny A., Kościoły i religie wobec transplantacji. Etyka zawodowa. Mag. Pielęg. Położ. 2011(12)
[9] Łepecka-Klusek C. Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii Wyd. Czelej, Lublin 2003
[10] Krajewska - Kułak E., Ksykiewicz - Dorota A., Wrońska I.: Wizerunek pielęgniarki i położnej na tle nowych wyzwań w pielęgniarstwie polskim i europejskim. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2009.
[11] Majda A., Zalewska - Puchała J. Wrażliwość kulturowa w opiece pielęgniarskiej. Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011
[12] Grzymała - Moszczyńska H., Pawlus M., Hartmann P., Jackowska T., Kulturowo wrażliwa opieka medyczna, Culturally Sensitive Health Care Pediatr. Pol. 2012: 87(3)
[13] Szkultecka - Dębek M., Bem M., Mazur L., Różnice kulturowe - wpływ na ocenę jakości życia związanej ze zdrowiem. Farmakoekonomika 2006: 10 (2)
[14] Kudelska M., Wartości etyczne w różnych tradycjach religijnych., Wydawnictwo UJ Kraków 2005
[15] Szulc W. Etnopielęgniarstwo, Pielęgniarstwo 2000, 2(43)

Maciej Węgrzyn

INFORMOWANIE - CZYLI O ZASTOSOWANIU CYBERNETYKI W MEDYCYNIE W KOMUNIKACJI Z PACJENTEM.

Streszczenie:

Artykuł omawia problem komunikacji pomiędzy lekarzem a pacjentem w ujęciu cybernetycznym. Uzasadniono konieczność zdefiniowania działalności naukowej według reguł Aleksandra von Humbolta i wprowadzono model wymiany informacji jako sprzężenie zwrotne pomiędzy lekarzem a pacjentem. Następnie przeanalizowano model komunikowania się od oryginałów nadawcy poprzez kodowanie, sygnały, dekodowanie po obrazy powstające u odbiorcy. Z analizy tego procesu wskazano na możliwe błędy w powstawaniu obrazów. Są nimi: zatajania, zmyślanie, przekręcanie, redundancja lub redukcja. Podano sposoby weryfikacji danych oraz przykłady błędnych wniosków.

Słowa kluczowe:

Nauka, cybernetyka, informowanie, sprzężenie zwrotne, zatajanie, zmyślanie, przekręcanie, redundancja, redukcja.

Keys:
Science, cybernetics, information, feedback, concealing, making up, twisting, redundancy, reduction.

Summary:

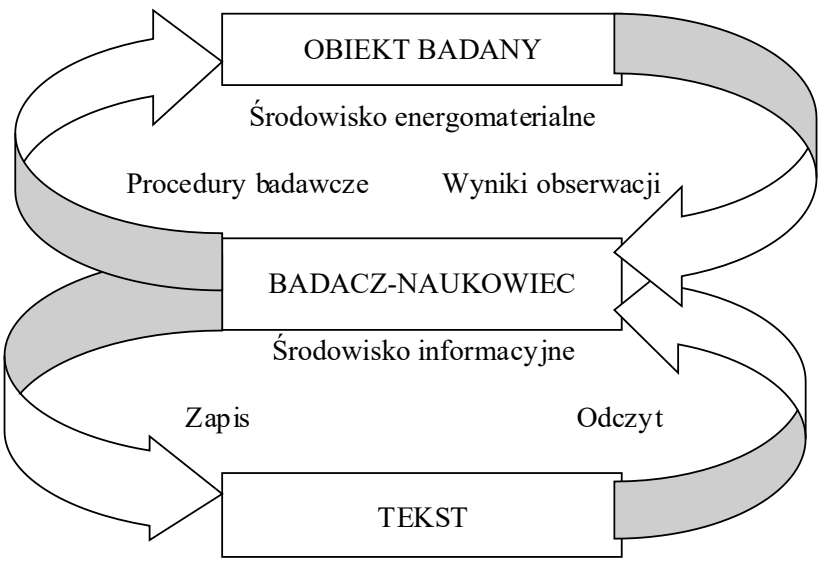
The article discusses the problem of communication between a doctor and a patient in cybernetics. The necessity to define scientific activity according to the rules of Alexander von Humbolt was justified and a model of information exchange was introduced as a feedback between doctor and patient. Then, the model of communication from the sender's originals to coding, signals, decoding to images created at the recipient was analyzed. From the analysis of this process, possible errors in the formation of images were pointed out. They are: concealing, making up, twisting, redundancy or reduction. The methods of data verification and examples of erroneous conclusions are given.

1. Obraz działalności naukowej według cybernetyki.

Aleksander von Humboldt stwierdził, że naukowość zaczyna się od zapisu obserwacji. Wobec tego cybernetyczny obraz działalności naukowej byłby następujący: naukowiec wybiera obiekt badany i oddziałuje na niego za pomocą procedury badawczej umocowanej w środowisku energomaterialnym i socjoenergetycznym, zaś obiekt badany wysyła sygnały będące wynikami obserwacji, które do badacza dochodzą również w zależności od właściwości środowiska. Po otrzymaniu wyników badacz dokonuje zapisu korzystając z środowiska informacyjnego i otrzymuje tekst, który może odczytać za pośrednictwem tegoż informacyjnego środowiska. Następny badacz może badać sam obiekt lub tekst opisujący ten obiekt. Badanie wyłącznie tekstu jest domeną nauk abstrakcyjnych i filozofii. Proces ten można zilustrować rysunkiem- modelem jak poniżej, odzwierciedlającym relacje pomiędzy badaczem, obiektem i tekstem. Obowiązkiem badacza jest więc zidentyfikowanie obiektu badań, podanie procedur badawczych, podanie metod uzyskiwanie wyników, wskazanie metody zapisu i wskazanie metody odczytu tekstu. Narzucanie tych rygorów humaniście uważane było za nietakt aż do czasów Paula Feyerabenda i jego traktatu „Przeciw metodzie”[1]
Z poniżej podanego modelu postępowania badawczego widać to jednak wyraźnie i jest to już ważna wskazówka, że działania na modelach, o czym będzie w następnych akapitach są skuteczniejsze od spekulacji myślowych opartych na tekstach wyłącznie językowych. Że zaś piękny język jest narzędziem pracy humanistów, to stosowanie w tekście wzorów, rysunków czy modeli jest dla nich nie do przyjęcia. Cybernetykowi nasuwają się jednak poważne wątpliwości co do tej metody postępowania. Bo czy wszystko, co pochodzi z obserwacji można wyrazić słowami i ująć w formę tekstu? Czy wszystko można zapisać? Czy wszystko można odczytać? Czy odczytując zapisane już testy właściwie je interpretujemy? Czy wszystko można przetłumaczyć jedno-jednoznacznie[2]. To nie są wcale błahe pytania, zwłaszcza w dobie globalizacji i zderzenia się kultur tak odmiennych, jak to jest możliwe!
Ku mojemu wielkiemu zdziwieniu osoby uprawiające nauki humanistyczne unikają takich pytań, a przyparte do muru udzielają wypowiedzi niejasnych typu- przecież to oczywiste samo z siebie. Ale w cybernetyce nic oczywiste nie jest! W cybernetyce trzeba najpierw zbudować teorię opartą na modelu rzeczywistości a potem porównać z rzeczywistością, czyli wykonać dwa badania- to na modelu i to sprawdzające na obiekcie rzeczywistym. Jedną z zasad

[1] P. Feuerabend, *Against Method: Outline of an Anarchistic Theory of Knowledge*, str. 42. London,Verso, 1975. r.
[2] M. Kempisty, *Mały słownik cybernetyczny*, Warszawa 1973.r. relacja jedno jednoznaczna str. 376.

cybernetyki jest to, że wszystkie teorie naukowe są w pewnym stopniu błędne, a różnią się tylko stopniem błędności[3]. Taka zasada dla zwolenników Prawdy przez duże P, czyli jedynej właściwej i niepodważalnej to już obraza: uważają bowiem że cybernetyka góry zarzuca się błędność posiadaczom prawdy bez przeprowadzenia najmniejszej próby dowodu. A zwrot – „stopień błędności" nie jest zapamiętywany, kiedy emocje związane ze słowem błędność zagłuszają refleksje związane ze słowem stopień.



Rys. 1. Obraz działalności naukowej. Źródło: M. Węgrzyn, „Współczesny człowiek w społeczeństwie informacyjnym"- Toruń- Kielce, 2010.r. „O indywidualnych różnicach kobiet i mężczyzn w percepcji rzeczywistości" str. 212.

2.Różnice w podejściu do problemów w ujęciu humanistycznym i cybernetycznym

Nauki humanistyczne zajmują się człowiekiem i jego działalnością indywidualną i społeczną, jego celami, przeznaczeniem i dążeniami a cybernetyka zajmuje się sterowaniem obiektami nie rozróżniając obiektów i nie dzieląc ich na żywe, martwe, ludzi i zwierzęta. Sam tytuł pierwszej książki Norberta Wienera był prowokujący dla humanistów- Cybernetyka czyli sterowanie w zwierzęciu i maszynie[4].

[3] M. Mazur, *Cybernetyka i charater,* PIW Warszawa 1976.r. str.19.
[4] N. Wiener „*Cybernetyka czyli sterowanie i komunikacja w zwierzęciu i maszynie"*. PWN, Warszawa 1971, str. 261. Seria: Informacja i Sterowanie.

Cybernetyka bada zjawiska ze względu na ich różnorodność- to aspekt informacyjny, oraz ze względu na ich intensywność- to aspekt energetyczny. Ujęcie tych obu aspektów jest warunkiem poprawności procedury badawczej. Cybernetyk buduje model zjawiska i porównuje właściwości modelu z rzeczywistością. Różnice mogą wskazywać na nowe aspekty zjawisk dotąd nie zaobserwowane lub błędną interpretację dotychczasowych obserwacji. Humanistyka podejmuje obserwację rzeczywistości ze względu na upodobania badacza, nie ograniczając procedur, na zasadzie nic co ludzkie nie jest mi obce. Badacz może podawać skodyfikowane procedury, albo też odwoływać się do ogólnie znanych i uznanych przez innych badaczy metod postępowania.

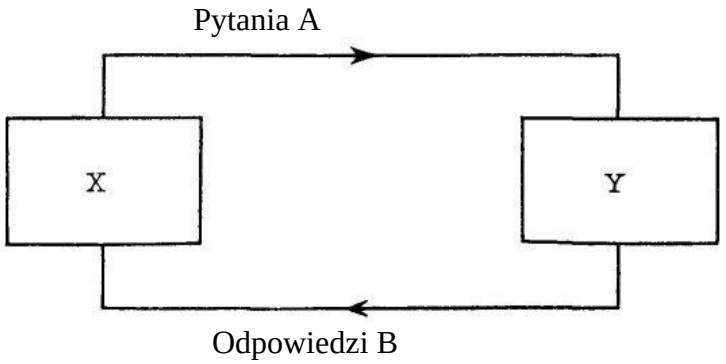
Od ujęcia humanistycznego cybernetykę różni wprowadzenie obowiązku rozpatrywania wpływu posiadanej przez obiekt (lub będącej w jego dyspozycji) energii i możliwości jej użycia do wpływu na środowisko, zaś intensywność oddziaływania mierzy się mocą fizyczną.

Podstawową i fundamentalną różnicę między ujęciami cybernetycznymi i naukami humanistycznymi jest to, że nauki humanistyczne nie uwzględniają zapotrzebowania na energię potrzebną do dokonywania czynności związanych z obserwacjami, odczytami, z zapisywaniem, odczytywaniem i przechowywaniem wyników, gdyż do niedawna uważano że jest ona tak mała, że aż żadna i można ten problem pominąć bez szkody dla wyników. Jednak cybernetyka zajmuje się problemem sterowania, czyli przepływami energii i materii i według cybernetyki każda czynność wymaga nakładu energii, która później jest już niedostępna do wykorzystania. O ile zapotrzebowanie na określoną ilość energii w określonym czasie dla spowodowanie zmian w środowisku energomaterialnym jest bezdyskusyjne to fakt, że proces przekazywania informacji również wymaga dostarczenia energii do zapisu, kodowania, przesyłu, odkodowania i odczytu informacji był do niedawna zupełnie niedostrzegany i dopiero cybernetyka zwróciła na to uwagę.

Ponadto nauki humanistyczne nie uwzględniają także interwencji w obiekt mierzony- polityk przed kamerą zachowuje się inaczej niż w zaciszu gabinetu. Obserwacje są w naukach humanistycznych uważane za w całości powtarzalne, tymczasem każda interwencja obserwacyjna zmienia obiekt w pewien sposób tak, że druga obserwacja nie musi być podobna a na pewno nie jest identyczna. Dlatego zarówno aproksymacja (co się raz zdarzyło – powtórzy się), jak i negacja (ludzie się czegoś nauczyli i nie powtórzą błędów z przeszłości) jest niepewna. Cierpienia II wojny światowej nie były powodem powstrzymania się od walk bratobójczych w Jugosławii a sukcesy ekonomiczne państw Maghrebu w załamały się przez wysoki wzrost populacji, nie znajdującej zatrudnienia i podstaw do utrzymania się przy życiu (całkiem jak w teorii Malthusa).

3. Przebieg procesu informowania w warunkach klinicznych.

3.1. Utwórzmy wzorzec postępowania na zasadzie sprzężenia zwrotnego
Lekarz oznaczony jako element X zadaje pytania jako A pacjentowi oznaczonemu jako element Y i otrzymuje odpowiedź oznaczoną jako B.
Ile mamy elementów w tym wzorcu? Cztery!
Ile jest możliwości niewłaściwego oddziaływania? Cztery!
Na dodatek cały proces przebiega w otoczeniu społecznym tworzącym normy postępowania, a więc nie jest dowolny. Przedstawmy to ma rysunku:



Rys. 2. Sprzężenie zwrotne źródło- M. Mazur, „Cybernetyka i charakter" Warszawa 1976.r. str. 63

3.2. Lista niektórych błędów w procesie komunikowania się

3.2.1. Lekarz nie rozpoznał sytuacji i zadaje niewłaściwe pytania. Bywa tak często w przypadku tzw. chorób bezobjawowych, lub w przypadku rozpoznawania choroby przez specjalistę innej specjalności medycznej

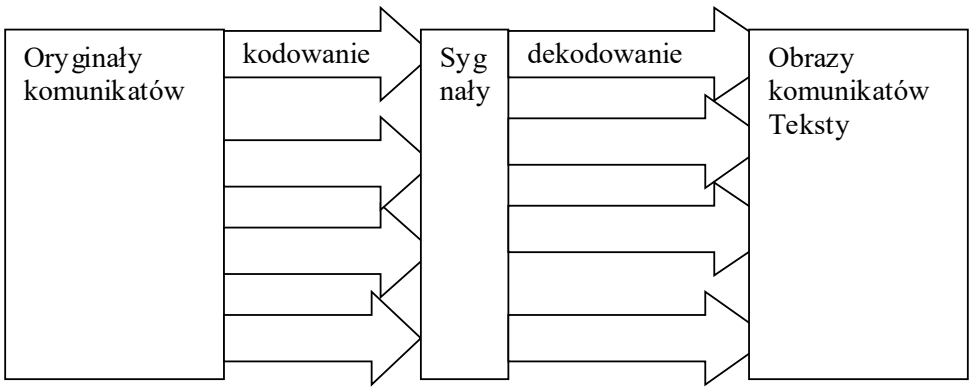
3.2.2. Pytania zadaje w sposób niezrozumiały dla pacjenta np. używając terminów wyspecjalizowanych medycznych, aby zrobić dobre wrażenie.

3.2.3. Pacjent nie rozumie o co chodzi lekarzowi. Pytania mogą się kojarzyć z innymi sprawami.

3.2.4. Pacjent świadomie lub nieświadomie dezinformuje lekarza. - zataja, zmyśla, przekręca, wyolbrzymia dolegliwości lub skraca do minimum komunikat. Omówimy teraz dlaczego takie właśnie rodzaje dezinformacji powstają.

4. Podejście cybernetyczne do systemu przesyłania informacji.

Podejście cybernetyczne jest następujące[5]:
W wyniku obserwacji otrzymujemy komunikaty tworzące oryginalny obraz rzeczywistości poznawanej przez badacza. Trzeba je przesłać odbiornika tworzącego formę tekstu. Czynność ta w cybernetyce nosi nazwę komunikowania. Schemat komunikowania się jest następujący: Istnieje zbiór oryginałów komunikatów, który celem przesyłu do odbiorcy kodujemy w sygnały, przesyłamy i dekodujemy otrzymując obrazy, które zapisujemy tworząc tekst.

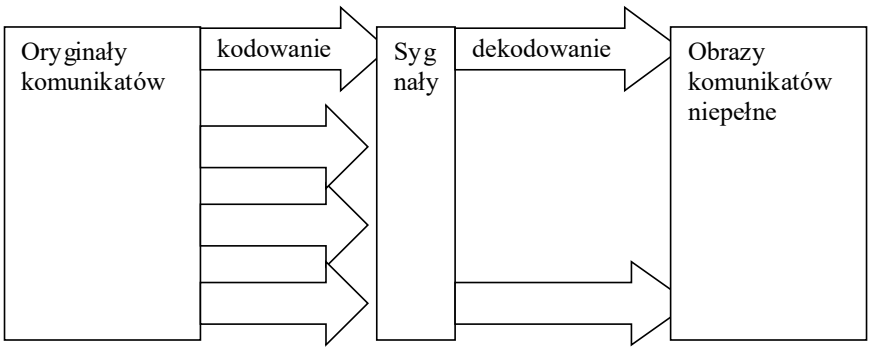


Rys. 3. Schemat komunikowania. Źródło- opracowanie własne.

Uwaga! Prawdą w cybernetyce jest zbiór oryginałów. Bywa, że jest on niedostępny, bo historyczny. Procesie komunikowania dążymy do tego żeby komunikat będący obrazem był tożsamy z komunikatem oryginału (taki sam jak oryginał). Niestety nie może być to ten sam komunikat. Nawet list przesłany do adresata ulega minimalnym, ale jednak odkształceniom, czasami znacząco wpływającym na możliwość odczytania tekstu. W związku z tym w tekście otrzymujemy wyłącznie obrazy dawnego oryginalnego komunikatu (zdarzenia lub przedmiotu). Cybernetyka problemy zapisu i odczytu traktuje jako problemy komunikowania Jak widać z rysunku zakłócenia tego procesu są następujące:

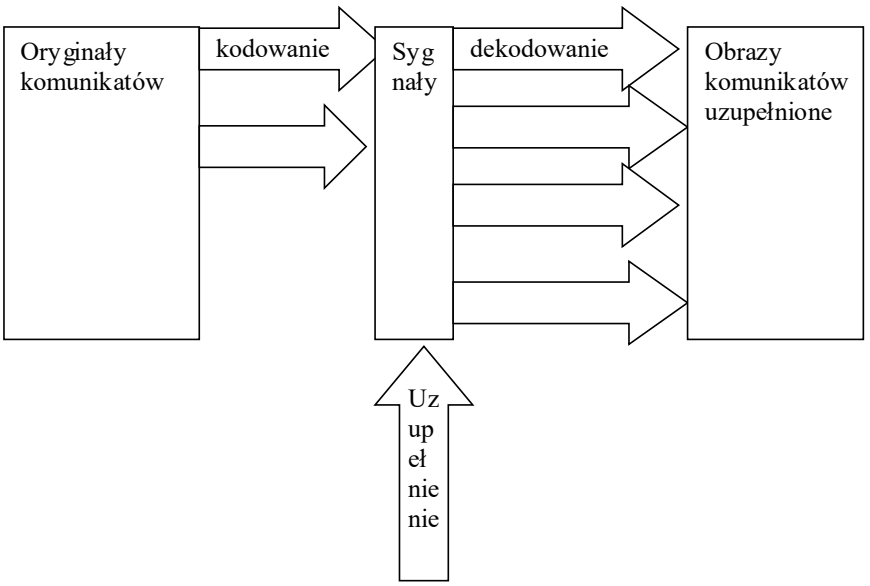
[5] wedlug: M. Mazur, *Jakościowa teoria informacji*, Warszawa 1972.r.str 45. i dalsze.

= Obrazy mogą być niepełne



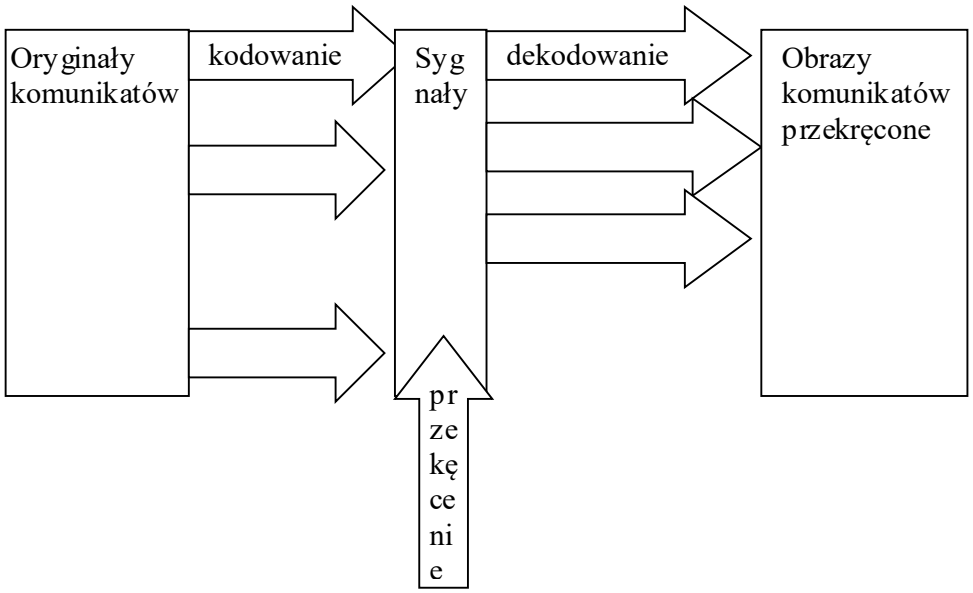
Rys.4. Komunikowanie niepełne. Źródło- opracowanie własne.

= Obrazy mogą być uzupełnione przez sygnały nie pochodzące z zakodowanych oryginałów.



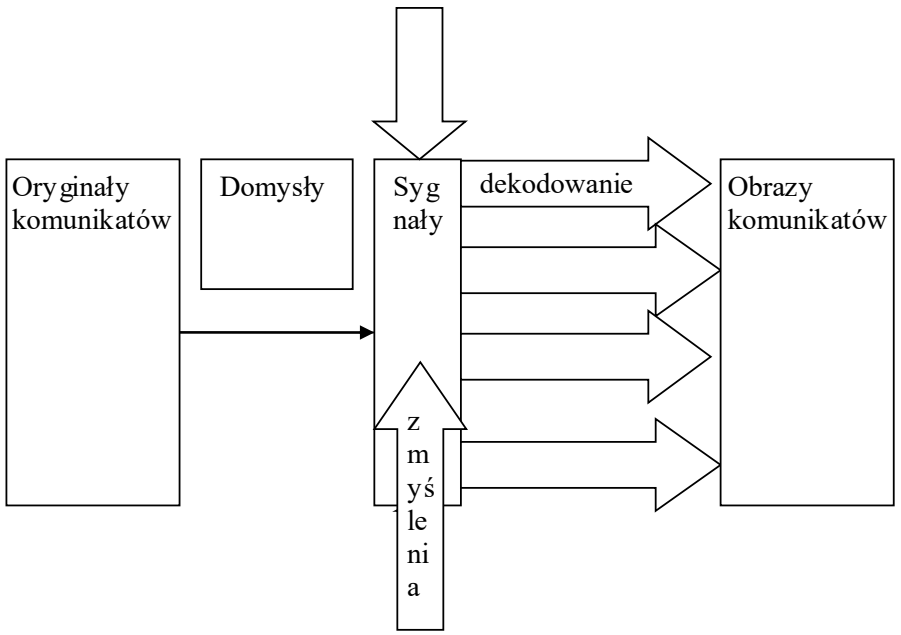
Rys.5. Komunikowanie uzupełnione. Źródło- opracowanie własne.

= Obrazy mogą być jednocześnie niepełne i uzupełnione (trochę tego i tego) czyli przekręcone.



Rys. 6. Komunikowanie przekręcone przez dodatkowy sygnał. Źródło- opracowanie własne

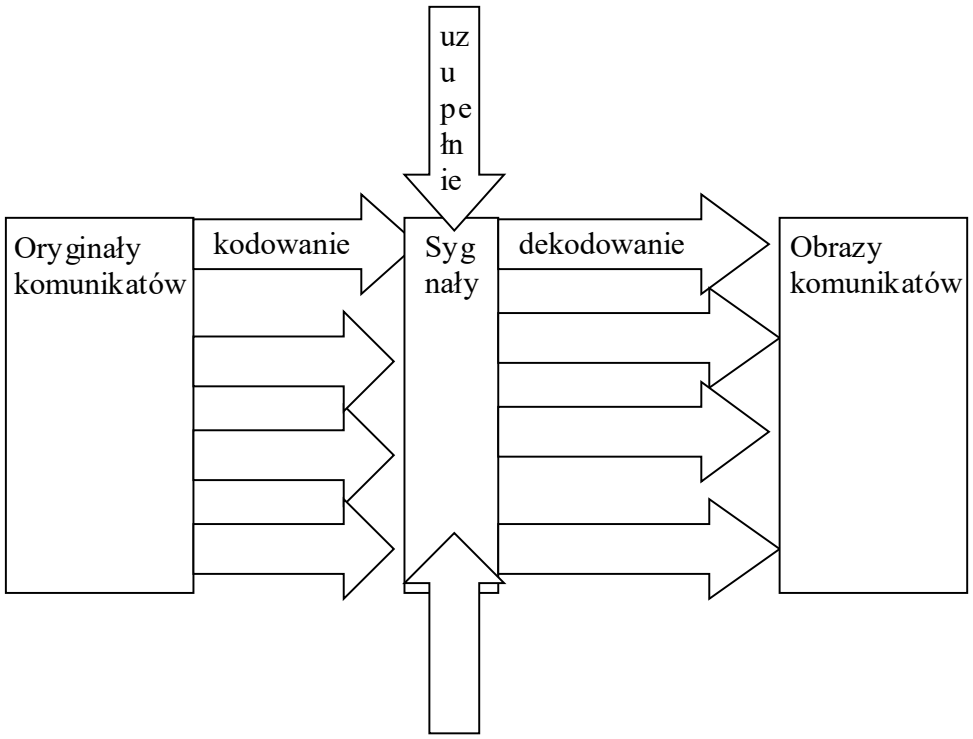
= Obrazy nie są związane z oryginałami – zmyślenia.



Rys. 7. Komunikowanie pozorowane- zmyślenia. Źródło- opracowanie własne

Jednym z nich jest hipostaza- domniemanie istnienia oryginałów na podstawie sugestywnych obrazów. Niebezpieczeństwo hipostazy polega na założeniu, że jeżeli każda rzecz ma swoją nazwę, to każda nazwa ma swoją rzecz. Tymczasem w tekście mogą być obrazy, dla których brak oryginałów. Brak oryginałów zastąpiony jest przez zapewnienia, że takie istnieją.

= uzupełnienia – obrazy tworzą się na podstawie nie tylko zakodowanych oryginałów, ale i dodatkowych sygnałów.

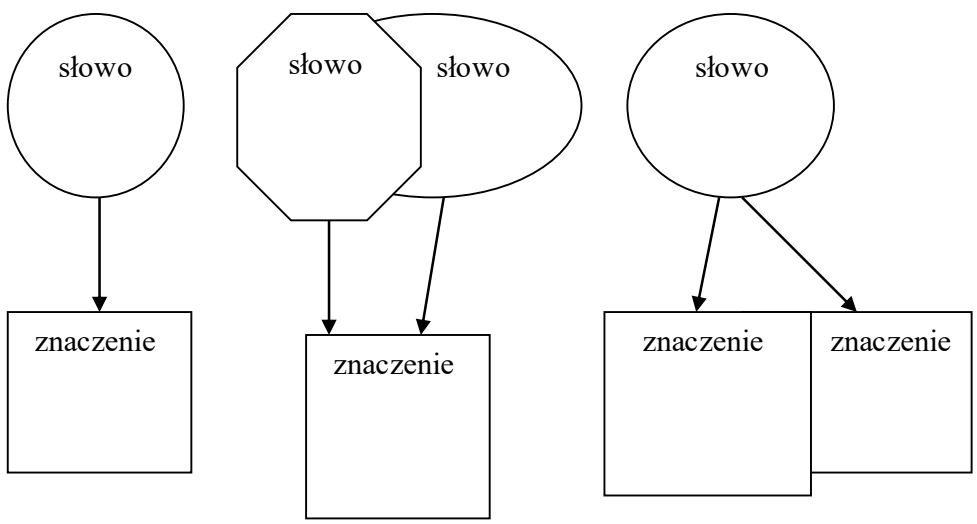


Rys.8. Komunikowanie uzupełnione. Źródło- opracowanie własne

5. Problemy z odczytaniem tekstu- semantyka.

Te same problemy występują przy odczytywaniu tekstu spisanego w języku używanym przez badacza: oryginałem jest sam tekst, kodowaniem są wartości fonetyczne znaków, sygnałem jest wymawiane słowo, dekodowaniem jest znaczenie tego słowa, obrazem jest wyobrażenie obiektu opisanego tekstem. Od razu widać, jakie trudności można napotkać odczytując dany tekst: jeżeli mamy kody odczytu np. wiemy jakie dźwięki są oznaczone literkami to

możemy wypowiedzieć zapisane słowa, otrzymując sygnały a jeżeli wiemy co oznaczają, możemy dokonać dekodowania i wyobrazić sobie skutecznie o co w tekście chodziło! Brak właściwych kodów może uniemożliwić odczyt: np. mamy tekst zapisany znakami cyrylicy i nie wiemy jak brzmią słowa, chociaż rosyjski mówiony jest nam znany, mamy inskrypcje zapisane alfabetem łacińskim w języku etruskim i nie możemy ich zrozumieć, bo nie wiemy, co znaczą słowa, które jednak możemy wypowiedzieć na głos. Kody mogą być odczytane w różny sposób w zależności od poprzednio uzyskanych wiadomości- używamy tych samych słów na określenie rożnych rzeczy lub tą samą rzecz określamy rożnymi słowami. Problem ten poruszał prof. Michał Łabaszczuk na wykładzie latem 2010r. Tworząc model jak na rysunku poniżej: jedno słowo może mieć jedno znaczenie, dwa (i więcej niż dwa) słowa mogą mieć podobne znaczenie, jedno słowo może mieć więcej niż jedno znaczenie. Prelegent pominął jednak sytuacje, w których słowo nie ma znaczenia (jakaś „wrzutka" językowa na „q") oraz gdy znaczenie (rzecz lub relacja) nie jest jeszcze nazwane, gdyż językoznawcy takimi przypadkami się nie zajmują.



Rys. 9. Możliwości odczytywania znaczenia słów. Źródło- M. Łabaszczuk, wykład 3.lipca 2010. w Kielcach.

Zapominanie o tych możliwościach powoduje powstawanie nieporozumień wcale nie zabawnych- jak to opisał M. Głogoczowski komentując kolokwium w Rychłocicach 2007[6]

[6] M. Głogoczowski, *Młot na rozum liberalnej demokracji*, Bydgoszcz 2007.r. str. 203.

W przypadku niepełnych łańcuchów informacyjnych możemy uzupełniać je trafnie lub nietrafnie, domyślać się znaczeń istotnych lub je pomijać, nie domyślać się treści aluzyjnych lub domyślać się bezpodstawnie aluzji tam, gdzie ich nie ma.[7]

6. Rozpatrzmy po kolei elementy tego sprzężenia z rys.2. i możliwości działań naprawczych:

6.1. Z punktu widzenie cybernetyki zarówno Lekarz jak i Pacjent powinien być traktowany jako system autonomiczny posiadający sztywny charakter i działający we własnym interesie.[8] Wiedza o tym może być rozpowszechniona przez wprowadzenie do programów nauczania takich wiadomości, a od zaraz przez koła naukowe studentów które już gdzieniegdzie działają, co prawda wyniki ich działalności są deprecjonowane, a w chwilach szczerości profesorowie mówią: za dużo by trzeba zmieniać!

6.2. Oddziaływanie „A" – lekarza na pacjenta można ulepszyć przez podanie wiadomości o możliwych pomyłkach w ocenie stanu zdrowia wynikających z zastosowania procedury jakimi posługuję się lekarze. Niestety te procedury bywają niezgodne z właściwościami pacjenta, zwłaszcza z poziomem jego charakteru. Krótkie pytania są dla osoby inteligentnej niepełne zaś dłuższe zdania dla pojętnych są nużące. Widać tu wyraźną różnicę w percepcji rzeczywistości kobiet i mężczyzn: mężczyźni reagują już na jedno słowo a kobiety czekają na cztery słowa[9]. Właściwe rozpoznanie poziomu charakteru daje przewagę w postaci „prawa pierwszego kroku."[10]

6.3. Pacjent wg cybernetyki jest systemem autonomicznych wyposażonym w organ zwany homeostatem, utrzymujący równowagę w organizmie. Choroba wg cybernetyki jest objawem przekroczenia możliwości oddziaływania homeostatu. Pacjent może o tym nie wiedzieć i nie przykładać wagi do drobnych zaburzeń. Pytania lekarza są interwencją w obiekt mierzony i kierują uwagę pacjenta na te symptomy, które lekarz uznał za ważne, gdyż zmienia się wyobrażenie o sytuacji i wyobrażenie o decyzji.[11]

---

[7] Nawet Aleksander S. Puszkin miał kłopoty z cenzorem, niejakim Bubkinem, aż car Mikołaj I, szkolny kolega Puszkina, zdecydował, że osobiście będzie cenzorował wiersze wieszcza.

[8] M. Mazur, „Cybernetyka i charater", Warszawa 1976. str. 190.
[9] M. Węgrzyn, „Cybernetyka Gender" Częstochowa 2015, str. 14.
[10] M. Węgrzyn, „Cybernetyka sukcesu" Częstochowa 2015 str.14.
[11] M. Mazur, „Cybernetyka i charakter" Warszawa 1976. str. 190

Ale odpowiedź pacjent podaje myśląc o własnym aktualnym interesie, stąd mogą wystąpić odpowiedzi niezgodne ze stanem faktycznym

6.4. Podstawowe zafałszowania w odpowiedzi „B"

6.4.1. Pacjent ukrywa dolegliwości, np. jeżeli potrzebuje zaświadczenia o dobrym stanie zdrowia dla otrzymania dobrze płatnej pracy.

6.4.2. Pacjent symuluje dolegliwości np. dla otrzymania „L4'

6.4.3. Pacjent przekręca dane część objawów ukrywając a część symulując np. dla otrzymania skierowania do sanatorium, gdzie chorego by nie przyjęto.

6.4.4. Pacjent wyolbrzymia dolegliwości opisując je barwnie i szczegółowo.

6.4.5. Pacjent odpowiada skrótowo, redukując wiadomości potrzebne do prawidłowej diagnozy.

7. Sposoby na korygowanie uzyskanych danych.

Najprostszym sposobem korekty wyników jest powtórzenie procedury. Bywa to proste np. ponowny pomiar temperatury ciała ale może być i skomplikowane. Jednakże mogą wystąpić tu ograniczenia czasowe, np. czas wizyty w czasie obchodu jest bardzo ograniczony.

Właśnie wskutek ograniczeń czasowych kończymy te rozważania.

BIBLIOGRAFIA:

[1] Paul Feuerabend, "Against Method: Outline of an Anarchistic Theory of Knowledge", London, Verso, 1975,

[2] Maria Kempisty, „Mały słownik cybernetyczny", Warszawa 1973. r.

[3] Marian Mazur, „Cybernetyka i charater", PIW Warszawa 1976.r.

[4] Norbert Wiener, „Cybernetyka czyli sterowanie i komunikacja w zwierzęciu i maszynie". PWN, Warszawa 1971, Seria: Informacja i Sterowanie.

[5] Marian Mazur, „Jakościowa teoria informacji", Warszawa 1972.r.

[6] Marek Głogoczowski, „Młot na rozum liberalnej demokracji", Bydgoszcz 2007.r.

[7] Maciej Węgrzyn, „Cybernetyka Gender" Częstochowa 2015.r.

[8] Maciej Węgrzyn, „Cybernetyka sukcesu" Częstochowa 2015.r.

Anna Dziwińska, Seweryn Cichoń

KOMUNIKOWANIE SIĘ PACJENTA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ W ZARZĄDZANIU ORGANIZACJĄ PUBLICZNĄ

Streszczenie: Dobrze zrealizowane usługi medyczne wymagają odpowiedniej interpersonalnej komunikacji pomiędzy pacjentem z intelektualną niepełnosprawnością a przedstawicielem personelu medycznego. Kluczowe znaczenie dotyczy zarówno komunikacji werbalnej, jak i pozawerbalnej z racji niepełnosprawności pacjenta. Stosowanie jej przez personel medyczny pozwala na rozpoznanie potrzeb i oczekiwań pacjenta oraz na ich realizację. Często zdarza się jednak, że bariery w procesie komunikacji, negatywnie wpływają na relacje międzyludzkie. Celem artykułu jest wyjaśnienie istoty komunikacji interpersonalnej, scharakteryzowanie komunikatów werbalnych i pozawerbalnych oraz omówienie barier komunikacyjnych w relacji pacjent z niepełnosprawnością intelektualną a personel medyczny w zarządzaniu organizacją medyczną.
Słowa kluczowe: komunikacja interpersonalna, pacjent, niepełnosprawność intelektualna, zarządzanie organizacją publiczną

Patient communication with intellectual disability in management public organization

Abstract: Well - implemented medical services require appropriate interpersonal communication between a patient with intellectual disability and a representative of medical staff. The key importance concerns both verbal and non - verbal communication due to the patient's disability. Its use by medical staff allows to recognize the needs and expectations of the patient and to implement them. However, it often happens that barriers in the communication process negatively affect interpersonal relationships. The purpose of the article is to clarify the essence of interpersonal communication, to characterize verbal and non-verbal messages and to discuss communication barriers in the relationship of patient with intellectual disability and medical staff in managing a medical organization.

Keywords: interpersonal communication, patient, intellectual disability, management of public organization

Wstęp

Komunikacja międzyludzka zmierza zwykle do określonego celu. Jest procesem dynamicznym, polegającym na przyjmowaniu komunikatu, jak i jego rozumieniu oraz interpretacji a także budowie nowego tekstu, odznaczającego się formą: wyrazów ubranych w zdania oraz treścią - semantyką wypowiedzi i poprawnością reguł gramatyczno-składniowych tworzących wypowiedź [8]. Brak umiejętności komunikacji pacjentów prezentujących mowę zdefektowaną jawi się jako dualny aspekt, bowiem w procesie porozumiewania się jednostek ludzkich w społeczeństwie każda z nich cierpi na swój sposób. W komunikacji międzyludzkiej cierpią, zarówno osoby ze specjalnymi potrzebami jak i ich odbiorcy. Ci pierwsi, ponieważ nie są rozumiani przez otoczenie; ci drudzy, gdyż nie potrafią prawidłowo odczytywać kierowanych do nich komunikatów.
Celem artykułu jest wyjaśnienie istoty komunikacji interpersonalnej, scharakteryzowanie komunikatów werbalnych i pozawerbalnych oraz omówienie barier komunikacyjnych w relacji pacjent z niepełnosprawnością intelektualną a personel medyczny.

Komunikacja interpersonalna – interpretacja

Komunikację interpersonalną rozumie się jako [8] wymianę informacji między ludźmi za pomocą środków językowych oraz niewerbalnych (gestykulacja, mimika itp.) przy założeniu istotności funkcji komunikatywnej języka. Jest to specyficzny typ komunikacji, w której występuje szczególny jej nadawca, a mianowicie - pacjent z dysfunkcją niepełnosprawności intelektualnej. Oczywiście w procesie komunikacji, w interakcjach społecznych pacjent jest na przemian nadawcą i odbiorcą komunikatu. Ponadto zauważa się, że komunikacja interpersonalna to proces, który zawsze odbywa się w kontekście społecznym. Wiadomo, że aby doszło do przekazania komunikatu, muszą w tym procesie uczestniczyć co najmniej dwie osoby, mające różne cechy osobowości i wiedzę na jego temat. Proces ten jest dynamiczny, ponieważ wymiana informacji polega zarówno na przyjmowaniu ich, jak i ich budowaniu, rozumieniu treści oraz ich interpretacji. Jest więc procesem kreatywnym, bo porozumiewanie wymaga od uczestników (pacjentów) stałego budowania wzajemnych relacji oraz symbolicznym, zawierającym treści umowne, znane uczestnikom rozmowy. Interakcyjność procesu komunikowania się to wytwarzanie pewnych stosunków, takich jak: współpraca, rywalizacja czy dominacja. Komunikowanie interpersonalne nastawione jest na cel i związane jest ze świadomym działaniem. Zawiera w sobie cechy

nieodwracalne, gdyż nie da się zmienić przebiegu komunikatu, a zatem pojawia się jego złożoność. Jest to więc proces nieunikniony, ponieważ pacjent jest jednostką społeczną, która świadomie lub nieświadomie dąży do kontaktu z innym człowiekiem. Mowa jest czynnością, którą cechuje dynamizm. Pełni rolę poznawczą i społeczno-kulturową, ponieważ języka nabywamy od innych i używamy go kontekstualnie w interakcjach z ludźmi.
Komunikacja interpersonalna to pewna sekwencja zdarzeń i myśli, bowiem nadawca w swym umyśle formułuje pewną myśl, którą „ubiera" w słowa. Powyższa struktura ulega zakodowaniu, dalej przekazywana jest odbiorcy przez kanał komunikacyjny. Odbiorca odkodowuje otrzymaną informację, odtwarzając ją w swoim umyśle, następnie dokonuje interpretacji. Nie zawsze jednak interpretuje zgodnie z intencją nadawcy. E. Kiezik-Kordzińska uważa, że zachowanie nadawcy i treść jego przekazu tworzą sygnał, który dociera do odbiorcy. Odbiorca go odczytuje i odkodowuje; zarówno pod względem informacyjnym, jak i intencyjnym. Tworzenie się nieporozumień między nadawcą a odbiorcą wypowiedzi polega, według autorki, na błędnym założeniu nadawcy, co do jasności komunikatu. Nadawca musi brać pod uwagę fakt, że komunikat nie zawsze musi być jednoznaczny i zrozumiały dla odbiorcy. Odbiorca, aby go prawidłowo odczytać, musi być na nim skoncentrowany. Jest to niezbędny warunek, który przyczynia się do akceptacji bądź odrzucenia treści zawartych w przekazie. E. Kiezik-Kordzińska podaje, że przyjęcie treści staje się gwarancją, że wiadomość zostanie odtworzona na poziomie rozumienia znaczeń, a to z kolei pozwala domniemywać, iż zinterpretowano także intencje nadawcy [4]. Zatem najskuteczniejszy model komunikacji interpersonalnej będzie polegał na równowadze intencji z interpretacją.

Komunikacja werbalna i pozawerbalna w relacji z pacjentem

Komunikacja interpersonalna występuje w dwóch formach, a mianowicie jako komunikacja werbalna i pozawerbalna. Komunikowanie się to pewien proces wzajemnego przekazywania informacji, umiejętności, pojęć, idei czy uczuć za pomocą symboli tworzonych przez słowa i dźwięki, czyli przekaz werbalny oraz przez obraz, dotyk, różne gesty, mimikę, tembr i wysokość głosu, jak i postawę ciała, czyli przekaz niewerbalny. Komunikacja pozwala szybko i łatwo przekazywać różne informacje. Język w komunikacji stanowi pewnego rodzaju „narzędzie" do wyrażania ludzkich myśli.
Komunikacja werbalna i niewerbalna mają charakter uniwersalny, mimo że przekaz treści za pomocą „*verbum*" - z języka łacińskiego słowo - ma większy potencjał, ponieważ za pomocą słowa możemy wyrazić więcej niż gestem czy obrazem. Obie te formy zazwyczaj wchodzą w interakcję i uzupełniają się

wzajemnie. Pacjenci porozumiewają się za pomocą znaków. Znakami są; zarówno przedmioty, na przykład sygnalizacja świetlna, jak i zachowania komunikacyjne; które T. Smereka definiuje jako te, które służą przekazywaniu komunikatów między przedstawicielami jednego gatunku [5]. Pacjent posługuje się bardzo dużą ilością i różnorodnością znaków. Jednak język słowny jest najsprawniejszym środkiem porozumiewania się. Za pomocą znaków językowych istota ludzka może przekazywać informacje w sposób bardzo dokładny. Z tych samych znaków językowych można ułożyć dużą liczbę informacji o różnym znaczeniu. Komunikacja werbalna wyróżnia istotę ludzką ze wszystkich istot żyjących na ziemi. Komunikacja słowna jest bezpośrednio związana z procesami myślowymi. Komunikacja niewerbalna - *nonverbal communications* - to przekazywanie informacji oraz wzajemne oddziaływanie pacjentów za pomocą sygnałów cielesnych oraz behawioralnych [1]. Jest procesem przebiegającym przez wiele kanałów. Wspomaga przebieg przekazywania informacji drogą werbalną. K. Bocheńska wymienia dwa znaczenia tejże komunikacji. Pierwsze ma funkcję informacyjną, gdyż odbiorca zdobywa informację o nadawcy, obserwując go i odczytując sygnały płynące z jego ciała, chociażby mimikę twarzy, postawę ciała czy wykonywane gesty. Druga funkcja to dopełnienie komunikatu werbalnego, a więc celowe wysyłanie sygnałów do odbiorcy w sposób tak wyraźny, że nie trzeba już nic wyjaśniać odbiorcy [1].

W skład komunikacji niewerbalnej wchodzą następujące elementy:

1. mimika twarzy, która odzwierciedla stan emocjonalny rozmówców i ich wzajemny stosunek do siebie, na przykład szczęście, gniew, złość, strach;
2. proksemika – określająca relacje między partnerami za pomocą odległości przestrzennej między nimi – sfera własnej przestrzeni, dystans;
3. kinestetyka, czyli postawa ciała, gesty, inne ruchy. Są to sygnały, które wysyła nasze ciało w sposób świadomy bądź mimowolny, na przykład pochylenie, gesty czy ruch głowy.

Ów „prajęzyk" określa dodatkowe informacje o rozmówcy poprzez: tembr głosu, tempo mówienia, niepłynności, powtórzenia. Utrzymywanie kontaktu wzrokowego - mrużenie oczu, stopień otwarcia oczu, typ spojrzenia - powoduje, że ekspresja ludzkiej twarzy i ciała stają się interesujące dla lingwisty, gdyż przybierają kształt językowy i są wyrażane za pomocą frazeologii i leksyki [6]. Zdaniem I. Nowakowskiej-Kempnej obszarem zainteresowań dla językoznawcy staje się więc zwerbalizowany język ciała, który charakteryzując niewerbalne zachowania emocjonalne i wskazuje na typowe, skonwencjonalizowane środki. Są to: proksemika, postawa i ruchy ciała,

głowy, rąk; gesty; zachowania paralingwistyczne typu ton i barwa głosu, wzdychanie, jęczenie, cmokanie, ziewanie; mimika twarzy, sposób mówienia [6].

Bariery w procesie komunikacji pacjenta z personelem medycznym

Bariery przeszkadzające w prawidłowości procesów komunikacji to wszystkie czynniki zakłócające proces komunikowania się, mogą występować również w placówkach medycznych jako instytucjach publicznych. Można wyróżnić następujące bariery procesów komunikacji interpersonalnej w placówkach medycznych [3]:

- niewiarygodność, błędy personelu medycznego wychwycone przez pacjenta sprawiają, że jest on dla niego niewiarygodny, istnieje wówczas niechęć do jakichkolwiek kontaktów z taką kadrą; także okłamujący personel pacjent, staje się niewiarygodny i w sytuacji rzeczywistego zagrożenia może przez personel zostać zlekceważony;
- brak nawyku słuchania, w przypadku, gdy pracownik medyczny nie słucha uważnie pacjenta, ważne dla jego zdrowia informacje zostaną pominięte i mogą negatywnie wpłynąć na proces leczenia;
- różnice w statusie społecznym, np. pacjent, który uważa, że status zawodowy rejestratorki jest niższy niż jego, lekceważy informacje przez nią podawane. Także sytuacja odwrotna, czyli gdy rejestratorka uważa swoje stanowisko za bardzo ważne i lekceważy pacjentów o niższym według niej statusie, a informacje podane przez niego uważa za mało istotne. Różnice statusu mogą być także barierą w komunikacji między poszczególnymi grupami zawodowymi, tymi z wyższym i niższym wykształceniem;
- hałas, powoduje, że wszystkie istotne informacje po obu stronach komunikujących się osób nie zostaną prawidłowo odebrane, a nawet nieodebrane w ogóle. Z tego powodu należy, jeżeli jest to możliwe przeczekać hałas lub go wyeliminować i dopiero wtedy dokonać procesu komunikacji;

Natłok informacji, zbyt dużo informacji podanych pacjentowi spowoduje, iż nie wszystkie będzie w stanie zapamiętać. Również podczas wizyty u lekarza trudno będzie zapamiętać różne dawkowanie kilku leków; zbyt dużo osób komunikujących się w jednym czasie, im grupa większa tym komunikacja w niej jest bardziej utrudniona, małe grupy komunikują się o wiele lepiej. Także wpływ grupy może być barierą w skutecznym komunikowaniu się z jej poszczególnymi członkami; „złe nastawienie pacjenta do służby zdrowia", wrogo nastawiony do służby zdrowia pacjent na nawet dobre dla niego propozycje reaguje nerwowo i wszystko neguje. Negatywnie nastawiony do

pacjentów pracownik medyczny będzie największą przeszkodą w komunikacji. Z kolei uprzedzenie do członka zespołu pracowników może odbić się na relacjach w tym zespole oraz jego wynikach.

Stwierdza się, że procesy komunikacji powinny być stale doskonalone. Dobra komunikacja interpersonalna z pacjentem z niepełnosprawnością intelektualną zależy przede wszystkim od personelu. Aby była prawidłowa, należy przede wszystkim starać się niwelować bariery utrudniające ją.

Podsumowanie

Specyfika usług medycznych powoduje, że charakter relacji pacjent - personel medyczny określić można jako wysoce zindywidualizowany i intymny. Podkreślić należy, że chodzi tu o rdzeń usługi, a więc o czynności stricte medyczne. Dowiedziono bowiem, że wrażenia, emocje, komunikacja właśnie w tej fazie mają największy wpływ na udział w kształtowaniu się satysfakcji pacjenta. Zatem wykonanie usługi medycznej w placówce medycznej musi satysfakcjonować pacjenta. Pacjent wybierze placówkę kompetentną i przyjazną, dbającą o swój wizerunek, informującą o rodzaju świadczonych usług, sprawnie reagującą na sytuacje kryzysowe. Dążenie do profesjonalizmu w obszarze usług medycznych oferowanych przez placówkę medyczną wymaga nowego spojrzenia na różne obszary działalności jednostki. Wyznacznikiem takiego spojrzenia są determinanty profesjonalizmu usługi medycznej. Komunikacja jako zjawisko naturalne ma duży wpływ na personel medyczny w organizacji publicznej i jego otoczenie (pacjentów z niepełnosprawnością intelektualną). Komunikacja potrzebna jest, by zdobywać informacje, uczyć się, tworzyć i podtrzymywać więzi międzyludzkie, czy też wpływać na innych. Analizując znaczenie komunikacji interpersonalnej w organizacji publicznej, zauważa się, że stanowi ona podstawę zasadniczych funkcji, takich jak: sprawowanie kontroli, motywowanie, wyrażanie uczuć oraz informowanie.

BIBLIOGRAFIA:

[1] Bocheńska K. (2006). *Szach-mat, czyli o komunikacji w rzeczywistości szkolnej.* Warszawa: Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne WSiP, s. 12-13.
[2] Dube L., Menon K., *Managing emotions*, „Marketing Health Services", 1998, nr 18.
[3] Griffin R. W., *Podstawy zarządzania organizacjami*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1996,s.90-91.
[4] Kiezik-Kordzińska E. (2004). *Szkoła dialogu. Jak skutecznie porozumiewać się.* Warszawa: Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne WSiP.
[5] Młynarska M., Smereka T. (2000). *Psychostymulacyjna metoda kształtowania i rozwoju mowy oraz myślenia*. Warszawa: Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne WSiP.
[6] Nowakowska-Kempna I. (2000). *Język ciała czy ciało w umyśle.* W: I. Nowakowska-Kempna, A. Dąbrowska, J. Anusiewicz (red.): *Język a kultura. Uczucia w języku i tekście.* Tom 14. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
[7] Rataj A., *Komunikacja w organizacji*, www.racjonalista.pl [15.03.2018]
[8] Tarkowski Z., *Mowa osób upośledzonych umysłowo i jej zaburzenia.* [w:] Gałkowski T., Szeląg E., Jastrzębowska G. (red. nauk.), *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki.* Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, 2005.

Piotr Tarnowski, Bartosz Wanot

JAK TO POWIEDZIEĆ
POWIADAMIANIE RODZINY O ZGONIE CHOREGO

HOW TO SAY THAT
NOTIFICATION OF THE FAMILY OF THE DEATH OF PATIENT

Streszczenie

W praktyce pielęgniarskiej często zachodzi konieczność powiadomienia bliskich o zgonie członka ich rodziny. Konieczność takiego powiadomienia stawia przed personelem jeszcze inne wyzwanie: Uświadamia o własnej śmiertelności i jej nieuchronności. W dziedzinie ratowania ludzkiego życia dokonano znacznego postępu, niestety system szkoleń na temat śmierci i mówieniu o niej zdaje się być zbyt mało rozwinięty. Krewni zmarłego stają się wówczas pacjentami, w dosłownym niemal tego słowa znaczeniu. Zagwarantowanie im opieki umożliwia znaczne ograniczenie przyszłych następstw urazu psychicznego. Istnieje rozdźwięk pomiędzy doświadczeniem lekarza czy pielęgniarki a kogoś, kto nagle stracił najbliższą mu osobę. Rozdźwięk ten można znacznie zmniejszyć rozwijając w sobie zdolność empatii. Winno się okazać pewną dozę wyrozumiałości dla takich reakcji, gdyż nie da się nie cierpieć utraciwszy kogoś bliskiego. Cierpienie zaś może przerosnąć cierpiącego. Rodzina potrzebuje stałego dopływu informacji. Bezradność jest jednym z uczuć, które najtrudniej zwalczyć. Sam potok informacji niejako przygotowuje oczekujących na najgorsze. Personel szpitala ma prawo do wsparcia wobec stresu, jaki wywołuje ich praca. Pracownicy winni mieć swobodny dostęp do profesjonalnej porady prawnika czy psychologa.

Abstract

In nursing practice often it is necessary to inform family members of the patient about his death. Necessity of this information shows one more real challenge for nursing staff: it is forcing to realize that we are all mortal and that the death is inevitable. In discipline of life-saving practice there were a big improvement, unfortunately the matter of procedures to inform and talk about death are not so developed. Relatives of dead person begin to occur

a kind of patients, in literal meaning. Ensuring of psychological care let limit effects of trauma. There is a big difference between experience of doctors or nurses and person who just lost the family member. It is possible to reduce this dissonance when personnel will develop empathy. Personnel should give the demonstration of understanding and tolerance to emotional reactions of the family, because the loss of beloved one is a real suffering and it could be overwhelming. The family needs constant supply of information. Helplessness is one of the most difficult emotions. Pure flow of information is preparing family for the worst. Hospital staff have right to be supported in stressed situations in job. Personnel should have possibility to have free professional consultations with a psychologist and lawyer.

Słowa kluczowe

Informacja o zgonie, zadania personelu medycznego, kontakt z rodziną

Key words

Contact with the family, tasks of medical staff, information about the death

WSTĘP

W praktyce pielęgniarskiej często zachodzi konieczność powiadomienia bliskich o zgonie członka ich rodziny. Jest to zadanie niezmiernie trudne dla obu stron. Jakże często rodzina pozostawiona jest sama sobie w tak ciężkich chwilach. Człowiek, niejako podświadomie, odrzuca od siebie śmierć. Konieczność powiadomienia o niej stawia przed personelem jeszcze jedno wyzwanie – uświadamia o własnej śmiertelności i jej nieuchronności. Irvin Yalom, wybitny psycholog i psychiatra amerykański, pisze, że nieuchronność śmierci pozbawionym znaczenia zdaje się czynić każdą formę zaangażowania. Jakiż bowiem sens jest w pracy, dorabianiu się, zdobywaniu dóbr materialnych, zawodowych, staraniu się o sukcesy osobiste, skoro, bez względu na okoliczności, kiedyś nadejdzie śmierć? Zauważa on też, że w największej obawie przed śmiercią są ludzie, którym brak poczucia spełnienia, życia „na całego" [1]. Do podobnych wniosków skłania lektura polskich autorów [2].

W dziedzinie ratowania ludzkiego życia dokonano znacznego postępu: stały proces szkolenia pozwala na osiągnięcie coraz większej perfekcji. Jednak w opiece nad chorymi istnieje też druga strona, często równie cierpiąca

i wymagająca maksimum wysiłku w opiece pielęgniarskiej. Niestety system szkoleń na temat śmierci i mówieniu o niej zdaje się być zbyt mało rozwinięty. O ich potrzebie niech świadczy kilka cytatów wypowiedzi personelu: „Było to dla mnie przeżycie straszne i nigdy tego nie zapomnę". „Umierał młody człowiek (…); bałam się go dotknąć". „Byłam przerażona, (…). Byłam bezradna". „... Po 30 minutach resuscytacji lekarz ogłosił zgon. Przyjęłam to spokojnie (…). Kiedy zobaczyłam cierpiącą rodzinę, pojawiło się mnóstwo emocji – żal, współczucie, ogromny smutek"[3].

Śmierć zwykle przychodzi niespodziewanie, przez co przekazanie wiadomości bywa jeszcze trudniejsze. Zapewnienie opieki krewnym zmarłego pozwala znacznie ograniczyć przyszłe skutki urazu psychicznego [4].

Kształcenie umiejętności podtrzymywania ludzkiego życia wydaje się, ze zrozumiałych względów, łatwiejsze niż uczenie porozumiewania w chwili tragedii. Celowo użyto słowa „porozumiewanie", gdyż równie ważne, „co powiedzieć" jest „jak to powiedzieć", a kiedy należy nic nie mówić tylko słuchać.

Wyobraźnia

Większość z ludzi musi użyć wyobraźni, by przybliżyć się do uczuć osoby, która właśnie poniosła stratę. Istnieje rozdźwięk pomiędzy doświadczeniem lekarza czy pielęgniarki a kogoś, kto nagle stracił najbliższą mu osobę. Rozdźwięk ten można znacznie zmniejszyć rozwijając w sobie zdolność empatii. Lekarze, a szczególnie pielęgniarki mają niebywały przywilej kształcenia empatii na podstawie obserwacji zachowań pacjentów i ich bliskich, szczególnie w chwilach nieszczęścia. Wymaga to jednak traktowania ich podmiotowo, nie zaś przedmiotowo i stałej, we wszystkich sytuacjach, pamięci o uczuciach drugiej osoby. A można spodziewać się całej gamy uczuć: od bierności, przez rozpacz aż po agresję. W większości przypadków trzeba liczyć się z tym, że osoba przynosząca złe wiadomości spotka się z niechęcią, czy wręcz nienawiścią ze strony rodziny. W tym aspekcie istotnym staje się uświadomienie sobie własnych lęków i idących za nimi ograniczeń w możliwości przekazywania niepomyślnych informacji. Winno się okazać pewną dozę wyrozumiałości dla takich reakcji, gdyż nie da się nie cierpieć utraciwszy kogoś bliskiego. Cierpienie zaś może przerosnąć cierpiącego. Należy pamiętać jednak o ustaleniu wyraźnych granic wspomnianej wyrozumiałości. Taką granicą jest wystąpienie agresji. Tę należy wyciszyć jak najszybciej [5].

W polskich szpitalach informacje o zgonach przekazują przeważnie lekarze. Jednak i innych placówkach również personel średni stawiany jest

przed taką koniecznością, np. w Domach Pomocy Społecznej [6]. Dlatego ważnym jest wyrobienie w sobie nawyku obserwacji ludzkich reakcji oraz roztaczania opieki nie tylko nad pacjentem, ale też nad jego rodziną.

Wiadomości

Może się zdarzyć, że bliscy chorego przybędą do szpitala jeszcze w czasie, gdy zespół terapeutyczny usiłuje zrobić wszystko, by odwrócić proces umierania u chorego, który nagle, np. zasłabł w domu, czy był ofiarą wypadku. Należy podkreślić, że rodzina potrzebuje stałego dopływu informacji [7]. Niepewność, i późniejsze znaczne nagromadzenie nieoczekiwanie złych informacji bywają znacznie bardziej raniące, niż stopniowe przekazanie niepomyślnych wiadomości, rozłożone w czasie. Świadomość stanu chorego, nawet ciężkiego, stwarza bliskim chorego możliwość odsunięcia, wręcz porzucenia własnej bezradności, podjęcia inicjatywy, np. w postaci wezwania kapłana. Bezradność jest jednym z uczuć, które najtrudniej zwalczyć [8]. Sam potok informacji niejako przygotowuje oczekujących na najgorsze.

Kluczem do sukcesu jest uczciwość. Jeżeli nie znamy diagnozy, należy powiedzieć, że czynione są wszelkie wysiłki w celu jej postawienia. Ważnym jawi się zyskanie pewności, że rodzina i bliscy wiedzą o okolicznościach, powadze sytuacji i niewielkiej pomyślności w rokowaniach. Woleliby zapewne usłyszeć, że „wszystko będzie dobrze" lub inny podobny frazes. Tymczasem bezpieczniej jest być mile zaskoczonym, gdy zespołowi się powiedzie niż niemile zawiedzionym, gdy stanie się najgorsze.

Podczas przekazywania informacji rodzinie zmarłego należy przekazywać jedynie prawdę. Każde kłamstwo zmniejsza wiarygodność personelu i jest w sprzeczności z Kodeksem Etyki [9]. Prowokuje u rodziny zmarłego wątpliwość, że skoro raz została oszukana, to może działania zespołu terapeutycznego nie były wystarczające lub były nieodpowiednie, powiększając i tak wielki ból.

Przygotowanie

Zanim niewątpliwie bolesne informacje będą przekazane na pierwszy plan wysuwa się konieczność upewnienia się co do tożsamości zmarłego i jego rodziny. Wszelkie błędy i pomyłki uznać należy za niedopuszczalne i nietolerowane.

Idealna sytuacja to taka, gdy rodzina pacjenta od chwili przybycia do szpitala przebywa w osobnym, tylko do tego wykorzystywanym

pomieszczeniu. Umeblowanie, prócz zapewnienia wygody (czas oczekiwania w szpitalu może się przeciągać), powinno stwarzać atmosferę raczej domowego ciepła niż szpitalnej sterylności. Bardzo dużą rolę odgrywa oświetlenie: rozproszone, z żarówki, nie ze świetlówki. Pokój powinien znajdować się w bezpośredniej bliskości oddziału i zapewniać ochronę przed osobami postronnymi. Wykorzystywanie do tego celu gabinetu lekarskiego czy pokoju socjalnego stanowi smutną na razie konieczność i powinno się dążyć do wyeliminowania tej praktyki [7].

Zmienność podmiotu opieki

Nikłe jest prawdopodobieństwo wcześniejszego spotkania ludzi, z którymi za chwilę przyjdzie rozmawiać. Teraz (w ich odczuciu) to osoba przekazująca smutne wieści powoduje, że cały świat „legnie w gruzach". Dotąd wysiłki zespołu terapeutycznego były skierowane na umierającego lub właśnie zmarłego chorego. Teraz działanie należy odwrócić w stronę jego rodziny. Wskazanym będzie upodmiotowienie osoby, której mamy przekazać informacje, jako przedłużenie opieki, jaką dotychczas kierowano w stronę zmarłego. W niektórych ośrodkach w Wielkiej Brytanii istnieje praktyka rejestrowania rodzin zmarłych, jako pacjentów. To pomaga pamiętać o ich potrzebach [7].

Ludzkie reakcje bywają różnorodne: od niezwykłego spokoju, poprzez łzy, pytania, wątpliwości aż po wybuch agresji. Takim uczuciom towarzyszą niemal zawsze trudne pytania: o sens dalszego życia po śmierci bliskiej osoby. Mogą być natury psychologicznej, religijnej, egzystencjalnej. „Jak Bóg mógł to zrobić?" „Czym sobie na to zasłużyłem/am?" „Mało w niebie dobrych ludzi?" To, czy na nie odpowiadać zależy od indywidualnych zdolności. Jedno jest pewne: jeżeli odpowiedzi nie zna się, lepiej milczeć. Mimo pełnej empatii winno się ze znacznym dystansem podchodzić do emocji (lub ich pozornego braku), zarówno własnych, jak i odbiorcy interlokutora. Właściwym zdaje się wygaszanie emocji zbyt gwałtownych. Z kolei ocena tejże gwałtowności zależy od subiektywizmu, wyczucia taktu, wiedzy i doświadczenia zawodowego personelu. Postawa nadmiernie aktywna może uniemożliwić podjęcie rzeczowego postępowania opiekuńczego [10].

Jak?

W literaturze fachowej istnieje wiele omówień problemów powstałych na gruncie przekazania wiadomości niepomyślnych, stresu, zarówno

opiekunów, jak i personelu medycznego, reakcji na utratę bliskich, miedzy innymi przez prof. Krystyny de Walden-Gałuszko. Przełomową jest praca dr Elisabeth Kübler-Ross „Rozmowy o śmierci i umieraniu" (On Death and Dying).

Jednakże nie istnieje żadna uniwersalna forma przekazywania złych wiadomości. Cały ten proces nie może, jak już wcześniej wspomniano, mieć charakteru jednostronnego przekazu informacji. Osoba, która z rodziną rozmawia ma komunikat do przekazania. Wykonane to będzie znacznie lepiej, jeżeli będzie ona przygotowana na wymianę, obopólną komunikację słowną i (może ważniejsze) niewerbalną. Warto wcześniej dowiedzieć się czegoś o rodzinie zmarłego: poziomie wykształcenia, stanie wiedzy medycznej, postawie, by przekaz „ubrać" w formę najprostszą i najbardziej zrozumiałą. Błędem jest pytanie o takie informacje rodziny. Być może pracownik socjalny zebrał wywiad i jest w posiadaniu potrzebnych informacji? Cel tych działań jest oczywisty: innych słów użyjemy wobec profesora, innych wobec człowieka z wykształceniem podstawowym, a inna będzie rozmowa z dzieckiem. Późniejsze pytania i reakcje same nasuną dalszy tok działań. Obowiązkowym wydaje się uniknięcie zamiany wsparcia na zdawkową pociechę. Stwierdzenia typu: „Będzie dobrze", „Czas leczy rany", „Przecież może Pani jeszcze urodzić dziecko" bywają irytujące i wyczerpują kredyt zaufania, którym, z racji pełnionej funkcji, obdarzony jest personel medyczny [1]. Nie powinno się też dawać upustu własnym uczuciom, czy bezradności. Jakże często słyszane „nie wiem, co mam teraz Panu/Pani powiedzieć" jest przyznaniem się do bezsilności. Bezsilna ma prawo być rodzina. Pielęgniarka winna ją wspierać w cierpieniu, wykorzystując własne doświadczenie. Zamiast tej formułki należałoby na pytania, na które nie znamy odpowiedzi odpowiedzieć „nie znam odpowiedzi na to pytanie". To prawie to samo, ale daje do zrozumienia, że powiadamiający jest w stanie działać i nieść pomoc osobie, która jej oczekuje, a nie pozostaje, jak ona, bezradny [1].

Wskazanym również zdaje się rozważyć przyczynę zgonu w aspekcie rodzaju i czasu trwania danej choroby. Jeżeli choroba pierwotna zaliczana jest do grupy przewlekłych, rodzina pacjenta może będzie częściowo przygotowana i pogodzona ze śmiercią, a czasem może ją uznać za wybawienie od przedłużających się cierpień. W wypadku schorzenia nagłego lub wypadku taka postawa najczęściej zamieniana będzie na negacja, czy gniew. Akceptacja ostatnim elementem tego łańcucha [11].

Ważną sprawa jest komunikat niewerbalny. Powinno się zrównać poziomem z poziomem rozmówcy: gdy ten siedzi lepiej usiąść przy nim niż górować stojąc. Przed dzieckiem należy przykucnąć. Kiedy rozmówca wstaje, winno się wstać, by on nie górował pozycją. Podobną rolę odgrywa ułożenie rąk. I tak: zaplatanie ramion przed sobą dystansuje rozmówców;

chowając je za plecami ustawiamy się w „pozycji winnego". Obu tych ułożeń należałoby unikać. Przekazywanie wiadomości niepomyślnych winno być dialogiem, a wszystkie strony sobie równe. Sama rozmowa winna być kontrolowana przez powiadamiającego. Dlatego najwłaściwsza wydaje się pozycja otwarta [7]. Pozycja taka to skierowanie się lekko bokiem do rozmówcy, bez jakichkolwiek barier (czy to z rąk, czy przedmiotów) między nimi. Odsłonięte są brzuch i szyja. Duże znaczenie ma układ dłoni. Nie powinno się krzyżować palców, chować kciuków wewnątrz dłoni. Dłonie powinny być otwarte i skierowane wnętrzem w stronę rozmówcy [12].

Nie powinno się dyskredytować pomysłów rzucanych czasem przez osoby powiadamiane, w rodzaju „Możemy mieć inne dzieci". Jak od każdej reguły, też i od tej istnieje wyjątek: gdy inni zaczynają wyrzucać coś komuś z grona powiadamianych („Umarł przez ciebie!","Gdybyś nie zmusił go, do wyjazdu żyłby!", „Nakłaniałeś go, a teraz nie żyje", „Przecież nie chciałeś/chciałaś dzieci") należy to zdecydowanie acz kulturalnie przerwać. Osądy takie stanowią akt agresji i są niczym innym jak zwerbalizowanymi emocjami. Mogą jednak utrudnić lub w skrajnych przypadkach wręcz uniemożliwić dalsze funkcjonowanie rodziny [5, 10].

Dotyk jest bardzo ważnym elementem komunikacji szczególnie przy wyrażaniu uczuć. Bywa, że dotknięcie ręki, czy zwykły gest objęcia ramieniem wyraża więcej niż najwyszukańsze słowa. Nie ma tu żadnej reguły, żadnej metody. Każdy musi sam znaleźć właściwy poziom kontaktu fizycznego. Istotnym zdaje się, że nie powinno się dążyć do kontaktu bliższego niż ten, który wydaje się naturalnie właściwy i jest akceptowany przez obie strony [7].

W psychologii istnieje pojęcie mechanizmów wsparcia społecznego, których użycie wydaje się być najwłaściwsze.

Wymienić można trzy podstawowe kategorie wspomnianego wsparcia: instrumentalne, informacyjne oraz dowartościowanie.

- ✓ Instrumentalne – jest to udzielenie bezpośredniej, praktycznej pomocy w likwidowaniu problemów wynikłych ze śmierci osoby bliskiej;
- ✓ Informacyjne, czyli radzenie i informowanie dotyczące kierowania zachowaniem;
- ✓ Dowartościowanie – okazanie osobie dotkniętej tragedią, że jest ceniona i obdarzona, ona sama i jej cierpienie, pełnym szacunkiem [10].

W omawianym aspekcie najistotniejszym zdaje się być wsparcie emocjonalne w postaci dowartościowania, które de facto jest nim właśnie. Wypada pozostawić członkom rodziny, czy innym bliskim zmarłemu czas na wysłuchanie wiadomości, oswojenie się z nią oraz wyartykułowanie własnych uczuć, które niewątpliwie są, choć być mogą tłumione. Niemniej

pamiętać należy, że samo wysłuchanie wspomnień o zmarłym mogłoby zająć kilka godzin, więc tak długi czas, poświęcany temuż nie powinien stać się regułą. Czas, który można poświęcić rodzinie należałoby ograniczyć nieco ponad niezbędne minimum, by żałobnicy nie odczuli, że są traktowani bezdusznie, mając jednak w pamięci oczekujące obowiązki wobec innych pacjentów [10].

Takt i właściwy dobór słów

Wydaje się właściwym traktowanie powiadomienia o śmierci, jako kolejnego zadania do wykonania podczas realizacji Procesu Pielęgnowania [13]. Zadania, którym rządzą pewne reguły:

- ✓ Przedstawienie się. Łatwiej przyjąć niepomyślne wieści od osoby, która nie jest anonimowa.
- ✓ Upewnienie się, co do tożsamości rozmówcy/rozmówców. Na wiadomości mogą czekać, i zapewne czekają, rodziny różnych chorych. Wszyscy mają prawo do intymności w uczuciach.
- ✓ Przygotowanie rozmówcy. „Niestety nie mam dobrych wiadomości", lub „Mam dla Pana/Pani/Państwa smutną wiadomość" daje bliskim zmarłego nieco czasu na oswojenie się ze smutną prawdą [14].
- ✓ W naszej kulturze utarło się, że kiedy siadamy do rozmowy dajemy tym wyraz poważnego do niej podejścia. Przekazywanie informacji stojąc, „w biegu", stwarza zaś wrażenie lekceważenia zarówno informacji, jak i rozmówcy. Podczas rozmowy siedząc wydłuża się subiektywne poczucie czasu, przez co powiadamiani czują, że jesteśmy pełni szacunku, że poświęciliśmy im wystarczająco dużo uwagi.
- ✓ Przed udzieleniem jakichkolwiek informacji należy wyjaśnić, kim są pozostałe osoby ewentualnie przebywające w pokoju. Jeżeli należą do dalszej rodziny powinno się upewnić, czy i im można przekazać informacje osobiście, czy może rodzina woli uczynić to sama. Szczególnie dotyczy to dzieci. To ich opiekunowie mają prawo do decydowania, co, kiedy i w jakiej formie im powiedzą. Należy pamiętać, że informacje, o których mowa należą do tzw. danych wrażliwych, a więc podlegających szczególnej ochronie prawnej.
- ✓ Niewłaściwym zdaje się użycie słów typu „zwłoki". Mówić o zmarłym winno się osobowo: Pani mąż/Pańska żona/Państwa dziecko.
- ✓ Wskazanym jest zorganizowanie „grupy wsparcia", czyli niezostawianie osoby powiadamianej samej. Upewnić się należy, czy nie wezwać innych członków rodziny, aby zaopiekowali się żałobnikami.

- ✓ Należy pamiętać, że wywołane cierpienie może zaostrzyć stan somatyczny osoby powiadamianej (zaostrzenie choroby wieńcowej, omdlenie). Wobec osób, których wygląd i zachowanie stwarza podejrzenie wystąpienia takiego niebezpieczeństwa prawidłowym będzie zapewnienie odpowiedniej pomocy medycznej [15].

Dzieci

Zdarza się, że dziecko jest jedynym ocalałym z tragedii. Pamiętajmy, że dzieci rozumieją i wiedzą znacznie więcej niż dorosłym się wydaje. Wszystko, co zostało już wcześniej napisane dotyczy też dzieci. Trzeba im jednak pozwolić na reagowanie po swojemu. Dziecko powinno się pożegnać ze zmarłym, jeżeli tego chce i jeśli to możliwe (np. ze względu na obrażenia, czy wygląd pośmiertny). Jednocześnie należy zapewnić mu dalszą opiekę ze strony innych członków rodziny lub odpowiednich instytucji.

Zasadą jest, aby utwierdzić dziecko w przekonaniu, że śmierć nie miała związku przyczynowego z jego zachowaniem. Wynika to z używania przez dorosłych wobec dzieci określeń typu: „Do grobu mnie wpędzasz!". Podobnie należy traktować nastolatków. Szczególną uwagę należy zwrócić na to w wypadku śmierci samobójczej rodzica, by nie budować w dzieciach poczucia, że dorosły je porzucił, czy nie kochał. Powstanie takich uczuć może skutkować, w skrajnych przypadkach, nawet próbami samobójczymi w przyszłości [10, 11].

Co dalej?

Kiedy już pokonamy próg pierwszego szoku celowym zdaje się zapoznanie rodziny z formalnościami postępowania w wypadku zgonu. Prawnie wymagalna może być, np. sekcja zwłok. W takim wypadku należy wykazać się szczególnym wyczuciem i odpowiednią dozą dyplomacji. Autopsja bowiem bywa w sprzeczności z przekonaniami religijnymi i kulturowymi wielu ludzi.

Nie powinno się zapominać, że szok wywołany żalem zaburza proces zapamiętywania. Bardzo przydatne okazują się ulotki czy broszury dokładnym opisem procedury, typu „step by step". Jednak muszą być one uzupełnieniem, nie mogą stanowić wyręczenia. Przykładem bardzo dobrego opracowania tego typu jest broszura „Gdy umiera bliska osoba" Northern Health and Social Care Trust" [16].

Nie wolno zapominać o rzeczach osobistych zmarłego. W każdym wypadku decyzję, co do ich dalszego losu należy pozostawić rodzinie. Mogą to być jedyne pamiątki po drogiej osobie. Należy uprzedzić o ewentualnych uszkodzeniach i zabrudzeniach odzieży, szczególnie krwią i innymi płynami ustrojowymi [13].

Coraz częstszą praktyką w szpitalach Europy Zachodniej jest powołanie telefonu, pod którym wyznaczony lekarz czy pielęgniarka odpowiadają na pytania, które powstały już po opuszczeniu szpitala. Pomaga to rodzinie w tym, że nie czuje się pozostawiona sama sobie i rozwiewa wątpliwości, które na długi czas potrafią przedłużyć ból i utrudnić pogodzenie się ze stratą [7].

Należy też zapewnić posługę religijną, jeżeli chory lub jego rodzina wyrazili taką wolę. Szpital powinien dysponować co najmniej listą kontaktową z numerami telefonów kapłanów najważniejszych wyznań, zamieszkałych w pobliżu szpitala i gotowych nieść pomoc zmarłemu oraz jego bliskim.

Zakończenie

Na zakończenie wspomnieć należy o konieczności rozwinięcia na szerszą skalę pomocy psychologicznej dla personelu medycznego. Ci ludzie także powinni mieć prawo do ludzkich zachowań. Personel szpitala ma prawo do wsparcia wobec stresu, jaki wywołuje ich praca. Pracownicy winni mieć swobodny i ułatwiony (z racji narażenia na stres – refundowany) dostęp do profesjonalnej porady prawnika czy psychologa. Należy również zwrócić uwagę na znikomą liczby pokojów rozmów, którego szkic przedstawiono w tekście. Liczba tego typu pomieszczeń zdaje się, szczególnie w szpitalach, stanowczo niewystarczająca [11]. Śmierć pacjenta często traktowana jest jak przyznanie się do klęski. A przecież klęską być nie musi. Kiedy nie da się już uratować życia wskazanym byłoby uczynić śmierć godną. A przecież personel pielęgniarski może i powinien się przyczynić do godnego umierania [3].

BIBLIOGRAFIA:

[1] Yalom I. D.: Patrząc w słońce. Jak przezwyciężyć grozę śmierci. Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa, 2008
[2] Dubowska A., Miarka E., Warmuz A.: Pacjenci i pracownicy hospicjum Cordis. Mag. Piel. Położ. 2001, 11, 23–25.
[3] Sleziona M., Dominik Krzyżanowski D.: Postawy pielęgniarek wobec umierania i śmierci pacjenta. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne. 2011, 1, 3, 217–223
[4] Strelau J. (red): Psychologia - Podręcznik akademicki. Gdańskie Wydawnictwo Pedagogiczne, Gdańsk, 2006
[5] Rymaszewska J.: Postępowanie z pacjentem agresywnym i pobudzonym. Psychiatria w Praktyce Klinicznej. Tom 1, nr 2. Via Medica, Gdańsk, 2008
[6] Dziennik Ustaw z 2011 r, Nr 112, poz. 654. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej
[7] Marrow J.: Powiadamianie rodziny o nagłym zgonie. Postgraduate Medical Journal nr. 72, 1996, 413- 418.
[8] Sędek G.: Jak ludzie radzą sobie z sytuacjami, na które nie ma rady? W: Złudzenia, które pozwalają żyć: Szkice ze społecznej psychologii osobowości. Red.: Kofta M., Szustrowa T., Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2001, 289-317
[9] Uchwała nr 9 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 9 grudnia 2003 r. Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej
[10] Czuchnowska H.: Posłaniec śmierci czyli powiadamianie o śmierci nagłej. Niebieska Linia nr 3, 2010
[11] Kübler-Ross E.: Rozmowy o śmierci i umieraniu. Media Rodzina, Poznań 2007
[12] Thiel E.: Mowa ciała zdradzi więcej niż tysiąc słów. Wydawnictwo Astrum, Wrocław, 2002
[13] Kózka M.: Diagnozy i interwencje pielęgniarskie. PZWL, Warszawa, 2008
[14] Szułdrzyński K., Jankowski M., Żelichowski M.: Zgon – aspekty medyczne i prawne. Medycyna Praktyczna, 2009, nr 9, 178–182
[15] Dziennik Ustaw. 2016 poz. 922. Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 13 czerwca 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o ochronie danych osobowych.
[16] Ulotka: Gdy umiera bliska osoba. Northern Health and Social Care Trust

Karolina Syty

ZASTOSOWANIE MECHANIZMU OBLIGACJI SPOŁECZNYCH W FINANSOWANIU USŁUG OPIEKUŃCZYCH I ASYSTENCKICH.

Streszczenie

Osoby z niepełnosprawnościami i osoby starsze nie muszą stanowić obciążenia dla swoich najbliższych, nie muszą też stawać się pensjonariuszami domów opieki. Dzięki świadczonym usługom opiekuńczym i asystenckim mogą samodzielnie, na miarę swych możliwości funkcjonować w dotychczasowym środkowisku. Jest to zgodne z przyjętą przez Polskę Konwencją o prawach osób niepełnosprawnych. Celem tego artykułu jest zaproponowanie modelu finansowania usług opiekuńczych i asystencki świadczonych przez osoby zagrożone wykluczeniem społecznym w drodze emisji obligacji społecznych. Warunkiem wypłaty dla inwestorów byłoby utrzymanie zatrudnienia przez osoby zagrożone wykluczeniem oraz wydłużenie czasu przebywania osób starszych i z niepełnosprawnościami w ich dotychczasowym środowisku.
Jako metodę badawczą zastosowano analizę literatury i studium przypadku.

Słowa kluczowe: pomoc osobom z niepełnosprawnościami, obligacje społeczne, spółdzielnie socjalne

Application of the social impact bonds in financing care and assistant services.

Summary:

People with disabilities and the elderly do not have to burden their relatives or become residents of nursing homes. Thanks to provided care and assistant services, they can independently, to the best of their abilities, operate in the current environment This is in line with the Convention on the Rights of Persons with Disabilities adopted by Poland. The purpose of this article is to propose a model for financing care and assistant services provided by people at risk of social exclusion by issuing social impact bonds. A condition of payment for investors would be maintaining employment by people at risk of exclusion and extending the time spent by older people and people with disabilities in their current environment. Literature analysis and case study were used as the research method.

Keywords: support of person with disabilities, social impact bond, social co-operatives

Summary

In Poland, care for the elderly and people with disabilities is based on the family model. Due to demographic phenomena and weakening of family ties, the demand for care and assistant services is increasing. The purpose of this article is to propose a model for financing care and assistant services provided by people at risk of social exclusion by issuing social bonds. Social bonds are a new instrument for financing social policy tasks. Their essence is cooperation between private entities and the public party based on the concept of "payment for effects". Under the proposed solution, funds obtained through the issue of social bonds would be allocated to the creation of a social cooperative that would employ carers and assistants of the disabled. A condition for payment to investors would be maintaining employment by people at risk of exclusion and extending the time spent by the elderly and with disabilities in their current environment. Literature analysis and case study were used as the research method.

Wprowadzenie.

W Polsce opieka nad osobami starszymi i osobami z niepełnosprawnościami jest oparta na modelu rodzinnym. Rodzina ma „moralny obowiązek" zapewniania dobrostanu swoim starszym lub niepełnosprawnym członkom. Ze względu na zachodzące w Polsce zjawiska demograficzne takie jak z jednej strony starzenie się społeczeństwa, wydłużanie się przeciętnego trwania życia, a z drugiej bezdzietność lub małodzietność rodzin, w kolejnych latach zmniejszy się liczba opiekunów wśród członków najbliższej rodziny, a zwiększy liczba osób wymagających opieki. Zmianą demograficznym towarzyszy osłabienie więzi rodzinnych i zmniejszenie poczucia odpowiedzialności za starszych członków rodziny [1]. Skutkiem tego jest zwiększenie popytu na usługi opiekuńcze i asystenckie. Celem tego artykułu jest zaproponowanie modelu finansowania usług opiekuńczych i asystencki świadczonych przez osoby zagrożone wykluczeniem społecznym w drodze emisji obligacji społecznych. Warunkiem wypłaty dla inwestorów byłoby utrzymanie zatrudnienia przez osoby zagrożone wykluczeniem oraz wydłużenie czasu przebywania osób starszych i z niepełnosprawnościami w ich dotychczasowym środowisku.

Jako metodę badawczą zastosowano analizę literatury i studium przypadku.

Nowe zawody: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej.

W odpowiedzi na potrzebę zapewnienia odpowiedniego poziomu oraz standaryzację usług opiekuńczych i asystenckich Minister Edukacji Narodowej określił wymagany poziom kształcenia dla zawodów asystent osoby niepełnosprawnej (symbol cyfrowy 341201) oraz opiekun osoby starszej (symbol cyfrowy (341202). Osoby powinny mieć wykształcenie średnie i ukończyć szkołę policealną w przypadku asystentów w trybie rocznego kursu, a w przypadku opiekunów osób starszych dwuletniego kursu. Rozporządzenie Ministra z dnia 15.02.2019 [2] stanowi ponadto, że kwalifikacjach uprawniające do wykonywania zawodu asystenta można zdobyć mając wykształcenie średnie lub średnie branżowe po ukończeniu kursu zawodowego. Cele kształcenia asystentów osób niepełnosprawnych określa Rozporządzenie z dnia 16.05.2019 [3] jako udzielanie pomocy i organizacja wsparcia osobie niepełnosprawnej:

1. planowania, wraz z osobą niepełnosprawną lub jej rodziną, kompleksowego wsparcia;
2. świadczenia opieki i wsparcia w zakresie samodzielnego funkcjonowania osoby niepełnosprawnej;
3. wsparcia osoby niepełnosprawnej w utrzymaniu lub podejmowaniu aktywności społecznej i zawodowej;
4. udzielania pomocy osobie niepełnosprawnej w korzystaniu z różnych form kompleksowej rehabilitacji

W toku realizowanych przez organizacje pozarządowe projektów wsparcia osób z niepełnosprawnością zauważono zróżnicowanie potrzeb osób z niepełnosprawności a co za tym idzie wyodrębnienia dwóch kategorii asystentów

- asystent osobisty – wspiera osobę niepełnosprawną ruchowo ale społecznie samodzielną;
- asystent wspierający – wspiera w zakresie rehabilitacji osoby z deficytami intelektualnymi lub osoby izolowane społecznie, współpracuje z innymi instytucjami zajmującymi się rehabilitacją społeczną i zawodową. [4 s.4]

Zdaniem M. Bojarskiej z Fundacja Pomocy Młodzieży i Dzieciom Niepełnosprawnym „Hej, Koniku" wymagane wykształcenie średnie a ponadto ukończenie szkoły policealnej: „może poważnie utrudniać wspieranie samodzielności i aktywności osób niepełnosprawnych, które wymagają jedynie takiego rodzaju wsparcia, jakie oferuje asystent osobisty. Najistotniejsza jest ich

[asystentów] motywacja do pracy i właściwy profil psychologiczny kandydata. Osoby, które przeżyły okres bezskutecznego poszukiwania pracy i chcą odnaleźć się w nowym zawodzie pomagając innym są szczególnie cennym materiałem na dobrego asystenta i z pasją wykonują swoje zadania." [4 s.7]
Cele kształcenia w zawodzie opiekun osoby starszej to przygotowanie do świadczenia usług opiekuńczo-wspierających osobie starszej:

1. ustalenia i klasyfikowania problemów opiekuńczych i potrzeb osoby starszej;
2. diagnozowania zasobów i możliwości środowiska lokalnego, rodzinnego i instytucjonalnego w stworzeniu sieci wsparcia osoby starszej;
3. dobierania odpowiednich metod i technik, zapewniających kompleksową opiekę osobie starszej;
4. mobilizowania osoby starszej do aktywności.

O ile usługi opiekuńcze obejmują: zaspokajanie codziennych potrzeb życiowych (sprzątanie, pranie, zakupy, sporządzanie posiłków), opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację, zapewnianie kontaktów z otoczeniem, o tyle usługi asystenckie opierają się pomocniczości w czynnościach dnia codziennego, przemieszczaniu się, organizacji czasu wolnego.

Samodzielność i niezależność osób niepełnosprawnych

Ratyfikowana przez Sejm RP w 2012 r. „Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych" w swojej preambule podkreśla znaczenie samodzielności i niezależności osób niepełnosprawnych. Osoby takie powinny mieć możliwość podejmowania decyzji i dostępu do środowiska społecznego, gospodarczego i kulturalnego. [5] Tę dostępność może zwiększyć współpraca osoby starszej lub z niepełnosprawnością z asystentem. Rodzaj barier indywidualnych i społecznych, a także możliwość pełnienia ról społecznych są zależne od rodzaju i stopnia niepełnosprawności. W swoich badaniach I. Fajfer-Kruczek [6] zebrała opinie na ten temat od „profesjonalistów" tj. osób zatrudnionych w instytucjach takich jak ośrodki pomocy społecznej, powiatowe centra pomocy rodzinie, urzędy pracy, domy pomocy społecznej, ZUS, centra integracji społecznej, organizacje pozarządowe. Respondentów poprosiła o określenie stopnia wyizolowania poszczególnych kategorii osób z niepełnosprawnościami. Wyniki przedstawia Tabela 1. gdzie wartość 1 przypisano do osób najbardziej wyizolowanych, wartość 6 do osób najmniej wyizolowane. Cytowane wyniki pochodzą z ankiety, którą I. Fajfer-Kruczek przeprowadziła w grupie 203 osób z województwa śląskiego w 2015 r.

Tabela 1 Ocena stopnia wyizolowania społecznego poszczególnych kategorii osób niepełnosprawnych w środowisku lokalnym z perspektywy profesjonalistów.

Kategorie niepełnosprawności	Stopień wyizolowania osoby z niepełnosprawnością
Osoby z niepełnosprawnością fizyczną	6
Osoby starsze i przewlekle chore	5
Osoby z zaburzeniami psychicznymi	3
Osoby niewidome i słabowidzące	2
Osoby głuche i słabo słyszące	4
Osoby z niepełnosprawnością intelektualną	1

Źródło: [6]

Za najmniej wyizolowano uznano osoby z niepełnosprawnością fizyczną, a jako najbardziej wyizolowane osoby z niepełnosprawnością intelektualną. I. Fajfer-Kruczek badała w jakich obszarach osoby z niepełnosprawnością są w wykluczone w trzy stopniowej skali: brak dostępu, ograniczony dostęp, pełny dostęp. Wyniki przedstawia Tabela 2.

Tabela 2. Obszar wykluczenia społecznego osób z niepełnosprawnością w opinii profesjonalistów

Sfera publiczna i instytucjonalna	Brak dostępu	Ograniczony dostęp	Pełny dostęp
Edukacja	1,80%	58,60%	39,60%
Pomoc społeczna	9,30%	57,50%	33,20%
Przestrzeń publiczna	8,60%	63,30%	28,10%
Rynek pracy	18,70%	79,10%	2,20%
Praktyki religijne	2,70%	32,90%	64,40%
Opieka zdrowotna	3,80%	42,50%	53,70%
Usługi	Brak dostępu	Ograniczony dostęp	Pełny dostęp
Transportowe	12,70%	46,20%	41,10%
Finansowe	13,60%	51,90%	34,50%
Kulturalne	10,80%	67,90%	21,30%
Rehabilitacyjne	4,90%	58,90%	36,20%
Telekomunikacyjne	7,20%	42,70%	50,10%
Rekreacyjno-sportowe	13,30%	36,90%	49,80%

Źródło: [6]

Najbardziej utrudniony był dostęp do rynku pracy i usług finansowych. Najłatwiej osoby z niepełnosprawnością mogły korzystać z praktyk religijnych i usług telekomunikacyjnych
D. Kałuża-Kopias i Z. Szweda-Lewandowska przeprowadziły badania potrzeb opiekuńczych osób starszych, z których wynika, że poza najbliższą rodziną (córka 58,5%, syn 24% odpowiedzi) wsparcie seniorzy uzyskują przede wszystkim od sąsiadów (63%) znajomych i przyjaciół (22%) oraz prywatnych opiekunek (14,8%) [1]. W następstwie przemian demograficznych udział wynajmowanych opiekunek będzie wzrastał. Sposobem na zapewnienie usług opiekuńczych w niewygórowanej cenie wydaje się być powiązanie opieki nad seniorami i osobami z niepełnosprawnością z aktywizacją zawodową osób wykluczonych społecznie. Choć obecnie stopa bezrobocia utrzymuje się na niskim poziomie to istnieje grupa osób z dysfunkcjami społecznymi lub fizycznymi, które nie mogą znaleźć pracy [7]. Zaproponowane w tym artykule rozwiązanie jest propozycją nowej formy zapewniania zatrudnienia takim osobom przez powiązanie usług opiekuńczo/asystenckich i aktywizacji zawodowej osób wykluczonych z modelem obligacji społecznych.

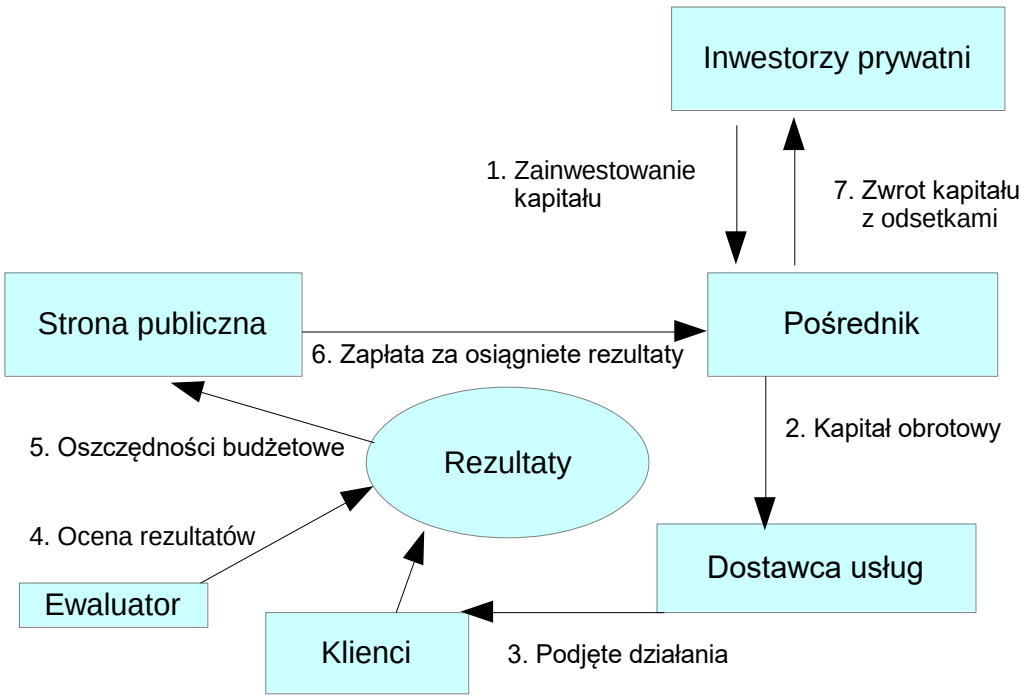
Obligacje społeczne

Obligacje społeczne to nowy instrument finansowania zadań polityki społecznej. Ich istotą jest współpraca między podmiotami prywatnymi a stroną publiczną oparta na koncepcji „płatności za efekty", której wykonawca nie otrzymuje wynagrodzenia za wykonanie pracy ale za jej konkretny efekt [8]. Instytucje publiczne zawierają porozumienie z dostawcami usług społecznych, którym zwracają środki po realizacji określonej usługi pod warunkiem uzyskania zdefiniowanych wcześniej korzyści społecznych. [9]. Fundusze pozyskiwane od inwestorów prywatnych (np. bank, przedsiębiorcy, fundacje) trafiają do dostawców usług socjalnych, którzy zobligowani są do osiągnięcia z góry założonych rezultatów. Jeżeli dostawcy usług będę działać efektywnie i zrealizują założone cel otrzymają środki od strony publicznej i będą mogli zwrócić inwestorom pozyskane fundusze wraz z odsetkami. W procedurze emisji obligacji społecznych biorą udział następujące podmioty:

- strona publiczna (zleceniodawca) – wyznacza zadania społeczne i oczekuje ich efektywnej realizacji;
- pośrednik – przygotowuje i przeprowadza emisję obligacji, zarządza otrzymanymi funduszami, otrzymuje płatności od strony publicznej i dokonuje zwrotu zaangażowanego kapitału;

– dostawca usług – osoba fizyczna lub prawna realizujące zadanie społeczne;
– inwestorzy prywatni – przedsiębiorcy, instytucje finansowe, osoby prywatne budujący swój portfel inwestycyjny w oparciu o ideę *impact investment*, czyli starając się łączyć zysk finansowy z korzyściami społecznymi [10].

Model obligacji społecznych przedstawia Rysunek 1



Rysunek 1. Model obligacji społecznych

Źródło: [11]

Obligacje społeczne znacząco różnią się od obligacji tradycyjnych. Mają raczej charakter zobowiązań warunkowych uzależnionych od osiąganych wyników. Różnie te przedstawiono w Tabeli 3.

Tabela 3. Różnice między obligacją tradycyjną a społeczną

Obligacje tradycyjne	Obligacje społeczne
1. Gwarantują w sposób bezwarunkowy spłatę kapitału i odsetek.	1. Obligacja społeczna jest zobowiązaniem warunkowym. Wykup obligacji i ich rentowność uzależnione są od realizacji zadania społecznego.
2. Mogą być przedmiotem obrotu publicznego, na rynku regulowanym lub OTC. Obrót nimi gwarantuje inwestorowi ich płynność.	2. Nie istnieje rynek wtórny tych obligacji. Brak płynności waloru.
3. Obligacja nie jest bezpośrednio powiązana z wynikami finansowymi emitenta. Istnieje ryzyko nie wykupienia jej w terminie lub braku wykupu w przypadku złej kondycji finansowej lub upadłości emitenta.	3. Obligacje społeczne są bardziej ryzykowne. Warunkiem spłaty kapitału i odsetek jest osiągnięcie zamierzonego efektu społecznego.

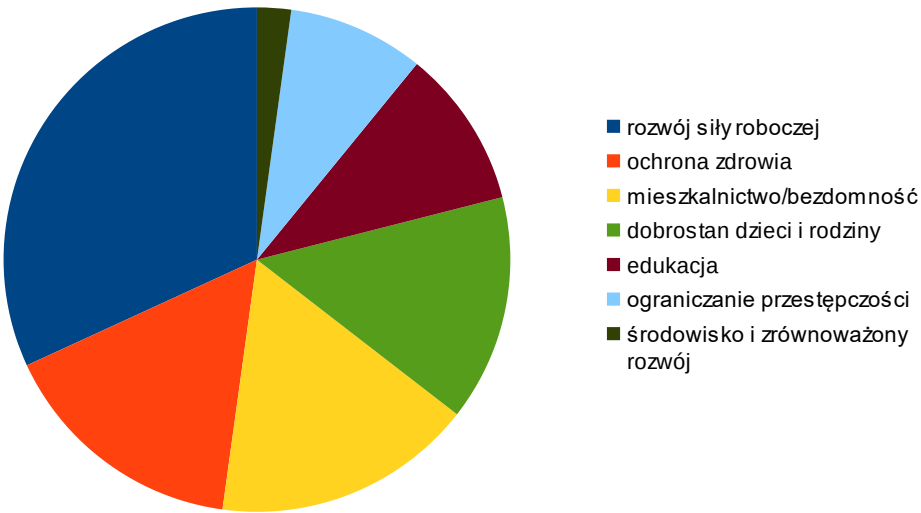
Źródło: [10]

Obligacje społeczne ze względu na typ obligatariuszy można podzielić na:

- publiczne, w których inwestorem są jednostki samorządu terytorialnego
- komercyjne, w których inwestorami są banki, fundusze inwestycyjne, duże przedsiębiorstwa
- filantropijne, w których inwestorami są prywatni darczyńcy, fundacje, instytucje charytatywne. [12]

Mechanizm obligacji społecznych wykorzystano po raz pierwszy w Wielkiej Brytanii w projekcie o nazwie The Peterborough Social Impact Bond. Zakładanym efektem projektu było ograniczenie o 10% recydywy wśród więźniów skazanych na wyroki poniżej 12 miesięcy. Programem objęto 3 grupy więźniów, z którymi prowadzono zajęcia resocjalizacyjne oraz utworzono grupę kontrolną, która nie uczestniczyła w programie. Jeżeli cel programu zostanie osiągnięty inwestorzy mieli otrzymać od strony publicznej(Ministerstwo Sprawiedliwości Wielkiej Brytanii) zainwestowany kapitał powiększony maksymalnie, w zależności o osiągniętego rezultatu, o 15% odsetek. Minimalny próg, od którego płatności miały być uruchomione to zmniejszenia recydywy osiągnie 7,5%. W projekcie wzięło udział 17 inwestorów (fundacje społeczne0, osiągnięty próg redukcji recydywy wśród objętych programem wyniósł 8,4% zaś inwestorzy otrzymali zwrot zainwestowanych środków i 3% odsetek w skali rocznej [13]. Nie osiągnięto zamierzonego wskaźnika ograniczenia recydywy i inwestorzy nie otrzymali maksymalnego oprocentowania zainwestowanych kapitałów nie mniej działanie to stało się przykładem dla innych tego typu inicjatyw. Na całym świecie realizowanych jest 138

projektów finansowych przez emisję obligacji społecznych o wartości łącznej 441 mld USD obejmujących swym działaniem 1.711.902 osoby (stan na 28.02.2020). Działania te prowadzone są w różnych obszarach, głównie przeciwdziałają bezrobociu i wykluczeniu z rynku pracy [14]. Udział różnych obszarów społecznych w projektach finansowanych przez obligacje społeczne przedstawia Rysunek 2.



Rysunek 2. Obszary społeczne wspierane w drodze emisji obligacji społecznych
Źródło: [14]

W Polsce w 2016 r. Ministerstwo Rozwoju przeprowadziło konkurs pod nazwą „Obligacje społeczne jako narzędzie zwiększania efektywności świadczenia usług społecznych w obszarach wsparcia EFS". W wyniku konkursu podpisano umowy z czterema podmiotami na opracowanie projektów wdrożenia w Polsce modelu obligacji społecznych. Lista projektów wybranych do dofinansowania w ramach konkursu pod nazwą: „Obligacje społeczne jako narzędzie zwiększana efektywności świadczenia usług społecznych w obszarach wsparcia EFS" przedstawia Tabela 4.

Tabela 4. Lista projektów wybranych do dofinansowania w konkursie pod nazwą „Obligacje społeczne jako narzędzie zwiększania efektywności świadczenia usług społecznych w obszarach wsparcia EFS"

Lp.	Nr projektu	Tytuł projektu	Nazwa Wnioskodawcy	Kwota wnioskowanego dofinansowania w PLN	Koszt całkowity projektu w PLN
1	B003	SIB – nowatorski mechanizm finansowania usług społecznych dla osób z niepełnosprawnością w m.st. Warszawa	Miasto Stołeczne Warszawa	243 003,18	250 518,75
2	B001	Obligacja społeczna - innowacyjny model tworzenia spółdzielni socjalnych	Biuro Projektów Europejskich Wojciech Miłosz	84 198,42	86 802,50
3	B002	DolOS	Województwo Dolnośląskie - Dolnośląski Wojewódzki Urząd Pracy	137 303,50	141 550,00
4	B004	Małopolskie Obligacje Społeczne	Województwo Małopolskie/Wojewódzki Urząd Pracy w Krakowie	526 220,45	542 495,31
5		Zadłużeni w obligacjach	Miasto Gdańsk/Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Gdańsku	408 927,75	421 575,00

Źródło: [15]

Projekt „Małopolskie obligacje społeczne" dotyczył obszaru społecznego omawianego w tym artykule. Celem tego projektu było urynkowienie usług opiekuńczych dla osób zależnych oraz wdrożenie efektywniejszego i bardziej korzystnego modelu realizacji przez samorząd zadań w zakresie zagwarantowania usług opiekuńczych dla osób starszych. W 2019 roku projekt zakończono. Opracowano projekty dokumentów umożliwiających wdrożenie modelu obligacji społecznych. Następnym etapem miało być przetestowanie zaproponowanych rozwiązań w kolejnym konkursie, który jak dotąd (28.02.2020) nie został ogłoszonych.

Model finansowania usług opiekuńczych i asystenckich przez obligacje społeczne.

Celem proponowanego tym artykule rozwiązania jest zapewnienie wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami przez osoby zagrożone wykluczeniem z rynku pracy z wykorzystaniem modelu obligacji społecznych.
Stroną publiczną w modelu były by dwie instytucje Centrum Integracji Społecznej i Ośrodek Pomocy Społecznej. Ich wsparcie miało by dwojaki charakter:

1. ze strony CIS wsparcie techniczne i organizacyjne powstania spółdzielni socjalnej
2. ze strony OPS kontraktowanie wykonywanych usług asystenckich i opiekuńczych

Zadaniem CIS jest reintegracja społeczno-zawodowa osób wykluczonych społecznie. Zadanie to finansowane jest w głównej mierze ze środków publicznych stąd można uznać je za stronę publiczną w modelu. W skali całego kraju osoby długotrwale bezrobotne, to najliczniej występująca grupa uczestników zajęć CIS. W 2016 r. stanowili oni ponad połowę osób uczestniczących w zajęciach (56,2%). [16] Osoby opuszczające CIS mogłyby znaleźć zatrudnienie jako opiekunowie lub asystenci osób z niepełnosprawnością. Liczba osób usamodzielnionych wykazywanych w sprawozdaniach CIS jest relatywnie niska (w skali kraju jest to 1,8 tys. osób w 2016) [16 s.51] co wskazuje na potrzebę wsparcia zatrudnienia takich osób w drodze zakładania spółdzielni socjalnych, o których mowa w ustawie z dnia 27 kwietnia 2006 r. o spółdzielniach socjalnych [17].

Ośrodki Pomocy Społecznej to jednostki budżetowe nie posiadające osobowości prawnej, a więc również można je uznać za stronę publiczną. Celem Ośrodka Pomocy Społecznej jest świadczenie pomocy społecznej osobom i rodzinom, które znalazły się w trudnej sytuacji życiowej, a nie są w stanie pokonać jej wykorzystując własne środki, możliwości i uprawnienia. Szczególnym działaniem OPS jest przyznawanie osobie wymagającej wsparcia świadczenie w postaci usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych. OPS może realizować usługi samodzielnie lub w ramach zlecenia usługi „podmiotom uprawnionym", o których mowa w art. 25 ustawy o pomocy społecznej albo w ramach zakupu usług na podstawie ustawy o zamówieniach publicznych. Oddzielenie wypłat świadczeń z pomocy społecznej od pomocy udzielanej w ramach realizacji wszelkich szeroko rozumianych usług, a w szczególności usług opiekuńczych i asystenckich służyłoby zwiększeniu dostępności tych usług [18 s.18].

Celem, którego osiągnięcie skutkowałoby realizacją wypłat przez stronę społeczną byłoby:

1. utrzymanie działalności spółdzielni socjalnej – warunek wypłaty środków przez CIS
2. wydłużenie czasu zamieszania osób z niepełnosprawnością we własnym środowisku wraz z rozwojem ich niezależności – warunek wypłaty środków przez OPS

W przypadku osiągnięcia zamierzonego efektu, a więc utrzymania zatrudnienia przez spółdzielców i zwiększenia samodzielności osób niepełnosprawnych inwestorzy otrzymają zwrot kapitału wraz z należnymi odsetkami. W przypadku niepowodzenia zainwestowany kapitał w części lub w całości przepada. W omawianym modelu inwestorami stawałby się podmioty działające z pobudek filantropijnych akceptujące wyższe ryzyko porażki niż podmioty komercyjne. W gronie inwestorów mogłyby się pojawić również

rodziny osób starszych lub z niepełnosprawnościami, które w ten sposób gwarantowałyby bliskiej osobie dostęp do usług opiekuńczych lub asystenckich.

Wykonawcą zadania będzie spółdzielnia socjalna, której celem będzie zapewnienie opieki osobom z niepełnosprawnościami przez świadczenie usług opiekuńczych i asystenckich. Dzięki pozyskanym środkom spółdzielnia będzie mogła zapewnić swoim członkom zdobycie wykształcenia w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej lub opiekun osoby starszej oraz wdrożyć nowe usługi. Chodzi tu o usługi, które przyczyniają się do zwiększenia samodzielności osób niepełnosprawnych oraz wydłużenia okresu pozostawania we własnym środowisku. Wzorem mogą być rozwiązania stosowane w Wielkiej Brytanii takie jak:

- dostarczenie gorących, pożywny i dostosowanych pod względem odżywczym posiłków do domu osoby z niepełnosprawnością (Meals-on-Whee;s- MOW)
- teleopieka First Call lub Telecare monitoring osób z niepełnosprawnością przez specjalistyczne urządzenia.
- umieszczenie w domu czujników reagujących na różne zagrożenia (gaz, dym temperatura),
- automatyczny dyspensor leków
- keysaffe box – umożliwienie osobom upoważnionym w tym opiekunom, asystentom otwarcia drzwi podopiecznego, który nie jest w stanie samodzielnie tego uczynić; małe urządzenie przetrzymywania klucza zabezpieczone kodem cyfrowym [19]

Pośrednikiem w omawianym modelu byłyby ośrodek wsparcia ekonomii społecznej. Ośrodki ekonomii społecznej są powołane do budowania lokalnych partnerstw w obszarze ekonomii społecznej. Rolą ośrodka będzie:

- podpisanie umowy ze strona publiczną, która zobowiąże się wykupić obligacje w przypadku osiągnięcia zamierzonego rezultatu,
- pozyskanie środków finansowych od inwestorów,
- wydatkowanie środków na wsparcie spółdzielni socjalnej
- zatrudnianie ewaluatora,
- dokonanie ostatecznego rozliczenia.

Ewaluator to niezależny podmiot zewnętrzny zatrudniony przez pośrednika w celu oceny stopnia realizacji celów określonych w modelu, a więc utrzymania zatrudniania przez spółdzielców i niezależności przez osoby z niepełnosprawnościami.

Zakończenie

Zmienia się podejście społeczne od osób starszych i z niepełnosprawnością. Nie stawia się ich już na marginesie życia społecznego lecz podejmowane są działania mające na celu, odpowiednio od stanu zdrowia tych osób, ich aktywizację i zwiększenie samodzielności lub stworzenie warunków pozostawania w dotychczasowym miejscu zamieszkania. Wynika z tego zwiększona rola usług asystenckich i opiekuńczych. Zaangażowanie do świadczenia tych usług osób zagrożonych wykluczeniem pozwala na ich powrót na rynek pracy. Spółdzielnia socjalna stwarza warunki ich rozwoju zawodowego. Finansowanie tych działań może się odbywać przy pomocy nowego instrumentu jakim są obligacje społeczne. Mechanizm ten dzięki przyjętej koncepcji płacenia za efekty pozwala lepiej wykorzystywać publiczne pieniądze. Choć w Polsce nie ma, jak dotąd, przykładów wyemitowania obligacji społecznych to opracowywane modele mogą stać się impulsem do rozwoju tej formy partnerstwa publiczno-prawnego.

BIBLIOGRAFIA:

[1] Kałuża-Kopias D. Szweda-Lewandowska Z. (2018) *Potencjalny popyt na opiekunów osób starszych spojrzenie z perspektywy dwóch pokoleń – wspierającego i wspieranego.* Polityka Społeczna nr 3

[2] Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 15.02.2019 w sprawie ogólnych celów i zadań kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego oraz klasyfikacji zawodów szkolnictwa branżowego. Dz.U. 2019 poz. 316

[3] Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 16.05.2019 w sprawie podstaw programowych kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego oraz dodatkowych umiejętności zawodowych w zakresie wybranych zawodów szkolnictwa branżowego. Dz.U. 2019 poz. 991

[4] Bojarska M. *Usługi asystenckie w systemie wsparcia osób niepełnosprawnych* opracowanie przygotowane w ramach projektu „Niepełnosprawni – samodzielność, rodzina, rehabilitacja, EDUKACJA, PRACA – system zintegrowany https://docplayer.pl/6298717-Uslugi-asystenckie-w-systemie-wsparcia-osob-niepelnosprawnych.html [dostęp: 28.02.2020]

[5] Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r. Dz.U. 2012 poz. 1169

[6] Fajfer-Kruczek I. (2018) *Sytuacja społeczna osób z niepełnosprawnością w opiniach pracowników instytucji sfery publicznej i organizacji pozarządowych w środowisku lokalnym*. Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy rozwiązania. Nr II/2018(27)
[7] Necel R. Wiśniewski M. (2018) *Zastosowanie mechanizmu obligacji społecznych w finansowaniu zadań ekonomii społecznej w Polsce* Polityka społeczna nr 4
[8] Marchewka-Bartkowiak K. Wiśniewski M. *Obligacje społeczne – nowy instrument finansowania zadań społecznych.* Studia BAS Nr 4 (44)
[9] Krawiec W. (2018) *Obligacje społeczne stan rozwoju w Polsce* Annales Universistatis Marie Curie-Skłodowska Lublin – Polonia, Sectio H, Vol. LII,3
[10] Cichy J.(2018) *Obligacje społeczne – innowacyjny instrument finansowania potrzeb społecznych* Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach nr 356
[11] Pandey S. Cordes J. Pandey S.K. Winfrey W. (2018) *Use of social impact bonds to address social problems: Understanding contractual risk and transaction costs*. Nonprofit Management and Leadership no. 28
[12] Mulgan G. Reeder N. Aylott M. Bo'sher L. (2011) *Socjal impact investment: The challenge and opportunity of social impact bonds.*The Young Foundation, March
[13] Nicholls A. Tomkinson E. *The Peterborough Pilot Social Impact Bond*, Saïd Business School, Oxford University, Oxford.
[14] https://sibdatabase.socialfinance.org.uk/ (dostęp 28.02.2020)
[15] http://www.funduszeeuropejskie.gov.pl/strony/wiadomosci/konkurs-obligacje-spoleczne-pl-rozstrzygniety/ (dostęp 28.02.2020)
[16] *Usługi integracji społeczno-zawodowej na poziomie NTS-4. Raport końcowy.* Praca badawcza GUS
[17] Ustawa z dnia 27 kwietnia 2006 r. o spółdzielniach socjalnych Dz. U. 2018 poz. 1205
[18] *Beneficjenci środowiskowej pomocy społecznje w 2018 r.* Analizy statystyczne GUS
[19] Hołyst J. (2019) *Wsparcie seniora w formie opieki formalnej, pozaformalnej i nieformalnej na przykładzie rozwiązań w Anglii.* Folia Oeconomica. Acta Universistatis Lodziensis nr 4(343)

Bożena Kosińska

POWINNOŚĆ A OBOWIĄZEK W PRAKTYCE PIELĘGNIARSKIEJ.

DUTY AND OBLIGATION IN PRACTICE NURSING.

Streszczenie:

Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization WHO), podjęła decyzję o ogłoszeniu roku 2020, Rokiem Pielęgniarki i Położnej. Jest to doskonała okazja do przemyśleń nad dokonaniami w pielęgniarstwie oraz czas dzielenia się refleksjami na temat pielęgniarstwa. Powinność i obowiązek w pielęgniarstwie współistnieją obok siebie. Kwestią otwartą pozostaje, jak sprawiać aby obowiązek wynikał zawsze z wewnętrznej woli działania. Powinność czy obowiązek, a jeśli tak to kiedy powinność, a kiedy obowiązek? Postawienie takiego rodzaju pytań nasuwa wiele wątpliwości natury moralnej. Wprawdzie różnie pojęcia te były definiowane przez filozofów i naukowców na przestrzeni wieków, to pozostaje powinność jako nakaz wewnętrzny o zabarwieniu moralnym, a obowiązek jako konieczność wykonania czegoś raczej z nakazu zewnętrznego. Na podstawie Międzynarodowego Kodeksu Etycznego Pielęgniarek The ICN Code of Ethics for Nurses oraz Kodeksu Etyki Pielęgniarki i położnej Rzeczpospolitej Polskiej dokonano próby odróżnienia pojęć. Wybrane do przemyśleń punkty z Rachunku Sumienia Hanny Chrzanowskiej pozwolą odbiorcy wypracować w sobie zdolność rozpoznawania tego co dobre i ukształtować poczucie powinności. Optymalnym rozwiązaniem byłby naturalny proces przekształcania obowiązku w powinność. Szczególnie ma to znaczenie w dobie narastającego przeciążenia pracą pielęgniarek, ich deficytu kadrowego oraz postępującym wypaleniem zawodowym.

Summary:

The World Health Organization (WHO) decided to proclaim the year 2020, the Year of Nurse and Midwife. It is a great opportunity to reflect on achievements in nursing and time to share reflections on nursing. Duty and obligation in nursing coexist side by side. It remains an open question how to make the obligation always result from the inner will to act. Duty or obligation, and if

so, when the duty and when the obligation? Asking this kind of question raises many moral doubts. Although these concepts have been defined differently by philosophers and scientists over the centuries, there remains a duty as an internal moral imperative, and an obligation as the necessity to do something rather as an external imperative. Based on the International Code of Ethics for Nurses and the Code of Ethics for Nurses and Midwives of the Republic of Poland, an attempt was made to distinguish between those two concepts. Selected for reflection points from the Hanna Chrzanowska's Examination of Conscience will allow the recipient to develop the ability to recognize what is good and shape the sense of duty. The optimal solution would be a natural process of transforming obligation into duty. This is particularly important in the era of increasing overload of nurses, staff shortage among nurses and progressive burnout.

Słowa kluczowe: pielęgniarka, powinność, obowiązek, odpowiedzialność.

Key words: nurse, duty, obligation, responsibility.

W dwusetną rocznicę urodzin prekursorki pielęgniarstwa Florencji Nightingale (1820-1910), Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization WHO), podjęła decyzję o ogłoszeniu roku 2020, **Rokiem Pielęgniarki i Położnej,** w dowód uznania codziennego zaangażowania pielęgniarek i położnych w funkcjonowanie systemów ochrony zdrowia. Jest to czas przemyśleń nad dokonaniami w pielęgniarstwie oraz czas dzielenia się refleksjami na temat pielęgniarstwa i problemów z nim związanych, które w ciągu minionych wieków nie tracą na swej aktualności i wciąż są intrygującymi zagadnieniami. Jednym z nich jest powinność i obowiązek. W pielęgniarstwie powinność i obowiązek współistnieją obok siebie. Kwestią otwartą pozostaje, jak sprawiać aby obowiązek wynikał zawsze z wewnętrznej woli działania, ku dobru jednostki (zarówno pielęgniarki i pacjenta jako jednostki) oraz ogółu.

Powinność czy obowiązek, a jeśli tak to kiedy powinność, a kiedy obowiązek? Postawienie takiego rodzaju pytań nasuwa wiele wątpliwości natury moralnej. Kształcenie pielęgniarek na poziomie akademickim nie rozwiązuje automatycznie kwestii moralnych, nie pozwala na przedstawienie *a priori* rozwiązań dylematów etycznych. Podnoszenie poziomu wykształcenia pielęgniarek oraz całego społeczeństwa, a także rozwój nowoczesnych technologii i lawinowa kodyfikacja, nie tylko życia codziennego ale i zawodowego, powoduje, że w tym gąszczu pielęgniarka może się pogubić. Postęp

technologiczny w medycynie nie może przysłonić elementarnych powinności, którymi powinno cechować się pielęgniarstwo i pielęgniarka. Co powinna pielęgniarka, a jakie przypisywane ma obowiązki? Czy w zawodzie pielęgniarki obowiązki wynikają z powinności czy może odwrotnie, czy obowiązek zawsze ma charakter powinności?

Powinność to nakaz wewnętrzny o zabarwieniu moralnym. A. J. Karpiński, współczesny polski fizjolog i socjolog, określa istotę powinności i wynikającej z niej akt moralnego działania, jako przewodni motyw etyki. Etykę z kolei, jako dział filozofii, zajmujący się moralnością [1]. Zgodnie z nauką Immanuela Kanta (1724-1804), powinność jest charakterystyczną cechą ludzką która prowadzi do działania celem zapewnienia największej szczęśliwości [2,3]. Zdaniem Johna Stuarta Milla (1806-1873), to subiektywne, wewnętrzne poczucie obowiązku jest siłą, która kieruje działaniem człowieka. I nie ma ona związku z wiarą w Boga, czy w inne siły nadprzyrodzone. Działania poszczególnych osób, ich moralność i etyka są zależne od praw przyrody oraz stopnia supremacji nad nimi. Z kolei, jako kryterium powinności, Herbert Spencer (1820-1903), przyjmował prawa przyrody, a w nich prawo walki o życie czy byt. Jedynie postępowanie, które szanuje prawa przyrody, może być przyjęte za dobre i cenne [4].

Ustawa z dnia 21 lutego 1935 r. o pielęgniarstwie (Dz. U. 1935, nr 27, poz. 199) w artykule 15 określała warunki jakie musi spełniać osoba, która chce przystąpić do nauki w zawodzie pielęgniarka: powinna mieć ukończone 18 lat lecz nieukończone 30 lat, cechować się odpowiednimi właściwościami psychicznymi, a nade wszystko powinna posiadać nieskazitelną przeszłość. Jeszcze raz podkreślenia wymaga fakt, że wymogi te musiała spełniać już osoba pretendująca do nauki zawodu pielęgniarki. Te odpowiednie właściwości psychiczne, kształtowane przez kilka lat kształcenia, pod okiem znakomitych pielęgniarek m.in. Zofii Szlenkierówny (1882-1939), Magdaleny Marii Epstein (1875-1945) czy Hanny Chrzanowskiej (1902-1973), wyzwalało w ówczesnych pielęgniarkach działania, które wynikały z wewnętrznego poczucia obowiązku. Formowanie osobowości przyszłej pielęgniarki, przez uznane autorytety moralne, powodowało wpojenie i internacjonalizację poczynań skierowanych do drugiego, potrzebującego pomocy człowieka.

Według aktualnego stanu prawnego prawo wykonywania zawodu pielęgniarki przysługuje osobie posiadającej pełną zdolność do czynności prawnych, której stan zdrowia pozwala na wykonywanie zawodu pielęgniarki oraz która wykazuje nienaganną postawę etyczną – Rozdział 3 art. 28, punkt 2,3,4 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. t.j.2019.576 z późn. zm.). W tym przypadku mamy do czynienia z oceną postawy pielęgniarskiej, lecz już po zakończonym procesie kształcenia, kiedy właściwa rada okręgowa pielęgniarek i położnych ma stwierdzić/przyznać prawo wykonywania zawodu.

Nadmienić należy, że nie ma żadnych skonstruowanych kryteriów, według których można byłoby ocenić nienaganność postawy, już po ukończeniu kształcenia pielęgniarskiego.

Coraz częściej w pielęgniarstwie mówi się o niezadowoleniu, nikłej satysfakcji z wykonywanej pracy, zmęczeniu a nawet przemęczeniu i wypaleniu zawodowym. Zjawisko to poparte jest szerokimi badaniami naukowymi prowadzonymi w większości krajów, o czym dobitnie świadczy przykładowo podana literatura przedmiotu [5-11]. Pielęgniarstwo jest zawodem mocno obciążającym każdą płaszczyznę życia. Sfeminizowany zawód, obarczony dodatkowo zmianowością, natłokiem informacji i zadań, nieustannym kontaktem z drugim człowiekiem, wysokimi oczekiwaniami ze strony pacjentów przy jednoczesnym niewielkim wsparciu społecznym, wymaga szczególnego zainteresowania i czujności. Uwzględniając przedstawione elementy i nanosząc na nie cechy osobowościowe pielęgniarki oraz prezentowane przez nią wartości osobiste, można dostrzec w jej praktyce pielęgniarskiej, czy wykonywanie czynności wynika wskutek nałożonego obowiązku czy z wewnętrznej powinności. Czy rzeczywiści na koniec dyżuru mam poczucie spełnienia w pracy zawodowej? Czy myśląc co jeszcze mogłam zrobić, mam poczucie niewykonanych obowiązków i czuję lęk przed karą? Czy też czuję, że mogłam zrobić jeszcze coś więcej, i płynie to z wewnętrznego poczucia powinności i nie łączę tego z karą? Czy uda mi się zmienić schemat myślenia, od dziś zamieniam każdy obowiązek w powinność. Tylko dziś. Czy poczuję się z tym lepiej?

Optymalnym rozwiązaniem wydawać się może przekształcenie poczucia przykrego wypełniania obowiązków w radosne poczucie powinności wobec drugiego człowieka. Powinność winna mieć na względzie wcześniej wyrażone życzenie pacjenta, zwłaszcza w sytuacji kiedy w danej chwili świadomej woli pacjent wyrazić nie może [12]. Obecnie powszechnie dyskutowana jest kwestia informacyjnych powinności osób wykonujących zawody medyczne – lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty czy ratownika medycznego, związanych z uzyskiwaniem zgody pacjenta na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Aktualność tej problematyki jest szczególnie istotna dla wykonywania zawodu pielęgniarki. Na przykładzie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.tj. 2019, poz.1127 z późn. zm.) i zawartej w niej, prawie pacjenta do informacji, z jednoczesnym nałożeniu obowiązku na osoby wykonujące zawody medyczne do udzielania tejże informacji, można rozważyć poczucie obowiązku informowania, czy też powinności wobec pacjenta, aby go informować o wszystkich czynnościach i działaniach podejmowanych względem niego. Określenie praw pacjenta spowodowało nałożenie na pielęgniarki, obowiązku udzielania informacji w tymże zakresie. Ponadto uznaje się, iż przestrzeganie praw pacjenta nie powinno być jedynie

bierne poprzez nienaruszanie norm ustawowych, lecz pielęgniarka winna również czynnie przeciwdziałać praktykom naruszającym prawa pacjenta. Co więcej, pielęgniarka powinna uzgodnić z pacjentem postępowanie i uzyskać jego zgodę na wykonywane czynności.

Każdy człowiek, poprzez swoje zachowanie, winien mieć zagwarantowaną możliwość swobodnego wyboru danego działania. Jest to jedno z podstawowych praw człowieka i pacjenta, jakim jest wyrażenie świadomie poinformowanej zgody (ang. *informed consent*). Naturalnie, występują niekwestionowane sytuacje, w których zasada zgody ulega ograniczeniu. Do nich zaliczana jest małoletniość oraz sytuacje wywołane tzw. niezdolnością faktyczną, spowodowaną m.in. zakłóceniami i zaburzeniami czynności psychicznych, upojeniem, niezdolnością do zakomunikowania decyzji. Niezwłoczność przeprowadzenia procedury medycznej, jest również przeszkodą w wyrażeniu woli przez pacjenta. Przyjmując zdolność każdego człowieka do brania odpowiedzialności za swoje wybory życiowe, eksplikuje ona ograniczenie obowiązku informacyjnego, ciążącego na pielęgniarce. Pacjent ma prawo żądać, aby osoba wykonująca zawód medyczny nie udzielała mu informacji. Znajomość zagadnień prawnych, a zwłaszcza zakresu praw pacjenta pozwoli kierować poczucie powinności we właściwym kierunku, uchylając się od popełnienia błędu. Wciąż są aktualne słowa, wybitnego polskiego prawnika i filozofa Leona Petrażyckiego (1867-1931), iż prawo jest częścią życia psychicznego każdego człowieka, i mocno oddziałuje na jego sferę poznawczą, emocjonalną i wolicjonalną [13].

Pewne rozróżnienie pomiędzy powinnością a obowiązkiem pozwalają zrozumieć kodeksy deontologiczne pielęgniarek i położnych. Kodeks bowiem, stanowi z reguły, zobowiązania i powinności natury moralnej. Międzynarodowy Kodeks Etyki dla Pielęgniarek, przyjęty po raz pierwszy przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek (ICN) w roku 1953, w rozdziale Pielęgniarka a Praktyka mówi, iż pielęgniarka osobiście decyduje o przekazaniu swoich obowiązków i odpowiedzialności innej osobie, oceniając jej kompetencje [14]. Wnioskować można, że pielęgniarka posiada uprawnienie delegowania obowiązków, zadań po rozważnej ocenie kompetencji tejże osoby. Powinności delegować się nie da, lecz jest możliwe jej kształtowanie. Takie wnioski można wysnuć z zapisów obecnie obowiązującego Kodeksu etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej. W Rozdziale IV. Pielęgniarka/położna a współpracownicy, jest mowa, iż pielęgniarka/położna posiadająca większe doświadczenie zawodowe powinna przekazywać młodszym adeptom pielęgniarstwa, swoją wiedzę i umiejętności zawodowe oraz wzorce kultury i poszanowania człowieka. Ponadto wskazany jest moralny obowiązek kształtowania poczucia odpowiedzialności za wykonywaną

pracę, formowania nawyku uczciwości, rzetelności, pracowitości i dokładności [15].

Współcześnie szeroko rozumiana wolność winna być rozpatrywana jako prawo do zrobienia nie tego, na co dana osoba ma ochotę, ale jako jej zdolność do wyboru tego, co rozpoznaje jako dobre i powinne. Dla pielęgniarki z powołania, jej praca posiada szczególną wartość, umożliwiającą odwołanie się do wartości humanistycznych. Taka postawa pozwala na łatwiejsze dostrzeżenie możliwości zbliżenia się do drugiej, w tym wypadku cierpiącej, osoby [16].

Na zakończenie, subiektywny wybór, kilka głęboko refleksyjnych zapytań z Rachunku sumienia, błogosławionej pielęgniarki Hanny Chrzanowskiej:

II.6. Czy pracuję nad wyrobieniem w sobie cech dobrej pielęgniarki i czy nie zniechęcam się w tej pracy?

III.4. Jak wypełniam obowiązki zawodowe, czy jestem punktualna, sumienna w wykonywaniu zleceń, czy pracuję według prawideł sztuki pielęgniarskiej w szpitalu, poradni, w domu chorego?

III.5. Może pracuję wśród nowoczesnych wyposażeń, wśród najdoskonalszych zdobyczy medycyny. Czy pamiętam, że wynalazczość i zdobycze naukowe odbijają chwałę Boga Stworzyciela ludzkiej myśli? Czy sama staram się dokształcać?

IV. 3. Czy nie uchylam się od istotnego pielęgnowania chorych, uciekając się do wykonywania zabiegów „wyższych" i bardziej efektownych, niepotrzebnie zastępując lekarzy? A przecież chorzy najbardziej odczuwają naszą miłość, kiedy ich myjemy, karmimy, kiedy ich wygodnie układamy! Czy robię wszystko co w mojej mocy, aby chorym zapewnić tę właśnie opiekę albo osobiście, albo przez umiejętne zorganizowanie pracy własnej i innych? Czy od tych prac istotnie pielęgniarskich nie wymigiwałam się wmawiając sobie, że muszę wykonać inne, a te specjalnie sobie wyszukiwałam, np. jeszcze jedno porządkowanie apteczki, albo pisanie historii choroby za lekarzy? Może zaniedbując chorych chodziłam przyglądać się ciekawym zabiegom? A w pielęgniarstwie otwartym – może wmawiałam sobie, że nie mam czasu na odwiedziny, wynajdując sobie za to np. niekonieczne porządkowanie kartotek?

IV. 6. Jaki był mój stosunek do umierających? Może nie było przy nich nikogo z rodziny – czy zrobiłam wszystko, aby ją zastąpić? Czy nie zdarzyło mi się bezczynnie siedzieć w dyżurce, pozostawiając umierającego samemu sobie?

V.10. Jeśli stoję na odpowiedzialnym stanowisku – czy daję dobry przykład osobiście pracując przy chorych, gdy mi czas na to pozwala? Czy jestem dosyć wymagająca, czy nie jestem zbyt pobłażliwa, dbając o swoją popularność? Czy nie ustaję w staraniach o podwyższenie poziomu zawodowego i moralnego pielęgniarek? Czy nie zamykam się w swoim gabinecie i nie chcę wiedzieć i myśleć o tym co się dzieje – po co w takim razie jestem? Czy dosyć dbam o sprawy bytowe podległego mi personelu? [17, 18].

Pielęgniarką z poczuciem powinności zacznę być już od dziś.

BIBLIOGRAFIA:

[1] Karpiński A. J.: Słownik pojęć filozoficzno-socjologicznych, wyrazów obcych i wyrażeń powszechnie stosowanych. Gdańsk: Wydawnictwo GSW; 2005.
[2] Kant I.: Krytyka praktycznego rozumu. Warszawa: Wydawnictwo naukowe PAN; 2004.
[3] Kant I.: Uzasadnienie metafizyki moralności. Komorów: Wydawnictwo Antyk Marcin Dybowski; 2009.
[4] Tatarkiewicz W.: Historia filozofii. Tom II i III. Warszawa: Wydawnictwo naukowe PAN; 2005.
[5] Ogińska-Bulik N., Michalska P.: Psychological resilience and secondary traumatic stress in nurses working with terminally ill patients-The mediating role of job burnout. Psychol Serv. 2020; doi: 10.1037/ser0000421. [Epub ahead of print, dostęp: 28.02.2020].
[6] Ruiz-Fernández M.D., Pérez-García E., Ortega-Galán Á.M.: Quality of Life in Nursing Professionals: Burnout, Fatigue, and Compassion Satisfaction. Int J Environ Res Public Health 2020;17(4): 7-12.
[7] Jones B.: Fifteen minutes may decrease nursing burnout: A discussion paper. Int J Nurs Sci. 2019;7(1): 121-123. doi: 10.1016/j.ijnss. 2019.11.004.
[8] Nazir A., Smalbrugge M., Moser A. et al.: The prevalence of burnout among nursing home physicians: An international perspective. J. Am. Med. Direc. Assoc. 2018; 19: 86–88.
[9] Nogueira L., Sousa R., Guedes E. et al.: Burnout and nursing work environment in public health institutions. Rev. Brasileira Enferm. 2018; 71: 336–342.

[10] Haik J., Brown S., Liran A. et al.: Burnout and compassion fatigue: Prevalence and associations among Israeli burn clinicians. Neuropsychiatr. Dis. Treatm. 2017; 13: 1533.
[11] Mangoulia, P.; Koukia, E.; Alevizopoulos, G. et al.: Prevalence of secondary traumatic stress among psychiatric nurses in Greece. Arch. Psychiatr. Nurs. 2015; 29: 333–338.
[12] Michoński D.: Kwestia oświadczeń pro futuro w kontekście artykułu 9. Europejskiej Konwencji Bioetycznej i praktyki wybranych państw europejskich. Medycyna Paliatywna w Praktyce 2017; 11 (3): 102–110.
[13] Petrażycki L.: O nauce, prawie i moralności. Pisma wybrane. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe; 1985.
[14] The ICN Code of Ethics for Nurses. Genewa: International Council of Nurses, Revised; 2012.
[15] Kodeks Etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej. Warszawa: Uchwała nr 9 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w dniu 09 grudnia 2003 r.
[16] Dobrowolska B.: Etyka w pielęgniarstwie. w: Chańska W., Różyńska J. (red.). Bioetyka Warszawa; LEX Grupa Wolters Kluwer; 2013; 499-512.
[17] Chrzanowska H.: Pamiętniki, listy, notatki. Opracowanie: Rumun A., Florkowska M. Kraków: Wydawnictwo Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych im. Hanny Chrzanowskiej; 2018.
[18] Chrzanowska H.: Rachunek sumienia pielęgniarki. Warszawa: Katolickie Stowarzyszenie Pielęgniarek i Położnych Polskich – Arbor; 2002.

AUTORZY ARTYKUŁÓW

- **Dymczyk-Ociepka Katarzyna**: dr n. med., Wyższa Szkoła Zarządzania w Częstochowie/Czestochowa University of Management
- **Dziwińska Anna**: dr, Wyższa Szkoła Zarządzania w Częstochowie/Czestochowa University of Management
- **Grabowski Marek Ludwik**: dr n. med., specjalista w dziedzinie zdrowia publicznego, epidemiologii, organizacji ochrony zdrowia, rehabilitacji narządu ruchu, Wyższa Szkoła Zarządzania w Częstochowie/Czestochowa University of Management
- **Kosińska Bożena**: dr n. o zdr., mgr pielęgniarstwa i mgr administracji, specjalistka w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, Wyższa Szkoła Zarządzania w Częstochowie/Czestochowa University of Management
- **Kupstienė Lina**: mgr., Kauno kolegija / University of Applied Sciences, Faculty of Business, Department of Management and Law
- **Majorczyk Marta**: dr n.o. zdr., Wyższa Szkoła Zarządzania w Częstochowie/Czestochowa University of Management
- **Metin Yıldız**: Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Turcja
- **Mizerska Krystyna**: dr n.o. zdr., Wyższa Szkoła Zarządzania w Częstochowie/Czestochowa University of Management
- **Muhammed Küçükaslan**: Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Turcja
- **Piligrimienė Virginija**: mgr, Kauno kolegija / University of Applied Sciences, Faculty of Business, Department of Management and Law
- **Pytel-Kopczyńska Marzena**: dr inż., Wyższa Szkoła Zarządzania w Częstochowie/Czestochowa University of Management
- **Sagan Agata**: mgr pielęgniarstwa
- **Seweryn Cichoń**: dr inż., Wyższa Szkoła Zarządzania w Częstochowie/Czestochowa University of Management
- **Syty Karolina**
- **Tarnowski Piotr**

- **Tvirbutas Saulius**: mgr, Kauno kolegija / University of Applied Sciences, Faculty of Business, Department of Management and Law Communications Manager at Kaunas Clinical Hospital
- **Wanot Bartosz**: Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy im. Jana Długosza w Częstochowie, Wydział Nauk o Zdrowiu
- **Węgrzyn Maciej**: Wyższa Szkoła Zarządzania w Częstochowie/ Czestochowa University of Management
- **Wojtyra Joanna**: mgr inż., Wyższa Szkoła Zarządzania w Częstochowie/Czestochowa University of Management