

PODMIOTOWE TRAKTOWANIE PACJENTÓW FIZJOTERAPII

Streszczenie

Posiadanie właściwych cech osobowości oraz profesjonalizmu wskazuje właściwy kierunek w relacjach międzyludzkich podczas świadczenia usług medycznych. Wyższe wykształcenie fizjoterapeutów pozytywnie wpływa na realizację wyznaczonych wartości moralnych, których nadrzędną cechą jest fachowość oraz profesjonalizm zawodowy. Jakość relacji terapeutycznych oparta na podmiotowości pacjenta sprzyja procesom zdrowienia.

Głównym celem pracy było ukazanie opinii oraz oczekiwań pacjentów w zakresie kompetencji społecznych fizjoterapeutów. Założono poszukiwanie cech niepożądanych oraz wskazanie postaw wzorowych, pojawiających się w relacjach fizjoterapeuta – pacjent oraz wskazanie oczekiwanego wzorca właściwej relacji terapeutycznej, która może wpływać na pozytywny proces terapeutyczny.

W pracy wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety składający się z 15 pytań zamkniętych. Do oceny kompetencji oraz cech fizjoterapeutów zastosowano 6 stopniową skalę Likerta: 5 – bardzo dobrze, 4 – dobrze, 3 – dostatecznie, 2 – źle, 1 – bardzo źle, 0 – nie wiem.

Zgodnie z wynikami badań, najniższe oceny (złą i bardzo złą – dostateczną i niedostateczną) wystawiło fizjoterapeutom blisko 9% uczestników badania. Uzyskany wynik, jest niższy niż wystawiony innym przedstawicielom zawodów medycznych (lekarzom, pielęgniarkom, sanitariuszom) w sondażach przeprowadzonych przez innych autorów.

Najlepszą opinię a zarazem najlepsze noty w ocenie pacjentów otrzymali fizjoterapeuci pracujący w gabinetach prywatnych, gdyż wszystkie proponowane cechy sylwetki zawodowej zostały ocenione w skali Likerta powyżej 4 stopnia.

Słowa kluczowe: kompetencje społeczne, podmiotowość, fizjoterapeuta

Wstęp

Fizjoterapeuta to zawód medyczny, którego celem nadrzędnym jest dbałość o dobro pacjenta z poszanowaniem jego godności oraz ochroną zdrowia i życia. W swojej pracy zawodowej fizjoterapeuci wykorzystują szereg technik i metod, aby osiągnąć indywidualnie założone cele terapeutyczne, których realizacja pozwolić ma na przywrócenie pacjenta do możliwie najlepszego funkcjonowania w społeczeństwie. Proces ten przebiegać powinien w oparciu o budowanie pozytywnej relacji: terapeuta-pacjent. W tym celu fizjoterapeuci oprócz specjalistycznych umiejętności zawodowych powinni odznaczać się również określonymi cechami charakteru tworzącymi tak zwane kompetencje miękkie (Cywińska-Wasilewska, 2004).

Aktualny system kształcenia fizjoterapeutów (zgodnie z obowiązującymi standardami) skupia się na osiąganiu efektów w trzech obszarach:

- wiedzy
- umiejętności
- kompetencji społecznych

Wydaje się, że najtrudniejsze może być kształtowanie postaw w zakresie kompetencji społecznych oraz ocena ich poziomu. Studia podejmują osoby formalnie dorosłe, o ukształtowanym systemie wartości na bazie, których budowany jest określony w standardach profil zawodowy. Przygotowanie studentów fizjoterapii do nienagannego wykonywania procedur medycznych to zadanie podstawowe. Towarzyszyć mu powinno także wykształcenie cech osobowości, które cenione w zawodach medycznych sprzyjać będą budowaniu właściwych relacji terapeutycznych opartych na zaufaniu, empatii oraz szacunku dla godności i intymności (Szabat, 2016).

Według Suchorzewskiej (2011) w przywracaniu zdrowia bardzo ważny jest proces humanizacji – w medycynie to najwyższe standardy w całym procesie leczenia pacjenta oraz postawienie w centrum wszelkich zabiegów jego dobro: potrzeby nie tylko zdrowotne, ale także duchowe oraz emocjonalne (Suchorzewska, 2011).

Głównym celem budowania właściwych relacji terapeutycznych jest stworzenie poczucia bezpieczeństwa chorego, stworzenie możliwości wyrażania zgody na wszelkie działania medyczne, współdecydowania o przebiegu i stosowanych środkach podczas terapii. Czynniki te, nacechowane podmiotowością wpływają na wzrost zaufania pacjentów i lepsze efekty leczenia i rehabilitacji (Danecki, 2020). W odniesieniu do humanizacji medycyny

traktowanie pacjenta powinno odbywać się z poszanowaniem jego praw oraz godności (Szubert, 2019).

Fizjoterapeuta powinien zadbać o relację opartą na szacunku i zaufaniu przy uwzględnieniu jego indywidualnych potrzeb, stanu klinicznego oraz uwarunkowań kulturowych (Przyłuska-Fischer, 2015).

Materiał i metoda

Badania zostały przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego w grupie 130 osób; zrealizowano je w 2018 roku za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety składającego się z 15 pytań zamkniętych dotyczących kompetencji oraz wybranych cech fizjoterapeutów. Badania przeprowadzono na terenie placówek ochrony zdrowia na terenie województwa lubelskiego. Wszyscy respondenci biorący udział w badaniu korzystali z cyklu zabiegów fizjoterapeutycznych. Po ich zakończeniu badanych poproszono o wypełnienie kwestionariusza ankiety oceniającego kompetencje społeczne fizjoterapeuty prowadzącego zabiegi. Uzyskane wyniki poddano ocenie ilościowej ze wskazaniem charakterystycznych tendencji.

Wyniki

W badaniach uczestniczyło 130 respondentów. Zdecydowaną większość respondentów stanowiły kobiety (63,1%). Ponad połowa z grupy ankietowanych posiadała wykształcenie wyższe (53,1%), bądź średnie (30,8%), pozostali – zasadnicze zawodowe (13,8%) lub gimnazjalne (2,3%). Badanych poproszono o subiektywną ocenę swojego stanu zdrowia w pięciostopniowej skali. Większość z nich oceniła swoje zdrowie jako dobre (52,3%) lub bardzo dobre (17,7%). Nieliczni ocenili je tylko jako złe (5,4%), bardzo złe (3,1%), bądź przeciętne (21,5%). Spośród pacjentów biorących udział w badaniu największa grupa korzystała z formy fizjoterapii ambulatoryjnej (48%) – oceniali oni tylko zabiegi realizowane w przychodni lub gabinecie. Co dziesiąty ankietowany uczestniczył w procesie rehabilitacji realizowanej w formie stacjonarnej: (8,8%) w sanatorium, bądź (8,0%) w oddziale szpitalnym.

W trakcie badania ankietowanych pytano o różne aspekty współpracy z fizjoterapeutą, między innymi o sposób tzw. „wchodzenia w relację terapeutyczną” i nawiązywanie pierwszego kontaktu. Blisko $\frac{3}{4}$ ankietowanych potwierdziło, że w trakcie pierwszej wizyty fizjoterapeuta przedstawił się z imienia i nazwiska oraz miał identyfikator. Pozostali badani (26,9%) twierdzili, że nie znali danych osobowych swojego terapeuty.

Połowa z grupy pacjentów w swojej relacji z fizjoterapeutą doceniła umiejętność poszanowania jego prywatności (5 pkt w skali – 49,2% ankietowanych; 1 pkt – 5,4% ankietowanych) oraz uprzejmość wobec pacjenta (5 pkt w skali – 45,4% ankietowanych 1 pkt - 0,8% ankietowanych). Respondenci pozytywnie ocenili również kompetencje takie jak: okazywanie pacjentowi zrozumienia czy prezentowanie przez fizjoterapeutę takiej postawy, która powodowała wzbudzenie zaufania. Badani wysoko w pięciostopniowej skali ocenili również fachowość i jakość udzielonych porad i praktycznych wskazówek czy instruktażu dotyczących kontynuacji rehabilitacji w środowisku domowym i omówienie zasad profilaktyki niepełnosprawności.

Cechą równie wysoko ocenianą jako istotną w budowaniu profesjonalnej relacji była prezencja, tj. schludny wygląd i ubiór fizjoterapeuty (5 pkt w skali – 46,2% ankietowanych).

W relacji z fizjoterapeutami respondenci wskazywali także cechy negatywnie wpływające na przebieg terapii. Wskazania odsetka respondentów nie osiągały tu wartości dwucyfrowych, ale badania najniżej ocenili umiejętności poszanowania prywatności 1 pkt – 5,4% ankietowanych) oraz umiejętność akceptacji zgłaszanych uwag i prośb (1 pkt – 3,1% ankietowanych).

Tabela 1. Ocena przez pacjentów aspektów pracy fizjoterapeuty w skali od 0 do 5 (%) (n=130)

Czynnik \ pkt	5 b.dobrze	4 do- brze	3 dosta- tecznie	2 źle	1 b. źle	0 nie wiem
kultura osobista	44,6	36,2	10,0	0,8	0,8	7,7
uprzejmość wobec pacjenta	45,4	37,7	13,8	0	0,8	2,3
współpraca z innym personelem medycznym	33,1	44,6	12,3	1,5	0	8,5
schludny ubiór	46,2	39,2	6,9	1,5	3,1	3,1
dobrze zorganizowane miejsce pracy	38,5	37,7	13,8	5,4	0,8	3,9
okazywanie pacjentowi zrozumienia	37,7	40,8	11,5	2,3	2,3	5,4
akceptacja zgłaszanych uwag i prośb	40,0	34,6	17,7	0	3,1	4,6
zrozumiałe i wyczerpujące informacje o zabiegach	33,8	37,7	16,2	6,2	1,5	4,6
poszanowanie prywatności pacjenta	49,2	29,2	11,5	1,5	5,4	3,1
wzbudzone zaufanie	46,2	33,8	7,7	5,4	2,3	4,6
jakość wskazówek dotyczących kontynuacji rehab./porady dot. stylu życia	43,1	36,9	6,2	6,9	2,3	4,6

Źródło: opracowanie własne

W wynikach sondażu zaobserwowano zróżnicowanie opinii ze względu na płeć: kobiety najlepiej oceniły kwestię poszanowania ich prywatności (56,2%). Natomiast w ich ocenie strój fizjoterapeuty oceniony został na najniższym poziomie, gdyż (5%) kobiet oceniło tę pozycję w stopniu 1 skali Likerta.

Tabela 2. Ocena cech fizjoterapeutów przez kobiety (n=82) i mężczyzn (n=48) według odsetka wskazań

Cechy \ Ocena płeć	5		4		3		2		1		0	
	b. dobrze		dobrze		dostat.		źle		b. źle		nie wiem	
	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M
kultura osobista	51,2	33,3	31,7	43,8	7,3	14,6	0	2,1	1,2	0	8,5	6,3
uprzejmość	51,2	35,4	31,7	47,9	12,2	16,7	0	0	1,2	0	3,7	0
współpraca zespoł.	39,0	22,9	39,0	54,2	9,8	16,7	2,4	0	0	0	9,8	6,3
schludny ubiór	51,2	37,5	32,9	50,0	8,5	4,2	1,2	2,1	5,0	4,2	3,7	2,1
organizacja pracy	42,7	31,3	36,6	39,6	9,8	20,8	1,2	6,3	3,7	0	6,1	2,1
akceptacja uwag i prośb	40,2	39,6	39,6	31,3	15,9	20,8	0	0	2,4	4,2	4,9	4,2
komunikacja	32,9	35,4	35,4	41,7	17,1	14,6	7,3	4,2	1,2	2,1	6,1	2,1
poszanowanie prywatności	56,1	37,5	37,5	39,6	11,0	12,5	0	4,2	4,9	6,3	4,9	0
wzbudzone zaufanie	48,8	41,7	31,7	37,5	4,9	12,5	7,3	2,1	3,7	0	3,7	6,3
jakość edukacji zdrowotnej	40,2	47,9	37,8	35,4	6,1	6,3	7,3	6,3	2,4	2,1	6,1	2,1

Źródło: opracowanie własne

Poszczególne cechy uzyskiwały głównie ocenę w granicach około 4. punktów (ocena dobra). Natomiast badani najwyżej oceniali wskazówki i instruktaże dotyczące kontynuacji rehabilitacji oraz porady dotyczące stylu życia. Blisko połowa (47,9%) z grupy ankietowanych mężczyzn wysoko oceniała jakość udzielonych porad. Noty najniższe (około 1 pkt w skali Likerta) pojawiły się aż w trzech cechach: kulturze osobistej, współpracy z innym personelem medycznym oraz wzbudzonym zaufaniu – taką opinię wyraziło (6,5%) ankietowanych mężczyzn przyznało w tych kompetencjach.

Tabela 3. Średnia ocen fizjoterapeutów z badanych kategorii (n=130)

Miejsce fizjoterapii	Średnia ocen (0-5)
gabinet prywatny (n=44)	4,07
ambulatorium (n=60)	3,97
turnus szpitalny (n=15)	3,89
sanatorium (n=11)	4,10
Razem (n=130)	4,01

Źródło: opracowanie własne

Następnie porównano średnią ocenę wizerunku fizjoterapeuty – w zależności od miejsca, w których świadczone były zabiegi fizjoterapeutyczne. Wyniki oparto o uśrednienie wyżej prezentowanych jedenastu kryteriów kompetencji społecznych. Według wskazań respondentów najwyżej oceniani byli fizjoterapeuci pracujący w sanatorium (Tabela 3).

Kolejnym etapem opracowań zgromadzonych danych było porównanie wskazań ocen najwyższych oraz najniższych w zależności od miejsca praktyki fizjoterapeutów. Najwyższe oraz najniższe noty otrzymał gabinet prywatny. Pojawiły się tutaj oceny bardzo dobre 5 pkt – 47,3 ankietowanych oraz ocen najniższych 1 pkt – 18,2% ankietowanych.

Tabela 4. Skrajne oceny fizjoterapeutów w opiniach pacjentów w zależności od miejsc rehabilitacji (n=130)

Miejsce fizjoterapii	Ocena bardzo dobra (pkt 5)	Oceny najniższe (pkt 0-2)
gabinet prywatny (n=44)	47,3%	18,2%
ambulatorium (n=60)	37,4%	8,9%
turnus szpitalny (n=15)	24,2%	7,5%
sanatorium (n=11)	43,9%	9,8%
Razem (n=130)	38,2%	11,1%

Źródło: opracowanie własne

Dyskusja

W grupie badanych było 48 mężczyzn i 82 kobiety, których różnicował poziom wykształcenia, stan zdrowia, miejsce rehabilitacji oraz jednostka chorobowa, która była powodem podjętej rehabilitacji. Założono, że płeć, doświadczenie w pracy z fizjoterapeutą a także forma pracy zakładu rehabilitacji (publiczny / niepubliczny / gabinet prywatny) mogą mieć wpływ na opinię pacjentów o postawach fizjoterapeutów. Badania przeprowadzono

w placówkach medycznych. Na podstawie uzyskanych wyników oceniono kompetencje fizjoterapeutów tam zatrudnionych.

Kobiety z zasady są bardziej wrażliwe na relacje międzyludzkie (empatia, przeżywanie własnych emocji itp.) (Wilczek-Różyńska E., 1998). Mężczyźni zdają się być bardziej racjonalni w swoich poglądach, częściej zwracają uwagę na całokształt sytuacji i zjawiska (Connel, Siara, 2013).

W uzyskanych wynikach badań zwyczajowa tendencja potwierdziła się, gdyż kobiety częściej oceniały w najwyższym stopniu skali – 5 (Tabela 7), natomiast mężczyźni głównie wybierali 4 stopień (Tabela 8) skali oceny kompetencji społecznych.

Pacjenci jako grupa dość wysoko ocenili postawę zawodową fizjoterapeutów (Tabela 6). Najwyższą notę otrzymali fizjoterapeuci, którzy respektowali poszanowanie godności pacjentów (49,2%). Pozostałe elementy składające się na relację fizjoterapeuta – pacjent oscylują wokół (40-45%). Najwyższe noty wystawiono:

- kulturze osobistej;
- uprzejmości wobec pacjenta;
- zadbany strój fizjoterapeuty;
- w aspekcie wzbudzonego zaufania do fizjoterapeuty.

Wyniki badań pokazały, że co 10 pacjent spotkał się z takimi zachowaniami, które mogą powodować postępowania dyscyplinarne przed Sądem Dyscyplinarnym Krajowej Izby Fizjoterapeutów (niekulturalne odnoszenie się do pacjenta, brak zrozumienia i lekceważenie zgłaszanych uwag i próśb).

Naganne (i niebezpieczne) były zaobserwowane przez pacjentów przypadki lekceważenia zasad higieny (np. 21,5% wskazań nie mycia rąk przed podjęciem fizjoterapii) (Sierocka, Cienciara, 2010).

Aż 62% respondentów uważa, iż fizjoterapeuci nie okazują wystarczającej empatii (Rysunek 16). Kluczowa jest tutaj osobowość fizjoterapeuty, gdyż zwykle się mawiać, że sama osobowość może być pewnym lekarstwem. Należałoby skupić się na pracy nad wrażliwością oraz zrozumieniem drugiego człowieka. Powyższa kwestia jest zadaniem do realizacji już na etapie kształcenia przyszłych fizjoterapeutów w zakresie przedmiotów humanistycznych (Kliszcz, 2017).

Brak podmiotowości w procesie fizjoterapeutycznym jest kolejnym aspektem rozważań. Aż 60% ankietowanych osób wskazało na brak podmiotowego traktowania, które staje się istotne w kreowaniu osobowości, łączy

różne wymiary funkcjonowania człowieka tym samym nadając mu tożsamość z otoczeniem (Głodkowska, 2014).

Najwyższe noty uzyskiwali fizjoterapeuci pracujący w sanatoriach, co może wynikać, z ogromnej wiedzy oraz doświadczenia fizjoterapeutów pracujących w sanatoriach, ale również lepszego samopoczucia oraz stanu zdrowia kuracjuszy (Katan, Kaczorowska, 2017).

Studenci rozpoczynają studia jako osoby pełnoletnie, z określonym systemem wartości i przekonań. Zawód fizjoterapeuty tak jak inne zawody medyczne wymaga określonych postaw wynikających z modeli deontologicznych, dlatego niezwykle istotnym jest – by w trakcie realizacji kształcenia zwracać uwagę na kształtowanie ich kompetencji społecznych. Problemem jest brak w standardach kształcenia fizjoterapeutów kryteriów weryfikacji efektów kształcenia w tym zakresie.

Prezentowane wyniki mogą posłużyć do udoskonalenia procesu kształcenia studentów, ale także mogą być wykorzystane w procesie kształcenia podyplomowego. Wysoko oceniane przez uczestników badania cechy fizjoterapeutów należy wzmacniać co może pozytywnie przełożyć się na ich późniejszą pracę zawodową i być wykorzystywane w systemie nagradzania pracowników zakładów opieki zdrowotnej. Mimo, że odsetki wskazań nieakceptowalnych zachowań fizjoterapeutów w relacjach terapeutycznych nie są wysokie, to należy im wszelkimi sposobami przeciwdziałać, zwłaszcza, że mogą one być przejawem zespołu wypalenia zawodowego. Braki w zdobywaniu wiedzy teoretycznej oraz praktycznych umiejętności komunikowania się z pacjentami może powodować w późniejszym etapie pracy między innymi efekt wypalenia zawodowego. Proces ten można zaobserwować w każdej grupie zawodowej, lecz w zawodach medycznych jest on znacznie częściej spotykany z racji częstego bliskiego i bezpośredniego kontaktu z pacjentem.

Efekt wypalenia zawodowego może objawiać się poprzez:

- negatywne przeniesienia w kontaktach z pacjentami,
- negatywne podejście do procesu rehabilitacji,
- pojawienie się niechęci podczas wychodzenia do pracy,
- postrzeganie swojego życia jako ponurego i trudnego (Wilczek-Rużyczka, 2014).

Powyższe objawy mogą mieć swój wieloetapowy przebieg i przenosić się na różne płaszczyzny życia zawodowego oraz prywatnego, powodując osłabienie relacji. Adekwatne wydaje się, że po zaobserwowaniu pierwszych

sygnałów należy je jak najszybciej wyeliminować, aby nie prowadziły do narastania problemu.

Wyniki mogą być impulsem do weryfikacji systemu kształcenia i skupienia się w większym stopniu na etapie komunikacji, która pominięta powodować może wiele negatywnych skutków. Wprowadzenie części dotyczącej relacji, pozytywnie wpłynie na umocnienie, podtrzymanie a także powrót do zdrowia, którego tak bardzo potrzebują pacjenci.

Wnioski

- Blisko połowa z grupy badanych pacjentów poddawanych fizjoterapii przyznaje oceny bardzo dobre i dobre w ocenie wybranych charakterystyk kompetencji społecznych fizjoterapeutów – pozostali wskazują na obszary, w których konieczna jest poprawa relacji terapeutycznych. Bez zaangażowania fizjoterapeutów w jakość współpracy w wymiarze społecznym trudno będzie w pełni zrealizować podmiotowość pacjenta w rehabilitacji;
- Badania wykazały, iż najlepszą opinię o jakości relacji otrzymali fizjoterapeuci pracujący w gabinetach prywatnych, gdyż wszystkie cechy zostały ocenione w skali powyżej 4 punktów w skali od 0 do 5. Natomiast najniższe noty otrzymywali fizjoterapeuci zatrudnieni w oddziałach szpitalnych;
- Najwyżej ocenianą kompetencją w relacji terapeutycznej było poszanowanie prywatności pacjenta w czasie wykonywania zabiegów; stosunkowo najwięcej zastrzeżeń badani zgłaszali do uprzejmości i kultury osobistej fizjoterapeutów;
- Zdaniem dużej grupy respondentów należy też poprawić jakość i zakres przekazu edukacji zdrowotnej w zakresie kontynuacji zabiegów rehabilitacyjnych i stylu życia.

Wyniki badań mogą stanowić przyczynek do dalszych badań nad relacjami terapeutycznymi w fizjoterapii oraz mogą stanowić wskazówkę do kształcenia i doskonalenia kompetencji społecznych fizjoterapeutów.

Literatura:

1. Connel, R., Siara, O. (2013). *Socjologia płci: płęć w ujęciu globalnym*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
2. Cywińska-Wasilewska, G. (2004). *Podstawowe problemy rehabilitacji i etyka*. Poznań: AWF Poznań.
3. Danecki, J. (2020). Małgorzata Sidor-Rządkowska: Etyczne aspekty rehabilitacji osób niepełnosprawnych (Koncepcje filozoficzne a debaty sejmowe. *Social Policy Issues*, 1, 210-211.
4. Głodkowska, J. (2014). Rozważania nad podmiotowością a niepełnosprawność – u źródeł współczesnego ujęcia i w perspektywie interdyscyplinarnej. *Człowiek – niepełnosprawność – społeczeństwo*, 2(24), 91-109.
5. Katan, A., Kaczorowska, A. (2017). Rola fizjoterapii w leczeniu uzdrowiskowym osób dorosłych w Polsce. *Prace Naukowe WSZiP*, 40 (1), 127-138.
6. Kliszczy, J. (2017). *Empatia i związek z wybranymi cechami osobowości w kontekście ich znaczenia dla kształtowania relacji terapeutycznej z pacjentem*. W: M. Podgórska (red.), *Choroby XXI wieku - wyzwania w pracy fizjoterapeuty* (s. 299-318). Gdańsk: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania.
7. Przyłuska-Fischer, A. (2015). Niepełnosprawność i rehabilitacja w perspektywie bioetyki W: J. Głodkowska (red.), *Personalistyczne ujęcie fenomenu niepełnosprawności* (s. 74-87). Warszawa: WAPS.
8. Sierocka, A., Cieniciara, M. (2010). Monitorowanie zakażeń szpitalnych. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 91(2), 323-328.
9. Suchorzewska, J., Olejniczak, M. (2011). *Humanizacja medycyny*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
10. Szabat, M. (2016). Komunikacja w fizjoterapii jako narzędzie terapeutyczne w pracy z pacjentem. *Rozprawy Naukowe Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu*, (53), 57-66.
11. Szubert, M. (2019). Narracyjność choroby i nadejście medycyny jutra. *Kultura Współczesna. Teoria. Interpretacje. Praktyka*, 107(4), 76-92.
12. Wilczek-Rużyczka, E. (2014). *Wypalenie zawodowe pracowników medycznych*. Warszawa: Wolters Kluwer.