

Małgorzata Waszkowska¹

Ewa Wągrowa-Koski²

ZASADY DOBREJ PRAKTYKI BADAŃ PSYCHOLOGICZNYCH DLA POTRZEB SŁUŻBY MEDYCyny PRACY

RECOMMENDED GENERAL PRINCIPLES OF GOOD PRACTICE RELATING TO PSYCHOLOGICAL EXAMINATIONS
IN OCCUPATIONAL MEDICINE SERVICE

¹ Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź
Zakład Psychologii Pracy

² Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź
Przychodnia Chorób Zawodowych

STRESZCZENIE

W artykule przedstawiono ogólne zasady dobrej praktyki w zakresie profilaktycznych badań psychologicznych pracowników. Ich podstawą są obowiązujące akty prawne oraz standardy badań psychologicznych zalecane przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne. Uwzględniają one również specyfikę badań psychologicznych wynikającą z ich celu i przedmiotu. W tekście omówiono formalne i zdrowotne wskazania do przeprowadzania tych badań, ich zakres, rodzaje stosowanych metod i technik diagnostycznych oraz sposób dokumentowania wyników. Med. Pr. 2011;62(5):527–536

Słowa kluczowe: badania profilaktyczne, badania psychologiczne, służba medycyny pracy, standardy badań psychologicznych

ABSTRACT

This paper presents general principles of good practice in prophylactic psychological examinations. The principles are based on the binding law and standards of psychological examinations recommended by the Polish Psychological Association. They also take account of a specific nature of such examinations, resulting from their goals and the subject of their concern. Formal guidelines and health indications concerning this kind examinations, their scope, diagnostic methods, tools and documentation are discussed as well. Med Pr 2011;62(5):527–536

Key words: prophylactic examinations, psychological examinations, occupational medicine service, standards of psychological examinations

Adres 1. autorki: Zakład Psychologii Pracy, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera,
ul. św. Teresy 8, 91-348 Łódź; e-mail: waszko@imp.lodz.pl

Nadesłano: 6 lipca 2011

Zatwierdzono: 26 lipca 2011

WPROWADZENIE

Badania psychologiczne wykonywane dla potrzeb służby medycyny pracy mają już wieloletnią historię, a ich znaczenie w działaniach na rzecz ochrony zdrowia pracujących wciąż rośnie. Znajduje to swoje odzwierciedlenie w zapisach Ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (1) uznających psychologów za podmioty wykonujące zadania tej służby niezależnie od rodzaju i miejsca zatrudnienia. Ustawa zawiera również zapisy regulujące zasady kontroli ich działalności oraz upoważnienie dla ministra właściwego do spraw

zdrowia dotyczące określenia zadań realizowanych przez psychologów, wymagań co do ich kwalifikacji oraz dokumentacji badań psychologicznych.

Ostatnia z wymienionych kwestii została uregulowana Rozporządzeniem Ministra Zdrowia dnia 14 lipca 2010 r. w sprawie rodzajów dokumentacji badań i orzeczeń psychologicznych, sposobu jej prowadzenia, przechowywania i udostępniania oraz wzorów stosowanych dokumentów (2). W ten sposób został określony przedmiot ewentualnej kontroli działalności psychologów oraz standardy w zakresie prowadzenia dokumentacji. Tym samym zapis ustawy o prowadzeniu

kontroli działalności omawianej grupy psychologów może być realizowany. Wspomnieć należy, że kontrola ta — zgodnie z zapisem art. 18, ust. 1 ustawy — poza sposobem dokumentowania badań i przechowywania dokumentacji obejmuje również tryb, zakres i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych (1). Nie ma jednak standardów badań psychologicznych wykonywanych dla potrzeb służby medycyny pracy. Powoduje to dużą dowolność postępowania psychologów i lekarzy w omawianym zakresie, co niekorzystnie wpływa na jakość świadczeń zdrowotnych i znacznie utrudnia prowadzenie kontroli, ponieważ nie są określone kryteria oceny działalności psychologów.

Konieczne stało się więc, na co wskazują psycholodzy i współpracujący z nimi lekarze sprawujący opiekę profilaktyczną, opracowanie zasad przeprowadzania badań psychologicznych dla potrzeb służby medycyny pracy. Powinny one być oparte na ogólnych (wspólnych dla wszystkich rodzajów badań) standardach badań psychologicznych. Jednocześnie powinny one uwzględnić specyfikę procedur diagnostyczno-orzeczniczych wynikających z celów, dla jakich są wykonywane, oraz różnorodność czynników indywidualnych i czynników występujących w środowisku pracy, które wpływają na zdolność do pracy. Opracowanie standardów nie jest zadaniem łatwym, jednak wychodząc naprzeciw potrzebom środowiska, powołano w Instytucie Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi zespół osób do ich przygotowania. W niniejszym artykule przedstawiamy ogólne zasady postępowania w omawianym zakresie, które będą dalej rozwijane i zostaną przedstawione w przygotowywanym poradniku dla psychologów i lekarzy służby medycyny pracy.

CZYNNIKI ŚRODOWISKA PRACY JAKO WSKAZANIA DO PRZEPROWADZANIA BADAŃ PSYCHOLOGICZNYCH

Obowiązek wykonywania badań profilaktycznych w ramach działań na rzecz ochrony zdrowia pracowników nakłada art. 229 Kodeksu pracy (3). W odniesieniu do pracowników zatrudnionych w warunkach narażenia na niektóre czynniki szkodliwe i uciążliwe ocena stanu zdrowia wymaga przeprowadzenia badania nie tylko przez uprawnionego lekarza, lecz również konsultacji specjalistów różnych dziedzin medycyny oraz psychologa. Są to badania pomocnicze, wykonywane na zlecenie lekarza przeprowadzającego badania profilaktyczne.

Zasady regulujące m.in. tryb, zakres i częstotliwość przeprowadzania profilaktycznych badań psycholo-

gicznych są rozproszone w licznych aktach prawnych i dotyczą różnych grup zawodowych. Zasady kierowania na badania i ich procedury, dokumentowanie oraz wymagane kwalifikacje zawodowe psychologów są więc bardzo zróżnicowane. Niekiedy ww. badania stanowią integralną część badania profilaktycznego i muszą być im poddawani pracownicy zatrudniani na określonych stanowiskach pracy. U pracowników niektórych grup zawodowych (np. pracowników ochrony fizycznej, maszynistów kolejowych) badania te są wykonywane na podstawie skierowania od pracodawcy lub na własny wniosek zainteresowanego, ale w terminach badań profilaktycznych. Po przeprowadzeniu badania psycholog wydaje opinię, która musi być uwzględniona przez lekarza przy podejmowaniu decyzji orzeczniczej. W niniejszym artykule koncentrujemy się na badaniach psychologicznych przeprowadzanych zgodnie z aktem wykonawczym do Kodeksu pracy, którym jest Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (4).

Biorąc pod uwagę cele badań profilaktycznych (5) oraz uwzględniając przedmiot zainteresowań psychologii, można uznać, że celem tych badań jest:

- dokonanie oceny, czy cechy psychiczne pracownika (kandydata do pracy) umożliwiają mu wykonywanie pracy w określonych warunkach środowiska pracy, bez ryzyka wystąpienia niekorzystnych zmian w stanie zdrowia fizycznego i psychicznego;
- wykluczenie istnienia zaburzeń funkcji poznawczych, intelektu, osobowości oraz sprawności psychomotorycznej, które mogłyby stanowić zagrożenie dla współpracowników w toku wykonywania pracy, bądź takich, które w wyniku kontynuowania pracy mogłyby ulec zaawansowaniu;
- w przypadku badań okresowych — ocena dynamiki zmian w wymienionych zakresach i ocena psychicznych skutków pracy.

Zgodnie ze „Wskazówkami metodycznymi w sprawie przeprowadzania badań profilaktycznych pracowników” (załącznik nr 1 do ww. rozporządzenia) (4), zwanych dalej „Wskazówkami”, badaniom psychologicznym podlegają pracujący:

- a) w narażeniu na niektóre czynniki chemiczne;
- b) w narażeniu na niekorzystne czynniki psychospołeczne, gdy wykonywanie pracy może powodować narażenie życia własnego lub innych osób, tj. w przypadku występowania zagrożeń wynikających:

- ze stałego dużego dopływu informacji i gotowości do odpowiedzi,
 - z pracy na stanowiskach decyzyjnych i związanych z odpowiedzialnością,
 - z narażenia życia;
- c) na stanowiskach wymagających pełnej sprawności psychoruchowej.

Badaniami psychologicznymi osób eksponowanych na czynniki neurotoksyczne zgodnie ze „Wskazówkami” (4) powinni być objęci pracownicy narażeni na stanowisku pracy na takie czynniki chemiczne, jak czteroetylenek ołowiu (poza kierowcami i osobami obsługującymi stacje paliw), rtęć metaliczna i jej związki nieorganiczne, związki organiczne rtęci, niektóre mieszaniny rozpuszczalników organicznych (zależnie od specyfiki działania na organizm poszczególnych składników) oraz disiarczki węgla. Celem badań tych osób jest ocena psychologicznych skutków działania wymienionych czynników na ośrodkowy układ nerwowy, które manifestują się głównie poprzez zaburzenia wyższych czynności nerwowych.

W odniesieniu do pozostałych wymienionych dwóch grup pracowników wskazania do przeprowadzenia badań psychologicznych są sformułowane dość ogólnie, co sprawia trudność zarówno pracodawcom, jak i lekarzom w określaniu stanowisk pracy, na których zatrudnione osoby powinny być objęte badaniami psychologicznymi.

Pierwsza z tych grup to osoby, w których środowisku pracy występują zagrożenia niekorzystnymi czynnikami psychospołecznymi, a równocześnie wykonywanie pracy może powodować narażenie życia własnego lub innych. Są to przede wszystkim osoby pracujące w warunkach stresu psychologicznego związanego z takimi czynnikami, jak presja czasu, konieczność szybkiego przetwarzania dużej ilości informacji i podejmowania trafnych decyzji, duża odpowiedzialność za sprzęt i bezpieczeństwo ludzi (zarówno pracowników, jak i osoby spoza przedsiębiorstwa). Konsekwencją popełnienia błędu w ich przypadku mogą być wypadki lub awarie stanowiące bezpośrednie zagrożenie dla bezpieczeństwa własnego i innych osób. Dodać należy, że tego rodzaju prace mogą być wykonywane przez pracowników w sposób bezpośredni (np. wchodzenie ratownika chemicznego w strefę zagrożenia w celu ewakuacji ludzi) lub wykonywane z pewnej odległości (np. sterowanie urządzeniami za pomocą komputera). Mogą też polegać na odbieraniu i analizowaniu informacji, a następnie podejmowaniu decyzji (w tym wydawanie poleceń), które mogą skutkować wzrostem zagrożenia

bezpieczeństwa (np. organizowanie akcji ratowniczej i dowodzenie nią).

Biorąc zatem pod uwagę powyższe zalecenia wynikające ze „Wskazówek” (4) oraz rodzaje zagrożeń występujących w środowisku pracy i rodzaje prac, podczas których występuje zagrożenie bezpieczeństwa ludzi związane z możliwością popełnienia przez człowieka błędu, za prace w narażeniu na niekorzystne czynniki psychospołeczne, stanowiące wskazanie do badań psychologicznych należy uznać:

- prace związane ze sterowaniem procesami technologicznymi związane z wytwarzaniem, przetwarzaniem, przechowywaniem trujących, wybuchowych, łatwopalnych substancji chemicznych, z wytwarzaniem, przesyłaniem energii elektrycznej, jądrowej, cieplnej i gazu oraz transportem niebezpiecznych substancji;
- prace remontowe, konserwacyjne, montażowe (instalacyjne), ratownicze, prace przy usuwaniu technicznych skutków awarii i wypadków;
- prace związane z ochroną mienia i osób oraz z zapewnieniem porządku i bezpieczeństwa publicznego.

Ostatnią grupę pracowników, która zgodnie ze „Wskazówkami” (4) podlega badaniami psychologicznymi, stanowią osoby, które wykonują prace wymagające pełnej sprawności psychoruchowej. Istnieje szczególna trudność, jeśli chodzi o określenie stanowisk, na których wykonywane są takie prace i na których zatrudniane osoby powinny być objęte badaniami psychologicznymi. Wynika to z niezdefiniowania pojęcia ‘sprawność psychoruchowa’ — w słownikach można znaleźć jedynie definicje następujących terminów:

- a) psychomotoryka — „całość zjawisk i procesów psychicznych zachodzących przy wykonywaniu przez człowieka czynności ruchowych” (6);
- b) psychomotoryczny — „mięśniowa reakcja ruchowa wywołana przez określony proces myślowy, bodziec psychiczny” (7).

Jeśli weźmie się pod uwagę przytoczone definicje, można naszym zdaniem uznać, że pojęcie ‘pełna sprawność psychoruchowa’ będzie się odnosić do czynności ruchowych zależnych od funkcji psychicznych — poznawczych (uwaga, pamięć, spostrzeganie, wyobrażenie, myślenie, mowa umożliwiające odbiór świata i jego rozumienie) i wykonawczych (inicjowanie, programowanie, kontrolowanie i modyfikowanie czynności adekwatnie do wymogów zadania, charakterystyki celu działania). Badaniom psychologicznym podlegają osoby na stanowiskach wymagających omawianej sprawności, jeśli występuje na nich zagrożenie bezpie-

czeństwa w przypadku popełnienia przez pracownika błędu (np. operatorzy dźwigów, wózków widłowych, kierowcy). Chociaż we „Wskazówkach” nie ma takiego zastrzeżenia (4), to warunek ten wynika z celów, dla których prowadzone są badania profilaktyczne.

Podsumowując kwestie formalnych wskazań do przeprowadzania profilaktycznych badań psychologicznych w ramach badań profilaktycznych, należy zaznaczyć, że niektóre spośród wymienionych wcześniej czynności i zadań występują w pracach wymagających pełnej sprawności psychofizycznej, wymienionych w załączniku do Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z 28 maja 1996 r. w sprawie rodzajów prac wymagających szczególnej sprawności psychofizycznej (8). Należy jednak podkreślić, że powyższy wykaz w żadnym razie nie implikuje konieczności przeprowadzania badań profilaktycznych u osób wykonujących zamieszczone w nim prace. Obowiązek badań psychologicznych u osób wykonujących niektóre spośród prac zawartych w wykazie wynika natomiast z właściwych aktów prawnych, na mocy których są one przeprowadzane, np. w ramach badań procedury kwalifikacyjnej pracowników.

WSKAZANIA LEKARSKIE DO PRZEPROWADZANIA BADAŃ PSYCHOLOGICZNYCH

„Wskazówki” (4) w niektórych przypadkach określają zalecenia do zasięgnięcia konsultacji psychologicznych w celu oceny istnienia lub braku przeciwwskazań do pracy u osób pracujących w narażeniu na konkretne czynniki szkodliwe bądź uciążliwe oraz określają terminy ich przeprowadzania. Zgodnie z nimi osoby wykonujące prace wymagające pełnej sprawności psychoruchowej obligatoryjnie powinny być poddane badaniu psychologicznemu tylko w ramach badań wstępnych, a u eksponowanych na disiarczki węgla zaleca się przeprowadzanie badania po 5 latach pracy w narażeniu na tę substancję. Poza wymienionymi zaleceniami „Wskazówki” nie podają żadnych konkretnych terminów okresowych badań psychologicznych. Istnieje jedynie ogólne zalecenie, aby te badania wykonywać ze wskazań lekarskich.

Nasuwa się więc pytanie, co może stanowić takie wskazania — jakie sytuacje, zaburzenia stanu zdrowia mogą powodować dysfunkcje natury psychicznej ograniczające zdolność do wykonywania określonych rodzajów prac, bądź sprawiać, że w przypadku kontynuacji pracy przez pracownika w danych warunkach jego stan zdrowia może ulec pogorszeniu. Odpowiadają

jąc na nie, należy wyjść od stwierdzenia, że psychiczna zdolność do pracy jest zależna od sprawności procesów poznawczych, właściwości osobowości w znacznym stopniu uwarunkowanych stanem i właściwościami ośrodkowego układu nerwowego. Wskazaniami do przeprowadzenia badania psychologicznego powinny być więc: wystąpienie zawodowych i pozazawodowych czynników, które mogą mieć negatywny wpływ na ośrodkowy układ nerwowy (OUN), oraz zdarzenia (np. wypadki) w życiu pracownika, mogące budzić podejrzenie, że są one efektem zaburzeń stanu psychicznego lub mogą skutkować.

Stan psychiczny i psychiczna zdolność do pracy w dużym stopniu zależą od stanu zdrowia. Jest to bardzo złożony i szeroki problem, ponieważ liczba i rodzaj zaburzeń tego stanu, a także spektrum ich skutków psychologicznych są ogromne. Wiele chorób zarówno ośrodkowego układu nerwowego, chorób somatycznych, psychicznych, jak i uzależnienia od substancji psychoaktywnych wywiera wpływ na OUN, powodując duże spektrum zaburzeń funkcji psychicznych. Również niektóre grupy leków w sposób istotny wpływają na czynność OUN, czyli także na funkcjonowanie psychiczne.

Opisanie wszystkich problemów z tym związanych znacznie wykracza poza ramy niniejszego artykułu i dlatego będą one przedmiotem oddzielnej publikacji. Konieczne jednak wydaje się omówienie najczęściej spotykanych zaburzeń stanu zdrowia, które niekiedy nie stanowią bezwzględnego lekarskiego przeciwwskazania do wykonywania pracy, ale których skutki, choć dyskretne, mogą istotnie obniżać psychiczną zdolność do pracy (obniżać niezawodność pracownika).

Znaczący wpływ na funkcje OUN ma sprawność krążeniowo-oddechowa. Szczególnie parametry opisujące sprawność układu oddechowego korespondują z wynikami testów mierzących szybkość przetwarzania informacji, uwagę i sprawność motoryczną (9). Przykładowo: przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) i obturacyjny bezdech podczas snu (OBPS) prowadzą m.in. do niedotlenienia, deficytu snu, co skutkuje zaburzeniami pamięci, uwagi i myślenia.

Również w praktyce kardiologicznej nierzadko są spotykane zaburzenia neuropsychologiczne. Nadciśnienie tętnicze, zaburzenia gospodarki lipidowej, choroby tętnic obwodowych, zawał serca, arytmia czy wreszcie niewydolność krążenia to czynniki etiologiczne deficytów poznawczych, jak chociażby zaburzeń uwagi, pamięci, myślenia problemowego, funkcji wykonawczych i szybkości psychomotorycznej (10).

Nie można również zapomnieć o wpływie zaburzeń układu wewnątrzwydzielniczego, takich jak nadczynność i niedoczynność tarczycy oraz cukrzyca, na funkcjonowanie ośrodkowego układu nerwowego. Niektórzy autorzy (11) podają, że deficyty pamięci dotyczą od 23–55% osób z niedoczynnością tarczycy. Zaburzeniom tym towarzyszą również zaburzenia uwagi i funkcji wzrokowo-przestrzennych. Z kolei u osób z nadczynnością tego gruczołu spotyka się zaburzenia koncentracji uwagi i zaburzenia pamięci, zwłaszcza krótkotrwałej, męczliwość i labilność nastroju. Z kolei cukrzyca może powodować nieodwracalne zmiany strukturalne i funkcjonalne wielu narządów. Zwiększa ona prawdopodobieństwo wystąpienia otępienia naczyniopochodnego (11). Trzeba jednak zaznaczyć, że w typie cukrzycy typu 2, która pojawia się w dorosłym życiu, skutki neuropsychologiczne są łagodniejsze w porównaniu do wywoływanych przez cukrzycę typu 1. Powszechne u chorych są zaburzenia pamięci. U osób niekontrolujących poziomu glukozy we krwi stwierdza się niższe wyniki w testach inteligencji, mniejszą elastyczność umysłową, wydolność i sprawność psychomotoryczną.

Kolejnym ważnym zagadnieniem są różnego typu zmiany patologiczne w obrębie ośrodkowego układu nerwowego, np. choroby naczyń mózgowych, choroby rozrostowe, zwyrodnieniowe i urazy czaszkowo-mózgowe. Ich zdecydowana większość może być zdiagnozowana w badaniu lekarskim i stanowią one przeciwwskazanie do wykonywania wcześniej wymienionych prac lub wręcz uniemożliwiają kontynuację aktywności zawodowej. Trzeba jednak mieć na uwadze to, że w przypadku łagodnego przebiegu niektórych chorób ich symptomy neurologiczne mogą być niewielkie lub nawet mogą nie występować (cofają się lub nie pojawiają się w ogóle). Efektem mogą być natomiast różnego stopnia i zakresu zaburzenia wyższych czynności nerwowych, których zdiagnozowanie jest możliwe w badaniu psychologicznym (neuropsychologicznym).

Szczególną uwagę chcemy zwrócić na skutki ostrych i przewlekłych zatruc czynnikami powodującymi zaburzenia OUN, np. substancjami neurotoksycznymi czy gazami o działaniu duszącym, z którymi najczęściej spotykają się w praktyce lekarze służby medycyny pracy.

Substancje neurotoksyczne (w tym alkohol i środki o podobnym działaniu) wpływając na OUN, powodują głównie skutki ogólnomózgowe. Objawy zatrucia przewlekłego rozwijają się zwykle przez wiele lat ekspozycji, a ich dynamika jest indywidualnie dość zróżnicowana. Pierwsze symptomy, na ogół odwracalne, mają charak-

ter subiektywny, np. zaburzenia koncentracji uwagi, zaburzenia pamięci krótkotrwałej, zaburzenia nastroju, zmęczenie, niewielkie zaburzenia motoryki i wydłużenie czasu reakcji. Nie stwierdza się natomiast odchyień od normy w przedmiotowym badaniu neurologicznym.

W przypadku kontynuacji ekspozycji deficyty mogą się pogłębiać, pojawiają się zaburzenia myślenia, pamięci trwałej, spowolnienie psychoruchowe i zmiany osobowości (charakteropatia). W wyniku zatruc ostrych czynnikami neurotoksycznymi lub substancjami o działaniu duszącym (przebiegających z utratą przytomności) dochodzi do zmian biochemicznych lub/i uszkodzeń strukturalnych mózgu. Ich przejawem są różnego stopnia i rodzaju zaburzenia wyższych czynności nerwowych, które występują niekiedy mimo braku w badaniu objawów ogniskowego uszkodzenia OUN (12). Tego typu zaburzenia mogą w istotnym stopniu obniżać niezawodność pracownika, szczególnie w sytuacjach nagłych, trudnych, stresujących, co przekłada się na zwiększone zagrożenie bezpieczeństwa pracy.

Innym ważnym czynnikiem, o którym nie można zapomnieć, jest proces starzenia się organizmu. W obrębie ośrodkowego układu nerwowego dochodzi wraz z wiekiem do spadku liczby połączeń synaptycznych, zaniku neuronów i do zaburzeń neuroprzebieżności. Efektem są: obniżenie szybkości przetwarzania informacji, wzrost czasu spostrzegania bodźca i reakcji psychomotorycznej, obniżenie wydajności procesów uwagi, zmniejszenie zakresu pamięci operacyjnej i niższy poziom rozumowania (13). Skutki starzenia się najwyraźniej ujawniają się w sytuacjach o zwiększonych wymaganiach, np. związanych z presją czasu, koniecznością wykonywania więcej niż jednej czynności w tym samym czasie czy koniecznością zmiany dotychczasowego sposobu działania. Tempo, zakres i stopień niekorzystnych zmian jest bardzo zróżnicowany indywidualnie i zależy od czynników genetycznych oraz warunków, w jakich człowiek żyje i pracuje oraz stylu życia. Chociaż dane literaturowe wskazują, że te niekorzystne zmiany pojawiają się już ok. 45. roku życia, ich wpływ na zdolność do pracy obserwuje się od wieku ok. 50–55 lat (14,15).

Wymieniając czynniki negatywnie wpływające na sprawność psychiczną, nie można również pominąć uczestnictwa w zdarzeniach traumatycznych (wypadki), które jeśli nawet nie skutkują urazami OUN, to mogą być źródłem silnego stresu psychicznego. U osób, które przeżyły traumę, ulegają osłabieniu procesy poznawcze, dochodzi również do niespójnych i dysfunkcyjnych zachowań (16), które także mogą wystąpić w czasie wykonywania pracy.

Na zakończenie wspomnieć również należy o zaburzeniach osobowości i zachowania. Chodzi tu zarówno o właściwości osobowości rozwijające się we wczesnym okresie życia jednostki, jak i będące następstwem chorób (zaburzenia organiczne) oraz przeżyć psychicznych pojawiających się w życiu dorosłym. Występujące w obrazie klinicznym objawy — np. zaburzenia przewidywania skutków własnych działań, kontroli przebiegu procesów poznawczych (uwagi, spostrzegania, myślenia), zmniejszone tempo procesów przetwarzania informacji, zaburzenia zdolności kontroli i regulacji emocji, zwiększona wrażliwość na szkodliwe (np. lękotwórcze) bodźce, zaburzenia relacji międzyludzkich, wyznaczające sposoby zachowania w sytuacjach trudnych, stresogennych — mogą prowadzić do nieadekwatnych, dezadaptacyjnych zachowań, co może skutkować zagrożeniem bezpieczeństwa pracy (17,18).

Niekorzystny wpływ na stan psychiczny mogą mieć również leki przyjmowane przez pracownika. Z uwagi na obszerność problemu wpływu leków na ośrodkowy układ nerwowy, a w związku z tym na funkcjonowanie poznawcze, ograniczymy się jedynie do omówienia tych problemów, z którymi lekarz spotyka się najczęściej. Jak wskazują badania, niektóre leki przeciwhistaminowe mogą mieć sedacyjny wpływ na OUN. Badania wykazały, że w znacznym stopniu mogą one przyczyniać się do wypadków przy pracy i wypadków komunikacyjnych. Szczególnie niebezpieczne są leki przeciwhistaminowe pierwszej generacji, które po przejściu przez barierę krew-mózg blokują układ histaminergiczny, neurony serotoninergetyczne, cholinergiczne i adrenergiczne. W mniejszym stopniu, bardziej swoiście blokują receptory histaminowe leki przeciwhistaminowe drugiej generacji. Dla przykładu jednak np. cetyryzyna blokuje nawet do 30% receptorów H_1 w OUN. Warto również zwrócić uwagę, że jedynie feksofenadyna, desloratadyna i loratadyna są dopuszczone do stosowania przez pilotów w lotnictwie. Wskazane jest więc uzyskanie informacji na temat stosowania tych (i innych) leków przez pracowników i skorzystanie z konsultacji psychologicznej w przypadku długotrwałego ich stosowania (19).

Kolejna grupa leków to te, które mają zastosowanie w psychiatrii i neurologii. Należy uwzględnić ich wpływ na OUN u pracowników, u których choroby wymagające ich stosowania nie stanowią bezwzględnego przeciwwskazania do wykonywania pracy. Doniesienia z badań dotyczących tego problemu są jak dotąd niejednoznaczne, co wynika z niedoskonałości metodologii, jak również indywidualnej wrażliwości

na działanie leków. Niektóre spośród nich, zwłaszcza leki najnowszej generacji, nie wpływają na funkcje poznawcze bądź ich wpływ jest korzystny (np. neuroleptyki atypowe, jak: olanzapina, risperidon, ziprasidon; leki przeciwdepresyjne: sertralina, citalopram; leki normotyczne: lit, walproniany). Inne natomiast, jak trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne, mogą zaburzać funkcje poznawcze (20).

Podobna sytuacja ma miejsce w przypadku stosowania leków przeciwpadaczkowych stosowanych w leczeniu m.in. padaczki, migreny i neuralgii nerwu trójdzielnego. Niekorzystny wpływ na OUN mają leki starszej generacji, tj. barbiturany i benzodiazepiny (np. fenytoina, karbamazepina czy w mniejszym stopniu kwas walproinowy i pochodne). Powodują one osłabienie funkcji poznawczych, psychomotorycznych i zwiększają ryzyko wystąpienia zaburzeń zachowania (20).

Jeśli chodzi natomiast o leki nowej generacji, u części pacjentów stosujących tiopiramat i tiagabinę stwierdzono objawy senności, spowolnienia psychomotorycznego i zaburzenia pamięci. Brak takich skutków ubocznych, a niekiedy korzystne efekty stwierdzono w przypadku stosowania terapii lamotryginą i oksykarbazepiną (21).

ZAKRES I METODY BADAŃ PSYCHOLOGICZNYCH

Zakres badania psychologicznego wynika z celu badania, a także wymagań pracy oraz warunków, w jakich ona przebiega, i ewentualnych negatywnych jej skutków, jakie może powodować w stanie zdrowia. Powinien on obejmować te właściwości indywidualne pracownika, które są niezbędne (krytyczne) do wykonywania przez niego zadań roboczych w prawidłowy i bezpieczny sposób, lub te, które mogą ulec zaburzeniu w wyniku wykonywania pracy. Z tego powodu więc, jak już wcześniej wspomniano, w celu określenia zakresu badań psycholog musi znać charakter pracy wykonywanej przez osobę skierowaną na konsultację.

Określenie stanowiska pracy, informacja o występujących na nim czynnikach szkodliwych i uciążliwych, opis rodzaju wykonywanych czynności oraz cel konsultacji powinny być zamieszczone w skierowaniu na konsultację psychologiczną, wystawianym przez lekarza. Stosownie do nich psycholog określa zakres badania oraz dokonuje wyboru odpowiednich narzędzi diagnostycznych. Ze względu na charakter pracy na stanowiskach, na których występują czynniki psychospołeczne lub/i na których wymagana jest pełna sprawność psychoruchowa, u osób pracujących na nich

konieczna jest ocena sprawności intelektualnej. Zakres oceny innej właściwości psychicznych powinien być natomiast odpowiednio zróżnicowany. Poniżej przedstawiamy ogólne wskazania dotyczące zakresu badanych właściwości psychologicznych, które powinny być oceniane z uwagi na charakter wykonywanych czynności.

W odniesieniu do poszczególnych właściwości pracy zakres badania psychologicznego obejmuje:

- niekorzystne czynniki psychospołeczne, gdy wykonywanie pracy może powodować narażenie życia własnego lub innych — uwaga, pamięć operacyjna, spostrzeganie, myślenie, tempo przebiegu procesów poznawczych, odporność na stres (stabilność emocjonalna, kontrola emocji i zachowania, tolerancja sytuacji o silnej lub długotrwałej stymulacji, umiejętność dostosowywania działania do szybko zmieniającej się sytuacji), dojrzałość społeczna;
- praca wymagająca pełnej sprawności psychoruchowej — uwaga, pamięć operacyjna, spostrzeganie i wyobraźnia przestrzenna, myślenie, koordynacja wzrokowo-ruchowa, zręczność, czucie dotykowe, szybkość reakcji motorycznych, widzenie zmiernicowe, wrażliwość na oślnienie (zależnie od wymagań pracy), widzenie stereoskopowe (na zlecenie lekarza);
- narażenie na czynniki neurotoksyczne — funkcje poznawcze i wykonawcze, osobowość, psychomotoryka.

W zestawieniu pomiar widzenia głębi został wymieniony warunkowo, ponieważ naszym zdaniem jego ocenę należy pozostawić lekarzom okulistom (chyba, że wykonanie tego badania zostanie zlecone psychologowi przez lekarza profilaktyka). Mogą oni rozpoznać przyczynę ewentualnych zaburzeń tych funkcji i podjąć właściwą decyzję co do dalszego postępowania (np. korekcja wzroku, leczenie farmakologiczne).

Jeśli na stanowisku pracy występuje kilka czynników, zakres badań powinien być tak określony, aby obejmował wszystkie właściwości psychiczne istotne z punktu widzenia celu badania.

METODY I TECHNIKI DIAGNOSTYCZNE

Stosownie do celu i określonego zakresu badań psycholog dokonuje wyboru narzędzi diagnostycznych. Aby uzyskać podstawę do podjęcia decyzji, wybierając je, powinien się kierować tym, jakiego rodzaju informacji o badanej osobie dostarcza każde narzędzie, jego właściwościami (w tym właściwościami psychometrycznymi testów) i możliwością integracji wyników z innymi danymi (22).

Rekomendujemy stosowanie rozmowy psychologicznej, analizę dokumentacji (jeśli istnieje taka konieczność), obserwacji, prób kliniczno-eksperymentalnych i testów psychologicznych. Wyboru ostatnich wymienionych należy dokonywać przede wszystkim spośród tych, które są w Polsce legalne, dostępne na rynku i których parametry psychometryczne (w tym normy) są znane. W przypadku braku na rynku testów do pomiaru ważnych funkcji i sprawności psychicznych, które spełniałyby powyższe kryteria, dopuszczalne jest stosowanie innych narzędzi — pod warunkiem, że psycholog dysponuje przynajmniej normami i innymi parametrami psychometrycznymi, które powinien zapewnić producent testu, bądź też będącymi wynikiem statystycznego opracowania wyników badań przeprowadzonych przez psychologa (lub zespół). Ponieważ niewłaściwe stosowanie testów może spowodować szkody zarówno dla badanych osób, jak i tych, których dotyczą decyzje podjęte na podstawie wyników testowych (np. pracodawców), narzędzia te powinny być stosowane zgodnie z zasadami przedstawionymi w „Standardach dla testów stosowanych w psychologii i pedagogice” (23) oraz w publikacji „Testy psychologiczne” Anastasi i Urbina (22).

DOKUMENTACJA BADAŃ PSYCHOLOGICZNYCH

Badania psychologiczne muszą być dokumentowane. Rodzaje dokumentacji badań psychologicznych wykonywanych dla potrzeb służby medycyny pracy (badania profilaktyczne), a także sposób jej prowadzenia i przechowywania regulowany jest przez kilka aktów prawnych. Obowiązek prowadzenia dokumentacji badań nakłada na psychologów art. 11, 2a Ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (1), natomiast szczegółowe zasady jej prowadzenia zawiera Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 lipca 2010 r. w sprawie rodzajów dokumentacji badań i orzeczeń psychologicznych, sposobu jej prowadzenia, przechowywania i udostępniania oraz wzorów stosowanych dokumentów (2).

Zgodnie z jego zapisami psycholog prowadzi dokumentację:

- a) indywidualną, na którą składają się:
 - skierowanie na badanie psychologiczne,
 - skierowanie na konsultację psychologiczną,
 - karta badania psychologicznego,
 - orzeczenie psychologiczne;
- b) zbiorczą, która stanowi rejestr osób kierowanych na badania lub konsultacje psychologiczne zawierający:

- liczbę porządkową,
- dane osobowe: imię i nazwisko, PESEL (lub nazwę i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość) oraz adres zamieszkania osoby badanej,
- datę wydania skierowania na badanie lub konsultację psychologiczną,
- nazwę jednostki kierującej na badanie psychologiczne,
- dane identyfikujące miejsce pracy osoby badanej (nazwę i adres zakładu pracy, REGON),
- treść orzeczenia psychologicznego z datą jego wydania,
- potwierdzenie odbioru orzeczenia psychologicznego przez osobę badaną.

Omówienie dokumentacji rozpoczniemy od kwestii dokumentacji indywidualnej. Prawodawca przewidział po dwa rodzaje skierowań na badanie psychologiczne i dokumentów wydawanych przez psychologa. Ani z treści ww. rozporządzenia, ani z treści zapisów we wzorach tych dokumentów nie wynika, w jakich sytuacjach używać każdego z nich. Z informacji uzyskanych z Ministerstwa Zdrowia wynika, że skierowanie na konsultację psychologiczną należy wydać na części A druku pn. „Skierowanie na konsultację psychologiczną” (załącznik nr 2 do rozporządzenia) (2), w której należy podać m.in. podstawę prawną i cel badania.

Jeśli chodzi o pierwszy rodzaj danych, podstawę prawną stanowi § 2, ust. 1 Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników z jego późniejszymi zmianami (4). Jeśli natomiast chodzi o cel badań, to powinien on być tak sformułowany, aby psycholog posiadał konieczne informacje na temat czynników narażenia występujących na stanowisku pracy kierowanej osoby, o czym pisaliśmy wyżej.

Wynik badania psychologicznego powinien być wydany na części B druku ww. skierowania. Zależnie od celu badania i jego wyniku w pozycji „stwierdzam” należy wpisać wynik badania, a jeśli psycholog stwierdza przeciwwskazania do pracy lub proponuje termin ponownego badania psychologicznego, również ich uzasadnienie. W wyjątkowych przypadkach, kiedy celem badania jest wyłącznie określenie sprawności wybranej/wybranych funkcji, psycholog podaje jedynie wynik badania (np. „widzenie stereoskopowe w normie”). Ocena znaczenia takiego wyniku dla celów orzeczniczych należy w takich wypadkach do lekarza. Należy zwrócić uwagę, że na omawianej części skierowania wymagany jest podpis badanej osoby.

Wzory kolejnych dokumentów — „Skierowanie na badanie psychologiczne” oraz „Orzeczenie psychologiczne” — są zamieszczone w załącznikach 1 i 4 do rozporządzenia w sprawie rodzajów dokumentacji badań i orzeczeń psychologicznych (2). Dokumenty te dotyczą badań stanowiących podstawę do wydawania orzeczeń (informacja własna uzyskana z Ministerstwa Zdrowia). Według aktualnego stanu prawnego nie mają one zastosowania w odniesieniu do badań żadnej grupy zawodowej czy też osób pracujących w narażeniu na jakiś czynnik środowiska pracy, które byłyby wykonywane na mocy Kodeksu pracy (3). Zgodnie natomiast z § 5, ust. 3 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2010 r. w sprawie badań psychologicznych strażników gminnych (24), który jest aktem wykonawczym do Ustawy z dnia 22 maja 2009 r. o zmianie ustawy o strażach gminnych, ustawy o Policji oraz ustawy — Prawo o ruchu drogowym (25), muszą być one wykorzystywane w badaniach psychologicznych kandydatów na strażników gminnych.

Jeśli natomiast chodzi o dokumentację zbiorczą, należy zaznaczyć, że każdy z psychologów jest zobowiązany do prowadzenia rejestru osób kierowanych na badanie i na konsultację psychologiczną. W odniesieniu do wspomnianych wyżej kandydatów na strażników gminnych, podlegających badaniom psychologicznym zgodnie z zapisem § 8 ww. rozporządzenia (24), rejestrowaniu podlegają wydawane orzeczenia. Oznacza to, że psycholog musi prowadzić oddzielny „rejestr orzeczeń psychologicznych” dla tej grupy badanych.

Na zakończenie jeszcze kilka zdań nt. „Karty badania psychologicznego”. W jej wzorze, zamieszczonym w załączniku nr 3 do rozporządzenia dotyczącego dokumentacji badań psychologicznych (2), przewidziano pozycje dotyczące danych formalnych dotyczących badanej osoby. Pochodzą one z dokumentacji, wywiadu i obserwacji podczas badania, zastosowanych w badaniu technik diagnostycznych, wyników badań, a także wniosków z badania, treści i uzasadnienia orzeczenia oraz zaleceń. Mimo że, jak wspomniano wyżej, psycholog nie wydaje orzeczeń, konieczne jest wpisywanie przez niego w pozycji „Treść orzeczenia” treści, jaką zamieszcza się w części B „Skierowania na badanie psychologiczne”. Jest to związane z tym, że zgodnie z zapisem rozporządzenia dotyczącego dokumentacji badań psycholog nie ma obowiązku sporządzania i przechowywania kopii tego dokumentu. Karta podpisana przez psychologa, jak również badaną osobę, stanowi więc jedyny wiarygodny dokument zawierający wynik badania psychologicznego.

W karcie przewidziano miejsce na podpis psychologa, który wykonał badanie, oraz badanej osoby, którym poświadcza ona zapoznanie się z wynikami badania. W przypadku braku możliwości złożenia podpisu przez badaną osobę należy to odnotować w tym dokumencie.

Jeśli chodzi o sposób przechowywania i udostępnianie dokumentacji, szczegóły określają: omawiane wyżej rozrządzenie w sprawie dokumentacji badań psychologicznych (2), a także (ponieważ dokumentacja badań psychologicznych jest dokumentacją medyczną) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (26), Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (27) i Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (28), do której odsyła Ustawa z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa (29).

W niniejszej publikacji jedynie zaznaczamy, że dokumentacja badań powinna być przechowywana przez okres 20 lat w taki sposób, aby zapewnić ochronę danych stosownie do ustawy o ochronie danych osobowych. Może być ona udostępniana na pisemny wniosek m.in.:

- uprawnionym jednostkom — np. sądowi czy ZUS-owi, w tym psychologowi wyznaczonemu przez kierownika właściwego wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy, przeprowadzającemu kontrolę działalności psychologa,
- badanej osobie — po uzyskaniu pozwolenia kierownika jednostki, w której przeprowadzono badanie, lub upoważnionej przez niego osoby,
- lekarzowi — na którego wniosek przeprowadzono badanie (w przypadku odmowy lub braku możliwości przyjęcia i podpisania przez osobę badaną stosownych dokumentów).

PODSUMOWANIE

W niniejszym artykule przedstawiliśmy ogólne zasady dobrej praktyki w zakresie identyfikacji grup pracowników (stanowisk pracy i rodzaju czynności na nich wykonywanych, zaburzeń stanu zdrowia), które należy objąć badaniami psychologicznymi w ramach badań profilaktycznych, omówiliśmy także ogólne standardy wykonywania tych badań. Opierają się one na zapisach aktów prawnych obowiązujących w tym zakresie, a także na zaleceniach Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, danych literaturowych oraz wynikach badań naukowych i doświadczeniu autorek.

Mamy świadomość, że przedstawione zalecenia nie wyczerpują problematyki zasad dobrej praktyki badań psychologicznych wykonywanych dla potrzeb służby medycyny pracy (np. warunki przeprowadzania badań, procedury), dlatego będą one dalej rozwijane i zostaną przedstawione w przygotowywanej książce. Zalecenia te stanowią jedynie ogólne wytyczne, jakimi powinni kierować się w swojej praktyce psycholodzy i lekarze służby medycyny pracy. Wytyczne, które mamy nadzieję ułatwią realizację zadań związanych ze sprawowaniem opieki zdrowotnej nad pracującymi, a jednocześnie przyczynią się do wzrostu jej efektywności i poprawy/utrzymania stanu zdrowia pracujących i ich bezpieczeństwa w pracy.

Na zakończenie pragniemy zaprosić do zgłaszania uwag i propozycji, które uwzględnimy w naszej dalszej pracy nad omówionym zagadnieniem.

PIŚMIENNICTWO

1. Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy. DzU z 1997 r. nr 96, poz. 593 z późn. zm.
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 lipca 2010 r. w sprawie rodzajów dokumentacji badań i orzeczeń psychologicznych, sposobu jej prowadzenia, przechowywania i udostępniania oraz wzorów stosowanych dokumentów. DzU z 2010 r. nr 31, poz. 888
3. Ustawa z dnia 2 lutego 1996 r. o zmianie ustawy — Kodeks pracy oraz o zmianie niektórych ustaw. DzU z 1997 r. nr 28, poz. 110 z późn. zm.
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy. DzU z 1997 r. nr 69, poz. 332 z późn. zm.
5. Dawydzik L.: Opieka zdrowotna nad pracownikami w ujęciu Kodeksu pracy i przepisów wykonawczych do Kodeksu. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1997
6. Bańko M. [red.]: Wielki słownik wyrazów obcych. PWN, Warszawa 2005
7. Kamińska-Szmaj I.: Słownik wyrazów obcych, Wydawnictwo Europa, Wrocław 2001
8. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 28 maja 1996 r. w sprawie rodzajów prac wymagających szczególnej sprawności psychofizycznej. DzU z 1996 r. nr 62, poz. 287
9. Rzakiewicz M.: Dysfunkcje neuropoznawcze w przebiegu wybranych przewlekłych schorzeń układu oddechowego. W: Jodzio K., Nyka W.M. [red.]. Neuropsychologia

- chologia medyczna. Wydawnictwo Arche, Sopot 2008, ss. 67–88
10. Jodzio K.: Problemy neuropsychologiczne w praktyce kardiologicznej i kardiologicznej. W: Jodzio K., Nyka W.M. [red.]. Neuropsychologia medyczna. Wydawnictwo Arche, Sopot 2008, ss. 89–110
 11. Biechowska D.: Zaburzenia funkcji poznawczych w ujęciu psychoneuroendokrynologicznym. W: Jodzio K., Nyka W.M. [red.]. Neuropsychologia medyczna. Wydawnictwo Arche, Sopot 2008, ss. 151–172
 12. Dudek B.: Źródła i skutki nieprzystosowania pracowników do warunków pracy. W: Gliszczyńska X. [red.]. Psychologiczny model efektywności pracy. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1991, ss. 255–287
 13. Herzyk A.: Wprowadzenie do neuropsychologii klinicznej. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2005
 14. Ilmarinen J., Tuomi K., Klockars M.: Changes in the work ability of active employees over 11-year period. *Scand. J. Work Environ. Health* 1997;23 Supl.:49–57
 15. Waszkowska M.: Zalecana częstotliwość profilaktycznych badań psychologicznych wybranych grup operatorów. *Med. Pr.* 2004;55(2):153–159
 16. Dąbkowska M.: Ocena wybranych funkcji poznawczych u ofiar przemocy domowej. *Psychiatr. Pol.* 2007;41(6): 837–849
 17. Fani N., Kitayama N., Ashraf A., Reed L., Afzal N., Jawed F. i wsp.: Neuropsychological functioning in patients with posttraumatic stress disorder following short-term paroxetine treatment. *Psychopharmacol. Bull.* 2009;42(1):53–68
 18. Neena S.: Memory, attention, function, and mood among patients with chronic posttraumatic stress disorder. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2000;188(12):818–823
 19. Jutel M.: Większość lekarzy nie uświadamia sobie złożoności działania sedatywnego. *Alergia* 2007;1:9–11
 20. Borkowska A.: Znaczenie zaburzeń funkcji poznawczych i możliwości ich oceny w chorobach psychicznych. *Psychiatr. Prakt. Klin.* 2009;2(1):30–40
 21. Sołtys K.: Wpływ leków przeciwpadaczkowych na funkcje poznawcze. *Post. Psychiatr. Neurol.* 2006;15(4): 301–307
 22. Anastasi A., Urbina S.: Testy psychologiczne. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 1999
 23. American Psychological Association: Standardy dla testów stosowanych w psychologii i pedagogice. GWP, Gdańsk 2007
 24. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2010 r. w sprawie badań psychologicznych strażników gminnych (miejskich). *DzU z 2010 r. nr 150, poz. 1012*
 25. Ustawa z dnia 22 maja 2009 r. o zmianie ustawy o strażach gminnych, ustawy o Policji oraz ustawy — Prawo o ruchu drogowym. *DzU z 2009 r. nr 97, poz. 803*
 26. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania. *DzU z 2007 r. nr 14, poz. 489*
 27. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. *DzU z 2009 r. nr 52, poz. 417*
 28. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych. *DzU z 1997 r. nr 133, poz. 883 z późn. zm.*
 29. Ustawa z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów. *DzU z 2001 r. nr 73, poz. 763 z późn. zm.*