

Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Poznan University of Medical Sciences



Wydział Nauk o Zdrowiu
Faculty of Health Sciences



PIEŁĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING

KWARTALNIK / QUARTERLY

Nr 1 (63)
3/2017

Indeksowane w / Indexed in:
Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego/
Ministry of Science and Higher Education – 6,0;
Index Copernicus Value (ICV) – 72,35



PIELĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING

Skrót tytułu czasopisma/Abbreviated title:

Piel Pol.

Copyright © Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ISSN 0860-8466

eISSN 2450-0755

Korekta/Proofreading:

Renata Rasińska

Barbara Błazejczak

Korekta tekstów w j. ang./Language editor:

Agata Dolacińska-Śróda

Skład komputerowy/Desktop publishing:

Beata Łakomiak

Projekt okładki/Cover project:

Bartłomiej Wąsiel

Sprzedaż/Distribution and subscription:

Punkt Sprzedaży Wydawnictw Naukowych UMP

60-356 Poznań, ul. Przybyszewskiego 37a

tel. (phone)/fax: +48 61 854 74 14

e-mail: sprzedazwydawnictw@ump.edu.pl

Redakcja deklaruje, że wersja papierowa

„Pielęgniarstwa Polskiego” jest wersją pierwotną (referencyjną)

Editorial Staff declares that printed version

of ‘Polish Nursing’ is the original version (reference)

WYDAWNICTWO NAUKOWE UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO

IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU

60-812 Poznań, ul. Bukowska 70

tel./fax: 61 854 71 51

www.wydawnictwo.ump.edu.pl

Ark. wyd. 17,4. Ark. druk. 21,3.

Format A4. Zam. nr 31/17.

Druk ukończono w marcu 2017.



KOLEGIUM REDAKCYJNE

Redaktor Naczelny

dr hab. Krystyna Jaracz

Sekretarz Naukowy

dr inż. Renata Rasińska

Zastępcy Redaktora Naczelnego

dr hab. Krystyna Górna

dr hab. Danuta Dyk

dr hab. Małgorzata Kotwicka

Sekretarz Redakcji

dr inż. Renata Rasińska

RADA NAUKOWA

dr Vincenzo Antonelli

dr hab. Grażyna Bączyk

mgr Regina Bisikiewicz

prof. Antonio Cicchella

prof. Susumu Eguchi

dr hab. Aleksandra Gaworska-Krzemińska

dr Barbara Grabowska-Fudala

dr hab. Elżbieta Grochans

dr Aleksandra Gutysz-Wojnicka

prof. Lotte Kaba-Schönstein

doc. Helena Kadučáková

prof. Christina Koehlen

dr hab. Maria Kózka

dr Halyna Krytska

dr hab. Anna Ksykiewicz-Dorota

dr hab. Joanna Lewko

prof. Mária Machalová

dr hab. Ludmiła Marcinowicz

prof. dr hab. Ewa Mojs

dr Jana Nemcová

prof. dr hab. Grażyna Nowak-Starz

dr hab. Beata Pięta

prof. Hildebrand Ptak

dr hab. Joanna Rosińczuk

prof. dr hab. Maria T. Szewczyk

prof. dr hab. Arkadii Shulhai

dr hab. Robert Ślusarz

dr Dorota Talarska

dr Frans Vergeer

dr hab. Ewa Wilczek-Rużyczka

dr Katarína Žiaková

LUISS Guido Carli di Roma (Włochy)

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

członek zarządu European Association of Service Providers for

Persons with Disabilities (EASPD)

University of Bologna (Włochy)

Graduate School of Biomedical Sciences, Nagasaki University

(Japonia)

Gdański Uniwersytet Medyczny (Polska)

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

Pomorski Uniwersytet Medyczny (Polska)

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie (Polska)

Hochschule Esslingen (Niemcy)

Katolícka Univerzita v Ružomberku (Słowacja)

Evangelische Hochschule Berlin (Niemcy)

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum (Polska)

Państwowy Uniwersytet Medyczny im. I. Ya. Horbaczewskiego

w Tarnopolu (Ukraina)

Uniwersytet Medyczny w Lublinie (Polska)

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku (Polska)

Prešovská Univerzita (Słowacja)

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku (Polska)

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

Comenius University in Bratislava (Słowacja)

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach (Polska)

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

Evangelische Hochschule Berlin (Niemcy)

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu (Polska)

Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu (Polska)

Państwowy Uniwersytet Medyczny im. I. Ya. Horbaczewskiego

w Tarnopolu (Ukraina)

Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu (Polska)

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

Fontys Hogescholen (Holandia)

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza-Modrzewskiego (Polska)

Comenius University in Bratislava (Słowacja)

ADRES REDAKCJI

Pielęgniarstwo Polskie

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego

im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ul. Smoluchowskiego 11, 60-179 Poznań

tel.: 61 861 22 67, fax: 61 861 22 66

e-mail: pielęgniarstwopolskie@ump.edu.pl

www.pielęgniarstwo.ump.edu.pl



PIELĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING

REDAKTORZY TEMATYCZNI

PIELĘGNIARSTWO KLINICZNE

dr Joanna Stanisławska
dr Dorota Talarska
dr hab. Maria Danuta Głowacka

Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

NAUKI O ZARZĄDZANIU W PIELĘGNIARSTWIE

dr Ewa Jakubek
dr Aleksandra Persona-Śliwińska

Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
NZOZ Specjalistyczne Centrum Medyczne „PRO FEMINA”

PIELĘGNIARSTWO ŚRODOWISKOWE

mgr Luiza Mendyka

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Jana Komeńskiego w Lesznie

NAUKI O ZDROWIU W PIELĘGNIARSTWIE

dr Małgorzata Postuszna
dr Joanna Zdanowska

Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

REDAKTOR STATYSTYCZNY

dr inż. Renata Rasińska

Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

LISTA RECENZENTÓW

dr Agnieszka Bańkowska
dr Grażyna Bączyk
dr Benedykt Bober
prof. Antonio Cicchella
dr Józefa Czarnecka
dr Grażyna Czerwiak
dr hab. Joanna Gotlib
dr Grażyna Iwanowicz-Palus
doc. Helena Kadučáková
Douglas Kemerer
dr Ewa Kobos
dr Halina Król
dr Włodzimierz Łojewski
prof. Mária Machalová
prof. Anders Møller Jensen
prof. dr hab. Henryk Mruk
dr Jana Nemcová
dr inż. Iwona Nowakowska
dr Jan Nowomiejski
dr Piotr Pagórski
prof. dr hab. Mariola Pawlaczyk
dr Wojciech Grzegorz Polak
Otilie Rung
dr Zofia Sienkiewicz
dr Ewa Szykiewicz
dr Dorota Talarska
dr hab. Monika Urbaniak
dr Aleksandra Zielińska
dr Katarína Žiaková
Klaudia J. Ćwiękała-Lewis

Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
NZOZ Nadmorskie Centrum Rehabilitacji (Polska)
University of Bologna (Włochy)
Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach (Polska)
Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)
Uniwersytet Medyczny w Lublinie (Polska)
Katólicka Univerzita v Ružomberku (Słowacja)
Nursing Clinical Instructor at York County School of Technology (USA)
Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Prešovská Univerzita (Słowacja)
VIA University College Denmark (Dania)
Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu (Polska)
Comenius University in Bratislava (Słowacja)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
University Medical Center Rotterdam (Holandia)
The University of Arizona College of Nursing (USA)
Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)
Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Comenius University in Bratislava (Słowacja)
Faculty at Health Sciences and Nursing, Phoenix University (USA)



EDITORIAL BOARD

Editor-in-Chief

Krystyna Jaracz

Vice Editor-in-Chief

Krystyna Górna

Danuta Dyk

Małgorzata Kotwicka

Scientific Secretary

Renata Rasińska

Editorial Secretary

Renata Rasińska

EDITORIAL ADVISORY BOARD

Vincenzo Antonelli

Grażyna Bączyk

Regina Bisikiewicz

Antonio Cicchella

Susumu Eguchi

Aleksandra Gaworska-Krzemińska

Barbara Grabowska-Fudala

Elżbieta Grochans

Aleksandra Gutysz-Wojnicka

Lotte Kaba-Schönstein

Helena Kadučáková

Christina Koehlen

Maria Kózka

Halyna Krytska

Anna Ksykiewicz-Dorota

Joanna Lewko

Mária Machalová

Ludmiła Marcinowicz

Ewa Mojs

Jana Nemcová

Grażyna Nowak-Starz

Beata Pięta

Hildebrand Ptak

Joanna Rosińczuk

Maria T. Szewczyk

Arkadii Shulhai

Robert Ślusarz

Dorota Talarska

Frans Vergeer

Ewa Wilczek-Rużyczka

Katarína Žiaková

LUISS Guido Carli di Roma (Italy)

Poznan University of Medical Sciences (Poland)

European Association of Service Providers for Persons with Disabilities (EASPD)

University of Bologna (Italy)

Graduate School of Biomedical Sciences, Nagasaki University (Japan)

Medical University of Gdańsk (Poland)

Poznan University of Medical Sciences (Poland)

Pomeranian Medical University in Szczecin (Poland)

University of Warmia and Mazury in Olsztyn (Poland)

Hochschule Esslingen (Germany)

Katolícka Univerzita v Ružomberku (Slovakia)

Evangelische Hochschule Berlin (Germany)

Jagiellonian University Collegium Medicum (Poland)

Ternopil State Medical University (Ukraine)

Medical University of Lublin (Poland)

Medical University of Białystok (Poland)

Prešovská Univerzita (Slovakia)

Medical University of Białystok (Poland)

Poznan University of Medical Sciences (Poland)

Comenius University in Bratislava (Slovakia)

Jan Kochanowski University in Kielce (Poland)

Poznan University of Medical Sciences (Poland)

Evangelische Hochschule Berlin (Germany)

Wrocław Medical University (Poland)

Nicolaus Copernicus University Ludwik Rydygier Collegium Medicum (Poland)

Ternopil State Medical University (Ukraine)

Nicolaus Copernicus University Ludwik Rydygier Collegium Medicum (Poland)

Poznan University of Medical Sciences (Poland)

Fontys Hogescholen (Holland)

Andrzej Frycz Modrzewski Krakow University (Poland)

Comenius University in Bratislava (Slovakia)

EDITOR'S ADDRESS

Polish Nursing

The Faculty of Health Sciences

Poznan University of Medical Sciences

11 Smoluchowskiego Str., 60-179 Poznań, Poland

phone: +48 61 861 22 67, fax: +48 61 861 22 66

e-mail: pielegniarstwopolskie@ump.edu.pl

www.pielegniarstwo.ump.edu.pl



PIEŁĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING

THEMATIC EDITORS

CLINICAL NURSING

Joanna Stanisławska
Dorota Talarska
Maria Danuta Głowacka

Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)

MANAGEMENT IN NURSING

Ewa Jakubek
Aleksandra Persona-Śliwińska

Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Medical Centre PRO FEMINA (Poland)

COMMUNITY NURSING

Luiza Mendyka

Jan Amos Komensky University of Applied Sciences in Leszno (Poland)

HEALTH SCIENCES IN NURSING

Małgorzata Postuszna
Joanna Zdanowska

Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)

STATISTICAL EDITOR

Renata Rasińska

Poznan University of Medical Sciences (Poland)

THE LIST OF THE REVIEWERS

Agnieszka Bańkowska
Grażyna Bączyk
Benedykt Bober
Antonio Cicchella
Józefa Czarnecka
Grażyna Czerwiak
Joanna Gotlib
Grażyna Iwanowicz-Palus
Helena Kadučáková
Douglas Kemerer
Ewa Kobos
Halina Król
Włodzimierz Łojewski
Mária Machalová
Anders Møller Jensen
Henryk Mruk
Jana Nemcová
Iwona Nowakowska
Jan Nowomiejski
Piotr Pałóski
Mariola Pawlaczyk
Wojciech Grzegorz Polak
Otilie Rung
Zofia Sienkiewicz
Ewa Szykiewicz
Dorota Talarska
Monika Urbaniak
Aleksandra Zielińska
Katarína Žiaková
Klaudia J. Ćwiękała-Lewis

Nicolaus Copernicus University Collegium Medicum (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Seaside Rehabilitation Centre (Poland)
University of Bologna (Italy)
Medical University of Warsaw (Poland)
Jan Kochanowski University in Kielce (Poland)
Medical University of Warsaw (Poland)
Medical University of Lublin (Poland)
Katólická Univerzita v Ružomberku (Slovakia)
Nursing Clinical Instructor at York County School of Technology (USA)
Medical University of Warsaw (Poland)
Jan Kochanowski University in Kielce (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Prešovská Univerzita (Slovakia)
VIA University College Denmark (Denmark)
Poznan University of Economics (Poland)
Comenius University in Bratislava (Slovakia)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
University Medical Center Rotterdam (Holland)
The University of Arizona College of Nursing (USA)
Medical University of Warsaw (Poland)
Nicolaus Copernicus University Collegium Medicum (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Comenius University in Bratislava (Slovakia)
Faculty at Health Sciences and Nursing, Phoenix University (USA)

■ SPIS TREŚCI

Od redaktora	11
PRACE ORYGINALNE	
<i>Małgorzata Nejman, Joanna Gotlib</i> Wpływ pracy zmianowej pielęgniarek na ich postawy żywieniowe	13
<i>Lucyna Gacek, Grażyna Bączyk, Beata Skokowska, Anna Bielawska, Rozalia Brzezińska</i> Poziom wiedzy chorych z nieswoistymi zapaleniami jelit o chorobie i stylu życia	20
<i>Magdalena Staszkiwicz, Anna Nawalana, Aldona Wróbel, Anna Majda</i> Ocena skuteczności opieki otrzymywanej od pielęgniarek i nieprofesjonalnych opiekunów dokonana przez chorych na reumatoidalne zapalenie stawów	28
<i>Martyna Radecka, Anna Ukleja, Aneta Jachnis, Michał Ławiński</i> Ocena nawyków żywieniowych wśród chorych z ostrym i przewlekłym zapaleniem trzustki	34
<i>Anna Nawalana, Magdalena Staszkiwicz, Aldona Wróbel, Anna Majda</i> Ocena skuteczności działań opiekuńczo-pielęgnacyjnych pielęgniarek i opiekunów nieprofesjonalnych sprawujących opiekę nad osobami z reumatoidalnym zapaleniem stawów	39
<i>Beata Obrycka, Małgorzata Machaj, Aleksander Zarzeka, Lucyna Iwanow, Mariusz Panczyk, Joanna Gotlib</i> Ocena zadowolenia pacjentów Poradni Stomatologicznej z realizacji przez personel medyczny prawa pacjenta do informacji	45
<i>Marta Burba, Joanna Gotlib</i> Ocena występowania stresu w grupie pielęgniarek zatrudnionych w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. prof. Witolda Orłowskiego w Warszawie	54
<i>Marta Stępień, Małgorzata Szmigiel</i> Stres personelu pielęgniarskiego związany z pracą na oddziałach pediatrycznych	62
<i>Ewa Kądalska, Halina Zmuda-Trzebiatowska</i> Analiza przydatności szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej oraz wykorzystania kwalifikacji specjalistów w celu zapewnienia jakości opieki paliatywno-hospicyjnej	69
<i>Justyna Laska, Dorota Ćwiek, Dorota Fryc, Małgorzata Zimny, Katarzyna Szymoniak</i> Analiza ukończenia przez pielęgniarki i położne kursów specjalistycznych na terenie działania Koszalińskiej Rady Pielęgniarek i Położnych	77
<i>Agnieszka Krukiel, Zofia Sienkiewicz, Irena Wrońska, Joanna Gotlib</i> Próba porównania jakości opieki zdrowotnej w województwach mazowieckim i podlaskim – badania pilotażowe	83
<i>Magdalena Staszkiwicz, Marta Majorczyk, Jolanta Jaworek</i> Skuteczność terapii biologicznej w opinii chorych na zapalne choroby reumatyczne	90
<i>Aneta Grochowska, Iwona Bodys-Cupak, Monika Korus</i> Sposoby radzenia sobie z trudnościami przez pielęgniarki pracujące na oddziałach pediatrycznych	97
<i>Grzegorz Konieczny, Renata Rasińska</i> Aksjologiczne korelaty poczucia tożsamości narodowej pielęgniarek emigrujących zarobkowo	105

<i>Magdalena Strugała, Dorota Talarska, Tomasz Niewiadomski, Tomasz Ptaszyński, Paulina Muszyńska, Izabela Wróblewska, Małgorzata Dziechciaż</i>	
Jakość życia i samoocena pacjentów leczonych nerkozastępczo	113
<i>Iwona Nowakowska, Renata Rasińska, Katarzyna Roszak, Agnieszka Bańkowska</i>	
Pielęgniarstwo – zawód szczególnie narażony na stres i wypalenie. Wybrane założenia teoretyczne i wstępne doniesienie z badań – część I	120
PRACE POGLĄDOWE	
<i>Joanna Gotlib, Mariusz Panczyk, Aleksander Zarzeka, Lucyna Iwanow, Łukasz Samoliński, Jarostawa Belowska</i>	
Wypalenie zawodowe w grupie pielęgniarek – przegląd aktualnego polskiego piśmiennictwa naukowego	125
<i>Bożena Ścieglińska, Małgorzata Machaj, Joanna Gotlib</i>	
Adaptacja zawodowa i społeczna pielęgniarek w nowym miejscu pracy – wybrane zagadnienia	131
<i>Kazimierz Dobrzański</i>	
Zmiany systemowe w sektorze ochrony zdrowia	142
<i>Joanna Moćkun, Jolanta Olszewska</i>	
Wpływ cięcia cesarskiego na rozwój psychomotoryczny dziecka	150
<i>Grzegorz Konieczny, Renata Rasińska</i>	
Poczucie tożsamości narodowej pielęgniarek w kontekście tendencji globalizacyjnych – perspektywa teoretyczna	155
STUDIUM PRZYPADKU	
<i>Joanna Świerczek, Marta Grabek</i>	
Problemy wychowawcze i środowiskowe w zespole nadpobudliwości psychoruchowej – studium przypadku	161
INFORMACJE	
Wskazówki dla autorów	166

■ CONTENTS

Editor's note	12
ORIGINAL PAPERS	
<i>Małgorzata Nejman, Joanna Gotlib</i> Impact of shift work of nurses on their nutrition attitudes	13
<i>Lucyna Gacek, Grażyna Bączyk, Beata Skokowska, Anna Bielawska, Rozalia Brzezińska</i> The level of patients' knowledge about the inflammatory bowel disease and healthy lifestyle	20
<i>Magdalena Staszkiwicz, Anna Nawalana, Aldona Wróbel, Anna Majda</i> Effectiveness of care received from nurses and non-professional caregivers evaluated by patients with rheumatoid arthritis	28
<i>Martyna Radecka, Anna Ukleja, Aneta Jachnis, Michał Ławiński</i> Dietary habits of patients with acute and chronic pancreatitis	34
<i>Anna Nawalana, Magdalena Staszkiwicz, Aldona Wróbel, Anna Majda</i> Effectiveness of nursing and non-professional caregivers' care for people with rheumatoid arthritis	39
<i>Beata Obrycka, Małgorzata Machaj, Aleksander Zarzeka, Lucyna Iwanow, Mariusz Panczyk, Joanna Gotlib</i> Assessment of Dental Clinic patients' satisfaction in respecting patients' rights to information by medical personnel	45
<i>Marta Burba, Joanna Gotlib</i> Assessment of stress incidence among nurses of professor Witold Orłowski independent Public Clinical Hospital	54
<i>Marta Stępień, Małgorzata Szmigiel</i> Stress of nursing staff involved in working at pediatric wards	62
<i>Ewa Kądalska, Halina Zmuda-Trzebiatowska</i> Analysis of the usefulness of specialisation training in palliative care nursing, and the use of specialist qualifications in order to ensure the high quality of palliative-hospice care	69
<i>Justyna Laska, Dorota Ćwiek, Dorota Fryc, Małgorzata Zimny, Katarzyna Szymoniak</i> Analysis of specialization courses completion by nurses and midwives in the Koszalin Council of Nurses and Midwives operation area	77
<i>Agnieszka Krukiel, Zofia Sienkiewicz, Irena Wrońska, Joanna Gotlib</i> Comparison of health care quality in Mazovia and Podlachia	83
<i>Magdalena Staszkiwicz, Marta Majorczyk, Jolanta Jaworek</i> Patients' opinions on the efficacy of the biological therapy in rheumatic inflammatory diseases	90
<i>Aneta Grochowska, Iwona Bodys-Cupak, Monika Korus</i> Ways to cope with the difficulties of nurses working in pediatric wards	97
<i>Grzegorz Konieczny, Renata Rasińska</i> Axiological correlates of the sense of national identity in nurses emigrating for economic reasons	105

<i>Magdalena Strugała, Dorota Talarska, Tomasz Niewiadomski, Tomasz Ptaszyński, Paulina Muszyńska, Izabela Wróblewska, Małgorzata Dziechciaż</i>	
Quality of life and self-esteem of patients treated with renal replacement therapy	113
<i>Iwona Nowakowska, Renata Rasińska, Katarzyna Roszak, Agnieszka Bańkowska</i>	
Nursing – profession particularly vulnerable to stress and burnout. Selected theoretical assumptions and preliminary research report – part I	120
REVIEW PAPERS	
<i>Joanna Gotlib, Mariusz Panczyk, Aleksander Zarzeka, Lucyna Iwanow, Łukasz Samoliński, Jarosława Belowska</i>	
Burnout among nurses: review of up-to-date Polish scientific literature	125
<i>Bożena Ścieglińska, Małgorzata Machaj, Joanna Gotlib</i>	
Professional and social adaptation of nurses at the new workplace – selected issues	131
<i>Kazimierz Dobrzański</i>	
Systemic changes in the health care sector	142
<i>Joanna Moćkun, Jolanta Olszewska</i>	
Effect of caesarean section on psychomotor development of the child	150
<i>Grzegorz Konieczny, Renata Rasińska</i>	
The sense of nurses' national identity in view of globalizational trends – theoretical perspective	155
CASE STUDY	
<i>Joanna Świerczek, Marta Grabek</i>	
Educational and environmental problems in attention deficit hyperactivity disorder – case study	161
INFORMATION	
Guidance for contributors	166

■ OD REDAKTORA

Szanowni Czytelnicy,

w imieniu Komitetu Naukowego mamy przyjemność zarekomendować Państwu kolejny numer „Pielęgniarstwa Polskiego”, który zawiera szesnaście prac oryginalnych, pięć prac poglądowych i jedną pracę kazuistyczną. Artykuły zamieszczone w tym numerze można podzielić na trzy grupy tematyczne: 1) związane z wykonywaniem zawodu pielęgniarstwa, 2) poruszające szczegółowe zagadnienia kliniczne, 3) związane z organizacją i jakością opieki zdrowotnej.

Chcielibyśmy zwrócić szczególną uwagę na kilka tekstów poświęconych właśnie tym zagadnieniom, a mianowicie na prace: „Wypalenie zawodowe w grupie pielęgniarek – przegląd aktualnego, polskiego piśmiennictwa naukowego”, „Jakość życia i samoocena pacjentów leczonych nerkozastępczo” oraz „Zmiany systemowe w sektorze ochrony zdrowia”.

Liczymy, że wszystkie prace w tym numerze zainteresują personel medyczny, kadrę naukową uniwersytetów medycznych i przedstawicieli innych, pokrewnych dziedzin.

Mamy również zaszczyt zaprosić Państwa do uczestnictwa w dwóch nadchodzących konferencjach. Pierwsza, zatytułowana „Nowości i wyzwania w pielęgniarstwach specjalistycznych”, organizowana jest przez Katedrę Pielęgniarstwa Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, dnia 7 października 2017 r. Druga – to szósty zjazd Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Neurologicznych (PTPN), organizowany przez Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu oraz PTPN w dniach 22–23 września 2017 r.

Życzymy Państwu przyjemnej lektury aktualnego numeru naszego czasopisma!

*Dr hab. Krystyna Jaracz
Redaktor Naczelny*

*Dr inż. Renata Rasińska
Sekretarz Naukowy*

■ EDITOR'S NOTE

Dear Readers,

on behalf of the Scientific Committee we are pleased to recommend you the new issue of the 'Polish Nursing', which contains sixteen original papers, five review articles and one case study. These articles can be divided into three thematic groups: 1) articles regarding the nursing profession, 2) papers which deal with specific clinical issues and 3) articles concerning the organisation of health care and quality of care.

We would like to draw readers' special attention to a few papers devoted to these topics, namely to the following articles: 'Burnout among nurses: review of up-to-date Polish scientific literature', 'Quality of life and self-esteem of patients treated with renal replacement therapy' and 'Systemic changes in the health care sector'.

We hope that all papers in the current issue will find their readership among medical personnel, research workers of medical universities, as well as representatives of other related fields.

We are also pleased to invite you to participate in two upcoming conferences. One of them, entitled 'News and challenges in specialist nursing', is organised by the Chair of Nursing at the University of Medical Sciences in Poznań. This conference will be held in Poznań, on October 7 this year. The second one is the 6th conference of the Polish Society of Neurological Nurses (PSNN), organised by the Faculty of Health Sciences of the Medical University in Wrocław and the PSNN. This event will take place in Wrocław between 22 and 23 September 2017.

We wish you enjoyable reading of this issue of the journal.

*Assoc. Prof. Krystyna Jaracz, PhD
Editor in Chief*

*Renata Rasińska, PhD (Eng)
Scientific Secretary*

IMPACT OF NURSES' SHIFT WORK ON THEIR NUTRITION ATTITUDES

WPLYW PRACY ZMIANOWEJ PIELEŃNIAREK NA ICH POSTAWY ŻYWIENIOWE

Małgorzata Nejman¹, Joanna Gotlib²

¹ Nursing

Medical University of Warsaw

² Division of Teaching and Outcomes of Education

Medical University of Warsaw, Poland

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2017.1>

ABSTRACT

Introduction and aim. Shift work is one of the key elements determining the development of attitudes towards nutrition. The aim of the study was an attempt to assess the influence of nurses' shift work on their dietary habits.

Material and methods. A total of 126 nurses (women: 100% of all) employed in teaching hospitals in Warsaw: group A (87 nurses working in a two-shift system: 12 hours), group B (39 nurses working in a single-shift system: 7.35 hours). The mean age among group A was 36.2 years and among group B it was 37.1 years. The minimum age amounted to 22 years, and the maximum age was 56 years.

A voluntary and anonymous questionnaire study. An original questionnaire and a method for assessing a periodic diet developed by Starzyńska. The original questionnaire comprised 11 closed-ended questions, 11 open-ended questions, and 7 semi-open-ended questions. Statistical analysis: Statsoft STATISTICA 12.5, non-parametric Mann-Whitney U test, $\alpha < 0.05$.

Results. A detailed analysis of diets of the study group of nurses demonstrated that their everyday diet contained a series of nutrition errors. An increase in regularity of meals would considerably improve the dietary habits of nurses.

Conclusions.

1. Diets of nurses from both groups contained a number of nutrition errors and the level of diets can be described as sufficient.
2. The study showed a significant correlation between shift work and regularity and variety of meals. Nurses working in a single-shift system (group B) ate more regularly compared to nurses from group A (a two-shift system).

KEYWORDS: nutrition, shift work, nurses.

STRESZCZENIE

Wstęp i cel. Praca zmianowa jest jednym z głównych czynników warunkujących kształtowanie postaw względem żywienia. Celem pracy była próba oceny wpływu wykonywania pracy zmianowej przez pielęgniarki na ich zwyczaje żywieniowe.

Materiał i metody. W badaniach wzięło udział 126 pielęgniarek (100% kobiet) zatrudnionych w szpitalach klinicznych na terenie Warszawy: grupa A (87 pielęgniarek pracujących w systemie dwuzmianowym – 12 godz.), grupa B (39 pielęgniarek pracujących w systemie jednozmianowym – 7,35 godz.). Średnia wieku grupy A wynosiła 36,2 roku, średnia wieku grupy B – 37,1 roku. Wiek minimalny wynosił 22 lata, a wiek maksymalny – 56 lat.

Metodą zastosowaną w badaniu był autorski kwestionariusz ankiety; dokonano również oceny jadłospisu okresowego metodą opracowaną przez Starzyńską. Autorski kwestionariusz składał się z 11 pytań zamkniętych, 11 – otwartych i 7 – półotwartych. Analiza statystyczna: Statsoft STATISTICA 12.5, nieparametryczny test statystyczny U Manna-Whitneya, $\alpha < 0,05$.

Wyniki. Szczegółowa analiza jadłospisów badanej grupy pielęgniarek wykazała, że codzienny jadłospis zawierał wiele błędów dietetycznych. Czynnikiem, który w zdecydowanym stopniu wpłynąłby na poprawę zwyczajów żywieniowych pielęgniarek, byłoby zwiększenie regularności spożywania posiłków.

Wnioski.

1. Jadłospis pielęgniarek zarówno z grupy A, jak i z grupy B charakteryzował się wieloma błędami dietetycznymi, a jego poziom można określić jako dostateczny.
2. W badaniach wykazano istotną zależność pomiędzy systemem zmianowym pracy a regularnością i różnorodnością przyjmowanych posiłków. Pielęgniarki pracujące w systemie jednozmianowym (grupa B) odżywiają się bardziej regularnie niż pielęgniarki z grupy A (system dwuzmianowy).

SŁOWA KLUCZOWE: żywienie, praca zmianowa, pielęgniarki.

Introduction

The nature of the work performed is one of the key determinants establishing the attitude towards eating. Shift work has recently become the main form of employment in the healthcare system. Most nurses employed in inpatient healthcare centres work either in a 12-hour or

7-hour system. Shift work often has a negative impact on a health status and well-being of employees, which is associated with disruption of circadian cycles [1–9].

In addition, shift work is one of the key elements determining the development of attitudes towards nutrition. Healthy eating guarantees productivity at work.

Foods rich in minerals influence effectiveness of work [10–13].

Polish scientific literature includes just a few publications on the nutritional status of medical team members, e.g. nurses. However, studies [5, 9, 11] conducted among Polish nurses showed evidence of dietary irregularities. It is impossible to follow the principles of healthy eating and maintain the proper level of physical activity due to the mode of work typical of this professional group. Not numerous studies performed among nurses demonstrated that this very professional group was particularly exposed to the occurrence of poor eating habits [5, 9, 11]. Most nurses eat irregularly and their diets comprise mostly cold and easy to prepare foods that are poor in minerals [5, 9, 11]. Despite having knowledge of the principles of healthy eating, nurses eat unhealthy foods, blaming the lack of time resulting from overloading with work responsibilities as well as stress for the enhancement of unhealthy eating attitudes.

Aim of study

The aim of the study was an attempt to assess the influence of nurses' shift work on their dietary habits.

Material and methods

Characteristics of the study group

The study included a total of 126 nurses (women: 100% of all) employed in selected Warsaw teaching hospitals.

The respondents were divided into two sub-groups, broken down by the hour-based system of work: group A comprised 87 nurses working in a two-shift system (12 hours) and group B comprised 39 nurses working in a single-shift system (7.35 hours).

The mean age among group A was 36.2 years and among group B it was 37.1 years. The minimum age of nurses amounted to 22 years, and the maximum age was 56 years. The difference between groups was statistically insignificant ($p < 0.491$). In both groups the largest number of study participants varied between 20–30 and 30–50 years of age.

See **Table 1** for a detailed characteristics of the study group of nurses.

Table 1. Characteristics of the study group of nurses

Question	Group A	Group B	p	
BMI	BMI < 18,5	2	5	0.001
	18,5–25	61	22	
	25–30	12	11	
	> 30	12	1	

Place of residence	rural areas	30	2	0.004
	urban areas < 50,000 inhabitants	20	9	0.994
	urban areas > 50,000 inhabitants	37	28	0.002
Marital status	single	33	17	0.552
	married	45	18	0.526
	divorced	8	4	0.856
Monthly income	gross	2432.3 PLN	2115.5 PLN	0.201
	net	1905.2 PLN	1684.5 PLN	0.451
Education level	medical secondary school	4	0	0.067
	medical post-secondary school	15	2	0.178
	bachelor's degree	58	27	0.778
	master's degree	10	10	0.046
	specialisation	4	0	0.178
Job tenure		13.4 years	14 years	0.745
Position at work	charge nurses	77	7	0.001
	dressing nurses	0	4	0.002
	surgery nurses	5	7	0.033
	departmental nurses	0	2	0.035
	nurses of Rother specialisations	6	19	0.001

Group A – nurses working in a two-shift system (12 hours);
Group B – nurses working in a single-shift system (7.35 hours);
p – significance level of differences between the groups

Source: author's own analysis

Study methods

A voluntary and anonymous study was carried out in 2012. A questionnaire developed by the authors and a method for assessing a periodic diet developed by Starzyńska to analyse the quality of foods were used in the study.

The original questionnaire comprised 11 closed-ended questions, 11 open-ended questions, and 7 semi-open-ended questions. The questions were divided into two parts. The first part comprised demographics questions concerning socio-demographic features of the respondents. The second part of the questionnaire aimed to assess eating attitudes of nurses working in different shift systems, taking account of factors determining their eating habits. The questions were about daily consumption of products, regularity of eating on a non-working day, a working day, and during a night shift.

Statistical analysis of the study results

The data obtained during the survey were collected in the Microsoft Excel program (Microsoft Office). Statsoft STATISTICA 12.5 program (licensed to Warsaw Medical University) was used for statistical analysis of the results. Due to the nature of the data (qualitative, non-parametric data without normal distribution, $p > 0.05$, analysed with the use of Shapiro-Wilk test), the non-parametric statistical Mann-Whitney U test was used for statistical analysis in the case of comparing the two groups broken down by the system of work of nurses. The significance level was established at $\alpha < 0.05$.

Results

A detailed analysis of diets of the study group of nurses demonstrated that their everyday diet contained a series of nutrition errors. See **Table 2** for the frequency of eating particular meals by the study group of nurses on working and non-working days.

Table 2. Analysis of diets of the study group of nurses

Question	Group A	Group B	p
30 points: good diet, no errors	0	1	
21–27 points: sufficient diet, errors can be eliminated	12	8	
Analysis of diets			0.139
12–20 points: diet is merely sufficient, numerous errors	48	22	
<12 points: poor diet, it cannot be improved	27	8	

Frequency of having breakfast on a non-working day	regularly	50	34	0.001
	irregularly	34	4	
	not at all	3	1	
Frequency of having second breakfast on a non-working day	regularly	15	13	0.029
	irregularly	37	10	
	not at all	34	12	
Frequency of having luncheon a non-working day	regularly	43	30	0.004
	irregularly	44	9	
	not at all	0	1	
Frequency of having afternoon snack on a non-working day	regularly	6	9	0.010
	irregularly	26	10	
	not at all	55	20	
Frequency of having dinner on a non-working day	regularly	35	17	0.727
	irregularly	46	12	
	not at all	6	9	
Frequency of having breakfast on a working day	regularly	40	32	0.001
	irregularly	41	5	
	not at all	6	1	
Frequency of having second breakfast on a working day	regularly	9	16	0.001
	irregularly	36	9	
	not at all	41	12	
Frequency of having lunch on a working day	regularly	31	27	0.001
	irregularly	48	10	
	not at all	10	0	
Frequency of having afternoon snack on a working day	regularly	29	8	0.147
	irregularly	32	12	
	not at all	25	17	
Frequency of having dinner on a working day	regularly	34	13	0.541
	irregularly	46	15	
	not at all	8	10	

Group A – nurses working in a two-shift system (12 hours);
Group B – nurses working in a single-shift system (7.35 hours);
p – significance level of differences between the groups

Source: author's own analysis

Table 3 shows a detailed analysis of the regularity of having particular meals by the study group of nurses working in a two-shift system and **Table 4** shows discomfort suffered by nurses on a night shift.

Table 3. Analysis of regularity of having particular meals by the study group of nurses working in a two-shift system

Question		Group A
Regularity of having breakfast during the day and night shifts	regularly	47
	irregularly	30
	not at all	6
Regularity of having second breakfast during the day and night shifts	regularly	21
	irregularly	31
	not at all	31
Regularity of having lunch during the day and night shifts	regularly	46
	irregularly	34
	not at all	3
Regularity of having afternoon snack during the day and night shifts	regularly	12
	irregularly	31
	not at all	40
Regularity of having dinner during the day and night shifts	regularly	29
	irregularly	41
	not at all	13
Do you always have a hot meal on your night shift?	yes	15
	no	64

Group A – nurses working in a two-shift system (12 hours)

Source: author's own analysis

Table 4. Complaints of the study group of nurses after a night shift

Question	Group A	
Complaints after a night shift	lack of appetite	17
	excessive appetite	18
	nausea	8
	heartburn	11
	constipation	14
	abdominal pain	10
	headache	45
	irritation	48
	difficulty concentrating	46
	no complaints at all	10

Group A – nurses working in a two-shift system (12 hours)

Source: author's own analysis

Table 5. Number of products consumed on a working day

Question	Group A	Group B	p	
	Average number of items/glasses			
Number of products consumed on a working day	fruit	1.3	1.4	0.249
	vegetables	2	2.1	0.535
	bread	2	2.4	0.114
	diary products	1.5	1.8	0.115
	meat	2.1	2.2	0.320
	fish	0.5	0.6	0.759
	hot meal	0.5	1.1	0.037
	fast food meals	0.5	0.6	0.669
	instant meals	0.3	0.4	0.061
	sweets	4	3.4	0.007
	coffee	2.1	2.4	0.960
	tea	3.3	3.4	0.091
	milk	2.2	3.3	0.016
	energy drink	0.3	0.4	0.748
bottled water	4.4	4.5	0.735	
juice	1.2	1.3	0.467	

Group A – nurses working in a two-shift system (12 hours);

Group B – nurses working in a single-shift system (7.35 hours);

p – significance level of differences between the groups

Source: author's own analysis

Table 6. Factors influencing diets of the study group of nurses

Question	Group A	Group B	p	
Factors exerting the greatest impact on diets of nurses	work	4.3	3.9	0.042
	stress	4.4	3.7	0.001
	lack of time	4.5	4.0	0.021
	financial resources	3.1	2.8	0.276
	knowledge of healthy diet	3.1	3.4	0.348
	scope of duties	3.8	3.5	0.134
	type of work	4.4	3.8	0.001
	no meal breaks	4.2	3.5	0.005
	poor working time arrangements	3.6	3.1	0.052

Group A – nurses working in a two-shift system (12 hours);

Group B – nurses working in a single-shift system (7.35 hours);

p – significance level of differences between the groups

Source: author's own analysis

Table 7. Eating attitudes of the study group of nurses

Question		Group A	Group B	p
Dietary restrictions of nurses	no	63	32	0.047
	yes	23	7	
To what extent do nurses draw attention to what they eat?	strongly yes	7	12	0.566
	rather yes	56	23	
	strongly no	2	0	
	rather no	20	3	
	no opinion	5	2	
Influence of shift work on the change in nurses' eating attitudes	strongly yes	14	1	0.001
	rather yes	45	7	
	strongly no	3	12	
	rather no	21	0	
In your opinion, should the employer provide employees with meals?	strongly yes	36	12	0.021
	rather yes	34	12	
	strongly no	0	0	
	rather no	7	9	
In your opinion, does healthy eating contribute to your health status?	strongly yes	5	7	0.752
	rather yes	60	28	
	strongly no	23	10	
	rather no	0	0	
	rather no	1	0	
	no opinion	3	1	

Group A – nurses working in a two-shift system (12 hours);
 Group B – nurses working in a single-shift system (7.35 hours);
 p – significance level of differences between the groups

Source: author's own analysis

According to the study participants, an increase in regularity of meals would considerably improve the dietary habits of nurses. See **Table 8** for detailed data.

Table 8. Factors influencing dietary attitudes of nurses

Question	Group A	Group B	p
Regularity of eating	4.5	4.2	0.099
Eating healthy foods more often	4.1	4	0.986
Eating more fruit and vegetables	4.4	4.1	0.246
Eating more dairy products	3.6	3.2	0.075
Reducing the use of stimulants	3.6	2.8	0.016
Eating hot meals more often	4.1	3.4	0.002
Working in another shift work system	3.9	3.4	0.062

Group A – nurses working in a two-shift system (12 hours);
 Group B – nurses working in a single-shift system (7.35 hours);
 p – significance level of differences between the groups

Source: author's own analysis

Discussion

In the Polish literature there are not many publications devoted to the nutritional status of nurses. Studies conducted among Polish nurses demonstrated certain errors in their diets as well as in their lifestyles [5, 9, 11]. It is impossible to follow the principles of healthy eating, lead a systematic lifestyle, and maintain the proper level of physical activity due to the mode of work typical of this professional group [14–23].

An analysis of health-related behaviours conducted by Warchol-Stawińska showed that only every fourth nurse working in Warsaw hospitals had a healthy diet [7]. Most of their eating habits depended on the present needs and financial resources. In most cases, nurses ate easy to prepare cold meals. Nevertheless, nurses tried to eat complete products with high nutritional value, which would improve their nutritional status [7].

A study by Sokółowska demonstrated that over half of the nurses participating in the study admitted that shift work negatively influenced their eating attitudes and prevented them from eating on a regular basis [9]. Despite having knowledge of the principles of healthy eating, nurses ate unhealthy foods, blaming the lack of time resulting from overloading with work responsibilities as well as a poor financial situation for the enhance-

ment of unhealthy eating attitudes. The respondents expressed their willingness to improve their eating behaviours by eating healthier foods, eating more regularly, and changing the system of work [9].

An analysis of the quality of meals performed by Bilski showed that the nutrition of nurses was improper [5]. Night shift in particular exerts a negative impact on eating habits of nurses. Nurses' meals comprised products that were difficult to digest, highly calorific and rich in preservatives, but in order to work properly on a night shift it is important to eat a hot and complete meal, which reduces drowsiness and improves performance. The study by Bilski showed that most nurses ate cold meals and drank a lot of coffee instead of eating a hot meal [5].

A study by Brzeźniak performed among 132 nurses working in teaching hospitals in Szczecin demonstrated that, regardless of the job tenure and position, over 50% of nurses found their professional environment stressful due to too many responsibilities and poor organisation of work [8]. Stress in the workplace contributed to nutrition disorders among nurses. 30% of the study nurses complained about periodic eating disorders as well as abdominal pain after a shift [8].

The Polish literature presents only a few studies on the nutritional status and dietary habits of nurses [2, 5, 7, 9, 11, 17, 20]. Studies conducted among Polish nurses demonstrated certain errors in their diets as well as in their lifestyles. It is impossible to follow the principles of healthy eating and maintain the proper level of physical activity due to the mode of work typical of this professional group [2, 5, 7, 9, 11, 17, 20].

An analysis of health-related behaviours conducted by Warchoń-Stawińska showed that only every fourth nurse working in Warsaw hospitals had a healthy diet [7]. Most of their eating habits depended on the present needs and financial resources. Unfortunately, in most cases, nurses ate easy to prepare cold meals. Nevertheless, nurses tried to eat complete products with high nutritional value, which would improve their nutritional status [7].

Similar results were obtained in the present study. The analysis of diets by Starzyńska showed that most nurses made a lot of dietary mistakes and their diets were merely sufficient. A majority of nurses admitted that they did not pay attention to what kind of products and meals they ate. The nurses from group A (12.00 hours) ate their meals less regularly than their colleagues from group B (7.35 hours). Most nurses said that their dietary behaviours depended on the lack of time. Financial resources were not relevant to their choices.

The study by Sokołowska demonstrated that over half of the nurses participating in the study admitted

that shift work negatively influenced their eating attitudes and prevented them from eating on a regular basis [9]. Despite having knowledge of the principles of healthy eating, nurses ate unhealthy foods, blaming the lack of time resulting from overloading with work responsibilities as well as a poor financial situation for the enhancement of unhealthy eating attitudes. The respondents expressed their willingness to improve their eating behaviours by eating more healthy foods, eating more regularly, and changing the system of work [9].

The present study also demonstrated a significant correlation between shift work and eating attitudes. The analysis of eating particular meals showed that nurses ate more regularly and had a larger number of meals on their non-working days. Group B (7.35 hours) had as many as four out of five regular meals per day. The nurses from group A (12.00 hours) believed that their nutritional habits would have changed if it were not for shift work. It is encouraging that nurses were aware of the negative consequences of poor nutrition.

The analysis of the quality of meals performed by Bilski conducted among 241 practising nurses showed that their nutrition was improper [2, 5]. Night shift in particular exerts a negative impact on eating habits of nurses. Their diet at night was limited to cold meals and coffee. Nurses' meals comprised products that were difficult to digest, highly calorific and rich in preservatives. The study by Bilski showed that only 10% of nurses on duty ate a hot meal on a night shift [2, 5].

The present analysis demonstrated that nurses working on a night shift ate a smaller number of meals with lower regularity compared to a day shift. Most respondents ate regularly only breakfast and lunch. Nurses working a 12-hour shift system (group A) ate a significantly lower number of products and their diet was not varied. It is worrying that one of the respondents did not have a hot meal on her night shift.

The study by Brzeźniak performed among 132 nurses working in teaching hospitals in Szczecin demonstrated that, regardless of the job tenure and position, over 50% of nurses found their professional environment stressful due to too many responsibilities and poor organisation of work [8]. Stress in the workplace contributed to nutrition disorders among nurses. 30% of the study nurses complained about periodic eating disorders as well as abdominal pain after a shift [8].

This was also found in the present study. The nutrition of nurses was most affected by the lack of time. Nurses complained about being overloaded with work responsibilities and a lack of meal breaks. However, a majority of nurses from both groups were not convinced of a need that employers should provide them with meals. Nurses preferred to prepare food for themselves

independently. The respondents also complained about headaches as well as irritation after having a night shift.

The study by Ślusarska conducted among 150 practising nurses focused on an analysis of BMI based on measurements of body mass and height. Only 42% of the respondents had a normal BMI value [11].

A significant correlation in a BMI value was found in the present study. The mean BMI value among group A amounted to 24.8 and it was 23.1 among group B, which showed that most nurses were within normal limits. In terms of the value itself, both groups were not diverse, however, a substantially larger number of obese persons were observed in group A.

Conclusions

1. Diets of nurses from both groups contained a number of nutrition errors and the level of diets can be described as sufficient.
2. The study showed a significant correlation between shift work and regularity and variety of meals. Nurses working in a single-shift system (group B) eat more regularly compared to nurses from group A (a two-shift system).

References

1. Zużewicz K, Kwarecki K, Waterhouse J. Skutki fizjologiczne pracy zmianowej i nocnej. Warszawa: CIOP; 2001.
2. Bilski B (red.). Higiena pracy dla pielęgniarek. Wybrane zagadnienia. Poznań: Wyd. Nauk. Akademii Medycznej; 2004.
3. Głowacka M, Majchrowska A. Badanie satysfakcji zawodowej kadr pielęgniarskich. Cele i praktyczne metody zastosowania. *Piel Pol.* 2008; 1(27): 50–54.
4. Sygit E. Długoletni staż zawodowy pielęgniarek – droga ku wypaleniu zawodowemu. *Rocz Pomor Akad Med.* 2009; 55(2): 83–89.
5. Bilski B. Wpływ pracy zmianowej na sposób odżywiania się i patologię przewodu pokarmowego wśród pielęgniarek – wyniki badania pilotażowego. *Med Pracy.* 2006; 57(1): 15–19.
6. Zynarska M, Bernard D, Maksymiuk et al. Specific elements of nurse work overload. *Fam Med Prim Care Rev.* 2008; 10(4): 1351–1355.
7. Warchoń-Stawińska E, Włoch K. Zachowania zdrowotne pielęgniarek. *Zdr Publ.* 2003; 113(1/2): 156–159.
8. Brzeźniak H, Rotter I, Żużak-Bączowska K et al. Ocena wpływu wybranych czynników stresogennych na funkcjonowanie zawodowe pielęgniarek w zależności od wieku i stażu pracy. *Zdr Publ.* 2011; 121(1): 43–46.
9. Sokołowska B, Samoszuk T, Piaszczyk D. Styl życia a odżywianie pielęgniarek jako jeden z wyznaczników programów promocji zdrowia. *Ann Univ Mariae Curie-Skłodowska.* 2003; 58 (Suppl. 12) 231: 152–156.
10. Gotlib J, Rebandel H. Wstępna ocena postrzegania postaw prozdrowotnych personelu medycznego oraz własnych zachowań zdrowotnych w opiniach studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. *Piel XXI w.* 2009; 3 (28): 37–42.
11. Ślusarska B, Nowicki G, Piasecka H. Zmiany sposobu żywienia, poziomu aktywności fizycznej oraz wskaźników BMI, WHR zależne od wieku wśród osób pracujących. *Piel XXI w.* 2009; 3: 5–10.
12. Gulbicka B, Kwasek M. Wpływ dochodów na spożycie żywności w gospodarstwach domowych. Warszawa: IERiGŻ; 2001.
13. Waśkiewicz A, Sygnowska E, Szcześniewska D. Wpływ poziomu wykształcenia na żywienie wybranych grup ludności w 10-letnim okresie obserwacji – badanie Pol-MONICA Warszawa. *Żyw Człow Metab.* 2000; 27, 3: 219.
14. Indulski JA, Makowiec-Dąbrowska T, Starzyński Z. Wpływ pracy nocnej na stan zdrowia. *Med Pracy.* 1989; 11, 3: 153–161.
15. Gawęł G. Psychologiczne obciążenie pielęgniarek pracą zmianową. Badanie porównawcze systemu 8- i 12-godzinnego. *Piel Potoż.* 1991; 9–10: 146–156.
16. Makowiec-Dąbrowska T. Społeczne aspekty podejmowania przez kobiety w Polsce pracy zmianowej w nocy. *Ergonomia PAN.* 1991; 14(1): 131–135.
17. Kuriata E, Felińczak A, Grzebieluch J et al. Specyfika pracy pielęgniarskiej w szpitalu – warunki pracy i aktualne wyzwania. *Piel Zdr Publ.* 2011; 1(2): 163–167.
18. Marcinkowski JT (red.). Higiena, profilaktyka i organizacja w zawodach medycznych. Warszawa: PZWL; 2003.
19. Ogiński A, Kuleta J, Pietsch E et al. Całodobowe obciążenie kobiet zatrudnionych w pracy wielozmianowej. *Ergonomia PAN.* 1991; 14(1): 123–129.
20. Kułagowska E. Kondycja zdrowotna personelu pielęgniarskiego sal operacyjnych. *Zdr Publ.* 2007; 117(1): 40–43.
21. Kicia M, Iwanowicz-Palus G. Praca zawodowa pielęgniarki i potożnej źródłem stresu. *Piel XXI w.* 2006; 1–2: 41–43.
22. Wysokiński M, Wrońska I, Ślusarz R et al. Ocena satysfakcji z życia aktywnych zawodowo pielęgniarek regionu kujawsko-pomorskiego. *Piel XXI w.* 2009; 4(29): 53–56.
23. Grossvald B. Shift work and negative work-to-family-spillover. *J Sociol Soc Welfare.* 2003; 30: 31–56.

The manuscript accepted for editing: 10.04.2016
The manuscript accepted for publication: 25.05.2016

Funding Sources: This study was not supported.
Conflict of interest: The authors have no conflict of interest to declare.

Address for correspondence:

Joanna Gotlib
Żwirki i Wigury 61
02-091 Warsaw, Poland
phone: +48 22 5720 490, fax: 22 5720 491
e-mail: joanna.gotlib@wum.edu.pl
Division of Teaching and Outcomes of Education
Medical University of Warsaw

POZIOM WIEDZY CHORYCH Z NIESWOISTYMI ZAPALENIAMI JELIT O CHOROBIĘ I STYLU ŻYCIA

THE LEVEL OF PATIENTS' KNOWLEDGE ABOUT THE INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AND HEALTHY LIFESTYLE

Lucyna Gacek, Grażyna Bączyk, Beata Skokowska, Anna Bielawska, Rozalia Brzezińska

Pracownia Praktyki Pielęgniarskiej, Katedra Pielęgniarstwa
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2017.2>

STRESZCZENIE

Wstęp. W zakres nieswoistych zapaleń jelit wchodzi przede wszystkim dwie jednostki chorobowe: wrzodziejące zapalenie jelita grubego oraz choroba Leśniowskiego-Crohna. Są to choroby przewlekłe, nieuleczalne, z okresami zaostrzeń i remisji, o niewyjaśnionej etiologii. Pierwsze objawy choroby mogą pojawić się w różnym wieku, coraz częściej dotyczą dzieci i młodzieży. Zachorowanie na jedną z chorób wpływa znacząco na dalsze życie człowieka.

Cel. Celem pracy było poznanie poziomu wiedzy chorych z nieswoistymi zapaleniami jelit o własnej chorobie i preferowanym stylu życia.

Materiał i metoda. Grupę badaną stanowiło 67 chorych leczonych z powodu nieswoistych zapaleń jelit. W badaniu wykorzystano kwestionariusz własnego autorstwa zawierający 38 pytań. Część pierwsza dotyczyła danych ogólnych, tj. rozpoznania lekarskiego, płci, wieku, wykształcenia, sytuacji zawodowej, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego, sytuacji materialnej/finansowej, czasu trwania choroby. Kolejne pytania odnosiły się do wiedzy i zainteresowania ankietowanych własną chorobą. Pytania dotyczyły stylu życia i codziennych sytuacji życiowych: sposobu odżywiania, stosowanych używek, relacji z otoczeniem, sfery seksualnej, aktywności ruchowej i spędzania czasu wolnego. Materiał badawczy opracowano statystycznie.

Wyniki. Badani z nieswoistymi chorobami jelit mają wystarczającą wiedzę na temat własnej choroby, w tym objawów klinicznych, czynników zaostrzających objawy chorobowe oraz metod leczenia. Istnieje potrzeba ciągłego edukowania pacjentów w zakresie zalecanego dla chorych z nieswoistymi zapaleniami jelit stylu życia z uwzględnieniem leczenia dietetycznego i szkodliwości stosowania używek.

Wnioski. Pełna i zadowalająca wiedza pacjentów na temat aspektów klinicznych choroby, czynników zaostrzających przebieg choroby oraz zdrowego stylu życia może przyczynić się do kontrolowania swojego stanu zdrowia, a tym samym – do poprawy jakości i satysfakcji z życia.

SŁOWA KLUCZOWE: pacjent, nieswoiste zapalenia jelit, poziom wiedzy, styl życia.

ABSTRACT

Introduction. The range of inflammatory bowel disease (IBD) primarily consists of two entities: ulcerative colitis (UC) and Crohn's disease (CD). These are chronic incurable diseases, with periods of exacerbation and remission, and with no explained cause. The first symptoms of the disease occur in people of all ages, but more and more often they involve children and young people. Such diseases determine the future way of life of the sick person.

Aim. The aim of this study was to investigate the level of patients' knowledge about their own disease and preferred lifestyle.

Material and methods. The study group consisted of 67 patients treated for inflammatory bowel disease. The study used a questionnaire containing 38 questions. The first part concerned the general data, such as medical diagnosis, gender, age, education, employment status, place of residence, marital status, financial situation and duration of the disease. Other questions referred to the knowledge and interest of the respondents about their own disease. Questions concerned lifestyle and everyday situations, diet, drugs usage, relations, sexuality, physical activity and leisure time. The research material was analyzed statistically.

Results. Patients with nonspecific bowel disease have enough knowledge about their disease including clinical symptoms, factors aggravating them and treatment. There is a need to continuously educate patients about proper lifestyle, dietary treatment and harmfulness of the use of stimulants.

Conclusions. Full and satisfactory knowledge of the clinical aspects of the disease, factors aggravating the disease and healthy lifestyle can contribute to the control of their health and thereby improve the quality and life satisfaction.

KEYWORDS: patient, inflammatory bowel disease, knowledge, lifestyle.

Wstęp

W zakres nieswoistych chorób jelit wchodzi: wrzodziejące zapalenie jelita grubego (WZJG, łac. *colitis ulcerosa* – CU, ang. *ulcerative colitis* – UC), choroba Leśniowskiego-Crohna (ChLC, ang. *Crohn's disease* – CD) oraz nieokreślone zapalenia jelit (ang. *indeterminate colitis* –

CU, ang. *ulcerative colitis* – UC), choroba Leśniowskiego-Crohna (ChLC, ang. *Crohn's disease* – CD) oraz nieokreślone zapalenia jelit (ang. *indeterminate colitis* –

IC). Etiologia i patogenezę nieswoistych zapaleń jelit (NZJ) nie są ostatecznie wyjaśnione. Trwają badania mające na celu poznanie procesów odpowiedzialnych za inicjację oraz podtrzymywanie zapalnych chorób jelit, jednak nadal wiele aspektów tych procesów pozostaje niewyjaśnionych. Uważa się, że w rozwoju NZJ uczestniczą czynniki genetyczne, środowiskowe i immunologiczne [1].

Na udział czynnika genetycznego wskazuje rodzinne występowanie WZJG i ChLC, obserwowane w 5–10% przypadków [1]. Najistotniejszym czynnikiem środowiskowym uczestniczącym w patogenezie NZJ są drobnoustroje wchodzące w skład flory bakteryjnej. Zaburzenia ochronnych mechanizmów odpornościowych i regulacyjnych mogą powodować wystąpienie niepożądanych reakcji immunologicznych i rozwój reakcji zapalnych, co prowadzi do uszkodzenia tkanki jelitowej. Ponadto pod wpływem stosowanych z różnych przyczyn antybiotyków zaburzona flora może nasilać objawy NZJ. Badania potwierdzają, że flora bakteryjna w tych jednostkach chorobowych różni się ilościowo i jakościowo od bakterii występujących u osób zdrowych [1–3]. Istotnym czynnikiem sprzyjającym rozwojowi NZJ jest palenie tytoniu. Dodatkowo nikotyna może być też czynnikiem, który przy odpowiedniej podatności genetycznej zdeterminuje rozwój choroby w kierunku WZJG lub ChLC. Badania potwierdzają również, że osoby zaczynające palić w wieku 10–15 lat chorują znacznie częściej na NZJ niż osoby niepalące lub te, które zaczęły palić w późniejszym wieku [4–6]. W przebiegu choroby nie powinno się pomijać czynnika psychicznego. Znaczna liczba pacjentów wiąże wystąpienie pierwszych objawów choroby ze stresem. Z badań wynika, że stres wywołuje choroby, może jednak wpłynąć na jej ujawnienie się i przebieg [7]. Przyczyną NZJ jest nadwrażliwość układu immunologicznego, która prowadzi do wywołania reakcji zapalnej i powstania nacieku zapalnego złożonego zarówno z komórek nieswoistej odpowiedzi immunologicznej (granulocyty, monocyty), jak i limfocytów T i B, czego efektem jest uszkodzenie ściany przewodu pokarmowego z upośledzeniem jego funkcji [1, 2]. Nieswoiste zapalenia jelit są częściej rozpoznawane w Europie Zachodniej i Stanach Zjednoczonych niż w Azji czy Afryce. Na podstawie badań epidemiologicznych wysunięto przypuszczenie, że zachorowaniom na NZJ sprzyja dieta typowa dla mieszkańców tych szerokości geograficznych: uboga w błonnik, owoce, warzywa, a bogata w tłuszcze zwierzęce, cukier i oczyszczone węglowodany. W krajach tych zaobserwowano wzrost zachorowalności na ChLC [8].

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), określając styl życia, posługuje się najczęściej formułą Milio, która definiuje styl życia jako „wzory wyborów zachowań spośród alternatywnych możliwości, jakie dostępne są

ludziom w zależności od ich sytuacji społeczno-ekonomicznej i łatwości, z jaką są w stanie przełożyć określone zachowania nad inne” [9]. Do zachowań związanych ze zdrowiem zalicza się „wszystkie czynności zmierzające do utrzymania zdrowia lub jego przywrócenia”, a także „wszystkie relacje jednostki wywołane pogorszeniem się samopoczucia, występowaniem dolegliwości lub objawów chorobowych” [10]. Poziom wiedzy na temat choroby i przestrzeganie zalecanego stylu życia może determinować stopień odpowiedzialności za stan swojego zdrowia.

Celem pracy było poznanie poziomu wiedzy chorych z nieswoistymi zapaleniami jelit o chorobie i stylu życia zalecanym w chorobie.

Problemy badawcze:

1. Jaki jest i od czego zależy poziom wiedzy na temat własnej choroby osób leczonych z powodu nieswoistych zapaleń jelit?
2. Jaki jest i od czego zależy poziom wiedzy na temat stylu życia osób leczonych z powodu nieswoistych chorób zapalnych jelit?
3. Czym charakteryzuje się styl życia chorych na nieswoiste zapalenia jelit w badanej grupie ?

Materiał i metoda

Grupę badaną stanowiło 67 chorych leczonych z powodu nieswoistych zapaleń jelit w Oddziale Klinicznym Gastroenterologii Żywności Człowieka i Chorób Wewnętrznych w Szpitalu Klinicznym im. Heliodora Świącickiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Badania przeprowadzono w okresie od stycznia do marca 2013 r.

W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, dane zebrano za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety. Kwestionariusz zawierał 38 pytań. Część pierwsza (na którą składało się 10 pytań) dotyczyła danych społeczno-demograficznych: płci, wieku, wykształcenia, sytuacji zawodowej, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego, sytuacji materialnej/finansowej oraz klinicznych: rozpoznania lekarskiego, czasu trwania choroby. Część druga (czyli kolejne 28 pytań) odnosiła się do wiedzy i zainteresowania ankietowanych własną chorobą, zalecanego stylu życia oraz zachowań zdrowotnych podejmowanych przez tych pacjentów: sposobu odżywiania, stosowanych używek, relacji z otoczeniem, sfery seksualnej, aktywności ruchowej, spędzania czasu wolnego oraz innych problemów życiowych. W części z pytań można było wybrać jedną z możliwych odpowiedzi. W pięciu pytaniach można było zaznaczyć kilka odpowiedzi. Dwa pytania były otwarte i dotyczyły znajomości czynników zaostrzających przebieg choroby oraz stosowanych aktualnie z powodu choroby leków.

Analiza statystyczna wyników przeprowadzona została za pomocą programu SPSS 16. Do weryfikacji hipotez użyto testu chi-kwadrat.

Charakterystyka grupy badanej

W badaniu uczestniczyło 67 chorych, w tym 42 z chorobą Leśniowskiego-Crohna i 25 pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego. Kobiety stanowiły 55,2% ogólnej liczby badanych, mężczyźni – 44,8%. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby w przedziale wieku 30–50 lat (46% badanych). Drugą pod względem liczebności grupą byli chorzy poniżej 30. roku życia (42%). Najmniej liczną grupę reprezentowali badani powyżej 50. roku życia (12%). Niemal połowa spośród kobiet nie osiągnęła jeszcze 30. roku życia. Wśród mężczyzn dominowali pacjenci w wieku 30–50 lat, stanowili 53,3% badanych. U 62,2% kobiet zdiagnozowano chorobę Leśniowskiego-Crohna, natomiast wrzodziejące zapalenie jelita grubego u 37,8%. Wśród mężczyzn 63,3% chorowało na chorobę Leśniowskiego-Crohna i 36,7% na wrzodziejące zapalenie jelita grubego.

U 29,9% badanych choroba trwała krócej niż 2 lata, 28,4% badanych to osoby chorujące 2–5 lat, a 25,3% badanych to osoby chorujące 5–10 lat. Powyżej 10 lat chorowało 16,2% badanych.

Najliczniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem wyższym – 41,8%; 28,4% to badani z wykształceniem średnim. Wykształcenie zawodowe miało 16,4% badanych, 10,4% stanowili uczniowie/studenci. Najmniej liczną grupę stanowili badani z wykształceniem podstawowym – 3%.

Wśród ankietowanych 91% uznało, że głównym źródłem ich wiedzy o chorobie byli lekarze. Drugim niemal równie popularnym źródłem informacji był Internet, z którego korzystało ponad 85% badanych. Pielęgniarki stanowiły źródło wiedzy dla 40% chorych, natomiast 38,9% korzystało z publikacji i ulotek.

Charakterystyka stylu życia badanej grupy

Aż 70,1% ankietowanych na pytanie, czy uważa, że prawidłowo się odżywia, odpowiedziało „Tak”. Niemal wszyscy badani (85%) posiłki spożywali w domu, 82,1% gotuje posiłki samodzielnie, nieliczni pacjenci (3%) korzystają z dań gotowych. Co szósty badany (14,9%) najczęściej jada w stołówkach lub restauracjach. Spośród badanych nikt nie zaznaczył jako najczęstszego miejsca spożywania posiłków restauracji typu fast food.

Wśród ankietowanych zdecydowana większość (58%) poświęca na aktywność fizyczną nie więcej niż godzinę dziennie. Brak jakiegokolwiek aktywności ruchowej deklaruje niemal co dziesiąty respondent (9%). Zadowolenie ze sposobu, w jaki spędza swój wolny czas, zadeklarowało 68,7%. Co trzeci ankietowany stwierdził, że sposób, w jaki spędza wolny czas, jest niezadowolający (31,3%). Za dobrą własną sprawność fizyczną uznało 43,3% respondentów.

Tylko 10,4% badanych pali papierosy, co trzeci z nich stara się ograniczyć ich liczbę (17,9%). Ponad

70% ankietowanych to osoby niepalące. Połowa respondentów (50,7%) deklaruje całkowitą abstynencję, 46,3% pije alkohol okazjonalnie. Dwie osoby przyznały, że spożywają alkohol często.

Ponad połowa ankietowanych twierdzi, że choroby zapalne jelit wpływają na relacje z otoczeniem (58,2%). Co czwarty respondent nie wie, czy ma jakikolwiek wpływ na relacje chorego z otoczeniem (25,4%). Ponad 64% ankietowanych unika spotykania się w miejscach, w których mogliby mieć kłopot z dostępem do toalety. Podobnych środków ostrożności nie stosuje 36% respondentów.

Zadowolenie ze swego życia intymnego deklaruje 52,2% ankietowanych, natomiast niezadowolonych jest 19,4%. Na pytanie, czy choroby jelit ich zdaniem mają wpływ na życie seksualne, prawie 30% ankietowanych uznało, że „Tak”, tyle samo respondentów udzieliło odpowiedzi, że choroba nie ma wpływu, a 40% badanych uznało, że trudno powiedzieć, czy choroby jelit mają wpływ na życie seksualne.

Wiedza pacjentów z nieswoistymi zapaleniami jelit o chorobie

Ankietowani w 91% prawidłowo odpowiedzieli, że wrzodziejące zapalenie jelita grubego i choroba Leśniowskiego-Crohna to choroby przewlekłe i nieuleczalne. Na pytanie dotyczące przyczyn choroby badani mogli zaznaczyć kilka odpowiedzi (**Tabela 1**). W badanej grupie 56,7% respondentów wiedziało, że wśród przyczyn występowania choroby są czynniki środowiskowe i immunologiczne, na czynniki genetyczne wskazało 49,3% badanych, błędy dietetyczne wskazało 43,3% pacjentów, niehigieniczny tryb życia – 26,9%, wirusy i bakterie – 16,4% badanych. Większość respondentów (80,6%) prawidłowo wskazała, że przyczyna ich choroby nie jest ostatecznie poznana.

Tabela 1. Przyczyny wystąpienia nieswoistych zapaleń jelit według badanych pacjentów

Table 1. The cause of inflammatory bowel disease according to the patients studied

Przyczyny NZJ/Grounds of IBD	Liczba odpowiedzi/ Number of answers	Procent/Percent
Czynniki genetyczne/Genetic factors	33	49,3
Czynniki środowiskowe i immunologiczne/Environmental and immunological factors	38	56,7
Wirusy, bakterie/Viruses, bacteria	11	16,4
Błędy dietetyczne/Diet mistakes	29	43,3
Niehigieniczny tryb życia/ Unhygienic lifestyle	18	26,9
Przyczyna nie jest ostatecznie poznana/Cause unknown	54	80,6

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Przy pytaniu o najczęstsze objawy nieswoistych zapaleń jelit umieszczono tylko poprawne odpowiedzi. Do objawów najczęściej wskazywanych przez pacjentów należały: biegunka (92,5%), ból brzucha (83,6%), spadek masy ciała (76,1%), krew w stolcu (70,1%), osłabienie (68,7%) i anemia (46,3%). Obrzęki jako objaw NZJ wskazało tylko 13,4% chorych.

Na pytanie dotyczące możliwości posiadania potomstwa przez osobę chorą na nieswoiste zapalenia jelit 61,2% ankietowanych odpowiedziało prawidłowo, że mogą posiadać potomstwo, 6% badanych było zdania, że kobieta powinna przerwać leczenie farmakologiczne na czas ciąży, a 3% uznało, że w ogóle nie powinna mieć dzieci.

Wiedza kobiet i mężczyzn na temat możliwości urodzenia zdrowego dziecka przez kobietę chorą na NZJ różni się istotnie statystycznie ($p = 0,002$) (Tabela 2). Kobiety zdecydowanie częściej świadome były, że mogą urodzić zdrowe dzieci. Odpowiedzi takiej udzieliło ponad 78% kobiet i 40% mężczyzn.

Tabela 2. Wiedza kobiet i mężczyzn na temat możliwości posiadania potomstwa
Table 2. Knowledge about the possibility of having children by sex

		Kobiety chorujące na NZJ/Women suffering from inflammatory bowel disease				Chi-kwadrat Pearsona/Chi-square test		
		nie powinny mieć dzieci/should not have children	powinny przerwać leczenie farmakologiczne w czasie ciąży/should stop pharmacological treatment in pregnancy	mogą urodzić zdrowe dzieci/can I don't know healthy children	Suma/Sum	df/degrees of freedom	Poziom istotności/Significance level	
Płeć/ Sex	kobieta/ woman	2	1	29	5	37	3	0,002
	procent/ per cent	5,4	2,7	78,4	13,5	100,0		
mężczyzna/ man	liczba/ number	0	3	12	15	30	3	0,002
	procent/ per cent	0	10,0	40,0	50,0	100,0		
Suma/Sum		liczba/ number	2	4	41	20	67	
		procent/ per cent	3,0	6,0	61,2	29,9	100,0	

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Badanym zadano pytanie, czy sytuacje stresowe mogą przyczynić się do zaostrzenia objawów choroby – 76,7% mężczyzn oraz 91,9% kobiet odpowiedziało prawidłowo, że stres ma wpływ na przebieg choroby. Odpowiedzi „Nie wiem” zdecydowanie częściej udzielił mężczyźni (26,6%). Analiza testem chi-kwadrat nie wykazała istnienia różnic pomiędzy zmiennymi.

Na pytanie, czy nieswoiste zapalenia jelit są przeciwwskazaniem do podejmowania aktywności ruchowej, odpowiedzi były zróżnicowane. Istnieje statystycznie istotna zależność ($p = 0,00044$ przy poziomie istotności $p < 0,001$) pomiędzy odpowiedzią na pytanie o to, czy choroba jest przeciwwskazaniem do aktywności ruchowej, a wykształceniem badanych. Najwięcej prawidłowych odpowiedzi, że choroba, na którą cierpią, nie stanowi przeciwwskazania do podejmowania aktywności ruchowej, zaznaczyli ankietowani z wykształceniem wyższym – 85,7%, oraz średnim – 84,2%. Częściej niepoprawnej odpowiedzi udzielił badani z wykształceniem zawodowym (54,5%) oraz uczniowie i studenci (28,6%).

Na pytanie, jak badany ocenia swój poziom wiedzy o NZJ, 59,7% odparło, że jest on wystarczający, 11,9% uznało go za wysoki, a 20,9% – za niski.

Wiedza o stylu życia zalecanym dla chorych z NZJ

Na pytanie dotyczące samooceny posiadanej wiedzy na temat diety w NZJ 14,9% ankietowanych odpowiedziało, że poziom ich wiedzy jest wysoki, 58,2% – że wystarczający, za niski uznało go 13,4% i tyle samo badanych nie potrafiło określić, jaka jest ich wiedza dotycząca diety w chorobach jelit. Na pytanie dotyczące wiedzy na temat zaleceń żywieniowych w chorobie jelit 95,5% chorych odpowiedziało poprawnie, że podczas nasilenia objawów należy stosować dietę lekkostrawną, 7,5% badanych nie wiedziało, że nie powinni spożywać wszystkich rodzajów owoców w czasie nasilenia objawów choroby; 58,2% respondentów wiedziało o konieczności ograniczenia spożycia mleka w diecie, a 49,3%, że należy zmniejszyć ilość błonnika, natomiast 40,3% osób zaznaczyło, że trzeba zwiększyć spożycie wody oraz ograniczać ilość wypijanej kawy i herbaty (38,8%). Tylko 4,5% badanych wybrało błędną odpowiedź, uznając, że dieta nie ma żadnego znaczenia, jeżeli przyjmują zlecone przez lekarza leki (Tabela 3).

Tabela 3. Wiedza pacjentów o diecie zalecanej w chorobie jelit
Table 3. Patients' knowledge about diet recommended in bowel disease

Sugerowane odpowiedzi dotyczące wiedzy na temat diety/ <i>Suggested answers on knowledge about diet</i>	Liczba prawidłowych odpowiedzi wg respondentów*/ <i>Number of answers</i>	Procent/ <i>Per cent</i>
Podczas nasilenia się objawów należy stosować dietę lekkostrawną/ <i>In case of worsening symptoms light diet is recommended</i>	64	95,5
W chorobach jelit wskazane jest zwiększenie spożycia wody/ <i>In bowel disease increased intake of water is recommended</i>	27	40,3
Należy ograniczyć ilość mleka w swojej diecie/ <i>Limited intake of milk is recommended</i>	39	58,2
Podczas nasilenia się objawów należy ograniczyć spożywanie produktów zawierających błonnik/ <i>In case of worsening symptoms intake of products containing dietary fibre should be limited</i>	33	49,3
Kawa i herbata mogą wywoływać biegunkę/ <i>Coffee and tea may cause diarrhea</i>	26	38,8
Podczas nasilenia się objawów można spożywać wszystkie owoce bez wyjątku/ <i>In case of worsening symptoms one can eat all kinds of fruits</i>	5	7,5
Dieta nie ma znaczenia, jeżeli regularnie przyjmuję zlecone przez lekarza leki/ <i>If one takes all prescribed medications, diet does not make any difference</i>	3	4,5

* Każdy z chorych mógł zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

W celu analizy stylu życia pacjentów z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit poproszono pacjentów o ponowne rozwiązanie tabeli, z tym że mieli odpowiadać teraz „Tak – stosuję się do wytycznych dotyczących prawidłowego postępowania żywieniowego” lub „Nie – nie stosuję się do nich” (**Tabela 4**). W każdym punkcie było więcej osób deklarujących przestrzeganie prawidłowej diety niż chorych, którzy nie stosowali się do zaleceń. Najwięcej osób stosowało prawidłowo dietę lekkostrawną w trakcie zaostrzenia choroby (67,16%), unikało nadmiaru spożywania kawy i herbaty (67,16%) oraz ograniczało mleko w diecie (64,18%).

Tabela 4. Deklarowany przez badanych chorych sposób żywienia w chorobie jelit

Table 4. Stated nutrition in bowel disease according to the patients studied

Stwierdzenia dotyczące diety w chorobie/ <i>Statements about diet in disease</i>	Czy uważasz, że prawidłowo się odżywasz?*/ <i>Do you think that you eat healthy?</i>		Suma/ <i>Sum</i>
	Nie/No	Tak/Yes	
Podczas nasilenia się objawów należy stosować dietę lekkostrawną/ <i>In case of worsening symptoms light diet is recommended</i>	18 26,86%	45 67,16%	63
W chorobach jelit wskazane jest zwiększenie spożycia wody/ <i>In bowel disease increased intake of water is recommended</i>	11 16,42%	15 22,39%	26
Należy ograniczyć ilość mleka w swojej diecie/ <i>Limited intake of milk is recommended</i>			
Podczas nasilenia się objawów należy ograniczyć spożywanie produktów zawierających błonnik/ <i>In case of worsening symptoms intake of products containing dietary fibre should be limited</i>	14 20,89%	24 35,82%	38
Kawa i herbata mogą wywoływać biegunkę/ <i>Coffee and tea may cause diarrhea</i>			
Podczas nasilenia się objawów można spożywać wszystkie owoce bez wyjątku/ <i>In case of worsening symptoms one can eat all kinds of fruits</i>	8 11,94%	24 35,82%	32
Podczas nasilenia się objawów należy stosować dietę lekkostrawną/ <i>In case of worsening symptoms light diet is recommended</i>	7 10,43%	18 26,87%	25
W chorobach jelit wskazane jest zwiększenie spożycia wody/ <i>In bowel disease increased intake of water is recommended</i>			
Należy ograniczyć ilość mleka w swojej diecie/ <i>Limited intake of milk is recommended</i>			
Podczas nasilenia się objawów należy ograniczyć spożywanie produktów zawierających błonnik/ <i>In case of worsening symptoms intake of products containing dietary fibre should be limited</i>	19 28,36%	43 64,18%	62
Kawa i herbata mogą wywoływać biegunkę/ <i>Coffee and tea may cause diarrhea</i>	18 26,37%	45 67,16%	63

* W kolumnach podano liczbę całkowitą badanych odpowiadających na twierdzenie oraz ich wartość procentową względem całej grupy badanej (N=67); nie wszyscy chorzy odpowiadali na każde pytanie

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Odpowiadając na pytanie, czy palenie papierosów szkodzi w chorobach NZJ, 44,8% respondentów zgodziło się z tym, że palenie papierosów jest szkodliwe, 10,4% odpowiedziało, że nie ma wpływu, a aż 44,8% odpowiedziało, iż nie wiedzą, że palenie papierosów ma szkodliwy wpływ na przebieg choroby (**Tabela 5**). Wykazano statystycznie istotną zależność ($p = 0,032$ przy poziomie istotności $p < 0,05$) pomiędzy wiekiem respondentów a odpowiedzią na to pytanie. Najwięcej, bo aż 87,5%, badanych powyżej 50. roku życia uznało szkodliwy wpływ palenia papierosów na przebieg i leczenie NZJ. W grupie 30–50 lat 39,3% badanych było

podobnego zdania. Najmłodsze osoby, poniżej 30. roku życia, odpowiadały najczęściej (57,1%), że nie wiedzą, czy palenie papierosów ma wpływ na choroby jelit.

Tabela 5. Wiedza na temat wpływu palenia papierosów na NZJ z uwzględnieniem wieku

Table 5. Knowledge about the effects of smoking on IBD by age

Wiek/ Age	Czy Pani/Pana zdaniem palenie papierosów ma wpływ na choroby jelit?/Do you think that smoking has an effect on intestinal diseases?				Suma/ Sum	Chi-kwadrat Pearsona/ Chi-square test	Poziom istotno- ści/ Signifi- cance level (p<0,05)
		Tak/ Yes	Nie/ No	Nie wiem/ Don't know			
< 30	liczba/ number	11	1	16	28	4	0,032
	procent/ per cent	39,3	3,6	57,1	100,0		
30–50	liczba/ number	12	5	13	30		
	procent/ per cent	40,0	16,7	43,3	100,0		
50 <	liczba/ number	7	1	0	8		
	procent/ per cent	87,5	12,5	0	100,0		
Suma/Sum	liczba/ number	30	7	29	66		
	procent/ per cent	45,5	10,6	43,9	100,0		

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Na pytanie, czy picie alkoholu wpływa negatywnie na przebieg choroby, 49,3% ankietowanych odpowiedziało, że zdaje sobie sprawę ze szkodliwego wpływu alkoholu na chorobę, 38,8% stwierdziło, że nie dysponuje wiedzą na ten temat, a 11,9% badanych zaprzeczyło istnieniu szkodliwego wpływu.

Dyskusja

Celem przeprowadzonych badań było poznanie wiedzy chorych na temat nieswoistych chorób zapalnych jelit, prawidłowego stylu życia, jaki chorzy z chorobą Leśniowskiego-Crohna czy WZJG powinni prowadzić, oraz czy badani rzeczywiście taki styl życia prowadzili. Na podstawie otrzymanych wyników można wnioskować, że wiedza chorych na temat zarówno samej choroby, jak i prawidłowego stylu życia jest prawidłowa. Większość badanej grupy chorych definiuje swoją chorobę prawidłowo, jako

przewlekłą, nieuleczalną, z okresami zaostrzeń i remisji, o niewyjaśnionej etiologii. Potrafią wskazać najczęstsze objawy choroby i czynniki szkodliwe w chorobach jelit. Większość pacjentów jest przekonana, że odżywia się prawidłowo. Potwierdza to fakt, że niemal wszyscy ankietowani posiłki przyrządzają samodzielnie, w domu, korzystając ze świeżych produktów pozbawionych konserwantów i zalecanych w chorobach jelit. Nikt nie podawał, że korzysta z barów i spożywa potrawy typu fast food, w których zawarty jest tłuszcz używany wielokrotnie do smażenia. Jednak nie wszystkie odpowiedzi badanych dotyczące stosowanej przez nich diety wskazują, że przestrzegają oni zaleceń dietetycznych. W literaturze [11, 13] określa się zasady żywienia, które mają za zadanie prawidłowo wpływać na stan fizyczny chorego w różnych fazach choroby. Z diety chorego należy wyłączyć produkty źle tolerowane, które wywołują lub nasilają dolegliwości. Zaleca się unikać mocnej herbaty i kawy, ponieważ stymulują kurczliwość jelit, tym samym mogą nasilać biegunkę. Zaleca się również unikanie pokarmów o dużej zawartości siarki, np. pełnowartościowego mleka, jaj, sera żółtego, mięsa, warzyw kapustowatych, wina, produktów ze sztucznymi barwnikami i konserwantami, ponieważ wpływają na produkcję nieprawidłowego śluzu jelitowego i w konsekwencji uszkodzenie jelita. Wśród badanych pacjentów nie wszyscy wiedzieli, że wskazane jest zwiększenie spożycia wody, że należy ograniczyć spożycie mleka i błonnika, że kawa i herbata mogą wywoływać biegunkę lub że nie wszystkie owoce można spożywać podczas nasilenia objawów choroby [11–13]. Badań dotyczących oceny poziomu wiedzy pacjentów z nieswoistymi zapaleniami jelit w polskim piśmiennictwie jest niewiele. Na uwagę zasługuje badanie przeprowadzone przez Perek i Cepuch w grupie młodzieży chorej na nieswoiste zapalenie jelit [16]. Według badaczek młodzież wykazuje zainteresowanie swoim stanem zdrowia, ma niezbędną wiedzę, aby w pełni uczestniczyć w leczeniu choroby. Wyniki badań własnych oraz Perek i Cepuch są zbliżone zwłaszcza w zakresie znajomości przyczyn choroby, zaleceń żywieniowych, szkodliwości stosowania używek, pomimo że badano inną grupę wiekową. Płeć, wiek, wykształcenie czy czas trwania choroby ankietowanych w badanej grupie nie wpływa na poziom wiedzy na temat własnej choroby.

Ponad połowa badanych deklarowała, że nie pali papierosów lub porzucili nałóg w przeszłości. Niepokojący jest brak wiedzy wśród chorych palących o wpływie palenia papierosów na ich chorobę (71%). O szkodliwości palenia przekonane są przede wszystkim osoby ograniczające palenie oraz te, które palenie rzuciły. Również pojawia się statystycznie istotna zależność pomiędzy wiekiem respondentów a odpowiedzią

na pytanie o wpływ palenia na choroby jelit. O tym, że palenie ma szkodliwy wpływ na choroby jelit, wie 88% badanych powyżej 50. roku życia. Chorzy w tym wieku znacznie ograniczają palenie lub całkiem rezygnują z nałogu. Nadal trwają badania na temat wpływu palenia tytoniu na przebieg nieswoistych zapaleń jelit. Dotychczasowe wyniki wskazują na różnice pomiędzy wpływem tytoniu u chorych z chorobą Leśniowskiego-Crohna, który jest negatywny, a reakcją na tytoń chorych z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego, która w niektórych przypadkach łagodzi jelitowe objawy choroby [4, 5]. Docierające do pacjentów informacje mogą przyczynić się do ich dezorientacji w tym zakresie i sprawa ta wymaga zaangażowania ze strony specjalistów, czyli personelu medycznego, który poprawnie zweryfikuje ich wiedzę.

Na podstawie odpowiedzi zawartych w kwestionariuszu i po ich analizie można stwierdzić, że istotny czynnik środowiskowy, jakim jest stres w życiu badanych osób, słusznie uznawany jest przez badaczy za przyczynę choroby lub czynnik zaostrzający jej przebieg. Mawdsley i wsp., badając efekty wpływu stresu psychologicznego na odpowiedź immunologiczną u chorych na nieaktywną postać wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, wykazali, że na skutek działania ostrego stresu może dochodzić do indukcji systemowej i śluzówkowej reakcji zapalnej, co może być powodem zaostrzenia przebiegu choroby [7]. Większość chorych wie, że czynnik genetyczny może być przyczyną NZJ, ale mają świadomość, że nie jest to przeciwwskazanie do posiadania potomstwa i że kobieta może urodzić zdrowe dziecko. Istotne różnice na ten temat pojawiły się między kobietami a mężczyznami – kobiety zdecydowanie częściej były świadome faktu, że mogą urodzić zdrowe dzieci. Najnowsze zalecenia, w tym opracowane przez European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO), podkreślają, że planowanie ciąży ma fundamentalne znaczenie, gdyż zapłodnienie powinno nastąpić w okresie remisji klinicznej. Wówczas zarówno płodność, jak i sam przebieg ciąży nie różnią się zasadniczo u pacjentek z NZJ w porównaniu do populacji ogólnej [14].

Wystąpienie choroby prawdopodobnie przyczyniło się do opinii wśród ponad połowy ankietowanych, że nieswoiste zapalenia jelit wpływają na relacje z otoczeniem. Pilne i częste korzystanie z toalety, pobyty w szpitalu w związku z chorobą oraz ograniczenia żywieniowe mogą wpływać niekorzystnie na relacje interpersonalne. Pokrywa się to z procentem osób badanych, które unikają uczestniczenia w spotkaniach odbywających się w miejscach, gdzie nie ma bliskiego dostępu do toalety. Z przeprowadzonych badań wynika również, że połowa respondentów deklaruje zadowolenie ze swego życia intymnego. O zadowoleniu mówi też

niemalże 80% chorych w kontekście spędzania swojego czasu wolnego, preferowaną formą wypoczynku wśród badanych chorych są spotkania towarzyskie. Wśród ankietowanych zdecydowana większość poświęca na aktywność ruchową nie więcej niż godzinę dziennie i podobna liczba osób swoją sprawność fizyczną ocenia jako bardzo dobrą. Tylko 10% przepytanych osób jest niezadowolonych ze swojej sprawności fizycznej.

W badaniu wykazano, że popularnym źródłem wiedzy o chorobie są łatwo dostępny Internet oraz lekarz. Z powyższych obserwacji można wysunąć wnioski, że chorzy wiedzą, gdzie szukać informacji o chorobie i możliwości te wykorzystują. Informowanie pacjentów przez personel medyczny jest niewątpliwie ważnym elementem w procesie leczenia wszystkich chorych – w tym chorych z nieswoistymi zapaleniami jelit. Istnieje potrzeba stałego edukowania pacjentów w zakresie klinicznym choroby i zalecanego stylu życia.

Wnioski

1. Pacjenci z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit wykazują wysoki poziom wiedzy na temat swojej jednostki chorobowej. Na wszystkie pytania zdecydowana większość chorych odpowiadała prawidłowo.
2. Głównym źródłem wiedzy pacjenta na temat nieswoistych zapaleń jelit są personel medyczny (przede wszystkim lekarz) oraz Internet. Wynika z tego, że pacjenci braki w informacjach uzyskanych głównie od lekarzy uzupełniają, korzystając z nie zawsze pewnych źródeł internetowych, a nie otrzymują ich od specjalistów.
3. Analiza wpływu danych demograficznych wykazała różnice dotyczącą wiedzy na temat posiadania potomstwa. Kobiety były bardziej świadome braku ograniczeń niż mężczyźni, co może wynikać z faktu, że to one ponoszą ciężar biologicznego utrzymania ciąży i porodu.
4. Wykazano, że istnieje zależność pomiędzy wykształceniem (wyższym) a aktywnością ruchową. Osoby z wyższym wykształceniem mają wiedzę o dostępie do różnych źródeł informacji, wykazują większą świadomość informacyjną.
5. Analiza statystyczna wskazała, że osoby po 50. roku życia miały pełną świadomość, że palenie papierosów wpływa negatywnie na przebieg NChJ. Prawdopodobnie wiąże się to z większym doświadczeniem życiowym lub też ze współistniejącymi chorobami.
6. Jak wynika z danych zawartych w niniejszej pracy, styl życia prowadzony przez badanych nie odbiega od wiedzy i jest prawidłowy. Styl życia chorych charakteryzuje się przestrzega-

niem diety, znormalizowaną aktywnością życiową i ograniczeniem używek.

Piśmiennictwo

1. Bartnik W. Wytyczne postępowania w nieswoistych chorobach zapalnych jelit. *Prz Gastroenterol.* 2007; 2(5): 215–229.
2. Radwan P, Radwan-Kwiatek K, Skrzydło-Radomańska B. Rola mikroflory jelitowej w nieswoistych zapaleniach jelit. *Prz Gastreneterol.* 2009; 4(1): 1–6.
3. Skrzydło-Radomańska B, Radwan P, Radwan-Kwiatek K. Czy *Helicobacter* odgrywa rolę w nieswoistych chorobach zapalnych jelit. *Prz Gastroenterol.* 2009; 4(4): 178–183.
4. Molenda M, Bober J, Stańkowska-Walczak D, Stańczyk-Dunaj M. Palenie papierosów czynnikiem sprzyjającym powstawaniu nieswoistych chorób zapalnych jelit. *Rocz Pomor Akad Med.* 2010; 56(3): 50–54.
5. Rosińska A, Więckowicz M, Cichy W. Wpływ nikotyny i innych składników dymu tytoniowego na przebieg nieswoistych zapaleń jelit u dzieci i dorosłych. *Gastroenterol Pol.* 2006; 13(20): 131–135.
6. Kotuła I, Kasicka-Jonderko A, Jonderko K. Nienowotworowe następstwa oddziaływania palenia papierosów na czynność układu trawiennego. *Wiad Lek.* 2004; 57(9–7): 473–479.
7. Kamrowska A, Kasprzak K, Marciniak J, Goch A, Kamrowski C. Lęk i depresja we wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego i chorobie Leśniowskiego-Crohna. *Pol Merk Lek.* 2010; 28, 165(239): 239–241.
8. Paradowski L, Neubauer K, Kollbek P. Epidemiologia nieswoistych zapaleń jelit, skala problemu. *Med Dypl.* 2007; supl. 5–7: 33–37.
9. Milio N. Health through public policy. Ottawa 1986. Za: Ostrowska A (red.). *Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia.* Warszawa: IFiS PAN; 1999. 26.
10. Ostrowska A. Realizacja prozdrowotnego stylu życia w Polsce. W: Ostrowska A (red.). *Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia.* Warszawa: IFiS PAN; 1999. 33–120.
11. Neubauer K, Poniewierska E. Rola diety w nieswoistych zapaleniach jelit. *Gastroenterol Pol.* 2010; 17(1): 74–76.
12. Kargulewicz A, Stankowiak-Kulpa H, Grzymiśławski M. Rola leczenia żywieniowego w chorobie Leśniowskiego-Crohna. *Gastroenterol Pol.* 2010; 17(4): 300–303.
13. Kamińska B, Landowski P. Rola wybranych czynników środowiskowych w etiopatogenezie nieswoistych zapaleń jelit. *Forum Med Rodz.* 2009; 3(1): 42–48
14. Kierkuś J, Szymańska E, Szymańska S, Kamińska E. Wpływ nieswoistych zapaleń jelit na ciążę i płodność – zasady postępowania, specyfika leczenia. *Dev Period Med.* 2013; 17, 1: 77–84.
15. Dobrowolska-Zachwieja A, Jakubowska-Burek L. Korzyści leczenia biologicznego u osób z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit. *Prz Gastroenterol.* 2010; 5(2): 68–76.
16. Perek M, Cepuch G. Poziom wiedzy i jakość życia młodzieży chorej na nieswoiste zapalenia jelit. *Piel XXI w.* 2011; 2(35): 45–50.

Artykuł przyjęty do redakcji: 16.02.2016

Artykuł przyjęty do publikacji: 13.06.2016

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Lucyna Gacek

ul. Jana Henryka Dąbrowskiego 79

60-959 Poznań

tel.: 61 8546 864

e-mail: lgpoznan@o2.pl

Pracownia Praktyki Pielęgniarskiej, Katedra Pielęgniarstwa

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

OCENA SKUTECZNOŚCI OPIEKI OTRZYMYWANEJ OD PIELEŃNIAREK I NIEPROFESJONALNYCH OPIEKUNÓW DOKONANA PRZEZ CHORYCH NA REUMATOIDALNE ZAPALENIE STAWÓW

EFFECTIVENESS OF CARE RECEIVED FROM NURSES AND NON-PROFESSIONAL CAREGIVERS EVALUATED BY PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

Magdalena Staszkiwicz¹, Anna Nawalana¹, Aldona Wróbel¹, Anna Majda²

¹ studentka studiów doktoranckich na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum w Krakowie

² Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum w Krakowie

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2017.3>

STRESZCZENIE

Wstęp. Choroby reumatyczne przebiegają z epizodami remisji i zaostrzeń. W każdym z tych okresów chorzy muszą przystosowywać się do ograniczeń, jakie powstają w wyniku choroby, oraz przeorganizować swoje życie, często jednocześnie uzależniając się od osób innych. Wysoki poziom sprawowanej i otrzymywanej opieki może pozytywnie wpływać na jakość życia chorych na reumatoidalne zapalenie stawów (RZS).

Cel. Celem pracy była ocena skuteczności otrzymywanej opieki od pielęgniarek i opiekunów nieprofesjonalnych oraz jej wpływu na wybrane obszary życia chorych na RZS.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono w 2015 r. na terenie oddziału reumatologicznego w Małopolsce. W badaniach uczestniczyło 40 chorych na RZS. W badaniu wykorzystano autorskie narzędzie badawcze – Skalę Skuteczności Otrzymywanej Opieki (SSOop), którą poddano procesowi standaryzacji. Drugim narzędziem był Kwestionariusz Nottingham Health Profile (NHP).

Wyniki. Poziom skuteczności otrzymywanej opieki od pielęgniarek i opiekunów nieprofesjonalnych w opinii chorych na RZS był głównie na poziomie wysokim oraz umiarkowanym i nie różnił się. Jednakże wysoki poziom otrzymywanej opieki od opiekunów korelował z wysoką jakością życia chorych na RZS w skalach: reakcje emocjonalne oraz wyobcowanie społeczne ($p < 0,01$).

Wnioski. Wysoki poziom skuteczności otrzymywanej opieki od opiekunów nieprofesjonalnych warunkował wysoką jakość życia chorych na RZS w obszarze psychospołecznym.

SŁOWA KLUCZOWE: reumatoidalne zapalenie stawów, jakość życia, opieka.

ABSTRACT

Introduction. Rheumatic diseases have episodes of remission and exacerbation. In each of these periods, patients must adapt to the limits caused by disease and reorganize their lives. It often leads to being dependent on other persons. High levels of performed and received care can positively affect the quality of life of patients with rheumatoid arthritis (RA).

Aim. The aim of this study was to assess the effectiveness of care received from nurses and non-professional caregivers and its impact on selected areas of life of patients with RA.

Material and methods. The study was conducted in 2015 in the Department of Rheumatology in Małopolska. The study involved 40 patients with RA. In the study authors used their own research tool – Efficacy Scale of Received Care, which had undergone a process of standardization. The second tool was a questionnaire – Nottingham Health Profile (NHP).

Results. The level of effectiveness of the care received from nurses and non-professional caregivers in the opinion of RA patients was mainly at the level of high and moderate and did not differ. However, the high level of care received from caregivers correlated with the quality of life of patients with RA in reference to: emotional reactions and social alienation ($p < 0.01$).

Conclusions. The high level of effectiveness of care received from non-professional caregivers conditioned the quality of life of the patients with rheumatoid arthritis in the psychosocial.

KEYWORDS: rheumatoid arthritis, quality of life, care.

Wstęp

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) jest chorobą układową tkanki łącznej o podłożu autoimmunologicznym [1, 2].

Kobiety chorują trzy razy częściej niż mężczyźni. Szczyt zapadalności przypada na 4. i 5. dekadę życia. Po 2 latach u chorego z nieleczonym RZS dochodzi do

znacznej destrukcji stawów [2]. Charakterystyczne objawy stawowe u pacjenta z RZS to m.in. symetryczny ból i obrzęk stawów rąk i stóp oraz sztywność poranna [3]. Często objawom stawowym w RZS towarzyszą stany podgorączkowe, bóle mięśni, utrata masy ciała i przewlekłe zmęczenie [4, 5].

W 2012 r. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego oszacował, że w Polsce na poważne dolegliwości reumatyczne, które mogą stać się przyczyną inwalidztwa (w tym również RZS), cierpi 10% mężczyzn i 25% kobiet między 30. a 60. rokiem życia [6]. Co najmniej 12,1% przypadków absencji chorobowej związanych jest z chorobami reumatycznymi [7].

„Jakość życia” to termin, który przyjął się na Zachodzie Europy w połowie ubiegłego stulecia. Najpierw miał on znaczenie czysto materialne, później poszerzono jego zakres do aspektów poczucia szczęścia, bycia zdrowym, posiadania wykształcenia i zdolności do rozwoju [8, 9].

RZS jest chorobą, która w dużej mierze decyduje o jakości życia chorych [10]. Bardzo często zmagają się oni z takimi trudnościami, jak: ból, ograniczenie zakresu ruchów, zmęczenie, depresja, inwalidztwo. Niepełnosprawność, której doświadczają, ma duży wpływ na stan zdrowia psychicznego. Powoduje ona wycofanie się chorego z pełnienia ról społecznych, z codziennej aktywności życiowej, co znacznie utrudnia proces leczniczy [11, 12]. Jakość życia jest niewątpliwie ważnym czynnikiem warunkującym efektywność leczenia chorego. W RZS zapewnienie dobrej jakości życia, powrót do stanu sprzed choroby to jedno z głównych celów terapii. Dwunastego października każdego roku obchodzimy Światowy Dzień Reumatyzmu, którego głównymi hasłami są: jakość życia i niezależność [9].

Chorzy na RZS często w przebiegu choroby tracą zdolność do samodzielnego funkcjonowania. Powoduje to obniżenie ich nastroju oraz poczucia własnej skuteczności. Niezwykle ważna jest wtedy rola opiekuna nieprofesjonalnego i pielęgniarki – osób pielęgnujących chorego, przyczyniających się do poprawy komfortu jego życia, a wielokrotnie także stanu psychicznego.

Celem pracy była ocena skuteczności otrzymywanej opieki od opiekunów nieprofesjonalnych i pielęgniarek oraz jej wpływu na wybrane obszary życia chorych na RZS.

Materiał i metody

Badania zostały podzielone na trzy części. W pierwszej części scharakteryzowano ból jako czynnik warunkujący jakość życia chorych na RZS i ich funkcjonowanie w życiu codziennym. Druga część badań dotyczy poziomu skuteczności sprawowanej opieki nad pacjentami z RZS przez pielęgniarki i opiekunów nieprofesjonalnych. Ostatnia część prezentuje opinię chorych na RZS dotyczącą opieki otrzymywanej od opiekunów nieprofesjonalnych i pielęgniarek; w tej części chorzy mówią też o jakości swego życia. Niniejsze badanie jest badaniem wstępnym (pilotażowym), które zostało wykorzystane do opracowania autorskich narzędzi badawczych, które zostały poddane procesowi standaryzacji.

Jako opiekunów nieprofesjonalnych chorzy na RZS wymieniali osoby towarzyszące im w życiu codziennym, które pomagają pokonywać ograniczenia wynikające z choroby (np.: współmałżonek, dziecko, sąsiad).

Pacjenci z RZS w narzędziu autorskim oceniali skuteczność opieki pielęgniarek pracujących w oddziale reumatologicznym. Ocenie podlegały postawa pielęgniarek oraz ich interwencje opiekuńcze i pielęgnacyjne podejmowane podczas hospitalizacji na rzecz osób z RZS.

Badania prowadzono od listopada do grudnia 2015 r. w oddziale reumatologicznym w Małopolsce, w którym byli diagnozowani i leczeni chorzy na reumatoidalne zapalenie stawów. Grupę badaną stanowiło 40 chorych na RZS. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem zawodowym, będące na emeryturze oraz chorujące od około 6–10 lat (**Tabela 1**).

Tabela 1. Charakterystyka pacjentów z RZS (n = 40)
Table 1. Characteristics of the patients with RA (n = 40)

Wiek (r.ż.)/ liczba osób/ Age/number of people	Wykształcenie/ liczba osób/ Education/ number of people	Miejsce zamieszkania/ liczba osób/ Place of residence/ number of people	Aktywność zawodowa/ liczba osób/ Professional activity/number of people	Czas trwania choroby (lata)/liczba osób/ Duration of illness/ number of people	Płeć/liczba osób/ Sex/ number of people
20.–39.	7 podstawowe/ primary	6 wieś/village	13 renta/ benefit	14 < 5	7 K/ F 32
40.–59.	14 średnie/ secondary	9 miasto >100 tys. mieszkańców/ city >100 thous. residents	12 emerytura/ pension	13 6–10	13 M/ M 8
60.–79.	15 zawodowe/ vocational	17 miasto 50–100 tys. mieszkań- ców/ city 50–100 tho- us. residents	9 pracuje/ employed	10 11–20	11
> 79.	4 wyższe/ higher	8 miasto do 50 tys. mieszkań- ców/city < 50 thous. residents	6 nie pracuje/unem- ployed	3 > 20	9

n – liczba badanych osób/number of persons surveyed

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

W badaniu wykorzystano metodę szacowania oraz metody statystyczne, które pozwoliły na wnikliwą analizę zebranego materiału badawczego [13]. Zastosowano autorskie narzędzie badawcze – Skalę Skuteczności Otrzymywanej Opieki (SSOop). Opracowana skala składała się z dwóch części, które liczyły po 10 pytań. Pierwsza z nich dotyczyła opieki otrzymywanej od osób bliskich (opiekunów nieprofesjonalnych). Druga część odnosiła się do opieki sprawowanej przez pielęgniarki. Respondent w każdej z części udzielał od-

powiedzi, zaznaczając wariant: „Zdecydowanie tak” (5 pkt.), „Raczej tak” (4 pkt.), „Nie wiem” (3 pkt.), „Raczej nie” (2 pkt.) oraz „Zdecydowanie nie” (1 pkt.). Zarówno w części pierwszej, jak i drugiej badany mógł uzyskać od 10 do 50 punktów. Na podstawie analizy statystycznej ustalono zakresy norm punktowych (osobno dla pielęgniarek, osobno dla opiekunów), które warunkowały podział skuteczności otrzymywanej opieki na: niską (10–34 pkt.), umiarkowaną (35–43 pkt.) oraz wysoką (44–50 pkt.) – opiekunowie nieprofesjonalni, oraz: niską (10–35 pkt.), umiarkowaną (36–40 pkt.) i wysoką (41–50 pkt.) – pielęgniarki.

Dla pierwszej części kwestionariusza (odnoszącej się do opiekunów) współczynnik α -Cronbacha wyniósł 0,955, dla drugiej (dotyczącej pielęgniarek) – 0,916. Potwierdziło to rzetelność opracowanego narzędzia, które zastosowano w niniejszym badaniu.

Drugim narzędziem wykorzystanym w badaniu był Nottingham Health Profile (NHP) autorstwa Hunt, McEwan, McKenna (polska adaptacja wykonana przez Bojarską, Pikułę oraz Wrześniewskiego) [8]. Kwestionariusz NHP zawierał listę problemów pojawiających się w codziennym życiu, które przedstawione zostały w postaci 38 twierdzeń, np.: „Trudno mi nawiązać kontakt z ludźmi”, „Wszystko robię z wysiłkiem”, „Szybko tracę siły”. Respondent musiał się do nich ustosunkować, zaznaczając wariant: „Tak” lub „Nie”. Wszystkie twierdzenia wchodziły w skład 6 skal: energia, ból, reakcje emocjonalne, zaburzenia snu, wyobcowanie społeczne, ograniczenia ruchowe. Badaty one różne obszary jakości życia pacjentów z RZS (np.: obszar funkcjonowania psychospołecznego, obszar funkcjonowania fizycznego). Z niniejszej analizy wyłączone 8 twierdzeń dotyczących skali: ból, gdyż stanę się przedmiotem rozważań w innej publikacji.

Wynik surowy uzyskano dla każdej z 5 skal poprzez zsumowanie odpowiedzi „Tak” – im wyższy wynik, tym większe upośledzenie danego obszaru funkcjonowania, co oznaczało gorszą ogólną jakość życia. Na podstawie wykonanych analiz postanowiono umownie podzielić poziomy jakości życia na: wysoki, umiarkowany oraz niski dla każdej z 5 skal Kwestionariusza NHP. Wysoki poziom jakości życia wyłoniono na podstawie uzyskania 0–33,33% udzielonych odpowiedzi twierdzących, umiarkowany: 33,34–66,66% odpowiedzi twierdzących, oraz niski: 66,64–100% odpowiedzi „Tak”.

Związek między poszczególnymi zmiennymi sprawdzono przy użyciu metod statystyki opisowej, testu chi-kwadrat oraz testu korelacji rang Spearmana, przyjmując poziom istotności dla $p < 0,05$.

Wyniki badań

Chorzy na reumatoidalne zapalenie stawów pozytywnie oceniali poziom sprawowanej opieki przez opiekunów. Najczęściej był on określany jako umiarkowany (15 osób). Niewiele mniej respondentów oceniło go jako wysoki (13 osób) i najmniej badanych – jako niski (12 osób). Poziom otrzymywanej opieki od pielęgniarek najczęściej był określany na poziomie umiarkowanym (17 osób) oraz wysokim (14 osób). Uśredniony wynik dla opiekunów i pielęgniarek to odpowiednio: $M = 39,0$; $M = 38,7$ ($SD: 9,1; 6,0$) (**Tabela 2**).

Tabela 2. Opinia chorych na RZS dotycząca skuteczności opieki otrzymywanej od opiekunów nieprofesjonalnych i pielęgniarek ($n = 40$)
Table 2. Opinion of RA patients on the effectiveness of care received from non-professional caregivers and nurses ($n = 40$)

Uczestnicy badania/ <i>The study participants</i>	M	SD	Me	Mo	Q1	Q3	Poziom skuteczności otrzymywanej opieki (SSOop 1A i 1B)/ <i>The level of received care effectiveness</i>		
							niski/ <i>low</i>	prze- ciężny/ <i>average</i>	wyso- ki/ <i>high</i>
Opinia dotycząca opiekunów/ <i>Opinion on carers</i>	39,0	9,1	40,5	50	32	48	12	15	13
Opinia dotycząca pielęgniarek/ <i>Opinion on nurses</i>	38,7	6	39,5	wielo- krotna/ <i>multiple</i>	36	42	9	17	14

M – średnia/average; SD – odchylenie standardowe/standard deviation; Me – mediana/median; Mo – moda/mode; Q1 – kwartył dolny/lower quintile; Q3 – kwartył górny/upper quintile; n – liczba badanych osób/number of persons surveyed

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Wyniki otrzymywanej opieki od opiekunów i pielęgniarek (na podstawie autorskiej Skali SSOop) szczegółowo zaprezentowano w **tabeli 3**. Najczęściej chorzy na RZS w pytaniach dotyczących ich zadowolenia z opieki sprawowanej przez opiekunów nieprofesjonalnych i pielęgniarki udzielali odpowiedzi „Zdecydowanie tak” oraz „Raczej tak”. Większość badanych (32 osoby) stwierdziła, iż jakość ich życia ulega poprawie dzięki pomocy udzielanej od opiekuna i pielęgniarki. Trzydziestu trzech respondentów stwierdziło, iż otrzymuje pomoc od opiekuna w rozwiązywaniu problemów wynikających z ograniczeń uwarunkowanych chorobą. Pomoc od pielęgniarki deklarowało 34 badanych (**Tabela 3**).

Tabela 3. Autorskie narzędzie badawcze: Skala Skuteczności Otrzymywanej Opieki – odpowiedzi badanych (n = 40)
Table 3. Proprietary research tool: Efficacy Scale of Received Care – the respondents' answers (n = 40)

Stwierdzenie/ Statement	Wariant odpowiedzi/Answer									
	A		B		C		D		E	
	o	p	o	p	o	p	o	p	o	p
1. Jakość mojego życia ulega poprawie dzięki udzielanej pomocy od: My quality of life has been improving thanks to care given by:	16	8	16	24	6	7	2	1	0	0
2. Jestem w pełni usatysfakcjonowany z opieki niesionej przez: I am fully satisfied with care carried by:	14	7	17	20	4	5	5	8	0	0
3. Wiem, że zawsze mogę liczyć na pomoc: I can always count on:	15	9	15	26	4	5	6	0	0	0
4. Bez oporów proszę o pomoc: I can ask for help without hesitation:	15	9	15	25	3	5	7	0	0	0
5. Czuję się bezpiecznie dzięki opiece, którą otrzymuję od: I feel safe thanks to care I receive from:	15	13	14	21	4	5	7	1	0	0
6. Mam zaufanie do: I trust:	16	4	15	21	2	8	7	6	0	1
7. Myślę, że osoba sprawująca nadę mną opiekę ma odpowiedni poziom wiedzy/ I think that the person who has been taking care of me has an appropriate level of knowledge	11	5	13	21	2	6	7	8	2	0
8. Jestem rozumiany przez: I am understood by:	14	2	16	28	3	4	6	6	1	0
9. Uważam, że: ... rozpoznaje moje potrzeby/ I think that ... recognizes my needs	11	3	14	27	4	3	11	7	0	0
10. ... pomaga mi w rozwiązaniu problemów wynikających z ograniczeń spowodowanych chorobą/ ... helps me solve problems arising from limitations caused by illness	11	10	22	24	1	5	5	1	1	0
11. Jestem zależny/-a od/ I am dependent on ...	0	2	2	4	2	4	29	20	7	10
12. Jestem obciążeniem dla .../ I am a burden to ...	0	0	2	0	4	6	25	19	9	15

o – opiekun/caregiver; p – pielęgniarka/nurse;
 A – Zdecydowanie tak/Absolutely yes; B – Raczej tak/Rather yes; C – Nie wiem/I do not know; D – Raczej nie/Not really; E – Zdecydowanie nie/Definitely not

Źródło: opracowanie własne
 Source: author's own analysis

Analiza Kwestionariusza NHP pozwoliła określić jakość życia chorych na RZS. Respondenci najczęściej wskazywali niską jakość życia w twierdzeniach zawartych w skalach: energia i zaburzenia snu. Połowa pacjentów określiła, że poziom ich funkcjonowania odnoszący się do skali: energia był niski, a 13 osób

stwierdziło, iż był on umiarkowany. Na niską jakość snu w twierdzeniach dotyczących skali: zaburzenia snu skarżyło się 20 osób; 12 respondentów uważało, że zaburzenia te były umiarkowane. Wśród chorych 9 badanych skarżyło się na ograniczenia ruchowe i poruszania się oraz 14 osób na umiarkowany brak ruchomości. Przeciwnie wyniki przedstawiają się w skalach: reakcje emocjonalne i wyobcowanie społeczne. Ponad połowa chorych (23 osoby) twierdziła, iż jakość ich życia w skali: reakcje emocjonalne była wysoka, 10 osób uważało, iż była umiarkowana. Wyobcowanie społeczne również nie dotyczyło większości chorych. Spośród respondentów 20 osób podawało, że czują się bardzo dobrze w kontaktach z innymi i nie czują się wyobcowani. O umiarkowanej jakości życia w skali: wyobcowanie społeczne mówiło 13 osób (**Tabela 4**).

Tabela 4. Związek między skutecznością otrzymywanej opieki od opiekunów i pielęgniarek a jakością życia warunkowaną dziedzinami Kwestionariusza NHP (n = 40)
Table 4. The relationship between the effectiveness of the care received from caregivers and nurses and the quality of life according to fields of the NHP Questionnaire (n = 40)

Poziom jakości życia chorych na RZS w aspektach Kwestionariusza NHP/The level of life quality of patients with rheumatoid arthritis in the aspects of the NHP Questionnaire		Związek z opinią chorych na RZS o skuteczności otrzymywanej opieki od opiekunów i pielęgniarek/Correlation with the opinion of RA patients to the effectiveness of the care received from caregivers and nurses	
Energia/ Energy	wysoki/high	7	p > 0,05, r = 0,05
	umiarkowany/average	13	
	zły/low	20	
Reakcje emocjonalne/ Emotional reactions	wysoki/high	23	pielęgniarki/nurses: p > 0,05, r = 0,18 opiekunowie/caregivers: p < 0,01, r = 0,82
	umiarkowany/average	10	
	zły/low	7	
Zaburzenia snu/ Sleep disorder	wysoki/high	8	p > 0,05, r = 0,25
	umiarkowany/average	12	
	zły/low	20	
Wyobcowanie społeczne/ Social alienation	wysoki/high	20	pielęgniarki/nurses: p > 0,05, r = 0,25 opiekunowie/caregivers: p < 0,01, r = 0,18
	umiarkowany/average	13	
	zły/low	7	
Ograniczenie ruchomości/ Limitation of mobility	wysoki/high	7	p > 0,05, r = 0,12
	umiarkowany/average	14	
	zły/low	9	

Źródło: opracowanie własne
 Source: author's own analysis

Na podstawie uzyskanych wyników zbadano związek między jakością życia chorych na RZS, uwzględniając skalę Kwestionariusza NHP, a poziomem otrzymywanej

opieki od opiekunów nieprofesjonalnych i pielęgniarek. Wykazano, że wysoki poziom opieki otrzymywanej od opiekunów miał decydujący wpływ na wyniki 2 skal: reakcje emocjonalne i wyobcowanie społeczne ($p < 0,01$) (Tabela 4). Chorzy, którzy zadeklarowali wysoki poziom otrzymywanej opieki od opiekunów, określili istotnie wyższy poziom jakości życia w 2 wyżej wymienionych skalach: reakcje emocjonalne i wyobcowanie społeczne ($p < 0,01$). Nie wykazano związku między otrzymywaną opieką od opiekunów a skalami: energia, ograniczenia ruchowe i zaburzenia snu ($p > 0,05$).

Wytoniono związki ($p < 0,05$) oraz silne związki ($p < 0,01$) między wysokim poziomem otrzymywanej opieki od opiekunów a wybranymi stwierdzeniami z Kwestionariusza NHP. Większość stwierdzeń zawarta była w skalach: reakcje emocjonalne i wyobcowanie społeczne (Tabela 5).

Tabela 5. Związek między wybranymi twierdzeniami z Kwestionariusza NHP a wysokim poziomem otrzymywanej opieki od opiekunów i pielęgniarek

Table 5. Association of selected statements of the NHP Questionnaire with the high level of care received from caregivers and nurses

Istotne stwierdzenia Kwestionariusza NHP/ <i>Relevant statements from the NHP Questionnaire</i>	Związek z opinią chorych na RZS o skuteczności otrzymywanej opieki od opiekunów/ <i>Relationship with the opinion of RA patients about the effectiveness of care received from caregivers</i>
Wszystko mnie przygnębia/ <i>Everything depresses me</i>	$p < 0,05$, $r = 0,67$
Jestem rozdrażniony/ <i>I am irritated</i>	$p < 0,05$, $r = 0,16$
Czuję się osamotniony/ <i>I feel lonely</i>	$p < 0,01$, $r = 0,11$
Czas mi się dłuży/ <i>I feel that the time drags on</i>	$p < 0,01$, $r = 0,14$
Czuję, że nie mam nikogo bliskiego/ <i>I feel that I do not have anyone close to me</i>	$p < 0,01$, $r = 0,01$
Ostatnio łatwo wpadam w złość/ <i>I've become irritable recently</i>	$p < 0,01$, $r = 0,75$
Nie mogę długo zasnąć w nocy/ <i>I cannot fall asleep at night</i>	$p < 0,05$, $r = 0,33$
Czuję, że jestem dla innych ciężarem/ <i>I feel that I am a burden to others</i>	$p < 0,05$, $r = 0,07$
Czuję, że nie warto żyć/ <i>I feel that it is not worth living</i>	$p < 0,01$, $r = 0,11$
	Związek z opinią chorych na RZS o skuteczności otrzymywanej opieki od pielęgniarek/ <i>Relationship with the opinion of RA patients about the effectiveness of care received from nurses</i>
Jestem stale zmęczony/ <i>I am constantly tired</i>	$p < 0,05$, $r = 0,18$

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Wysoki poziom otrzymywanej opieki od opiekunów miał pozytywny wpływ na sytuacje przedstawione w postaci stwierdzeń w tabeli, które określały te skale.

Nie wykazano związków między otrzymywaną opieką od pielęgniarek a skalami Kwestionariusza NHP oraz nie wykazano związku między umiarkowanym i wysokim poziomem otrzymywanej opieki od pielęgniarek a jakością życia chorych na RZS.

Dyskusja

Reumatoidalne zapalenie stawów ma negatywny wpływ na jakość życia chorych, która obniża się wraz z postępem schorzenia [14, 15]. Jedno z międzynarodowych badań wykazało, że aż 95% polskich pacjentów cierpiących na RZS czuje się wykluczonych z życia społecznego. Podobne odczucia miało 62% pacjentów niemieckich [16]. Inne badania wykazały, że w Polsce zaledwie 38% osób z RZS jest zadowolonych z życia. Przed pojawieniem się objawów choroby zatrudnionych było około 62% ankietowanych, jednak wielu z nich krótko po postawieniu diagnozy musiało zrezygnować z pracy [17, 18].

Badania własne zaprezentowały jakość życia chorych na RZS z uwzględnieniem 5 skal, takich jak: energia, reakcje emocjonalne, zaburzenia snu, wyobcowanie społeczne i ograniczenie ruchomości. W skali: ograniczenie ruchomości respondenci głównie odpowiadali, że ich jakość życia była niska. Wynikać to mogło przede wszystkim z ich stanu zdrowia, bowiem w okresie zaostrożenia choroby (pacjenci oddziału szpitalnego) dochodzi najczęściej do pogłębienia niepełnosprawności i ograniczeń funkcjonowania w życiu codziennym [19]. Odmiennie wyniki badań dotyczyły dwóch skal: reakcje emocjonalne i wyobcowanie społeczne. Jakość życia badanych określona tymi skalami była głównie wysoka, z uwagi na wysoki poziom sprawowanej opieki przez opiekunów nieprofesjonalnych. Opiekunowie, zapewniając wysoki poziom opieki nad chorymi (jak wskazują wyniki w obszarze funkcjonowania psychospołecznego), mogą dać im poczucie bezpieczeństwa, oddalić od stanów przygnębia, gniewu, rozdrażnienia i osamotnienia. Chorzy czują się wartościowymi ludźmi. Mają świadomość, że innym na nich zależy. Sprawia to, że ich poczucie wartości wzrasta. Dzięki temu chorzy chętniej uczestniczą w życiu społecznym i są mniej narażeni na wystąpienie stanów depresyjnych [20]. Badania innych autorów również wskazują na niską jakość życia chorych na RZS w obszarze funkcjonowania fizycznego – w skalach takich jak: energia oraz zaburzenia snu i ograniczenia ruchowe [21]. Można przypuszczać, iż wynika to ze stanu fizycznego pacjenta i progresji stanu zapalnego [22].

Umiarkowana i wysoka efektywność opieki personelu pielęgniarskiego w opinii chorych nie warunkowała ich ogólnej jakości życia. Można przypuszczać, iż pielęgniarki małą ilość czasu poświęcają na rozmowę z pacjentem, wykazują niski stopień empatii oraz skupiają się głównie na czynnościach instrumentalnych [23, 24].

Obecne badanie świadczy o wysokim i umiarkowanym poziomie opieki otrzymywanej przez pacjentów. Skłania to do przeprowadzenia bardziej szczegółowych analiz tego zagadnienia, co może zostać wykorzystane w opracowaniu jeszcze bardziej efektywnego programu pielęgnacji i leczenia. Niewątpliwie atutem niniejszych badań jest opracowanie autorskiego narzędzia badawczego, które może zostać wykorzystane w badaniach o podobnej tematyce i przyczynić się do zgromadzenia rzetelnych informacji dotyczących opieki sprawowanej przez pielęgniarki i opiekunów nieprofesjonalnych.

Wnioski

1. Chorzy na reumatoidalne zapalenie stawów ocenili poziom otrzymywanej opieki od opiekunów nieprofesjonalnych i pielęgniarek głównie jako wysoki i umiarkowany.
2. Jakość życia chorych na RZS w skalach: zaburzenia snu oraz energia oceniona została przez chorych jako niska, natomiast w skalach: reakcje emocjonalne i wyobcowanie społeczne jako wysoka.
3. Umiarkowany i wysoki poziom skuteczności otrzymywanej opieki od pielęgniarek nie wpłynął na jakość życia chorych na RZS.
4. Wysoki poziom skuteczności otrzymywanej opieki od opiekunów nieprofesjonalnych warunkował wysoką jakość życia chorych na RZS w obszarze psychospołecznym.

Piśmiennictwo

1. Stanisławska-Biernat E, Sierakowska M, Sierakowski S. Nowe kryteria klasyfikacyjne reumatoidalnego zapalenia stawów. *Reumatologia*. 2010; 48(6): 361–365.
2. Głuszko P, Filipowicz-Sosnowska A, Tłustochowicz W. Reumatoidalne zapalenie stawów. *Reumatologia*. 2012; 50(2): 83–90.
3. Tłustochowicz W. Międzynarodowe wytyczne stosowania metotreksatu w chorobach reumatycznych, ze szczególnym uwzględnieniem reumatoidalnego zapalenia stawów. *Reumatologia*. 2012; 50(2): 91–92.
4. Zimmermann-Górska A (red.). *Reumatologia kliniczna*. Tom I. Warszawa: PZWL; 2008.
5. Hersh A, von Scheven E, Yelin E. Adult outcomes of childhood-onset rheumatic diseases. *Nat Rev Rheumatol*. 2011; 7(5): 290–295.
6. Sudoł K, Moskalewicz B. Długoterminowa opieka w przewlekłych chorobach reumatycznych – przejście od wieku młodzieńczego do opieki dla dorosłych. *Reumatologia*. 2008; 46(5): 290–294.
7. Wysocka-Skurska I, Sierakowska M, Sierakowski S. Ocena jakości życia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów w zależności od stosowanej terapii farmakologicznej. *Reumatologia*. 2012; 50(1): 16–23.
8. Wrześniewski K. Badanie subiektywnego stanu zdrowia za pomocą polskiej adaptacji the Nottingham Health Profile. W: Karski JB, Kirchner H, Leowski J (red.). *Współczesne potrzeby i możliwości pomiaru zdrowia*. Warszawa: Wyd. Ignis; 1997. 37–41.

9. Grygielska J. Ocena wybranych dziedzin życia w chorobach reumatycznych – analiza porównawcza badań ankietowych. *Reumatologia*. 2008; 46(4): 230–234.
10. Tasiemski T, Angiaszwili-Biedna N, Wilski M. Obiektywna i subiektywna ocena jakości życia osób z reumatoidalnym zapaleniem stawów – doniesienie wstępne. *Ortop Traumatol Rehab*. 2009; 11/4: 346–359.
11. Woynarowska B. Siedliskowe podejście w promocji zdrowia i jego realizacja w praktyce. W: Karski J (red.). *Promocja zdrowia*. Warszawa: Wyd. Ignis; 1999. 367–368.
12. Dzikowska M, Puto G. Pacjentka z reumatoidalnym zapaleniem stawów. W: Kózka M, Płaszewska-Żywko L (red.). *Modele opieki nad chorym dorosłym*. Warszawa: PZWL; 2010. 189–192.
13. Lenartowicz H, Kózka M. *Metodologia badań w pielęgniarstwie*. Podręcznik dla studiów medycznych. Warszawa: PZWL; 2011.
14. Kuryliszyn-Moskal A, Kaniewska K, Konarzewski P, Dzieciot Z. Zaburzenia wydolności statycznej stóp u pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów – współczesne metody diagnostyki i terapii. *Reumatologia*. 2012; 50(6): 507–511.
15. Zimmermann-Górska I. *Choroby reumatyczne*. W: Szczekliki A, Gajewski P (red.). *Choroby wewnętrzne*. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2009. 794–869.
16. Krzemińska-Dąbrowska I, Sudoł K, Moskalewicz B. Problemy zdrowia psychicznego chorych na reumatyzm. *Reumatologia*. 2007; 45(4): 215–218.
17. Paprocka-Borowicz M, Zawadzki M. *Fizjoterapia w chorobach układu ruchu*. Wrocław: Wyd. Med. Górnicki; 2007.
18. Baran M, Jaworek J. Wpływ terapii biologicznej na jakość życia chorych cierpiących na zapalne choroby reumatyczne – opinia pacjentów. W: Jaworek J, Gaździk T (red.). *Fizjoterapia w profilaktyce chorób cywilizacyjnych i ich leczeniu*. Kraków: Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2014.
19. Aletaha D et al. An American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism Collaborative Initiative. *Arthritis Rheum*. 2010; 62: 2569–2581.
20. Samborski W. Niefarmakologiczne metody leczenia bólu w reumatologii. *Przew Lek*. 2007; 3: 55–59.
21. Houssien DA, Mckenna SP, Scott DL. The nottingham health profile as a measure of disease activity and outcome in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 1997; 36: 69–73.
22. Olewicz-Gawlik A, Hrycaj P. Jakość życia chorych na reumatoidalne zapalenie stawów – badania własne i przegląd literatury. *Reumatologia*. 2007; 45(6): 346–349.
23. Majda A, Zalewska-Puchała J. Postrzeganie opiekuńczości przez pielęgniarki. *Mag Piel Położ*. 2003; 11: 10–11.
24. Zalewska-Puchała J, Majda A, Górkiewicz M. Czy jesteście wystarczająco opiekuńcze. *Mag Piel Położ*. 2002; 2: 9–10.

Artykuł przyjęty do redakcji: 27.04.2016

Artykuł przyjęty do publikacji: 13.06.2016

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Magdalena Staszkiwicz

ul. Pawła Włodkowica 3/50

31-452 Kraków

tel. kom.: 783 874 294

e-mail: baranmagdalena@gmail.com

Studentka studiów doktoranckich na Wydziale Nauk o Zdrowiu

Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum w Krakowie

OCENA NAWYKÓW ŻYWIENIOWYCH WŚRÓD CHORYCH Z OSTRYM I PRZEWLEKŁYM ZAPALENIEM TRZUSTKI

DIETARY HABITS OF PATIENTS WITH ACUTE AND CHRONIC PANCREATITIS

Martyna Radecka¹, Anna Ukleja¹, Aneta Jachnis², Michał Ławiński²

¹Zakład Żywienia Człowieka

Warszawski Uniwersytet Medyczny

²Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej

Warszawski Uniwersytet Medyczny.

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2017.4>

STRESZCZENIE

Wstęp. W warunkach polskich alkohol oraz kamica żółciowa są głównymi czynnikami rozwoju ostrego zapalenia trzustki (OZT), które z czasem może przejść w inną jednostkę chorobową określaną jako przewlekłe zapalenie trzustki (PZT). Stan zapalny trzustki może powodować poważne zaburzenia trawienia tłuszczów oraz gospodarki węglowodanowej. Nielezione zapalenie trzustki może prowadzić do poważnych powikłań, a nawet do zgonu. Dlatego ważną jest wczesna diagnoza zapalenia trzustki oraz wdrożenie skutecznego leczenia. W rozwoju zapalenia trzustki ważną rolę odgrywa odpowiednia dieta, której przestrzeganie ma na celu złagodzenie objawów choroby, polepszenie komfortu życia oraz zapobieganie występowaniu powikłań.

Cel. Celem pracy była ocena nawyków żywieniowych chorych z ostrym i przewlekłym zapaleniem trzustki.

Materiał i metody. W badaniu wzięło udział 31 osób, w tym 10 kobiet i 21 mężczyzn, w wieku od 20 do 57 lat, u których zdiagnozowano ostre lub przewlekłe zapalenie trzustki.

Wyniki. U chorych na PZT najczęściej towarzyszącymi jednostkami chorobowymi były: cukrzyca, kamica żółciowa, zaburzenia lipidowe oraz choroby serca. W grupie tej na cukrzycę chorowało 75% kobiet i 36% mężczyzn. W grupie z OZT 80% kobiet i 82% mężczyzn w żywieniu stosowało tradycyjną kuchnię polską. Tylko 20% kobiet spożywało potrawy lekkostrawne, żaden z mężczyzn nie spożywał pokarmów lekkostrawnych. W grupie z OZT żywność typu fast food preferowało 18% mężczyzn. W grupie osób chorych na PZT 100% kobiet oraz 81,8% mężczyzn stosowało tradycyjną kuchnię polską.

Wnioski. U większości chorych z OZT i PZT występuje nadwaga. Cukrzyca jest najczęstszą towarzyszącą jednostką chorobową wśród chorych na OZT i PZT. Zaleceń żywieniowych dotyczących diety łatwo strawnej z ograniczeniem tłuszczów przestrzega mniej więcej połowa badanych. Dominującą techniką kulinarną wykorzystywaną przez chorych z OZT i PZT jest smażenie. Większość chorych na OZT i PZT nie wykazuje chęci zmiany nawyków żywieniowych i rezygnacji ze szkodliwych używek (alkoholu i papierosów).

SŁOWA KLUCZOWE: ostre zapalenie trzustki, przewlekłe zapalenie trzustki, żywienie.

ABSTRACT

Introduction. In Poland alcohol and gallstones are the main factors for the development of acute pancreatitis, which sometimes can become chronic pancreatitis. Inflammation of the pancreas can cause serious digestive disorders of fat and carbohydrates. Untreated, pancreatitis may cause serious complications and even lead to death. That is why it is important to early diagnose pancreatitis and implement effective treatment. In the development of pancreatitis an important role plays proper diet, compliance with which aims to alleviate symptoms, improve quality of life and prevent complications.

Aim. To assess the eating habits of patients with acute and chronic pancreatitis.

Material and methods. The study involved 31 people, including 10 women and 21 men at the age of 20 to 57 years who were diagnosed with acute or chronic pancreatitis.

Results. In patients with chronic pancreatitis usually associated disease entities were: diabetes, gallstones, lipid disorders and heart disease. In this group of patients 75% of women and 36% men suffered from diabetes. In the group with acute pancreatitis 80% of women and 82% of men used traditional Polish cuisine. Only 20% of women consumed food easily digestible, none of the men did eat easily digestible foods. In the group with acute pancreatitis 18% of men preferred fast food. In people with chronic pancreatitis 100% women and 81.8% of men used traditional Polish cuisine.

Conclusions. The majority of patients with acute pancreatitis and chronic pancreatitis are overweight. Diabetes is the most common concomitant disease entity among patients with acute and chronic pancreatitis. Nutritional recommendations regarding easily digestible diet with restriction of fats are respected by about half of the respondents. The dominant culinary technique used by patients with acute and chronic pancreatitis is frying. Most patients with acute and chronic pancreatitis show no willingness to change eating habits and abandon the harmful stimulants (alcohol and cigarettes).

KEYWORDS: acute pancreatitis, chronic pancreatitis, nutrition.

Wstęp

Ostre zapalenie trzustki to stan zapalny gruczołu związany z przedwczesną aktywacją proenzymów trzustkowych i uszkodzeniem – w różnym stopniu – sąsiadujących tkanek i niekiedy też odległych narządów [1]. Do najczęstszych czynników powodujących OZT należą alkohol oraz choroby pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych [2]. Pierwszym, głównym objawem jest nagły, bardzo silny ból w nadbrzuszu lub górnym lewym kwadrancie brzucha. Często pojawiają się również nudności i wymioty, a także gorączka [3]. W leczeniu ostrego zapalenia trzustki ważną rolę odgrywa odpowiednie postępowanie dietetyczne. Zazwyczaj wprowadza się żywienie doustne po ustąpieniu bólów brzucha, w 3.–4. dobie. Zaleca się dietę łatwo strawną, półpłynną. Pierwsze posiłki powinny być niskokaloryczne, ubogotłuszczowe oraz małe objętościowo. Stopniowo należy zwiększać kaloryczność posiłków i ich ilość w ciągu dnia. W przypadku wystąpienia powikłań stosuje się żywienie dojelitowe lub całkowite żywienie pozajelitowe, w zależności od stopnia nasilenia zaburzeń. Żywienie drogą doustną można rozpocząć po wznowieniu perystaltyki jelit oraz braku powikłań, głównie zakażeń bakteryjnych [4]. W profilaktyce wystąpienia nawrotów ostrego zapalenia trzustki bardzo ważne jest zaprzestanie spożywania alkoholu oraz leczenie chorób będących przyczyną zaburzeń pracy narządu. Duże znaczenie ma również zmiana nawyków żywieniowych oraz stosowanie diety łatwo strawnej z ograniczeniem tłuszczów [3]. Przewlekłe zapalenie trzustki to chroniczny proces zapalny, którego skutkiem są stopniowe zmiany w mięszu trzustki (włóknienie i zanik) oraz postępujący rozwój niewydolności czynności zewnątrzwydzielniczej i wewnątrzwydzielniczej trzustki [5]. Wśród przyczyn przewlekłego zapalenia trzustki wyróżnia się czynniki toksyczno-metaboliczne. Najważniejsze z nich to spożywanie alkoholu oraz palenie tytoniu. Wymienia się także inne przyczyny: hiperkalcemię, hiperlipidemię, przewlekłą niewydolność nerek, nadużywanie leków oraz działanie toksyn [6]. Do wczesnych objawów przewlekłego zapalenia trzustki należą ból brzucha oraz żółtaczką. Ból zazwyczaj jest bardzo silny, obejmuje nadbrzusze, często promieniuje do pleców. W przebiegu PZT dochodzi do upośledzenia czynności zewnątrzwydzielniczej trzustki, z czym wiążą się następujące objawy: wzdęcia, uczucie pełności, wymioty oraz przewlekła biegunka tłuszczowa. Są one skutkiem zaburzeń wydzielania lipazy trzustkowej i jej szybszej inaktywacji [7]. Dieta osób chorych na przewlekłe zapalenie trzustki powinna być dietą o zwiększonej podaży energii. Ważne jest, aby spożywać 5–6 posiłków dziennie, mniejszych objętościowo, o odpowiedniej kaloryczności i o regular-

nych porach. Według najnowszych wytycznych dieta łatwo strawna z ograniczeniem tłuszczów zalecana jest jedynie w przypadku występowania biegunki tłuszczowej i dolegliwości bólowych, gdyż niedostateczna podaż tłuszczów z dietą może wpływać na pogorszenie stanu odżywienia chorego oraz utrudnienie wchłaniania witamin rozpuszczalnych w tłuszczach [8, 9].

Celem pracy jest ocena nawyków żywieniowych chorych z ostrym i przewlekłym zapaleniem trzustki.

Materiał i metody

W badaniu wzięło udział 31 osób, w tym 10 kobiet i 21 mężczyzn, w wieku od 20 do 57 lat. Kryterium włączenia do badania było rozpoznanie ostrego lub przewlekłego zapalenia trzustki. Badania przeprowadzone zostały na Oddziale Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii w Mazowieckim Szpitalu Bródnowskim w Warszawie w terminie od lutego do czerwca 2015 r. Jako narzędzie badawcze służące zgromadzeniu danych wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety. Pytania dotyczyły ostrego lub przewlekłego zapalenia trzustki, czasu od momentu zachorowania oraz obecności chorób współistniejących. W dalszej części kwestionariusza pytania dotyczyły stylu życia, przestrzegania diety łatwo strawnej z ograniczeniem tłuszczów, palenia tytoniu oraz spożywania alkoholu. Ostatnią część ankiety stanowiły pytania charakteryzujące respondenta: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, masa ciała, wzrost. W wyniku estymacji klasyczną metodą najmniejszych kwadratów z wykorzystaniem programu do modelowania ekonometrycznego Gretl otrzymano liniowy model prawdopodobieństwa, wykorzystując do tego celu 31 obserwacji. Zmienna zależna (Y) jest zmienną 0-1, która przyjmuje wartość 0 dla ostrego zapalenia trzustki i 1 dla przewlekłego zapalenia trzustki. Zmienna objaśniana Y była determinowana przez następujące zmienne objaśniające: picie alkoholu, palenie papierosów, wiek oraz płeć w grupie respondentów. Na poziomie istotności $p = 0,1$ istotnymi zmiennymi objaśniającymi były: palenie papierosów oraz spożywanie alkoholu. Pozostałe zmienne objaśniające okazały się nieistotne statystycznie przy zakładanym poziomie istotności $p = 0,1$. Przyczyną braku istotności części danych zebranych z ankiety był brak różnicowania między zachorowaniem na PZT i OZT w obrębie danej zmiennej. Na podstawie testu Walda, na poziomie istotności $p = 0,1$, odrzucono hipotezę zerową, według której wszystkie zmienne objaśniające w modelu są łącznie nieistotne dla kształtowania się zmiennej objaśnianej. Oznacza to, że w szacowanym modelu istnieje przynajmniej jeden parametr istotny statystycznie i różny od zera – w modelu są to zmienne: palenie papierosów i spożywanie alkoholu.

Wyniki

Struktura płci w grupie osób zarówno z przewlekłym jak i ostrym zapaleniem trzustki kształtowała się podobnie. W grupie osób z PZT i OZT średnie wartości wskaźnika BMI przedstawiono w **tabeli 1**.

Tabela 1. Wskaźnik masy ciała respondentów w kg/m² (n = 31)
Table 1. Body mass index of respondents [kg/m²] (n = 31)

	BMI	
	PZT/AP	OZT/CP
Kobiety/Female	23,34	25,86
Mężczyźni/Male	27,93	28,26

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

U chorych na PZT najczęściej towarzyszącymi jednostkami chorobowymi były: cukrzyca, kamica żółciowa, zaburzenia lipidowe oraz choroby serca. Na cukrzycę chorowało 75% kobiet i 36% mężczyzn. Osoby chore na OZT najczęściej stosowały tradycyjną kuchnię polską – 80% kobiet i prawie 82% mężczyzn. Tylko 20% kobiet spożywało potrawy lekkostrawne, żaden z mężczyzn nie spożywał pokarmów lekkostrawnych. Ponad 18% mężczyzn preferowało żywność typu fast food. W grupie osób chorych na PZT 100% kobiet oraz 81,8% mężczyzn stosowało tradycyjną kuchnię polską.

W badanej grupie osób poddano analizie stosowanie i przestrzeganie diety łatwo strawnej z ograniczeniem tłuszczów. W grupie z PZT 25% kobiet oraz 54,5% mężczyzn stosowało dietę łatwo strawną z ograniczeniem tłuszczów i przestrzegało tych zaleceń dietetycznych, zaś w grupie osób z OZT dietę łatwo strawną z ograniczeniem tłuszczów stosowało odpowiednio 60% kobiet i 45,5% mężczyzn. Szczegółowe wyniki przedstawiono w **tabeli 2**.

Tabela 2. Stosowanie i przestrzeganie diety łatwo strawnej z ograniczeniem tłuszczów wśród chorych na PZT i OZT (n = 31)
Table 2. Providing and adherence to easily digestible diet with restriction of fats in patients with AP and CP (n = 31)

	Stosowanie i przestrzeganie diety łatwo strawnej z ograniczeniem tłuszczów/Providing and adherence to diet with restriction of fats		
	Stosuję i przestrzegam/I use and respect	Stosuję, ale nie przestrzegam/I use, but do not respect	Nie stosuję/I do not use
PZT/CP kobiety/female	25,0%	25,0%	50,0%
PZT/CP mężczyźni/male	54,5%	27,3%	18,2%
OZT/AP kobiety/female	60,0%	20,0%	20,0%
OZT/AP mężczyźni/male	45,5%	9%	45,5%

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Wśród respondentów z przewlekłym zapaleniem trzustki odnotowano mniejszy odsetek palących kobiet i mężczyzn w porównaniu do grupy osób z ostrym zapaleniem trzustki. W grupie z ostrym zapaleniem trzustki 70% mężczyzn i 50% kobiet pali papierosy (**Tabela 3**).

Tabela 3. Palenie papierosów wśród osób chorych na PZT i OZT (n = 31)
Table 3. Smoking cigarettes among people with AP and CP (n = 31)

	Czy i jak często palisz papierosy?/Do you smoke and how often?			
	Palę/Smoker	Nie palę/Non smoker	Sporadycznie/Sometimes	Palenie rzucone w momencie zachorowania/Stopped smoking because of disease
PZT/CP kobiety/female	64%	36%	27%	0%
PZT/CP mężczyźni/male	25%	75%	50%	25%
OZT/AP kobiety/female	70%	30%	10%	0%
OZT/AP mężczyźni/male	50%	50%	33%	10%

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

W grupie osób zarówno z przewlekłym, jak i ostrym zapaleniem trzustki spożycie alkoholu wśród mężczyzn było wyższe niż u kobiet. Wszyscy mężczyźni z PZT spożywali alkohol przed diagnozą. Mężczyźni z OZT w 70% zadeklarowali, że pomimo choroby nie zrezygnowali ze spożycia alkoholu. Podobny wynik zaobserwowano w grupie kobiet z OZT – aż 67% badanych kobiet przyznało się do spożywania alkoholu, choć wiedziały, że ma to niekorzystny wpływ na przebieg choroby (**Tabela 4**).

Tabela 4. Spożywanie alkoholu przez osoby chore na PZT i OZT (n = 31)
Table 4. Alcohol consumption by people with PZT and AP (n = 31)

	Czy i jak często spożywasz alkohol?/Do you consume alcohol and how often?			
	Tak/Yes	Nie/No	Sporadycznie/Sometimes	Nie piję od momentu zachorowania/I have not drunk since getting sick
PZT/CP kobiety/female	73%	27%	0%	27%
PZT/CP mężczyźni/male	25%	75%	25%	50%
OZT/AP kobiety/female	70%	30%	10%	20%
OZT/AP mężczyźni/male	67%	33%	17%	0%

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Dyskusja

Wiek osób chorych na OZT i PZT mieści się w przedziale 39–45 lat. Podobny przedział wiekowy (35–45 lat) odnotowano w innym badaniu [10]. Wyniki niniejszych badań własnych wykazują, że zapadalność na ostre i przewlekłe zapalenie trzustki jest wyższa u mężczyzn niż u kobiet. W innych badaniach nie wykazano istotnej różnicy pod względem śmiertelności w zależności od płci chorych na schorzenia trzustki [11]. Analiza BMI wśród badanych zarówno kobiet, jak i mężczyzn chorych na OZT i PZT wskazuje na współistnienie nadwagi. W przeprowadzonych podobnych badaniach wykazano, że zwiększona objętość wewnątrzbrzuszej tkanki tłuszczowej miała znaczący wpływ na wystąpienie ciężkiego przebiegu choroby [12]. Nadwaga oraz otyłość mogą również zwiększać prawdopodobieństwo wystąpienia powikłań ogólnoustrojowych oraz śmiertelność, dlatego też pomiary objętości wewnątrzbrzuszej tkanki tłuszczowej mogą stać się istotnym czynnikiem w prognozowaniu ciężkości przebiegu chorób trzustki. Najczęściej występującą chorobą współistniejącą z OZT i PZT była cukrzyca, na którą choruje 75% kobiet oraz 36% mężczyzn z przewlekłym zapaleniem trzustki. Analizy innych badaczy wykazały, iż występowanie PZT, cukrzyca oraz kamicy żółciowej może zwiększać ryzyko rozwoju raka trzustki [13, 14]. Z najwyższym ryzykiem rozwoju raka tego narządu wiąże się natomiast występowanie PZT wraz z współistniejącą cukrzycą. Ważną rolę w leczeniu dietetycznym osób chorych na ostre i przewlekłe zapalenie trzustki odgrywa stosowanie odpowiednich technik kulinarnych. Wyniki badań własnych wykazują, że smażenie preferują chorzy zarówno na OZT, jak i PZT. Równie często stosowane jest gotowanie oraz pieczenie. Gotowanie, duszenie bez obsmażania oraz pieczenie w folii bez tłuszczu są zalecane jako odpowiednie techniki kulinarne [10]. Niedozwolone jest natomiast smażenie, tak często wskazywane przez respondentów. Wyniki te sugerują, iż należy dążyć do wprowadzenia zmiany nawyków żywieniowych osób chorych na OZT i PZT w celu wspomaganie procesu leczenia i poprawy stanu zdrowia. W leczeniu dietetycznym zmian zapalnych trzustki stosuje się dietę łatwo strawną z ograniczeniem tłuszczów. Wyniki badań wykazały, iż mniej więcej połowa mężczyzn chorych na ostre i przewlekłe zapalenie trzustki stosuje tę dietę oraz przestrzega jej zasad, podobnie jak większość kobiet cierpiących na ostre zapalenie trzustki. Natomiast stosowanie i przestrzeganie diety potwierdza zaledwie 25% kobiet, u których zdiagnozowano przewlekłe zapalenie trzustki. Według zespołu ekspertów stosowanie diety łatwo strawniej z ograniczeniem tłuszczów ma znaczenie w leczeniu dietetycznym chorób trzustki w celu zapobiegania występowaniu biegunki tłuszczo-

wej oraz w przypadku nieefektywnej substytucyjnej terapii enzymatycznej [15]. W innych przypadkach nie ma konieczności ograniczania tłuszczów w diecie, gdyż ich niedobór może prowadzić do pogorszenia stanu odżywienia chorego oraz zaburzeń wchłaniania witamin rozpuszczalnych w tłuszczach. U chorych niedożywionych bądź mających trudności w osiąganiu przyrostów masy ciała zalecane jest nawet wyższe spożycie tłuszczów niż dla osoby zdrowej (powyżej 30% dziennego zapotrzebowania energetycznego). W związku ze stosowaniem odpowiedniej diety przez niewielki odsetek chorych istotne jest prowadzenie edukacji żywieniowej w celu zmiany nieodpowiednich nawyków i zapobiegania powikłaniom choroby. Wyniki badań wykazały, że palenie papierosów może w większym stopniu wpływać na rozwój przewlekłego zapalenia trzustki niż ostrego zapalenia trzustki. Zdecydowana większość mężczyzn chorych na wyżej wymienione jednostki chorobowe zadeklarowała palenie tytoniu. Papierosy pali również połowa kobiet cierpiących na ostre zapalenie trzustki oraz jedna czwarta kobiet z przewlekłym zapaleniem trzustki, część z nich rzuciła palenie w związku z rozpoznaniem choroby. Rekomendacje Grupy Roboczej Konsultanta Krajowego w dziedzinie Gastroenterologii i Polskiego Klubu Trzustkowego wskazują, że palenie tytoniu stanowi niezależną przyczynę powstawania chorób trzustki. Zwiększa ono także prawdopodobieństwo rozwoju raka trzustki u chorych na przewlekłe zapalenie. Chorym na ostre i przewlekłe zapalenie trzustki zaleca się zaprzestanie palenia tytoniu, co prowadzi do spowolnienia rozwoju choroby, zapobiega występowaniu dolegliwości bólowych oraz zmniejsza prawdopodobieństwo rozwoju powikłań. Alkohol jest główną przyczyną zarówno ostrego, jak i przewlekłego zapalenia trzustki. Dane z piśmiennictwa wykazały, iż nadużywanie alkoholu stanowi przyczynę 70–90% zachorowań [10, 15]. Wyniki badań wykazały spożycie napojów alkoholowych u blisko 70% mężczyzn cierpiących na ostre i przewlekłe zapalenie trzustki. Podobnie wyniki odnotowano u kobiet chorych na ostre zapalenie trzustki. Wyjątek stanowią kobiety, u których zdiagnozowano przewlekłe zapalenie trzustki – spożywanie alkoholu potwierdziło 25% badanych kobiet. Na rozwój i przebieg ostrego oraz przewlekłego zapalenia trzustki największy wpływ wywierają częstotliwość i regularność spożywania alkoholu, niezależnie od jego ilości oraz rodzaju. Z przeprowadzonych badań własnych wynika, iż połowa mężczyzn chorych na przewlekłe zapalenie trzustki oraz nadużywających alkoholu spożywa go codziennie lub kilka razy w tygodniu, podobnie kształtuje się spożycie napojów alkoholowych wśród mężczyzn i kobiet cierpiących na ostre zapalenie trzustki, zaś kobiety ze zdiagnozowanym przewlekłym zapaleniem trzustki spożywają napoje wysokoprocen-

towe raz w miesiącu. Rekomendacje Grupy Roboczej Konsultanta Krajowego w dziedzinie Gastroenterologii i Polskiego Klubu Trzustkowego wskazują na ogromną rolę zaprzestania spożywania alkoholu w leczeniu chorych na ostre i przewlekłe zapalenie trzustki [15]. Zalecana jest całkowita abstynencja alkoholowa, która przyczynia się do poprawy stanu i jakości życia chorego, spowolnienia rozwoju choroby, a także zmniejszenia ilości epizodów napadowego bólu brzucha. Wyniki badań własnych wykazały, że zasadne jest prowadzenie wśród chorych na schorzenia trzustki edukacji dotyczącej zmiany nawyków oraz prowadzenia zdrowego trybu życia.

Wnioski

1. U większości chorych z OZT i PZT występuje nadwaga. Cukrzyca jest najczęstszą towarzyszącą jednostką chorobową wśród chorych na OZT i PZT.
2. Zaleceń żywieniowych dotyczących diety łatwo strawnej z ograniczeniem tłuszczów przestrzega mniej więcej połowa badanych.
3. Dominującą techniką kulinarną wykorzystywaną przez chorych z OZT i PZT jest smażenie.
4. Większość chorych na OZT i PZT nie wykazuje chęci zmiany nawyków żywieniowych i rezygnacji ze szkodliwych używek (alkoholu i papierosów)

Piśmiennictwo

1. Gajewski P, Szczeklik A. Interna Szczeklika 2013. Podręcznik chorób wewnętrznych. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2013. 993–1008.
2. Ledóchowski M, Sieklucki J, Tarnowski W. Wyniki leczenia ostrego zapalenia trzustki. 25-letnie doświadczenia Kliniki. Post Nauk Med. 2014; 27(8): 555–558.
3. Jarosz M. Praktyczny podręcznik dietytyki. Warszawa: Wyd. IŻŻ; 2010. 275–290.
4. Grzymiśławski M. Leczenie żywieniowe w ostrym zapaleniu trzustki. Gastroenterol Pol. 2008; 15(1): 63–66.
5. Poniewierka E, Neubauer K. Historia naturalna przewlekłego zapalenia trzustki. Gastroenterol Pol. 2007; 14(3): 213–215.
6. Czeczot H, Ścibior D, Skrzycki M. Peroksydacja lipidów w surowicy krwi chorych z zapaleniem i rakiem trzustki. Gastroenterol Pol. 2007; 14(1): 13–16.

7. Stasiak M, Gąsiorowska A. Znaczenie testów oceniających czynność zewnątrzwydzielniczą w diagnostyce przewlekłego zapalenia trzustki. Gastroenterol Pol. 2013; 20(3): 99–104.
8. Celiński K, Mądro A, Słomka M. Zasady żywienia w przewlekłym zapaleniu trzustki z uwzględnieniem okresów zastrzeżeń. Gastroenterol Pol. 2007; 14(4): 295–297.
9. Leksowski K, Tomaszewski S. Leczenie bólu spowodowanego przewlekłym zapaleniem trzustki. Gastroenterol Pol. 2007; 14(5): 372–376.
10. Włochal M, Grzymiśławski M. Rola żywienia w leczeniu przewlekłego zapalenia trzustki. Piel Zdr Publ. 2013; 3(3): 303–310.
11. Lu CW, Liu LC, Hsieh YC. Increased admission serum estradiol level is correlated with high mortality in patients with severe acute pancreatitis. J Gastroenterol. 2013; 48(3): 374–381.
12. O'Leary DP, O'Neill D, McLaughlin P. Effects of abdominal fat distribution parameters on severity of acute pancreatitis. World J Surg. 2012; 36: 1679–1685.
13. Lai HC, Tsai IJ, Chen PC. Gallstones, a cholecystectomy, chronic pancreatitis, and the risk of subsequent pancreatic cancer in diabetic patients: a population-based cohort study. J Gastroenterol. 2013; 48(6): 721–727.
14. Liao KF, Lai SW, Li CI, Chen WC. Diabetes mellitus correlates with increased risk of pancreatic cancer: a population-based cohort study in Taiwan. J Gastroenterol Hepatol. 2012; 27: 709–713.
15. Żuk K, Czkwianianc E, Degowska M. Zalecenia diagnostyczne i terapeutyczne w przewlekłym zapaleniu trzustki. Rekomendacje Grupy Roboczej Konsultanta Krajowego w dziedzinie Gastroenterologii i Polskiego Klubu Trzustkowego. Prz Gastroenterol. 2011; 6(6): 339–342.

Artykuł przyjęty do redakcji: 04.05.2016

Artykuł przyjęty do publikacji: 13.06.2016

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Michał Ławiński
ul. Żwirki i Wigury 61
02-091 Warszawa
tel. kom.: 501 702 899
e-mail: michal-lawinski@wp.pl
Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej
Warszawski Uniwersytet Medyczny

OCENA SKUTECZNOŚCI DZIAŁAŃ OPIEKUŃCZO-PIELĘGNACYJNYCH PIELĘGNIAREK I OPIEKUNÓW NIEPROFESJONALNYCH SPRAWUJĄCYCH OPIEKĘ NAD OSOBAMI Z REUMATOIDALNYM ZAPALENIEM STAWÓW

EFFECTIVENESS OF NURSING AND NON-PROFESSIONAL CAREGIVERS' CARE FOR PEOPLE WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

Anna Nawalana¹, Magdalena Staszkiwicz¹, Aldona Wróbel¹, Anna Majda²

¹ studentka studiów doktoranckich na Wydziale Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum w Krakowie

² Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa
Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum w Krakowie

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2017.5>

STRESZCZENIE

Cel. Celem pracy była ocena skuteczności opieki podejmowanej przez pielęgniarki i opiekunów nieprofesjonalnych nad osobami z reumatoidalnym zapaleniem stawów (RZS).

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono w 2015 r. na terenie oddziału reumatologicznego w Małopolsce. Grupę badaną stanowiły pielęgniarki i opiekunowie osób z RZS – łącznie 76 osób. Narzędziami badawczymi były autorskie arkusze skal: Skala Skuteczności Sprawowanej Opieki 1A i 1B, które poddano procesowi standaryzacji, oraz wystandaryzowana Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES) autorstwa Schwarzerera oraz Jerusalema.

Wyniki. Stopień skuteczności opieki sprawowanej przez pielęgniarki i opiekunów nieprofesjonalnych nad osobami z RZS uplasował się na poziomie średnim. Pielęgniarki prezentowały wysoki wskaźnik poczucia własnej kompetencji, który nie korelował ze skutecznością sprawowanej opieki. Występował natomiast silny związek między wynikiem skali GSES uzyskanym przez opiekunów nieprofesjonalnych a poziomem skuteczności ich opieki.

Wnioski. Wysokie poczucie własnej kompetencji badanych pielęgniarek nie warunkowało wysokiego poziomu skuteczności sprawowanej opieki. Efektywność działań opiekuńczo-pielęgnacyjnych personelu pielęgniarskiego można określić jako przeciętną, co skłania do przeprowadzenia bardziej szczegółowej analizy.

SŁOWA KLUCZOWE: pielęgniarki, opiekunowie, reumatoidalne zapalenie stawów.

ABSTRACT

Aim. The main aim of the study was to assess the effectiveness of care undertaken by nurses and non-professional caregivers of people with rheumatoid arthritis (RA).

Material and methods. The study was conducted in 2015 in the Department of Rheumatology in Malopolska. In the study group were nurses and caregivers of people with RA – a total of 76 people. The research tools were copyright sheet scales: Care Effectiveness Scale 1A and 1B, which had undergone the process of standardization, and the standardized Generalized Self-Efficacy Scale by Schwarzer and Jerusalem.

Results. The level of effectiveness of care provided by nurses and caregivers for people with RA was placed at the average level. The nurses presented a high rate of self-efficacy, which was not correlated with the effectiveness of care. There was a strong relationship between the non-professional caregivers' results of the GSES scale and the level of care effectiveness.

Conclusions. The high level of the nurses' competence did not influence the high level of the care efficiency. Effectiveness of the nursing staff can be described as average, which makes more detailed analysis necessary.

KEYWORDS: nurses, caregivers, rheumatoid arthritis.

Wprowadzenie

W Ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2011 Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.) możemy przeczytać, iż: „wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na (...) planowaniu i sprawowaniu opie-

ki pielęgnacyjnej nad pacjentem; orzekaniu o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych” [1]. Inny dokument, jakim jest *Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 10 marca 2010 r. w sprawie standardów wymagań będących podstawą przeprowadzania egzaminu potwierdzającego kwalifikacje*

medyczne (Dz.U. z 2010 r. Nr 103, poz. 652), podaje, iż opiekun medyczny powinien m.in.: „rozpoznawać problemy opiekuńcze osoby chorej, niepełnosprawnej i niesamodzielnej” oraz „dobierać czynności pielęgnacyjne dla osób chorych, niepełnosprawnych i niesamodzielnych” [2]. W dokumentach tych podkreślona jest kluczowa waga opieki i procesu pielęgnacji. Skuteczna i efektywna opieka sprawowana przez personel pielęgniarstwa, opiekunów medycznych, a także opiekunów nieprofesjonalnych nad pacjentami z RZS usprawnia proces leczenia, a tym samym przyczynia się do poprawy jakości życia osób z przywołaną w tytule pracy chorobą narządu ruchu.

U pacjentów z RZS toczący się proces chorobowy prowadzi do niszczenia tkanek stawowych, utraty ruchomości stawów oraz wystąpienia licznych zmian zwyrodnieniowych. Bardzo często choroba ta związana jest z niepełnosprawnością i uzależnieniem od osób drugich, np. krewnych lub członków zespołu medycznego [3].

Zarówno opiekunowie formalni/profesjonalni (przedstawiciele ochrony zdrowia – pielęgniarki, opiekunowie medyczni) osób z RZS, jak i opiekunowie nieformalni/nieprofesjonalni (członkowie rodziny, znajomi, sąsiedzi) mogą doświadczyć zespołu wypalenia w przebiegu sprawowania przewlekłej opieki, wymagającej ogromnego zaangażowania i poświęcenia. Często odczuwają oni duże obciążenie – fizyczne i psychiczne, które znacznie obniża jakość podejmowanych przez nich działań opiekuńczo-pielęgnacyjnych. Skutkuje to zmniejszeniem poziomu skuteczności sprawowanej opieki [4].

Duży wpływ na efektywne sprawowanie opieki przez opiekunów zarówno profesjonalnych, jak i opiekunów bez wykształcenia medycznego mają określone komponenty psychospołeczne, do których można zaliczyć uogólnione poczucie własnej skuteczności. Termin ten został wprowadzony do literatury przez Bandurę. Jednostka posiadająca wysoki poziom własnej kompetencji (skuteczności) ma dużą motywację do działania, jest bardziej zaangażowana, zdolna do wygenerowania większego wysiłku podczas realizacji zadań, co warunkuje osiągnięcie przez nią pożądaných efektów [5, 6].

Wysoki poziom skuteczności sprawowanej opieki oraz poczucie własnej kompetencji pielęgniarek i opiekunów osób z RZS może znacząco usprawnić proces opieki, pielęgnacji i rehabilitacji, a tym samym przyczynić się do podniesienia jakości życia osób z przewlekłą chorobą narządu ruchu, jaką jest RZS.

Materiał i metody

Celem prowadzonego badania była ocena skuteczności opieki podejmowanej przez pielęgniarki i opiekunów nieprofesjonalnych osób z reumatoidalnym zapaleniem stawów.

Celami szczegółowymi były oceny:

- poziomu skuteczności sprawowanej opieki przez pielęgniarki i opiekunów nieprofesjonalnych nad osobami z reumatoidalnym zapaleniem stawów,
- wskaźnika poczucia własnej skuteczności pielęgniarek i opiekunów nieprofesjonalnych sprawujących opiekę nad pacjentami z reumatoidalnym zapaleniem stawów,
- związku między wskaźnikiem poczucia własnej skuteczności pielęgniarek i opiekunów nieprofesjonalnych a poziomem skuteczności opieki, którą sprawują.

W pracy przedstawiono część wyników uzyskanych z badania prowadzonego od listopada do grudnia 2015 r. w oddziale reumatologii jednego z małopolskich szpitali. Zostało ono przeprowadzone zgodnie z zasadami *Deklaracji helsińskiej*. W badaniu uczestniczyło: 36 pielęgniarek sprawujących opiekę nad pacjentami z reumatoidalnym zapaleniem stawów, 40 opiekunów nieprofesjonalnych (bliskich) osób z wymienioną wyżej chorobą reumatyczną oraz 40 pacjentów, u których rozpoznano RZS (łącznie 116 osób). Ze względu na obszerny materiał, jaki uzyskano z prowadzonego badania, w artykule ograniczono się wyłącznie do zaprezentowania opinii pielęgniarek i opiekunów nieprofesjonalnych na temat skuteczności sprawowanej przez nich opieki nad pacjentami z RZS.

Badane pielęgniarki były w grupach wiekowych 20–39 lat (23 osoby) oraz 40–59 lat (13 osób). Wśród respondentek było 18 kobiet, które posiadały tytuł zawodowy licencjata pielęgniarstwa, oraz 13 osób z tytułem magistra pielęgniarstwa. Najmniejszą grupę stanowiły pielęgniarki mające średnie wykształcenie medyczne (5 osób). Przewagę stanowiły pielęgniarki mieszkające w mieście – miasto powyżej 100 tys. mieszkańców – 13 osób, miasto do 50 tys. mieszkańców – 8 osób, miasto od 50 do 100 tys. mieszkańców – 6 osób. Tylko 9 respondentek mieszkało na wsi.

Wśród opiekunów nieprofesjonalnych osób z reumatoidalnym zapaleniem stawów przewagę stanowiły kobiety – 25 respondentek. Bliscy osób z RZS (opiekunowie nieprofesjonalni) byli w grupach wiekowych: od 40 do 59 lat (22 osoby), od 60 do 79 lat (9 osób), od 20 do 39 lat (8 osób) oraz poniżej 20 lat (1 osoba). Najliczniejszą grupę stanowili opiekunowie z wykształceniem wyższym (14 osób), a najmniejszą – z wykształceniem podstawowym (4 osoby). Wykształcenie zawodowe posiadało 12 osób, natomiast średnie – 10 osób. Opiekunowie zamieszkiwali głównie miasto – miasto powyżej 100 tys. mieszkańców – 11 osób, miasto do 50 tys. mieszkańców – 9 osób, miasto od 50 do 100 tys. mieszkańców – 8 osób. Tereny wiejskie zamieszkiwało 12 osób. Najliczniejszą grupę stanowili opiekunowie aktywni za-

wodowo (26 osób). Tylko 2 osoby zadeklarowały, iż nie pracują. Emeryturę przyjmowało 7 osób, a rentę – 3 osoby. Wśród badanych były 3 osoby przyjmujące zasiłek dla bezrobotnych. Badani opiekunowie sprawowali opiekę nad: współmałżonkiem (13 osób), rodzicem (8 osób), dzieckiem (6 osób), sąsiadem/-ką (6 osób), rodzeństwem (1 osoba) oraz wujostwem (1 osoba).

Podczas badania stosowano metodę szacowania, technikę szacunkową oraz narzędzia, którymi były arkusze skal [7].

W badaniu wykorzystano dwa autorskie narzędzia badawcze, które poddano procesowi standaryzacji. Pierwsze z nich – Skala Skuteczności Sprawowanej Opieki 1A (SSSop 1A) – opracowane zostało dla personelu pielęgniarskiego. Składa się z 12 pytań dotyczących działań opiekuńczo-pielęgnacyjnych oraz pomocy udzielanej pacjentowi. Pielęgniarki odpowiadały na pytania, zaznaczając odpowiedzi: „Zdecydowanie tak” (5 pkt.), „Raczej tak” (4 pkt.), „Nie wiem” (3 pkt.), „Raczej nie” (2 pkt.) oraz „Zdecydowanie nie” (1 pkt.). Respondent mógł uzyskać od 12 do 60 punktów. Uzyskana w procesie standaryzacji skali wartość testu α -Cronbacha była większa od 0,7, co potwierdziło rzetelność opracowanego narzędzia. Pozwoliło to na wyznaczenie norm stenowych oraz opracowanie przedziałów punktowych: 12–45 pkt. – niski, 46–50 pkt. – średni, 51–60 pkt. – wysoki poziom skuteczności sprawowanej opieki.

Drugie autorskie narzędzie badawcze – Skala Skuteczności Sprawowanej Opieki 1B (SSSop 1B) – przeznaczone było dla opiekunów nieprofesjonalnych osób z RZS, którymi najczęściej byli bliscy krewni lub osoby z najbliższego otoczenia (np. współmałżonek, rodzic, sąsiad). Pytania i odpowiedzi zostały opracowane podobnie jak w Skali SSSop 1A; identyczny był również sposób punktowania poszczególnych dystraktorów. Wyliczona wartość testu α -Cronbacha potwierdziła rzetelność opracowanego narzędzia. Określone normy stenowe pozwoliły stworzyć trzy poziomy skuteczności sprawowanej opieki przez opiekunów nieprofesjonalnych osób z RZS: niski (12–43 pkt.), średni (44–47 pkt.) oraz wysoki (48–60 pkt.).

Dodatkowo w badaniu pielęgniarek i opiekunów użyto wystandaryzowanego narzędzia badawczego – Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności (ang. *Generalized Self-Efficacy Scale* – GSES) autorstwa Schwarzera oraz Jerusalem. Składała się ona z 10 twierdzeń, do których musiał odnieść się respondent, zaznaczając odpowiedź: „Tak” (4 pkt.), „Raczej tak” (3 pkt.), „Raczej nie” (2 pkt.) oraz „Nie” (1 pkt.). Wyznaczone przedziały punktowe określały niski (10–24 pkt.), przeciętny (25–29 pkt.) oraz wysoki (30–40 pkt.) poziom wskaźnika poczucia własnej skuteczności (w niniejszym artykule termin ten

używany jest zamiennie z pojęciem poczucia własnej kompetencji). Narzędzie to koresponduje z pojęciem spostrzegania własnej skuteczności oraz koncepcją oczekiwań jednostki – zagadnieniami, którymi zajmował się Bandura [8, 9].

Związek między poszczególnymi zmiennymi sprawdzono przy użyciu metod statystyki opisowej oraz testu korelacji rang Spearmana, przyjmując poziom istotności dla $p < 0,05$.

Wyniki

Uśredniony wynik dla poziomu skuteczności opieki sprawowanej przez pielęgniarki i opiekunów nieprofesjonalnych nad osobami z RZS można określić mianem przeciętnego (odpowiednio: $M = 48,17$; $M = 45,33$). Najmniejszą grupę (20 osób) stanowili respondenci prezentujący niski poziom skuteczności opieki. Wśród badanych 12 pielęgniarek i 16 opiekunów uzyskało wyniki świadczące o wysokim poziomie efektywności opieki (**Tabela 1**).

Tabela 1. Poziom skuteczności opieki sprawowanej przez pielęgniarki i opiekunów osób z RZS ($n = 76$)

Table 1. The level of the effectiveness of care provided by nurses and caregivers of people with RA ($n = 76$)

Uczestnicy badania/ The study participants	M	SD	Me	Mo	Q1	Q3	Poziom skuteczności sprawowanej opieki (SSSop 1A i 1B)/ The level of effectiveness of care (SSSop 1A and 1B)		
							niski/ low	przeciętny/ average	wysoki/ high
Pielęgniarki/ Nurses	48,17	3,74	48,00	52,00	45,50	51,00	9	15	12
Opiekunowie/ Caregivers	45,33	5,34	45,00	45,00	43,00	49,00	11	13	16

M – średnia/average; SD – odchylenie standardowe/standard deviation; Me – mediana/median; Mo – moda/mode; Q1 – kwartył dolny/lower quartile, Q3 – kwartył górny/upper quartile

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Zdecydowaną większość badanych (70 osób) stanowili respondenci, którzy twierdzili, iż podejmowane przez nich działania opiekuńczo-pielęgnacyjne poprawiają jakość życia osób z RZS. Wśród badanych było 65 osób przekonanych, że udzielana przez nich opieka satysfakcjonuje osoby z reumatoidalnym zapaleniem stawów, i 73 respondentów, którzy twierdzili, iż pacjenci/bliscie osoby z RZS zawsze mogą liczyć na ich pomoc. Należy zaznaczyć, iż 14 pielęgniarek i 25 opiekunów osób z RZS odczuwało zmęczenie psychiczne uwarunkowane opieką nad pacjentem/bliskim z wymienioną chorobą reumatyczną. Wśród opiekunów osób

z RZS 29 respondentów zadeklarowało, iż doświadcza zmęczenia fizycznego spowodowanego opieką, podobnego zdania było 27 pielęgniarek (**Tabela 2**).

Tabela 2. Autorskie narzędzia badawcze: Skala Skuteczności Sprawowanej Opieki (SSSop) 1A oraz Skala Skuteczności Sprawowanej Opieki (SSSop) 1B – odpowiedzi respondentów

Table 2. Copyright research tools: Care Effectiveness Scale 1A and Care Efficiency Scale 1B – responses

Stwierdzenie/Statement	Wariant odpowiedzi/Answer									
	A		B		C		D		E	
	o	p	o	p	o	p	o	p	o	p
1. Jakość mojego życia ulega poprawie dzięki udzielanej pomocy od:/My quality of life has been improving thanks to care given by:	12	10	22	26	2	4	0	0	0	0
2. Jestem w pełni usatysfakcjonowany z opieki niesionej przez:/I am fully satisfied with care carried by:	6	7	27	25	3	8	0	0	0	0
3. Wiem, że zawsze mogę liczyć na pomoc:/I know that I can always count on:	22	19	14	18	0	2	0	1	0	0
4. Bez oporów proszę o pomoc:/I can ask for help without hesitation:	11	11	21	25	4	2	0	2	0	0
5. Czuję się bezpiecznie dzięki opiece, którą otrzymuję od:/I feel safe thanks to care I receive from:	17	12	17	24	2	4	0	0	0	0
6. Mam zaufanie do:/I trust:	8	11	22	22	6	7	0	0	0	0
7. Myślę, że osoba sprawująca nadę mną opiekę ma odpowiedni poziom wiedzy/I think that the person who has been taking care of me has an appropriate level of knowledge	16	8	18	23	1	6	1	3	0	0
8. Jestem rozumiany przez:/I am understood by:	13	9	22	26	1	4	0	1	0	0
9. Uważam, że: ... rozpoznaje moje potrzeby/I think that ... recognizes my needs	11	8	23	22	1	3	0	5	1	2
10. ... pomaga mi w rozwiązaniu problemów wynikających z ograniczeń spowodowanych chorobą/... helps me solve problems arising from limitations caused by illness	15	15	21	23	0	2	0	0	0	0
11. Jestem zależny/-a od/I am dependent on ...	0	0	15	10	7	5	13	11	1	14
12. Jestem obciążeniem dla .../I am a burden to ...	0	0	8	6	1	5	18	16	9	13

o – opiekun/caregiver; p – pielęgniarka/nurse;

A – Zdecydowanie tak/Absolutely yes; B – Raczej tak/Rather yes; C – Nie wiem/I do not know; D – Raczej nie/Not really; E – Zdecydowanie nie/Definitely not

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Badane pielęgniarki prezentowały wysoki wskaźnik poczucia własnej skuteczności (kompetencji) (M = 32,22).

Analizując wyniki dla opiekunów osób z reumatoidalnym zapaleniem stawów, można zauważyć, iż ich poziom skuteczności (kompetencji) uplasował się na pograniczu wyniku przeciętnego i wysokiego (M = 29,53) (**Tabela 3**).

Tabela 3. Wskaźnik poczucia własnej skuteczności pielęgniarki i opiekunów osób z RZS (n = 76)

Table 3. The rate of the self-efficacy of nurses and caregivers of people with RA (n = 76)

Uczestnicy badania/ The study participants	M	SD	Me	Mo	Q1	Q3	Ogólny wskaźnik poczucia własnej skuteczności (GSES)/The general rate of self-efficacy (GSES)		
							niski/low	przeciętny/average	wysoki/high
Pielęgniarki/ Nurses	32,22	3,83	31,50	30,00	30,00	35,00	0	7	29
Opiekunowie/ Caregivers	29,53	5,49	28,00	25,00	25,00	33,50	6	15	19

M – średnia/average; SD – odchylenie standardowe/standard deviation; Me – mediana/median; Mo – moda/mode; Q1 – kwartył dolny/lower quartile; Q3 – kwartył górny/upper quartile

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Nie wykazano związku między wskaźnikiem poczucia własnej skuteczności pielęgniarek a poziomem skuteczności sprawowanej przez nie opieki (p = 0,07). Inaczej było w przypadku opiekunów nieprofesjonalnych osób z RZS – analiza statystyczna ujawniła występowanie silnego związku między wskaźnikiem poczucia własnej kompetencji, jaki prezentowali, a poziomem skuteczności sprawowanej przez nich opieki (p = 0,001) (**Tabela 4 i 5**).

Tabela 4. Związek między wskaźnikiem poczucia własnej skuteczności pielęgniarek a poziomem skuteczności sprawowanej przez nie opieki

Table 4. The relationship between the rate of self-efficacy of nurses and the level of their care effectiveness

Ogólny wskaźnik poczucia własnej skuteczności (GSES)/ The general rate of self-efficacy (GSES)	Poziom skuteczności sprawowanej opieki przez pielęgniarki (SSSop 1A)/The level of effectiveness of nurses' care (SSSop 1A)			Współczynnik korelacji Spearmana/ Spearman correlation coefficient
	niski/low	przeciętny/average	wysoki/high	
Niski/Low	0	0	0	r = 0,18 p = 0,07
Przeciętny/Average	4	1	2	
Wysoki/High	5	14	10	

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Tabela 5. Związek między wskaźnikiem poczucia własnej skuteczności opiekunów a poziomem skuteczności sprawowanej przez nich opieki
Table 5. The relationship between the rate of self-efficacy of caregivers and the level of their care effectiveness

Ogólny wskaźnik poczucia własnej skuteczności (GSES) <i>The general rate of self-efficacy (GSES)</i>	Poziom skuteczności sprawowanej opieki przez pielęgniarki (SSSop 1A)/ <i>The level of effectiveness of nurses' care (SSSop 1A)</i>			Współczynnik korelacji Spearmana/ <i>Spearman correlation coefficient</i>
	niski/ <i>low</i>	przeciętny/ <i>average</i>	wysoki/ <i>high</i>	
Niski/ <i>Low</i>	2	4	0	r = 0,001 p = 0,001
Przeciętny/ <i>Average</i>	8	3	4	
Wysoki/ <i>High</i>	1	6	12	

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Dyskusja

Badania własne wykazały, iż pielęgniarki miały wysoki poziom własnej skuteczności (kompetencji) i przeciętny poziom skuteczności sprawowanej opieki. Dodatkowo nie wykazano związku między tymi dwiema zmiennymi. Można zauważyć pewien dysonans z ogólnym, bazującym na teorii przekonaniem Bandury, zgodnie z którym wysoki poziom kompetencji warunkuje większą motywację do działania, silne przekonanie na temat skuteczności i celowości własnych interwencji [5]. Analizując wyniki badań własnych, nie wykazano tej korelacji. Można przypuszczać, iż przyczyną tego stanu mogły być czynniki zakłócające, tj. np.: okres choroby pacjenta (remisja, zaostrzenie), warunku socjoekonomiczne szpitala itp. Pielęgniarki mogły deklarować wysoki poziom własnej kompetencji, jednak odczuwać niski poziom skuteczności sprawowanych działań, co mogło być uwarunkowane np. większą zależnością pacjentów, będących w okresie zaostrzenia choroby, w którym występują dolegliwości bólowe, często utrudniające całkowitą realizację zamierzonych interwencji. Dodatkowym czynnikiem zakłócającym mógł być również brak środków, przyrządów usprawniających proces leczenia i poprawiających komfort pracy. Rozważeniu należałoby poddać kwestię utożsamiania się pielęgniarek z działaniami opiekuńczo-pielęgnacyjnymi, traktowanymi niejednokrotnie przez nie same jako działania drugiej kategorii, po np. działaniach w procesie leczenia. Czasem wśród pielęgniarek funkcjonuje przekonanie, że działania opiekuńczo-pielęgnacyjne powinny być wykonywane przez opiekunów medycznych, mimo iż są istotą pielęgniarstwa. Niezmiernie ważne są motywacja wyboru zawodu, akceptacja jego miejsca

w hierarchii ochrony zdrowia, co warunkuje skuteczne sprawowanie opieki i zmniejszenie ryzyka wypalenia. Rozważania te skłaniają do przeprowadzenia w przyszłości bardziej szczegółowych, z uwzględnieniem czynników zakłócających, badań na większej grupie.

Odminną sytuację zaobserwowano w grupie opiekunów nieprofesjonalnych osób z RZS, gdzie wykazano wspomnianą wcześniej zależność. Mieli oni poczucie własnej skuteczności (kompetencji) nieco niższe niż pielęgniarki, jednak mimo to korespondowało ono z wysokim poziomem skuteczności sprawowanej opieki. Wpływ na to mógł mieć komponent afektywny. Osoby te w większym stopniu mogły być zaangażowane w opiekę nad bliskim z RZS, gdyż pozostawały z nim w silnym związku emocjonalnym, który prawdopodobnie generował podejmowanie działań opiekuńczych na bardzo wysokim poziomie. Wpływ na odczuwany wysoki poziom skuteczności opieki mógł mieć również okres remisji, kiedy dolegliwości bólowe osób z RZS nie są nasilone.

Uczeni Schwarzer oraz Fuchs stwierdzili, iż niski wskaźnik poczucia własnej kompetencji może warunkować większe ryzyko wystąpienia poczucia bezradności i depresji [10]. Niepokojące jest, iż znaczną grupę badanych stanowili respondenci, którzy zadeklarowali, że odczuwają zmęczenie fizyczne i psychiczne podczas sprawowania opieki nad osobą, u której występuje wymieniona wyżej choroba reumatyczna. Należy mieć nadzieję, iż wysoki wskaźnik poczucia własnej kompetencji skutecznie zabezpieczy pielęgniarki i opiekunów przed pojawianiem się wypalenia, wyczerpania w wyniku sprawowania przewlekłej opieki nad osobą z RZS. Potwierdzeniem tego mogą być wnioski, jakie wysunęły Andruszkiewicz oraz Banaszkiewicz wraz z pozostałymi członkami zespołu badawczego na podstawie wyników badań przeprowadzonych wśród 428 osób pracujących w szpitalu na stanowisku pielęgniarki. Stwierdzono, iż występuje zależność między poczuciem własnej skuteczności a funkcjonowaniem zawodowym. Wysoki poziom własnej kompetencji chronił badane pielęgniarki przed nadmiernym odczuwaniem stresu w pracy zawodowej [11].

Przeciętny poziom skuteczności opieki sprawowanej przez pielęgniarki i opiekunów nieprofesjonalnych w badaniach własnych skłania do przypuszczeń, iż mogą istnieć pewne aspekty opieki, w których badani nie czują się w pełni skuteczni i efektywni. Analizując wyniki, można zauważyć, iż 11 badanych (3 pielęgniarki, 8 opiekunów) nie wie, czy wykonywane działania opiekuńczo-pielęgnacyjne satysfakcjonują osoby z RZS.

Do ograniczeń niniejszych badań można zaliczyć małą grupę badanych – badanie pilotażowe. W przyszłości planowane jest badanie na większej grupie, co

pozwole bardziej wnikliwie przyjrzeć się analizowanemu zjawisku.

Należy mieć nadzieję, iż opracowane skale, które poddano standaryzacji, zostaną wykorzystane w dalszych badaniach nad skutecznością opieki sprawowanej przez personel pielęgniarski oraz opiekunów osób chorych. Narzędzia te mogą okazać się pomocne w badaniu potencjału opiekuńczego, czyli wydolności opiekuńczej, na którą wg Kawczyńskiej-Butrym składają się „sytuacja emocjonalna, więzi i motywacje opieki, a także stopień akceptacji często wieloletniej roli opiekuna” [12]. Dodatkowo mogą być cennym nośnikiem informacji na temat efektywności planowanych interwencji i procesu pielęgnacji.

Wnioski

1. Wysokie poczucie własnej skuteczności badanych pielęgniarek nie warunkowało wysokiego poziomu skuteczności sprawowanej opieki, co potwierdza brak związku tych dwóch zmiennych.
2. Poczucie własnej skuteczności opiekunów nieprofesjonalnych osób z RZS było nieco niższe niż pielęgniarek, jednak mimo to koresponowało z wysokim poziomem skuteczności sprawowanej opieki.
3. Pomiar skuteczności sprawowanej opieki za pomocą narzędzi wystandaryzowanych może wpłynąć na proces leczenia i podnieść jakość interwencji podejmowanych przez personel pielęgniarski i opiekunów nieprofesjonalnych. Uzyskane wyniki mogą zostać wykorzystane w procesie opieki nad osobami z RZS.

Piśmiennictwo

1. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. Dz.U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm., <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20111741039> (data dostępu: 15.04.2016).
2. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 10 marca 2010 r. w sprawie standardów wymagań będących podstawą przeprowadzania egzaminu potwierdzającego kwalifikacje medyczne. Dz.U. z 2010 r. Nr 103, poz. 652, <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20101030652> (data dostępu: 15.04.2016).

3. MacLean CH, Louise R, Leake B. Quality of care for patients with rheumatoid arthritis. *JAMA*. 2000; 284(8): 984–992.
4. Sęk H. Poznawcze i kompetencyjne uwarunkowania wypalenia w pracy z chorymi. *Post Psychiatr Neurol*. 2005; 14(2): 93–98.
5. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977; 34(2): 191–215.
6. Juczyński Z. Poczucie własnej skuteczności – teoria i pomiar. *Folia Psychol*. 2000; 4: 11–24.
7. Lenartowicz H, Kózka M. Gromadzenie materiału badawczego. W: Lenartowicz H, Kózka M (red.). *Metodologia badań w pielęgniarstwie. Podręcznik dla studiów medycznych*. Warszawa: PZWL; 2011. 97–116.
8. Schwarzer R, Jerusalem M, Juczyński Z. Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności – GSES. W: Juczyński Z (red.). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2001. 93–98.
9. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977; 34(2): 191–215.
10. Schwarzer R, Fuchs R. Self-efficacy and Health Behaviours. W: Conner M, Norman P (red.). *Predicting Health Behaviour*. Buckingham – Philadelphia: Open University Press; 1996. 163–196.
11. Andruszkiewicz A, Banaszekiewicz M, Felsmann M, Marzec A, Kielbratowska B, Kocięcka A. Poczucie własnej skuteczności a wybrane zmienne związane z funkcjonowaniem zawodowym w grupie pielęgniarek. *Probl Piel*. 2011; 19(2): 143–147.
12. Kawczyńska-Butrym Z. Rodzina i jej potencjał opiekuńczy. W: Kawczyńska-Butrym Z (red.). *Wyzwania rodziny: zdrowie, choroba, niepełnosprawność, starość*. Lublin: Wyd. Makmed; 2008. 139–144.

Artykuł przyjęty do redakcji: 30.04.2016

Artykuł przyjęty do publikacji: 25.05.2016

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Anna Nawalana

ul. gen. Leopolda Okulickiego 51c/91

31-637 Kraków

tel. kom.: 698 072 378

e-mail: ania.nawalana@poczta.onet.pl

Studentka studiów doktoranckich na Wydziale Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum w Krakowie

OCENA ZADOWOLENIA PACJENTÓW PORADNI STOMATOLOGICZNEJ Z REALIZACJI PRZEZ PERSONEL MEDYCZNY PRAWA PACJENTA DO INFORMACJI

ASSESSMENT OF DENTAL CLINIC PATIENTS' SATISFACTION IN RESPECTING PATIENTS' RIGHTS TO INFORMATION BY MEDICAL PERSONNEL

Beata Obrycka¹, Małgorzata Machaj², Aleksander Zarzeka^{3,4}, Lucyna Iwanow⁴, Mariusz Panczyk³, Joanna Gotlib³

¹ Wydział Nauki o Zdrowiu
Warszawski Uniwersytet Medyczny

² Dział Organizacji i Zasobów Ludzkich CSK MSW w Warszawie

³ Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia
Warszawski Uniwersytet Medyczny

⁴ Studenckie Koło Naukowe Prawa Medycznego
Warszawski Uniwersytet Medyczny

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2017.6>

STRESZCZENIE

Wstęp. Jednym z podstawowych praw pacjenta jest prawo do informacji o stanie zdrowia, sposobie leczenia, możliwych powikłaniach. Aby pacjent mógł podjąć najlepszą dla siebie decyzję o dalszym postępowaniu leczniczym, musi uzyskać pełną i zrozumiałą informację na temat świadczenia medycznego.

Cel. Celem pracy była ocena zadowolenia pacjentów Poradni Stomatologicznej z realizacji przez personel medyczny prawa do informacji.

Materiał i metody. W badaniu wzięło udział 100 pacjentów Poradni Stomatologicznej (78 kobiet). Wykształcenie wyższe miało 61 osób, średnie – 29, a podstawowe i zawodowe – 10 badanych. Badanie wykonano na podstawie samodzielnie sporządzonej, anonimowej ankiety. Pytania dotyczyły znajomości wiedzy zagadnień związanych z tematyką praw pacjenta oraz oceny jasności przekazu informacji.

Wyniki. W badanej grupie pacjentów wyższe wykształcenie miało wpływ na odpowiedzi z zakresu wiedzy na temat zagadnień związanych z prawami pacjenta. Znajomość praw pacjenta deklarowało 75% ankietowanych z wykształceniem wyższym, również płeć miała wpływ na wybór odpowiedzi, ponad 65% kobiet oceniło, iż zna prawa pacjenta bardzo dobrze i dobrze, ponad 55% respondentów z wykształceniem wyższym poprawnie wskazało, iż informacje na temat praw pacjenta czerpią z *Karty praw pacjenta*.

Wnioski. 1. Komunikacja z lekarzem oceniana jest na poziomie średnim, a przekazywane treści są niewystarczające. 2. Otrzymane wyniki badań wskazują na niedostateczną wiedzę personelu medycznego o ważności przekazywania informacji. 3. W badaniach porównujących poziom znajomości praw pacjenta występuje zależność między płcią i wykształceniem ankietowanych. 4. Wyniki przeprowadzonych badań własnych pokazują, iż szczegółowa wiedza na temat zagadnień praw pacjenta jest niewystarczająca. 5. Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, iż zadowolenie pacjentów z otrzymanych informacji przekłada się na zrozumienie i współpracę z personelem medycznym i podejmowanie decyzji w dalszym przebiegu leczenia.

SŁOWA KLUCZOWE: prawa pacjenta, prawo do informacji, pacjenci, stomatologia.

ABSTRACT

Introduction. The right to information on patient health, treatment, and possible complications is one of the fundamental rights of patients. Patients need to be provided with full and comprehensive information on medical service in order to be able to make a decision on further treatment that would be the best for them.

Aim. The aim of the study was to evaluate satisfaction of dental clinic patients in respecting patients' rights to information by medical personnel.

Material and methods. The study enrolled 100 dental clinic patients (78 women). 61 persons had a higher education, 29 study participants had a secondary education, and the remaining 10 persons had a primary and basic vocational education. The study was carried out with the use of an original anonymous questionnaire. Questions concerned the knowledge of issues related to patients' rights and assessment of the clarity of information.

Results. The level of respondents' education influenced their answers relating to the knowledge of patients' rights. 75% of the respondents with higher education said they were familiar with patients' rights. The gender also influenced the choice of answers: over 65% of women said they had good and very good knowledge of patients' rights. More than 55% of the respondents with higher education correctly indicated that information on patients' rights were stipulated in the Charter of Patients' Rights.

Conclusions. 1. Communication between a patient and a doctor was assessed as medium and information provided was insufficient. 2. The present results demonstrated that medical personnel had insufficient knowledge of the importance of providing patients with information. 3. The study showed that there was a correlation between the knowledge of patients and their gender and education level. 4. The present results demonstrated that detailed knowledge of patients' rights was insufficient. 5. It was found out that patients' satisfaction with information provided influenced their understanding and cooperation with medical personnel as well as decision-making process relating to further treatment.

KEYWORDS: patients' rights, right to information, patients, dentistry.

Wstęp

Obecnie coraz częściej pacjent jest osobą dobrze poinformowaną, wykazującą się wiedzą na temat choroby i mającą określone wyobrażenie o tym, jak powinien przebiegać proces diagnostyczny i terapeutyczny. Wobec takich postaw zasadne okazało się wprowadzanie zmian do ustawodawstwa i dostosowanie go do zachodzącej w ostatnich latach ewolucji w relacjach pacjent – lekarz, w których znacząco zmieniła się pozycja osoby leczonej. Jednym z najważniejszych elementów w tej relacji staje się efektywna komunikacja. Informacje przekazywane pacjentowi przez lekarza na temat proponowanego zabiegu i ewentualnego ryzyka z nim związanego muszą być podawane w sposób prosty i zrozumiały. Pacjent musi świadomie brać udział w swoim leczeniu i być informowany na bieżąco o swoim stanie zdrowia.

Cele pracy

Cele pracy to próba oceny wiedzy pacjentów na temat prawa do uzyskania informacji oraz ocena zadowolenia pacjentów z realizacji przez personel medyczny tego prawa, a także określenie wpływu płci i wykształcenia na poziom znajomości tych zagadnień.

Materiał

Badaniem objęto 100 pacjentów Przychodni Stomatologicznej. W badaniu udział wzięło 78 kobiet i 22 mężczyzn. W badanej grupie 7 kobiet i 3 mężczyzn miało wykształcenie zawodowe i podstawowe, 18 kobiet i 11 mężczyzn – średnie, 53 kobiety i 8 mężczyzn – wyższe. Spośród respondentów 23 kobiety i 8 mężczyzn pochodziło ze wsi, a 55 kobiet i 14 mężczyzn – z miasta. Średnia wieku to 36 lat dla kobiet i 39 lat dla mężczyzn.

Metody

Badanie przeprowadzono pomiędzy 5 listopada a 30 grudnia 2013 r. W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego z zastosowaniem techniki ankietowej. Kwestionariusz ankiety własnego autorstwa zawierał 26 pytań dotyczących wiedzy pacjentów na temat praw pacjenta i aspektów związanych z przestrzeganiem prawa pacjenta do informacji. Pytania miały charakter zamknięty i wielokrotnego wyboru poza jednym dotyczącym wieku, które było otwarte. Ankieta była anonimowa, udział w badaniu całkowicie dobrowolny. Uzyskane w wyniku przeprowadzonych badań ankietowych dane zostały wprowadzone do arkusza kalkulacyjnego Microsoft Excel. Do analizy otrzymanych wyników posłużono się metodą statystyki opisowej

Wyniki

Przeprowadzone badanie wykazało, że blisko połowa ankietowanych ocenia swoją znajomość praw pa-

cjenta na poziomie dobrym, natomiast w zależności od płci zaledwie 10 z 78 wszystkich kobiet ocenia swoją wiedzę bardzo dobrze, zaś tylko 1 mężczyzna z 22 badanych ocenia, że prawa pacjenta zna bardzo dobrze. Respondenci czerpią wiedzę na ten temat najczęściej z mediów (radio, telewizja, Internet, prasa). Szczegółowe dane zamieszczono w **tabeli 1**.

Ponadto niespełna połowa ankietowanych (49 osób: 38 kobiet i 11 mężczyzn) uczęszcza do Poradni Stomatologicznej raz na 6 miesięcy. Zapytano badanych także o przestrzeganie praw pacjenta w tejże Poradni. Prawie połowa respondentów (38 kobiet i 7 mężczyzn) uważa, że przestrzeganie praw pacjenta jest na dobrym poziomie. Zdania na ten temat nie ma 27 respondentów.

Ponad połowa, 55 osób z 98 badanych, udzieliła twierdzącej odpowiedzi na pytanie, czy lekarz udzielił informacji na temat przyczyny powstania dolegliwości. Jest także grupa badanych, która twierdzi, że nie uzyskała takiej informacji. W związku z powstałą zmianą mniej niż połowa ankietowanych została skierowana do innego specjalisty. Jedna osoba nie udzieliła odpowiedzi (kobieta z wyższym wykształceniem). Natomiast prawie połowa osób biorących udział w badaniu nie otrzymała informacji na temat skorzystania z wizyty u innego specjalisty. Szczegółowe dane zamieszczono w **tabeli 2**.

Ponadto na pytanie, czy podczas wizyty u lekarza otrzymali wyczerpujące informacje: o stanie zdrowia, sposobie leczenia, planowanych badaniach i postępowaniu w przypadku pogorszenia lub braku poprawy stanu zdrowia, najczęściej ankietowani zaznaczali odpowiedź: „Raczej tak”. Płeć ani wykształcenie nie wpłynęły na wybór odpowiedzi. Większość respondentów potrafi wskazać, komu personel medyczny może udzielić informacji na temat stanu zdrowia pacjenta. Zdecydowana większość także nie wie, czy kiedykolwiek osoba z personelu medycznego udzieliła informacji o ich stanie zdrowia osobie niepowołanej. Szczegółowe dane zamieszczono w **tabeli 3**.

Badanie wykazało także, że personel medyczny podczas wizyty nie poinformował o prawach przysługujących pacjentowi. Takiej informacji nie otrzymało aż 77 osób z 96 ankietowanych (4 osoby nie udzieliły odpowiedzi na to pytanie). Zdecydowana większość pacjentów Poradni Stomatologicznej sądzi, że pacjenci powinni być informowani o przewidywanym po zabiegu stanie zdrowia. Ponadto większość ankietowanych jest zdania, że została dobrze poinformowana o planowanych zabiegach diagnostycznych. Szczegółowa analiza odpowiedzi została zamieszczona w **tabeli 4**.

Tabela 1. Wiedza pacjentów Poradni Stomatologicznej na temat praw pacjenta
Table 1. Knowledge of patients' rights among dental clinic patients

Lp./ Item no.	Pytanie/ Question	Odpowiedzi wszystkich ankietowanych/ Answers of all study participants	Liczba wszystkich odpowiedzi/Number of all answers	Odpowiedź ze względu na płeć/Answer by gender		Odpowiedź ze względu na wykształcenie/ Answer by education level		
				kobiety/ women	mężczyźni/ men	podstawowe i zawodowe/primary and basic vocational	średnie/ secondary	wyższe/ higher
1.	Jak ocenia Pani/Pan swoją znajomość praw pacjenta?/ How do you assess your knowledge of patients' rights?	Bardzo źle/ <i>Very poor</i>	7	3	4	7	-	-
		Źle/ <i>Poor</i>	5	2	3	3	2	-
		Stabo/ <i>Moderate</i>	30	21	9	-	27	3
		Dobrze/ <i>Good</i>	46	41	5	-	-	46
		Bardzo dobrze/ <i>Very good</i>	11	10	1	-	-	11
		Nie mam zdania/ <i>No opinion</i>	1	1	-	-	-	1
2.	Skąd Pani/Pan czerpie wiedzę na temat praw pacjenta?/ What is your source of knowledge of patients' rights?	Karta praw pacjenta/ <i>Charter of Patients' Rights</i>	37	36	1	1	2	34
		Personel medyczny/ <i>Medical personnel</i>	24	21	3	1	4	19
		Rodzina, znajomi/ <i>Family, friends</i>	23	16	7	1	7	14
		Ulotki, plakaty/ <i>Leaflets, posters</i>	27	14	3	-	4	13
		Media	45	33	12	7	15	23
		Inny pacjent/ <i>Other patients</i>	5	4	1	-	2	3
		Nie mam takiej wiedzy/ <i>I have no such knowledge</i>	7	4	3	1	4	2
3.	Czy zapoznała się Pani/zapoznał się Pan z któryś ze źródeł praw pacjenta?/ Have you read any of the following sources of patients' rights?	Polska Karta praw pacjenta/ <i>Polish Charter of Patients' Rights</i>	26	25	1	-	2	24
		Europejska Karta praw pacjenta/ <i>European Charter of Patients' Rights</i>	11	10	1	-	1	10
		Karta praw pacjenta na podstawie Deklaracji praw pacjenta WHO/ <i>Charter of Patients' Rights on the basis of the WHO Declaration on Patients' Rights</i>	17	15	2	1	2	14
		Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta/ <i>Act of November 6, 2008 on Patients' Rights and the Ombudsman for Patients' Rights</i>	20	19	1	-	1	19
		Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej/ <i>Constitution of the Republic of Poland</i>	20	17	3	1	4	15
		Nie/ <i>No</i>	51	34	17	8	25	18
4.	Które prawo Pani/Pana zdaniem jest łamane najczęściej?/ <i>In your opinion, which right is violated most often?</i>	Prawo pacjenta do świadczeń zdrowot- nych/ <i>Patients' right to medical services</i>	37	27	10	3	14	20
		Prawo pacjenta do informacji/ <i>Patients' right to information</i>	31	28	3	1	3	27
		Prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych/ <i>Patients' right to confidentiality of information about their medical condition and treatment</i>	11	10	1	3	1	7
		Prawo pacjenta do wyrażania zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych/ <i>Patients' right to consent to medical treatment</i>	7	6	1	-	2	5
		Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta/ <i>Patients' right to respect for privacy and dignity</i>	32	27	5	2	4	26
		Prawo pacjenta do dokumentacji me- dycznej/ <i>Patients' right to medical records</i>	14	10	4	2	2	10
		Prawo pacjenta do zgłaszania sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza/ <i>Patients' right to object the opinion or ruling of a doctor</i>	15	11	4	-	4	11
		Prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego/ <i>Patients' right to respect for private and family life</i>	5	5	-	-	1	4
		Prawo pacjenta do opieki duszpaster- skiej/ <i>Patients' right to pastoral care</i>	1	1	-	-	-	1
		Prawo pacjenta do przechowywania rze- czy wartościowych w depozycie/ <i>Patients' right to store their valuables in deposit boxes</i>	2	1	1	-	-	2

	Do lekarza/At doctor's office	5	4	1	1	1	3
	NFZ/Polish National Health Fund	5	3	2	1	2	2
5.	Ministerstwo Zdrowia/Ministry of Health	3	3	-	1	1	1
	Rzecznik Praw Pacjenta/Ombudsman for Patients' Rights	77	60	17	5	17	54
	Nie wiem/I do not know	14	11	3	1	8	5

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Tabela 2. Dokonana przez pacjentów Poradni Stomatologicznej ocena uzyskanych informacji od lekarza po odbytej wizycie
Table 2. Evaluation of information provided to dental clinic patients by a doctor after a visit

Lp./Item no.	Pytanie/ Question	Odpowiedzi wszystkich ankietowanych/ Answers of all study participants	Liczba udzielonych odpowiedzi/Number of answers	Odpowiedź ze względu na płeć/Answer by gender		Odpowiedź ze względu na wykształcenie/Answer by education level		
				kobiety/ women	mężczyźni/ men	podstawowe i zawodowe/ primary and basic vocational education	średnie/ secondary	wyższe/ higher
1.	Czy podczas wizyty u lekarza otrzymała Pani/otrzymał Pan informacje o przyczynach powstania dolegliwości? (np. zmiany na błonach śluzowych jamy ustnej)/Were you informed about the causes of complaint during the visit? (e.g. oral mucosa changes)	Tak/Yes	55	41	14	6	18	31
		Nie/No	27	23	4	2	7	18
		Niewystarczająco/ Insufficiently	16	13	3	2	4	10
2.	Czy lekarz przekazał informacje na temat skorzystania z wizyty u innego specjalisty w związku z powstałą zmianą?/Did a doctor inform you that you can consult another specialist about the change?	Tak/Yes	39	32	7	5	6	28
		Nie/No	44	34	10	3	18	23
		Nie zauważył zmian/ He/She did not see any changes	16	11	5	4	5	7
3.	Czy zdarzyło się Pani/Panu, że lekarz podał informacje dotyczące Pani/Pana zdrowia w sposób niezrozumiały, np. przez wprowadzenie fachowych określeń?/Have you ever experienced a situation where a doctor gave you information about your health in an unclear manner, e.g. by using specialist terms?	Tak/Yes	44	35	9	6	9	29
		Nie/No	56	43	13	4	20	32
4.	Czy lekarz wyjaśnił Pani/Panu, na czym polegać będą zabiegi?/Did your doctor explain what a particular procedure consisted in?	Tak/Yes	73	59	14	5	23	45
		Nie/No	11	9	2	2	1	8
		Niewyczerpująco/ Not sufficiently enough	14	8	6	2	4	8
5.	Czy kiedykolwiek miała Pani/miał Pan wrażenie, że lekarz ukrywa prawdę o Pani/Pana stanie zdrowia? /Have you ever had an impression that your doctor concealed the truth about your health?	Tak/Yes	7	5	2	-	1	6
		Nie/No	77	63	14	5	26	46
		Nie wiem/I do not know	16	10	6	5	2	9
6.	Komu lekarz może udzielić informacji o stanie zdrowia pacjenta, który nie ukończył 16 lat, jest nieprzytomny bądź niezdolny do zrozumienia informacji?/Who can be informed by a doctor about a medical condition of a person who is under 16, unconscious or incapable of understanding information?	Przedstawicielowi ustawowemu/Legal representative	36	29	7	-	3	33
		Opiekunowi faktycznemu/Actual carer	66	49	17	6	25	35
		Osobie upoważnionej przez pacjenta/Person authorised by a patient	14	11	3	2	3	9
		Nie wiem/I do not know	4	2	2	-	3	1

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Tabela 3. Ocena rzetelności przekazywania przez personel medyczny Poradni Stomatologicznej informacji pacjentom
Table 3. Evaluation of dental clinic medical personnel regarding reliability of information provided to patients

Lp./Item no.	Pytanie/ Question	Odpowiedzi wszystkich ankietowanych/Answers of all study participants	Liczba udzielonych odpowiedzi/ Number of answers	Odpowiedź ze względu na płeć/Answer by gender		Odpowiedź ze względu na wykształcenie/ Answer by education level		
				kobiety/ women	mężczyźni/ men	podstawowe i zawodowe/ primary and basic vocational education	średnie/ secondary	wyższe/ higher
1.	Czy przyswajanie informacji podanych pacjentom przez personel medyczny zależy od ich stanu zdrowia oraz wieku?/Does information provided to patients by medical personnel depend on patients' medical condition and age?	Tak/Yes	73	59	14	3	18	52
		Nie/No	8	6	2	3	1	4
		Nie wiem/I do not know	19	13	6	4	10	5
2.	Komu Pani/Pana zdaniem personel medyczny może udzielić informacji na temat stanu zdrowia pacjenta?/ In your opinion, who can be informed about patient's medical condition by medical personnel?	Tylko i wyłącznie pacjentowi/Only patients themselves	21	18	3	2	4	15
		Innym osobom tylko za zgodą pacjenta/Other persons only with the patient's consent	74	57	17	4	25	45
		Innym osobom bez zgody pacjenta/Other persons without the patient's consent	2	1	1	1	-	1
		Nie wiem/I do not know	3	2	1	3	-	-
3.	Czy kiedykolwiek osoba z personelu medycznego udzieliła informacji o Pani/Pana stanie zdrowia osobie niepowołanej?/Has a medical personnel representative ever provided information on your medical condition to an unauthorized person?	Tak/Yes	10	10	-	2	-	8
		Nie wiem/I do not know	90	68	22	8	29	53

Źródło: opracowanie własne
 Source: author's own analysis

Tabela 4. Dokonana przez pacjentów ocena zabiegu w Poradni Stomatologicznej
Table 4. Patients' evaluation of procedures in a dental clinic

Lp./Item no.	Pytanie/ Question	Odpowiedzi wszystkich ankietowanych/Answers of all study participants	Liczba udzielonych odpowiedzi/ Number of answers	Odpowiedź ze względu na płeć/Answer by gender		Odpowiedź ze względu na wykształcenie/ Answer by education level		
				kobiety/ women	mężczyźni/ men	podstawowe i zawodowe/ primary and basic vocational education	średnie/ secondary	wyższe/ higher
1.	Czy pacjent powinien być informowany o przewidywanym po zabiegu stanie zdrowia?/Should a patient be informed about the prognosis of health condition after the procedure?	Tak/Yes	94	74	20	7	28	59
		Nie/No	1	1	-	1	-	-
		Nie wiem/I do not know	5	3	2	2	1	2
2.	Jak Pani/Pan ocenia wyjaśnienie celowości zabiegu?/How do you assess the explanation of the purpose of the procedure?	Bardzo dobrze/ Very good	26	22	4	2	9	15
		Dobrze/Good	51	38	13	5	16	30
		Źle/Poor	4	4	-	-	-	4
		Nie mam zdania/ No opinion	17	13	4	3	4	10
3.	Jak Pani/Pan ocenia informowanie o planowanych badaniach diagnostycznych (np. Rtg)?/How do you assess information about planned diagnostic tests (e.g. X-ray)?	Bardzo dobrze/ Very good	11	10	1	-	6	5
		Dobrze/Good	73	55	18	7	17	49
		Bardzo źle/Very poor	2	2	-	1	-	1
		Nie mam zdania/ No opinion	14	11	3	2	6	6
4.	Czy zostały Pani/Panu przekazane informacje dotyczące zachowań i dalszego postępowania po zabiegu?/Were you informed about your further action and behaviour after treatment?	Tak/Yes	66	52	14	3	22	41
		Nie/No	5	5	-	-	-	5
		Niewystarczająco/ Insufficiently	19	15	4	3	6	10
		Nie pamiętam/I do not remember	10	8	2	4	1	5

Źródło: opracowanie własne
 Source: author's own analysis

Dyskusja

W dostępnym piśmiennictwie polskim i zagranicznym (PubMed, Scopus, Global Health, ProQuest) odnaleziono wiele publikacji na temat przestrzegania praw pacjenta, a zwłaszcza prawa do informacji. Aby pacjent mógł podjąć najlepszą dla siebie decyzję o dalszym postępowaniu leczniczym, musi on mieć wystarczającą wiedzę, ponieważ powinien mieć możliwość oceny korzyści i strat płynących z proponowanych świadczeń medycznych, mieć możliwość oceny ryzyka płynącego z proponowanego postępowania medycznego, otrzymać pełną i zrozumiałą informację na temat świadczenia medycznego. Dlatego przed wykonaniem każdej interwencji medycznej lekarz nie tylko ma prawny obowiązek przeprowadzenia z pacjentem rozmowy mającej na celu wyjaśnienie mu celu i rodzaju zabiegu, jakiemu pacjent zostanie poddany, ale także ma prawny obowiązek poinformowania chorego o stopniu ryzyka i możliwych powikłaniach proponowanej interwencji medycznej. Pacjenci, którzy korzystają ze świadczeń medycznych, zarówno w publicznych, jak i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej, są chronieni przez prawa pacjenta. Jednym z podstawowych praw pacjenta jest prawo do informacji. Aby ocena zadowolenia pacjentów z udzielanych świadczeń medycznych była na wysokim poziomie, musi wynikać z jakości udzielanych informacji, dlatego opinia pacjentów okazuje się tu bardzo istotna [1–10]. Reforma ochrony zdrowia i zmieniające się akty prawne na przestrzeni lat usprawniły system opieki zdrowotnej i co za tym idzie – podniosła się jakość usług medycznych. Najczęściej badania dotyczą satysfakcji pacjentów i dokonywanej przez nich oceny kompetencji pracowników służby zdrowia w zakresie znajomości i respektowania praw pacjentów. Wyniki prezentowane w literaturze oraz badania własne pokazują, jak zmieniło się postrzeganie praw pacjenta przez personel medyczny i samych pacjentów oraz jak zmieniła się wiedza na ten temat [11–21]. Badania własne przeprowadzone wśród pacjentów Poradni Stomatologicznej dowiodły, iż poziom znajomości praw pacjenta wśród całej grupy oceniło jako bardzo dobry tylko 11% ankietowanych z wykształceniem wyższym. Badani z wykształceniem wyższym (55%) wskazywali najczęściej, iż wiedzę na temat praw pacjenta czerpią z *Karty praw pacjenta*. Zdecydowana większość ankietowanych (77%) udzieliła poprawnej odpowiedzi na pytanie o to, gdzie należy się zwrócić w razie naruszenia praw pacjenta. Osoby z wykształceniem wyższym stanowią 71% tej grupy.

Najczęściej łamanym prawem wymienianym przez ankietowanych było prawo do świadczeń medycznych, natomiast w zależności od wykształcenia na pierwszym

miejscu znalazło się prawo do informacji. Ten wynik może świadczyć o tym, iż społeczeństwo staje się coraz bardziej wyedukowane, ma większy zasób wiedzy w różnych dziedzinach, co potwierdzają badania własne. Spośród 100 respondentów 61 deklaruje wykształcenie wyższe. Uzyskane wyniki badań własnych świadczą o braku informowania pacjentów przez lekarza o przysługujących im prawach. Trudno wskazać przyczynę, która wpłynęła na tak wysoki negatywny wynik. Można przypuszczać, iż powodem takiej oceny przez respondentów może być brak wystarczającego czasu podczas wizyty na zapoznanie pacjenta z jego prawami. Aż 80% z całej grupy ankietowanych udzieliło odpowiedzi, iż nie zostali zapoznani z prawami pacjenta. Warto zwrócić uwagę na fakt, iż w efekcie niepodejmowania działań związanych z informowaniem pacjentów o ich prawach wiedza na ten temat była według badań przeprowadzonych w latach 2000–2004 przez Centrum Badania Opinii Społecznej raczej niska. Okazało się, że tylko 19% badanych słyszało, że w Polsce obowiązują prawa pacjenta i wie, o co w nich chodzi. Ponad połowa słyszała o tych prawach, ale nie zna szczegółów i aż 27% nigdy nie słyszało o istnieniu takich praw. Pobieżne traktowanie obowiązku informowania pacjentów o ich prawach jest sytuacją niepokojącą, zwłaszcza że do ich egzekwowania w kontaktach z personelem medycznym potrzebna jest świadomość pacjenta o ich posiadaniu [22]. Z badań, mających na celu ocenę wybranych aspektów funkcjonowania służby zdrowia, przeprowadzonych w czerwcu 2005 r. przez Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej metodą CAPI (ang. *computer-assisted personal interview*) na losowo wybranych pacjentach (758 osób), które w okresie ostatnich 6 miesięcy miały kontakt z ochroną zdrowia, wynika, iż 84% respondentów pozytywnie oceniło lekarzy pod względem udzielania przez nich zrozumiałych i wyczerpujących informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta i sposobu leczenia. Badania własne wykazały, iż znaczna większość ankietowanych, zapytanych o to, czy są zadowoleni ze sposobu przekazywania przez lekarza informacji o stanie zdrowia pacjenta i metodzie leczenia, odparła: „Raczej tak”. Uzyskane przez Instytut Praw Pacjenta wyniki badania wskazują również, że tylko 13% ankietowanych wierzy bez żadnych zastrzeżeń w to, że lekarz zawsze dochowa tajemnicy lekarskiej, a 46% uważa, że lekarze zwykle dochowują takiej tajemnicy [23]. Badania własne wskazują, iż 90% ankietowanych nie wie, czy to prawo jest respektowane, natomiast 10% uważa, że lekarz nie wywiązuje się z obowiązku zachowania tajemnicy zawodowej. Podobne badania przeprowadzili Wroński i wsp. Różnicę między badaniem własnym a badaniem Wrońskiego stanowi m.in. grupa badanych. Wiek osób, które były poddane badaniu, naj-

częściej zawierał się w przedziale od 45 do 65 lat – 70% ogółu ankietowanych pacjentów. W grupie ankietowanych pacjentów dominowały osoby z wykształceniem średnim – 73% badanych. Badanie przeprowadzono w 2009 r. wśród 400 pacjentów przebywających w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu im. dr. Mikołaja Pirogowa w Łodzi. Dotyczyło ono przestrzegania prawa pacjenta do uzyskania od lekarzy dentystów informacji o stopniu ryzyka proponowanego zabiegu stomatologicznego. W badaniu dominowali pacjenci korzystający z gabinetu stomatologicznego rzadziej niż raz na rok, natomiast na podstawie wyników badań własnych można stwierdzić, iż wizyty w Poradni Stomatologicznej pacjenci odbywają częściej. Respondenci (49%) deklarują, iż jest to jedna wizyta na 6 miesięcy. Różnica może wynikać z tego, iż średnia wieku osób w badaniach własnych to 39 lat. W przeprowadzonym badaniu Wrońskiego 93% respondentów uznało, że zostało dobrze poinformowanych przez lekarza dentystę o rodzaju zabiegu stomatologicznego, który miał być u nich wykonany. W badaniach własnych wykazano, iż 74% respondentów otrzymało od lekarza wyjaśnienie, na czym będą polegały zabiegi, natomiast 14% ankietowanych nie zostało poinformowanych. Wśród 400 ankietowanych w badaniu Wrońskiego 7% odpowiedziało, że nie otrzymało wyczerpującej informacji na temat proponowanego zabiegu stomatologicznego. W przeprowadzonej analizie statystycznej nie stwierdzono zależności pomiędzy płcią, wiekiem, wykształceniem, miejscem zamieszkania a opinią pacjentów na temat przekazywania przez lekarza dentystę informacji na temat proponowanego zabiegu stomatologicznego. W przeprowadzonym badaniu 77 (19%) ankietowanych stwierdziło, że zostali poinformowani przez lekarza dentystę o ryzyku i możliwych powikłaniach związanych z zaproponowanym u nich zabiegiem stomatologicznym. Wyniki przeprowadzonej ankiety wśród pacjentów przebywających w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu im. dr. Mikołaja Pirogowa w Łodzi wskazują na poważny problem związany z przestrzeganiem przez lekarzy dentystów prawa pacjenta do informacji o stopniu ryzyka proponowanego zabiegu stomatologicznego. Okazuje się, że 323 (80%) respondentów nie otrzymało informacji od lekarza dentysty o stopniu ryzyka proponowanej interwencji medycznej [2]. W badaniach przeprowadzonych w 2011 r. przez Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 we Wrocławiu analizowano ocenę satysfakcji pacjentów z usług świadczonych w poradniach szpitala. Miało ono na celu sprawdzenie stopnia zadowolenia pacjentów wobec różnych aspektów związanych z jakością realizowanych usług medycznych. W czasie badania ocenie poddano poglądy pacjentów dotyczące m.in. kontaktu z lekarzem podczas wizyty/badania, kontaktu z innymi

członkami personelu medycznego (np. laboranci, technicy) podczas badania, stopnia przestrzegania praw pacjenta. Badanie miało też na celu poznanie opinii pacjentów na temat czasu oczekiwania na wizytę oraz badanie diagnostyczne. W badaniu wzięto udział 611 pacjentów korzystających z usług poradni przyszpitalnych. Większość pacjentów wyraziła swoje zdecydowane zadowolenie z otrzymanego świadczenia w poradniach, wystawiając ocenę bardzo dobrą, a szczególnie wysoko oceniła bezpośredni kontakt z lekarzem (65% ankietowanych) i pielęgniarką (77% ankietowanych). Ocena stopnia przestrzegania praw pacjenta również była wysoka – 65% badanych wystawiło ocenę bardzo dobrą [24]. Badania własne także wykazały, iż przestrzegania praw pacjenta w Poradni Stomatologicznej jest oceniane przez 16% bardzo dobrze, zaś przez 45% ankietowanych – dobrze. Inaczej przedstawiają się wyniki badania przeprowadzonego przez Gaszyńskiego i wsp. w grupie 42 pacjentów, w tym 59% mężczyzn i 40% kobiet, przebywających po zabiegach w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Łodzi. Badanie miało na celu ocenę opinii chorych, przebywających w oddziale chirurgii ogólnej po operacjach wykonywanych w znieczuleniu ogólnym lub przewodowym, na temat jakości świadczonych w placówce usług anestezyjologicznych, w świetle występowania objawów niepożądanych po znieczuleniu. Wyniki badań wykazały, iż na pytanie, czy został/a Pan/Pani poinformowany/a o ewentualnych skutkach ubocznych znieczulenia, 47% ankietowanych odpowiedziało, iż tak, natomiast 52%, że nie. Kolejne pytanie brzmiało, czy został/a Pan/Pani poinformowany/a o sposobie zachowania się po wybudzeniu na sali pooperacyjnej. Odpowiedzi twierdzącej udzieliło 19%, zaś przeczącej – 81%. W badaniach Gaszyńskiego i wsp. analizowano również zakres udzielanych informacji. Na pytanie zadane ankietowanym, czy udzielono im wyczerpujących informacji na temat alternatywnych metod znieczulenia, odpowiedzi, iż tak, udzieliło tylko 7% badanych, odpowiedzi, że nie aż – 92% [25]. Badania nad oceną zadowolenia pacjentów prowadzili również Smolińska i wsp. w grupie 50 pacjentów po udarze mózgu leczonych w Klinice i Katedrze Neurologii z Oddziałem Udarów Mózgu CM UMK w Bydgoszczy. W grupie pacjentów kobiety stanowiły 46%, mężczyźni zaś stanowili 54%. Badani byli w wieku 44–87 lat. Wykształceniem wyższym legitymowało się 4% respondentów, średnim – 42%, zawodowym – 40%, podstawowym – 14%. Wśród ankietowanych 26% mieszkało na wsi, 74% – w mieście. Wyniki uzyskane w badaniu dowodzą, że ponad 95% pacjentów pozytywnie oceniło kwestię udzielania informacji o wykonywanych czynnościach i zabiegach. Spośród personelu pielęgniarskiego

skiego Kliniki Neurologii tylko 32% pozytywnie oceniło swoją znajomość praw pacjenta, większość – pośrednio, a jedna osoba negatywnie oceniła swoją wiedzę w tym zakresie. Lekarze w opinii ponad 80% respondentów udzielali chorym informacji w stopniu odbieranym jako pozytywny, jedynie 16% dało tu notę dostateczną [26]. Frank i wsp. prowadzili badania na temat komunikacji społecznej między lekarzem a pacjentem. Celem pracy Franka i wsp. była analiza problemów komunikacyjnych, występujących w relacjach lekarz – pacjent, oraz porównanie związanych z badanym zagadnieniem problemów kobiet i mężczyzn. Badanie wykonano wśród 100 pacjentów (41 mężczyzn i 59 kobiet w różnym wieku) Zakładu Chirurgii Stomatologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Ponad 80% ankietowanych stwierdziło, że lekarz dentysta tłumaczy cierpliwie i w jasny sposób plan leczenia oraz powikłania i ryzyko z nim związane. W przypadku niezrozumienia poleceń lekarza 92% badanych nie zwlekało z zadaniem pytania w celu wyjaśnienia zaistniałych wątpliwości. Jednocześnie aż 39%, w tym 21% kobiet i 18% mężczyzn, zgodziło się na leczenie, którego nie rozumiało, jednak pacjenci mieli zaufanie do podejmowanych decyzji lekarskich. Prawie wszyscy ankietowani zrozumieli zalecenia pozabiegowe, przy czym 13% (9% mężczyzn i 4% kobiet) ich nie zapamiętało. W przeprowadzonych badaniach własnych można zauważyć, iż 66% ankietowanych uzyskało informacje na temat dalszego postępowania po zabiegu. Jest to wynik porównywalny z badaniami Franka i wsp. Ponad 90% respondentów w badaniu Franka i wsp. uznało, że lekarz jest skupiony na rozmowie i poświęca pacjentowi wystarczająco dużo uwagi. Spośród badanych 32% (11% mężczyzn i 21% kobiet) nie odczuwało relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem jako partnerskie. Ze rozumieniem języka medycznego nie miało problemów 78% badanych pacjentów. W badaniach własnych 56% ankietowanych uważa, iż język medyczny jest zrozumiały dla respondentów. Takiej odpowiedzi udzieliły w większości osoby z wykształceniem wyższym. Na pytania otwarte, które zadali w swoich badaniach Frank i wsp., pacjenci odpowiedzieli, że cenią u lekarza w szczególności takie cechy, jak: cierpliwość, profesjonalizm, wyrozumiałość, empatię, kompetencje, szczerłość, życzliwość. Brak czasu, stres, ból, brak indywidualnego podejścia do pacjenta oraz długie oczekiwanie na wizytę to według ankietowanych najczęstsze utrudnienia we wzajemnej komunikacji [27].

Wnioski

1. Z przeprowadzonych badań własnych wynika, iż większość badanych ocenia komunikację na poziomie średnim, choć według pozostałych ankietowanych jest ona zaburzona, co za tym idzie – przekazywane treści są niewystarczające.
2. Uzyskane wyniki świadczą o tym, że lekarze nie informują pacjentów o przysługujących im prawach.
3. Otrzymane wyniki badań wskazują na niedostateczną wiedzę personelu medycznego o ważności przekazywania informacji.
4. Istnieje duże zapotrzebowanie na szkolenia personelu medycznego w zakresie formy i treści udzielanych informacji – konieczne jest prowadzenie szkoleń, warsztatów w tworzeniu poprawnej i efektywnej komunikacji w relacjach pacjent – lekarz i doskonalenia jej.
5. Badania porównujące wiedzę znajomości praw pacjenta i zagadnień w tym zakresie wskazują na zależność między płcią i wykształceniem ankietowanych a udzielanymi odpowiedziami. Kobiety i osoby z wyższym wykształceniem znacznie częściej udzielają prawidłowych odpowiedzi.
6. Konieczne jest stałe promowanie wśród pacjentów i personelu medycznego zagadnień w tym zakresie, dlatego tak ważną rolę odgrywa edukacja zarówno pacjentów, jak i personelu medycznego.
7. Ze względu na fakt, że każda z osób ankietowanych wskazywała, iż łamane są prawa pacjenta, należy monitorować respektowanie tych praw przez personel medyczny i czynnie reagować w tych sytuacjach, w których rażąco łamane są te prawa.

Piśmiennictwo

1. Bandurska E. Ewolucja relacji lekarz – pacjent i jej wpływ na prawa przysługujące choremu w dobie dynamicznego rozwoju nauk medycznych, <http://www.prawoimedycyna.pl/index.php?str=artykul&id=1024> (data dostępu: 20.08.2014).
2. Wroński K, Bocian R, Depta A. Czy pacjenci są dobrze informowani przez lekarzy dentystów o stopniu ryzyka proponowanego zabiegu stomatologicznego? Prawne aspekty związane z udzieleniem informacji o ryzyku wykonania zabiegu leczniczego w Polsce. *Nowa Stomatol.* 2010; 2: 68–73.
3. Zajdel J. Prawa pacjenta kiedyś i dziś. *Gazeta Lek.* 2009; 1: 26–27.
4. Wroński K. Prawa pacjenta. *Nowotwory.* 2007; 3: 326–332.
5. Przestrzeganie praw pacjenta w oddziałach położniczych. Raport z monitoringu wybranych oddziałów położniczych woj. mazowieckiego, <http://www.rodzicpoludzku.pl/images/stories/publikacje/raportzmonitoringu.pdf> (data dostępu: 20.08.2014).

6. Balicki M. Prawa pacjenta – wybrane zagadnienia. W: Szkoła praw człowieka. Teksty wykładów. Warszawa: Helsińska Fundacja Praw Człowieka; 1996. 78.
7. Urbaniak M. Aspekty prawne prawa pacjenta do dodatkowej opieki pielęgniacyjnej. Zdr Publ. 2008; 1: 96–98.
8. Bączyk-Rozwadowska K. Prawo pacjenta do informacji według przepisów polskiego prawa medycznego. Studia Iuridica Toruniensia UMK. 2011; 9: 59–100.
9. Podciechowski L, Królikowska A, Hładuńska J, Wilczyński J. Prawo pacjenta do informacji – aspekty prawne, medyczne i psychologiczne. Prz Menopauz. 2009; 6: 308–314.
10. Brzezińska J. Prawo pacjenta do informacji a tajemnica zawodowa lekarza. Kortowski Prz Prawn. 2012; 1: 6.
11. Powszechna Deklaracja Praw Człowieka z 10 grudnia 1948 r., http://www.unesco.pl/fileadmin/user_upload/pdf/Powszechna_Deklaracja_Praw_Czlowieka.pdf (data dostępu: 20.08.2014).
12. Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności sporządzona w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r. Dz.U. 1993 Nr 61, poz. 284.
13. Deklaracja Genewska z 1948 r., <http://www.polscy-lekarze.net/edytor4/protes02.html> (data dostępu: 20.08.2014).
14. Europejska Karta Społeczna sporządzona w Turynie dnia 18 października 1961 r. Dz.U. 1999 Nr 8, poz. 67.
15. Deklaracja Helsińska Światowego Stowarzyszenia Lekarzy (WMA). Etyczne zasady prowadzenia badań medycznych z udziałem ludzi. Przyjęta przez 18 Zgromadzenie Ogólne Światowego Stowarzyszenia Lekarzy (WMA), Helsinki, Finlandia, czerwiec 1964 r., http://www.gcpl.org.pl/images/stories/pliki/opracowania/doh2008_polish.pdf (data dostępu: 20.08.2014).
16. Deklaracja Helsińska z 1964 r., <http://www.studenci-stomatologii.pl/dokumenty/aktyprawne/bioetyka/3401deklaracja-helsinska-1964r> (data dostępu: 20.08.2014).
17. Ministerstwo Zdrowia. Źródła praw pacjenta, <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=b12441&ms=244&ml=pl&mi=249&mx=0&ma=348> (data dostępu: 20.08.2014).
18. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. Dz.U. 1997 Nr 78, poz. 483.
19. Europejska Karta Praw Pacjenta, http://www.bpp.waw.pl/europejska_karta_praw_pacjenta.html (data dostępu: 20.08.2014).
20. Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności, zmieniona Protokołem Nr 111, Rzym, 4 listopada 1950 roku, http://www.bip.ms.gov.pl/Data/Files/_public/bip/prawa_czlowieka/ets_005.pdf (data dostępu: 20.08.2014).
21. Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w odniesieniu do zastosowań biologii i medycyny: Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie, Oviedo, 4 kwietnia 1997 roku.
22. Wojtecka A. Kilka uwag o prawach pacjenta. Gazeta AMG. 2006; 2: 13.
23. Satisfakcja z Korzystania z Publicznej Służby Zdrowia. Badanie przeprowadzone przez Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, <http://www.prawapacjenta.eu/index.php/index.php?pld=525> (data dostępu: 20.08.2014).
24. Badanie satysfakcji pacjentów. Szpital Kliniczny we Wrocławiu, http://spsk1.com.pl/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=184&Itemid=198 (data dostępu: 20.08.2014).
25. Gaszyński T, Jakubiak J, Woźniak K, Trafidło T, Ratajczyk P, Gaszyński W. Badanie satysfakcji chorych i ich opinii na temat jakości świadczeń anestetycznych w świetle objawów niepożądanych znieczulenia. Anest Intens Ter. 2011; 43(4): 214–219.
26. Smolińska A, Marciniak M, Ślusarz R, Królikowska A, Jabłońska R, Książkiewicz B. Poziom satysfakcji z usług medycznych na oddziale neurologii. Udar Mózgu. 2008; 10(2): 70–82.
27. Frank S, Pógrabia A, Nadaj D, Kornet A, Wojtowitz A. Problemy komunikacyjne między pacjentem a lekarzem dentyką. Badania własne. Nowa Stomatol. 2013; 4: 191–194.

Artykuł przyjęty do redakcji: 07.05.2016

Artykuł przyjęty do publikacji: 26.06.2016

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Joanna Gotlib
ul. Żwirki i Wigury 61
02-091 Warszawa
tel.: 22 5720 490, fax: 22 5720 491, tel. kom.: 608 108 028
e-mail: joanna.gotlib@wum.edu.pl
Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia
Warszawski Uniwersytet Medyczny

OCENA WYSTĘPOWANIA STRESU W GRUPIE PIELEŃNIAREK ZATRUDNIONYCH W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM SZPITALU KLINICZNYM IM. PROF. WITOLDA ORŁOWSKIEGO W WARSZAWIE

ASSESSMENT OF STRESS INCIDENCE AMONG NURSES OF PROFESSOR WITOLD ORŁOWSKI INDEPENDENT PUBLIC CLINICAL HOSPITAL

Marta Burba¹, Joanna Gotlib²

¹ Pielęgniarstwo
Warszawski Uniwersytet Medyczny

² Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia
Warszawski Uniwersytet Medyczny

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2017.7>

STRESZCZENIE

Wstęp i cel. Osoby wykonujące zawody medyczne są najbardziej narażone na występowanie stresu i wypalenia zawodowego. Celem pracy była analiza wpływu stażu pracy na występowanie stresu w grupie pielęgniarek zatrudnionych w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. prof. Witolda Orłowskiego w Warszawie.

Materiał i metody. W badaniach udział wzięło 100 pielęgniarek (100% kobiet). Średni wiek: 39,3 roku (SD = 15,22, min. 24, maks. 60). Średni staż pracy: 16,2 roku (SD = 9,73, min. 1, maks. 37). Metodami badawczymi były: dobrowolne i anonimowe badania ankietowe, narzędzia to: Skala Odczuwanego Stresu (PSS-10), Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem (Mini Cope) oraz własny kwestionariusz. Analiza statystyczna została przeprowadzona za pomocą programu STATISTICA 12.5, licencja Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, test statystyczny Kruskala-Wallisa, $\alpha < 0,05$.

Wyniki. Większość (84%) deklarowała, że stres jest nieodłącznym elementem zawodu pielęgniarki, a czynnikami najbardziej stresującymi są: praca pod presją czasu oraz odpowiedzialność za życie i zdrowie pacjenta. Spośród badanych 56% deklarowało, że pielęgniarki często spotykają się z przemocą i mobbingiem (58%). Aż 65% stwierdziło, że odczuwa ból kręgosłupa z powodu stresu. W badanej grupie 31% pielęgniarek deklarowało, że podejmuje działania mające na celu zmniejszenie stresu. O paleniu papierosów, traktowanym jako jeden z najczęstszych sposobów radzenia sobie ze stresem, mówiło 65% respondentek.

Wnioski.

1. W badanej grupie pielęgniarek stwierdzono średni poziom odczuwanego stresu, a pielęgniarki z krótszym stażem pracy istotnie częściej odczuwały stres.
2. W konfrontacji z trudnymi sytuacjami w pracy zawodowej badane pielęgniarki stosowały konstruktywne sposoby radzenia sobie ze stresem, które polegały na analizie i wypracowaniu określonych działań zmierzających do rozwiązania problemu.
3. W odciążeniu napięć związanych z pracą pielęgniarki preferują negatywne sposoby radzenia sobie ze stresem, tj. palenie papierosów oraz objadanie się. Wykazują zaś nikłą wiedzę na temat profesjonalnych technik rozładujących stres.

SŁOWA KLUCZOWE: stres, wypalenie zawodowe, pielęgniarki.

ABSTRACT

Introduction and aim. Health professionals are most vulnerable to stress and burnout. The study aimed to analyse the influence of the length of service on the incidence of stress among nurses of Professor Witold Orłowski Independent Public Clinical Hospital in Warsaw.

Material and methods. A total of 100 nurses, women constituted 100% of all. Mean age: 39.3 years (SD = 15.22, min. 24, max. 60). Mean length of service was 16.2 years (SD = 9.73, min. 1, max. 37). A voluntary and anonymous questionnaire study, the following research tools: Perceived Stress Scale (PSS-10), Inventory for Measuring Coping with Stress (Mini Cope), and original questionnaire. Statistical analysis: STATISTICA 12.5 licensed to Warsaw Medical University, Kruskal-Wallis statistical test, $\alpha < 0.05$.

Results. Most study participants (84%) said that stress was an intrinsic part of the nursing profession and working under pressure of time as well as the responsibility for the life and health of patients were among the most significant stress factors. 56% of the respondents said that nurses often faced violence and mobbing (58%). 65% of the study participants experienced back pain due to stress. 31% of the nurses took action to reduce stress. According to 65% of the total smoking was the most popular way of dealing with stress.

Conclusions.

1. The study group of nurses demonstrated a medium level of stress and nurses with shorter length of service experienced stress significantly more often.
2. In difficult situations at work the nurses used constructive ways of dealing with stress, including an analysis of a problem and development of specific actions to resolve the issue.
3. To release stress related to work, the nurses chose negative ways of coping with stress such as smoking and overeating. They also had little knowledge of stress management techniques.

KEYWORDS: stress, burnout, nurses.

Wstęp

Praca zawodowa jest jedną z najważniejszych form działalności człowieka [1–3]. Może ona oddziaływać na niego pozytywnie, ale może być również źródłem psychicznego dyskomfortu i frustracji [4–7].

Stres w pracy zawodowej oraz przeciążenia zarówno psychiczne, jak i fizyczne powodują spadek motywacji, bezradność, a nawet chorobę. Ważne jest to, jakie czynniki i okoliczności mogą wywołać stres. Jeśli stawiane żądania są w granicach możliwości człowieka, stres jest zjawiskiem pozytywnym, nazywanym eustresem, natomiast jeśli przekraczają ludzkie możliwości, stres staje się czymś negatywnym – dystresem [7].

Osoby wykonujące zawody medyczne, np. pielęgniarki, narażone są na oddziaływanie różnych czynników stresogennych, związanych z ochroną zdrowia i ratowaniem życia pacjentów. Najpoważniejszym skutkiem występowania stresu w pracy pielęgniarki może być zespół wypalenia zawodowego, prowadzący do przedmiotowego traktowania pacjentów, a nawet porzucenia zawodu [8, 9].

W ostatnich latach wzrosło zainteresowanie występowaniem stresu w środowisku pracy pielęgniarek. Temat ten poruszany jest w wielu publikacjach w polskim i światowym piśmiennictwie naukowym [1–9].

Cel pracy

Celem pracy była analiza wpływu stażu pracy na występowanie stresu w grupie pielęgniarek zatrudnionych w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. prof. Witolda Orłowskiego w Warszawie.

Materiał i metody

Materiał

W badaniach udział wzięło 100 pielęgniarek (100% kobiet) zatrudnionych w oddziałach klinicznych: okulistyki, neurologii i epileptologii, medycyny rodzinnej, chirurgii ogólnej, neonatologii, bloku operacyjnym oraz w przychodni specjalistycznej w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. prof. Witolda Orłowskiego w Warszawie. Średni wiek ankietowanych kobiet wyniósł 39,3 roku (SD = 15,22, min. 24, maks. 60). Średni staż pracy wyniósł 16,2 roku (SD = 9,73, min. 1, maks. 37).

Badaną grupę pielęgniarek podzielono na cztery grupy w zależności od stażu pracy. Grupę 1 stanowiły pielęgniarki ze stażem pracy 0–10 lat, grupę 2 – pielęgniarki ze stażem 11–20 lat, grupę 3 – pielęgniarki ze stażem 21–30 lat i grupę 4 – pielęgniarki ze stażem pracy powyżej 30 lat.

Metody

Dobrowolne i anonimowe badania ankietowe przeprowadzono w dniach od 10 stycznia do 28 lutego 2013 r.

W przeprowadzonych badaniach wykorzystano standaryzowane narzędzia pomiarowe do pomiaru poziomu stresu: Skalę Odczuwanego Stresu (PSS-10), Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem (Mini Cope) oraz własny kwestionariusz.

Skala Odczuwanego Stresu PSS-10 została stworzona przez Cohena, Kamracka i Mermelseina w 1983 r. Adaptacji kwestionariusza do polskich warunków dokonali Juczyński i Ogińska-Bulik w 2009 r. Skala Odczuwanego Stresu miała na celu ocenę subiektywnych odczuć dotyczących stresu doznawanego w pracy przez pielęgniarki. Każde pytanie zaczynało się od sformułowania „Jak często w ciągu ostatniego miesiąca ...”, pielęgniarka sama oceniała częstość występowania każdego zdarzenia, gdzie 0 oznaczało: nigdy, 1 – prawie nigdy, 2 – czasem, 3 – dość często, 4 – bardzo często. Wynik dla każdego pytania mógł wynieść od 0 do 4 punktów, a wynik ogólny wynosił od 0 do 40 punktów; im wyższy wynik punktowy, tym wyższy poziom stresu u pielęgniarki [10].

Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem (Mini Cope) opracowany został przez Carvera do pomiaru różnych strategii radzenia sobie ze stresem. Adaptacji do polskich warunków dokonali Juczyński i Ogińska-Bulik w 2009 r. Wersja w języku polskim funkcjonuje jako Mini Cope [11]. Mini Cope zawiera 28 zdań charakterystycznych dla danego sposobu radzenia sobie ze stresem. Badane pielęgniarki oceniały twierdzenia dotyczące zachowania się w trudnej sytuacji w skali od 0 do 3, gdzie 0 oznaczało: prawie nigdy tak nie postępuję, 1 – rzadko tak postępuję, 2 – często tak postępuję, 3 – prawie zawsze tak postępuję [11].

Samodzielnie stworzony kwestionariusz składał się z 38 pytań, pierwszą część kwestionariusza stanowiła metryczka, czyli pytania dotyczące: stanu cywilnego, wieku, stażu i miejsca pracy, charakteru wykonywanej pracy oraz wykształcenia. Kwestionariusz zawierał 25 pytań zamkniętych jednokrotnego wyboru oraz 7 pytań wielokrotnego wyboru.

Analiza statystyczna uzyskanych wyników

Uzyskane w wyniku przeprowadzonych badań dane zostały zdigitalizowane w arkuszu Microsoft Excel 2007 (Microsoft Office).

Analizę statystyczną uzyskanych wyników przeprowadzono w Zakładzie Dydaktyki i Efektów Kształcenia Wydziału Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. W związku z tym, że porównywano cztery niezależne grupy oraz ze względu na charakter analizowanych danych (dane jakościowe, nieparametryczne), do analizy statystycznej uzyskanych wyników wykorzystano nieparametryczny test statystyczny Kru-

skala-Wallisa, za istotny przyjęto poziom istotności statystycznej $\alpha < 0,05$.

Wyniki

Zdecydowana większość badanych (84%) deklarowała, że stres jest nieodłącznym elementem zawodu pielęgniarki. Szczegółowe dane dotyczące występowania stresu w pracy zawodowej w badanej grupie pielęgniarek przedstawia **tabela 1**.

Tabela 1. Występowanie stresu w pracy zawodowej w badanej grupie pielęgniarek

Table 1. Incidence of work-related stress among nurses

Pytanie/Question	Cała grupa/ The entire group n = 100	p
	zdecydowanie tak/ strongly yes	16
Chęć chodzenia do pracy/ Enthusiasm for work	raczej tak/rather yes	42
	tak/yes	19
	raczej nie/rather not	19
	nie/no	4
Odczuwanie stresu/ Experience of stress	codziennie/every day	41
	raz w tygodniu/ once a week	24
	kilka razy w tygodniu/ several times a week	21
	raz w miesiącu/ once a month	12
	nigdy/never	2
Stres jako nieodłączny element zawodu pie- lęgniarki/Stress as an intrinsic part of nursing profession	tak/yes	84
	nie/no	12
	nie mam zdania/ no opinion	4

p – poziom istotności różnic pomiędzy badanymi grupami pielęgniarek w zależności od stażu pracy/level of significance of differences between study subgroups of nurses by length of service

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Większość badanych pielęgniarek deklarowała, że czynnikami najbardziej stresującymi w pracy pielęgniarki są: praca pod presją czasu oraz odpowiedzialność za życie i zdrowie pacjenta. Szczegółowe dane dotyczące występowania czynników stresogennych w pracy zawodowej w badanej grupie pielęgniarek przedstawia **tabela 2**.

Tabela 2. Występujące podczas pracy zawodowej czynniki stresogenne w opinii badanych pielęgniarek

Table 2. Work-related stress factors according to the study group of nurses

Pytanie/Question	Cała grupa/ The entire group n = 100	p
Hałas/Noise	tak/yes	43
	nie/no	57
Nieodpowiednie oświetlenie/ Inadequate lighting	tak/yes	29
	nie/no	71
Wysoka lub niska temperatura/ High or low temperature	tak/yes	20
	nie/no	80
Praca zmianowa jako czynnik stresogenny/Shift work as a stress factor	tak/yes	44
	nie/no	56
Wpływ nieprzyjemnego zapachu na samopoczucie/Influence of unpleasant odour on well-being	tak/yes	25
	nie/no	75
Zagrożenie własnego życia lub zdrowia/Risk to own life or health	tak/yes	46
	nie/no	54
Agresywne zachowanie pacjentów/ Aggressive behaviour of patients	tak/yes	36
	nie/no	64
Praca pod presją czasu/ Working under pressure of time	tak/yes	65
	nie/no	35
Odpowiedzialność za życie i zdrowie pacjenta/ Responsibility for life and health of patients	tak/yes	82
	nie/no	18
Samodzielne i szybkie podejmowanie decyzji/ Independent and fast decisions	tak/yes	46
	nie/no	54

p – poziom istotności różnic pomiędzy badanymi grupami pielęgniarek w zależności od stażu pracy/level of significance of differences between study subgroups of nurses by length of service

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Szczegółowe dane dotyczące występowania czynników wywołujących stres w pracy zawodowej w badanej grupie pielęgniarek przedstawia **tabela 3**.

Tabela 3. Czynniki wywołujące stres w pracy zawodowej badanej grupy pielęgniarek

Table 3. Stress factors at work among the study group of nurses

Pytanie/Question	Cała grupa/ The entire group n = 100	p
1 – najniższy poziom stresu/the lowest level of stress	22	
Napięte stosunki z pacjentami i ich rodzinami/Tension in relation with patients and their family members	2	15
	3	12
	4	33
	5 – najwyższy poziom stresu/the highest level of stress	18

Zła atmosfera/ Bad atmosphere	1 – najniższy poziom stresu/the lowest level of stress	19	p < 0,981
	2	13	
	3	20	
	4	18	
	5 – najwyższy poziom stresu/the highest level of stress	30	
Niepewność zatrudnienia/ Job uncertainty	1 – najniższy poziom stresu/the lowest level of stress	21	p < 0,367
	2	15	
	3	25	
	4	18	
	5 – najwyższy poziom stresu/the highest level of stress	21	
Niskie wynagrodzenie/ Low wages	1 – najniższy poziom stresu/the lowest level of stress	6	p < 0,435
	2	6	
	3	17	
	4	28	
	5 – najwyższy poziom stresu/the highest level of stress	43	
Zła organizacja pracy/ Poor organisation of work	1 – najniższy poziom stresu/the lowest level of stress	9	p < 0,134
	2	13	
	3	29	
	4	23	
	5 – najwyższy poziom stresu/the highest level of stress	26	
Brak potrzebnych do pracy środków i urządzeń/ Lack of means and facilities necessary for work	1 – najniższy poziom stresu/the lowest level of stress	12	p < 0,645
	2	11	
	3	23	
	4	25	
	5 – najwyższy poziom stresu/the highest level of stress	29	
Złe relacje z przełożonymi/ Poor relations with superiors	1 – najniższy poziom stresu/the lowest level of stress	26	p < 0,079
	2	25	
	3	18	
	4	12	
	5 – najwyższy poziom stresu /the highest level of stress	19	

p – poziom istotności różnic pomiędzy badanymi grupami pielęgniarek w zależności od stażu pracy/level of significance of differences between study sub-groups of nurses by length of service

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Większość badanych (56%) deklaruje, że pielęgniarki w pracy często spotykają się z przemocą. Szczegółowe dane dotyczące występowania przemocy oraz jej form w pracy zawodowej w badanej grupie pielęgniarek przedstawia **tabela 4**.

Tabela 4. Występowanie oraz formy przemocy w pracy zawodowej w badanej grupie pielęgniarek

Table 4. Incidence and forms of violence at work among the study group of nurses

Pytanie/Question		Cała grupa/ The entire group n = 100	p
Przemoc w pracy pielęgniarki/ Violence at work	tak/yes	56	p < 0,265
	nie/no	44	
Pacjenci jako sprawcy przemocy/ Patients as aggressors	tak/yes	37	p < 0,892
	nie/no	63	
Krewni pacjentów jako sprawcy przemocy/Patients' family members as aggressors	tak/yes	19	p < 0,169
	nie/no	81	
Przełożeni jako sprawcy przemocy/ Superiors as aggressors	tak/yes	12	p < 0,273
	nie/no	88	
Współpracownicy jako sprawcy przemocy/Colleagues as aggressors	tak/yes	11	p < 0,454
	nie/no	89	
Agresywne lub wulgarnie zachowanie pacjentów/ Aggressive or vulgar behaviour of patients	bardzo często/ very often	20	p < 0,754
	często/often	29	
	sporadycznie/ rarely	38	
	nigdy/never	13	

p – poziom istotności różnic pomiędzy badanymi grupami pielęgniarek w zależności od stażu pracy/level of significance of differences between study sub-groups of nurses by length of service

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Większość badanych (58%) deklaruje, że pielęgniarki w pracy często spotykają się z mobbingiem. Szczegółowe dane dotyczące występowania mobbingu oraz jej form w pracy zawodowej w badanej grupie pielęgniarek przedstawia **tabela 5**.

Tabela 5. Występowanie oraz formy mobbingu w pracy zawodowej w badanej grupie pielęgniarek

Table 5. Incidence and forms of mobbing at work among the study group of nurses

Pytanie/Question		Cała grupa/ The entire group n = 100	p
Mobbing w pracy pielęgniarki/ Mobbing at work	tak/yes	58	p < 0,029
	nie/no	42	
Nieuzasadniona ciągła krytyka pracy/ Unjustified constant criticism	tak/yes	30	p < 0,324
	nie/no	70	
Rozpowszechnianie plotek i pomówień/ Dissemination of rumours and slander	tak/yes	31	p < 0,692
	nie/no	69	
Traktowanie „jak powietrze”/ "Looking through"	tak/yes	14	p < 0,377
	nie/no	84	
Obraźliwe słowa/Insulting words	tak/yes	10	p < 0,387
	nie/no	90	

p – poziom istotności różnic pomiędzy badanymi grupami pielęgniarek w zależności od stażu pracy/level of significance of differences between study sub-groups of nurses by length of service

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Większość badanych (65%) deklarowała, że odczuwa bóle kręgosłupa z powodu stresu w pracy zawodowej. Szczegółowe dane dotyczące występowania określonych objawów stresu w pracy zawodowej w badanej grupie pielęgniarek przedstawia **tabela 6**.

Tabela 6. Objawy stresu w pracy występujące w badanej grupie pielęgniarek

Table 6. Symptoms of stress at work among the study group of nurses

Pytanie/Question		Cała grupa/ The entire group n = 100	p
Bóle kręgosłupa/Back pain	tak/yes	65	p < 0,152
	nie/no	35	
Dolegliwości gastryczne/Gastrointestinal complaints	tak/yes	18	p < 0,303
	nie/no	82	
Zwiększone ciśnienie krwi/Increased blood pressure	tak/yes	26	p < 0,286
	nie/no	74	
Wzrost aktywności gruczołów potowych/ Increased sweat gland activity	tak/yes	25	p < 0,495
	nie/no	75	
Silne zmęczenie/Severe tiredness	tak/yes	43	p < 0,338
	nie/no	57	
Częste przeziębienia/Frequent colds	tak/yes	16	p < 0,600
	nie/no	84	
Problemy ze snem/Sleeping disorders	tak/yes	34	p < 0,530
	nie/no	66	
Trudności w koncentracji/Problems with concentration	tak/yes	28	p < 0,310
	nie/no	72	

p – poziom istotności różnic pomiędzy badanymi grupami pielęgniarek w zależności od stażu pracy/level of significance of differences between study subgroups of nurses by length of service

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Tylko 31% badanych pielęgniarek deklaroowało, że podejmuje działania mające na celu zmniejszenie stresu. Szczegółowe dane dotyczące podejmowania działań mających na celu zmniejszenie stresu w pracy zawodowej w badanej grupie pielęgniarek przedstawia **tabela 7**.

Tabela 7. Podejmowanie działań mających na celu zmniejszenie stresu w pracy w badanej grupie pielęgniarek

Table 7. Actions taken to reduce stress at work among the study group of nurses

Pytanie/Question		Cała grupa/ The entire group n = 100	p
Podejmowanie działań mających na celu zmniejszenie stresu/Actions taken to reduce stress	tak/yes	31	p < 0,614
	nie/no	20	
Szukanie pomocy u przełożonych/ Looking for help from superiors	tak/yes	20	p < 0,088
	nie/no	80	
Szukanie pomocy u współpracowników/ Looking for help from colleagues	tak/yes	34	p < 0,004
	nie/no	66	

Szukanie pomocy u znajomych spoza miejsca pracy/ Looking for help from friends outside of work	tak/yes	39	p < 0,300
	nie/no	61	
Szukanie pomocy u specjalisty/ Looking for help from a specialist	tak/yes	9	p < 0,319
	nie/no	91	
Nieszukanie pomocy/Not looking for help	tak/yes	20	p < 0,240
	nie/no	80	

p – poziom istotności różnic pomiędzy badanymi grupami pielęgniarek w zależności od stażu pracy/level of significance of differences between study subgroups of nurses by length of service

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Większość badanych (65%) deklarowała, że jednym z najczęstszych sposobów radzenia sobie ze stresem jest palenie papierosów. Szczegółowe dane dotyczące sposobów radzenia sobie ze stresem występującym w pracy zawodowej w badanej grupie pielęgniarek przedstawia **tabela 8**.

Tabela 8. Sposoby radzenia sobie ze stresem w pracy w badanej grupie pielęgniarek

Table 8. Ways of dealing with stress at work among the study group of nurses

Pytanie/Question		Cała grupa/ The entire group n = 100	p
Palenie papierosów/Smoking	tak/yes	65	p < 0,642
	nie/no	35	
Nadużywanie alkoholu/Alcohol abuse	tak/yes	8	p < 0,925
	nie/no	92	
Objadanie się/Overeating	tak/yes	29	p < 0,199
	nie/no	71	
Stosowanie technik relaksacyjnych/ Relaxation techniques	tak/yes	22	p < 0,202
	nie/no	78	
Zażywanie kąpieli z aromaterapią/Baths with aromatherapy	tak/yes	21	p < 0,841
	nie/no	79	
Uprawianie sportu/Sports activity	tak/yes	23	p < 0,674
	nie/no	77	

p – poziom istotności różnic pomiędzy badanymi grupami pielęgniarek w zależności od stażu pracy/level of significance of differences between study subgroups of nurses by length of service

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Dyskusja

W prezentowanej pracy podjęto próbę oceny występowania stresu w grupie zawodowej pielęgniarek zatrudnionych w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. prof. Witolda Orłowskiego w Warszawie. Pomimo tego, że stres w zawodzie pielęgniarki stanowi ważny problem, nie odnaleziono artykułów omawiających i badania tego zagadnienia przeprowadzone z wykorzystaniem standaryzowanych narzędzi badawczych, takich jak: Skala Odczuwanego Stresu (PSS-10)

oraz Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem (Mini Cope).

Jak wskazują przeprowadzone badania, pielęgniarki każdego dnia są narażone na stres. Ponadto ankietowane pielęgniarki prawie jednogłośnie uznały, że praca, którą wykonują, jest stresująca.

Natomiast jeśli chodzi o radzenie sobie ze stresem, pielęgniarki stosowały wybrane strategie: koncentrowały się nad daną sytuacją, podejmowały dodatkowe działania, starały się wypracować metodę lub plan działania. Natomiast prawie nigdy w pracy zawodowej badane pielęgniarki nie wykorzystywały strategii: zaprzeczenia zaistniałej sytuacji, picia alkoholu, rezygnacji z osiągnięcia określonego celu, traktowania zaistniałej sytuacji w sposób zabawny.

W dostępnej literaturze nie odnaleziono badań wykorzystujących narzędzia: Skalę Odczuwanego Stresu (PSS – 10) oraz Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem (Mini Cope), w związku z tym dyskusja uzyskanych wyników będzie się opierać przede wszystkim na przybliżeniu doniesień polskich autorów, którzy korzystali z innych narzędzi badawczych, ale również chcieli ukazać występujące zjawisko stresu zawodowego w pracy pielęgniarki.

Perek i wsp. [3] z Zakładu Pielęgniarstwa Klinicznego Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa WNoZ Collegium Medicum UJ w Krakowie analizowali wyniki badań uzyskanych z Kwestionariusza CISS (wykorzystywany do badania trudnych sytuacji) oraz Kwestionariusza Wsparcia Emocjonalnego. Badaniem objęto 108 pielęgniarek pracujących w oddziałach pediatrycznych w województwie małopolskim. Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, że w pracy pielęgniarek pediatrycznych istnieje wiele trudnych sytuacji, wynikają one ze złej organizacji i fizycznych warunków pracy oraz relacji interpersonalnych w zespole. Do przyczyn występowania sytuacji trudnych badane pielęgniarki zaliczyły: niskie zarobki, odpowiedzialność za zdrowie i życie pacjenta, nieproporcjonalną liczbę obowiązków w stosunku do obsady pielęgniarek, lęk przed popełnieniem nieodwracalnego błędu, możliwość zakażenia, zagrożenie bezpieczeństwa osobistego, brak właściwej współpracy między grupami zawodowymi. Trudne sytuacje wywoływały u badanych pielęgniarek reakcje fizyczne, psychiczne oraz zmiany w zachowaniu. Spośród fizycznych reakcji organizmu ankietowane pielęgniarki wymieniły: bóle karku i ramion, kołatanie serca, wzmożone pocenie. Spośród objawów psychicznych respondentki wymieniły: zmęczenie i wyczerpanie, poczucie rozdrażnienia i nerwowość. Zmiany w zachowaniu pielęgniarki określiły jako: impulsywność działania, nadpobudliwość ruchową oraz konfliktowość. W strategiach radzenia sobie ze stresem badane pielęgniarki

stosowały konstruktywne sposoby, które polegały na podejmowaniu wysiłków zmierzających do rozwiązania problemu przez poznawcze przekształcenia bądź próby zmiany sytuacji. Wiek i staż pracy wpływały na sposób radzenia sobie ze stresem. Im młodsza badana pielęgniarka, tym silniejszy styl emocjonalny, natomiast im większy staż pracy, tym słabszy styl emocjonalny. Staż pracy oraz wiek badanych pielęgniarek wpływały na liczbę czynników stresogennych w pracy [3].

Podobne wyniki uzyskano w badaniach Gułag [4]. W badaniu wzięło udział 100 pielęgniarek pracujących w oddziałach kardiologii i intensywnej opiece kardiologicznej w pięciu miastach Polski południowo-wschodniej. W celu przeprowadzenia badań posłużono się metodą sondażu diagnostycznego. Przeprowadzone badania dowiodły, że pielęgniarki uznają swoje środowisko pracy za silnie stresujące. Ponad połowa badanych pielęgniarek przekroczyła przeciętny poziom stresu, gdzie skutki stresu mogą manifestować się zaburzeniami somatycznymi. Spośród sposobów odreagowania napięć badane pielęgniarki opowiedziały się za: kontaktem z bliską osobą, słuchaniem muzyki oraz kontaktem z naturą. W sytuacjach trudnych pielęgniarki zwracały się po pomoc do osoby bliskiej lub starały się rozwiązać problem samodzielnie, bardzo rzadko zwracały się o pomoc do przełożonego, co pozwala wnioskować o złych relacjach personalnych między przełożonymi a pracownikami. Badane pielęgniarki wykazały niską wiedzę na temat profesjonalnych technik rozładowujących stres [4].

W badaniach przeprowadzonych przez Kowalczyk i wsp. [7] z Zakładu Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku analizowano ocenę narażenia na stres i wypalenie zawodowe pielęgniarek pracujących w stacjonarnej opiece medycznej w zależności od miejsca pracy. W badaniu wzięły udział 102 pielęgniarki z województwa podlaskiego, metodą badawczą był sondaż diagnostyczny. Analiza przeprowadzonych badań wykazała, że 72,6% badanych pielęgniarek było narażonych na stres w miejscu pracy, natomiast występowanie stresu zależało od miejsca pracy. Najwyższy poziom wypalenia zawodowego odczuwały pielęgniarki pracujące na oddziale internistycznym [7].

Owczarek i wsp. [1] z Zakładu Psychologii Medycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego również prowadzili badania na temat wypalenia zawodowego u pielęgniarek pracujących w wybranych oddziałach szpitalnych. W badaniu wzięło udział 61 pielęgniarek ze stażem pracy 1–29 lat, pracujących w trzech oddziałach szpitalnych: oddziale wewnętrznym, szpitalnym oddziale ratunkowym oraz oddziale pooperacyjnym, metodą badawczą był sondaż diagnostyczny. Analiza przepro-

wadzonych badań wykazała, że pielęgniarki (zwłaszcza pielęgniarki pracujące na oddziale wewnętrznym) są grupą zawodową szczególnie narażoną na występowanie syndromu wypalenia zawodowego. Badania wykazały również, że długość stażu pracy pielęgniarek ma wpływ na występowanie wypalenia zawodowego.

Ogińska i Żuralska [12] z Zakładu Pielęgniarstwa Społecznego i Promocji Zdrowia WNoZ Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego przeprowadziły badania na temat wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek pracujących w oddziałach neurologicznych. W badaniu wzięło udział 112 pielęgniarek pracujących na terenie Gdańska i Elbląga. W badaniach tych autorki zastosowały metodę sondażu diagnostycznego. Uzyskane wyniki wykazały występowanie objawów i zachowań typowych dla zespołu wypalenia zawodowego w badanej grupie pielęgniarek, 19,6% badanych respondentek prezentowało objawy oraz zachowania wskazujące na wysoki poziom wypalenia zawodowego. Głównymi czynnikami sprzyjającymi wypaleniu były przewlekłe oraz nadmierne obciążenia, takie jak: bezradność, zagrożenie bezpieczeństwa osobistego, przeciążenie obowiązkami, obcowanie z cierpieniem i śmiercią. Natomiast czynnikami, które obniżają wydajność pracy, były: prowadzenie dokumentacji medycznej, niskie zarobki, zła organizacja pracy, brak sprzętu oraz praca w godzinach nocnych.

Nyklewicz i Krajewska-Kuśak [13] z Zakładu Pielęgniarstwa Ogólnego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku oceniali nasilenie lęku oraz przygnębienia pielęgniarek w sytuacji śmierci pacjenta lub osoby bliskiej. W badaniu wzięło udział 100 pielęgniarek z wykształceniem licencjackim, były to studentki studiów magisterskich uzupełniających. Wszystkie respondentki były czynne zawodowo. Do przeprowadzenia badania użyto autorskiej Skali Samooceny Emocji wobec Śmierci oraz standaryzowanych kwestionariuszy: STAI, CISS, CECS oraz GHQ-12. Na podstawie przeprowadzonych badań ustalono, że zdecydowana większość pielęgniarek (74%) przeżywa silny lęk związany ze śmiercią pacjenta bądź osoby bliskiej. Jedynie jedna piąta respondentek potrafi stosować zadaniowy model radzenia sobie ze stresem, natomiast 78% badanych pielęgniarek nieefektywnie reaguje na stres. Większość pielęgniarek (69%) stosuje tłumienie gniewu, (72%) depresji oraz (76%) lęku jako sposób radzenia sobie ze stresem.

W badaniach Kliszcz i wsp. [14] z Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej w Gdańsku analizowano również poziom lęku i depresji u pielęgniarek oraz związek tych zmiennych z tendencją do kontroli negatywnych emocji. Autorzy analizowali wyniki badań uzyskanych z Kwestionariusza Skali Kontroli Emocji oraz Kwestionariusza Skali Lęku i Depresji, badaniem

objęto 102 pielęgniarki. Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić tendencję do tłumienia emocji negatywnych, takich jak: lęk, gniew czy depresja; skłonność ta cechuje pielęgniarki o krótkim i średnim stażu pracy.

Suwała i wsp. z Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa WNoZ Collegium Medicum przedstawili wyniki badań uzyskanych metodą sondażu diagnostycznego w grupie 216 pielęgniarek i 4 położnych zatrudnionych w szpitalach województwa małopolskiego. Analiza przeprowadzonych badań wykazała, że pielęgniarki na pracy były narażone na przemoc fizyczną i psychiczną. Do najczęstszych form przemocy należały: słowne obelgi (54%), zastraszanie (32%) oraz fizyczne ataki (26%). Sprawcami powyższych incydentów w większości byli pacjenci.

Z badań przeprowadzonych przez Kowalczyk i wsp. [15] z Zakładu Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku wynika, że największymi źródłami stresu w pracy pielęgniarek były zachowania agresywne ze strony innych pielęgniarek (29%), lekarzy (28%), oraz zachowania wulgarne przełożonych w stosunku do pielęgniarek (25%). Nasilenie zdenerwowania pielęgniarek było spowodowane używaniem podniesionego głosu przez pacjentów (100%) oraz wulgarnymi zachowaniami przełożonych w stosunku do pielęgniarek (67%). Populację badanych osób stanowiły 493 pielęgniarki pracujące w otwartej i zamkniętej opiece zdrowotnej na terenie województwa podlaskiego. Do przeprowadzenia badania użyto Kwestionariusza do Oceny Cech Pracy i Ogólnego Stanu Zdrowia GHQ 28.

Zdziebło i wsp. z Zakładu Onkologii i Pielęgniarstwa Onkologicznego Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa WNoZ Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach i Zakładu Opieki Zdrowotnej w Skarżysku Kamiennej wykazali w swoich badaniach na temat mobbingu w środowisku pracy pielęgniarek, że pielęgniarki w swojej pracy narażone były na różne formy agresji. Z przeprowadzonych badań wynika, że 40,4% badanych doświadczyło agresji w pracy, stwierdzono również statystyczną zależność skali mobbingu od wykształcenia (82,2% pielęgniarki z wyższym wykształceniem) i miejsca pracy (74,0% na oddziałach zabiegowych). Niepokojący był też fakt, że personel, który podnosił swoje kwalifikacje zawodowe i zdobywał wyższe wykształcenie, był bardziej narażony na działania dyskryminacyjne. Jako mobberów 83% respondentek wskazało przełożonych, co może świadczyć o niedoskonałości zarządzania w tej grupie zawodowej. Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego w grupie 198 losowo wybranych pielęgniarek pracujących w lecznictwie otwartym i zamkniętym województwa świętokrzyskiego.

Kunecka i wsp. [16] z Instytutu Medycyny Pracy im. prof. Jerzego Nofera w Łodzi również przeprowadzili badania na temat skali zjawiska mobbingu wśród pielęgniarek. Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego z użyciem kwestionariusza ankiety, w badaniu wzięło udział 1578 pielęgniarek zatrudnionych w szczecińskich szpitalach. Analiza przeprowadzonych badań wykazała powszechność zjawiska mobbingu w grupie zawodowej pielęgniarek, jako mobbera badane pielęgniarki wskazały przełożonego (40%).

Wnioski

1. W badanej grupie pielęgniarek stwierdzono średni poziom odczuwanego stresu.
2. Staż pracy badanych wpływał na odczuwanie stresu: pielęgniarki z krótszym stażem pracy istotnie częściej odczuwały stres.
3. W konfrontacji z trudnymi sytuacjami w pracy zawodowej badane pielęgniarki stosowały konstruktywne sposoby radzenia sobie ze stresem, które polegały na analizie i wypracowaniu określonych działań zmierzających do rozwiązania problemu.
4. Do najczęstszych przyczyn występowania stresu badana grupa pielęgniarek zaliczyła: dużą odpowiedzialność za życie i zdrowie pacjenta, pracę pod presją czasu, nadmiar prowadzonej dokumentacji, złą atmosferę w pracy oraz niskie wynagrodzenie.
5. W odreagowaniu napięć związanych z pracą pielęgniarki preferują negatywne sposoby radzenia sobie ze stresem, tj. palenie papierosów oraz objadanie się. Wykazują zaś nikłą wiedzę na temat profesjonalnych technik rozładowujących stres.
6. W sytuacjach trudnych pielęgniarki w większości zwracają się po pomoc do osoby bliskiej lub starają się samodzielnie rozwiązać problem, rzadko zwracają się z problemem do przełożonego, co pozwala wnioskować o złych kontaktach personalnych między pracownikami a przełożonymi.

Piśmiennictwo

1. Owczarek K, Olczyk K, Wojtowicz S. Badanie zjawiska wypalenia zawodowego u pielęgniarek pracujących w wybranych oddziałach szpitalnych. *Med Dydak Wychow.* 2009; 1: 28–36.
2. Gułag B. Sytuacje trudne w środowisku pracy pielęgniarek a umiejętność radzenia sobie z nimi. *Zdr Publ.* 2004; 114(3): 367–370.

3. Perek M, Kózka M, Twarduś K. Trudne sytuacje w pracy pielęgniarek pediatrycznych i sposoby radzenia sobie z nimi. *Probl Piel.* 2007; 14(4): 223–228.
4. Gułag B. Stres w pracy pielęgniarek. *Mag Piel Położ.* 2003; 1: 18–23.
5. Ździebto K, Kozłowska E. Mobbing w środowisku pracy pielęgniarek. *Probl Piel.* 2010; 18(2): 212–219.
6. Drabek M, Merecz D, Mościcka A. Skala narażenia na agresję w miejscu pracy pracowników służby zdrowia i sektora usług. *Med Pracy.* 2007; 58(4): 299–306.
7. Kowalczyk K, Zdańska A, Krajewska-Kułak E, Łukaszuk C, Van Damme-Ostapowicz K, Klimaszewska K et al. Stres w pracy pielęgniarek jako czynnik ryzyka wypalenia zawodowego. *Probl Piel.* 2011; 19(3): 307–313.
8. Wyderka M, Kowalska H, Szeląg E. Wypalenie zawodowe jako problem występujący wśród pielęgniarek. *Piel Pol.* 2009; 4(34): 265–275.
9. Rogala-Pawelczyk G, Walenciak R. Pielęgniarka i położna – zawody ryzyka. *Mag Piel Położ.* 2007; 12: 6–7.
10. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. Skala odczuwanego stresu – PSS-10. W: Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. Narzędzia do pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2009.
11. Carver CS. Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem – Mini COPE. W: Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. Narzędzia do pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2009.
12. Ogińska J, Żuralska R. Wypalenie zawodowe wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach neurologicznych. *Probl Piel.* 2010; 18(4): 435–442.
13. Nyklewicz W, Krajewska-Kułak E. Śmierć a emocje pielęgniarek – doniesienie wstępne. *Probl Piel.* 2008; 16(3): 248–254.
14. Kliszcz J, Nowicka-Sauer K, Sadowska A, Trzeciak B. Kontrola emocji a poziom lęku i depresji u pielęgniarek. *Zdr Publ.* 2004; 114(3): 346–349.
15. Kowalczyk K, Krajewska-Kułak E, Kułak W, Van Damme-Ostapowicz K, Klimaszewska K, Rolak H. Wpływ agresji na występowanie stresu w populacji pielęgniarek i położnych na terenie województwa podlaskiego. *Probl Hig Epidemiol.* 2010; 91(3): 444–450.
16. Kunecka D, Kamińska M, Karakiewicz B. Skala zjawiska mobbingu wśród pielęgniarek/pielęgniarzy zatrudnionych w szczecińskich szpitalach. *Med Pracy.* 2008; 59(3): 223–228.

Artykuł przyjęty do redakcji: 07.05.2016

Artykuł przyjęty do publikacji: 26.06.2016

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Joanna Gotlib
ul. Żwirki i Wigury 61
02-091 Warszawa
tel.: 22 5720 490, fax: 22 5720 491
e-mail: joanna.gotlib@wum.edu.pl
Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia
Warszawski Uniwersytet Medyczny

STRES PERSONELU PIEŁĘGNIARSKIEGO ZWIĄZANY Z PRACĄ NA ODDZIAŁACH PEDIATRYCZNYCH

STRESS OF NURSING STAFF INVOLVED IN WORKING AT PEDIATRIC WARDS

Marta Stępień, Małgorzata Szmigiel

Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa
Wyższa Szkoła Planowania Strategicznego w Dąbrowie Górniczej

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2017.8>

STRESZCZENIE

Wstęp. Stres w pracy pielęgniarek jest bardzo silny. Wysokie wymagania mogą doprowadzić do powstania zespołu stresu przewlekłego, wyczerpującego zasoby vitalne pracownika. Wyniki badań dotyczących obciążenia psychicznego w pracy pielęgniarki pokazują, że pielęgniarki są w dużym stopniu narażone na stres wpływający niekorzystnie na ich pracę.

Cel. Celem przeprowadzonych badań było poznanie sytuacji stresowych występujących u pielęgniarek/pielęgniarzy pracujących na oddziałach pediatrycznych.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono na grupie 100 osób pracujących w Górnośląskim Centrum Zdrowia Dziecka w Katowicach. Do realizacji założonego celu posłużono się metodą sondażu diagnostycznego.

Wyniki. Według ankietowanych najbardziej stresującymi czynnikami są: pośpiech, nadmiar obowiązków, agresja rodziców, ciągła kontrola, świadomość niepewnego jutra, zła organizacja pracy. Na podstawie analizy statystycznej wykazano, że występuje zależność pomiędzy wykształceniem a radzeniem sobie ze stresem. Osoby z wyższym wykształceniem radzą sobie ze stresem zdecydowanie lepiej niż pozostałe.

Wnioski. Praca personelu pielęgniarskiego oddziałów pediatrycznych obciążona jest dużym stresem. Pracownicy tych oddziałów radzą sobie ze stresem, wykorzystując pozytywne i negatywne zachowania. Osoby z wyższym wykształceniem lepiej radzą sobie ze stresem niż pozostałe, natomiast im dłuższy staż pracy w oddziale pediatrycznym, tym gorsze radzenie sobie ze stresem. Nie występuje zależność statystyczna pomiędzy wykształceniem, stażem pracy i wiekiem a ocenianiem napotkanych sytuacji jako stresujących; nie ma też takiej zależności pomiędzy wiekiem a radzeniem sobie ze stresem.

SŁOWA KLUCZOWE: stres, pielęgniarki, trudne sytuacje.

ABSTRACT

Introduction. Stress at work of nurses is very powerful. High demands may lead to the chronic stress syndrome. Results of the research on the mental ballast at nurses' work show that nurses are highly susceptible to stress, which negatively affects their work.

Aim. The aim of this study was to investigate the situation of stress occurring in nurses/male nurses working in pediatric wards.

Material and methods. The study was conducted on a group of 100 nursing staff working in Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka in Katowice. For the purpose of attaining the objective method a diagnostic survey was used.

Results. Among the respondents the most stressful factor was rush. Then there were: the surplus duties, parents' aggression, continuous supervision, awareness of uncertain tomorrow, weak work organization. The least stressful factors turned out to be underestimation and atmosphere at work.

Conclusions. High levels of stress accompanied nurses at work. Nurses /male nurses of pediatric wards deal with stress in a positive and negative way. The statistical analysis demonstrated that there was a relationship between education and dealing with stress. People with higher education dealt with stress much better. There was no statistical relationship between education, work experience, age and evaluating encountered situations as stressful.

KEYWORDS: stress, nurses, difficult situations.

Wprowadzenie

Stres stanowi obecnie niezwykle istotny element rzeczywistości i nie da się go wykluczyć z codzienności zdecydowanej większości osób. Należy zauważyć, iż współczesne społeczeństwo określa tym terminem nie tylko wyjątkowe, rzadkie, traumatyczne zdarzenia, ale również ciągłe, nieustanne trudności życia towarzyszące człowiekowi niemal na każdym kroku. Każdy człowiek codziennie przeżywa mniejsze oraz większe na-

pięcia emocjonalne, prawie każdego dnia spotyka się z sytuacjami wywołującymi stres.

Mianem stresu określa się interakcję organizmu człowieka i czynników środowiska (stresorów), które oceniane są przez ten organizm jako potencjalne zagrożenia dla organizmu. Do najważniejszych elementów stresu zalicza się: negatywne pobudzenie emocjonalne oraz nadmierne w stosunku do rzeczywistych potrzeb reakcje neurohormonalne i fizjologiczne [1].

Kanadyjski uczyony Hans Selye, profesor Instytutu Medycyny i Chirurgii Eksperymentalnej Uniwersytetu w Montrealu, określił stres jako sumę wszystkich nieoswojonych skutków działania różnych czynników, które mogą oddziaływać na ustrój. Stres biologiczny jest więc nieswoistą reakcją organizmu na wszelkie stawiane mu zadania [2]. Należy w tym miejscu podkreślić również, że stres jako stan emocjonalny odczuwany przez podmiot niejednokrotnie jest doświadczeniem przykrym i dezorganizującym aktywność człowieka. Zakłócenia w zachowaniu ludzkim, szczególnie w wykonywaniu czynności, które w normalnych warunkach przebiegają poprawnie, mogą być uważane za wskaźnik stresu. Stres jest skutkiem zagrożenia, sam z kolei staje się czynnikiem zagrażającym zdolnościom zaradczym człowieka, zwiększając wobec nich wymagania. Pogorszenie się wykonywania czynności może być wtórnym źródłem stresu. Mamy tu więc do czynienia ze zwrotnym wpływem stresu i radzenia sobie [3].

Emocje o ujemnej barwie są jednymi z silniejszych stresorów wpływających na kondycję układu odpornościowego [4]. Intensywne zaangażowanie jednostki w problemy innych osób powoduje silne napięcie nerwowe. Proces wypalenia się jest nieuchronną konsekwencją destrukcji, która zachodzi w psychice osób nadmiernie eksploatujących swoje siły i energię. Dotyczy to szczególnie przedstawicieli zawodów tzw. służb społecznych, głównie pielęgniarek, których praca polega na pomocy drugiemu człowiekowi, bliskim kontakcie z drugim człowiekiem, konfrontacji z jego cierpieniem i niejednokrotnie negatywnymi emocjami i roszczeniową postawą [5].

Bezpośrednim powodem odczuwania stresu jest również występowanie agresji w miejscu pracy, która może przyjmować różne formy i niezależnie od nich jest czynnikiem, który w sposób znaczący wpływa na zdrowie psychiczne, motywację do pracy i jej efektywność. Przemoc, niezależnie od jej natężenia, stanowi jeden z najpoważniejszych stresorów zawodowych i może mieć konsekwencje w zakresie funkcjonowania psychicznego, jak również społecznego i zawodowego [6].

Należy podkreślić w tym miejscu, że profesjonalizm zawodowy wymaga od pielęgniarek pełnienia wielu funkcji i ról zawodowych, wzajemnie się uzupełniających i przenikających, zarówno w odniesieniu do ludzi zdrowych, jak i chorych [7]. Intensywne obciążenie psychiczne pielęgniarek obniża jakość świadczonej opieki medycznej, wpływając równocześnie na rozwój stresu zawodowego. Jednym z najpoważniejszych psychologicznych następstw stresu jest zespół wypalenia zawodowego [8]. Do czynników stresogennych w kontekście narażenia na ujawnienie się syndromu wypalenia zawodowego należą m.in. zła organizacja

i nieprawidłowe warunki pracy, gdyż to właśnie środowisko pracy jest najpotężniejszym źródłem stresu. Ukazuje ono szeroki zakres problemów, głównie stawianie wysokich wymagań pracownikom oraz wysoki poziom odpowiedzialności przyjmowany przez pracowników służby zdrowia.

Pielęgniarki niejednokrotnie w swojej pracy spotykają się z pacjentami nastawionymi negatywnie, roszczeniowo. Oczekiwania z ich strony bywają ambiwalentne i coraz częściej wymagają oni od personelu również umiejętności podtrzymywania na duchu, obniżania lęków. Obciążenia psychiczne personelu pielęgniarskiego wiążą się ponadto z koniecznością stałej koncentracji uwagi, nastawieniem na szybkie reagowanie i równie szybkie podejmowanie decyzji. Codzienne obcowanie z chorobą i śmiercią miesza się z bezsilnością i nadzieją, co w konsekwencji prowadzi do obciążenia psychicznego i może również prowadzić do nadużywania alkoholu i/lub środków uspokajających [9].

Należy w tym miejscu podkreślić, że wykonywanie zawodu pielęgniarki niesie ze sobą również obciążenia fizyczne związane z wykonywaniem czynności w wymuszonych pozycjach, ograniczoną swobodą, podnoszeniem chorego. Dodatkowo praca zmianowa, tak charakterystyczna dla zawodu pielęgniarki, nie sprzyja dobremu samopoczuciu i wydajności pracy, powoduje natomiast zaburzenia funkcjonowania zegara biologicznego i zwiększenie prawdopodobieństwa popełnienia błędów zawodowych [9, 10].

Praca pielęgniarki jest złożona i ma wielozadaniowy charakter. Niezbędna jest w niej sprawność manualna przy czynnościach zabiegowych i pielęgnacyjnych. Natomiast wymaganie od pielęgniarki prowadzenia dokumentacji, obsługi sprzętu i urządzeń medycznych, zbierania wywiadu o stanie zdrowia pacjenta, prowadzenia edukacji prozdrowotnej pacjentów i ich rodzin oraz promocji zdrowia wymusza zdobywanie przez przedstawicieli tego zawodu coraz to nowych umiejętności.

Konieczność wykonywania wielu czynności równocześnie i/lub pod presją czasu również ma wpływ na pojawienie się stresu. W pracy personelu pielęgniarskiego często występują także sytuacje nieprzewidziane, np. nagłe pogorszenie stanu zdrowia pacjenta lub reanimacja, które doprowadzają do postępującego zmęczenia, spadku efektywności pracy oraz obniżenia komfortu psychicznego.

W reakcji stresowej biorą udział dwa systemy biologiczne: współczulny układ nerwowy, który aktywuje się jako pierwszy, oraz system podwzgórze-przysadka-nadnercza, który aktywuje się jako kolejny. Współczulny układ nerwowy odpowiedzialny jest za unerwienie narządów wewnętrznych i odpowiada za tzw. reakcję walki lub ucieczki. Poprzez pobudzenie nadnerczy

do wydzielania adrenaliny i noradrenaliny wywołuje przyśpieszenie tętna i oddechu, przyśpieszenie pracy serca, rozszerzenie oskrzeli oraz źrenic. Dodatkowo przyczynia się do szybszego rozłożenia tłuszczów na kwasy tłuszczowe i glicerol, rozkładu glikogenu zgromadzonego w wątrobie do glukozy, odpłynięcia krwi z kończyn w kierunku mięśni, serca i mózgu oraz ustania procesów trawiennych. Natomiast oś podwzgórze-przysadka-nadnercza aktywuje się po minutach lub godzinach od zadziałania stresu i wydzielając kortykoliberynę oraz kortykotropinę, przyczynia się do wydzielania kortyzolu. Kortyzol odpowiedzialny jest za zwiększenie stężenia glukozy we krwi i przyśpiesza rozkład kwasów tłuszczowych do ciał ketonowych. Powoduje również zmianę przetwarzania informacji docierających do narządów zmysłów. Zmniejsza wrażliwość zmysłów, czyli zdolność odbioru najłagodniejszych bodźców, ale zwiększa zdolność rozróżniania odrębnych bodźców. Glukokortykoidy, które również uwalniane są pod wpływem stresu, odpowiadają za hamowanie aktywności przysadki i podwzgórza, dzięki czemu regulują aktywność reakcji stresowej [3, 10].

Stres istotnie wpływa na układ odpornościowy. Kortyzol oraz pozostałe hormony glikokortykoidowe wydzielane przez korę nadnerczy wykazują negatywne oddziaływanie na układ odpornościowy: zmniejszają reaktywność limfocytów, blokują ich produkcję w grasicy, a czasami również aktywują proces ich umierania. Krótkotrwały stres w przypadku zdecydowanej większości ludzi nie przyczynia się do zwiększania stężenia kortyzolu, nie zmniejsza on również odporności. Co więcej – korzystnie działa na układ odpornościowy [3].

Jak już wcześniej wspomniano, zawód pielęgniarstwa jest zawodem stresogennym. Przedstawiciele tego zawodu wykazują niejednokrotnie skłonność do kumulowania negatywnych emocji [11]. Zwiększający się stres powoduje zróżnicowane, specyficzne i niespecyficzne zmiany w organizmie człowieka, zachodzące w procesach zarówno fizjologicznych, jak i psychologicznych.

Zapobieganie negatywnym skutkom stresu i radzenie sobie z nimi to warunek utrzymania wysokiej efektywności i podtrzymania satysfakcji z wykonywanej pracy. Ludzie stosują różne mechanizmy pozwalające im przetrwać stres, zminimalizować go lub uniknąć czy wreszcie zmienić sytuację na mniej stresorodną [12]. Radzenie sobie ze stresem spełnia dwie funkcje: instrumentalną (zadaniową), zorientowaną na problem, czyli na poprawę relacji podmiotu z otoczeniem, jak również funkcję samoregulacji emocji polegającą zwykle na obniżeniu przykrego napięcia i łagodzeniu innych negatywnych stanów emocjonalnych [13].

Stres psychiczny to szczególnie rodzaj relacji między człowiekiem a otoczeniem, który wpływa na stan psy-

chiczny jednostki. W przypadku pielęgniarstwa ich emocje często wiążą się z zachowaniem pacjenta, z jego cierpieniem, obawami, pretensjami, wdzięcznością i szeregiem innych słabszych lub silniejszych uczuć. Właściwy sposób komunikacji oraz umiejętność aktywnego słuchania ułatwiają współpracę w relacjach pacjent – personel pielęgniarski [14] oraz kształtują pozytywny stosunek pacjenta do procesu leczenia [15].

Długotrwanie utrzymujący się stres jest czynnikiem negatywnie wpływającym na psychikę człowieka. Wynika to z faktu, że każdy człowiek ma określoną zdolność do znoszenia obciążeń i radzenia sobie z nimi. Zbyt duże obciążenia mogą zburzyć równowagę wewnętrzną i zewnętrzną. Odporność na stresujące czynniki jest dyspozycją indywidualną, zależną od właściwości układu nerwowego, sił odpornościowych danego człowieka. Dużą rolę ogrywa też sytuacja społeczna, w tym więzi z innymi ludźmi i wsparcie od nich [16].

Na radzenie sobie ze stresem mogą mieć wpływ: płeć, wiek, wykształcenie oraz stan zdrowia. Dużą rolę w trudnych sytuacjach odgrywa odporność psychiczna, ta zaś zależy od osobowości, charakteru i odporności na stres [17]. Człowiek może funkcjonować sprawnie pomimo wszechobecnego stresu i codziennych trosk, ponieważ cały czas uczy się radzić sobie z różnymi problemami oraz odczuwa wsparcie innych ludzi. Długotrwałe i powtarzające się narażenie organizmu na działanie szkodliwych czynników środowiskowych prowadzi do rozwoju zmian adaptacyjnych. Powodują one zmniejszenie intensywnych reakcji fizjologicznych na działanie owych czynników. Jednak możliwości adaptacji organizmu do stresowych sytuacji są ograniczone przez czynniki genetyczne [1]. Aktywne podejście do radzenia sobie w życiu sprzyja dobremu samopoczuciu. Optymalność radzenia sobie ściśle łączy się z jego efektywnością [3]. O efektywności radzenia sobie ze stresem decyduje bardziej zgodność zachowania z indywidualnym stylem radzenia sobie niż dostosowanie zachowania do różnych sytuacji. Sposoby radzenia sobie z sytuacjami stresowymi zależą od wielu aspektów. Znaczenie mają takie czynniki, jak: osobowość, inteligencja i doświadczenie w trudnych sytuacjach. Pokonanie stresu rozpoczyna się od dobrego nastawienia do samego siebie oraz od pozytywnego myślenia. Negatywne emocje można rozładować poprzez różne formy aktywności fizycznej, takie jak: jazda na rowerze, bieganie. Aktywność fizyczna to pozytywna forma wypoczynku i kształtowania własnego zdrowia. W walce ze stresem warto również zrewidować własny styl życia oraz zadbać o odpowiednie nawyki życiowe. Ważne jest także zwrócenie uwagi na konieczność odpoczynku.

W nawiązaniu do powyższych informacji celem badań własnych było rozpoznanie czynników oraz sy-

tuacji stresowych występujących w pracy personelu pielęgniarskiego oddziałów pediatrycznych. Analizie poddano rodzaje sytuacji trudnych wywołujących stres personelu pielęgniarskiego, najczęstsze reakcje oraz sposoby radzenia sobie ze stresem. Celem pracy było również określenie istnienia zależności pomiędzy wiekiem czy stażem pracy w oddziałach pediatrycznych a deklarowaną umiejętnością radzenia sobie ze stresem.

Materiał i metody

W realizacji założonego celu badawczego posłużono się metodą sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety. Badanie przeprowadzono na przełomie listopada i grudnia 2014 r. wśród personelu pielęgniarskiego oddziałów pediatrycznych Górnośląskiego Centrum Zdrowia Dziecka w Katowicach.

Chęć udziału w badaniu zadeklarowało 140 osób, jednak prawidłowo zebrany materiał badawczy stanowiło 100 kwestionariuszy ankiety. W badanej populacji znalazło się 99 kobiet oraz 1 mężczyzna. Największą grupę respondentów (41% badanych) stanowiły osoby pomiędzy 40. a 49. rokiem życia. Drugą co do wielkości grupą (36%) były osoby pomiędzy 30. a 39. rokiem życia, a trzecią – osoby po 50. roku życia (19%). W badanej populacji znalazły się również bardzo młode osoby – do 29. roku życia (4%).

Największa grupa pracowników medycznych oddziału pediatrycznego (39%) deklarowała posiadanie licencjatu pielęgniarstwa, kolejne 32% ankietowanych to absolwenci liceów medycznych. Magisterium z pielęgniarstwa ma 15% ankietowanych, a pozostałe 14% to absolwenci Medycznego Studium Zawodowego.

Niemal połowę respondentów (42%) stanowiły osoby pracujące w zawodzie od 11 do 19 lat. Kolejne 33% ankietowanych pracuje w zawodzie od 20 do 30 lat, a 14% ankietowanych pracuje w zawodzie więcej niż 30 lat. W badanej populacji znalazły się również osoby ze znacznie krótszym stażem pracy – 9% ankietowanych pracuje w zawodzie od 6 do 10 lat, a pozostałe 2% respondentów ma staż pracy nieprzekraczający 5 lat.

Otrzymane dane poddano analizie opisowej. W celu oceny istnienia zależności pomiędzy wybranymi cechami zastosowano dokładny test statystyczny Fishera.

Wyniki

Wszyscy respondenci biorący udział w badaniu zadeklarowali odczuwanie stresu związanego z wykonywaną pracą. Wśród czynników fizycznych wywołujących stres ankietowani wymieniali przede wszystkim brak potrzebnych do pracy środków, urządzeń i materiałów (55%) oraz hałas (31%). Wśród pozostałych czynników powiązanych z wykonywaną pracą, które stanowią dla personelu pielęgniarskiego istotne źródło stresu, wy-

mieniano: pośpiech, będący bardzo silnym stresorem dla połowy respondentów, nadmiar obowiązków, będący bardzo silnym stresorem dla 48% ankietowanych, agresję ze strony rodziców (47%), ciągłą kontrolę (41%), świadomość „niepewnego jutra” (38%) oraz złą organizację pracy (35%). Znaczenie poszczególnych czynników przedstawiono w **tabeli 1**.

Tabela 1. Znaczenie określonych czynników jako potencjalnego źródła stresu związanego z wykonywaną pracą

Table 1. Importance of certain factors as a potential source of stress associated with work

Czynnik/Factor	1	2	3	4	5	\bar{x}	SD
Zła organizacja pracy/ Poor work organization	8%	10%	28%	19%	35%	3,63	1,276
Ciągła kontrola/Control	7%	14%	19%	19%	41%	3,73	1,317
Nadmiar obowiązków/ Excessive duties	0	9%	17%	26%	48%	4,13	1,0015
Bycie niedocenionym/ Underestimation	10%	30%	19%	16%	25%	3,16	1,361
Atmosfera w pracy/ Workplace atmosphere	14%	13%	35%	17%	21%	3,18	1,298
Pośpiech/Haste	1%	6%	19%	24%	50%	4,16	1,002
Agresja rodziców/ Parents' aggression	4%	10%	20%	19%	47%	3,95	1,2
Świadomość „niepewnego jutra”/ “Uncertain tomorrow”	10%	12%	20%	20%	38%	3,64	1,36

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Analiza wyników pozwoliła na stwierdzenie, że źródłem stresu o najmniejszym znaczeniu jest niedocnienie w pracy ($\bar{x} = 3,16$ SD $\pm 1,4$). Silniejszym stresorem jest atmosfera w pracy ($\bar{x} = 3,18$ SD $\pm 1,3$), a najsilniejszym – wspomniany nadmiar obowiązków ($\bar{x} = 4,13$ SD ± 1) oraz pośpiech ($\bar{x} = 4,16$ SD ± 1).

Respondenci wskazali, że zajmowane stanowisko oraz czynniki bezpośrednio z nim powiązane także mogą być istotnym źródłem stresu, szczególnie w kontekście odpowiedzialności powiązanej z wykonywaną pracą (stanowi ona istotny stresor dla 65% ankietowanych), agresji opiekuna dziecka chorego (istotny stresor dla 50% ankietowanych), wykonywania czynności zawodowych (40%). Należy w tym miejscu podkreślić również, że aż 10% badanych zadeklarowało, iż nie odczuwają oni stresu związanego z zajmowanym stanowiskiem.

Niekorzystne warunki pracy oraz stres odczuwany przez osoby biorące udział w badaniu kwestionariuszowym wywołują wiele negatywnych skutków. Wśród najważniejszych respondenci wymieniali: ryzyko popełnienia błędów i/lub pomyłek w czasie wykonywania obowiązków (takiej odpowiedzi udzieliło 69% ankietowanych), uczucie irytacji, złości, gniewu (53%), utratę

motywacji (47%). Prawie jedna trzecia badanych wskazała na problemy zdrowotne i wybuchy agresji, a kolejne 19% – nerwice i uczucie lęku jako najważniejsze skutki pracy w niekorzystnych warunkach.

Nieco ponad połowa ankietowanych (54%) zadeklarowała, że stres powiązany z wykonywaną przez nich pracą przyczynił się do zaostrzenia dolegliwości bólowych głowy, u 46% nasiliła się bezsenność, 16% zaobserwowało u siebie biegunki, 10% – alergie, 9% – zaparcia, a 8% – inne dolegliwości, takie jak: bóle brzucha, nadmierny apetyt, senność, bóle w klatce piersiowej, bóle żołądka, nerwobóle klatki piersiowej. Spośród badanych 18% stwierdziło, że stres nie wpłynął na zaostrzenie się żadnych dolegliwości. Dodatkowo 62% ankietowanych wskazało, że wykonywana praca powoduje u nich utratę motywacji – pojawiają się niechęć do jej wykonywania oraz problemy z koncentracją.

Niemal połowa badanych (45%) przyznała, że nie jest w stanie określić częstości styczności ze stresującymi sytuacjami w miejscu pracy. Kolejne 33% ankietowanych wskazało, że dzieje się tak kilka razy w tygodniu, a 17% ma styczność ze stresującymi sytuacjami nawet kilka razy dziennie.

Ponad połowa respondentów (57%) zadeklarowała, że radzi sobie ze stresem związanym z wykonywaną pracą, kolejne 39% ankietowanych przyznało, że nie zawsze są oni w stanie poradzić sobie ze stresem, a pozostałe 4% przyznało, że nie radzi sobie ze stresem związanym z wykonywaną pracą. Osoby, które zadeklarowały umiejętność radzenia sobie ze stresem, wskazywały, że w walce ze stresem starają się myśleć pozytywnie (54%), rozmawiać z bliskimi (50%), słuchać muzyki (30%) oraz uprawiać sport (1%). Należy jednak podkreślić w tym miejscu, że analiza odpowiedzi udzielonych przez respondentów wykazała, że do walki ze stresem wykorzystują oni poza konstruktywnymi metodami radzenia sobie ze stresem również te mniej konstruktywne – poprzez używanie niecenzuralnych słów (16%), objadanie się (9%) oraz stosowanie używek (8%).

Przeprowadzona z wykorzystaniem testu Fishera analiza występowania zależności pomiędzy wykształceniem respondentów a deklarowaną przez nich umiejętnością radzenia sobie ze stresem pozwoliła na stwierdzenie istnienia zależności pomiędzy zmiennymi ($p = 0,01$). Osoby z wyższym wykształceniem radzą sobie ze stresem zdecydowanie lepiej niż osoby z wykształceniem średnim. Poziom wykształcenia nie jest natomiast skorelowany z ocenianiem przez respondentów napotkanych sytuacji jako stresujące.

Ocenie poddano także istnienie zależności pomiędzy stażem pracy w oddziale pediatrycznym a umiejętnością radzenia sobie ze stresem przez respondentów. Jak wykazano ($p = 0,015$), wraz z wydłużaniem się

okresu zatrudnienia w oddziale pediatrycznym zmniejszeniu ulega odsetek respondentów deklarujących umiejętność radzenia sobie ze stresem związanym z wykonywaną pracą. Nie stwierdzono natomiast istotnej statystycznie zależności pomiędzy stażem pracy w oddziale pediatrycznym a ocenianiem przez respondentów napotkanych sytuacji jako stresujące.

Przeprowadzone analizy statystyczne nie pozwoliły także na potwierdzenie istnienia zależności pomiędzy wiekiem respondentów a umiejętnością radzenia sobie ze stresem, oraz wiekiem respondentów a ocenianiem przez nich napotkanych sytuacji jako stresujące.

Omówienie

Stres stanowi jedno z powszechnych zagrożeń we współczesnym środowisku pracy [18]. Tezę tę potwierdzają m.in. wyniki otrzymane przez Uchmanowicz i wsp. [5]. Dlatego też nie jest dużym zaskoczeniem, iż wszyscy pracownicy Górnośląskiego Centrum Zdrowia Dziecka w Katowicach biorący udział w badaniach kwestionariuszowych stwierdzili, że odczuwają stres związany z wykonywaną pracą zawodową. W badaniach Uchmanowicz i wsp. [5] aż 90% badanych pielęgniarek zadeklarowało odczuwanie stresu związanego z wykonywaną pracą. Stres ten skorelowany był głównie z brakiem zdolności do koncentracji uwagi, brakiem sił oraz energii do pracy, brakiem motywacji do dalszej pracy, zniechęceniem do jej dalszego wykonywania czy wreszcie odczuwanymi problemami ze snem.

W badaniach własnych odnotowano wśród respondentów dość dużą częstotliwość odczuwania stresu związanego z wykonywaną pracą. Również w badaniach Uchmanowicz i wsp. [5] zaobserwowano istotny statystycznie związek pomiędzy częstością odczuwania stresu związanego z wykonywaną pracą a brakiem wiary we własne możliwości, drażliwością, brakiem cierpliwości w odniesieniu do pacjentów, zniechęceniem do pracy czy brakiem poczucia umiejętności zawodowych. Analogiczne wyniki uzyskano w badaniach Pawełczak i Gaszyńskiego [12], którzy dodatkowo skorelowali występowanie stresu zawodowego ze złą organizacją pracy oraz ograniczoną liczbą personelu pielęgniarskiego. Do podobnych wniosków doszli Kowalczyk i wsp. [8]. W wyniku przeprowadzonych analiz ustalili bardzo wysoką częstość występowania stresu związanego z wykonywaną pracą wśród personelu pielęgniarskiego. Wskazali oni także, że pielęgniarki pediatryczne często odczuwają zmęczenie fizyczne oraz psychiczne. Natomiast w badaniach Andruszkiewicz i wsp. [19] najistotniejszym źródłem stresu w pracy personelu pielęgniarskiego są stosunki z pacjentami i ich rodzinami oraz odpowiedzialność za wykonywane świadczenia. Podobnych obserwacji dokonali Sochacka i wsp. [18],

wskazując, że niemal wszystkim pracownikom towarzyszy stres w codziennej pracy.

Wśród czynników związanych bezpośrednio z miejscem pracy na odczuwanie przez respondentów stresu wpływają przede wszystkim brak potrzebnych do pracy środków, urządzeń i materiałów (55% ankietowanych), hałas (31%) oraz nieodpowiednie oświetlenie (8%). W badaniach Książek i Książek [20] czynnikiem fizycznym wywołującym najsilniejszy stres wśród personelu pielęgniarskiego jest zagrożenie z powodu możliwości zakażeń HIV, WZW typu B i C, cytomegalii oraz chorobami zakaźnymi charakterystycznymi dla wieku dziecięcego.

Personel pielęgniarski biorący udział w przytaczanych badaniach [20] wskazuje również wiele fizycznych reakcji organizmu wynikających z obciążenia wykonywaną pracą oraz stresem z nią powiązanych (ból karku i ramion, kołatania serca, wzmożone pocenie, zmęczenie, wyczerpanie, poczucie rozdrażnienia, napięcia, nerwowości, zmiany w zachowaniu, impulsywność ruchową, konfliktowość), które w dużej mierze pokrywają się z reakcjami fizycznymi deklarowanymi przez respondentów w badaniu własnym.

Respondenci biorący udział w badaniu własnym wskazują, że także istotne znaczenie w ujawnianiu się stresu związanego z wykonywaną pracą mają takie czynniki, jak: pośpiech (50%), nadmiar obowiązków (48%), agresja rodziców (47%), ciągła kontrola (41%) oraz zła organizacja pracy (35%). Podobne wyniki uzyskały Książek i Książek [20], które podkreślają równocześnie znaczenie takich czynników, jak: niskie dochody, nadmierna biurokracja oraz niski prestiż społeczny zawodu. Natomiast w badaniach Perek i wsp. [17] największe znaczenie jako czynnik stresowy mają: strach przed popełnieniem nieodwracalnego błędu (71,3%), wykonywanie kilku czynności naraz (61,1%), obciążenie obowiązkami (79,6%) oraz braki kadrowe (55,6%).

Nie bez znaczenia w kontekście ujawniania się stresu związanego z wykonywaną pracą zawodową są także konflikty oraz sprzeczki w miejscu pracy oraz brak pomocy i zrozumienia ze strony współpracowników i przełożonych. Analogiczne wyniki uzyskały w swoich badaniach Ogińska i Żuralska [21], które wskazały, że obciążenie stresem może wynikać m.in. z niewłaściwej atmosfery w pracy, relacji z przełożonymi oraz współpracownikami.

Ponad połowa respondentów biorących udział w badaniach własnych zadeklarowała umiejętność radzenia sobie ze stresem, głównie poprzez pozytywne sposoby radzenia sobie ze stresem (pozytywne myślenie, rozmowy z bliskimi osobami, słuchanie muzyki, sport). Niestety, wśród sposobów radzenia sobie ze stresem deklarowanych przez respondentów znalazły

się także zachowania negatywne, takie jak: używanie niecenzuralnych słów, objadanie się czy stosowanie używek. Podobne sposoby radzenia sobie ze stresem zaobserwowali Sochacka i wsp. [18], wskazując, że w ramach walki ze stresem respondenci chętnie wykonują prace fizyczne w domu, słuchają muzyki oraz spotykają się z przyjaciółmi. Analogicznie jak w badaniu własnym w badaniach Sochackiej i wsp. deklarowano rozładowywanie emocji poprzez podjadanie między posiłkami oraz stosowanie używek.

W badanej populacji aż 62% respondentów deklarowało, że konsekwencją stresującej pracy jest utrata motywacji do jej dalszego wykonywania. Zbliżony był odsetek respondentów deklarujących pojawienie się trudności w koncentracji uwagi jako przejawu przewlekłego stresu związanego z wykonywaną pracą, a 36% ankietowanych wskazało dodatkowo na częstsze pojawianie się błędów i pomyłek wynikających z dużej ilości stresujących sytuacji. Ponad połowa ankietowanych (57%) zauważyła u siebie także wahania nastroju powiązane z trudną sytuacją zawodową, a kolejne 33% stwierdziło u siebie bardzo częste wahania nastroju. Dodatkowo 51% ankietowanych deklaruje, że dość często zdarza im się odczuwać irytację w trakcie nieporozumień, natomiast 44% badanych irytację w takich sytuacjach odczuwa tylko czasami.

Wykonane analizy statystyczne pozwoliły na stwierdzenie istnienia istotnej statystycznie zależności pomiędzy deklarowaną przez respondentów umiejętnością radzenia sobie ze stresem a stażem pracy w oddziale pediatrycznym. Również w badaniach Perek i wsp. [17] udowodniono istnienie istotnej statystycznie zależności pomiędzy stażem pracy a stylem emocjonalnym przejawiającym się w sposobie radzenia sobie ze stresem. W przypadku obu badań im dłuższym stażem pracy w oddziale pediatrycznym cechowali się respondenci, tym mniejszą mieli umiejętność radzenia sobie ze stresem.

Wnioski

Wyniki badań własnych potwierdziły założenie, zgodnie z którym personel pielęgniarski oddziałów pediatrycznych odczuwa silny stres związany z wykonywaną pracą. Wśród najbardziej stresujących czynników związanych z wykonywaną pracą respondenci wymieniali: brak środków niezbędnych do pracy, hałas, konflikty i sprzeczki w pracy, brak pomocy i zrozumienia ze strony współpracowników i przełożonych, pośpiech, nadmiar obowiązków, agresję ze strony rodziców, ciągłą kontrolę oraz złą organizację pracy.

Respondenci wskazali, że stres związany z wykonywaną pracą przyczynia się do zaostrzenia dolegliwości bólowych, szczególnie bólu głowy, oraz ujawniania się takich przejawów stresu, jak: biegunki, zaparcia, aler-

gie czy bezsenność. Respondenci wskazują również na niemożność skoncentrowania się na wykonywanych zadaniach oraz utratę motywacji do pracy i niechęć dalszego jej wykonywania jako przejawy przewlekłego stresu związanego z wykonywaną pracą.

Ponad połowa respondentów deklaruje umiejętność radzenia sobie ze stresem. Wśród najczęściej wykonywanych sposobów walki ze stresem ankietowani wskazywali: pozytywne myślenie, rozmowy z bliskimi, słuchanie muzyki oraz uprawianie sportu. Niestety wśród sposobów radzenia sobie ze stresem wskazywali oni również takie zachowania, jak: używanie niecenzuralnych słów, objadanie się czy sięganie po używki. Dodatkowo przeprowadzone analizy statystyczne pozwoliły na potwierdzenie istnienia znamiennej zależności pomiędzy poziomem wykształcenia oraz stażem pracy w oddziałach pediatrycznych a deklarowaną przez respondentów umiejętnością radzenia sobie ze stresem.

Piśmiennictwo

1. Nazar K, Kaciuba-Uściłko H, Wójcik-Ziółkowska E. Stres w pracy zawodowej a choroby układu krążenia i przemiany materii. Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. J. Nofera; 2001.
2. Kicia M, Iwanowicz-Palus GJ. Praca zawodowa pielęgniarki i położnej źródłem stresu. *Piel XXI w.* 2006; 14/15: 41–43.
3. Heszen-Niejodek I, Ratajczak Z. Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne. Katowice: Wyd. Uniwersytetu Śląskiego; 2002.
4. Nyklewicz W, Krajewska-Kułak E. Śmierć a emocje pielęgniarek – doniesienie wstępne. *Probl Piel.* 2008; 16(3): 248–254.
5. Uchmanowicz I, Jankowska-Polańska B, Bronowicka G. Zjawisko wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach onkologicznych – badanie wstępne. *Probl Piel.* 2013; 21(4): 476–783.
6. Zdziebło K, Kozłowska E. Mobbing w środowisku pracy pielęgniarek. *Probl Piel.* 2010; 18(2): 212–219.
7. Kowalewska B, Krajewska-Kułak E, Ortman E, Gołębiowska A. Rola czynników w rozwoju chorób. *Probl Piel.* 2011; 19(1): 134–141.
8. Kowalczyk K, Zdańska A, Krajewska-Kułak E, Łukaszuk C, Van Damme-Ostapowicz K, Klimaszewska K, Kondzior D, Kowalewska B, Rozwadowska E. Stres w pracy pielęgniarek jako czynnik ryzyka wypalenia zawodowego. *Probl Piel.* 2011; 19(3): 307–314.
9. Sygit E. Długoletni staż zawodowy pielęgniarek – droga ku wypaleniu zawodowemu? *Rocz Pomor Akad Med.* 2009; 55(2): 83–89.
10. Olejniczak D. Gdy praca psuje zdrowie. *Mag Piel Położ.* 2013; 1/2: 34–36.
11. Kliszcz J, Nowicka-Sauer K, Sadowska A, Trzeciak B. Kontrola emocji a poziom lęku i depresji u pielęgniarek. *Zdr Publ.* 2004; 114(3): 346–349.
12. Pawełczak E, Gaszyński T. Sytuacje stresogenne w zawodzie lekarza anestezjologa i pielęgniarki anestezjologicznej. *Anestezjol Rat.* 2013; 7(1): 19–26.
13. Jańczuk M. Stres – aspekty psychologiczne oraz mechanizmy radzenia sobie ze stresem. *Piel Położ.* 2006; 48(10): 7–9.
14. Kram M. Jak rozmawiać z chorym dzieckiem. *Mag Piel Położ.* 2011; 6: 15.
15. Jakubik M, Kierys A, Bednarek A. Udział pielęgniarki w adaptacji dziecka do warunków szpitalnych. *Probl Piel.* 2011; 19(4): 545–550.
16. Maciarz A. Dziecko przewlekle chore. Opieka i wsparcie. Warszawa: Wyd. Akademickie Żak; 2006.
17. Perek M, Kózka M, Twarduś K. Trudne sytuacje w pracy pielęgniarek pediatrycznych i sposoby radzenia sobie z nimi. *Probl Piel.* 2007; 15(4): 223–228.
18. Sochacka L, Wojtyłko A, Grad I, Kiliś-Pstrusińska K. Spostrzeganie stresu zawodowego przez pracowników ochrony zdrowia. *Fam Med Prim Care Rev.* 2012; 14(2): 219–221.
19. Andruszkiewicz A, Banaszkiewicz M, Felsmann M, Marzec A, Kiełbratowska B, Kocięcka A. Poczucie własnej skuteczności a wybrane zmienne z funkcjonowaniem zawodowym w grupie pielęgniarek. *Probl Piel.* 2011; 19(2): 143–147.
20. Książek I, Książek J. Badanie pielęgniarskie. Obciążenie psychiczne i stres. *Mag Piel Położ.* 2007; 3: 20–23.
21. Ogińska J, Żuralska R. Wypalenie zawodowe wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach neurologicznych. *Probl Piel.* 2010; 18(4): 435–442.

Artykuł przyjęty do redakcji: 27.06.2016

Artykuł przyjęty do publikacji: 01.08.2016

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Marta Stępień

ul. Kościelna 6

41-303 Dąbrowa Górnicza

tel. kom.: 608 488 185

e-mail: sandrakrysa@vp.pl

Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa

Wyższa Szkoła Planowania Strategicznego w Dąbrowie Górniczej

ANALIZA PRZYDATNOŚCI SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA OPIEKI PALIATYWNEJ ORAZ WYKORZYSTANIA KWALIFIKACJI SPECJALISTÓW W CELU ZAPEWNIENIA WYSOKIEJ JAKOŚCI OPIEKI PALIATYWNO-HOSPICYJNEJ

ANALYSIS OF THE USEFULNESS OF SPECIALISATION TRAINING IN PALLIATIVE CARE NURSING, AND THE USE OF SPECIALIST QUALIFICATIONS IN ORDER TO ENSURE THE HIGH QUALITY OF PALLIATIVE-HOSPICE CARE

Ewa Kądalska¹, Halina Zmuda-Trzebiatowska²

¹ Klinika i Poliklinika Geriatrii

Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie

² Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego

Warszawski Uniwersytet Medyczny

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2017.9>

STRESZCZENIE

Wstęp. Działania mające na celu poprawę dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych w obszarze opieki paliatywno-hospicyjnej wymagają wykorzystania specjalistycznych kwalifikacji kadry pielęgniarskiej.

Cel. Analiza przydatności szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej oraz możliwości praktycznego wykorzystania nabytych specjalistycznych kwalifikacji – opinie specjalistów w tej dziedzinie.

Materiał i metody. W badaniu ankietowym udział wzięło 184 specjalistów w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, pochodzących z sześciu województw. Do analizy statystycznej wyników badań wykorzystano program SPSS Statistics 22.0.

Wyniki. Większość badanych podkreśliła przydatność szkolenia specjalizacyjnego (93%), zwłaszcza w zakresie zdobycia doświadczenia zawodowego (57,1%), uprawnień do samodzielnego wykonywania określonych świadczeń zdrowotnych (55,9%). Ukończona specjalizacja wpływa na lepszą jakość pracy (73,9%), większą fachowość i biegłość w wykonywaniu czynności zawodowych oraz wysoką sprawność działania pielęgniarek (64,1%). Zapewnia też satysfakcję i prestiż (55%). Korzyści te częściej dostrzegali specjalistki pracujące w hospicjum domowym ($p = 0,03$). Niektórzy badani podali, że wykonują specjalistyczne świadczenia wymagające dodatkowych uprawnień, związane głównie z udziałem w obserwacji i terapii bólu przewlekłego oraz oceną jakości życia chorego.

Wnioski. Według specjalistów w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej podniesienie kwalifikacji skutkuje satysfakcją osobistą i uznaniem społecznym. Niektórzy respondenci podkreślali poprawę efektywności opieki nad chorymi. Największą samodzielnością zawodową cechują się pielęgniarki w hospicjum domowym i stacjonarnym, ale wysokie kwalifikacje tej kadry nie są w pełni wykorzystywane.

SŁOWA KLUCZOWE: specjaliści, pielęgniarstwo opieki paliatywnej.

ABSTRACT

Introduction. Activities aimed at better availability and quality of health services concerning palliative and hospice care require the use of specialist qualifications of the nursing personnel.

Aim. Analysis of the significance of a specialised palliative nursing care training programme and the possibilities of application of acquired qualifications in nursing practice, as seen by respective professionals.

Material and methods. The survey covered 184 palliative care professionals from 6 voivodeships. Statistical analysis of the research results was performed with SPSS Statistics 22.0. software.

Results. A majority of the surveyed stressed the usefulness of the specialised palliative nursing care training programme (93%), also in relation to gaining professional experience (57.1%) and obtaining qualifications needed to provide certain healthcare services independently (55.9%). The training programme enhanced the quality of work (73.9%), raised expertise and competence within professional duties, and improved the efficiency of care provided by nurses (64.1%), while being gratifying and prestigious (55%). The benefits were principally realised by health care professionals working in home hospices ($p = 0.03$). Some of the surveyed claimed they provided specialised healthcare services requiring additional qualifications, mainly due to chronic pain management and monitoring and to assessing the quality of patients' life.

Conclusions. According to palliative nursing care specialists, improving qualifications primarily results in gaining self-satisfaction and social recognition. Only few of the surveyed mentioned the improved efficiency in the patient care. The nurses working in home and inpatient hospices are the most independent and self-reliant, although high qualifications of staff are not fully utilised.

KEYWORDS: specialists, palliative care nursing.

Wprowadzenie

Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej obejmują wszechstronną, całościową opiekę i leczenie objawowe świadczeniobiorców chorujących na choroby nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące i ograniczające życie. Opieka ta jest zatem ukierunkowana na poprawę jakości życia chorych, poprzez zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym, a także łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej hospicyjnej (Dz.U. z 2013 r. poz. 1347) określa rodzaj i miejsca świadczenia tych usług. Świadczenia gwarantowane przysługujące chorym na choroby nowotworowe i nienowotworowe mogą być realizowane w warunkach: ambulatoryjnych – w poradni medycyny paliatywnej, domowych – w hospicjum domowym dla dorosłych lub dla dzieci, oraz w warunkach stacjonarnych – w hospicjum stacjonarnym lub w oddziale medycyny paliatywnej. W rozporządzeniu tym określono warunki realizacji świadczeń, przy czym wobec pielęgniarki sprecyzowano, że jest to przede wszystkim ukończenie specjalizacji lub kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, chociaż dopuszcza się również inne kwalifikacje dyplomowe [1].

Specjalizacja jest formą doskonalenia zawodowego pielęgniarek, której celem – zgodnie z *Ustawą z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej* (Dz.U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.) – jest uzyskanie przez pielęgniarkę lub położną specjalistycznej wiedzy i umiejętności w określonej dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, a potwierdzeniem tych kompetencji jest uzyskanie tytułu specjalisty w danej dziedzinie pielęgniarstwa [2]. Według danych Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych na dzień 31 maja 2015 r. w kraju zarejestrowano 729 specjalistów w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej.

W świetle *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego* (Dz.U. Nr 210, poz. 1540) pielęgniarka legitymująca się tytułem specjalisty ma możliwości skorzystania z uprawnień wykonywania niektórych świadczeń (w razie nieobecności lekarza), a następnie niezwłocznego poinformowania

lekarza prowadzącego o udzielonym świadczeniu. Do świadczeń szczególnie powierzonych specjaliste pielęgniarstwa opieki paliatywnej należą te związane głównie z udziałem w obserwacji i terapii bólu przewlekłego, oceną jakości życia chorego, prowadzeniem psychoterapii podstawowej i niektórych form rehabilitacji [3].

W pracy podjęto analizę, dokonaną przez specjalistów pielęgniarstwa opieki paliatywnej, oceny przydatności szkolenia specjalizacyjnego do samodzielnej realizacji świadczeń, a także korzystania z niektórych uprawnień specjalistów do realizacji świadczeń wykonywanych samodzielnie.

Materiał i metody

W badaniu ankietowym wzięło udział 184 specjalistów w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, pracujących w hospicjach domowych, stacjonarnych oraz poradniach i szpitalnych oddziałach paliatywnych. Byli to specjaliści z sześciu województw: pomorskiego, mazowieckiego, lubelskiego, podkarpackiego, śląskiego i dolnośląskiego. Badania przeprowadzono w okresie od grudnia 2014 r. do kwietnia 2015 r. W celu zebrania danych posłużono się autorskim kwestionariuszem ankiety, którego weryfikację przeprowadzono w 20-osobowej grupie pilotażowej pielęgniarek specjalistek. Do analizy statystycznej wyników badań wykorzystano program SPSS Statistics 22.0. W celu porównania rozkładów zmiennych nominalnych pochodzących z dwu lub więcej grup zastosowano test chi-kwadrat Pearsona. Siłę związku dwóch zmiennych przedziałowych oceniano przy zastosowaniu współczynnika korelacji Pearsona.

Wyniki

Wśród specjalistów w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej objętych badaniem zdecydowanie przeważały kobiety (K: N = 181; 98,4%, M: N = 3; 1,6%).

Badani byli zróżnicowani pod względem wieku, przy czym najliczniejszą grupę stanowiły osoby w przedziale wiekowym 40–50 lat (N = 93; 50,5%) oraz w wieku 30–40 lat (N = 48; 26,1%), a nieco mniej liczną – powyżej 50 lat (N = 35, 19%) i pomiędzy 25. a 30. rokiem życia (N = 6; 3,4%). Najwięcej respondentów legitymowało się wykształceniem średnim (N = 73; 39,7%), następnie wyższym zawodowym (N = 62; 33,7%) oraz wyższym magisterskim (47; 25,5%).

Badana grupa specjalistów w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej wskazywała różne miejsca pracy (**Tabela 1**).

Tabela 1. Respondenci według miejsca pracy

Table 1. The surveyed according to the workplace and professional experience

Miejsce pracy/Workplace	N	Procent/ Percentage
Poradnia medycyny paliatywnej/Palliative clinic	3	1,6
Hospicjum domowe/Home hospice	54	29,3
Hospicjum stacjonarne/Inpatient hospice	25	13,6
Hospicjum dla dzieci/Children's hospice	13	7,1
Oddział medycyny paliatywnej/Palliative hospital ward	18	9,8
Inne miejsca (np. szpitalne oddziały onkologiczne, zakłady opieki długoterminowej, zakłady podstawowej opieki zdrowotnej)/Other (e.g. oncology wards, long-term health centres, health service establishments)	53	28,8
Brak odpowiedzi/No response	18	9,8
Razem/Total	184	100

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Najwięcej osób podawało jako miejsce pracy hospicjum domowe (N = 54; 29,3%). Inne miejsca pracy często wymieniane przez badanych (N = 53; 28,8%) to: oddziały onkologiczne w szpitalach, stacjonarne zakłady opieki długoterminowej, zakłady podstawowej opieki zdrowotnej (pielęgniarki środowiskowe-rodzinne). W hospicjach stacjonarnych pracowało 13,6% respondentów (N = 25), a w poradniach medycyny paliatywnej – 1,6% (N = 3). Średni staż pracy zawodowej wynosił w badanej grupie 22 lata, a staż w opiece paliatywno-hospicyjnej – 6,5 roku.

Wskazując na własne oczekiwania w związku z przystąpieniem do specjalizacji, badani kierowali się przeważnie względami praktycznymi. W tabeli 2 zestawiono odpowiedzi udzielone na to pytanie.

Tabela 2. Własne oczekiwania w związku z przystąpieniem do specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej

Table 2. Expectations about the specialised palliative nursing care training programme

Odpowiedzi*/ Responses*	Średnia ranga/ Average rank	Łącznie/ Procent/ Total/ Percent	Ranga 1/N/ Procent/ Rank 1/N/ Percentage	Ranga 2/N/ Procent/ Rank 2/N/ Percentage	Ranga 3/N/ Procent/ Rank 3/N/ Percentage
Zdobycie doświadczenia zawodowego/ Gaining professional qualifications	1,5	105/57,1	67/36,4	19/10,3	19/10,3
Uzyskanie uprawnień do samodzielnego wykonywania określonych świadczeń zdrowotnych/ Obtaining qualifications needed to provide certain healthcare services independently	1,6	103/55,9	54/29,4	33/17,9	16/8,7

Nabranie pewności siebie w praktyce pielęgniarstwa/Gaining confidence to perform nursing care

2	89/48,4	29/15,8	28/15,2	32/17,4
---	---------	---------	---------	---------

Wykształcenie umiejętności psychologicznych w kontakcie z pacjentem umierającym/Developing psychological skills to handle dying patients

1,9	69/37,5	21/11,4	31/16,8	17/9,2
-----	---------	---------	---------	--------

Nauczenie się zasad pielęgnacji pacjenta umierającego/Learning how to provide care to dying patients

2,3	46/25	6/3,3	22/11,9	18/9,8
-----	-------	-------	---------	--------

*Odpowiedzi należało uszeregować w kolejności od 1 do 3, przypisując poszczególnym stwierdzeniom odpowiednie rangi, przy czym cyfra 1 oznaczała najważniejszą odpowiedź

*The responses had to be ranked from 1 to 3 with 1 as the highest rank

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Ankietowani, rozpoczynając szkolenie specjalizacyjne, najbardziej oczekiwali zdobycia doświadczenia zawodowego (ranga 1 N = 67; 36,4%; najwyższa średnia ranga – 1,5), uzyskania uprawnień do samodzielnego wykonywania określonych świadczeń zdrowotnych (ranga 1 N = 54; 29,4%), a także nabrania pewności siebie w praktyce pielęgniarstwa (ranga 1 N = 29; 15,8%). W dalszej kolejności podawano chęć wykształcenia umiejętności psychologicznych w kontakcie z pacjentem umierającym (ranga 2 N = 31; 16,8%). Zdaniem 172 respondentów (93,5%) odbyta specjalizacja była potrzebna. Tylko 7 osób (3,8%) uznało, że nie była ona konieczna, ale dobrze, że się odbyła. Według 73,4% badanych (N = 135) kurs specjalizacyjny spełnił ich oczekiwania, czego nie mogło potwierdzić 17,9% badanych (N = 33). Jednocześnie według większości liczba godzin zajęć realizowanych podczas szkolenia specjalizacyjnego była wystarczająca (N = 147; 79,9%).

Odpowiadając na pytanie otwarte, ankietowani podali treści kształcenia, o które w przyszłości warto poszerzyć szkolenie specjalizacyjne, zarówno w aspekcie teoretycznym, jak i praktycznym; wskazali przede wszystkim na zagadnienia dotyczące: psychoonkologii oraz prowadzenia rozmowy z rodziną i umierającym (N = 32; 17,3%), onkologii dziecięcej (N = 26; 14,1%) i opieki paliatywno-hospicyjnej nad dziećmi (N = 14; 7,6%).

Kolejne pytania dotyczyły dostrzeganych przez respondentów korzyści z ukończenia specjalizacji i ich wpływu na wykonywanie pracy oraz czynności zawodowych.

Zdaniem większości badanych ukończenie specjalizacji przynosi prestiż (N = 102; 55,4%) oraz szacunek

współpracowników (N = 32; 17,4%). Według 31 ankietowanych (16,8%) ukończenie szkolenia specjalizacyjnego niczego nie zmieniło. Dla 17 respondentów był to wymóg formalny związany z utrzymaniem miejsca pracy (9,2%), a dla 15 – możliwość podwyżki (8,1%). Na prestiż jako korzyść związaną z ukończeniem specjalizacji wskazywały głównie osoby w wieku poniżej 40 lat (N = 32; 59,3%) oraz powyżej 50 lat (N = 21; 56,8%), legitymujące się wykształceniem wyższym zawodowym (N = 34; 54,8%), a także magisterskim (N = 30; 61,2%), ze stażem pracy w zawodzie wynoszącym 20 lat i mniej (N = 56; 58,3%). Według ogółu uczestników badania ukończenie specjalizacji bezpośrednio wpływa na realizowane czynności zawodowe i aktywność zawodową, głównie poprzez lepszą jakość własnej pracy (N = 136; 73,9%), większą fachowość, biegłość w wykonywaniu czynności, wysoką sprawność (N = 118; 64,1%) i szybkość podejmowania decyzji (N = 79; 42,9%). Ponadto specjaliści angażują się w szkolenie/nauczanie innych pielęgniarek, a także opiekunów i wolontariuszy (**Tabela 3**).

Tabela 3. Wpływ ukończenia specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej na bezpośrednie działania i aktywność zawodową specjalistów
Table 3. The effects of completing the palliative nursing care specialisation on direct actions and professional life of the professionals

Odpowiedzi*/Responses*	N	Procent/Percentage
Fachowość, biegłość w wykonywaniu czynności, wysoka sprawność/ <i>Expertise and competence within professional duties, high efficiency</i>	118	64,1
Lepsza jakość własnej pracy/ <i>Enhanced quality of own work</i>	136	73,9
Szybkość podejmowania decyzji/ <i>Fast decision making</i>	79	42,9
Szkolenie/nauczanie innych (pielęgniarek, opiekunów, wolontariuszy)/ <i>Training/educating others (nurses, carers, volunteers)</i>	30	16,3
Przewodzenie w zespole pielęgniarskich, koordynacja pracy/ <i>Leading nursing teams, managing works</i>	22	11,9
Opracowywanie standardów i procedur postępowania pielęgniarskiego/ <i>Defining standards and establishing procedures for nurses</i>	18	9,8

*Odpowiedzi nie sumują się do 184 ze względu na możliwość udzielenia więcej niż jednej odpowiedzi na to pytanie

*The total is more than 184 responses due to the multiple aspect of the question

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Wyboru „fachowość, biegłość w wykonywaniu czynności, wysoka sprawność” częściej niż inni uczestnicy badania dokonywały osoby w wieku 40–50 lat (N = 66; 71%) i powyżej 50 lat (N = 23; 62,2%), z wykształceniem wyższym zawodowym (N = 43; 69,4%), pielęgniarki specjalistki pracujące w hospicjum domowym (N = 41; 75,9%, różnica istotna statystycznie $p = 0,03$), a także osoby ze stażem pracy powyżej 21 lat (N = 60; 69%). Lepszą jakość pracy własnej częściej wskazywa-

ły osoby w wieku poniżej 40 lat (N = 42; 77,8%) oraz w przedziale wiekowym 40–50 lat (N = 70; 75,3%), z wykształceniem wyższym zawodowym (N = 51; 82,3%), ze stażem pracy wynoszącym 20 lat lub mniej (N = 72; 75%) oraz ze stażem w opiece paliatywnej 7 lat i więcej (N = 58; 78,4%).

W *Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego* zamieszczono wykaz świadczeń przypisanych specjalistom w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej. W badaniu zapytano, czy respondenci korzystają z tego typu uprawnień. Odpowiedzi zebrano w **tabelach 4 i 5**, wyodrębniając świadczenia o charakterze ogólnym i te bardziej specyficzne dla dziedziny opieki paliatywnej, a następnie utworzono zestawienia według liczebności poszczególnych podgrup, pod względem wykształcenia oraz miejsca i stażu pracy.

Tabela 4. Wykorzystanie uprawnień do samodzielnego udzielania niektórych świadczeń przez specjalistów w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej – świadczenia ogólne

Table 4. Using qualifications to provide certain healthcare services independently by palliative nursing care professionals – general care

Lp./Item no.	Nazwa świadczenia/ Name of service	Odpowiedzi/Responses			
		Korzystam z tych uprawnień/ I use these qualifications	Będę korzystać z tych uprawnień/ I will use these qualifications	Nie korzystam z tych uprawnień/ I do not use these qualifications	Brak odpowiedzi/ No response
1.	Wykonywanie badania fizykalnego/ <i>Performing physical examination</i>	26 14,1%	3 1,6%	6 3,3%	149 80,9%
2.	Kierowanie na badania diagnostyczne lub pobieranie materiałów do badań/ <i>Referring for diagnostic tests or taking samples to examine</i>	12 6,5%	8 4,4%	13 7,1%	151 82,1%
3.	Ocena stanu świadomości chorego z wykorzystaniem metod i klasyfikacji/ <i>Assessing patients' state of consciousness with the use of specified methods and classification</i>	26 14,1%	2 1,09%	4 2,2%	149 80,9%
4.	Tlenoterapia/ <i>Oxygen therapy</i>	94 51,1%	29 15,8%	10 5,4%	51 27,7%
5.	Dobór sposobów opatrywania ran i odleżyn (wymóg ukończenia kursu specjalistycznego)/ <i>Selecting methods of dressing wounds and treating bedsores (specialised training required)</i>	126 68,5%	12 6,5%	8 4,3%	39 21,2%

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Wśród świadczeń ogólnych wymagających ukończenia specjalizacji najczęściej realizowanym była tlenoterapia (N = 94; 68,5%). Z uprawnienia tego korzystali przeważnie osoby z wykształceniem wyższym magisterskim (N = 32; 65,3%; p = 0,029) oraz pracujące w hospicjum domowym (N = 33; 61,1%; p = 0,052). Znacznie rzadziej dokonywano oceny stanu świadomości chorego z wykorzystaniem metod i klasyfikacji (N = 26; 14,1%) oraz wykonywano badanie fizykalne (N = 26; 14,1%).

Oprócz wymienionych świadczeń zdrowotnych, przy których określono wymóg posiadania specjalizacji, w kwestionariuszu zamieszczono dodatkowe pytania dotyczące samodzielnego wykonywania czynności wymagających ukończenia kursu specjalistycznego – dobór sposobów opatrywania ran i odleżyn. Z przeprowadzonych badań wynika, że z tego uprawnienia korzystało najwięcej osób – 126 (68,5%). Były to przeważnie specjalistki z wykształceniem wyższym magisterskim (N = 39; 79,6%; p = 0,003) i wyższym zawodowym (48; 77,4%; p = 0,004), pracujące w hospicjum domowym (N = 45; 83,3%; p = 0,014) oraz w hospicjum stacjonarnym (N = 24; 96%; p = 0,017). W tabeli 5 zestawiono odpowiedzi dotyczące realizacji świadczeń specjalistycznych w zakresie pielęgniarstwa opieki paliatywnej.

Tabela 5. Wykorzystanie uprawnień do samodzielnego udzielania niektórych świadczeń przez specjalistów w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej – świadczenia specjalistyczne
Table 5. Using qualifications to provide certain healthcare services independently by palliative nursing care professionals – care

Lp./ Item no.	Nazwa świadczenia/ Name of service	Odpowiedzi/Responses			
		Korzystam z tych uprawnień/ I use qualifications	Będę korzystać z tych uprawnień/ I will use qualifications	Nie korzystam z tych uprawnień/ I do not use qualifications	Brak odpowiedzi/ No response
1.	Ocena i monitorowanie bólu oraz innych objawów u przewlekle chorego oraz ocena wydolności fizycznej chorego/ Assessing and monitoring pain and other symptoms in chronically ill patients, assessing patients' physical capacity	95 51,6%	27 19,7%	12 6,5%	40 21,7%
2.	Ocena jakości życia chorego/ Assessing the quality of patients' life	92 50%	26 14,1%	16 8,7%	50 27,2%
3.	Doraźna modyfikacja dawki leczniczej leku przeciwbólowego i leków stosowanych w celu łagodzenia innych dokuczliwych objawów (duszność, nudności, wymioty, lęk, delirium)/ Temporary dose adjustments of painkillers and other medicine which mitigates distressing symptoms (dyspnea, nausea, vomiting, anxiety, delirium)	89 48,4%	28 15,2%	18 9,8%	50 27,2%

4.	Podawanie, na zlecenie lekarskie, dożylnie, zewnątrzoponowe i podskórne leków łagodzących dokuczliwe objawy u chorych/ Intravenous, epidural or subcutaneous administration of medicine which mitigates distressing symptoms, as recommended by a physician	103 55,9%	17 9,2%	16 8,7%	50 27,2%
5.	Prowadzenie psychoterapii podstawowej oraz wykorzystanie elementów psychoterapii kwalifikowanej/ Conducting basic psychotherapy with elements of specialised psychotherapy	51 27,7%	35 19%	31 16,9%	68 36,9%
6.	Prowadzenie terapii kreatywnej i rehabilitacji chorych/ Conductive creative therapy and rehabilitation of patients	52 28,3%	31 16,9%	35 19%	65 35,3%

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Analiza wyników badania wykazała, że ze specjalistycznych świadczeń samodzielnych korzystali przeważnie pielęgniarki ze stażem pracy w opiece paliatywno-hospicyjnej powyżej 7 lat. Realizowane czynności dotyczyły głównie oceny i monitorowania bólu, innych objawów u przewlekle chorego oraz oceny wydolności fizycznej chorego (N = 49; 66,2%; p = 0,001), doraźnej modyfikacji dawki leczniczej leku przeciwbólowego i leków stosowanych w celu łagodzenia innych dokuczliwych objawów (N = 49; 66,2%; p = 0,013), a także podawania na zlecenie lekarskie, dożylnego, zewnątrzoponowego i podskórnego leków łagodzących dokuczliwe objawy u chorych (N = 53; 71,6%; p = 0,001).

Osoby z wykształceniem wyższym magisterskim wskazywały przeważnie na dokonywaną ocenę jakości życia chorego (N = 35; 71,4%; p < 0,005), doraźną modyfikację dawki leczniczej leku przeciwbólowego i leków stosowanych w celu łagodzenia innych dokuczliwych objawów (N = 33; 67,3%; p = 0,005), prowadzenie psychoterapii podstawowej oraz wykorzystanie elementów psychoterapii kwalifikowanej (N = 21; 42,9%; p = 0,008), a także prowadzenie terapii kreatywnej i rehabilitacji chorych (N = 22; 44,9%; p = 0,007).

Pielęgniarki specjalistki pracujące w hospicjum domowym najczęściej samodzielnie prowadziły ocenę i monitorowanie bólu, innych objawów u przewlekle chorego oraz ocenę wydolności fizycznej chorego (N = 36; 66,7%; p = 0,03), ocenę jakości życia chorego (N = 41; 75,9%; p < 0,005), a także doraźnie modyfikowały dawkę leczniczą leku przeciwbólowego i leków stosowanych w celu łagodzenia innych dokuczliwych objawów (N = 35; 64,8%; p = 0,003). Grupę tę wyróżniało też częstsze korzystanie z uprawnienia do podawania dożylnego, zewnątrzoponowego i podskórnego

leków przeciwbólowych i innych leków łagodzących dokuczliwe objawy u chorych (N = 36; 66,7%; p = 0,05), a także prowadzenie psychoterapii podstawowej oraz wykorzystanie elementów psychoterapii kwalifikowanej (N = 28; 51,9%; p < 0,005). Wśród osób, których miejscem pracy było hospicjum stacjonarne, przeważnie dokonywano oceny i monitorowania bólu, innych objawów u przewlekle chorego oraz oceny wydolności fizycznej chorego (N = 20; 80%; p = 0,02), a także doraźnie modyfikowano dawkę leczniczą leku przeciwbólowego i leków stosowanych w celu łagodzenia innych dokuczliwych objawów (N = 20; 80%; p = 0,008) oraz prowadzono ocenę jakości życia chorych (N = 41; 75,9%; p < 0,005).

Respondenci sygnalizowali jednocześnie, że nie korzystają z niektórych uprawnień ze względu na brak wystarczającej wiedzy lub pewności siebie, realizację tych świadczeń przez innych specjalistów, np. lekarzy, psychologów, albo też opór lub brak zainteresowania pracodawcy w zakresie formalnego rozszerzenia uprawnień pielęgniarek.

Wśród pytań podsumowujących znalazło się pytanie otwarte o to, co w praktyce daje specjalistce w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej ukończenie szkolenia specjalizacyjnego. Większość odpowiadających wskazała tu na podniesienie kwalifikacji (N = 56; 30,4%), poszerzenie dotychczasowej wiedzy i umiejętności (N = 31; 16,9%), satysfakcję osobistą (N = 27; 15,3%) i samodzielność zawodową (N = 22; 12,4%). Tylko 4 osoby (2,3%) podały, że uzyskały awans. Niektórzy podkreślali również nowe możliwości zawodowe pielęgniarek (N = 22; 11,9%), lepszą jakość opieki paliatywno-hospicyjnej (N = 19; 10,3%) oraz większą dostępność opieki paliatywno-hospicyjnej (N = 10; 5,4%). Nieliczni specjaliści zwracali uwagę na możliwość lepszego kontraktowania świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia (N = 2; 1,09%) oraz otwierania nowych oddziałów opieki paliatywnej ze względu na dostępność specjalistycznej kadry (N = 1; 0,54%).

Interesujący jest również fakt, że pomimo uzyskania wyższych kwalifikacji zawodowych i tytułu specjalisty niektórzy badani wyrazili pewne obawy w związku z wykonywaniem swojej pracy – obawę przed sprawieniem bólu choremu podczas wykonywania czynności pielęgniarstkich (N = 70; 38%), przed wypaleniem zawodowym związanym z brakiem widocznych efektów podjętych działań i wyczerpaniem emocjonalnym (N = 64; 34,8%) obawę przed niewłaściwą, raniącą wypowiedzią do chorego lub rodziny (N = 61; 33,2%), przed oglądaniem ludzkiego cierpienia (N = 37; 20,1%) oraz w związku z niemożnością porozumienia się z chorym (N = 34; 18,5%). Zaniepokojenie związane z wypaleniem zawodowym, brakiem widocznych efek-

tów podjętych działań i wyczerpaniem emocjonalnym silniej niż pozostali uczestnicy badań wyraziły pielęgniarki z dłuższym stażem pracy w opiece paliatywno-hospicyjnej powyżej 20 lat, w wieku 40–50 lat i więcej, z wykształceniem średnim, pracujące w hospicjum domowym lub w oddziale opieki paliatywnej. Pozostałe obawy częściej były sygnalizowane przez specjalistki z wykształceniem wyższym zawodowym, w wieku poniżej 40. roku życia, pracujące w hospicjum stacjonarnym.

Dyskusja

W obszarze opieki paliatywno-hospicyjnej dążenie pielęgniarek do podnoszenia kwalifikacji podyktowane jest specyfiką zapotrzebowania odbiorców świadczeń na całościową i zintegrowaną opiekę pielęgniarską, zorientowaną na rozwiązywanie złożonych problemów osób nieuleczalnie chorych oraz ich rodzin. Działanie takie w ujęciu systemowym stanowi wyjście naprzeciw rosnącym oczekiwaniom pacjentów wobec fachowości profesjonalistów medycznych oraz poziomu usług. Zaangażowanie pracowników w sprawy związane z zapewnieniem i podnoszeniem jakości własnych świadczeń sprzyja wzrostowi zadowolenia z pracy, ale także dążeniom i aspiracjom, którymi stają się na przykład wzrost wynagrodzenia czy awans [4]. Na ogólną satysfakcję z pracy składa się wartość pracy w perspektywie odczuć pracownika, takich jak: odpowiedzialność, satysfakcja z efektów pracy i osiągnięć [5].

Uczestnicy badań wyraźnie wskazali, że specjalizacja była dla nich istotna w aspekcie doskonalenia wiedzy i umiejętności, zdobywania nowych doświadczeń, kompetencji i uprawnień, również osiągania większej samodzielności i w związku z tym stanowiła asumpt do wyróżnienia oraz poszanowania. Można przyjąć, że poczucie wspomnianych osiągnięć ma szerszy wymiar i trwalsze efekty niż formalna nagroda [5, 6].

Specjalistyczne kompetencje powinny znaleźć swój wyraz w gwarancjach uprawnień zawodowych, w tym związanych z możliwością podejmowania samodzielnych decyzji i działań w profesjonalnym pielęgowaniu [7]. Tu interesująco przedstawia się kwestia korzystania z prawnie uregulowanych uprawnień. Z badań wynika, że najwięcej specjalistek korzysta z uprawnienia do doboru sposobów opatrywania ran i odleżyn (którego świadczenie wymaga kursu specjalistycznego, a nie specjalizacji). Z grupy pozostałych świadczeń przypisanych specjalistce w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej do tych najczęściej wykonywanych należą: ocena i monitorowanie bólu, innych objawów u przewlekle chorego oraz ocena wydolności fizycznej chorego, a także modyfikacja dawki leczniczej leku przeciwbólowego i leków stosowanych w celu łagodzenia innych dokuczliwych objawów.

Warto zauważyć, że samodzielność specjalistek objętych badaniem własnym jest w praktyce stosunkowo niewielka i ograniczona do sytuacji koniecznych, zwłaszcza w opiece domowej. Świadczenia samodzielne realizowane są przeważnie przez osoby lepiej wykształcone i z dłuższym stażem pracy. Ci specjaliści w większości nie wykonują jednak badania fizykalnego i nie kierują na badania diagnostyczne, tłumacząc to m.in. brakiem wystarczającej wiedzy lub pewności siebie, realizacją tych świadczeń przez lekarzy albo brakiem zainteresowania pracodawcy co do sformalizowania takich działań w miejscu pracy.

Pewna część badanych wskazała na potrzebę pogłębienia treści kształcenia ujętych w programie specjalizacji o zagadnienia dotyczące psychoonkologii, prowadzenia rozmowy z umierającym i jego rodziną. Potrzeby te korespondują z obawami wyrażanymi w badanej grupie przed niewłaściwą, raniącą wypowiedzią do chorego lub rodziny, oglądaniem ludzkiego cierpienia, niemożnością porozumienia się z chorym oraz przed wypaleniem zawodowym związanym z brakiem widocznych efektów podjętych działań i wyczerpaniem emocjonalnym.

W świetle badania prowadzonego przez Renn-Żurek i wsp. w Łodzi praca z umierającym pacjentem stwarza pielęgniarkom wiele problemów psychologicznych, niezależnie od ich wieku i formy sprawowanej opieki paliatywnej. Trudne emocje wynikają m.in. ze współdoświadczenia cierpienia chorych i obcowania ze śmiercią, a także niewspółmiernych do realiów oczekiwań rodzin [8]. W badaniu Dobrowolskiej i wsp., dotyczącym zapotrzebowania na kształcenie podyplomowe z zakresu opieki nad pacjentem umierającym, w którym uczestniczyli pracownicy medyczni z lubelskiego szpitala, również podkreślano potrzebę doskonalenia umiejętności w zakresie współpracy z rodziną, komunikacji z umierającym oraz radzenia sobie w z własnymi emocjami w obliczu śmierci pacjenta [9]. W badaniu własnym sytuacja ta była dla ankietowanych szczególnie trudna, gdy dotyczyła opieki paliatywno-hospicyjnej nad nieuleczalnie chorymi dziećmi. Warto podkreślić, że nowy program szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej z 2015 r. poszerza specjalizację o powyższe zagadnienia, zarówno w części teoretycznej, jak i praktycznej. Należy zatem wyrazić nadzieję, że będzie on realizowany w formie umożliwiającej pogłębienie umiejętności radzenia sobie w powyższych sytuacjach.

Wnioski

- Większość badanych specjalistów w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej podkre-

śla przydatność szkolenia specjalizacyjnego, szczególnie w aspekcie poprawy jakości własnej pracy z chorym, fachowości, biegłości i wysokiej sprawności w działaniu.

- Tylko niektórzy specjaliści korzystają z uprawnień do samodzielnego wykonywania świadczeń. Są to głównie świadczenia związane z udziałem w obserwacji i terapii bólu przewlekłego oraz oceną jakości życia chorego. Specjaliści przeważnie nie kierują na badania diagnostyczne. Największą samodzielnością zawodową cechują się pielęgniarki w hospicjum domowym i stacjonarnym.
- Dla większości badanych podniesienie kwalifikacji skutkuje satysfakcją osobistą i uznaniem społecznym. Ukończenie specjalizacji to przede wszystkim osiągnięcie prestiżu, rzadko awansu lub podwyżki wynagrodzenia.
- Ukończona specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej stwarza nowe możliwości zawodowe, ale wysokie kwalifikacje tej kadry nie są w pełni wykorzystywane w zakładach pracy.

Piśmiennictwo

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Dz.U. z 2013 r. poz. 1347.
- Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. Dz.U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego. Dz.U. z 2007 r. Nr 210, poz. 1540.
- Opolski K, Dykowska G, Możdżonek M. Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Warszawa: Wyd. CeDeWu; 2005.
- Armstrong M. Zarządzanie ludźmi. Praktyczny przewodnik dla menedżerów liniowych. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis; 2007.
- Chmielewska E. Wpływ czynników motywujących na kształcenie podyplomowe pielęgniarek w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy. Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona. 2012; 8: 19–32.
- Bielawska J. Kompetencje zawodowe pielęgniarki. Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona. 2012; 8: 5–15.
- Renn-Żurek A, Jamrozik P, Piontkowska M. Problemy psychologiczne pielęgniarek pracujących w oddziałach medycyny paliatywnej oraz w hospicjum domowym. J Publ Health Nurs Med Rescue. 2014; 4: 51–58.
- Dobrowolska B, Putowski M, Wrońska I, Kozak D, Cuber M. Zapotrzebowanie pielęgniarek i lekarzy na kształcenie podyplomowe z zakresu opieki nad pacjentem umierającym. Probl Piel. 2008; 16(1,2): 48–53.

Artykuł przyjęty do redakcji: 27.11.2015
Artykuł przyjęty do publikacji: 15.07.2016

Źródło finansowania: dotacja na badania statutowe w Zakładzie Pielęgniarstwa Klinicznego Wydziału Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Nazwa kongresu, na którym ogłoszono pracę:

Innowacyjność w kształceniu, praktyce pielęgniarstwa i badaniach naukowych. 90-lecie powstania Uniwersyteckiej Szkoły Pielęgniarek i Opiekunek Zdrowia w Krakowie. 2015 r.

Podziękowania: Autorzy wrażliwie serdecznie podziękowanie za okazaną pomoc w przeprowadzeniu badań Pani mgr Izabeli

Kaptacz, konsultantowi krajowemu w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, oraz Pani mgr Małgorzacie Kulas z Ostrowa Mazowieckiego.

Adres do korespondencji:

Ewa Kądalska

ul. Spartańska 1

02-637 Warszawa

tel.: 22 8360 972

e-mail: ekadalska@wp.pl

Klinika i Poliklinika Geriatrii

Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji

im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie

ANALIZA UKOŃCZENIA PRZEZ PIELEŃNIARKI I POŁOŻNE KURSÓW SPECJALISTYCZNYCH NA TERENIE DZIAŁANIA KOSZALIŃSKIEJ RADY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

ANALYSIS OF SPECIALIZATION COURSES COMPLETION BY NURSES AND MIDWIVES IN THE KOSZALIN COUNCIL OF NURSES AND MIDWIVES OPERATION AREA

Justyna Laska¹, Dorota Ćwiek², Dorota Fryc², Małgorzata Zimny², Katarzyna Szymoniak²

¹Koszalińska Rada Pielęgniarek i Położnych

²Samodzielna Pracownia Umiejętności Położniczych
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2017.10>

STRESZCZENIE

Wstęp. Nowoczesne pielęgniarka i położna stale aktualizują wiedzę i doskonałą umiejętności. Konieczność ustawicznego doskonalenia zawodowego wynika z obowiązku nałożonego przez *Ustawę (...) o zawodzie pielęgniarek i położnych, Kodeks etyki zawodowej (...)*, ale także z potrzeby nadążania za stale zmieniającymi się naukami medycznymi.

Cel. Cele pracy to analiza ukończenia przez pielęgniarki i położne regionu koszalińskiego kursów specjalistycznych przeprowadzonych w ramach szkolenia podyplomowego oraz wykazanie, czy wykonywany zawód pielęgniarki lub położnej, staż pracy, miejsce zamieszkania, wykształcenie i miejsce pracy miały wpływ na liczbę ukończonych kursów specjalistycznych.

Materiał i metody. Grupę badaną stanowiły 153 osoby z personelu pielęgniarskiego i 17 położnych zarejestrowanych w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie, które uczestniczyły w kształceniu podyplomowym. W celu przeprowadzenia badań zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, wykorzystując technikę ankietową. Jako narzędzie badawcze posłużył samodzielnie skonstruowany kwestionariusz ankiety zawierającej 27 pytań. Anonimowe badania poddano analizie opisowej, graficznej oraz statystycznej.

Wnioski. W wyniku przeprowadzonych badań wyciągnięto następujące wnioski: 1. Niemal wszyscy badani posiadali ukończone kursy specjalistyczne. Świadczy to o wysokiej świadomości podnoszenia kwalifikacji niezbędnych do wykonywania określonych czynności zawodowych. 2. Najczęściej respondenci kończyli kurs specjalistyczny „Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego”, następnie „Resuscytacja krążeniowo-oddechowa” i „Szczepienia ochronne”. 3. Miejsce pracy statystycznie istotnie wpłynęło na liczbę ukończonych kursów specjalistycznych przez pielęgniarki i położne. Pozostałe analizowane zmienne: staż pracy, wykształcenie, struktura zawodu i miejsce zamieszkania nie miały takiego wpływu.

SŁOWA KLUCZOWE: kształcenie podyplomowe, pielęgniarki, położne.

ABSTRACT

Introduction. Modern nurses and midwives constantly update their knowledge and improve skills. The necessity of continuous professional development stems from the obligation imposed by the Act about the profession of nurses and midwives, Code of professional ethics, but also from the need to keep up with the constantly changing medical sciences.

Aim. The aim of the study was to analyze specialization courses held by nurses and midwives in the region of Koszalin, conducted within the framework of postgraduate training and to demonstrate whether the profession of nurse or midwife, seniority, place of residence, education and the workplace affected the number of specialization courses completed.

Material and methods. The study group was constituted of 153 nurses and 17 midwives registered in the District Chamber of Nurses and Midwives in Koszalin, who participated in postgraduate training. For the research we used a diagnostic survey method with the questionnaire technique. The research tool was a self-designed questionnaire containing 27 questions. The anonymous survey was analyzed descriptively, graphically and statistically.

Results. As a result of the research the following was concluded: 1. Nearly all the respondents had completed specialization courses. It shows high awareness of improving qualifications necessary to perform specific professional activities. 2. Most often the respondents completed a specialization training course 'Performing and Interpretation of ECG', then 'Cardiopulmonary resuscitation' and 'Protective vaccination'. 3. Place of work significantly influenced the number of completed specialization courses by the nurses and midwives. Other analyzed variables: seniority, education, structure of the profession and place of residence had no such effects.

KEYWORDS: postgraduate training, nurses, midwives.

Wstęp

Nowoczesne pielęgniarka i położna stale aktualizują wiedzę i doskonałą umiejętności. Konieczność ustawicznego doskonalenia zawodowego wynika nie tylko z sa-

mych chęci nadążania za zmianami, ale jest ściśle określona przepisami branżowymi, mówiącymi o obowiązku stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych oraz prawie do doskonalenia zawodo-

go w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego. Powinność systematycznego podnoszenia kwalifikacji zawodowych, „wdrażanie do praktyki nowych zdobyczy nauk medycznych, społecznych i humanistycznych” oraz „sprawowanie profesjonalnej opieki nad życiem i zdrowiem ludzkim” stają się bezwzględna powinnością każdej pielęgniarki i położnej zawartą w preambule *Kodeksu etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej* [1, 2].

Cel pracy

Cele pracy to analiza ukończenia przez pielęgniarki i położne kursów specjalistycznych przeprowadzonych w ramach szkolenia podyplomowego oraz wykazanie, czy wykonywany zawód pielęgniarki lub położnej, staż pracy, miejsce zamieszkania, wykształcenie i miejsce pracy miały wpływ na liczbę ukończonych kursów specjalistycznych.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w okresie od października 2014 do marca 2015 r. W rejonie działania Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie zatrudnionych jest 2698 pielęgniarek i pielęgniarzy oraz 246 położnych. Grupę badaną stanowiły 153 (5,67%) osoby z personelu pielęgniarskiego i 17 (6,91%) położnych zarejestrowanych w koszalińskiej Izbie, które uczestniczyły w kształceniu podyplomowym. W celu przeprowadzenia badań zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, wykorzystując technikę ankietową. Jako narzędzie badawcze posłużył samodzielnie skonstruowany kwestionariusz ankiety zawierającej 27 pytań. Anonimowe badania poddano analizie opisowej, graficznej oraz statystycznej. Do zbadania zależności statystycznej pomiędzy analizowanymi cechami użyto testu chi-kwadrat. Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej testem jednorodności χ^2 . Przyjęto 5% ryzyka błędu wnioskowania oraz ustalono wartości prawdopodobieństwa w następujących przedziałach:

- dla $p \geq 0,1$ – nie ma istotnego związku między zmiennymi,
- dla p w przedziale $< 0,1; 0,05 \geq$ – związek między zmiennymi kształtuje się na granicy istotności statystycznej,
- dla $p < 0,05$ – istnieje istotna statystycznie zależność między zmiennymi.

Wyniki

Wśród ankietowanych najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 41–50 lat (48,0%). Drugą grupę pod względem liczebności tworzyli badani w przedziale wiekowym 51–60 lat, co stanowi 32,0% respondentów. Wśród badanych najmniej liczną grupę stanowiły osoby w wieku powyżej 60 lat (2,0%).

W strukturze zawodowej ankietowanych absolwentów kursów specjalistycznych zdecydowaną większość stanowiły pielęgniarki. W badaniu uczestniczyli 152 pielęgniarki i 1 pielęgniarz, co stanowiło 90,0% badanej grupy. Ponadto w badaniu wzięło udział 17 położnych, stanowiąc 10% respondentów.

Zdecydowana większość to osoby o stażu pracy w przedziale 21–30 lat (49,0%). Z drugiej strony najmniej liczną grupę reprezentowali respondenci posiadający staż pracy pomiędzy rokiem a 5 latami oraz do roku (odpowiednio 4,0% i 5,0% badanych).

Spośród badanej grupy największa liczba ankietowanych zamieszkiwała w mieście do 50 tysięcy mieszkańców – było to 46,0% badanych. Drugą grupę pod względem liczebności stanowiły osoby zamieszkujące miasto powyżej 100 tysięcy mieszkańców (25,0%). Nie wiele mniej osób wskazało jako miejsce zamieszkania tereny wiejskie – wioski zarówno gminne, jak i sołeckie (23,5%).

Analizując wykształcenie badanej grupy, zauważyć można, że większość wskazała na posiadanie wykształcenia średniego. Grupa ta stanowiła 59,0% badanych, z kolei jedynie 9,0% respondentów deklarowało posiadanie wykształcenia wyższego II stopnia (magister polonistnictwa bądź pielęgniarstwa).

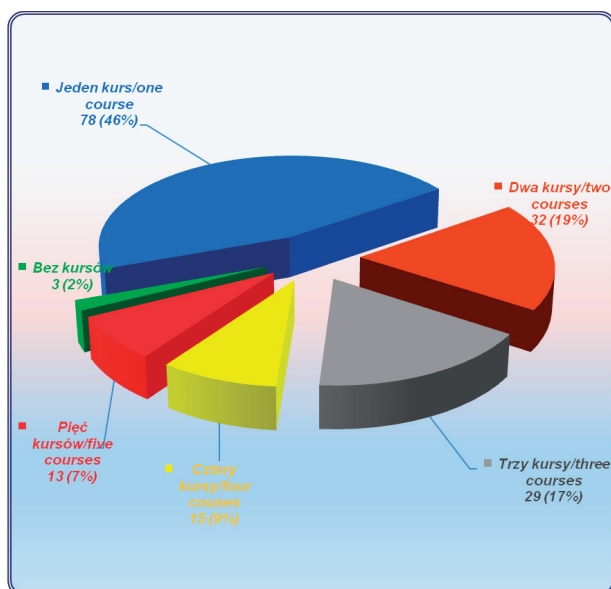
Wśród ankietowanych większość zatrudniona była w szpitalach, z czego w publicznych 58,0%, a 12,0% w niepublicznych. Tylko 5,0% badanych pracowało w publicznym POZ, a 6,0% – w niepublicznym. Dodatkowo wśród badanych 14,0% stanowili zatrudnieni w sanatoriach. Na brak zatrudnienia wskazała 1 z położnych.

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy
Table 1. Characteristics of the study group

Wiek respondentów/Age	N = 170	%
20–30	9	5,0
31–40	24	14,0
41–50	81	48,0
51–60	53	31,0
powyżej 60 lat/above 60 years	3	2,0
Struktura zawodu/The structure of the profession	N = 170	%
położne/midwives	17	10,0
pielęgniarki/nurses	153	90,0
Staż pracy/Seniority	N = 170	%
do 1 roku/up till 1 year	8	5,0
1–5 lat/1–5 years	7	4,0
6–10 lat/6–10 years	22	13,0
11–20 lat/11–20 years	31	18,0
21–30 lat/21–30 years	81	48,0
powyżej 30 lat/above 30 years	21	12,0
Miejsce zamieszkania/Place of residence	N = 170	%
wieś/commune	35	21,0
miasto do 50 tys. mieszkańców/city to 50 000 residents	82	49,0

miasto 50–100 tys. mieszkańców/city 50 000–100 000 residents	9	5,0
miasto powyżej 100 tys. mieszkańców/city over 100 000 residents	40	24,0
Wykształcenie kierunkowe/Professional education	N = 170	%
średnie/post secondary	100	59,0
wyższe I stopnia/higher professional (midwifery, nursing)	54	32,0
wyższe II stopnia/higher master-level	16	9,0
Miejsce pracy/Workplace	N = 170	%
szpital publiczny/public hospital	98	58,0
szpital niepubliczny/private hospital	21	12,0
POZ publiczny/public Primary Health Care	8	5,0
POZ niepubliczny/Non-public Primary Health Care	10	6,0
opieka długoterminowa/long-term care	4	2,0
hospicjum stacjonarne/stationary hospice	4	2,0
sanatorium/sanatorium	24	14,0
nie pracuje/she/he does not work	1	0,6

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

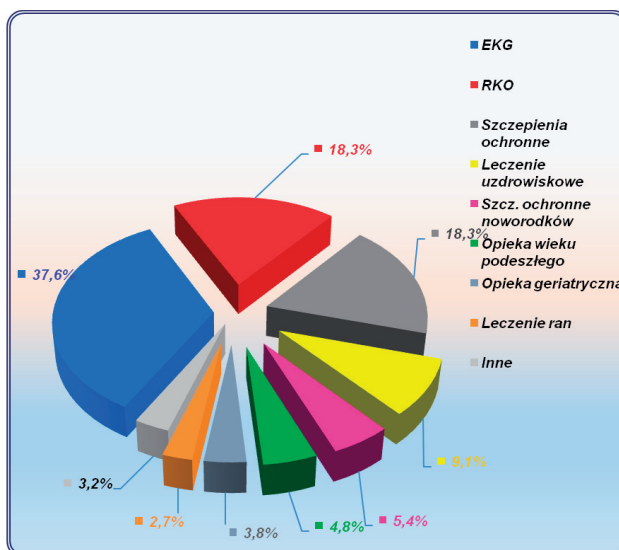


Rycina 1. Zestawienie ukończonych kursów specjalistycznych w badanej grupie

Figure 1. List of completed specialized courses in the study group

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Rycina 1 prezentuje deklarowaną liczbę ukończonych kursów przez ankietowanych. Spośród badanych 47,0% wskazało, że odbyło 1 kurs. Kolejno 2 i 3 kursy – odpowiednio 19,0% i 17,0%. Ukończenie 4 kursów zadeklarowało 9,0% badanych. Do grona osób, które nie ukończyły żadnych kursów specjalistycznych, należały 3 pielęgniarki mieszczące się w kolejnych przedziałach wiekowych od 31 do 60 lat.



Szczepienia ochronne/Protective vaccination, Leczenie uzdrowiskowe/Spa treatment, Szczepienie ochronne noworodków/Protective vaccination of newborns, Opieka wieku podeszłego/Old age care, Opieka geriatryczna/Geriatric care, Leczenie ran/Treatment of wounds

Rycina 2. Zestawienie rodzajów kursów specjalistycznych ukończonych przez respondentów

Figure 2. List of types of specialized courses completed by respondents

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Spośród całego katalogu obejmującego 45 kursów specjalistycznych respondenci wymienili 13 dziedzin, w których ukończyli szkolenia kursowe. Wśród ukończonych kursów specjalistycznych najczęściej wskazywane było „Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego (EKG)”. Posiadanie takiego szkolenia deklarowało 64 ankietowanych, co stanowi 38,0% wszystkich respondentów. Kolejnymi dziedzinami wskazywanymi przez badanych były: „Szczepienia ochronne” oraz „Resuscytacja krążeniowo-oddechowa (RKO)”. Oba kursy zostały wymienione równo przez 34 osoby, czyli po około jednej piątej uczestników badania. Zestawienie kursów przedstawiono na **rycynie 2**. W pozycji „Inne” ujęto kursy: „Endoskopia”, „Edukator w cukrzycy”, „Terapia bólu przewlekłego u dorosłych”, „Podstawy opieki paliatywnej”, „Wykonanie badania spirometrycznego”.

Tabela 2. Określenie stopnia zależności pomiędzy liczbą ukończonych kursów specjalistycznych a wykonywanym zawodem

Table 2. Determining the degree of relationship between the number of completed specialized courses and profession performed

Zawód/ Profession	Liczba kursów/Number of courses					Suma końcowa/ Total
	5 kursów/ 5 courses	4 kursy/ 4 courses	3 kursy/ 3 courses	2 kursy/ 2 courses	1 kurs/ 1 course	
Pielęgniarka/ Nurse	13 (7,78%)	14 (8,38%)	28 (16,77%)	29 (17,37%)	66 (39,52%)	150 (89,82%)

Położna/ Midwife	-	1 (1,0%)	1 (1,0%)	3 (2,0%)	12 (7,0%)	17 (10,0%)
Suma końcowa/ Total	13 (8,0%)	15 (9,0%)	29 (17,0%)	32 (19,0%)	78 (47,0%)	167 (100,0%)
Chi ²	5,447	Interpretacja/Interpretation				
df	4	Nie ma istotnego związku między zmiennymi/ There is not a statistically significant dependency between the variables				
p	0,244					

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Zgodnie z przyjętymi wartościami dla poziomu istotności statystycznej $p \geq 0,1$ – otrzymany dla p wynik 0,244 powoduje, iż hipotezę o tym, że wykonywanie zawodu pielęgniarki lub położnej ma statystyczne znaczenie co do liczby ukończonych kursów, należy odrzucić. Równocześnie należy stwierdzić, że pomiędzy wykonywanym zawodem a liczbą kursów, w jakich uczestniczyli badani, nie istnieje zależność statystyczna. Otrzymany wynik wskazuje, że w badanej grupie nie zachodzą żadne powiązania pomiędzy wykonywanym zawodem pielęgniarki lub położnej a liczbą ukończonych kursów specjalistycznych.

Tabela 3. Określenie stopnia zależności pomiędzy liczbą ukończonych kursów specjalistycznych a stażem pracy
Table 3. Determining the degree of relationship between the number of completed specialized courses and seniority

Staż pracy/ Seniority	Liczba kursów/Number of courses					Suma kończąca/ Total
	5 kursów/ 5 courses	4 kursy/ 4 courses	3 kursy/ 3 courses	2 kursy/ 2 courses	1 kurs/ 1 course	
Do 1 roku/ Up till 1 year	-	-	-	-	8 (4,8%)	8 (4,8%)
1-5 lat/ 1-5 years	-	-	3 (1,8%)	1 (0,6%)	3 (1,8%)	7 (4,2%)
6-10 lat/ 6-10 years	2 (1,2%)	2 (1,2%)	4 (2,4%)	7 (4,2%)	6 (3,6%)	21 (12,6%)
11-20 lat/ 11-20 years	2 (1,2%)	4 (2,4%)	6 (3,6%)	4 (2,4%)	15 (9,0%)	31 (18,6%)
21-30 lat/ 21-30 years	6 (3,6%)	8 (4,8%)	15 (9,0%)	16 (9,6%)	34 (20,4%)	79 (47,3%)
Powyżej 30 lat/ Above 30 years	3 (1,8%)	1 (0,6%)	1 (0,6%)	4 (2,4%)	12 (7,2%)	21 (12,6%)
Suma końcowa/ Total	13 (7,8%)	15 (9,0%)	29 (17,4%)	32 (19,2%)	78 (46,7%)	167 (100,0%)
Chi ²	22,640	Interpretacja/Interpretation				
df	20	Nie ma istotnego związku między zmiennymi/ There is not a statistically significant dependency between the variables				
p	0,693					

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Otrzymane wyniki wskazują, że założenie zakładające wpływ posiadanego stażu pracy na liczbę ukończonych kursów specjalistycznych w badanej grupie jest nieprawdziwe. Oznacza to, że staż pracy nie miał wpływu na liczbę ukończonych kursów specjalistycznych oraz należy stwierdzić, że nie istnieje zależność pomiędzy stażem pracy ankietowanych a liczbą kursów specjalistycznych przez nich ukończonych. Większość badanych brała udział w 1 kursie i statystycznie nie jest istotne, jaki posiadali staż pracy.

Tabela 4. Określenie stopnia zależności pomiędzy liczbą ukończonych kursów specjalistycznych a miejscem zamieszkania
Table 4. Determining the degree of relationship between the number of completed specialized courses and place of residence

Miejsce zamieszkania/ Place of residence	Liczba kursów/Number of courses					Suma kończąca/ Total
	5 kursów/ 5 courses	4 kursy/ 4 courses	3 kursy/ 3 courses	2 kursy/ 2 courses	1 kurs/ 1 course	
Gmina/Commune			1 (0,6%)	1 (0,6%)	2 (1,2%)	4 (2,4%)
Miasto 50-100 tys. mieszkańców/City 50 000-100 000 resi- dents	1 (0,6%)	1 (0,6%)	2 (1,2%)	2 (1,2%)	3 (1,8%)	9 (5,4%)
Miasto do 50 tys. mieszkańców/City to 50 000 residents	9 (5,4%)	7 (4,2%)	11 (6,6%)	17 (10,2%)	35 (21,0%)	79 (47,3%)
Miasto powyżej 100 tys. mieszkańców/City over 100 000 residents	2 (1,2%)	5 (3,0%)	6 (3,6%)	5 (3,0%)	22 (13,2%)	40 (24,0%)
Wieś/Village	1 (0,6%)	2 (1,2%)	9 (5,4%)	7 (4,2%)	16 (9,6%)	35 (21,0%)
Suma końcowa/Total	13 (7,8%)	15 (9,0%)	29 (17,4%)	32 (19,2%)	78 (46,7%)	167 (100,0%)
Chi ²	9,284	Interpretacja/Interpretation				
df	16	Związek między zmiennymi kształtuje się na granicy istotności statystycznej/The rela- tionship between variables is at the border of statistical significance				
p	0,099					

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Wyniki obliczeń wskazują, że związek między zmiennymi kształtuje się na granicy istotności statystycznej, przyjętej na poziomie $p \geq 0,1$. Oznacza to, że nie ma powodu do odrzucenia założenia, że miejsce zamieszkania ma wpływ na liczbę ukończonych kursów specjalistycznych. Jednocześnie należy stwierdzić, że obserwowany efekt jest dziełem przypadku.

Tabela 5. Określenie stopnia zależności pomiędzy liczbą ukończonych kursów specjalistycznych a posiadanym wykształceniem
Table 5. Determining the degree of relationship between the number of completed specialized courses and education possessed

Wykształcenie/ Education	Liczba kursów/Number of courses					Suma końcowa/ Total
	5	4	3	2	1	
	kursów/ 5 courses	kursy/ 4 courses	kursy/ 3 courses	kursy/ 2 courses	kurs/ 1 course	
Policealne/pomaturalne/Post secondary	6 (3,6%)	12 (7,2%)	18 (10,8%)	23 (13,8%)	53 (31,7%)	112 (67,1%)
Wyższe I stopnia (położnictwo/pielęgniarstwo)/Higher professional (midwifery, nursing)	4 (2,4%)	4 (2,4%)	10 (6,0%)	6 (3,6%)	20 (12,0%)	44 (26,3%)
Wyższe II stopnia (położnictwo/pielęgniarstwo)/Higher master-level	-	1 (0,6%)	3 (1,8%)	3 (1,8%)	4 (2,4%)	11 (6,6%)
Suma końcowa/Total	10 (6,0%)	17 (10,2%)	31 (18,6%)	32 (19,2%)	77 (46,1%)	167 (100,0%)
Chi ²	4,227 Interpretacja/Interpretation					
df	8 Nie ma istotnego związku między zmiennymi/There is not a statistically significant dependency between the variables					
p	0,836					

Źródło: opracowanie własne
 Source: author's own analysis

Otrzymany wynik pozwala na stwierdzenie, że hipoteza o zależności statystycznej pomiędzy poziomem wykształcenia poszczególnych osób w badanej grupie a liczbą ukończonych kursów specjalistycznych jest nieprawdziwa, i że nie istnieje zależność pomiędzy wykształceniem ankietowanych a liczbą kursów, w jakich brali udział. Niezależnie od wykształcenia większość badanych wzięła udział w 1 kursie specjalistycznym.

Tabela 6. Określenie stopnia zależności pomiędzy liczbą ukończonych kursów specjalistycznych a miejscem pracy
Table 6. Determining the degree of relationship between the number of completed specialized courses and workplace

Miejsce pracy/ Workplace	Liczba kursów/Number of courses					Suma końcowa/ Total
	5	4	3	2	1	
	kursów/ 5 courses	kursy/ 4 courses	kursy/ 3 courses	kursy/ 2 courses	kurs/ 1 course	
Szpital niepubliczny/ Private hospital	4 (2,4%)	-	3 (1,8%)	6 (3,6%)	9 (5,4%)	22 (13,2%)
Szpital publiczny/ Public hospital	8 (4,8%)	7 (4,2%)	22 (13,2%)	15 (9,0%)	46 (27,6%)	98 (58,8%)
Pozostałe/Others	1 (0,6%)	8 (4,8%)	4 (2,4%)	11 (6,6%)	23 (13,8%)	47 (28,1%)
Suma końcowa/Total	13 (7,8%)	15 (9,0%)	29 (17,4%)	32 (19,2%)	78 (46,7%)	167 (100,0%)
Chi ²	11,032 Interpretacja/Interpretation					
df	8 Istnieje istotna statystycznie zależność między zmiennymi/There is a statistically significant dependency between the variables					
p	0,026					

Źródło: opracowanie własne
 Source: author's own analysis

Otrzymane wyniki pozwalają na przyjęcie za prawdziwą hipotezę, że zmienne statystyczne są zależne i występuje zależność statystyczna pomiędzy miejscem pracy a liczbą ukończonych kursów specjalistycznych. Badanie to wykazuje, iż ankietowani zatrudnieni w szpitalach brali udział w większej liczbie kursów niż osoby zatrudnione w innych placówkach.

Dyskusja

W Polsce kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych zaczęło się rozwijać w latach 60. ubiegłego wieku dzięki staraniom Racheli Hunter, uznawanej za prekursorkę oraz orędowniczkę rozwoju kształcenia podyplomowego [3]. Kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych, w tym również kursy specjalistyczne, na stałe wpisało się w kanony profesji pielęgniarstwa i położnictwa. Idea ich istnienia jest jednak rozumiana i definiowana w różny sposób. Badania przeprowadzone przez Cisoń-Apanasewicz i wsp. [4] wykazały, że zdecydowana większość pielęgniarek uważa kształcenie podyplomowe za istotny element doskonalenia zawodowego. Potwierdzają to badania własne, które wykazały, że tylko 2,0% badanych nie ukończyło kursów specjalistycznych. Tak wysoki odsetek respondentów rozszerzających swoje kwalifikacje świadczy o tym, że zarówno pielęgniarki, jak i położne są świadome dokonanych wyborów zawodowych i wynikających z nich powinności związanych z doskonaleniem zawodowym. Mówią o tym również Nowakowska i Grabowska, podkreślając, jak istotne znaczenie w pielęgnacji podopiecznych ma zastosowanie nowoczesnego sprzętu specjalistycznego czy wdrażanie nowych procedur [3]. Do podobnych wniosków doszli Leńczuk-Gruba i wsp., twierdząc, że pielęgniarki i położne mają świadomość istnienia wielu różnych poziomów zadań zawodowych, dostrzegają potrzebę kształcenia podyplomowego oraz użyteczność wiedzy i umiejętności w wykonywaniu świadczeń pielęgniarstkich i położniczych na wysokim, profesjonalnym poziomie [5].

Kursy specjalistyczne cieszą się popularnością ze względu na krótki czas ich trwania, stosunkowo niski koszt uczestnictwa oraz uzyskanie kwalifikacji niezbędnych do wykonywania określonych czynności zawodowych przy realizacji świadczeń pielęgnacyjnych, leczniczych i rehabilitacyjnych. Pielęgniarki i położne wybierają z całego katalogu obejmującego 45 kursów specjalistycznych te, które wzbogacają ich wiedzę i pozwalają uzyskać kwalifikacje wykorzystywane na określonych stanowiskach. Wśród ukończonych kursów specjalistycznych w badaniach własnych najczęściej wymieniano: „Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego” (37,0%), „Resuscytacja krążeniowo-oddechowa”, „Szczepienia ochronne”

(po 18,0%). Zbliżone wyniki uzyskała w swoich badaniach Krupińska – „Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego” ukończyło 38,0%, „Resuscytację krążeniowo-oddechową” – 24,0%, „Szczepienia ochronne” – 23,0% [6]. Z kolei w badaniach Ozgi i wsp. pielęgniarki uczestniczące w szkoleniu poddyplomowym w medycynie ratunkowej na pierwszym miejscu wymieniały kurs specjalistyczny z resuscytacji krążeniowo-oddechowej (56,0%), po ukończeniu którego mają możliwość znalezienia zatrudnienia w strukturach Zintegrowanego Ratownictwa Medycznego [7].

Nie wykazano, że struktura zawodu, staż pracy i wykształcenie mają istotny wpływ na liczbę ukończonych kursów specjalistycznych przez pielęgniarki i położne. Jeśli chodzi o miejsce zamieszkania, wykazano jego związek z liczbą kursów, ale kształtuje się on na granicy istotności statystycznej i należy stwierdzić, że obserwowany efekt jest dziełem przypadku. Jedynie miejsce pracy statystycznie istotnie wpłynęło na liczbę ukończonych kursów specjalistycznych. Pracujące w szpitalach publicznych pielęgniarki i położne znacznie częściej ukończyły większą liczbę kursów niż pracownicy szpitali niepublicznych i pozostałych analizowanych jednostek.

Wnioski

1. Niemal wszyscy badani ukończyli kursy specjalistyczne. Świadczy to o wysokiej świadomości podnoszenia kwalifikacji niezbędnych do wykonywania określonych czynności zawodowych.
2. Najczęściej respondenci kończyli kurs specjalistyczny „Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego”, następnie „Resuscytacja krążeniowo-oddechowa” i „Szczepienia ochronne”.
3. Miejsce pracy statystycznie istotnie wpłynęło na liczbę ukończonych kursów specjalistycznych przez pielęgniarki i położne. Pozostałe

analizowane zmiennie: staż pracy, wykształcenie, struktura zawodu i miejsce zamieszkania nie miały takiego wpływu.

Piśmiennictwo

1. Załącznik Nr 1 do Uchwały nr 9 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 9 grudnia 2003 r. w sprawie uchwalenia „Kodeksu etyki zawodowej dla pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej”, <http://www.nipip.pl/index.php/uchwaly/krajowych-zjazdow/iv-krajowego-zjazdupielęgniarek-i-polożnych/uchwaly/896-9-04-2003> (data dostępu: 18.04.2015).
2. Uchwała nr 9 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 9 grudnia 2003 r. w sprawie uchwalenia „Kodeksu etyki zawodowej dla pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej”.
3. Nowakowska H, Grabowska H. Kształcenie poddyplomowe pielęgniarek i położnych na terenie województwa pomorskiego w latach 1980–2000. *Probl Piel.* 2013; 21(4): 528–533.
4. Cisoń-Apanasewicz U, Gawet G, Ogonowska D, Potok H. Opinie pielęgniarek na temat kształcenia poddyplomowego. *Probl Piel.* 2009; 17(1): 32–37.
5. Leńczuk-Gruba A, Kobos E, Wójcik G. Motywy uczestnictwa pielęgniarek w kształceniu poddyplomowym organizowanym przez Warszawski Uniwersytet Medyczny. *Med Dydak Wych.* 2009; 41(4): 23–26.
6. Krupińska E. Kształcenie poddyplomowe pielęgniarek – potrzeba czy obowiązek. *Piel Zdr Publ.* 2011; 1, 4: 321–326.
7. Ozga D, Binkowska-Bury M, Marć M. Zainteresowanie pielęgniarek szkoleniem poddyplomowym w medycynie ratunkowej. *Prz Med Uniw Rzesz.* 2006; 4: 275–278.

Artykuł przyjęty do redakcji: 16.02.2016

Artykuł przyjęty do publikacji: 20.07.2016

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Dorota Cwiek
ul. Żołnierska 48
71-210 Szczecin
tel.: 91 4800 977, fax: 91 4800 978
e-mail: dorota.cwiek@pum.edu.pl
Samodzielna Pracownia Umiejętności Położniczych
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

PRÓBA PORÓWNIANIA JAKOŚCI OPIEKI ZDROWOTNEJ W WOJEWÓDZTWACH MAZOWIECKIM I PODLASKIM – BADANIA PILOTAŻOWE

COMPARISON OF HEALTH CARE QUALITY IN MAZOVIA AND PODLACHIA

Agnieszka Krukiel¹, Zofia Sienkiewicz¹, Irena Wrońska², Joanna Gotlib³

¹ Zakład Pielęgniarstwa Społecznego
Warszawski Uniwersytet Medyczny

² Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

³ Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia
Warszawski Uniwersytet Medyczny

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2017.11>

STRESZCZENIE

Wstęp. O poziomie jakości opieki zdrowotnej decyduje kilka czynników, m.in.: jakość realizowanych świadczeń medycznych, jakość opieki pielęgniarskiej, relacje pomiędzy pracownikami, warunki organizacyjno-techniczne, sposób zarządzania opieką zdrowotną.

Cel. Celem podjętych badań było porównanie jakości opieki zdrowotnej w województwach mazowieckim i podlaskim.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono w grupie 300 pacjentów wybranych placówek medycznych na Podlasiu i Mazowszu w 2011 r. Anonimowe, dobrowolne badania ankietowe przeprowadzono z wykorzystaniem samodzielnie skonstruowanego kwestionariusza ankiety. Badania nie wymagały zgody Komisji Bioetycznej WUM. Analiza statystyczna: STATISTICA 12,5 (licencja Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego), nieparametryczny test statystyczny: chi-kwadrat Pearsona.

Wyniki. Formalności związane z przyjęciem do szpitala są w 42,33% oceniane dobrze, znacznie wyżej w województwie podlaskim niż województwie mazowieckim ($p < 0,03$). Równie wysoko oceniana jest dostępność do opieki pielęgniarskiej (47,67%), nieznacznie lepiej w województwie mazowieckim ($p = 0,46$).

Wnioski. W badanej grupie pacjentów ogólna ocena usług świadczonych przez szpital oraz zadowolenia z kontaktu z personelem medycznym w województwach mazowieckim i podlaskim jest satysfakcjonująca. Społeczna ocena pracy pielęgniarskiej jest wysoka.

SŁOWA KLUCZOWE: jakość, ochrona zdrowia, pacjenci, opinie.

ABSTRACT

Introduction. There are several factors that determine quality of health care, i.e.: quality of provided care, quality of nursing care, interpersonal staff relations, organizational and technical conditions, health care management system.

Aim. The aim of the survey was to compare quality of health care in Mazovian and Podlachian voivodships.

Material and methods. The survey was carried out in 2011 in selected medical institutions in Podlachia and Mazovia among 300 patients with a use of a questionnaire.

Results. Formalities related to admission to a hospital are perceived as good by 42,33%, the evaluation was higher in Podlachian than in Mazovian voivodship ($p < 0.03$). Access to nursing care is evaluated equally high (47.67%), slightly higher in Mazovian voivodship ($p = 0.46$).

Conclusions. Overall evaluation of services provided by hospital as well as satisfaction with contacts with medical personnel in both Mazovian and Podlachian voivodships are satisfactory. Social evaluation of nurse work is high.

KEYWORDS: quality, health care, patients, opinion.

Wstęp

W pierwszej połowie XX wieku w placówkach opieki zdrowotnej, głównie stacjonarnych, stwierdzono zły stan opieki zdrowotnej [1–3]. Wnioski te stały się przyczyną i motorem działań zaradczych motywowanych chęcią ulepszenia jakości usług medycznych. Rozpoczęto prowadzenie badań mających na celu określenie stanu wykonywanych świadczeń medycznych [4–7]. Starano się odnaleźć sku-

teczną metodę, techniki zapewniające wysoką jakość opieki zdrowotnej. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) organizowała liczne konferencje poświęcone wyżej wymienionym zagadnieniom. W realizowanym przez nią programie *Zdrowie 21: Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku* zaleciła opracowanie technik obserwacji rozwoju jakości opieki zdrowotnej oraz podjęcie badań, które pozwolą określić poziom zadowolenia pacjentów ze świadczonych im usług [7].

W Polsce coraz częściej podejmowane są badania, które za cel obierają określenie poziomu jakości opieki zdrowotnej z punktu widzenia pacjenta, organizowane zarówno w pojedynczych placówkach opieki zdrowotnej, jak również w poszczególnych miastach, regionach czy też na skalę ogólnopolską [3, 4, 6, 8–15].

Próby określenia celu badań podejmował Jeanes – laureat Europejskiej Nagrody Jakości, który w 1993 r. wypowiedział słowa: „I choć to niesprawiedliwe, nieuzasadnione i bolesne, liczy się jedynie opinia, jaką mają o nas klienci” [16].

Zaobserwowano także, że o poziomie jakości opieki zdrowotnej decyduje kilka czynników, m.in.: jakość realizowanych świadczeń medycznych, jakość opieki pielęgniarskiej, relacje pomiędzy pracownikami, warunki organizacyjno-techniczne, sposób zarządzania opieką zdrowotną [3, 4, 6, 8–15].

Obecnie osiągnięcie jak najwyższej jakości stało się jednym z priorytetów placówek medycznych. Zaś pojęcie normy jakości wzrosło, nie tylko w sferze produkcji, ale również w obszarze usług. Jakość stała się najważniejszą bronią na polu konkurencji rynkowej [16].

Cele pracy

Cele badań to ocena jakości opieki z punktu widzenia pacjenta oraz porównanie jakości opieki zdrowotnej świadczonej przez placówki ochrony zdrowia w dwóch województwach: mazowieckim i podlaskim.

Szczegółowe cele pracy obejmowały:

- ocenę warunków leczenia szpitalnego (czas oczekiwania w izbie przyjęć, ocena czystości, wyposażenia sal chorych, toalet),
- poznanie opinii pacjentów na temat personelu medycznego i pomocniczego,
- ocenę usług świadczonych przez szpital oraz kontakty chorego z personelem medycznym,
- społeczną ocenę personelu medycznego,
- sprawdzenie, czy dokonywane przez pacjentów z obu województw oceny jakości świadczonych usług medycznych różnią się.

Materiał

Badaniami objęto łącznie 300 pacjentów dobranych losowo. Grupę I stanowili pacjenci poddani leczeniu w województwie mazowieckim (150 osób). Grupę II stanowili pacjenci leczeni w województwie podlaskim (150 osób). Dobór osób był losowy. Szczegółową charakterystykę pacjentów przedstawiono w **tabeli 1**.

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy pacjentów
Table 1. Characteristics of the study group of patients

	Grupa badana/ Study group	Województwo/Voivodship mazowieckie/ podlaskie/ Mazovia Podlachia		Razem/ Total
Płeć/ Gender	kobieta/woman	86	91	177
	% ogółu/% of the total	28,67	30,33	59,00
	mężczyzna/man	64	59	123
Wykształcenie/ Education	% ogółu/% of the total	21,33	19,67	41,00
	podstawowe/primary	14	10	24
	% ogółu/% of the total	4,67	3,33	8,00
	zawodowe/basic vocational	39	21	60
	% ogółu/% of the total	13,00	7,00	20,00
	średnie/secondary	57	43	100
	% ogółu/% of the total	19,00	14,33	33,33
Długość pobytu na oddziale/Length of stay in hospital	wyższe/higher	40	76	116
	% ogółu/% of the total	13,33	25,33	38,67
	do jednej doby/up to 24 hours	11	17	28
	% ogółu/% of the total	3,67	5,67	9,33
	do jednego tygodnia/ up to one week	85	75	160
	% ogółu/% of the total	28,33	25,00	53,33
powyżej jednego tygodnia/ over one week	54	58	112	
% ogółu/% of the total	18,00	19,33	37,33	

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Badana grupa to w 59% kobiety, a w 41% mężczyźni. W 38% z wykształceniem wyższym (38,67%) – znacznie częściej w województwie podlaskim (25,33%) niż mazowieckim (13,33%). Najczęściej przebywający w szpitalu powyżej jednego tygodnia (37,33%) – nieznacznie dłużej w województwie podlaskim (19,33%) niż mazowieckim (18,00%). W województwie mazowieckim (28,33%) pacjenci częściej niż w województwie podlaskim (25,00%) przebywają w szpitalu do jednego tygodnia.

Metody

Badanie przeprowadzone zostało w okresie wrzesień – grudzień 2011 r. w wybranych placówkach medycznych w województwach mazowieckim i podlaskim.

Do zgromadzenia informacji wykorzystano ankietę, która składa się z 16 pytań o charakterze zamkniętym oraz 5 pytań dotyczących danych demograficznych. Wszystkie osoby biorące udział w badaniu zostały poinformowane o jego anonimowości oraz dobrowolności uczestnictwa w nim.

Analiza statystyczna wyników

Uzyskane dane zebrano w arkuszu Microsoft Excel. Analizę statystyczną uzyskanych wyników przeprowadzono w programie STATISTICA 12.5 (licencja Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego). W związku z tym, że porównywano dwie niezależne grupy: grupę

pacjentów z województwa mazowieckiego (grupa I) i grupę pacjentów z województwa mazowieckiego (grupa II), oraz ze względu na charakter analizowanych danych (dane jakościowe, nieparametryczne) do analizy statystycznej uzyskanych wyników wykorzystano nieparametryczny test statystyczny chi-kwadrat Pearsona. Za istotny statystycznie przyjęto poziom istotności statystycznej $\alpha < 0,05$.

Zgodnie ze stanowiskiem Komisji Bioetycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego badania ankietowe, retrospektywne i inne nieinwazyjne badania naukowe nie wymagają zgody powyższej Komisji [17].

Wyniki

Wyniki

Formalności związane z przyjęciem do szpitala są w 42,33% oceniane dobrze, znacznie wyżej w województwie podlaskim niż województwie mazowieckim ($p < 0,03$). Równie wysoko oceniana jest dostępność do opieki pielęgniarskiej (47,67%), nieznacznie lepiej w województwie mazowieckim ($p = 0,46$).

Tabela 2. Ocena jakości opieki w całej badanej grupie pacjentów reprezentujących województwa podlaskie oraz mazowieckie
Table 2. Assessment of care quality among the entire group of patients from administrative units of Podlachia and Mazovia

Lp./Item no.	Oceniany obszar/ Area under study	Ocena bardzo dobra (3)/ Very good (3)	Ocena dobra (2)/ Good (2)	Ocena zła (1)/ Bad (1)	Nie mam zdania (0)/ No opinion (0)
<i>Przyjęcie do szpitala – pobyt w izbie przyjęć/Admission to hospital: stay at emergency room</i>					
1.	sprawność dokonywania formalności związanych z przyjęciem do szpitala/ <i>Fulfilling formalities related to the admission to hospital</i>	74/24,67%	127/27,67%	83/27,67%	16/5,33%
2.	życzliwość i uprzejmość personelu izby przyjęć/ <i>kindness and courtesy of emergency staff</i>	90/30,00%	147/49,00%	43/14,33%	20/6,67%
<i>Pobyt w oddziale szpitalnym/opieka pielęgniarska/Stay at a hospital ward/nursing care</i>					
3.	dostępność opieki pielęgniarskiej w godzinach nocnych/ <i>availability of nursing care at night</i>	114/38,00%	143/47,67%	24/8,00%	19/6,33%
4.	szybkość reagowania na wezwanie pacjenta/ <i>response time to a patient's call</i>	113/37,67%	139/46,33%	31/10,33%	17/5,67%
5.	staranność wykonywanych zabiegów, opatrunków, pobierania krwi, podłączania kroplówek etc./ <i>care in performing procedures, applying wound dressings, collecting blood samples, administering a drip, etc.</i>	178/59,33%	107/35,67%	8/2,67%	7/2,33%
6.	wsparcie, zainteresowanie potrzebami chorych/ <i>support and sensitivity to the patients' needs</i>	109/36,33%	124/41,33%	54/18,00%	13/4,33%
7.	reakcje na prośby pacjentów/ <i>response to the requests of patients</i>	109/36,33%	138/46,00%	40/13,33%	13/4,33%
8.	życzliwość i uprzejmość personelu pielęgniarskiego/ <i>kindness and courtesy of nurses</i>	144/48,00%	124/41,33%	25/8,33%	7/2,33%
<i>Pobyt w oddziale szpitalnym/opieka lekarska/Stay at a hospital ward/medical care</i>					
9.	ilość czasu poświęconego pacjentowi przez lekarza/ <i>time devoted to a patient by a doctor</i>	58/19,33%	132/44,00%	101/33,67%	9/3,00%
10.	fachowość świadczonych przez lekarzy usług/ <i>professionalism of the services provided</i>	116/38,67%	140/46,67%	25/8,33%	19/6,33%
11.	wsparcie, wyjaśnienia i informacje udzielane przez lekarzy/ <i>support, explanations and information provided by doctors</i>	72/24,00%	144/48,00%	75/25,00%	9/3,00%
12.	reakcje na prośby pacjentów/ <i>response to the requests of patients</i>	60/20,00%	172/57,33%	49/16,33%	19/6,33%
13.	życzliwość i uprzejmość lekarzy/ <i>kindness and courtesy of doctors</i>	91/30,33%	157/52,33%	43/14,33%	9/3,00%
<i>Ogólna ocena szpitala/General assessment of the hospital</i>					
14.	praca personelu pomocniczego (rehabilitanci, salowe, sanitariusze etc.)/ <i>work performed by auxiliary personnel (physiotherapists, domestic assistants, hospital orderlies, etc.)</i>	127/42,33%	149/49,67%	12/4,00%	12/4,00%
15.	stan wyposażenia sal, gabinetów, (pościel, oświetlenie, krzesła, dostęp do toalety)/ <i>the status of the equipment in patients' rooms and medical rooms (bedding, light, chairs, access to toilet facilities)</i>	108/36,00%	125/41,67%	63/21,00%	4/1,33%
16.	przestrzeganie praw pacjenta (np. do kontaktu z bliskimi, poszanowania godności etc.)/ <i>respecting the patient's rights (e.g. to communicate with relatives, respect human dignity, etc.)</i>	169/56,33%	95/31,67%	17/5,67%	19/6,33%

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Opinie pacjentów z obu województw na temat jakości opieki nie różniły się: tylko w jednym przypadku – oceny sprawności dokonywania formalności związa-

nych z przyjęciem do szpitala – opinie pacjentów reprezentujących województwo podlaskie i województwo mazowieckie różniły się istotnie statystycznie (**Tabela 3**).

Tabela 3. Ocena jakości opieki w zależności od analizowanego województwa: podlaskiego oraz mazowieckiego
Table 3. Assessment of quality of care by an administrative unit of Podlachia or Mazovia

Lp./ Item no.	Oceniany obszar/Area under study	Ocena bardzo dobra (3)/ Very good (3)		Ocena dobra (2)/ Good (2)		Ocena zła (1)/ Bad (1)		Nie mam zdania (0)/ No opinion (0)
		Maz	Podl	Maz	Podl	Maz	Podl	
<i>Przyjęcie do szpitala – pobyt w izbie przyjęć/Admission to hospital: stay at the emergency room</i>								
1.	sprawność dokonywania formalności związanych z przyjęciem do szpitala/ <i>fulfilling formalities related to the admission to hospital</i>	12,33%	12,33%	17,67%	24,67%	16,33%	11,33%	p=,03786
2.	życzliwość i uprzejmość personelu izby przyjęć/ <i>kindness and courtesy of emergency staff</i>	17,67%	12,33%	23,00%	26,00%	6,00%	8,33%	p=,20920
<i>Pobyt w oddziale szpitalnym/opieka pielęgniarska/Stay at a hospital ward/nursing care</i>								
3.	dostępność opieki pielęgniarskiej w godzinach nocnych/ <i>availability of nursing care at night</i>	20,33%	17,67%	24,00%	23,67%	3,00%	5,00%	p=,46774
4.	szybkość reagowania na wezwanie pacjenta/ <i>response time to a patient's call</i>	19,67%	18,00%	23,00%	23,33%	4,67%	5,67%	p=,90155
5.	staranność wykonywanych zabiegów, opatrunków, pobierania krwi, podłączania kroplówek etc./ <i>care in performing procedures, applying wound dressings, collecting blood samples, administering a drip, etc.</i>	30,00%	29,33%	17,00%	18,67%	1,33%	1,33%	p=,67265
6.	wsparcie, zainteresowanie potrzebami chorych/ <i>support and sensitivity to the patients' needs</i>	21,00%	15,33%	20,33%	21,00%	7,33%	10,67%	p=,09132
7.	reakcje na prośby pacjentów/ <i>response to the requests of patients</i>	20,67%	15,67%	20,33%	25,67%	7,00%	6,33%	p=,25127
8.	życzliwość i uprzejmość personelu pielęgniarskiego/ <i>kindness and courtesy of nurses</i>	26,67%	21,33%	17,33%	24,00%	5,00%	3,33%	p=,10471
<i>Pobyt w oddziale szpitalnym/opieka lekarska/Stay at a hospital ward/medical care</i>								
9.	ilość czasu poświęconego pacjentowi przez lekarza/ <i>time devoted to a patient by a doctor</i>	10,67%	8,67%	21,00%	23,00%	16,67%	17,00%	p=,79776
10.	fachowość świadczonych przez lekarzy usług/ <i>professionalism of the services provided</i>	19,33%	19,33%	22,67%	24,00%	5,33%	3,00%	p=,46669
11.	wsparcie, wyjaśnienia i informacje udzielane przez lekarzy/ <i>support, explanations and information provided by doctors</i>	13,00%	11,00%	23,67%	24,33%	12,33%	12,67%	p=,67282
12.	reakcje na prośby pacjentów/ <i>response to the requests of patients</i>	10,67%	9,33%	29,67%	27,67%	7,00%	9,33%	p=,58292
13.	życzliwość i uprzejmość lekarzy/ <i>kindness and courtesy of doctors</i>	16,67%	13,67%	25,33%	27,00%	6,67%	7,67%	p=,71264
<i>Ogólna ocena szpitala/General assessment of the hospital</i>								
14.	praca personelu pomocniczego (rehabilitanci, salowe, sanitariusze etc.)/ <i>work performed by auxiliary personnel (physiotherapists, domestic assistants, hospital orderlies, etc.)</i>	23,00%	19,33%	23,33%	26,33%	2,33%	1,67%	p=,36717
15.	stan wyposażenia sal, gabinetów, (pościel, oświetlenie, krzesła, dostęp do toalety)/ <i>the status of the equipment in patients' rooms and medical rooms (bedding, light, chairs, access to toilet facilities)</i>	20,67%	15,33%	20,33%	21,33%	8,00%	13,00%	p=,07147
16.	przestrzeganie praw pacjenta (np. do kontaktu z bliskimi, poszanowania godności etc.)/ <i>respecting the patient's rights (e.g. to communicate with relatives, respect human dignity, etc.)</i>	29,00%	27,33%	14,67%	17,00%	3,00%	2,67%	p=,85540

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Dyskusja

Obserwuje się coraz większe zainteresowanie tematem jakości w opiece zdrowotnej. Wiele z publikacji oraz badania własne wskazują na zadowolenie pacjentów z zapewnianych im przez szpitale usług medycznych [10–17].

Marcinowicz i Grębowski, dokonując analizy 39 publikacji poświęconych satysfakcji pacjentów z opieki zdrowotnej, stwierdzili, że odsetek osób zadowolonych z usług zdrowotnych był znacznie większy niż odsetek niezadowolonych pacjentów [10, 11, 13].

Jednak najbardziej odzwierciedlają to ogólnopolskie badania przeprowadzone w grupie 890 pacjentów z 59 różnych oddziałów szpitalnych. Badania te dotyczyły warunków leczenia, warunków opieki zarówno lekarskiej, jak i pielęgniarskiej oraz przestrzegania praw pacjenta i dostępu chorego do informacji o stanie zdrowia. Badania wykazały, że zdecydowana większość respondentów – od 65% do ponad 80% – oceniła pozytywnie poszczególne aspekty funkcjonowania opieki zdrowotnej. Zaledwie 4,5% ankietowanych wybrało odpowiedzi negatywne. Najczęściej krytyczna ocena odnosiła się jedynie do posiłków zapewnianych przez placówki medyczne [2].

Podobne oceny uzyskano w badaniach własnych. Funkcjonowanie izby przyjęć pozytywnie oceniło 79% badanych (ocena dobra – 49,00%, bardzo dobra – 30,00%). Natomiast fachowość wykonywanych czynności pielęgnacyjnych pozytywnie oceniło 95% (ocena bardzo dobra – 59,33%, dobra – 35,67%), zaś lekarzy – 85,34% (ocena dobra – 46,67%, bardzo dobra – 38,67%), a pracę personelu pomocniczego oceniło jako dobrą 49,67%, jako bardzo dobrą – 42,33%.

Negatywne oceny w przeprowadzonych badaniach kształtowały się na znacznie wyższym poziomie w przypadku funkcjonowania izby przyjęć – 14,33%; fachowości pielęgniarek – 2,67%; fachowości lekarzy – 8,33%; personelu pomocniczego – 4%.

W badaniach przeprowadzonych w 2001 r. przez Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) wykazano, że 43% badanych jest zadowolonych z warunków leczenia, zaś 10% ankietowanych nie potrafiło określić własnego zdania [20].

Podobne wyniki do badań wyżej wymienionych udało się również zaobserwować w prezentowanej w niniejszej pracy grupie pacjentów. Na Mazowszu ogólny stan wyposażenia szpitali pozytywnie oceniło aż 41% ankietowanych, zaś na Podlasiu – 36,66%. Ocenę negatywną wystawiło 21% badanych. Znacznie częściej zła ocena pojawiała się w przypadku badanych z województwa podlaskiego (13%) niż województwa mazowieckiego (8%).

Wyniki CBOS ukazały, że jeśli chodzi o równe traktowanie pacjenta, pozytywne opinie są także częstsze niż negatywne [20].

W badaniach przeprowadzonych w 2005 r. przez pracowników Mazowieckiego Centrum Zdrowia Publicznego mimo wysokiej oceny usług medycznych niepokój może budzić wysoki procent respondentów, których nie zawsze pytano o zgodę na dane leczenie lub zabiegi, czy też nie zawsze rozumieli przekazywane im informacje o stanie zdrowia. Prawie połowa pacjentów potwierdziła, że w czasie badań lekarskich były obecne osoby trzecie. Połowy tych pacjentów nie pytano o zgodę na uczestniczenie osób trzecich, a co dziesiąty był pytany tylko czasami [11, 12]. Nie potwierdzają jednak tego faktu badania własne, gdzie zdecydowana większość – 88% badanych – podkreśla, iż ich prawa są przestrzegane przez personel medyczny (44,33% województwo podlaskie, 43,67% województwo mazowieckie).

Większość badań ukazuje, że doświadczenia pacjentów dotyczące usług, jakie zapewniają im szpitale, są zdecydowanie lepsze niż opinie powszechnie panujące, które w dużym stopniu kształtowane są przez środki masowego przekazu [14].

Media poświęcają sporo miejsca głównie negatywnym przypadkom w ochronie zdrowia – bez wątpienia należy je ujawniać, zapobiegać im, ale jednocześnie nie należy ich generalizować [11].

Zagadnienie jakości opieki zdrowotnej jest podejmowane w piśmiennictwie krajowym w wielu aspektach [21–27].

Dąbrowska-Bender i Steć [21] podejmują próbę ukazania aspektu bezpieczeństwa pacjenta w polskim i szwedzkim systemie opieki zdrowotnej, poszanowania jego praw oraz zapewnienia mu usług medycznych na najwyższym poziomie poprzez m.in.: swobodny dostęp do opieki zdrowotnej, godne warunki pobytu podczas leczenia, należyta informacja oraz odpowiedzialność ze strony wysoko wykwalifikowanego personelu medycznego. Bezpieczeństwo pacjenta obejmuje działania o szerokim zakresie i jest jednym z priorytetów w odniesieniu do jakości opieki zdrowotnej. Do działań wpływających bezpośrednio na nie należą m.in.: regulacje prawne, sytuacja finansowa, standardy jakości kadry medycznej, infrastruktury, wyposażenia oraz technologii medycznej. Dotyczy to zarówno szpitala, przychodni, domu opieki, hospicjum, jak też innych miejsc, w których jest udzielana pomoc medyczna. Szwedzki system opieki zdrowotnej uznany jest za jeden z najlepiej funkcjonujących wśród krajów wysoko rozwiniętych. Jego działalność i struktura organizacyjna może zatem stanowić wzorzec zmian usprawniających polski system opieki zdrowotnej.

Owoc i wsp. [24] przedstawili analizę wyników badań dotyczących oceny zainteresowania oraz samooceny wiedzy na temat funkcjonowania opieki zdrowotnej w Polsce. Zbadano reprezentatywną grupę (771 osób) Polaków. Badaniami objęto w 2008 r. pięć województw:

mazowieckie, zachodniopomorskie, śląskie, lubuskie i lubelskie. Kwestiami reformy systemu opieki zdrowotnej nie było zainteresowanych 50% badanych. Badani twierdzili, że ich wiedza na temat funkcjonowania opieki zdrowotnej jest wystarczająca, ale 43% twierdziło, że poziom ich wiedzy jest niski. Na poziom zainteresowania systemem funkcjonowania opieki zdrowotnej w Polsce wpływ miało wykształcenie respondentów – im wyższy poziom wykształcenia, tym większe zainteresowanie opisywanym zagadnieniem. Na poziom zainteresowania systemem ochrony zdrowia miał w badanej grupie wpływ również wiek – osoby starsze były bardziej zainteresowane opisywanym zagadnieniem. Najważniejszymi źródłami informacji na temat systemu były w badanej grupie radio, telewizja oraz prasa. Ponad 40% badanych twierdziło, że usprawnienie systemu opieki zdrowotnej w Polsce jest najważniejszym zadaniem polskiego rządu.

Badania dotyczące jakości systemu opieki zdrowotnej w Polsce obejmują również analizy dotyczące pojedynczych zagadnień: Szymańska i wsp. analizowali opinie pacjentów na temat pierwszej pomocy, podobne zagadnienie analizowali Kos i wsp., prowadząc badania w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w Kraśniku. Roszkowska i wsp. analizowali jakość opieki prenatalnej w szpitalu w Łomży. Bardzo istotnym czynnikiem wpływającym na jakość opieki zdrowotnej jest w Polsce dostępność do świadczeń i czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne, co analizowali w swojej pracy również Ziółkowska i Paciorek [27].

Wnioski

1. Problematyka jakości opieki zdrowotnej w Polsce jest podejmowana w polskiej literaturze naukowej często, w różnych aspektach, zarówno w formie prac przeglądowych, jak i prezentacji wyników badań własnych.
2. Wyniki badań własnych pokazały, że zarówno ogólna ocena usług medycznych świadczonych w analizowanych szpitalach, jak i poziom zadowolenia z kontaktu z personelem medycznym w województwach mazowieckim i podlaskim są wysokie.
3. Społeczna ocena pracy pielęgniarek i pielęgniarzy była w badanej grupie pacjentów wyższa niż ocena innych pracowników służby zdrowia – lekarzy, co może wiązać się z faktem, iż personel pielęgniarski spędza z pacjentem więcej czasu.

Piśmiennictwo

1. Głowacka MD, Sobkowski M, Staszewski R. Pomiar i analiza poziomu jakości świadczeń zdrowotnych. *Now Lek.* 2005; 74, 2: 230–231.
2. Hupert Z. Jakość w opiece medycznej: koncepcja pomiaru. Lublin: Instytut Medycyny Wsi; 2003.

3. Kalinowski P, Jędrzejewska B. Dostępność usług medycznych po reformie służby zdrowia w Polsce – opinie pacjentów. *Zdr Publ.* 2004; 114: 8–11.
4. Kapica D, Orzeł Z, Draus J. Ocena poziomu zadowolenia pacjentów szpitala ze świadczonych usług zdrowotnych. *Zdr Publ.* 2001; 111: 26–30.
5. Karaszewski R. TQM – teoria i praktyka. Toruń: Wyd. TNO-IK; 2001. 19.
6. Kisiel Z, Samborska-Sablik A, Gaszyński W. Ocena jakości opieki medycznej na przykładzie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 1 Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. *Zdr Publ.* 2008; 118(3): 329–333.
7. Koronkiewicz A, Murkowski M, Nowacki W. Problematyka akredytacji szpitali – przegląd międzynarodowy. *Zdr Publ.* 1999; 109 (supl. 4): 37–40.
8. Latański M, Tokarski S. Dostępność świadczeń zdrowotnych na terenie województwa lubelskiego: raport z badań. Lublin: Wyd. Akademii Medycznej; 2003.
9. Marcinowicz L, Grębowski R. Satysfakcja pacjentów w świetle polskich badań empirycznych – próba wyjaśnienia zagadki wysokiego poziomu zadowolenia z opieki. *Pol Merk Lek.* 2005; 17; 663–666.
10. Miller M et al. Ocena poziomu satysfakcji pacjentów leczonych na terenie województwa mazowieckiego. Warszawa: Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, PZH; 2007.
11. Miller M, Supranowicz P. Ocena jakości usług medycznych przez pacjentów szpitali. *Prz Epidemiol.* 2008; 62(3): 643–650.
12. Miller M, Supranowicz P, Gębska-Kurczeroska A et al. Ocena poziomu satysfakcji pacjentów jako element jakości pracy podstawowej opieki zdrowotnej. *Pol Merk Lek.* 2007; 23: 367–370.
13. Miller M, Supranowicz P, Targowski M. Ocena jakości i dostępności materiałów edukacyjnych o zdrowiu. II. Opinie pacjentów. *Rocz PZH.* 2004; 55: 125–131.
14. Opolski K, Dykowska G, Możdżonek M. Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Warszawa: Wyd. CeDeWu; 2009.
15. Piątek A. Doskonalenie jakości opieki pielęgniarskiej. W: Ksykiewicz-Dorota A (red.). *Podstawy organizacji pracy pielęgniarskiej.* Lublin: Wyd. Czelej; 2004. 161–184.
16. Piątek A. Zarządzanie jakością. W: Ksykiewicz-Dorota A (red.). *Zarządzanie w pielęgniarstwie.* Lublin: Wyd. Czelej; 2005. 303–328.
17. Opinia Komisji Bioetycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, <http://komisja-bioetyczna.wum.edu.pl/content/szczeg%C3%B3w%C5%82owe-informacje-oraz-wzorydokument%C3%B3w> (data dostępu: 25.01.2014).
18. Tatariewicz W. *Historia filozofii.* Tom I. Warszawa: PWN; 2011.
19. Dykowska G. Jakość usług zdrowotnych – podstawowe informacje, republika.pl/amwaw1/jakość.doc (data dostępu: 25.01.2012).
20. Opinie o opiece zdrowotnej pod koniec drugiego roku reformy, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2001/K_002_01.PDF (data dostępu: 25.01.2012).
21. Dąbrowska-Bender M, Steć M. Patient safety as part of a health care quality system on Polish and Swedish example. *Zdr Publ.* 2009; 119(3): 325–330.
22. Kos M, Dziewa A, Drop B. Assessment of satisfaction with hospital care in the ED and the Admissions depending on the place of living. *Zdr Publ.* 2013; 123(3): 205–209.
23. Kos M, Dziewa A, Drop B. Assessment of patient satisfaction carried out in the Hospital Emergency Department in Kraśnik. *Zdr Publ.* 2013; 123(2): 122–124.

24. Owoc A, Bojar I, Owoc J, Pawełczak-Barszczowska A. Functioning of the healthcare system in Poland – interest and self-assessed level of knowledge of the surveyed. Zdr Publ. 2009; 119(3): 239–242.
25. Szymańska J, Dubielis W, Horoch A. The quality of first aid services on the basis of patients' opinions. Zdr Publ. 2009; 119(3): 255–257.
26. Roszkowska U, Kulesza-Brończyk B, Dobrzycka B, Terlikowski SJ. The quality of perinatal care in the Cardinal Stefan Wyszyński Regional Hospital in Łomża. Zdr Publ. 2009; 119(3): 258–260.
27. Ziółkowska K, Paciorek P. The analysis of factors influencing the delay of the treatment by patients with the chest pain. Zdr Publ. 2009; 119(3): 247–250.

Artykuł przyjęty do redakcji: 15.03.2016
Artykuł przyjęty do publikacji: 07.07.2016

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Joanna Gotlib
ul. Żwirki i Wigury 61
02-091 Warszawa
tel.: 22 5720 490, fax: 22 5720 491
e-mail: joanna.gotlib@wum.edu.pl
Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia
Warszawski Uniwersytet Medyczny

SKUTECZNOŚĆ TERAPII BIOLOGICZNEJ W OPINII CHORYCH NA ZAPALNE CHOROBY REUMATYCZNE

PATIENTS' OPINIONS ON THE EFFICACY OF THE BIOLOGICAL THERAPY IN RHEUMATIC INFLAMMATORY DISEASES

Magdalena Staszkiwicz¹, Marta Majorczyk¹, Jolanta Jaworek²

¹ studentka studiów doktoranckich

Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum w Krakowie

² Zakład Fizjologii Medycznej, Instytut Fizjoterapii

Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum w Krakowie

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2017.12>

STRESZCZENIE

Wstęp. Zapalne choroby reumatyczne to grupa chorób cechująca się głównie przewlekłym utrzymującym się stanem zapalnym w obrębie tkanki łącznej. Szczyt zachorowalności przypada najczęściej na młody wiek. Choroby te charakteryzują się występowaniem okresów remisji i zaostrzenia. W okresie zaostrzenia choroby funkcjonowanie chorego jest znacznie ograniczone i tym samym następuje pogorszenie jego jakości życia. Nieprawidłowo leczone schorzenia mogą prowadzić do głębokiej niepełnosprawności.

Cel. Celem pracy było zbadanie opinii chorych na zapalne choroby reumatyczne dotyczącej skuteczności leków biologicznych w aspekcie zmniejszenia objawów chorobowych, a także określenie wpływu działania tych leków na samoocenę stanu zdrowia chorych.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono wśród chorych na zapalne choroby reumatyczne, w tym reumatoidalne zapalenie stawów (RZS), zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa (ZZSK) i tłuszczycowe zapalenie stawów (ŁZS). Przebadano 126 chorych, wśród których było 60 chorych leczonych lekami modyfikującymi przebieg choroby (LMPCh) i 66 chorych, u których wdrożona była terapia biologiczna. Badania przeprowadzono w małopolskich oddziałach reumatologicznych. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnego autorstwa.

Wyniki. Chorzy na zapalne choroby reumatyczne leczeni LMPCh oceniali stopień nasilenia bólu głównie jako umiarkowany i silny, natomiast chorzy, u których stosowana jest terapia biologiczna, ocenili ból głównie jako niewielki i umiarkowany. Sztywność poranna trwała krócej u chorych, u których zastosowano terapię biologiczną, niż u chorych leczonych LMPCh. Chorzy poddani terapii biologicznej lepiej oceniali stan swojego zdrowia niż pacjenci leczeni LMPCh ($p < 0,01$).

Wnioski. Leki biologiczne w większym stopniu niż LMPCh wpływają na poprawę odczuwanego stanu zdrowia wśród chorych na reumatoidalne zapalenie stawów, zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa i tłuszczycowe zapalenie stawów. Chorzy, u których stosowana jest terapia biologiczna, wykazują mniejsze deficyty w samoopiece niż chorzy, u których stosowana jest terapia LMPCh.

SŁOWA KLUCZOWE: reumatoidalne zapalenie stawów, tłuszczycowe zapalenie stawów, zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa, terapia biologiczna.

ABSTRACT

Introduction. Inflammatory rheumatic diseases belong to a group of diseases characterized mainly by chronic persistent inflammation within the connective tissue. The peak incidence applies mostly to the young people. These diseases are characterized by the periods of remissions and exacerbations. During the flare the functioning of the patient is significantly reduced following by deterioration in their quality of life. Improperly treated ailments can lead to a profound disability.

Aim. The aim of the study was to examine the patients' opinions on the inflammatory rheumatic disease as regards to the effectiveness of biological medicines in terms of the reduction of disease symptoms as well as their impact on the patients' self-esteem.

Material and methods. The research was conducted among patients with inflammatory rheumatic diseases, including rheumatoid arthritis (RA), ankylosing spondylitis (AS) and psoriatic arthritis (PA). All together 126 patients have been tested among whom there were 60 patients treated with disease-modifying drugs and 66 patients subjected to the biological therapy. The study was conducted in the Malopolska rheumatological wards. The research tool was the original questionnaire.

Results. The patients with inflammatory rheumatic diseases treated with the Disease-Modifying Drugs assessed the severity of pain as moderate and strong, while the patients subjected to the biological therapy assessed the pain mainly as a bearable and moderate. The morning stiffness lasted shorter by the patients subjected to the biological therapy than by the patients with therapy. Patients with biological therapy compared to patients treated with the disease-modifying drugs therapy. The patients subjected to the biological therapy evaluated their health condition better in comparison with the patients subjected to the disease-modifying drugs ($p < 0.01$).

Conclusions. The biological medicaments improve substantially the perceived state of health among the patients with rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis arthritis of the spine and psoriatic arthritis in contrast to the disease-modifying drugs users. Patients who use a biological therapy show fewer deficits in self-care than patients who use DMARDs therapy.

KEYWORDS: rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis, ankylosing spondylitis arthritis of the spine, biological therapy.

Wprowadzenie

Zapalne choroby reumatyczne to grupa chorób, która cechuje się przewlekłe utrzymującym się stanem zapalnym w obrębie tkanki łącznej. Zmiany spowodowane są najczęściej przyczynami autoimmunologicznymi. Szczyt zachorowalności przypada najczęściej na 30.–40. rok życia, a więc dotyczy osób w młodym wieku. Choroby te charakteryzują się występowaniem okresów remisji i zaostrzeń. W okresie zaostrzenia choroby znacznie ograniczone jest funkcjonowanie chorego i tym samym następuje pogorszenie jakości jego życia. Nieprawidłowo leczone schorzenia mogą prowadzić do znacznej niepełnosprawności [1].

Reumatoidalne zapalenie stawów jest chorobą układową tkanki łącznej o podłożu autoimmunologicznym. Etiologia choroby wciąż nie jest w pełni znana [2]. Kobiety chorują trzy razy częściej niż mężczyźni. U około 70% chorych występują okresy zaostrzeń i remisji. U 15% chorych choroba ma przebieg łagodny, charakteryzujący się umiarkowaną aktywnością oraz zajęciem kilku stawów, u 10% chorych występują długotrwałe, nawet kilkuletnie remisje. Znacznie częściej do samistnych remisji dochodzi u mężczyzn i u chorych w starszym wieku. Choroba może postępować szybko, już w ciągu kilku tygodni mogą pojawić się widoczne objawy, a u 15% chorych objawy mogą rozwinąć się nawet w ciągu kilku dni [2, 3]. Zmiany kliniczne typowe dla tej jednostki chorobowej są to symetryczny ból i obrzęk stawów rąk i stóp, a także rzadziej dużych stawów, oraz sztywność poranna zwykle trwająca dłużej niż godzinę. Inne mniej charakterystyczne objawy to: stany podgorączkowe, bóle mięśni, utrata masy ciała i ciągłe zmęczenie [2]. Leczenie RZS obejmuje postępowanie farmakologiczne oraz niefarmakologiczne, edukację chorego, terapię uzdrowiskową i leczenie operacyjne [2]. Farmakoterapia u chorych na RZS opiera się na zastosowaniu leków modyfikujących przebieg choroby (LMPCh), niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ), glikokortykosteroidów (GKS) i leków biologicznych. Złotym standardem w leczeniu RZS są LMPCh, głównie metotreksat. Ponad 10 lat temu wprowadzono do farmakoterapii leki biologiczne [4–7].

Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa (ZZSK) zaliczane jest do grupy spondyloartropatii seronegatywnych [8]. Patogeneza ZZSK nie została do tej pory wyjaśniona. Proces chorobowy wiąże się głównie z zapaleniem przyczepów ścięgniastych i prowadzi do kostnienia tych przyczepów oraz tkanek okołostawowych kręgosłupa [9]. Kręgosłup przypomina wyglądem „kij bambusowy”. Choroba obejmuje drobne stawy międzykręgosłupowe, więzadła międzykręgosłupowe i stawy krzyżowo-biodrowe, prowadząc do ich stopniowego usztywnienia [8]. Pierwsze objawy pojawiają się najczęściej

pod koniec okresu dojrzewania lub u młodych dorosłych, bardzo rzadko występują po 40. roku życia. Choroba wstępuje 2–3 razy częściej u mężczyzn, a jej przebieg jest zależny od płci. U mężczyzn zajęte są głównie: kręgosłup i miednica, rzadziej ściana klatki piersiowej, stawy biodrowe, barkowe i stopy; u kobiet zmiany zapalne obejmują: stawy kolanowe, nadgarstkowe, skokowe, biodrowe i miednicę, proces zapalny stawów kręgosłupa jest mniej zaawansowany. U kobiet choroba częściej ma przebieg powolny i łagodny. Częstość występowania ZZSK na świecie szacuje się na 0,9%–1,4% [10]. Główną dolegliwością występującą u chorych jest ból, który często nasila się w nocy, a rano wraz z bólem występuje sztywność. Po wykonaniu ćwiczeń fizycznych ból ulega zmniejszeniu [9]. Przewlekłe natężenie bólu i sztywność narastają stopniowo w miarę obejmowania stanem zapalnym coraz wyższych odcinków kręgosłupa i utraty prawidłowych krzywizn. Zmiany prawidłowych krzywizn kręgosłupa i jego usztywnienie, jak również częste równoczesne zmiany w stawach obwodowych powodują nieprawidłową postawę ciała i często prowadzą do powstania przykurczów w obrębie kończyn. Chory przybiera charakterystyczną pozę – lekko pochylony do przodu, chodzi, patrząc w ziemię, a gdy ogląda się za siebie – obraca całe ciało. Ogólne zalecenia to: edukacja chorego w kierunku zasad postępowania rehabilitacyjnego, spanie na twardym podłożu z niewielką poduszką pod głową, a także przystosowanie warunków pracy do możliwości chorego [10]. Leczenie w ZZSK jest kompleksowe i obejmuje: farmakoterapię, fizjoterapię, psychoterapię oraz leczenie operacyjne. W ZZSK stosowane są następujące grupy leków: niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ), glikokortykosteroidy (GKS), leki modyfikujące przebieg choroby (LMPCh) oraz leki biologiczne [10].

Łuszczycowe zapalenie stawów (ŁZK) jest jak poprzednie choroby zapalnym schorzeniem stawów o nieznaną etiologię. Występuje ono u 5–30% chorych na łuszczycę, jako spondyloartropatia seronegatywna, która obejmuje przyczepy ścięgien i więzadeł, a także powięź i stawy [11]. Choroba rozpoczyna się przeważnie między 20. a 50. rokiem życia. Rzadko występuje postać młodzieńcza, która zaczyna się między 9. a 12. rokiem życia. Częstość występowania u obu płci jest taka sama. U kobiet postać choroby częściej przypomina RZS, natomiast u mężczyzn dominuje postać charakteryzująca się zajęciem kręgosłupa. Przebieg jest zmienny, występują okresy zaostrzeń i remisji. ŁZK w miarę upływu czasu prowadzi do inwalidztwa. Choroba często rozpoczyna się od stawów międzypaliczkowych i przeważnie dotyczy tylko jednej ręki lub palca. Jest to jeden z istotnych objawów odróżniających to schorzenie od reumatoidalnego zapalenia stawów. W przebiegu choroby

także nie pojawia się czynnik reumatoidalny, co stanowi jeden z objawów różnicujących ŁZS i RZS. Leczenie zależne jest od postaci faszycowego zapalenia stawów. Opiera się na czterech zasadniczych filarach, którymi są: edukacja chorego, leczenie farmakologiczne, rehabilitacja oraz leczenie operacyjne [11, 12].

Szacuje się, że na dolegliwości reumatyczne, w tym na wyżej wymienione choroby, cierpi przeciętnie co czwarty Polak. Podobnie jest na świecie [1]. Złotym standardem w leczeniu chorób reumatycznych są leki modyfikujące przebieg choroby (LMPCh), głównie metotreksat. Od kilkunastu lat w Polsce stosuje się również w farmakoterapii nowatorską terapię biologiczną, w której pacjenci i lekarze pokładają duże nadzieje.

Leki biologiczne są przeciwciałami monoklonalnymi lub receptorami, które wiążą się z czynnikami humoralnymi i komórkami uczestniczącymi w odpowiedzi immunologicznej. Leki te stworzono, opierając się na zasadach inżynierii genetycznej, stąd ich nazwa. Odpowiadają one za zahamowanie reakcji zapalnych. Najważniejszymi zaletami tych leków opisywanymi w literaturze są: bardzo szybkie efekty działania, zdecydowane zmniejszenie dolegliwości, dłuższy okres remisji, redukcja bólu i poprawa jakości życia. Wady terapii biologicznej to: osłabienie obronnej odpowiedzi immunologicznej organizmu, więc obniżona zdolność do walki z infekcjami, przede wszystkim wirusowymi i grzybicą, nasilenie lub wznowienie towarzyszących chorób przewlekłych (np. gruźlicy), a także ryzyko wystąpienia choroby nowotworowej. Ograniczeniem terapii biologicznej jest również jej wysoka cena [13].

Celem niniejszej pracy było zbadanie opinii chorych na zapalne choroby reumatyczne dotyczącej skuteczności leków biologicznych w aspekcie zmniejszenia objawów chorobowych, a także określenie wpływu działania tych leków na samoocenę stanu zdrowia chorych.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono wśród chorych na zapalne choroby reumatyczne, w tym RZS, ZZSK i ŁZS. Przebadano 126 chorych, wśród których 60 było leczonych LMPCh i 66 chorych, u których wdrożona była tylko terapia biologiczna. Do badań włączono chorych z co najmniej 5-letnim czasem trwania choroby. Badania przeprowadzono na terenie małopolskich oddziałów reumatologicznych.

Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety, który zawierał pytania dotyczące natężenia występowania podstawowych klinicznych objawów choroby: bólu stawów, obrzęku stawów i sztywności porannej stawów, oraz samooceny stanu zdrowia pacjentów. Pozostałe pytania dotyczyły częstotliwości stosowania leków przeciwbólowych przez pacjenta, oceny skuteczności zastosowanego leczenia oraz poprawy stanu zdrowia.

W badaniu wykorzystano metodę szacowania [14]. Związek między poszczególnymi zmiennymi sprawdzono przy użyciu testu chi-kwadrat oraz testu korelacji rang Spearmana, przyjmując poziom istotności dla $p < 0,05$.

Średnia wieku chorych na RZS wynosiła $45 \text{ lat} \pm 15$, czas trwania choroby – $13 \text{ lat} \pm 9$. W tej grupie chorych było 37 kobiet i 23 mężczyzn. Terapię biologiczną stosowano u 30 chorych, NLPCh – również u 30 (**Tabela 1**).

Tabela 1. Charakterystyka pacjentów z RZS (n = 60)
Table 1. Characteristics of patients with RA (n = 60)

Rodzaj farmakoterapii (liczba osób)/Type of pharmacotherapy (number of people)	Wiek (lata) [x ± SD]/ Age (years) [x ± SD]	Czas trwania choroby (lata) [x ± SD]/ Duration of the disease (years) [x ± SD]
Terapia biologiczna (n = 30 osób)/ Biological therapy (n = 30 people)	47 ± 12	14 ± 6
LMPCh (n = 30 osób)/ DMARDs (n = 30 people)	42 ± 17	12 ± 11

n – liczba badanych osób; x – średnia; SD – odchylenie standardowe; LMPCh – leki modyfikujące przebieg choroby; RZS – reumatoidalne zapalenie stawów/
n – the number of people tested/x – average; SD – standard deviation; DMARDs – disease-modifying drugs; RA – rheumatoid arthritis

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Badana grupa chorych na ZZSK liczyła 38 osób, w tym 9 kobiet i 29 mężczyzn. Średnia wieku chorych na ZZSK wynosiła $35 \text{ lat} \pm 10$. Pacjenci chorowali średnio $8 \text{ lat} \pm 5$ (**Tabela 2**).

Tabela 2. Charakterystyka pacjentów z ZZSK (n = 38)
Table 2. Characteristics of the patients with AS (n = 38)

Rodzaj farmakoterapii (liczba osób)/Type of pharmacotherapy (number of people)	Wiek (lata) [x ± SD]/ Age (years) [x ± SD]	Czas trwania choroby (lata) [x ± SD]/ Duration of the disease (years) [x ± SD]
Terapia biologiczna (n = 20 osób)/ Biological therapy (n = 20 people)	35 ± 6	9 ± 6
LMPCh (n = 18 osób) DMARDs (n = 18 people)	35 ± 12	7 ± 4

n – liczba badanych osób; x – średnia; SD – odchylenie standardowe; LMPCh – leki modyfikujące przebieg choroby; ZZSK – zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa/
n – the number of people tested; x – average; SD – standard deviation; DMARDs – disease-modifying drugs; AS – ankylosing spondylitis

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Przebadano 28 chorych na ŁZS, w tym 13 kobiet i 15 mężczyzn. Średnia wieku chorych na ŁZS wynosiła $41 \text{ lat} \pm 10$. Pacjenci chorowali średnio $10 \text{ lat} \pm 6$ (**Tabela 3**).

Tabela 3. Charakterystyka pacjentów z ŁZS (n = 28)
Table 3. Characteristics of patients with PA (n = 28)

Rodzaj farmakoterapii (liczba osób)/Type of pharmacotherapy (number of people)	Wiek (lata) [x ± SD]/ Age (years) [x ± SD]	Czas trwania choroby (lata) [x ± SD]/ Duration of the disease (years) [x ± SD]
Terapia biologiczna (n = 16 osób)/ Biological therapy (n = 16 people)	65 ± 11	12 ± 4
LMPCh (n = 12 osób)/ DMARDs (n = 12 people)	40 ± 10	8 ± 5

n – liczba badanych osób; x – średnia; SD – odchylenie standardowe; LMPCh – leki modyfikujące przebieg choroby; ŁZS – łuszczycowe zapalenie stawów/
n – the number of people tested; x – average; SD – standard deviation; DMARDs – disease-modifying drugs; PA – psoriatic arthritis

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Wyniki badań

Chorzy na zapalne choroby reumatyczne leczeni LMPCh oceniali stopień nasilenia bólu głównie jako

umiarkowany (19 osób) i silny (22 osoby), natomiast chorzy, u których stosowana była terapia biologiczna, ocenili ból głównie jako niewielki (16 osób) i umiarkowany (47 osób). Wśród wszystkich badanych chorych wykazano silną zależność między rodzajem zastosowanej farmakoterapii a stopniem nasilenia bólu. Chorzy, u których wdrożona była terapia biologiczna, skarżyli się na występowanie bólu o mniejszym nasileniu niż chorzy leczeni LMPCh ($p < 0,01$) (Tabela 4).

Chorzy poddani leczeniu z zastosowaniem LMPCh podawali, że obrzęk stawów, który im towarzyszy, jest niewielki (17 osób), średni (31 osób) bądź duży (3 osoby), natomiast chorzy, u których zastosowana była terapia biologiczna, wskazali, że nie występuje u nich obrzęk stawów lub jest on niewielki (38 osób) bądź średni (12 osób). Wykazano silną korelację między rodzajem zastosowanej farmakoterapii a stopniem zaawansowania obrzęku stawów. Chorzy poddani terapii biologicznej odczuwali mniejszy obrzęk niż chorzy leczeni LMPCh ($p < 0,01$) (Tabela 5).

Tabela 4. Stopień nasilenia bólu z uwzględnieniem rodzaju choroby i farmakoterapii (n = 126)
Table 4. The severity of pain taking into account the disease and the type of pharmacotherapy (n = 126)

Stopień nasilenia bólu/ The severity of pain	RZS (n = 60 osób)/ RA (n = 60 people)		ZZSK (n = 38 osób)/ AS (n = 38 people)		ŁZS (n = 28 osób)/ PA (n = 28 people)		
	TB – n chorych/ BT – n sick	LMPCh – n chorych/ DMARDs – n sick	TB – n chorych/ BT – n sick	LMPCh – n chorych/ DMARDs – n sick	TB – n chorych/ BT – n sick	LMPCh – n chorych/ DMARDs – n sick	
Brak bólu/No pain	1	0	0	0	0	1	
Niewielki ból/A slight pain	4	6	8	5	4	3	
Umiarkowany ból/Moderate pain	25	9	11	6	11	4	p < 0,01 r = 0,18
Silny ból/Severe pain	0	13	1	5	1	4	
Bardzo silny ból/Extreme pain	0	2	0	2	0	0	

n – liczba badanych osób; TB – terapia biologiczna; LMPCh – leki modyfikujące przebieg choroby; RZS – reumatoidalne zapalenie stawów; ZZSK – zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa; ŁZS – łuszczycowe zapalenie stawów; r – współczynnik korelacji rang Spearmana/
n – the number of people tested; BT – biological therapy; DMARDs – disease modifying medications; RA – rheumatoid arthritis; AS – ankylosing spondylitis arthritis of the spine; PA – psoriatic arthritis; r – Spearman's rank coefficient of correlation

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Tabela 5. Stopień zaawansowania obrzęku stawów z uwzględnieniem rodzaju choroby i farmakoterapii (n = 126)
Table 5. The degree of the joints swelling, taking into account the disease and the type of Pharmacotherapy (n = 126)

Stopień zaawansowania obrzęku stawów/ Degree of swelling of joints	RZS (n = 60 osób)/ RA (n = 60 people)		ZZSK (n = 38 osób)/ AS (n = 38 people)		ŁZS (n = 28 osób)/ PA (n = 28 people)		
	TB – n chorych/ BT – n sick	LMPCh – n chorych/ DMARDs – n sick	TB – n chorych/ BT – n sick	LMPCh – n chorych/ DMARDs – n sick	TB – n chorych/ BT – n sick	LMPCh – n chorych/ DMARDs – n sick	
Brak obrzęku/No swelling	3	0	5	4	4	5	
Niewielki obrzęk/Slight swelling	17	6	13	7	8	4	p < 0,01 r = 0,21
Średni obrzęk/Medium swelling	7	22	2	7	3	2	
Duży obrzęk/A large swelling	3	2	0	0	1	1	

n – liczba badanych osób; TB – terapia biologiczna; LMPCh – leki modyfikujące przebieg choroby; RZS – reumatoidalne zapalenie stawów; ZZSK – zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa; ŁZS – łuszczycowe zapalenie stawów; r – współczynnik korelacji rang Spearmana/
n – the number of people tested; BT – biological therapy; DMARDs – disease modifying medications; RA – rheumatoid arthritis; AS – ankylosing spondylitis arthritis of the spine; PA – psoriatic arthritis; r – Spearman's rank coefficient of correlation

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Czas trwania sztywności porannej został określony w grupie chorych poddanych terapii biologicznej głównie jako trwający krócej niż 30 minut (22 osoby), od 30 minut do godziny (27 osób) lub nie zaobserwowano sztywności porannej (14 osób). Wśród chorych leczonych LMPCh przeważnie sztywność poranna trwała 30 minut do godziny (36 osób) lub powyżej godziny (12 osób). Wykazano silną korelację między rodzajem zastosowanej terapii a wystąpieniem i czasem trwania sztywności porannej ($p < 0,01$) (Tabela 6).

Wśród chorych na RZS (zarówno leczonych LMPCh, jak i poddanych terapii biologicznej) 25 pacjentów stosowało leki przeciwbólowe. Chorzy, u których wprowadzona była terapia biologiczna, znacznie rzadziej niż chorzy przyjmujący LMPCh zażywali leki przeciwbólowe i często wystarczająca była dla nich jedno-

razowa dawka leku (raz dziennie) ($p < 0,01$, $r = 0,12$). Wśród chorych na ZZSK stosujących LMPCh więcej pacjentów przyjmowało leki przeciwbólowe (14 osób) i częściej niż jeden raz dziennie w porównaniu do chorych leczonych lekami biologicznymi ($p < 0,01$, $r = 0,21$). Wśród chorych na ŁZS stosujących terapię biologiczną połowa (8 osób) nie przyjmowała w ogóle leków przeciwbólowych, a w grupie chorych przyjmujących LMPCh połowa (6 osób) zażywała co najmniej dwa razy dziennie leki niwelujące ból ($p < 0,01$, $r = 0,26$).

Chorzy na podane wyżej zapalne choroby reumatyczne, u których zastosowana była terapia biologiczna, znacznie wyżej oceniali swój stan zdrowia, określając go jako dobry (11 osób) i średni (51 osób), niż chorzy leczeni LMPCh, którzy oceniali swój stan zdrowia głównie jako średni (26 osób) i zły (20 osób) (Tabela 7).

Tabela 6. Czas trwania sztywności porannej stawów z uwzględnieniem rodzaju choroby i farmakoterapii ($n = 126$)

Table 6. The duration of morning stiffness taking into account the disease and the type of pharmacotherapy ($n = 126$)

Czas trwania sztywności porannej/ The duration of morning stiffness	RZS ($n = 60$ osób)/ RA ($n = 60$ people)		ZZSK ($n = 38$ osób)/ AS ($n = 38$ people)		ŁZS ($n = 28$ osób)/ PA ($n = 28$ people)		
	TB – n chorych/ BT – n sick	LMPCh – n chorych/ DMARDs – n sick	TB – n chorych/ BT – n sick	LMPCh – n chorych/ DMARDs – n sick	TB – n chorych/ BT – n sick	LMPCh – n chorych/ DMARDs – n sick	
Nie wystąpiła/Not occurred	8	1	0	0	6	3	
< 30 minut/< 30 minutes	5	2	10	4	7	2	$p < 0,01$ $r = 0,11$
30 minut – 1 godziny/ 30 minutes – 1 hour	14	17	10	12	3	7	
> 1 godziny/> 1 hour	3	10	0	2	0	0	

n – liczba badanych osób; TB – terapia biologiczna; LMPCh – leki modyfikujące przebieg choroby; RZS – reumatoidalne zapalenie stawów; ZZSK – zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa; ŁZS – łuszczycowe zapalenie stawów; r – współczynnik korelacji rang Spearmana/

n – the number of people tested; BT – biological therapy; DMARDs – disease modifying medications; RA – rheumatoid arthritis; AS – ankylosing spondylitis arthritis of the spine; PA – psoriatic arthritis; r – Spearman's rank coefficient of correlation

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Tabela 7. Samoocena stanu zdrowia pacjentów z uwzględnieniem rodzaju choroby i farmakoterapii ($n = 126$)

Table 7. Self-esteem of the patients' health status with regard to the disease and the type of pharmacotherapy ($n = 126$)

Samoocena stanu zdrowia/ Self-assessment of health	RZS ($n = 60$ osób)/ RA ($n = 60$ people)		ZZSK ($n = 38$ osób)/ AS ($n = 38$ people)		ŁZS ($n = 28$ osób)/ PA ($n = 28$ people)		
	TB – n chorych/ BT – n sick	LMPCh – n chorych/ DMARDs – n sick	TB – n chorych/ BT – n sick	LMPCh – n chorych/ DMARDs – n sick	TB – n chorych/ BT – n sick	LMPCh – n chorych/ DMARDs – n sick	
Dobry/Good	3	7	5	2	3	3	
Średni/The average	27	12	12	8	12	6	$p < 0,01$ $r = 0,18$
Zły/Bad	0	10	3	7	1	3	
Trudny do określenia/Difficult to evaluate	0	1	0	1	0	0	

n – liczba badanych osób; TB – terapia biologiczna; LMPCh – leki modyfikujące przebieg choroby; RZS – reumatoidalne zapalenie stawów; ZZSK – zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa; ŁZS – łuszczycowe zapalenie stawów; r – współczynnik korelacji rang Spearmana/

n – the number of people tested; BT – biological therapy; DMARDs – disease modifying medications; RA – rheumatoid arthritis; AS – ankylosing spondylitis arthritis of the spine; PA – psoriatic arthritis; r – Spearman's rank coefficient of correlation

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Wśród chorych na RZS chorzy leczeni lekami biologicznymi w wysokim stopniu odczuwali poprawę stanu zdrowia i uważali, że aktualne leczenie jest znacznie bardziej skuteczne od poprzedniego (25 osób). Chorzy leczeni LMPCh uważali, że poprawa była niewielka (19 osób) ($p < 0,01$, $r = 0,22$). Wszyscy chorzy na ZZSK i ŁZS, u których prowadzona była terapia biologiczna (20 osób; 16 osób), stwierdzili, że ta terapia była bardziej skuteczna od poprzedniej i odczuwali dużą poprawę stanu zdrowia, natomiast pacjenci z wdrożoną terapią LMPCh nie stwierdzali znaczącej różnicy stanu zdrowia ($p < 0,01$, $r = 0,38$).

Dyskusja

Jakość życia chorych na RZS jest niewątpliwie ważnym wskaźnikiem oceny skuteczności zastosowanej terapii, który może ułatwić lekarzowi podjęcie decyzji o zmianie sposobu leczenia pacjenta. W chorobach reumatycznych utrzymanie dobrej jakości życia lub próba powrotu do jakości życia sprzed choroby są jednym z głównych celów terapii [1]. Dwunastego października każdego roku obchodzi się Światowy Dzień Reumatyzmu, którego głównymi hasłami są: jakość życia i niezależność [15].

W 2012 r. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego oszacował, że w Polsce na poważne dolegliwości reumatyczne, które są przyczyną inwalidztwa, cierpi 10% mężczyzn i 25% kobiet między 30. a 60. rokiem życia [16]. Najczęściej występującą zapalną chorobą reumatyczną w społeczeństwie jest RZS. Niniejsze badanie wykazuje, iż terapia biologiczna w tej chorobie bardziej skutecznie niż LMPCh zmniejszyła nasilenie uciążliwych dolegliwości. Ma to również potwierdzenie w badaniach innych autorów. Wykazano skuteczność leków biologicznych, które zmniejszają stopień odczuwanego bólu, hamują postęp zmian stawowych oraz umożliwiają choremu w krótkim czasie osiągnąć remisję choroby [5, 17].

ZZSK to choroba przewlekła, która prowadzi do głębokiej niepełnosprawności, głównie z powodu upośledzenia funkcji kręgosłupa [18]. W badaniach własnych wykazano pozytywny wpływ terapii biologicznej na samoocenę stanu zdrowia tej grupy chorych. Gorman i wsp. opisali zastosowanie terapii farmakologicznej z użyciem etanerceptu jako formy leczenia przynoszącej znaczną poprawę takich parametrów, jak: sztywność poranna, ból kręgosłupa, liczba obrzękniętych stawów i sprawność chorego na ZZSK [19]. Również wyniki badań z zastosowaniem blokerów TNF α w leczeniu ZZSK wykazały poprawę takich wskaźników, jak: ból, aktywność i wydolność funkcjonalna oraz wskaźniki laboratoryjne, m.in. CRP [20]. Podobne badania przeprowadzone w Instytucie Reumatologii w Pradze wykazały, że blisko połowa chorych na ZZSK

poddanych terapii biologicznej uzyskała pozytywną i skuteczną odpowiedź kliniczną na zastosowaną terapię [21, 22].

ŁZS jest chorobą przewlekłą, która nie tylko ogranicza sprawność fizyczną chorych i pogarsza tym samym ich jakość życia, ale także charakteryzuje się wystąpieniem zmian na skórze chorego. Niniejsze badania wykazały, że terapia biologiczna znacznie zmniejsza natężenie i częstotliwość występowania objawów wśród chorych na ŁZS oraz wpływa na samoocenę stanu zdrowia chorych. Grupa amerykańskich naukowców stwierdziła, że stosowanie leków biologicznych zwiększa szansę na osiągnięcie pozytywnej odpowiedzi klinicznej [23]. Badania zrealizowane przez Targońską-Stępnia i wsp. również potwierdziły, że terapia biologiczna skutecznie obniża objawy bólowe i zapalenia stawów, poprawia sprawność fizyczną i ogranicza wystąpienie zmian skórnych. Autorzy badań uważają ten rodzaj terapii za znacznie bardziej skuteczny od tradycyjnych metod leczenia [24].

W latach 80. wdrożono do farmakoterapii chorób reumatycznych leki biologiczne, które niewątpliwie przyczyniły się do poprawy jakości życia chorych. W praktyce naukowej dokonuje się porównania wpływu leków tradycyjnych i leków biologicznych na jakość życia chorych cierpiących na choroby reumatyczne [25]. Leki biologiczne w Polsce są wdrożone do farmakoterapii chorób reumatycznych w ramach Terapeutycznego Programu Zdrowotnego poświęconego RZS, ZZSK i ŁZS [26].

Wnioski

1. Leki biologiczne w większym stopniu niż leki modyfikujące przebieg choroby (LMPCh) wpływają na odczuwaną poprawę stanu zdrowia wśród chorych na RZS, ZZSK i ŁZS.
2. Aż 90% badanych leczonych lekami biologicznymi uważa, że ten rodzaj terapii jest bardziej skuteczny od terapii LMPCh.
3. Pacjenci, u których wdrożona jest terapia biologiczna, zażywają mniej leków przeciwbólowych niż pacjenci leczeni LMPCh.
4. Natężenie i częstotliwość występujących objawów chorób zapalnych stawów są mniejsze wśród chorych leczonych terapią biologiczną w porównaniu do chorych przyjmujących LMPCh.
5. Chorzy cierpiący na zapalne choroby reumatyczne, u których stosowana jest terapia biologiczna, są bardziej sprawni fizycznie i wymagają pomocy pielęgnacyjnej w mniejszym stopniu niż chorzy leczeni terapią konwencjonalną (LMPCh).

Piśmiennictwo

1. Baran M, Majorczyk M, Jaworek J. Wpływ terapii biologicznej na jakość życia chorych cierpiących na zapalne choroby reumatyczne – opinia pacjentów. W: Jaworek J, Gaździk T (red.). Fizjoterapia w profilaktyce chorób cywilizacyjnych i ich leczeniu. Kraków: Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2014. 11–24.
2. Stanisławska-Biernat E, Sierakowska M, Sierakowski S. Nowe kryteria klasyfikacyjne reumatoidalnego zapalenia stawów. *Reumatologia*. 2010; 48(6): 361–365.
3. Głuszko P, Filipowicz-Sosnowska A, Tlustochowicz W. Reumatoidalne zapalenie stawów. *Reumatologia*. 2012; 50(2): 83–90.
4. Crofford LJ. Use of NSAIDs in treating patients with arthritis. *Arthritis Res Ther*. 2013; 15/3; doi: 10.1186/ar4174.
5. Żuk B, Księżopolska-Orłowska K. Standardy leczenia. Ochrona stawów w reumatoidalnym zapaleniu stawów. Czynności dnia codziennego. *Reumatologia*. 2009; 47(4): 193–201.
6. Małydyk P, Michalak C. Działania naprawcze i projekty w toku. Miejsce reumortopedii w procesie leczenia chorych reumatycznych. *Reumatologia*. 2007; 45(1): 37–40.
7. Bednarek A, Samborski W. Leczenie biologiczne w reumatologii. W: Adamski Z, Linke K, Samborski W (red.). Leczenie biologiczne w dermatologii, gastroenterologii i reumatologii. Poznań: Wyd. Med. Termedia; 2010. 285–303.
8. Wiland P, Filipowicz-Sosnowska A, Głuszko P, Kucharz E, Maśliński W, Samborski W, Szechiński J, Tlustochowicz W, Brzosko M. Rekomendacje w postępowaniu diagnostycznym i terapeutycznym u chorych na zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa. Opracowane przez Zespół Konsultanta Krajowego z dziedziny Reumatologii. *Reumatologia*. 2008; 46(4): 191–197.
9. Wiland P. Zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa. *Med Dypł*. 2006; 7: 1–5.
10. Zimmermann-Górska I. Choroby reumatyczne. W: Szczekliki A, Gajewski P (red.). Choroby wewnętrzne. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2009. 794–869.
11. Rutkowska-Sak L, Rell-Bakalarska M, Lisowska B, Słowińska I. Łuszczykowe zapalenie stawów w wieku rozwojowym – opis przypadku. *Reumatologia*. 2006; 44(6): 378–380.
12. Matuszewska A, Misterska-Skora M, Wiland P. Aktywna postać łuszczykowego zapalenia stawów w ciąży – wyzwania i ograniczenia farmakoterapii. *Rocz Pomor Akad Med*. 2010; 561: 45–47.
13. Bednarek A, Balcer N, Samborski W, Jabłeczka A. Leki biologiczne stosowane w reumatologii. *Farm Współ*. 2009; 2: 156–164.
14. Lenartowicz H, Kózka M. Metodologia badań w pielęgniarstwie. Podręcznik dla studiów medycznych. Warszawa: PZWL; 2011: 117–127.
15. Grygielska J. Ocena wybranych dziedzin życia w chorobach reumatycznych – analiza porównawcza badań ankietowych. *Reumatologia*. 2008; 46(4): 230–234.
16. Krueger G, Callis K. Potential of tumor necrosis factor inhibitors in psoriasis and psoriatic arthritis. *Arch Dermatol*. 2004; 140/2: 218–225.
17. Strand V, Sharp V, Koenig AS, Park G, Shi Y, Wang B, Zack DJ, Fiorentino D. Comparison of health-related quality of life in rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis and psoriasis and effects of etanercept treatment. *Ann Rheum Dis*. 2012; 71/7: 1143–1150.
18. Olewicz-Gawlik A, Hrycaj P. Genetyczne podstawy zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa. *Reumatologia*. 2007; 45(3): 137–141.
19. Gorman JD, Sack KE, Davis JC Jr. Treatment of ankylosing spondylitis by inhibition of tumor necrosis factor alpha. *N Engl J Med*. 2002; 2, 346(18): 1349–1356.
20. Tlustochowicz M. Rytuksymab – miejsce w leczeniu reumatoidalnego zapalenia stawów. *Reumatologia*. 2011; 49(1): 55–61.
21. Parada-Turska J, Dudek P, Seweryn R, Majdan M. Skuteczność i bezpieczeństwo stosowania rytuksymabu u pacjentów z aktywnym reumatoidalnym zapaleniem stawów – 5-letnie obserwacje własne. *Reumatologia*. 2013; 51(1): 20–25.
22. Lachaine J, Beauchemin C, Desjardins O. Use of biologic agents in the treatment of rheumatoid arthritis: an analysis of the Quebec provincial drug reimbursement program database. *Value Health*. 2013; 16, 3: 230–231.
23. Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych. 4180 aktywnie leczonych biologicznie w chorobach reumatycznych, <http://reumatologia.mp.pl/aktualnosci/83871,4180-aktywnie-leczonych-biologicznie-w-chorobach-reumatycznych> (data dostępu: 6.06.2016).
24. Targońska-Stępnik B, Majdan M, Seweryn R, Kiełbik Z. Doświadczenia własne w leczeniu adalimumabem chorych na reumatoidalne zapalenie stawów, zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa i łuszczykowe zapalenie stawów w programach terapeutycznych. *Reumatologia*. 2013; 51(1): 9–14.
25. Wysocka-Skurska I, Sierakowska M, Sierakowski S. Ocena jakości życia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów w zależności od stosowanej terapii farmakologicznej. *Reumatologia*. 2012; 50(1): 16–23.
26. Sokolik R. Organizacja, finansowanie i rekomendacje leczenia biologicznego w Europie i Stanach Zjednoczonych. W: Wiland P (red.). Leczenie biologiczne w chorobach reumatycznych. Poznań: Wyd. Med. Termedia; 2009. 197–214.

Artykuł przyjęty do redakcji: 07.07.2016

Artykuł przyjęty do publikacji: 14.09.2016

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Magdalena Staszkiwicz
ul. Pawła Włodkowica 3/50
31-452 Kraków
tel. kom.: 783 874 294
e-mail: baranmagdalena@gmail.com
Studentka studiów doktoranckich na Wydziale Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum w Krakowie

SPOSOBY RADZENIA SOBIE Z TRUDNOŚCIAMI PRZEZ PIELĘGNIARKI PRACUJĄCE NA ODDZIAŁACH PEDIATRYCZNYCH

WAYS TO COPE WITH THE DIFFICULTIES OF NURSES WORKING IN PEDIATRIC WARDS

Aneta Grochowska¹, Iwona Bodys-Cupak², Monika Korus³

¹ Zakład Pielęgniarstwa

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie

² Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa

Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum w Krakowie

³ Szpital Wojewódzki im. Świętego Łukasza w Tarnowie

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2017.13>

STRESZCZENIE

Wstęp. Praca pielęgniarek pediatrycznych wiąże się z ogromną odpowiedzialnością za zdrowie i życie najmłodszych pacjentów, a jednocześnie praca ta sama w sobie jest źródłem różnorodnych obciążeń, których skutkiem są stres i związane z nim problemy dotyczące wszystkich sfer życia.

Cel pracy. Celem pracy było poznanie sytuacji trudnych w pracy pielęgniarek pediatrycznych, oraz tego, w jaki sposób pielęgniarki radzą sobie z trudnościami.

Materiał i metody. Badaniem objęto 101 pielęgniarek pracujących w oddziałach dziecięcych szpitali w Tarnowie, Dąbrowie Tarnowskiej, Brzesku i Dębicy. Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankiety. Narzędzia stanowiły: autorski kwestionariusz ankiety, skala PSS-10 oraz kwestionariusz Mini Cope. Weryfikacji różnic między zmiennymi dokonano przy użyciu testów. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$. Obliczenia przeprowadzono za pomocą programu IBM SPSS Statistics 20.

Wyniki. Pielęgniarki dosyć często spotykały się z trudnościami w pracy – 64,4%; trudności te stanowiły: niskie wynagrodzenie (64,4%), nadmiar obowiązków w stosunku do małej liczby personelu pielęgniarskiego (58,4%), agresja, roszczenia ze strony dziecka, rodzica/opiekuna oraz wykonywanie kilku czynności równolegle (57,4%). Wysoki poziom odczuwanego stresu odczuwało 31,7% badanych. Strategie oparte na aktywnym radzeniu sobie, planowaniu, poszukiwaniu wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego były najczęściej stosowane przez pielęgniarki.

Wnioski. Pielęgniarki często stykają się w swojej pracy z sytuacjami trudnymi i podejmują aktywne sposoby radzenia sobie z nimi.

SŁOWA KLUCZOWE: pielęgniarki, pediatria, stres, praca.

ABSTRACT

Introduction. The work of paediatric nurses involves great responsibility for health and life of the youngest patients while, at the same time, it is a source of various burdens which result in stress and related problems affecting all areas of life.

Aim. The objective of the work was to recognise difficult situations and learning ways of coping with them in the work of paediatric nurses.

Material and methods. The study included 101 nurses working at the children's wards in hospitals in Tarnów, Dąbrowa Tarnowska, Brzesko and Dębica. The study was carried out by means of a diagnostic poll method and a survey technique. The tools were: the author's own survey questionnaire, the PSS10 scale and the Mini COPE inventory. Verification of differences between variables was made with the use of tests. The significance level of $p < 0.5$ was assumed. The calculations were made with the use of IBM SPSS Statistics 20 software.

Results. Quite often the nurses would run up against difficulties at work – 64.4%, including low pay (64.4%), overload with duties in relation to a small number of nursing personnel (58.4%) and aggression, child's, parent's/custodian's demands as well as performing several activities at the same time (57.4%). A high stress level was felt by 31.7% of the surveyed. Strategies based on active coping, planning, seeking emotional and instrumental support were most frequently applied by nurses.

Conclusions. Nurses often face difficult situations at work and handle them actively.

KEYWORDS: nurses, paediatrics, stress, work.

Wstęp

Występowanie sytuacji trudnych towarzyszy niemal każdemu człowiekowi tak w życiu codziennym, jak i zawodowym. Na podstawie zgromadzonych dotąd licznych badań na ten temat można mówić o negatywnym wpływie takich sytuacji na zdrowie i życie człowieka.

Zawód pielęgniarki jest zawodem niosącym pomoc i z założenia jest ukierunkowany na zdrowie i prewen-

cję chorób, a jednocześnie sam w sobie stanowi źródło obciążeń fizycznych i psychicznych, których skutkiem są problemy zdrowotne, społeczne i osobiste [1, 2]. Wszystkie sytuacje trudne, z którymi spotykają się pielęgniarki, wiążą się z nieustannym narażeniem na szkodliwe czynniki stanowiące zagrożenie dla zdrowia. Fundamentalne znaczenie ma tu kontakt z pacjentami, a tym samym – ze szkodliwym i zakaźnym materiałem biolo-

gicznym [3, 4]. Praca pielęgniarek pediatrycznych wiąże się z ogromną odpowiedzialnością i troską o zdrowie i życie najmłodszych pacjentów. Nieodłącznymi elementami tej pracy powinny być: wsparcie, życzliwość, empatia i zrozumienie [5]. Opieka pielęgniarska musi być adekwatną do potrzeb i wieku rozwojowego dzieci [6].

Wśród personelu pielęgniarskiego na oddziałach dziecięcych za najbardziej obciążające czynniki determinujące sytuacje trudne niezmiennie na pierwszym miejscu znajdują się czynniki interpersonalne i środowiskowe, m.in.: silne poczucie odpowiedzialności za życie i zdrowie pacjentów, a także strach przed popełnieniem nieodwracalnego błędu oraz obciążenie licznymi obowiązkami [7, 8].

Celem niniejszej pracy było poznanie sytuacji trudnych występujących w pracy pielęgniarek pediatrycznych, oraz tego, w jaki sposób pielęgniarki radzą sobie z trudnościami.

Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego, techniką była ankieta. Narzędzia badawcze stanowiły: kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji zawierający 14 pytań dotyczących rodzajów sytuacji trudnych, skala PSS-10 oraz kwestionariusz Mini Cope.

Skala Odczuwanego Stresu PSS-10 autorstwa Cohen, Kamarck i Mermelstein, w polskiej wersji opracowana przez Juczyńskiego i Ogińską-Bulik, służy do oceny natężenia stresu związanego z własną sytuacją życiową na przestrzeni ostatniego miesiąca. Zawiera 10 pytań dotyczących różnych subiektywnych odczuć związanych z problemami i zdarzeniami osobistymi, zachowaniami i sposobami radzenia sobie. Na każde pytanie badany odpowiada, przyporządkowując wartość od 0 do 4, gdzie 0 oznacza: nigdy, a 4: bardzo często. Skala służy do badania osób dorosłych, zdrowych i chorych.

Kwestionariusz Mini Cope autorstwa Carvera, w polskiej wersji opracowany przez Juczyńskiego i Ogińską-Bulik, służy do oceny sposobów radzenia sobie ze stresem. Składa się z 28 stwierdzeń, na które badany odpowiada w 4-stopniowej skali od 0 do 3, gdzie 0 oznacza: prawie nigdy tak nie postępuję, a 3 oznacza: prawie zawsze tak postępuję. Stwierdzenia wchodzi w skład 14 strategii (po 2 twierdzenia w każdej strategii): aktywne radzenie sobie, planowanie, poszukiwanie wsparcia instrumentalnego, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, unikanie konkurencyjnych działań, zwrot ku religii, pozytywne przewartościowanie i rozwój, powstrzymywanie się od działania, akceptacja, koncentracja na emocjach i ich wyładowanie, zaprzeczanie, odwracanie uwagi, zaprzestanie działań, zażywanie alkoholu lub innych środków psychoaktywnych, poczucie humoru. Najczęściej metodę stosuje się do

pomiaru dyspozycyjnego radzenia sobie, tj. oceny typowych sposobów reagowania i odczuwania w sytuacjach doświadczania silnego stresu. Służy do badania osób dorosłych, zdrowych i chorych.

Weryfikacji różnic między zmiennymi dokonano przy użyciu testu niezależności ch-kwadrat, testu Manna-Whitneya oraz testu Kruskala-Wallisa. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$. Obliczenia przeprowadzono za pomocą programu IBM SPSS Statistics 20.

Badaniem objęto 101 pielęgniarek pracujących na pięciu oddziałach dziecięcych szpitali w Tarnowie, Dąbrowie Tarnowskiej, Brzesku i Dębicy. Badania zostały przeprowadzone od listopada do grudnia 2015 r. Pielęgniarki uczestniczące w badaniach zostały wybrane w sposób losowy. Poinformowano je o celu badania, anonimowości i sposobie wykorzystania uzyskanych wyników. Oddanie wypełnionych narzędzi było równoznaczne ze zgodą na przeprowadzone badanie. Podczas badania rozdanych zostało 107 kwestionariuszy, a 101 zostało w pełni wypełnionych i zwróconych.

Wszystkie badane osoby to kobiety. Średnia wieku badanych wyniosła 44,98 roku (SD = 7,49). Najmłodsza osoba miała 23 lata, najstarsza – 60 lat. W grupie wiekowej 23–40 lat było 21,8% badanych, od 41 do 50 lat miało 58,4% pielęgniarek, a 51–60 lat – 19,8% osób.

Najwięcej pielęgniarek legitymowało się dyplomem ukończenia liceum medycznego (32,7%) lub studiów I stopnia (licencjackich) (34,7%). Ukończone zawodowe studium medyczne miało 8,9% pielęgniarek, studia II stopnia (magisterskie) skończyło 23,8% badanych. Tytuł specjalistki w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego zadeklarowało 10,9% pielęgniarek.

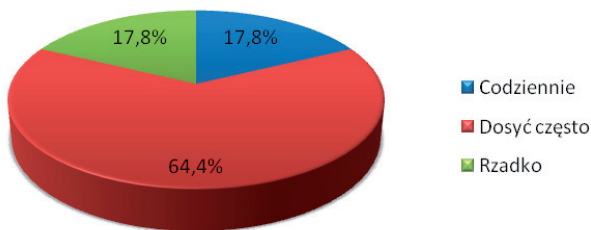
Zdecydowana większość osób (89,1%) pracowała w dwuzmianowym systemie pracy.

Średni staż pracy w zawodzie wyniósł 22,99 roku (SD = 8,81). Staż pracy w zawodzie wahał się od 8 miesięcy do 40 lat. Średni staż pracy pielęgniarek na oddziale pediatrycznym wyniósł 20,4 roku (SD = 10,17). Nie dłużej niż 10 lat pracowało na oddziale pediatrycznym 25,7% pielęgniarek. Od 11 do 20 lat pracowało na tym oddziale 19,8% osób. Najwięcej badanych (41,6%) pracowało na oddziale pediatrycznym od 21 do 30 lat. Od 31 do 40 lat pracowało na tym oddziale 12,9% osób.

Wyniki badań

Występowanie sytuacji trudnych w pracy pielęgniarek pediatrycznych

Pielęgniarki dosyć często spotykały się z trudnościami w pracy – 64,4% osób. Codziennie z takimi sytuacjami miało do czynienia 17,8% badanych, natomiast pozostałe osoby uznały, że takie sytuacje występują rzadko (**Rycina 1**).



codziennie/daily, dosyć często/quite often, rzadko/rarely

Rycina 1. Częstość występowania sytuacji trudnych w czasie pracy w oddziale pediatrycznym

Figure 1. The incidence of difficult situations while working in the pediatric ward

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

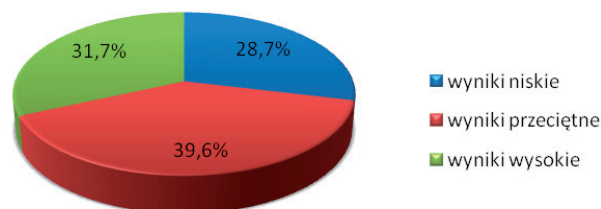
Najczęściej wskazywaną przez pielęgniarki trudnością było niskie wynagrodzenie (64,4%). Na drugim miejscu znalazł się nadmiar obowiązków w stosunku do małej liczby personelu pielęgniarskiego (58,4%), a na trzecim znalazły się agresja, roszczenia ze strony dziecka/rodzica/opiekuna oraz wykonywanie kilku czynności równoległe (57,4%). Strach przed popełnieniem nieodwracalnego błędu odczuwało 40,6% pielęgniarek, a 36,6% badanych wskazywało na konieczność wykonywania czynności pielęgniarskich w obecności rodziców/opiekunów dziecka. Konieczność stałej koncentracji uwagi jako sytuację trudną występującą najczęściej na oddziale wybrało 34,7% osób, zaś 28,7% badanych wymieniło stres wynikający z oczekiwań pacjentów, ich rodziców/opiekunów prawnych w zakresie fachowej pomocy i wszechstronnej wiedzy lub brak współpracy pomiędzy grupami zawodowymi. Dla 26,7% pielęgniarek trudną sytuacją spotykaną w oddziale był hałas. W przypadku 22,8% badanych stresującą trudnością była konieczność szybkiej oceny sytuacji i podejmowanie natychmiastowych działań w przypadku nagłej zmiany stanu zdrowia dziecka. O braku stałych przerw na posiłek jako sytuacji frustrującej mówiło 21,8% osób. W mniejszym stopniu sytuacjami trudnymi dla pielęgniarek pracujących na oddziale pediatrycznym były: obniżająca pozycja pracy lub niewystarczające wsparcie ze strony przełożonych (14,9%), praca zmianowa (11,9%), strach przed zakażeniem HIV, WZW typu B i C, cytomegalia, chorobami zakaźnymi charakterystycznymi dla wieku dziecięcego oraz nadmierne wymagania stawiane przez przełożonych (10,9%). Wśród sytuacji trudnych występujących na oddziale znalazły się, wskazane przez nieliczne osoby: nieodpowiednie oświetlenie (8,9%), brak udogodnień do pielęgnacji pacjentów oraz brak współpracy w zespole (5,9%), kontakt z rodzicami/opiekunami prawnymi dziecka (5,0%) lub wykonywanie czynności pielęgniarskich, zabiegów

przy dziecku bądź zła organizacja czasu pracy (1,0%). Wyniki nie sumowały się do 100%, gdyż pielęgniarki mogły zaznaczać kilka odpowiedzi.

Najczęściej reakcjami na trudne sytuacje w pracy na oddziale pediatrycznym były zmęczenie (62,4%) oraz ból ramion, karku, nóg lub kręgosłupa (60,4%). W mniejszym stopniu u pielęgniarek pojawiały się zaburzenia snu lub napięcie (37,6%). Napięcie, nerwowość występowały u 28,7% badanych, a wśród 27,7% osób pojawiał się spadek energii w ciągu dnia lub rozdrażnienie. Co czwarta badana pielęgniarka (25,7%) reagowała wyczerpaniem na sytuacje stresujące. Przygnębienie pojawiało się u 14,9% osób, a zamartwianie się o to, jak sobie poradzą, towarzyszyło 13,9% badanych. Przeniesienie emocji z pracy na środowisko domowe dotyczyło 12,9% osób, 11,9% badanych obwiniło siebie za trudną sytuację. Nieliczne osoby reagowały na sytuacje trudne w pracy, oskarżając siebie, popełniając błędy w działaniu lub wykonując impulsywnie działania (4,0%). Konfliktowość w pracy i rodzinie jako reakcja na sytuacje trudne dotyczyła 3,0% osób, a 1 osoba (1,0%) była nadpobudliwa ruchowo. Wyniki nie sumowały się do 100%.

Poziom stresu badanych pielęgniarek pediatrycznych

Niski poziom odczuwanego stresu dotyczył 28,7% pielęgniarek. Przeciętne nasilenie stresu odczuwało 39,6% badanych. Wysoki poziom odczuwanego stresu stwierdzono wśród 31,7% pielęgniarek (**Rycina 2**).



wyniki niskie/low results, wyniki przeciętne/average results, wyniki wysokie/high results

Rycina 2. Skala Odczuwanego Stresu (PSS-10)

Figure 2. The Scale of Perceived Stress (PSS-10)

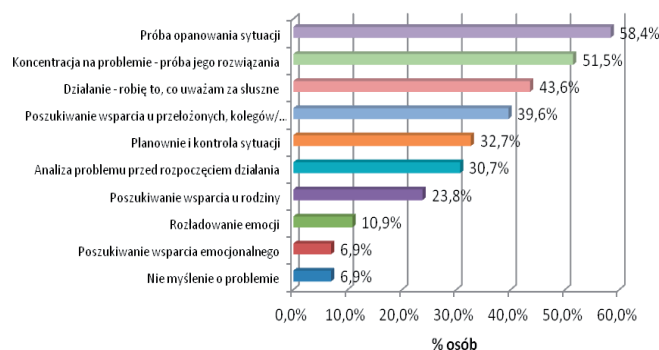
Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Sposoby radzenia sobie w sytuacjach trudnych przez pielęgniarki pediatryczne

Najczęściej pielęgniarki radziły sobie ze stresem w pracy zawodowej, próbując opanować sytuację (58,4%). Na drugim miejscu znalazła się koncentracja na problemie – próba jego rozwiązania (51,5%), a na trzecim uplasowało się działanie – robienie tego, co badane uważały za słuszne (43,6%). Wsparcia przełożonych/kolegów w sytuacjach trudnych poszu-

kiwało 39,6% osób, a planowało lub kontrolowało sytuację 32,7% osób. W przypadku 30,7% pielęgniarek radzenie sobie z sytuacjami trudnymi opierało się na analizie problemu przed rozpoczęciem działania. Poszukiwało wsparcia u rodziny w sytuacjach trudnych 23,8% badanych. W mniejszym stopniu pielęgniarki w sytuacjach trudnych rozładowywały emocje (10,9%), poszukiwały wsparcia emocjonalnego lub nie myślały o problemie (6,9%). Wyniki nie sumowały się do 100% (Rycina 3).



próba opanowania sytuacji/*an attempt to control the situation*, koncentracja na problemie – próba jego rozwiązania/*focus on the problem – an attempt to solve it*, działanie – robię to, co uważam za słuszne/*action – doing what I think is right*, poszukiwanie wsparcia u przełożonych, kolegów/*search for support from superiors, colleagues*, planowanie i kontrola sytuacji/*planning and control of the situation*, analiza problemu przed rozpoczęciem działania/*analysis of the problem before action*, poszukiwanie wsparcia u rodziny/*search for support from family*, rozładowanie emocji/*discharge of emotions*, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego/*search for emotional support*, niemyślenie o problemie/*not thinking about the problem*

Rycina 3. Metody radzenia sobie z sytuacjami trudnymi przez badanych
Figure 3. Methods of dealing with difficult situations by respondents

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Badania własne wykazały, że pielęgniarki częściej wybierały strategie oparte na: aktywnym radzeniu sobie, planowaniu, poszukiwaniu wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego, zwrocie ku religii, akceptacji lub pozytywnym przewartościowaniu. Na średnim poziomie był wybór strategii opartej na zajmowaniu się czymś innym. Poniżej średniego poziomu był wybór przez pielęgniarki w sytuacjach trudnych strategii opartych na: wyładowaniu, obwinianiu siebie, zaprzestaniu działań, zaprzeczaniu, poczuciu humoru lub zażywaniu substancji psychoaktywnych. Za poziom średni, odpowiadający wyborowi danej strategii, przyjęto środek skali 0–3 pkt., tj. 1,5 pkt. (Tabela 1).

Tabela 1. Sposoby radzenia sobie z sytuacjami trudnymi (skala Mini Cope)
Table 1. Ways to deal with difficult situations (scale Mini Cope)

	Średnia/ Average	SD	Min.	Maks.	t	p
Aktywne radzenie sobie/ Active coping	2,25	0,59	1,0	3,0	12,73	<0,0001
Planowanie/ Planning	2,19	0,62	0,0	3,0	11,30	<0,0001
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego/ The search for emotional support	1,94	0,79	0,0	3,0	5,52	<0,0001
Zwrot ku religii/ Turn towards religion	1,90	0,95	0,0	3,0	4,22	0,0001
Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego/ The search for instrumental support	1,89	0,64	0,0	3,0	6,15	<0,0001
Akceptacja/ Acceptance	1,86	0,64	0,0	3,0	5,63	<0,0001
Pozytywne przewartościowanie/ Positive reevaluation	1,67	0,73	0,0	3,0	2,40	0,0183
Zajmowanie się czymś innym/ Dealing with something else	1,62	0,63	0,0	3,0	1,90	0,0606
Wyładowanie/ Discharge	1,27	0,74	0,0	3,0	-3,14	0,0022
Obwinianie siebie/ Blaming yourself	1,26	0,66	0,0	2,5	-3,63	0,0004
Zaprzestanie działań/ Cessation of operations	0,79	0,67	0,0	3,0	-10,65	<0,0001
Zaprzeczanie/ Denying	0,78	0,73	0,0	3,0	-9,84	<0,0001
Poczucie humoru/ Sense of humor	0,77	0,67	0,0	2,5	-10,93	<0,0001
Zażywanie substancji psychoaktywnych/ Drug substance abuse	0,24	0,55	0,0	2,0	-23,24	<0,0001

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Wpływ wieku, stażu pracy, wykształcenia oraz charakteru pracy na poziom odczuwanego stresu oraz sposoby radzenia sobie pielęgniarek z sytuacjami trudnymi

Badania własne wykazały, że niski poziom stresu odczuwały częściej pielęgniarki w wieku 51–60 lat (40,0%). W grupie wiekowej 41–50 lat poziom stresu częściej był na poziomie przeciętnym (45,8%) niż w pozostałych grupach wiekowych. Wysoki poziom stresu odczuwały najczęściej pielęgniarki w wieku 23–40 lat (54,5%). Różnice między Skalą Odczuwanego Stresu a wiekiem badanych nieznacznie przekraczały próg istotności statystycznej ($p = 0,0955$).

Zarówno najniższy, jak i najwyższy poziom stresu odczuwały pielęgniarki, które ukończyły medyczne studium zawodowe (odpowiednio: 11,1 i 44,4%). Spośród pielęgniarek, które ukończyły liceum medyczne, najczęściej odczuwało przeciętny poziom stresu – 48,5%. Wśród pielęgniarek z wykształceniem wyższym I i II stopnia stres niski, przeciętny i wysoki były na podob-

nych poziomach (między 30 a 37%). W wyniku badań własnych stwierdzono, że poziom wykształcenia pielęgniarek nie wpływał istotnie na odczuwany przez nie poziom stresu ($p = 0,4981$).

Analiza badań wykazała, że system pracy pielęgniarek nie miał wpływu na odczuwany przez nie poziom natężenia stresu ($p = 0,5357$). Niski poziom stresu odczuwały częściej pielęgniarki pracujące w systemie dwuzmianowym (30,0%) niż pielęgniarki pracujące w systemie jednozmianowym (18,2%). Wśród pielęgniarek wykonujących swoją pracę w systemie jednozmianowym częściej (54,5%) poziom stresu był na poziomie przeciętnym. U pielęgniarek pracujących w systemie dwuzmianowym przeciętny poziom stresu odczuwało mniej osób (37,8%). Wysoki poziom stresu odczuwały częściej osoby o krótszym stażu pracy w zawodzie pielęgniarki (0–10 lat – 42,9%) niż pozostałe osoby. Różnice nie były jednak istotne statystycznie ($p = 0,5434$). Niski poziom odczuwanego stresu dotyczył częściej pielęgniarek o stażu pracy 31–40 lat (46,2%). Stwierdzone różnice nie były istotne statystycznie ($p = 0,1481$).

Wyniki badań pozwoliły stwierdzić, że aktywne radzenie sobie w sytuacjach trudnych wybierały częściej pielęgniarki w wieku 41–50 lat (2,37%) oraz 51–60 lat (2,15%), w mniejszym stopniu – badane w wieku 23–40 lat (2,02%) ($p = 0,0371$). Wybór strategii opartej na zwrocie ku religii dotyczył częściej pielęgniarek w wieku 41–50 lat (2,23%), rzadziej – pielęgniarek z grupy wiekowej 51–60 lat (1,55%), a w najmniejszym zakresie – osób

w wieku 23–40 lat (1,34%) ($p = 0,0011$). Nie stwierdzono, by wiek pielęgniarek istotnie wpływał na wybór innych strategii radzenia sobie w sytuacjach trudnych.

Badania własne wykazały, że akceptację jako sposób radzenia sobie z sytuacjami trudnymi wybierały częściej osoby z wykształceniem wyższym licencjackim (2,06%), osoby, które ukończyły studium zawodowe (1,94%) lub liceum medyczne (1,83%), rzadziej – badane legitymujące się wykształceniem wyższym magisterskim (1,58%). Zwrot ku religii również wybierany był najczęściej przez pielęgniarki, które ukończyły studium zawodowe (2,61%), liceum medyczne (1,98%) lub studia I stopnia (2,01%), rzadziej – przez pielęgniarki z wykształceniem magisterskim (1,35%). Stwierdzono ponadto, że pielęgniarki, które ukończyły studium zawodowe, częściej (2,11%) niż pozostałe badane z wykształceniem średnim (1,59%), wyższym I stopnia (1,47%) lub wyższym II stopnia (1,69%) w sytuacjach trudnych wybierały strategię opartą na zajmowaniu się czymś innym. Podobnie zaprzestanie działań, traktowane jako sposób radzenia sobie z trudnościami, charakterystyczne było dla pielęgniarek, które ukończyły studium zawodowe (1,00%), rzadziej – dla badanych z wykształceniem średnim (0,89%), wyższym licencjackim (0,87%) lub wyższym magisterskim (0,46%). Wskazane różnice były istotne statystycznie. Nie stwierdzono, by wykształcenie pielęgniarek wpływało na wybór innych strategii radzenia sobie ze stresem (**Tabela 2**).

Tabela 2. Sposoby radzenia sobie w sytuacjach trudnych a wykształcenie badanych
Table 2. Ways of coping with difficult situations and education of respondents

Wykształcenie/ Education	Medyczne studium zawodowe/ Medical professional study		Liceum medyczne/Medical highschool		Studia I stopnia (licencjat)/ Undergraduate degree (BA)		Studia II stopnia (magister)/ The second cycle (MA)		Ogółem/ In all		p
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
Aktywne radzenie sobie/Active coping	2,39	0,65	2,20	0,60	2,33	0,57	2,17	0,62	2,25	0,59	0,6632
Planowanie/Planning	2,22	0,26	2,11	0,77	2,24	0,60	2,23	0,51	2,19	0,62	0,9628
Pozytywne przewartościowanie/Positive revaluation	2,00	0,43	1,70	0,75	1,59	0,67	1,65	0,85	1,67	0,73	0,5660
Akceptacja/Acceptance	1,94	0,53	1,83	0,70	2,06	0,59	1,58	0,60	1,86	0,64	0,0348
Poczucie humoru/Sense of humor	0,94	0,58	1,00	0,85	0,64	0,49	0,58	0,56	0,77	0,67	0,1208
Zwrot ku religii/Turn towards religion	2,61	0,33	1,98	0,80	2,01	0,88	1,35	1,17	1,90	0,95	0,0081
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego/The search for emotional support	1,94	0,85	1,95	0,78	2,10	0,65	1,67	0,94	1,94	0,79	0,5099
Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego/The search for instrumental support	2,06	0,46	1,88	0,59	2,06	0,63	1,60	0,71	1,89	0,64	0,1282
Zajmowanie się czymś innym/Dealing with something else	2,11	0,49	1,59	0,57	1,47	0,59	1,69	0,73	1,62	0,63	0,0244
Zaprzeczanie/Denying	0,94	0,68	0,92	0,71	0,71	0,80	0,63	0,68	0,78	0,73	0,1605
Wyładowanie/Discharge	1,22	0,44	1,24	0,84	1,13	0,77	1,52	0,62	1,27	0,74	0,1204
Zażywanie substancji psychoaktywnych/Drug substance abuse	0,00	0,00	0,36	0,70	0,26	0,55	0,13	0,34	0,24	0,55	0,2855
Zaprzestanie działań/Cessation of operations	1,00	0,56	0,89	0,76	0,87	0,63	0,46	0,53	0,79	0,67	0,0290
Obwinianie siebie/Blaming yourself	1,44	0,39	1,29	0,64	1,23	0,68	1,21	0,75	1,26	0,66	0,8164

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

W wyniku badań stwierdzono, że pielęgniarki pracujące w systemie jednoczłonowym częściej (2,23%) niż pielęgniarki pracujące w systemie dwuczłonowym (1,61%) wybierały w sytuacjach trudnych strategię radzenia sobie opartą na pozytywnym przewartościowaniu ($p = 0,0213$). Pielęgniarki zatrudnione w systemie dwuczłonowym częściej (1,91%) niż pozostałe (1,50%) wybierały w sytuacjach trudnych strategię opartą na akceptacji ($p = 0,0277$). Nieznaczne różnice sugerowały również, że pielęgniarki pracujące w systemie dwuczłonowym wybierały częściej (1,66%) niż reszta badanych pielęgniarek (1,32%) strategię radzenia sobie związaną z zajmowaniem się czymś innym. Nie było istotnej statystycznie różnicy pomiędzy pozostałymi sposobami radzenia sobie a systemem pracy.

Analiza uzyskanych wyników wykazała, że aktywne radzenie sobie w sytuacjach trudnych wybierały częściej pielęgniarki o dłuższym stażu pracy w zawodzie – 21–30 lat (2,39%) oraz 31–40 lat (2,25%) – niż pielęgniarki o stażu pracy 0–10 lat (2,07%) lub 11–20 lat (2,00%) ($p = 0,0471$). Wśród pielęgniarek o najkrótszym stażu pracy w mniejszym stopniu (1,07%) niż wśród pozostałych badanych następował w sytuacjach trudnych zwrot ku religii ($p = 0,0067$). Pielęgniarki o stażu pracy w zawodzie 0–10 lat częściej (1,68%) niż pozostałe badane osoby radziły sobie w sytuacjach trudnych poprzez wyładowanie emocji ($p = 0,0179$). Nie stwierdzono innych istotnych statystycznie różnic.

Badania wykazały, że poszukiwanie wsparcia instrumentalnego w sytuacjach trudnych dotyczyło częściej pielęgniarek o krótszym stażu pracy w oddziale pediatrycznym – do 10 lat (2,17%), rzadziej – badanych o stażu pracy 31–40 lat (2,00%), a najrzadziej – osób o stażu pracy 11–20 lat (1,88%) lub 21–30 lat (1,69%) ($p = 0,0474$). Strategię opartą na wyładowaniu wybierały również częściej pielęgniarki o stażu pracy na oddziale pediatrycznym 0–10 lat (1,63%) niż pozostałe badane osoby ($p = 0,0060$). Nie stwierdzono ponadto, by staż pracy na oddziale pediatrycznym wpływał istotnie na wybór innych strategii radzenia sobie w sytuacjach trudnych.

Dyskusja

Specyfika pracy w oddziałach dziecięcych w dużej mierze wiąże się z odczuwaniem trudności, stresu przez personel tam pracujący. Tematykę badań nad sytuacjami trudnymi w pracy pielęgniarek pediatrycznych podjęli m.in.: Perek i wsp., Kowalczyk i wsp. oraz Skorupska-Król i wsp. [9–11].

Praca pielęgniarek pediatrycznych wiąże się z ogromną odpowiedzialnością, bo dotyczy najwyższych wartości, tj. zdrowia i życia dziecka [12]. Poczucie odpowiedzialności jest nieodłącznie związane z odczuwaniem stresu w trudnej sytuacji. W przeprowadzonych bada-

niach analizie poddano sytuacje trudne występujące w pracy pielęgniarek oddziałów pediatrycznych. Ustalono, że dla ankietowanych najtrudniejsze są strach przed popełnieniem nieodwracalnego błędu oraz poczucie odpowiedzialności za życie i zdrowie dziecka. Uzyskane wyniki własne korespondują z wynikami badań przeprowadzonych przez Perek i wsp. [9].

Obecna sytuacja materialna i bytowa polskich pielęgniarek utrzymuje się na niskim poziomie w stosunku do sytuacji pielęgniarek pracujących w innych krajach. Zarobki polskich pielęgniarek są nieadekwatne do wysiłku, jaki wkładają w swoją pracę i do tego, jaką odpowiedzialność ponoszą za życie i zdrowie pacjentów [13]. Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że blisko trzy czwarte ankietowanych pielęgniarek za ogromną trudność uznaje niskie wynagrodzenie, co jest również zbieżne z wynikami badań Perek i wsp. [9].

Zła organizacja pracy także może stanowić przyczynę stresu. Nadmiar obowiązków w stosunku do ograniczonego czasu ich wykonania często zmniejsza jakość świadczonych usług. Ponad połowa respondentek uznaje za sytuację trudną nadmiar obowiązków w stosunku do małej liczby personelu, a blisko połowa badanych – wykonywanie kilku czynności równolegle.

Umiejętność poprawnego i efektywnego komunikowania się jest podstawowym narzędziem umożliwiającym współpracę w zespole interdyscyplinarnym. Sprawny przepływ informacji zwiększa efektywność pracy oraz satysfakcję z jej wykonania. Wyniki badań własnych wskazują, że tylko 1% respondentek deklaruje brak współpracy pomiędzy grupami zawodowymi i tyle samo badanych pielęgniarek wskazuje na niewystarczające wsparcie ze strony przełożonych. Wyniki te są dalekie od wyników przeprowadzonych przez Perek i wsp. badań [9], gdzie ponad połowa badanych pielęgniarek wskazywała na te sytuacje.

Niejednokrotnie kontakt z rodzicami/opiekunami dziecka rodzi u badanych pielęgniarek napięcie czy stres. Mniej niż jedna czwarta respondentek przyznała, że przeżywa stres wynikający z oczekiwań pacjentów, ich rodziców/opiekunów w zakresie fachowej pomocy i wszechstronnej wiedzy. Jedynie 1% ankietowanych pielęgniarek za sytuację trudną uznaje konieczność wykonywania czynności pielęgnacyjnych i zabiegowych w obecności rodziców/opiekunów dziecka. Wyniki badań własnych są rozbieżne również w tym zakresie z wynikami badań Perek i wsp. [9] – blisko połowa badanych respondentek uznała te czynności za sytuacje trudne.

Praca zmianowa z jednej strony zakłóca naturalny rytm dobowy wyznaczający pory snu i czuwania, powodując zmęczenie i zmniejszenie wydolności fizycznej i umysłowej oraz wydajności pracy, z drugiej zaś strony pozwala na efektywne gospodarowanie czasem i zdy-

stansowanie się od pracy [13, 14]. Jak wynika z badań własnych, mniej niż jedna czwarta respondentek uznała pracę zmianową za sytuację trudną. Uzyskane wyniki w tym zakresie są rozbieżne z wynikami uzyskanymi przez Perek i wsp. [9]; w tych badaniach blisko trzy czwarte ankietowanych pielęgniarek wskazywało na pracę zmianową jako na sytuację trudną. Natomiast wyniki badań własnych są porównywalne z wynikami badań Skorupskiej-Król i wsp. [11].

Praca pielęgniarek niesie ze sobą szereg obciążeń wynikających ze środowiska fizycznego pracy [15, 16]. W przeprowadzonych badaniach za najbardziej obciążający spośród czynników fizycznych pielęgniarki uznały hałas. Również i w tym zakresie wyniki badań własnych są rozbieżne z wynikami badań Perek i wsp. [9]; najbardziej obciążającym czynnikiem fizycznym podanym przez przywoływane badania był strach przed zakażeniem HIV, WZW typu B i C oraz chorobami zakaźnymi wieku dziecięcego.

Sytuacje trudne i stres z nimi związany mogą wywoływać reakcje motoryczne oraz psychofizyczne [17, 18]. Najczęstszą reakcją na sytuacje trudne wśród badanych pielęgniarek było zmęczenie, na drugim miejscu znalazł się ból ramion, karku, nóg bądź kręgosłupa. Uzyskane wyniki badań własnych są zbliżone z wynikami badań Perek i wsp. [9].

Trudne sytuacje pojawiające się w życiu zawodowym pielęgniarek muszą zostać rozwiązane w mniej lub bardziej efektywny sposób. Nie istnieje jeden uniwersalny sposób, aby sobie poradzić z trudnościami [16, 19]. Dominującymi sposobami radzenia sobie w sytuacjach trudnych przez respondentki były próba opanowania sytuacji (58,4%) oraz koncentracja na problemie – próba jego rozwiązania (51,5%). Najbardziej stosowanymi metodami okazały się natomiast poszukiwanie wsparcia emocjonalnego oraz niemyślenie o problemie. Wyniki badań własnych są porównywalne z wynikami badań Perek i wsp. [9], które wykazały, że pielęgniarki częściej stosowały metody radzenia sobie ze stresem oparte na dążeniu do rozwiązania problemu.

Jak wynika z przeglądu literatury, stres jest nieodłącznym elementem pracy pielęgniarek pediatrycznych. Na podstawie badań własnych ukazano, że istnieje niewielka zależność pomiędzy poziomem odczuwanego stresu przez pielęgniarki a wiekiem badanych pielęgniarek. Ponad połowa respondentek w przedziale wiekowym 23–40 lat odczuwała wysoki poziom stresu. Natomiast niski poziom stresu dotyczył 40% pielęgniarek w wieku 51–60 lat. Wyniki badań własnych korespondują z wynikami badań Perek i wsp. [9], gdzie wykazano, że im młodszy wiek badanych pielęgniarek, tym większa liczba czynników wywołujących stres.

Z badań własnych wynika, że blisko połowa respondentek uznaje swoją pracę za stresującą w stopniu przeciętnym. Wyniki te są porównywalne z wynikami badań Kowalczuk i wsp. [10].

W badaniach własnych zapytano również o stopień wykształcenia pielęgniarek pracujących na oddziałach pediatrycznych. Ponad jedna czwarta badanych pielęgniarek miała wykształcenie średnie – ukończone studium medyczne; porównywalnie tyle samo pielęgniarek miało wykształcenie wyższe I stopnia – licencjackie. W badaniach przeprowadzonych przez Kowalczuk i wsp. [10] wśród pielęgniarek pediatrycznych 50% respondentek miało wykształcenie średnie. Jak więc widać, w związku z rosnącymi wymaganiami w pracy pielęgniarek obserwujemy trend wzrostowy co do podnoszenia poziomu wykształcenia.

Na podstawie badań własnych stwierdzono, że agresja i roszczeniowa postawa ze strony dziecka, rodziców, opiekunów, brak wsparcia ze strony przełożonych to bardzo rzadko występujące sytuacje trudne. Podobne wyniki w swoich badaniach uzyskali Skorupska-Król i wsp. [11].

Wnioski

1. Najczęściej występujące w pracy pielęgniarek pediatrycznych trudności to strach przed popełnieniem nieodwracalnego błędu oraz niskie wynagrodzenie.
2. Sytuacje trudne dla pielęgniarek wynikały z niskiego wynagrodzenia, nadmiaru obowiązków w stosunku do małej liczby personelu pielęgniarskiego oraz wykonywania kilku czynności równocześnie bądź agresji i roszczeń ze strony dziecka, rodzica/opiekuna.
3. Poziom stresu pielęgniarek oddziału pediatrycznego był przeciętny i wysoki.
4. W sytuacjach trudnych pielęgniarki radziły sobie, podejmując próbę opanowania sytuacji i koncentrując się na problemie. Wśród strategii radzenia sobie ze stresem najczęściej wybierały aktywne radzenie sobie oraz planowanie.

Piśmiennictwo

1. Gawęł G, Kin J, Twarduś K, Papała E. Zachowania prozdrowotne pielęgniarek. *Probl Piel.* 2006; 1–2: 137–141.
2. Kowalczuk K, Krajewska-Kułak E, Van Damme-Ostapowicz K, Kułak W. Narażenie na czynniki niebezpieczne i szkodliwe w pracy pielęgniarek i położnych. *Probl Piel.* 2010; 18(3): 353–356.
3. Kuriata E, Felińczak A, Grzebieluch J, Szachniewicz M. Czynniki szkodliwe oraz obciążenie pracą pielęgniarek zatrudnionych w szpitalu. Część II. *Zdr Publ.* 2011; 1, 3: 269–272.
4. Basińska M, Andruszkiewicz A. Strategie radzenia sobie ze stresem zawodowym przez pielęgniarki a ich zachowa-

- nia i przeżycia związane z pracą. *Pol Forum Psychol.* 2010; 15(2): 169–190.
5. Perek M. Wybrane zagadnienia etyczne w opiece nad dzieckiem. W: Cepuch G, Krzeczowska B, Perek M, Twarduś K (red.). *Modele pielęgnowania dziecka przewlekle chorego – podręcznik dla studiów medycznych.* Warszawa: PZWL; 2011. 11–19.
 6. Haor B, Głowacka M, Ślusarz R, Piotrowska A. Zachowania i przeżycia pielęgniarek związane z pracą zawodową. *Probl Piel.* 2014; 22(2): 142–146.
 7. Kulczycka K, Stychno E. Analiza obciążenia psychicznego na stanowisku pracy pielęgniarki. *Piel XXI w.* 2012; 3(40): 65–69.
 8. Moustaka E, Constantinidis T. Sources and effects of work-related stress in nursing, <http://www.hsj.gr/medicine/sources-and-effects-of-workrelated-stress-in-nursing.php?aid=3575> (data dostępu: 4.05.2016).
 9. Perek M, Kózka M, Twarduś K. Trudne sytuacje w pracy pielęgniarek pediatrycznych i sposoby radzenia sobie z nimi. *Probl Piel.* 2007; 15(4): 223–228.
 10. Kowalczyk K, Zdańska A, Krajewska-Kułak E, Łukaszuk C, Van Damme-Ostapowicz K, Klimaszewska K, Kondzior D, Kowalewska B, Rozwadowska E. Stres w pracy pielęgniarek jako czynnik ryzyka wypalenia zawodowego. *Probl Piel.* 2011; 19(3): 307–313.
 11. Skorupska-Król A, Szabla A, Bodys-Cupak I. Opinie pielęgniarek na temat czynników stresogennych związanych z ich środowiskiem pracy. *Piel XXI w.* 2014; 1(46): 23–26.
 12. Twarduś K. Funkcja edukacyjna pielęgniarki w opiece nad dzieckiem chorym. W: Cepuch G, Krzeczowska B, Perek M, Twarduś K (red.). *Modele pielęgnowania dziecka przewlekle chorego – podręcznik dla studiów medycznych.* Warszawa: PZWL; 2011. 39–42.
 13. Gawęł G. Psychofizyczne obciążenie pielęgniarek pracą zmianową. Badanie porównawcze systemu 8- i 12-godzinnego. *Piel Pol.* 1999; 9–10: 146–156.
 14. Kowalczyk K, Krajewska-Kułak E, Jankowiak B, Klimaszewska K, Rolka H, Kondzior D, Kowalewska B. Zagrożenia zawodowe pielęgniarek, położnych i lekarzy w środowisku pracy. *Probl Hig Epidemiol.* 2008; 89(2): 211–215.
 15. Jachimowicz-Wotoszynek D, Jakubowska M, Leźnicka M. Analiza zachowań i przeżyć związanych z pracą na przykładzie pielęgniarek. *Probl Hig Epidemiol.* 2011; 92(4): 725–732.
 16. Marcysiak M, Dąbrowska O, Marcysiak M. Wypalenie zawodowe a radzenie sobie ze stresem pielęgniarek. *Probl Piel.* 2014; 22(3): 312–318.
 17. Jennings BM. Work Stress and Burnout Among Nurses: Role of the Work Environment and Working Conditions, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2668/> (data dostępu: 4.05.2016).
 18. Andruszkiewicz A, Banaszkiwicz M, Felsmann M, Marzec A, Kiełbratowska B, Kocięcka A. Poczucie własnej skuteczności a wybrane zmienne związane z funkcjonowaniem zawodowym w grupie pielęgniarek. *Probl Piel.* 2011; 19(2): 143–147.
 19. Śniegocka M, Śniegocki M. Analiza sposobów odpowiedzi na stres zawodowy wśród pielęgniarek. *Probl Piel.* 2014; 22(4): 503–509.
- Artykuł przyjęty do redakcji: 19.08.2016
Artykuł przyjęty do publikacji: 13.09.2016
- Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Aneta Grochowska
ul. Adama Mickiewicza 8
33-100 Tarnów
tel. kom.: 692 802 566
e-mail: grochowskaaneta@o2.pl
Zakład Pielęgniarstwa
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie

AKSJOLOGICZNE KORELATY POCZUCIA TOŻSAMOŚCI NARODOWEJ PIELĘGNIAREK EMIGRUJĄCYCH ZAROBKOWO

AXIOLOGICAL CORRELATES OF THE SENSE OF NATIONAL IDENTITY IN NURSES EMIGRATING FOR ECONOMIC REASONS

Grzegorz Konieczny¹, Renata Rasińska²

¹ Katedra Marketingu i Zarządzania

Wyższa Szkoła Hotelarstwa i Gastronomii w Poznaniu

² Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2017.14>

STRESZCZENIE

Wstęp. Niniejszy artykuł porusza zagadnienia aksjologicznych korelatów poczucia tożsamości narodowej pielęgniarek emigrujących zarobkowo. Człowiek u progu trzeciego tysiąclecia naznaczony jest zmianami, które dokonują się w każdym aspekcie jego życia. Takie zjawiska jak transgraniczności czy też multikulturowość powodują, że stajemy się, jak konstatuje Smith i Seleti – swego rodzaju „super-rodziną”. W tych strukturalnych przekształceniach różne grupy społeczne dostrzegają dla siebie szanse na bezpieczniejsze życie, lepsze zarobki czy też poprawę ogólnych warunków życia. W związku z powyższym osoby szczególnie dobrze wykształcone, posiadające kompetencje językowe planują swoje kariery zawodowe w wymiarze międzynarodowym.

Cel. W pracy podjęto próbę przeanalizowania motywów oraz skali emigracji zarobkowych polskich pielęgniarek. Z tym problemem ściśle związany jest aspekt tożsamości, gdyż zmiana przestrzeni zmusza niejednokrotnie jednostkę do zmiany tożsamości. W związku z tym autorzy dokonują oceny stanu wybranych społeczno-kulturowych korelatów, wokół których ogniskuje się poczucie tożsamości narodowej pielęgniarek podejmujących pracę zarobkową poza granicami Polski.

Materiał i metody. Dane dotyczące omawianej tematyki uzyskano poprzez analizę źródeł literatury, zasobów internetowych oraz metodę wywiadu narracyjnego, która wg Schütze'go jest „indywidualną rzeczywistością społeczną” [3]. W celu zbadania analizowanych zmiennych opracowano pytania z zastosowaniem skali Likerta. Badania przeprowadzono w grupie 34 pracujących zawodowo pielęgniarek, które podjęły pracę w ośmiu państwach UE.

Wnioski. Analiza wyników badań pozwoliła stwierdzić, że zdecydowana większość respondentek charakteryzuje się wysokim poczuciem tożsamości narodowej. Bliskie są im pamięć historyczna, kultywowanie obyczajów i zwyczajów polskich. Ważne są także dbałość o kulturę i religię, jak również przywiązanie do tradycji, symboli oraz języka ojczystego. Istotnym aspektem wskazującym na poczucie tożsamości narodowej jest także wola partycypacji w obchodach związanych z Polską w kraju, w którym obecnie przebywają pielęgniarki. Odpowiedzi respondentek wskazują jednoznacznie, że decyzja o emigracji zarobkowej podyktowana była możliwością poprawy warunków płacy i pracy. Zdecydowana większość badanych pielęgniarek deklaruje, że gdy wzrośnie poziom zarobków oraz polepszą się warunki pracy, w tym troska o ich rozwój zawodowy, dalszą karierę zawodową realizować będą w Polsce.

SŁOWA KLUCZOWE: tożsamość narodowa, poczucie tożsamości narodowej, migracje zarobkowe, pielęgniarki.

ABSTRACT

Introduction. This article discusses the issues of axiological correlates of the sense of national identity in nurses emigrating for economic reasons. The man on the threshold of the third millennium is marked by changes that take place in every aspect of his/her life. Such phenomena as internationalism or multiculturalism, make us become a kind of 'super-family', as Anthony D. Smith and Y. Seleti state. In these structural transformations various social groups recognize their chances for a safer life, better wages or improvement of general living conditions. Therefore, people particularly well educated and with language skills plan their careers internationally.

Aim. This paper attempts to analyze the motives and the range of emigration for economic reasons in Polish nurses. This problem is closely linked to the identity aspect, since a change of place often forces the individual to change identity. Therefore, the authors evaluate selected socio-cultural correlates, on which the sense of national identity in nurses taking up paid jobs outside the Polish borders is focused.

Material and methods. The data on this subject were obtained through analysis of scientific literature sources, online resources and the method of a narrative interview, which according to F. Schütze is 'individual social reality' [3]. In order to examine the variables considered, questions have been developed using a Likert scale. The study was conducted in a group of 34 nurses who started working in eight EU countries.

Conclusions. Analysis of the results revealed that the vast majority of respondents had a high sense of national identity. Historical memory, cultivating Polish customs and habits are very close to them. Care about culture and religion, as well as attachment to symbols, traditions and the mother tongue. An important thing demonstrating the sense of national identity is also the will to participate in celebrations associated with Poland in countries the nurses reside. The respondents' answers clearly indicate that the decision on economic emigration was dictated by the possibility to improve wages and working conditions. A vast majority of nurses say that if the level of earnings increases and working conditions improve, they will continue their professional career in Poland.

KEYWORDS: national identity, sense of national identity, economic migrations, nurses.

Wprowadzenie

Zmieniająca się struktura społeczna, kulturowa czy polityczna wymusza tworzenie nowych reguł życia, społecznego porządku oraz uruchamiania mechanizmów wspierających obecną rzeczywistość. Zmiany warunkowane licznymi czynnikami rozwojowymi nie pozostają bez wpływu na proces tworzenia się tożsamość narodowej oraz poczucie tożsamości. Problem ten szczególnie dotyczy osób podejmujących decyzje o emigracji długoterminowej. Powyższą tezę podziela m.in. Dyczewski, stwierdzając, że „Zjawiska zachodzące w Europie i w świecie pobudzają do pełniejszego uświadomienia sobie wartości kulturowych poszczególnych państw europejskich oraz wskazują na potrzebę poszukiwania i wdrażania mechanizmów wspomagających ich rozwój w nowych warunkach u progu wielokulturowości” [4].

Podstawowe pojęcia

Teoretyczne ramy podjętej problematyki autorzy rozpoczną od scharakteryzowania zjawiska migracji oraz przedstawienia pojęć z nim związanych. Zjawisko migracji stało się na tyle znaczącym i ogólnoświatowym *signum temporis* społeczeństwa bez granic, że niektórzy socjologowie konstatają, że wiek XXI będzie „wiekiem migracji”. Z przeprowadzonych analiz wynika, że dyslokacja w najbliższym okresie będzie się stopniowo nasilała, „(...) będzie liczniejsza niż kiedykolwiek przedtem i powoli będzie obejmowała cały świat. Migranci będą należeć do różnych grup społecznych i etnicznych, przez co utrudniony będzie proces badawczy tego zjawiska odnoszący się do określenia konkretnych fal migracji” [5].

Postawioną tezę potwierdza także jedna z *Adhortacji apostolskiej* Jana Pawła II, w której Papież tak pisze na temat migracji: „Wędrówki ludów osiągnęły dziś niestychające rozmiary i stały się masowymi ruchami, obejmującymi ogromną liczbę osób” [6], po czym dodaje, że przyczyną wzrostu tego zjawiska jest „...wydalanie lub ucieczka ludzi ze swoich krajów z powodu konfliktów zbrojnych, niepewnych warunków ekonomicznych, walk politycznych, etnicznych i społecznych oraz kataklizmów (...)” [6].

Taki stan rzeczy powinien pobudzać kreatorów życia społeczno-politycznego do refleksji nad przyczynami oraz skutkami wynikającymi z różnego typu migracji. Ponadto, jak zauważają teoretycy zajmujący się tą problematyką, należy poszukiwać i wdrażać takie mechanizmy, które pozwolą nam w nowych warunkach społeczno- kulturowych „(...) nauczyć się, jak ze sobą koegzystować i dokonywać pokojowej wymiany, ucząc się od siebie, poznając swoje dzieje, ideały, sztukę i kulturę, wzajemnie wzbogacając swoje życie. Alternatywą jest w tym przeludnionym świecie brak porozumienia, napięcia, zderzenia i katastrofa” [7].

Termin „migracja” w ujęciu encyklopedycznym (z łac. *migratio* – „wędrówka”) oznacza przemieszczanie się mieszkańców kraju lub regionu. Z tym określeniem blisko jest związane pojęcie „emigracja” – także pochodzące z języka łacińskiego (*emigratio*) – oznaczające dobrowolne opuszczenie kraju rodzinnego. Trzecim pojęciem bardzo ściśle związanym z dwoma wcześniejszymi jest pojęcie „imigracji” (z łac. *immigro*) oznaczające przyjazd do obcego kraju w celu osiedlenia się tam na stałe. Imigracja jest wynikiem emigracji i razem z nią tworzy procesy migracji ludności w świecie [8, 9].

Migracja w socjologii definiowana jest najogólniej jako „(...) zmiana miejsca w strukturze społecznej i określana jako migracja pionowa albo jako zmiana miejsca zamieszkania i wówczas określana jest jako migracja pozioma. Pierwsza jest zmianą w przestrzeni społecznej usytuowania człowieka, zmianą jego statusu, miejsca w systemie »międzyludzkich zależności, dystansów i hierarchii«. Druga wiąże się ze zmianą przestrzeni geograficznej, która może być m.in. konsekwencją awansu społecznego lub degradacji jednostki” [10].

„W teoriach socjologicznych za istotną przyczynę migracji uważa się wpływ tzw. sieci migracyjnych (*migration networks*), definiowanych jako pewnego rodzaju sieci kontaktów czy powiązań z migrantami w kraju i zagranicą” [11]. Dekolonizacja, wygnania, narastające konflikty, liczne wojny, polityka elit rządzących, zmieniająca się struktura geopolityczna, globalizacja, separatyzm, zróżnicowanie ekonomiczne (społeczeństwa zamieszkujące biedne Południe szukają możliwości polepszenia swojego życia w krajach bogatej Północy) są wynikiem tego, czego ludzkość doświadczyła w swojej historii. Potwierdzeniem istniejących dysproporcji w sferze materialnej niech będą następujące słowa Marxa „Na świecie miliard ludzi żyje dziś w ekstremalnej nędzy; muszą oni utrzymać się za mniej niż dolara dziennie, co oznacza, że bezpośrednio zagrożona jest ich egzystencja biologiczna. Jeśli wyznaczmy umownie granicę oczywistego ubóstwa na mniej niż dwa dolary dziennie na głowę, to liczbę tych, którzy muszą prowadzić życie poniżej tej granicy, szacuje się na ponad dwa i pół miliarda. To dramatyczne ubóstwo tak wielu ludzi można przeciwstawić równie dramatycznemu bogactwu niewielu innych” [12].

Ponadto wymiernym skutkiem globalizacji są m.in. wspomniane przemieszczenia przestrzenne i planowanie karier zawodowych w wymiarze międzynarodowym.

Szacuje się, że w końcu 2014 r. poza granicami Polski przebywało czasowo około 2320 tys. mieszkańców naszego kraju, tj. o 124 tys. (5,6%) więcej niż w 2013 r. [13]. Natomiast z raportu Naczelnej Rady Pielegniarek i Położnych *Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych wy-*

nika, że po wejściu Polski do UE wydano prawie 17,5 tys. potrzebnych do podjęcia pracy za granicą zaświadczeń o uznaniu kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych [14].

Do istotnych przyczyn związanych z rozwojem ruchów migracyjnych na świecie i właściwym rozumieniem współczesnych determinantów tego zjawiska, w tym delokalizacji mających charakter zarobkowy, należą m.in. kwestie informacyjne, tzn. osoby podejmujące decyzje o wyjeździe mają szybki i łatwy dostęp do źródeł informacji na temat popytu na dane umiejętności czy kwalifikacje, warunków życia i pracy w określonym obszarze geograficznym. Innym czynnikiem w omawianej kwestii są regulacje normatywne. Dotychczas migracje postrzegane były przez pryzmat prawa i ekonomii. Na skutek postępującego procesu humanizacji pracy oraz ogólności troski o prawa człowieka wynikającej z godności ludzkiej te normy cechuje troska o środowisko migracyjne, które nie tylko jest potencjalną siłą roboczą, instrumentem do zaspokajania cudzych potrzeb, ale także grupą ludzi traktowanych indywidualnie, z szacunkiem dla ich potrzeb, dążeń czy aspiracji. Człowiek ma być postrzegany podmiotowo w lokalnym środowisku, stając się jego integralnym „składnikiem” – *melting pot*. Wielokulturowość to trzeci składnik charakteryzujący dzisiejsze zjawisko migracyjne. Jest ona wynikiem natężonej migracji międzykontynentalnych. Migranci przybywający w określoną przestrzeń geograficzną posiadają własne wzory, normy, wartości, obyczaje, tradycje i przyzwyczajenia (tzw. kapitał kulturowy). Powstałe enklawy migracyjne mające własną konstrukcję kulturową w zetknięciu z kulturą zastaną prowadzą często do dyfuzji kulturowej, która sprzyjać może integracji obu społeczności.

Wymienione powyżej czynniki przyczyniły się w znacznym stopniu do współczesnej masowej migracji mającej szczególnie znamiona dyslokacji zarobkowej.

Analizując wątek migracji zarobkowych pracowników służby zdrowia, w tym pielęgniarek i położnych, należy zauważyć, że obecne gospodarki, oparte na wysoko wyspecjalizowanej wiedzy i właściwym jej zarządzaniu, chętnie przyjmują ludzi, którzy są w stanie sprostać powyższym wymaganiom [15]. Tym wymogom są w stanie sprostać doskonale wykształcone i kompetentne polskie pielęgniarki. Warto nadmienić, że współczesna pielęgniarka „...nie jest tylko pracownikiem sprawującym opiekę medyczną nad pacjentami. Jest również osobą, która zajmuje się nauczaniem zawodu pielęgniarki, prowadzeniem prac naukowo-badawczych w dziedzinie pielęgniarstwa, kierowaniem pracą zawodową pielęgniarek i położnych” [16].

Podsumowując tę część publikacji, można skonstatować, że środowisko pielęgniarskie w migracji zarob-

kowej widzi szansę nie tylko na dogodniejsze warunki życia, lecz jak wynika z literatury przedmiotu, ważne są również „...relacje międzyludzkie, środowisko pracy, satysfakcja z pracy, jakościowe procesy komunikacyjne” [17] oraz znaczące możliwości wsparcia w procesie doskonalenia kompetencji zawodowych.

Zarówno migracje zarobkowe, jak i inny typ dyslokacji, szczególnie długoterminowych, nie pozostają bez wpływu na tożsamość w wymiarze indywidualnym, społecznym, narodowym, terytorialnym oraz kulturowym, które należałoby w zaistniałej sytuacji zdefiniować na nowo. Powyższą tezę potwierdza Dyczewski, konstatując, że „...współczesnemu społeczeństwu, które jest podmiotem zmian w sferze politycznej, ekonomicznej czy kulturowo-społecznej” oraz któremu wtóruje szok kulturowy, czyli „...poczucie bardzo głębokiego niepokoju i pełnej dezorientacji w kontaktach z inną grupą i jej kulturą” [18], towarzyszy potrzeba ponownego zdefiniowania tożsamości narodowej.

Z kolei istnieje dość liczna grupa teoretyków (w nurcie rozważań których jest powyższa problematyka) przychylających się do pesymistycznej wizji wyrażonej przez Leloucha w 1991 r.; Lelouch, analizując stale narastające zjawisko transgraniczności i towarzyszącą jej multikulturowość, stwierdza, że: „Historia, bliskość geograficzna i ubóstwo przesądziły los Francji i Europy, które zostaną zalane przez przybyszów z przegranych krajów Południa. Nawet, jeśli do tego nie dojdzie, Zachodowi grozi rozszczepienie na dwie lub więcej wspólnoty kulturowe i zatracenie swojej tożsamości” [19].

Kolejnym istotnym pojęciem, którym autorzy będą posługiwać się w niniejszym artykule, jest „tożsamość”. Termin „tożsamość”, jak konstatują Błaszczuk i Pluta, „nie jest pojęciem »samowystarczalnym«, zawsze należy dookreślić jego kontekst” [20]. Trudności definicyjne analizowanego terminu wynikają z jego wielowymiarowości, a także z faktu, że zjawisko tożsamości stało się przedmiotem eksploracji licznych nauk humanistycznych oraz społecznych. Taki stan rzeczy prowadzi do czegoś, co nazwać można multidefinicyjnością. Konkluzją poruszanej kwestii niech będzie parafraza słów Pryora – poszukiwanie jednej teorii odnoszącej się do zjawiska tożsamości to pogoń za utopią. Jednakże bazując na koncepcji kanadyjskiego filozofa Taylora, w której „Osiąganie tożsamości odbywa się w nieustannym procesie komunikacji odczuć na własny temat z reakcjami otoczenia wobec zachowań jednostki” [21] oraz biograficznym rozumieniu tożsamości amerykańskiego socjologa Giddensa, można skonstatować, że „tożsamość jest procesem poszukiwania przez jednostkę punktu odniesienia poprzez przyjmowanie i przekształcanie jednych identy-

fikacji i odrzucanie innych. Identyfikacje, które zostały uznane za własne, także ulegają transformacji, gdyż z czasem zmienia się znaczenie nadawane im przez jednostkę. Źródłem identyfikacji mogą być idee, normy, poglądy, wartości etc., które są uznawane (bądź były propagowane w dowolnym okresie historycznym) zarówno przez pojedyncze osoby (autorytety), jak i zbiorowości czy grupy osób” [22].

Ponadto z literatury przedmiotu wynika, że istnieje podział tożsamości na indywidualną (osobistą) oraz społeczną. Zgodnie ze *Słownikiem encyklopedycznym edukacji obywatelskiej* „...tożsamość indywidualna to postrzeganie siebie jako osoby ze względu na specyficzne, odrębne i niepowtarzalne u innych ludzi właściwości dotyczące własnego wyglądu, sposobu myślenia, psychiki, zachowania itp. Tożsamość jest więc przekonaniem o tym, kim jestem, co robię, myślę, czuję, do czego dążę, na którym budowana jest tożsamość osobista” [23]. Z kolei tożsamość społeczna zdaniem socjologa Golki „...obejmuje cechy, jakie jednostce przypisują inni ludzie – to znaczy te właściwości, które w złożonym kontekście życia społecznego inni chcą dostrzegać w danej osobie. Ten konstrukt inni tworzą, przekształcają i narzucają w toku interakcji oraz w różny sposób go propagują albo przynajmniej przywołują w różnych okolicznościach – także i na różne sposoby »wmawiają« jednostce”. I dalej autor dodaje, że ten rodzaj tożsamości „...obejmuje wszystkie sprawy, które mieszczą się w optyce społecznej, a więc dotyczą spraw uznawanych za w jakimś stopniu istotne dla życia społecznego (uroda, zainteresowania, postawy itp.)” [18].

Ważnym zagadnieniem odnoszącym się do niniejszego artykułu jest także rozróżnienie pojęć „tożsamość” i „poczucie tożsamości”, czyli subiektywne postrzeganie siebie. Kończąc teoretyczne rozważania związane z poruszaną problematyką w niniejszej publikacji, uwagę czytelnika autorzy pozwolą sobie skupić w tym miejscu na pojęciu „poczucie tożsamości”. Jest ono jednym z produktów społecznej konstrukcji podejmowanej przez aktorów społecznych, wytworzonym w interakcjach, gdzie ludzie zdają sobie sprawę ze swoich działań przez sytuowanie ich we własnej opowieści [24]. Brzezińska dodaje, że poczucie tożsamości to efekt sposobu spostrzegania siebie przez jednostkę i udzielania odpowiedzi na pytania typu: kim jestem, jaki jestem? Poczucie tożsamości to zatem efekt gromadzenia różnych informacji na swój temat, oceniania ich i związane go z tym takiego, a nie innego przeżywania siebie oraz – od okresu dorastania – autorefleksji [25].

Domykając w tym miejscu teoretyczne ramy rozważań na temat tożsamości, należy sformułować postulat, by stale stosować permanentną pedagogikę oraz podejmować systematyczne analizy ewaluacyjne, konse-

kwencją których będzie odświeżanie nowych, pełniejszych aspektów tego dynamicznego zjawiska, gdyż jak słusznie zauważył Bauman: „Troska o tożsamość jest w ostatecznym rachunku troską o społeczne uznanie” [26].

Wyniki badań

W tej części artykułu przedstawione zostaną wyniki badań bazujących na wcześniej przyjętym konstrukcie teoretyczno-metodologicznym. Respondentami były 34 pielęgniarki, które wyemigrowały zarobkowo do ośmiu państw Unii Europejskiej.

Pierwsze pytanie, które zadano badanym pielęgniarkom, dotyczyło motywów podjęcia przez nich decyzji o emigracji zarobkowej.

Tabela 1. Motywy emigracji zarobkowej respondentek
Table 1. Reasons for respondents' economic emigration

Motywy wyjazdu/ <i>Reasons for leaving</i>	Ogółem/ <i>Total</i>	
	N	%
Możliwość i chęć kształcenia się oraz zdobywania fachowej wiedzy/ <i>The ability and willingness to learn and gain expertise</i>	15	44,1
Możliwość zdobywania nowych doświadczeń życiowych, kulturowych itp./ <i>The possibility of gaining new life and cultural experience, etc.</i>	9	26,5
Polepszenie warunków pracy/ <i>Improving working conditions</i>	20	58,8
Polepszenie ogólnych warunków życia, zdobycie lepszych perspektyw życiowych/ <i>Improving general living conditions, having better life perspectives</i>	23	67,4
Nabywanie kompetencji językowych/ <i>Acquiring linguistic competence</i>	9	26,5
Możliwość i chęć dołączenia do osób z rodziny lub znajomych/ <i>The ability and willingness to join family or friends</i>	3	8,8
Niskie zarobki w służbie zdrowia/ <i>Low wages in health service</i>	26	76,8
Brak pracy w miejscu zamieszkania/ <i>No work in the place of residence</i>	1	2,9
Brak perspektyw rozwoju zawodowego/ <i>Lack of career prospects</i>	11	32,3
Inny powód/ <i>Other reasons</i>	4	11,8

Dane nie sumują się do 100%, ponieważ respondenci mogli wymienić więcej niż jedną odpowiedź/*The figures do not add up to 100% because respondents could name more than one answer*

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Z uzyskanych estymacji wynika, że jedną z istotnych przyczyn podjęcia decyzji o emigracji zarobkowej są niskie zarobki respondentek oraz polepszenie ogólnych warunków życia (**Tabela 1**). Następnie wskazywano na polepszenie warunków pracy, możliwość i chęć kształcenia się oraz zdobywania fachowej wiedzy. W dalszej kolejności badane osoby zaznaczały: brak perspektyw rozwoju zawodowego, możliwość zdobywania nowych doświadczeń życiowych, kulturowych itp., nabywanie kompetencji językowych, możliwość i chęć dołączenia do osób z rodziny

lub znajomych, brak pracy w miejscu zamieszkania. Na inny powód jako przyczynę wyjazdów zarobkowych wskazuje tylko 11,8% respondentek.

Zaprezentowane wyniki wskazują, że głównym motywem wyjazdu są kwestie zawodowe oraz związana z nimi kwestia finansowa, a w drugiej kolejności dla respondentek istotny jest wymiar życia społeczno-kulturowego.

Odpowiedzi udzielone na drugie pytanie ukazały, do jakich krajów UE pielęgniarki wyemigrowały w celach zarobkowych.

Z uzyskanych danych wynika, że najpopularniejszą destynacją zarobkową badanych pielęgniarek jest Wielka Brytania. W dalszej kolejności są to Szwecja i Irlandia. Niemcy oraz Norwegię jako kraje swojej emigracji zarobkowej wskazały 3 osoby. Z kolei 2 respondentki wyjechały do Holandii, natomiast najmniej badanych kobiet pracuje w Danii oraz we Francji (po 1 osobie). Zestawienie dotyczące powyższych wielkości przedstawiono w **tabeli 2**.

Tabela 2. Migracje zarobkowe badanych osób
Table 2. Economic migrations of respondents

Kraj/Country	Ogółem/Total	
	N	%
Wielka Brytania/Great Britain	11	32,3
Szwecja/Sweden	8	23,5
Irlandia/Ireland	5	14,7
Niemcy/Germany	3	8,8
Norwegia/Norway	3	8,8
Holandia/Holland	2	5,9
Dania/Denmark	1	2,9
Francja/France	1	2,9

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Trzecie pytanie dotyczyło istoty podjętej w niniejszej publikacji problematyki, tj. poczucia tożsamości narodowej. Pytanie to cechowało się szeregowaniem 13 alternatyw z wykorzystaniem skali Likerta. Zaproponowane przez autorów korelaty (względem siebie komplementarne), składające się na poczucie tożsamości narodowej, były efektem analizy teorii tożsamości społecznej brytyjskiego socjologa Smitha oraz Seletiego, jak również publikacji polskiej badaczki kultury Kłoskowskiej.

Poproszono badane osoby, aby z zaproponowanej kafeterii wskazały na stopień ważności korelatów społeczno-kulturowych (**Tabela 3**). Przedstawiony zestaw zdaniem autorów artykułu ogniskuje się wokół tożsa-

mości oraz dobrze konstytuuje poczucie tożsamości narodowej. Respondentki proszone były o wpisanie kolejno do krutek liczb od 1 do 5, gdzie 1 oznacza wartość zupełnie nieważną, 2 – raczej nieważną, 3 – trudno powiedzieć, 4 – raczej ważną, a 5 – bardzo ważną.

Analiza odpowiedzi udzielonych na trzecie pytanie wykazała, że zdecydowana większość respondentek charakteryzuje się wysokim poczuciem tożsamości narodowej. Powyższa teza wynika z faktu, iż dla zdecydowanej większości badanych osób zaproponowany zestaw aksjologicznych korelatów służących określeniu poczucia tożsamości narodowej jest bardzo ważny lub raczej ważny; tylko nieliczne wskazania dotyczą kategorii – zupełnie nieważne.

Rozkład odpowiedzi dotyczących identyfikacji składników konstytuujących poczucie tożsamości narodowej przedstawia się następująco: niemal połowa badanych kobiet (47%) wskazuje, że bardzo istotną sprawą dającą poczucie tożsamości narodowej jest możliwość uczestniczenia na obczyźnie w obchodach związanych z Polską, kultywowanie tradycji polskich oraz dbałość o religię. Nieco mniej osób wybierając element bardzo ważny dla poczucia tożsamości narodowej, wskazuje na dbałość o kulturę polską oraz przywiązanie, korzenie i pochodzenie (*ex æquo* głosów, tj. 44,1%). Nie bez znaczenia dla tego poczucia zdaniem respondentek jest dbałość o język polski, symbole narodowe, idea narodowego ducha, wspólnota prawno-polityczna czy też pamięć historyczna i poczucie ciągłości istnienia.

Myślenie o tożsamości to także rozpatrywanie jej w kategoriach zamieszkiwania. W związku z tym kolejne, czwarte pytanie dotyczyło tej kwestii. Uzyskane odpowiedzi są znaczącym wskaźnikiem dotyczącym stopnia identyfikacji z miejscem pochodzenia. Stopień ten jest jednym z istotnych wymiarów poczucia tożsamości narodowej badanych pielęgniarek.

Z **tabeli 4** wynika, że aż 82,3% respondentek w stopniu bardzo wysokim i wysokim identyfikuje się przede wszystkim ze „swoją gminą, miejscowością, dzielnicą, osiedlem, czyli bezpośrednim terytorium, w którym żyły przed wyjazdem z kraju i być może dlatego w takim stopniu obszar ten jest dla nich tak bliski. Niemal tyle samo wskazań przypada na kategorię: z Wielkopolską. Nieco mniej kobiet identyfikuje się w stopniu bardzo wysokim i wysokim z Polską. Ponad połowa pielęgniarek utożsamia się z Europą, a połowa badanych pielęgniarek uważa się za kosmopolitki. Uzyskane dane są potwierdzeniem tezy, że badane pielęgniarki mają wysokie poczucie tożsamości narodowej.

Tabela 3. Społeczno-kulturowe korelaty poczucia tożsamości narodowej
Table 3. Socio-cultural correlates of the sense of national identity

Wartości/Values	Bardzo ważne/ Very important		Raczej ważne/ Rather important		Średnio ważne/ Barely important		Raczej nieważne/ Rather unimportant		Zupełnie nieważne/ Totally unimportant	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Dbłość o język polski/ <i>Care about the Polish language</i>	14	41,2	10	29,4	4	11,8	5	14,7	1	2,9
Dbłość o kulturę / <i>Care about culture</i>	15	44,1	11	32,3	1	2,9	4	11,8	3	8,8
Dbłość o religię / <i>Care about religion</i>	16	47,0	9	26,5	5	14,7	3	8,8	1	2,9
Dbłość o zwyczaje/obyczaje/ <i>Care about customs/traditions</i>	14	41,2	12	35,3	2	5,9	4	11,8	2	5,9
Dbłość o tradycję/ <i>Care about tradition</i>	16	47,0	12	35,3	1	2,9	3		2	5,9
Dbłość o symbole / <i>Care about symbols</i>	8	23,5	12	35,3	5	14,7	7	20,6	2	5,9
Mity/ <i>Myths</i>	6	17,6	4	11,8	8	23,5	10		6	
Przywiązanie, korzenie, pochodzenie/ <i>Attachment, roots, origin</i>	15	44,1	15	44,1	1	2,9	2	5,9	1	2,9
Wspólnota prawno-polityczna/ <i>Legal and political community</i>	9	26,5	6	17,6	15	44,1	4	11,8	0	0
Idea narodowego ducha/ <i>The idea of the national spirit</i>	8	23,5	8	23,5	10	29,4	5	14,7	3	8,8
Pamięć historyczna/ <i>Historical memory</i>	15	44,1	11	32,3	7	20,6	1	2,9	0	0
Umiejscowienie w czasie początku powstania danej zbiorowości naro- dowej/ <i>The location during the incep- tion of the national community</i>	8	23,5	7	20,6	15	44,1	2	5,9	2	5,9
Możliwości uczestniczenia w obcho- dach związanych z Polską/ <i>Opportu- nities to participate in celebrations associated with Poland</i>	16	47,0	10	29,4	6	17,6	1	2,9	1	2,9

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Tabela 4. Stopień identyfikacji respondentek z obszarem terytorialnym
Table 4. Degree of respondents' identification with a territorial area

Rodzaj terytorium/ <i>Type of territory</i>	Bardzo wysoki/ Very high		Wysoki/ High		Średni/ Medium		Niski/ Low		Bardzo niski/ Very low	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Z Polską/ <i>With Poland</i>	12	35,3	11	32,3	7	20,6	3	8,8	1	2,9
Z Wielkopolską/ <i>With Great Poland</i>	14	41,2	12	35,3	6	17,6	2	5,9	0	0
Ze swoją gminą, miejscowością, dzielnica, osiedlem/ <i>With their com- mune, location, district, settlement</i>	16	47,0	12	35,3	4	11,8	2	5,9	0	0
Z Europą/ <i>With Europe</i>	8	23,5	12	35,3	10	29,4	3	8,8	1	2,9
Czuję się obywatelem świata/ <i>I feel the citizen of the world</i>	10	29,4	7	20,6	12	35,3	4		1	2,9

* Procent wskazań nie sumuje się do 100, ponieważ każdy respondent mógł wybrać 5 odpowiedzi/*Percentage of answers do not add up to 100 because each respon-
 dent could choose 5 replies*

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Kolejne i zarazem ostatnie pytanie dotyczyło wskazania miejsca, w którym badane respondentki chciałyby mieszkać, gdyby ich zarobki były porównywalne z obecnymi, osiąganymi w krajach, do których wyemigrowały. Strukturę odpowiedzi na to pytanie przedstawia **tabela 5**. Okazuje się, że ponad 73,5% badanych pielęgniarek odpowiedziało, że chciałyby pracować w miejscowości, z której pochodzą lub w najbliższej okolicy. Niewielka liczba respondentek opowiedziała się za Wielkopolską jako miejscem pracy. Z kolei *ex aequo* wskazań (5,9%) dotyczy Polski, innego kraju UE niż obecny oraz państwa, w którym badane kobiety obecnie pracują.

Uzyskane dane są kolejnym potwierdzeniem tezy o wysokim poczuciu tożsamości narodowej respondentek, w tym przypadku można by powiedzieć o tożsamości lokalnej.

Tabela 5. Miejsca, w którym badane respondentki chciałyby mieszkać, gdyby ich zarobki i warunki pracy byłyby porównywalne z tymi, które ankietyowane obecnie posiadają

Table 5. Places where respondents would like to live if their wages and working conditions were comparable to those which they currently have

Nazwa terytorium/Name of the territory									
W kraju, w którym obecnie pracuję/ <i>In the country I'm currently working</i>		W innym kraju UE/ <i>In another European country</i>		W Polsce/ <i>In Poland</i>		W Wielkopolsce/ <i>In Great Poland</i>		W najbliższej okolicy swojego miejsca zamieszkania w Polsce/ <i>In the vicinity of their place of residence in Poland</i>	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2	5,9	2	5,9	2	5,9	3	8,8	25	73,5

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Wnioski

Przedstawiona w tej pracy analiza dotycząca wybranych społeczno-kulturowych korelatów będących fundamentem poczucia tożsamości narodowej wykazała, że badane pielęgniarki przejawiają wysoki stopień poczucia tożsamości narodowej, wymiarem którego są omawiane społeczno-kulturowe korelaty ogniskujące się wokół tego zjawiska. Decyzja o emigracji zarobkowej podjęta była przede wszystkim z racji niskich zarobków oraz chęci poprawy warunków pracy. Wyniki przeprowadzonych badań pozwalają skonstatować, że w przypadku polepszenia warunków finansowych oraz zapewnienia lepszych warunków pracy w zdecydowanej większości badane osoby powróciłyby do Polski i podjęłyby dalszą pracę zarobkową w najbliższej okolicy miejsca swojego zamieszkania.

Piśmiennictwo

- Smith AD. National Identity. London: Penguin; 1991.
- Seleti Y. The transition to democracy and the production of a new national identity in Mozambique. *Critical Arts*. 1997; 11(1–2): 46–62.
- Urbaniak-Zajac D. Wywiad narracyjny na tle innych technik wywiadu. *Edukacja*. 1999; 4.
- Dyczewski L. Naród podmiotem kultury. W: Dyczewski L (red.). Tożsamość polska i otwartość na inne społeczeństwa. Lublin: Wyd. KUL; 1996. 7.
- Giddens A. *Socjologia*. Warszawa: PWN; 2006. 282.
- Jan Paweł II. Posynodalna adhortacja apostołska. *Rozdz. VII*. 2003; nr 72.
- Huntington S. Zderzenie cywilizacji. Warszawa: Wyd. Muza; 2007. 497.
- Encyklopedia – Prawo nie tylko dla prawników. Warszawa: PWN; 2008. 179, 232.
- Słownik wyrazów obcych. Warszawa: PWN; 1993. 275.
- Ossowski S. O strukturze społecznej. Warszawa: PWN; 1982. 114.
- Kaczmarczyk P. Migracje zarobkowe Polaków w dobie przemian. Warszawa: Wyd. Uniwersytetu Warszawskiego; 2005. 250.
- Marx R. Kapitał – Mowa w obronie człowieka. Kraków: Wyd. HOMODEI; 2009. 29.
- GUS. Informacja o rozmiarach i kierunkach czasowej emigracji z Polski w latach 2004 –2014, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/migracje-zagraniczne-ludnosc/informacja-o-rozmiarach-i-kierunkach-emigracji-z-polski-w-latach-2004-2015,2,9.html> (data dostępu: 12.07.2016).
- W Polsce zabraknie pielęgniarek, <http://www.pulshr.pl/rynek-zdrowia/w-polsce-zabraknie-pielegniarek,27215.html> (data dostępu: 12.07.2016).
- Toffler A. Trzecia fala. Poznań: Wyd. Kurpisz; 2006. 422.
- Bugdol M. Procesy zatrudniania personelu medycznego. W: Bugdol M, Bugaj J, Stańczyk I (red.). Procesy zarządzania zasobami ludzkimi w służbie zdrowia. Wrocław: Wyd. Continuo.pl; 2012. 15, 21–22.
- Toofany S. Team building and leadership: the key to recruitment and retention. *Nurs Manag*. 2007; 14(1): 24–27.
- Golka M. Imiona wielokulturowości. Warszawa: Wyd. Muza; 2010. 179, 348.
- Kulińska L. Konflikty i punkty zapalne w Europie. W: Borkowski R (red.). Konflikty współczesnego świata. Kraków: Wyd. AGH; 2001. 31.
- Błaszczak M, Pluta J. Tożsamość układu lokalnego a problem reintegracji. W: Szlachcicowa I (red.). Religia – przekonania – tożsamość: szkice socjologiczne. *Acta Universitatis Wratislaviensis. Socjologia*. 1998; 26: 116.
- Karmolińska-Jagodzik E. Podmiotowość a tożsamość współczesnego człowieka w przestrzeni rodzinnej. *Dyskurs teoretyczny. Studia Edukacyjne*. 2014; 31: 117.
- Jakubowska L. Tożsamość kulturowa Polaków z Kazachstanu w kontekście tendencji globalizacyjnych. Legnica: Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Witelona; 2011. 17.
- Smolski R, Smolski M, Stadtmüller EH. Słownik encyklopedyczny. *Edukacja obywatelska*. Za: Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej. Tożsamość regionalna mieszkańców województwa zachodniopomorskiego. Raport z badań eksploracyjno-diagnostycznych.
- Kostera M. Współczesne koncepcje zarządzania, Warszawa: Wyd. Nauk. Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego; 2008. 87.

25. Brzezińska A. Dzieciństwo i dorastanie: korzenie tożsamości osobistej i społecznej. W: Brzezińska A, Hulewska A, Słomska J (red.). Edukacja regionalna. Warszawa: PWN; 2006. 8–9.
26. Bauman Z. O tarapatach tożsamości w ciasnym świecie. W: Kalaga W (red.). Dylematy wielokulturowości. Kraków: Universitas; 2004. 32.

Artykuł przyjęty do redakcji: 20.07.2016

Artykuł przyjęty do publikacji: 05.09.2016

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Renata Rasińska

ul. Mariana Smoluchowskiego 11

60-179 Poznań

tel.: 61 8612 254

e-mail: rasinska@ump.edu.pl

Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

JAKOŚĆ ŻYCIA I SAMOOCENA PACJENTÓW LECZONYCH NERKOZASTĘPCZO

QUALITY OF LIFE AND SELF-ESTEEM OF PATIENTS TREATED WITH RENAL REPLACEMENT THERAPY

Magdalena Strugała¹, Dorota Talarska¹, Tomasz Niewiadomski², Tomasz Ptaszyński³, Paulina Muszyńska⁴, Izabela Wróblewska⁵, Małgorzata Dziechciaż⁶

¹ Katedra i Zakład Profilaktyki Zdrowotnej
Pracownia Pielęgniarstwa Społecznego

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
² Ortopedyczno-Rehabilitacyjny Szpital Kliniczny im. Wiktora Degi
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

³ Instytut Psychologii
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

⁴ studentka Wydziału Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

⁵ Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

⁶ Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna w Jarostawiu

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2017.15>

STRESZCZENIE

Wstęp. Artykuł przedstawia poziom jakości życia i samooceny pacjentów leczonych metodą hemodializ. Schyłkowa niewydolność nerek (ang. *end-stage renal disease* – ESRD) oraz jej leczenie wpływa na wszelkie obszary życia chorego, dlatego w badaniu jakości życia (ang. *quality of life* – QoL) ważną jest analiza determinantów zarówno obiektywnych, jak i subiektywnych.

Cel. Głównym celem pracy było określenie związku jakości życia i samooceny pacjentów leczonych nerkozastępczo.

Materiał i metody. W badaniu wzięło udział 98 pacjentów leczonych metodą hemodializ. Jakość życia pacjentów dializowanych, oceniono zgodnie ze skalą *The Kidney Disease Quality of Life* (KDQoL), poziom samooceny określono przy wykorzystaniu narzędzia *The Rosenberg Self Esteem* (SES).

Wyniki. Potwierdzono związek jakości życia z samooceną chorych leczonych nerkozastępczo. Wykazano, że znaczna część badanych miała pozytywną samoocenę.

Wnioski. Uzyskane wyniki stanowią wstęp do dalszych perspektywnych interwencji w celu poprawy jakości życia tej grupy pacjentów.

SŁOWA KLUCZOWE: jakość życia, samoocena, leczenie nerkozastępcze.

ABSTRACT

Introduction. The article presents the reported quality of life and self-esteem of patients treated with hemodialysis. End-stage renal failure (end-stage renal disease – ESRD) and its treatment affects all spheres of patient's life, which is why the study of quality of life (quality of life – QoL) is important to analyse both objective and subjective determinants.

Aim. The main objective of the study was to determine the relationship of quality of life and self-esteem of patients treated with renal replacement therapy.

Material and methods. The study involved 98 patients treated with hemodialysis. The quality of life of dialysed patients was rated according to *The Kidney Disease Quality of Life* (KDQoL) scale, the level of self-esteem was determined using the *Rosenberg Self-Esteem* (SES) questionnaire.

Results. Results confirmed the relationship between self-esteem and quality of life for patients treated with renal replacement therapy. The results indicate that a substantial proportion of respondents had positive self-esteem.

Conclusions. The results serve as preliminary data for further possible interventions to improve quality of life for this group of patients.

KEYWORDS: quality of life, self-esteem, renal replacement therapy.

Wstęp

Przewlekła niewydolność nerek (ang. *chronic renal disease* – CRD) jest zespołem chorobowym przebiegającym z nieodwracalnym uszkodzeniem nerek, przejawia-

jącym się zaburzeniem czynności wydalniczej nerek. W ostatnich latach wśród chorych z CRD wzrasta, głównie na skutek powikłań, odsetek osób wymagających dializoterapii [1, 2]. Schyłkowa niewydolność nerek

(ang. *end-stage renal disease* – ESRD) oraz jej leczenie wpływa na wszelkie obszary życia chorego, dlatego w badaniu jakości życia (ang. *quality of life* – QoL) ważną jest analiza determinantów zarówno obiektywnych, jak i subiektywnych [3].

Ocena QoL zajmuje znaczące miejsce w doniesieniach badawczych. Dzieje się tak z powodu wydłużania się okresu życia, także osób przewlekle chorych. Przykładem mogą być właśnie osoby z ESRD, których jakość życia może zależeć bezpośrednio od stanu klinicznego i funkcjonalnego, a pośrednio również od samooceny [3]. Jakość życia zależna od obecności choroby przewlekłej stanowi ważny element wpływu na terapię, jest ważnym wskaźnikiem zdrowia, gdyż odzwierciedla zdolność chorych w zakresie codziennego funkcjonowania, poczucie satysfakcji z życia i psychicznego dobrostanu, ponadto dostarcza informacji dotyczących postrzegania siebie i samooceny pacjenta przez pryzmat fizycznych, psychicznych, emocjonalnych, społecznych i behawioralnych elementów choroby [4, 5]. Rzetelna ocena QoL, poprzez szerokie wielowymiarowe podejście, przedstawia korzyści z leczenia i opieki, pozwala ocenić objawy związane z terapią, głównie świadczące o wysokiej uciążliwości procesów związanych z dializoterapią, a mające duży wpływ na samoocenę, np. ciągłe uczucie zmęczenia, osłabienie, bóle głowy, kurcze mięśni, świąd skóry, bezsenność itd. [6, 7]. Najczęstszym sposobem pomiaru QoL są metody kwestionariuszowe, oparte na samoocenie pacjenta. Stąd pożądane jest wykorzystywanie sprofilowanych do danej sytuacji klinicznej narzędzi badawczych jakości życia, takich jak np. skala *The Kidney Disease Quality of Life* (KDQoL) [6]. Kwestionariusz ten został stworzony do pomiaru typowych, postrzeganych przez pacjenta, problemów związanych ze zdrowiem w przewlekłej niewydolności nerek oraz do oceny wpływu tych problemów na codzienne funkcjonowanie. Niezależnie jednak od tego, jaki zostanie zastosowany kwestionariusz, należy wciąż mieć na uwadze, że jakość życia ma zawsze wymiar indywidualny i zmienia się w czasie.

Zaawansowana choroba nerek, często z powikłaniami i koniecznością częstego odbywania hemodializ, bywa przyczyną ograniczenia życia społecznego, rodzinnego i zawodowego, co ma związek ze zmaganiem się z ciężarem choroby. Postrzeganie siebie jest ważnym punktem odniesienia w ocenie wpływu przewlekłej choroby nerek i jej leczenia na jakość życia chorych. Samoocena jest subiektywnym postrzeganiem siebie, istotnie powiązaniem z akceptacją społeczną [8, 9]. Niska samoocena to częsty problem pacjentów dializowanych. Oznacza mniejsze poczucie własnej wartości, zaburzenia akceptacji własnego wizerunku, obniżenie zadowolenia z siebie i społecznych relacji. Przejawia się również

brakiem napędu, tendencją do obniżonego nastroju, słabą motywacją do leczenia i zachowań prozdrowotnych czy do ewentualnej zmiany stylu życia [10]. Może wynikać także z braku odpowiedniego wsparcia emocjonalnego czy niskiego poczucia własnej wartości. Osoby charakteryzujące się lepszą samooceną łatwiej radzą sobie z sytuacjami trudnymi, do których należy choroba przewlekła – ESRD [11]. W świetle przeanalizowanej literatury można uznać, że badaniu samooceny w kontekście jakości życia pacjentów dializowanych poświęca się zbyt mało uwagi, a przecież poprawa zadowolenia z siebie, zrozumienie przewlekłej choroby i bardziej optymistyczne jej postrzeganie mają niezaprzeczalnie związek z lepszą jakością życia [12, 13]. Dlatego uznano ten temat za warty pogłębienia poprzez zainicjowanie adekwatnych badań, w których kluczowe znaczenie ma zbadanie relacji wybranych cech socjodemograficznych i klinicznych oraz samooceny względem jakości życia pacjentów z ESRD leczonych dializami.

Celem pracy było określenie związku jakości życia i samooceny pacjentów leczonych nerkozastępczo.

Materiał i metody

Do badań zakwalifikowano 104 pacjentów leczonych metodą hemodializ na terenie miasta Poznania. Kilku (6) pacjentów odmówiło udziału w badaniu z przyczyn osobistych. Ostatecznie w badaniu wzięło udział 98 chorych.

Czynniki włączenia:

- pacjenci leczeni przynajmniej 6 miesięcy za pomocą hemodializy,
- sprawność psychofizyczna umożliwiaющая wypełnienie narzędzi badawczych,
- choroby współistniejące nieograniczające funkcjonowania psychofizycznego,
- brak choroby nowotworowej.

W obrębie całej grupy przyjęto następujący kierunek badań: w pierwszej kolejności przeprowadzono analizę zależności jakości życia z parametrami socjodemograficznymi i samooceną. Następnie zbadano związek poszczególnych domen jakości życia (QoL) z samooceną chorych (SES).

Narzędzia badawcze

W badaniu zastosowano następujące specyficzne instrumenty:

- *The Kidney Disease Quality of Life* (KDQoL),
- *The Rosenberg Self Esteem* (SES).

KDQoL – skala ta należy do często stosowanych narzędzi badawczych, mimo iż ma wysokie parametry psychometryczne, wyłonione na podstawie licznych wielośrodkowych badań, cytowanych w literaturze [7,

14, 15]. KDQoL, jak wszystkie skale wielowymiarowe, pozwala na dokonanie precyzyjnej indywidualnej oceny jakości życia pacjentów leczonych nerkozastępczo [14]. Dostarcza informacji o pacjencie z zakresu czterech obszarów: zdrowie fizyczne, zdrowie psychiczne, problemy związane z chorobą i satysfakcja z opieki medycznej. W sumie zawiera 24 pytania, które oprócz oceny zdrowia i samopoczucia pacjenta, dotyczą także wydolności w zakresie codziennych czynności życiowych i mobilności. Pytania podzielone są na 11 domen, każda z nich oceniana jest w skali od 0 do 100 punktów. Wyższy wynik oznacza lepszą jakość życia [6, 7].

Domeny KDQoL:

- KDQoL **D1** – Objawy
- KDQoL **D2** – Wpływ choroby nerek
- KDQoL **D3** – Ciężar choroby nerek
- KDQoL **D4** – Stan zatrudnienia
- KDQoL **D6** – Jakość stosunków międzyludzkich
- KDQoL **D7** – Czynności seksualne
- KDQoL **D8** – Sen
- KDQoL **D9** – Wsparcie społeczne
- KDQoL **D10** – Wsparcie pracowników stacji dializ
- KDQoL **D11** – Satysfakcja pacjenta

SES – skala samooceny M. Rosenberga, składa się z 10 twierdzeń diagnostycznych, służących do ogólnej samooceny chorego; 5 twierdzeń zawiera pozytywnie sformułowane oświadczenia, a kolejne 5 – negatywnie. Badany ma za zadanie wskazać na 4-stopniowej skali Likerta, w jakim stopniu zgadza się z każdym z tych stwierdzeń. Ogólny wynik zawiera się w przedziale od 10 do 40 punktów, wyższa liczba punktów przemawia za lepszą samooceną respondenta [8, 9].

Opis poszczególnych stwierdzeń w skali przedstawia się następująco:

- SES 1** – Uważam, że jestem osobą wartościową przynajmniej w takim samym stopniu, co inni
- SES 2** – Uważam, że posiadam wiele pozytywnych cech
- SES 3** – Ogólnie biorąc, jestem skłonny sądzić, że nie wiedzie mi się
- SES 4** – Potrafię robić różne rzeczy tak dobrze, jak większość innych ludzi
- SES 5** – Uważam, że nie mam wiele powodów, aby być z siebie dumnym
- SES 6** – Lubię siebie
- SES 7** – Ogólnie rzecz biorąc, jestem z siebie zadowolony
- SES 8** – Chciałbym mieć więcej szacunku dla samego siebie
- SES 9** – Czasami czuję się bezużyteczny
- SES 10** – Niekiedy uważam, że jestem do niczego

Uzupełnieniem powyższych narzędzi, w ramach badań własnych, była metryczka dla projektu: zdrowie, radzenie sobie i jakość życia, umożliwiająca zebranie danych socjodemograficznych oraz informacji na temat stanu zdrowia.

Analiza statystyczna

Wykorzystano pakiet statystyczny STATISTICA 10 PL. Do oceny różnic między dwoma niezależnymi grupami zastosowano nieparametryczny test Manna-Whitneya, a dla więcej niż dwóch – test Kruskala-Wallisa. Dla określenia zależności między zmiennymi zastosowano współczynnik korelacji rangowej Spearmana. Do analizy zmiennych nominalnych wykorzystano test niezależności chi-kwadrat Pearsona. Wszystkie testy uznawano za istotne statystycznie przy $p < 0,05$.

Wyniki

Cechy socjodemograficzne i przyczyny choroby badanej grupy przedstawiono w **tabeli 1**.

Tabela 1. Czynniki demograficzne i przyczyny ESRD
Table 1. Demographic variables and causes of ESRD

Cechy socjodemograficzne/Sociodemographic variables			
Płeć/Sex	N (%)	Wiek/Age	N (%)
		<60 lat	43 (43,9%)
kobiety/women	37 (37,7%)	>60 lat	55 (56,1%)
mężczyźni/men	61 (62,3%)	średnia/mean	59,6±15,5
		± SD	62,0
		mediana/median	
Wykształcenie/Education	N (%)	Zatrudnienie/Employment	N (%)
		pełny wymiar/full time	10 (10,2%)
		bezzrobotny/unemployed	2 (2,1%)
		rencista/emerytalność/disability/old-age pension	86 (87,7%)
średnie/secondary	35 (35,7%)		
zawodowe/podstawowe/vocational/primary	51 (52,1%)		
Sytuacja ekonomiczna w ostatnim roku leczenia/Economic situation in the most recent year of treatment	N (%)		
bez zmian/no change	73 (74,5%)		
lepsz/better	4 (4,1%)		
gorsza/worse	21 (21,4%)		
Przyczyny ESRD/Causes of ESRD			
nieznana/unknown	N (%)	nefropatia cukrzycowa/diabetic nephropathy	N (%)
	38 (38,8%)		18 (18,3%)
nefropatia nadciśnieniowa/hypertensive nephropathy	N (%)	ktębuszkowe zapalenie nerek/glomerulonephritis	N (%)
	9 (9,2%)		21 (21,4%)
wielotorbielowość nerek/polycystic kidney disease	12 (12,3%)		

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Dane kliniczne

Średni czas trwania dializ dla całej grupy wyniósł $44,7 \pm 48,6$ miesięcy, w tym dla kobiet $46,6 \pm 49,1$, a dla mężczyzn $42,6 \pm 48,4$ miesięcy. Przewlekła choroba nerek najczęściej była konsekwencją: kłębuszkowego zapalenia nerek (21,4%), nefropatii cukrzycowej (18,3%), wielotorbielowości nerek (12,3%) i nefropatii nadciśnieniowej (9,2%). Czas, jaki pacjenci przeznaczali na hemodializę wraz z dojazdem, u 57% grupy wyniósł 8–10 godz., a u 43% respondentów – 5–7 godz.

Wyniki badań laboratoryjnych

Przebieg procesu leczenia analizowano, opierając się m.in. na poziomie: hemoglobiny, która w badanej grupie wynosiła $10,4 \pm 1,4$ g/dl (norma $> 11,5$ g/dl K, $> 13,5$ g/dl M), mocznika w surowicy krwi $22,3 \pm 5,6$ mmol/l (norma 2,46 – 6,66 g/dl), kreatyniny $749,3 \pm 243,3$ μ mol/l (norma 62–115 μ mol/l). Za pomocą testu Manna-Whitneya potwierdzono różnicę między stężeniem kreatyniny w surowicy krwi u kobiet i mężczyzn ($p < 0,021$). Poziom kreatyniny u mężczyzn był znacznie wyższy.

Wyniki otrzymane z zastosowanych skal

Wzrost uzyskiwanej przez respondentów wartości punktowej w skalach KDQoL i SES oznaczał lepszą obiektywnie i subiektywnie jakość życia oraz samoocenę.

Parametry socjodemograficzne a KDQoL. Test Manna-Whitneya nie wykazał istotnej statystycznie różnicy między płcią, stanem cywilnym a poszczególnymi domenami KDQoL. Wiek istotnie różnicował jakość stosunków międzyludzkich (KDQoL D6; $p = 0,019$), aktywność seksualną (KDQoL D7; $p = 0,007$) oraz wsparcie społeczne (KDQoL D9; $p = 0,047$). Wykształcenie z kolei – stan zatrudnienia (KDQoL D4; $p = 0,022$) i funkcje poznawcze (KDQoL D5; $p = 0,042$). Natomiast przyczyna choroby nerek w największym stopniu związana była z wpływem choroby nerek na życie (KDQoL D2; $p = 0,010$). Młodszy, lepiej wykształceni, posiadający pracę, a także badani, u których cukrzyca nie była zasadniczą przyczyną niewydolności nerek, lepiej oceniali jakość życia (**Tabela 2**).

Parametry socjodemograficzne a SES. Istotnie różnicowały samoocenę: stan cywilny ($p = 0,016$), wykształcenie ($p = 0,001$) oraz sytuacja ekonomiczna ($p = 0,003$). Osoby w związku, ze średnim i wyższym wykształceniem oraz w stabilnej sytuacji ekonomicznej miały lepszą samoocenę (**Tabela 2**).

Tabela 2. Ocena KDQoL i SES z uwzględnieniem zmiennych socjodemograficznych i przyczyny choroby

Table 2. KDQoL and SES scores by sociodemographic variables and causes of ESRD

Skale/Scales	Zmienne/Variable					
	płeć/ sex*	stan cywilny/ marital status*	wiek/ age*	wy- kształce- nie/ educa- tion*	przyczyna niewydol- ności nerek/ causes of ESRD*	sytuacja ekonomiczna/ economic situation*
KDQoL domeny/ KDQoL domain	p	p	p	p	p	p
KDQoL D1	0,709	0,361	0,395	0,417	0,180	0,756
KDQoL D2	0,579	0,548	0,420	0,084	0,010	0,146
KDQoL D3	0,884	0,200	0,200	0,990	0,350	0,305
KDQoL D4	0,838	0,179	0,084	0,022	0,317	0,624
KDQoL D5	0,941	0,054	0,960	0,042	0,557	0,370
KDQoL D6	0,889	0,189	0,019	0,130	0,981	0,267
KDQoL D7	0,918	0,165	0,007	0,075	0,515	0,351
KDQoL D8	0,661	0,089	0,484	0,975	0,025	0,046
KDQoL D9	0,855	0,610	0,047	0,230	0,532	0,977
KDQoL D10	0,936	0,951	0,892	0,175	0,945	0,776
KDQoL D11	0,826	0,533	0,521	0,390	0,209	0,818
SES stwierdzenia/ SES statements						
SES 1	0,677	0,070	0,335	0,380	0,685	0,593
SES 2	0,776	0,095	0,188	0,291	0,485	0,698
SES 3	0,357	0,523	0,230	0,074	0,446	0,280
SES 4	0,936	0,016	0,172	0,001	0,902	0,183
SES 5	0,826	0,433	0,627	0,594	0,739	0,706
SES 6	0,764	0,123	0,073	0,277	0,632	0,580
SES 7	0,559	0,394	0,127	0,273	0,613	0,169
SES 8	0,222	0,479	0,597	0,320	0,107	0,034
SES 9	0,516	0,573	0,122	0,140	0,981	0,999
SES 10	0,645	0,381	0,310	0,172	0,816	0,755
SES wynik/ score	0,461	0,102	0,216	0,158	0,607	0,978

* test Manna-Whitneya, wartość p istotna statystycznie $p < 0,05$

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

SES a poszczególne domeny KDQoL. Zależność z samooceną wykazano, analizując następujące domeny jakości życia: ciężar choroby nerek [D3; $r = (0,422)$], funkcjonowanie poznawcze [D5; $r = (0,567)$] oraz jakość stosunków międzyludzkich [D6; $r = (0,404)$]. Można zatem przypuszczać, że lepsze funkcjonowanie w ramach wyróżnionych domen KDQoL wiązało się z wyższą samooceną respondentów wg SES (**Tabela 3**).

Tabela 3. Korelacje między skalami*
Table 3. Correlations between scales

KDQoL domeny/KDQoL domains	SES wynik/SES score
KDQoL D1	r = (0,057)
KDQoL D2	r = (- 0,032)
KDQoL D3	r = (0,422) ***
KDQoL D4	r = (0,026)
KDQoL D5	r = (0,567) ***
KDQoL D6	r = (0,404) ***
KDQoL D7	r = (0,026)
KDQoL D8	r = (0,013)
KDQoL D9	r = (0,235)
KDQoL D10	r = (- 0,129)
KDQoL D11	r = (0,138)

*r – współczynnik korelacji rang Spearmana

***silna zależność

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Dyskusja

Przeprowadzona w ramach badań własnych analiza jakości życia i samooceny dotyczyła 98 pacjentów leczonych metodą hemodializ. Skala KDQoL, którą posłużono się w badaniu, jest wieloprofilowym narzędziem pomiarowym, dostosowanym do oceny jakości życia pacjentów z określonymi, specyficznymi problemami zdrowotnymi, takimi jak ESRD. Natomiast wykorzystana do samooceny skala Rosenberga jest szczególnie przydatna, gdyż pozwala ocenić ogólny poziom poczucia własnej wartości. Uznana zaletą tego narzędzia jest także to, że uzyskany wynik interpretuje się jako stały, a nie przejściowy stan. Ponadto przyjmuje się, że skala jest dobrym prognostykiem również innych aspektów samopoczucia psychicznego, takich jak niepokój czy depresja [9].

Biorąc pod uwagę parametry socjodemograficzne i kliniczne oraz wyniki KDQoL, stwierdzono, że chorzy dializowani uzależniali swoją jakość życia w głównej mierze od wieku i ogólnej codziennej aktywności, związanej z wykształceniem oraz przyczyną choroby nerek. Potwierdzają to wcześniejsze prace [5, 16, 17]. Leczenie nerkozastępcze wpływało w dominującym stopniu na styl życia i codzienne funkcjonowanie zarówno badanych pacjentów, jak i ich rodzin. Podporządkowanie schematowi leczenia wszelkich czynności, w tym zawodowych, zakłócało możliwości kontynuowania zatrudnienia i uzyskiwania dochodu; do podobnych wniosków doszli Zhang i wsp. oraz Gentile [17, 18]. Gorsza jakość życia była ewidentnie związana z niskim wskaźnikiem zatrudnienia, 87% badanych stanowiły osoby niepracujące, w tym 21,5% chorych musiało z przyczyn zdrowotnych zrezygnować z pracy zawodowej, a 37% było na rencie chorobowej. Konieczność zaprzestania pracy

zawodowej może wynikać, po pierwsze, z dezorganizujących plan dnia zabiegów hemodializ oraz, po drugie, z faktu, że pacjenci z ESRD często już nie są w stanie podjąć ponownego zatrudnienia z powodu zaawansowania choroby lub obecności schorzeń współistniejących, np. cukrzycy, choroby niedokrwiennej serca, co wiąże się z koniecznością sprawowania opieki przez rodzinę [15, 18].

Dotychczasowe, dość nieliczne badania dotyczące samooceny pacjentów dializowanych wskazują, że ta grupa chorych ma niższą samoocenę w porównaniu do zdrowej populacji [19]. Wyniki badań własnych wykazały jednak, że 62% pacjentów nie miało niskiej samooceny. W przeprowadzonych badaniach stwierdzono istnienie dodatniej korelacji pomiędzy samooceną a jakością życia. Tym samym można przypuszczać, że badani, których cechowała dobra samoocena, wyżej oceniali jakość życia. Ten zadowalający wynik może wynikać z przekrojowego charakteru badania, stosunkowo nielicznej grupy lub też obecności wśród badanych osób o krótkim okresie dializowania. Ponadto może oznaczać konstruktywne psychofizyczne zaangażowanie pacjentów w skuteczne kontrolowanie choroby. Argumentację tę podzielają także inni autorzy [19–24], którzy ponadto w swych badaniach podkreślają znaczenie związku ogólnej samooceny, samopoczucia psychicznego, emocjonalnego i szacunku do samego siebie z jakością życia u chorych hemodializowanych. Podobnie jak Quinan [25] można potwierdzić ścisłą relację pomiędzy samooceną pacjentów a obecnością przewlekłej choroby nerek stwierdzeniem, że zrozumienie choroby i jej następstw wpływa nie tylko na skuteczność leczenia, poczucie troski i kontroli osobistej, ale również na składowe samooceny, takie jak postrzeganie siebie i własnej tożsamości, a to z kolei istotnie rzutuje na jakość życia.

W rezultacie, rozważając pewne propozycje poprawy jakości życia pacjentów z ESRD, należałoby wziąć pod uwagę następujące czynniki: po pierwsze, punkt widzenia pacjenta z chorobą przewlekłą, czasem całkowicie odmienny od stanowiska profesjonalistów medycznych, których postawa jest przesiąknięta doświadczeniami klinicznymi. Zatem spojrzenie na chorobę z perspektywy pacjenta, zrozumienie jego indywidualnej psychofizyczno-społecznej sytuacji życiowej i ogólnej kondycji zdrowotnej umożliwi konstruktywną komunikację pomiędzy pacjentem a całym zespołem terapeutycznym, a to zwiększy poczucie komfortu chorego w codziennym życiu. Po drugie, subiektywną ocenę pacjenta, rozważaną przy podejmowaniu różnych decyzji leczniczych, dających niejednokrotnie te same wyniki w znaczeniu somatycznym, jednakże w różnym stopniu rzutujące na późniejszą jakość życia.

Po trzecie, zainteresowanie problemami i potrzebami pacjentów poza środowiskiem szpitalnym, co daje chorym szczególne poczucie bezpieczeństwa [26]. W środowisku domowym podstawowym warunkiem zapewnienia odpowiedniej jakości życia pacjenta, który musi aktywnie uczestniczyć w procesie leczenia, jest edukacja. Zdobyte przez chorego wiedzy i umiejętności w zakresie samokontroli i interpretacji parametrów własnego zdrowia, nauka zasad żywienia w okresie dializoterapii, zapobieganie powikłaniom, np. groźnym zakażeniom dostępu naczyniowego, warunkują skuteczne radzenie sobie z chorobą. Ponadto warunki pozaszpitalne są również wyzwaniem dla pracy psychospołecznej z chorym, czyli pomocy w akceptacji choroby i związanych z nią ograniczeń, zwiększenia motywacji do ścisłego przestrzegania zaleceń, a także wskazywania na możliwości uzyskiwania odpowiedniego wsparcia socjalnego, będącego integralną składową szeroko pojętej jakości życia [26–28].

Wnioski

1. Dializoterapia jako forma leczenia przewlekłej niewydolności nerek w dużym stopniu zmienia styl i jakość życia pacjentów.
2. Samoocena ma związek z jakością życia chorych leczonych nerkozastępczo i u znacznej części badanych pacjentów nie miała wymiaru negatywnego.
3. Wyniki z wykorzystaniem skali KDQoL i SES sugerują potrzebę przeprowadzenia dalszych podłużnych badań w dużych grupach.

Istniały pewne ograniczenia w badaniu, tj. grupa badana małych rozmiarów i krótki okres badania. W związku z tym zaleca się przeprowadzenie dalszych badań o większym rozmiarze i w dłuższym okresie obserwacji.

Piśmiennictwo

1. Zyoud SH, Daraghmeh DN, Mezyed OD, Khdeir RL, Sawafita MN, Ayaseh NA, Tabeeb GH, Sweileh WM, Awang R, Al-Jabi SW. Factors affecting quality of life in patients on haemodialysis: a cross-sectional study from Palestine. *BMC Nephrol.* 2016; 17(1): 44.
2. Saban KL, Bryant FB, Reda DJ, Stroupe KT, Hynes DM. Measurement invariance of the kidney disease and quality of life instrument (KDQOL-SF) across Veterans and non-Veterans. *Health Qual Life Outcomes.* 2010; 8: 120, <http://www.hqlo.com/content/8/1/120> (data dostępu: 2.10.2016).
3. Borrelli S, Minutolo R, De Nicola L, De Simone W, De Simone E, Zito B, Di Iorio BR, Di Micco L, Leone L, Bassi A, Romano A, Porcu MC, Fini R, Vezza E, Saviano C, D'Apice L, Simonelli R, Bellizzi V, Palladino G, Credendino O, Genualdino R, Capuano M, Guastaferrò P, Nigro F, Stranges V, Iuaniello G, Russo FS, Auricchio MR, Treglia A, Palombo P, Rifici N, Nacca R, Caliendo A, Brancaccio S, Conte GG. Quality of life of hemodialysis patients in Central and Southern Italy: cross-sectional comparison between Hemodiafiltration with endogenous reinfusion (HFR) and Bicarbonate Hemodialysis. *G Ital Nefrol.* 2016; 33(3), pii: gin/33.3.8.
4. Sumskiene J, Kupcinskis L, Sumskas L. Health-related quality of life measurement in chronic liver disease patients. *Medicina (Kaunas).* 2015; 51(4): 201–208.
5. Gentile S, Jouve E, Dussol B, Moal V, Berland Y, Sambuc R. Development and validation of a French patient-based health-related quality of life instrument in kidney transplant: the ReTransQoL. *Health Qual Life Outcomes.* 2008; 6: 78.
6. KDQOL Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification. National Kidney Foundation. *Am J Kidney Dis.* 2002; 39: 1 Suppl.: S1–S266.
7. Hays RD, Kallich JD, Mapes DL, Coons SJ, Carter WB. Development of the kidney disease quality of life (KDQOL) instrument. *Qual Life Res.* 1994; 3(5): 329–338.
8. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image.* Princeton: Princeton University Press; 1965.
9. Dzwonkowska I, Lachowicz-Tabaczek K, Łąguna M. *Samoocena i jej pomiar.* Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych; 2008. 13–17.
10. Costa VF, Alves SG, Eufrásio C, Salomé GM, Ferreira LM. Assessing the body image and subjective wellbeing of ostomists living in Brazil. *Gastrointestinal Nurs.* 2014; 12: 37–47.
11. Kuształ M, Nowak K, Magott-Procelewska M, Weyde W, Penar J. Evaluation of health-related quality of life in dialysis patients. Personal experience using questionnaire SF-36. *Pol Merk Lek.* 2003; 14(80): 113–117.
12. Salomé GM, de Almeida S, Silveira M. Quality of life and self-esteem of patient with renal disease. *J Coloproctol.* 2014; 34(4): 231–239.
13. Salomé GM, de Almeida SA. Association of sociodemographic and clinical factors with the self-image and self-esteem of individuals with intestinal stoma. *J Coloproctol.* 2014; 34: 159–66.
14. Danquah FVN, Wasserman J, Meiningner J, Bergstrom N. Quality of life measures for patients on hemodialysis: A review of psychometric properties. *Nephrol Nurs J.* 2010; 37(3): 255–270.
15. Sapiłak BJ, Kurpas D, Steciwko A, Melon M. Czy jakość życia jest istotna dla chorych dializowanych? Na podstawie 3-letniej obserwacji pacjentów. *Probl Lek.* 2006; 43(3): 89–93.
16. Gómez-Besteiro MI, Santiago-Pérez MI, Alonso-Hernández A, Valdés-Cañedo F, Rebollo-Alvarez P. Validity and reliability of the SF-36 questionnaire in patients on the waiting list for a kidney transplant and transplant patients. *Am J Nephrol.* 2004; 24: 346–351.
17. Gentile S. Principal determinants of quality of life. *Soins.* 2004; Suppl. 688: 4.
18. Zhang AH, Cheng LT, Zhu N, Sun LH, Tao Wang T. Comparison of quality of life and causes of hospitalization between hemodialysis and peritoneal dialysis patients in China. *Health Qual Life Outcomes.* 2007; 5: 49.
19. Poorgholami F, Javadpour S, Saadatmand V, Jahromi MK. Effectiveness of Self-Care Education on the Enhancement of the Self-Esteem of Patients Undergoing Hemodialysis. *Glob J Health Sci.* 2016; 8(2): 132–136.
20. Sertoz OO, Asci G, Toz F, Duman S, Elbi H, Ok E. Planning a social activity to improve psychological well-being and quality of life of hemodialysis patients: a pilot study. *Ther Apher Dial.* 2009; 13(4): 366–372.
21. Lii YC, Tsay SL, Wang TJ. Group intervention to improve quality of life in haemodialysis patients. *J Clin Nurs.* 2007; 16(11C): 268–275.
22. Wong FK, Chow SK, Chan TM. Evaluation of a nurse-led disease management programme for chronic kidney disease: a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2010; 47(3): 268–278.

23. Vicdan AK, Karabacak BG. Effect of Treatment Education Based on the Roy Adaptation Model on Adjustment of Hemodialysis Patients. *Clin Nurse Spec.* 2016; 30(4): 1–13.
24. Ivasere OU, Brown EA, Johansson L, Huson L, Smee J, Maxwell AP, Farrington K, Davenport A. Quality of Life and Physical Function in Older Patients on Dialysis: A Comparison of Assisted Peritoneal Dialysis with Hemodialysis. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2016; 11(3): 423–430.
25. Quinan P. Control and coping for individuals with end stage renal disease on hemodialysis: a position paper. *CANNT J.* 2007; 17(3): 77–84.
26. Uchmanowicz I, Uchmanowicz B, Jankowska-Polańska B, Tymoczko I. Jakość życia zależna od zdrowia – generyczne kwestionariusze badawcze. W: Rosińczuk-Tonderys J, Uchmanowicz I (red.). *Chory przewlekle – aspekty pielęgnacyjne, rehabilitacyjne, terapeutyczne.* Wrocław: Med-Farm; 2013. 41–50.
27. Boini S, Frimat L, Kessler M, Briancom S, Thilly N. Predialysis therapeutic care and health-related quality of life at dialysis onset (The pharmacoepidemiologic AVENIR study). *Health Qual Life Outcomes.* 2011; 9: 7.
28. Fowler C, Baas LS. Illness representations in patients with chronic kidney disease on maintenance hemodialysis. *Nephrol Nurs J.* 2006; 33(2): 173–164, 179–186.

Artykuł przyjęty do redakcji: 15.11.2016
Artykuł przyjęty do publikacji: 19.12.2016

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Magdalena Strugała
ul. Heliodora Święcickiego 6
60-781 Poznań
tel.: 61 8546 487
e-mail: magdastrugal@ump.edu.pl
Pracownia Pielęgniarstwa Społecznego
Katedra i Zakład Profilaktyki Zdrowotnej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

PIELĘGNIARSTWO – ZAWÓD SZCZEGÓLNIENIE NARAŻONY NA STRES I WYPALENIE. WYBRANE ZAŁOŻENIA TEORETYCZNE I WSTĘPNE DONIESIENIE Z BADAŃ – CZĘŚĆ I*

*NURSING – PROFESSION PARTICULARLY VULNERABLE TO STRESS AND BURNOUT. SELECTED THEORETICAL ASSUMPTIONS AND PRELIMINARY RESEARCH REPORT—PART I**

Iwona Nowakowska¹, Renata Rasińska¹, Katarzyna Roszak², Agnieszka Bańkowska³

¹Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

²Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

³Zakład Higieny i Epidemiologii
Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2017.16>

STRESZCZENIE

Cel. Prezentacja wybranych założeń teoretycznych w zakresie wypalenia zawodowego oraz analiza wstępna wyników badań dotyczących subiektywnego odczuwania symptomów tego zjawiska wśród pielęgniarek.

Materiał i metody. W badaniu wzięło udział 111 pielęgniarek zatrudnionych w poznańskim szpitalu. Wyniki zgromadzono na podstawie wypełnionych kwestionariuszy ankiety CBI.

Wnioski. Pielęgniarki doświadczają niepokojących symptomów, mogących świadczyć o zmęczeniu, wyczerpaniu fizycznym lub emocjonalnym, zarówno w aspekcie życia osobistego, związanego z pracą, jak i obejmującego kontakty z pacjentami.

SŁOWA KLUCZOWE: pielęgniarstwo, stres, wypalenie.

ABSTRACT

Aim. Presentation of selected theoretical assumptions in the area of occupational burnout and preliminary analysis of the research results concerning subjective experience of the symptoms of this phenomenon among nurses.

Material and methods. A total of 111 nurses employed in a Poznań hospital took part in the study. The results were collected on the basis of completed CBI questionnaires.

Conclusions. Nurses experience worrying symptoms that may indicate fatigue, physical or emotional exhaustion, in the personal aspect of life as well as work-related and involving contacts with patients.

KEYWORDS: nursing, stress, burnout.

Wstęp

Pielęgniarki stanowią grupę zawodową szczególnie narażoną na zjawisko wypalenia zawodowego. W swojej pracy spotykają się z wieloma czynnikami, które mogą doprowadzić do sytuacji wskazujących na pojawienie się znamion wypalenia. Wśród nich należy wymienić:

- specyficzne cechy zawodu – praca zmianowa, także w godzinach nocnych, kontakt z pacjentem, który może doprowadzić do zarażenia się, styczność z materiałem biologicznym, wykonywanie czynności przy zabiegach czy pielęgnacja chorego;
- obciążenia psychiczne – odpowiedzialność przy podawaniu leków czy wykonywaniu zabiegów, świadomość skutków sytuacji, w której popełnia się błąd, konieczność zachowywania wrażliwości na ból, cierpienie czy śmierć pacjenta;

- brak możliwości leczenia lub jej ograniczenia – brak leków czy sprzętu medycznego, ograniczona liczba pielęgniarek w stosunku do liczby pacjentów, nieodpowiednie warunki lokalowe, zła organizacja pracy;
- niewspółmierne zarobki do wymagań oraz pracy wkładanej w wykonywanie swoich obowiązków, niższe zarobki w stosunku do innych grup zawodowych;
- niski status zawodowy – obniżony prestiż, brak uznania przez społeczeństwo wysiłku wkładanego w pracę;
- brak współpracy z innymi pracownikami – sprzeczne polecenia przełożonych, przeniesienie odpowiedzialności za skutki leczenia, utrudniony kontakt z innymi pracownikami, ba-gatelizowanie pracy pielęgniarek;

- niewłaściwa relacja z pacjentami i ich rodzinami – brak szacunku dla pracy pielęgniarki, zbyt wysokie wymagania, brak uznania [1, 2].

Zgodnie z podziałem zaproponowanym przez Aronsona objawy wypalenia zawodowego można podzielić na trzy kategorie. Pierwszą stanowi wyczerpanie fizyczne, charakteryzujące się: utratą energii, nieustannym zmęczeniem, podatnością na wypadki, napięciem mięśni, bólami pleców, zmianą przyzwyczajeń żywieniowych, skłonnością do przeziębień, występowaniem koszmarów sennych, spożywaniem większej ilości leków, używek. Kolejną kategorię stanowi wyczerpanie emocjonalne: uczucie smutku, bezradności, braku wyjścia i perspektyw, płaczliwość, rozczarowanie, odczucie pustki, nadpobudliwość, ogólne zniechęcenie. Wyczerpanie psychiczne to trzecia zdefiniowana kategoria, objawiająca się: krytycznym stosunkiem do pracy oraz siebie, do życia, cynizmem i lekceważącym stosunkiem do pacjentów, brakiem szacunku do samego siebie, utratą poczucia własnej wartości, zerwaniem kontaktów z kolegami, bliskimi [3].

Badając zjawisko wypalenia zawodowego, Maslach oraz Jackson wyróżniły dwie grupy zmiennych: czynniki mogące sprzyjać wypaleniu oraz zachowania pomagające skutecznie walczyć z wypaleniem. Efektem badań było wyklarowanie się charakterystycznego obrazu dla wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek. Zjawisko to rośnie wraz ze wzrostem przydzielanych zadań lub spadkiem możliwości podejmowania decyzji w pracy. Czynniki te powodują odczuwanie emocjonalnego wyczerpania oraz skłonność do depersonalizacji pacjentów. Depersonalizacja rośnie wówczas, kiedy spada ilość informacji zwrotnych pochodzących od pacjentów [4]. Według badań Jackson i Schuler ryzyko wystąpienia wypalenia zawodowego wzrasta wraz z brakiem możliwości kontroli otoczenia. Stwierdzenie to zostało oparte na założeniu, że otoczenie nagradzające dla pracownika to takie, na które może wpływać, natomiast otoczenie niekorzystne to takie, w którym możliwość kontroli jest ograniczona. Dla pielęgniarek wskaźnikiem kontroli jest otrzymywanie zwrotnych informacji od pacjentów oraz możliwość podejmowania decyzji dotyczących wykonywania procedur przy pacjencie. Kiedy kontrola spada, rośnie depersonalizacja. Taka sytuacja powoduje wzrost konfliktów powiązanych z pełnioną rolą. Niesprecyzowana rola nie umożliwia wyznaczenia granicy kontroli, co powoduje wyczerpanie emocjonalne oraz spadek poczucia osiągnięć. Konflikt roli powoduje także cynizm w stosunku do pacjenta. Poczucie kontroli oraz możliwość decyzji daje pielęgniarkom siłę do walki z trudnościami swojego zawodu [5].

Konsekwencje wypalenia zawodowego są bardzo rozległe i mogą dotyczyć kilku obszarów życia. Oprócz sfery zawodowej mogą oddziaływać także na zdrowie fizyczne i psychiczne oraz negatywnie wpływać na relacje rodzinne.

Wypalenie zawodowe ma swoje konsekwencje zdrowotne. Najczęściej są to: bóle głowy, mięśni, problemy ze snem, choroby układu pokarmowego czy choroby kardiologiczne. Pracownik może odczuwać także złe samopoczucie, zmianę apetytu, mogą pojawiać się problemy ze zmianą wagi. Bardzo często występują uzależnienia od środków psychoaktywnych. Konsekwencje zdrowotne mogą być odczuwane także w sferze zdrowia psychicznego. U osób wypalonych można zaobserwować: zaniepokojenie, skłonność do depresji, poczucie lęku, odczuwanie nieustannych porażek, niską samoocenę, brak akceptacji samego siebie [2].

Następstwa organizacyjne wypalenia zawodowego to przede wszystkim: obniżenie jakości i wydajności pracy, częsta absencja chorobowa, koszty związane z koniecznością przekwalifikowania nowego pracownika czy konflikty pracownicze. Pracownik, po okresie pełnego zaangażowania, motywacji, staje się antypatyczny i zniechęcony do pracy [6]. Wśród następstw wypalenia zawodowego można również wymienić: zwiększone ryzyko wypadków w pracy, częste zmiany pracy, wcześniejsze przechodzenie na emeryturę czy odchodzenie z wybranego zawodu. Konsekwencje wypalenia zawodowego są szczególnie dotkliwe, jeśli dotyczą pracowników medycznych. Mogą doprowadzić do bycia obojętnym w stosunku do pacjentów, ich problemów czy potrzeb, co w konsekwencji prowadzi do braku zadowolenia z opieki medycznej ze strony pacjenta czy nawet rezygnacji z dalszego leczenia [7]. Trudne do zniesienia przez personel medyczny są także wymagania pacjentów. Pracownicy medyczni pracują coraz więcej. Stopniowo dystansują się od pacjentów, unikając kontaktów, spotkań z pacjentem, nadzorują, a nie opiekują się. Takie zachowanie jest bardzo negatywnie oceniane, co u pracowników wywołuje odczucie braku sensu pracy, braku kompetencji, rozczarowanie [8].

Konsekwencje wypalenia zawodowego mogą być odczuwane także w sferze życia rodzinnego. Pracownik jest nerwowy, przewrażliwiony, konfliktowy, wyczerpany emocjonalnie, co powoduje narastanie nieporozumień także w życiu osobistym. Brak okazywania empatii przy jednoczesnym okazywaniu większej wrogości powoduje spadek relacji interpersonalnych w rodzinie [2].

Cel

Cele to prezentacja wybranych założeń teoretycznych w zakresie wypalenia zawodowego oraz analiza wstępna wyników badań dotyczących subiektywnego odczu-

wania symptomów tego zjawiska (w aspekcie wypalenia osobistego, związanego z pracą oraz związanego z pacjentami) wśród pielęgniarek.

Materiał i metody

W badaniu ankietowym wzięło udział 111 pielęgniarek zatrudnionych w szpitalu na terenie Poznania. Spośród ankietowanych pielęgniarek 40% należy do grupy wiekowej do 35 lat, w wieku 36–45 lat jest 19% respondentek, zaś 28% deklaruje przynależność do grupy 46–55 lat. Powyżej 55. roku życia jest 13% pielęgniarek. Wyższe wykształcenie ma 53% osób, a 47% – średnie medyczne. Aż 35% pielęgniarek biorących udział w badaniu deklaruje staż pracy powyżej 26 lat, staż od 16 lat do 25 lat wskazało 21%, natomiast w przedziale 6–15 lat pracuje 20% kobiet. Najmłodsze pielęgniarki, których staż pracy nie przekracza 5 lat, stanowią 24% ogółu ankietowanych. Większość pielęgniarek zatrudniona jest w systemie pracy zmianowej (81%), natomiast 19% pracuje w systemie jednonożnym. Dla 19% kobiet blok operacyjny jest podstawowym miejscem pracy, w oddziale anestezyjologicznym zatrudnionych jest 15% pielęgniarek, w neurologicznym – 16%, w chirurgicznym – 14%. Pozostałe pielęgniarki zatrudnione są w izbie przyjęć (9%), oddziale urologicznym (9%), hematologicznym (8%), ortopedycznym (5%) oraz chorób wewnętrznych i kardiologii (5%).

Wyniki zgromadzono, wykorzystując kwestionariusz ankiety Kopenhaskiego Inwentarza Wypalenia Zawodowego (ang. *Copenhagen Burnout Inventory* – CBI) [9].

Wyniki

Na podstawie danych zgromadzonych podczas badania ankietowego z użyciem kwestionariusza CBI zaprezentowano udział otrzymanych od respondentek odpowiedzi w oparciu o trzy wyodrębnione rodzaje wypalenia: wypalenie osobiste, wypalenie związane z pracą oraz wypalenie w kontaktach z pacjentem.

W przypadku wypalenia osobistego aż 49% pielęgniarek deklaruje stan częstego odczuwania zmęczenia, 39% odczuwa je czasami, a 4% – zawsze. Odpowiedź: rzadko wskazało 8% kobiet. Często i czasami odczuwa wyczerpanie fizyczne po 39% pielęgniarek, natomiast rzadko wyczerpanych fizycznie jest 18% osób. Aż 40% kobiet twierdzi, że czasami są wyczerpane emocjonalnie, a 29% stan ten określa jako częsty. Rzadko wyczerpanie emocjonalne towarzyszy 25% ankietowanych. Myśl „nie mogę dłużej już tego znieść” często i czasami pojawia się u 43% osób, natomiast rzadko lub nigdy u 56% respondentek. Na pytanie, jak często pielęgniarki czują się wykończone, odpowiadają, że u 33% ten stan występuje czasami, u 24% – często, u 27% – rzadko, a 15% nie odczuwa go wcale. Osłabienie oraz podat-

ność na zachorowania czasami obserwuje u siebie 35% kobiet, 34% – rzadko, 19% – często, zaś 9% – nigdy.

W kolejnym etapie dokonano analizy udzielonych odpowiedzi definiujących obszar wypalenia związanego z pracą. Na pytanie, czy praca zawodowa jest wyczerpująca emocjonalnie, aż 65% pielęgniarek twierdzi, że tak – w bardzo dużym lub dużym stopniu, 25% wskazuje odpowiedź: trochę, zaś dla 10% wyczerpanie emocjonalne związane z pracą występuje w małym lub bardzo małym zakresie. Stan frustracji w związku z wykonywaną pracą deklaruje, udzielając odpowiedzi: trochę, 34% kobiet, w dużym i bardzo dużym stopniu – 25%, zaś w małym lub bardzo małym stopniu – 41% pielęgniarek. Aż 40% respondentek czuje się wykończone pod koniec dnia pracy, czasami taki stan odczuwa 34% kobiet, a zawsze – 12%. Odpowiedzi: rzadko lub nigdy udzieliło 14% ankietowanych. Poranne wyczerpanie na myśl o kolejnym dniu pracy oraz refleksja, że każda godzina pracy jest męcząca, występują u pielęgniarek biorących udział w badaniu: zawsze (6%, 3%), często (15%, 14%), czasami (38%, 38%), rzadko (26%, 34%) oraz nigdy (15%, 11%). Na pytanie, czy respondentki czują się wypalone z powodu wykonywanej pracy, odpowiedzi: w dużym i bardzo dużym stopniu udzieliło 24% kobiet, odpowiedź: trochę wskazało 30%, a w małym lub bardzo małym stopniu poczucie takie ma 46% ankietowanych. Ostatnie pytanie w tej części dotyczyło oceny pokładów energii dla rodziny i przyjaciół w wolnym czasie; czy jest ona wystarczająca. Pielęgniarki w tym zakresie wybrały odpowiedzi: zawsze (13%), często (31%), czasami (32%) oraz rzadko (22%) i nigdy/prawie nigdy (2%).

W trzeciej części respondentki udzielały odpowiedzi na pytania charakteryzujące obszar wypalenia w kontaktach z pacjentami. Na pytanie: „Czy uważa Pani, że praca z pacjentami jest trudna?” najwięcej ankietowanych odpowiedziało, że w dużym stopniu tak (52%). W dalszej kolejności pielęgniarki wybierały odpowiedź: trochę (20%) oraz w bardzo dużym stopniu (18%). Odpowiedź: w małym stopniu wybrało 7% ankietowanych, najmniej (3%) wskazało odpowiedź: w bardzo małym stopniu. Wysoki odsetek odpowiedzi świadczących o tym, że praca z pacjentem jest trudna w dużym i bardzo dużym stopniu (70%), może być dowodem na trudności, jakie spotykają pielęgniarki w codziennych kontaktach z pacjentem i jego rodziną. Na kolejne pytania dotyczące oceny, czy praca z pacjentami jest frustrująca oraz czy pozbawia pielęgniarki energii, uzyskano odpowiednio następujące odpowiedzi: w dużym lub bardzo dużym stopniu (18%, 18%), trochę (37%, 35%), w małym lub bardzo małym stopniu (45%, 47%). Przeanalizowano odpowiedzi na pytanie: „Czy czuje Pani, że pracując z pacjentami, daje więcej, niż otrzymuje w zamian?”. Pielęgniarki w bardzo dużym (13%), du-

żym (23%) stopniu lub trochę (39%) widzą dysproporcje w badanym obszarze. Odpowiedzi: w małym (17%) oraz w bardzo małym (8%) stopniu udzieliło łącznie 25% kobiet. Czasami zmęczenie pracą z pacjentami deklaruje 39% pielęgniarek, często takie uczucie ma 20%, a zawsze – 2% kobiet. Brak zmęczenia pracą z pacjentami deklaruje 10% pielęgniarek, a rzadko poczucie to doskwiera 29% ankietowanych. Spośród respondentek 37% czasami myśli o tym, jak długo będzie w stanie kontynuować pracę z pacjentami. Często zadaje sobie to pytanie 23% osób, rzadko – 20%, a nigdy lub prawie nigdy – 15% pielęgniarek.

Wnioski

1. Wśród ankietowanych pielęgniarek występują niepokojące symptomy, mogące świadczyć o zmęczeniu, wyczerpaniu fizycznym lub emocjonalnym zarówno w aspekcie życia osobistego, związanego z pracą, jak i obejmującego kontakty z pacjentami.
2. Pielęgniarki bardziej pejoratywnie oceniają obszar związany w pracą aniżeli obszar związany z kontaktami z pacjentami.

Podsumowanie

Wypalenie zawodowe jest zjawiskiem bardzo złożonym. Badacze tego problemu uważają, że wypalenie powstaje w efekcie długotrwałego stresu, dlatego przeciwdziałanie temu zjawisku powinno być związane z działaniami antystresowymi. Prewencja pierwotna dotyczy warunków pracy. Powinno się ocenić możliwość wystąpienia ryzyka stresu w miejscu pracy, a następnie wyeliminować czynniki, które go wywołują. Prewencja wtórna skierowana jest na zmiany w człowieku, nie w środowisku pracy. Pracownik powinien nauczyć się, jak poradzić sobie ze stresem. Prewencja trzeciorzędowa polega na wyleczeniu skutków zdrowotnych stresu [1].

Według Sęk przeciwdziałać wypaleniu zawodowemu można poprzez uczucie poznawczej kontroli, która jest oparta na własnych doświadczeniach, nastawieniu na zmianę własnej osoby oraz odczuciu własnej efektywności zawodowej. Przeciwdziałać wypaleniu zawodowemu można także poprzez zwiększenie odczucia własnych kompetencji zawodowych. Aby przeciwdziałać wypaleniu zawodowemu, powinno się stosować odpowiednie strategie, strategie pozytywne, czyli nauczyć pracowników radzenia sobie ze stresem. Ważne są także pozytywnie ocenianie własnego doświadczenia życiowego oraz możliwość kontrolowania sytuacji zawodowej. Strategie negatywne polegają na minimalizowaniu czynników ryzyka i eliminacji niedogodności zawodowych, takich jak niska płaca czy niski status społeczny. W walce ze stresem istotne są także

optymalny wypoczynek, rozwijanie hobby i kreatywne spędzanie czasu. Powinno się eliminować irracjonalne nastawienie czy chęć ucieczki [10, 11].

Zgodnie ze schematem Schaufeliego i Enzmanna przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu powinno odbywać się na trzech płaszczyznach:

- indywidualnej – przeciwdziałanie skutkom stresu poprzez odwołanie się do indywidualnych reakcji na czynniki stresujące. Jednym ze sposobów jest strategia służąca samopoznaniu pracownika. Istotne są także powadzenie zdrowego trybu życia czy stosowanie technik relaksacji w domu i w pracy;
- indywidualno-instytucjonalnej – zwiększanie odporności pracownika na stresory występujące w środowisku zawodowym. Istotne są nauczanie pracownika, jak ma radzić sobie ze stresem zawodowym, zwiększenie świadomości na temat własnych możliwości, nauka jak najefektywniejszego wykorzystywania czasu czy ustalania priorytetów. Ważne są także umożliwienie rozwoju kariery oraz wsparcie ze strony współpracowników czy tworzenie koleżeńskiej atmosfery. Powinny być także prowadzone treningi interpersonalne dotyczące wypalenia zawodowego, radzenia sobie ze stresem;
- instytucjonalnej – skupia się na podnoszeniu jakości wykonywanej pracy oraz obniżaniu kosztów. Ważne jest, aby regularnie przeprowadzać anonimowe badania wśród pracowników w celu określenia stopnia występowania stresu oraz wypalenia zawodowego. Pracownicy powinni mieć możliwość przeprowadzenia badania oceniającego, czy występują u nich symptomy wypalenia. Organizacja powinna dążyć do ulepszenia środowiska pracy poprzez: poprawę komunikacji, zapobieganie konfliktom, urlopy szkoleniowe itd. Za istotne uważa się także wprowadzenie elastycznego planu pracy, sprawiedliwe zarządzanie oraz precyzyjne określenie obowiązków zawodowych. Pracownicy powinni mieć także możliwość skorzystania z pomocy profesjonalistów z zakresu wypalenia zawodowego [1, 7].

Przeciwdziałać wypaleniu zawodowemu można także, pracując zgodnie ze zdobytym wykształceniem i umiejętnościami, a także poprzez rozwijanie własnej osobowości, umiejętną samoocenę i ocenę rzeczywistości oraz poprzez radzenie sobie w sytuacjach stresowych. Istotne jest także, aby przeznaczać czas na odpoczynek oraz odcinać się od problemów zawodowych w czasie wolnym. Pracownicy, którzy się „nie wypalają”, to tacy, którzy angażują się w swoje zadania

zawodowe, ale nie są nastawieni na rywalizowanie ze współpracownikami. Można zaobserwować, że podatność na występowanie zjawiska wypalenia zawodowego zależy od: zasobów podmiotowych (umiejętności zawodowe, kontakty międzyludzkie, komunikacja), zasobów przedmiotowych (warunki finansowe, dodatkowe świadczenia socjalne), umiejętności poradzenia sobie ze stresem, rozwiązywania konfliktów, zapewnienia odpowiedniego wypoczynku, a także otrzymywanego wsparcia społecznego [12].

Piśmiennictwo

1. Wyderka M, Kowalska H, Szeląg E. Wypalenie zawodowe jako problem występujący wśród pielęgniarek. *Piel Pol.* 2009; 4(34): 265–275.
2. Wilczek-Rużyczka E. Wypalenie zawodowe pracowników medycznych. Warszawa: Wolters Kluwer; 2014.
3. Litzke MS, Schuh H. Stres, mobbing i wypalenie zawodowe. Gdańsk: GWP; 2007.
4. Beisert M. Przejawy, mechanizmy i przyczyny wypalania się pielęgniarek. W: Sęk H (red.). Wypalenie zawodowe – przyczyny, mechanizmy, zapobieganie. Warszawa: PWN; 2000.
5. Terelak JF. Stres zawodowy. Charakterystyka psychologiczna wybranych zawodów stresowych. Warszawa: Wyd. Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego; 2007.
6. Erenkfeit K, Dudzińska L, Indyk A. Wpływ środowiska pracy na powstanie wypalenia zawodowego. *Med Środ – Env Med.* 2012; 15(3): 121–128.
7. Anczewska M. Stres i wypalenie zawodowe u pracowników psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2006.
8. Ogińska-Bulik N. Stres zawodowy w zawodach usług społecznych. Źródła – konsekwencje – zapobieganie. Warszawa: Wyd. Difin; 2006.
9. Kristensen TS, Borritz M. Copenhagen Burnout Inventory: Normative Data from a representative Danish population on Personal Burnout and Results from the PUMA study on Personal Burnout, Work Burnout, and Client Burnout, National Institute of Occupational Health, Copenhagen 2004,

<http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/upload/omi/copenhagen%20burnout%20inventory%20%20normative%20data%20from%20a%20representative%20danish%20population.pdf> (data dostępu: 17.06.2016).

10. Sęk H. Uwarunkowania i mechanizmy wypalenia zawodowego w modelu społecznej psychologii poznawczej. W: Sęk H (red.). Wypalenie zawodowe – przyczyny, mechanizmy, zapobieganie. Warszawa: PWN; 2000.
11. Fiłończuk-Wieczorkowska H, Żukrowska M. Praktyczne wskazówki terapii nefarmakologicznej. Radzenie sobie w zapobieganiu i leczeniu zespołu wypalenia zawodowego. W: Steciwo A, Mastalerz-Migas A (red.). Stres oraz wypalenie zawodowe. Jak rozpoznać, zapobiegać i leczyć. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2012.
12. Dawidziuk K, Lishchynskyy Y, Wojciechowska M, Kopański Z, Marczevska S, Uracz W. Skutki wypalenia zawodowego i sposoby radzenia sobie ze stresem. *J Publ Health Nurs Med Rescue.* 2011; 4: 23–25.

* Artykuł zawiera obszernie fragmenty przygotowywanej pracy magisterskiej, realizowanej przez lic. Katarzynę Roszak na Wydziale Nauk o Zdrowiu, w Zakładzie Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, pod kierunkiem dr inż. Iwony Nowakowskiej.

Artykuł przyjęty do redakcji: 21.07.2016

Artykuł przyjęty do publikacji: 25.08.2016

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Iwona Nowakowska
ul. Mariana Smoluchowskiego 11
60-179 Poznań
tel.: 61 8612 221
e-mail: iwonanowakowska@op.pl
Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

■ WYPALENIE ZAWODOWE W GRUPIE PIELEŃNIAREK – PRZEGLĄD AKTUALNEGO POLSKIEGO PIŚMIENICTWA NAUKOWEGO

BURNOUT AMONG NURSES: REVIEW OF UP-TO-DATE POLISH SCIENTIFIC LITERATURE

Joanna Gotlib¹, Mariusz Panczyk¹, Aleksander Zarzeka¹, Lucyna Iwanow², Łukasz Samoliński¹, Jarosława Belowska¹

¹ Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia
Warszawski Uniwersytet Medyczny

² Studenckie Koło Naukowe Prawa Medycznego
Warszawski Uniwersytet Medyczny

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2017.17>

STRESZCZENIE

Jakość życia zawodowego pielęgniarek (ang. *quality of nursing work life* – QNWL) określana jest jako stopień, w jakim pielęgniarki są w stanie zaspokoić swoje osobiste potrzeby poprzez doświadczenia w pracy zawodowej, osiągając jednocześnie założone cele organizacji, na rzecz której świadczą swoją pracę.

Celem pracy była analiza aktualnego, dostępnego piśmiennictwa naukowego z obszaru pielęgniarstwa na temat problematyki wypalenia zawodowego pielęgniarek w Polsce.

Występowanie zjawiska wypalenia zawodowego ma charakter wielowymiarowy, a znajomość pojęcia wypalenia nie ma wpływu na zmniejszenie częstości jego występowania. Wiele czynników socjodemograficznych oddziałuje na występowanie wypalenia zawodowego: największy wpływ ma długość stażu zawodowego. Badania pokazują, że motywacja do wyboru zawodu pielęgniarki bardzo silnie rzutuje na występowanie zjawiska wypalenia zawodowego. W przypadku kiedy głównym motywem wyboru zawodu jest chęć pomocy innym ludziom, poziom wypalenia zawodowego oraz depersonalizacji jest niski, a poziom poczucia dokończeń osobistych – wysoki. Z poziomem wypalenia zawodowego związane jest również poczucie kompetencji – im niższe poczucie kompetencji, tym wyższy poziom wypalenia zawodowego. Analiza dostępnego krajowego piśmiennictwa naukowego wykazała, że problematyka szeroko pojętego wypalenia zawodowego w grupie pielęgniarek pracujących w polskim systemie ochrony zdrowia została już dostatecznie opisana w piśmiennictwie krajowym. Warto jednak zwrócić uwagę na różnorodność prezentowanych badań i stosowanych narzędzi badawczych, począwszy od standaryzowanych kwestionariuszy, na ankiecie własnego autorstwa skończywszy, co w dużym stopniu uniemożliwia porównywanie wyników uzyskanych badań. W przypadku chęci kontynuowania badań tej tematyki należy rozważyć przeprowadzenie badania wieloosrodkowego z wykorzystaniem standaryzowanych narzędzi badawczych.

SŁOWA KLUCZOWE: wypalenie zawodowe, pielęgniarki, stres, warunki pracy, przegląd piśmiennictwa.

ABSTRACT

Quality of Nursing Work Life (QNWL) is defined as a degree to which nurses are able to satisfy their personal needs with experiences at work, simultaneously achieving complex objectives of the organisation they work at.

The study aimed to analyse up-to-date available scientific literature devoted to nursing discussing the issue of nurses' burnout in Poland.

The problem of burnout is multidimensional and familiarity with the term of burnout does not reduce its incidence. Many sociodemographic factors have an impact on the occurrence of burnout, with the length of service constituting the strongest influence. Numerous studies have demonstrated that motivation for becoming a nurse exerts a strong influence on the occurrence of burnout. The level of burnout and depersonalisation is low and the level of satisfaction with personal achievements is high if a desire to help others is the main reason for entering the profession. There is also a correlation between burnout and the sense of competence: the lower the sense of competence, the higher the level of burnout.

Analysis of the available Polish scientific literature demonstrated that the issue of broadly understood burnout among nurses working in the Polish healthcare system has already been sufficiently discussed. However, it is worth emphasising that there is a large variety of kinds of studies and research tools, from standardised questionnaires to original ones, which facilitates, to a large extent, a comparison of results. Should anyone wish to continue the study on the present issue, a multi-centre study with the use of standardised research tools needs to be considered.

KEYWORDS: burnout, nurses, stress, working conditions, literature review.

Wstęp

Kompleksowy opis zjawiska oraz procesu wypalenia zawodowego zaproponowały Maslach i Jackson, wyodrębniając trzy jego cechy oraz kolejność występowania

tych cech w procesie wypalenia zawodowego. Cechami tymi są następujące kolejno po sobie: wyczerpanie

emocjonalne, depersonalizacja oraz obniżone poczucie dokonań własnych. Istnieją dwa grupy czynników, które wpływają na występowanie zespołu wypalenia zawodowego. Pierwszą z nich są czynniki indywidualne, drugą – czynniki sytuacyjno-organizacyjne, pojawiające się w miejscu pracy. Czynniki indywidualne (osobowe) to przede wszystkim: niska odporność na stres, wysoki poziom autokrytycyzmu, temperament, zbyt wysokie wymagania stawiane sobie. Do czynników osobowych zaliczyć można również czynniki interpersonalne, takie jak zakłócenia w procesie komunikacji ze współpracownikami, brak wsparcia i niski poziom motywacji. Czynniki sytuacyjno-organizacyjne to przede wszystkim: niski status zawodowy, brak właściwego systemu motywacyjnego, brak jednoznacznie określonych wymagań zawodowych oraz niewłaściwe obciążenie pracą czy ograniczone możliwości rozwoju zawodowego.

W polskim piśmiennictwie naukowym szeroko pojęta problematyka satysfakcji z pracy zawodowej, sposobów radzenia sobie ze stresem w pracy, jakości życia zawodowego pielęgniarek oraz występowania zjawiska wypalenia zawodowego jest podejmowana często i odnosi się do różnych grup pielęgniarek, charakteryzując je w zależności od miejsca pracy oraz stanowiska czy stażu pracy [1–28].

Jakość życia zawodowego pielęgniarek (ang. *quality of nursing work life* – QNWL) określana jest jako stopień, w jakim pielęgniarki są w stanie zaspokoić swoje osobiste potrzeby poprzez doświadczenia w pracy zawodowej, osiągając jednocześnie założone cele organizacji, na rzecz której świadczą swoją pracę [4]. QNWL obejmuje swym zasięgiem jednocześnie społeczne i techniczne aspekty środowiska pracy. Do czynników społecznych zalicza się m.in.: relacje pomiędzy pracownikami a przełożonymi, wzajemne relacje pielęgniarek i lekarzy, poziom umiejętności, postawy pracowników, a także oczekiwania wobec środowiska pracy. Wśród czynników technicznych dominują: procedury, wiedza i umiejętności oraz technologia i sprzęt [4].

Cel pracy

Celem pracy była analiza aktualnego, dostępnego piśmiennictwa naukowego z obszaru pielęgniarstwa na temat problematyki wypalenia zawodowego pielęgniarek w Polsce.

Kryteria włączenia publikacji do przeglądu

Analizą objęto czasopisma pielęgniarstwa znajdujące się *Liście czasopism punktowanych* Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego (MNiSzW) [29]. W wykazie tym znajduje się obecnie siedem czasopism: „Problemy Pielęgniarstwa” (5 pkt.), „Pielęgniarstwo XXI wieku” (6 pkt.), „Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne” (6 pkt.), „Pielę-

gniarnictwo i Zdrowie Publiczne” (5 pkt.), „Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne” (6 pkt.), „Pielęgniarstwo Polskie” (6 pkt.), „Pielęgniarstwo Specjalistyczne” (3 pkt.).

Do prezentowanego przeglądu piśmiennictwa włączono trzy czasopisma pielęgniarstwa o profilu ogólnym: „Problemy Pielęgniarstwa”, „Pielęgniarstwo XXI wieku” oraz „Pielęgniarstwo Polskie”.

Do przeglądu piśmiennictwa włączono wszystkie artykuły opublikowane na łamach wyżej wspomnianych czasopism, zawierające w tytule, słowach kluczowych lub w streszczeniu pracy termin: „wypalenie zawodowe”. Kryterium czasowe włączenia publikacji do przeglądu to artykuły opublikowane w ciągu ostatnich 10 lat (1 stycznia 2006 r. – 31 grudnia 2015 r.).

Odnaleziono łącznie 28 publikacji spełniających określone kryteria włączenia do przeglądu piśmiennictwa (**Tabela 1**).

Tabela 1. Łączna liczba opublikowanych w ciągu ostatnich 10 lat na łamach trzech wybranych czasopism pielęgniarstwa, włączonych do przeglądu piśmiennictwa, artykułów podejmujących szeroko pojętą problematykę wypalenia zawodowego pielęgniarek

Table 1. Total number of articles on broadly understood burnout among nurses published over the last ten years in three selected nursing journals included in the literature review

Tytuł czasopisma/ Name of journal	Łączna liczba publikacji/ Total number of publications	Publikacje wyłączone z przeglądu piśmiennictwa/ Publications excluded from literature review	Liczba publikacji włączonych do przeglądu piśmiennictwa/ Number of publications included into literature review
„Pielęgniarstwo XXI wieku”/ „Nursing of the 21st century”	9 publikacji/ 9 publications	Klukow J [6] Baran J [1] Zielińska-Więczkowska H [5] Terzic-Markovic D [8] Kulczycka K [7]	4 publikacje/ 4 publications
„Pielęgniarstwo Polskie”/ „Polish Nursing”	5 publikacji/ 5 publications	Parużyńska K [13]	4 publikacje/ 4 publications
„Problemy Pielęgniarstwa”/ „Nursing Topics”	14 publikacji/ 14 publications	Kunecka D [15] Ślusarska B [16] Kunecka D [17] Perek M [25] Glińska J [26] Śniegocka M [28]	8 publikacji/ 8 publications

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Przegląd piśmiennictwa

Ostatecznie do przeglądu piśmiennictwa zakwalifikowano 16 publikacji. Wszystkie odnalezione prace były pracami oryginalnymi. W analizowanym czasie na łamach „Problemy Pielęgniarstwa”, „Pielęgniarstwa XXI

wieku” oraz „Pielęgniarstwa Polskiego” nie ukazał się ani jeden artykuł przeglądowy (*review*) dotyczący występowania zjawiska wypalenia zawodowego w grupie polskich pielęgniarek.

Sobczak [18] analizowała, jakie motywacje były powodem wyboru zawodu w badanej grupie pielęgniarek oraz czy istnieje związek między motywami wyboru zawodu a wypaleniem zawodowym badanych. Badania prowadzono w oparciu o kwestionariusz wypalenia zawodowego Maslach (MBI) oraz kwestionariusz ankiety własnej. W badaniach udział wzięło 321 pielęgniarek z Bydgoszczy i Elbląga. Najczęściej podawanymi motywami wyboru zawodu w badanej grupie pielęgniarek były chęć niesienia pomocy oraz chęć bycia potrzebnym. Średni globalny poziom wypalenia zawodowego ankietowanych wynosi 42,71 pkt. Ponadto zanotowano związki pomiędzy niektórymi motywami wyboru zawodu a wypaleniem zawodowym: w przypadku gdy czynnikiem motywującym była chęć pomocy innym ludziom, wynik MBI, a więc poziom wypalenia zawodowego, był niższy.

Andruszkiewicz i wsp. [2] analizowali związek między empatią a typami zachowań i przeżyć w pracy pielęgniarek. W badaniach udział wzięło 456 pielęgniarek, a analizy prowadzono, wykorzystując kwestionariusz AVEM oraz Kwestionariusz Wrażliwości Empatycznej, który analizuje cztery typy zachowań i przeżyć w pracy według Schaarschmita i Fischera – zdrowy, oszczędnościowy, ryzyka, wypalony. Celem analizy było określenie, czy istnieje związek między typem wypalonym a występowaniem empatii. Wyniki badań wskazały, że badane pielęgniarki pracowały głównie zgodnie z typem wypalonym, jednakże, co warto podkreślić, im wyższy poziom empatycznej troski, tym rzadziej badane osoby funkcjonowały zgodnie z typem wypalonym, natomiast odczucie osobistej przykrości korelowało na poziomie istotnym statystycznie z typem wypalonym. Im wyższy poziom osobistej przykrości, tym częściej badane pielęgniarki funkcjonowały zgodnie z typem wypalonym. Kolejny czynnik, który korelował w sposób istotny z typem wypalonym, to skłonność do przyjmowania punktu widzenia innych ludzi w codziennych sytuacjach. Im wyższy poziom przyjmowania perspektywy innych osób, tym rzadziej badane pielęgniarki funkcjonowały zgodnie z typem wypalonym.

Haor i wsp. [19] również analizowali zachowania i przeżycia pielęgniarek związane z pracą zawodową i uwarunkowania wybranych wzorców zachowań i przeżyć związanych z pracą pielęgniarek. Badaniami objęto grupę 100 pielęgniarek pediatrycznych, a do analizy zastosowano kwestionariusz ankiety AVEM, wskazujący typy zachowań i przeżyć związane z pracą (G – zdrowy, S – oszczędnościowy, A – ryzyka, B – wypalony), oraz uzupełniająco – autorski kwestionariusz ankiety.

Badania wykazały, że 36% wykazuje typ B – wypalony; w tym 22% – typ ryzyka (A), a 26% – typ zdrowy (G). W badaniach Haor i wsp. 54% respondentów twierdziło, że w życiu istnieją ważniejsze sprawy od pracy, 39% uważało się za osoby ambitne, 38% twierdziło, że w czasie pracy nie oszczędza się, 12% badanych wskazywało, że źle radzi sobie z niepowodzeniem, a 26% wskazywało brak zainteresowania ze strony rodzin ich życiem zawodowym. Badania Haor i wsp. wykazały również, że staż pracy istotnie wpływa na sferę osobowości pielęgniarek odpowiedzialną za nastawienie i emocjonalny stosunek do pracy, zadowolenie z życia istotnie maleje wraz z zaawansowaniem stażu pracy, a rosnący staż pracy zwiększa skłonność do pogodzenia się z niepowodzeniami i łatwego wycofania się i rezygnacji z sukcesów.

Cele badań Gwardy i wsp. [3] to ocena występowania zespołu wypalenia zawodowego (ZWZ) wśród pielęgniarek w oddziałach intensywnej terapii (OIT), porównanie poziomu wypalenia zawodowego w dwóch grupach pielęgniarek i pielęgniarzy w zależności od zatrudnienia: w grupie personelu pielęgniarskiego zatrudnionego na OIT dla dzieci oraz dla dorosłych. W badaniu udział wzięło 195 pielęgniarek, a do oceny poziomu wypalenia zawodowego wykorzystano kwestionariusz ankiety do pomiaru wypalenia zawodowego w grupie pracowników ochrony zdrowia autorstwa Krzysztofa Owczarka. W badanej grupie stwierdzono wysoki poziom wypalenia zawodowego: od 71 do 200 punktów (średnia: 134). Nie stwierdzono występowania różnic między dwoma grupami (OIT dziecięcy i OIT dorosłych). W badanej grupie w sytuacji stresowej w pracy badany personel reagował silnym pobudzeniem emocjonalnym i nie potrafił zachować spokoju oraz racjonalnego myślenia. Kolejnym czynnikiem wpływającym na występowanie zjawiska wypalenia zawodowego była zła organizacja pracy (niedobór personelu powoduje niemożność zaspokojenia stale rosnących wymagań ze strony przełożonych). Badania te wskazały jednak, że środowisko OIT nie jest jedynym wystarczającym czynnikiem do wystąpienia wypalenia zawodowego.

Karyś i wsp. [4] analizowali poziom wypalenia zawodowego u pielęgniarek stacjonarnych oddziałów odwykowych. Cele prowadzonych badań to diagnoza występowania zjawiska wypalenia zawodowego w samoocenie pielęgniarek pracujących w oddziałach terapii uzależnienia od alkoholu oraz analiza czynników warunkujących to zjawisko. W badaniach udział wzięły 44 pielęgniarki, a czynnikiem, który najbardziej stresogennie wpływał na poczucie wypalenia zawodowego w badanej grupie, była mała sumienność w wykonywaniu pracy przez inne pielęgniarki. Badaną grupę charakteryzowały również zaniżone poczucie sukcesu oraz niski poziom zadowolenia z życia. Zjawisko wypalenia zawodowego nie było bardzo nasilone w tej grupie pielęgniarek.

Dębska i Cepuch [20] analizowały uwarunkowania występowania zjawiska wypalenia zawodowego u pielęgniarek pracujących w zakładach podstawowej opieki zdrowotnej. W badaniach wzięto udział 35 pielęgniarek zatrudnionych w zakładach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), a badania prowadzono z wykorzystaniem Kwestionariusza Wypalenia Zawodowego MBI, skali „Sposoby Radzenia Sobie” (SRST), Kwestionariusza Zmian Życiowych (KZZ), Kwestionariusza do Badania Kryzysu w Wartościowaniu (KKW). Badania wykazały, że te same właściwości zawodowe mogą być zarówno źródłem ogromnej satysfakcji, jak i powodem dużych obciążeń i stresu prowadzącym do wypalenia zawodowego. Najczęściej wykorzystywane sposoby radzenia sobie ze stresem w badanej grupie pielęgniarek to koncentracja na zadaniu, poszukiwanie wsparcia, ucieczka oraz unikanie. Wybrana strategia radzenia sobie ze stresem koreluje dodatnio z poszukiwaniem wsparcia oraz koncentracją na zadaniu. Występuje dodatnia korelacja pomiędzy skalą poczucia własnej wartości w pracy a skalą poszukiwania wsparcia, oraz ujemna korelacja między doksztalcaniem się a zmianą poczucia nierealizowania wartości. W grupie pielęgniarek POZ zjawisko wypalenia zawodowego nie występuje w dużym nasileniu.

W badaniach Kowalczyk i wsp. [21] oceniano poziom narażenia na stres i wypalenia zawodowego 102 pielęgniarek, pracujących w stacjonarnej opiece medycznej na terenie województwa podlaskiego, w zależności od miejsca pracy. Badane pielęgniarki podzielono na trzy grupy: pielęgniarki pracujące na oddziałach: pediatrycznym, internistycznym, chirurgicznym (po 34 osoby). Badanie składało się z dwóch etapów. W pierwszym etapie przeanalizowano narażenie na stres w zależności od miejsca pracy: 72,6% respondentek było narażonych na występowanie stresu w miejscu pracy; najbardziej narażone były pielęgniarki chirurgiczne. Drugi etap badania obejmował analizę zadowolenia z otrzymywanego wynagrodzenia i satysfakcję z wykonywanej pracy; 32,4% odczuwało satysfakcję z wykonywanej pracy; największą satysfakcję odczuwały pielęgniarki pracujące w oddziale chorób wewnętrznych, najmniejszą – w oddziale chirurgicznym. Badania wykazały, że syndrom wypalenia zawodowego w każdej grupie rozwinął się w różnym nasileniu: oddział pediatryczny oraz oddział chorób wewnętrznych – po 44,1%, oddział chirurgiczny – 52,8%. W badanej grupie stwierdzono również wysoki stopień satysfakcji zawodowej – 55,9% w oddziale pediatrycznym, 70,7% w oddziale chorób wewnętrznych oraz 47,1% w oddziale chirurgicznym. Autorzy pracy podkreślają, że podnoszenie kwalifikacji sprzyja także wzrostowi własnej wartości i osiągnięć osobistych, daje poczucie pewności wykonywania za-

dań, a w konsekwencji skutecznie przeciwdziała powstawaniu zespołu wypalenia zawodowego.

Sowińska i wsp. [22] analizowali poziom występowania wypalenia zawodowego i satysfakcji zawodowej w opinii 96 pielęgniarek – studentek studiów pomostowych w Gdańsku. Badania wykazały, że 54% pielęgniarek czuje lub czuło się wypalonych zawodowo, a 81% jest zdania, że napięta atmosfera pomiędzy członkami zespołu terapeutycznego ma wpływ na odczuwanie przez nich satysfakcji zawodowej; 52% badanych twierdziło, że podwyższenie pensji polepszyłoby ich stosunek do wykonywanej pracy. W badaniach Sowińskiej i wsp. nie potwierdzono istnienia relacji pomiędzy poczuciem wypalenia zawodowego a satysfakcją z pracy, ponadto nie stwierdzono związku pomiędzy długością stażu a poczuciem wypalenia zawodowego, związku między obniżeniem satysfakcji zawodowej a brakiem odpowiednich warunków do leczenia i pielęgnacji. Mimo to 53% ankietowanych uważa, że polepszenie warunków pracy zdecydowanie poprawiłoby ich stosunek do pracy. Nie stwierdzono również związku pomiędzy oceną warunków pracy a odczuwaną satysfakcją zawodową, mimo to większość ankietowanych była zdania, że podwyższenie pensji zdecydowanie polepszyłoby ich stosunek do pracy.

Cele badań prowadzonych przez Marcysiak i wsp. [23] to określenie poziomu wypalenia zawodowego pielęgniarek i określenie związku pomiędzy poziomem wypalenia zawodowego a stylem radzenia sobie ze stresem. W badaniach udział wzięło 96 pielęgniarek i 6 pielęgniarzy, a badania prowadzono za pomocą dwóch standaryzowanych narzędzi badawczych: Kwestionariusza Wypalenia Zawodowego (MBI) oraz Kwestionariusza Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS). Średni wynik wypalenia zawodowego to 25,33 punktu u mężczyzn i 23,69 punktu w grupie kobiet (różnica nieistotna statystycznie). Analizując style radzenia sobie ze stresem, stwierdzono, że 58,21% badanych koncentrowało się na problemie, 45,71% badanych koncentrowało się na emocjach, a 46,44% – na unikaniu. Zdecydowana większość badanych stosowała strategie związane z każdym stylem, a tylko 13% prezentowało dominację jednego ze stylów. W badaniach wykazano również, że im rzadsze stosowanie strategii skoncentrowania na problemie, tym większe ryzyko wypalenia zawodowego. Wykazano istotne statystycznie różnice pomiędzy wyborami kobiet i mężczyzn w zakresie stylów radzenia sobie ze stresem: w badanej grupie kobiety preferowały unikanie.

Cipora i wsp. [24] analizowali poziom wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek pracujących w publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Celem pracy było określenie problemu wypalenia zawodowego w grupie

128 pielęgniarek ZOZ województwa podkarpackiego (100% kobiet). Badania prowadzono, wykorzystując Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego Maslach oraz kwestionariusz autorski. W badanej grupie pielęgniarek stwierdzono niski stopień wypalenia zawodowego (3,59). Najniżej oceniono depersonalizację – 2,53, najwyżej – niespełnienie zawodowe – 4,22. W badanej grupie pielęgniarek osoby z wykształceniem wyższym magisterskim wykazywały najniższy wskaźnik wypalenia zawodowego oraz najwyższy poziom depersonalizacji. Staż pracy miał istotny wpływ na poziom wypalenia zawodowego. Pielęgniarki posiadające specjalizację nieznacznie częściej odczuwały wypalenia zawodowe, natomiast grupa pielęgniarek bez specjalizacji odznaczała się wyższym stopniem wyczerpania emocjonalnego i depersonalizacji.

W badaniach Ogińskiej i Żuralskiej [27] analizowano wypalenie zawodowe wśród 112 pielęgniarek oddziałów neurologicznych na terenie Gdańska i Elbląga (100% kobiet). Badaną grupę podzielono na trzy grupy wiekowe i trzy grupy stażowe. Prawie połowa badanych – 42,9% – deklaruowała, że przyczyną nasilenia stresu w stopniu maksymalnym jest brak szacunku dla pielęgniarek. Obciążenie stresem maksymalnym było w badanej grupie bardzo duże i wyniosło 80% (w skali 0–100%). Aż 95,5% badanych odczuwało bóle kręgosłupa oraz skutki przeziębienia i grypy; z tej grupy 93,7% przejawia silne zmęczenie, a 89,3% cierpi z powodu bólów głowy. Prawie połowa z tej grupy – 49,1% – z powyższymi dolegliwościami stosuje samodzielnie środki farmakologiczne, jednakże nikt nie korzysta z pomocy psychologa. Aż 78,6% osób badanych zaobserwowało u współpracowników oznaki wypalenia, a najczęstszym jego objawem było zmęczenie, 73,2% pielęgniarek oczekuje wsparcia od koleżanek. Ponad jedna trzecia badanych (36,6%) nie korzysta z wcześniejszych ze względu na trudności finansowe, a bardzo duża liczba badanych wypoczywa samotnie, izolując się od otoczenia i najbliższych. W badanej grupie największa liczba respondentów znalazła się w grupie o średnim poziomie wypalenia, który nie był zależny od wieku, był natomiast zależny od stażu pracy badanych. Ponad połowa badanych pielęgniarek (54,4%) stanowi grupę o wysokim poziomie zapotrzebowania na profilaktykę zjawiska wypalenia zawodowego.

Podsumowanie

Problem wypalenia zawodowego nie jest jednak problemem wyłącznie polskich pielęgniarek. Zgodnie z wynikami badań Hasselhorna prowadzonymi według Kopenhaskiego Inwentarza Wypalenia Zawodowego zjawisko wypalenia zawodowego występuje w wielu krajach europejskich: najniższy poziom jest w Holan-

dii, najwyższy – w grupie pielęgniarek pracujących we Francji i na Słowacji. Pielęgniarki zatrudnione w Belgii, we Włoszech i w Niemczech wykazują średni poziom wypalenia zawodowego. W tej grupie według badań międzynarodowych znajdują się również pielęgniarki z Polski.

Jednak zaprezentowane w niniejszym przeglądzie piśmiennictwa analizy poziomu występowania wypalenia zawodowego wskazują, że pielęgniarki wykazują jeden z najwyższych wskaźników wypalenia zawodowego, wyższy poziom występuje tylko u taksówkarzy, ochroniarzy, pracowników służby więziennej.

Jak wykazano w badaniach Beisert i wsp., z poziomem wypalenia zawodowego związane jest również poczucie kompetencji – im niższe poczucie kompetencji, tym wyższy poziom wypalenia zawodowego.

Analiza dostępnego krajowego piśmiennictwa naukowego wykazała, że problematyka szeroko pojętego wypalenia zawodowego w grupie pielęgniarek pracujących w polskim systemie ochrony zdrowia została już dostatecznie opisana w piśmiennictwie krajowym. Warto jednak zwrócić uwagę na różnorodność prezentowanych badań i stosowanych narzędzi badawczych, począwszy od standaryzowanych kwestionariuszy [2, 3, 11], na ankiecie własnego autorstwa skończywszy [4, 9, 10, 21, 27], co w dużym stopniu uniemożliwia porównywanie wyników uzyskanych badań. W przypadku chęci kontynuowania badań tej tematyki należy rozważyć przeprowadzenie badania wielośrodkowego z wykorzystaniem standaryzowanych narzędzi badawczych.

Piśmiennictwo

1. Baran J, Piątek J. Wydarzenia traumatyczne związane z pracą położnych a wypalenie zawodowe. *Piel XXI w.* 2011; 2(35): 39–44.
2. Andruszkiewicz A, Sobczak M, Banaszkiwicz M. Empatia a wypalenie zawodowe w grupie pielęgniarek. Wyzwania dla procesu kształcenia. *Piel XXI w.* 2012; 2(39): 27–30.
3. Gwarda K, Sienkiewicz Z, Kaczyńska A, Gotlib J. Zespół wypalenia zawodowego wśród personelu pielęgniarskiego zatrudnionego w oddziałach intensywnej terapii. *Piel XXI w.* 2015; 2(51): 56–60.
4. Karyś J, Rębak D, Kary T, Kowalczyk-Sroka B, Boczek I. Wypalenie zawodowe u pielęgniarek stacjonarnych oddziałów odwykowych. *Piel XXI w.* 2014; 3(48): 25–29.
5. Zielińska-Więczkowska H, Buśka A. Satysfakcja zawodowa pielęgniarek na tle wybranych czynników środowiska pracy. *Piel XXI w.* 2010; 3–4(32–33): 5–8.
6. Klukow J, Ksykiewicz-Dorota A. Struktura wykorzystania czasu pracy pielęgniarek zatrudnionych w szpitalnych oddziałach ratunkowych – badania wstępne. *Piel XXI w.* 2010; 3–4(32–33): 55–59.
7. Kulczycka K, Stychno E. Analiza obciążenia psychicznego na stanowisku pracy pielęgniarki. *Piel XXI w.* 2012; 3(40): 65–69.
8. Markovic DT, Rankovic Vasiljevic R. Wpływ członków zespołu terapeutycznego na satysfakcję pielęgniarek ze swojej pracy. *Piel XXI w.* 2012; 3(40): 97–100.

9. Cielebąk S, Dey B, Hołubiuk Ł, Sienkiewicz Z, Imiela J. Profilaktyka wypalenia zawodowego u pielęgniarek. *Piel XXI w.* 2013; 4(45): 11–16.
10. Wyderka M, Kowalska H, Szeląg E. Wypalenie zawodowe jako problem występujący wśród pielęgniarek. *Piel Pol.* 2009; 4(34): 265–275.
11. Nowakowska I, Rasińska R. Związek wybranych czynników socjodemograficznych z wypaleniem zawodowym wśród pielęgniarek. *Piel Pol.* 2014; 1(51): 26–33.
12. Dłużewska M. Eksploracja uwarunkowań w powstawaniu procesu wypalenia zawodowego – analiza na podstawie badań własnych. *Piel Pol.* 2012; 2(44): 63–72.
13. Parużyńska K, Nowomiejski J, Rasińska R. Analiza zjawiska wypalenia zawodowego personelu medycznego. *Piel Pol.* 2015; 2(56): 175–180.
14. Majchrowska G, Tomkiewicz K. Stres i wypalenie zawodowe w zawodzie pielęgniarki – wyniki badań pielęgniarek z SOR ZZZ Cieszyn. *Piel Pol.* 2015; 3(57): 267–272.
15. Kunecka D, Szych Z. Nadmierna kontrola w zespole pielęgniarskim – patologia zarządzania. *Probl Piel.* 2008; 1–2(16): 26–32.
16. Ślusarska B, Zarzycka D, Dobrowolska B. Postrzeganie tożsamości zawodowej przez pielęgniarki. *Probl Piel.* 2007; 2–3(15): 147–156.
17. Kunecka D, Kamińska M, Karakiewicz B. Analiza czynników wpływających na zadowolenie z wykonywanej pracy w grupie zawodowej pielęgniarek. Badanie wstępne. *Probl Piel.* 2007; 2–3(15): 192–196.
18. Sobczak M. Motywy wyboru zawodu a wypalenie zawodowe pielęgniarek. *Probl Piel.* 2010; 2(18): 207–211.
19. Haor B, Głowacka M, Ślusarz R, Piotrowska A. Zachowania i przeżycia pielęgniarek związane z pracą zawodową. *Probl Piel.* 2014; 2(22): 142–146.
20. Dębska G, Cepuch G. Wypalenie zawodowe u pielęgniarek pracujących w zakładach podstawowej opieki zdrowotnej. *Probl Piel.* 2008; 3(16): 273–279.
21. Kowalczyk K, Zdańska A, Krajewska-Kułak E, Łukaszuk C, Van Damme-Ostapowicz K, Klimaszewska K, Kondzior D, Kowalewska B, Rozwadowska E. Stres w pracy pielęgniarek jako czynnik ryzyka wypalenia zawodowego. *Probl Piel.* 2011; 3(19): 307–314.
22. Sowińska K, Kretowicz K, Gaworska-Krzemińska A, Świetlik D. Wypalenie zawodowe i satysfakcja zawodowa w opinii pielęgniarek. *Probl Piel.* 2012; 3(20): 361–368.
23. Marcysiak M, Dąbrowska O, Marcysiak M. Wypalenie zawodowe a radzenie sobie ze stresem pielęgniarek. *Probl Piel.* 2014; 3(22): 312–318.
24. Cipora E, Smoleń E, Gazdowicz L, Maliwiecka T, Poźniak E. Poziom wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek pracujących w publicznych zakładach opieki zdrowotnej – badania wstępne. *Probl Piel.* 2014; 3(22): 252–257.
25. Perek M, Kózka M, Twarduś K. Trudne sytuacje w pracy pielęgniarek pediatrycznych i sposoby radzenia sobie z nimi. *Probl Piel.* 2007; 4(15): 223–228.
26. Glińska J, Lewandowska M. Autonomiczność zawodu pielęgniarskiego w świadomości pielęgniarek z uwzględnieniem pełnionych funkcji zawodowych. *Probl Piel.* 2007; 4(15): 249–253.
27. Ogińska J, Żuralska R. Wypalenie zawodowe wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach neurologicznych. *Probl Piel.* 2010; 4(18): 435–442.
28. Śniegocka M, Śniegocki M. Analiza sposobów odpowiedzi na stres zawodowy wśród pielęgniarek. *Probl Piel.* 2014; 4(22): 503–510.
29. Komunikat z dn. 23 grudnia 2015 r. w sprawie wykazu czasopism naukowych wraz z liczbą punktów przyznawanych za publikację w tych czasopismach. Część B – zawierająca liczbę punktów za publikacje w czasopismach naukowych nieposiadających współczynnika wpływu Impact Factor (IF), http://www.nauka.gov.pl/g2/oryginal/2015_12/57768c2c-b322779eb01734014ff4be38.pdf (data dostępu: 16.03.2016).

Artykuł przyjęty do redakcji: 08.05.2016

Artykuł przyjęty do publikacji: 07.07.2016

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Joanna Gotlib
ul. Żwirki i Wigury 61
02-091 Warszawa
tel.: 22 5720 490, fax: 22 5720 491
e-mail: joanna.gotlib@wum.edu.pl
Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia
Warszawski Uniwersytet Medyczny

ADAPTACJA ZAWODOWA I SPOŁECZNA PIEŁĘGNIAREK W NOWYM MIEJSCU PRACY – WYBRANE ZAGADNIENIA

PROFESSIONAL AND SOCIAL ADAPTATION OF NURSES AT THE NEW WORKPLACE – SELECTED ISSUES

Bożena Ściegłińska¹, Małgorzata Machaj², Joanna Gotlib³

¹Samodzielny Publiczny Dziecięcy Szpital Kliniczny w Warszawie

²Dział Organizacji i Zasobów Ludzkich CSK MSW w Warszawie

³Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia
Warszawski Uniwersytet Medyczny

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2017.18>

STRESZCZENIE

W prezentowanej pracy przedstawiono wybrane, najważniejsze zagadnienia związane z adaptacją zawodową i społeczną pielęgniarek w nowym miejscu pracy. Przedstawiono szczegółową charakterystykę adaptacji zawodowej oraz opisano najważniejsze czynniki warunkujące przebieg adaptacji zawodowej, takie jak: rekrutacja pracownika, opis stanowiska pracy, środowisko pracy, zadania opiekuna adaptacji zawodowej, oraz rolę kwalifikacji i kompetencji pracownika w procesie adaptacji zawodowej i społecznej w nowym miejscu pracy.

SŁOWA KLUCZOWE: adaptacja zawodowa, adaptacja społeczna, pielęgniarki, zatrudnienie.

ABSTRACT

The present study discusses selected, most important issues associated with professional and social adaptation of nurses at the new workplace. The study presents a detailed characteristics of professional adaptation and describes key factors determining the course of professional adaptation such as: recruitment process, job description, work environment, tasks of the supervisor of professional adaptation, as well as the role of qualifications and competence of an employee in the process of professional and social adaptation at the new workplace.

KEYWORDS: professional adaptation, social adaptation, nurses, employment.

Wstęp

Adaptacja zawodowa to proces związany z przystosowaniem pracownika do norm i zasad panujących w środowisku pracy, jak również akceptacja nowej funkcji i pozycji społecznej. Nowo przyjęty pracownik, włączając się w strukturę organizacji, adoptuje się do obowiązujących norm w relacji do współpracowników i przełożonych. Praktycznie przystosowuje się do nowych warunków pracy. Poznaje wymagania na objętym stanowisku pracy, z uwzględnieniem rodzaju i zakresu czynności, metod pracy, obsługi urządzeń, aparatury medycznej, fizyczno-organizacyjnych warunków, a także wymagań bezpieczeństwa i higieny pracy. Przygotowuje się do wykonywania powierzonych zadań m.in. poprzez nabycie określonych sprawności manualnych czy osiągnięcie samodzielności zawodowej.

Cel pracy

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie najważniejszych, wybranych zagadnień związanych z adaptacją zawodową i społeczną pielęgniarek w nowym miejscu pracy.

Definicja adaptacji zawodowej i społecznej

Termin „adaptacja” jest różnorodnie definiowany i używany zamiennie z terminem „przystosowanie”. Angielskie słowo *induction* pochodzi od wyrażenia łacińskiego, oznaczającego „wprowadzenie, pokazywanie drogi”.

Według *Słownika wyrazów obcych* PWN adaptacja oznacza przystosowanie się do nowego środowiska społecznego, do nowych warunków, także zmniejszenie odczuwania określonych bodźców wskutek długotrwałego działania [1].

Adaptacja społeczna to przystosowanie do norm, wzorów kulturowych, wartości i obyczajów panujących w nowej organizacji, uzyskanie równowagi między potrzebami jednostki a warunkami otoczenia społecznego, akceptacja funkcji i pozycji społecznej [2].

Nowo przyjęty pracownik włącza się w strukturę organizacji i adoptuje się do obowiązujących norm zachowań wobec współpracowników i przełożonych, zasad komunikowania się.

Adaptacja zawodowa polega na praktycznym przystosowaniu do nowych warunków pracy, z uwzględnieniem rodzaju i zakresu czynności, metod pracy, obsługi

urządzeń, aparatury medycznej, fizyczno-organizacyjnych warunków, a także wymagań bezpieczeństwa i higieny pracy [3].

Adaptacja zawodowa przystosowuje pracownika do wykonywania powierzonych zadań poprzez nabycie sprawności manualnych, osiągnięcie samodzielności zawodowej oraz przystosowanie do fizycznego środowiska pracy.

Istota adaptacji zawodowej pielęgniarek

Przystosowanie się pracownika do środowiska pracy uwarunkowane jest adaptacją społeczną i zawodową, która dotyczy wszystkich pracowników, również grupy zawodowej pielęgniarek.

Przyjęcie nowego pracownika do pracy nie oznacza zakończenia procesu jego zatrudnienia. Adaptacja jest kolejnym etapem procesu rekrutacji, którego nadrzędne cele to: przystosowanie pracownika do warunków i wymagań na danym stanowisku pracy oraz uzyskanie w jak najkrótszym czasie oczekiwanej wydajności i umożliwienie bezstresowego rozpoczęcia pracy nowo zatrudnionej osoby. To także kształtowanie wiedzy pracownika dotyczącej przedsiębiorstwa i stanowiska, przystosowanie pracownika do panujących norm i zwyczajów, wykształcenie u pracownika właściwego podejścia do wykonywanych zadań i obowiązków oraz przyjaznej postawy wobec firmy [4].

Adresatami procesu adaptacji mogą być pracownicy: rozpoczynający pierwszą pracę, nowo przyjmowani, przekwalifikowani oraz zmieniający miejsce pracy.

Dla wielu pracowników pierwsze dni w nowej pracy to okres niepewności, niepokoju i napięcia emocjonalnego. Wtedy formuje się określona postawa wobec nowego otoczenia, która w przyszłości może decydująco wpłynąć na motywację do pracy. Dalszy rozwój zawodowy, chęć pozostania w zespole lub odejście z pracy, a nawet odejście od zawodu – to częste następstwa funkcjonowania w nowym środowisku [5].

Jeśli chcemy, aby proces adaptacji zakończył się sukcesem, a nowi pracownicy potrafili wykorzystać w pełni swoje zdolności, wiedzę i doświadczenie, to musimy zapewnić im odpowiednio zaplanowany program adaptacji.

Program powinien obejmować następujące fazy adaptacji zawodowej i społecznej:

- 1) wprowadzenie na stanowisko pracy,
- 2) praktyczne przystosowanie,
- 3) ocenę wyników i wnioski dotyczące dalszego rozwoju zawodowego pracownika.

W fazie wprowadzenia na stanowisko pracy pracownik zapoznaje się z historią, misją i celami organizacji, przez co kształtują się więzi i integracja pracownika z organizacją. Pracodawca zobowiązany jest zapoznać

pracownika z zasadami funkcjonowania organizacji, jej regulaminem organizacyjnym oraz systemem wynagrodzenia, motywacji i oceny pracowniczej. Tak ogromna dawka informacji przekazana w krótkim czasie może doprowadzić do przetądowania pamięci i może się przyczynić do zwiększenia poziomu stresu u pracownika.

Praktycznym rozwiązaniem może okazać się w takiej sytuacji dostępny dokument stanowiskowy, który zawiera wymagane informacje w zakresie funkcjonowania organizacji, a z którymi pracownik w stosownym czasie może spokojnie zapoznać się.

Kolejnym etapem jest zapoznanie pracownika bezpośrednio ze stanowiskiem pracy i współpracownikami. Pracownik zapoznaje się z dokumentem opisu stanowiska pracy, z zakresem zadań i swoich obowiązków, z wyposażeniem stanowiskowym oraz uczestniczy w szkoleniach z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy. Od momentu rozpoczęcia pracy wymaga się szczególnie od pielęgniarki odpowiedzialności za siebie i swoje zachowanie wobec pacjenta, jego rodziny oraz współpracowników. To oni tworzą jej środowisko pracy dość mocno zróżnicowane pod względem przyjętych norm i oczekiwań, którym pielęgniarka musi sprostać.

Pacjenci i ich rodziny nie zawsze kierują się przyjętymi społecznie normami. Ich oczekiwania wobec personelu medycznego są dość zróżnicowane, a czasem nawet kontrowersyjne. Jest to duże wyzwanie dla zespołu terapeutycznego, szczególnie dla pielęgniarek, gdyż to one są najbliższe pacjenta.

Wiele pielęgniarek w pierwszych dniach pracy czuje się niepewnie. Sposób, w jaki nowa pielęgniarka zostaje wprowadzona do zespołu terapeutycznego, jest częściowym sprawdzianem podmiotowego podejścia do pracowników, którzy stanowią potencjał szpitala. Na etapie praktycznego przystosowania pracownika na stanowisku pracy ważną rolę odgrywa wyznaczony opiekun adaptacji zawodowej. Jest to istotne w przypadku absolwentów, którzy posiadają dużo wiedzy teoretycznej, natomiast nie mają umiejętności praktycznych. Opiekun posiadający duże doświadczenie i umiejętności zawodowe jest wielką pomocą dla nowo przyjętego pracownika w czasie nabywania doświadczenia zawodowego. Jest to szczególnie ważne dla pielęgniarek, gdyż wymaga się od nich nie tylko wiedzy zawodowej, ale również umiejętności manualnych w wykonywaniu czynności medycznych.

Nowe stanowisko pracy, urządzenia, sprzęt medyczny, obserwacja wykonywanych czynności – to bodźce mogące wywołać stres i przemęczenie pracownika. Dlatego część praktyczna adaptacji pracownika powinna być realizowana etapami z oceną ich przyswajalności.

Zakończeniem procesu adaptacji zawodowej jest ocena pracownika. Podstawą oceny może być opinia bezpośredniego przełożonego lub arkusz ocen prowadzony przez opiekuna adaptacji. Stosowanie oceny na zakończenie procesu adaptacji stymuluje nowych pracowników i stażystów do wydajniejszej pracy, wymusza kontrolę własnych zachowań, a także umożliwia ustalenie przez przełożonych i samego pracownika przydatności do określonej pracy [6].

W przypadku pracowników z nabytym doświadczeniem z innych miejsc pracy czas przewidziany na tę ocenę jest również momentem wymiany doświadczeń, które warto przeanalizować pod kątem przydatności w szpitalu.

Proces rekrutacji i selekcji jest kosztowny, czasochłonny i nie powinien zakończyć się na etapie zatrudnienia pracownika. Integralną jego częścią jest okres adaptacji zawodowej. W tym czasie następuje etap rozwinięcia motywacji do pracy i identyfikacji zawodowej pracownika, która wyraża się poprzez:

- 1) zaangażowanie emocjonalne na rzecz realizowanych zadań w miejscu pracy,
- 2) uznanie celów i zasad wspólnego działania,
- 3) utożsamienie interesu własnego z interesem zakładu pracy,
- 4) utożsamienie siebie z pełnioną funkcją,
- 5) odpowiedzialność za prawidłowe funkcjonowanie własnego zakładu pracy [5].

Tylko w takiej sytuacji rekrutacja kończy się sukcesem dla firmy oraz przynosi satysfakcję dla pracownika i wymierne korzyści dla organizacji.

Czynniki warunkujące przebieg adaptacji zawodowej

Proces adaptacji zawodowej jest wieloetapowym, przemyślanym działaniem, którego celem jest wprowadzenie nowego pracownika do pracy i zapoznanie z organizacją pracy w firmie, z kulturą organizacyjną, z procedurami, a także z wyznawanymi wartościami w organizacji [7].

Proces ten jest uwarunkowany wieloma czynnikami zależnymi zarówno od pracodawcy, jak i pracownika.

Do czynników zależnych od pracodawcy należą:

- 1) rekrutacja pracownika,
- 2) stanowisko pracy i jego opisy,
- 3) środowisko pracy,
- 4) opiekun adaptacji zawodowej,
- 5) motywacja do pracy.

Do czynników zależnych od pracownika należą przede wszystkim kompetencje zawodowe pracownika. Czynniki te zostały scharakteryzowane w dalszej części artykułu.

Rekrutacja pracownika

Rekrutacja to ważny proces dla pracodawcy oraz pracownika, a od jej przygotowania i przebiegu wiele zależy. To, jak zostanie przygotowana i przeprowadzona, wpłynie na sukces firmy, jak również na zadowolenie pracownika. Pozyskani pracownicy poprzez posiadane kwalifikacje i umiejętności mają wpływ na efektywność realizacji celów organizacji [8].

W odniesieniu do szpitala nabór pracowników z odpowiednimi kompetencjami przekłada się na jakość udzielanych świadczeń medycznych wobec hospitalizowanego pacjenta, co stanowi nadrzędny cel szpitala. Nieprawidłowy dobór pracowników w pionie pielęgniarskim może w istotny sposób wpłynąć na funkcjonowanie szpitala. Brak wymaganych kwalifikacji kadry pielęgniarskiej nie tylko obniża jakość udzielanych świadczeń, ale może mieć wymierny, negatywny skutek ekonomiczny, mający odzwierciedlenie przede wszystkim w obszarze roszczeń pacjentów. Negatywnymi następstwami popełnionych błędów w doborze kadry są także: nieprawidłowe wykorzystanie wyposażenia stanowiskowego, nieracjonalne zużycie sprzętu medycznego, uszkodzenie kosztownej aparatury medycznej i inne. Dlatego też, aby maksymalnie zminimalizować skutki wynikające z nieprawidłowego doboru pracowników, należy wiele uwagi poświęcić rekrutacji pracowniczej.

Opis stanowiska pracy

Stanowisko pracy jest najmniejszą, niepodzielną komórką organizacyjną przedsiębiorstwa, w której odbywa się proces pracy, wyróżniający się zarówno statycznym układem elementów, jak i dynamiką pracy ludzkiej, funkcjonowaniem maszyn i urządzeń oraz oddziaływaniem czynników otoczenia [9].

Na stanowisko pracy składa się wiele elementów, które powinny być opisane w sformalizowanym dokumencie. Opis stanowiska pracy zawiera wielopoziomą charakterystykę pracy wykonywanej na danym stanowisku oraz zbiór wymagań stawianych kandydatom na to stanowisko, co stanowi bezpośrednie odniesienie do procesu rekrutacji. Konkretna treść opisu stanowiska pracy zależy od celu, w jakim ma być ono wykorzystane. Ponieważ opis stanowiska ma służyć wielu osobom, w tym nowo przyjętym pracownikom, należy je opisywać prostym, zwięzłym językiem.

Opis powinien określać nazwę stanowiska, miejsce w strukturze organizacyjnej, cel i wymagania stanowiskowe dla pracownika, zadania i uprawnienia stanowiskowe, odpowiedzialność, zależności i współpracę z innymi jednostkami organizacyjnymi oraz kryteria oceny i warunki pracy na stanowisku.

Z uwagi na informacje zawarte w opisie stanowiska jego zastosowanie zachodzi w trzech podstawowych obszarach: zarządzania organizacją pracy, zarządzania zasobami ludzkimi oraz kierowania ludźmi.

W obszarze organizacji pracy opisy stanowisk prowadzą do standaryzacji określonych procedur postępowania, co pozwala na tworzenie i modyfikacje struktury organizacyjnej. Pozwalają również wykrywać nieprawidłowości w istniejącej organizacji pracy i w konsekwencji – usuwać je. Przekłada się to na eliminację zbędnych czynności wykonywanych w pracy, łączenie stanowisk lub przenoszenie niektórych zadań na inne stanowiska. Opisy stanowisk pracy stanowią istotę w ocenie warunków pracy, co przekłada się na zapewnienie bezpieczeństwa i higieny, a także warunków ergonomicznych pracy.

W obszarze zarządzania zasobami ludzkimi opisy stanowisk pracy odgrywają istotną rolę w rekrutacji odpowiedniego pracownika. Dzieje się tak dzięki profilom kompetencyjnym stanowiska, określającym wymagane i pożądane kompetencje wraz z kwalifikacjami pracownika, co w przyszłości przekłada się na efektywne wykonywanie zadań związanych z tym stanowiskiem.

Dokonywanie awansów, przesunięć i degradacji jest łatwiejsze, gdy istnieje możliwość postępowania się opisanymi pracami i profilami wymagań kandydatów.

Ocena trudności pracy dokonana na podstawie opisów pracy pozwala na przeprowadzenie procesu wartościowania pracy i ustalania stawek płacowych. Porównanie profili kwalifikacyjnych na dane stanowiska z kwalifikacjami zajmujących je pracowników bardzo przydaje się podczas identyfikacji potrzeb szkoleniowych oraz planowania ścieżki rozwoju pracownika [10].

W okresie adaptacji nowo przyjętego pracownika opis stanowiska pracy wywiera istotny wpływ na skuteczność przebiegu tego procesu. Opis stanowiskowy pozwala nowemu pracownikowi zapoznać się z istotą stanowiska, na którym pracuje. Stanowi charakterystykę rodzaju pracy i warunków pracy, określa wymagane kompetencje, aby sprawnie wypełniać powierzoną rolę organizacyjną [10].

W obszarze kierowania ludźmi opisy stanowisk pracy stanowią narzędzie w realizacji zadań kierowniczych. Na podstawie informacji zawartych w opisach stanowisk można lepiej zaplanować pracę zespołu, ustalić wzajemne relacje między pracownikami.

Łatwiej można organizować i kontrolować pracę pracownika na danym stanowisku. W efekcie usprawnia to proces decyzyjny ułatwia ocenianie pracowników i zmniejsza ryzyko powstawania konfliktów [10].

Przez wzgląd na ważność dokumentu, jakim jest opis stanowiska pracy, zarówno w procesie zarządzania, jak i przebiegu adaptacji zawodowej pracownika, w dalszej części pracy uszczegółowiono opis wymie-

nionych powyżej elementów stanowiskowych w odniesieniu do stanowisk pielęgniarskich i regulacji prawnych dotyczących wykonywania zawodu pielęgniarki.

Nazwa stanowiska pracy powinna odnosić się do zadań i czynności przypisanych do stanowiska pracy oraz nawiązywać do struktury organizacyjnej, w której stanowisko funkcjonuje.

W odniesieniu do stanowisk pielęgniarskich ich nazewnictwo ujęte jest w *Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami* (Dz.U. Nr 151, poz. 869).

A. Stanowiska kierownicze:

- 1) naczelną pielęgniarką,
- 2) pielęgniarką oddziałową,
- 3) zastępcą pielęgniarki oddziałowej,
- 4) pielęgniarką koordynującą.

B. Stanowiska wykonawcze:

- 1) pielęgniarką anestezjologiczną,
- 2) pielęgniarką operacyjną,
- 3) specjalistą w dziedzinie pielęgniarstwa,
- 4) starszą pielęgniarką,
- 5) pielęgniarką.

Ich nazwy są spójne z zadaniami przypisanymi do stanowisk i obszarem działań. W obszarze podległości stanowiska te wskazują na gradację stanowisk w strukturze pionu pielęgniarskiego.

Miejsce stanowiska pracy w strukturze organizacji

Każde stanowisko pracy powinno być zidentyfikowane w strukturze organizacji poprzez informacje zawierające nazwę jednostki organizacyjnej, nazwę pionu i komórki organizacyjnej, w której funkcjonuje stanowisko. Dla zachowania ciągłości wykonywania zadań na stanowisku istotnym elementem jest określenie powiązań funkcjonalnych z innymi stanowiskami czy też komórkami organizacyjnymi, np. w obszarze zastępstw.

W odniesieniu do hierarchii podległości stanowisk pielęgniarskich należy wymienić podległość bezpośrednią, pośrednią, funkcjonalną i merytoryczną.

Stanowiska pielęgniarskie przypisane są do pionu medycznego i funkcjonują w poszczególnych komórkach organizacyjnych realizujących świadczenia medyczne. Pielęgniarki z zadaniami kierowniczymi bezpośrednio podlegają naczelną pielęgniarkę, funkcjonalnie – kierownikowi komórki organizacyjnej. Pielęgniarki z zadaniami wykonawczymi podlegają pośrednio naczelną pielęgniarkę, bezpośrednio – pielęgniarkę oddziałową, funkcjonalnie – kierownikowi komórki organizacyjnej.

W odniesieniu do statusu wykonywania zawodu pielęgniarka merytorycznie podlega wyłącznie pielęgniarce.

Cel stanowiska

Cel istnienia stanowiska pracy powinien wskazywać, co stanowi o głównej wartości opisywanego stanowiska pracy dla organizacji, oraz jak pracownik przyczynia się do realizacji misji i strategii instytucji [11].

W praktyce może być to kilka celów szczegółowych, które przyczyniają się do osiągnięcia głównego celu organizacji.

Do zadań szpitala należy udzielanie świadczeń medycznych w warunkach stacjonarnych oraz ambulatoryjnych w obszarze wysokospecjalistycznych działań medycznych, realizowanych w poszczególnych oddziałach klinicznych szpitala. Pracownicy zatrudnieni na poszczególnych stanowiskach poprzez realizację szczegółowych celów stanowiskowych realizują powyższe główne cele i zadania szpitala.

Dla stanowisk kierowniczych pionu pielęgniarskiego szpitala cele główne to organizowanie i realizacja kompleksowych świadczeń pielęgniarskich, natomiast dla stanowisk wykonawczych celem głównym jest udzielanie świadczeń medycznych i pielęgniarskich hospitalizowanym pacjentom, według obowiązujących standardów. Dążeniem wszystkich pracowników szpitala powinno być osiągnięcie wyznaczonych celów na optymalnym poziomie ilościowym i jakościowym.

Wymagania stanowiskowe

Określają one niezbędne i pożądane wykształcenie, staż pracy, umiejętności oraz oczekiwane cechy osobowości pracownika.

Zawód pielęgniarki może wykonywać osoba posiadająca tytuł zawodowy, uzyskany w drodze kształcenia przeddyplomowego, oraz prawo wykonywania zawodu stwierdzone przez właściwą Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych.

Wymogi kwalifikacyjne do samodzielnego wykonywania świadczeń medycznych określa *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego* (Dz.U. Nr 210, poz. 1540).

Do wykonywania określonych świadczeń pielęgniarskich pielęgniarka musi posiadać wiedzę i umiejętności uzyskane w trakcie kształcenia podyplomowego. Niektóre z tych czynności mogą być wykonywane tylko i wyłącznie pod warunkiem uzyskania tytułu specjalisty lub ukończenia kursu kwalifikacyjnego lub specjalistycznego.

Wymogi co do wykształcenia, kwalifikacji oraz stażu pracy na stanowiskach pracy pielęgniarek określa *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami* (Dz.U. Nr 151, poz. 869).

Biorąc pod uwagę fakt, że dla uzyskania pełnej efektywności pracy niezbędne są zazwyczaj pozyskanie doświadczenia i wykształcenie odpowiednich kompetencji, istotnych dla organizacji, korzystne jest rozdzielanie wymagań koniecznych do rozpoczęcia pracy na danym stanowisku oraz kompetencji niezbędnych do realizowania w pełni zadań stanowiskowych [12].

Wymagania stanowiskowe stanowią nie tylko niezbędny element w ogłoszeniu rekrutacyjnym, ale są również głównymi kryteriami w ocenie pracownika i planowaniu jego rozwoju zawodowego.

Różnice w oczekiwaniach w zakresie cech pracowników pomiędzy różnymi stanowiskami wskazują na potencjalne drogi rozwoju w organizacji, ułatwiają planowanie kariery i definiują kryteria sukcesu w zakresie realizacji indywidualnych planów i rozwoju zawodowego [12].

Zadania stanowiskowe

Zadania określone dla stanowiska pracy muszą być adekwatne do wyznaczonych celów stanowiskowych, gdyż stanowią istotę ich realizacji.

Poziom szczegółowości opisu poszczególnych zadań powinien być dostosowany do hierarchii organizacji stanowiska.

Zadania realizowane na wyższych stanowiskach powinny być określone mniej szczegółowo niż zadania realizowane na stanowiskach wykonawczych [12].

W odniesieniu do stanowisk pielęgniarskich ustalenie zadań stanowiskowych wymaga uwzględnienia wiedzy i umiejętności, których pielęgniarki nabywają w trakcie kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego, oraz ich spójności z obowiązującymi regulacjami prawnymi dotyczącymi wykonywania zawodu pielęgniarki.

Zasady wykonywania zawodu przez pielęgniarkę i położną zostały uregulowane w *Ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej* (Dz.U. Nr 174, poz. 1039), zaś wymóg posiadanych kwalifikacji do ich realizacji określa cytowane wcześniej *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego*.

W myśl obowiązujących przepisów wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych.

cyjnych, zapobiegawczych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz z zakresu promocji zdrowia przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami.

Świadczenia te pielęgniarka wykonuje przede wszystkim poprzez: rozpoznawanie warunków i potrzeb zdrowotnych; rozpoznawanie problemów pielęgnacyjnych; sprawowanie opieki pielęgnacyjnej; realizację zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji i ich samodzielne udzielanie w określonym zakresie.

Za wykonywanie zawodu pielęgniarki przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje uważa się również nauczanie zawodu pielęgniarki, prowadzenie prac naukowo-badawczych w dziedzinach pielęgniarstwa oraz kierowanie zespołem pielęgniarek i położnych.

Zatem niedopuszczalne jest wykonywanie przez pielęgniarkę lub położną czynności nienależących do jej ustawowych kompetencji.

Należy z całą stanowczością podkreślić, że w przypadku kiedy pracodawca zleca pielęgniarsce/położnej wykonywanie czynności, do których nie ma ona kwalifikacji i uprawnień, może ona odmówić ich wykonania. Taka uzasadniona odmowa nie upoważnia pracodawcy do rozwiązania z pracownikiem umowy o pracę – ani w trybie dyscyplinarnym, ani w drodze rozwiązania za wypowiedzeniem [13].

W odniesieniu do powyższego twierdzenia należy jeszcze raz podkreślić znaczenie zadań stanowiskowych zarówno dla pracodawcy, jak i dla samego pracownika.

W kontekście wykonywania zawodu pielęgniarki przypisanie zadań będących poza sferą jej uprawnień zawodowych i ich wykonanie będzie dla niej skutkowało odpowiedzialnością zawodową, cywilną bądź karną.

Uprawnienia stanowiskowe

Uprawnienie w ogólnym rozumieniu to wyznaczona przez prawo możliwość postępowania w określony sposób [7].

Uprawnienia stanowiskowe można podzielić na uprawnienia:

- 1) pracownicze, wynikające z przepisów *Kodeksu pracy*, regulaminów organizacyjnych,
- 2) stanowiskowe, wynikające z przypisanych zadań na stanowisku pracy,
- 3) zawodowe, wynikające z regulacji prawnych wykonywania zawodu.

W punkcie opisu stanowiska, odnoszącym się do uprawnień stanowiskowych, należy wpisać wszystkie formalne uprawnienia, jakie są związane z pracą wykonywaną na danym stanowisku pracy. W opisie stanowiska pracy nie wpisuje się uprawnień pracowniczych wynikających z przepisów *Kodeksu pracy*, a także za-

wartych w regulaminach organizacyjnych czy też regulaminach wynagradzania. Nie wpisuje się również uprawnień, które są przyznawane danemu pracownikowi ze względu na jego szczególne kompetencje lub umiejętności, a które nie są związane z zakresem opisywanego stanowiska pracy. Takie zapisy umieszcza się w dokumencie, jakim jest szczegółowy zakres obowiązków pracownika.

W odniesieniu do stanowisk kierowniczych uprawnienia stanowiskowe, takie jak: kontrola, ocena, wnioskowanie, opracowywanie, planowanie, odnoszą się ściśle do zadań stanowiskowych. Dla stanowisk kierowniczych pielęgniarstwa są to organizowanie i realizacja kompleksowych świadczeń pielęgniarstwa w szpitalu na optymalnym poziomie poprzez nadzorowanie i organizowanie pracy podległego personelu.

W odniesieniu do stanowisk wykonawczych pielęgniarek mają zastosowanie uprawnienia zawodowe, określone przez Ministra Zdrowia w zakresie:

- 1) rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, które mogą być udzielone przez pielęgniarkę na zlecenie lekarza lub samodzielnie bez zlecenia lekarskiego;
- 2) stosowania przez pielęgniarkę, bez zlecenia lekarskiego, środków pomocniczych oraz produktów leczniczych;
- 3) rodzaju materiałów biologicznych, które mogą być pobierane przez pielęgniarkę do celów diagnostycznych samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego;
- 4) rodzaju i zakresu medycznych czynności ratunkowych wykonywanych przez pielęgniarkę;
- 5) badań diagnostycznych przeprowadzonych samodzielnie przez pielęgniarkę.

Pielęgniarka ma również prawo odmowy wykonania pisemnego zlecenia lekarskiego, jednakże taka sytuacja może zajść tylko w wyjątkowych okolicznościach, którymi są:

- 1) wstrzymanie się pielęgniarki od wykonania zlecenia lekarskiego podyktowane pojawieniem się, po podjęciu decyzji przez lekarza, nowych okoliczności wymagających weryfikacji postępowania leczniczego lub wręcz stojących w sprzeczności z nim. Pielęgniarka może zaobserwować u pacjenta objawy wskazujące na konieczność wstrzymania i/lub wycofania się z kontynuacji zaordynowanego działania medycznego;
- 2) wykonanie świadczenia zdrowotnego niezgodne z jej sumieniem, pod warunkiem, że odmowa wykonania świadczenia medycznego nie stanowi zagrożenia dla zdrowia lub życia pacjenta;

- zakres wykonania świadczenia medycznego niezgodny z posiadanymi przez nią kwalifikacjami [14].

Pielęgniarka musi podać niezwłocznie przyczynę odmowy na piśmie swojemu przełożonemu lub osobie zlecającej, czyli lekarzowi (art. 12 ust. 2 *Ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej* (Dz.U. Nr 174, poz. 1039) – dalej: u.z.p.p.).

Ponadto pielęgniarka ma obowiązek niezwłocznie uprzedzenia pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego o takiej odmowie i wskazania realnych możliwości uzyskania tego świadczenia u innej pielęgniarki, położnej lub w innym podmiocie leczniczym (art. 12 ust. 3 u.z.p.p.).

Niezależnie od podania w formie pisemnej przyczyny odstąpienia od wykonania zlecenia pielęgniarka ma obowiązek uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej pacjenta (art. 12 ust. 4 u.z.p.p.) [14].

Odpowiedzialność stanowiskowa

Odpowiedzialność to obowiązek ponoszenia przewidzianych przez przepisy prawne konsekwencji zachowania się własnego lub innych osób. W zależności od przyjętego dla jej ustalenia kryterium różni się wiele rodzajów odpowiedzialności: cywilną, karną, konstytucyjną, polityczną, prawną.

Odpowiedzialność prawna oznacza konieczność ponoszenia konsekwencji przewidzianych przez przepisy prawne.

Odpowiedzialność służbowa/stanowiskowa stanowi zobowiązanie pracownika do wykonywania zadań określonych przez pracodawcę i ponoszenie odpowiedzialności za działania w tym zakresie. Zadania te są określone w zakresie obowiązków pracownika na danym stanowisku pracy i w ramach określonej funkcji. Za niewywiązanie się z powierzonych obowiązków i przyjętych przez pracownika zadań pracodawca może stosować kary dyscyplinarne, zgodne z *Kodeksem pracy* lub regulaminem organizacyjnym zakładu pracy.

Odpowiedzialność karna związana jest z naruszeniem przez pracownika zasad zapisanych w prawie obowiązującym społeczeństwo. Konsekwencje i postępowanie w razie naruszenia określa *Kodeks karny*.

Odpowiedzialność cywilna jest to obowiązek wynagrodzenia wyrządzonej szkody lub straty przez pracownika. Ma ona charakter majątkowy. W zakresie odpowiedzialności cywilnej orzekają sądy powszechne.

Odpowiedzialność materialna określona przez *Kodeks pracy* to konieczność ponoszenia przez pracownika konsekwencji za szkodę wyrządzoną zakładowi pracy. Pracownik ponosi odpowiedzialność materialną za sprzęt, jaki został mu powierzony do

realizacji zadań zawodowych wynikających z zakresu obowiązków czy regulaminu pracy.

Odpowiedzialność zawodowa

To obowiązek moralny lub prawny ponoszenia konsekwencji za wykonane osobiście lub polecane innej osobie do wykonania czynności zawodowe lub za ich zaniedbanie bądź zaniechanie. Jest związana z przynależnością do określonej grupy zawodowej i wiąże się z interpretacją przyjętych przez tę grupę norm [15].

Pielęgniarka ponosi odpowiedzialność zarówno pracowniczą, jak i zawodową, którą określają:

- 1) przepisy regulujące wykonywanie zawodu pielęgniarki i zawodu położnej,
- 2) *Kodeks pracy*,
- 3) *Kodeks karny*,
- 4) *Kodeks cywilny*,
- 5) regulaminy zakładowe,
- 6) zakresy obowiązków, uprawnień, odpowiedzialności na stanowisku pracy,
- 7) *Kodeks etyki zawodowej polskiej pielęgniarki i położnej*.

Tworząc obszary odpowiedzialności, pamiętać należy, że są one tylko narzędziem do zarządzania pracownikami. Pracodawca powinien nie tylko egzekwować od pracownika wykonanie przydzielonych mu w tym dokumencie obowiązków, ale także i sam nie przekraczać granic z nich wynikających [16].

Opis stanowiska pracy a zakres obowiązków

Opis stanowiska pracy jest elementem struktury organizacji. Dokumentem odnoszącym się w swoich zapisach bezpośrednio do pracownika jest zakres czynności, który uszczegóławia opis stanowiska dla konkretnego pracownika.

Obowiązek nałożony na pracodawcę dotyczący zapoznania pracownika z jego obowiązkami wynika z przepisów *Ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy* (tekst jedn.: Dz.U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94 z późn. zm.) – dalej: k.p.

W art. 94 pkt 1 przywołanej ustawy ustawodawca nakazał pracodawcy zaznaczyć pracownika podejmującego pracę z zakresem jego obowiązków i sposobem wykonywania pracy na wyznaczonym stanowisku, oraz z jego podstawowymi uprawnieniami. Powinno się to odbywać przy zawieraniu umowy przed podjęciem pracy. Nie ma przy tym jednoznacznego określenia, w jakiej formie ma to nastąpić.

Podstawowym zadaniem dokumentu określającego zakres obowiązków jest sprecyzowanie oczekiwań pracodawcy wobec pracownika oraz świadczeń pracowniczych, które pracownik jest zobowiązany realizować na rzecz pracodawcy. Dokument ten jest ważny dla kształ-

towania prawidłowych relacji pomiędzy pracownikiem a pracodawcą, gdyż stanowi jedno z podstawowych kryteriów rozliczania pracownika przez pracodawcę oraz rozstrzygania sporów kompetencyjnych [16].

Wraz z wskazanymi zadaniami przypisuje się pracownikowi odpowiedzialność za wykonane zadania, co przekłada się na przeniesienie na pracownika części odpowiedzialności za prawidłowe funkcjonowanie organizacji. Tylko w takim ujęciu możemy oczekiwać, że pracownik będzie czuł się współgospodarzem zakładu pracy i zidentyfikuje się z nim [16].

Samo wypunktowanie zadań pracowniczych jest niewystarczające. Pracownik powinien mieć również sprecyzowane zasady odpowiedzialności oraz powinien mieć zapewnione warunki, aby mógł ją ponosić. Brak określenia obszaru samodzielności pracownika skutkuje niemożnością egzekwowania jego odpowiedzialności, co przekłada się na skutki prawne takiej sytuacji.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 stycznia 1998 r. (I PKN 457/97, OSNAPiUS 1998, Nr 22, poz. 653) wskazuje, że pracownik nie powinien ponosić negatywnych skutków niedoinformowania. Przyjęte jest bowiem, że zatrudniony nie ponosi odpowiedzialności za niewykonanie obowiązku, o którym nie został poinformowany. Jeżeli więc pracodawca nie zapozna podwładnego z zakresem jego zadań, musi liczyć się, że zarzut niedopełnienia obowiązków pracowniczych może być niezasadny, a w przypadku wyrządzenia szkody stanowić może uzasadnienie dla uznania, iż do jej powstania albo zwiększenia przyczynił się pracodawca we własnej osobie (por. art. 117 k.p.) [17].

Brak pisemnego zakresu obowiązków nie stanowi przesłanki, która zwalnia pracownika od wykonywania obowiązków służbowych, zwłaszcza tych oczywistych.

W przypadku jakichkolwiek wątpliwości zainteresowany, w ramach ciążącego na nim obowiązku dbałości o dobro zakładu pracy (por. art. 100 § 2 k.p.), powinien podjąć wszelkie możliwe starania prowadzące do zapoznania się z obowiązkami zawodowymi. W przeciwnym razie ponosi on skutki wadliwego ich wykonania (por. wyrok SN z dnia 7 stycznia 1998 r., I PKN 457/97, OSNAPiUS 1998, Nr 22, poz. 653). Jednocześnie SN stwierdza w wyroku, iż odmowa przyjęcia i podpisania zakresu czynności ustalonego zgodnie z umową o pracę może stanowić uzasadnioną przyczynę jej wypowiedzenia (por. wyrok SN z dnia 3 kwietnia 1997 r., I PKN 77/97, OSNP 1998/3/75).

Korzyści wynikające z posiadania dokumentów, jakimi są opisy stanowiska pracy i szczegółowe zakresy zadań i obowiązków, są wymierne zarówno dla pracodawcy, jak i pracownika.

Korzyści dla pracodawcy przekładają się na zarządzanie zasobami ludzkimi, w tym realizację polityki

zatrudnienia, wartościowanie stanowisk pracy, ocenę pracownika, system wynagradzania i związany z nim system motywowania. W odniesieniu do rozpatrywania roszczeń pracowniczych na drodze prawnej stanowią dokument, do którego w swoich wyjaśnieniach może odwoływać się pracodawca.

Korzyści dla pracownika przekładają się na jego samorealizację. Dzięki opisowi stanowiska pracownik może dokładnie zapoznać się ze swoim miejscem i rolą w organizacji. Znając miejsce stanowiska w hierarchii, może także zaplanować własną karierę w organizacji. Istnienie możliwości takiej kariery wpływa pozytywnie na lojalność pracownika wobec pracodawcy. Pracownik może także zaplanować ścieżkę swego dalszego rozwoju zawodowego. Tym bardziej że opis stanowiska pracy pomaga mu zrozumieć kryteria oceny. Te dwa elementy sprzyjają z kolei samomotywowaniu. Zakres wykonywanych obowiązków i ich rekomendacja przez poprzedniego pracodawcę mogą stanowić istotny i korzystny dla kandydata element rekrutacyjny w przyszłej pracy.

Korzyści dla menedżerów przekładają się na efektywne zarządzanie podległym personelem. Dysponując opisami stanowisk pracy, menedżerowie mają ułatwione organizowanie pracy i motywowanie podległych pracowników. Posiadają także jasne kryteria zatrudnienia i oceny pracowników. Mogą wspierać pracowników przy tworzeniu ścieżek karier i określeniu potrzeb szkoleniowych.

Podsumowując, warto podkreślić znaczenie opisu stanowiska pracy i szczegółowego zakresu obowiązków – zarówno dla pracownika, jak i pracodawcy. Dokumenty te stanowią o jakości funkcjonowania określonego stanowiska pracy w organizacji, która jest nastawiona na realizację ściśle określonych celów, którymi w przypadku szpitala są przede wszystkim poprawa zdrowia i satysfakcja pacjentów.

Środowisko pracy

Środowisko pracy tworzy zespół czynników materialnych i społecznych, z którymi styka się pracownik podczas wykonywania pracy, począwszy od urządzeń mechanicznych, poprzez natężenie hałasu, oświetlenia, skończywszy na temperaturze otoczenia. Istotne jest wyselekcjonowanie czynników mogących powodować zagrożenie dla zdrowia, a nawet życia pracownika.

Praca pielęgniarki jest wysoce zróżnicowana pod względem obowiązków i wykonywanych czynności. Innemu obciążeniu podlega pielęgniarka zatrudniona tylko na zmianie porannej, innemu – w trybie pracy zmianowej. Obowiązki pielęgniarki instrumentariuszki różnią się od obowiązków pielęgniarki odcinkowej oddziału terapii zachowawczej. Do obowiązków pielęgniarek mogą należeć czynności związane z transferem

i wewnętrznym transportem chorych, wówczas pracy tej towarzyszy duży wysiłek fizyczny [18].

W środowisku pracy personelu medycznego występuje wiele problemów biomechanicznych, wpływających na układ ruchu, co przy nieprawidłowej organizacji pracy narusza jej bezpieczeństwo i higienę. Uciążliwości związane z wykonywaniem konkretnych czynności, skutkujących wysiłkiem statycznym, długotrwałym zajmowaniem jednej pozycji, charakterystycznej dla pracy zespołów operacyjnych, skutkują zmęczeniem układu ruchu.

W obszarze bloków operacyjnych jest to pole elektromagnetyczne i jonizujące, a przy leczeniu chemioterapią – czynnik toksyczny, jakim jest cytostatyk.

Poważnym zagrożeniem są również stosowane podczas udzielania świadczeń medycznych ostre narzędzia (igły, kanikule dożylnie, ostrza, nakłuwacze), których nieumiejętne używanie skutkuje zranieniem i ekspozycją zawodową. Jest to istotny problem w przypadku adaptacji pracownika, który nie posiada wypracowanych umiejętności posługiwania się tego rodzaju sprzętem medycznym. Dzięki stosowaniu bezpiecznego sprzętu medycznego (np. bezpieczne kaniule dożylnie) i prawidłowej organizacji pracy na stanowiskach zabiegowych oraz prowadzenia ustawicznego doskonalenia zawodowego skutki wynikające z wystąpienia ekspozycji zawodowej są minimalizowane.

W celu zminimalizowania skutków działania czynników szkodliwych występujących w środowisku pracy pielęgniarek należy wypracować metody pracy z wykorzystaniem bezpiecznego sprzętu medycznego, a poprzez prawidłową organizację pracy należy minimalizować skutki uboczne wynikające ze zmianowego systemu pracy pielęgniarek, obejmującego porę nocną.

Podstawowym i najważniejszym w omawianym zakresie aktem prawnym jest *Ustawa z dnia 30 marca 1965 r. o bezpieczeństwie i higienie pracy* (Dz.U. z 1965 Nr 13, poz. 91). Przywołana ustawa zawiera przepisy określające obowiązki pracodawcy i innych osób odpowiedzialnych za bezpieczeństwo i higienę pracy. M.in. określony został obowiązek pracodawcy do opracowania kart oceny ryzyka zawodowego dla stanowisk pracy. Karta oceny ryzyka zawodowego umożliwia pracodawcy i pracownikowi dokonanie analizy stanowiska pracy pod względem jego bezpieczeństwa, co wydaje się zasadne wobec możliwych negatywnych następstw.

Opiekun adaptacji zawodowej

Wdrażanie pracownika na stanowisko pracy powinno być procesem zaplanowanym. Specjaliści z zakresu zarządzania zasobami ludzkimi wskazują na istotną rolę w tym procesie wyznaczonej osoby, pełniącej funkcję opiekuna procesu adaptacji. Funkcję tę może pełnić bezpośredni przełożony lub wyznaczony pracownik.

Z uwagi na znaczenie roli opiekuna w przebiegu procesu adaptacji zawodowej niezbędnym wydaje się określenie i rozpoznanie predyspozycji osób pełniących taką funkcję.

Opiekunem adaptacji zawodowej powinna być osoba mająca doświadczenie, umiejętności i praktyczną wiedzę zawodową, wykazująca chęć i umiejętności do ich przekazywania i ciesząca się autorytetem w zespole. Wpływ opiekuna na przebieg procesu adaptacji zależy nie tylko od jego wiedzy i umiejętności zawodowych, ale także od jego postawy, zaangażowania i osobowości. Osoba taka powinna charakteryzować się zmysłem obserwacyjnym, umiejętnością wnikliwego słuchania oraz wysoką kulturą osobistą, powinna być pełna zrozumienia, cierpliwa i życzliwa, a także posiadać umiejętność dostosowania się do zmiennych sytuacji [19].

W odniesieniu do pielęgniarek miejsce ich pracy nie-rozerwalnie jest związane z pacjentem i jego środowiskiem. Nowo przyjęta pielęgniarka wykonuje czynności zawodowe w obecności pacjenta i jego rodziny, osób oczekujących na pełny profesjonalizm zawodowy, dlatego też relacje między opiekunem a nowo zatrudnioną pielęgniarką powinny być oparte na wzajemnej akceptacji i zaufaniu.

Zwracanie uwagi powinno być dyskretne, pozbawione ironii, nigdy nie powinno następować w obecności pacjentów czy też innych członków zespołu. Opiekun powinien jednocześnie formułować oczekiwania, stawiać zadania zgodnie z zakresem obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności oraz przekazywać informacje szczegółowo. Warto zacytować Jona Allana, że „jednym z ważniejszych czynników motywowania pracowników jest przekazywanie informacji” – dlatego niezbędne wydaje się posiadanie przez opiekuna adaptacji umiejętności słuchania i przekazywania zrozumiałych komunikatów, a zważywszy na pracę zespołową – umiejętności komunikacji interpersonalnej [20].

Poprzez program adaptacji opiekun przygotowuje pracownika do samodzielnej pracy i podejmowania przez niego decyzji. Działania opiekuna ukierunkowane są na praktyczne wdrożenie posiadanych przez pracownika umiejętności zawodowych i udoskonalenie nowych wymaganych na stanowisku pracy. Wykształcenie poczucia odpowiedzialności za wykonane zadania oraz wzmocnienie motywacji i wiary we własne możliwości tworzą poczucie przywiązania pracownika do miejsca pracy.

Opiekun zawodowy, który ma największy kontakt z osobą nowo zatrudnioną, powinien mieć decydujące zdanie w ocenie końcowej odnoszącej się do przydatności pracownika na danym stanowisku. Błędny wybór i niewłaściwe dostosowanie metod wspierania pracownika w okresie adaptacji zawodowej wiąże się niejedno-

krotnie z brakiem efektów lub efektami przeciwnymi do zamierzonych oraz z generowaniem wysokich kosztów.

Pracownik, któremu nie przydzielono opiekuna, czuje się pozostawiony sam sobie, jest zmuszony samodzielnie rozpoznawać specyfikę zadań na stanowisku pracy oraz analizować uwarunkowania w funkcjonowaniu organizacji. Skutkuje to popełnianiem przez niego błędów oraz zaburza przepływ informacji. Przykre doświadczenia nabyte przez pracownika skutkują jego zniechęceniem do pracy, utratą zaufania do firmy. Mogą być przyczyną odejścia z pracy lub w skrajnych przypadkach – rezygnacji z wykonywania wyuczonego zawodu [2].

Kwalifikacje i kompetencje pracownika

Kwalifikacje i kompetencje zawodowe to układ stworzony przez: wiedzę, umiejętności i cechy osobowości, pozwalający rozwiązywać zadania na stanowiskach pracy wyszczególnionych w opisie zawodu. Umiejętności zależnie od rodzaju prac są w większym lub mniejszym stopniu uwarunkowane posiadaniem odpowiedniej wiedzy, przy czym nie chodzi tu o wiedzę odpowiadającą jakimkolwiek przedmiotowi teoretycznej nauki, lecz o interdyscyplinarną wiedzę, dostosowaną do rodzaju zadań zawodowych i do dziedziny działalności pracowniczey [21].

Odpowiednio ukształtowane kompetencje zawodowe umożliwiają pracownikom nabycie uprawnień i pełnomocnictw potrzebnych do podejmowania określonych działań, a ich zakres jest uzależniony od stopnia wykształcenia, odbytych szkoleń oraz umiejętności [22].

Kompetencje można podzielić na:

- 1) kompetencje osobowościowe – związane z indywidualną realizacją zadań, które mają wpływ na ogólną jakość ich wykonania (szybkość, sumienność, profesjonalizm);
- 2) kompetencje społeczne – związane z kontaktem z innymi ludźmi, które decydują o skuteczności współpracy, porozumiewania się i wywierania wpływu na innych [23].

W odniesieniu do stanowisk pielęgniarskich SPDSK w Warszawie modele kompetencyjne są ukierunkowane na zadania i uwarunkowania środowiskowe związane z pracą pielęgniarki.

Kompetencje określające zdolność pielęgniarki do pracy w trudnych warunkach pod wpływem stresu to: odpowiedzialność, asertywność, odporność na stres oraz wytrwałość.

Kompetencje określające zaangażowanie w realizowaniu powierzonych zadań to:

- 1) profesjonalizm i etyka,
- 2) zaangażowanie, samodzielność,

3) sumienność i dokładność,

4) dążenie do rozwoju.

Kompetencje określające umiejętności organizowania pracy i zarządzania:

- 1) planowanie i koordynowanie,
- 2) delegowanie,
- 3) zarządzanie zespołem,
- 4) organizacja pracy,
- 5) kompetencje ukierunkowane na pracę zespołową,
- 6) praca zespołowa,
- 7) budowanie relacji,
- 8) szkolenie i uczenie,
- 9) orientacja na pacjenta/klienta.

Wypracowane modele kompetencyjne są wykorzystywane w ocenie kompetencji kandydatów do pracy w procesie rekrutacji, określaniu wymagań, planowaniu awansów, motywowaniu, kontrolowaniu i w ocenie okresowej pracownika.

Piśmiennictwo

1. Słownik wyrazów obcych. Warszawa: PWN; 1991. 19.
2. Grünhol E. Adaptacja zawodowa pielęgniarek, <http://www.ptpaii.gda.ngo24.pl/default.asp> (data dostępu: 6.05.2013).
3. Jasiński Z (red.). Zarządzanie pracą. Organizowanie, planowanie, motywowanie, kontrola. Warszawa: Agencja Wydawnicza Placet; 1999. 133.
4. Ciekawski Z. Metody wdrażania i proces adaptacyjny pracowników. Płońsk: Powiatowy Urząd Pracy w Płońsku; 2010. 12.
5. Ksykiewicz-Dorota A (red.). Zarządzanie w pielęgniarstwie. Podręcznik dla studentów studiów magisterskich wydziałów pielęgniarstwa oraz wydziałów nauki o zdrowiu. Warszawa: PZWL; 2005. 222.
6. Chudy S. Ekonomia i organizacja firmy handlowej. Poznań: Wyd. eMPI2; 1997.
7. Juchowicz M (red.). Narzędzia i praktyka zarządzania zasobami ludzkimi. Warszawa: Poltex; 2003. 93.
8. Netografia, <http://pl.wikipedia.org/wiki/Rekrutacja> 2; <http://wazniak.mimuw.edu.pl/index.php> (data dostępu: 6.05.2013).
9. Sajkiewicz A. Harmonizacja pracy i czynniki społeczne, ekonomiczne i organizacyjne. Warszawa: PWE; 1986. 41.
10. Król A, Ludwicyński A. Tworzenie kapitału ludzkiego organizacji. Warszawa: PWN; 2006.
11. Rutkowski T. Opisy stanowisk pracy metoda KPRM, www.sgh.waw (data dostępu: 5.05.2013).
12. Tomaszewska R. Opis stanowiska pracy w praktyce. Warszawa: Wyd. Rozwoju Kapitału Ludzkiego GURKL.pl; 2010. 10.
13. Szczygieł M. Opinia prawna w sprawie udzielania przez pielęgniarki/położne świadczeń zdrowotnych nie należących do ich kompetencji. Bielsko-Biała, dnia 6 sierpnia 2012 r., http://www.boipip.org.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=127:opinia-prawna-2012-08-01&catid=19&Itemid=166 (data dostępu: 5.05.2013).
14. Karkowska D, Włodarczyk W. Prawo medyczne dla pielęgniarek. Warszawa: Wolters Kluwer; 2013.
15. Rogala-Pawelczyk G. Odpowiedzialność pielęgniarki i położnej, <http://smp.org.pl> (data dostępu: 5.05.2013).
16. Bukowski K. Jak określać zakres obowiązków. Rzeczpospolita z dn. 4.10.1996, dodatek Praca – Specjaliści – Zarządzanie.

17. Baronowska-Skimina A. Zakres obowiązków pracownika nie tylko na piśmie, eGospodarka.pl (data dostępu: 31.03.2009).
18. Zuzewicz K (red.). Zmęczenie układu mięśniowo-szkieletowego – stary problem cywilizacyjny. *Bezpieczeństwo Pracy – Nauka i Praktyka*. 2000; 9: 28–29.
19. Mleczewska M. Adaptacja zawodowa, <http://www.sensup.pl/artykuy/adaptacja-zawodowa.html> (data dostępu: 21.05.2013).
20. Allan J. *Motywowanie*. Warszawa: Wyd. Samorządowe FRDL; 1999. 78.
21. Goźlińska E, Szlosek F. *Podręczny słownik nauczyciela kształcenia zawodowego*. Radom: Wyd. Instytutu Technologii Eksploatacji; 1997.
22. Ciechaniewicz W, Ślusarska B, Zarzycka D, Zahradniczek K (red.). *Dawca i biorca pielęgnowania. Podstawy pielęgniarstwa*. Lublin: Wyd. Czelej; 2004. 297.
23. Kubat M. *Kompetencje zawodowe*, http://www.wup.lodz.pl/files/ciz/ciz_Kompetencje_zawodowe.pdf. (data dostępu: 20.05.2013).

Artykuł przyjęty do redakcji: 07.05.2016
Artykuł przyjęty do publikacji: 11.07.2016

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Joanna Gotlib
ul. Żwirki i Wigury 61
02-091 Warszawa
tel.: 22 5720 490, fax: 22 5720 491
e-mail: joanna.gotlib@wum.edu.pl
Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia
Warszawski Uniwersytet Medyczny

ZMIANY SYSTEMOWE W SEKTORZE OCHRONY ZDROWIA

SYSTEMIC CHANGES IN THE HEALTH CARE SECTOR

Kazimierz Dobrzański

Wyższa Szkoła Zarządzania i Bankowości w Poznaniu
emerytowany pracownik Katedry Systemów i Technik Zarządzania
Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2017.19>

STRESZCZENIE

Artykuł omawia proces zmian w ochronie zdrowia, ukazuje określone zależności w procesie transformacji ustrojowej i komercjalizacji oraz efekty zmian w sektorze ochrony zdrowia.

Zmiany systemowe, zauważalne w minionym i obecnym czasie, są widoczne na terenie kraju. Ich rezultaty są bardzo zróżnicowane. Zauważa się też swoisty dystans pomiędzy przebiegiem zmian a poziomem realizacji przyjętych założeń. Wyrazem powyższego są poszerzający się proces komercjalizacji oraz poszukiwanie zasadnego modelu postępujących zmian. W procesie społeczno-ekonomicznych przeobrażeń systemowych dostrzega się wiele różnych i nietypowych zjawisk, z reguły określanych przepisami prawa. Zazwyczaj te ostatnie są źródłem narastających napięć społeczno-politycznych i gospodarczych. Odnoszą się one do jednostek organizacyjnych ochrony zdrowia, ich wielkości i uprzedmiotowienia, a także zarządzania.

Proces reformowania systemu zdrowia kładzie nacisk na podmiotowość rynku ochrony zdrowia. Jednak system opieki zdrowotnej nadal wymaga przeobrażeń mających na celu eliminowanie jego słabości. Podkreśla się przy tym konieczność zapewnienia dostępności usług i świadczeń zdrowotnych na możliwie najwyższym poziomie wiedzy, sztuki medycznej i zasad dobrej praktyki. Dalszym zmianom systemu winny sprzyjać motywujące kontakty menadżerskie. Realizacja wytyczonych celów możliwa będzie dzięki różnym formom grantów, partycypowaniu w rynku usług pełnopłatnych oraz poszukiwaniu nowych środków finansowania. Analiza zasobów rzeczowych, finansowych i osobowych wskazuje na konieczność samofinansowania placówek medycznych na podstawie prowadzonego rachunku kosztów w oparciu o świadczenia publiczne i prywatne.

SŁOWA KLUCZOWE: zmiany, przeobrażenia systemowe, organizacje, ochrona zdrowia.

ABSTRACT

This article discusses the process of changes in health care, shows the specific dependencies in the process of political transformation and commercialization, as well as the effects of changes in the health sector.

Systemic changes noticeable in the past and nowadays are visible throughout the country. Their results are very diverse. There is also a kind of discord between the course of changes and the level of implementing acquired assumptions. The expression of the above is a widening commercialization process and the search for a reasonable model of progressive changes. In the process of socio-economic systemic transformation many different and unusual phenomena, generally defined by law, are recognized. Typically, these latter are a source of growing socio-economic and political tension. They refer to the organizational units of health care, their size, objectification, and management.

The process of reforming the health care system emphasizes the subjectivity of the health care market. However, the health care system still requires transformations in order to eliminate its weaknesses. The need to ensure the availability of services and health services at the highest possible level of knowledge, medical art and the principles of good practice are emphasized as well.

Further changes in the system should promote motivating managerial contacts. Implementation of the goals will be possible thanks to different forms of grants, participating, in the fully-paid service market, and searching for the new funding. Analysis of material, financial and personal resources points to the need to self-finance medical facilities on the grounds of cost accounting based on public and private benefits.

KEYWORDS: changes, systemic transformations, organizations, health care.

Wprowadzenie

Zmiany systemowe w Polsce, realizowane w minionym okresie i obecnym, zauważalne są we wszystkich dziedzinach życia gospodarczego i społecznego, aczkolwiek ich rezultaty są znacznie zróżnicowane. Dostrzega się to w postawach i zachowaniach zarówno jednostek ludzkich, jak i całego społeczeństwa, również na poziomie realizacji przyjętych założeń. Zmiany dotyczą też służby zdrowia. Urynkowienie procesu opieki zdrowot-

nej, czego wyrazem jest postępujący proces komercjalizacji, prowadzi do poszukiwania zasadnego modelu postępujących zmian.

Proces urynkowienia w złożonych uwarunkowaniach społeczno-ekonomicznych ujawnia wiele różnych i nietypowych zjawisk określonych przepisami prawa. Szczególnie te ostatnie są źródłem narastających napięć społecznych. Kształtują się one również w otoczeniu jednostek organizacyjnych ochrony zdrowia, a zależą od

ich wielkości i uprzedmiotowienia oraz struktury zarządzania. W powyższym wzrasta złożoność, burzliwość i dynamiczność przeobrażeń jednostek organizacyjnych ochrony zdrowia. Tempo owych zmian i ich efektów stale wzrasta.

Jednostki ochrony zdrowia muszą efektywnie reagować na sygnały z otoczenia. Jednymi więc z podstawowych obowiązków zarządzających (kadry menadżerskiej) oraz współpracowników są analiza zmieniających się potrzeb społeczeństwa, zachowań konkurencji oraz reakcja na zmiany systemu. Od intuicji zawodowej, umiejętności przewidywania kierunku zmian oraz zaangażowania i chęci podnoszenia kwalifikacji zawodowych kadry zarządczej zależy pozycja danej jednostki na rynku usług medycznych. Stąd cele opracowania to zwrócenie uwagi na uwarunkowania i działanie czynnika ludzkiego, wskazanie na złożoność i ich rolę w organizacjach ochrony zdrowia, a też na konieczność zarządzania wiedzą i dalszą edukacją. Opracowanie to winno uzmysłowić zasadność oddziaływania na właściwe kręgi współpracowników, a też na racjonalne wykorzystanie zasobów ludzkich w usługach ochrony zdrowia.

Zmiana, podstawowe pojęcia

Współcześnie działające organizacje poddane są różnorodnym wpływom, zarówno otoczenia, jak też innych jednostek oraz relacji pomiędzy nimi. Procesy te mogą powodować kreowanie nowych pomysłów, budzić z uspienia oraz kumulować energię. Wzrost energii jest jednym z kluczowych czynników sukcesu współczesnej organizacji, poddanej ciągłej transformacji, równie ważnym jak zarządzanie procesem zmian.

„Zmiana to dokonywanie się lub dokonanie się przeobrażeń zmieniających charakter (...), wynik przeobrażenia na lepsze, gorsze” [2]. Tak więc jedną z cech charakterystycznych współczesnego świata jest jego zmienność. Zmiany należą do zjawisk uniwersalnych, związanych ściśle z życiem i rozwojem ludzkości [3]. Zmiana przestała być traktowana jako zagrożenie, natomiast dostrzeżono w niej fundament rozwoju. Można nią pokierować stosownie do potrzeb i otoczenia w kontekście zasadniczej przewagi konkurencyjnej.

Zmiany współczesne są nie tylko dynamiczne, ale też bardziej złożone, nieciągłe, nowatorskie i kosztowne oraz trudne do przewidzenia. Podobnie powiązania pomiędzy nimi są kompleksowe i nieprzewidywalne [4].

Implikuje to konieczność fundamentalnej zmiany metod działania, jak też weryfikowania i przewartościowania osobistych założeń jednostki ludzkiej i społeczeństwa oraz kształtowania dużej elastyczności myślenia na rzecz wypracowania nowej filozofii zarządzania organizacjami i systemem ochrony zdrowia. Działając w polskich warunkach stabilnej gospodarki, ztraci-

ły one w dużym stopniu zdolność do właściwego reagowania w obliczu zmian i nie posiadają w szerszym stopniu wypracowanych procedur ich wdrażania. Stąd wdrożenie nowego sposobu myślenia i stworzenie nowej orientacji okazało się procesem złożonym, bardzo trudnym i długotrwałym.

Współczesne otoczenie, definiowane jako miejsce powstawania istotnych decyzji, narzuca ograniczenia organizacji i kształtuje jej przyszłość. Aktualnie organizacja i zarządzanie podkreślają rolę środowiska – ma ono większe znaczenie dla organizacji niż dla jej reguł działania. Tworząc określone rozwiązania z kontrahentami i kooperantami, powiększyły swoje zależności od innych podmiotów, a też od otoczenia. Częste zmiany w organizacji stały się więc nieuchronne, a jednocześnie umiejętność ich przeprowadzenia jest niezwykle istotna. Zmienił się także ich odbiór. Zmiany, będąc sposobem przejścia z jednego stanu do drugiego, stanowią integralną część życia każdej instytucji i organizacji.

Restrukturyzacja, organizacja i rozwój, innowacje i transformacja – wszystkie te pojęcia odnoszą się do zmian. Rozumiane są bardzo szeroko – jako „proces uszeregowania ludzi, zasobów i kultury pod kątem przekształceń w sferze organizacyjnej” [5]. Jednocześnie zarządzanie zmianami ma urealniać w ludziach wyzwanie i siły dla realizacji zadania, jakim jest przeprowadzenie zmiany. Analizując głębokość zmian, można wyróżnić zmiany głębokie i powierzchowne, polegające na bieżącym „ulepszeniu struktur, procesów i systemów” [6].

W kategoriach ogólnych zmiana jest procesem stwierdzenia różnicy pomiędzy jednym stanem a innym bez względu na jej przyczyny, formy czy skutki. Odnosi się do dowolnego aspektu organizacji, jednocześnie wyraża się w przekształceniach podsystemów organizacji i powiązań pomiędzy nimi, a nadto do relacji między organizacją a jej otoczeniem. Natura zmian jest złożoną, jak też złożone są warunki, w których ona przebiega.

Kieruje ona uwagę ku przyszłości, czyli przenosi punkt ciężkości z bieżących uwarunkowań organizacji na jej stan przyszły [7]. Problem zmian jest jednocześnie problemem dynamiki przedsiębiorstwa w formie rozwoju, to jest reprodukcji i transformacji. Szczególnie zmiany transformacyjne, to jest wynikające z przejścia od jednej fazy rozwojowej do następnej, wymagają przekształcenia strategii organizacji. Orientując się na cel zmian, można wyróżnić pięć następujących form zmian. Są nimi:

- usprawnienie działalności bieżącej,
- naprawianie błędów w celu wyprowadzenia przedsiębiorstwa z niepowodzenia,
- konstruowanie domeny działalności (wytyczenie obszarów produkt – rynek),
- transformacja,

- budowanie mocnych stron przedsiębiorstwa w celu tworzenia lub umacniania wyróżniającej się kompetencji [8].

Jednocześnie należy zaznaczyć, że zmiana to proces dostosowania ludzi, zasobów i kultury do zmieniającego się otoczenia biznesowego przedsiębiorstwa, jak też organizacji non-profit. W dynamicznym otoczeniu liderzy firm i instytucji odchodzą od systemu nakazu kontroli i adaptują zasady filozofii przywództwa, doradztwa i szkolenia. W efekcie całościowa odnowa organizacji koncentruje swoją uwagę na ludziach i ich zdolnościach do adaptacji nowych sposobów zachowań i efektywnych realizacji zadań. Jednocześnie jest zagrożeniem dla pracowników, środowiska pracy, jakie znają, treści i sensu wykonywanych przez nich działań i operacji. Zmiana jest więc nieuniknioną częścią życia organizacji, ma fundamentalny wpływ na jej rozwój.

Zmiany w przeobrażeniu systemu zdrowia

Zarządzanie każdą organizacją i instytucją musi być działaniem właściwie zaprogramowanym oraz umiejętnie wprowadzonym.

Kluczowym elementem tego procesu jest zarówno człowiek, jak też emocjonalne i intelektualne zrozumienie konieczności zmian. Im bardziej uda się zaangażować personel i wdrożyć mechanizmy wsparcia, tym łatwiej pokonać opory i przekształcić je w siły wspierające zmiany. Odnosi się też do przeobrażeń systemu zdrowia. Jednocześnie badanie kultury zmian oznacza umiejętność najlepszego sposobu uwrażliwienia personelu, a też wykształcenie nowych postaw i zachowań oraz przyszłości. Zdrowie można uznać za dobro inwestycyjne i społeczne, jednocześnie stanowi ono jedno z najważniejszych potrzeb jednostki ludzkiej i społeczeństwa. Sektorem dostarczającym świadczenia zdrowotne są szeroko rozumiane służby zdrowia, udzielające jednostce pomocy. Opieka zdrowotna jest to „system usług zdrowotnych świadczonych przez zatrudniony w specjalnie do tego powołanych zakładach służby zdrowia personel, posiadający odpowiednie przygotowanie fachowe i formalne uprawnienia w celu utrzymania i poprawy zdrowia jednostek i społeczeństwa, zapobiegania chorobom, wczesnego ich rozpoznawania, leczenia i rehabilitacji oraz zwalczania ich przyczyn” [9].

W latach 80. XX wieku, w ramach rozwiązań społecznych, podjęto działania na rzecz reformy opieki zdrowotnej, czyli powszechnego dostępu do świadczeń. Stała się ona najważniejszym z filarów nowoczesnego państwa. Jednakowoż na reformę opieki zdrowotnej w tamtych latach wpływ miały znaczne ograniczenia finansowe. W kontekście powyższego podjęto stosowne działania na rzecz przeobrażeń, które wymusiły:

- załamanie społecznego zaufania do instytucji medycznych,
- przekroczenie granicy niezadowolenia wśród pacjentów i pracowników, pacjenci mieli poczucie uprzedmiotowienia, natomiast personel medyczny sfrustrowany był faktem niemożności wpływu na zarządzanie swoimi zakładami pracy,
- recesja lat 80. i 90.

Okazało się, że reforma była procesem znacznie bardziej skomplikowanym w stosunku do stosowanego modelu ekonomicznego i politycznego. Równocześnie podjęto zmiany na fali euforii związanej z wprowadzeniem zmian polityczno-gospodarczych i społecznych. Traktując reformę jak przedsięwzięcie łatwe, nie doceniono jej skali, konsekwencji i natury. Spowolniły one mechanizmy demokratyczne wdrożenia reformy, które uzależnione były od cykli politycznych, bowiem wybory parlamentarne oznaczały rezygnację z niepopularnych decyzji. Zamiast spodziewanego entuzjazmu i współpracy środowisk medycznych decydenci napotykali brak akceptacji i sprzeciw. Dodatkowo na przeszkodzie stawały niejasności koncepcyjne, a szczególnie trudność wkomponowania stworzonych mechanizmów w funkcjonujące systemy.

Lata 80. ujawniły słabość polskiej służby zdrowia. Kryzys ekonomiczny i społeczny lat 1982–92 stał się impulsem do zapoczątkowania działań reformatorskich, które katalizowały trzy podstawowe czynniki:

- dramatycznie rosnąca nieefektywność dotychczasowego systemu organizacji i finansowania ochrony zdrowia,
- ogromny postęp nauk medycznych i techniki zwiększający koszty leczenia i diagnostyki,
- wzrastająca różnica między oczekiwaniami pacjentów w zakresie świadczeń a poziomem oczekiwanych usług.

Jednocześnie dodatkowymi bolączkami służby zdrowia były pogarszająca się dostępność, rosnące zadłużenie, zła organizacja pracy oraz przestarzałe zaplecze techniczne. Wskutek powyższego konkurencja – podstawa gospodarki rynkowej – została stopniowo włączona w działanie sektora zdrowotnego.

Przebiegała ona wielowarstwowo. Głównymi kierunkami wdrażeń były:

- dopuszczenie SP ZOZ,
- wzmocnienie roli podstawowej opieki zdrowotnej,
- prace zmierzające do wprowadzenia PUZ (Publiczne Ubezpieczenie Zdrowotne),
- zwiększenie roli samorządów terytorialnych w gwarantowaniu opieki zdrowotnej.

Najistotniejszym elementem procesu reformowania systemu ochrony zdrowia była *Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej*. Zgodnie

z nią „zakład opieki zdrowotnej był wyodrębnionym organizacyjnie zespołem osób i środków majątkowych, utworzonym i utrzymywanym w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia” [10].

Jednocześnie zakłady opieki zdrowotnej zostały określone podmiotami prawnymi o cechach państwowej jednostki organizacyjnej, prowadziły działalność gospodarczą, udzielając świadczeń zdrowotnych, były też organizacjami non-profit.

Nadto wynikiem nowelizacji ustawy w 1996 r. uznano, że z zasady będzie to zakład samodzielny. Znalazło to swój wyraz w przepisach dotyczących m.in. zasad i form wykonywania zawodów medycznych, a też praw i obowiązków lekarzy, farmaceutów, pielęgniarek i położnych.

Przełomową datą dla systemu ochrony zdrowia, a też jednocześnie dla organizacji zdrowotnych, był 1 stycznia 1999 r. Wprowadzone i kontynuowane w latach późniejszych szerokie zmiany systemowe zapoczątkowały proces całkowitej przebudowy dotychczasowego systemu poprzez zmiany w polityce zdrowotnej państwa, tj. sytuacji pacjenta, organizacji placówek medycznych, sposobie zarządzania i statusie zawodowym pracowników służby zdrowia oraz zasadach finansowania ochrony zdrowia. Istotną była też *Ustawa (...) o zamówieniach publicznych* (Dz.U. z 2002 r. Nr 72, poz. 664, ze zmianami) [11]. Efektem powyższych rozwiązań, będących pochodną szczegółowych przepisów prawnych zawartych w *Ustawie (...) o zawodach lekarza i lekarza dentyści*, *Ustawie (...) o zawodach pielęgniarki i położnej*, *Ustawie (...) o powszechnym ubezpieczeniu* i *Ustawie (...) o zakładach opieki zdrowotnej*, były liczne przedsięwzięcia natury ogólnej i szczegółowej. Umożliwiły one rozwiązania dotyczące warunków prowadzenia prywatnej praktyki, a także określiły prawa pacjenta jako istotnego podmiotu opieki zdrowotnej i partnera lekarza w procesie świadczenia usług medycznych.

Zmiany, zasadne z punktu widzenia podmiotów leczniczych, a też oczekiwań społecznych, umożliwiły m.in.:

- dokonanie instytucjonalnego rozdziału płatnika i świadczeniobiorcy,
- formalne wprowadzenie, na zasadzie powszechnego obowiązku, ubezpieczenia zdrowotnego, dostępnego dla prawie wszystkich obywateli,
- uzyskanie świadczeń na zasadzie solidaryzmu społecznego,
- uzyskanie powszechnej samodzielności przez podmioty lecznicze,
- wprowadzenie systemu kontrolowania świadczeń zdrowotnych przez kasy chorych (obecnie oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia),
- wprowadzenie instytucji lekarza rodzinnego,

- stworzenie podstaw konkurencji między świadczeniodawcami i kasami chorych (obecnie NFZ) [12].

Z powyższego wynika, że podmiotom leczniczemu wyznacza się pierwszoplanową rolę w reformie zdrowia. W warunkach aktualnych prowadzą one specyficzną działalność na rzecz różnych podmiotów. Zgodnie z *Ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (tekst jedn. Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) działalność ta sprowadza się do profilaktyki, zachowania, ratowania, przywracania lub poprawy zdrowia oraz do innych działań medycznych z procesu leczenia lub przepisów odrębnie regulujących zasady jej prowadzenia.

Funkcjonując w warunkach rynkowych, prowadzą one specyficzną działalność na rzecz różnych podmiotów. W kontekście dokonywanych zmian można wskazać na podstawowe cechy jednostek, są nimi [13]:

- realizowanie określonego zakresu zadań związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych,
- skupianie potencjału osobowego i majątkowego niezbędnego do realizacji badań związanych z świadczeniem usług zdrowotnych,
- posiadanie względnie zewnętrznie układu organizacyjnego, właściwego dla realizacji zadań,
- posiadanie określonej samodzielności ekonomicznej, niezbędnej do podejmowania racjonalnych decyzji zapewniających realizację zadań,
- posiadanie określonego statusu prawnego umożliwiającego podejmowanie zobowiązań i ponoszenie prawnej odpowiedzialności za te zobowiązania z zachowaniem wglądu stopnia ryzyka,
- prowadzenie działalności w sposób stały”.

Wskazując na podmiotowość rynku ochrony zdrowia, świadczą one usługi specyficzne, którymi są:

- profesjonalizm szczególnego rodzaju, wiążący się z wysokim ryzykiem i niepewnością pacjenta,
- ograniczona suwerenność pacjenta w sytuacji niemożliwości podjęcia przez niego stosownej decyzji,
- niepodzielność, czyli osobista sprzedaż usługi,
- niemożność jej magazynowania, stąd wymóg stałej gotowości na przyjęcie pacjenta,
- dostęp do usługi zdrowotnej regulowany nie przez mechanizmy rynkowe, ale na podstawie *Konstytucji RP* (Dz.U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.).

Powyższe organizacje świadczą usługi zdrowotne zgodnie z zasadą rachunku ekonomicznego. Jednocześnie działają na rynku usług. Ich status prawny każe z jednej strony traktować je jako normalne przedsiębiorstwa zorientowane na zysk, z drugiej strony – jako

jednostki niedochodowe. Często zmuszone są do działania sprzecznego z zasadami rachunku ekonomicznego. Stąd zarządzanie nimi i ich finansowanie wymaga innego spojrzenia i dalszych zmian.

System ochrony zdrowia. Istota i funkcja

Wzrastająca przedsiębiorczość, kształtowana w warunkach rynkowych, prowadząca do gruntownego przewartościowania organizacji, jest także widoczna w ochronie zdrowia. W odniesieniu do tego sektora można stosować również ogólną teorię sprawnego, to jest racjonalnego i skutecznego działania [14].

Funkcjonując w warunkach rynkowych, współczesne organizacje ochrony zdrowia nie są wolne od zmian. Zasadnym jest umożliwienie wzrostu partycypacji pracowniczej. Źródłem zmian jest wzrost aktywności i zaangażowania podwładnych w realizacji współczesnych zadań i rozwój organizacji.

Dynamizm w funkcjonowaniu współczesnej jednostki i społeczeństwa nie zminimalizował wartości zdrowia jako podstawowego czynnika determinującego efektywność podejmowania działań. Uzewnętrzniła się więc wzrost wagi społecznej nauki jako dyscypliny naukowej, porządkującej wiedzę ludzką w odniesieniu do szerokiego i złożonego problemu, jakim jest zdrowie, jego utrzymanie (zachowanie) i opieka zdrowotna (profilaktyka), a nadto szeroko rozumiana polityka zdrowotna, w tym rehabilitacja i edukacja zdrowotna. Należy dodać, że zakres pojęciowy tej nauki wzbogaca tworzenie i powstawanie organizacji oraz ich rozwój. Winniśmy więc podjąć określone działania zapobiegawcze, które muszą koncentrować się na promowaniu zdrowego stylu życia i zachęcaniu do wkomponowania określonych zachowań zdrowotnych. Wyróżnia się pięć kryteriów umożliwiających określanie zachowań zdrowotnych; są to: poziom aktywności i świadomości, stosunek do zdrowia, konsekwencje zdrowotne, sytuacja zdrowotna, zachowania zdrowotne wynikające z roli i treści zachowania. Jednocześnie wskazuje to na złożoność i rolę w organizacjach ochrony zdrowia, a nadto na konieczność dalszej edukacji, to jest na racjonalne wykorzystanie zasobów ludzkich [15].

Przedmiotem „opieki zdrowotnej”, a też oglądu i badań naukowych, analizy i oceny jest całokształt zorganizowanych działań wykorzystujących stosowne urządzenia, normy prawne i bieżące regulacje oraz kompetentne instytucje, zorientowane na nową i szeroko rozumianą „ochronę zdrowia”. Należy dostrzec w niej systematyczne uporządkowanie, zbiór zadań naukowych, będących rezultatem działalności naukowej i szerokiej praktyki, nie tylko medycznej.

Określenie „opieka zdrowotna” sprowadza się zasadniczo do działalności usługowej, czyli świadczenia

usług medycznych, jako konsekwencji potrzeb zdrowotnych.

Mając na względzie dobro jednostki ludzkiej i społeczeństwa, należy też umożliwić szeroką partycypację we współczesnych rozwiązaniach w tworzeniu nowej zdrowej jakości życia. Wielu autorów, konsekwencją powyższego, opowiada się za holistyczną koncepcją tego zagadnienia. Obejmuje ona zdrowie w sposób całościowy i kompletny. Podkreśla się bowiem, że owa wiedza społecznie niezwykle użyteczna, dyscyplina naukowa, umożliwia podjęcie skuteczniejszych niż dotąd działań na rzecz poprawy zdrowotności społeczeństwa. Jak się wydaje, obecnie jedynym rozwiązaniem jest konieczność innego społecznego i politycznego spojrzenia na zdrowie. W następstwie chodzi bowiem o rozszerzenie działań społecznych na rzecz zdrowia. Rezultatem winno być przeniesienie ciężaru gatunkowego walki o zdrowie z instytucji medycznych na instytucje życia społecznego i indywidualne zachowania jednostek.

W odniesieniu do różnych organizacji holistyczne podejście jest koniecznością w dobie przemian i szerszego oglądu zdrowia ludzkiego. Przedmiotem więc badań postmedycznych winny być – po pierwsze – takie problemy, jak: zdrowie i choroba, ochrona zdrowia, zapobieganie chorobom i prawo do życia, i – po drugie – problem nieprzestrzegania dyrektyw prozdrowotnego trybu życia, czyli zachowań przeciwstawnych. Powyższe problemy przemawiają za tym, że zdrowie jest jednym z filarów uznawanych powszechnie za istotną wartość. Jednocześnie warunkowane przez procesy życia społecznego, wymaga stałej kontroli i stosowania wielopłaszczyznowych działań. Wymaga m.in. działań fizycznych, psychicznych, społecznych i kulturowych wpływających na funkcjonowanie organizmu ludzkiego, a więc na zdrowie człowieka.

Przedmiotem badań dziedziny ochrony zdrowia winny być też koncepcje zdrowia, standardów opieki i profilaktyki zdrowotnej oraz uzależnień, nadto opieka medyczna nad uczniami i młodzieżą szkolną, jak też problemy patologii rodzinnej, zawodowej i czasu pozazawodowego, a również ich związek ze zdrowiem.

Warunkuje to miejsce i rolę usług zdrowotnych w życiu społeczeństwa jako całości oraz jednostki ludzkiej. Również wpływa na kształtowanie aktywności społeczno-zawodowych oraz uwzględnienie coraz pełniejszych oczekiwań społecznych. Owe usługi wskazują na konieczność ukształtowania pożądanego i odpowiednio skoordynowanego układu elementów, to jest instytucji świadczących dane usługi. Tenże układ, czyli ukształtowany zbiór odpowiednich organizacji, tworzący określoną całość, powinien być nastawiony na realizację pożądaných i w pełni zasadnych świadczeń i usług profilaktyczno-leczniczych oraz rehabilitacyj-

nych. W szerokim ujęciu celem ma być nie tylko zabezpieczenie i utrzymanie, ale także poprawa stanu zdrowia jednostki i danej zbiorowości. Nie jest więc „celem życia, lecz środkiem do pełniejszego jego powodzenia” [16].

W miarę rozwoju nauk zwracających uwagę na pozamedyczne aspekty zdrowia powstawały warunki do redefinicji koncepcji zdrowia. W przeszłości było ono postrzegane jako stan przeciwny chorobom. W warunkach aktualnych zdrowie określa się jako stan pełnego i dobrego samopoczucia fizycznego, umysłowego i społecznego. W określeniu tym będą też wzajemne relacje między ciałem a umysłem danej jednostki ludzkiej, jako części określonej zbiorowości społecznej, a też pomiędzy instytucjami zdrowia i społeczeństwem jako całości. Ujmując ową kwestię, jednocześnie biorąc pod uwagę czynniki socjologiczne, psychologiczne i ekologiczne, należy stwierdzić, że „zdrowie jest dynamicznym stanem równowagi w sferze fizjologicznej, socjologicznej i ekologicznej funkcjonowania człowieka w świecie” [17]. Dobra kondycja zdrowotna umożliwia pełnienie wszelkich ról społecznych, a także prowadzenie produktywnego, sensownego i twórczego życia.

W obu określeniach – „system opieki zdrowotnej”, jak też „system zdrowotny” – podkreśla się systemowość, a zarazem celowość działań powoływanych organizacji (instytucji). System ten, jako specyficzny, jest bardzo złożony społecznie i biologicznie, w zasadzie jest nim działanie na rzecz opieki zdrowotnej. Obejmuje różnego rodzaju podmioty lecznicze i instytucje pomocnicze, a równocześnie nowe, niezbędne dla zaspokojenia potrzeb społecznych, działy i specjalności oraz jednostki lecznicze.

Czynnikami napędzającymi rozwój opieki zdrowotnej są ciągły postęp nauk medycznych i technicznych, a też zmiany warunków politycznych i nieustanne adaptowanie się do narastających i różnicujących się potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Należy przy tym zaznaczyć, że w pełni sprawny system opieki zdrowotnej nie istnieje. Jednakowoż powstający popyt na usługi zdrowotne i ich podaż umożliwia:

- zwiększenie nakładów na system opieki zdrowotnej,
- reglamentację świadczeń,
- zwiększenie efektywności.

Równocześnie zauważa się, że instytucje finansujące opiekę zdrowotną jako system marnotrawią środki. Generalnie, jako złożony społecznie i biologicznie układ, system umożliwia udzielanie szerokich i różnorodnych świadczeń zdrowotnych, mających na celu zapobieganie, diagnozowanie, leczenie i rehabilitację. W istocie sprowadza się to do rozróżnienia w omawianym systemie opieki podstawowej i specjalistycznej na poziomie niższym i wyższym. Waga szczeblowości or-

ganizacyjnej dowodzi roli państwa w jego kształtowaniu się i funkcjonowaniu. Według Hibner „ochrona zdrowia to system, który w każdym państwie zajmuje się organizowaniem i finansowaniem medycyny naprawczej” [18]. Jednocześnie przypisuje mu się jeszcze inne, nie mniej ważne funkcje, m.in. pracodawcy, edukacyjno-wychowawcze, zarządcze, relatywne i polityczne.

Mając na celu sprawowanie opieki zdrowotnej, należy wskazać na dwa obszary odpowiedzialności władz publicznych, którymi są zdrowie publiczne i ochrona zdrowia. Rozróżnienie to nie zawsze jest dostatecznie ostre. Dlatego podstawowa funkcja ochrony zdrowia sprowadza się do zapewnienia działań mających zapobiec rozprzestrzenianiu się chorób i zapewnić właściwe warunki środowiskowe, a nadto zapobiec wypadkom i zabezpieczyć szybką pomocy w przypadku katastrof i kataklizmów oraz promować zdrowy styl życia. Mając na myśli wagę wszystkich działań, należy zapewnić dostęp do właściwej jakościowo opieki medycznej, jak też możliwość rozwoju nowoczesnego systemu ochrony zdrowia oraz kadr czy nowych technologii oraz ustalić stosowne zasady finansowania. Chodzi tu o celowość i dostępność stosownej opieki zdrowotnej, a też o jej jakość i efektywność. Podkreśla się przy tym nastawienie na zabezpieczenie i dostarczenie możliwie pełnego zakresu świadczeń medycznych w ramach danej opieki dla całej populacji bez względu na wysokość dochodu, kulturę i miejsce zamieszkania. Przy tym chodzi o zapewnienie usług i świadczeń na możliwie najwyższym poziomie, stosownie do poziomu wiedzy, sztuki medycznej i zasad dobrej praktyki. Powyższe działanie cechuje się w praktyce wysoką produktywnością, racjonalnością i skutecznością, powinno zapewnić możliwie najlepsze wykorzystanie istniejących zasobów, czyli czynników produkcji.

Z punktu widzenia człowieka i całej społeczności system opieki zdrowotnej jest zorientowany na [19]:

- świadczenia opieki zdrowotnej rodzajowo zróżnicowanej,
- wsparcie ekonomiczne źródeł finansowania realizowanej opieki zdrowotnej,
- rozwój materialnych i osobowych zasobów opieki z zdrowotnej,
- tworzenie odpowiedniej struktury organizacyjnej opieki zdrowotnej, w tym podział na administrację centralną i terenową,
- szeroko rozumiane zarządzanie, umożliwiające nadzór, wsparcie regulacyjno-prawne i informacyjne.

Z rozwojem wiedzy i wzrostem świadomości podmiotowości obywatelskiej podejmowane były próby kształtowania systemów opieki zdrowotnej na miarę współczesnych potrzeb. Dostosowanie rzeczywistych

systemów opieki zdrowotnej do oczekiwań społecznych jest trudne, niełatwo także sprostać tym oczekiwaniom. Niemniej wprowadzenie nowych rozwiązań pozwala na eliminowanie słabości systemu opieki zdrowotnej.

Realizując owe cele, często pojawia się przymus działania sprzecznego z klasycznym rachunkiem ekonomicznym. W konsekwencji system ochrony zdrowia oparty jest na opłatach pełnych, jak też niepełnych z tytułu świadczeń ponadstandardowych oraz na dotacjach z budżetu państwa i na świadczeniach specjalistycznych. Owa wielość źródeł finansowania wymienionych jednostek wskazuje na ich bieżące i strategiczne funkcjonowanie oraz zachowanie się na rynku usług zdrowotnych. Na podstawie statusu prawnego danych jednostek są one traktowane z jednej strony jako przedsiębiorstwa zorientowane na zysk, a z drugiej natomiast – jako jednostki niedochodowe. Należy podkreślić, że funkcjonując w systemie opieki zdrowotnej i unormowaniach prawnych, nie mogą one odmówić udzielenia świadczeń zdrowotnych w sytuacjach zagrożenia życia i zdrowia.

Z istoty rynkowej gospodarki wynika dalsza reforma podmiotów leczniczych. Pożądana jest większa swoboda podejmowania przez nie dalszych decyzji co do kierunku działania i zachowania na rynku usług zdrowotnych. Utrudnia to możliwość konkurencji pomiędzy tymi zakładami. Są one znacznie ograniczone również zachowaniem się usługobiorców usług medycznych. Nie mając dostatecznych informacji, a też napotykając na trudności w ich uzyskaniu, często rezygnują oni z leczenia się u danego usługodawcy.

Obecne warunki usług medycznych mogą utrudniać oddziaływanie mechanizmów rynkowych na właściwą alokację środków i przemieszczanie się pomiędzy podmiotami, to jest usługodawcami. Może to uniemożliwić także innowacyjność tych ostatnich.

Uogólniając, należy stwierdzić, że trudno jednocześnie ocenić sytuację na rynku usług medycznych. W kontekście okresu minionego dostrzega się wiele negatywnych zjawisk, m.in.: realny spadek dochodów różnych grup pracowników ochrony zdrowia i ukierunkowanie bazy leczniczej na opiekę stacjonarną (szpitalną) oraz przypisanie do rejonu, złe wykorzystanie czasu pracy, wieloletowość, braki kadrowe, nierównomierność średniego obłożenia łóżek szpitalnych i czasu hospitalizacji oraz utrudnienia w dostępności do specjalistów. Zauważa się też w podmiocie leczniczym nadmiar specjalistów oraz niedobór wynikający z niewłaściwego ich motywowania. Szczególnie brakuje lekarzy specjalistów w podstawowej opiece zdrowotnej. Segment ten wymaga zdecydowanego wzmocnienia. Przemawiają za tym:

- rosnące oczekiwania społeczne co do jakości i skuteczności opieki zdrowotnej,

- stały rozwój technologii medycznych,
- potrzeba rozbudowy alternatywnych w stosunku do leczenia szpitalnego form na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej.

Jednocześnie przemawia za tym wzrost liczebności osób starszych i zaawansowanych wiekowo (75-letnich i starszych) [20]. Uwagi te uzasadniają potrzebę zintensyfikowania procesów restrukturyzacji owych zakładów i świadczonych usług zdrowotnych w celu ich dostosowania do potrzeb społeczeństwa na rzecz poprawy efektywności wewnętrznej alokacji środków za pomocą racjonalnych systemów finansowania i motywowania stosownych reguł finansowych. Następuje również ich ciągła modyfikacja. Zmiany te sprowadzają się m.in. do:

- tworzenia szpitali,
- wdrożenia procesów cyfryzacji jednostek opieki zdrowotnej,
- łączenia się zakładów publicznych w wyniku przejęć,
- przekształcania publicznych zakładów w spółki prawa handlowego,
- wzrostu liczby lekarzy w podstawowej opiece zdrowotnej zgodnie z ich specjalnością zawodową,
- wzrostu liczby pielęgniarek cechujących się odpowiednimi umiejętnościami i pożądaną etyką,
- wzrostu liczby studentów uniwersytetów medycznych zgodnie z zapotrzebowaniem rynku usług zdrowotnych na określone specjalizacje,
- stworzenia takich warunków pracy i systemu wynagrodzeń, aby zatrzymać wykształconą kadrę medyczną w kraju.

Przy tym należy podkreślić, że pożądana jest równocześnie zmiana modelu motywacyjnego w całej populacji i służbie zdrowia. W wyniku działania zorientowanego na kreowanie i realizację celów i zadań, a także programowania zleceńodawców i odbiorców usług medycznych powstaje konieczność zainteresowania się nie tylko poziomem usług, ale też wzrostem efektywności działania. Temu służyć winny motywujące kontakty menadżerskie. Niezbędne są działania promocyjne i szkoleniowe. Konieczne będzie wprowadzenie systemu usług medycznych, wykorzystującego różne formy grantów, a też partycypowanie w rynku pełnopłatnych usług i szukanie nowych środków finansowania dalszej działalności.

Pożądana też byłaby analiza zasobów rzeczowych, finansowych i osobowych. Dokonujące się w ostatnich latach przemiany jednoznacznie wskazują na konieczność samofinansowania na podstawie właściwie prowadzonych rachunków kosztów.

Zakończenie

Przeobrażenia dokonujące się na przestrzeni ostatnich lat w kraju wymusiły zmianę przepisów prawnych i statusu funkcjonujących na rynku usług medycznych zakładów opieki zdrowotnej. Uzasadniało to potrzebę zmian w systemie ochrony zdrowia w miarę postępujących transformacji życia społeczeństwa i jednostki ludzkiej. Większe usamodzielnienie i urynkowanie zakładów opieki zdrowotnej winny korzystnie wpłynąć na wzrost gospodarowania, to jest na racjonalne wykorzystanie posiadanych zasobów rzeczowych, finansowych i ludzkich, a też na zwiększenie dochodów zakładów opieki zdrowotnej poprzez zwiększoną sprzedaż usług oraz darowizny i sponsoring. Dotychczasowe zmiany wskazują na możliwość podporządkowania się jednostek służby zdrowia określonym regułom gry rynkowej. Dyskusja na temat sektora ochrony zdrowia, w tym nad rolą, miejscem i działaniem zakładów opieki zdrowotnej w warunkach zachodzących zmian w społeczeństwie, gospodarce i państwie, winna oscylować wokół nowych zasad organizacyjnych i ekonomicznych, umożliwiających połączenie ducha przedsiębiorczości za społeczną wrażliwością. Istnieje więc potrzeba nowego sposobu zarządzania tymi jednostkami. Dalsze zmiany w zarządzaniu nimi winny sprzyjać próbom godzenia efektywności ekonomicznej z efektywnością społeczną, przynajmniej w zakresie standardowych świadczeń zdrowotnych.

Piśmiennictwo

1. Dobrzański K. Przedsiębiorczość w restrukturyzacji narzędzi zmian w funkcjonowaniu przedsiębiorstwa. W: Zimniewicz K (red.). Instrumenty zarządzania w współczesnym przedsiębiorstwie. Analiza krytyczna. Poznań: Wyd. Akademii Ekonomicznej; 2006. 133.
2. Skorupka S, Auderska H, Łempicka Z (red.). Mały słownik języka polskiego. Warszawa: PWN; 1968. 1020.
3. Mikołajczyk Z. Zarządzanie zmianami w przedsiębiorstwie. Organizacja i Kierowanie. 1993; 3: 3.
4. Dobrzański K. Dywagacja nad naturą i procesem badań w nauce o zdrowiu publicznym. W: Głowacka MD (red.). Społeczne konteksty edukacji zdrowotnej. Poznań: Wyd. Wyższej Szkoły Komunikacji i Zarządzania; 2006. 9–18.
5. Webber R. Zasady zarządzania organizacjami. Warszawa: PWE; 1996. 393.
6. Majchrzak J. Przekształcenia polskich przedsiębiorstw w świetle teorii zmian organizacyjnych. Poznań: Wyd. Akademii Ekonomicznej; 2001. 43.
7. Mastyk-Musiał E. Zarządzanie zmianami w firmie. Warszawa: CIM; 1995. 42.
8. Bratnicki M. Zarządzanie zmianami w przedsiębiorstwie. Katowice: Wyd. Akademii Ekonomicznej; 1997. 9–11.

9. Grochowski M. Rejonizacja służby zdrowia a dostępność usług medycznych. Warszawa: Wyd. Uniwersytetu Warszawskiego; 1988. 47.
10. Janku Z, Sptawska E. Prawne podstawy funkcjonowania zakładu opieki zdrowotnej. W: Głowacka MD (red.). Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej. Wybrane konteksty teoretyczno-praktyczne. Poznań: Wyd. Termedia; 2004. 18.
11. Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 25 kwietnia 2002 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o zamówieniach publicznych. Dz.U. 2002 r. Nr 72, poz. 664 ze zm.
12. Jończyk J. Zarządzanie zasobami ludzkimi w zakładach opieki zdrowotnej. Warszawa: Wyd. Difin; 2008. 94.
13. Galicki J. Zarządzanie dynamiczne w zakładach opieki zdrowotnej. W: Głowacka MD, Mojs E (red.). Szanse i bariery w ochronie zdrowia. Wybrane aspekty organizacyjno-prawne. Poznań: Wyd. Nauk. Uniwersytetu Medycznego; 2008. 40–41.
14. Prakseologia. W: Encyklopedia powszechna. Warszawa: PWN; 1975. 681.
15. Sęk H. Zdrowie behawioralne. W: Strelau J (red.). Psychologia. Podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej. Tom III. Gdańsk: Gdańskie Wyd. Psychologii Stosowanej; 2000. 533–553.
16. Rudawska J. Marketing w nowoczesnej opiece zdrowotnej. Szczecin: Wyd. Nauk. Uniwersytetu Szczecińskiego; 2005. 15.
17. Niźnik J. W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania ochrony zdrowia. Bydgoszcz – Kraków: Oficyna Wydawnicza Branta; 2004. 18.
18. Hibner E. Zarządzanie w systemie ochrony zdrowia. Łódź: Wyd. Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna; 2003. 70.
19. Głowacka MD, Mojs E (red.). Postulaty Światowej Organizacji Zdrowia. Profesjonalne zarządzanie kadrami w zakładach opieki zdrowotnej. Warszawa: Wolters Kluwer; 2010. 109.
20. Dobrzański K. Funkcjonowanie ludzi starszych w warunkach lokalnych. Przyczynek do problemu. W: Konieczna-Woźniak R (red.). Dorosłość wobec starości. Oczekiwania – radości – dylematy. Poznań: Wyd. Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza; 2008. 47–58.

Artykuł przyjęty do redakcji: 04.07.2016

Artykuł przyjęty do publikacji: 25.08.2016

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autor deklaruje brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Kazimierz Dobrzański

os. Powstań Narodowych 15/5

61-214 Poznań

tel.: 61 8791 467

e-mail: kazimierzdobrzanski@wp.pl

Wyższa Szkoła Zarządzania i Bankowości w Poznaniu

emerytowany pracownik Katedry Systemów i Technik Zarządzania
Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu

WPŁYW CIĘCIA CESARSKIEGO NA ROZWÓJ PSYCHOMOTORYCZNY DZIECKA

EFFECT OF CAESAREAN SECTION ON PSYCHOMOTOR DEVELOPMENT OF THE CHILD

Joanna Moćkun, Jolanta Olszewska

Katedra Pielęgniarstwa Ginekologiczno-Położniczego
Gdański Uniwersytet Medyczny

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2017.20>

STRESZCZENIE

Cięcie cesarskie (CC) to najczęściej wykonywany operacyjny zabieg położniczy na całym świecie. Według zaleceń WHO tylko 10–15% wszystkich porodów powinno kończyć się CC z powodów medycznych, tymczasem w 2008 r. odsetek cesarskich cięć wynosił w Polsce 30%.

Cięcie cesarskie ma niewątpliwie wiele zalet, m.in. zmniejsza ryzyko wystąpienia zagrażającej zmartwicy płodu, zespołu zachłyśnięcia smółką i urazu okołoporodowego. Większość kobiet jednak nie zdaje sobie sprawy z zagrożeń, które niesie ono za sobą. Z badań wynika, że dzieci urodzone poprzez CC znajdują się w grupie zwiększonego ryzyka wystąpienia zaburzeń w funkcjonowaniu układu oddechowego, pokarmowego, zwiększonego ryzyka wystąpienia otyłości, a także alergii. Nie bez znaczenia jest także wpływ operacyjnego zakończenia ciąży na psychikę dziecka. Wzrost liczby przeprowadzanych CC jako alternatywy dla porodu fizjologicznego (PSN) nie jest niepokojący, jeśli wynika z aktualnych wskazań lekarskich. Alarmujący jest natomiast wzrost liczby cięć przeprowadzanych na skutek wyboru dokonywanego przez kobietę, często nie w pełni świadomą późniejszych zagrożeń.

SŁOWA KLUCZOWE: poród, poród naturalny, cięcie cesarskie, rozwój dziecka, noworodki, karmienie piersią.

ABSTRACT

Caesarean section (CC) is the most commonly performed obstetrical operating procedure in the world. According to the WHO recommendations only 10–15 percent of all births should end with CC for medical reasons, while in 2008 the number of cesarean deliveries in Poland amounted to 30 percent.

The cesarean section has undoubtedly many advantages, among others reduces the risk of threatening fetal asphyxia, meconium aspiration syndrome and perinatal injury. Most women, however, do not realize the risks cesarean sections imply. Research shows that children born through CC are in a group of an increased risk of disturbances in the functioning of the respiratory system, digestive system, increased risk of obesity and allergies. Not without significance is the impact of operational termination of pregnancy on the child's psyche. The increase in the number of CC carried out as an alternative to the physiological childbirth (PSN) is not disturbing if it is the result of the current medical indication. Alarming is, however, an increase in the number of cuts carried out due to the choice made by women, who often is not fully aware of the risks.

KEYWORDS: parturition, natural childbirth, cesarean section, child development, newborn, breast feeding.

Cięcie cesarskie

Cięcie cesarskie (CC) jest jedną z niewielu procedur medycznych, które przekształciły się nie tylko w obszarze techniki zabiegu czy wskazań do jego wykonania, ale również skutków, jakie niesie za sobą ten sposób rozwiązania ciąży. CC przekształciło się z zabiegu wykonywanego tylko na zmarłych ciężarnych w operację wybieraną przez ciężarną jako alternatywny sposób zakończenia ciąży.

CC jest to chirurgiczne przyjęcie porodu poprzez nacięcie ścian jamy brzusznej oraz macicy. Zaleca się wykonywanie CC w znieczuleniu podpajęczynówkowym. Znieczulenie ogólne podawane jest najczęściej tylko w wyjątkowych przypadkach, np. stany nagłe, ciężkie uszkodzenie płodu, prośba pacjentki, zagrożenie życia matki [2].

Współczesne wskazania do operacyjnego zakończenia porodu

CC, zgodnie z przedstawioną wcześniej definicją, jest operacją, a więc wiąże się z dużo większą możliwością wystąpienia powikłań (nawet od 3 do 10 razy) w porównaniu z porodem fizjologicznym. W związku z powyższym każdy przypadek powinien być udokumentowany wskazaniami medycznymi [3], które należy obecnie rozumieć jako celowość działania uzasadniającego optymalne rozstrzygnięcie dla matki i płodu.

W piśmiennictwie medycznym znaleźć można różne podziały wskazań do operacyjnego zakończenia porodu, co wynika z faktu, że czynniki wpływające na formułowanie wskazań do CC są ciągle aktualizowane i zmieniane [4]. W podziale wskazań rekomendowanym przez Polskie Towarzystwo Ginekologiczne (PTG) nie

odnajdziemy CC „na życzenie”, bez konkretnych wskazań medycznych [5], chociaż odsetek CC wykonanych na prośbę matki plasuje się na poziomie 4–18% wszystkich CC na całym świecie. Natomiast w USA jest to wielkość w granicach 2,6–5,5%. Potwierdza to fakt, że „życzenie” matki ma coraz większy wpływ na decyzje lekarzy położników [6].

Specjaliści z dziedziny neonatologii całkowicie akceptują wskazania rekomendowane przez PTG, podkreślając przy tym, że zakończenie ciąży CC nie jest naturalnym sposobem porodu [5].

Zaburzenia w rozwoju psychomotorycznym dziecka wynikające z zakończenia ciąży cięciem cesarskim

Już od momentu narodzin widoczne są wyraźne różnice między noworodkiem urodzonym siłami natury a urodzonym poprzez CC (głównie elektywne), w tym m.in.: różnice w pracy płuc czy serca, tendencje do utrzymywania glukozy na niższym poziomie czy niższa temperatura ciała noworodka urodzonego przez elektywne CC, utrzymująca się przez pierwsze 1,5 godziny od urodzenia. Wyniki przytoczonych badań są wciąż w wielu przypadkach jedynie hipotezami, wymagającymi potwierdzenia, stąd też należy zachować ostrożność podczas przeprowadzania analiz i interpretacji wyników badań w tych przypadkach, kiedy okres pomiędzy pierwszym a ponownym badaniem wybranej grupy badawczej wyniósł mniej niż 15 lat [7].

Zmiana DNA dziecka

Według badań opublikowanych w 2009 r. przez szwedzkich naukowców CC wpływa na modyfikacje chemiczne w DNA noworodka i to właśnie te zmiany najprawdopodobniej przyczyniają się do częstszej zachorowalności na choroby immunologiczne, m.in. na astmę, przez dzieci urodzone cięciem cesarskim. W badaniach zaobserwowano modyfikację w pobranych z pępowiny noworodka leukocytach, polegającą na wzmożonych procesach modyfikacji kodu DNA. Przyczyną tych zmian jest stres porodowy, przewyższający inne wydarzenia życiowe. Potężna aktywacja wydzielania adrenaliny pobudza zarówno system ochronny organizmu, jak i centralny układ nerwowy płodu do optymalnego przygotowania do życia poza organizmem matki. Wielkość i rodzaj stresu są odmiennie w zależności od sposobu zakończenia ciąży. Stres u noworodków urodzonych fizjologicznie jest stopniowy, natomiast noworodki z elektywnego CC narażone są na stres nagły. Eksperymenty dowodzą, że nagły stres okołoporodowy dotyczący dzieci urodzonych przez CC nie tylko zwiększa ryzyko wystąpienia astmy, alergii czy cukrzycy,

ale również może trwale zmienić reakcje behawioralne i neuroendokrynne. Badania te dowiodły także, że dzieci urodzone przez CC mają niższy stopień metylacji DNA 3–5 dni po urodzeniu, co sugeruje opóźnienia w adaptacji poporodowej. Są to pierwsze badania dotyczące związku pomiędzy elektywnym CC i metylacją DNA w porównaniu z PSN, dlatego badacze podkreślają, że aby dokładnie określić, jak długo utrzymują się chemiczne modyfikacje DNA, konieczna jest kontynuacja tych badań [8].

Zaburzenia układu oddechowego

Noworodki urodzone przez CC nie spełniają wszystkich zasadniczych warunków niezbędnych do rozpoczęcia prawidłowej czynności oddechowej oraz właściwej adaptacji układu oddechowego w pierwszej minucie po przyjściu na świat [5]. U dzieci z CC, nawet 2 godziny po urodzeniu, obserwuje się znacznie mniejszą niż u dzieci urodzonych drogą pochwową objętość oddechową, podatność dynamiczną oraz wentylację minutową. Główną przyczyną takiego stanu jest brak stresu związanego z porodem fizjologicznym, podczas którego następuje uwolnienie amin katecholowych do krążenia płodowego. Zbyt niskie stężenie adrenaliny we krwi dziecka urodzonego poprzez CC jest przyczyną zmniejszenia szybkości uwalniania surfaktantu oraz pojawienia się zespołu zaburzeń oddychania [9]. U dzieci urodzonych poprzez elektywne CC nie zostaje usunięty płyn owodniowy z płuc z powodu braku kompresji klatki piersiowej. Efekt kompresji klatki piersiowej jest niezbędny do prawidłowego oddychania [10]. W związku z tym większość dzieci urodzonych elektywnym CC wymaga sztucznej wentylacji oraz resuscytacji od razu po przyjściu na świat [9].

Jak wynika z badań przeprowadzonych w 2005 r. przez Kornacką i Kufel dodatkowo u dzieci urodzonych przez elektywne CC zauważa się większe ryzyko wystąpienia przejściowej zadyszki (*tachypnoe*) – o 4,3% więcej przypadków niemowląt z *tachypnoe* urodzonych przez elektywne CC [5].

Natomiast z danych opublikowanych w 2006 r. przez Narodowy Instytut Zdrowia z USA wynika, że na milion porodów zakończonych elektywnym CC 11 tys. noworodków wykazywało zaburzenia w oddychaniu. W porównaniu z taką samą liczbą porodów fizjologicznych było to o 8476 więcej [5].

Ciężkie przypadki zaburzeń układu oddechowego wymagają zazwyczaj przyjęcia noworodka na oddział intensywnej terapii noworodka oraz zastosowania sztucznej wentylacji. Powoduje to ryzyko wystąpienia powikłań oraz konieczność oddzielenia nowo narodzonego dziecka od matki, a tym samym chociażby utrud-

nienie karmienia piersią [11]. W konsekwencji ma to także wpływ na rozwój psychiczny dziecka – ze względu na utrudnienie kontaktu „skóra do skóry” [5].

Astma

Współcześnie obserwuje się wzrost zachorowalności na astmę. W Polsce choruje na nią około 5% dorosłych i 9% dzieci [12]. Fińscy naukowcy w swoich badaniach wykazali istotny wpływ sposobu przyjścia na świat na ryzyko wystąpienia astmy oraz chorób alergicznych w wieku dorosłym. Badania przeprowadzono na osobach urodzonych w Finlandii w 1966 r. po ukończeniu przez nie 31. roku życia. Astmę wykazano u 13,6% osób urodzonych w wyniku CC i u 4,5% osób urodzonych drogą pochwową. Wynika z tego, że ryzyko zachorowania na tę chorobę u osób z pierwszej grupy jest 3,02-krotnie większe. Ci sami naukowcy zaobserwowali także, że zakończenie ciąży CC wiązało się z o 40% wyższym ryzykiem astmy w wieku 7 lat w porównaniu z osobami urodzonymi przez PSN [13].

Zaburzenia układu pokarmowego

Układ pokarmowy dziecka i wszystkie błony śluzowe są jałowe do momentu przyjścia dziecka na świat. Dziecko przychodzące na świat drogą pochwową rodzi się w pobliżu odbytu matki, co stanowi pewną gwarancję zasiedlenia układu pokarmowego noworodka przyjaznymi i wielorakimi bakteriami, których nosicielką jest rodzica. Urodzone w sterylnej sali operacyjnej dziecko pozbawione jest tych „dobrych, matczynych” bakterii, więc najprawdopodobniej pierwszymi drobnoustrojami, z którymi się spotka, będą te pochodzące ze szpitalnego powietrza oraz rąk personelu medycznego. Oczywistym jest więc, że biorąc pod uwagę kryterium bakteriologiczne, istnieje duża różnica pomiędzy PSN a zakończeniem ciąży poprzez CC [7].

Odmienna sytuacja zachodzi u noworodków z CC wykonanego po długotrwałym odpływanu płynu owodniowego. Do kolonizacji układu pokarmowego dochodzi wówczas wewnątrzmacicznie, z pochwy matki, a CC nie zakłóca właściwej kolonizacji przewodu pokarmowego i jest ono uważane za bezpieczniejsze dla dziecka [9].

Drobnoustroje zawarte w jelitach, już od pierwszych chwil po porodzie, spełniają bardzo ważną funkcję. Po pierwsze, stanowią barierę ochronną przed niebezpiecznymi bakteriami chorobotwórczymi, służą detoksykacji oraz są niezbędne do produkcji witamin, m.in. biotyny. Po drugie, odpowiadają one za rozwój układu odpornościowego.

W badaniach bakteriologicznych kału niemowląt u dzieci urodzonych poprzez CC przed 2. miesiącem życia nie stwierdzono kolonizacji bakterii *Bacteroides*

sp., natomiast ich ilość w 6. miesiącu była o połowę mniejsza niż u dzieci z PSN. Również ilość bakterii *Lactobacillus* i *Bifidobacter* u dzieci z CC była niższa. Drobnoustroje zasiedlające przewód pokarmowy noworodka jako pierwsze stają się jego florą bakteryjną na następne lata i mają znaczny wpływ na metabolizm organizmu [5].

Alergie pokarmowe

Amerykańscy naukowcy dowiedli, że sposób przyjścia na świat może mieć znaczny wpływ na występowanie alergii. Zgodnie z ich hipotezą ciągły wzrost ilości zachorowań na choroby alergiczne spowodowany jest zmniejszeniem narażenia na mikroorganizmy we wczesnym okresie życia. Elementy flory jelitowej wykazały wpływ na odpowiedź immunologiczną organizmu. Pomimo iż flora jelitowa przystosowuje się do zmian przez całe nasze życie, najłatwiej zmienna jest chwilę po urodzeniu, ze względu na kolonizację bakterii we wcześniej sterylnych jelitach [14].

U dzieci urodzonych przez CC i tych urodzonych przez PSN występują różnice w kolonizacji flory bakteryjnej. Sugeruje się, że może mieć to wpływ na zachowanie równowagi pomiędzy limfocytami TH1 i TH2 we wczesnym dzieciństwie, które z kolei mogą być związane z występowaniem chorób alergicznych w dorosłym życiu. Badania fińskich naukowców nie potwierdziły jednak związku CC z ryzykiem wystąpienia atopii, wyprysku atopowego czy kataru siennego [13].

Podobną próbę podjęli naukowcy z Uniwersytetu Kalifornijskiego w San Francisco. Po analizie obecności limfocytów T w krwi pępowinowej dowiedli, że u dzieci, które urodzone zostały poprzez CC, limfocyty słabiej hamowały komórki odporności wydzielające interleukinę 13 i to one są odpowiedzialne za reakcje alergiczne. Podkreślają oni jednak, że aby dokładniej zrozumieć mechanizmy odpowiedzialne za związek pomiędzy odpornością dziecka a rodzajem zakończenia ciąży, potrzebne są dalsze badania [15].

Problemy z otyłością

Według raportu *International Day for the Evaluation of Abdominal Obesity* opublikowanego w 2007 r., a dokumentującego wyniki badania przeprowadzonego na grupie 5371 Polaków, na otyłość bądź nadwagę cierpi 67,6% badanych pomiędzy 16. a 51. rokiem życia. Z analizy wynika, że coraz większą grupę stanowią dzieci w wieku 13–15 lat, u których aż w 8,8% stwierdzono nadwagę, natomiast w 4,5% – otyłość [16].

Problemem otyłości u dzieci zajmowali się chińscy naukowcy. Przeanalizowali oni wyniki dziewięciu badań, w których wzięło udział ponad 200 tys. osób. Badania związane były z rosnącą tendencją do wzrostu wagi

w trzech przedziałach wiekowych: od 3. do 8. roku życia, od 9. do 18. roku życia i od 19. roku życia. Jednym z elementów, który został uwzględniony w analizie, była waga urodzeniowa dziecka, która według opinii naukowców może mieć wpływ na skłonność do nadwagi bądź otyłości. Przyniesione badania wykazały wyższe ryzyko otyłości bądź nadwagi u osób urodzonych poprzez CC w stosunku do urodzonych PSN: w dzieciństwie o 32%, w okresie nastoletnim o 24%, w wieku dorosłym aż o 50%. Według autorów analizy wyniki te są warte uwagi zarówno ze względu na ciągle rosnący odsetek ludzi otyłych w społeczeństwie, jak i wzrastającą liczbę ciąż kończonych CC. Badania nie dały jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, dlaczego CC może mieć wpływ na skłonność do wzrostu wagi. Przyczyn upatruje się, podobnie jak w przypadku chociażby alergii, m.in. w ograniczeniu kontaktu dziecka urodzonego operacyjnie z mikroflorą dróg rodnych matki. Ponadto coraz więcej badań wykazuje, że na przemianę materii, procesy wchłaniania i przetwarzania składników pokarmowych wpływ mają bakterie żyjące w jelitach ludzkich. Duże znaczenie może mieć również fakt, że kobiety rodzące poprzez CC rzadziej karmią piersią, co także może zwiększać skłonność do tycia. Badania wykazały także, że we krwi pępowinowej dzieci urodzonych poprzez CC występuje niższe stężenie hormonów odpowiedzialnych za regulację masy ciała [17].

Próchnica

Jednym z najważniejszych czynników ryzyka wystąpienia próchnicy we wczesnym dzieciństwie jest duża ilość drobnoustrojów tworzących próchnicę oraz wczesna kolonizacja jamy ustnej. Najnowsze doniesienia wskazują na znaczący wpływ porodu poprzez CC na pojawienie się próchnicy u dzieci w wieku lat 3. Noworodek urodzony w ten sposób nie nabywa naturalnej odporności organizmu, na skutek czego powstaje możliwość szybszego zasiedlenia jamy ustnej przez paciorkowce *Streptococcus mutans*.

Badacze z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi przebadali grupę 3-latków, 68 z nich przyszło na świat poprzez PSN, a 34 – poprzez CC. Analiza badań oceniających intensywność próchnicy wykazała, że u dzieci urodzonych poprzez CC wartość wskaźnika wynosiła 7,53 i była o 4,54 wyższa niż u dzieci urodzonych fizjologicznie. Jak wynika z badań, również ilość bakterii *S. mutans* oraz *Lactobacillus sp.* obecnych w ślinie dzieci urodzonych CC była znacznie wyższa.

Przeprowadzone statystyki wykazały istotną zależność pomiędzy cięciem cesarskim a ilością próchnicotwórczych bakterii obecnych w ślinie badanych 3-latków oraz zaawansowaniem próchnicy nazębnej. Przedstawione wyniki badań zgodnie z sugestią auto-

rów pozwalają zaliczyć CC do czynników ryzyka rozwoju próchnicy w okresie wczesnego dzieciństwa [18].

Podsumowanie

W ostatnich latach, tak w Polsce, jak i na świecie, obserwuje się pokaźny wzrost odsetka cięć cesarskich, z 13,3% w 1994 r. do 30% w 2008 r., oraz znaczną liberalizację wskazań do tego zabiegu, co wpływa na liczbę ciąż zakończonych porodem operacyjnym. Aktualne badania dowodzą, że nie bez znaczenia pozostaje sposób przyścia na świat dziecka na jego stan zdrowia i dalszy rozwój. Uważa się, że cięcie cesarskie wpływa m.in. na zmianę DNA dziecka, zaburzenia układu oddechowego, pokarmowego, alergię, cukrzycę, otyłość, próchnicę nazębną oraz zaburzenia w rozwoju psychicznym. Nie bez znaczenia pozostaje też wpływ cięcia cesarskiego na karmienie piersią. Z analizy dostępnych źródeł wynika, że sposób zakończenia ciąży rzutuje na długość karmienia piersią oraz ilość endorfin zawartych w mleku. Niestety w związku z faktem, że cięcie cesarskie jest stosunkowo nowym zjawiskiem w medycynie, znaczna część badań dotyczących jego wpływu na rozwój psychomotoryczny dziecka wymaga dalszych analiz w celu potwierdzenia stawianych dziś hipotez.

Piśmiennictwo

1. Mazurek-Kantor J, Sawicki W, Gawryluk A et al. Analiza częstości cięć cesarskich wykonanych w latach 1986–2007 w materiale własnym. *Perinatol Neonatol Ginekol.* 2008; 1(1): 45–46.
2. Baston H, Hall J, Henley-Einion A. Podstawy położnictwa najważniejsze zagadnienia. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2011. 176.
3. Guzikowski W, Więcek J, Kowalczyk D. Wskazania do cięcia cesarskiego w Szpitalu Ginekologiczno-Położniczym i Noworodków im. dr. S. Mossora w Opolu w 2007 roku. *Perinatol Neonatol Ginekol.* 2008; 1(1): 38–40.
4. Piasek G, Radomski P, Adamczyk-Gruszka O, Maj M et al. Analiza porównawcza wskazań do cięć cesarskich w latach 1980–1990 oraz 1993–2001 w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kielcach. *Studia Med.* 2011: 13–19.
5. Kornacka MK, Kufel K. Cięcia cesarskie a stan noworodka. *Ginekol Pol.* 2011: 612–617.
6. Ramachandrapa A, Jain L. Elective Cesarean Section: Its Impact on Neonatal Respiratory Outcome. *Clin Perinatol.* 2008; 35(2): 373–vii.
7. Odent M. Cesarskie cięcie a poród naturalny. Wątpliwości, konsekwencje, wyzwania. Wrocław: Fundacja Kobieta i Natura; 2010. 52–76.
8. Schlinzig T, Johansson S, Gunnar A et al. Norman M. Epigenetic modulation at birth – altered DNA-methylation in white blood cells after Caesarean section. *Acta Paediatr.* 2009; 98(7): 1096–1099.
9. Bręborowicz G. Położnictwo. Tom III. Operacje w położnictwie. Warszawa: PZWL; 2012. 7–280.
10. Kolås T, Saugstad D, Daltveit AK et al. Planned cesarean versus planned vaginal delivery at term: Comparison of newborn infant outcomes. *Am J Obstet Gynecol.* 2006; 12: 1542.

11. Fogelson NS, Menard MK et al. Neonatal impact of elective repeat cesarean delivery at term: a comment on patient choice cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2005; 5: 1433–1436.
12. Chazan R. *Pneumonologia i alergologia. Wybrane jednostki chorobowe.* Bielsko-Biała: Wyd. Med. alfa-medica press; 2010: 13.
13. Xu B, Pekkanen J, Hartikainen AL et al. Cesarean section and risk of asthma and allergy in adulthood. *J Allergy Clin Immunol.* 2001; 4: 732–733.
14. Renz-Polster H, David MR, Buist AS. Cesarean section delivery and risk of allergic disorders in childhood. *Clin Exp Allergy.* 2005; 11: 1466–1472.
15. Cięcie cesarskie powodem częstszych alergii u dzieci, <http://www.rynekzdrowia.pl/Neonatologia/Ciecie-cesarskie-powodem-czestszych-alergii-u-dzieci,212,20.html> (data dostępu: 26.04.2016).
16. Boder P, Filipek B, Jędrzejczak M, Ruxer J, Sapa J, Zahorska-Markiewicz B. *Profilaktyka oraz leczenie nadwagi i otyłości.* Warszawa: Biblioteka Naukowa Czasopisma Aptekarskiego; 2010. 5.
17. Li H, Zhou Y, Liu J. Cesarean section might moderately increase offspring obesity risk. *Am J Clin Nutr.* 2012; 7: 893–899.
18. Szczepańska J, Szydłowska-Walendowska B, Pawłowska E, Lubowiedzka-Gontarek B. Liczebność bakterii *Streptococcus mutans* i *Lactobacillus* sp. w ślinie 3-letnich dzieci urodzonych przez cesarskie cięcie. *Czas Stomatol.* 2009: 712–721.

Artykuł przyjęty do redakcji: 04.07.2016

Artykuł przyjęty do publikacji: 19.09.2016

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Joanna Moćkun

ul. Srebrna 38/42

80-180 Gdańsk

tel. kom.: 722 396 442

e-mail: jmockun@gumed.edu.pl

Katedra Pielęgniarstwa Ginekologiczno-Położniczego

Gdański Uniwersytet Medyczny

POCZUCIE TOŻSAMOŚCI NARODOWEJ PIELĘGNIAREK W KONTEKŚCIE TENDENCJI GLOBALIZACYJNYCH – PERSPEKTYWA TEORETYCZNA

THE SENSE OF NURSES' NATIONAL IDENTITY IN VIEW OF GLOBALIZATIONAL TRENDS – THEORETICAL PERSPECTIVE

Grzegorz Konieczny¹, Renata Rasińska²

¹ Katedra Marketingu i Zarządzania
Wyższa Szkoła Hotelarstwa i Gastronomii w Poznaniu

² Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2017.21>

STRESZCZENIE

Celem niniejszej publikacji jest próba zdefiniowania tożsamości narodowej oraz poczucia tożsamości narodowej pielęgniarek w perspektywie teoretycznej. Autorzy dokonają oceny wybranych elementów, wokół których ogniskują się analizowane terminy. Inspiracją podjętej analizy jest chęć określenia ww. pojęć w kontekście zmieniającej się rzeczywistości społeczno-kulturowej oraz migracji zarobkowych, które dotyczą coraz większych grup społeczno-zawodowych, w tym i środowiska pielęgniarek i położnych, a które to dyslokacje, szczególnie długoterminowe, nie pozostają bez wpływu na pojmowanie tożsamości narodowej.

Przedstawiona w tej pracy analiza porusza zagadnienie aksjologicznych korelatów tożsamości narodowej, jak również poczucia tożsamości narodowej. Dokonujące się na naszych oczach zmiany niemal w każdym wymiarze ludzkiego życia, w szczególności narastające zjawisko transgraniczności i towarzysząca jej transkulturowość, które są wynikiem m.in. globalizacji, spowodowały, że współczesny świat społeczny powoli staje się światem jednego narodu. Jak pokazuje analiza literaturowa, w tych zmianach przedstawiciele różnych grup zawodowych, w tym i pracownicy służby zdrowia, dostrzegają dla siebie szanse na lepsze zarobki czy też poprawę warunków pracy. W związku z powyższym istnieje potrzeba modyfikacji lub ponownego definiowania wielu pojęć, w tym tożsamości narodowej, europejskiej czy też poczucia tożsamości narodowej, jak również potrzeba odświeżania nowych, pełniejszych aspektów zjawiska tożsamości.

SŁOWA KLUCZOWE: tożsamość narodowa, poczucie tożsamości narodowej, migracje zarobkowe, pielęgniarki.

ABSTRACT

The aim of this publication is an attempt to define national identity and a sense of nurses' national identity in the theoretical perspective. The authors will evaluate selected elements on which the analyzed terms focus. The inspiration for this analysis is to determine concepts mentioned above in the context of changing socio-cultural reality and economic migrations. They affect larger and larger socio-vocational groups, including the environment of nurses and midwives, and these particularly long-term dislocations are not without impact on the understanding of national identity.

The analysis presented in this article raises the question of axiological correlates of national identity as well as the sense of national identity. Changes that we witness take place in almost every walk of human life. The growing phenomenon of cross-border and transculturalism, which are the result of globalization, among others, make the contemporary social world become the world of one nation. According to literature analysis, representatives of various professional groups, including health professionals, recognize their chances for better wages or improved working conditions in those changes. Therefore, there is a need to modify or redefine many concepts including national identity, European identity or the sense of national identity, as well as the need to reveal new, more comprehensive aspects of the phenomenon of identity.

KEYWORDS: national identity, sense of national identity, economic migrations, nurses.

Historie są dziełem ludzi z określonymi tożsamościami

P. Berger, T. Luckmann

Wstęp

Niniejszy artykuł porusza zagadnienie aksjologicznych korelatów poczucia tożsamości narodowej pielęgniarek emigrujących zarobkowo. Czas rozpięty pomiędzy

„końcem historii Francisa Fukuyamy a zderzeniem cywilizacji Samuela Huntingtona” [1] oraz dokonująca się na naszych oczach wielka dyslokacja implikująca m.in. zjawisko multikulturowości, które wymusza tworzenie nowych reguł życia, społecznego porządku oraz uruchamiania mechanizmów wspierających ich rozwój. Jednym z zagadnień istotnych dla funkcjonowania współczesnego człowieka jest problematyka poczucia

tożsamości narodowej. Pogłębiający się proces integracji europejskiej to nie tylko zmiany w sferze politycznej czy ekonomicznej, ale przede wszystkim przeobrażenia kulturowo-społeczne. W refleksji nad nową jakością otoczenia kulturowo-społecznego kluczową rolę odgrywa m.in. postępujący na naszych oczach proces migracji zarobkowej, który implikowany jest wieloma czynnikami rozwojowymi, m.in. zjawiskiem globalizacji. Społeczeństwu europejskiemu, które jest podmiotem owych zmian, towarzyszy potrzeba ponownego zdefiniowania tożsamości narodowej, a w szczególności tożsamości europejskiej. Analizowana problematyka dotyczy różnych grup społeczno-zawodowych, w tym i środowiska pielęgniarskiego.

Cel

Celem niniejszej publikacji jest próba zdefiniowania tożsamości narodowej oraz poczucia tożsamości narodowej pielęgniarek w perspektywie teoretycznej. Autorzy dokonają oceny wybranych elementów, wokół których ogniskują się analizowane terminy. Inspiracją podjętej analizy jest chęć określenia ww. pojęć w kontekście zmieniającej się rzeczywistości społeczno-kulturowej oraz migracji zarobkowych, które dotyczą coraz większych grup społeczno-zawodowych, w tym i środowiska pielęgniarek i położnych, a które to dyslokacje, szczególnie długoterminowe, nie pozostają bez wpływu na pojmowanie tożsamości narodowej.

Materiał i metody

Dane dotyczące omawianej tematyki uzyskano poprzez analizę źródeł literatury, zasobów internetowych.

Migracje zarobkowe – analiza zjawiska

Opis przeprowadzonego badania autorzy rozpoczną od scharakteryzowania zjawiska migracji oraz przedstawienia pojęć z nim związanych. Z analizy literaturowej wynika, że migracje, w szczególności zagraniczne, nabrały współcześnie specyficznego znaczenia, jakiego nie miały nigdy wcześniej. Jak przekonują niektórzy socjologowie, wiek XXI będzie „wiekiem migracji”. W dobie globalnej cywilizacji zjawisko migracji w najbliższym okresie będzie się stopniowo nasilało, „(..) będzie liczniejsze niż kiedykolwiek przedtem i powoli będzie obejmowało cały świat”. W opinii tych autorów migranci będą należeć do różnych grup społecznych i etnicznych, przez co utrudniony będzie proces badawczy tego zjawiska odnoszący się do określenia konkretnych fal migracji [2]. Jak przekonują Kaczmarczyk i Okólski: „Wędrownica międzynarodowa jest zjawiskiem należącym do sfery otwartej, dostępnej dla każdego bez mała mieszkańca globu. Utraciła dawniejszy »walor« nadzwyczajności lub wyjątkowości” [3].

Dokonująca się transformacja w różnych obszarach ludzkiej egzystencji oddziałuje także na nasze potrzeby, oczekiwania, motywacje, ambicje i aspiracje. Zgodnie z teorią Germaniego projekt życia w społeczeństwie transgranicznym daje możliwość realizowania sfery aksjologicznej, w tym pozwala na zdobycie nowych kompetencji i umiejętności, stabilizacji materialnej czy też poprawy ogólnych warunków życia.

Taki stan rzeczy nie pozostaje bez wpływu na poczucie tożsamości narodowej, którą należałoby zdefiniować na nowo. Powyższą tezę potwierdza Dyczewski, konstatując, że współczesnemu społeczeństwu, które jest podmiotem zmian w sferze politycznej, ekonomicznej czy kulturowo-społecznej, towarzyszy potrzeba ponownego zdefiniowania tożsamości narodowej. Zjawiska zachodzące w Europie i w świecie pobudzają więc do pełniejszego uświadomienia sobie wartości kulturowych poszczególnych państw europejskich oraz wskazują na potrzebę poszukiwania i wdrażania mechanizmów wspomagających ich rozwój w nowych warunkach u progu wielokulturowości [4].

W obliczu wędrowności ludów, które m.in. „... z powodu konfliktów zbrojnych, niepewnych warunków ekonomicznych, walk politycznych, etnicznych i społecznych oraz kataklizmów (...) osiągnęły dziś niestychane rozmiary i stały się masowymi ruchami, obejmującymi ogromną liczbę osób” [5], aktualne stają się pytania: kim jesteśmy my jako naród, z czym się identyfikujemy, jakie są elementy składające się na tożsamość narodową a jakie na tożsamość europejską? Czy zmierzch państwa narodowego oznacza zmierzch tożsamości narodowych oraz jak obok tożsamości narodowych kształtuje się tożsamość europejską? [6]

Dekonstrukcja granic czasu i przestrzeni zmusza niejednokrotnie jednostkę do zmiany tożsamości. Tworzenie tożsamości to często tworzenie na nowo aksjologicznych ram i hierarchii działań priorytetowych oraz drugoplanowych. Poczucie tożsamości to, obok nakreślonej hierarchii działań, wybór i realizowanie takiego zestawu aksjonormatywnego, który nada sens naszemu życiu. Poszukiwanie, identyfikacja, internalizacja oraz implementacja określonych wartości to tworzenie koncepcji własnego życia, wchodzenie w nowe role społeczno-kulturowe, co stopniowo prowadzi do reorientacji stylu życia, a w konsekwencji – do zmiany tożsamości.

Tożsamościowe następstwa migracji to zmieniające się sposoby samoidentyfikacji siebie i identyfikowania innych. Problem ten jest ważny i trudny poznawczo ze względu na trzy odmienne porządki społeczno-kulturowe, jakimi są:

- świat grupy pochodzenia,
- rzeczywistość grupy przyjmującej,

- przestrzeń społeczno-kulturowa wytwarzana przez samych migrantów.

Często ta ostatnia przyjmuje charakter transnarodowej przestrzeni społecznej [7], ustrukturalizowanej w trakcie wędrówki przez migrantów [8], posiadającej niepowtarzalne cechy kulturowe odnoszące się do różnych porządków aksjologicznych [9].

W transnacionalizacji (odterytorialnieniu), które implikuje zjawisko migracji współczesnych rynków pracy, a co za tym idzie – rozwój karier zawodowych w tej przestrzeni, swojej szansy na poprawę warunków socjalnych upatrują różne grupy zawodowe. Jedną z nich są pracownicy służba zdrowia, a w szczególności pielęgniarki i położne.

Z literatury przedmiotu wynika, że migracje Polaków wpisują się w ogólnoświatowy trend omawianego zjawiska, gdyż jak wynika z danych GUS, w końcu 2014 r. poza granicami Polski przebywało czasowo około 2320 tys. mieszkańców naszego kraju, tj. o 124 tys. (5,6%) więcej niż w 2013 r. [10]. Z kolei z raportu Work Service pt. *Migracje zarobkowe Polaków* wynika, że poza granicami Polski przebywało czasowo około 3 mln Polaków, co stanowiłoby nowy niechlubny rekord. Natomiast z raportu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych *Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych* wynika, że po wejściu Polski do UE wydano prawie 17,5 tys. potrzebnych do podjęcia pracy za granicą zaświadczeń o uznaniu kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych [11]. Postawić można tezę, że dyslokacje tej grupy zawodowej są swego rodzaju kontestacją i manifestacją wobec „epidemii niskich płac”, a nie buntem przeciw wykluczeniu społecznemu czy kulturalnemu.

W tym miejscu warto zauważyć, że podjęcie decyzji o emigracji, w tym i zarobkowej, wymaga w większości przypadków silnej motywacji, aby przewyciężyć m.in. psychiczne opory związane z zerwaniem więzów rodzinnych i towarzyskich, opuszczeniem domu rodzinnego, swojej „prywatnej ojczyzny”, czy obawy przed nieznanym. Motywacja ta stanowi wypadkową pragnienia wyjazdu oraz chęci pozostania. Jest tym samym skomplikowanym jednostkowym wyborem. Według specjalistów podjęcie obecnie decyzji o wyjeździe z Polski, a także przekonanie o zasadności powrotu z emigracji wiązać należy z indywidualną oceną stanu gospodarki, a także perspektyw rozwoju własnego kraju oraz jakości życia. Na tworzenie takiego obrazu wpływają nie tylko subiektywne odczucia dotyczące warunków pracy, sytuacji dochodowej, standardu życia czy pozycji społecznej. Równie ważne są kwestie odnoszące się do możliwości rozwoju własnej drogi zawodowej. Powzięcie ostatecznego postanowienia o wyjeździe warunkuje zasada maksymalizacji użyteczności. Oczekiwane ko-

rzyści z podjęcia decyzji o migracji znacznie przewyższają ewentualne straty i koszty z nią związane [12].

Drugim istotnym pojęciem, którym autorzy będą posługiwać się w niniejszym artykule, jest termin „tożsamość”. Dlatego też uzasadnionym jest jego teoretyczne przedstawienie.

Termin „tożsamość”, jak konstatują Błaszczuk i Pluta, „nie jest pojęciem »samowystarczalnym«, zawsze należy dookreślić jego kontekst” [13]. Pojęcie tożsamości łączy w sobie aspekty zarówno subiektywne, jak i obiektywne. Myślenie o tożsamości kieruje uwagę na racje istnienia podmiotu/przedmiotu, na jego trwałość, odrębność, istotę, „oś konstrukcyjną”. Rozmyślamy nad tym, co dla podmiotu/przedmiotu rudymentalne, neotypyczne, konkretne, co go odróżnia i wyodrębnia z otoczenia. Często pojęcie tożsamości jest dookreślane przymiotnikiem. Prowadzone są rozważania na temat tożsamości narodowej, kulturowej, społecznej, indywidualnej; tożsamości przedmiotów, zjawisk, instytucji. Bazą kreowania tożsamości jest związek jednostki ze społecznością, kultur poprzez doświadczanie siebie. Jesteśmy świadkami procesów i zjawisk związanych z globalizacją i regionalizacją. Zachodzą one na płaszczyźnie społecznej, kulturowej, politycznej, gospodarczej. Ich dynamika i charakter funkcjonowania oddziałują na kondycję psychiczną człowieka, jego sferę aksjonormatywną oraz na poziom orientacji we współczesnym świecie [14]. We współczesnym „świecie bez granic” tożsamość nie jest dana człowiekowi raz na zawsze, lecz stanowi przedmiot ciągłej mobilności i nieustannych wyborów. Nie unikniemy zagrożeń tożsamości. Zawsze możliwe będzie pojawienie się takich faktów i informacji, które uderzą w *conditio humana*. Skutkiem tego może być chęć przeniesienia się do innej (lepszey) społeczności kulturowej. Tak dyslokacja, szczególnie na stałe, skutkuje często trwałą zmianą własnej tożsamości społecznej.

W dobie społeczeństwa ponowoczesnego zainteresowanie tożsamością jednostki stanowi przedmiot ciągłych analiz interdyscyplinarnych. Wiele współczesnych teorii odnoszących się do tożsamości, a tym bardziej – do kształtowania się poczucia tożsamości w cyklu życia człowieka, wywodzi się z koncepcji Erika Eriksona (1968), który po raz pierwszy użył sformułowania „tożsamość ego” (*ego identity*). Przedstawiciele nauk społecznych podejmujący tę problematykę uważają, że tożsamość, a w szczególności poczucie własnej tożsamości, konstytuuje się m.in. poprzez proces społeczny, jakim jest socjalizacja, dlatego też problematyka ta jest jedną z ważnych kwestii podejmowanych w badaniach oraz studiach socjologicznych.

Kierunek refleksji naukowej nazwano mianem socjologicznej teorii tożsamości jednostki. Prekursorami

idei świadomego siebie jako podmiotu społecznego byli m.in. James, Baldwin, Cooley, Mead. Poglądy ich poddane zostały dość głębokim modyfikacjom przez następne pokolenia socjologów. Ważnym wydarzeniem w historii tego kierunku refleksji była koncepcja tożsamości jednostki zaproponowana przez Eriksona. Odtąd obszar socjologicznej teorii tożsamości jednostki w coraz większym stopniu zaczął tracić autonomię na rzecz wspomnianych analiz interdyscyplinarnych jednoczących wysiłki psychologów, pedagogów, antropologów kultury. Swoistością współczesnych socjologicznych zainteresowań problematyką tożsamości jednostki jest, jak się wydaje, koncentracja na sposobach wytwarzania tożsamości jednostki w przebiegach interakcyjnych *face to face*, z zaniechaniem poszukiwań w sferze trwalszych, kulturowo zdeterminowanych sposobów postrzegania siebie [15].

Jak zauważa Bokszański, wzrost zainteresowań interdyscyplinarnych powyższą problematyką wynika m.in. ze złożoności struktury społecznej, skomplikowanych wzorców wielości pełnionych przez jednostkę ról społecznych, zjawisk alienacji społecznej, ucieczki od rzeczywistości, buntu czy kontestacji rzeczywistości. Taki stan rzeczy doprowadził do sytuacji, w której jednostka będąca aktorem społecznym, umiejscowiona na poziomie usytuowanych przebiegów interakcyjnych, staje się wyraźnie świadoma siebie i zainteresowana tym, kim jest w całym obserwowanym przez nią uniwersum [15]. Ponadto czołowi współcześni myśliciele zajmujący się rozważaniami nad tożsamością (Bauman, 1993; Foucault, 1993; Talyor, 1996; Giddens, 2002; Bokszański, 2007) konstatują, że tożsamość nie jest już dzisiaj społecznie nadawana i przypisywana, lecz należy ją traktować jako zjawisko proceduralne, dynamiczne, o zmiennym charakterze. Współczesna tożsamość jest intencjonalnie i indywidualnie kreowana na podstawie indywidualnie motywowanych wyborów.

Socjologiczne pojęcie tożsamości ma bardzo wiele znaczeń i jak wskazuje analiza literaturowa, można to pojęcie rozpatrywać w różnych perspektywach teoretycznych. Tak więc socjologiczne pojęcie tożsamości odnosi się m.in. do tego, jak ludzie rozumieją sami siebie i co ma dla nich znaczenie. Nauka ta wskazuje na dwa typy tożsamości: tożsamość społeczną i tożsamość jednostkową (lub tożsamość osobistą). Istnieje między nimi różnica analityczna, ale w praktyce są one ze sobą ściśle związane [2].

Tożsamość społeczna zasadza się na potrzebach przynależności i podobieństwa do innych i związana jest z akceptacją tego, co upodabnia ludzi do siebie. Tożsamość społeczna wg Tajfela i Turnera rozumiana jest jako część koncepcji siebie jednostki, wynika z jej przynależności do określonej grupy społecznej, skła-

dają się na nią trzy elementy: dostępność poznawcza przynależności (centralność), wartości i emocje wzbudzone poprzez fakt przynależności do danej grupy (afekt wewnątrzgrupowy) oraz poczucie więzi wspólnotowej z członkami danej grupy (więzi wewnątrzgrupowe) [16].

Częścią tożsamości społecznej jest tzw. tożsamość narodowa. „...Jest ona rozumiana jako poczucie odrębności wobec innych narodów, kształtowane między innymi przez takie czynniki, jak język, terytorium, historia narodu, świadomość pochodzenia, świadomość narodowa, kultura (jest efektem kulturalizacji, czyli wprowadzania i wchodzenia w uniwersum kultury symbolicznej)” [17]. Z kolei tożsamość osobistą rozpatrywać należy jako zjawisko *per excellence* immanentne, rozwój tego typu tożsamości przypisuje się strukturze i organizacji sądów osobistych. „(...) prawdopodobnie w pełni ukształtowaną tożsamość mają jedynie ludzie, których samowiedza tworzy strukturę hierarchiczną. Szczególnie ważne jest to, aby hierarchicznie uporządkowane były sądy dystynktywne oraz stabilne sądy centralne. Struktura taka jest najbardziej spójna i najlepiej zintegrowana. Pozwala ona spojrzeć na własną osobę jako na pewną całość. Inaczej jest z ludźmi, których samowiedza tworzy strukturę wiązkową. Ponieważ relacje między wiązkami są niejasne, nieokreślone lub w ogóle nie występują, człowiek nie może ukształtować dojrzałego przekonania o własnej tożsamości” [18]. Ponadto tożsamość osobista zakotwiczona jest w potrzebie unikalności i bazuje na dążeniu jednostki do określenia swojej niepowtarzalności w stosunku do innych ludzi i wysokim wartościowaniu samego siebie. Za podstawowe dla tożsamości Boski uznaje dwa atrybuty: kryterialny i korelatywny. Tożsamość kryterialna związana jest z wrodzonymi właściwościami organizmu człowieka oraz uwarunkowaniami wynikającymi z przynależności do danej kultury. Atrybutem kryterialnym tożsamości osobistej są więc:

- świadomość własnej fizyczności (twarzy, postaci, głosu),
- pamięć autobiograficzna odnosząca się do dat ważnych w życiu człowieka, osiągnięć i porażek związanych z jego działalnością.

Atrybutem kryterialnym tożsamości społecznej są symbole kulturowe, do których należą:

- zakres wiedzy i znajomość otaczającego świata,
- znaczenia osobiste przypisywane do fragmentów rzeczywistości i systemu wartości obowiązującego w kulturze,
- symbole przynależności do grupy społecznej, pozwalające na samoidentyfikację.

Atrybuty korelatywne są to nabyte właściwości osobowościowe, indywidualne cechy osobowości zgodne z typologią tych cech, obowiązującą w społeczeństwie

i kulturze. Do atrybutów korelatywnych tożsamości osobistej Boski zalicza:

- cechy przymiotnikowe używane na określenie osobowości (np. poważny, uczciwy itp.),
- podstawowe wymiary osobowości, takie jak: ekstrawersja, lęk, inteligencja.

Za podstawowe atrybuty tożsamości społecznej Boski uważa wartości kulturowe, przekazywane w procesie socjalizacji i podlegające internalizacji, oraz zbieżność obrazu samego siebie z prototypami istniejącymi w społeczeństwie [19].

W obszarze zainteresowań psychologii problematykę tożsamości odnajdujemy w nowej orientacji fenomenologiczno-egzystencjalnej, która powstała jako kompilacja dwóch nurtów. Pierwszy nawiązuje do Heideggera i jego egzystencjalnej koncepcji człowieka istniejącego w świecie, drugi odnosi się do fenomenologii Husserla. Takie podejście do tożsamości uwzględnia trzy wymiary ludzkiego istnienia: „ja – świat natury”, „ja – świat relacji międzyludzkich” oraz „ja – świat własnych właściwości fizycznych, charakterologicznych”, „świat ustosunkowań do samego siebie”. Frank zwraca szczególną uwagę na napięcie w doświadczeniu relacji „ja – świat”. Odkrywanie świata obiektywnych wartości jest jednocześnie odkryciem więzi z ponadindywidualną całością, ujrzaniem nowego, pełniejszego wymiaru ludzkiego istnienia, doświadczeniem bycia częścią większej całości. Ukierunkowanie na wartości (szczególnie na tzw. wartości ostateczne) pozwala jednostce przekraczać aktualny stan i odkryć nowy sens relacji „ja – świat”. Odkrycie świata obiektywnych wartości jest także, zdaniem Franka, odnalezieniem i poznaniem samego siebie [20].

W tym miejscu należy nadmienić, że w perspektywie psychologicznej tożsamość człowieka rozpatrywana jest w dwóch aspektach: subiektywnym i obiektywnym. Aspekt subiektywny to przeżywanie przez samą jednostkę swej stałości, to percepcja własnej postaci, każdej części ciała, psychiki. Powstaje ona w biegu życia, w tysiącach różnych zdarzeń i interakcji, wykonywanych zadaniach, realizowanych planach [21]. Tożsamość w ujęciu obiektywnym to przede wszystkim bycie tym samym w ocenach postrzegających nas ludzi (twoje ruchy, twój chód, gesty, uśmiech, twój styl), to sposób postrzegania jednostki przez innych, społeczna ocena psychologicznego aspektu tożsamości – „kim ona jest?”.

Na koniec rozważmy pojęcie tożsamości w ujęciu pedagogicznym. Zdaniem Nikitorowicza jest ona wynikiem kontaktu jednostki z innymi grupami, sposobem określania samego siebie przez przynależność do różnego typu grup społecznych. Tożsamość jednych grup może być oparta na religii, wspólnocie dziejów, na wierze w wywodzenie się od tych samych przodków, innych – na postępowaniu się tym samym językiem czy

mieszkanii na określonym terytorium, wspólnocie obyczajów i zwyczajów. Tożsamość można określić jako spotkanie teraźniejszości z przeszłością i antycypowaną przyszłością. Wyrasta ona ze świadomego orientowania się ludzi na wartości grupy, które decydują o swoistości i odrębności, wyrażając się w emocjonalnym stosunku do wartości. Stąd mała ojczyzna, prywatna ojczyzna, tutejszość, swojska obyczajowość, zakorzenie. Tożsamość grupowa stanowi zestaw wartości i celów strukturalizujących życie jednostki, które są nierozzerwalne z ludzką egzystencją i z takimi pojęciami, jak: wolność i wybór, odpowiedzialność i zobowiązanie przed sobą i grupą. Człowiek bez zobowiązań nie posiada odpowiedzialności i tym samym jest pozbawiony wolności, stąd osobista tożsamość jest zawsze społeczną tożsamością [22].

Ważnym zagadnieniem odnoszącym się do niniejszego artykułu jest także rozróżnienie pojęcia tożsamości od poczucia tożsamości, czyli subiektywnego postrzegania siebie, które – jak stwierdza MacIntyre – „...jest jednym z produktów społecznej konstrukcji podejmowanej przez aktorów społecznych, wytworzonym w interakcjach, gdzie ludzie zdają sobie sprawę ze swoich działań przez sytuowanie ich we własnej opowieści” [23]. Rozróżnienie tych pojęć jest wynikiem oddzielenia perspektywy zewnętrznej od podmiotowej. Pojęcie tożsamości bywa wiązane z treściami zewnętrznej, tworzonej i przekazywanej jej przez otoczenie w procesach socjalizacji, definicji jednostki. Mechanizmy kształtowania się tak rozumianej tożsamości nie zawsze jednak prowadzą do internalizacji owych treści. Jednostka może nie tylko przekształcić, lecz także odrzucić oferowaną jej tożsamość, stwarzając alternatywny zespół wyobrażeń dotyczących własnej osoby. Przykładem tego zjawiska są np. problemy tożsamości interseksualistów, osób dokonujących konwersji religijnej czy zmieniających przynależność państwową. Problemy te dowodzą, że tożsamość przypisywana nie musi pokrywać się z tożsamością przez jednostkę przyjętą lub doświadczaną. Tak rozumiana tożsamość własna (poczucie tożsamości) manifestuje się w dwóch wymiarach. Jednym z nich jest aspekt unikalności i odróżniania się od innych ludzi, drugim – aspekt wspólnoty i podobieństwa. Poczucie odrębności jest uwarunkowane świadomością względnie stałych cech indywidualnych wyróżniających podmiot spośród wielu jemu podobnych. Poczucie wspólnoty buduje świadomość cech podzielanych z innymi ludźmi. Dwoistość składowych tożsamości własnej daje przy tym bodziec do wyodrębnienia subsystemów tożsamości osobistej i tożsamości społecznej [24].

Podsumowanie

Przedstawiona w tej pracy analiza porusza zagadnienie aksjologicznych korelatów tożsamości narodowej

oraz poczucia tożsamości narodowej. Dokonujące się na naszych oczach zmiany niemal w każdym wymiarze ludzkiego życia, w szczególności narastające zjawisko transgraniczności i towarzysząca jej transkulturowość, które są wynikiem m.in. globalizacji, spowodowały, że współczesny świat społeczny powoli staje się światem jednego narodu. Jak pokazuje analiza literaturowa, w tych zmianach przedstawiciele różnych grup zawodowych, w tym i pracownicy służby zdrowia, dostrzegają dla siebie szansę na lepsze zarobki czy też poprawę warunków pracy. W związku z powyższym istnieje potrzeba modyfikacji lub ponownego definiowania wielu pojęć, w tym tożsamości narodowej, europejskiej czy też poczucia tożsamości narodowej, jak również odświeżania nowych, pełniejszych aspektów zjawiska tożsamości, tym bardziej że sytuuje się ono w sferze zjawisk cechujących się znaczną dynamicznością i dlatego wymaga podejmowania systematycznych, interdyscyplinarnych analiz oraz badań o charakterze eksploracyjno-diagnostycznych.

Piśmiennictwo

1. Szopski M. Dylematy wielokulturowości w metropoliach Europy. Warszawa: Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej; 1998. 48.
2. Giddens A. Socjologia. Warszawa: PWN; 2006. 52, 282.
3. Kaczmarczyk P, Okólski M. Migracje specjalistów wysokiej klasy w kontekście członkostwa Polski w Unii Europejskiej. Warszawa: Wyd. Urząd Komitetu Integracji Europejskiej, Departament Analiz i Strategii; 2005. 7.
4. Dyczewski L. Naród podmiotem kultury. W: Dyczewski L (red.). Tożsamość polska i otwartość na inne społeczeństwa. Lublin: Wyd. KUL; 1996. 7.
5. Jan Paweł II. Synodalna adhortacja apostołska. Rozdz. VII. 2003; nr 72.
6. Nikitorowicz J. Tożsamość w edukacyjnym procesie wielokulturowym. W: Urlińska M (red.). Edukacja a tożsamość etniczna. Materiały z konferencji naukowej w Rabce. Toruń 1995. 117.
7. Faist T. The Volume and Dynamics of International Migration and Transnational Social Space. Oxford: Oxford University Press; 2002. 7.
8. Morawska E. Disciplinary agendas and analytic strategies of research on immigration and transnationalism. *Int Migr Rev.* 2003; 3(27): 611–640.
9. Niedźwiedzki D. Migracje i tożsamość. Od teorii do analizy przypadku. Kraków: Wyd. NOMOS; 2010. 10.
10. GUS. Informacja o rozmiarach i kierunkach czasowej emigracji z Polski w latach 2004–2014.
11. (Dostępne w Internecie:) <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/migracje-zagraniczne-ludnosc/informacja-o-rozmiarach-i-kierunkach-emigracji-z-polski-w-latach-20042015,2,9.html> (data dostępu: 12.07.2016).
12. W Polsce zabraknie pielęgniarek, <http://www.pulshr.pl/rynek-zdrowia/w-polsce-zabraknie-pielęgniarek,27215.html> (data dostępu: 12.07.2016).
13. Bera R. Aksjologiczny sens pracy a poczucie jakości życia młodych emigrantów polskich. Lublin: Wyd. UMCS; 2008. 103.
14. Błaszczak M, Pluta J. Tożsamość układu lokalnego a problem reintegracji. W: Szlachcicowa I (red.). Religia – przekonania – tożsamość: szkice socjologiczne. *Acta Universitatis Wratislaviensis. Socjologia.* 1998; 26: 116.
15. Chałas K. Globalizacja wyzwaniem do kreowania tożsamości w procesie edukacji. W: Kojsa W (red.). Edukacyjne konteksty procesów globalizacji. Cieszyn: Uniwersytet Śląski. Filia w Cieszynie; 2001. 83–84.
16. Bokszański Z. Tożsamość, biografia i system działania – perspektywa Floriana Znanieckiego. W: Machaj I (red.). Małe struktury społeczne. Lublin: Wyd. UMCS; 2004. 121–123.
17. Cameron JE, Lalonde RN. Social identification and gender-related ideology in women and men. *Brit J Soc Psychol.* 2001; 40: 59–77.
18. Przybysz PJ. Stereotyp a tożsamość narodowa. Kilka uwag na marginesie książki H. Sienkiewicza „Ogniem i mieczem”. W: Szwed R (red.). Dylematy tożsamości zbiorowych. Przyczynek do rozważań nad tożsamością ukraińską, polską i europejską. Lublin: Wyd. KUL; 2007. 79–98.
19. Kozielecki J. Psychologiczna teoria samowiedzy. Warszawa: PWN; 1986. 331–332.
20. Mielicka H. Proces rozwoju tożsamości. W: Mielicka H (oprac.). Socjologia wychowania. Wybór tekstów. Kielce: Wyd. Stachurski; 2000. 28–29.
21. Kociuba J. Tożsamość aktora. Lublin: Wyd. UMCS; 1996. 35–36.
22. Rybczyńska DA, Olszak-Krzyżanowska B. Aksjologia pracy socjalnej – wybrane zagadnienia. Warszawa: Wyd. Scholar; 1995. 11.
23. Nikitorowicz J. Tożsamość – istota, geneza, wymiary. W: Pilch T (red.). Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku. Warszawa: Wyd. Żak; 2007. 757.
24. Kostera M. Współczesne koncepcje zarządzania. Warszawa: Wyd. Nauk. Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego; 2008. 87.
25. Błęszyńska KM. Tożsamość – orientacje teoretyczno-metodologiczne. W: Pilch T (red.). Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku. Warszawa: Wyd. Żak; 2007. 769–770.

Artykuł przyjęty do redakcji: 20.07.2016

Artykuł przyjęty do publikacji: 05.09.2016

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Renata Rasińska
ul. Mariana Smoluchowskiego 11
60-179 Poznań
tel.: 61 8612 254
e-mail: rasińska@ump.edu.pl
Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

PROBLEMY WYCHOWAWCZE I ŚRODOWISKOWE W ZESPOLE NADPOBUDLIWOŚCI PSYCHORUCHOWEJ – STUDIUM PRZYPADKU

EDUCATIONAL AND ENVIRONMENTAL PROBLEMS IN ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER – CASE STUDY

Joanna Świerczek, Marta Grabek

Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa
Szkoła Wyższa Planowania Strategicznego w Dąbrowie Górniczej

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2017.22>

STRESZCZENIE

Założenia. Dziecko z ADHD wymaga pomocy w organizacji świata zewnętrznego, stałego systemu norm i zasad, stymulowania rozwoju zdolności do samokontroli i usprawniania procesów poznawczych. Konieczne jest też podjęcie nad jego samooceną pracy – stanowi ona podstawowy element profilaktyki wtórnych objawów zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi. Celem własnych analiz była próba określenia wpływu oddziaływania terapeutycznego oraz oddziaływania opiekuńczo-wychowawczego na rozwój dziecka objętego badaniem.

Prezentacja przypadku. W analizach własnych badaniem objęto 12-letniego chłopca o prawidłowym rozwoju fizycznym i motorycznym oraz wysokiej sprawności fizycznej. Na podstawie zebranych wyników dotychczas przeprowadzonych badań medycznych oraz na podstawie opinii Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej stwierdzono występowanie u dziecka zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi oraz szeregiem trudności w funkcjonowaniu chłopca w środowisku rodzinnym, szkolnym oraz w społeczeństwie. Celami oddziaływań terapeutycznych były: ujednoczenie oraz harmonizacja rozwoju procesów poznawczych, doskonalenie koncentracji uwagi, analizy i syntezy wzrokowej, koordynacji wzrokowo-ruchowej, które miały przyczynić się do pokonania trudności w nauce. Natomiast celami oddziaływań opiekuńczo-wychowawczych były: praca nad prawidłowym funkcjonowaniem chłopca w grupie rówieśniczej, poprawa jakości i organizacji działań podejmowanych przez dziecko, uczenie go panowania nad emocjami, wyrobienie umiejętności pokonywania trudności i radzenia sobie z niepowodzeniami szkolnymi. Działania te miały pozytywnie wpłynąć na samoocenę i sposób, w jaki dziecko jest postrzegane przez otoczenie.

Wyniki. Zadania opiekuńczo-wychowawcze wobec chłopca objętego analizą realizowane były przez nauczycieli, rodziców oraz psychoterapeutę w placówce szkolnej w trakcie codziennych zajęć dydaktycznych oraz zajęć pozalekcyjnych, jak również w domu dziecka. Realizacja wszystkich zadań była zgodna z zaleceniami zawartymi w opinii wydanej przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną. Przeprowadzono systematyczne rozmowy z rodzicami chłopca, konsultacje z pedagogiem szkolnym. Istotne znaczenie miała współpraca z psychoterapeutą. Zajęcia wyrównujące wiedzę i indywidualne rozmowy, w trakcie których chłopiec nawiązał bliższy kontakt z wychowawcą, ułatwiły mu pokonywanie trudności i dyskretne rozwiązywanie bieżących problemów wychowawczych. Podejmowane działania miały wielokierunkowy charakter i pozwoliły nie tylko na ujednoczenie i harmonizację rozwoju chłopca, ale również na poprawę jego sytuacji w szkole.

SŁOWA KLUCZOWE: ADHD, psychoterapia, psychoedukacja.

ABSTRACT

Assumptions. A child with ADHD needs help in the organization of the external world, a permanent system of norms and rules, stimulate the development of self-control and ability to improve cognitive processes. It is also necessary to work on his/her self-esteem, the production of which is an essential element of prophylactic secondary symptoms of attention deficit hyperactivity disorder with attention deficit.

Case report. The research included a twelve year old boy with normal physical and motor development and high physical activity. On the basis of the collected material the child was diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder attention and many difficulties concerning his functioning in the family, school and society. The aim of therapeutic activities was standardization and harmonization of cognitive processes development, concentration improvement, visual analysis and synthesis, visual motor coordination, which are expected to contribute to overcoming learning difficulties. By contrast, the aim of care and education actions was to work on the boy's proper functioning in a peer group, improve of the quality and organization of work, learn to self-control emotions, work out skills and overcome difficulties, cope with school failure, positively affect the self-esteem and its reception in the environment.

Results. Care and education tasks implemented during daily classes and extracurricular activities, were based on the psychological and educational opinion, regular conversations with his parents, consultations with the school counselor, and cooperation with the therapist. Classes leveling knowledge and individual interviews, during which the boy was in a close relationship with the teacher, facilitated overcoming difficulties and discreet solving current educational problems. The actions taken were of multi-directional nature and allowed not only to unify and harmonize the development of the boy, but also to improve his situation at school.

KEYWORDS: ADHD, psychotherapy, psychoeducation.

Wprowadzenie

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ang. *attention deficit hyperactivity disorder* – ADHD) przez specjalistów zaliczany jest do zaburzeń hiperkinetycznych charakterystycznych dla okresu dzieciństwa, prowadzących do istotnego upośledzenia funkcjonowania bio-psycho-społecznego dziecka oraz zwiększających ryzyko wystąpienia innych zaburzeń psychicznych, takich jak: zaburzenia zachowania czy nadużywanie substancji psychoaktywnych. Współcześnie w piśmiennictwie specjalistycznym stosowane są równoległe dwie, równoprawne nazwy tego schorzenia: amerykańska, czyli zespół ADHD, traktująca schorzenie jako nadpobudliwość psychoruchową z zaburzeniami koncentracji uwagi, oraz europejska: *hyperkinetic disorder*, traktująca schorzenie jako zespół hiperkinetyczny lub zaburzenia hiperkinetyczne [1]. Według Hallowella zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi jest zaburzeniem neurologicznym, na które składa się klasyczna triada następujących objawów: impulsywność, zaburzenia koncentracji i nadruchliwość lub nadmiar energii [2].

Zespół ADHD występuje na całym świecie i jest rozpoznawany niemal we wszystkich kulturach. Metaanalizy dostępnych badań prowadzonych w tym zakresie dowodzą, że rozpowszechnienie tej jednostki chorobowej na całym świecie wynosi około 3,5% dla populacji dzieci i młodzieży oraz 4,4% dla osób dorosłych [2]. Szczyt rozpowszechnienia ADHD przypada pomiędzy 6. a 9. rokiem życia dziecka i jest bezpośrednim następstwem niemożności adaptacji nieuważnego, nadmiernie ruchliwego oraz impulsywnego dziecka do systemu szkolnego. Objawy zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi w części przypadków są obecne również w okresie dorastania oraz w dorosłym życiu. Jak wskazują specjaliści, objawy charakterystyczne dla ADHD mogą utrzymywać się w około 70% u osób w okresie dorastania oraz u 30–50% osób dorosłych. Analiza dostępnego materiału pozwala na stwierdzenie, że częściej zespołem hiperkinetycznym dotknięci są chłopcy. W zależności od użytych przez badaczy kryteriów diagnostycznych proporcje między częstością występowania ADHD u dziewcząt i chłopców przedstawiają się różnorodnie – od 1:10, poprzez 1:20 w grupach klinicznych, aż do 1:4, a nawet 1:2,5 w określonych grupach populacyjnych [3].

Cel pracy

Celem własnych analiz była próba określenia wpływu oddziaływania terapeutycznego oraz oddziaływania opiekuńczo-wychowawczego na rozwój dziecka objętego badaniem.

Opis przypadku

Do przeprowadzenia badań wykorzystano metodę obserwacyjną bez interwencji badacza. Do opisu tego przypadku posłużono się danymi z dokumentów (orzeczenia Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej, książeczka zdrowia dziecka, opinie nauczycieli szkolnych i przedszkolnych), arkuszy obserwacji, kwestionariuszy wywiadu. Dokonując tego wyboru, kierowano się następującymi kryteriami: wiek, stopień nasilenia objawów chorobowych, możliwość częstego przebywania obserwatora w otoczeniu dziecka, różnorodność zachowań chłopca, łatwość nawiązywania kontaktu przez dziecko oraz możliwość przeprowadzenia wiarygodnego i wyczerpującego wywiadu.

Analizą objęto 12-letniego chłopca z prawidłowym rozwojem fizycznym, prawidłowym rozwojem motorycznym oraz wysokim poziomem sprawności fizycznej. W wywiadzie rodzinnym dziecka stwierdzono wpływ zdiagnozowanego nowotworu gruczołu piersiowego u matki oraz wynikających z niego wielokrotnych hospitalizacji na zaostrzenie objawów zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi u dziecka, wystąpienie lęku, niepokoju oraz obniżonej samooceny.

Rozpoznane problemy

Badania psychologiczne przeprowadzone u dziecka potwierdziły jego ponadprzeciętny, choć nieharmonijny rozwój umysłowy, pozwalający na realizację programu szkoły masowej. Niemniej jednak chłopiec wykazywał wyraźne trudności w sprostaniu sytuacji zadaniowej, nieumiejętność skupienia uwagi, obniżoną funkcję percepcyjno-motoryczną, opóźnienie w sferze emocjonalno-motywacyjnej, wyraźne cechy obniżonego krytycyzmu oraz szereg cech charakterystycznych dla zespołu nadpobudliwości psychoruchowej. Zachowania te wpłynęły w sposób negatywny na postępy edukacyjne i wychowawcze chłopca. Niepowodzenia szkolne z zakresu edukacji polonistycznej i matematycznej zniechęcały go do dalszej pracy. Dodatkowo problemy z zachowaniem dziecka wzbudzały niechęć jego rówieśników do kontaktów z nim, a chłopiec zaczął wykazywać wysoki stopień agresji wobec najbliższego otoczenia.

Na podstawie wyników badań lekarskich oraz opinii Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej stwierdzono występowanie u dziecka zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi oraz szeregiem trudności w funkcjonowaniu chłopca zarówno w środowisku rodzinnym, jak i w środowisku szkolnym oraz w społeczeństwie.

Działania podjęte w celu rozwiązania problemów występujących u dziecka

Celami oddziaływań terapeutycznych podjętych wobec dziecka były: ujednoczenie oraz harmonizacja rozwoju procesów poznawczych, doskonalenie koncentracji uwagi, analizy i syntezy wzrokowej oraz koordynacji wzrokowo-ruchowej, które w konsekwencji miały przyczynić się do pokonania trudności w nauce. Działania te realizowane były przez pracowników Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej, pod której opieką znajduje się chłopiec, oraz przez psychoterapeutę pracującego na zlecenie rodziców, i miały na celu: rozwijanie sprawności manualnej oraz usprawnienie grafomotoryki ręki wiodącej, rozwijanie percepcji wzrokowej, słuchowej, koordynacji wzrokowo-słuchowej, rozwijanie słuchu fonematycznego, doprowadzenie do samodzielnego wykonania zadania zgodnie z poleceniem nauczyciela, wyrobienie czujności ortograficznej dotyczącej pisowni wyrazów ze zmiękczeniami, dwuznakami, ze zwróceniem uwagi na popełniane na bieżąco błędy ortograficzne, przestrzeganie dotychczas poznanych reguł ortograficznych, stosowanie ćwiczeń w czytaniu ze zrozumieniem z nastawieniem dziecka na zapamiętywanie informacji; rozwijanie i koordynowanie rozwoju procesów, które są zaangażowane w uczenie się matematyki (rozwijanie procesów poznawczych, usprawnianie percepcji wzrokowej i słuchowej oraz koordynacji wzrokowo-ruchowej, trening w zakresie uważnego słuchania instrukcji i wychwytywania informacji istotnych dla zrozumienia i respektowania reguł, trening skupiania uwagi, trening rozumowania w grach, zabawach i zadaniach). Aby osiągnąć te cele, dostosowano warunki w sali lekcyjnej do potrzeb chłopca i przydzielono mu miejsca w pierwszej ławce, w sali lekcyjnej umieszczono plansze informujące o regułach, zasadach postępowania oraz postępkach w ich przestrzeganiu, dbano o atrakcyjność i różnorodność zajęć, przygotowanie jasnej, przejrzystej struktury lekcji, staranne planowanie czasu, uwzględnianie potrzeby zmiany rodzaju aktywności uczniów podczas zajęć, wprowadzanie różnych aktywizujących metod i form pracy, włączanie krótkich ćwiczeń ruchowych w przerwy między lekcjami. Nauczyciele powtarzali również najważniejsze elementy lekcji, zapisywali je we właściwej kolejności na tablicy, zachęcali chłopca oraz pozostałych uczniów do zadawania pytań. Angażowali także pozostałych uczniów we wzajemną pomoc w nauce, przydzielali role z uwzględnieniem mocnych stron każdego ucznia, chwalili postępy w działaniach podejmowanych przez chłopca z własnej inicjatywy oraz wzmacniali poczucie własnej wartości chłopca przez udział w sukcesach kolegów.

Celami oddziaływań opiekuńczo-wychowawczych realizowanych przez nauczycieli oraz rodziców dziecka były: praca nad prawidłowym funkcjonowaniem chłopca w grupie rówieśniczej, poprawa jakości i organizacji jego pracy, uczenie panowania chłopca nad emocjami, wyrobienie w nim umiejętności pokonywania trudności oraz radzenia sobie z niepowodzeniami szkolnymi. Działania te miały pozytywnie wpłynąć na samoocenę chłopca oraz jego odbiór w otoczeniu. Działania wychowawcze realizowane przez nauczycieli i rodziców odnosiły się przede wszystkim do pokazania dziecku, czego się od niego oczekuje, stanowczego reagowania na niepożądane zachowanie chłopca, pokazania mu, w jaki sposób naprawić złe uczynki, pozwolenia na ponoszenie konsekwencji złego zachowania, ustalenia stałych i niezmiennych elementów dnia.

Zadania wychowawcze wobec chłopca objętego obserwacją realizowano w placówce szkolnej w trakcie codziennych zajęć dydaktycznych oraz w placówce szkolnej i w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w ramach zajęć pozalekcyjnych, na podstawie opinii wydanej przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną, systematycznych rozmów z rodzicami chłopca, konsultacji z pedagogiem szkolnym. Zadania opiekuńczo-wychowawcze wobec dziecka realizowane były również w domu przez rodziców. Zajęcia wyrównujące wiedzę i indywidualne rozmowy, w trakcie których chłopiec nawiązał bliższy kontakt z wychowawcą, ułatwiły w znaczący sposób pokonywanie trudności i dyskretne rozwiązywanie bieżących problemów wychowawczych. Pozwoliły one również na podniesienie samooceny dziecka oraz poprawę jego relacji z rówieśnikami. Wszystkie działania opisane w niniejszym tekście realizowane były przez jeden semestr zajęć szkolnych.

Dyskusja

Trudności w uczeniu się w przypadku dzieci z nadpobudliwością psychoruchową powiązane są z zaburzeniami procesów uwagi i pamięci [4]. Do najpoważniejszych konsekwencji zaburzeń uwagi zalicza się niewykorzystanie przez dziecko jego możliwości oraz zbyt wczesne zakończenie kariery szkolnej. Brak koncentracji niejednokrotnie bywa interpretowany jako lenistwo, brak odpowiedzialności, brak zainteresowania czy wreszcie zachowanie opozycyjne [5]. Problemy z impulsywnością i kontrolą zachowań powodują, że dziecko z ADHD nie potrafi przewidywać konsekwencji swojego działania i choć zna reguły postępowania w szkole, ma problem z ich właściwym stosowaniem. Często jest odrzucane przez grupę rówieśniczą, nieakceptowane w klasie i krytykowane przez dorosłych [6–8]. Rodzice dziecka z ADHD mają także bardzo częstą styczność

z kłamstwem dziecka, będącym jego sposobem radzenia sobie w trudnych sytuacjach [9].

Postępowanie z dzieckiem nadpobudliwym psychoruchowo musi być zawsze wielokierunkowe (multimodalne) i oddziaływać zarówno na samo dziecko, jak i na jego otoczenie. Niezbędne jest więc połączenie poradnictwa, oddziaływania psychospołecznego, a w razie potrzeby psychoterapii i farmakoterapii. W związku z podkreślanym w piśmiennictwie specjalistycznym znaczeniem wielokierunkowości działań również w przypadku dziecka objętego obserwacją wdrożono te założenia, proponując rodzicom zarówno wsparcie w oddziaływaniach opiekuńczo-wychowawczych, jak również szereg działań terapeutycznych i wyrównawczych.

Leczenie zespołu hiperkinetycznego jest wieloletnie i czynnie angażuje nie tylko lekarza prowadzącego dany przypadek, ale również rodzinę i szkołę dziecka. Często wskazane są: terapia indywidualna lub grupowa, trening umiejętności społecznych, terapia zaburzeń uwagi i odpowiednia postawa osób bliskich [7, 8, 10]. Podstawą pracy z dzieckiem z ADHD jest rzetelna wiedza na temat nadpobudliwości psychoruchowej oraz cierpliwa, spokojna, pełna zrozumienia i życzliwości postawa personelu medycznego, rodziców i nauczycieli.

Specjaliści podkreślają, że dzieci, u których zastosowano więcej rodzajów interwencji, lepiej funkcjonują po 1–3 latach leczenia niż dzieci, u których ograniczono się tylko do jednego rodzaju działań, a w niektórych przypadkach niezbędne jest także wdrożenie bezpiecznej farmakoterapii. Działanie to podejmowane jest szczególnie u dzieci, u których sama modyfikacja metod wychowawczych oraz inne metody terapii nie dają wystarczającego efektu lub nie mogą być zastosowane [10–12].

W okresie dorastania u wielu dzieci z ADHD można zaobserwować stopniową poprawę aktywności i uwagi, szczególnie jeśli są one objęte wielowymiarową terapią. Dojrzewanie to okres, w którym młodzież przeżywa niezdefiniowany bunt przeciwko obowiązującym normom, okres, w którym pojawiają się nowe autorytety, tajemnice i pierwsze sympatie. Jest to dość trudny czas dla każdego nastolatka, zmienia się zarówno jego strona fizyczna, jak i strona umysłowa. Część nadpobudliwych nastolatków rezygnuje z wielu zadań realizowanych przez rówieśników, zniechęca się do nich, przewidując, że zrobią to źle, lub nie są w stanie wykonać tego do końca. Wśród nadpobudliwej młodzieży są również takie osoby, które widząc swoją odmienność, będą starały się w pewien sposób zapanować nad tym procesem [13]. Wiele trudnych zachowań związanych ze specyfiką funkcjonowania dziecka z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi wpływa na charakter komunikacji i kontakty z otoczeniem [14].

Podsumowanie

Dziecko z ADHD wymaga pomocy w organizacji świata zewnętrznego, stałego systemu norm i zasad, stymulowania rozwoju zdolności do samokontroli i usprawniania procesów poznawczych. Konieczne jest też podjęcie nad jego samooceną pracy – stanowi ona podstawowy element profilaktyki wtórnych objawów zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi. Równolegle należy zwracać uwagę na potrzeby i problemy rodzeństwa. W świetle prezentowanych badań szczególnie istotne dla rodzeństwa dzieci z ADHD jest zaspokojenie naturalnej potrzeby uwagi rodzicielskiej oraz budowanie poczucia bezpieczeństwa i stabilności. Zaspokojenie tych potrzeb daje podstawę do prawidłowego kształtowania się postaw dziecka z ADHD wobec życia, stosunku do siebie samego i wyznaczania realnych celów [15, 16].

Piśmiennictwo

1. Dąbrowska M, Borkowska A. Badania aktywacji półkulowej mózgu u dzieci z zespołem deficytu uwagi z nadrużliwością. Neuropsychologiczna ocena dysfunkcji czołowej u dzieci i młodzieży z ADHD. W: Namysłowska I (red.). Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2000. 35–45.
2. Patycka B. Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi. Życie Szkoły. 2002; 7: 20–128.
3. Latecka W. Zespół nadpobudliwości psychoruchowej. W: Kott T (red.). Uczeń z przewlekłą chorobą i uczeń z zaburzeniami psychicznymi w szkole ogólnodostępnej. Warszawa: MENiSW; 2005. 81–90.
4. Herda-Płonka K. Środowisko rodzinne i szkolne wobec zespołu ADHD u dzieci w młodszym wieku szkolnym. Kraków: Impuls; 2012. 45–76.
5. Namysłowska I (red.). Psychiatria dzieci i młodzieży. Warszawa: PZWL; 2007. 205–228.
6. Srebnicki T, Wolańczyk T. One są wśród nas. Dziecko nadpobudliwe w szkole i przedszkolu. Poradnik dla nauczycieli i pedagogów. Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji; 2010. 12–34.
7. Hallowel E, Ratey J. W świecie ADHD. Nadpobudliwość psychoruchowa z zaburzeniami uwagi u dzieci i dorosłych. Poznań: Media Rodzina; 2004. 56–78.
8. Prekop I, Schweizer Ch. Niespokojne dzieci: poradnik dla zaniepokojonych rodziców. Poznań: Media Rodzina of Poznań; 1997. 7–12.
9. Żebrowska M (red.). Psychologia rozwojowa dzieci i młodzieży. Warszawa: PWN; 2000. 6–9.
10. Schafer U. Dlaczego dzieci się wiercą. Warszawa: Erda; 2001. 12–17.
11. Carter Ch. ADHD/ADD. Jak pomóc dziecku ogarnąć chaos. Warszawa: PZWL; 2012. 32–35.
12. Kaja B. Zarys terapii dziecka. Bydgoszcz: Wyd. Wyższej Szkoły Pedagogicznej; 1998. 48–54.
13. Miñkiewicz S. Dziecko z trudnościami w rozwoju. Kraków: Impuls; 2001. 112–115.
14. Kisch A, Pauli S. Co się dzieje z moim dzieckiem? Zaburzenia rozwoju ruchowego i postrzegania. Warszawa: PZWL; 2004. 89–92.
15. Kołakowski A. Kłopoty z planowaniem. Głos Nauczyciela. 2004; 16.

16. Komender J. Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi. Warszawa: PZWL; 1997. 134–142.

Artykuł przyjęty do redakcji: 15.09.2016

Artykuł przyjęty do publikacji: 01.09.2016

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Sandra Kryska

ul. Kościelna 6

41-303 Dąbrowa Górnicza

tel. kom.: 608 488 185

e-mail: sandrakryska@vp.pl

Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa

Szkoła Wyższa Planowania Strategicznego w Dąbrowie Górniczej

WSKAZÓWKI DLA AUTORÓW

WSTĘP

Informacje dla autorów

„Pielęgniarstwo Polskie” jest kwartalnikiem. Zamieszcza recenzowane prace oryginalne, poglądowe i kazuistyczne oraz recenzje książek, sprawozdania ze zjazdów naukowych, notatki kronikarskie, wspomnienia pośmiertne itp. napisane w języku polskim oraz angielskim. Czasopismo ukazuje się w papierowej wersji pierwotnej oraz w wersji elektronicznej w systemie open-access na stronie internetowej <http://www.pielęgniarstwo.ump.edu.pl/>. Siedziba redakcji czasopisma mieści się w Katedrze Pielęgniarstwa Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego, ul. Mariana Smoluchowskiego 11, 60-179 Poznań.

Zgłoszenia prac

Prace należy przesyłać drogą elektroniczną poprzez internetowy system redakcyjny przetwarzania prac „Open Journal Systems” (OJS), dostępny w zakładce „zgłaszanie manuskryptów on-line”. Pracę należy wprowadzić do systemu zgodnie z instrukcją, po uprzednim zalogowaniu się lub zarejestrowaniu – w przypadku braku swojego konta w systemie. W procesie zgłaszania pracy w systemie OJS należy pamiętać o wprowadzeniu danych:

- imię i nazwisko wszystkich autorów z afiliacją (skorzystać z opcji „dodać autora”),
- skan wypełnionego druku **Oświadczenia autorów** w pliku pomocniczym systemy edytorskiego. Wzór oświadczenia dostępny jest na: [oswiadczenie.doc](#),
- adres autora, do którego będzie kierowana korespondencja. Adres należy wpisać wyłącznie w biografii pod afiliacją wybranego autora. Należy podać: imię i nazwisko, pełny adres (ulica, kod, miejscowość), numer telefonu (służbowy), e-mail, afiliację autora.

Przygotowanie manuskryptu

Tekst powinien być napisany 12-punktową czcionką Times New Roman, z odstępem między wierszami 1,5 (półtora odstępu), 2,5 cm marginesem z każdej strony, bez sformatowania, tj. bez twardych spacji, znaków końca linii, przy użyciu tzw. miękkich enterów. Powinien być wyjustowany (wyrównany do lewego i prawego marginesu). Należy pisać zwykłą czcionką w kolorze jednolicie czarnym (dopuszcza się wytuszczenie tytułów i podtytułów), bez wyróżnień dużymi literami, bez rozstrzelania, podkreśleń linią ciągłą itp. W liczbach miejsca dziesiętne należy oddzielać przecinkami (nie kropkami). Akapity należy rozpoczynać wcięciem przy użyciu odpowiedniego polecenia w edytorze tekstu (bez używania tzw. enterów). Przed zapisem z tekstu należy usunąć wszystkie zaznaczenia używane podczas redagowania tekstu w edytorze. Prace w języku angielskim powinny być napisane poprawną angielszczyzną. Plik należy zapisać w formacie: DOC lub DOCX. Kolejne strony należy ponumerować, zaczynając od strony tytułowej.

Praca powinna zawierać, w kolejności:

- stronę tytułową,
- streszczenie w języku polskim i angielskim,
- słowa kluczowe w języku polskim i angielskim,
- manuskrypt wraz z tabelami, rycinami, fotografiami,
- piśmiennictwo wg stylu Vancouver,
- informację o źródłach finansowania i konflikcie interesów.

Strona tytułowa

Zawiera tytuł pracy w języku polskim i angielskim. W tytule nie należy zamieszczać skrótów. Prosimy o niepodawanie danych dotyczących nazwisk autorów i ich afiliacji ze względu na anonimowość recenzji.

Strona druga

Zawiera streszczenie w języku polskim i angielskim. **Streszczenie** w pracach oryginalnych powinno mieć charakter struk-

GUIDANCE FOR CONTRIBUTORS

INTRODUCTION

Information for authors

‘Pielęgniarstwo Polskie’ (‘Polish Nursing’) is a quarterly. It prints reviewed original research, opinion articles and case studies, book reviews, conference reports, notes on events, obituaries, etc. in both Polish and English. “Pielęgniarstwo Polskie” (Polish Nursing) is published in the open-access on the following website: <http://www.pielęgniarstwo.ump.edu.pl/>. The editorial office is located in the Chair of Nursing, Poznan University of Medical Sciences, Smoluchowskiego 11, 60-179 Poznan.

Paper submission

Papers should be submitted electronically via the editorial journal processing system ‘Open Journal Systems’ (OJS), available in ‘submission of manuscripts on-line’. The paper should be entered into the system in accordance with the instructions, after logging in or registering if you are new to the system. When submitting papers in the OJS be sure to enter the following data:

- all authors’ first names and surnames with affiliation (use the option ‘add the author’),
- the completed scanned form of **Authors’ declarations** in the auxiliary file of the editorial system. The model declaration is available on: [oswiadczenie.doc](#),
- the corresponding author’s address. The address should be entered only in the biographical note under the affiliation of the author in question. Please provide: name, full address (street, post code, town), office telephone number, e-mail address, author’s affiliation.

Manuscript preparation

The text should be written with 12 spot font Times New Roman, with the space between the lines 1.5 (one and a half space), 2.5 cm margin from every side, without editing, i.e. without hard spaces, end of the line signs (so-called soft enters). It should be justified (balanced to the left and right-hand margins). One should write with an ordinary font in black exclusively (greased titles and subtitles are possible), without upper case distinctions, spacing out or underlining with the solid line, etc. In numbers, decimals should be separated by commas (not dots). Paragraphs should begin indented using the appropriate commands in a text editor (without using the so-called breaks between). Before saving, one must remove all selections used when editing the text. Papers in English should be written in the correct English language. The file should be saved in the format: DOC or DOCX. Pages should be numbered, starting with the title page.

The paper should include, in order:

- title page,
- abstract in Polish and English,
- key words in Polish and English,
- manuscript with tables, figures and photographs,
- literature prepared in accordance with the Vancouver style,
- information on sources of funding and conflict of interest.

Title page

It includes the paper title in Polish and in English. The title should not contain abbreviations. Please, do not include authors’ names and affiliations due to review anonymity.

Second page:

It contains abstracts in Polish and in English. **The abstract** of original papers should be structural – it should contain: **Intro-**

turalny – zawierać: **Wstęp, Cel, Materiał i metody, Wyniki, Wnioski**; w przypadku prac kazuistycznych – **Wprowadzenie, Cel, Opis przypadku, Wnioski**; w przypadku prac poglądowych – **Wstęp, Podsumowanie kolejnych rozdziałów, Podsumowanie/Wnioski**. Streszczenie (w języku polskim oraz angielskim) powinno zawierać nie więcej niż 250 słów. Należy unikać skrótów, a w przypadku ich użycia podać wyjaśnienie przy pierwszym zastosowaniu. Pod streszczeniem należy umieścić słowa kluczowe – nie więcej niż pięć w języku polskim i angielskim, spośród wymienionych w Medical Subject Headings (MeSH).

Strona trzecia i kolejne

Powinny zawierać zasadniczy tekst pracy.

PRACA ORYGINALNA

Praca w tej kategorii przedstawia wyniki oryginalnych badań przeprowadzonych w dziedzinach zgodnych z obszarem zainteresowań czasopisma (zob. Wstęp). Konstrukcja tekstu powinna być następująca:

Wprowadzenie powinno zawierać syntetycznie ujętą podstawę teoretyczną i empiryczną badania wraz z jego uzasadnieniem, bez szczegółowego, obszernego przeglądu literatury i wcześniejszych badań.

Cel pracy powinien być jasno określony i nawiązywać do informacji podanych we **Wprowadzeniu**.

Materiał – opis powinien być na tyle szczegółowy, aby możliwa była replikacja badania.

Metody – opis powinien być na tyle szczegółowy, aby możliwa była replikacja badania. W przypadku stosowania wcześniej opublikowanych metod i narzędzi badawczych należy podać stosowne przypisy bibliograficzne.

Wyniki powinny być przedstawione w sposób jasny i zwięzły, bez szczegółowego powtarzania informacji zawartych w tabelach i rycinach.

Dyskusja powinna podkreślać znacznie wyników badań własnych w kontekście literatury przedmiotu. Nie powinna powtarzać wyników ani zastępować przeglądu piśmiennictwa.

Wnioski powinny mieć uzasadnienie w przeprowadzonym badaniu.

Tekst pracy nie powinien przekraczać 6 tys. słów, tj. ok. 12–15 stron (łącznie z tabelami, rycinami i **Piśmiennictwem**). **Piśmiennictwo** nie powinno przekraczać 25 pozycji. Należy podać informację o zgodzie właściwej komisji bioetycznej na przeprowadzenie badania (w części **Materiał** lub **Metody**).

PRACA POGŁĄDOWA

Prace w tej kategorii dotyczą przeglądu wiedzy na temat ważnych zagadnień, istotnych odkryć w zakresie pielęgniarstwa i dziedzinach pokrewnych. Układ publikacji poglądowej różni się od publikacji oryginalnej brakiem opisu przeprowadzonych badań, a zamiast dyskusji wyników zawiera kolejne rozdziały stanowiące główną część pracy (np. zestawione z sobą wnioski z innych publikacji). Zalecany jest podział tekstu na rozdziały opatrzone zwięzłymi tytułami i/lub śródtytułami. **Podsumowanie/Wnioski** zawierają własne przemyślenia wynikające z przeprowadzonego przeglądu piśmiennictwa opisanego w poszczególnych rozdziałach pracy. Objętość pracy nie może przekraczać 6 tys. słów, tj. ok. 12–15 stron (łącznie z **Piśmiennictwem**). **Piśmiennictwo** nie powinno przekraczać 40 pozycji.

PRACA KAZUISTYCZNA

Praca kazuistyczna opisuje jeden lub więcej interesujących, rzadkich przypadków. Praca powinna mieć następujący układ: **Wprowadzenie, Opis przypadku, Dyskusja**. Objętość nie może przekraczać 2,5 tys. słów, tj. ok. 3–4 stron (łącznie z **Piśmiennictwem**).

duction, Aim, Material and methods, Results and conclusions; in case studies – **Introduction, Aim, Case, Conclusions**; in review papers – **Introduction, Summary of each chapter, Summary/Conclusions**. The abstract (in Polish and English) should contain no more than 250 words.

Abbreviations should be avoided, and when used, the explanation of the first application should be given.

Under the abstract key words should be included – not more than 5 in Polish and English, from among those listed in the Medical Subject Headings (MeSH).

Third and next pages

They should contain the main text of the paper.

ORIGINAL PAPER

The original paper presents results of original investigations conducted in the field of nursery and medicine in general (see Introduction). The paper should be divided into:

Introduction – it should contain a synthetically recognized theoretical and empirical framework of the research along with its justification, without a detailed, comprehensive literature review and previous studies.

Aim – it should be clearly defined and should refer to the information included in the Introduction

Material – the description should be sufficiently detailed to allow for the study replication

Methods – the description should be sufficiently detailed to allow for the study replication. When using previously published methods and research tools, provide the appropriate bibliographical references.

Results – they should be presented in a clear and concise way, without a detailed repetition of the information contained in tables and figures.

Discussion – it should emphasize the importance of one's own research results in the context of literature. It should not repeat results or replace the literature review.

Conclusions – they should be justified in the research carried out.

The text should not exceed 6000 words, i.e. about 12–15 pages (including tables, figures and **References**). **References** should not exceed 25 items. Please provide information on the approval of conducting the research by the relevant bioethics committee (in Material or Methods).

OPINION ARTICLE

Opinion articles concern fundamental findings in the field of nursery and medicine in general. The opinion article structure is different from the original paper in the lack of the conducted study description and, instead of Discussion, it contains subsequent chapters constituting the main part of the paper (e.g. summarized conclusions from other publications). It is recommended to divide the text into chapters with concise titles and/or subtitles. **Summary/Conclusions** contain authors' own reflections resulting from the literature review, as described in separate chapters of the paper. The text should not exceed 6000 words, i.e. about 15–20 pages (including **References**).

CASE STUDY

The case study presents one or more interesting rare cases or clinical conditions. The paper should be divided into: **Introduction, Case description** and **Discussion**. The text should not exceed 2500 words, i.e. about 3–4 pages (including **References**).

PODSUMOWANIA ZJAZDÓW I INNE TEKSTY INFORMACYJNE (por. Wstęp)

Artykuły w tej kategorii nie powinny przekraczać 1–1,5 tys. słów (2 strony).

PIŚMIENICTWO

Piśmiennictwo powinno być napisane na oddzielnej stronie, wg standardu Vancouver. Należy podawać tylko pozycje związane z tematem pracy i uwzględnione w tekście manuskryptu. Cytowania powinny być numerowane w kolejności ich występowania w tekście i powinny być oznaczane cyframi arabskimi w nawiasach kwadratowych. W spisie piśmiennictwa każda kolejna pozycja powinna być pisana od nowego wiersza i poprzedzona numerem. Należy przestrzegać jednolitej interpunkcji wg wzorów:

W przypadku źródeł z czasopisma należy podać: nazwiska autorów i pierwsze litery imion, następnie: tytuł artykułu, tytuł czasopisma z zastosowaniem obowiązujących skrótów wg bazy danych MedLine (zawsze zakończone kropką), rok publikacji, tom, numer strony pierwszej i ostatniej. Nie należy podawać źródeł: „w druku”, „w przygotowaniu”, „informacja ustna”.

Przykład:

1. Kowalski J, Nowak J. Nozologiczne aspekty bólów głowy. *J Med.* 2007; 1: 12–27.

W przypadku cytatu z książki należy podać: nazwiska autorów i pierwsze litery imion, następnie: tytuł książki, siedzibę i nazwę wydawnictwa, rok wydania, numer strony pierwszej i ostatniej.

Przykład:

2. Pawlak P. *Życie i umieranie.* Warszawa: PWN; 2007. 12–32.

W przypadku cytowania rozdziału pochodzącego z książki należy podać: nazwisko/nazwiska i pierwsze litery imion autora/autorów tegoż rozdziału, tytuł rozdziału cytowanej książki, nazwisko i imię autora (redaktora) książki, tytuł książki, siedzibę i nazwę wydawnictwa, rok wydania, numer pierwszej i ostatniej strony cytowanego rozdziału.

Przykład:

3. Pawlak P. *Życie i umieranie.* W: Malinowski A (red.). *Gerontologia.* Warszawa: PWN; 2007. 12–32.

W przypadku cytowania materiału elektronicznego (Internetu) należy podać: nazwiska autorów i pierwsze litery imion, następnie: tytuł artykułu, pełny adres strony internetowej oraz datę dostępu (datę wejścia).

TABELE

Tabele należy wykonać w programie Word dla Windows. Powinny być w formie edytowalnej, z ograniczeniem linii wertykalnych. Tabele powinny być oznaczone numerami arabskimi, z użyciem pełnego wyrazu **Tabela**, a nie skrótu *tab.* (np. Tabela 5). Tytuły w języku polskim i angielskim powinny znajdować się nad tabelami. Tekst w tabeli powinien być napisany czcionką *Arial Narrow CE* wielkości 10 pkt. Szerokość tabeli nie powinna przekraczać 8 cm lub 16 cm. Wnętrze tabeli powinno zawierać również wersję angielską. Liczba tabel powinna być ograniczona do niezbędnego minimum.

RYCINY

Wykresy należy wykonać w programie Word dla Windows lub Excel. Ilustracje należy zapisać w formacie TIF lub JPG. Ryciny należy podpisywać w języku polskim i angielskim z użyciem numeracji arabskiej, bez używania skrótu *ryc.* (czyli np. Rycina 5). Tytuły w języku polskim i angielskim powinny być napisane w programie Word, edytowalne i powinny znajdować się pod rycinami. Liczba rycin powinna być ograniczona do niezbędnego minimum.

CONFERENCE REPORTS AND OTHER INFORMATION TEXTS (compare Introduction)

The text should not exceed 1000–1500 words (2 pages).

REFERENCES

Literature should be presented on a separate sheet of paper using the Vancouver style. Only references related to the topic of the paper should be included in the text of the manuscript. Quotations should be numbered according to their appearance in the text and marked using Arabic numerals in square brackets. Each new item in the list of references should be written in a new line, preceded by a number. Homogeneous punctuation should be respected as follows:

The sequence for a journal article should be the following: authors' names and first names, paper title, journal title abbreviated as in the MedLine database (always ended up with a dot), year of publication, volume number, first and last page numbers. One should not include references: 'in print', 'to appear soon', 'oral information'.

Example:

1. Kowalski J, Nowak J. Nozologiczne aspekty bólów głowy. *J Med.* 2007; 1:12–27.

The sequence for the book should be as follows: authors' names and first letters of their first names, book title, place and edition of publication, year of publication, first and last page numbers.

Example:

2. Pawlak P. *Życie i umieranie.* Warszawa: PWN; 2007.12–32.

The sequence for the book chapters should be as follows: chapter authors' names and first letters of their first names, chapter title, book title, book authors, place and edition of publication, year of publication, chapter first and last page numbers.

Example:

3. Pawlak P. *Życie i umieranie.* W: Malinowski A (red.). *Gerontologia.* Warszawa: PWN; 2007.12–32.

The sequence for the Internet should be as follows: authors' names and first letters of their first names, paper title, full address of the website, access date.

TABLES

Tables should be prepared in Word for Windows. They should be in the editable form, limiting vertical lines. All tables should be numbered using Arabic numerals and a full word 'TABLE', not an abbreviation 'tab.' (e.g. Table 5). The titles in both Polish and English should be placed above tables. The text in the table should be written in 10-point *Arial Narrow CE* font. The width of the table should not exceed 8 cm or 16 cm. The interior of the table should also include the English version. The number of tables should be limited to the necessary minimum.

FIGURES

Charts should be prepared in Word for Windows or Excel. Illustrations must be saved in JPG or TIF format. Figures should be provided with Polish and English captions and numbered using Arabic numerals, with no abbreviation 'fig.' (e.g. Figure 5). Titles in Polish and English should be written in Word, they should be editable and should be placed under figures. The number of figures should be limited to the necessary minimum.

OŚWIADCZENIE AUTORÓW

Do każdej pracy należy dołączyć oświadczenie autorów, że praca nie była drukowana wcześniej w innym czasopiśmie. Aby przeciwdziałać przypadkom *ghostwriting* oraz *ghost authorship*, redakcja prosi autorów nadsyłanych prac o podanie informacji, jaki jest ich wkład w przygotowanie pracy. Informacja powinna mieć charakter jakościowy, tzn. autorzy zobowiązani są podać, czy ich wkład w powstanie publikacji polegał na opracowaniu koncepcji, założeń, metod, protokołu itp. Autorzy są także proszeni o podanie źródeł finansowania badań, których wyniki są prezentowane w nadsyłanej pracy. Załączone do pracy oświadczenie powinno być podpisane przez wszystkich autorów zgłaszanej pracy.

SKRÓTY

Skróty należy objaśniać przy pierwszym wystąpieniu, umieszczając je w nawiasie po pełnym tekście. Należy sprawdzić poprawność użytych skrótów. W tytule i streszczeniu zaleca się unikania skrótów. W tabelach i rycinach użyte skróty powinny być wyjaśnione w podpisach znajdujących się poniżej.

PROCEDURA RECENZOWANIA

Wszystkie artykuły podlegają wstępnej ocenie Redaktora Naczelnego lub jednego z członków Rady Naukowej, którzy mogą odrzucić pracę lub przesać ją do recenzji zewnętrznej. Podwójnie anonimowy system recenzowania przez przynajmniej dwóch ekspertów w danej dziedzinie jest stosowany dla artykułów zaakceptowanych do dalszej oceny. Po otrzymaniu recenzji Redaktor Naczelny podejmuje decyzję o akceptacji artykułu do druku, akceptacji po drobnej poprawie, akceptacji po zasadniczej poprawie lub odrzuceniu. Autorzy otrzymują uwagi do manuskryptu niezależnie od decyzji. W przypadku akceptacji pracy wymagającej poprawy **autorzy zobowiązują się ustosunkować się do recenzji w ciągu 30 dni**. Redakcja zastrzega sobie prawo poprawienia usterek dotyczących stylistyki, mianownictwa i skrótów oraz poprawek wersji w języku angielskim – bez uzgodnienia z autorem.

PRAWA AUTORSKIE

W przypadku akceptacji artykułów do druku wydawca nabywa do nich prawa autorskie, a wszelkie reprodukcje wersji elektronicznej lub papierowej nie mogą być dokonywane bez zgody wydawcy.

AUTHORS' DECLARATIONS

Each manuscript should be accompanied by authors' declarations that the paper has never before been published in any other journal. To counteract the occurrence of 'ghostwriting' or 'ghost authorship' phenomena the Editorial Board asks all listed authors of submitted papers to provide information on their contribution to manuscript preparation. The information has to be qualitative in character, i.e. the authors should state whether their work included preparation of the conceptual framework, assumptions, methods, protocol, etc. Authors are also asked to state sources of funding for research, the results of which are presented in the submitted paper. The declaration, attached to the manuscript, should be signed by all authors of a submitted paper.

ABBREVIATIONS

Abbreviations must be defined in full along with their first appearance in the text. They should be placed in brackets after a full text. Their correctness should be checked. Avoiding abbreviations in titles and abstracts is recommended. Abbreviations used in tables and figures should be defined in captions below.

REVIEWING PROCEDURE

All submitted papers are initially evaluated by the Chief Editor or a member of the Academic Council. The manuscripts may be turned down or reviewed further by two reviewers who do not know authors' names or the name of authors' institutions. On receiving the reviews, the Chief Editor decides whether the manuscript should be published, published after slight corrections, published after essential corrections or rejected. Authors receive remarks on the paper regardless of the decision made. If the manuscript is to be published after corrections, **authors are required to express their opinion on reviews within 30 days**.

The Editor reserves the right to make any adjustments of style, terminology and abbreviations as well as corrections of the English version without asking for the author's consent.

COPYRIGHTS

In case manuscripts are to be published, the Editor acquires the copyrights and no electronic or hard copy can be made without the Editor's consent.

