

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 (83)  
3/2022

Indeksowane w / Indexed in:  
Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego/  
Ministry of Science and Higher Education – 5,0  
Index Copernicus Value (ICV) – 90,13  
CiteIndex 2020 = 0,2381



# PIELĘGNIARSTWO POLSKIE

---

## POLISH NURSING

*Skrót tytułu czasopisma/Abbreviated title:*

Piel Pol.

© Autorzy, 2021. Produkcja i hosting Pielęgniarstwo Polskie.

Jest to czasopismo o otwartym dostępie, rozpowszechniane na warunkach licencji Creative Commons Attribution (CC BY)

ISSN 0860-8466

eISSN 2450-0755

*Korekta/Proofreading:*

Barbara Grabowska-Fudala

Grażyna Dromirecka

*Korekta tekstów w j. ang./Language editor:*

Agata Dolacińska-Śróda

*Redaktor statystyczny/Statistical editor:*

Krystyna Jaracz

*Skład komputerowy/Desktop publishing:*

Beata Łakomiak

*Projekt okładki/Cover project:*

Bartłomiej Wąsiel

*Sprzedaż/Distribution and subscription:*

Punkt Sprzedaży Wydawnictw Naukowych UMP

60-812 Poznań, ul. Bukowska 70

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)*

*Zasady etyczne*

*„Pielęgniarstwo Polskie” stosuje zasady etyczne i procedury zalecane przez COPE (Committee on Publication Ethics), zawarte w Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors, Peer Reviewers, Authors dostępne na stronie internetowej COPE: <https://publicationethics.org/resources/guidelines>*

*Ethical guidelines*

*‘Polish Nursing’ applies the ethical principles and procedures recommended by COPE (Committee on Conduct Ethics), contained in the Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors, Peer Reviewers and Authors available on the COPE website: <https://publicationethics.org/resources/guidelines>*



WYDAWNICTWO NAUKOWE  
UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO  
IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO  
W POZNANIU

60-812 Poznań, ul. Bukowska 70

[www.wydawnictwo.ump.edu.pl](http://www.wydawnictwo.ump.edu.pl)

Ark. wyd. 5,2. Ark. druk. 7,3.

Format A4. Zam. nr 13/22.

Przekazano do druku w marcu 2022.



### KOLEGIUM REDAKCYJNE

#### Redaktor Naczelny

prof. dr hab. Krystyna Jaracz

#### Zastępcy Redaktora Naczelnego

prof. dr hab. Krystyna Górna

dr hab. Danuta Dyk

prof. dr hab. Małgorzata Kotwicka

#### RADA NAUKOWA

prof. Vincenzo Antonelli

dr hab. Grażyna Bączyk

prof. Merita Berisha

mgr Regina Bisikiewicz

prof. Antonio Cicchella

prof. Susumu Eguchi

dr hab. Aleksandra Gaworska-Krzemińska

dr Barbara Grabowska-Fudala

dr hab. Elżbieta Grochans, prof. PUM

dr Aleksandra Gutysz-Wojnicka

prof. Lotte Kaba-Schönstein

doc. Helena Kadučáková

mag. Karin Klas

prof. Christina Koehlen

dr hab. Maria Kózka, prof. UJ

dr Halyna Krytska

dr hab. Anna Ksykiewicz-Dorota

dr hab. Joanna Lewko

prof. Mária Machalová

dr hab. Ludmiła Marcinowicz

prof. dr hab. Ewa Nemcová

dr Jana Nemcová

prof. dr hab. Grażyna Nowak-Starz

dr hab. Beata Pięta prof. UM

prof. Hildebrand Ptak

prof. dr hab. Joanna Rosińczuk

Silvia Scelsi

prof. dr hab. Maria T. Szewczyk

prof. dr hab. Arkadii Shulhai

dr hab. Robert Ślusarz

dr hab. Dorota Talarska

dr hab. Monika Urbaniak prof. UM

dr Frans Vergeer

dr hab. Ewa Wilczek-Rużyczka, prof. KAAF

dr Katarína Žiaková

#### Sekretarz Naukowy

dr n. med. Barbara Grabowska-Fudala

#### Sekretarz Redakcji

dr n. med. Barbara Grabowska-Fudala

LUISS Guido Carli di Roma (Włochy)

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

University of Prishtina (Kosowo)

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)

Studiengangsleitung Gesundheits- und Krankenpflege, IMC FH Krems (Austria)

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)

Vice president of Aniasi, Director of nursing and health professions department, Children's Hospital "G. Gaslini" Genoa (Włochy)

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)

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

dr Joanna Stanisławska  
dr Renata Wójcik  
dr Katarzyna Plagens-Rotman

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

### LISTA RECENZENTÓW

dr Agnieszka Bańkowska

dr hab. Grażyna Bączyk  
dr Benedykt Bober  
prof. Antonio Cicchella  
dr Justyna Cwajda-Białasiak

Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu (Polska)  
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)  
NZOZ Nadmorskie Centrum Rehabilitacji (Polska)  
University of Bologna (Włochy)  
Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu (Polska)

dr Józefa Czarnecka  
dr Grażyna Czerwiak  
prof. Klaudia J. Cwiękała-Lewis  
prof. dr hab. Joanna Gotlib  
dr hab. Grażyna Iwanowicz-Palus  
doc. Helena Kadučáková

Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)  
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach (Polska)  
Faculty at Health Sciences and Nursing, Phoenix University (USA)  
Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)  
Uniwersytet Medyczny w Lublinie (Polska)  
Katolícka Univerzita v Ružomberku (Słowacja)

Douglas Kemerer  
dr Ewa Kobos  
dr Halina Król  
dr Urszula Kwapisz  
dr Włodzimierz Łojewski  
prof. Mária Machalová  
prof. Anders Møller Jensen  
prof. dr hab. Henryk Mruk  
dr Jana Nemcová

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)  
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)

dr inż. Iwona Nowakowska  
dr Jan Nowomiejski  
dr Piotr Pagórski  
prof. dr hab. Mariola Pawlaczyk  
dr hab. Beata Pięta prof. UM  
dr Wojciech Grzegorz Polak  
Otilie Rung  
dr Zofia Sienkiewicz  
dr Beata Skokowska  
dr Ewa Szykiewicz

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)  
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)  
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)  
Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu (Polska)

dr hab. Dorota Talarska  
dr hab. Monika Urbaniak prof. UM  
dr Aleksandra Zielińska  
dr Katarína Žiaková

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)



### EDITORIAL BOARD

#### **Editor-in-Chief**

Krystyna Jaracz

#### **Vice Editor-in-Chief**

Krystyna Górna

Danuta Dyk

Małgorzata Kotwicka

### EDITORIAL ADVISORY BOARD

Vincenzo Antonelli

Grażyna Bączyk

Merita Berisha

Regina Bisikiewicz

Antonio Cicchella

Susumu Eguchi

Aleksandra Gaworska-Krzemińska

Barbara Grabowska-Fudala

Elżbieta Grochans

Aleksandra Gutysz-Wojnicka

Lotte Kaba-Schönstein

Helena Kadučáková

Karin Klas

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

Silvia Scelsi

Maria T. Szewczyk

Arkadii Shulhai

Robert Ślusarz

Dorota Talarska

Monika Urbaniak

Frans Vergeer

Ewa Wilczek-Rużyczka

Katarína Žiaková

#### **Scientific Secretary**

Barbara Grabowska-Fudala

#### **Editorial Secretary**

Barbara Grabowska-Fudala

LUISS Guido Carli di Roma (Italy)

Poznan University of Medical Sciences (Poland)

University of Prishtina (Kosowo)

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)

Studiengangsleitung Gesundheits- und Krankenpflege, IMC FH Krens (Austria)

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)

Vice president of Aniasi, Director of nursing and health professions department, Children's Hospital "G. Gaslini" Genoa (Italy)

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)

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](mailto:pielegniarstwopolskie@ump.edu.pl)

[www.pielegniarstwo.ump.edu.pl](http://www.pielegniarstwo.ump.edu.pl)



# PIELĘGNIARSTWO POLSKIE

---

## POLISH NURSING

### **THEMATIC EDITORS**

Joanna Stanisławska  
Renata Wójcik  
Katarzyna Plagens-Rotman

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

### **THE LIST OF THE REVIEWERS**

Agnieszka Bańkowska

Collegium Medicum in Bydgoszcz Nicolaus Copernicus University  
in Toruń (Poland)

Grażyna Bączyk  
Benedykt Bober  
Antonio Cicchella  
Justyna Cwajda-Biafasik

Poznan University of Medical Sciences (Poland)  
Seaside Rehabilitation Centre (Poland)  
University of Bologna (Italy)  
Collegium Medicum in Bydgoszcz Nicolaus Copernicus University  
in Toruń (Poland)

Józefa Czarnecka  
Grażyna Czerwiak  
Klaudia J. Cwiękała-Lewis  
Joanna Gotlib  
Grażyna Iwanowicz-Palus  
Helena Kadučáková

Medical University of Warsaw (Poland)  
Jan Kochanowski University in Kielce (Poland)  
Faculty at Health Sciences and Nursing, Phoenix University (USA)  
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)

Douglas Kemerer  
Ewa Kobos  
Halina Król  
Urszula Kwapisz  
Włodzimierz Łojewski  
Mária Machalová  
Anders Møller Jensen  
Henryk Mruk  
Jana Nemcová  
Iwona Nowakowska  
Jan Nowomiejski  
Piotr Pagórski  
Mariola Pawlaczyk  
Beata Pięta  
Wojciech Grzegorz Polak  
Otilie Rung  
Zofia Sienkiewicz  
Beata Skokowska  
Ewa Szykiewicz

Medical University of Warsaw (Poland)  
Jan Kochanowski University in Kielce (Poland)  
Poznan University of Medical Sciences (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)  
Poznan University of Medical Sciences (Poland)  
University Medical Center Rotterdam (Holland)  
The University of Arizona College of Nursing (USA)  
Medical University of Warsaw (Poland)  
Poznan University of Medical Sciences (Poland)  
Collegium Medicum in Bydgoszcz Nicolaus Copernicus University  
in Toruń (Poland)

Dorota Talarska  
Monika Urbaniak  
Aleksandra Zielińska  
Katarína Žiaková

Poznan University of Medical Sciences (Poland)  
Poznan University of Medical Sciences (Poland)  
Poznan University of Medical Sciences (Poland)  
Comenius University in Bratislava (Slovakia)



## ■ SPIS TREŚCI

Od redaktora . . . . . 9

### PRACE ORYGINALNE

*Wioletta Wojciechowska*

Poczucie koherencji i psychospołeczne aspekty procesu starzenia się jako determinanty akceptacji i radzenia sobie w chorobie przewlekłej u pacjentów objętych opieką długoterminową . . . . . 11

*Robert Deka, Danuta Dyk, Anna Wałdoch*

Kulturowe kompetencje pielęgniarek w opiece nad pacjentem w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii . . . . . 19

*Edyta Monika Kędra, Marianna Giza, Piotr Jerzy Gurowiec*

Pacjent odmienny kulturowo w praktyce pielęgniarstwa – wyzwania i ograniczenia w opinii badanych pielęgniarek . . . . . 32

### PRACE POGLĄDOWE

*Anna Tobolska, Katarzyna Wszółek, Maciej Wilczak, Karolina Chmaj-Wierzchowska*

Otyłość a okres prekoncepcyjny, ciąża oraz poród\* . . . . . 39

*Anna Cis*

Zakres kompetencji opiekuna medycznego jako partnera współpracy z pielęgniarką\* . . . . . 45

### INFORMACJE

Recenzenci „Pielęgniarstwa Polskiego” w roku 2021 . . . . . 54

Wskazówki dla autorów . . . . . 55

\* artykuł w języku angielskim

## ■ CONTENTS

Editor's note . . . . .	10
<b>ORIGINAL PAPERS</b>	
<i>Wioletta Wojciechowska</i>	
Sense of coherence and psychosocial aspects of the process of aging as determinants of acceptance and coping with a chronic disease in patients under long-term care . . . . .	11
<i>Robert Deka, Danuta Dyk, Anna Wałdoch</i>	
Cultural competences of nurses in patient care in anaesthesiology and intensive care units . . . . .	19
<i>Edyta Monika Kędra, Marianna Giza, Piotr Jerzy Gurowiec</i>	
Culturally different patient in nursing practice – challenges and limitations in the opinion of the nurses surveyed . . . . .	32
<b>REVIEW PAPERS</b>	
<i>Anna Tobolska, Katarzyna Wszótek, Maciej Wilczak, Karolina Chmaj-Wierzchowska</i>	
Obesity vs. preconception period, pregnancy, and labor . . . . .	39
<i>Anna Cis</i>	
The scope of competences of a healthcare assistant as a cooperation partner with a nurse . . . . .	45
<b>INFORMATION</b>	
Reviewers of 'Polish Nursing' in 2021 . . . . .	54
Guidance for authors . . . . .	55



## ■ OD REDAKTORA

Szanowni Czytelnicy,

mamy przyjemność zaprezentować Państwu pierwszy numer Pielęgniarstwa Polskiego w 2022 r. Zawiera on trzy prace oryginalne i dwie pogładowe. W szczególności chcielibyśmy zwrócić Państwa uwagę na artykuły autorstwa Roberta Deki i wsp. oraz Edyty Kędry i wsp. Obie prace są poświęcone kompetencjom kulturowym pielęgniarek. Zagadnienie kompetencji kulturowych personelu pielęgniarskiego jest obecnie szczególnie istotne, jako że liczba pacjentów zróżnicowanych pod względem językowym i kulturowym wzrasta.

Ponadto rekomendujemy zapoznanie się z pracą pogładową przygotowaną przez Annę Cis na temat zakresu kompetencji opiekuna medycznego jako partnera współpracy z pielęgniarką. Praca ta jest ważnym głosem w dyskusji w kontekście opublikowanej w ubiegłym roku nowej podstawy programowej kształcenia opiekunów medycznych.

Mamy nadzieję, że te i wszystkie pozostałe artykuły wzbudzą zainteresowanie wśród personelu medycznego, badaczy, studentów kierunków medycznych i przedstawicieli innych, pokrewnych dziedzin. Życzymy przyjemnej lektury.

Jednocześnie pragniemy serdecznie podziękować wszystkim Autorom i Recenzentom za ich pracę i wkład w rozwój naszego czasopisma.

Jak zawsze, gorąco zachęcamy do nadsyłania prac oryginalnych, pogładowych i opisów przypadków w celu ich publikacji w Pielęgniarstwie Polskim. Szczególnie zachęcamy studentów pielęgniarstwa do publikowania swoich prac licencjackich i magisterskich. Nasze czasopismo jest doskonałym miejscem do podzielenia się wynikami swoich pierwszych badań z kolegami i koleżankami oraz całym środowiskiem pielęgniarskim.

Manuskrypty można przesyłać drogą elektroniczną poprzez panel redakcyjny dostępny na oficjalnej stronie internetowej czasopisma: <http://www.pielęgniarstwo.ump.edu.pl/>

W imieniu całej rady redakcyjnej Pielęgniarstwa Polskiego

*Prof. dr hab. Krystyna Jaracz  
Redaktor Naczelna*

*Dr Barbara Grabowska-Fudala  
Sekretarz Naukowy*

## ■ EDITOR'S NOTE

Dear Readers,

we are pleased to present you the first issue of "the Polish Nursing" in the year 2022. It contains three original articles and two reviews. In particular, we would like to draw your attention to the papers by Robert Deka et al. and by Edyta. M. Kędra et al. Both articles are devoted to cultural competencies of nurses. The issue of cultural competencies of nursing staff is of importance nowadays as the number of culturally and linguistically diverse patients increases. Therefore, appropriate nurses' knowledge, skills, and attitudes appear to be necessary for providing the best possible nursing care.

We also encourage you to read the review paper by Anna Cis on the scope of competencies of a healthcare assistant as a cooperation partner with a nurse. This is an important voice in the discussion in the context of the new core curriculum for the education of care assistants published last year.

We hope that all the articles will find their readership among health professionals, researchers, students of medical universities, and representatives of other related fields. We wish you a pleasant reading.

At the same time, we want to thank all the Authors and Reviewers for their work and contributions to the development of our journal.

As always, we kindly encourage you to submit original articles, reviews and case reports for publication in the Polish Nursing. In particular, we invite nursing students to publish their bachelor and master theses. Our journal is a great place to share the results of your first research with your colleagues and the entire nursing community.

Manuscripts can be submitted online, through the editorial system available at the official journal website at <http://www.pielęgniarstwo.ump.edu.pl/>

On behalf of the editorial board of the Polish Nursing

*Professor Krystyna Jaracz  
Editor in Chief*

*Barbara Grabowska-Fudala, PhD  
Scientific Secretary*



# POCZUCIE KOHERENCJI I PSYCHOSPOŁECZNE ASPEKTY PROCESU STARZENIA SIĘ JAKO DETERMINANTY AKCEPTACJI I RADZENIA SOBIE W CHOROBY PRZEWLEKŁEJ U PACJENTÓW OBJĘTYCH OPIEKĄ DŁUGOTERMINOWĄ

## *SENSE OF COHERENCE AND PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF THE PROCESS OF AGING AS DETERMINANTS OF ACCEPTANCE AND COPING WITH A CHRONIC DISEASE IN PATIENTS UNDER LONG-TERM CARE*

Wioletta Wojciechowska

Instytut Nauk o Zdrowiu, Kujawska Szkoła Wyższa we Włocławku

<https://orcid.org/0000-0003-2938-758X>

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2022.1>

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** Antonovsky, autor koncepcji poczucia koherencji, udowodnił istnienie uogólnionych zasobów odpornościowych, które mobilizują człowieka do podjęcia walki z przeciwnościami w życiu. Momentem przełomowym i trudnym jest rozpoznanie choroby przewlekłej. Często choroba przewlekła nakłada się na fizjologiczny proces starzenia się organizmu, uruchamiając jednocześnie innego rodzaju obawy, troski i przeżycia. Silne poczucie koherencji i wybór odpowiedniego stylu radzenia sobie z chorobą pozwala pacjentom osiągnąć optymalny stan zdrowia.

**Cel.** Celem pracy było określenie związków pomiędzy poziomem poczucia koherencji oraz uwarunkowaniami psychospołecznymi a poziomem akceptacji i rodzajem preferowanych stylów radzenia sobie z chorobą przewlekłą u pacjentów w wieku senioralnym objętych opieką długoterminową.

**Materiał i metody.** Przebadano 138 pacjentów przebywających w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym. Poczucie koherencji zbadano za pomocą kwestionariusza orientacji życiowej SOC 29, a radzenie sobie w sytuacjach stresowych kwestionariuszem CISS Endlera i Parkera. W modelu badań wykazano zmienne niezależne główne (SOC-29, GSES, AMTS, MMSE, GDS, Drabina Cantrila, ankieta własna, sytuacja rodzinna), zmienne niezależne poboczne (płeć, wiek, wykształcenie, poziom samodzielności) oraz zmienne zależne (CISS, AIS).

**Wyniki.** Osoby chorujące przewlekłe nie różniły się znacząco między sobą poziomem poczucia koherencji. Sensowność i zaradność nieznacznie różnicowały badaną grupę. Badani koncentrowali się na podejmowaniu wysiłków zmierzających do rozwiązywania problemu poprzez poznawcze przekształcenia lub próby zmiany sytuacji. Osoby o wyższym poziomie globalnego SOC częściej stosowały styl skoncentrowany na zadaniu, podejmując działania zaradcze, mające na celu przystosowanie się do zmian narzuconych przez chorobę. Wyższy poziom poczucia koherencji (zrozumiałości, zaradności i sensowności) wpłynął na wyższy poziom akceptacji choroby.

### ABSTRACT

**Introduction.** Antonovsky, the author of the concept of the sense of coherence, proved the existence of generalized immune resources that mobilize a person to understand the struggle with adversities in life. A turning point and a difficult moment is the diagnosis of chronic disease. Often a chronic disease overlaps with the physiological ageing process of the body, triggering other types of fears, concerns and experiences. A strong sense of coherence and choosing the right style of coping with the disease allows patients to achieve optimal health.

**Aim.** The aim of the study was to determine the relationship between the level of the sense of coherence and psychosocial determinants and the level of acceptance and the type of preferred styles of coping with chronic disease in elderly patients covered by long-term care.

**Material and methods.** One hundred thirty-eight patients staying at the Nursing and Care Center were examined. The sense of coherence was tested using the SOC 29 life orientation questionnaire, and coping with stressful situations was tested by Ender and Parker's CISS. The research model showed the main independent variables (SOC-29, GSES, AMTS, MMSE, GDS, Cantril's Ladder, own questionnaire, family situation), independent secondary variables (gender, age, education, level of independence) and dependent variables (CISS, AIS).

**Results.** The chronically ill did not differ significantly in the level of the sense of coherence. Meaningfulness and resourcefulness slightly differentiated the study group. The subjects focused on making efforts to solve the problem through cognitive transformations or attempts to change the situation. People with a higher level of global SOC more often used the task-focused style by undertaking remedial actions aimed at adapting to the changes imposed by the disease. The higher level of the sense of coherence (comprehensibility, resourcefulness and meaningfulness) resulted in a higher level of acceptance of the disease.

**Wnioski.** Uzyskane wyniki mogą mieć istotny wpływ na wyznaczenie metod i sposobów pomocy w sytuacji, gdy człowiek nie radzi sobie sam w chorobie, nie jest zdolny do samoopieki częściowo lub całkowicie i jest zależny od pomocy innych. Wyniki badań mogą także wyznaczać zakres działań zorientowanych na profilaktykę starzenia się, przystosowania do starości oraz opracowywania programów psychoedukacyjnych jako wykładniki w prognozowaniu opieki nad pacjentem na różnych etapach choroby przewlekłej.

**SŁOWA KLUCZOWE:** poczucie koherencji (SOC), style radzenia, choroba przewlekła, okres starości, opieka długoterminowa.

**Conclusions.** The obtained results may have a significant impact on determining the methods and means of helping in a situation when a person cannot cope with the disease on his own, is not able to take care of himself partially or completely and is dependent on the help of others. The findings may also determine the range of activities aimed at the prevention of ageing, adaptation to old age and being developed and a program psychoeducational as an exponent in the prediction of patient care at different stages of chronic disease.

**KEYWORDS:** the sense of coherence (SOC), coping styles, chronic disease, old age period, long-term care.

## Wprowadzenie

Choroba przewlekła wywołuje w pacjencie zmianę spojrzenia na całe jego życie. Najczęściej przywodzi na myśl lęk, cierpienie, niemoc, perspektywę zależności od innych. Sytuacja rozpatrywana może być z wielu punktów widzenia, m.in. filozoficznego, medycznego oraz psychologicznego. Wydaje się jednak, iż najbardziej wartościowe jest rozważenie ich z perspektywy indywidualnego doświadczenia człowieka. Jest ona wydarzeniem szczególnym i od zawsze była związana z obawą przed utratą czegoś ważnego, cennego i niepowtarzalnego. Choroba ma wymiar subiektywny, a jej znaczenie zależy od uwarunkowań osoby, której dotyczy [1]. Jest stanem, którego człowiek chciałby uniknąć, a jednocześnie stanem, którego na pewnym etapie życia można doświadczyć. Dynamiczny postęp w naukach medycznych daje człowiekowi z jednej strony coraz rozleglejszą wiedzę na temat powstawania i leczenia wielu chorób, a z drugiej strony uświadamia, jak wciąż jest wobec nich bezsilny [2]. Choroba przewlekła jest często trudnym i przykrym doświadczeniem dla pacjenta i osób z jego otoczenia. Stanowi wraz z jej następstwami źródło stresu psychologicznego. Stres ten można rozpatrywać w kategoriach kryzysu, czyli sytuacji tak nowej lub tak nieoczekiwanej, że zwyczajne środki radzenia sobie ze stresem okazują się niewystarczające. Kryzys może prowadzić do zaburzeń równowagi psychicznej, społecznej i emocjonalnej. W takim stanie pacjent wykazuje zaburzenie typowych reakcji i doświadcza silnych emocji. Kryzys można także postrzegać jako stan przejściowy wiążący się z istotnymi implikacjami w toku późniejszej akceptacji choroby. Osoba przeżywająca kryzys staje wobec konieczności realizacji wielu zadań adaptacyjnych. W ich skład wchodzi radzenie sobie z samą chorobą i jej objawami, radzenie sobie z procedurami terapii, utrzymanie właściwych relacji z personelem medycznym, zachowanie równowagi emocjonalnej, zachowanie zadowalającego obrazu samego siebie, jak również utrzymanie kontaktu z rodziną i znajomymi

oraz przygotowanie się na niepewne jutro. Skuteczność w radzeniu sobie z chorobą przewlekłą zależy od rodzaju choroby, zasobów osobistych pacjenta oraz wpływu otoczenia fizycznego i społecznego. Długofalowa adaptacja do choroby przewlekłej obejmuje kilka aspektów psychospołecznych. Jedną z głównych trosk są problemy związane z dopasowaniem emocjonalnym. Adaptacja jest także procesem poznawczym, a istotnymi jej obszarami są m.in. przekonania na temat choroby i jej przyczyn, ocena zakresu dysponowanej kontroli, znaczenia przypisywane różnym zdarzeniom oraz sposób postrzegania własnej osoby. Kolejnym problemem jest wpływ choroby przewlekłej na relacje społeczne. Kryzys związany z chorobą może zakłócić relacje pacjenta z innymi ludźmi właśnie wtedy, gdy pacjent potrzebuje szczególnie silnego wsparcia. Ponadto choroba przewlekła może poważnie zaburzać funkcjonowanie rodziny pacjenta, a wówczas niezbędne są interwencje pomagające pacjentom i ich rodzinom radzić sobie ze skutkami choroby przewlekłej, m.in. edukacja zdrowotna mająca na celu zapoznanie z naturą choroby i metodami terapii oraz psychoterapia pomagająca radzić sobie z emocjami wywołanymi kryzysem [3]. Włączenie w grupy samopomocowe i wsparcia stanowi źródło informacji i daje okazję do porównania doświadczeń chorego z przeżyciami innych pacjentów oraz może zmuszać do zwrócenia uwagi na całe dotychczasowe życie i wypełnianie roli, jaką każdy ma odegrać w tworzeniu własnej egzystencji [4]. Zachowanie się pacjenta wobec choroby wyznaczone jest bowiem różnorodnymi czynnikami wzajemnie na siebie oddziałującymi. Nastawienie do choroby konstituuje się w wyniku współdziałania procesów emocjonalnych i poznawczych. Emocjonalne reakcje w niektórych przypadkach stanowią komponent samego procesu chorobowego. Zazwyczaj jednak pojawiają się w następstwie poznawczej oceny zaistniałej sytuacji. Dla wielu osób choroba jest zdarzeniem ocenianym w kategoriach bądź wyzwania jako trudność, którą należy pokonać, z którą trzeba się zmagać, bądź

zagrożenia lub straty. Do mniejszości należą przypadki, ale i tak bywa, że choroba postrzegana jest jako ulga lub korzyść, np. gdy pozwala uzyskać różnego rodzaju gratyfikacje, jak współczucie i troska ze strony otoczenia [5]. Długotrwała choroba wiąże się jednak najczęściej z fizycznym cierpieniem i powoduje zmiany we wszystkich ważnych dziedzinach życia człowieka. W obliczu zmian spowodowanych chorobą człowiek na ogół nie pozostaje bierny. Z większą lub mniejszą intensywnością osoba chora podejmuje aktywność mającą na celu poprawę zarówno sytuacji zdrowotnej, jak i stanu emocjonalnego. Ponieważ choroba przewlekła charakteryzuje się długim okresem trwania, sięgającym niekiedy kilkudziesięciu lat, w sytuacji chorego następuje wiele zmian. Choroba stanowić może przeszkodę w realizacji dążeń i powoduje konieczność rezygnacji z niektórych celów życiowych lub ich modyfikacji [6]. Często choroba przewlekła nakłada się na fizjologiczny proces starzenia się organizmu, uruchamiając jednocześnie innego rodzaju obawy, troski i przeżycia. Pomimo oddziaływania wielu stresorów związanych z wystąpieniem choroby przewlekłej uruchomienie czynnika prewencyjnego, jakim jest poczucie koherencji [7] oznacza, że pacjent w sytuacji choroby jest w stanie intensywnie działać na rzecz swojego zdrowia, wykorzystując we właściwy sposób dostępne mu i trafnie dostrzegane zasoby zdrowotne. Niezależnie od posiadanych możliwości, osoby z silnym poczuciem koherencji wytrwale poszukują potencjalnie dostępnych środków do poradzenia sobie z trudną sytuacją, jaką niewątpliwie jest choroba przewlekła. Poczucie koherencji motywuje więc do podejmowania aktywności radzenia sobie z chorobą, która jest w życiu człowieka wydarzeniem szczególnym. Reakcja na chorobę oraz sposób radzenia sobie z nią zależy od wielu czynników, m.in. od samej choroby, indywidualnych właściwości pacjenta, zakresu i rodzaju jego kontaktów społecznych, sytuacji ekonomicznej. Na radzenie sobie z chorobą składa się podejmowanie zachowań zmierzających do wyleczenia jej, a w przypadku chorób przewlekłych do przystosowania się do życia z nią. Aby było to możliwe, pacjent musi korzystać z zasobów, jakimi dysponuje oraz wykształcić nowe umiejętności. Znaczenia nabiera również odnajdywanie głębszego sensu i celu w przebiegu wydarzeń, gdyż podtrzymuje to nadzieję i motywację do leczenia. W obszarze kontaktów społecznych pacjent jest zmuszony odnaleźć się w nowej roli, jaką jest rola chorego. Istotne staje się także poszukiwanie społecznego wsparcia, zaś w przypadku braku wydolności opiekuńczej rodziny korzystanie z pomocy instytucjonalnej. Towarzyszenie człowiekowi w zmaganiu się z nieuleczalną chorobą wymaga nie tylko wiedzy medycznej, równie istotna jest umiejętność udzielenia mu emocjonalnego wsparcia

z powodu przeciążenia fizycznego i emocjonalnego, w tym lęku, żalu, bezsilności i niepewności [8]. Poczucie koherencji jest zmienną złożoną z trzech zasadniczych komponentów [9]: poczucie zrozumiałości to spostrzeżenie napływających informacji jako uporządkowanych, spójnych i dających się zrozumieć. Człowiek, którego cechuje wysoki stopień zrozumiałości wytwarza poczucie, że wydarzenia można przewidzieć i zrozumieć; poczucie zaradności to stopień, w jakim człowiek postrzega dostępne mu zasoby jako wystarczające, aby sprostać stawianym wymogom. Człowiek, którego cechuje wysoki stopień zaradności sprawia wrażenie, że dostępne są mu zasoby zaradcze (własne i zewnętrzne). Dzięki temu nie czuje się bezradny, wobec wydarzeń przyjmuje postawę aktywną i usiłuje zaradzić trudnościom i problemom; poczucie sensowności określa, na ile człowiek czuje, że życie ma sens, że przynajmniej część wymagań i problemów, jakie niesie życie, warta jest wysiłku, poświęcenia i zaangażowania.

Efektywne przystosowanie się do sytuacji stresującej przejawia się w mechanizmach zaradczych. Radzenie sobie to działanie świadome. Styl radzenia to typowy dla danej jednostki sposób zachowania w różnych sytuacjach stresowych [4]. Zadaniem mechanizmów zaradczych jest utrzymanie równowagi emocjonalnej, zachowanie pozytywnej samooceny lub kontynuowanie zadowalających związków z innymi ludźmi [10]. Ważnym czynnikiem w przebiegu i efektywności radzenia sobie z chorobą jest indywidualny styl radzenia sobie, a spośród różnych właściwości stylu – postawa wobec informacji o zagrożeniu. Endler i Parker – autorzy jednej z klasyfikacji stylów radzenia sobie – przyjmują, że działania zaradcze, jakie człowiek podejmuje w konkretnej sytuacji stresowej, są efektem interakcji, która zachodzi pomiędzy cechami zaistniałej sytuacji a sposobem radzenia sobie, charakterystycznym dla danej jednostki. Styl skoncentrowany na zadaniu zakłada istnienie tendencji w sytuacjach stresowych do podejmowania wysiłków zmierzających do podjęcia odpowiednich decyzji i skutecznego sposobu ich realizacji. Efektem tego może być rozwiązanie problemu – gdy jest to możliwe, wprowadzenie zmian w sposobie zachowania umożliwiające realizację konsekwencji podjętej decyzji lub przystosowanie się do życia z problemem, który jest niemożliwy do zmiany. Styl zorientowany na poszukiwanie najlepszych rozwiązań – wśród osób stosujących tę strategię można wyróżnić osoby poszukujące najlepszych, choć mniej sprawdzonych rozwiązań, co wyraża się poświęcaniem większej ilości czasu i środków na zbieranie i selekcjonowanie informacji. Styl skoncentrowany na emocjach – charakterystyczny dla osób, które w sytuacjach stresowych wykazują tendencję do koncentracji na sobie, na własnych przeżyciach emo-



cjonalnych, takich jak złość, poczucie winy, napięcie. Występuje także tendencja do myślenia życzeniowego i fantazjowania. Działania te mają na celu zmniejszenie napięcia emocjonalnego, związanego z sytuacją stresową. Czasami jednak mogą powiększać poczucie stresu, powodować wzrost napięcia lub przygnębienie. Styl skoncentrowany na unikaniu – to styl radzenia sobie ze stresem charakterystyczny dla osób, które w sytuacjach stresowych wykazują tendencję do wystrzegania się myślenia, przeżywania i doświadczania tej sytuacji, może przyjmować dwie formy: angażowanie się w czynności zastępcze lub poszukiwanie kontaktów towarzyskich [11]. Wielość i różnorodność czynników wpływających na wybraną strategię powoduje występowanie znacznych różnic w zachowaniu poszczególnych osób w takiej samej sytuacji oraz zmienność zachowania jednego człowieka w odmiennych sytuacjach [12]. Choroba przewlekła przyczynia się więc do stosowania odmiennych strategii zaradczych w porównaniu z osobami, które są zdrowe i tym samym nie zmagają się ze stresem związanym z chorobą przewlekłą.

### Cel pracy

Celem pracy było określenie związków pomiędzy poziomem poczucia koherencji oraz uwarunkowaniami psychospołecznymi a poziomem akceptacji i radzenia sobie z chorobą przewlekłą u pacjentów objętych opieką długoterminową. Poprzez określenie poziomu poczucia koherencji, poczucia własnej skuteczności, sprawności umysłowej, poczucia wsparcia społecznego i sytuacji rodzinnej wskazany został poziom wpływu tych czynników na akceptację choroby oraz strategię radzenia sobie z nią.

### Materiał i metody

Początkowemu badaniu poddano grupę 138 osób przebywających w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym Kolejowego Szpitala Uzdrawiskowego sp. z o.o. w Ciechocinku, Oddział Zamiejscowy w Aleksandrowie Kujawskim oraz w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym Szpitala Powiatowego w Aleksandrowie Kujawskim. U pacjentów w badanej grupie przeprowadzono ocenę stanu psychicznego, ustalono poziom depresji oraz sprawności umysłowej. Do badania zakwalifikowano osoby bez depresji lub posiadające lekką depresję, natomiast osoby, które zakwalifikowano jako osoby z depresją głęboką (n = 43) wykluczono z badania. Ostatecznie badaną grupę stanowiło 95 osób w wieku 60–92 lata. Średnia wieku badanych to  $72,7 \pm 9,5$  lat. W modelu badań uwzględniono zmienne zależne: radzenie sobie w sytuacjach stresowych (CISS), skala akceptacji choroby (AIS) oraz zmienne niezależne główne: poczucie koherencji (SOC-29), skala uogólnionej własnej skuteczności (GSES), test sprawno-

ści umysłowej (AMTS), skala oceny stanu psychicznego (MMSE), geriatryczna skala oceny depresji Yesavage'a (GDS) – wersja pełna 30 cech, Drabina Cantrila, ankieta własna, sytuacja rodzinna), zmienne niezależne poboczne (płeć, wiek, wykształcenie, poziom samodzielności).

Do opracowania zmiennych ilościowych zastosowano takie wskaźniki jak: liczba przypadków (N), średnia (M), mediana (ME), minimum, maksimum, percentyl 10 i percentyl 90 oraz odchylenie standardowe (SD). Przy ocenie siły rodzaju zależności pomiędzy SOC-29 a AIS i CISS zastosowany został współczynnik korelacji Pearsona. W celu sprawdzenia wpływu zmiennych niezależnych na średni poziom koherencji zastosowano test parametryczny ANOVA (F), a na poziomy CISS, GSES, AIS i CAN test nieparametryczny Kruskala-Wallis (H). W celu zbadania związku pomiędzy poczuciem koherencji a akceptacją choroby i radzeniem sobie w sytuacjach trudnych pomiędzy poszczególnymi wymiarami koherencji a poziomem akceptacji choroby AIS oraz stylami radzenia sobie w sytuacjach trudnych CISS zastosowano test korelacji Pearsona. Hipotezy zweryfikowano po przyjęciu poziomu istotności  $p \leq 0,05$ . Za poziom istotności przyjęto  $p \leq 0,05$ . Analiza zebranych danych przeprowadzona została przy użyciu programu statystycznego Statistica 10.

### Wyniki

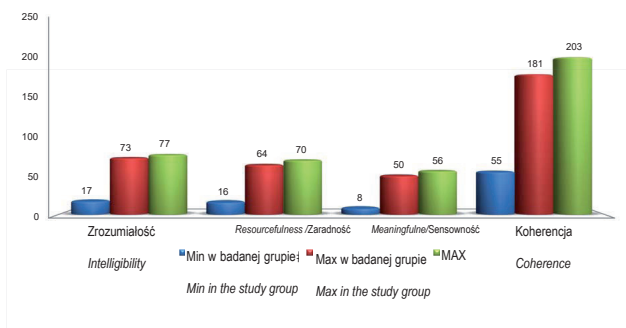
Osoby chore przewlekłe nie różniły się znacząco między sobą poziomem poczucia koherencji. W badanej grupie najwyższy poziom koherencji występował w wymiarze zrozumiałości i zaradności. Maksymalny poziom koherencji wynosił 181 pkt., co stanowiło 89% maksymalnego poziomu możliwego. Średni poziom koherencji wynosił 123,9 pkt., co stanowiło 61% maksymalnego poziomu koherencji w SOC-29 (**Tabela 1**). Najniższy wynik tego testu wynosił 8 pkt., co stanowiło 8% maksymalnego poziomu koherencji (**Rycina 1**).

**Tabela 1.** Charakterystyka statystyczna wymiarów zmiennych w badanej grupie  
Table 1. Statistical characteristics of the dimensions of variables in the study group

SOC 29	N	M	ME	Min	Max	Percentyl/ Percentyl		SD
						Percentile 10	Percentile 90	
Zrozumiałość/ Intelligibility	95	45,4	46	17	73	32	56	9,8
Zaradność (Sterowalność)/ Resourcefulness (Controllability)	95	44,5	45	16	64	36	54	7,8
Sensowność/ Meaningfulness	95	34,1	34	8	50	26	43	7,2

Koherencja/ <i>Coherence</i>	95	123,9	126	55	181	100	149	20,1
CISS/CISS								
Styl skoncentrowany na zadaniu/ <i>Task-oriented style</i>	95	54,1	53	19	75	46	65	7,9
Styl skoncentrowany na emocjach/ <i>A style focused on emotions</i>	95	47,3	49	22	76	35	60	9,4
Styl skoncentrowany na unikaniu/ <i>Avoidance-centered style</i>	95	44,8	45	25	73	37	53	7,2
Unikanie przez czynności zastępcze/ <i>Avoidance through surrogate activities</i>	95	20,3	20	9	36	15	26	4,7
Unikanie kontaktów towarzyskich/ <i>Avoiding social contact</i>	95	16,1	16	8	24	12	20	3,2
AIS/AIS	95	19,8	19	8	40	8	36	9,4
Ogólny wskaźnik poczucia własnej skuteczności GSES/ <i>Overall self-efficacy index GSES</i>	95	26,4	28	10	40	19	34	6,8
Drabina Cantrila <i>CAN/Cantril's ladder CAN</i>	95	6,2	6	2	10	4	9	2,0

Źródło: opracowanie własne  
Source: own study



**Rycina 1.** Porównanie wyników minimalnych i maksymalnych składowych koherencji badanej grupy w porównaniu do wyników maksymalnych kwestionariusza SOC 29

Figure 1. Comparison of the results of the minimum and maximum coherence components of the studied group in comparison to the maximum results of the SOC questionnaire 29

Źródło: opracowanie własne  
Source: own study

W badanej grupie osób przewlekle chorych średnia skala poczucia własnej skuteczności wynosiła 26,4 pkt., co stanowiło 66% całości GSES (AMTS). W badanej grupie 79% osób posiadało prawidłowy stan sprawności umysłowej, 18% miało łagodne upośledzenie pamięci, a 3% umiarkowane upośledzenie pamięci. W badanej grupie średni poziom zadowolenia z życia (CAN) wynosił 6,2 pkt., co stanowiło zadowolenie na poziomie 62%. Na podstawie 57,9% badanych wskazano, że z powodu swojej choroby stali się ciężarem dla swojej rodziny. 79% badanych stwierdziło, że z powodu swojej choroby stali się bardziej zależni od innych i nie dawali sobie rady z czynnościami dnia codziennego. Większość (78%) ankietowanych deklarowało problemy z przystosowaniem do zmian narzuconych przez chorobę, należały do nich problemy dnia codziennego (65,3%) i problemy psychiczne (34,7%) oraz problemy w poruszaniu z powodu barier architektonicznych (31,6%), jak i problemy z komunikowaniem się (9,5%) oraz obawy przed brakiem środków na leczenie (46,3%). Wartość średnia wskaźnika akceptacji choroby uzyskana dla wszystkich pacjentów wynosiła 19,8 pkt., co świadczyło o przeciętnym stopniu akceptacji choroby przez pacjentów w badanej grupie. Analiza wykazała, że pacjenci najbardziej cierpieli, ponieważ: „z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię”, „nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być” oraz „problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę”. Najczęściej stosowanym stylem radzenia sobie w trudnych sytuacjach był styl skoncentrowany na zadaniu (54,1), następnie styl skoncentrowany na emocjach (47,3), a w ostatniej kolejności styl skoncentrowany na unikaniu (44,8). W obszarze stylu skoncentrowanym na unikaniu częściej stosowany był styl unikania poprzez stosowanie czynności zastępczych (20,3) niż styl unikania kontaktów towarzyskich (16,1). W analizie wpływu SOC-29 na CISS i AIS wyższe poczucie koherencji – zarówno większe poczucie zrozumiałości, zaradności i sensowności wpływało na wyższy poziom akceptacji choroby. Wykazano istnienie istotnego, przeciętnego związku pomiędzy poczuciem koherencji a stylem radzenia sobie w sytuacjach trudnych skoncentrowanym na zadaniu, emocjach oraz na stosowaniu stylu unikania. Osoby o wyższym poziomie koherencji częściej stosowały styl skoncentrowany na zadaniu, podejmując działania zaradcze, mające na celu przystosowanie się do zmian narzuconych przez chorobę. Wraz ze wzrostem poczucia koherencji wybór stylu skoncentrowanego na emocjach malał.



**Tabela 2.** Korelacja SOC-29 oraz CISS i AIS

Table 2. Correlation of SOC-29 and CISS and AIS Źródło: opracowanie własne

Wpływ poczucia koherencji na akceptację choroby i radzenie sobie w sytuacjach trudnych/ <i>Influence of the sense of coherence on the acceptance of the disease and coping with difficult situations</i>	Styl skoncentrowany na zadaniu CISS/ <i>Task-focused style/CISS</i>	Styl skoncentrowany na emocjach CISS/ <i>A style focused on emotions CISS</i>	Styl skoncentrowany na unikaniu CISS/ <i>Avoidance-centered style CISS</i>	Unikanie przez czynności zastępcze <i>CISS/Avoidance through surrogate activities CISS</i>	Unikanie przez kontakty towarzyskie <i>CISS/Avoidance by socializing CISS</i>	Poziom akceptacji choroby AIS/ <i>AIS disease acceptance level</i>
Poczucie zrozumiałości/ <i>Sense of understandability</i>	r = 0,29 p = 0,004	r = -0,43 p = 0,000	r = 0,15 p = 0,146	r = -0,03 p = 0,730	r = 0,33 p = 0,001	r = 0,29 p = 0,004
Poczucie zaradności/ <i>A sense of resourcefulness</i>	r = 0,23 p = 0,023	r = -0,45 p = 0,000	r = 0,03 p = 0,777	r = -0,16 p = 0,112	r = 0,33 p = 0,001	r = 0,35 p = 0,000
Poczucie sensowności/ <i>Sense of meaningfulness</i>	r = 0,26 p = 0,009	r = -0,11 p = 0,327	r = -0,07 p = 0,510	r = -0,17 p = 0,090	r = 0,15 p = 0,133	r = 0,43 p = 0,000
Globalna koherencja/ <i>Global Coherence</i>	r = 0,32 p = 0,001	-0,42 p = 0,000	r = 0,06 p = 0,562	r = -0,14 p = 0,165	r = 0,34 p = 0,001	r = 0,43 p = 0,000

Źródło: opracowanie własne

Source: own study

Przeprowadzono również szczegółową analizę wpływu takich zmiennych jak: uogólniona własna skuteczność (GSES), radzenie sobie w sytuacjach stresowych (CISS), odczuwanie satysfakcji z życia (CAN) oraz stan cywilny osób korzystających z instytucji na poziom akceptacji choroby (AIS) (Tabela 2). Z analiz wynika, że wyższy poziom własnej skuteczności, sprawności umysłowej i zadowolenia z życia w sposób istotny statystycznie wpływał na wyższy poziom akceptacji choroby ( $H = 22,44$ ,  $p = 0,00001$ ). Lepiej akceptowały chorobę osoby korzystające z pomocy instytucji pozarządowych i stowarzyszeń, niemające poczucia zależności od innych, tj. osoby niemające poczucia, że są ciężarem dla rodziny ( $H = 4,14$ ,  $p = 0,05$ ). Lepiej akceptowały chorobę osoby będące w związku niż osoby samotne ( $H = 10,71$ ,  $p = 0,01$ ). Wyższy poziom własnej skuteczności oraz sprawności umysłowej miał związek z częściej stosowanym stylem radzenia sobie w sytuacjach trudnych skoncentrowanym na zadaniu ( $H = 0,44$ ,  $p < 0,0001$ ) i rzadszym wybieraniem stylu skoncentrowanego na emocjach i zależność ta występowała na poziomie przeciętnym. Niższy poziom zadowolenia z życia miał związek z częściej stosowanym stylem radzenia sobie w sytuacjach trudnych skoncentrowanym na emocjach ( $H = 0,23$ ,  $p < 0,02$ ). Oznacza to, że wyższy poziom zadowolenia z życia wpływał na częstsze stosowanie stylu unikania poprzez czynności zastępcze i podtrzymywanie kontaktów towarzyskich ( $H = 0,32$ ,  $p < 0,0001$ ). W radzeniu sobie w sytuacjach trudnych osoby uważające, że nie są bardziej zależne od innych,

stosowały styl skoncentrowany na zadaniu ( $H = 6,16$ ,  $p = 0,05$ ), natomiast styl skoncentrowany na emocjach oraz unikaniu częściej stosowały osoby samotne niż mieszkające z rodziną lub w placówce opiekuńczej oraz te, które uważały, że są ciężarem dla bliskich, nie dają sobie rady z czynnościami dnia codziennego, mają problemy z przystosowaniem się do zmian narzuconych przez chorobę i obawiają się jej skutków ( $H = 9,52$ ,  $p = 0,008$ ). Wykształcenie wywiera istotny wpływ na poziom poczucia koherencji, tj. osoby z wykształceniem wyższym miały istotnie wyższy poziom koherencji w obszarze poczucia sensowności ( $F = 3,86$ ,  $p = 0,01$ ). Płeć ( $F = 1,19$ ,  $p = 0,28$ ) i wiek nie miały istotnego wpływu na poziom koherencji ( $F = 0,14$ ,  $p = 0,87$ ). Wykształcenie wpływa na stosowanie stylu unikania poprzez czynności zastępcze. Im niższe wykształcenie tym częstsze stosowanie tego stylu. Osoby z wykształceniem podstawowym posiadały niższy poziom akceptacji choroby niż osoby z wykształceniem średnim czy wyższym ( $H = 12,82$ ,  $p = 0,005$ ).

## Dyskusja

Celem badań Saden-Eriksson i wsp. była próba udzielenia odpowiedzi na pytanie: czy silny poziom poczucia koherencji pomaga pacjentom kontrolować chorobę przewlekłą oraz dokonywać radykalnych zmian w dotychczasowych zachowaniach [13]. Wyniki wykazały, że wysoki poziom poczucia koherencji znacznie wpływa na akceptację choroby, obniżony poziom poczucia koherencji powoduje zaś pasywność i trudności w akceptacji

choroby. W badaniach własnych najczęściej wskazywane problemy dotyczyły trudności w przystosowaniu się do zmian narzuconych przez chorobę, obawy przed bezradnością oraz skutkami choroby oraz poczucie zależności i bycia ciężarem dla bliskich. Kurowska i Zając [14] prezentując wyniki badań stanowiących wycinek realizacji szerszego projektu analizy jakości życia osób w podeszłym wieku stwierdziły, że znaczenie poczucia koherencji dla przeżywania okresu starości wynika z jego roli w procesie przystosowania się do sytuacji nowych i trudnych. Trudno zaprzeczyć, iż starość stanowi dla człowieka taką właśnie sytuację. Poczucie koherencji ma wpływ na zdrowie człowieka starszego, pojmowane nie tylko jako optymalne funkcjonowanie biologiczne, lecz jako pełen dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny. Od poziomu koherencji zależy przecież efektywność radzenia sobie z wszelkimi trudnościami, samopoczucie oraz zadowolenie z życia – również człowieka starszego. Kossakowska i Basińska [15] na podstawie badań przeprowadzonych wśród chorych na stwardnienie rozsiane stwierdziły, iż nie obserwuje się różnic w ogólnym poziomie poczucia koherencji pomiędzy chorymi. Obserwuje się je natomiast pomiędzy zrozumiałością a zaradnością. Zależność ta jest charakterystyczna dla chorób przewlekłych, gdyż podobne wyniki uzyskano w grupie przewlekle chorych onkologicznie. Choroba wymaga wielu wyrzeczeń i pewnie dlatego niektóre sytuacje życiowe, szczególnie te, z którymi wiąże się ciężki stres i emocje mogą powodować, że choremu trudno zachować wysokie poczucie koherencji. W badaniach Zawadzkiej [16] nad wpływem poczucia koherencji na adaptację do leczenia hemodializami zaobserwowano, iż poczucie koherencji pozostawało niezależne od wieku pacjentów i czasu trwania choroby. Posiadanie rodziny było jednym z zasobów, z których człowiek czerpał, konstruując rzeczywistość wokół siebie. U badanych osób nie można określić dominującego stylu radzenia sobie, w podobnym stopniu przejawiają wszystkie trzy style. Badani w sytuacjach stresu częściej stosują styl skoncentrowany na zadaniu, rzadziej styl oparty na unikaniu. Z badań M. Kossakowskiej [17] wynika, że chorzy różnią się stosowaniem niektórych strategii zaradczych w radzeniu sobie ze stresem związanym ze swoją chorobą. Przede wszystkim rzadziej mogą koncentrować się na problemie i jego rozwiązaniu. Częściej natomiast zwracają się ku religii i chętniej poszukują emocjonalnego wsparcia u bliskich i znajomych. Potwierdziły to badania własne. Zdecydowana większość zadeklarowała, że pomimo obaw związanych z chorobą, poczucie bycia ciężarem i nieuniknionej perspektywy zależności może liczyć na wsparcie dzieci i przyjaciół. Nawiazywanie kontaktów i wymiana doświadczeń z innymi pomaga w zmaganiu się z chorobą i przystosowaniu się do

zmian przez nią narzuconych. Badania dowiodły istnienie związku o sile przeciętnej pomiędzy poczuciem sensowności i zaradności a wyborem stylu radzenia sobie skoncentrowanym na zadaniu. Oznacza to, że wraz ze wzrostem zaradności i sensowności wzrasta wybór stylu zadaniowego. Ujemny związek zrozumiałości i sensowności ze stosowaniem stylu skoncentrowanego na emocjach oznacza, że wraz ze wzrostem tych cech wybór stylu skoncentrowanego na emocjach maleje. Osoby o wyższym poziomie globalnego SOC częściej wybierają zadaniowy styl radzenia sobie pozwalający na walkę z chorobą, zwłaszcza w perspektywie długoterminowego zmagania się z nią. Z badań przeprowadzonych przez Muszalik i Kędziora-Kornatowską [18] wynika, że jakość życia pacjentów z chorobami przewlekłymi zależy przede wszystkim od wieku, a także od rodzaju i czasu trwania schorzenia, zaś w ocenie jakości życia przewlekle chorych osób w podeszłym wieku powinno się uwzględnić rodzaj dominujących trudności spowodowanych poszczególnymi stanami chorobowymi oraz ich wpływ na podstawowe dziedziny życia. Badania własne wykazały istnienie zmiennych pośredniczących, wpływających na związek poziomu poczucia koherencji a rodzajem preferowanego stylu radzenia sobie z chorobą przewlekłą jako wykładnika w powrocie do optymalnego stanu zdrowia. Istotną zależność wykazano między poczuciem sensowności a wykształceniem. Wykształcenie wpływać może na percepcję choroby, organizację życia w zmienionych warunkach, kontynuację pasji i zainteresowań. Stopień świadomości wpływać może również na mobilizację sił i pozwala stawić czoła chorobie. Wśród badanych najczęściej wskazywane problemy dotyczyły trudności i ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu, obawy przed bezradnością oraz rezygnacja z zainteresowań. Ponad połowa badanych stwierdziła, że z powodu swojej choroby stała się ciężarem dla swojej rodziny. Możliwość podzielenia się problemami, wymiana doświadczeń na temat metod ich rozwiązywania pomagają w przystosowaniu się do sytuacji stresującej i trudnej. Z badań przeprowadzonych przez Grochans i wsp. [19] wynika, że wysoki poziom wsparcia społecznego ułatwia codzienne życie. Oznacza to, że na to, w jaki sposób chory radzi sobie z chorobą przewlekłą, mają wpływ podejmowane zachowania zmierzające do przystosowania się do życia z chorobą. Aby było to możliwe pacjent powinien korzystać z zasobów, jakimi dysponuje oraz wykształcić nowe umiejętności. Oceniając zachowanie człowieka w chorobie, w dużym stopniu bazujemy na jego zasobach i możliwościach adaptacyjnych. Czynnikiem wpływającym na zachowanie w tym stanie są m.in. wysoki poziom poczucia koherencji oraz strategie radzenia sobie ze stresem. Badania własne

wykazały, że chorzy przewlekle reprezentują przeciętny poziom poczucia koherencji, co związane może być z niepewnością, negatywnymi emocjami wywoływanymi diagnozą i leczeniem oraz walką ze skutkami choroby i jego zakłócającym wpływem na inne aspekty życia. Potwierdzają to badania Marzec, Andruszkiewicz i Banaszkiewicz [20], których celem było ustalenie związku między SOC, AIS a funkcjonowaniem w chorobie osób przewlekle chorych na chorobę nerek i chorych na cukrzycową chorobę nerek, w stadium niewydolności, leczonych hemodializą. SOC to zasób generalnie wspomagający funkcjonowanie człowieka we wszystkich obszarach życia. Badania potwierdzają, że SOC może być elementem buforowym lub przystosowawczym do sytuacji trudnej, jaką jest choroba.

## Wnioski

1. W skutecznym radzeniu sobie z chorobą przewlektą ważną rolę odgrywają psychiczne zasoby człowieka, zwłaszcza poczucie koherencji, jak i czynniki sytuacyjne.
2. Schorzenie przewlekle jest dla człowieka realnym zagrożeniem, wymagającym zastosowania odpowiednich mechanizmów adaptacyjnych, pozwalających na radzenie sobie ze stresem z niego wynikającym.
3. Określenie stylów radzenia sobie z chorobą oraz możliwości poznawczych chorego, w tym jego gotowości do samoopieki, które zmieniają się wraz z postępem choroby, skutkami terapii oraz z wiekiem, może służyć jako wykładnik w prognozowaniu opieki nad pacjentem na różnych etapach choroby przewlekłej.
4. Szczególnie lekarze i pielęgniarki, jako osoby najczęściej współpracujące z chorymi, mogą zwiększać u pacjentów poczucie sensu, rozumienia sytuacji oraz poczucie zaradności. Może się to przyczynić do lepszego radzenia sobie chorych ze stresem i lepszą reakcją na sytuację, w której się znaleźli.

## Piśmiennictwo

1. Bąk-Sosnowska M. Choroba w życiu człowieka. W: Trzcieńska-Green A. (red.). Psychologia – podręcznik dla studentów kierunków medycznych. Kraków: Wydawnictwo Universitas. 2006; 173–228.
2. Heszen-Niejodek I. Jak żyć z chorobą, a jak ją pokonać. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego. 2000; 55–56.
3. Bishop G.D. Psychologia zdrowia. Wrocław: Wydawnictwo Astrum. 2007; 352.
4. Gałuszka A. Człowiek przewlekle chory. Aspekty psychoegzystencjalne. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego. 2005; 7, 17.

5. Dolińska-Zygmunt G. Elementy psychologii zdrowia. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego. 1996; 195–197.
6. Rosińczuk-Tonderys J. Uchmanowicz I. Chory przewlekle – aspekty pielęgnacyjne, rehabilitacyjne, terapeutyczne. Wrocław: Wydawnictwo Med Pharm. 2013; 35.
7. Trzcińska-Green A. Psychologia. Kraków: Wydawnictwo Universitas. 2012; 136–143.
8. Dolińska-Zygmunt G. Podstawy psychologii zdrowia. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego. 2001; 243–245.
9. Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii. 2005; 7.
10. Kwiatkowska A, Krajewska-Kutał E, Panek W. Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie. Lublin: Wydawnictwo Czelej. 2003; 203–210.
11. Strelau J, Jaworowska A, Wrześniewski K, Szczepaniak P. Kwestionariusz radzenia sobie w sytuacjach stresowych, Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych. 2007.
12. Heszen I, Sęk H. Psychologia zdrowia. Warszawa: PWN. 2008; 220–221.
13. Kurowska K. Rola poczucia koherencji i zachowań zdrowotnych u przewlekle chorych. Zdrowie Publiczne. 2005; 115(3): 385–390.
14. Kurowska K, Zajac M. Poczucie koherencji a funkcjonowanie osób w podeszłym wieku. W: Kuchcińska M. (red.). Edukacja do i w starości. Bydgoszcz: Wyd. KPSW. 2008; 75–82.
15. Kossakowska M, Basińska M. Poczucie koherencji u chorych na stwardnienie rozsiane. Postępy Psychiatrii i Neurologii. 2000; 9: 55–61.
16. Zawadzka B. Wpływ poczucia koherencji na adaptację do leczenia hemodializami. Nefrol Dial Pol. 2000; 4: 50–53.
17. Kossakowska M. Strategie radzenia sobie z chorobą przewlektą w stwardnieniu rozsianym. Postępy Psychiatrii i Neurologii. 2008; 17(1): 15–21.
18. Muszalił M, Kędziora-Kornatowska K. Jakość życia przewlekle chorych pacjentów w starszym wieku. Gerontologia Polska. 2006; 4: 185–189.
19. Grochans E, Wieder-Huszla S, Jurczak A, Stanisławska M, Augustyniuk K, Januzik K. Ocena wsparcia społecznego pacjentów ze stwardnieniem rozsianym. Probl Hig Epidemiol. 2008; 3: 419–422.
20. Marzec A, Andruszkiewicz A, Banaszkiewicz M. Poczucie koherencji, akceptacja choroby a funkcjonowanie w chorobie przewlekłej osób chorych na chorobę nerek i chorych na cukrzycę, hemodializowanych. Pielęgniarstwo XXI Wieku. 2011; 2(35): 51–56.

Artykuł przyjęty do redakcji: 07.02.2021.

Artykuł przyjęty do publikacji: 30.06.2021.

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

## Adres do korespondencji:

Wioletta Wojciechowska  
ul. Zdrojowa 17  
87-720 Ciechocinek  
e-mail: w.wojciechowska@ksw.wloclawek.pl  
Instytut Nauk o Zdrowiu, Kujawska Szkoła Wyższa we Włocławku



# KULTUROWE KOMPETENCJE PIELEŃNIAREK W OPIECE NAD PACJENTEM NA ODDZIALE ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII

## CULTURAL COMPETENCES OF NURSES IN PATIENT CARE IN ANAESTHESIOLOGY AND INTENSIVE CARE UNITS

Robert Deka<sup>1</sup>, Danuta Dyk<sup>2, a</sup>, Anna Wałdoch<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Szpital Wojewódzki w Poznaniu

<sup>2</sup> Zakład Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

<sup>3</sup> Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp

a) <https://orcid.org/0000-0003-2435-9424>

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2022.2>

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** Gdy Polska została objęta strefą Schengen i wstąpiła do Unii Europejskiej nastąpiło otwarcie granic, co spowodowało masowe napływanie ludności wyznającej inne wartości, o innym sposobie życia i odrębności kulturowej. Społeczeństwo zaczęło borykać się z problemami wynikającymi z niedostatecznej wiedzy dotyczącej znajomości innych kultur i obyczajów.

**Cel.** Celem pracy była analiza kompetencji kulturowych pielęgniarek/pielęgniarzy pracujących na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii na terenie Polski oraz określenie zależności między danymi socjodemograficznymi a kompetencjami kulturowymi.

**Materiał i metody.** Badanie objęło grupę 292 pielęgniarek/pielęgniarzy. Badania przeprowadzono od sierpnia 2019 do końca stycznia 2020 roku. Wykorzystano w nich metodę przekrojową, a jako narzędzia badań użyto Skali Kompetencji Kulturowych Personelu Medycznego (HPCCI – wersja polska). Kwestionariusze były rozprawdane na oddziałach intensywnej terapii, w placówkach medycznych na terenie Poznania, Gorzowa Wlkp., Piły, Bydgoszczy i Chojnic.

**Wyniki.** Wśród personelu pielęgniarskiego pracującego na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii (AiIT) dominuje wiedza przeciętna dotycząca znajomości kultur, religii oraz zwyczajów pacjentów spoza kultury polskiej. Badania wykazały pozytywne zachowania ankietowanych w odniesieniu do kompetencji kulturowych i komunikacji z pacjentem w aspektach otwartości personelu na informacje zwrotne od pacjenta, rodziny czy współpracowników na temat tego, jak odnoszą się do osób pochodzących z odmiennych kultur. Z drugiej strony problemem w opiece nad pacjentem odmiennym kulturowo jest bagatelizowanie i niechęć do uwzględniania zwyczajów i zasad, które obowiązują w wielu innych kulturach. Pielęgniarki/pielęgniarze pracujący na oddziałach OIT nie dokumentują i nie biorą pod uwagę w procesie pielęgnowania uwarunkowań kulturowych oraz nie widzą potrzeby poszerzania swojej wiedzy na ten temat.

### ABSTRACT

**Introduction.** When Poland became a member of the Schengen area and joined the European Union, the borders were opened, and as a result, there was a mass influx of people of different values, people with a different way of life and cultural identity. Poland has experienced cultural and ethnic changes. Thus, society has started to face problems resulting from insufficient knowledge of other cultures and their customs.

**Aim.** The aim of the study is to analyze the cultural competence of nurses working in anaesthesiology and intensive care units in Poland.

**Material and methods.** The study included 292 nurses. It was conducted from August 2019 to the end of January 2020. The questionnaires were distributed in intensive care units, in medical facilities in Poznań, Gorzów Wielkopolski, Piła, Bydgoszcz and Chojnice. The research used the cross-sectional design with the use of a standardized questionnaire "Scale of Cultural Competence of Medical Personnel".

**Results.** The results revealed that knowledge of cultures, religions and customs of patients from outside Polish culture among the personnel working in anaesthesiology was at medium level. It has been shown that a problem in caring for a patient who is culturally different is the downplaying and reluctance to take into account the customs and rules that apply in many other cultures. Despite the knowledge of nurses in ITUs, they do not document and do not take into account cultural conditions in the process of nursing and do not see a need to expand their knowledge on this subject.



**Wnioski.** Pielęgniarki/pielęgniarze są świadomi istotności wpływu kultury na proces opieki nad pacjentem i wiedzą o roli indywidualnego podejścia do pacjenta z innej kultury, lecz wyrażają niechęć do współpracy z takim pacjentem. Istnieje potrzeba organizowania dodatkowych szkoleń z zakresu wielokulturowości oraz kompetencji kulturowych. Dane socjodemograficzne nie wpływają znacząco na kompetencje kulturowe, ale znajomość języków obcych ułatwia komunikację z pacjentem odmiennym kulturowo.

**SŁOWA KLUCZOWE:** pacjent odmienny kulturowo, pielęgniarka, wielokulturowość.

**Conclusions.** The level of knowledge in the field of transcultural nursing among personnel working in ITUs is average. Research has shown that there is a need for additional training lectures covering the scope of transcultural nursing.

**KEYWORDS:** culturally different patient, nurse, multiculturalism.

## Wprowadzenie

W ostatnich latach mamy do czynienia z największą migracją ludności od czasów II wojny światowej. Choć nadal główną przyczyną są prześladowania i wojny, to na pierwsze miejsce wysuwa się poszukiwanie lepszych warunków ekonomicznych czy lepsza praca. Dodatkowo korzystnie wpływa także rozwój środków transportu oraz coraz lepsza znajomość języków obcych, które pozwalają kontynuować naukę poza granicami swojego kraju. Widoczne jest to zwłaszcza w Europie (migracja ludności z krajów afrykańskich i Europy Wschodniej) oraz w Stanach Zjednoczonych (migracja ludności z Meksyku i krajów Ameryki Południowej). Zjawisko to stanowi wyzwanie dla wielu krajów europejskich, w tym Polski [1, 2]. Przystąpienie naszego kraju do związku Unii Europejskiej doprowadziło do otwarcia granic i znacząco nasiliło ruchy migracyjne w naszym państwie. Wzrosła liczba osiedlających się osób odmiennych kulturowo i religijnie (np. muzułmanie), a problemy wynikające z braku wiedzy na temat innych kultur i obyczajów zaczęły dotyczyć polskie społeczeństwo [3, 4]. Pielęgniarstwo we współczesnym świecie musi wychodzić naprzeciw coraz to bardziej zróżnicowanej wielokulturowo populacji [5, 6]. Świat ulega globalizacji. W Polsce mamy coraz bardziej heterogeniczne społeczeństwo, więc polskie pielęgniarki coraz częściej mają na względzie nie tylko zapewnienie pacjentowi potrzeb biologicznych, społecznych i psychicznych, ale także jego uwarunkowania kulturowe [7, 8]. Pielęgniarstwo transkulturowe zwraca uwagę na zdeterminowane uwarunkowaniami kulturowymi aspekty świadczenia opieki zdrowotnej, które mogą mieć wpływ na postrzeganie choroby, zdrowia i zarządzanie dobrostanem człowieka. „Pielęgniarstwo transkulturowe to formalny obszar humanistycznej i naukowej wiedzy, a także praktyk skupionych na fenomenie holistycznej opieki kulturowej oraz na kompetencjach do asystowania jednostce lub grupie w utrzymaniu lub odzyskaniu zdrowia (lub dobrego samopoczucia) i w radzeniu sobie z niepełnospraw-

nością, umieraniem lub innymi ludzkimi stanami w kulturowo przystających i korzystnych warunkach” [6, 8]. Od 2012 r. nauka zawodu pielęgniarki oparta jest o podstawowe standardy kształcenia, które wskazują, jakie określone kompetencje zawodowe (złożone z wiedzy, umiejętności i postaw) powinien osiągnąć student pielęgniarstwa. Wymóg ten jest kontynuowany w nowych standardach kształcenia z 2019 roku. Również w znowelizowanym w 2003 roku Kodeksie Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej RP w części ślubowania zawarty jest zapis o równym traktowaniu pacjentów: „należy zapewnić pomoc każdemu bez względu na jego rasę, religię, narodowość, poglądy polityczne, status finansowy i inne różnice”. Dodatkowo ów dokument mówi o tym, że pielęgniarka, na życzenie pacjenta lub jego rodziny, powinna umożliwić kontakt z duchownym oraz dołożyć wszelkich starań, aby opieka nad chorym i umierającym przebiegała w pełni poszanowania jego wartości i godności [9–11].

W modelu kompetencji kulturowych Campinha-Bacote kompetencje te są postrzegane jako proces, a nie jako punkt końcowy, w którym dąży się do osiągnięcia zdolności do skutecznej pracy w kontekście osoby, rodziny lub społeczności z różnych środowisk kulturowych. Identyfikuje on świadomość kulturową, wiedzę kulturową, umiejętności kulturowe, spotkania kulturowe i pragnienie kulturowe jako składowe kompetencji kulturowej [7]. Według tego modelu kompetencje kulturowe wymagają ciągłego rozwoju i doskonalenia własnej zdolności do zapewnienia skutecznej opieki zdrowotnej. Personel pielęgniarski może podnosić swoje kompetencje kulturowe poprzez uczestniczenie w różnych formach kształcenia: konferencjach, warsztatach, kursach, szkoleniach, czytając publikacje lub oglądając programy edukacyjne [12]. Nieznajomość norm kulturowych i religijnych często prowadzi do powstawania stereotypów i postrzegania kogoś w perspektywie etnocentrycznej, co może w późniejszych fazach kontaktów prowadzić do konfliktów, rozczarowań, nieporozumień

czy mowy nienawiści [13, 14]. Nikt z nas nie jest wolny od stereotypów i uprzedzeń, ale należy sobie uświadać i zrozumieć powody ich istnienia, zatrzymać w sobie, gdy się uruchamiają i podejmować działania, które pomogą w zmianie naszych postaw [13–15].

## Cel pracy

Celem pracy była analiza kompetencji kulturowych pielęgniarek pracujących na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii oraz określenie zależności pomiędzy danymi socjodemograficznymi a kompetencjami.

## Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone od sierpnia 2019 r. do końca stycznia 2020 r. wśród pielęgniarek/pielęgniarzy zatrudnionych w podmiotach leczniczych na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii (AiIT) na terenie miasta Poznania, Gorzowa Wlkp., Piły, Bydgoszczy i Chojnic.

Udział w przedmiotowym badaniu był dobrowolny i anonimowy, za zgodą ustną badanych osób. Rozdano 350 ankiet, a zebrano zwrotnie 292, co stanowiło 83,42% całości. Zebraneankiety posłużyły jako baza do dalszej analizy.

Respondenci otrzymali informację na temat celu badania i procesu zbierania danych we wstępie do narzędzia badawczego. Każdy uczestnik był zapewniony o anonimowości i poufności zebranych danych oraz poinformowany o prawie do dobrowolnego wycofania się z badania w każdej chwili.

W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem techniki ankietyzacji. Jako narzędzia badań użyto polskiej wersji Skali Kompetencji Kulturowych Personelu Medycznego, będącego adaptacją the Healthcare Provider Cultural Competence Instrument (HPCCI). Polska wersja skali została opracowana przez międzynarodową grupę w ramach projektu OPIEKA WIELOKULTUROWA NA ODDZIAŁACH INTENSYWNEJ TERAPII W EUROPIE. Kwestionariusz został przygotowany w języku angielskim i poddany adaptacji kulturowej w krajach uczestniczących w projekcie. Opracowaniem opisującym zastosowanie tego narzędzia w Polsce jest raport z badań nt. Kompetencji i potrzeb edukacyjnych pielęgniarek OIT w zakresie opieki wielokulturowej [10].

Polska wersja kwestionariusza Skali Kompetencji Kulturowych Personelu Medycznego jest w dyspozycji autorów ww. projektu [10].

Kwestionariusz składał się z 49 stwierdzeń podzielonych na pięć sekcji, które określały: 1) świadomość i wrażliwość w odniesieniu do kompetencji kulturowych, 2) zachowania pielęgniarek w odniesieniu do kompetencji kulturowych, 3) komunikację, w której centrum

jest pacjent, 4) orientację praktyczną, 5) samoocenę kompetencji kulturowych.

Ankieta została uzupełniona metryczką własnego autorstwa, w której zawarto 9 pytań dotyczących danych socjodemograficznych. Odpowiedzi na pytania kwestionariusza ankiety – metryczki, jak i twierdzenia kwestionariusza opisano za pomocą liczebności (n) i procentów (%).

Dane poddano wstępnym przekształceniom w arkuszu programu Microsoft Excel 2010 PL, a analizę statystyczną przeprowadzono z użyciem pakietu Stat Soft Statistica 10 PL. Wyniki opisano liczebnościami w liczbach bezwzględnych „n” – wielkość próby oraz przedstawiono ich wartość procentowo. Następnie po przypisaniu wartości rangowych kategoriom odpowiedzi wyznaczono stopień zgadzania się ze stwierdzeniami w skali 0–6 dla sekcji I (stwierdzenia 1–11) oraz w skali 0–4 dla sekcji IV (stwierdzenia 31–40) i V (stwierdzenia 41–49) oraz częstość postępowania w skali 0–6 dla sekcji II (stwierdzenia 12–27) i w skali 0–5 dla sekcji III (stwierdzenia 28–30). Obie zmienne opisano za pomocą podstawowych parametrów: średnia arytmetyczna, odchylenie standardowe (odch. std.), mediana oraz wartość minimalna i maksymalna (min. i maks.), a także dodatkowo wartość modalną (moda) oraz licznosc i częstość dla mody. Do analizy statystycznej użyto testów nieparametrycznych: test U Manna-Whitneya – do sprawdzenia istotności różnicy w dwóch grupach oraz test Kruskala-Wallisa – do sprawdzenia istotności różnicy w co najmniej trzech grupach. Do dokładnego sprawdzenia, między którymi parami grup występują istotne różnice, zastosowano test porównań wielokrotnych.

## Wyniki

Badaniem objęto pielęgniarki/pielęgniarzy czynnych zawodowo. Znaczną przewagę stanowiły kobiety – 85,6% w przedziale wiekowym 20–30 lat (32,2%) i 40–50 lat (31,2%), ze stażem pracy powyżej 6 lat (58,2 %) i wyznaniem katolickim (75,7%). Najliczniejszą grupę stanowili respondenci zamieszkujący w mieście powyżej 500 tysięcy mieszkańców (29,5%). Ponad połowa badanych posługiwała się językiem obcym (59,2%) i rzadko odwiedzała obce kraje (48,3%). Zdecydowana większość respondentów nie brała udziału w szkoleniach na temat pielęgniarstwa wielokulturowego – 75,7% osób.

## Ocena kompetencji kulturowych personelu medycznego

### SEKCJA I: Świadomość i wrażliwość w odniesieniu do kompetencji kulturowych

Analizując odpowiedzi z sekcji I najwięcej osób nie zgadzało się ze stwierdzeniem, że jeśli posiadamy wiedzę na temat danego kręgu kulturowego, z którego pocho-

dzi osoba, to nie musimy już oceniać jej osobistych preferencji dotyczących opieki zdrowotnej. Podobny wynik otrzymało pytanie numer 8 dotyczące barier językowych. Aż 89,0% ankietowanych uważało, że duchowość i przekonania religijne są ważne dla wielu grup kulturowych, a tym samym będzie to wpływać na opiekę nad takim pacjentem. Największe trudności sprawiało ostatnie pytanie, ponieważ aż 38,4% respondentów nie miało zdania na ten temat lub to pytanie ich nie dotyczyło.

**Tabela 1.** Odpowiedzi na stwierdzenia z sekcji I  
*Table 1. Responses to the statements in section I*

Stwierdzenie/ Statement	Nie zgadzam się/ I disagree		Nie wiem/ I don't know		Tak, zgadzam się/ Yes, I agree	
	n	%	n	%	n	%
	1. Pochodzenie etniczne jest najważniejszym czynnikiem określającym przynależność kulturową człowieka/ <i>Ethnicity is the most important factor in determining a person's cultural affiliation</i>	102	34,9	34	11,6	156
2. Osoby pochodzące z tego samego kręgu kulturowego myślą i działają podobnie/ <i>People from the same cultural background think and act similarly</i>	90	30,8	26	8,9	176	60,3
3. Wiele aspektów kulturowości wpływa na zdrowie i opiekę zdrowotną/ <i>Many aspects of cultural background affect health and health care</i>	36	12,3	18	6,2	238	81,5
4. Aspekty różnorodności kulturowej powinny być oceniane dla każdej pojedynczej osoby, grupy i organizacji/ <i>Aspects of cultural diversity should be assessed for each individual, group and organization</i>	38	13,0	44	15,1	210	71,9
5. Jeśli mam wiedzę na temat kręgu kulturowego, z którego pochodzi dana osoba, nie muszę już oceniać jej osobistych preferencji dotyczących opieki zdrowotnej/ <i>If I have knowledge of a person's cultural background, I no longer have to judge their personal health care preferences</i>	185	63,4	24	8,2	83	28,4

6. Duchowość i przekonania religijne są ważne dla wielu grup kulturowych/*Spirituality and religious beliefs are important to many cultural groups*

21 7,2 11 3,8 260 89,0

7. Człowiek może identyfikować się z więcej niż jedną grupą kulturową/*A person can identify with more than one cultural group*

48 16,4 30 10,3 214 73,3

8. Bariery językowe są jedynymi trudnościami dla osób, które niedawno imigrowały do Polski/*Language barriers are the only difficulties for people who have recently immigrated to Poland*

180 61,6 16 5,5 96 32,9

9. Rozumiem, że ludzie z różnych kręgów kulturowych mogą definiować pojęcie "opieka zdrowotna" w różny sposób/*I understand that people from different cultural backgrounds may define "health care" in different ways*

23 7,9 17 5,8 252 86,3

10. Myślę, że wiedza na temat różnych grup kulturowych pomaga mi w pracy z osobami, rodzinami, grupami i organizacjami/*I think knowledge about different cultural groups helps me when working with individuals, families, groups, and organizations*

24 8,2 24 8,2 244 83,6

11. Lubię pracować z ludźmi, którzy są kulturowo odmienni ode mnie/*I enjoy working with people who are culturally different from me*

64 21,9 112 38,4 116 39,7

Źródło: badania własne  
*Source: author's own materials*

## SEKCJA II: Zachowania pielęgniarek dotyczące kompetencji kulturowych

W sekcji II najwięcej odpowiedzi było „rzadko” lub „często”, proporcjonalnie rozkładających się na wszystkie pytania. Największe odchylenie jednak wystąpiło w stwierdzeniu 14, dotyczącym posiadania książek o tematyce wielokulturowości i opiece nad pacjentem odmiennym kulturowo. Odpowiedź „zawsze” podało



tylko 1% ankietowanych, „często” wskazało 17,5% badanych, a rzadko – 43,8%. Pozostali wskazali na odpowiedzi „nigdy”, „nie jestem pewien”, „nie dotyczy”; – 37,7%. Zadowolający wynik osiągnęło pytanie numer 23, dotyczące informacji zwrotnych od współpracowników na temat tego, jak pielęgniarka/pielęgniarz odnosi się do pacjentów odmiennych kulturowo – odpowiedź „zawsze” podało 29,8% osób. Odpowiedź w kategorii „często” wskazało 44,9% badanych, w pytaniach 25 i 26 dotyczących dokumentacji, duże grono osób, średnio 30% pielęgniarek/pielęgniarzy zaznaczało odpowiedzi: „nigdy”, „nie jestem pewien”, „nie dotyczy”.

**Tabela 2.** Odpowiedzi na stwierdzenia z sekcji II  
*Table 2. Responses to the statements in section II*

Stwierdzenie/ Statement	Nigdy/ Never		Rzadko/ Rarely		Często/ Frequently		Zawsze/ Always	
	n	%	n	%	n	%	n	%
12. Uwzględniam kwestie kulturowości podczas oceny sytuacji pacjenta lub rodziny/ <i>I consider cultural issues when assessing a patient or family situation</i>	26	8,9	80	27,4	138	47,3	48	16,4
13. Podczas wykonywania pracy zawodowej poszukuję informacji dotyczących potrzeb kulturowych moich nowych pacjentów i rodzin/ <i>I seek out information regarding the cultural needs of my new patients and families while doing my professional work</i>	37	12,7	132	45,2	106	36,3	17	5,8
14. Posiadam książki i inne dostępne materiały, które pomagają mi w zdobyciu informacji o pacjentach i rodzinach pochodzących z różnych kultur/ <i>I have books and other resources available to help me learn more about patients and families from different cultures</i>	110	37,7	128	43,8	51	17,5	3	1,0

15. Korzystam z różnych źródeł, aby poznać dziedzictwo kulturowe innych ludzi/*I use a variety of sources to learn about other people's cultural heritage*

31 10,6 177 60,6 73 25,0 11 3,8

16. Proszę pacjentów i ich rodziny o wyjaśnienie mi tego, jak oni sami postrzegają zdrowie i chorobę/*I ask patients and their families to explain to me how they themselves view health and illness*

44 15,1 138 47,3 96 32,9 14 4,8

17. Proszę pacjentów i ich rodziny, aby powiedzieli mi o swoich oczekiwaniach co do opieki zdrowotnej/*I ask patients and their families to tell me about their expectations for health care*

29 9,9 121 41,4 122 41,8 20 6,8

18. Unikam stosowania uogólnień, aby nie stereotypizować grup ludzi/*I avoid using generalizations to avoid stereotyping groups of people*

31 10,6 62 21,2 147 50,3 52 17,8

19. Dostrzegam potencjalne trudności w procesie świadczenia usług, na które mogą napotykać osoby pochodzące z innych kręgów kulturowych/*I recognise the potential difficulties in the service delivery process that people from other cultural backgrounds may encounter*

14 4,8 100 34,2 158 54,1 20 6,8

20. Działam w kierunku usuwania przeszkód, które mogą napotkać osoby pochodzące z innych kręgów kulturowych wtedy, gdy je dostrzegę/*I work to remove obstacles that people from other cultural backgrounds may face when I see them*

25 8,6 120 41,1 122 41,8 25 8,6

21. Usuwam przeszkody napotkane przez pacjentów i rodziny z innych kręgów kulturowych, wtedy gdy mi je zgłoszą/*I remove obstacles encountered by patients and families from other cultural backgrounds when they report them to me*

17 5,8 94 32,2 140 47,9 41 14,0

22. Jestem otwarta/y na informacje zwrotne od pacjentów i ich rodzin na temat tego, jak odnoszę się do osób pochodzących z odmiennych kultur/*I am open to feedback from patients and their families about how I relate to people from different cultures*

16 5,5 55 18,8 144 49,3 77 26,4

23. Jestem otwarta/y na informacje zwrotne od współpracowników na temat tego, jak odnoszę się do osób pochodzących z odmiennych kultur/*I am open to feedback from colleagues on how I relate to people from different cultures*

10 3,4 64 21,9 131 44,9 87 29,8

24. Znajduję sposoby, aby dostosować swoją opiekę do preferencji moich pacjentów i ich rodzin/*I find ways to tailor my care to the preferences of my patients and their families*

16 5,5 74 25,3 153 52,4 49 16,8

25. Dokumentuję przeprowadzoną ocenę uwarunkowań kulturowych w opiece nad pacjentem/*I document the assessment conducted of cultural considerations in patient care*

91 31,2 102 34,9 71 24,3 28 9,6

26. Dokumentuję modyfikacje świadczonych usług, poczynione wspólnie z pacjentami i ich rodzinami/*I document modifications to services provided, made in conjunction with patients and their families*

81 27,7 96 32,9 87 29,8 28 9,6

27. Uczę się od moich współpracowników na temat ludzi z różnym dziedzictwem kulturowym/*I learn from my colleagues about people with different cultural heritage*

29 9,9 128 43,8 106 36,3 29 9,9

Źródło: badania własne  
Source: author's own materials

### SEKCJA III: Komunikacja, w której centrum jest pacjent

Dla dwóch pierwszych pytań z sekcji III dotyczących komunikacji, w której centrum jest pacjent, odpowiedzi równo podzieliły się na kategorie „rzadko” lub „często”. Niewielki odsetek odpowiedzi „nigdy” w tych pytaniach osiągnął podobną wartość, kolejno 8,6% i 6,2%. W pytaniu trzecim zaś, mówiącym o tym, czy ankieterzy proszą pacjenta i jego rodzinę by wzięli odpowiedzial-

ność za opiekę, odpowiedzi: „często”, „dość często” i „bardzo często” podało 34,6% osób. Odpowiedź „rzadko” wskazało 50,3% badanych. Pozostałe 15,1% respondentów wskazało na odpowiedź „nigdy”.

**Tabela 3.** Odpowiedzi na stwierdzenia z sekcji III  
*Table 3. Answers to the statements in section III*

Stwierdzenie/ Statement	Nigdy/ Never		Rzadko/ Rarely		Często/ Often	
	n	%	n	%	n	%
28. Gdy istnieje wiele możliwych sposobów sprawowania opieki, daję pacjentowi i jego rodzinie możliwość wyboru przy podejmowaniu decyzji/ <i>When there are many possible ways to provide care, I give the patient and family choices when making decisions</i>	25	8,6	145	49,7	122	41,8
29. Gdy istnieje wiele możliwych sposobów sprawowania opieki, podejmuję starania, aby pacjent i jego rodzina mieli kontrolę nad opieką/ <i>When there are many possible ways to provide care, I make an effort to ensure that the patient and family are in control of the care</i>	18	6,2	156	53,4	118	40,4
30. Gdy istnieje wiele możliwych sposobów sprawowania opieki, proszę pacjenta i jego rodzinę by wzięli odpowiedzialność za opiekę/ <i>When there are many possible ways to provide care, I ask the patient and family to take responsibility for their care</i>	44	15,1	147	50,3	101	34,6

Źródło: badania własne  
*Source: author's own materials*

#### SEKCJA IV: Orientacja praktyczna

Na pierwsze pytanie z sekcji IV znaczna część respondentów zgodziła się ze stwierdzeniem, że rozumie zależności pomiędzy uwarunkowaniami społeczno-kulturowymi, zdrowiem a opieką medyczną – 65,41% ankietowanych. Na resztę pytań z tej sekcji średnio około 40% odpowiedzi stanowiły „zdecydowanie się nie zgadzam”, „nie zgadzam się”. Średnio 20–25% respondentów nie wiedziało, jak się ustosunkować do danego twierdzenia. Od reszty wyróżniały się jednak odpowiedzi na twierdzenie 36 i 38. W tych twierdzeniach ponad

60% badanych zaznaczyło odpowiedzi należące do kategorii „nie zgadzam się”, a kolejno 9,6% i 14,7% zgadzało się lub zdecydowanie zgadzało się z tym zdaniem.

**Tabela 4.** Odpowiedzi na stwierdzenia z sekcji IV  
*Table 4. Answers to the statements from section IV*

Stwierdzenie/ Statement	Nie zgadzam się/ I disagree		Nie wiem/ I don't know		Tak, zgadzam się/Yes, I agree	
	n	%	n	%	n	%
31. Dobrze rozumiem zależności pomiędzy uwarunkowaniami społeczno-kulturowymi, zdrowiem a opieką medyczną/ <i>I have a good understanding of the relationships between socio-cultural determinants, health and medical care</i>	20	6,8	81	27,7	191	65,4
32. To personel medyczny powinien decydować o tym, co będzie tematem rozmowy podczas np. wizyty czy konsultacji/ <i>It is the medical staff who should decide what the topic of the conversation will be during e. g. visit, or consultation</i>	132	45,2	68	23,3	92	31,5
33. Często jest lepiej dla pacjenta i jego rodziny, gdy nie mają pełnej informacji na temat stanu zdrowia/ <i>It is often better for the patient and family when they do not have full information about the condition</i>	159	54,5	63	21,6	70	24,0
34. Pacjent i jego rodzina powinni polegać na wiedzy personelu medycznego i nie powinni próbować dowiadywać się o swoim stanie zdrowia na własną rękę/ <i>The patient and family should rely on the expertise of the medical staff and should not attempt to find out about their condition on their own</i>	112	38,4	56	19,2	124	42,5
35. Gdy personel medyczny zadaje wiele pytań na temat pochodzenia pacjenta i jego rodziny, ingeruje zbyt wiele w jego sprawy osobiste/ <i>When medical personnel ask a lot of questions about the patient's background and family, they interfere too much in the patient's personal affairs</i>	132	45,2	78	26,7	82	28,1

36. Gdy personel medyczny naprawdę dobrze realizuje proces diagnozowania, leczenia i pielęgnowania, to sposób odnoszenia się do pacjenta i jego rodziny nie jest aż tak ważny/*When the medical staff is really good at carrying out the process of diagnosis, treatment and nursing, the way they relate to the patient and their family is not that important*

225	77,1	39	13,4	28	9,6
-----	------	----	------	----	-----

37. Pacjent i jego rodzina powinni być traktowani jak partnerzy personelu medycznego, mieć taką samą pozycję i możliwość decydowania/*The patient and his/her family should be treated as partners of the medical personnel, have the same position and decision-making power*

102	34,9	86	29,5	104	35,6
-----	------	----	------	-----	------

38. W przypadku gdy pacjent i jego rodzina nie zgadzają się z personelem medycznym, oznacza to, że personel medyczny nie zdobył ich szacunku i zaufania/*When the patient and family disagree with the medical staff, it means that the medical staff has not earned their respect and trust*

193	66,1	56	19,2	43	14,7
-----	------	----	------	----	------

39. Plan leczenia i/lub opieki nie może się powieść, jeśli jest niezgodny ze stylem życia i wartościami pacjenta lub jego rodziny/*A treatment and/or care plan cannot succeed if it is inconsistent with the lifestyle and values of the patient or family*

100	34,2	92	31,5	100	34,2
-----	------	----	------	-----	------

40. Znajomość pochodzenia kulturowego pacjenta i jego rodziny nie jest szczególnie ważna w procesie leczenia i świadczenia opieki pielęgnarskiej/*Knowing the cultural background of the patient and their family, is not particularly important in the treatment and delivery of nursing care*

149	51,0	86	29,5	57	19,5
-----	------	----	------	----	------

Źródło: badania własne  
Source: author's own materials

## SEKCJA V: Samoocena kompetencji kulturowych

Ze stwierdzeniami sekcji V dotyczącymi samooceny zachowania i postępowania pielęgniarek i pielęgniarzy w stosunku do pacjenta odmiennego kulturowo na oddziałach AiIT zgodziło się lub zdecydowanie się zgodziło aż 70,5% do 94,9% ankietowanych. Największy odsetek odpowiedzi „zdecydowanie się nie zgadzam”, „nie zgadzam się” otrzymała odpowiedź numer 41, 27 osób nie wiedziało w jaki sposób zmniejszyć bariery w komunikacji z pacjentami i ich rodzinami, a tylko 3 osoby nie zgadzały się ze stwierdzeniem, że skuteczne wykorzystanie umiejętności interpersonalnych jest bardzo ważne w pracy z pacjentami i ich rodzinami. Podobne wyniki uzyskało stwierdzenie numer 44. Średnio około 14% ankietowanych udzieliło odpowiedzi „ani się zgadzam, ani się nie zgadzam”, „nie dotyczy”.

**Tabela 5.** Odpowiedzi na stwierdzenia z sekcji V  
Table 5. Answers to the statements in section V

Stwierdzenie/ Statement	Nie zgadzam się/ I disagree		Nie wiem/ I don't know		Tak, zgadam się/ Yes, I agree	
	n	%	n	%	n	%
41. Jako pracownik opieki zdrowotnej wiem, w jaki sposób zmniejszyć bariery w komunikacji z pacjentami i ich rodzinami/ <i>As a healthcare professional, I know how to reduce barriers to communication with patients and their families</i>	27	9,2	59	20,2	206	70,5
42. Prezentuję pozytywny styl komunikacji z pacjentami i ich rodzinami/ <i>I present a positive communication style with patients and their families</i>	9	3,1	38	13,0	245	83,9
43. Jako pracownik opieki zdrowotnej potrafię stworzyć przyjazne środowisko dla moich pacjentów i ich rodzin/ <i>As a healthcare professional, I am able to create a welcoming environment for my patients and their families</i>	7	2,4	23	7,9	262	89,7
44. Staram się okazywać wysoki poziom szacunku pacjentom i ich rodzinom/ <i>I strive to demonstrate a high level of respect for patients and their families</i>	5	1,7	10	3,4	277	94,9

45. Jako pracownik opieki zdrowotnej dokonuję stałej oceny swoich umiejętności w pracy z różnymi grupami pacjentów i ich rodzinami/  
*As a healthcare professional, I continually assess her skills in working with diverse patient populations and their families*

17 5,8 47 16,1 228 78,1

46. Staram się stworzyć atmosferę prawdziwego zaufania w relacji z pacjentami i ich rodzinami/  
*I strive to create an atmosphere of genuine trust with patients and their families*

7 2,4 20 6,8 265 90,8

47. Dokładam wszelkich starań, aby zrozumieć wyjątkową historię każdego pacjenta i jego rodziny/  
*I make every effort to understand the unique story of each patient and their family*

19 6,5 46 15,8 227 77,7

48. Cenię doświadczenie życiowe każdego z moich pacjentów i ich rodzin/  
*I value the life experience of each of my patients and their families*

12 4,1 45 15,4 235 80,5

49. Skuteczne wykorzystanie umiejętności interpersonalnych jest bardzo ważne w pracy z moimi pacjentami i ich rodzinami/  
*Effective use of interpersonal skills is very important in working with my patients and their families*

3 1,0 24 8,2 265 90,8

Źródło: badania własne  
*Source: author's own materials*

## Analiza określająca zależności pomiędzy danymi socjodemograficznymi a kompetencjami kulturowymi personelu medycznego

### Kompetencje kulturowe a wiek personelu medycznego

Analizując zależności pomiędzy kompetencjami kulturowymi a wiekiem personelu medycznego, uzyskano następujące wyniki. W sekcji I ze stwierdzeniem 9 najczęściej zgadzały się osoby młode w wieku 20–30 lat, a najrzadziej osoby powyżej 50 lat. Nie wykazano jednak istotnej różnicy dla żadnej grupy wiekowej. Ze stwierdzeniem 10 najczęściej zgadzały się osoby w wieku 20–30 lat, a naj-

rzadziej osoby w wieku powyżej 50 lat i 41–50 lat. Wykazano istotną różnicę tylko między wiekiem 20–30 lat a 41–50 lat ( $p < 0,05$ ). W sekcji II według stwierdzenia 19 najczęściej tak postępowali osoby w wieku 31–40 lat, a najrzadziej osoby w wieku 41–50 lat ( $p < 0,05$ ), zaś zgodnie ze stwierdzeniami 20 i 21 najczęściej postępowali osoby w wieku powyżej 50 lat, a najrzadziej osoby w wieku 41–50 lat ( $p < 0,05$ ). Zgodnie ze stwierdzeniem 27 najczęściej postępowali osoby w wieku powyżej 50 lat, a najrzadziej osoby w wieku 41–50 lat ( $p < 0,05$ ). W sekcji IV ze stwierdzeniami 35 i 38 najczęściej zgadzały się osoby w wieku powyżej 50 lat, a najrzadziej osoby w wieku 20–30 lat ( $p < 0,05$ ). W sekcjach III i V nie wykazano żadnych istotnych zależności między wiekiem a kompetencjami kulturowymi personelu medycznego.

### Kompetencje kulturowe a płeć personelu medycznego

W przeprowadzonych badaniach ze stwierdzeniami 1, 6, 9, 44, 45, 47 i 48 najczęściej zgadzały się kobiety i to one również częściej angażowały pacjenta i jego rodzinę do podejmowania decyzji oraz uczestniczenia w procesie sprawowania opieki. Natomiast mężczyźni uważali, że często jest lepiej dla pacjenta i jego rodziny, gdy nie mają oni pełnej informacji na temat stanu zdrowia – stwierdzenie 33.

**Tabela 6.** Kompetencje kulturowe a płeć personelu medycznego  
*Table 6. Cultural competences and the gender of medical personnel*

Nr stwierdzenia/Item	Płeć/Gender	n	Średnia	SD	Min.	Maks.	p
1.	Kobieta/Woman	241	3,44	1,71	0	6	0,008
	Mężczyzna/Man	41	2,63	1,84	0	6	
6.	Kobieta/Woman	249	4,78	1,21	0	6	0,040
	Mężczyzna/Man	42	4,45	1,31	0	6	
9.	Kobieta/Woman	246	4,66	1,19	0	6	0,012
	Mężczyzna/Man	40	4,25	1,28	0	6	
12.	Kobieta/Woman	241	3,54	1,79	0	6	0,028
	Mężczyzna/Man	42	2,93	1,69	0	6	
26.	Kobieta/Woman	236	2,50	2,01	0	6	0,002
	Mężczyzna/Man	39	1,49	1,60	0	5	
27.	Kobieta/Woman	240	2,95	1,74	0	6	0,017
	Mężczyzna/Man	42	2,29	1,71	0	6	
28.	Kobieta/Woman	236	2,55	1,28	0	5	0,046
	Mężczyzna/Man	41	2,12	1,33	0	5	
29.	Kobieta/Woman	240	2,49	1,26	0	5	0,039
	Mężczyzna/Man	42	2,02	0,95	0	5	



30.	Kobieta/Woman	237	2,14	1,30	0	5	0,035
	Mężczyzna/Man	41	1,68	0,91	0	3	
33.	Kobieta/Woman	249	1,48	1,07	0	4	0,017
	Mężczyzna/Man	42	1,93	1,18	0	4	
44.	Kobieta/Woman	249	3,33	0,60	0	4	0,006
	Mężczyzna/Man	42	3,00	0,80	0	4	
45.	Kobieta/Woman	246	2,98	0,74	0	4	0,017
	Mężczyzna/Man	42	2,60	0,99	0	4	
47.	Kobieta/Woman	248	3,00	0,78	0	4	0,000
	Mężczyzna/Man	41	2,39	1,07	0	4	
48.	Kobieta/Woman	248	3,01	0,68	1	4	0,004
	Mężczyzna/Man	41	2,59	0,89	0	4	

n – liczba/number;  $\bar{x}$  – średnia/mean; SD – odchylenie standardowe/standard deviation; Min. – minimum/minimum; Maks. – maksimum/maximum

Źródło: badania własne

Source: author's own materials

### Kompetencje kulturowe a wykształcenie personelu medycznego

Ze stwierdzeniami 3 i 6 najczęściej zgadzały się osoby legitymujące się tytułem magistra, a najrzadziej pielęgniarki/pielęgniarze dyplomowani. Między nimi nie wykazano żadnych istotnych różnic. Podobne wyniki uzyskano w stwierdzeniach 9, 10 i 19, ale wykazano istotną różnicę pomiędzy osobami: magister pielęgniarstwa a pielęgniarka/pielęgniarsz dyplomowany, a w 9 także między licencjatem a magistrem pielęgniarstwa. W stwierdzeniu 32 osoby posiadające licencjat pielęgniarstwa najczęściej zgadzały się, że to personel medyczny powinien decydować o tym, co będzie tematem rozmowy podczas wizyty/konsultacji, a najrzadziej posiadające tytuł magistra. Między nimi wykazano istotną różnicę ( $p < 0,05$ ).

### Kompetencje kulturowe a doświadczenie zawodowe personelu medycznego

W przypadku kompetencji kulturowych w relacji do doświadczenia zawodowego personelu pracującego na oddziałach AiT wykazano istotną różnicę ( $p < 0,05$ ) tylko w stwierdzeniu 1 (zależność między doświadczeniem zawodowym wynoszącym 2–6 lat i powyżej 6 lat). Najczęściej ze stwierdzeniem, że osoby pochodzące z tego samego kręgu kulturowego myślą i działają podobnie zgadzały się personel pracujący do 2 lat i powyżej 6, a najrzadziej pracujący 2–6 lat.

### Kompetencje kulturowe a miejsce zamieszkania personelu medycznego

Ze stwierdzeniami 5 i 8 najczęściej zgadzały się osoby mieszkające w mniejszych miastach do 50 tys. mieszkańców, a najrzadziej w dużych powyżej 500 tys. Między nimi zachodziły istotne różnice ( $p < 0,05$ ). Osoby mieszkające w mieście  $> 500$  tys. uważają, że człowiek może identyfi-

kować się z więcej niż jedną grupą społeczną. Personel mieszkający w mieście 50–100 tys. mieszkańców najczęściej prosi pacjentów i ich rodziny o informacje dotyczące ich oczekiwań co do opieki zdrowotnej oraz uczy się od swoich współpracowników na temat ludzi z różnym dziedzictwem kulturowym, a najrzadziej mieszkający powyżej 500 tys. Przyjazne środowisko dla swoich pacjentów i ich rodzin potrafią stworzyć osoby mieszkające na wsi oraz w miastach od 100–500 tys. mieszkańców.

### Kompetencje kulturowe a udział w szkoleniach personelu medycznego

Kompetencje kulturowe personelu medycznego w sekcji I i w sekcji V pozostają na tym samym poziomie i nie zależą od ich uczestnictwa lub nie w szkoleniach. Zaś w sekcji II osoby podejmujące szkolenia z zakresu wielokulturowości częściej poszukują informacji z różnych źródeł, starają się poznać zdanie pacjenta odmiennego kulturowo oraz działają w kierunku usuwania przeszkód, jakie napotykały osoby pochodzące z innych kręgów kulturowych.

**Tabela 7.** Kompetencje kulturowe a udział w szkoleniach personelu medycznego (w tabeli nie przedstawiono wyników nieistotnych)  
Table 7. Cultural competences and participation in the training of medical personnel (irrelevant results are not presented in the table)

Nr stwierdzenia/Item	Udział w szkoleniach/Participation in trainings	n	Średnia	SD	Min.	Maks.	p
13.	Tak/Yes	71	3,17	1,67	0	6	0,0003
	Nie/No	215	2,34	1,72	0	6	
14.	Tak/Yes	69	2,03	1,66	0	6	0,0002
	Nie/No	204	1,25	1,42	0	6	
15.	Tak/Yes	71	2,69	1,61	0	6	0,0005
	Nie/No	216	1,99	1,48	0	6	
16.	Tak/Yes	71	3,03	1,72	0	6	0,0002
	Nie/No	215	2,17	1,62	0	6	
17.	Tak/Yes	71	3,44	1,75	0	6	0,0001
	Nie/No	218	2,53	1,67	0	6	
20.	Tak/Yes	68	3,26	1,52	0	6	0,032
	Nie/No	207	2,85	1,57	0	6	
25.	Tak/Yes	67	2,93	2,07	0	6	0,002
	Nie/No	204	2,02	1,89	0	6	
26.	Tak/Yes	68	2,85	1,98	0	6	0,012
	Nie/No	207	2,19	1,96	0	6	
29.	Tak/Yes	69	2,84	1,39	0	5	0,004
	Nie/No	213	2,29	1,14	0	5	
37.	Tak/Yes	70	2,20	1,17	0	4	0,045
	Nie/No	218	1,95	1,02	0	4	
39.	Tak/Yes	71	2,24	1,10	0	4	0,043
	Nie/No	219	1,95	0,94	0	4	

n – liczba/number;  $\bar{x}$  – średnia/mean; SD – odchylenie standardowe/standard deviation; Min. – minimum/minimum; Maks. – maksimum/maximum

Źródło: badania własne

Source: author's own materials

## Kompetencje kulturowe a posługiwanie się językiem obcym przez personel medyczny

Z wyróżnionymi stwierdzeniami w każdej z sekcji oprócz III, częściej zgadzały się osoby, które posługiwały się językiem obcym. W tabeli nie przedstawiono wyników nieistotnych.

**Tabela 8.** Kompetencje kulturowe a posługiwanie się językiem obcym przez personel medyczny

*Table 8. Cultural competencies and the use of a foreign language by medical personnel*

Nr stwierdzenia/Item	Postługiwanie się językiem obcym/Use of a foreign language	n	Średnia	SD	Min.	Maks.	p
3.	Tak/Yes	172	4,44	1,20	0	6	0,004
	Nie/No	119	3,94	1,47	0	6	
7.	Tak/Yes	168	4,29	1,40	0	6	0,002
	Nie/No	117	3,78	1,51	0	6	
9.	Tak/Yes	169	4,75	1,12	0	6	0,015
	Nie/No	117	4,39	1,31	1	6	
10.	Tak/Yes	168	4,76	1,29	0	6	0,004
	Nie/No	113	4,38	1,36	0	6	
15.	Tak/Yes	170	2,39	1,64	0	6	0,004
	Nie/No	117	1,83	1,31	0	6	
19.	Tak/Yes	170	3,41	1,57	0	6	0,008
	Nie/No	115	2,93	1,44	0	6	
24.	Tak/Yes	170	3,70	1,63	0	6	0,026
	Nie/No	114	3,27	1,66	0	6	
31.	Tak/Yes	171	2,82	0,85	0	4	0,001
	Nie/No	115	2,54	0,85	0	4	
36.	Tak/Yes	172	0,95	0,88	0	4	0,001
	Nie/No	118	1,32	0,97	0	4	
38.	Tak/Yes	172	1,21	0,86	0	4	0,000
	Nie/No	118	1,66	0,96	0	4	
42.	Tak/Yes	171	3,08	0,68	0	4	0,002
	Nie/No	117	2,85	0,69	0	4	
49.	Tak/Yes	171	3,29	0,62	0	4	0,019
	Nie/No	118	3,11	0,68	0	4	

n – liczba/number;  $\bar{x}$  – średnia/mean; SD – odchylenie standardowe/standard deviation; Min. – minimum/minimum; Maks. – maksimum/maximum

Źródło: badania własne

Source: author's own materials

## Dyskusja

Osoby z różnych wyznań, kultur mają odmienne potrzeby w czasie trwającej choroby oraz podczas pobytu w szpitalu, wobec czego osoby sprawujące bezpośrednią opiekę nad chorym odmiennym kulturowo powinny

być świadome różnic między religiami, kulturami po to, aby móc zapewnić choremu oraz jego rodzinie jak najlepszą, profesjonalną opiekę i wsparcie.

Posiadanie kompetencji kulturowych przez pracowników szpitali jest niezwykle cenną wartością, będącą jednym z wyznaczników dobrej oceny świadczonych usług zdrowotnych. Według raportu z 2017 r. Dobrowolskiej i wsp. [10] pielęgniarki polskie wykazują braki w wiedzy, umiejętnościach i postawach, które dotyczą również pielęgniarek AiIT. Analiza danych empirycznych państw biorących udział w projekcie pokazała, że we wszystkich pięciu podskalach mierzących kompetencje kulturowe ankietowane pielęgniarki uzyskały przeciętne (średnie) wyniki [10]. Takie same wnioski uzyskała Bąk i wsp. [16]. Podobne wyniki uzyskano również w badaniach własnych.

Ten sam raport stwierdza, że mamy bardzo mocno religijne środowisko pielęgniarskie. Według ich badań 97,1% personelu na oddziałach AiIT to katolicy [10]. Majda i wsp. w 2017 roku odnotowały, że na 100 przebadanych pielęgniarek na różnych oddziałach 99 było katoliczkami, a jedna osoba była niewierząca [14]. Badania własne wykazały, że ta tendencja z biegiem lat się zmienia i w 2020 roku 75,3% ankietowanych to byli katolicy, a 22,6% niewierzący. Wśród 292 badanych znalazło się również 4 wyznawców judaizmu oraz jeden muzułmanin i jeden buddysta.

Tucker i wsp. [17] w publikacji z 2011 roku wnioskowali o konieczności zapewnienia pacjentom indywidualnej, kompetentnej opieki, dostosowanej do oczekiwań osób z różnych kręgów kulturowych. Uzyskanie przez personel medyczny zaufania wśród pacjentów skutkuje łatwiejszą współpracą z chorymi, którzy bardziej stosują się do zaleceń, a proces pielęgnowania jest efektywniejszy. Tym samym deficyt wiedzy i brak świadomości kulturowej utrudnia proces leczenia. Badania Tuckera i wsp. wykazały wyraźny związek pomiędzy kompetencjami kulturowymi personelu medycznego a poprawą skuteczności leczenia u pacjentów odmiennych kulturowo.

Na podstawie wyników badań własnych można zgodzić się z tą opinią, ponieważ 81,5% ankietowanych zgadzało się ze stwierdzeniem, że wiele aspektów kulturowości wpływa na zdrowie i opiekę zdrowotną. Znaczna większość badanych – 86,3% zgadzało się z tym, że duchowość i przekonania religijne są ważne dla wielu grup kulturowych oraz 86,3% pielęgniarzy rozumiało, że różne kręgi kulturowe mogą definiować pojęcie „opieka zdrowotna” w różny sposób. Lecz tylko 39,7% badanych pielęgniarek deklarowało, że lubi pracować z osobami odmiennymi kulturowo, a tylko 16,4%, że zawsze uwzględnia kwestie kulturowości podczas oceny sytuacji pacjenta lub rodziny i tylko 9,6%, że zawsze



dokumentuje modyfikacje świadczonych usług, poczynione z pacjentem i ich rodzinami.

Tak niskie statystyki nie wynikają z wykształcenia personelu, ponieważ 65,4% dobrze rozumie zależności pomiędzy uwarunkowaniami społeczno-kulturowymi, zdrowiem a opieką medyczną. Takie podejście może mieć swoje podłoże w braku szkoleń dotyczących opieki wielokulturowej, które miałyby na celu wyjaśnienie istotności takich działań. Aż 75,7% procent ankietowanych nie brało nigdy udziału w żadnym szkoleniu o takiej tematyce.

Podobną opinię wyraziła Ogórek-Tęcza i wsp. [18] w 2011 roku dotyczącą oceny poziomu wiedzy pielęgniarek na temat wybranych aspektów opieki nad pacjentami różnych wyznań. Z opracowania wynika, że aż 78% badanych pielęgniarek uważało za konieczność wprowadzenie dodatkowych szkoleń oraz kursów dla personelu pielęgniarskiego, które obejmowałyby swym zakresem zagadnienia z pielęgniarstwa transkulturowego. Według ankietowanych szkolenia te w swoich treściach powinny zawierać informacje na temat zwyczajów, obyczajów, rytuałów typowych dla poszczególnych religii oraz medycznych aspektów opieki nad pacjentem o odmiennej kulturze, a także powinny dotyczyć komunikacji z pacjentem innej religii.

W innej publikacji autorki badań zauważyły, że ponad połowa pielęgniarek – 54%, nie spotkała się z pojęciem pielęgniarstwa transkulturowego [15]. Podobne wyniki otrzymała Zdziebło i wsp. W tych badaniach aż 91,5% badanych zauważyło potrzebę znajomości kultur, a 52,8% uważało za konieczną organizację szkoleń podyplomowych z komunikacji nad osobą odmienną kulturowo [4]. W badaniach Strzelczyk i wsp. [19] dwie trzecie badanych uważało, że potrzebna jest wiedza personelu pielęgniarskiego na temat innych kultur lub religii [19]. Według Przyłęckiego przebyte szkolenia nie gwarantują jednak, że nabyta wiedza i umiejętności będą stosowane w praktyce, jeśli zabraknie chęci i otwartości na kontakt z przedstawicielami grup mniejszościowych [20].

Część problemów z nieprzestrzeganiem tolerancji kulturowej wynika również ze stereotypów, które funkcjonują w naszym życiu codziennym. Według badań Majdy i wsp. w grupie 100 studentów pielęgniarstwa, 27% deklaruowało uprzedzenia wobec grup etnicznych. Badanie przeprowadzone przez Zalewską-Puchałę wykazało, że 14% Polaków nie chce mieć za sąsiada obcokrajowca, a najbardziej narażeni na dyskryminację i uprzedzenia są muzułmanie i ludność romska [15]. Według własnych badań 10,6% pracujących na oddziałach AiIT zawsze stosuje uogólnienia i stereotypizuje ludzi, a tylko 17,8% nigdy. Z badań własnych wynika, że personel medyczny na oddziałach AiIT posiada dobre

zdolności interpersonalne, 70% z nich deklaruje, że wie, jak zmniejszyć bariery komunikacyjne z pacjentem. Pozytywny styl komunikacji, tworzenie przyjaznego środowiska, okazywanie wysokiego poziomu szacunku do pacjentów i ich rodzin oraz tworzenie atmosfery zaufania wobec personelu deklaruje 83–94% badanych pielęgniarek i pielęgniarzy. Komunikację z pacjentem odmiennym kulturowo ułatwia również znajomość języków obcych. W badaniach własnych stwierdzono, że według ankietowanych znajomość języków obcych i wykształcenie magisterskie ułatwia komunikację z pacjentem oraz podnosi poziom zaufania chorych do personelu leczącego. Podobne wyniki uzyskały Jeznach i Piekarska, które odnotowały, że studenci studiów II stopnia, kierunku pielęgniarstwo posiadają wyższy stopień kompetencji wielokulturowych, głównie ze względu na znajomość języka obcego na poziomie B2 [21].

Bardzo zbliżone wyniki otrzymano w raporcie z 2017 roku „Kompetencje i potrzeby edukacyjne pielęgniarek OiT w zakresie opieki wielokulturowej”. Raport ten pokazał, że nadal w porównaniu do pielęgniarek/rzy pracujących na oddziałach AiIT w Czechach i Słowenii polskie pielęgniarki jawią się jako osoby przywiązujące mniejszą wagę do komunikacji z pacjentem i jego rodziną [10].

Pomiar kompetencji kulturowych jest nadal trudnym zadaniem. Wynika to z ograniczonego dostępu do narzędzi badawczych (zgody autorów, proces walidacji-adaptacji do polskich warunków kulturowych) [11] oraz braku dostępnych, wystandaryzowanych i wiarygodnych skal oceny kompetencji kulturowych [22]. W badaniach własnych trudności wynikały również z postawy personelu medycznego, który nie wykazywał chęci wypełniania kwestionariusza lub nie miał czasu go wypełnić ze względu na obszerność zastosowanej ankiety.

Istnieje zatem potrzeba intensyfikacji działań podejmowanych w tym obszarze, zarówno przez pielęgniarki naukowców, jak i pielęgniarki praktyków w trosce o dobro pacjenta i optymalną jakość opieki.

## Wnioski

1. Personel pielęgniarski zatrudniony na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii wykazuje średni poziom kompetencji kulturowych.
2. Pielęgniarki/pielęgniarze na oddziałach AiIT, mimo posiadanej świadomości znaczenia wpływu kultury w procesie opieki nad pacjentem i wiedzy o indywidualnym podejściu do pacjenta z innej kultury, wyrażają niechęć do współpracy z takim pacjentem.
3. Badania wykazały pozytywne zachowania ankietowanych w odniesieniu do kompetencji kulturowych i komunikacji z pacjentem w aspektach

otwartości personelu na informacje zwrotne od pacjenta, rodziny czy współpracowników na temat tego, jak odnoszą się do osób pochodzących z odmiennych kultur.

4. Istnieje potrzeba prowadzenia szkoleń z zakresu wielokulturowości oraz nauki języków obcych.

#### Piśmiennictwo

1. Kiszka J, Ozga D, Mach A, Krajewski R. Udzielanie pomocy pacjentom odmiennym kulturowo na tle współczesnych migracji ludności w Europie. *Pielęg XXI*. 2018; 3(2): 67–68.
2. Chałdaś-Majdańska J, Bieniak M, Machul M i wsp. Badania naukowe na temat wielokulturowości w praktyce pielęgniarstwa. *Przegląd polskiego piśmiennictwa pielęgniarstwa*. *Journal of Education, Health and Sport*. 2017; 7(8): 124–134.
3. Duda A, Fecko-Gałowicz K, Jabłońska P, Zięba M. Wiedza pielęgniarek w Polsce i Wielkiej Brytanii na temat świadczenia kulturowo zgodnej opieki nad umierającym pacjentem wyznającym islam i postępowania z jego ciałem po śmierci. *Piel Zdr Publ*. 2017; 7(2): 263–267.
4. Zdziebło K, Nowak-Starz G, Makieta E, Stępień R, Wiraszka G. Kompetencje międzykulturowe w pielęgniarstwie. *Probl Pielęg*. 2014; 22(3): 367–372.
5. Musiał Z, Kłapa Z. Kulturowo-wyznaniowe uwarunkowania opieki pielęgniarstwa nad pacjentem pochodzenia indyjskiego. *Probl Pielęg*. 2013; 21(2): 249–254.
6. Lesińska-Sawicka M. Wybrane aspekty wielokulturowości w pielęgniarstwie, Akademia Pomorska w Słupsku. 2015.
7. Ślusarska B, Zarzycka D, Majda A, Dobrowolska B. Kompetencje kulturowe w pielęgniarstwie – podstawy konceptualizacji i narzędzia pomiaru naukowego. *Pielęg XXI*. 2017; 7(8): 124–134.
8. Majda A, Zalewska-Puchała J. Kompetencje kulturowe i inteligencja kulturowa w pielęgniarstwie. *Piel Pol*. 2018; (2): 196–203.
9. Szkup-Jabłońska M, Schneider-Matyka D, Kubiak J, Grzywacz A, Jurczak A, Augustyniak K, Grochans E. Ocena kompetencji kulturowych wśród pracowników ochrony zdrowia. *Family Medicine & Primary Care Review*. 2013; 15, 3: 394–396.
10. Dobrowolska D, Ozga D, Gutysz-Wojnicka A. i wsp. Kompetencje i potrzeby edukacyjne pielęgniarek OIT w zakresie opieki wielokulturowej, Opieka Wielokulturowa na Oddziałach Intensywnej Terapii w Europie. Numer projektu: 2016-1-PL01-KA202-026615. *Multicultural Care in European Intensive Care Units*.
11. Barzykowski K, Majda A, Przyłęcki P. Polish Adaptation of the Cross Cultural Competence Inventory: An Overview. *Pielęg XXI*. 2020; 19(1): 15–21.
12. Majda A, Zalewska-Puchała J. Wrażliwość międzykulturowa w opiece pielęgniarstwa. *Probl Pielęg*. 2011; 19(2): 253–258.
13. Majda A, Zalewska-Puchała J, Barczyk E. Stereotypy i uprzedzenia wobec osób odmiennych kulturowo w świadomości studentów pielęgniarstwa, *Probl Pielęg*. 2013; 21(2): 187–194.
14. Majda A, Matusik-Baziak R, Zalewska-Puchała J. Postawy pielęgniarek wobec pacjentów wyznających islam. *Hygeia Public Health*. 2017; 52(4): 428–434.
15. Majda A, Zalewska-Puchała J, Barczyk E. Postawy studentów pielęgniarstwa wobec osób odmiennych kulturowo. *Probl Pielęg*. 2013; 21(3): 327–334.
16. Bąk JM, Niedorys B, Chrzan-Rodak A i wsp. Religijność a kompetencje kulturowe pielęgniarek w kontekście przeobrażeń społecznych. *Rozprawy Społeczne*. 2020; 14,1, 98–109.
17. Tucker CM, Marsiske M, Rice KG. et al. Patient-Centered Culturally Sensitive Health Care: Model Testing and Refinement. *Health Psychol*. 2011; 30(3): 342–350. doi: 10.1037/a0022967.
18. Ogórek-Tęcza B, Kamińska A, Matusiak M, Skupnik R. Wpływ poziomu empatii na postrzeganie relacji pielęgniarka-pacjent z innego obszaru kulturowego. *Pielęg XXI*. 2012; 41(4): 61–65.
19. Strzelczyk J, Brykowska D, Bączyk G. Opieka nad pacjentem odmiennym kulturowo w praktyce pielęgniarstwa. *Piel Pol*. 2019; 7,4: 61–69.
20. Przyłęcki P. Kompetencje kulturowe w opiece zdrowotnej. *Władza Sądzenia*. 2019; 16, 10–26.
21. Jeznach AM, Piekarska R. Kompetencje międzykulturowe studentów kierunku pielęgniarstwo, studiów II stopnia – próba diagnozy. *Rozprawy Społeczne*. 2018; 12(2): 38–50.
22. Barzykowski K, Majda A, Przyłęcki P, Szkup M. The Cross-Cultural Competence Inventory: Validity and psychometric properties of the Polish adaptation. *PLoS one*. 2019; 14(3): 1–21.

Artykuł przyjęty do redakcji: 03.02.2021.

Artykuł przyjęty do publikacji: 06.09.2021.

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

#### Adres do korespondencji:

Robert Deka  
ul. Juraszów 7/19  
60-479 Poznań  
e-mail: sciencedk88@gmail.com  
Szpital Wojewódzki w Poznaniu



# PACJENT ODMIENNY KULTUROWO W PRAKTYCE PIELĘGNIARSKIEJ – WYZWANIA I OGRANICZENIA W OPINII BADANYCH PIELĘGNIAREK

## CULTURALLY DIFFERENT PATIENT IN NURSING PRACTICE – CHALLENGES AND LIMITATIONS IN THE OPINION OF THE NURSES SURVEYED

Edyta Monika Kędra<sup>1, a</sup>, Marianna Giza<sup>2</sup>, Piotr Jerzy Gurowiec<sup>3, b</sup>

<sup>1</sup> Instytut Medyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Głogowie

<sup>2</sup> Absolwentka PMWSZ w Opolu kierunku pielęgniarstwo

<sup>3</sup> Instytut Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Opolskiego w Opolu

a) <https://orcid.org/0000-0001-8341-6156>

b) <https://orcid.org/0000-0002-2238-2519>

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2022.3>

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** Podejmowanie decyzji w opiece nad pacjentem odmiennym kulturowo warunkowane jest wieloma czynnikami: odpowiednim przygotowaniem zawodowym, doświadczeniem, posiadaną wiedzą o odmiennościach kulturowych, respektowaniem oczekiwań tej grupy pacjentów oraz ciągłym aktualizowaniem posiadanej wiedzy w tym zakresie. Dlatego też ważnym jest zdiagnozowanie barier i wyzwań stojących przed pielęgniarkami opiekującymi się tą grupą pacjentów, dla polepszenia jakości udzielanych świadczeń oraz dla ewentualnego wprowadzenia zmian w ich dotychczasowym kształceniu przeddyplomowym i podyplomowym.

**Cel.** Celem prowadzonych badań było określenie ewentualnych problemów, na jakie napotyka badany personel pielęgniarski opiekujący się pacjentem odmiennym kulturowo/etnicznie/religijnie, z czego mogą one wynikać, w jaki sposób i czy są one rozwiązywane oraz jakiego rodzaju wsparcia badani oczekują i od kogo, aby sprostać oczekiwaniom tej grupy pacjentów.

**Materiał i metody.** Badania przeprowadzono w grupie 107 pielęgniarek/pielęgniarzy metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankiety z zastosowaniem autorskiego kwestionariusza ankiety.

**Wyniki.** Ankietowani w większości (57,9%) ocenili posiadaną przez siebie wiedzę z zakresu opieki nad pacjentem odmiennym kulturowo jako niewystarczającą. Mogło się to przełożyć na diagnozowane przez nich trudności w opiece nad pacjentami odmiennymi kulturowo, co potwierdziło 38,3% ankietowanych.

**Wnioski.** Istnieje potrzeba ciągłego i systematycznego pogłębiania wiedzy z zakresu opieki nad pacjentem odmiennym kulturowo wśród personelu pielęgniarskiego, bez względu na częstotliwość kontaktu z tą grupą pacjentów oraz poziom jego wykształcenia. Warto też rozważyć możliwość wprowadzenia odpowiednich zagadnień z tego zakresu opieki do kształcenia przeddyplomowego pielęgniarek.

**SŁOWA KLUCZOWE:** pacjent odmienny kulturowo, opieka pielęgniarska, problemy w opiece nad pacjentem odmiennym kulturowo.

### ABSTRACT

**Introduction.** Decision-making in culturally different patient care is conditioned by a number of factors: appropriate professional preparation, experience, knowledge of cultural differences, respect for the expectations of this group of patients and constant updating of knowledge in this field. It is therefore extremely important to diagnose the barriers and challenges faced by nurses caring for this group of patients to improve the quality of the services provided and to make possible changes in their pre-graduate and postgraduate education.

**Aim.** The aim of the research was to identify possible problems faced by the nursing staff caring for a culturally/ethnically/religiously diverse patient: what they might result from, how and whether they are being resolved, what kind of support and from whom the subjects expect to meet the needs of this group of patients.

**Material and methods.** The survey was conducted in a group of 107 nurses using a diagnostic survey and a proprietary questionnaire.

**Results.** Respondents in the majority (57.9%) assessed their knowledge of culturally different patient care as insufficient. This could translate into difficulties in caring for culturally diverse patients, as confirmed by 38.3% of those surveyed.

**Conclusions.** There is a need to continuously and systematically deepen the knowledge of culturally different patient care among nursing staff, regardless of the frequency of contact with this group of patients and their level of education. It is also worth considering the possibility of introducing appropriate issues in this area of care into the pre-graduate training of nurses.

**KEYWORDS:** culturally different patient, nursing care, problems in culturally different patient care.

## Wprowadzenie

Przynależność do Unii Europejskiej spowodowała otwarcie granic, nasiliła migrację ludności z wielu krajów odmiennych kulturowo oraz doprowadziła do wzrostu liczby imigrantów i uchodźców, którzy asymilują się w Polsce, pozostając na stałe lub tymczasowo – traktując nasz kraj jako tranzytowy do innych państw Europy Zachodniej. Sytuację potwierdzają wyniki Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań z 2011 r. [1] oraz dane stanu i struktury ludności oraz ruchu naturalnego w przekroju terytorialnym (stan na 31.12.2020 r.) [2]. Niemniej jednak Polskę nadal można określać jako kraj dość jednolity kulturowo – 97,09% ludności kraju deklaruje obywatelstwo polskie, z czego 87% jest wyznania rzymskokatolickiego [1]. Są jednak regiony Polski, w których można zauważyć zróżnicowanie kulturowe i wyznaniowe wśród mieszkańców. Zgodnie z danymi GUS [1] 5,1 tys. osób zamieszkujących Polskę wskazało jako wyznanie islam. Do tej liczby należy dodać muzułmanów przebywających w Polsce m.in. ze względu na studia, sprawy biznesowe, handlowe bądź dyplomatyczne. Na terenach Polski Wschodniej oraz Podkarpacia zaznacza się dość silny wpływ kultury prawosławnej. Z roku na rok obserwuje się coraz większy napływ ludności z Ukrainy i Białorusi w celach zarobkowych i edukacyjnych [1]. W większych miastach oraz w Polsce Centralnej i Łodzi zamieszkuje duża liczba społeczności żydowskiej. Do wybranych wyżej wymienionych przykładów społeczności charakteryzujących się różnorodnością kulturową zamieszkujących obecnie Polskę należy doliczyć ludność, która napłynęła do kraju na skutek prześladowań politycznych, ale także w ramach procesu globalizacji i integracji międzynarodowej.

Przygotowanie do sprawowania profesjonalnej opieki pielęgniarskiej nad pacjentem odmiennym kulturowo musi opierać się na nowoczesnej edukacji pielęgniarek rozwijającej kompetencje kulturowe. Znajduje to potwierdzenie w zapisie Kodeksu Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej [3]. Pod koniec cyklu kształcenia zawodowego przyszłych pielęgniarek i położnych wypowiada się zawartą w Kodeksie przysięgę: „Z głębokim szacunkiem i czcią przyjmuję nadany mi tytuł pielęgniarki/położnej i uroczystie przyrzekam: (...) nieść pomoc każdemu człowiekowi bez względu na rasę, wyznanie religijne, narodowość, poglądy polityczne, stan majątkowy i inne różnice” [3]. Jak widać już na początku kariery przyrzeka się poszanowanie odmienności kulturowej bądź wyznaniowej pacjentów, a co za tym idzie, deklaruje się w co najmniej dostatecznym stopniu opanowanie wiedzy z zakresu pielęgniarstwa transkulturowego.

Analizując obowiązujące wcześniej i obecnie standardy kształcenia na kierunku pielęgniarstwo studia I<sup>o</sup> i II<sup>o</sup> [4, 5], daje się zauważyć brak efektów kształcenia/uczenia się, które pozwalałyby na zdobycie wiedzy i umiejętności z zakresu opieki pielęgniarskiej nad pacjentem odmiennym kulturowo. Niektóre uczelnie kształcące na tym kierunku wprowadzały do obowiązujących w nich programów kształcenia zagadnienia z zakresu pielęgniarstwa transkulturowego, głównie w ramach tzw. przedmiotów do wyboru, głównie na studiach II<sup>o</sup>.

Na rynku polskich publikacji naukowych istnieją już opracowania dotyczące wrażliwej kulturowo opieki medycznej, w tym również pielęgniarskiej [6–10], publikowane są również oryginalne badania naukowe dotyczące tego zagadnienia [11–16]. Są one ogólnie dostępne dla zainteresowanego tym zagadnieniem personelu pielęgniarskiego i mogą pomóc w zdobyciu potrzebnej im wiedzy.

Obserwowana obecnie zmieniająca się sytuacja kulturowa wymaga od pielęgniarek nowych umiejętności i postrzegania pacjenta nie tylko przez pryzmat jego problemów zdrowotnych, ale także potrzeb duchowych i praktycznych uwarunkowań związanych z wyznawaną religią i pochodzeniem etniczno-kulturowym. Wiąże się z tym również wiele trudności wynikających z barier w komunikacji, z niezrozumienia danej kultury czy też panujących stereotypów. Jak bardzo te i inne bariery rzutują na sprawowaną opiekę, jakie inne wyzwania w opiece nad pacjentem odmiennym kulturowo stoją przed pielęgniarkami i jakie same zainteresowane widzą rozwiązania, od kogo mogą oczekiwać pomocy i wsparcia w ich pokonywaniu – temu poświęcili swoją uwagę autorzy niżej prezentowanych wyników badań.

## Cel pracy

Celem prowadzonych badań było określenie ewentualnych problemów, na jakie napotyka badany personel pielęgniarski opiekujący się pacjentem odmiennym kulturowo/etnicznie/religijnie, z czego mogą one wynikać, w jaki sposób i czy są one rozwiązywane oraz jakiego rodzaju wsparcia badani oczekują i od kogo, aby sprostać oczekiwaniom tej grupy pacjentów.

## Materiał i metody

Materiał do badań został pozyskany od grupy 107 pielęgniarek/pielęgniarzy zatrudnionych w wybranych podmiotach leczniczych na terenie województwa opolskiego.

Charakterystyka grupy badanej pod względem ilościowym została przedstawiona w **tabeli 1**.



**Tabela 1.** Charakterystyka socjodemograficzna badanych  
*Table 1. Sociodemographic characteristics of subjects*

Lp.	Zmienna/Variable	n	%
<i>pleć/sex</i>			
1	kobiety/women	100	93,46%
2	mężczyźni/men	7	6,54%
<i>wykształcenie/education</i>			
1	średnie policealne/post-secondary	35	32,71%
2	wyższe – pomostowe/higher – bridging	3	2,80%
3	wyższe – licencjat/higher – bachelor's degree	44	41,12%
4	wyższe – magister/higher – master's degree	24	22,43%
5	wyższe – doktor/higher – doctor	1	0,94%
<i>posiadanie tytułu specjalisty/ having the title of specialist</i>			
1	tak/yes	42	39,25%
2	nie/no	65	60,75%
<i>staż pracy w zawodzie/ seniority in the profession</i>			
1	do 5 lat/up to 5 years	21	19,63%
2	6–10 lat/6–10 years old	13	12,15%
3	11–15 lat/11–15 years old	9	8,41%
4	16–20 lat/16–20 years old	6	5,61%
5	powyżej 20 lat/over 20 years old	58	54,20%
<i>miejsce pracy/ workplace</i>			
1	szpital/hospital	79	73,83%
2	ambulatoryjna opieka zdrowotna/ outpatient healthcare	27	25,24%
<i>światopogląd/ worldview</i>			
1	idealistyczny/idealistic	68	63,55%
2	cyniczny/cynical	6	5,61%
3	żaden z powyższych/none of the above	33	30,84%

Źródło: opracowanie własne na podstawie [17]  
*Source: author's own analysis on the based [17]*

Badania prowadzone były w związku z przygotowywaną pracą dyplomową magisterską [17]. Przed przystąpieniem do badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej PMWSZ w Opolu (nr 18/PI/2018).

Badania miały charakter badań ilościowych, przeprowadzonych metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankiety z zastosowaniem autorskiego kwestionariusza ankiety. Narzędzie badawcze składało się z 24 pytań, z czego pierwsze 6 posłużyło do zebrania niezbędnych danych do charakterystyki badanych.

Uzyskane wyniki zestawiono w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Office Excel 2010, następnie przedstawiono je opisowo oraz graficznie (tabele, wykresy). Weryfikację przyjętych założeń przeprowadzono z wykorzystaniem testu Chi-kwadrat przy założonym poziomie istotności  $p \leq 0,05$ .

## Wyniki

Zapytano badanych, skąd czerpią wiedzę na temat opieki nad tą grupą pacjentów, w jaki sposób radzą sobie w kontaktach z tymi pacjentami i jakie mają propozycje co do rodzajów pomocy personelowi medycznemu opiekującemu się pacjentami odmiennymi kulturowo/etnicznie/religijnie. Odpowiedzi udzielone przez badanych na wymienione wyżej zagadnienia zostały zaprezentowane w **tabeli 2**.

**Tabela 2.** Źródła wiedzy, sposoby radzenia sobie i propozycje wsparcia w opinii badanych  
*Table 2. Sources of knowledge, coping methods and suggestions for support in the opinion of respondents*

*Table 2. Sources of knowledge, coping methods and suggestions for support in the opinion of respondents*

Lp.	Zmienna/Variable	n	Wartość procentowa względem ogólnej liczby ankietowanych (107)/Percentage of total number of respondents (107)
<i>źródła wiedzy na temat opieki nad pacjentem odmiennym kulturowo/ sources of knowledge about culturally different patient care</i>			
	informacje na temat zwyczajów kulturowych przekazane przez pacjenta lub jego rodzinę/information on cultural customs provided by the patient or his/her family	45	42,06%
	wiedza zdobyta w szkole/na studiach/knowledge gained in school/college	44	41,12%
	własne doświadczenie/own experience	43	40,19%
	Internet/Internet	36	33,64%
	wiedza koleżanek/kolegów z pracy/knowledge of colleagues	31	28,97%
	obserwacja innych/observation of others	25	23,36%
	materiały naukowe/scientific materials	15	14,02%
	szkolenia z zakresu komunikacji z pacjentem/pielęgniarstwa transkulturowego/training in communication with transcultural patient/nursing	4	3,74%
<i>sposoby radzenia sobie podczas kontaktu z pacjentami odmiennymi kulturowo/etnicznie/ways of dealing with culturally/ethnically different patients</i>			
	porozumiewanie się za pomocą gestów/communicate with gestures	54	50,47%
	wezwanie do pomocy koleżanki/kolegi z pracy/call for help from a colleague	43	40,19%
	skorzystanie ze słownika internetowego/using the online dictionary	28	26,17%
	zadzwonienie po tłumacza/call an interpreter	7	6,54%
	inne/other	4	3,74%



proponowane rodzaje pomocy dla personelu medycznego w opiece nad pacjentem odmiennym kulturowo/*proposed types of assistance to medical staff in the care of culturally different patients*

szkolenia/kontynuacja nauki/ <i>training/follow-up</i>	41	38,32%
możliwość wezwania tłumacza/ <i>possibility to call an interpreter</i>	42	39,25%
dostęp do materiałów edukacyjnych/ <i>access to educational materials</i>	43	40,19%
zwiększenie doświadczenia w pracy z pacjentami odmiennymi kulturowo/ <i>increased experience of working with culturally diverse patients</i>	20	18,69%
Inne/ <i>other</i>	1	0,93%

Źródło: opracowanie własne na podstawie [17]  
Source: author's own analysis on the based [17]

Zapytano również, czy wiedza z pielęgniarstwa transkulturowego zdobyta w szkole/uczelni wyższej jest wystarczająca do zapewnienia opieki pacjentom odmiennym kulturowo/etnicznie. Większa część badanych (n = 62; 57,94%) odpowiedziała negatywnie, 34 (31,78%) badanych nie potrafiło się ustosunkować, a tylko 11 (10,28%) osób udzieliło odpowiedzi twierdzącej.

Badani potwierdzili kontakt z pacjentami odmiennymi kulturowo/etnicznie/religijnie w trakcie wykonywania obowiązków zawodowych. Najwięcej ankietowanych (n = 30; 28,04%) wskazało, że ma to miejsce kilka razy w ciągu roku, następnie kilka razy w ciągu 6 miesięcy (n = 28; 26,17%), kilka razy w miesiącu (n = 21; 19,63%), codziennie (n = 13; 12,15%), 1–2 razy w tygodniu oraz 3–5 razy w tygodniu (odpowiednio n = 2; 1,87%). Natomiast 10,28% (n = 11) nie miało kontaktu z pacjentami odmiennymi kulturowo/etnicznie/religijnie (**Tabela 3**). Najczęściej byli to pacjenci z Ukrainy (n = 90; 84,11%), Niemiec (n = 55; 51,40%) i Romowie (n = 43; 40,19%) wyznania chrześcijańskiego (n = 101; 94,39%) i islamskiego (n = 11; 10,28%). W toku przeprowadzonej analizy statystycznej potwierdzono, że osoby pracujące na oddziałach szpitalnych miały częstszy kontakt z pacjentami odmiennymi kulturowo niż osoby pracujące w placówkach POZ ( $\chi^2 = 9,4$ , p = 0,05).

Wśród badanego personelu pielęgniarskiego ¼ ankietowanych deklaroowało znajomość języka obcego (n = 79; 73,83%), głównie angielskiego (n = 48; 44,86%), niemieckiego (n = 37; 34,58%) i rosyjskiego (n = 24; 22,43%). Były też osoby posługujące się językiem włoskim (n = 3; 2,80%) oraz francuskim (n = 1; 0,93%). Większość badanych (n = 70; 65,42%) swoje umiejętności językowe wykorzystywała w pracy zawodowej, posługując się najczęściej językiem angielskim (n = 58; 54,21%), rosyjskim (n = 30; 28,04%) i niemieckim (n = 18; 16,82%). Wyniki analizy statystycznej z wykorzystaniem testu  $\chi^2$  potwier-

dziły istnienie istotnego statystycznie związku pomiędzy stażem pracy w zawodzie a wykorzystywaniem umiejętności językowych w pracy ( $\chi^2 = 21,7$ , p < 0,001). Szczegóły przedstawiono w **tabeli 4**.

**Tabela 3.** Zależności między miejscem pracy ankietowanych a częstością kontaktów z pacjentami odmiennymi kulturowo/etnicznie  
*Table 3. The relationship between the respondents' place of work and the frequency of contact with patients who are culturally/ethnically different*

Miejsce pracy/ Work-place	Kontakt z pacjentami odmiennymi kulturowo/ Contact with culturally diverse patients					Ogółem/ Total	p
	1–2 razy w tygodniu lub częściej/ 1–2 times a week or more often	Kilka razy w ciągu miesiąca/ Several times within a month	Kilka razy w ciągu pół roku/ Several times in half a year	Kilka razy w ciągu roku/ Several times a year	Nie mam kontaktu/ I have no contact		
Szpital/ Hospital	9 (11,4%)	14 (17,7%)	22 (27,8%)	27 (34,2%)	7 (8,9%)	79 (100%)	0,05
POZ/ primary care	8 (28,6%)	7 (25,0%)	6 (21,4%)	3 (10,7%)	4 (14,3%)	28 (100%)	

Źródło: opracowanie własne na podstawie [17]  
Source: author's own analysis on the based [17]

**Tabela 4.** Zależność między stażem pracy a wykorzystaniem umiejętności językowych podczas pracy z pacjentami odmiennymi kulturowo  
*Table 4. The relationship between seniority and the use of language skills when working with culturally different patients*

Staż pracy w zawodzie/ Seniority in the profession	Wykorzystywanie umiejętności językowych/ Use of language skills		Ogółem*/ Total*	p
	tak/ yes	nie odczuwam potrzeby/ I don't feel the need		
do 10 lat/ up to 10 years	31 (96,9%)	1 (3,1%)	32 (100,0%)	0,000
10–20 lat/ 10–20 years old	10 (66,7%)	5 (33,3%)	15 (100,0%)	
powyżej 20 lat/ over 20 years old	23 (46,9%)	26 (53,1%)	49 (100,0%)	

\* uwzględniono wyłącznie osoby mające kontakt z pacjentami odmiennymi kulturowo/*only persons in contact with culturally different patients*

Źródło: opracowanie własne na podstawie [17]  
Source: author's own analysis on the based [17]

W sytuacji utrudnionego kontaktu z pacjentem odmiennym kulturowo/etnicznie/religijnie połowa badanych ( $n = 55$ ; 51,40%) miała możliwość wezwania tłumacza, natomiast 28 (26,17%) badanych nie potwierdziło takiej możliwości. Pozostali badani ( $n = 24$ ; 22,43%) nie wiedzieli, czy w ogóle w ich miejscu pracy jest możliwość skorzystania z pomocy tłumacza.

Połowa badanych ( $n = 51$ ; 47,66%) stwierdziła, że nie napotyka na trudności w opiece nad pacjentami odmiennymi kulturowo/etnicznie/religijnie. Odmiennego zdania było 41 osób (38,32%), a 15 (14,02%) badanych nie było w stanie jednoznacznie tego określić. Najczęściej wymienianymi utrudnieniami były: niedostateczna znajomość języka ( $n = 60$ ; 56,07%), brak wiedzy na temat zwyczajów kulturowych ( $n = 33$ ; 30,84%), brak wzajemnego zaufania ( $n = 22$ ; 20,56%), oparcie relacji na stereotypach i złe doświadczenia (odpowiednio  $n = 9$ ; 8,41%) oraz używanie gwary ( $n = 1$ ; 0,93%).

Analiza statystyczna nie potwierdziła istnienia zależności pomiędzy zgłaszanymi trudnościami w opiece nad pacjentem odmiennym kulturowo a posiadaniem wykształceniem ( $\chi^2 = 4,1$ ,  $p = 0,132$ ).

Na ważność przestrzegania zwyczajów kulturowych pacjentów odmiennych kulturowo/ etnicznie/religijnie zwróciło uwagę 73 (68,22%) badanych, dla 3 (2,80%) nie miało to znaczenia, a 31 (28,97%) ankietowanych nie zastanawiało się nad tym problemem. Analiza statystyczna nie potwierdziła zależności pomiędzy światopoglądem ankietowanych a wyrażaną przez nich opinią dotyczącą istotności przestrzegania zwyczajów kulturowych ( $\chi^2 = 7,5$ ,  $p = 0,112$ ).

Osoby, które odpowiedziały na wcześniejsze pytanie twierdząco zostały poproszone o uzasadnienie swojej odpowiedzi. Najczęściej podawanymi argumentami były: pozwolenie na wzbudzenie zaufania względem personelu medycznego ( $n = 57$ ; 53,27%), powodowanie ułatwienia przeprowadzenia poszczególnych procedur medycznych ( $n = 35$ ; 32,71%), umożliwienie zapewnienia profesjonalnej opieki ( $n = 50$ ; 46,73%), możliwość udzielenia wsparcia psychicznego pacjentowi ( $n = 40$ ; 37,38%), niezbędne do okazania życzliwości i szacunku dla odmienności kulturowej/wyznaniowej ( $n = 45$ ; 42,06%).

Ważnym zagadnieniem z punktu widzenia prowadzonych badań było określenie, na ile dla badanych pielęgniarek ważne jest przestrzeganie wierzeń religijnych pacjenta, którym się opiekują, a który jest pacjentem odmiennym kulturowo. Ponad ¾ badanych ( $n = 83$ ; 77,6%) potwierdziło istotność przestrzegania wierzeń religijnych pacjenta, jedynie 5 (4,7%) osób zaprzeczyło, a 19 (17,76%) nie zastanawiało się nad tym zagadnieniem. Niemniej jednak okazało się, że światopogląd badanych nie miał wpływu na udzielane przez badanych odpowiedzi ( $\chi^2 = 6,5$ ,  $p = 0,164$ ).

## Dyskusja

Zaprezentowane badania prowadzone były na terenie województwa opolskiego, przez które przebiega najważniejsza dla południowej części kraju autostrada A-4, będąca częścią transeuropejskiej trasy Berlin-Kijów. Na południowej granicy znajduje się sześć przejść granicznych osobowo-towarowych z Czechami. Sama lokalizacja tego województwa, a także jego uwarunkowania geograficzne powodują, że na Opolszczyźnie splatają się różne kultury: polska, śląska, niemiecka, czeska. Cechy te wydawały się istotne z punktu widzenia podejmowanego badania i w założeniu wydawało się, że będą korespondowały z podjętym tematem badań.

Zaprezentowane wyniki badań stanowią pewien wycinek rzeczywistości związanej z opieką nad pacjentem odmiennym kulturowo. Wydaje się, że nie odbiegają w sposób znaczący od innych opublikowanych wyników badań obejmujących ten zakres tematyczny.

W badaniach Lesińskiej-Sawickiej i jej zespołu [11] prowadzonych wśród studentów Polski, Turcji i Węgier zwraca uwagę to, że tylko słuchacze uczelni wyższych w Polsce w 100% (123 osoby) zadeklarowali, że w przypadku kontaktu z pacjentami odmiennymi kulturowo poradzą sobie samodzielnie. Studenci z Turcji i Węgier bardziej krytycznie spojrzeli na swoje możliwości w tym zakresie. W przypadku studentów z Turcji (148 osób) i Węgier (83 osoby) 71,6% studentów tureckich twierdziło, iż poradzi sobie samodzielnie, 71,1% studentów z Węgier – będzie potrzebować pomocy innych osób. Prawie ¼ studentów tureckich (21,6%) i studentów węgierskich (25,3%) twierdziło, że poprosi kogoś o pomoc. Przy czym 2,7% studentów z Turcji i 3,6% studentów z Węgier – poprosi inną pielęgniarkę/pielęgniara o sprawowanie opieki nad pacjentem odmiennym kulturowo. Ankietowane pielęgniarki i pielęgniarze z województwa opolskiego na podobne pytanie odpowiedzieli, że próbowałiby poradzić sobie samodzielnie, porozumiewając się za pomocą gestów (50,46%), 40,19% – wezwałoby koleżankę/kolegę z pracy, 26,17% – skorzystałoby ze słownika, 6,54% – zadzwoniłoby po tłumacza, natomiast 3,73% – skorzystałoby z innej formy pomocy (pomoc rodziny, kontakt za pomocą języka obcego).

Stereotypowe podejście do pacjenta odmiennego kulturowo/etnicznie/religijnie w sposób znaczący może wpłynąć na jakość sprawowanej nad nim opieki. Zwróciły na to uwagę w swoich badaniach Majda i Zalewska-Puchała [12], wskazując na częste występowanie stereotypów u badanych studentów pielęgniarstwa. Najczęstsze z nich to stereotypy narodowościowe i religijne. Autorki zauważyły również, iż rzadszy kontakt z pacjentami odmiennymi kulturowo oraz utożsamianie ze stereotypami już podczas nauki w szkole może mieć

wpływ na ich późniejsze relacje zawodowe z osobami odmiennymi kulturowo i ich rodzinami [12]. Zjawisko to znalazło również potwierdzenie w prezentowanych badaniach. Również dostrzeżono problem oparcia relacji pielęgniarka/pielęgniarski – pacjent na stereotypach, jednak jako trudność w opiece nad pacjentem odmiennym kulturowo zgłosiło jedynie 8,41% ankietowanych.

Autorzy kolejnych badań [13] również zwrócili uwagę na występowanie trudności w pracy z pacjentami odmiennymi kulturowo, które były zgłaszane przez studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku (52,3% respondentów). Należały do nich: utrudniona komunikacja z obcojęzycznymi pacjentami (94,7%), nieznamość i niezrozumienie zasad innej religii (66,2%) oraz odmienne pojęcie zdrowego trybu życia (53%). Zapytano również badanych, czy tematy dotyczące opieki medycznej sprawowanej nad uchodźcami powinny być przedmiotem nauczania na studiach medycznych. Zdaniem ankietowanych nauczanie na studiach medycznych zagadnień związanych z problematyką transkulturowej opieki medycznej jest potrzebne w opinii 35,8% ankietowanych, a niepotrzebne zdaniem 16,5% respondentów. Ponad połowie ankietowanych (53,7%) było obojętne, czy takie zajęcia będą prowadzone na ich kierunku studiów [13]. Podobne obserwacje poczynili również autorzy przygotowanego raportu z realizowanego projektu pt. „Opieka Wielokulturowa na Oddziałach Intensywnej Terapii w Europie” [18], którzy zwrócili uwagę na zróżnicowanie kształcenia przed i podyplomowego pielęgniarek w zakresie wielokulturowej opieki pielęgniarskiej w poszczególnych państwach biorących udział w projekcie. Okazało się, że jest to element co prawda obecny w programach nauczania, ale wykazuje on zróżnicowanie pod względem stopnia i zakresu jego realizacji. Przykładowo w Republice Czeskiej istnieje konkretny przedmiot nauczania dotyczący pielęgniarstwa transkulturowego natomiast w Polsce tylko na niektórych uniwersytetach medycznych jest on realizowany [18]. Ponadto autorzy raportu stwierdzili, że „Przegląd piśmiennictwa naukowego w krajach uczestniczących w projekcie pokazał dodatkowo, że nie ma opublikowanych wyników badań na temat kompetencji kulturowych pielęgniarek OIT. Dodatkowo, badania na temat pielęgniarstwa wielokulturowego w Słowenii, Republice Czeskiej i Polsce są rzadkie” [18].

Wydaje się, że takie podejście do zagadnienia może w przyszłości rzutować na już i tak pojawiające się problemy związane z opieką nad pacjentem odmiennym kulturowo/etnicznie/religijnie. Znalazło to potwierdzenie w prezentowanych badaniach, gdzie personel pielęgniarski zwracał uwagę na takie trudności, jak: niedostateczna znajomość języka (56,07%), brak wiedzy na temat zwyczajów kulturowych (30,4%), oparcie relacji

na stereotypach oraz poprzednich złych doświadczeniach (odpowiednio po 8,41%) oraz brak wzajemnego zaufania (20,56%). Dostrzegając te trudności, badani podawali możliwe ich rozwiązanie, zwracając uwagę na: dostęp do materiałów edukacyjnych na temat poszczególnych grup etnicznych oraz aspektów opieki pielęgniarskiej nad nimi (40,19%), możliwość wezwania tłumacza w miejscu pracy (39,25%), zwiększenie posiadanej wiedzy w tym temacie poprzez uczestnictwo w szkoleniach czy też kontynuując kształcenie (38,32%), samodzielne zdobywanie doświadczenia w pracy z pacjentami odmiennymi kulturowo (18,69%). Tylko jedna osoba (0,93%), udzielając odpowiedzi „inne”, wskazywała na potrzebę zwiększenia umiejętności językowych.

Opieka nad pacjentem to nie tylko zaspokajanie jego potrzeb biopsychospołecznych, ale również zwrócenie uwagi na jego potrzeby duchowe. Duchowość odgrywa bardzo ważną rolę w życiu niemal każdego człowieka, w utrzymaniu jego dobrostanu biopsychospołecznego. Zagadnienia z nią związane stanowią ważny aspekt zawodu pielęgniarki/pielęgniarskiego [14]. Potwierdzili to badani, którzy zwrócili uwagę na istotność przestrzegania wierzeń religijnych pacjenta (77,57%).

Wydaje się, że pielęgniarstwo transkulturowe w praktyce jest sporym wyzwaniem dla personelu pielęgniarskiego, który opiekuje się pacjentem odmiennym kulturowo/etnicznie/religijnie. Potwierdzają to badania Zdziebło i jej zespołu [15]. Podają oni, że aż 92,5% badanych potwierdziło, że nie czują się dostatecznie przygotowani do efektywnego kontaktu z osobą odmienną kulturowo. W opinii 52,8% ankietowanych istnieje potrzeba organizacji szkoleń podyplomowych dotyczących efektywnej komunikacji z osobą prezentującą inną kulturę [15]. Również prezentowane wyniki badań nie odbiegają znacząco od tego, co zostało opisane. Większość badanych (57,94%) stwierdziła, że ich poziom wiedzy z zakresu pielęgniarstwa transkulturowego jest niewystarczający. Dla 10,28% ankietowanych był on wystarczający, a 31,78% nie miało zdania.

W ostatnich latach zwiększa się liczba publikacji na temat kompetencji kulturowych wśród pracowników medycznych, w tym również pielęgniarek [19–22] oraz ich znaczenia dla sprawowania profesjonalnej opieki pielęgniarskiej nad pacjentem odmiennym kulturowo. Dzielenie się doświadczeniami, spostrzeżeniami może okazać się pomocne dla wszystkich tych pielęgniarek, które w swojej praktyce spotykają się z tą grupą pacjentów. Natomiast wyniki dokonywanych pomiarów tych kompetencji powinny posłużyć wzmocnieniu decyzji w zakresie ewentualnej modyfikacji obowiązujących programów kształcenia i rozważenia wprowadzania przedmiotu z zakresu opieki nad pacjentem odmiennym kulturowo.



## Wnioski

1. Specyfika świadczeń udzielanych na oddziałach szpitalnych oraz dostępność do tej formy opieki sprzyja częstszemu kontaktowi personelu pielęgniarskiego z pacjentami odmiennymi kulturowo/etnicznie/religijnie.
2. Personel pielęgniarski o krótszym stażu pracy częściej wykorzystuje umiejętności językowe podczas kontaktu z pacjentami odmiennymi kulturowo/etnicznie.
3. Trudności zgłaszane przez personel pielęgniarski w opiece nad pacjentem odmiennym kulturowo/etnicznie/religijnie nie zależą od poziomu jego wykształcenia i są w głównej mierze pochodną braku odpowiedniego przygotowania przeddyplomowego do jej sprawowania.
4. Zwracanie uwagi na przestrzeganie zwyczajów kulturowych oraz wierzeń religijnych pacjenta potwierdzają badane pielęgniarki bez względu na reprezentowany przez nie światopogląd.
5. Warto zwrócić uwagę na ciągłe i systematyczne poszerzanie wiedzy z zakresu opieki nad pacjentem odmiennym kulturowo/etnicznie/religijnie na etapie kształcenia przed i podyplomowego, co będzie przekładało się na lepszą jakość świadczonych usług w tej grupie pacjentów.

## Piśmiennictwo

1. GUS. Struktura narodowo-etniczna, językowa i wyznaniowa ludności Polski. Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011. Warszawa: Zakład Wydawnictw Statystycznych, 2015.
2. GUS. Ludność. Stan i struktura ludności oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym (stan w dniu 31.12.2020). <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-stand-i-struktura-ludnosc-i-raz-ruch-naturalny-w-przekroju-terytorialnym-stand-w-dniu-31-12-2020,6,29.html> [dostęp: 25.05.2021].
3. Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej Uchwała nr 9 Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w dniu 9 grudnia 2003 roku [strona główna w Internecie]. [http://oipip-chelm.pl/index.php?option=com\\_content&view=article&id=99:kodeks-etyki&catid=32:prawo-zawodowe&Itemid=12](http://oipip-chelm.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=99:kodeks-etyki&catid=32:prawo-zawodowe&Itemid=12) [dostęp: 26.01.2021].
4. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa (Dz.U. 2012 poz. 631).
5. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz.U. 2019 poz. 1573).
6. Majda A, Ogórek-Tęcza B, Zalewska-Puchała J. Pielęgniarstwo transkulturowe. Podręcznik dla studiów medycznych. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie, 2009.
7. Bejda G, i in. Pacjent odmienny kulturowo. Poznań: Silva Rerum, 2015.
8. Kiszka J. Pacjent odmienny kulturowo w praktyce ratownika medycznego. Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, 2020.

9. Krajewska-Kułać E, i in. Pacjent odmienny kulturowo. Białystok: Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, 2015.
10. Krajewska-Kułać E, Guzowski A, Bejda G, i wsp. Pacjent „inny” wyzwaniem opieki medycznej. Poznań: Silva Rerum, 2016.
11. Lesińska-Sawicka M, Grochulska A, Papp K, i wsp. Postrzeganie wielokulturowości w pielęgniarstwie przez studentów. Studium porównawcze studentów pielęgniarstwa z Polski, Turcji i Węgier. Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witellona w Legnicy. Legnica 2017;24(3): 27–40.
12. Majda A, Zalewska-Puchała J. Stereotypy uruchamiane w kontaktach międzykulturowych. Problemy Pielęgniarstwa 2013; 21(2): 242–248.
13. Laskowski K, Krajewska-Kułać E, Fiton J. Uchodźcy jako przyszli odbiorcy usług medycznych z perspektywy studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne. 2015; 5(2): 159–171.
14. Zurzycka P, Czyżowicz K, Radzik T. Opieka duchowa powinnością w praktyce pielęgniarskiej — zarys problematyki. Problemy Pielęgniarstwa. 2017; 25(3): 210–214.
15. Zdziebło K, Nowak-Starz G, Makieta E, i wsp. Kompetencje międzykulturowe w pielęgniarstwie. Problemy Pielęgniarstwa. 2014; 22(3): 367–372.
16. Zarzycka D, Chrzan-Rodak A, Bąk J, et al. Nurse Cultural Competence-cultural adaptation and validation of the Polish version of the Nurse Cultural Competence Scale and preliminary research results. PLoS ONE. 2020; 15(10): 1–21. DOI: 10.1371/journal.pone.0240884.
17. Giza M. Ocena przydatności wiedzy z zakresu pielęgniarstwa transkulturowego w praktyce zawodowej pielęgniarek pracujących w szpitalu lub placówce POZ. Nieopublikowana praca dyplomowa magisterska. Opole: PMWSZ w Opolu, 2019.
18. Dobrowolska B, Ozga D, Gutysz-Wojnicka A, i wsp. Kompetencje i potrzeby edukacyjne pielęgniarek OIT w zakresie opieki wielokulturowej. Raport. 8/2017 [http://mice-icu.eu/wp-content/uploads/2017/12/O1-ICU-Nurses-intercultural-training-needs-and-competencies-analysis-report\\_PL.pdf](http://mice-icu.eu/wp-content/uploads/2017/12/O1-ICU-Nurses-intercultural-training-needs-and-competencies-analysis-report_PL.pdf) [dostęp: 27.05.2021].
19. Ślusarska B, Zarzycka D, Majda A, i wsp. Kompetencje kulturowe w pielęgniarstwie – podstawy konceptualizacji i narzędzia pomiaru naukowego. Pielęgniarstwo XXI wieku. 2017; 17, 4(61): 40–45.
20. Loftin C, Hartin V, Branson M. et al. Measures of Cultural Competence in Nurses: An Integrative Review. The Scientific World Journal. 2013(4): 289101. DOI: 10.1155/2013/289101.
21. Yadollahi S, Ebadi A, Asadizaker M. Measuring Cultural Competence in Nursing: A Review Study. Journal of Client-Centered Nursing Care. 2020; 6(3): 203–212. <https://doi.org/10.32598/JCCNC.6.3.338.1>.
22. Purnell L. Are We Really Measuring Cultural Competence? Nursing Science Quarterly. 2016; 29(2): 124–127. DOI: 10.1177/0894318416630100.

Artykuł przyjęty do redakcji: 30.01.2021.

Artykuł przyjęty do publikacji: 16.09.2021.

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

### Adres do korespondencji:

Edyta Monika Kędra

ul. P. Skargii 5

67-200 Głogów

e-mail: edyta.kedra@wp.pl

Instytut Medyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Głogowie



# OBESITY VS. PRECONCEPTION PERIOD, PREGNANCY, AND LABOR

## OTYŁOŚĆ A OKRES PREKONCEPCYJNY, CIAŻA ORAZ PORÓD

Anna Tobolska<sup>1, a</sup>, Katarzyna Wszolek<sup>2, b</sup>, Maciej Wilczak<sup>2, c</sup>, Karolina Chmaj-Wierzchowska<sup>2, d</sup>

<sup>1</sup> BMid., Department of Health Sciences, Medical University of Warsaw

<sup>2</sup> Department of Mother and Child Health, Poznan University of Medical Sciences

a) <https://orcid.org/0000-0002-8112-2397>

b) <https://orcid.org/0000-0001-9336-7060>

c) <https://orcid.org/0000-0002-0941-9970>

d) <https://orcid.org/0000-0003-2299-8353>

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2022.4>

### ABSTRACT

Obesity is defined as the increased accumulation of adipose tissue in an organism, which is determined by genetic and environmental factors. Nowadays, this condition is most commonly found in women of child-bearing age, exhibiting short – as well as long-term effects on their health. Excessive body weight can affect the reproductive capability of women. In the case of pregnant women, a group characterized by a range of metabolic and hormonal disturbances, obesity may lead to functional impairment of the placenta, miscarriage, gestational diabetes, fetal macrosomia, and the need to complete the delivery by surgery.

Obesity is one of the main causes of fertility disorders and obstetric failures. Due to fetal macrosomia and an increased risk of shoulder dystocia and obstetric injuries, the most common route of delivery in pregnancies complicated by obesity is Cesarean section, which often poses a challenge for the obstetric team.

To reduce the number of obesity-complicated pregnancies, educating patients on undergoing laboratory testing, following a correct diet, and performing a physical activity is necessary. Actions aiming at reducing the body weight of pregnant women can enable reducing the risk of disturbances associated with pregnancy, labor, and puerperium, as well as having a positive impact on the future of the fetus and neonate.

KEYWORDS: obesity, pregnancy, labor, puerperium.

### STRESZCZENIE

Otyłość definiuje się jako genetycznie i środowiskowo uwarunkowaną zwiększoną zawartość tkanki tłuszczowej w organizmie. Współcześnie stanowi najczęstsze schorzenie kobiet w wieku rozrodczym, wykazując zarówno krótko-, jak i długoterminowe, niekorzystne konsekwencje dla stanu zdrowia. Skutki nadmiernej masy ciała przekładają się na zdolność prokreacyjną kobiet. W przypadku ciężarnych, ze względu na zaburzenie szeregu procesów metabolicznych i hormonalnych, otyłość może doprowadzić do upośledzenia funkcji łożyska, poronienia, cukrzycy ciąży, makrosomii płodu oraz konieczności ukończenia porodu drogą operacyjną.

Otyłość stanowi jedną z głównych przyczyn zaburzeń płodności oraz niepowodzeń położniczych. Ze względu na makrosomię płodu oraz zwiększone ryzyko wystąpienia dystocji barkowej i urazów okołoporodowych, najczęstszą drogą ukończenia ciąży powikłanej otyłością jest cięcie cesarskie, nierzadko stanowiące wyzwanie dla zespołu prowadzącego poród.

W celu zmniejszenia liczby ciąży powikłanych otyłością konieczna jest edukacja pacjentek w zakresie badań laboratoryjnych, prawidłowej diety oraz pozytywnego wpływu aktywności fizycznej. Działania mające na celu wyrównanie masy ciała pozwalają obniżyć ryzyko zaburzeń ciąży, porodu i połogu oraz w sposób korzystny wpływają na przyszłość płodu i noworodka.

SŁOWA KLUCZOWE: otyłość, ciąża, poród, połóg.

### Introduction

Obesity is commonly defined as having the body mass index (BMI) exceeding 30 kg/m<sup>2</sup> [1]. It is also defined as a chronic dysfunction of dietary drive, which leads to the growth of adipose tissue and consequently to destabilization of the energy homeostasis in an organism [2]. Nowadays, obesity is viewed as the most serious civilization disease [1], with a number of countries, par-

ticularly those well developed, dealing with the problem of a constantly growing number of people suffering from overweight or obesity. This is primarily attributed to the constant economic and technological changes. Modern civilizational progress has led to extensive lifestyle changes with increased consumption of highly processed foods, which are inexpensive in production but high in calories [3]. The wide availability of such products



and encouraging marketing techniques are attracting an increasing number of consumers. The technological progress has also had a marked negative impact on the general physical activity of people [1].

According to the health field model of Marc Lalonde, lifestyle is the greatest health determinant, having as high as a 53% impact on the health status of an individual. This indicates that dietary habits and physical activity play a significantly greater role in determining the health of the society in comparison with physical, environmental, and genetic factors and even medical care organizations [4].

Obesity may occur at any stage of human life, including the gestation period. In recent years, there has been a dynamic increase in the number of obese pregnant women, which requires the obstetric standards to undergo changes [1]. Obesity, as a clinical entity, is the main cause of diabetes, arterial hypertension, and atherosclerosis, among other conditions. As it is widely known, the well-being of the fetus and neonate mainly depends on the health status of the pregnant woman. Thus, any complication affecting the health of a pregnant woman may also have an impact on the functioning of the maturing fetus [5].

### **Definition of obesity and epidemiological information**

In pregnant women, obesity is determined as having BMI of over 30 kg/m<sup>2</sup> at the first visit of pregnancy or during the first trimester. Obesity is divided into three degrees as follows: I–BMI 30.0–34.9 kg/m<sup>2</sup>, II–BMI 35.0–39.9 kg/m<sup>2</sup>, and III–BMI >40 kg/m<sup>2</sup>. The third degree is referred to as morbid obesity [6].

Obesity typically results from a lifestyle characterized by a high-calorie diet and reduced physical activity. In addition, increased body weight may stem from endocrinological disorders, such as polycystic ovary syndrome, hypothyroidism, or Cushing's syndrome. According to the current standards, interdisciplinary teams dealing with obese patients should first determine the cause of obesity for the early initiation of the appropriate therapeutic process [6].

Currently, obesity is treated as a civilization disease and an epidemic [7]. According to 2016 statistics, as many as 13% of people around the world were considered obese. Data from the Central Statistical Office (GUS) indicate that in 2014 obesity was diagnosed in 46% of adult women in Poland. From the beginning of the 21st century, there has been a constant increase in the number of people with increased body weight. Reports have shown that the increase in the body weight of people is directly associated with the frequent consumption of foods rich in sugar [8].

### **Reproductive capability of obese women**

The growing incidence of obesity has had a profound effect on the reproductive health of society [9]. It has been demonstrated that women with increased body weight may have complications with conceiving, as compared with women having a normal BMI. Obesity in adolescence may lead to reduced fertility in the later stages of life [10], which can be related to the dysfunctions of the hypothalamic–pituitary–ovarian axis. Women with obesity have a shorter luteal phase, as well as lower levels of follicle-stimulating hormone, luteinizing hormone, and progesterone [11]. Increased body weight also causes disturbances in the secretion of other hormones such as insulin or adipokines. Upon release by the adipose tissue, these hormones variably interact with numerous molecular pathways of insulin resistance or inflammation conditions, significantly affecting the cardiovascular system or interfering with oocyte maturation [10]. A study conducted on 45,000 transfers demonstrated that increased BMI correlated with lowered likelihood of successful gestation with the use of autologous oocytes, but not when egg cells from slim donors were used, which suggests a direct impact of obesity on the quality of oocytes [12]. In obese women, the production of gonadotropins is influenced by increased peripheral aromatization of androgens to estrogens. Insulin resistance and hyperinsulinemia associated with high body weight lead to hyperandrogenemia. As a consequence, the levels of sex hormone-binding globulin, growth hormone, and insulin-like growth factor-binding protein are reduced, whereas the level of leptin is increased, which severely affects the neuroregulation of the hypothalamic–pituitary–ovarian axis. Obesity is also a cause of miscarriages, significant obstetric history, or reduced well-being of the fetus during pregnancy [13]. In addition, spontaneous abortion is frequently observed among obese women. A meta-analysis of Metwally et al. showed that the risk of miscarriages is higher in women with a BMI ≥25 [14]. In a cohort follow-up study, Boots et al. determined that among women who had recurrent early miscarriages, obese women had a 58% risk of euploid miscarriage as compared with nonobese women with a 37% risk [15].

### **Dietary recommendations**

General dietary recommendations for obese pregnant women indicate that their daily calorie intake should be restricted to a maximum of 2000 kcal. In the case of women accustomed to a particularly high daily consumption, it is recommended that the daily calorie intake should not exceed 33%. Carbohydrates should constitute 40–55% of daily calorie intake, and patients should be

encouraged to consume polysaccharides characterized by a longer absorption time. Fats should be limited to 30% of the total daily calorie value, with trans and saturated fats substituted by polyunsaturated fats [6]. Proteins should constitute 20–30% of the daily calorie value of meals. It has been demonstrated that the risk of excessive body weight is correlated with the consumption of fried and fast foods [16]. The daily meal plan should contain three main courses and 2–3 minor snacks [6]. Moreover, attention should be paid to the glycemic index of the products consumed. A study conducted on pregnant women proved that a diet characterized by a higher glycemic index is associated with excessive body weight, in comparison with a diet containing products with a lower glycemic index and balanced content of nutrients [17]. It is advised that during pregnancy, obese pregnant women should follow a similar diet as pregnant women with diabetes [18].

### Physical activity

It is widely known that obesity stems from the lack of balance between daily calorie intake and physical activity. Regular physical activity, for about 45–60 minutes per day, prevents the excessive increase of body weight and significantly reduces the risk of cardiovascular diseases. For individuals who are already diagnosed with obesity, moderate physical activity for about 80–90 minutes every day is recommended [19]. It is equally important for the patient to count the number of steps per day. A number of steps up to 5000 per day is considered as lack of activity, while a number between 5000 and 7499 is considered as low activity. It is recommended to start with a minimum of 10000 steps per day. In addition, it should be remembered that the oxygen consumption during physical activity should not exceed cardiac acceleration by 30% of the cardiac reserve [6].

In the case of pregnant women, physical activity should be customized to each patient and introduced gradually. The American College of Obstetricians and Gynecologists recommends that in the absence of medical complications or significant obstetric history, a pregnant woman should perform moderate physical activity for at least 30 minutes per day. Activities that are associated with a high risk of falling or involving significant heights should be avoided. Due to the benefits brought by physical efforts, pregnant individuals diagnosed with obesity should be constantly motivated to perform daily activities. It has been proven that doing exercises three times per day for 10 minutes each time is as effective as 30 minutes of activity done once per day. Regular physical activity also significantly reduces the risk of preeclampsia, eclampsia, and gestational diabetes [20].

### Laboratory examinations preceding pregnancy

Every woman who plans pregnancy should perform the prepregnancy laboratory examinations. Diabetes is the most severe complication associated with obesity in women of child-bearing age. In recent years, it has been observed that the number of women with type 2 diabetes in reproductive age significantly increases with the increase in the number of women with obesity. Therefore, examination for type 2 diabetes is valid for obese women during the first prenatal visit, with the use of standard diagnostic criteria recommended for nonpregnant women [18]. During the pregnancy planning period, the level of glucose on an empty stomach should be 70–90 mg/dl (3.9–5.0 mmol/l), while in the first hour after commencing a meal the level should be below 140 mg/dl (<7.8 mmol/l). Glycemia testing prior to getting pregnant is particularly crucial for obese women due to the neonatological consequences of untreated hyperglycemia [22].

Regular measurement of arterial blood pressure is equally important in the case of obese individuals. An arterial blood pressure value of 140/90 mm Hg prior to conception or before 20 weeks of pregnancy indicates hypertension in women. As untreated hypertension increases the risks of complications, such as preeclampsia or eclampsia, arterial blood pressure should be regularly checked in obese women of child-bearing age [23].

Assessment of thyroid function is also mandatory in obese patients. The level of thyrotropin (TSH) should be in the range of 0.4–2.5 mIU/l, and any value that does not fit in the mentioned range indicates the need for endocrinological consultation to exclude thyroid diseases [6]. In particular, obese patients should be monitored for hypofunction or Hashimoto's disease as these are associated with excessive body weight [24].

Independent of gender and age, obesity is an indicator of lipid profile disturbances. Women planning for pregnancy should undergo laboratory examinations for the assessment of triglyceride levels and cholesterol fractions. If these parameters are found to be abnormal, a low-fat diet should be immediately adopted and the level of physical activity should be increased [6]. If a need for pharmacotherapy with statins arises, the patient must be informed on taking care and avoiding pregnancy. According to the latest study, statins do not exhibit teratogenic effects. However, as long as the effect of these drugs on the fetus remains unclear, and opinions seem contradictory, they should be avoided in the brief time before and during pregnancy [25].

## Care during pregnancy

After confirming pregnancy in an obese woman, laboratory testing should be repeated up to a period longer than 3 months. In the case of an unplanned pregnancy, the standard is to perform all tests in the shortest possible time after pregnancy diagnosis. Controlling body weight throughout the gestation period is imperative. The general increase of body weight in obese women during pregnancy should not exceed 7 kg, and reduction of body weight is recommended if the BMI of a pregnant woman exceeds 40 kg/m<sup>2</sup> [6]. The most appropriate method of body weight reduction is the introduction of a balanced diet, adapted to a given patient and her obstetric history, as well as the level of physical activity. It has been demonstrated that moderate physical effort does not increase the risk of miscarriage, preterm delivery, or death of fetus or neonate. Physical activity should also be treated as an important determinant of treatment for overweight and obesity, even during the prenatal period. Pregnant women should be educated on complications of excessive body weight [26]. The consequences of untreated obesity include, but are not limited to, preeclampsia, eclampsia, gestational diabetes, and arterial hypertension [27]. Another parameter that should be constantly monitored is arterial blood pressure. Every obese patient with hypertension should perform routine self-monitoring with a domestic pressure meter, report irregularities as soon as possible, and undergo appropriate treatment.

Special attention should be paid to the risk of thromboembolism in pregnancy complicated with obesity. If second- or third-degree obesity is diagnosed, from the beginning of pregnancy to 7 days postpartum, prophylaxis with low-molecular-weight heparin should be provided, with the dosage adjusted according to the patient's body weight. In women diagnosed with at least one additional risk factor, heparinization should also be performed during puerperium (up to approximately 6 weeks postpartum). Another risk factor for thromboembolism is the need for regular use of compression stockings [6].

Regardless of the result of the glucose load test performed at the beginning of pregnancy, obese patients should undergo repeated sugar curve tests in the standard, recommended period between 24 and 28 weeks of pregnancy. For women with a BMI exceeding 35 kg/m<sup>2</sup>, the test should be repeated at 32 weeks of pregnancy [6]. According to the generally assumed standards, a glycemic index value exceeding 125 mg/dl on an empty stomach, 180 mg/dl at 60 minutes of the test, or 200 mg/dl at 120 minutes of the test indicates the diagnosis of diabetes. Treatment of diabetes commences

with lifestyle changes, with the introduction of an appropriate diet based on glycemic index values and with moderate physical activity. In the case of uncontrolled diabetes, insulin treatment is recommended [28].

Fetal supervision is required in pregnancy complicated with obesity due to the associated consequences on the fetus. Although no unfavorable perinatal effects associated with obesity have been demonstrated in women giving birth, available data show that increased insulin resistance and accompanying hyperinsulinemia, inflammation, and oxidative states may possibly lead to early placental disorders [29]. Ultrasound examinations should be performed regularly in compliance with the recommendations provided by the Section of Ultrasonography of the Polish Gynaecological Society. Performing ultrasound and cardiotocographic control in obese women is difficult due to the increased amount of adipose tissue within the trunk and requires experienced gynecologist-obstetricians [6]. During the examination, attention should be paid to the dimensions and weight of the fetus due to the significantly higher risk of macrosomia – a condition characterized by abnormal fetal weight (>4000 g) [30]. Therefore, it is recommended to perform an ultrasound examination before the assumed labor date in order to make the final decision on the route of pregnancy completion [6].

## Care during the delivery

Choosing an appropriate medical facility for childbirth is critical in the case of obesity-complicated pregnancy. The selected center should have the necessary medical equipment, according to the needs of the patient, as well as handling the complications that may arise during delivery.

The most frequent perinatal effects, closely related to the increased weight of the pregnant woman, are crotch injuries, which occur due to less susceptibility to stretching. During vaginal delivery, shoulder dystocia may also occur, which can consequently lead to a collarbone fracture or cervical dystonia of the neonate. In addition, obesity increases the risk of perinatal hemorrhage, resulting in perinatal anemia. Clinical entities accompanying obesity, such as diabetes or hypertension, may also increase the risk of perinatal mortality [6].

The assessment of biometrics and fetal welfare is challenging in an obese woman giving birth due to the increased amount of adipose tissue within the trunk. Difficulties associated with performing a cardiotocographic test should be communicated to the patients. Due to the limitations in measuring and interpreting the cardiotocography records, it is recommended to select a medical center that is equipped with an ultrasound apparatus in the delivery room [6].



Considering the number of complications related to excessive body weight, the gestation period should be considered as an opportunity to encourage an obese pregnant woman to adopt a balanced diet and regular physical activity [31]. The body weight of the mother has a pronounced impact on the decision concerning the route of labor completion. If the fetus is diagnosed with macrosomia, the interdisciplinary team taking care of the patient may decide to induce delivery. Due to the excessive amount of adipose tissue and lack of fitness, obstetrical forceps or vacuum extraction are more frequently used for obese women as a surgical means of completing vaginal delivery in comparison with healthy women. However, it is mostly recommended to complete an obesity-complicated pregnancy with a Cesarean section.

Operational completion of delivery in an obese mother poses a special challenge for the team conducting the delivery. Intubation and anesthesia of the patient are difficult. An anesthesiologist assisting during the operation should carefully choose the doses of drugs to be administered, based on the body weight of the woman giving birth, and hence the employees of the operating suite should be prepared to accept an obese patient before her arrival [6].

No precise data on the most favorable technique of Cesarean section in obese women are currently available, and there is no evidence demonstrating the advantage of incision along the midline over the transverse line. Some authors state that longitudinal incision below the navel should be taken into consideration to gain better access to the operation field and shorten the operation time, which would significantly reduce the blood loss of the patient [32].

Directly after the extraction of the fetus, a neonatological examination should be performed due to the increased risk of meconium aspiration syndrome, mechanical perinatal injuries, hypoglycemia, and hyperbilirubinemia and, above all, breathing abnormalities [33].

## Puerperium

The postpartum period is characterized by a high risk in the case of an obese patient, as thromboembolic disorders may occur, particularly following a Cesarean section. It is necessary to use low-molecular-weight heparin and mobilize the patient as soon as possible after the surgery. Endocrine disruption and reduced mobility may lead to lactation disturbances and increased abandonment of breastfeeding during puerperium. Therefore, it is advised that obese postpartum women should consult a reliable midwife dealing with lactation. If dietary changes and physical activity did not result in desired

outcomes, a glucose load test should be repeated in the period between 6 and 12 weeks after birth [34].

## Summary

Excess body fat is a threat, especially for pregnant women, due to its negative effects on the developing fetus. Education on proper nutrition and physical activity is often underestimated, which may also be the reason for the increasing number of obese women of reproductive age. Nowadays, particular attention should be paid to educating pregnant women in a healthy lifestyle, both for their own good and for that of their developing child.

## References

- Gibas J, Kopeć-Godlewska K. Styl życia ciężarnych z nadmierną masą ciała. *Piel Pol.* 2015; 1(55): 19–22.
- Tatoń J, Bernas M. Zespół metaboliczny – kontrowersje wokół akademickiej debaty i realiów praktyki klinicznej. *Endokrynol Otył.* 2008; 5(1): 13–26.
- Lisak-Gurba K, Dąbek K, Semczuk-Sikora A. Otyłość ciążarnej a ryzyko wystąpienia powikłań w okresie ciąży i porodu. *Wydawnictwo Naukowe TYGIEL.* 2018: 145–151.
- Woźniak M, Brukwicka I, Kopański Z et al. Zdrowie jednostki i zbiorowości. *Journal of Clinical Healthcare.* 2015; 4: 1–3.
- Miturski A, Lisak-Gurba K, Malec A et al. Przyrost masy ciała u otyłych ciężarnych. *Wydawnictwo Naukowe TYGIEL.* 2018: 164–174.
- Wender-Ożegowska E, Bomba-Opoń D, Brażert J et al. Standardy Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego „Opieka położnicza nad ciężarną otyłą”. *Ginekol Pol.* 2012; 83: 795–799.
- Zhou L, Xiao X. The role of gut microbiota in the effects of maternal obesity during pregnancy on offspring metabolism. *Bioscience Reports.* 2018; 38(2): 1–14.
- Cukier, otyłość – konsekwencje. *Przegląd literatury, szacunki dla Polski. Departament Analiz i Strategii. Narodowy Fundusz Zdrowia.* 2018: 1–39.
- Pandey Sh, Pandey Su, Maheshwari A et al. The impact of female obesity on the outcome of fertility treatment. *J Hum Reprod Sci.* 2010; 3 (2): 62 – 67.
- Gawlik A, Zachurzok-Buczyńska A, Małeck-Tendera E. Powikłania otyłości u dzieci i młodzieży. *Endokrynol Otył.* 2009; 5 (1): 19 – 27.
- Santoro N, Lasley B, McConnell D, et al. Body size and ethnicity are associated with menstrual cycle alterations in women in the early menopausal transition: The Study of Women’s Health across the Nation (SWAN) daily hormone study. *J Clin Endocrinol Metab.* 2004; 356: 2622–2631.
- Luke B, Brown MB, Stern JE et al. Female obesity adversely affects assisted reproductive technology (ART) pregnancy and live birth rates. *Hum Reprod.* 2011; 356: 245–252.
- Silvestris E, de Pergola G, Rosania R et al. Obesity as disruptor of the female fertility. *Reprod Biol Endocrinol.* 2018; 16(22): 1–13.
- Metwally M, Ong KJ, Ledger WL, Li TC. Does high body mass index increase the risk of miscarriage after spontaneous and assisted conception? A meta-analysis of the evidence. *Fertil Steril.* 2008; 356: 714–726.
- Boots CE, Bernardi LA, Stephenson MD. Frequency of euploid miscarriage is increased in obese women with recurrent early pregnancy loss. *Fertil Steril.* 2014; 356: 455–459.

16. Stuebe AM, Oken E, Gillman MW. Associations of diet and physical activity during pregnancy with risk for excessive gestational weight gain. *Am J Obstet Gynecol.* 2010; 201(1): 1–58.
17. Brand-Miller JC, Holt S, Pawlak DB et al. Glycemic index and obesity. *Am J Clin Nutr.* 2002; 76(1): 281–285.
18. Kłosiewicz-Latoszek L. Otyłość jako problem społeczny, zdrowotny i leczniczy. *Probl Hig Epidemiol.* 2010; 91(3): 339–343.
19. Lakka TA, Bouchard C. Physical activity, obesity and cardiovascular diseases. *Handbook of Experimental Pharmacology.* 2005; 170: 137–163.
20. Guelinckx I, Devlieger R, Beckers K et al. Maternal obesity: pregnancy complications, gestational weight gain and nutrition. *Obesity Reviews.* 2008; 9: 140–150.
21. Rembesa-Jarosińska E, Kowalska M. Cukrzyca ciążowa – epidemiologia i możliwości kontroli czynników ryzyka. *Hygeia Public Health.* 2019; 54(1): 1–5.
22. Wender-Ożegowska E, Bomba-Opoń D, Brązert J et al. Standardy Polskie Towarzystwa Ginekologów i Położników postępowania u kobiet z cukrzycą. *Ginekologia i Perinatologia Praktyczna.* 2017; 2(5): 215–229.
23. Tykarski A, Narkiewicz K, Gaciong Z et al. Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym – 2015 rok. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego. *Nadciśnienie Tętnicze w Praktyce.* 2015: 1–74.
24. Gier D, Ostrowska L. Choroba Hashimoto a otyłość. *Varia Medica.* 2019; 3(3): 238–242.
25. Karalis DG, Hill AN, Clifton S et al. The risk of statin use in pregnancy: A systematic review. *J Clin Lipidol.* 2016; 10(5): 1081–1090.
26. Mottola MF, Davenport MH, Ruchat SM et al. No. 367–2019 Canadian Guideline for Physical Activity throughout Pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can.* 2018; 40(11): 1528–1537.
27. Poston L, Harthoorn LF, Van Der Beek EM et al. Obesity in Pregnancy: Implications for the Mother and Lifelong Health of the Child. A Consensus Statement. *International Pediatric Research Foundation.* 2011; 69(2): 175–180.
28. Otto-Buczowska E. Zaburzenia metabolizmu glukozy w czasie ciąży – mechanizmy, diagnostyka i leczenie, co nowego?. *Forum Medycyny Rodzinnej.* 2017; 11(3): 101–106.
29. Catalanò PM, Shankar K. Obesity and pregnancy: mechanisms of short term and long term adverse consequences for mother and child. *BMJ.* 2017; 356: j1.
30. Arujo Junior E, Peixoto A. B, Perez Zamarian A. C et al. Macrosomia. *Best Practise & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology.* 2017; 38: 83–96.
31. Kanadys WM, Leszczyńska-Gorzela B, Jędrych M et al. Matczyna otyłość przeciążowa a ryzyko porodu przedwczesnego – przegląd systematyczny badań kohortowych z metaanalizą. *Ginekol Pol.* 2012; 83: 270–279.
32. Caesarean section. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. National Institute for Health and Clinical Excellence. 2011; 2: 1–275.
33. Rajasingam D, Seed P, Briley A et al. A prospective study of pregnancy outcome and bio-markers of oxidative stress in nulliparous obese women. *Am J Obstet Gynecol.* 2009; 200: 395–400.
34. Amir L, Donath S. A systematic review of maternal obesity and breastfeeding intention, initiation and duration. *BMC Pregn Childbirth.* 2007; 7: 9.

The manuscript accepted for editing: 05.05.2021.

The manuscript accepted for publication: 18.08.2021.

Funding Sources: This study was not supported.

Conflict of interest: The authors have no conflict of interest to declare.

#### Address for correspondence

Anna Tobolska

e-mail: anna.tobolska7@gmail.com

BMid., Department of Health Sciences, Medical University of Warsaw





# ZAKRES KOMPETENCJI OPIEKUNA MEDYCZNEGO JAKO PARTNERA WSPÓŁPRACY Z PIELEŃNIARKĄ

## THE SCOPE OF COMPETENCES OF A HEALTHCARE ASSISTANT AS A COOPERATION PARTNER WITH A NURSE

Anna Cis

Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Radomiu

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2022.5>

### STRESZCZENIE

Wprowadzenie do systemu opieki zdrowotnej nowego zawodu, jakim jest opiekun medyczny, zmusza współczesne pielęgniarki do odnalezienia się w nowej rzeczywistości, gdyż od pozytywnej współpracy tych grup zawodowych zależy dobro pacjenta. Kompetencje zawodowe opiekuna medycznego pokrywają się z kompetencjami pielęgniarki w zakresie podstawowej pielęgnacji. W praktyce realizacja współpracy pomiędzy przedstawicielami zawodów opiekuńczych nie jest łatwa, ale dzięki implementacji do polskiego ustawodawstwa przejrzystych przepisów, wszyscy członkowie mogą w pełni realizować swoje role. Wymaga to wprowadzenia wydolnego modelu i nowych standardów pracy. W nielicznych badaniach dotyczących współpracy opiekunów medycznych z pielęgniarkami wykazano, że większość badanych opiekunów (77%) współpracę z personelem pielęgniarskim uznaje za dobrą. Inne badania wskazują zaś, że potencjał opiekunów nie jest w pełni wykorzystywany. Aby utrzymać wysoki poziom współdziałania, nieodzowne staje się zaangażowanie środowiska pielęgniarskiego w uaktualnianie wiedzy o zakresie kompetencji opiekunów medycznych, które zmieniają się w wyniku uregulowań prawnych, natomiast od opiekunów wymaga się ścisłego respektowania zakresu tych kompetencji i ponoszenia odpowiedzialności za podejmowane czynności.

**SŁOWA KLUCZOWE:** pielęgniarka, opiekun medyczny, kompetencje, współpraca.

### ABSTRACT

The introduction of a new profession to the health care system, such as a healthcare assistant, forces modern nurses to find themselves in the new reality because the patient's well-being depends on the positive cooperation of these professional groups. The professional competences of a healthcare assistant overlap with the competences of a nurse in the field of basic care. In practice, the implementation of cooperation between representatives of care professions is not easy, but thanks to the transposition of transparent provisions into Polish legislation, all members can fully fulfill their roles. This requires the introduction of an efficient model, and nurses have shown that the majority of surveyed healthcare assistants (77%) consider cooperation with nurses to be good. Other studies indicate that the potential of healthcare assistants is not fully used. In order to maintain a high level of cooperation, the involvement of the nursing community in updating knowledge about the competences of healthcare assistants, which is changing as a result of legal regulations, becomes indispensable. On the other hand, assistants are required to strictly respect the scope of these competences and be responsible for the activities undertaken.

**KEYWORDS:** nurse, healthcare assistant, competences, cooperation.

### Wprowadzenie

Ze względu na rosnący deficyt profesjonalistów w zawodach medycznych, w tym pielęgniarek, zaistniała konieczność zmian systemowych opierających się na utworzeniu nowego zawodu medycznego, jakim jest opiekun medyczny. Stało się to możliwe dzięki wspólnemu wysiłkowi Ministra Zdrowia i Ministra Edukacji Narodowej. Współczesne pielęgniarki muszą się więc odnaleźć w nowej rzeczywistości, gdyż w sposób bardzo wyraźny zmienia się ich działalność praktyczna, a nadrzędnym celem pozostaje jak dotychczas, dobro pacjenta – podmiotu działań pielęgniarskich. Tylko rzetelna współpraca, oparta na wzajemnym zaufaniu i poszanowaniu autonomii zawodowej, może przynieść

wymierne korzyści i przyczynić się do osiągnięcia wspólnego celu. Stąd konieczność dokładnej analizy kompetencji zawodowych opiekuna medycznego jako partnera współpracy z pielęgniarką. Jest to ważne z uwagi na dynamikę zmian w zapisach prawnych określających kompetencje opiekuna medycznego i niezbędne do osiągnięcia wspólnego kompromisu, przekładającego się na jakość sprawowanej opieki.

### Zakres kompetencji zawodowych pielęgniarki i opiekuna medycznego

Pojęcie „kompetencje” analizowane jest na podłożu różnych dyscyplin naukowych, m.in. psychologii, pedagogiki, zarządzania. W zależności od przyjętej perspek-

tywy, ma ono różne znaczenia. Słowo „kompetencja” pochodzi od łacińskiego słowa „competentia” i oznacza: odpowiedniość, zgodność, właściwość. Można więc sformułować tezę, że osoba kompetentna, to ktoś umiejący wykonywać określone czynności i mający do tego uprawnienia [1]. Ze względu na formę aktywności społecznej kompetencje są rozumiane jako zdolność wykonywania zadań w danym obszarze lub pełnienia funkcji zgodnie z przyjętymi standardami. Definicja kompetencji jest wielopłaszczyznowa i różnie rozumiana przez różnych autorów. Część definicji ogranicza bowiem kompetencje do formalnych uprawnień lub wymagań stanowiskowych, inne traktują ją bardzo szeroko i obejmują predyspozycje, wartości czy cechy indywidualne osobowości. Kompetencje to zakres uprawnień i pełnomocnictw nadany do podejmowania działania [2].

Wykonywanie zawodu pielęgniarki zgodnie z ustawą o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 roku [3] polega na: rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta, rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta, planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem, samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych, realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji, orzekaniu o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych, edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

Przyjmuje się, że najbardziej oczekiwanym społecznym zakresem działań zawodowych, które powinna podejmować pielęgniarka w ramach pełnionej roli zawodowej, jest to, co określamy mianem profesjonalnego pielęgnowania. Pielęgnowanie to samodzielna działalność pielęgniarki oparta na racjonalnych podstawach teoretycznych, ogólnych zasadach postępowania i zasadach etycznych. Zadania zawodowe pielęgniarka realizuje w ramach różnych funkcji: promowania zdrowia, profilaktycznej, wychowawczej, opiekuńczej, terapeutycznej i rehabilitacyjnej [2].

Opiekun medyczny to osoba, która ma zawodowo pomagać niesamodzielnemu choremu człowiekowi w zaspokajaniu jego podstawowych potrzeb życiowych oraz dbać o jego bezpieczeństwo i podtrzymanie podstawowej aktywności społecznej [4]. Do kompetencji zawodowych opiekuna medycznego należy świadczenie opiekuńczo-pielęgnacyjne, zwane często świadczeniem opiekuńczym. Obejmuje ono podstawową pielęgnację i podstawową opiekę, co w praktyce oznacza pomoc w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych osób chorych i niesamodzielnymi [5]. Podstawowa pielęgnacja to oddziaływanie na ciało i rozumiana jest jako higiena osobista, pomoc w przyjmowaniu pożywienia,

wydalaniu i poruszaniu się. Natomiast czynności opiekuńcze to oddziaływanie na osobę objętą opieką tak, aby zapewnić jej bezpieczeństwo w zakresie podstawowej aktywności życiowej [4, 5].

Zawód opiekun medyczny powstał z inicjatywy Ministra Zdrowia w 2007 roku. Jest odpowiedzią na zmniejszającą się ilość pielęgniarek oraz starzejące się społeczeństwo. Wcześniej bardzo często salowe i pozostały personel pomagał pielęgniarkom w czynnościach opiekuńczych. Sformalizowanie zawodu i ujednoczenie standardów nauczania jest ważne, by wprowadzić lepszą jakość opieki. Opiekun medyczny ma na celu odciążać pielęgniarki, pomóc w wykonywaniu podstawowych czynności pielęgnacyjnych [6]. Kompetencje zawodowe opiekuna medycznego pokrywają się z kompetencjami pielęgniarki w zakresie podstawowej pielęgnacji.

### **Szczegółowy zakres kompetencji zawodowych opiekuna medycznego**

Czynności, które może wykonywać opiekun medyczny, określa podstawa programowa kształcenia w zawodzie opiekun medyczny. Zadania te wynikają więc z treści nauczania. Na dzień dzisiejszy nie istnieje ustawa o zawodzie opiekuna medycznego, która regulowałaby uprawnienia, obowiązki i odpowiedzialność przedstawicieli zawodu.

Zakres czynności zawodowych opiekuna medycznego został zatwierdzony przez Ministra Edukacji Narodowej w podstawie programowej kształcenia w zawodzie [7]. Czynności te dotyczą osoby chorej i niesamodzielnej i obejmują: rozpoznawanie i rozwiązywanie problemów pielęgnacyjnych i opiekuńczych o różnym stopniu zaawansowania choroby i w różnym wieku, pomaganie osobie w zaspokajaniu podstawowych potrzeb biologicznych, podtrzymywaniu aktywności społecznej, aktywizowanie do zwiększenia samodzielności życiowej, zapewnienie bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego, higienicznych warunków otoczenia, wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych, współdziałanie z zespołem opiekuńczym i terapeutycznym, asystowanie pielęgniarkom podczas wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych, użytkowanie urządzeń, przyborów oraz narzędzi do wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych, konserwacja przyborów i narzędzi stosowanych podczas wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych oraz popularyzowanie zachowań prozdrowotnych.

Powyższe zadania opiekuna medycznego pokrywają się z zapisami znajdującymi się w Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 lutego 2012 r. w sprawie podstawy programowej kształcenia w zawodach i obejmują [8]: 1) Rozpoznawanie i rozwiązywanie problemów opiekuńczych osoby chorej i niesamodzielnej w różnym stopniu zaawansowania choroby

i w różnym wieku; 2) Pomaganie osobie chorej i niesamodzielnej w zaspokajaniu potrzeb biologicznych, psychicznych i społecznych; 3) Asystowanie pielęgniarce i innemu personelowi medycznemu podczas wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych; 4) Konserwację, dezynfekcję przyborów i narzędzi stosowanych podczas wykonywania zabiegów; 5) Podejmowanie współpracy z zespołem opiekuńczym i terapeutycznym podczas świadczenia usług z zakresu opieki medycznej nad osobą chorą i niesamodzielną.

Powyższy zakres czynności zawodowych w bardzo uproszczony sposób wskazuje, jakie obowiązki i uprawnienia posiada opiekun medyczny.

Zgodnie z podstawami programowymi kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego, opiekun medyczny świadczy usługi opiekuńczo-pielęgnacyjne osobie chorej i niesamodzielnej [9]. Na uwagę zasługują nowe zapisy, precyzujące czynności opiekuna medycznego: 1) Wykorzystuje glukometr celem oznaczenia stężenia glukozy we krwi osoby chorej i niesamodzielnej oraz dokumentuje dokonanie pomiaru i przekazuje informację o wynikach pomiaru lekarzowi lub pielęgniarce; 2) Karmi osobę chorą i niesamodzielną drogą doustną oraz dojelitową – przez zgłębnik lub gastrostomię, w tym PEG (metodą porcji) lub pomaga podczas karmienia; 3) Pomaga osobie chorej i niesamodzielnej w przyjmowaniu leków zleconych przez lekarza różnymi drogami (doustnie, przez skórę i na błony śluzowe), a w przypadku osób, które nie są w stanie samodzielnie przyjąć leku, również podaje go bezpośrednio do ust lub na skórę, bez naruszenia powłok skórnych; 4) Utrzymuje higienę i pielęgnuje skórę wokół niepowikłanej tracheostomii, gastrostomii, ileostomii, kolostomii oraz wykonuje wymianę worka stomijnego w przypadku stomii wydalniczej; 5) Prowadzi dobową zbiórkę moczu i bilans płynów; 6) Prowadzi trzydniowy dzienniczek mikcji oraz ustala schemat wydalania i wdraża kontrolę mikcji i defekacji; 7) Stosuje metody, techniki i sprzęt do wykonywania pomiarów antropometrycznych, pomiarów tętna, ciśnienia tętniczego, oddechu, temperatury ciała, obliczania wskaźnika Masy Ciała – Body Mass Index (BMI); 8) Przeprowadza edukację osoby chorej i niesamodzielnej lub rodziny w zakresie wykonywania czynności higienicznych i pielęgnacyjnych oraz prowadzenia zdrowego stylu życia.

W powyższym zapisie dostrzec można nowe kompetencje zawodowe opiekuna medycznego, jak na przykład podawanie leków na skórę i doustnie czy karmienie przez gastrostomię i zgłębnik żołądkowy. Wcześniejsze uregulowania prawne w tym aspekcie wskazywały jedynie, że opiekun medyczny karmi osobę chorą i niesamodzielną oraz pomaga w przyjmowaniu leków, ale nie precyzowały zakresu tej pomocy. Karmienie przez

gastrostomię było kompetencją pielęgniarki jako specjalistyczna czynność.

### **Stanowisko środowiska pielęgniarskiego w sprawie kompetencji opiekuna medycznego**

Wprowadzenie nowego zawodu do zespołu opiekuńczo-terapeutycznego skutkowało koniecznością ustosunkowania się grupy zawodowej pielęgniarek do zawodu opiekuna medycznego w celu określenia wyraźnych zasad współpracy. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wydała 4 grudnia 2013 roku uchwałę w sprawie przyjęcia katalogu czynności wykonywanych przez opiekuna medycznego u osoby chorej i niesamodzielnej na zlecenie i pod nadzorem pielęgniarki. W dokumencie tym wyszczególniono czynności, m.in.: higieniczne, profilaktykę przeciwoleżynową, pomiar podstawowych parametrów życiowych, stosowanie okładów przeciwzapalnych, czynności związane z wydalaniem, w tym wymiana worka stomijnego, cewnika moczowego zewnętrznego i worka na mocz, dobowa zbiórka moczu, ćwiczenia bierne, pomoc w korzystaniu ze sprzętu stomijnego, karmienie przez zgłębnik i gastrostomię [10].

Dnia 19 marca 2014 roku Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wydała uchwałę w sprawie zmiany uchwały z 4 grudnia 2013 roku, w której wykreślono pozycję nr 23, czyli karmienie przez zgłębnik i gastrostomię [11]. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 lutego 2012 roku w sprawie podstawy programowej kształcenia w zawodach powyższa czynność nie leżała w kompetencjach opiekuna medycznego, bowiem dokument nie wyjaśniał dokładnie sposobu karmienia pacjenta.

Sytuacja zmienia się diametralnie w odniesieniu do Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 16 maja 2019 roku w sprawie podstaw programowych kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego. Większość pozycji wymienionych przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych w katalogu czynności wykonywanych przez opiekuna medycznego znajduje odzwierciedlenie w wyżej wymienionym rozporządzeniu. Zmiany te wskazują na konieczność opracowania przez środowisko pielęgniarskie nowego katalogu czynności opiekuna medycznego w celu wyraźnego sprecyzowania obszarów współpracy w zespole.

### **Zespół terapeutyczny jako podmiot współpracy pielęgniarek i opiekunów medycznych**

Zespół terapeutyczny, według definicji, to grupa osób biorących udział w procesie leczenia. Łączy ze sobą cele i odpowiedzialność za ich realizację [12]. Dobre relacje w zespole terapeutycznym wiążą się bezpośrednio

z pozytywnymi postawami wobec środowiska pracy, zadowoleniem personelu i przejawianiem inicjatywy, co z kolei przekłada się na jakość opieki i ponoszenie odpowiedzialności za wykonane zadania. Podstawą współpracy jest świadomość każdego z członków odnośnie zakresu swojej roli i zadań zawodowych. Kadra pielęgniarska w nowoczesnym zespole interdyscyplinarnym jest niezbędna, jest równorzędnym partnerem, od którego wymaga się pełnego profesjonalizmu w działaniu. Opiekun medyczny jest osobą również profesjonalnie przygotowaną do pomocy niesamodzielnemu choremu w zaspokajaniu jego podstawowych potrzeb życiowych oraz podtrzymaniu podstawowej aktywności fizycznej i intelektualnej [4]. Wprowadzenie do zespołu nowych członków zawsze wiąże się z obawami, trudnościami w ustalaniu nowych standardów pracy. Niewątpliwie niezwykle pomocne jest tu prawidłowe określenie obowiązków i uprawnień opiekunów medycznych. Podstawa programowa kształcenia opiekunów określa ich zadania, jednocześnie uprawnienia powinny być jednolite na terenie całego kraju [13], niezależnie od miejsca zatrudnienia. W praktyce realizacja współpracy pomiędzy przedstawicielami zawodów opiekuńczych nie jest łatwa, ale dzięki implementacji do polskiego ustawodawstwa przejrzystych przepisów, wszyscy członkowie zespołu mogą w pełni realizować swoje role. Istotą jest wypracowanie wydolnego modelu oraz dokładne określenie, gdzie zaczyna się, a gdzie kończy odpowiedzialność prawna i deontologiczna.

### **Analiza współpracy opiekunów medycznych z personelem pielęgniarskim**

Narastający deficyt personelu pielęgniarskiego oraz wzrost zapotrzebowania na zaspokajanie potrzeb pielęgnacyjnych społeczeństwa, choćby z uwagi na wzrost populacji osób starszych, uzasadnia konieczność zatrudniania opiekunów medycznych w placówkach ochrony zdrowia i tworzenia modelu interdyscyplinarnego współdziałania w tym zakresie. Profesjonalna współpraca pielęgniarek z opiekunami medycznymi, ze względu na wspólny podmiot opieki, staje się nieodzowna, ponieważ może od niej zależeć jakość świadczonych usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych oraz szansa na ograniczenie deficytów kadrowych, które narastają w systemie zdrowia w naszym kraju [14].

W badaniu grupy opiekunów medycznych przeprowadzonym przez Mastowską ponad 77% badanych współpracę z personelem pielęgniarskim uznaje za dobrą [15]. Za istotne czynniki warunkujące pozytywną współpracę respondenci wskazali dobre przygotowanie opiekunów medycznych do realizacji zadań zawodowych oraz zapewnienie odpowiednich warunków pracy. W badaniach przeprowadzonych przez Kurbiel

[16] analizujących opinię pielęgniarek na temat przydatności opiekunów medycznych w zespole opiekuńczo-terapeutycznym ponad 81% badanych uznało, że praca tej grupy zawodowej jest potrzebna. Natomiast badania Nalepy wśród personelu medycznego zwracały uwagę na znaczenie dobrego komunikowania jako komponentu dobrej i efektywnej współpracy pomiędzy członkami zespołu terapeutycznego. Ważnym wynikiem badań była opinia ponad połowy opiekunów medycznych (56,5%) odnośnie poczucia braku doceniania ich zawodu przez personel pielęgniarski [14]. Problem braku dostrzegania wagi zawodu opiekuna medycznego wskazano również w badaniu przeprowadzonym w 2016 roku, opublikowanym w Roczniku Opiekunów Medycznych [6], w którym wśród 159 osób wykonujących zawód opiekuna medycznego, 82 badanych wskazało, że zawód jest niedoceniany przez pracodawcę. Warto podkreślić, że powyższy problem w perspektywie dalszej współpracy może wpłynąć negatywnie na wzajemne relacje zawodowe przedstawicieli obu grup. Ponadto może to również skutkować w przyszłości rezygnacją opiekunów medycznych z zawodu lub podjęciem decyzji o migracji zarobkowej ze względu na lepsze warunki płacy oraz docenianie polskich opiekunów medycznych poza granicami kraju [16]. Liczne badania naukowe udowodniły potrzebę efektywniejszego wykorzystania potencjału opiekunów medycznych w ramach organizacji współpracy personelu zatrudnionego na oddziale [17].

Aby poprawić współpracę pomiędzy pielęgniarkami i opiekunami medycznymi, konieczne jest doprecyzowanie zakresu obowiązków wykonywanych samodzielnie przez opiekunów oraz wyłonienie zadań, które wymagają wsparcia lub nadzoru personelu pielęgniarskiego. Warto również podkreślić, że dobra współpraca nie może być osiągnięta bez wzajemnego szacunku i doceniania wkładu pracy wszystkich członków zespołu opiekuńczo-terapeutycznego na rzecz podmiotu wzajemnej opieki, którym jest pacjent. Pielęgniarki powinny więc uzupełniać i aktualizować wiedzę dotyczącą zakresu kompetencji zawodowych opiekunów medycznych, gdyż jak wykazały badania Rzewnickiej i Kobos, personel pielęgniarski nie posiada wystarczającej wiedzy w tym zakresie [17]. Jednocześnie dobra praktyka wymaga zaangażowania środowiska opiekunów medycznych w budowanie poprawnej relacji z przedstawicielami innych zawodów medycznych, która zostanie oparta na ścisłej współpracy, a nie konkurencji. Opiekunowie powinni nauczyć się współpracy w interdyscyplinarnym zespole terapeutycznym. Nieodzowna staje się dobra znajomość przez opiekunów własnych kompetencji zawodowych, ale również kompetencji przedstawicieli innych zawodów medycznych, przestrzegania ich zakresu i ponoszenia odpowiedzialności za podejmowane



czynności. Zapobiegnie to niepotrzebnym konfliktom i sytuacjom stresowym, a przede wszystkim będzie wyimierne korzystne dla pacjenta.

Jak już wspomniano, nie istnieje ustawa o zawodzie opiekuna medycznego, która wyjaśniałaby zakres obowiązków i uprawnień i z której mógłby korzystać Samorząd Zawodowy Pielęgniarek przy opracowywaniu i precyzowaniu obszarów współpracy. Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej [3] również nie zawiera w swoim zapisie warunków współdziałania opiekunów medycznych z pielęgniarkami i nie reguluje tej kwestii. Dokumentem wiążącym pozostaje rozporządzenie w sprawie podstaw programowych kształcenia. Wprowadzenie aktu prawnego w postaci ustawy, która unormuje relacje opiekunów medycznych z innym personelem, szczególnie pielęgniarskim, niewątpliwie pozwoli na polepszenie komfortu pracy wszystkich osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Wymaga to jednak dalszych starań resortu zdrowia w ustaleniu lepszych rozwiązań prawnych dotyczących obydwu zawodów.

Warto podkreślić, że zgodnie z najnowszą, obowiązującą od 1 września 2021 roku, podstawą programową kształcenia opiekunów medycznych, przedstawiciele tego zawodu zyskają nowe kompetencje, ściśle medyczne, jak na przykład czynności z zakresu pobierania krwi żyłnej czy innego materiału do badań laboratoryjnych [18]. Pierwsi opiekunowie z nowymi uprawnieniami pojawią się na rynku pracy w 2023 roku. Nowa nota prawna nie ma jednak wpływu na zakres kompetencji obecnych opiekunów medycznych.

## Podsumowanie

Fundamentem każdego systemu opieki jest personel medyczny, od pracy którego zależy osiągnięcie wspólnego celu, a jest nim dobro pacjenta. Nie można tego osiągnąć bez wystarczającej kadry wyspecjalizowanych pracowników, z których każdy posiada własną autonomię zawodową i którzy są zobligowani do działania na płaszczyźnie współpracy. W zespole opiekuńczo-terapeutycznym pielęgniarka bezpośrednio współpracuje z opiekunem medycznym, a kompetencje obydwu grup zawodowych nakładają się. Szeroko rozumiana opieka i pielęgnacja są wspólnym obszarem działania. Nieodzowne staje się więc zaangażowanie środowiska pielęgniarskiego w poznanie i ciągłe uaktualnianie wiedzy o zakresie kompetencji zawodowych opiekunów medycznych, które zmieniają się w wyniku uregulowań prawnych. Jednocześnie od opiekunów medycznych wymaga się znajomości przepisów prawnych określających własne kompetencje zawodowe i ścisłego respektowania ich zakresu oraz opanowania umiejętności współpracy w zespole pielęgnacyjno-terapeutycznym. Zapobiegnie to ewentualnym konfliktom i błędom, a po-

zwoli na efektywną pracę z poszanowaniem autonomii każdego zawodu. Ponadto z uwagi na deficyt zasobów kadry pielęgniarskiej i możliwość pełnego wykorzystania profesjonalizmu oraz potencjału pielęgniarek, decyzyjność o zatrudnianiu opiekunów medycznych powinna być uregulowana prawnie w formie wymogów stawianych podmiotom świadczącym opiekę medyczną.

## Introduction

Due to the growing deficit of professionals in the medical professions, including nurses, there was a need for systemic changes based on the creation of a new medical profession, i.e. the healthcare assistant. This became possible thanks to the joint efforts of the Minister of Health and the Minister of National Education. Contemporary nurses have to find their place in the new reality because their practical activity is changing in a very clear way, and the overriding aim remains, as before, the good of the patient – the subject of nursing activities. Only reliable cooperation, based on mutual trust and respect for professional autonomy, can bring tangible benefits and contribute to achieving a common goal. Hence the need for a thorough analysis of the professional competences of a healthcare assistant as a cooperation partner with a nurse. It is important due to the dynamics of changes in legal regulations defining the competencies of a healthcare assistant and necessary to reach a common compromise that translates into the quality of care provided.

## Scope of professional competence of a nurse and a healthcare assistant

The concept of "competence" is analysed in various scientific disciplines, including psychology, pedagogy and management. Depending on the perspective adopted, it has different meanings. The word "competence" comes from the Latin word "competentia" and means: adequacy, compliance, appropriateness. Therefore, it is possible to formulate a thesis that a competent person is someone who is able to perform certain activities and is authorized to do so [1]. Due to the form of social activity, competence is understood as the ability to perform tasks in a given area or perform a function in accordance with accepted standards. The definition of competence is multifaceted and differently understood by different authors. Some of the definitions limit competence to formal entitlements or position requirements, others treat it very broadly and include predispositions, values or individual personality traits. Competence is the range of powers and authorizations given to take action [2].

Pursuant to the Nursing and Midwifery Profession Act of July 15, 2011 [3], the nursing profession consists in recognizing the conditions and health needs of the



patient, recognizing nursing problems of the patient, planning and carrying out nursing care for the patient independently providing within a specified range of preventive, diagnostic, therapeutic and rehabilitation services, as well as medical rescue activities, carrying out medical orders in the process of diagnosis, treatment and rehabilitation, making judgments about the type and scope of care and nursing services, health education and health promotion.

It is assumed that the most socially-expected scope of professional activities that a nurse should undertake as part of her professional role is what we define as professional nursing. Nursing is an independent activity of a nurse based on rational theoretical grounds, general principles of conduct and ethical principles. A nurse performs professional tasks within the framework of various functions: health promotion, preventive, educational, caring, therapeutic and rehabilitative [2].

A healthcare assistant is a person who is supposed to professionally help a dependent ill person in meeting his/her basic life needs and take care of his/her safety and maintenance of basic social activity [4]. The professional competence of a healthcare assistant includes the provision of care and nursing services, often referred to as caregiving. It includes basic nursing and basic care, which in practice means assistance in satisfying the basic life needs of the sick and dependent people [5]. Basic care is the impact on the body and is understood as personal hygiene, assistance in food intake, excretion and mobility. On the other hand, caring activities are the influence on the cared person so as to ensure his/her safety in the basic life activities [4, 5].

The profession of a healthcare assistant was created at the initiative of the Minister of Health in 2007. It is an answer to the decreasing number of nurses and the ageing society. Previously, it was very common for nurses and other staff to assist nurses in caring activities. Formalizing the profession and standardizing teaching standards is important to bring about a better quality of care. The healthcare assistant aims to relieve the nurses, to help in basic nursing activities [6]. The professional competencies of a healthcare assistant overlap with those of a nurse in basic nursing.

### **Detailed scope of professional competence of a healthcare assistant**

The activities that can be performed by a healthcare assistant are specified in the core curriculum of education in the profession of a healthcare assistant. These tasks result from the content of teaching. At present, there is no law on the profession of a healthcare assistant, which would regulate the powers, duties and responsibilities of the representatives of the profession.

The scope of professional activities of a healthcare assistant was approved by the Minister of National Education in the core curriculum of the profession [7]. These activities concern the ill and dependent person and include recognizing and solving nursing and caring problems with different degrees of disease and at different ages, helping the person to meet basic biological needs, maintaining social activity, activating to increase life independence, ensuring physical and mental safety, hygienic conditions of the environment, carrying out nursing procedures, co-operating with the nursing and therapeutic team, assisting a nurse during performance of nursing procedures, use of equipment and tools to perform nursing procedures, maintenance of equipment and tools used while performing nursing procedures and popularisation of pro-health behaviour.

The above tasks of a healthcare assistant are in line with the provisions of the Regulation of the Minister of National Education of February 7 2012. They include [8]: 1) Recognizing and solving care problems of an ill and dependent person at different degrees of illness and at different ages; 2) Assisting an ill and dependent person in satisfying biological, psychological and social needs; 3) Assist the nurse and other medical personnel in carrying out nursing interventions; 4) Maintain, disinfect the utensils and tools used in performing the interventions; 5) Cooperate with the care and therapeutic team in providing medical care to the ill and dependent person.

The above job description indicates in a very simplified way what duties and powers a healthcare assistant has.

According to the core curriculum for education in occupations of vocational education, a healthcare assistant provides care and nursing services to an ill and dependent person [9]. New provisions specifying the activities of a healthcare assistant are worthy of note: 1) Uses a glucometer to determine blood glucose levels in the ill and dependent person, documents the measurement and provides information about the measurement results to the doctor or nurse; 2) Feeds the ill and dependent person by oral and enteral routes – through a tube or gastrostomy, including PEG (portion method) or assists during feeding; (3) Assists the ill and dependent person in taking medications prescribed by a physician by various routes (orally, percutaneously and on mucous membranes), and in the case of persons who are unable to take the medication independently, also administers it directly to the mouth or on the skin without breaching the skin coverings 4) Maintains hygiene and cares for the skin around uncomplicated tracheostomy, gastrostomy, ileostomy, colostomy and performs the change of a stoma bag in case of excretory stoma; 5) Conducts daily urine collection and fluid balance; 6) Maintains a three-day micturition diary, establishes the excretion schedule and implements micturition and

defecation control 7) Uses methods, techniques and equipment to perform anthropometric measurements, pulse, blood pressure, respiration, body temperature, calculation of Body Mass Index (BMI); 8) Educates an ill and dependent person or a family in performing hygienic and nursing activities and leading a healthy lifestyle.

In the above-mentioned provision, one can notice new professional competences of a healthcare assistant, such as administration of medications percutaneously and orally or feeding through a gastrostomy and gastrostomy tube. Previous legal regulations in this aspect only indicated that a healthcare assistant feeds an ill and dependent person and assists in taking medicines but did not specify the scope of this assistance. Feeding through a gastrostomy was the competence of the nurse as a specialized activity.

### **Nursing community's position on the competence of a healthcare assistant**

The introduction of a new profession to the care and therapeutic team resulted in the need for a professional group of nurses to define clear rules of cooperation with a healthcare assistant. On December 4, 2013, the Supreme Council of Nurses and Midwives issued a resolution on the adoption of a catalogue of activities performed by a healthcare assistant with a sick and dependent person on order and under the supervision of a nurse. The document lists activities including hygiene, decubitus prophylaxis, measurement of basic vital parameters, application of anti-inflammatory compresses, activities related to excretion, including changing the stoma bag, external urinary catheter and urine bag, daily urine collection, passive exercises, assistance in the use of stoma equipment, feeding through a tube and gastrostomy [10].

On March 19, 2014, the Supreme Council of Nurses and Midwives issued a resolution to amend the resolution of December 4, 2013, in which item No. 23, i.e. feeding by gavage and gastrostomy, was deleted [11]. According to the Regulation of the Minister of National Education of February 7, 2012 on the core curriculum for education in professions, the above-mentioned activity was not within the competence of a medical caregiver as the document did not explain exactly how to feed the patient.

The situation changed dramatically with respect to the Regulation of the Minister of National Education of May 16, 2019 on the core curriculum for education in vocational trades of industrial education. Most of the items listed by the Supreme Council of Nurses and Midwives in the catalogue of activities performed by a medical carer are reflected in the aforementioned Regulation. These changes indicate the need for the nursing community to develop a new catalogue of activities of a he-

althcare assistant in order to clearly specify the areas of cooperation within the team.

### **The therapeutic team as a collaborative entity between nurses and healthcare assistant**

According to the definition, a therapeutic team is a group of people participating in the treatment process. It combines goals and responsibility for their realization [12]. Good relationships in the therapeutic team are directly related to positive attitudes towards the work environment, staff satisfaction and taking the initiative, which in turn translates into the quality of care and taking responsibility for the tasks performed. The basis of cooperation is the awareness of each member when it comes to the scope of their role and professional tasks. Nursing staff in a modern interdisciplinary team is indispensable, is an equal partner, which requires full professionalism in action. A healthcare assistant is also a person professionally prepared to help a dependent patient to satisfy his/her basic living needs and maintain basic physical and intellectual activity [4]. The introduction of new team members is always associated with fears, difficulties in establishing new work standards. Undoubtedly, the proper definition of duties and rights of healthcare assistant is extremely helpful here. The core curriculum of healthcare assistant education defines their tasks; at the same time, the entitlements should be uniform throughout the country [13], regardless of the place of employment. In practice, the realization of cooperation between representatives of caring professions is not easy, but thanks to the implementation of transparent regulations into Polish legislation all members of the team can fully realize their roles. The essence is to work out an efficient model and to define precisely where the legal and deontological responsibility begins and where it ends.

### **Analysis of the collaboration between healthcare assistants and nursing staff**

The increasing shortage of nursing staff and the growing demand for satisfying the nursing needs of the society, if only due to the growth of the elderly population, justifies the necessity of employing healthcare assistant in health care facilities and creating a model of interdisciplinary co-operation in this field. The professional collaboration between nurses and medical healthcare assistants, due to the common subject of care, becomes indispensable as it may determine the quality of care and nursing services provided, as well as an opportunity to limit the staff shortages that are increasing in the health care system in our country [14].

In the study of a group of medical caregivers carried out by A. Maślowska, over 77% of respondents considered the cooperation with the nursing personnel as good [15]. The respondents indicated good preparation of medical healthcare assistants for professional tasks and provision of suitable working conditions as essential factors determining the positive cooperation. In the study performed by A. Kurbiel [16], analysing the nurses' opinions about the usefulness of medical personnel in the care and therapeutic team, more than 81% of respondents believed that the work of this professional group was needed. The study by D. Nalepa among medical personnel emphasized the importance of good communication as a component of good and effective cooperation between the members of the therapeutic team. An important result of the study was the opinion of more than half of the healthcare assistants (56.5%) concerning the lack of appreciation of their profession by the nursing staff [14]. The problem of lack of recognition of the importance of the healthcare assistant profession was also indicated in a study conducted in 2016 and published in the Yearbook of Medical Caregivers [6], in which among 159 healthcare assistants, 82 respondents indicated that the profession is undervalued by the employer. It is worth stressing that the above problem in the perspective of further cooperation may have a negative impact on mutual professional relations of the representatives of both groups. Moreover, it may also result in the future resignation of healthcare assistants from the profession or their decision to migrate for work due to better pay conditions and appreciation of Polish medical caregivers abroad [16]. Numerous scientific studies have demonstrated the need of more effective use of the potential of healthcare assistants within the organization of cooperation of the personnel employed in the department [17].

In order to improve the cooperation between nurses and healthcare assistants, it is necessary to specify the scope of duties performed by carers on their own and to identify the tasks that require support or supervision of nursing staff. It is also worth emphasizing that good cooperation cannot be achieved without mutual respect and appreciation of the contribution of all members of the care and therapeutic team to the subject of mutual care, which is the patient. Therefore, nurses should supplement and update their knowledge concerning the range of professional competences of healthcare assistants as the studies by Rzewnicka and Kobos showed that the nursing staff did not possess sufficient knowledge in that field [17]. At the same time, good practice requires the involvement of healthcare providers in building proper relations with representatives of other health care professions, which will be based on close

cooperation rather than competition. The carers should learn to cooperate in the interdisciplinary therapeutic team. It becomes indispensable for carers to know their own professional competences, but also the competences of representatives of other medical professions, to respect their scope and bear responsibility for actions taken. This will prevent unnecessary conflicts and stressful situations, and above all will be measurably beneficial to the patient.

As already mentioned, there is no Act on the Medical Care Profession that would clarify the scope of duties and rights, which could be used by the Self-Government of Nurses in developing and specifying the areas of collaboration. The Act on Nursing and Midwifery Professions [3] also does not include in its provisions the conditions of co-operation between healthcare assistants and nurses and does not regulate this issue. The binding document is the regulation on the core curriculum of education. The introduction of a legal act in the form of a law that would normalize the relationship between healthcare assistants and other personnel, especially nurses, will undoubtedly improve the work comfort of all those employed in medical entities. However, this requires further efforts by the Ministry of Health to establish better legal solutions for both professions.

It is worth noting that according to the latest, effective from September 1, 2021, core curriculum for the education of healthcare assistants, representatives of this profession will gain new competencies, strictly medical, such as activities related to the collection of venous blood or other material for laboratory tests [18]. The first caregivers with new qualifications will appear on the labour market in 2023. However, the new legal note does not affect the scope of competences of current healthcare assistants.

## Summary

The cornerstone of any system of care is the medical personnel, on whose work the achievement of the common objective, which is the well-being of the patient, depends. This cannot be achieved without a sufficient number of specialised staff, each with their own professional autonomy, who are obliged to work together. In the care and therapeutic team, a nurse cooperates directly with a medical tutor, and the competencies of both professional groups overlap. The broadly understood care and nursing are the common area of activity. Therefore, the involvement of the nursing community in learning and continuous updating of knowledge about the scope of professional competencies of healthcare assistants, which are changing as a result of legal regulations, becomes indispensable. At the same time, healthcare assistants are required to know the legal regu-

lations that define their own professional competencies and strictly respect their scope, as well as mastering the skills of cooperation within the nursing and therapeutic team. This will prevent possible conflicts and mistakes, and allow for effective work while respecting the autonomy of each profession. Moreover, given the deficit of nursing staff and the possibility to fully utilize the professionalism and potential of nurses, the decision on the employment of healthcare assistants should be regulated by law in the form of requirements imposed on entities providing medical care.

### Piśmiennictwo

1. Kopalński W. Słownik języków obcych i zwrotów obcojęzycznych z almanachem. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Rytm. 2007; 302.
2. Ciechaniewicz W. Dawca i biorca pielęgnowania. W: Ślusarska B, Zarzycka D, Zahradniczek K. (red.). Podstawy pielęgniarstwa. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo. Tom I. Założenia teoretyczne. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL. 2011; 325–369.
3. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. Dz.U. Nr 147. Poz.1039 z późn.zm.
4. Szwałkiewicz E. Rola opiekuna medycznego w zespole opiekuńczym i terapeutycznym. W: Talarska D., Wieczorkowska-Tobis K, Szwałkiewicz E. (red.). Opieka nad osobami przewlekle chorymi, w podeszłym wieku i niesamodzielnymi. Podręcznik dla opiekunów medycznych. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL. 2011; 32–48.
5. Szwałkiewicz E. Opiekun medyczny w praktyce. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL. 2013; 16–20.
6. Mikołajczyk B. Opiekun medyczny w służbie zdrowia w Polsce. Raport za 2016 rok. Rocznik Opiekunów Medycznych. 2017; 33–48.
7. Podstawy programowe kształcenia w zawodzie opiekun medyczny. MEN; Warszawa 2007.
8. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 lutego 2012 r, w sprawie podstawy programowej w zawodach. Dz.U. z 2012r., poz. 184 z późn.zm.
9. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 16 maja 2019 r. w sprawie podstaw programowych kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego oraz nowych umiejęt-

- ności zawodowych w zakresie wybranych zawodów szkolnictwa branżowego. Dz.U. z 2019 r., poz. 991.
10. Uchwała Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 4 grudnia 2013 r. Nr 136/VI/2013.
  11. Uchwała Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 19 marca 2014 r. Nr 176/VI/2014.
  12. Krajewska-Kułak E, Sierakowska M, Lewko J, Łukaszuk. Pacjent podmiotem troski zespołu terapeutycznego. Tom I. Białostocka Biblioteka Pielęgniarek i Położnych. Białystok 2005.
  13. Werachowska L, Damps-Konstańska I, Janowicz A, Krakowiak P. Opiekun medyczny nowym elementem zespołu terapeutycznego w opiece nad przewlekle chorymi i starszymi pacjentami. Problemy Pielęgniarstwa. 2013; 21(2): 235-241.
  14. Nalepa D, Weber D, Guz E, Mianowana W, Czekerda M. Komunikacja i współpraca w zespole terapeutycznym podstawą wysokiej jakości świadczonych usług medycznych. Journal of Education, Health and Sport. 2017; 7(7): 141–153.
  15. Maślowska A, Dykowska A, Sienkiewicz Z. Ocena współpracy z personelem pielęgniarskim na podstawie doświadczeń w pracy zawodowej opiekunów medycznych. [online]: W:DOI:10.19251/pwod/2019.4(2). Dostęp: 10.02.2020.
  16. Kurbiel A. Pielęgniarka a opiekun medyczny – wspólnota czy konflikt interesów? Część II. Pismo Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych. 2013; Nr 6: 2–5.
  17. Rzewnicka A, Kobos E. Opinia pielęgniarek na temat pracy opiekunów medycznych zatrudnionych w szpitalach i zakładach opiekuńczo-leczniczych. [online]: W:DOI:10.19251/pwod/2019.2(1). Dostęp 14.02.2020.
  18. Rozporządzenie Ministra Edukacji i Nauki z dnia 28 maja 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie podstaw programowych kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego oraz dodatkowych umiejętności zawodowych w zakresie wybranych zawodów szkolnictwa branżowego. Dz.U. z 2021 r., poz. 1087.

Artykuł przyjęty do redakcji: 31.10.2021.

Artykuł przyjęty do publikacji: 16.03.2021.

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

### Adres do korespondencji:

Anna Cis  
ul. Aleksandrowicza 5  
26-600 Radom  
e-mail: anahub@wp.pl  
Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Radomiu

## **Recenzenci „Pielęgniarstwa Polskiego” w roku 2021**

### **Reviewers of ‘Polish Nursing’ in 2020**

dr hab. Grażyna Bączyk, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

dr Barbara Fogt, Wielkopolski Ośrodek Reumatologiczny w Śremie (Polska)

dr hab. Sławomir Graczyk, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego w Kaliszu (Polska)

dr Joanna Hoffmann-Aulich, Uniwersytet Zielonogórski (Polska)

dr Anna Majda, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie (Polska)

dr Małgorzata Mizgier, Poradnia dietetyczna Diaeteticus (Polska)

dr Jarosław Pasek, Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy im. Jana Długosza w Częstochowie (Polska)

dr Beata Skokowska, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

dr Anna Stefanowicz-Bielska, Gdański Uniwersytet Medyczny (Polska)

dr Bogusław Stelcer Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

dr Dorota Talarska, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

dr Joanna Zalewska-Puchała, Uniwersytet Jagielloński (Polska)



## WSKAZÓWKI DLA AUTORÓW

### WSTĘP

#### Informacje dla autorów

„Pielęgniarstwo Polskie” jest kwartalnikiem. Zamieszcza recenzowane prace oryginalne, pogładowe 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 systemu edytorskiego. Wzór oświadczenia dostępny jest na: [oswiadczenie.doc](#),
- adres autora, do którego będzie kierowana korespondencja. Adres należy wpisać wyłącznie w biogramie 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 wytłuszczenie 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 AUTHORS

### 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, założeniach, 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. Nadesłane prace mogą być sprawdzane pod kątem oryginalności za pomocą programu antyplagiatoowego.

## 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 przesłać 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 poprawiania usterek dotyczących stylistyki, mianownictwa i skrótów oraz poprawek wersji w języku angielskim – bez uzgodnienia z autorem.

## PRAWA AUTORSKIE

Prawa autorskie do przesłanej pracy należą do Autora, który udziela czasopismu Pielęgniarstwo Polskie niewyłącznej licencji na użytkowanie, reprodukcję i rozpowszechnianie pracy, w tym w celach komercyjnych.

## 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. Submitted manuscripts may be checked for originality using anti-plagiarism software.

## 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

The copyright to the submitted manuscript is held by the Author, who grants the Polish Nursing a nonexclusive licence to use, reproduce, and distribute the work, including for commercial purposes.