

PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ I ZARZĄDZANIE

TOM XIII, ZESZYT 11

<http://piz.sanedu.pl>

Pielęgniarstwo w systemie zarządzania
opieką zdrowotną
Nowe wyzwania, nowe możliwości

Redakcja
Elżbieta Majchrzak-Kłokocka
Romuald Holly

Olsztyn – Łódź 2012

Całkowity koszt wydania Zeszytu 11
sfinansowany ze środków
Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Regionu Warmii i Mazur
z siedzibą w Olsztynie

Zeszyt recenzowany

Redaktor tematyczny: Elżbieta Majchrzak-Kłokocka

Redakcja i korekta techniczna,
komputerowy skład tekstu: Jadwiga Poczyczyńska

Projekt okładki: Marcin Szadkowski, Barbara Szymczuk

© **Copyright:** Społeczna Akademia Nauk

ISSN 1733-2486

Wydawnictwo

Społecznej Akademii Nauk (poprzednio SWSPiZ):

e-mail: wydawnictwo@swspiz.pl

tel. 42 632 50 23, 42 632 50 26 w. 339

www.swspiz.pl/wydawnictwo

Druk i oprawa: PPHU **TOTEM** S.C. M. Rejnowski, J. Zamiara
ul. Jacewska 98, 88-100 Inowrocław, tel. 52 354 041

Spis treści

Wstęp.....	5
Anna Abramczyk, <i>Jak czas i uwaga poświęcona przez pielęgniarkę rodzinną różnicuje sytuację wśród chorych na cukrzycę</i>	7
Regina Żuralska, Danuta Postrożny, <i>Psychologiczna ocena poczucia własnej skuteczności u czynnych zawodowo studentów studiów medycznych</i>	23
Mariola Ejdys, <i>Problemy zdrowotne i pielęgnacyjne pacjentów z zapalnymi układowymi chorobami tkanki łącznej</i>	31
Regina Żuralska, Jerzy Foerster, Piotr Pankiewicz, <i>Ocena narażenia na dym tytoniowy wśród studentów pielęgniarstwa i ratownictwa medycznego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego</i>	41
Mariola Ejdys, <i>Zaburzenia depresyjne i lękowe wśród pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów</i>	49
Izabela Sebastyańska-Targowska, <i>Obszar komunikacji niewerbalnej między położną a pacjentką w sytuacji poronienia</i>	61
Krystyna Piskorz-Ogórek, <i>Zasoby strukturalne stacjonarnego leczenia pediatrycznego w Polsce</i>	71
Jolanta Paciuch, <i>Objawy stresu u pacjentów związane z zabiegiem operacyjnym</i>	87
Ewelina Wasielewska, <i>Metody uśmierzania bólu u chorych po zabiegach chirurgicznych</i>	99
Małgorzata Suchocka, <i>Ocena warunków pracy pielęgniarek anestezjologicznych</i>	109
Iwona Flohr-Banaszek, Beata Siwik, Beata Zarzycka, <i>Środowisko szpitalne – ryzyko zakażeń</i>	125
Kamila Tkaczuk, Marek Dobosz, Aleksandra Gaworska-Krzemińska, <i>Rzeczywistość samodzielności zawodowej pielęgniarek</i>	139

Beata Siwik, Brygida Kondracka, Magdalena Radłowska, Iwona Flor-Banaszek, <i>Rozwój zawodowy pielęgniarek i położnych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie</i>	149
Jadwiga Klukow, Anna Ksykiewicz-Dorota, <i>Walidacja narzędzia badawczego dla potrzeb planowania obsad pielęgniarских w szpitalnych oddziałach ratunkowych</i>	161
Elżbieta Majchrzak-Kłokocka, Maria Danielewicz, Anna Abramczyk, Zofia Jurczyk, Hanna Taraszkiewicz, <i>Wybrane problemy w opiece nad pacjentem hospitalizowanym</i>	167
Zofia M. Jurczyk, Elżbieta Majchrzak-Kłokocka, Anna Abramczyk, Hanna Taraszkiewicz, Maria Danielewicz, <i>Jakość opieki pielęgniarskiej w opinii pacjentów hospitalizowanych</i>	185
Elżbieta Majchrzak-Kłokocka, Maria Danielewicz, Anna Abramczyk, Zofia M. Jurczyk, Hanna Taraszkiewicz, <i>Satysfakcja pacjentów ho- spitalizowanych z opieki realizowanej przez pielęgniarkę</i>	201
Irena Bill, Wioleta Borowska, Bożena Czocho, Elżbieta Grzeszczak, Alina Kędzia, Danuta Kowalska, Beata Siwik, Wioletta Szemplińska, Beata Szeszko, Joanna Wszyńska, Danuta Zalewska, <i>Oczekiwania pacjentów hospitalizowanych z chorobą nowotworową wobec personelu pielęgniarского</i>	215
Anna Abramczyk, <i>Oczekiwania pacjentów chorych na cukrzycę w zakresie opieki realizowanej przez pielęgniarkę rodzinną – w świetle badań ogólnopolskich</i>	229
Anna Abramczyk, <i>Wiek a sytuacja zdrowotno-społeczna i poziom zapotrzebowania na opiekę wśród pacjentów chorych na cukrzycę na poziomie Podstawowej Opieki Zdrowotnej</i>	247

Wstęp

Szanowni Państwo,

Współczesne pielęgniarstwo tak w Polsce jak i na całym świecie przeżywa okres dynamicznego rozwoju. W dążeniu do zapewnienia możliwie najlepszej opieki nad zdrowiem wzbogaca się wiedza pielęgniarstwa, ulega zmianie praktyka zawodowa i rola pielęgniarki i położnej. Również wiedza z dziedziny organizacji i zarządzania znalazła swoje należne miejsce i nieodłącznie towarzyszy pracy pielęgniarek.

Wiek XXI to nowe wyzwania, a zarazem nowe możliwości w działaniach na rzecz zdrowia, społeczeństwa, zmieniających się potrzeb zdrowotnych, postępu w medycynie, który niesie ze sobą nowoczesne technologie. Zmiany w obszarze pielęgniarstwa, a szczególnie wzmacnianie jego profesjonalizmu i samodzielności wymagają wskazania kierunków jego rozwoju. Niezwykle ważny w tym procesie jest rozwój naukowy pielęgniarek i położnych, oraz wdrażanie wyników badań naukowych do praktyki zawodowej. Nie jest łatwo połączyć praktykę z szeroko rozumianą nauką, ale należy dążyć do doskonałości.

Publikacja *Pielęgniarstwo w systemie zarządzania opieką zdrowotną. Nowe wyzwania, nowe możliwości* stanowi zbiór wybranych prac prezentowanych w dniach 4–5 października 2012 roku na Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej „Pielęgniarstwo – Nauka i praktyka”.

Oddajemy w Państwa ręce niezwykle ciekawą książkę, która łączy w sobie spojrzenie na pielęgniarstwo oczami studentów, nauczycieli akademickich, pacjentów oraz pielęgniarek i położnych pracujących w różnych obszarach systemu ochrony zdrowia. Znajdziecie w niej zagadnienia dotyczące oczekiwań, problemów pacjentów i pielęgniarek w obszarze podstawowej opieki zdrowotnej, w lecznictwie zamkniętym, kiedy obok choroby i jej następstw musimy zauważyć jeszcze sferę nagłego

oderwania pacjenta z życia zawodowego i rodzinnego, opieki nad kobietą i dzieckiem, wybrane aspekty organizacji i zarządzania ze szczególnym uwzględnieniem jakości, dostępności i bezpieczeństwa opieki nad pacjentem.

Celem niniejszego wydania jest umożliwienie pielęgniarkom i położnym zaprezentowanie dorobku naukowego w zakresie tworzenia podstaw nowoczesnego pielęgniarstwa, na wspólne wypracowywanie kierunków rozwoju, a także identyfikację nowych obszarów badań. Wiedza jest podstawą do stawienia czoła wyzwaniom nowego tysiąclecia, ale też daje ogromne możliwości, z których powinniśmy nauczyć się korzystać.

W sposób szczególny dziękuję pielęgniarkom i położnym, które podążając za wiedzą doskonałą swoje umiejętności zawodowe i zmieniają swoją praktykę.

Maria Danielewicz

Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek
i Położnych w Olsztynie

Anna Abramczyk

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Jak czas i uwaga poświęcona przez pielęgniarkę rodzinną różnicuje sytuację wśród chorych na cukrzycę

How time and attention given by a family nurse influences the situation of patients with diabetes

The work presents the results of research on the time and attention given by a family nurse to patients with diabetes at the level of basic health care. The aim of the research was to find out whether there is a relation between opinion of patients with diabetes on the sufficient amount of time and attention given to them by a family nurse and selected indexes of their health condition, health behaviours, and satisfaction and situation of the patient's family. The research was conducted within the framework of KBN project no. 6P05D02320 among 1986 patients and 1366 families from 61 randomly selected basic health care centres in Poland.

The patients who receive enough time and attention from a family nurse are more often characterized by bigger care of their feet, better health situation, family situation and higher satisfaction from the care they receive as patients.

Wprowadzenie

Dla podstawowej opieki zdrowotnej jednym z zasadniczych i najtrudniejszych wyzwań jest zarządzanie opieką nad chorym przewlekle [1]. Choroby przewlekłe na całym świecie stanowią największą przyczynę zgonów [2], a większe wśród osób przewlekle chorych potrzeby zdrowotne determinują nieproporcjonalnie wysokie koszty opieki [3].

Cukrzyca uznana została za modelową chorobę w ulepszaniu opieki nad przewlekle chorymi (4). Epidemiolodzy i diabetolodzy wskazują, że stanowi ona jedno z ważniejszych wyzwań zdrowia publicznego w XXI wieku. Na całym świecie badania dowodzą, że z powodu cukrzycy cierpi ponad 150 milionów osób dorosłych, a w ciągu następnych 25 lat liczba chorych ulegnie podwojeniu [5, 6]. Realizowana w stosunku do osób przewlekle chorych opieka, wymaga jednak: monitorowania stanu zdrowia [7], identyfikacji problemów [7], działań profilaktycznych [8], dostępu, w podstawowej opiece zdrowotnej, do wiedzy specjalistycznej i informacji klinicznych [9], wykorzystywania preferencji i gotowości pacjenta i jego rodziny [7] oraz wsparcia ze strony pracowników społecznych i opieki społecznej [10]. Liczne badania dowodzą, że opieka nad chorym na cukrzycę powinna koncentrować się na pacjencie, tak bardzo jak tylko to jest możliwe [11]. Troska i czas poświęcony choremu uznane zostały za istotny element jakości opieki zdrowotnej. Ważne są one zarówno z pozycji pacjentów jak i rodzin. Pacjenci, którzy doświadczają więcej uwagi i troski są bardziej zaangażowani w proces opieki, co jest szczególnie ważne w przebiegu chorób przewlekłych, w których bez udziału pacjenta trudno jest uzyskać oczekiwane rezultaty [12]. Dbłość o niezależność pacjenta i jego aktywny udział w procesie leczenia i podejmowania decyzji wymaga zatem poświęcenia mu coraz większej uwagi celem przekazania określonej wiedzy i kształtowania umiejętności [13]. Badania dowodzą, że optymalnie zarządzana opieka wobec osób z cukrzycą jest nie tylko ekonomiczniejsza od tradycyjnej opieki, ale także pozwala na: poprawę stanu zdrowia [14], poprawę jakości wyników leczenia [15], oraz zmniejszenie różnic w stanie zdrowia nawet w stosunku do osób z niskim dochodem [16].

Cel pracy. W pracy przedstawiono rezultaty czasu i uwagi poświęconych przez pielęgniarkę rodzinną chorym na cukrzycę na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej.

Dla celów pracy przyjęto, że istnieje związek między opinią pacjentów na temat wystarczającej ilości czasu i uwagi ze strony pielęgniarki a wskaźnikami stanu zdrowia, zachowaniami zdrowotnymi, satysfakcją i sytuacją rodziny chorego.

Materiał i metody badawcze

Badania przeprowadzono w ramach kierowanego przez autorkę projektu Komitetu Badań Naukowych nr 6P05D02320 wśród 1986 pacjentów i 1366 rodzin (opiekunów) z losowo wybranych 61 zakładów podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w Polsce. Badano pacjentów z cukrzycą w wieku powyżej 16. roku życia, mieszkających w rejonie pracy pielęgniarki środowiskowej (rodzinnej) i zarejestrowanych na liście lekarza rodzinnego.

Najmłodszy pacjent miał 17 a najstarszy 96 lat. Wśród badanej populacji zdecydowaną większość stanowiły kobiety (63,4%), osoby w wieku powyżej 65 roku życia (59%), pacjenci zamieszkujący w środowisku miejskim (57,7%). Najliczniejszą grupę wśród badanych chorych stanowiły osoby utrzymujące się z emerytury (49,5%). Zdecydowana większość chorych przyjmowała tylko leki doustne (56,8), co piąty badany przyjmował tylko insulinę 20%, prawie co piąty insulinę i leki doustne (18,5%), natomiast tylko na diecie było 4,7% chorych. Z analizy dokumentacji medycznej wynika, że cukrzycę typu 1 ustalono u 11,6% chorych, typu 2 u 51,4%, a w stosunku do 32,9% pacjentów wdrożono leczenie nie określając typu cukrzycy. Żadnych informacji na temat typu cukrzycy nie uzyskano w stosunku do 4% pacjentów. Zdecydowana większość pacjentów charakteryzowała się wykształceniem podstawowym lub niepełnym podstawowym (56,2%). Wykształcenie zasadnicze zawodowe ustalono u 15,1% chorych, średnie u 23,8%, a wyższe wśród 4% badanych.

Badania dla celów pracy przeprowadzono na podstawie:

- ukierunkowanego wywiadu pielęgniarskiego, podczas którego uzyskano informacje na temat: wieku i płci pacjentów, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego, źródła utrzymania, wykształcenia, wiedzy o chorobie, udziału w leczeniu, zachowań zdrowotnych wymaganych w leczeniu cukrzycy, barier w leczeniu, wsparcia, funkcjonowania społecznego, wydolności opiekuńczo-pielęgniacyjnej rodziny, oczekiwań chorego w zakresie edukacji oraz opieki – lekarza rodzinnego, pielęgniarki środowiskowej (rodzinnej), rodziny, pracownika socjalnego, trudności w dostępie do usług świadczonych przez

lekarza w poradni cukrzycowej, okulistę, stomatologa, pogotowie ratunkowe, laboratorium;

- relatywnej oceny sprawności i samodzielności pacjentów;
- anonimowej ankiety przeprowadzonej wśród pacjentów, pozwalającej na uzyskanie informacji na temat oceny: trudności w dostępie do usług medycznych (lekarza rodzinnego, pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej), satysfakcji z udziału w życiu rodzinnym, zawodowym, małżeńskim, towarzyskim, zadowolenia z efektów leczenia, opieki lekarza rodzinnego, pielęgniarki rodzinnej, diabetologa, rodziny, sąsiadów;
- anonimowej ankiety przeprowadzonej wśród rodzin pacjentów, pozwalającej na uzyskanie informacji na temat: wydolności opiekuńczo-pielęgnacyjnej rodziny, problemów i obciążenia rodziny opieką, oczekiwań w zakresie opieki, satysfakcji z opieki pielęgniarki rodzinnej, lekarza rodzinnego, pracownika socjalnego, sąsiadów, efektów leczenia cukrzycy, jakości opieki.

W badaniu analizowano zamieszczone przez lekarza rodzinnego (podstawowej opieki zdrowotnej) w dokumentacji pacjenta informacje na temat: wieku, płci chorego, rodzaju (typu) cukrzycy, czasu trwania choroby, prowadzonej przez pacjentów samokontroli, metod leczenia, chorób towarzyszących cukrzycy wymagających leczenia, wyników badań istotnych w procesie kontroli jakości leczenia cukrzycy.

Analizę częstościową wykonano przy użyciu testu niezależności chi-kwadrat. Jeśli nie były spełnione warunki stosowalności testu chi-kwadrat (co najmniej jedna wartość oczekiwana była mniejsza od 5) dokonano łączenia sąsiednich wierszy i kolumn w tabeli większej niż czteropolowej, a do tabeli czteropolowej stosowano test dokładny Fishera.

Zależność pomiędzy cechami porządkowymi badano także przy pomocy rangowych współczynników korelacji Spearmana. Istotność tych współczynników weryfikowano przy pomocy odpowiedniego testu t-Studenta.

Wszystkie testowane hipotezy weryfikowano na poziomie istotności $\alpha = 0,05$. Obliczono dokładne wartości poziomu istotności „p”.

Wyniki

Co drugi chory na cukrzycę uważa, że pielęgniarka rodzinna poświęca pacjentom wystarczająco dużo czasu i uwagi (53,7%). Na niedosyt uwagi pielęgniarki wskazuje prawie co dziesiąty badany (9,2%), a prawie co trzeci chory z opieki pielęgniarki rodzinnej nie korzysta (30%). Pozostały odsetek pacjentów nie udzielił odpowiedzi. Pielęgniarka poświęca pacjentom wystarczającą ilość czasu i uwagi najczęściej w opinii chorych zamieszkujących na terenie województwa małopolskiego (69,8%), a najrzadziej w opinii osób z terenu województwa podlaskiego (24,8%) (tabela 1).

Analiza statystyczna wykazała związek między opinią pacjentów na temat poświęcenia im przez pielęgniarkę rodzinną wystarczającej ilości czasu i uwagi, a ich troską o stopy ($p<0,01$), trudnościami (barierami) w leczeniu ($p<0,05$), stężeniem cholesterolu całkowitego ($p<0,05$), dostępnością do usług medycznych ($p<0,0001$), wsparciem społecznym ($p<0,0001$), oczekiwaniami chorych w zakresie: edukacji ($p<0,05$), opieki lekarza rodzinnego ($p<0,01$), pielęgniarki rodzinnej ($p<0,05$), oraz satysfakcją pacjentów z: udziału w leczeniu ($p<0,0001$), efektów leczenia ($p<0,0001$), udziału w życiu rodziny ($p<0,01$), udziału w życiu małżeńskim ($p<0,01$), udziału w życiu zawodowym ($p<0,01$), towarzyskim ($p<0,01$), a także satysfakcją z: życia ($p<0,0001$), opieki pielęgniarki rodzinnej ($p<0,0001$), pracownika socjalnego ($p<0,01$), całościowej opieki nad chorym na cukrzycę ($p<0,0001$), oczekiwaniami w zakresie poprawy opieki ($p<0,05$) (tabela 2).

Pacjentów, w opinii których pielęgniarka poświęca im wystarczającą ilość czasu i uwagi najczęściej charakteryzuje: większa troska o stopy - brak lub pojedyncze nieprawidłowości w zakresie troski o stopy (76,7%), brak trudności w respektowaniu wymaganych w leczeniu zaleceń (74,8%), najbliższe oczekiwanemu stężenie cholesterolu całkowitego w surowicy krwi (81,3%), brak trudności w dostępie do usług medycznych (84,8%), optymalne wsparcie społeczne (rodziny, sąsiadów, pracownika socjalnego (85,7%), brak oczekiwań w zakresie: edukacji (78,2%) i opieki lekarza rodzinnego (86,6%), a także oczekiwania pod kątem opieki pielęgniarki rodzinnej (75,1%).

Tabela 1. Opinia pacjentów na temat czasu i uwagi poświęconej przez pielęgniarkę rodzinną a teren badań

Województwo	Pielęgniarka środowiskowa/rodzinna poświęca pacjentom chorym na cukrzycę wystarczająco dużo czasu i uwagi											
	Tak		Częściowo		Nie		nie korzysta		brak danych		Razem	
	[N]	[%]	[N]	[%]	[N]	[%]	[N]	[%]	[N]	[%]	[N]	[%]
Dolnośląskie	22	26,5%	8	9,6%	1	1,2%	46	55,4%	6	7,2%	83	4,2%
Kujawsko pomorskie	113	67,7%	7	4,2%	2	1,2%	42	25,1%	3	1,8%	167	8,4%
Lubelskie	96	59,6%	8	5,0%	1	0,6%	37	23,0%	19	11,8%	161	8,1%
Lubuskie	26	54,2%	4	8,3%	0	0,0%	18	37,5%	0	0,0%	48	2,4%
Łódzkie	135	55,6%	18	7,4%	6	2,5%	73	30,0%	11	4,5%	243	12,2%
Małopolskie	67	69,8%	20	20,8%	2	2,1%	5	5,2%	2	2,1%	96	4,8%
Mazowieckie	68	61,3%	10	9,0%	6	5,4%	23	20,7%	4	3,6%	111	5,6%
Opolskie	85	54,5%	11	7,1%	2	1,3%	54	34,6%	4	2,6%	156	7,9%
Podkarpackie	28	49,1%	2	3,5%	1	1,8%	25	43,9%	1	1,8%	57	2,9%
Podlaskie	31	24,8%	16	12,8%	3	2,4%	63	50,4%	12	9,6%	125	6,3%
Pomorskie	30	44,1%	7	10,3%	0	0,0%	30	44,1%	1	1,5%	68	3,4%
Śląskie	32	45,7%	5	7,1%	0	0,0%	26	37,1%	7	10,0%	70	3,5%
Świętokrzyskie	54	37,2%	7	4,8%	0	0,0%	83	57,2%	1	0,7%	145	7,3%
Warmińsko-mazurskie	146	67,6%	7	3,2%	1	0,5%	26	12,0%	36	16,7%	216	10,9%
Wielkopolskie	58	55,2%	21	20,0%	0	0,0%	11	10,5%	15	14,3%	105	5,3%
Zachodniopomorskie	75	55,6%	4	3,0%	1	0,7%	33	24,4%	22	16,3%	135	6,8%
Razem wg woj.	1066	53,7%	155	7,8%	26	1,3%	595	30,0%	144	7,3%	1986	100,0%

Tabela 2. Czas i uwaga poświęcona choremu na cukrzycę a zachowania zdrowotne

Badana cecha	Pielęgniarka poświęca pacjentowi wystarczająco dużo czasu i uwagi	
	Tak	Częściowo lub nie
1	2	3
Razem N=1081	N=796	N=285
Troska o stopy	Chi ² Pearsona: 10,6406, df=2, p<0,01	
Brak lub pojedyncze nieprawidłowości	76,74%	23,26%
Liczne nieprawidłowości	73,27%	26,73%
Bardzo liczne nieprawidłowości	61,17%	38,83%
Trudności w leczeniu	Chi ² Pearsona: 9,00853, df=3, p<0,05	
brak trudności	74,83%	25,17%
pojedyncze trudności (1-2)	77,14%	22,86%
liczne trudności (3-4)	70,97%	29,03%
bardzo liczne trudności (5 i więcej)	64,08%	35,92%
Stężenie cholesterolu całkowitego [mg/dl]:	Chi ² Pearsona: 7,18849, df=2, p<0,05	
<185	81,29%	18,71%
185-230	75,58%	24,42%
> 230	65,98%	34,02%
Dostępność do usług medycznych	Chi ² Pearsona: 29,8377, df=2, p<0,0001	
brak trudności w dostępie do usług	84,78%*	15,22%
trudności w dostępie do 1-3 usług	75,83%*	24,17%*
trudności w dostępie do 4-6 usług	58,82%*	41,18%*
Wsparcie (rodziny, sąsiadów, socjalne):	Chi ² Pearsona: 34,3702, df=3, p<0,0001	
optymalne (wystarczające wsparcie 3 środowisk)	85,71%*	14,29%
umiarkowane (wystarczające wsparcie 2 środowisk)	80,93%*	19,07%
minimalne (wystarczające wsparcie 1 środowiska)	66,93%*	33,07%*
brak wsparcia lub niewystarczające wsparcie 1 środowiska	56,41%*	43,59%*
oczekiwania chorych w zakresie: edukacji	Chi ² Pearsona: 7,00449, df=1, p<0,05	
obecne	70,78%*	29,22%*
brak	78,17%*	21,83%*

Tabela 2 (cd.)

1	2	3
opieki lekarza rodzinnego	Chi ² Pearsona: 10,6755, df=1, p<0,01	
obecne	72,26%*	27,74%*
brak	86,61%*	13,39%*
opieki pielęgniarki rodzinnej	Chi ² Pearsona: 4,08092, df=1, p<0,05	
obecne	75,15%*	24,85%*
brak	68,37%*	31,63%*

Pacjenci, którym pielęgniarka rodzinna poświęca wystarczająco dużo czasu i uwagi najczęściej deklarują zadowolenie ze swojego udziału w leczeniu cukrzycy (81,9%), efektów leczenia cukrzycy (80,8%), udziału w życiu rodziny (75,4%), małżeńskim (74,5%), zawodowym (78,9%), towarzyskim (77,4%) i życia (77,8%). Są także najczęściej zadowoleni z opieki pielęgniarki (85%) i pracownika socjalnego (78%), uważają, że jakość opieki nad chorym jest bardzo dobra (87,6%), nie wyrażają także oczekiwań dotyczących poprawy opieki (74,4%) (tabela 3).

Tabela 3. Czas i uwaga poświęcona chorym a ich satysfakcja

Badana cecha	Pielęgniarka poświęca pacjentowi wystarczająco dużo czasu i uwagi	
	Tak	Częściowo lub nie
1	2	3
Razem N=1081	N=796	N=285
Satysfakcja pacjentów z: udziału w leczeniu cukrzycy	Chi ² Pearsona: 62,0397, df=1, p<0,0001	
zadowolony	81,92%*	18,08%*
Deficyt i brak zadowolenia	59,85%*	40,15%*
z efektów leczenia cukrzycy:	Chi ² Pearsona: 47,7930, df=1, p<0,0001	
Zadowolony	80,79%*	19,21%*
Deficyt i brak zadowolenia	61,21%*	38,79%*
udziału w życiu rodziny:	Chi ² Pearsona: 8,08642, df=1, p<0,01	
Zadowolony	75,36%	24,64%
Deficyt i brak zadowolenia	65,93%	34,07%

Tabela 3 (cd.)

1	2	3
udziału w życiu małżeńskim:	Chi ² Pearsona: 7,46637, df=1, p<0,01	
Zadowolony	74,50%	25,50%
Deficyt i brak zadowolenia	64,86%	35,14%
udziału w życiu zawodowym:	Chi ² Pearsona: 8,35613, df=1, p<0,01	
Zadowolony	78,89%	21,11%
Deficyt i brak zadowolenia	68,06%	31,94%
udziału w życiu towarzyskim:	Chi ² Pearsona: 9,51489, df=1, p<0,01	
Zadowolony	77,35%	22,65%
Deficyt i brak zadowolenia	68,76%	31,24%
z życia	Chi ² Pearsona: 20,4517, df=1, p<0,0001	
Zadowolony	77,80%	22,20%
Deficyt i brak zadowolenia	64,84%	35,16%
satysfakcja pacjenta z opieki pielęgniarki:	Chi ² Pearsona: 104,554, df=1, p<0,0001	
Zadowolony	85,00%	15,00%
Deficyt i brak zadowolenia	34,29%	65,71%
pracownika socjalnego:	Chi ² Pearsona: 7,31930, df=1, p<0,01	
Zadowolony	78,01%	21,99%
Deficyt i brak zadowolenia	65,74%	34,26%
Opieka nad chorym w jego opinii jest:	Chi ² Pearsona: 104,068, df=3, p<0,0001	
bardzo dobra	87,61%	12,39%
wystarczająca	83,26%	16,74%
i tak nic się nie zmieni	50,61%	49,39%
brak opinii	65,91%	34,09%
Oczekiwania w zakresie poprawy opieki:	Chi ² Pearsona: 5,38030, df=1, p<0,05	
obecne	65,91%	34,09%
brak	74,44%	25,56%

Ponadto wykazano związek badanej cechy z wydolnością opiekuńczo-pielęgniacyjną rodziny chorego ($p<0,0001$), problemami rodziny w opiece ($p<0,0001$), poziomem wiedzy rodziny o chorobie ($p<0,01$), obciążeniem rodziny opieką ($p<0,01$), oczekiwaniami rodziny w zakresie edukacji ($p<0,01$), satysfakcją rodziny z opieki pielęgniarki rodzinnej ($p<0,0001$), opieki pracownika socjalnego ($p<0,0001$), opieki sąsiadów

($p<0,0001$), opieki diabetologa ($p<0,0001$), efektów leczenia cukrzycy ($p<0,0001$), oczekiwaniami rodziny w zakresie: opieki lekarza rodzinnego ($p<0,001$), opieki pracownika socjalnego ($p<0,0001$), oceną jakości opieki nad chorym ($p<0,0001$), oczekiwaniami rodziny w zakresie poprawy jakości opieki ($p<0,0001$), rozmową lekarza rodzinnego z rodziną na temat jej problemów i potrzeb ($p<0,0001$). Rodziny pacjentów, którym pielęgniarka rodzinna poświęca wystarczająco dużo czasu i uwagi częściej charakteryzują się większą, nieznacznie ograniczoną zdolnością do opieki (83,1%), brakiem problemów w opiece (81,5%), większym (umiarkowanym) poziomem wiedzy o chorobie (83,7%), brakiem obciążenia opieką (81,6%), brakiem oczekiwań w zakresie edukacji (80,3%). Rezultatem poświęcenia przez pielęgniarkę rodzinną pacjentom wystarczająco dużej ilości czasu i uwagi jest satysfakcja rodziny pacjenta z opieki: pielęgniarki rodzinnej (86,8%), pracownika socjalnego (82,5%), sąsiadów (85,%), diabetologa (77,8%), efektów leczenia cukrzycy (83,8%), oraz brak oczekiwań rodziny w zakresie opieki: pracownika socjalnego (78,6%), lekarza rodzinnego (86%). Z rodzinami pacjentów, którym pielęgniarka poświęca wystarczająco dużo czasu i uwagi, najczęściej lekarz rodzinny rozmawia na temat problemów i potrzeb w opiece (82,7%), a jakość opieki nad chorym jest bardzo dobra (97,3%) i nie ma oczekiwań pod kątem jej poprawy (74,9%) (tabela 4).

Tabela 4. Uwaga i czas poświęcany choremu na cukrzycę a sytuacja rodzinna pacjentów

Badana cecha	Pielęgniarka poświęca pacjentowi wystarczająco dużo czasu i uwagi	
	Tak	Częściowo lub nie
1	2	3
Razem N=1081	N=796	N=285
Wydolność opiekuńczo-pielęgniacyjna rodziny wg rodziny:	Chi ² Pearsona: 30,1751, df=3, $p<0,0001$	
w pełni wydolna (8 pkt.)	66,67%	33,33%
nieznaczne ograniczenia w zakresie wydolności (9-12 pkt.)	83,09%	16,91%
znaczne ograniczenia w zakresie wydolności (13-18 pkt.)	75,56%	24,44%
brak wydolności rodziny (19-24 pkt.)	56,55%	43,45%

Tabela 4 (cd.)

1	2	3
Problemy rodziny w opiece:	Chi ² Pearsona: 14,9730, df=1, p=0,0001	
obecne	69,35%	30,65%
brak	81,52%	18,48%
Poziom wiedzy rodziny o chorobie:	Chi ² Pearsona: 12,1006, df=2, p=0,01	
umiarkowany (20,0-13,5 pkt.)	83,78%	16,22%
minimalny (13,0-6,5 pkt.)	77,85%	22,15%
brak (6-0 pkt.)	69,19%	30,81%
Obciążenie rodziny opieką:	Chi ² Pearsona: 13,4442, df=3, p=0,01	
brak (0 pkt.)	81,66%	18,34%
minimalne (1-4 pkt.)"	72,78%	27,22%
umiarkowane (5-9 pkt.)	71,74%	28,26%
wysokie (10-13 pkt.)	62,65%	37,35%
Oczekiwania rodziny w zakresie edukacji:	Chi ² Pearsona: 6,91661, df=1, p=0,01	
obecne	71,95%	28,05%
brak	80,32%	19,68%*
satysfakcja rodziny z : opieki pielęgniarki rodzinnej:	Chi ² Pearsona: 333,922, df=1, p<0,0001	
zadowolony	86,83%	13,17%
Deficyt i brak zadowolenia	24,63%	75,37%
Satysfakcja rodziny z opieki pracownika socialnego:	Chi ² Pearsona: 20,8582, df=1, p<0,0001	
Zadowolona	82,54%	17,46%
Deficyt lub brak zadowolenia	60,56%	39,44%
Satysfakcja rodziny z opieki sąsiadów:	Chi ² Pearsona: 35,9712, df=1, p<0,0001	
Zadowolona	85,15%	14,85%
Deficyt lub brak zadowolenia	65,90%	34,10%
Satysfakcja rodziny z opieki diabetologa:	Chi ² Pearsona: 22,6499, df=1, p<0,0001	
Zadowolona	77,78%	22,22%
Deficyt i brak zadowolenia	61,36%	38,64%
Satysfakcja rodziny z efektów leczenia cukrzycy	Chi ² Pearsona: 62,5208, df=1, p<0,0001	
Zadowolona	83,85%	16,15%
Deficyt i brak zadowolenia	61,30%	38,70%

Tabela 4 (cd.)

1	2	3
Oczekiwania rodziny w zakresie opieki lekarza rodzinnego:	Chi ² Pearsona: 11,7758, df=1, p<0,001	
obecne	71,41%	28,59%
brak	86,07%	13,93%
Oczekiwania rodziny w zakresie opieki pracownika socjalnego:	Chi ² Pearsona: 19,7877, df=1, p<0,0001<	
obecne	65,55%	34,45%
brak	78,57%	21,43%
Lekarz rodzinny rozmawia z rodziną nt. jej problemów i potrzeb	Chi ² Pearsona: 165,497, df=1, p<0,0001	
Tak	82,72%	17,28%
Czasami lub nie rozmawia	39,53%	60,47%
Jakość opieki nad chorym w opinii rodziny:	Chi ² Pearsona: 119,791, df=3, p<0,0001	
bardzo dobra	97,27%	2,73%
wystarczająca	82,42%	17,58%
i tak nic się nie zmieni	52,92%	47,08%
brak opinii	60,67%	39,33%
Oczekiwania rodziny w zakresie poprawy opieki	Chi ² Pearsona: 12,9906, df=1, p<0,001	
obecne	60,67%	39,33%
brak	74,88%	25,12%

Dyskusja

Uzyskane wyniki potwierdzają tezę o tym, że troska i czas poświęcony choremu są ważnym elementem jakości opieki nad chorym na cukrzycę. Pacjenci, którzy doświadczyli wystarczającej ich ocenie uwagi i troski ze strony pielęgniarki rodzinnej częściej byli bardziej zaangażowani w proces opieki [12] i charakteryzowali się: większą troską o stopy, brakiem trudności w respektowaniu wymaganych w leczeniu zaleceń, najbliższym oczekiwanemu stężeniem cholesterolu całkowitego w surowicy krwi, brakiem trudności w dostępie do usług medycznych, opty-

malnym wsparciem społecznym (rodziny, sąsiadów, pracownika socjalnego. Częściej także deklarują zadowolenie ze swojego udziału w leczeniu cukrzycy, efektów leczenia cukrzycy, udziału w: życiu rodziny, małżeńskim, zawodowym, towarzyskim i swojego życia, są najczęściej zadowoleni z opieki pielęgniarki i pracownika socjalnego, a jakość opieki nad chorym w ich opinii jest bardzo dobra.

Badania własne pozwalają twierdzić, że dbałość o niezależność pacjenta i jego aktywny udział w procesie leczenia oraz podejmowania decyzji wymaga poświęcenia choremu większej uwagi nie tylko w celu przekazania określonej wiedzy, kształtowania umiejętności [13], ale także w celu kształtowania umiejętności niezbędnych do radzenia sobie w sytuacjach trudnych, nietypowych. W kontakcie z pacjentem najczęściej skupiamy się na wykonaniu określonego zabiegu, zadania, tymczasem poświęcając choremu uwagę, chwilę czasu kształtujemy i pogłębiały terapeutyczne relacje z nim [17]. Czas i uwaga poświęcona pacjentom jest o tyle ważna, że oczekują oni, aby podczas kontaktu terapeutycznego wyjść poza potrzeby medyczne, i zwrócić uwagę także na ich problemy, obawy i zmartwienia [18]. Pacjenci będący w centrum uwagi są bardziej otwarci na przyjęcie rekomendacji odnośnie postępowania [19]. Trosce lekarzy o pacjentów poświęcono wiele tysięcy publikacji [20]. Uzyskane w badaniach własnych wyniki dostarczyły danych świadczących o tym, że uzyskanie pozytywnych rezultatów w opiece wymaga także zaangażowania profesjonalisty jakim jest pielęgniarka rodzinna. Pacjenci, którym pielęgniarka poświęciła wystarczającą ilość czasu i uwagi częściej nie doświadczali problemów w respektowaniu zaleceń, a ich rodziny charakteryzowały się większą zdolnością do wspomagania chorego, nie miały problemów w opiece i opieka nad chorym nie stanowiła dla nich obciążenia. Potwierdzają także tezę o tym, że profesjonalne zainteresowanie sytuacją pacjenta, jego problemami, przeżyciami [21] pozwala nie tylko na pogłębienie relacji [22], ale także uzyskanie klinicznych rezultatów opieki [23, 24], a oparta na szacunku opieka sprzyja nie tylko uzyskaniu większego respektowania zaleceń, korzystniejszych rezultatów w sferze biomedycznej [17, 25], ale także zwiększeniu satysfakcji pacjenta i jego rodziny. Liczne korzyści dotyczące sytuacji zdrowotno-społecznej pacjentów, którym pielęgniarka poświęca wystarczająco dużo czasu i uwagi potwierdzają tezę, że profesjonalne zainteresowanie problemami

pacjentów wynikające z poświęconego choremu czasu i uwagi w rezultacie pochłaniania mniej czasu niż, gdy brak jest odpowiedniego zainteresowania pacjentem [18]. Faktyczny czas poświęcony pacjentowi jest mniej ważny od percepcji przez pacjenta, że jest ważny i stanowi centrum uwagi [20]. Mając na uwadze postępującą ekonomizację czasu, maksymalne wykorzystanie czasu pracy zmierzające do skrócenia czasu kontaktu z pacjentem [26], a także rosnące obciążenie pracą, wynikające ze zbyt małej liczby pielęgniarek, które negatywnie wpływa na bezpieczeństwo i satysfakcję pacjentów [27], zasadne jest zwrócenie uwagi na czas poświęcony pacjentowi i cel systemu opieki zdrowotnej. W polskich warunkach funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej oraz organizacji i zarządzania w ochronie zdrowia, niewystarczające rezultaty w opiece nad chorym na cukrzycę mogą być także konsekwencją niewystarczającego czasu, który poświęca się pacjentom [28].

Wnioski

1. Istnieje związek między opinią pacjentów na temat wystarczającej ilości czasu i uwagi poświęconej przez pielęgniarkę rodzinną a ich troską o stopy, trudnościami w respektowaniu zaleceń wymaganych w leczeniu, funkcjonowaniem społecznym, satysfakcją z opieki, zdolnością rodziny do wspomagania chorego, jej problemami i obciążeniem opieką
2. Pacjenci, którym pielęgniarka poświęca wystarczającą ilość czasu i uwagi częściej charakteryzują się większą troską o stopy, korzystniejszą sytuacją zdrowotną, rodzinną i satysfakcją z opieki nad chorym na cukrzycę.

Literatura

- [1] Safran D.G., *Defining the Future of Primary Care: What Can We Learn from Patients?*, Ann Intern Med 2003; 138: 248-255.
- [2] Yach D., Hawkes C., Gould L., et al., *The Global Burden of Chronic Diseases*, JAMA 2004; 291: 2616-2622.

- [3] Hoffman C., Rice D., Sung H.Y., *Persons with chronic conditions. Their prevalence and costs*, JAMA, 1996; 276: 1473-1479.
- [4] Chin M.H., Cook S., Jin L., et al., *Barriers to Providing Diabetes Care in Community Health Centers*, Diabetes Care, 2001; 24: 268-274 .
- [5] King H., Aubert R.E., Herman W.H., *Global burden of diabetes, 1995–2025: prevalence, numerical estimates, and projections*, Diabetes Care, 1998; 21 (9): 1414–1431.
- [6] Zimmet P., Alberti K.G., Shaw J., *Global and societal implications of the diabetes epidemic*, Nature, 2001; 414 (6865): 782–78.
- [7] Von Korff M., Gruman J., Schaefer J., et al., *Collaborative Management of Chronic Illness*, Ann Intern Med., 1997; 127: 1097-1102.
- [8] *The California Medi-Cal Type 2 Diabetes Study Group Closing the Gap: Effect of Diabetes Case Management on Glycemic Control Among Low-Income Ethnic Minority Populations: The California Medi-Cal Type 2 Diabetes Study*, Diabetes Care, 2004; 27: 95-103.
- [9] Wagner EH, Austin BT, Von Korff M., *Organizing care for patients with chronic illness*, Milbank Q., 1996; 74: 511-544.
- [10] Larivaara P., Kiuttu J., Taanila A., *The patient-centred interview: the key to biopsychosocial diagnosis and treatment*, Scand J Prim Health Care, 2001; 19: 8-13.
- [11] Hellman R.A., *Systems approach to reducing errors in insulin therapy in the inpatient setting*, Endocrine Practice, 2004; 10 (Suppl 2): 100-108.
- [12] The Center for Health Care Quality at the George Washington University Medical Center School of Public Health and Health Services serves as the national program office for *Aligning Forces for Quality*. GOOD FOR HEALTH, GOOD FOR BUSINESS: THE CASE FOR MEASURING PATIENT EXPERIENCE OF CARE.
- [13] Elwyn G., Edwards A., Kinnersley P., *Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation*, Br J Gen Pract., 1999, Jun; 49(443): 477-82.
- [14] McCulloch D.K., Price M.J., Hindmarsh M., et al., *A population-based approach to diabetes management in a primary care setting: early results and lessons learned*, Eff Clin Pract 1998; 1: 12-22.
- [15] Sidorov J., Shull R., Tomcavage J. et al., *Does Diabetes Disease Management Save Money and Improve Outcomes?*, Diabetes Care, 2002; 25: 684-689.
- [16] *The California Medi-Cal Type 2 Diabetes Study Group Closing the Gap: Effect of Diabetes Case Management on Glycemic Control Among Low-Income Ethnic Minority Populations: The California Medi-Cal Type 2 Diabetes Study*, Diabetes Care, 2004; 27: 95-103.
- [17] Bellet P.S., Maloney M.J., *The importance of empathy as an interviewing skill in medicine*, JAMA, 266/1991; pp. 1831–1832.
- [18] Levinson W., Gorawara-Bhat R., Lamb J., *A Study of Patient Clues and Physician Responses in Primary Care and Surgical Settings*, JAMA, 2000; 284(8): 1021-1027.
- [19] Saha S., Beach M.C., *The impact of patient-centered communication on patients' decision making and evaluations of physicians: A randomized study using video vignettes*, Patient Education and Counseling, Volume 84, Issue 3, Pages 386-392, September 2011.
- [20] Goold S.D., Lipkin M., *The doctor-patient relationship Challenges, opportunities, and strategies*, Journal of General Internal Medicine, 1999, Volume 14, Supplement 1, Pages S26-S33.

- [21] Zinn W., *The empathic physician*, Arch Intern Med., 1993; 153: 306-312.
- [22] DiMatteo M.R., Hays R.D., *The significance of patients' perceptions of physician conduct*, J Community Health, 1980; 6: 18-34.
- [23] Kaplan S.G., Greenfield S.H., Ware J.E. *Expanding patient involvement in care: effects on patient outcomes*, Ann Intern Med., 1985; 102: 520-528.
- [24] Greenfield S., Kaplan S.H., Ware J.E., Yano E.M., Frank H.J., *Patients' participation in medical care: effects on blood sugar control and quality of life in diabetes*, J Gen Intern Med. 1988; 3: 448-457.
- [25] Mullan P.B., Stross J.K., *Sensitivity to patients' psychosocial concerns: relationships among ratings by primary care and traditional internal medicine house officers and patient self-assessments*, Soc Sci Med., 1990; 31: 1337-1345.
- [26] Roland M.O., Bartholomew J., Courtenay M.JF., Morris R.W., Morrell D.C., *The "five minute" consultation: effective time constraint on verbal communication*, BMJ., 1986; 292: 874-6.
- [27] Hughes R.G., (Ed.), Rockville, *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses.*: Carayon P, Ayse P. *Gurses AP Nursing Workload and Patient Safety—A Human Factors Engineering Perspective*, Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2008, 2-211.
- [28] Federman A.D., Cook E.F., Phillips R.S., Puopolo A.L., Haas J.S., Brennan T.A., Burstin H.R., *Intention to discontinue care among primary care patients Influence of physician behavior and process of care*, Journal of General Internal Medicine, Vol. 16, No. 10 (2001), 668-674.

Regina Żuralska, Danuta Postrożny
Gdański Uniwersytet Medyczny

Psychologiczna ocena poczucia własnej skuteczności u czynnych zawodowo studentów studiów medycznych

Psychological assessment of self-efficacy in professionally active of medical students

Abstract: The sense of self-efficacy determines the higher effectiveness of activities and better psychophysical functioning. The aim of the study was to assess self-efficacy in professionally active of medical students and to determine its relationship with personality predispositions.

The research involved 332 students of nursing, midwifery and paramedic. The following was used: The Generalized Self-Efficacy Scale (GSES) by Schwarzer, Jerusalem and the Eysenck Personality Questionnaire (EPQ – R).

Respondents with a high level of self-efficacy showed a higher level of emotional stability. High level of self-efficacy is related to better psychophysical condition.

Key words: students of nursing, midwifery, paramedic, professionally active.

Wstęp

Zwiększająca się liczba zadań i potrzeba przystosowania się do nowych standardów doprowadziła do zwiększonego obciążenia psychicznego pielęgniarek, położnych i ratowników medycznych. Efektem powyższego jest długotrwały i narastający stres [1, 6, 18, 19, 24, 25, 26]. Personel medyczny deklarujący przeciążenie obszaru biologicznego i psychicznego często zgłasza następujące symptomy: napięciowe bóle głowy, apatię, bóle karku i ramion oraz napady zdenerwowania [4, 10, 11, 16]. Należy podkreślić, iż większość istotnych czynności wykonywanych

przez pielęgniarki, położne i ratowników medycznych wymaga różnych umiejętności i zdolności. Od personelu medycznego oczekuje się specyficznych predyspozycji jak: wysokiej skuteczności w działaniu, dużej odporności na stres, samodzielności w podejmowaniu decyzji, wysokiego zaangażowanie osobistego w sprawy cierpiących pacjentów. Jednym z czynników wyznaczających preferencje zawodowe jest poczucie samoskuteczności i predyspozycje osobowościowe [9, 20, 22].

Poczucie własnej skuteczności zwane też samoskutecznością jest jednym z podstawowych mechanizmów samoregulacji ludzkich zachowań. To przekonanie o własnej kontroli swojego działania w celu osiągnięcia zamierzonego wyniku. Te zasadnicze przekonania kształtują się w trakcie rozwoju jednostki, są względnie trwałe i obejmują pełne funkcjonowanie człowieka. Przy dokonywaniu wyboru jednego działania znaczącą rolę odgrywa ogólne przekonanie o własnych możliwościach (zgeneralizowana własna skuteczność) oraz przekonanie o własnej skuteczności powiązanej z określoną aktywnością (specyficzna własna skuteczność). Siła przekonania o własnej skuteczności czyli wiara ludzi, że sobie poradzą w sytuacjach trudnych i stresujących ma ogromny wpływ na wybór określonego zachowania i włożonego wysiłku oraz wytrwałości w działaniu. Przekonanie o własnej skuteczności ma związek z wieloma czynnikami m.in. cechami osobowościowymi [3, 8, 9, 13, 14, 15]. Osobowość to „względnie trwała organizacja charakteru, temperamentu, intelektu i właściwości fizycznych, które determinują specyficzne sposoby przystosowania się do otoczenia”. Natomiast temperament warunkuje „charakterystyczny sposób zachowania się jednostki, szczególnie wobec innych ludzi” [5, 12].

Celem niniejszego badania była ocena poczucia własnej skuteczności oraz określenie jego związku z cechami osobowościowymi aktywnych zawodowo studentów studiów medycznych, którzy są aktywni zawodowo.

Materiał, metody i wyniki badań

Gрупę badawczą stanowiło 332 studentów aktywnych zawodowo, w tym. 206 (62%) studentek kierunku pielęgniarstwa, 69 (20,8%) studentek położnictwa studiów licencjackich tzw. pomostowych Wydziału Na-

uk o Zdrowiu Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego (GUMed) oraz 57 (17,2%) studentów kierunku ratownictwa medycznego, studiów licencjackich Akademii Pomorskiej w Słupsku. Badana grupa obejmowała 298 (89,8%) kobiet i 34 (10,2%) mężczyzn.

W roku 2012 analizie statystycznej poddano odpowiedzi respondentów uzyskane na podstawie: Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności (Generalized Self-Efficacy Scale, GSES) [14] oraz Kwestionariusza Osobowości Eysencka (EPQ-R) [5]. Skala GSES przeznaczona jest do badania osób dorosłych, zdrowych i chorych.

Przed przystąpieniem do wypełniania kwestionariuszy badani byli powiadomieni o celu badań i motywach, dla których istotne jest udzielanie szczerych odpowiedzi. Badanie miało charakter anonimowy a jego czas nie przekroczył 40 min. Przerwa pomiędzy wypełnianiem jednego i drugiego kwestionariusza wynosiła 10 min. Zależności pomiędzy określonymi zmiennymi sprawdzono za pomocą analizy korelacji i regresji z użyciem programu statystycznego SPSS no 17.

W grupie 206 pielęgniarek, 22 osoby uzyskały niskie wyniki poczucia własnej skuteczności (PWS), co odpowiadało obszarowi 1–4 stena (sten to jednostka skali standardowej przeznaczona do różnicowania „normy” w obrębie danej grupy odniesienia, skala stenowa (ang. standard ten czyli „standardowa dziesiątka”) to skala 10 punktowa, opisywana jest przez średnią (M) równą 5,5 i obejmująca swym zasięgiem od –2,25 do +2,25 odchylenia standardowego (SD) wyników w rozkładzie normalnym). 98 osób wykazały przeciętne PWS, co odpowiadało obszarowi 5–6 stena, a 86 osób uzyskało wysokie PWS co odpowiadało obszarowi 7–10 stena. W grupie 69 położnych, 28 badanych uzyskało niskie PWS, 24 osoby wykazały przeciętne PWS a 17 badanych uzyskało wysokie PWS. W grupie 57 ratowników medycznych, 6 badanych uzyskało niskie PWS, 24 osoby wykazały przeciętne PWS, a 27 badanych uzyskały wysokie PWS (tab. 1).

W grupie 206 aktywnie zawodowych pielęgniarek studiujących na studiach medycznych, w skali neurotyczności wykazano u 85 osób (41,3%) zrównoważenie emocjonalne, u 102 osób (49,5%) umiarkowane zrównoważenie, a u 19 osób (9,2%) maksymalne niezrównoważenie czyli neurotyzm. Na 69 aktywnych zawodowo położnych wykazano, wśród 19 (27,5%) osób zrównoważenie emocjonalne, a u 31 osób (44,9%) maksymalne niezrównoważenie. W grupie 57 aktywnie zawodowych ratow-

ników medycznych wykazano u 29 osób (50,9%) zrównoważenie emocjonalne, u 18 osób (31,6%) umiarkowane zrównoważenie, a u 10 osób (17,5%) maksymalne niezrównoważenie.

Tabela 1. Wartość poczucia własnej skuteczności studentów czynnych zawodowo w zależności od kierunku studiów

Uogólniony wskaźnik poczucia skuteczności (PWS)	Częstość	
	N	%
PIELĘGNIARKI niskie: 1– 4 stena	22	10,7
przeciętne: 5 – 6 stena	98	47,6
POŁOŻNE niskie: 1– 4 stena	28	40,6
przeciętne: 5 – 6 stena	24	34,8
wysokie: 7 – 10 stena	17	24,6
OGÓŁEM	69	100,0
RATOWNICY MED. niskie: 1– 4 stena	6	10,5
przeciętne: 5 – 6 stena	24	42,1
wysokie: 7 – 10 stena	27	47,4
OGÓŁEM	57	100,0

Legenda: sten to jednostka skali standardowej. Skala stenowa to skala 10 punktowa, opisywana jest przez średnią (M) równą 5,5 i obejmująca swym zasięgiem od –2,25 do +2,25 odchylenia standardowego wyników w rozkładzie normalnym.

Opracowano na podstawie: Hornowska E., *Testy Psychologiczne. Teoria i praktyka*, Scholar, 2007, 136.

Spośród 206 aktywnie zawodowych pielęgniarek wykazano u 74 osób (35,9%) obecność cech ekstrawertycznych i u tyle samo cech ambiwertycznych, a u 58 osób (28,2%) obecność cech introwertycznych. W grupie 69 aktywnie zawodowych położnych wykazano u 19 osób (27,5%) obecność cech ekstrawertycznych, u 31 osób (44,9%) obecność cech ambiwertycznych, a u 19 osób (27,5%) obecność cech introwertycznych. W grupie 57 aktywnie zawodowych ratowników medycznych wykazano u 22 osób (38,6%) obecność cech ekstrawertycznych, u 25 osób (43,9%) obecność cech ambiwertycznych, a u 10 osób (17,5%) obecność cech introwertycznych. W grupie 206 aktywnie zawodowych pielęgniarek wykazano u 119 osób (57,8%) normę psychiczną, u 72 osób (35,0%) obecność cech psychopatycznych, a u 15 osób (7,3%) obecność cech psy-

chotyizmu o tendencjach asocjalnych i antysocjalnych. W grupie 69 aktywnie zawodowych położnych wykazano u 32 osób (46,4%) normę psychiczną, u 25 osób (36,2%) obecność cech psychopatycznych, a u 12 osób (17,4%) obecność cech psychotyizmu o tendencjach asocjalnych i antysocjalnych. W grupie 57 aktywnie zawodowych ratowników medycznych wykazano u 26 osób (45,6%) normę psychiczną, u 15 osób (26,3%) obecność cech psychopatycznych, a u 16 osób (28,1%) obecność cech psychotyizmu o tendencjach asocjalnych i antysocjalnych..

Spośród 206 aktywnie zawodowych pielęgniarek w skali kłamstwa wykazano 62 badanych (30,1%) to osoby szczerze, 71 badanych (34,5%) to osoby średnio szczerze i 73 badanych (35,4%) to osoby nieszczerze, bardzo podatne na wpływ aprobaty społecznej lub dezaprobaty. W grupie 69 aktywnie zawodowych położnych wykazano 28 badanych (40,6%) to osoby szczerze, 24 badanych (34,8%) to osoby średnio szczerze i 17 badanych (24,6%) to osoby nieszczerze, bardzo podatne na wpływ aprobaty społecznej lub dezaprobaty. W grupie 57 aktywnie zawodowych ratowników medycznych wykazano 22 badanych (38,6%) to osoby szczerze, 20 badanych (35,1%) to osoby średnio szczerze i 15 badanych (26,3%) to osoby nieszczerze, bardzo podatne na wpływ aprobaty społecznej lub dezaprobaty.

Wykazano istotną statystycznie zależność $r = -0,547$; $p < 0,001$ pomiędzy poziomem poczucia własnej skuteczności a poziomem stabilności emocjonalnej, co oznacza, że niskim wynikiem poczucia własnej skuteczności towarzyszy wysoka niestabilność emocjonalna. Z analizy regresji wynikało, że zaproponowany model prostoliniowy okazał się dobrze dopasowany do danych $F(1,330) = 140,87$; $p < 0,001$ i wyjaśnia 29% wariacji w zmiennej zależnej. Zależność między predykatorem a zmienną zależną jest ujemna i silna ($\beta = -0,54$).

Wykazano istotną statystycznie zależność $r = 0,205$; $p < 0,001$ między poziomem poczucia własnej skuteczności a poziomem ekstrawersji. Wysokim wynikiem poczucia własnej skuteczności towarzyszy wysoki poziom ekstrawersji. Z analizy regresji wynikało, że zaproponowany model prostoliniowy okazał się dobrze dopasowany do danych $F(1,330) = 14,515$; $p < 0,001$ i wyjaśnia 3,9% wariacji w zmiennej zależnej. Zależność między predykatorem a zmienną zależną jest dodatnia i słaba ($\beta = 0,21$). Nie wykazano istotnej korelacji poczucia własnej skuteczności ze wskaźnikami psychotyizmu, kłamstwa i kierunku studiów.

Dyskusja

W przeprowadzonych badaniach potwierdzono, że poczucie własnej skuteczności jest istotnym elementem wpływającym na właściwe funkcjonowanie zawodowe ratowników medycznych pielęgniarek i położnych. Potwierdzono również zależność między poczuciem własnej skuteczności a stabilnością emocjonalną. Wysoki poziom PWS stwierdzono wśród 47% ratowników medycznych, około 42% pielęgniarek i około 25% u położnych. Prawie, co drugi badany student niezależnie od kierunku studiów uzyskał średnie wyniki poczucia własnej skuteczności. Podobne wyniki odnotowano również w badaniach przeprowadzonych przez innych autorów [2]. W podobnych badaniach wśród pielęgniarek wykazano, że wysoka samoskuteczność zapobiega symptomom wypalenia zawodowego [4].

W badanych grupach odnotowano, więcej jest osób zrównoważonych emocjonalnie wśród ratowników medycznych (51%) i pielęgniarek (41%) niż wśród położnych (28%). Rezultaty wielu badań pozwalają na przewidywanie u badanych osób większej stabilności emocjonalnej, elastycznego stylu radzenia sobie z stresującymi sytuacjami, lepszej sprawności psychofizycznej, intelektualnej, motywacji, dużej skuteczności działania, lepszego zdrowia, ochrony przed wypaleniem zawodowym [7, 8].

W przeprowadzonych badaniach stwierdzono związek pomiędzy poczuciem własnej skuteczności a poziomem stabilności emocjonalnej. Badani o wysokim poczuciu własnej skuteczności cechują się wysoką stabilnością emocjonalną. W literaturze przedmiotu dostępne są badania potwierdzające, że osoby neurotyczne czyli maksymalnie niezrównoważone emocjonalnie są podatne na działanie stresu, łatwo ulegają nastrojom, są drażliwi i lękowi, emocje są silne i długotrwałe [5, 12, 17]. Osoby o niskim poczuciu własnej skuteczności cechują się obniżoną stabilnością emocjonalną oraz małą sprawnością i mobilnością, a przede wszystkim niską skutecznością w działania [9].

W badaniach własnych wykazano zależność wprost proporcjonalną między poczuciem własnej skuteczności a różnicami indywidualnymi w ekstrawersji – introwersji. Wiele autorów badań twierdzi, że osoby ekstrawertywne charakteryzuje wyższe poczucie własnej skuteczności

niż osoby introwertywne. Typowy ekstrawertyk potrzebuje wielu podniet z zewnątrz i ludzi wokół siebie. Lubi być aktywnym ruchowo preferując ciągle zmiany nie tracąc przy tym optymizmu. Lepiej funkcjonuje w zawodach wyzwających silne doznania np. jako ratownik medyczny. Różnice w zakresie pobudzenia i hamowania korowego mają istotny wpływ na funkcjonowanie introwertyków i ekstrawertyków w życiu codziennym i zawodowym. Osoby introwertywne mają podwyższony poziom aktywacji i niższy potencjał hamowania, a osoby ekstrawertywne obniżony poziom aktywacji i wyższy potencjał hamowania. Dlatego introwertycy łatwiej odpowiadają intensywnymi emocjami na bodźce neutralne [5, 12, 23].

Przeprowadzone badanie pozwala stwierdzić, że wysokie poczucie własnej skuteczności jest ważnym predykatorem determinującym lepsze funkcjonowanie zawodowe pielęgniarek, położnych i ratowników medycznych. Istotne wydaje się prowadzenie dla grup o niskim poczuciu własnej skuteczności treningów budujących to przekonanie.

Wnioski

1. W badanej grupie studentów aktywnych zawodowo większość przejawiała przeciętne wyniki poczucia własnej skuteczności.
2. Wyższe poczucie własnej skuteczności wiązało się z wyższą stabilnością emocjonalną.

Literatura

- [1] Andruszkiewicz A., *Typ zachowań i przeżyć w pracy w grupie pielęgniarek*. Problemy Pielęgniarstwa, 2007, 15, 2, 3, 157–161.
- [2] Andruszkiewicz A., Banaszkiewicz M., Felsmann M. i wsp., *Poczucie własnej skuteczności a wybrane zmienne związane z funkcjonowaniem zawodowym w grupie pielęgniarek*. Wyd. Via Medica, Problemy Pielęgniarstwa, 2011, 19(2), 143–147.
- [3] Bandura A., *Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change*. Psychol. Rev. 1977, 84, 191–215.
- [4] Beisert M. *Przejawy, mechanizmy i przyczyny wypalenia się pielęgniarek*, [w:] H. Sęk (red.). *Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie*, Wyd. Naukowe PWN, 2000, 149–167.
- [5] Brzozowski P., Drwal R. Ł., *Kwestionariusza Osobowości Eysencka*. Polska adaptacja

- EPQ-R, Pracownia Testów Psychologicznych PTP, 1995.
- [6] Dobrowolska B., Cuber T., Kostrzanowska Z., Kozak D., Girzelska J., Mianowana V. *Opieka nad umierającym pacjentem a stres zawodowy realizujących ją pielęgniarek i lekarzy*, [w:] E. Krajewska-Kułak, C. Łukaszuk, B. Jankowiak (red.) *W drodze do brzegu życia*, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, 2008, 4, 358–368.
- [7] Dolińska-Zygmunt G., *Podmiotowe uwarunkowania zachowań promujących zdrowie*, Wyd. Psychologii PAN, 2000.
- [8] Franken R.E., *Psychologia motywacji*, GWP, 2005, 408–411.
- [9] Gromulska L., Piotrowicz M., Cianciara D., *Własna skuteczność w modelach zachowań zdrowotnych oraz w edukacji zdrowotnej*, *Przegl Epidemiol.*, 2009, 63, 427–432.
- [10] Gugąła B., *Obciążenia stresem a umiejętność radzenia sobie z nim*, *Pielęgniarka i Położna*, 2003a, 7, 18–19.
- [11] Gugąła B., *Stres w pracy pielęgniarek*, *Pielęgniarka i Położna*, 2003, 1, 18–23.
- [12] Hall C.S., Lindzey G., Campbell J. B., *Teorie osobowości*, Wyd. Naukowe PWN, 2006.
- [13] Heszen-Niejodek I., Sęk H., *Psychologia zdrowia*, Wyd. Naukowe PWN, 2007.
- [14] Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Pracownia Testów Psychologicznych PTP, 2001, 89–94.
- [15] Juczyński Z., *Poczucie własnej skuteczności jako wyznacznik zachowań zdrowotnych. Promocja Zdrowia*, Nauki Społeczne i Medycyna, 1998, 54–63.
- [16] Ogińska-Bulik N., Kaflik-Pieróg M., *Stres zawodowy w służbach ratowniczych*, Wyd. Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi, 2006.
- [17] Pervin L.A., John O.P., *Osobowość, teoria i badania*, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego. 2002, 239–249.
- [18] Piecha M., Kosińska M., *Sytuacje trudne w pracy pielęgniarek*, *Pielęgn. Położn.*, 2003, 45, 3 (506), 10–12.
- [19] Rongińska T., *Diagnostyka źródeł stresu i wypalenia zawodowego w pracy pielęgniarki*, Uniwersytet Zielonogórski, 2001, 1–9.
- [20] Rongińska T., Gajda W. A., *Strategie radzenia sobie z obciążeniem psychicznym w pracy zawodowej*, WSP, 2001.
- [21] Schwarzer R., *Poczucie własnej skuteczności w podejmowaniu i kontynuowaniu zachowań zdrowotnych. Dotychczasowe podejścia terapeutyczne i nowy model*, [w:] I. Heszen-Niejodek., H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia*. Wyd. Naukowe PWN, 1997, 175–205.
- [22] Słosorz T., *Samodzielność zawodowa położnych*, *Położn. Nauka Prakt.*, 2009, 3, 50–54.
- [23] Strelau J., Doliński D. *Psychologia. Podręcznik akademicki*. GWP, 2008, 1, 782–785.
- [24] Tartas M., Derewicz G., Walkiewicz M., Budziński W., *Źródła stresu zawodowego w pracy pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach o dużym obciążeniu fizycznym i psychicznym – hospicjum oraz chirurgii ogólnej*, *Ann. Acad. Med. Gedan.*, 2009, 39, 145–153.
- [25] Wzorek A., *Porównanie przyczyn stresu wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach o różnej specyfice*, *Studia Medyczne*, 2008, 11, 33–37.
- [26] Zysnarska M., Bernad D., Maksymiuk T., Adamek R., Kara I. *Uwarunkowania przeciążenia pracą na stanowisku pielęgniarki*, *Fam. Med. Prim. Care Rev.*, 2008, 10(4), 1351–1355.

Mariola Ejdys

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski

Problemy zdrowotne i pielęgnacyjne pacjentów z zapalnymi układowymi chorobami tkanki łącznej

Health and nursing issues of patients with inflammatory systemic diseases of connective tissue

Abstract: The aim of this study was to identify health problems and nursing of patients with rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis. Chronic systemic connective tissue diseases with variable course often lead to progressive disability.

The study was conducted from November 2008 to March 2009, on the Department of Rheumatology at the Municipal Hospital in Olsztyn. The study group comprised of 70 patients, including 47 patients with clinically diagnosed rheumatoid arthritis, 14 patients with ankylosing spondylitis and 9 patients with psoriatic arthritis. Research tool was the original questionnaire. The collected empirical evidence were included in the detailed analysis.

The most important health problem in the study group was joint pain, as it appeared in 33% of respondents. The next problem faced by patients was lack of knowledge about their disease, which occurred in 27% other problem involved lack of acceptance in patients' social environment (17%), self care deficit (13%), self mobility improvement issues (10%).

Based on the research it can be concluded that the pain associated with chronic progressive disease significantly influenced patients emotional state causing feeling of depression, anxiety and helplessness, which resulted in lower quality of life. The patients engaging largely in self-mobility improvement program believed that it will slow down the process leading to disability. Despite the growing awareness of the social environment, as many as 17% of respondents indicated a lack of social acceptance of their illness,

which requires further popularization of knowledge on rheumatic diseases. Most patients stated that which facing difficult situations that require psychological support, they can count on their families.

Key words: health issues, arthritis, pain.

Wstęp

Choroby reumatyczne to grupa schorzeń obejmująca ponad trzysta odrębnych schorzeń chorobowych charakteryzująca się różnorodnością objawów. Większość z nich charakteryzuje się przewlekłym procesem zapalnym obejmującym tkankę łączną, którego podłożem są reakcje autoimmunologiczne [1]. Do zapalnych schorzeń należą między innymi: reumatoidalne zapalenie stawów (r.z.s.), zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa (z.z.s.k.) oraz łuszczycowe zapalenie stawów (ł.z.s.). Schorzenia te są najczęstszą przyczyną przewlekłego bólu, niepełnosprawności i inwalidztwa. Stanowią też duży problem społeczny i ekonomiczny każdego kraju. Ocenia się, że w Polsce dolegliwości reumatyczne dotyczą 10–24% populacji osób, reumatoidalne zapalenie stawów obejmuje około 1,5% populacji, natomiast zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa dotyczy około 1% populacji [2]. Łuszczycowe zapalenie stawów zawarte jest w kategorii „inne choroby reumatyczne” łącznie z toczniem układowym, chorobą Sjögrena i innymi chorobami reumatycznymi, na które leczy się 3% dorosłej populacji [3].

Choroby reumatyczne atakują nagle lub powoli najczęściej wtedy, kiedy człowiek znajduje się w szczytowej fazie aktywności społecznej, rodzinnej i zawodowej. Pomimo, że chorych jest tak wielu, wciąż brakuje podstawowej edukacji na temat leczenia, pielęgnacji, rehabilitacji, samoopieki i wsparcia psychologicznego. Deficyt kompleksowej pomocy powoduje, że pacjenci każdego dnia toczą jeszcze trudniejszą walkę z ciężkimi w wielu przypadkach przewlekłymi schorzeniami.

Analizując literaturę przedmiotu, można stwierdzić, że reumatoidalne zapalenie stawów jest układową chorobą tkanki łącznej, która charakteryzuje się niespecyficznym, symetrycznym zapaleniem stawów, występowaniem zmian pozastawowych i powikłań układowych. Prowadzi do niepełnosprawności, postępującego inwalidztwa i przedwczesnej

śmierci. Choroba występuje w różnym wieku, jednak 2–3 razy częściej chorują kobiety niż mężczyźni. Najwyższa zapadalność przypada na czwartą i piątą dekadę naszego życia [4].

Natomiast zeszytniające zapalenie stawów kręgosłupa w świetle literatury przedmiotu to przewlekła postępująca układowa choroba o nieznanej etiologii o charakterze zapalno-kostniejącym, obejmująca stawy krzyżowo-biodrowe i stawy kręgosłupa, w tym stawy żebrowo-kręgowe i stawy żebrowo-poprzeczne oraz stawy obwodowe i przyczepy ścięgna. Prowadzi do ich stopniowego usztywnienia. Dotyczy około 1% populacji osób dorosłych. Jej początek przypada zwykle w młodym wieku, między 15 a 30 rokiem życia, 2–3 razy częściej chorują mężczyźni niż kobiety [5].

Ponadto w literaturze przedmiotu można spotkać się z wieloma opisanymi łuszczycowym zapaleniem stawów, które w niewielkim stopniu różnią się między sobą. Najczęściej spotykaną definicją w analizowanej literaturze jest definicja M. Brzosko, która brzmi: „łuszczycowe zapalenie stawów jest to spondyloartropatia seronegatywna, obejmująca miejsca przyczepów więzadeł, ścięgien i powięzi oraz stawy z towarzyszącą łuszczycą”. Częstość występowania ł. z. s. u kobiet i mężczyzn jest taka sama [6].

Celem pracy była identyfikacja problemów zdrowotnych i pielęgnacyjnych pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów, zeszytniającym zapaleniem stawów kręgosłupa i łuszczycowym zapaleniem stawów.

Materiał, metody badawcze i wyniki badań

Grupe badaną stanowiło 70 pacjentów, w tym 47 chorych z klinicznie rozpoznany r.z.s., z z.z.s.k. 14 pacjentów, natomiast z ł.z.s. 9 respondentów. Badani pacjenci objęci byli stacjonarną opieką w oddziale Reumatologii Miejskiego Szpitala Zespolonego w Olsztynie. Wszyscy ankietowani świadomie wyrazili ustną zgodę na udział w badaniu. Badania prowadzone były od listopada 2008 roku do marca 2009 roku.

W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, a technikę badawczą ankietę. Jako narzędzie badawcze zastosowano kwestionariusz ankiety, który składał się z dwóch części. Pierwsza część dotyczyła cech demograficzno-społecznych. Natomiast druga – składała się z 17 zamkniętych pytań. Badanych respondentów podzielono na trzy grupy w zależności od rodzaju schorzenia:

- reumatoidalne zapalenie stawów,
- łuszczycowe zapalenie stawów,
- zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa.

Wśród badanej grupy większość stanowiły kobiety (68,57%), a mężczyźni (31,43%). Z ogólnego zestawienia wynika, że najbardziej reprezentatywną grupą badanych byli pacjenci z reumatoidalnym zapaleniem stawów (67,14%), w tym 58,57% stanowiły kobiety, a 8,57% stanowili mężczyźni. Natomiast najmniejszy odsetek badanych stanowili pacjenci z łuszczycowym zapaleniem stawów (12,86%), przy czym 4,29% to kobiety, a 8,57% mężczyźni. Pozostały odsetek (20%) zestawienia stanowili chorzy na zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa, w tym 5,71% udziału miały kobiety i 14,29% mieli mężczyźni.

Tabela 1. Procentowy udział jednostek chorobowych w badanej grupie

Jednostka chorobowa	Udział w jednostce chorobowej				Razem [%]
	Mężczyzn		Kobiet		
	n	[%]	n	[%]	
Reumatoidalne zapalenie stawów	6	8,57	41	58,57	67,14
Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa	10	14,29	4	5,71	20,00
Łuszczycowe zapalenie stawów	6	8,57	3	4,29	12,86

Najliczniejszą grupę badanych stanowili pacjenci z przedziału wiekowego 50 lat i więcej, grupa ta stanowiła w sumie 51,43%, z czego 2/3 to kobiety. Drugą co do wielkości grupą badanych była grupa pacjentów

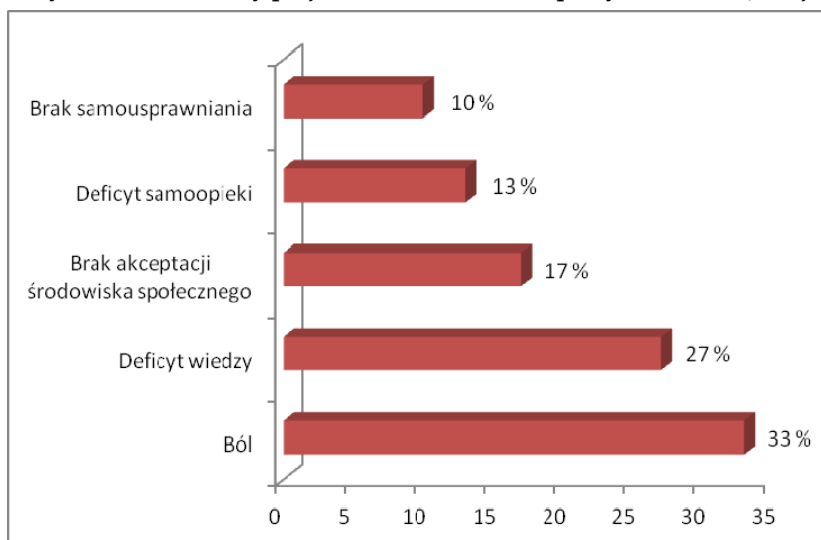
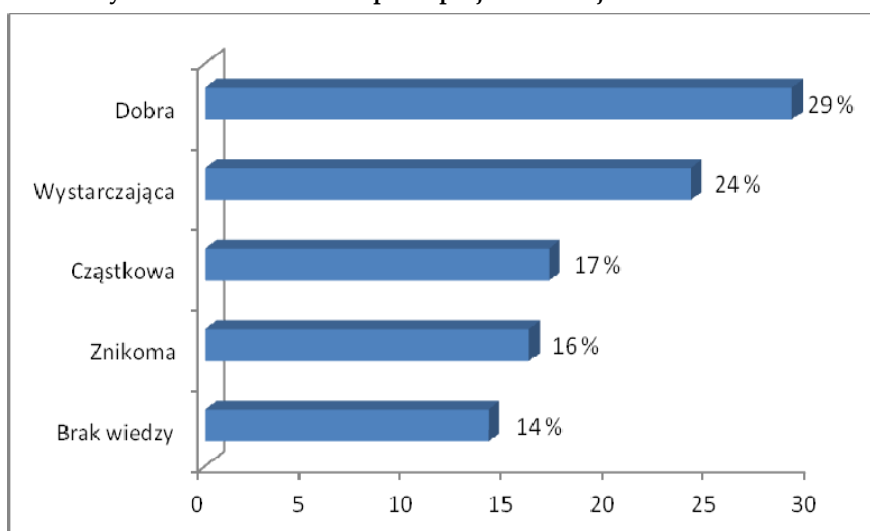
z przedziału wiekowego 36÷50 lat. Udział tej grupy w populacji badanych stanowił 34,29% (w tym mężczyźni 10%, a kobiety 24,29%). Najmniej liczną grupę stanowili badani w wieku 20÷35 lat (w tym 8,57% kobiet i 5,71% mężczyzn).

Tabela 2. Struktura wiekowa badanych

Przedział wiekowy	Mężczyźni		Kobiety		Razem [%]
	n	[%]	n	[%]	
20 ÷ 35	4	5,71	6	8,57	14,28
36 ÷ 50	7	10,00	17	24,29	34,29
> 50	12	17,14	24	34,29	51,43

Z przeprowadzonych badań wynika, że największym problemem chorobowym pacjentów ze schorzeniami zapalnymi stawów jest ból zajętych stawów (33%) ankietowanych. Na drugim miejscu wśród problemów, z którymi zmagają się chorzy, był deficyt wiedzy na temat schorzenia (27%). Pozostałe problemy ankietowanych to: brak akceptacji ze strony środowiska społecznego (17%), deficyt samoopieki (13%), a także brak samousprawniania (10%). Powyższe dane obrazuje rysunek 1.

Ponad połowa pacjentów (53%) uważa, że ma wystarczającą wiedzę na temat choroby. Jednak zarówno oni, jak i chorzy z deficytem wiedzy dostrzegają potrzebę jej poszerzania o zagadnienia dotyczące zasad postępowania leczniczego, pielęgnacyjnego i rehabilitacyjnego (rysunek 2).

Rysunek 1. Problemy pacjentów z chorobami zapalnymi tkanki łącznej**Rysunek 2. Deklarowana przez pacjentów znajomość schorzenia**

Ważnym spostrzeżeniem jest fakt, że ponad (67%) respondentów deklaroowało, iż w sytuacjach trudnych, wymagających wsparcia psychicznego, może liczyć na rodzinę. Jest to bardzo ważne stwierdzenie wskazujące grupę, którą trzeba objąć szczególnie dokładną edukacją

i przygotować do opieki nad chorym. Jednocześnie (63%) ankietowanych twierdziło, że o swoich problemach zdrowotnych rozmawia z rodziną i przyjaciółmi. Większość ankietowanych tj. (57%) widzi pielęgniarkę w roli edukatora i oczekuje od niej informacji o metodach pielęgnacji, wykonywanych zabiegach, metodach usprawniania, rehabilitacji, stosowanym leczeniu oraz zalecanym trybie życia. Ponadto pacjenci uważają, że ważne w samoopiece ograniczającej postępujący proces chorobowy jest korzystanie z zabiegów fizykoterapii (79%) badanych, systematyczne wykonywanie ćwiczeń usprawniających (68%) chorych. Ankietowani zwracają też uwagę na istotny czynnik w procesie terapii, który polega na akceptacji choroby i pielęgnacji zdrowia psychicznego (67%).

Na podstawie zebranego materiału badawczego rozpoznano również następujące problemy pielęgnacyjne pacjentów:

- dolegliwości bólowe stawów,
- obrzęki stawowe,
- upośledzenie sprawności fizycznej,
- przykurcze mięśniowe,
- zaniki mięśniowe,
- deformacje stawowe,
- trudności w zaakceptowaniu niepełnosprawności,
- uzależnienie chorego od innych osób,
- stan przygnębienia i depresji.

Dyskusja

Leczenie chorób przewlekłych jest wielkim wyzwaniem dla światowej opieki zdrowotnej w XXI wieku. Przewlekłe zapalne schorzenia układowe tkanki łącznej, do których należą reumatoidalne zapalenie stawów, zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa oraz łuszczycowe zapalenie stawów, wywołuje u pacjenta implikacje fizyczne, psychologiczne i socjoekonomiczne.

Z badań jednoznacznie wynika, że największym problemem chorobowym pacjentów był ból zajętych stawów, który występował u 33% badanych. Przewlekły i okaleczający charakter schorzenia reumatyczne-

go oraz ograniczona skuteczność, a także niepożądane skutki postępowania terapeutycznego wpływają na znaczne obniżenie poziomu zdrowia i jakości życia pacjentów. Wielu wyraża niepokój z powodu deformacji stawów, zwłaszcza dłoni. Ponadto chorzy martwią się utratą funkcjonowania w społeczeństwie, niesprawnością w pracy i możliwymi socjoekonomicznymi efektami choroby.

Jednocześnie ponad połowa pacjentów – 53% uważa, że ma wystarczającą wiedzę na temat choroby. Jest to bardzo istotne, ponieważ proces leczenia tego przewlekłego schorzenia układowego tkanki łącznej jest długotrwały. Wymaga od chorego cierpliwości i systematyczności w postępowaniu, zgłaszania się na badania kontrolne, przyjmowania zleconych leków, usprawniania według określonego programu rehabilitacji. Ważę tej wiedzy potwierdzają też inni autorzy badań [7, 8, 11].

Ponadto 67% respondentów deklaroowało, iż w sytuacjach trudnych, wymagających wsparcia psychicznego, może liczyć na rodzinę. Jest to optymistyczne, tym bardziej, że – jak wynika z literatury – brak wsparcia ze strony najbliższych i osamotnienie pacjentów ze schorzeniem przewlekłym znacząco zwiększa ryzyko objawów depresyjnych [9, 10, 11, 12, 13]. Pacjenci oczekują też wsparcia od lekarza oraz pielęgniarki (58%). Istotne jest także wskazanie pacjentom grup samopomocowych (62%), które są źródłem wsparcia emocjonalnego, budowanego dzięki poczuciu równości ludzi, pokonywaniu odosobnienia i izolacji. Ważnym wydaje się również udzielenie wsparcia informacyjnego (49%), polegającego na przekazywaniu doświadczeń w zakresie rozwiązywania problemów zdrowotnych pomiędzy pacjentami.

Należy też podkreślić, że większość ankietowanych – 57% uważa pielęgniarkę za edukatora, oczekując od niej informacji. Zadania edukacyjne realizowane przez pielęgniarkę w stosunku do pacjenta z chorobą reumatyczną i jego rodziny/opiekunów dotyczące istoty choroby, zasad terapii i zalecanego trybu życia mają pozytywny wpływ na zmniejszenie bólu i poprawę ogólnego stanu zdrowia. Nie mniej jednak istotną rolę w motywowaniu chorego do właściwego postępowania w chorobie odgrywa rodzina, dlatego też ważne jest, aby włączyć ją w proces edukacji.

Wnioski z badań

1. Deficyt wiedzy o chorobie deklarowało (47%) badanych pacjentów.
2. Twierdzili, że angażując się w znacznym stopniu w program samousprawniania, opóźniają proces prowadzący do inwalidztwa.
3. Większość chorych podkreślała, że w sytuacjach trudnych, wymagających wsparcia psychicznego, może liczyć na rodzinę (67%).
4. Ból towarzyszący chorobie znacząco wpływał na stan emocjonalny chorych, dając uczucie przygnębienia i rezygnacji, co powodowało obniżenie jakości życia.
5. Pomimo iż świadomość środowiska społecznego wzrasta, to jednak aż 12 osób z 70 ankietowanych wskazywało na brak akceptacji ich choroby (17, 14%).
6. Większość ankietowanych oczekuje, że pielęgniarka będzie pełnić rolę edukatora (57%).

Literatura

- [1] Puszczewicz M., Białkowska-Puszczewicz G., Majewski D., (2011), *Współczesne zasady diagnostyki serologicznej chorób reumatycznych*, XXI Zjazd Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego, Mikołajki, ss. 65–66.
- [2] Majdan M., (2005), *Epidemiologia chorób reumatycznych*, w: Daniluk J., Jurkowska G.(red.), *Zarys chorób wewnętrznych*, Czelej, Lublin.
- [3] Dobrowolska-Snarska D., Brzosko M., (2007), *Reumatoidalne zapalenie stawów*, [w:] Brzosko M. (red.), *Reumatologia kliniczna*, Pomorska Akademia Medyczna, Szczecin.
- [4] Wiland P., Filipowicz-Sosnowska A., Głuszo P. (2008), *Rekomendacje w postępowaniu diagnostycznym i terapeutycznym u chorych na zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa*, „Reumatologia”, z. 46, nr 4, ss. 191–197.
- [5] Przepiera-Będzak H., Brzosko I., Brzosko M. (2007), *Łuszczykowe zapalenie stawów*, w: Brzosko M. (red.), *Reumatologia Kliniczna*, Pomorska Akademia Medyczna, Szczecin.
- [6] Bączek G., Kijewska M., (2004), *Wpływ rehabilitacji na funkcjonowanie i jakość życia chorych z reumatoidalnym zapaleniem stawów*, „Nowiny Lekarskie” z. 74, nr 2, ss. 123–126.
- [7] Kwiatkowska B., (2002), *Depresja w chorobach reumatycznych*, „Terapia”, z. 11, nr 10, ss. 52–54.
- [8] Sierakowska M., Matys A., Kosior A. i in., (2006), *Ocena jakości życia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów*, „Reumatologia” z.44, nr 6, ss. 298–303.

- [9] Sierakowska M., Krajewska-Kułak E., (2004), *Jakość życia w chorobach przewlekłych – nowe spojrzenie na pacjenta i problemy zdrowotne w aspekcie subiektywnej oceny*. „Pielęgniarstwo XXI wieku” z. 11, nr 2, ss. 23–26.
- [10] Sierakowska M., Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C., (2003), *Wiedza pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów o chorobie i zasadach postępowania a umiejętność samoopieki*, „Pielęgniarstwo XXI wieku” z. 8, nr 3, ss. 61–66.
- [11] Sagg G., Teng G., Patkar M. i in., (2008), *Recommendations for the use of nonbiologic and biologic disease-modifying antirheumatic drugs in rheumatoid arthritis*, „Arthritis Rheum”, z. 59, nr 6, ss. 762–784.
- [12] Aletaha D., Neogi T., Silman J., i in., (2010), *European League Against Rheumatism collaborative initiative*, „Arthritis Rheum”, z. 62 nr 25, ss. 69–81.
- [13] Felson T., Smolen S., Wells G. i in., (2011), *Rheumatism provisional definition of remission in rheumatoid arthritis for clinical trials*, *Ann Rheum Dis*, z. 70, nr 12, ss. 404–413.

Regina Żuralska, Jerzy Foerster, Piotr Pankiewicz
Gdański Uniwersytet Medyczny

Ocena narażenia na dym tytoniowy wśród studentów pielęgniarstwa i ratownictwa medycznego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Assessment of exposure to cigarette smoke among students of Nursing and Emergency Department of the Medical University of Gdańsk

Abstract: The health-related consequences concern not only active smoker but also passive smoker, who is forced to breathe sidestream smoke and mainstream smoke which is exhaled by the active smoker.

The aim of the research was to assess exposure to cigarette smoking among the students of nursing and paramedic of Medical University of Gdansk.

There were 184 students included in the Scale Fagerstrom and a monitor for measuring of the carbon oxide level in the exhaled air. The result of the examination of the carbon oxide level in the exhaled air in the second part indicates that 44,5% of them are addicted to nicotine. High level of nicotine addiction was more predictor of cigarettes.

Key words: students, carbon monoxide level, cigarette smoke.

Wprowadzenie

Płuca są narażone na działanie toksyn i patogenów w konsekwencji oddychania powietrzem atmosferycznym. Barię ochronną dla szkodliwych substancji wziewnych i mikroorganizmów stanowi: nabłonek dróg oddechowych wraz z płynną warstwą ochronną i czynnością rze-

sek, a także komórki i mediatory układu immunologicznego obecne w drogach oddechowych. Aktywność rzęsek może ulec zmianie w odpowiedzi na stres, wysiłek fizyczny, temperaturę otoczenia, pH, lub za pośrednictwem drażnienia ich na przykład przez dym tytoniowy [7].

Palenie to wielowymiarowy problem społeczny. Jak wskazują dane z literatury, studenci pielęgniarstwa chętnie sięgają po papierosa, gdzie jednym z najczęściej wymienianych czynników palenia tytoniu jest stres. Palenie papierosów przynajmniej w pierwszej fazie działa silnie pobudzająco. Jednym z efektów wypalenia papierosa jest wzrost ciśnienia tętniczego krwi i przyspieszenie czynności serca. Wiele prac ukazuje problem używania substancji psychoaktywnych w celu zapanowania nad emocjami lub dla przyjemności [8]. Palenie znacznie zwiększa ryzyko występowania wielu chorób takich jak: choroby układu krążenia, układu oddechowego i nowotworów [4]. Do dwóch kluczowych czynników ryzyka miażdżycy zaliczamy właśnie palenie papierosów i nadciśnienie tętnicze, są to tak zwane czynniki modyfikowalne, gdyż mamy na nie wpływ.

W dymie tytoniowym występuje około 4200 substancji chemicznych, z których zdecydowana większość jest szkodliwa dla zdrowia gdyż charakteryzuje się działaniem drażniącym drogi oddechowe, karcynogennym i kardi toksycznym. Badacze szacują iż w XXI wieku palenie pochłonie 1 miliard ofiar śmiertelnych, głównie z krajów o niskim statusie finansowym [6]. Zarówno aktywne palenie jak i bierna ekspozycja na dym tytoniowy powoduje wzrost zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia oraz nowotworów [7, 10]. Sam fakt biernego palenia może zwiększyć zachorowalność na raka oskrzela o 20–30%, a ryzyko chorób układu krążenia o 23% [1]. Z badań wynika, że pomimo systematycznego spadku liczby osób palących, nie obserwujemy zmniejszania się liczby wypalanych przez nich papierosów [5].

Należy zwrócić uwagę, że na studentach pielęgniarstwa ciąży specjalna odpowiedzialność, bo oni zajmują się edukacją prozdrowotną [17].

Celem poniższej pracy była ocena stopnia narażenia na dym tytoniowy studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

Materiał, metoda i wyniki badań

Badanie przeprowadzono w 2011 roku. Do analizy zakwalifikowano studentów pielęgniarstwa i ratownictwa medycznego studiów I stopnia, stacjonarnych (144 osób) i niestacjonarnych tzw. pomostowych (219 osób) razem 363 osoby. Do badań zgłosiły się 184 osoby. W podgrupie tej znalazło się 139 kobiet (75,5%) oraz 45 mężczyzn (24,5%), o średniej wieku 21,9 lat. Wszyscy studenci pielęgniarstwa i ratownictwa otrzymali pocztą elektroniczną zaproszenie oraz informacje o przebiegu i celu badania. Do pomiaru stężenia tlenu węgla w wydychanym powietrzu wykorzystano aparat piCO + Smokerlyzer, desygnowany przez firmę Bedfont Scientific Ltd. i spełniający odpowiednie postanowienia Dyrektywy Wspólnoty Europejskiej 93/42/EEC o wyrobach medycznych. Każdy uczestnik po podłączeniu aparatu, wykonywał wdech a następnie wstrzymywał oddech przez 15 sekund. Po usłyszeniu sygnału dźwiękowego badany powoli wdmuchiwał powietrze do ustnika, wydychając z płuc możliwie jak największą objętość powietrza. Następnie odczytano poziom tlenu węgla (CO) ppm i % COHb. Wyniki pomiaru tlenu węgla były interpretowane w kategoriach uzależnienia od nikotyny, w skali od 1 do 6, w zależności od stopnia wysycenia hemoglobiny tlenkiem węgla (CO).

1. 0–6 ppm – osoba niepaląca, wartości prawidłowe;
2. 7–10 ppm – osoba uzależniona w niewielkim stopniu;
3. 11–15 ppm – osoba uzależniona od nikotyny;
4. 16–25 ppm – poważnie uzależnienie od nikotyny;
5. 26–35 ppm – osoba wysoko uzależniona;
6. >35ppm – osoba silnie uzależniona.

Między badaniami usuwano D – adapter z urządzenia celem wentylowania czujnika świeżym powietrzem. Każdy badany otrzymywał nowy ustnik. Dodatkowo, do pomiaru siły uzależnienia wykorzystano Skalę Fagerstroma [9]. Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą programu statystycznego SPSS No 14.

Najliczniejszą grupę – 120 osób stanowili studenci w przedziale wiekowym od 20–25 lat (65,2% przyp.), w wieku 26–36 lat przebadano 57

osób (31%) zaś najmniej liczną grupę stanowiły osoby w przedziale 37 lat i powyżej 7 osób (3,8% przyp.).

W podgrupie tej znalazło się 131 osób (71,2%) aktywnie palących tytoń, 46 badanych (25%) deklarujących bierne palenie tytoniu oraz 7 osób (3,8%), które rzuciły palenie tytoniu i nie mają obecnie kontaktu z dymem tytoniowym.

Wśród osób palących tytoń 11 badanych (8,4%) zadeklarowało palenie ponad 20 papierosów dziennie papierosów na dobę, 76 osób (58,0%) zadeklarowało wypalanie od 10 do 20 papierosów w ciągu dnia, zaś 44 studentów (33,6%) przyznało się do wypalania mniej niż 10 papierosów na dobę.

Wśród wszystkich osób palących 6 studentów (4,6%) zadeklarowała sięganie po papierosa już do 5 min. od czasu przebudzenia, 43 badanych (32,8%) robiła to w ciągu 6–30 min od chwili przebudzenia; 41 studentów (31,3%) w ciągu 31–60 min.; oraz również 41 studentów (31,3%) wypalała pierwszego papierosa po upływie jednej godziny lub później od chwili wstania z łóżka.

Spośród 184 respondentów uzyskano następujące wskazania stężenia CO w wydychanym powietrzu: 55,5% (102 osoby) to wartości prawidłowe – od 0–6 ppm; 7,1% (13 osób) to badani uzależnieni w niewielkim stopniu – w zakresie od 7–10 ppm; 17,9% (33 osoby) to badani uzależnieni od nikotyny – w zakresie od 11–15 ppm; 12,5% (23 osoby) to badani poważnie uzależnieni od nikotyny – w zakresie od 16–25 ppm; 5,4% (10 osób) to badani wysoko uzależnieni od nikotyny – w zakresie 26–35 ppm i 1,6% (3 osoby) to badani silnie uzależnieni od tytoniu – w zakresie powyżej 35 ppm .

Analiza współczynników korelacji wskazała, że istnieje istotnie statystyczny związek ($r = 0,69$; $p < 0,01$) pomiędzy czasem od chwili przebudzenia do czasu wypalenia pierwszego papierosa a poziomem stężenia CO w wydychanym powietrzu. Współczynniki korelacji wskazują, że im krótszy czas pomiędzy przebudzeniem a wypaleniem pierwszego papierosa tym wyższy poziom stężenia CO w wydychanym powietrzu.

Wyniki badań oceny narażenia na dym tytoniowy studentów pielęgniarstwa, różnią się istotnie w zależności od regionu kraju z którego pochodziły.

Z przeprowadzonej przez nas analizy wynika, że wśród studentów pielęgniarstwa i ratownictwa medycznego studiów licencjackich stacjonarnych i niestacjonarnych Wydziału Nauk o Zdrowiu Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego niewiele ponad 8% studentów paliło ponad 20 papierosów dziennie i zaledwie ponad 3% badanych sięgało po papierosa już do 5 min. od czasu przebudzenia.

Niepokojącym wydaje się fakt, że wśród przyszłych pracowników ochrony zdrowia aż 12% studentów gdańskiej uczelni jest poważnie uzależniona od nikotyny, a 7% jest uzależnione wysoce lub silnie. Rezultaty badań wskazują, że wyższy poziom uzależnienia od nikotyny był predyktorem większej liczby wypalanych papierosów. Z zacytowanych powyżej badań wynika, że działania profilaktyczne szczególnie należy stosować do grupy studentów uzależnionych od nikotyny [14].

Należy zwrócić uwagę, że próbę walki z nałogiem podejmują różne uczelnie. Na przykład władze Akademii Medycznej w Gdańsku, w roku 2002 udzieliły poparcia dla projektu „Studia bez papierosa”. Jednak działań promocyjnych wciąż jest za mało, aby uchronić młodzież akademicką przed skutkami palenia tytoniu [16].

Palenie tytoniu zaliczamy do zachowań, które wynikają z własnego wyboru dokonującego się w konkretnym kontekście społecznym i kulturowym [11]. Polska należy do niechlubnej czołówki krajów o największej konsumpcji papierosów, a z powodu skutków palenia umiera rocznie około 70 tysięcy osób [3, 12]. Stanowi to aż 17,5% wszystkich zgonów w skali roku w naszym kraju.

W świetle badań dotyczących palenia papierosów wśród studentów obserwowane są zróżnicowane ich rezultaty. Wyniki badań panelowych w „Diagnozie społecznej” przeprowadzonych w latach 2000, 2003, 2005, 2007, 2009 informują o spadku ilości palaczy. Podobnie badania własne wskazują, że większość studentów (ok. 70%) Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego nie pali papierosów. Badania te korespondują z wynikami badań przeprowadzonymi przez Lisieckiego w 2005 roku i Bielawskiej w 2006 roku, którzy podają, że wśród badanych studentów Akademii

Medycznych dominowały osoby niepalące [2, 13].

Z kolei w badaniach Rzeźnickiego przeprowadzonych w 2007 roku wśród studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu, stwierdzono że paliło papierosy 53,7% studentek i 44,9% studentów [17]. Podobne wyniki podaje Bińkowska-Bury i in., w badaniach z 2008 roku wśród studentów Wydziału Lekarskiego i Wydziału Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej w Białymstoku, że ponad połowa studentów (54%) pali papierosy [3]. Uzyskane rezultaty pozwalają sądzić, że studia medyczne nie stanowią wystarczającej motywacji do niepalenia tytoniu dla uczęszczającej na nie młodzieży.

Jednak, dla rezultatów naszych badań szczególne znaczenie miały badania dotyczące oceny wskaźnika siły uzależnienia od nikotyny wśród studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Badania wskaźnika siły nałogu przeprowadzono wśród studentów deklarujących palenie tytoniu, aktualnie nie palących papierosów i biernych palaczy. O stopniu rozwoju nałogu palenia tytoniu świadczy między innymi czas zapalenia pierwszego papierosa po przebudzeniu oraz ilość wypalanych codziennie papierosów. Analiza badań własnych wykazała, że niewiele ponad 3% studentów wypalało pierwszego papierosa w ciągu 5 minut po przebudzeniu, co świadczy o silnym uzależnieniu badanych. Podobnie rezultaty badań poziomu stężenia tlenku węgla w wydychanym powietrzu wśród 184 badanych wskazują, że prawie 2% studentów jest silnie uzależnionych od tytoniu – w zakresie powyżej 35ppm., ponad 5% osób wysoko uzależnionych – w zakresie 26-35 ppm., i 12,5% osób poważnie uzależnionych od nikotyny, a 17,9% osób uzależnionych od nikotyny, oraz 7,1 % badanych uzależnionych w niewielkim stopniu. Daje to łączną wartość 44,5 % osób uzależnionych od nikotyny spośród wszystkich badanych narażonych na kontakt z dymem tytoniowym.

Wśród badanych deklarujących bierne palenie tytoniu i badanych deklarujących aktualne nie palenie tytoniu stwierdzono poziom stężenia CO węgla w zakresie od 0–6 ppm. Takich osób było w naszym materiale badawczym 53, co pozwoli wnioskować, że 49 osób palących nie wykazuje uzależnienia od nałogu (37,4% palaczy), są to z reguły osoby wypalające małą ilość papierosów i nie sięgające po nie w ciągu pierwszej go-

dziny po obudzeniu. Ważnym wydaje się być fakt, iż niska zawartość tlenu węgla u biernych palaczy i u osób, które rzuciły palenie nie koreluje z danymi w piśmiennictwie, które donoszą o wysokiej zachorowalności na schorzenia nikotyno zależne w tej grupie osób.

Wnioski

1. Zarówno czynny jak i bierny kontakt z dymem tytoniowym powoduje różnego stopnia uzależnienia od nikotyny.
2. Wysoki poziom uzależnienia od nikotyny był predyktorem większej liczby wypalanych papierosów.
3. Długotrwała inhalacja dymu tytoniowego wpływa na stopień siły nałogu.
4. Wysoki odsetek palących studentów studiów medycznych, wymaga intensywnych działań antynikotynowych.

Literatura

- [1] Barnes D.E., Bero L.A., *Why review Articles on the Health Effects of Passive Smoking Reach Different Conclusions*, Journal of the American Medical Association, 1988, 279, 19.
- [2] Bielawska A., Kmiecik M., Jędrasik L. Walkowiak I, Baczyk G., *Rozpowszechnienie palenia papierosów wśród studentów I roku Akademii Medycznej*, Przegląd Lekarski, 2006, 63 (9), 1031–1035.
- [3] Binkowska-Bury M., Chmiel-Poleć, Marć M., Januszewicz P., *Czynniki socjodemograficzne a palenie tytoniu wśród studentów uczelni rzeszowskich*, Przegląd Lekarski, 2008, 65, 10.
- [4] Boratyn-Dubiel L., Binkowska-Bury M., Gugała B., *Rozpowszechnienie palenia tytoniu wśród młodzieży akademickiej w Polsce*, Zdrowie Publiczne, 2008, 118 (4), 474.
- [5] Czapiński J., Panek T. (red.), *Diagnoza społeczna 2009. Warunki i jakość życia Polaków*, Warszawa: Rada Monitoringu Społecznego, 2009, 209.
- [6] Donny E. C., Colby S. M., Tidey J. W., *Recent progress in nicotine and tobacco research*, Nicotine and Tobacco Research, 2007, 9 (2), 91-350.
- [7] Elliot M.K., Sisson J.H., Wyatt T. A., *Effects of Cigarette Smoke and alcohol on Ciliated Tracheal Epithelium and Inflammatory Cell Recruitment*, American Journal of Respiratory Cell and molecular biology, 2007, 36.
- [8] Franken R.E., *Psychologia motywacji*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2005.

- [9] Heatherton T.F., Kozłowski I.T., Frecker R. C., Fagerstrom K.O., *The Fagestrom Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagestrom Tolerance Questionnaire*. British Journal of Addictions, 1991, 89, 1119.
- [10] Kałucka S., *Następstwa biernego palenia tytoniu w środowisku domowym*, Przegląd Lekarski, 2007, 64, 10, 633.
- [11] Kawczyńska-Butrym Z. (red.), *Młodzież z województwa warmińsko-mazurskiego. Zagrożenia, szanse, plany życiowe*, Wydawnictwo Olsztyńskiej Szkoły im. J. Rusieckiego, 2006, 162–166.
- [12] Kowalska A., Rzeźnicki A., Drygas W., *Postawy i zachowania dotyczące palenia tytoniu studentów I roku Wydziału Nauk o Zdrowiu*, Przegląd Lekarski, 2006, 63, 1042.
- [13] Lisiecki T. *Stosowanie używek jako przejaw stylu życia studentów akademii medycznych*. Annales Universitatis Marie Curie-Skłodowska Lublin-Polonia Vol. LX, SUPPL. XVI, 2005, 289.
- [14] Łuszczżyńska A., *Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczają?*, GWP, Gdańsk, 2004.
- [15] Milnerowicz H., Śliwińska-Mossoń M., Kasprzyk I., *Wpływ palenia papierosów na wydolność fizyczną młodych kobiet*, Przegląd Lekarski, 2007, 64, 10, 656.
- [16] Siemińska A., Jassem-Bobowicz J.M., Uherek M., Wilanowski T., Nowak R., Jassem E., *Postawy wobec palenia tytoniu wśród studentów pierwszego roku medycyny*, Pneumonologia Alergologia Polska, 2006, 74, 377.
- [17] Rzeźnicki A., Krupińska J., Stelmach W., Kowalska A., *Częstość palenia tytoniu wśród studentów ostatnich lat Wydziału Nauk o Zdrowiu*, Przegląd Lekarski, 2007, 64, 10, 786.
- [18] Zatoński W., *Jak rzucić palenie*, Instytut Onkologii, 2000.
- [19] World Health Organization (WHO), *Effects of passive smoke in children*. 2010. <http://www.emro.who.int/tfi/SharedWorld-PassiveSmoking-Children.htm> (pobrano w dniu 30.08.2011).

Mariola Ejdys

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski

Zaburzenia depresyjne i lękowe wśród pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów

Depressive and anxiety disorders among patients with chronic rheumatic arthritis

Abstract: The aim of this study was to perform screening tests for depression and anxiety among patients with rheumatoid arthritis (RA). Rheumatoid arthritis is a chronic inflammatory, systemic disease of immunological origin, often causing functional disability. No casual treatment is available and in the early stage of the disease its course is often unpredictable. Therefore most patients with rheumatoid arthritis experience helplessness, anxiety and depression.

The study group consisted of 50 patients with clinically diagnosed RA. Treated in patient care rheumatology and osteoporosis clinic in Olsztyn. The patients signed informed consent for the study purposes. The study was conducted from October 2007 to May 2008. In the present study *The Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) in the development and adaptation of Majkowicz and de Walden-Gałuszek, containing an assessment of irritability (HADS-M) and *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (PRIME-MD) was used.

In the study group an elevated depression level according to HADS-M was observed in 21 % of patients, whereas an elevated anxiety level in 42%. A high irritability level was revealed in 40% of patients. The results of PRIME-MD analysis revealed depressive disorders and anxiety disorders in 12% and 22% of the study group respectively. We observed sleep disturbances in 42% of patients and suicidal thoughts in 16% of the study group.

It could be concluded that Rheumatoid arthritis is often accompanied by depressive and anxiety disorders. Screening tests should be included into the standard procedure because they allow to recognize emotional disorders in patients with RA.

Key words: rheumatoid arthritis, depression, anxiety, screening test.

Wstęp

Reumatoidalne zapalenie stawów należy do przewlekłych, układowych chorób tkanki łącznej, która znacząco i wieloczynnikowo może ograniczać jakość życia. Codzienne funkcjonowanie pacjenta jest uzależnione od postępującego procesu chorobowego i uwidacznia się w postępującej niepełnosprawności, która wywołana jest patologicznymi i trwałymi zmianami w układzie narządu ruchu. Biorąc pod uwagę, że choroba dotyczy wielu sfer funkcjonowania chorego, wydaje się, że jest to nie jedyny i chyba nie najważniejszy negatywny wpływ reumatoidalnego zapalenia stawów na życie chorego. Konfiguracja wielu czynników w postępującym procesie zapalnym sprawia, iż pacjent każdego dnia stawia czoła postępującemu inwalidztwu, a także dylematom natury społecznej, ekonomicznej i psychologicznej [1]. Ponadto schorzenie reumatoidalne jest czynnikiem predysponującym do wystąpienia nieprawidłowości w rozwoju i funkcjonowaniu społecznym i emocjonalnym pacjentów. Najczęściej konsekwencją choroby przewlekłej są lęk i depresja. Współistnienie depresji z chorobami somatycznymi, dodatkowo obciąża pacjentów, upośledzając ich funkcjonowanie i komplikując prowadzenie skutecznej terapii. Częstotliwość występowania zaburzeń depresyjnych u pacjentów z r.z.s. jest dwukrotnie wyższa niż w populacji ogólnej [2, 3]. Wydaje się zatem, że wzrost świadomości występowania zaburzeń depresyjnych i lękowych, podnoszenie poziomu umiejętności diagnozowania zaburzeń psychicznych oraz stosowanie prostych metod diagnostycznych, zwłaszcza w postaci testów psychometrycznych może w znacznym stopniu przyczynić się do poprawy stanu rozpoznawalności zaburzeń nastroju wśród pacjentów ze schorzeniami reumatycznymi [4]. Ponieważ wspomniane zaburzenia u pacjentów z chorobami reumatycznymi są niedodiagnozowane, a co za tym idzie nie poddawane terapii wydaje się, iż warto zwrócić uwagę na ten istotny problem.

Materiał, metoda badawcza i wyniki

Badania przeprowadzono w grupie 50 pacjentów z rozpoznanym klinicznie r.z.s., objętych niestacjonarną opieką Poradni Reumatologicz-

nej i Osteoporozy w Olsztynie. Pacjenci wyrazili świadomą zgodę na udział w badaniu. Badania prowadzono od października 2007 roku do maja 2008 roku. Wśród badanej grupy to 45 kobiet (90%) i 5 mężczyzn (10%). Średni wiek w całej badanej grupie wyniósł 49,6 lat ($\pm 10,4$). Granice wiekowe w grupie kobiet to 20÷71 lat, średnia wieku kobiet wynosiła – 49,1 roku, ($\pm 10,44$). W grupie mężczyzn granice wiekowe wynosiły od 47 do 62 lat, średnia wieku dla mężczyzn wynosiła 56 lat ($\pm 6,2$). Respondentów podzielono na trzy grupy w zależności od czasu trwania choroby: do 5. lat – 6 osób (12%), od 6. do 15. lat – 36 (72%) i powyżej 15. lat – 8 (16%) badanych. Dalszą charakterystykę badanej grupy pod względem demograficznym i społeczno-zawodowym przedstawia tabela 1.

W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, zaś narzędziem badawczym były testy psychometryczne. Pierwszym testem wykorzystanym w badaniu była skala HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) poszerzona o ocenę rozdrażnienia (HADS-M) [5]. Natomiast drugi test to *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* PRIME-MD (Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta [6]. Narzędzie to zostało opracowane na podstawie kryteriów diagnostycznych DSM-IV, jako metoda przesiewowa, służąca wstępnemu rozpoznawaniu najczęstszych zaburzeń psychicznych, którym często towarzyszą skargi somatyczne [6].

Do oceny poziomu lęku i depresji u pacjentów z r.z.s. zastosowano skalę *The Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) poszerzoną o ocenę rozdrażnienia zewnętrznego i wewnętrznego (HADS-M). Dokonana analiza wyników pozwala na stwierdzenie, że podwyższony poziom lęku występował u (42%) badanej grupy. U (30%) chorych lęk osiągnął poziom podprogowy. Natomiast (6%) badanych charakteryzował umiarkowany poziom lęku a wysoki poziom lęku dotyczył (6%) pacjentów. Uzyskane wyniki przedstawiono na rysunku 1.

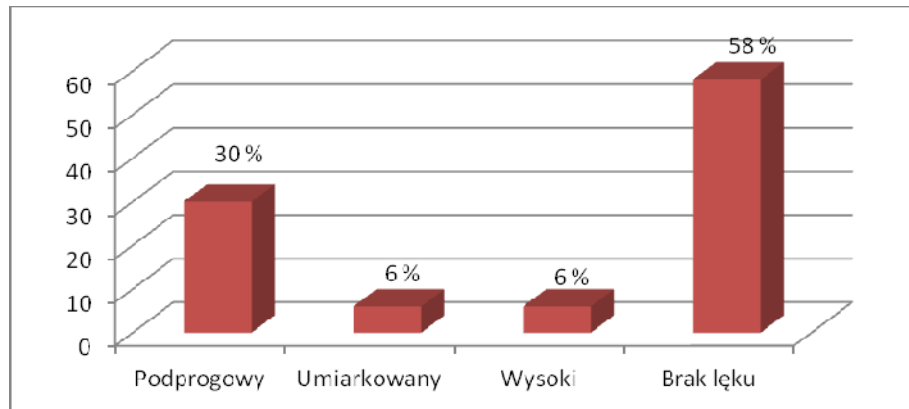
Ponadto wyniki badań wskazują, że (24%) respondentów charakteryzowało się podwyższonym poziomem depresji. Ciężka depresja według skali HADS-M wystąpiła u (2%) badanych. Podprogowy poziom depresji występował u (16%) badanych, a umiarkowany u (6%) pacjentów. Wyniki przedstawia rysunek 2.

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy

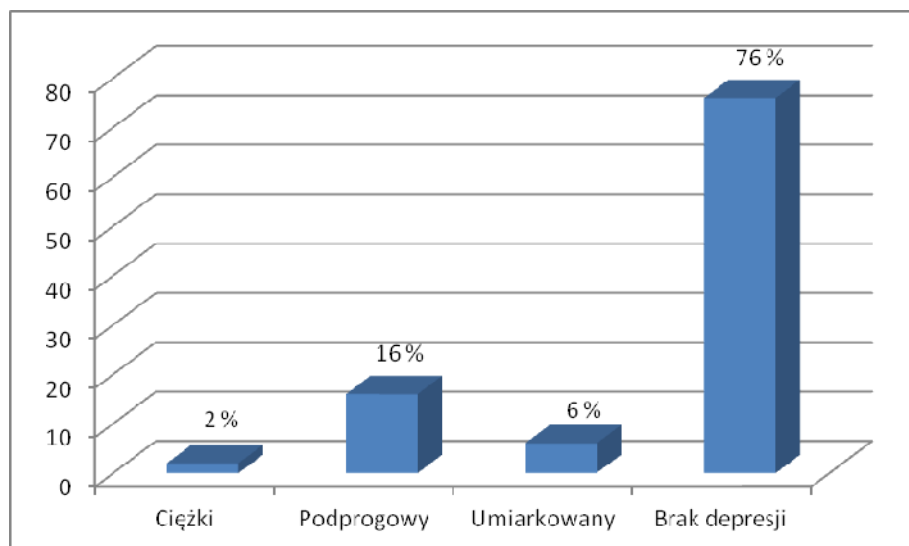
	Przedział	Respondenci	
		n	[%]
Wiek	20÷35	4	8
	36÷45	10	20
	46÷55	20	40
	56÷65	13	26
	> 65	3	6
Wykształcenie	podstawowe	5	10
	zawodowe	15	30
	średnie	21	42
	wyższe	9	18
Miejsce zamieszkania	wieś	8	16
	miasto ≤ 30tyś.	7	14
	miasto 30÷100tyś	8	16
	miasto > 100tyś.	27	54
Aktywność zawodowa	uczeń	1	2
	aktywny zawodowo	16	32
	renta inwalidzka	25	50
	emerytura	8	16
Stan cywilny	kawaler/panna	4	8
	zamężna/żonaty	31	62
	wdowa/wdowiec	9	18
	wolny związek	1	2
	rozwódziona/rozwódziona	5	10

Zastosowana wersja skali HADS zawierała także pytania dotyczące rozdrażnienia, którego poziom został oceniony na podstawie mediany. Z przeprowadzonych badań wynika, że podwyższony poziom rozdrażnienia (pow. 3 punktów) występował u (40%) badanych. Maksymalny poziom rozdrażnienia (6 punktów), obejmujący ocenę zewnętrznie ujawnianego gniewu oraz wewnętrznie odczuwanej złości stwierdzono u (12%) badanych (rysunek 3).

Rysunek 1. Poziom lęku

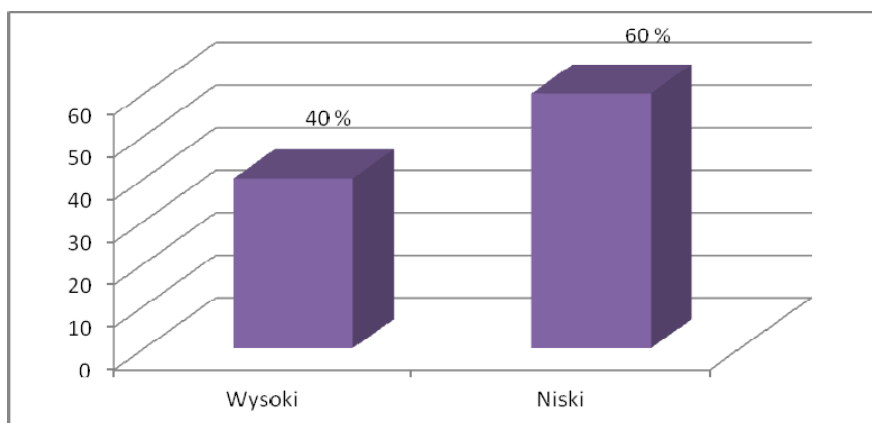


Rysunek 2. Poziom depresji



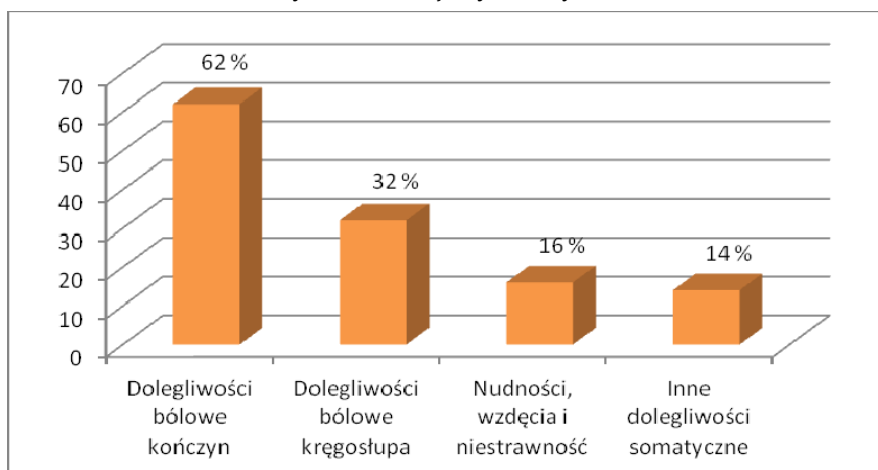
W grupie pacjentów z podwyższonym poziomem lęku (powyżej 7 punktów) średni poziom rozdrażnienia ukształtował się na poziomie 3,6 punktu, a w grupie z normalnym poziomem lęku średni poziom rozdrażnienia wyniósł 2,3 punktu. Podobnie w grupie z podwyższonym poziomem depresji był wyższy poziom rozdrażnienia niż w grupie osiągnącej wynik w granicach normy i wyniósł odpowiednio: 3,9 dla grupy „depresyjnej” i 2,5 dla grupy „niedepresyjnej”.

Rysunek 3. Poziom rozdrażnienia



Drugą metodą wykorzystaną do oceny przesiewowej w kierunku najczęstszych zaburzeń psychicznych był test *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (PRIME – MD TODAY). Na podstawie powyższego testu można stwierdzić, że u 34% badanych pacjentów miało często występują objawy somatyczne, które mogły być spowodowane nasileniem się schorzenia podstawowego. Największy problem stanowiły dolegliwości bólowe kończyn dolnych i ramion oraz stawów biodrowych i kolanowych (występowały u 62% badanych).

Rysunek 4. Objawy somatyczne



Następny problem, na który uskarżali się respondenci to dolegliwości bólowe ze strony kręgosłupa wystąpiły u (32%) badanych. Kolejne problemy, które niepokoiły ankietowanych to: nudności, wzdęcia i niestrawność, występowały u (16%) ankietowanych. Rzadziej występujące dolegliwości, to: bóle głowy, uczucie silnego bicia serca oraz zaparcia i biegunki, które zgłaszało (14%) badanych.

Na podstawie analizy wyników testu PRIME-MD, według kryteriów DSM-IV, zaobserwowano zaburzenia depresyjne, w tym epizod depresyjny i inne zespoły depresyjne. Wspomniane zaburzenia występowały u (12%) badanych, w tym epizod depresyjny wystąpił u (8%), natomiast inne zespoły depresyjne występowały u (4%) badanych. Analiza dotycząca zaburzeń lękowych pozwoliła wstępnie rozpoznać te zaburzenia u (22%) badanych, przy czym zaburzenia lękowe napadowe zaobserwowano u (4%), natomiast inne zaburzenia lękowe charakteryzowały (18%) badanych. U (2%) badanych występowały oba rodzaje zaburzeń lękowych. Dodatkowo u tych (2%), także występowały myśli i sny o traumatycznym zdarzeniu z przeszłości, co może skłaniać do wstępnej diagnozy zespołu stresu pourazowego. Z przeprowadzonych badań wynika także, iż (46%) badanych pacjentów z r.z.s. skarżyło się na zaburzenia snu. Natomiast zaburzenia odżywiania występowały u (8%) badanych.

Test PRIME-MD pozwala także na ocenę występowania problemów stresujących w codziennym funkcjonowaniu pacjenta. Największym problemem, który w wysokim stopniu niepokoił ankietowanych było własne zdrowie (skarga ta dotyczyła 30% badanych), a (24%) ankietowanych potwierdziło obawy związane z trudną sytuacją ekonomiczną. Natomiast dla (18%) badanych problem stanowiła ich masa ciała oraz wygląd zewnętrzny.

Dyskusja

Reumatoidalne zapalenie stawów jest najczęstszą przewlekłą chorobą zapalną, jej częstość waha się od 0,3 do 1,5% występowania w populacji [8]. Rozpoznanie r.z.s. ma dla pacjenta implikacje fizyczne, psycholo-

giczne i socjoekonomiczne. Z przeprowadzonych badań wynika, iż u chorych z r.z.s. występuje lęk związany z odczuwaniem przewlekłego bólu, sztywności i zmęczenia. Pacjenci boją się rozwoju deformacji stawów, zwłaszcza dłoni. Martwią się utratą funkcji narządu ruchu, niesprawnością w pracy i możliwymi socjoekonomicznymi następstwami choroby. Pomimo tych racjonalnych obaw i dużych wyzwań fizycznych, jakich doświadczają przez lata, większość z nich nie rozwija zaburzeń depresyjnych. Ale znacząca część, być może nawet 1 z 5 do 1 z 10 pacjentów reumatologicznych, u których pojawiają się znaczące objawy depresji, dźwiga ten dodatkowy ciężar [9, 10].

W przeprowadzonym badaniu u 50. chorych na r.z.s. podwyższony poziom depresji w skali HADS-M zaobserwowano u (21%) pacjentów, natomiast podwyższony poziom lęku u (42%). Wysoki poziom rozdrażnienia występował u (40%) badanych osób i był wyższy wśród pacjentów z nasilonymi objawami depresyjnymi i lękowymi. Inni autorzy badań również zaobserwowali, iż drażliwość jest często towarzyszącym zaburzeniem u chorych z r.z.s. [11].

Wyniki analizy testu PRIME-MD pozwoliły wstępnie określić odsetek zaburzeń depresyjnych na poziomie (12%), zaburzeń lękowych zaś – (22%). Powyższe różnice w odsetkach osób, u których zaobserwowano nieprawidłowości w stanie emocjonalnym, wynikają z odmienności dwu zastosowanych metod. Testy HADS-M i PRIME-MD charakteryzują się odmiennością ocenianych objawów oraz kryteriów rozpoznawania zaburzeń, czy też kryteriów pozytywnego skriningu. Powyższe wyniki wskazują, że u dużej części pacjentów z r.z.s. występują zaburzenia lękowe (22%). Jest to częstszy problem niż zaburzenia depresyjne (12%). Podobne rezultaty uzyskali również inni autorzy, nie tylko w odniesieniu do pacjentów z r.z.s., ale także w badaniach chorych z toczniem rumieniowatym układowym [12, 13, 14].

W literaturze podkreśla się, że występowanie lęku w r.z.s. jest wyższe niż w zdrowej populacji oraz że lęk i depresja sprzyjają wyższej śmiertelności w tej grupie chorych [14]. Podkreśla się także, że w r.z.s. lęk najczęściej towarzyszy pacjentom na wczesnym etapie choroby, a depresja - w późniejszych jej okresach oraz że lęk może poprzedzać rozpoznanie późniejszej depresji [10].

Problemem zdrowotnym, na który najczęściej skarżyły się osoby badane, były dolegliwości bólowe, szczególnie zaś bóle kończyn, stawów i mięśni (62%), dolegliwości bólowe kręgosłupa (32%) oraz inne dolegliwości somatyczne (14%) ściśle związane z schorzeniem podstawowym. Na uwagę zasługuje fakt, iż ogromna większość chorych aż (84%) wskazuje, że czasem odczuwa niepokój i lęk związany z nadchodzącym bólem. Natomiast część chorych taki niepokój odczuwa stale. Wydaje się zatem, że zaburzenia lękowe obserwowane u osób z r.z.s. przynajmniej w części mogą mieć związek z dokuczliwym, przewlekłym bólem, z którym zmagają się chorzy. Niepokój dużej części pacjentów rodzi także postępująca niepełnosprawność, która charakteryzuje chorobę [10, 15, 16, 17]. Z badań wynika, że z podwyższonym poziomem bólu wiążą się nie tylko zaburzenia lękowe, ale także depresyjne. Dyskutowano, czy zmiany nasilenia bólu związane są ze zmianami w poziomie depresji w r.z.s. Wiele badań potwierdziło dwukierunkowy związek pomiędzy bólem a obniżonym nastrojem [9]. Być może za część objawów depresyjnych, które stwierdzono w badanej grupie chorych, odpowiedzialny jest właśnie odczuwany ból. Z drugiej zaś strony możliwe, że współistniejąca depresja nasila odczuwanie bólu. Wiadomo bowiem, że depresja może upośledzać odpowiedź na leczenie, powodować utratę pozytywnego myślenia i motywacji, a co za tym idzie – także chęci leczenia, stosowania się do zaleceń, wykonywania ćwiczeń, które mogą łagodzić dolegliwości bólowe [13, 18, 19, 20, 21].

W piśmiennictwie zwraca się także uwagę na fakt, że współwystępowanie depresji znacząco nasila niezdolność do pracy w r.z.s. Warto też podkreślić, że współwystępowanie obu tych stanów zwiększa także obciążenie systemu opieki zdrowotnej częstszymi wizytami u lekarzy rodzinnych i innych specjalności, nasila skargi na ból i częstsze prośby o analgezję [22, 23].

Współwystępowanie depresji i r.z.s. pogarsza także rokowania choroby. Z badań wynika także, co należy uznać za szczególnie niepokojące, że depresja jest niezależnym czynnikiem ryzyka śmierci u pacjentów z r.z.s. Prowadzone przez Anga badania, obejmujące 1290 pacjentów z r.z.s., wykazały, iż grupa z przetrwałą lub nawracającą depresją przez początkowy okres 4. lat miała większy wskaźnik śmiertelności niż pa-

cji bez depresji, gdy oceniano ich w ciągu następnych 18. lat [24]. Z literatury wynika, że dużym problemem wśród pacjentów z r.z.s. są także zaburzenia snu, dotyczą bowiem od 54% do 70% chorych. 60% pacjentów uważa, iż r.z.s. wpływa negatywnie na ich sen, a 57% pacjentów skarży się na to, że sen nie przynosi im odpoczynku [25]. Doniesienia te potwierdziły badania prowadzone w ramach niniejszej pracy – problemy ze snem towarzyszyły prawie połowie badanych. Wydaje się, że mogą być one związane zarówno z zaburzeniami depresyjnymi czy lękowymi, jak i dolegliwościami bólowymi. Analiza tych zależności wydaje się ciekawym przedmiotem dalszych badań.

Biorąc pod uwagę powyższe można stwierdzić, że zarówno lęk, jak i depresja należą do poważnych problemów natury zdrowotnej i społecznej. Prowadzą trwale do powolnego wycofywania się z życia rodzinnego oraz zawodowego. W skrajnych przypadkach nie leczona depresja może być przyczyną samobójstwa. Dlatego też kwestii tych nie można ignorować.

Jednocześnie badania potwierdziły przydatność badań skriningowych wśród pacjentów z r.z.s. W związku z częstym występowaniem zarówno zaburzeń depresyjnych, jak i lękowych oraz ich negatywnym wpływem na przebieg choroby i jej terapię, celowe wydaje się być prowadzenie badań przesiewowych w kierunku tych zaburzeń.

Wnioski

1. Zaburzenia depresyjne i lękowe są częstym problemem wśród pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów. Zaburzenia lękowe występują częściej (u 22% badanych) i wykazują większe nasilenie niż depresyjne (12%). Stwarza to konieczność podjęcia działań w kierunku ich wczesnego rozpoznawania i leczenia.
2. Zaburzenia snu występują u 46% pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów. Współistnieją one z zaburzeniami emocjonalnymi oraz dolegliwościami bólowymi.
3. Problemem godnym uwagi wśród chorych z r.z.s są myśli o traumatycznym zdarzeniu z przeszłości, które w badanej grupie dotyczyły

2% chorych. Ponadto współistniały one ze wstępnie rozpoznanymi zaburzeniami psychicznymi.

4. Badanie potwierdziło przydatność zastosowanych metod diagnostycznych w skriningu zaburzeń depresyjnych i lękowych. Zastosowanie dwóch metod umożliwia dokładną ocenę większej liczby objawów.

Literatura

- [1] Bączyk G., Kijewska M., (2004), *Wpływ rehabilitacji na funkcjonowanie i jakość życia chorych z reumatoidalnym zapaleniem stawów*, „Nowiny Lekarskie” z.74, nr 2, ss. 123–126.
- [2] Krzemińska-Dąbrowska I., Sudoł K., Moskalewicz B., (2007), *Problemy zdrowia psychicznego chorych na reumatyzm*, „Reumatologia” z. 45, nr 4, ss. 215–218.
- [3] Papierski K., Raczkiewicz-Papierska A., (2005), *Zaburzenia psychiczne w reumatologii*, „Wiadomości Psychiatryczne” z. 8, nr 1, ss. 49–55.
- [4] Barry M., Murphy E., Sheehy C., (2006), *Depression in rheumatoid arthritis – underscoring the problem*, „Rheumatology” z. 45, nr 6, ss. 1325–1327.
- [5] de Walden-Gałuszko K., Majkiewicz M., (2001) *Płeć a percepcja bólu i emocje negatywne u osób z chorobą nowotworową*, „Psychoonkologia” z. 9, nr 4, ss. 13–22.
- [6] Spitzer L., Williams B., Kroenke K., (2000), *Prime MD Today w trosce o zdrowie psychiczne*, Grand naukowy firmy Pfizer Inc.
- [7] Filipowicz-Sosnowska A., Stanisławska-Biernat E., Zubrzycka-Sienkiewicz A., (2004), *Reumatoidalne zapalenie stawów*, „Reumatologia” z. 42, nr 1, ss. 5–15.
- [8] Dickens C., Creed F., (2001), *The burden of depression in patients with rheumatoid arthritis*, „Reumatology” z. 40, nr 12, ss. 1237–1329.
- [9] Isik A., Koca S., Mermi O. i in., (2007), *Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis*, „Clinal Rheumatology” z. 26, nr 6, ss. 872–878.
- [10] Szechiński M., (2001), *Zaburzenia psychiczne w wybranych układowych chorobach tkanki łącznej*, „Advances in Clinical and Experimental Medicine” z. 10, nr 1, ss. 41–48.
- [11] Kramer P.D., (2007), *Czym jest depresja*, Rebis, Poznań.
- [12] Nowicka-Sauer K., (2006), *Aspekty psychologiczne w Reumatologii*, w: Borys B., Majkiewicz M., (red.) *Psychologia w Medycynie - wybrane zagadnienia*, AMG, Gdańsk.
- [13] Basińska A., (2006), *Reumatoidalne zapalenie stawów, obraz psychologiczny*, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz.
- [14] Happach M., Moskalewicz B., Krzemińska-Dąbrowska I. i in., (2006), *Spółeczny kontekst przewlekłego bólu u chorych na reumatoidalne zapalenie stawów*, „Reumatologia”, z. 44 nr 4, ss. 199–204.

-
- [15] Majewska K., Majewski D., (2003), *Wpływ zmian zachodzących w stawach w przebiegu reumatoidalnego zapalenia stawów na jakość życia chorych*, „Nowiny Lekarskie” z. 72, nr 6, ss. 444–447.
- [16] Olewicz-Gawlik A., Hycaj P., (2007), *Jakość życia chorych na reumatoidalne zapalenie stawów- badania własne i przegląd literatury*, „Reumatologia” z. 45, nr 6, ss. 346–349.
- [17] Adams J., Daly A., Dal Grande E., i in. (2007), *Psychological factors and quality of life in arthritis: a population-based study*, „Clinical Rheumatology” z. 26 nr 10, ss. 1049–1054.
- [18] Alpay M., Cassem E.H., (2000), *Diagnosis and treatment of mood disorders in patients with rheumatic disease*, „Annals of the Rheumatic Diseases” z. 10, nr 5, ss. 59.
- [19] Dobrzańska A., (1997), *Reumatoidalne zapalenie stawów, rozpoznanie, leczenie, samokontrola*, Wydawnictwo Lekarskie, PZWL, Warszawa.
- [20] Kwiatkowska B., (2003), *Depresja w chorobach reumatycznych*, „Terapia” z. 11, nr 10, ss. 52–54.
- [21] Papierski K., Raczkiewicz-Papierska A., (2006), *Depresja w chorobach narządu ruchu „Psychiatria po dyplomie”*, z. 3, nr 4, ss. 76–79.
- [22] Choi H., Kroenke K., Wolfe F., (2005), *Comorbid depression is an independent risk factor for mortality in patients with rheumatoid arthritis*, „Rheumatology” z. 32, nr 6, ss. 851–854.
- [23] Bourguignon Ch., Labyak E., Taïbi D., (2003), *Investigating sleep disturbances in adults with Rheumatoid Arthritis*, *Holistic Nursing Practice*, z. 7/8, nr 3, ss. 241–247.
- [24] Timonen M., Viilo K., Hakko H. i in., (2003), *Suicides in person suffering from rheumatoid arthritis*, „Rheumatology”, z. 42 nr 10, ss. 287–291.
- [25] Ødegård S., Finset A., Mowinckel P., i in. (2007), *Pain and psychological health status over a 10-year period in patients with recent onset rheumatoid arthritis*, „Annals of the Rheumatic Diseases” z. 66, nr 9, ss. 1195–1201.
- [26] Sierakowska M., Matys A., Kosior A., (2006), *Ocena jakości życia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów*, „Reumatologia” z. 44, nr 6, ss. 298–303.
- [27] Sierakowska M., Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C., *Wiedza pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów o chorobie i zasadach postępowania a umiejętność samo opieki*, „Pielęgniarstwo XXI wieku” z. 8, nr 3, ss. 61–66.
- [28] Wciórka J., (1999), *Zaburzenia psychiczne w praktyce podstawowej opieki zdrowotnej*, Wydawnictwo Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.

Izabela Sebastyańska-Targowska
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Obszar komunikacji niewerbalnej między położną a pacjentką w sytuacji poronienia

The area of non-verbal communication between a midwife and a patient experiencing abortion

Abstract: A big number of abortions (death of phetus, stillbirth) and their continuous growth in developed countries make it necessary to expand knowledge and skills of midwife. It is necessary for all members of the gynecological medical team to have competences and skills from the field of interpersonal communication. The aim of this paper is characterizing non-verbal communication, concentrating on its importance in abortion situation, its conditions and selected techniques. In literature of the subject one can find numerous publications on non-verbal communication with various types of patients. This paper presents tools of non-verbal communication which are not too often present in scientific publications or are treated marginally. Techniques and suggestions how to use them have their source in many years of therapeutic work of the author of this paper with women experiencing abortion. This paper has both practical and research purpose. It is practical because the presented forms of non-verbal communication can be used by midwives in contact with patients experiencing abortion.

Key words: abortion, non-verbal communication, eye contact, gestures, distance and proportion in contact

Wstęp

Przedmiotem analizy podjętej w artykule jest obszar komunikacji niewerbalnej między położną a pacjentką doświadczającą poronienia. W prokreacji poronienie jest problem występującym najczęściej. Mianem

poronienia określana jest śmierć dziecka do 22 tygodnia ciąży. Bez względu na formę poronienia częstotliwość jego występowania szacuje się, w przypadku ciąż potwierdzonych klinicznie, w przedziale od 10% do 20%. Wiarygodne statystyki dotyczące poronienia są bardzo trudne do uzyskania i rzadko, tym samym, publikowane [por. 1, 2].

Komunikacja to wymiana informacji, przekaz i odbiór tych informacji służący wzajemnemu porozumieniu się [por. 5, 10, 11, 9, 7). Wymiana ta przebiega dwoma kanałami (werbalnym i niewerbalnym) na dwóch poziomach (świadomym i nieświadomym). Kanał werbalny stanowi 7% przekazu, a niewerbalny 93%. Komunikację niewerbalną tworzą następujące elementy: głos (ton, pauzowanie, akcentowanie, siła, wysokość), organizacja najbliższego otoczenia oraz mowa ciała [12, 13]. Komunikacja niewerbalna w znacznym stopniu jest determinowana przez naszą nieświadomość, tym samym często pozostaje poza naszą racjonalną kontrolą. Ograniczona świadoma kontrola wyklucza lub znacznie ogranicza kłamstwo. Ujawnia tym samym, czy tego pragniemy czy nie, prawdę. Dlatego też wiarygodną wiedzę o postawach i emocjach innych ludzi uzyskujemy za pomocą obserwacji ich mowy ciała. Odczytując przekaz koncentrujemy się na sygnałach niewerbalnych, a nie treści wypowiedzi. Na tej podstawie budujemy swoje sądy i oceniamy wiarygodność nadawcy i samego procesu komunikacji [por. 14, 13, 12). Sygnały pozawerbalne wywierają pięciokrotnie większy wpływ aniżeli werbalne. Można zaryzykować stwierdzenie, że przede wszystkim komunikujemy się patrząc, a nie słuchając [15].

Obecna w literaturze przedmiotu charakterystyka komunikacji nie wskazuje wyraźnie na to, co w tym procesie jest kluczowe, mianowicie nawiązanie relacji z drugim człowiekiem. Łacińskie *communio*, od którego pochodzi termin komunikacja, oznacza uczestnictwo, więź, to, co nas łączy. Komunikowanie się winniśmy więc rozumieć jako dzielenie się sobą nie tylko na poziomie informacji, ale przede wszystkim na poziomie przeżywania i współobecności w danej sytuacji. Mamy wówczas do czynienia nie tylko z przekazem informacji, ale z nawiązaniem głębokiego kontaktu psychicznego wyrażającego się poprzez słowa i mowę ciała. W sytuacji poronienia szczególnie leczącym czynnikiem jest relacja między kobietą po utracie dziecka a położną. Kobieta w sytuacji poronienia

instynktownie zwraca się w stronę drugiej kobiety – położnej jako tej, która przed poronieniem była źródłem bezpieczeństwa i wsparcia, a później stała się świadkiem śmierci jej dziecka oraz świadkiem jej rozpaczy.

Znaczenie komunikacji między położną a pacjentką w sytuacji poronienia

Złożoność doświadczenia poronienia i waga jego następstw sprawia, iż wiedza medyczna i doświadczenie położnej, będąc koniecznymi w sytuacji pomocy i ratowania życia biologicznego danej kobiety, stają się niewystarczające w perspektywie jej funkcjonowania psychicznego. Szczególną rolę w towarzyszeniu kobiecie doświadczonej poronieniem odgrywa wsparcie emocjonalne oparte na więzi międzyludzkiej, a dokładniej specyficznej więzi między kobietami. Relacja ta może zaistnieć między kobietą po poronieniu a położną tylko dzięki określonej komunikacji na poziomie werbalnym i niewerbalnym. Komunikacji otwartej na wielopoziomowy (biologiczny, psychiczny, duchowy) proces zachodzący u danej kobiety po poronieniu. Jest to zadanie bardzo trudne wymagające od położnej wiedzy z zakresu elementów kryzysowej interwencji psychologicznej, specyfiki procesów psychicznych występujących w traumatycznej sytuacji poronienia oraz zasad skutecznej komunikacji w sytuacji kryzysu. Tym samym pokazuje to jak ważną, a wręcz kluczową rolę pełni osoba położnej w doświadczaniu poronienia przez daną kobietę. Zaistniała w sytuacji poronienia komunikacja między położną a pacjentką staje się mostem łączącym dwa bieguny (osoba położnej i kobieta po poronieniu) będące kontinuum tego samego procesu: żałoby po śmierci dziecka. Od komunikacji zależy czy zostaną one w dystansie doświadczając niezrozumienia (kobieta) i nieskuteczności (położna) czy z szacunkiem do siebie zbliżą się stając się nieodłącznymi, uzupełniającymi się elementami tego samego traumatycznego procesu. Objęcie pełniejszą świadomością wagi komunikacji położnej z kobietą doświadczającą poronienia pozwala wpływać na tą relację i tym samym ukierunkować przebieg nieuchronnego kryzysu życiowo doniosłego – żałoby po stracie dziecka.

Uwarunkowania komunikacji niewerbalnej między położną a pacjentką w sytuacji poronienia

Komunikacja interpersonalna między położną a pacjentką jest dynamicznym procesem na który składa się wymiana werbalnej i niewerbalnej informacji. Wymiana ta zachodzi w określonym kontekście kulturowym, społecznym, organizacyjnym danego oddziału ginekologii (zależności formalne: relacje podległości wynikające z zajmowanego stanowiska i zakresu obowiązków oraz nieformalne: relacje lubienia, nielubienia, szacunku). Nie możemy też pominąć wpływu określonych procedur medycznych stanowiących fundamentalną część kontaktu między położną a pacjentką po poronieniu. Kluczowe uwarunkowania przebiegu komunikacji są wynikiem funkcjonowania psychicznego osób w nią zaangażowanych. W tym przypadku będzie to osoba położnej i kobiety doświadczającej poronienia. Organizacja procesów życia psychicznego na poziomie poznawczy, emocjonalnym i behawioralnym silnie wyznacza przebieg przekazu i odbioru informacji.

Mając świadomość wielości czynników kształtujących komunikację w artykule skoncentrowano się na uwarunkowaniach komunikacji niewerbalnej mających swe źródło w osobie położnej. Proces komunikacji z pacjentką jest wynikiem: świadomości siebie, postawy akceptacji, autentyczności i elastyczności, umiejętności empatii, umiejętności radzenia sobie z wysokim poziomem stresu, mechanizmów obronnych oraz strategii postępowania w sytuacji zespołu stresu pourazowego.

Świadomość siebie to poziom autorefleksji wyrażanej przez dostęp do wcześniejszych osobistych doświadczeń w obszarze poronienia. To również świadomość osobistego systemu wartości, przekonań i postaw wobec faktu poronienia, akceptowanych strategii przeżywania oraz radzenia sobie z tą traumą. Nie można też pominąć osobistych lęków wobec niej i stosowanych mechanizmów obronnych (racjonalizacja, bagatelizowanie, projekcja).

Akceptacja powinna wyrażać otwartość na każdą reakcję i zachowanie kobiety doświadczającej poronieniem bez jej oceny i krytyki w kategoriach racjonalności, adekwatności. Jest to danie prawa do odczuwania

tęgo co aktualnie przeżywa kobieta. Jeśli reaguje płaczem pozwól jej płakać, milczeniem pozwól jej milczeć [por. 7].

Empatia, z kolei, obejmuje gotowość wczucia się w sytuację kobiety, ale bez ciągłego współodczuwania jej tragedii. Chodzi o umiejętność wejścia w rolę i sytuację jako rozumienie stanu bez jednoczesnego pozostawania w emocjach i uczuciach kobiety po poronieniu. Wtedy bowiem położna uzyskuje wgląd, nie dopuszczając jednocześnie by silne emocje zdeterminowały przebieg jej procesów poznawczych, których sprawność jest konieczna do udzielania pomocy potrzebującej kobiecie [por. 7, 16].

Autentyczność sprowadza się do zachowania w sposób spójny i konsekwentny. Wymaga tym samym osobowej dojrzałości wyrażającej się w pełnej zgodności między tym jak się zachowuje położna, a tym co myśli i czuje. W żadnym przypadku położna nie powinna mówić kobiecie po poronieniu tego, co jest sprzeczne z jej systemem wartości, uczuciami. Powinna też unikać postawy obronnej i nie odgrywać nie zgodnych ze sobą ról wchodząc w odhumanizowany profesjonalizm czy matczyną troskę. W szczególnych momentach, może dzielić się sobą na poziomie osobistych doświadczeń czy własnej historii życia. Ma prawo do spontanicznych reakcji z poziomu własnych emocji: wzruszenie, autentyczny gest bliskości (objęcie, potrzymanie za rękę, pogłaskanie) świadczyć będą o jej wrażliwości na cierpienie drugiej kobiety.

Elastyczność położnej ma sprawiać, iż każdą kobietę będzie traktować indywidualnie, a nie stereotypowo i schematycznie. Pozwoli jej to na koncentrację nie na schemacie działania a specyfice przeżywania pacjentki, z jednoczesnym zachowaniem procedur medycznych.

Techniki komunikacji wspomagające proces towarzyszenia kobiecie doświadczającej poronienia.

Analizę technik komunikacji niewerbalnej należy rozpocząć od **kontaktu wzrokowego** [17, 12]. Nie istnieje bowiem poprawna komunikacja bez nawiązania kontaktu wzrokowego. Komunikat wzrokowy dociera do odbiorcy z prędkością światła czyli znacznie szybciej aniżeli treść wypowiedzi. Pacjenci bardzo często podkreślają, że znali diagnozę przed

jej słownym przekazaniem, wystarczył im sposób patrzenia przez personel medyczny np.: unikanie wzroku pacjenta. Utrzymanie kontaktu wzrokowego z pacjentem to informacja, że świadomie obdarzamy go uwagą oraz traktujemy poważnie i z szacunkiem. Brak kontaktu, z kolei, jest interpretowane jako nieszczerłość, lekceważenie, unikanie. Wiedza ta nie zawsze jednak czyni prostym czy wręcz możliwym utrzymanie kontaktu wzrokowego z pacjentem. Często przeszkodą, nie do pokonania, jest nie brak woli ze strony personelu medycznego – położnej, ale postawy lub emocje jej towarzyszące takie jak: niechęć do danej osoby, brak autentycznego zainteresowania jej stanem, brak profesjonalnej pewności, poczucie braku kompetencji, obawa przed kolejnymi formami procesu żałoby, lęk, zażenowanie, poczucie winy, smutek. Jeszcze częściej poziom negatywnych emocji (żał, rozpacz, gniew) przeżywanych przez kobietę doświadczającą poronienia, a tym samym silnie obecnych w kontakcie z nią, rodzaj przekazywanej informacji (opis dalszej procedury postępowania ze zmarłym dzieckiem) czy rodzaj pytań pacjentki („czy jeszcze będę mogła mieć dziecko?”) sprawiają, iż patrzenie jej w oczy staje się ponad siły położnej. Pacjentka może wówczas czuć się niezauważana, ignorowana, nieszanowana, co w konsekwencji prowadzi do poczucia uprzedmiotowienia. Dobrym rozwiązaniem jest zastosowanie wówczas techniki patrzenia na łuk brwiowy. Kobieta ma wówczas wrażenie, że położna patrzy jej prosto w oczy, a sama położna dystansuje się do silnych emocji, tym samym jest w stanie racjonalnie, logicznie myśleć oraz działać dla dobra pacjentki. Utrzymywanie w taki sposób kontaktu wzrokowego jest dowodem naszej uwagi. Zwiększa się wówczas poczucie podmiotowości i bezpieczeństwa danej kobiety.

Dodatkowym źródłem informacji z poziomu kontaktu wzrokowego jest **ruch gałek ocznych** [por. 18]. Nieświadome ruchy oczu wskazują, co dzieje się w umyśle pacjentki. Nie mamy na tej podstawie wglądu w treść myśli, ale wiemy jaki rodzaj procesów psychicznych zachodzi aktualnie w jej mózgu. W kontakcie z kobietą po poronieniu najważniejszym wskaźnikiem jest patrzenie w dół, przymykanie oczu, zamykanie. Pacjentka kontaktuje się wówczas ze swoimi uczuciami czyli głębokim smutkiem, żalem, rozpaczą. Jakakolwiek próba interwencji ze strony położnej, nawiązania kontaktu skazana jest wówczas na niepowodzenie.

Pozostawienie pacjentki samej sobie sprawi, że będzie tonąć w swym nieszczęściu. Położna może wówczas z ogromnym taktem „podnieść oczy” pacjentki mówiąc np.: proszę, przez krótką chwilę popatrzeć na mnie. W niektórych sytuacjach może też delikatnie dotknąć brody pacjentki i unieść ją tak by ta musiała spojrzeć przed siebie. Każda z tych na pozór prostych interwencji wymaga ogromnego wyczucia położnej i indywidualnej oceny każdego przypadku.

Ruchy rąk – gesty ujawniają stan emocjonalny danej osoby i otwartość do kontaktu. Najczęściej są analizowane w kategoriach otwarcia lub zamknięcia. Położna kontaktując się z pacjentką powinna pamiętać by nie krzyżować rąk, kłaść ich na biodrach czy trzymać w kieszeniach zaciśnięte w pięści. Rozmawiając powinna trzymać ręce swobodnie, wzdłuż ciała, a wnętrza dłoni mieć skierowane w stronę osoby z którą rozmawia. Wysyła wtedy komunikat czystych intencji i szczerości. Jednym z najbardziej naturalnych, co nie znaczy łatwych, gestów jest dotyk. On to stanowi we wczesnym dzieciństwie główny kanał komunikacji. Komunikacji informującej nas o miłości, trosce, bezpieczeństwie. W okresie dorosłości spełnia rodzaj kotwicy wyzwalającej te „zasiane” w dzieciństwie silne i pozytywne uczucia. W sytuacji poronienia staje się dla kobiety specyficznym łącznikiem z dobrymi doświadczeniami głębokiego wsparcia. Wystarczy prosty gest przytulenia, pogłaskania ze strony położnej aby pacjentka dotknięta tragedią poczuła, że tak ważna dla niej osoba nadal z nią jest.

Odległość i proporcje w kontakcie wyrażają i determinują zarazem nasze zaangażowanie emocjonalne oraz partnerstwo (por.18). W przypadku kontaktu z pacjentką po poronieniu poza badaniami, zabiegami lub czynnościami pielęgnacyjnymi odległość jest nośnikiem bardzo ważnej, fundamentalnej dla niej informacji – nie jesteś sama. Kobieta w pierwszych chwilach po poronieniu wpada w bezdenną głębię emocjonalnego zranienia, psychicznego i fizycznego bólu. Bezgraniczna rozpacz i żal sprawia, że pozostaje w specyficznym odrętwieniu odczuwając nierealność wydarzeń i własną depersonalizację. Dojmujące poczucie wewnętrznej pustki, utraty kontroli wywołuje swoistą bezradność i bezbronność. Pozostając zmieszana czuje się zagubiona i często bardzo osamotniona w całym traumatycznym doświadczeniu [por. 19, 20, 21, 6, 22,

23]. W wielu przypadkach czuje się gorsza od innych kobiet na oddziale, które urodziły zdrowe dzieci lub oczekują na ich poród. Obwinia siebie i dokonuje autostygmatyzacji. Potrzebuje sygnałów, że jest jednak ktoś, kto w tej traumie chce z nią być. Wykluczony wówczas jest kontakt odbywający się w dużej przestrzeni np.: położna stoi na poziomie drzwi do sali w której przebywa pacjentka lub w nogach jej łóżka. Najlepiej gdy istnieje możliwość podejścia z prawej lub lewej strony łóżka, przyjęcia pozycji siedzącej lub pochylenia się w stronę pacjentki. W ten sposób położna uzyskuje pozycję asocjacji czyli zaangażowania emocjonalnego mogącego dać pacjentce, bez względu na treść wypowiedzianych słów, poczucie bliskości i zrozumienia. Czasem milcząca fizyczna bliskość, sama widoczna obecność – bycie przez chwilę przy łóżku pacjentki po poronieniu, może być sygnałem, iż nie jest sama lub dać impuls do rozmowy o dziecku. Położna jest wówczas kanałem oczyszczającym, rodzajem wentylu poprzez, który spływa ból. Stojąc wyprostowana, w większej odległości, gdzieś w obrębie sali prezentuje dysocjację czyli brak zaangażowania emocjonalnego. Nie wolno wartościować asocjacji i dysocjacji jako złych czy dobrych, każda forma jest pożądana w określonej sytuacji interpersonalnego kontaktu stanowiąc skuteczny klucz do panowania nad emocjami w relacji z pacjentem. Położna może, więc korzystać z dysocjacji gdy pojawiające się w kontakcie z pacjentką emocje są już dla niej samej destrukcyjne i silnie deformują jej racjonalne, logiczne myślenie.

Podsumowanie

Największym paradoksem dramatu poronienia jest to, że nie istnieje metoda pocieszenia, zbiór technik zapobiegających cierpieniu. Każda z dotkniętych tym dramatem kobiet musi sama odnaleźć drogę przeżycia bólu. Nie znaczy to jednak, że musi sama przejść tę drogę. I tu pojawia się przestrzeń dla towarzyszy tego procesu, pomagających obecnością, byciem z kobietą. Jednym z pierwszych, o ile nie pierwszym, w dosłownym tego słowa znaczeniu, jest osoba położnej. W tej relacji siła pomocy to spotkanie kobiety z kobietą w jej bezbrzeżnym bólu. Psychologia wypracowała bardzo skuteczne techniki komunikacji niewerbalnej pozwala-

jące na nawiązywanie, pielęgnowanie i podtrzymywanie więzi z kobietą pozostającą w traumatycznej sytuacji. Uznanie przez położną siły komunikacji niewerbalnej, świadome korzystanie i modelowanie komunikatów niewerbalnych w istotny sposób decyduje o przeżywaniu żałoby w czasie pobytu w szpitalu. Mimika, dotyk, bliskość fizyczna może w pewnym stopniu przywrócić pacjentce utracone poczucie bezpieczeństwa i sprawić, że będzie czuć się, choć trochę, mniej osamotniona i bezbronna w swoim bólu. Właściwa komunikacja niewerbalna jest w stanie ukierunkowywać dalszy przebieg kryzysu również po powrocie pacjentki do domu. Wynikiem może być otwartość na pomoc profesjonalistów i gotowość do współpracy. Staje się mostem łączącym dwa bieguny (osoba położnej i kobieta po poronieniu) będące kontinuum tego samego procesu: żałoby po śmierci dziecka. Od komunikacji zależy czy zostaną one w dystansie doświadczając niezrozumienia (kobieta) i nieskuteczności (położna) czy zbliżą się z szacunkiem do siebie stając się nieodłącznymi, uzupełniającymi się elementami tego samego traumatycznego procesu [por. 24, 25, 21, 26].

Literatura

- [1] Lachelin G.C.L., *Poronienie*, Prószyński i spółka, Warszawa, 1998, s. 37.
- [2] Janusz B., *Aniołkowe mamy. Psychologiczne aspekty utraty dziecka*, Wydawnictwo M, Kraków 2009, s. 182.
- [3] Pedersen B.D., Poulsen I.K., Ringsted C.V., *Interprofessional communication and cooperation training in ward rounds for medical and nursing: a pilot project*, *Ugeskrift for læger*, 2006, 25, pp. 2449–2451.
- [4] Krautscheid L.C., *Improving communication among healthcare providers: preparing students nurses for practice*, *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 2008, 5, pp. 40–45.
- [5] Gordon T., Sterling W.E., *Rozmawiać z pacjentem*, ACADEMICA Wydawnictwo SWPS, Warszawa 2009, ss. 55–135.
- [6] Adolfsson A., Larsson P.G., Wijma B., Bertero C., *Guilt and emptiness: women's experience of miscarriage*, *Health Care for Women International*, 2004, 25, pp. 543–560.
- [7] Myerscough P.R., Ford M., *Jak rozmawiać z pacjentem*, GWP, Gdańsk 2002.
- [8] Motyka M., *Komunikacja terapeutyczna w opiece ogólnomedycznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011.

- [9] Makara-Studzińska M., *Komunikacja interpersonalna*, [w:] Makara-Studzińska M., Iwanowicz-Palus G., (red.), *Psychologia w położnictwie i ginekologii*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, s. 13–14.
- [10] Griffin E., *Podstawy komunikacji społecznej*, GWP, Gdańsk 2002.
- [11] Makara-Studzińska M., *Komunikacja z pacjentem*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2012.
- [12] Pease A., *Mowa ciała. Jak odczytywać myśli innych ludzi z ich gestów*, Wydawnictwo Jedność, Kielce 2001.
- [13] McKay M., Davis M., Fanning P., *Sztuka skutecznego porozumiewania się*, GWP, Gdańsk 2002.
- [14] Ociepka A., *Komunikacja z pacjentem*, [w:] Trzeciecka-Green A., (red.), *Psychologia, Universitas*, Kraków 2006, s. 329–330.
- [15] Argle M., *Psychologia stosunków międzyludzkich*, PWN, Warszawa 1994.
- [16] Gawroń M., *Empatia i jej znaczenie w relacji lekarz – pacjent*, [w:] Dolińska-Zygmunt G. (red.), *Podstawy psychologii zdrowia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001.
- [17] Ellsberg M., *Potęga kontaktu wzrokowego*, Wydawnictwo One Press, Warszawa 2008, s. 147–261.
- [18] McDermott I., Jago W., *NLP Terapia krótkoterminowa*, GWP, Gdańsk 2006, s. 126–133.
- [19] Gold K.J., *Navigating care after a baby dies: a systematic review of parent experiences with health providers*, *Journal of Perinatology*, 2007, 27, s. 230–237.
- [20] Banasiak-Parzych B., *Psychologiczne aspekty utraty ciąży. Opieka położnicza pod znakiem szczególnej troski*, *Magazyn pielęgniarki i położnej* 2010, s. 11.
- [21] Barton-Smoczyńska I., *O dziecku, które odwróciło się na pięcie*, Wydawnictwo NAF, Michał Naftyński 2006.
- [22] Kornas-Biela D., *Potrzeby rodziców po śmierci dziecka w okresie okołoporodowym*, [w:] Bielawska-Batorowicz E., Kornas-Biela D. (red.), *Z zagadnień psychologii prokreacyjnej*, Redakcja Wydawnictw KUL, Lublin 1993, s. 61–75.
- [23] Sanders C. M., *Jak przeżyć stratę dziecka*, GWP, Gdańsk 2001.
- [24] Berlthiaume M., David H., Saucier J.F., Borgeat F., *Correlates of gender role orientation during pregnancy and the postpartum*, *Sex Roles*, 1996, 35, 11-12, s. 781–800.
- [25] Borysenko J., *Księga życia kobiety. Ciało – Psychika - Duchowość*, GWP, Gdańsk 2000.
- [26] Sęk H., *Rola wsparcia społecznego w sytuacjach stresu życiowego. O dopasowaniu wsparcia do doświadczeń życiowych*, [w:] Sęk H., Cieślak R. (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, PWN, Warszawa 2004, s. 49–57.

Krystyna Piskorz-Ogórek*

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

Zasoby strukturalne stacjonarnego leczenia pediatrycznego w Polsce

Structural resources of hospital paediatric treatment in Poland

Abstract: Specialist hospital care of developmental age population in Poland is realized by specialist paediatric hospitals of various status: voivodeship hospitals, university hospitals, clinics and institutes. 22 centres were qualified to be included in this group. The aim of this work was to prepare an analysis of structural resources of paediatric hospitals in the aspect of conditions of the carers stay, conditions influencing safety of hospital care, i.e. conditions of the operating theatre, central sterilization, adaptation of hospital infrastructure to the fire-fighting requirements, to the movement of the disabled as well as the analysis of providing nursing care in paediatric departments of general and specialist hospitals and neonatology departments in hospitals in Poland. The analysis was based on the research material collected during the studies conducted in the last quarter of 2009, in 2011 and in the first quarter of 2012.

Wstęp

Zmiany, jakie mają miejsce w polskim systemie opieki zdrowotnej od kilku lat, są ukierunkowane na poprawę jakości opieki, poprawę bezpieczeństwa pacjenta oraz coraz częściej odpowiadają na zapotrzebowanie

* Adiunkt – kierunek Pielęgniarstwo, Wydz. Nauk Medycznych, UM-W w Olsztynie.

i oczekiwania pacjentów. Świadczy o tym rozwijający się system akredytacji szpitali w Polsce oraz wdrażane coraz powszechniej w szpitalach systemy zarządzania jakością [5]. Funkcjonowanie Szpitala jako Organizacji wymaga odpowiednich do potrzeb i oczekiwań odbiorców zasobów. Zasób jest jednym z podstawowych pojęć stosowanych w ekonomice. Jednym z najważniejszych problemów ekonomicznych jest istnienie sprzeczności pomiędzy nieograniczonymi potrzebami ludzkimi w zakresie dóbr i usług, a ograniczonymi zasobami niezbędnymi do ich wytworzenia (praca, maszyny, surowce) [1]. Dlatego coraz powszechniej analizowanym problemem w ekonomice ochrony zdrowia jest wyjaśnienie alokacji zasobów systemu ochrony zdrowia, odpowiadających potrzebom zdrowotnym ludności i oczekiwaniom społecznym oraz efektywności i dostępności tego systemu. Poprzez alokację zasobów w gospodarce rozumiany jest opis, jakie dobra, w jaki sposób oraz dla kogo są produkowane [1]. Powiązanie i koordynowanie wszystkich zasobów przedsiębiorstwa w celu osiągnięcia celów organizacji jest podstawą procesu zarządzania. Zasoby wykorzystywane przez wszelkiego rodzaju Organizacje można podzielić na cztery podstawowe rodzaje:

1. Zasoby ludzkie – umiejętności, wiedza, zdolności oraz predyspozycje wszystkich osób zatrudnionych w przedsiębiorstwie.
2. Zasoby pieniężne – kapitał finansowy, który organizacja wykorzystuje do finansowania działań zarówno bieżących, jak i długoterminowych.
3. Zasoby rzeczowe – w skład, których wchodzi między innymi surowce, półprodukty, pomieszczenia biurowe i produkcyjne oraz wszelkiego rodzaju sprzęt.
4. Zasoby informacyjne – to wszelkiego rodzaju dane potrzebne do skutecznego podejmowania decyzji [3].

Analizując pojęcie struktury, przyjęto teorię Avedisa Donabediana. Zgodnie z modelem jakości opieki zdrowotnej prezentowanym w latach sześćdziesiątych XX wieku przez Avedisa Donabediana, opieka zdrowotna jest hierarchicznie zorganizowanym systemem, który można charakteryzować w odniesieniu do trzech elementów: jakości struktury, jakości procesów i jakości wyniku. Jakość struktury to warunki, w jakich realizowana jest opieka, czyli budynki, aparatura medyczna, zasoby ludzkie, ich kwalifikacje. Donabedian zidentyfikował również trzy pod-

stawowe wymiary jakości: techniczny (np. aparatura medyczna), nie-techniczny (interakcje pomiędzy pacjentem a personelem) i środowiskowy (miejsce realizacji świadczeń) [2].

Wychodząc zatem z definicji zasobów [1, 3], znanej z literatury z zakresu zarządzania oraz posiłkując się modelem jakości Donabediana [2], który wyodrębnił kryterium struktury, wymiar techniczny i środowiskowy jakości, przyjęto dla potrzeb pracy symptomatologię: zasoby strukturalne, jako wspólne określenie zasobów ludzkich w zakresie realizacji opieki pielęgniarstwa i zasobów rzeczowych ujętych w kontekście środowiskowego wymiaru jakości.

Celem pracy była analiza zasobów strukturalnych stacjonarnego leczenia pediatrycznego w zakresie warunków pobytu opiekunów, warunków wpływających na bezpieczeństwo opieki tj.: warunki bloku operacyjnego, centralnej sterylizacji, dostosowanie infrastruktury szpitala do wymogów przeciwpożarowych, do ruchu osób niepełnosprawnych oraz analiza zabezpieczenia opieki pielęgniarstwa w oddziałach pediatrycznych szpitali podstawowych i specjalistycznych oraz oddziałów neonatologicznych o różnym poziomie referencyjności w szpitalach w Polsce.

Materiał, metody i wyniki badań

Specjalistyczna stacjonarna opieka zdrowotna nad populacją wieku rozwojowego w Polsce realizowana jest przez specjalistyczne szpitale pediatryczne o statusie szpitali wojewódzkich, uniwersyteckich, klinicznych i instytutów. Do tej grupy zakwalifikowano 22 Ośrodki. Stacjonarna pediatryczna opieka zdrowotna poziomu tzw. podstawowego realizowana jest w oddziałach pediatrycznych szpitali ogólnych. Natomiast stacjonarna opieka neonatologiczna podzielona jest przez nadzór specjalistyczny i Narodowy Fundusz Zdrowia jako płatnika, na trzy poziomy referencyjne, w zależności od kadry realizującej tę opiekę, wyposażenia oddziału oraz dostępności do realizacji odpowiednich dla danego poziomu procedur [9]

Analizę przedstawiono w oparciu o materiał badawczy zgromadzony na podstawie badań przeprowadzonych w IV kwartale 2009 r., w roku 2011 oraz I kwartale 2012 r. W roku 2009 badania przeprowadzono w 17 szpitalach pediatrycznych i wielospecjalistycznych posiadających oddziały neonatologiczne, w roku 2012 zaś przeprowadzono badania również w 17 szpitalach, ale były to tylko ośrodki specjalistyczne pediatryczne. Wykorzystano dwa kwestionariusze ankiety własnego autorstwa, które skierowano do kadry kierowniczej badanych szpitali. Badaniami objęto szpitale zlokalizowane we wszystkich województwach w Polsce. Badania w 2011 roku, przeprowadzono w oparciu o kwestionariusz ankiety przygotowany przez Ministerstwo Zdrowia dla Konsultantów Krajowych i skierowano odpowiednio do konsultantów wojewódzkich w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub przedstawicieli wojewodów.

Zasoby szpitali pediatrycznych, czyli baza szpitalna, warunki hotelowe w oddziałach dla pacjentów i ich opiekunów zależne są od zapotrzebowania na hospitalizację dzieci i pobyt opiekunów. Przeanalizowano zatem liczbę hospitalizowanych pacjentów w 17 badanych specjalistycznych szpitalach pediatrycznych w roku 2005 i w roku 2011 oraz odsetek przebywających wraz z dzieckiem opiekunów, jak również warunki jakie opiekunowie mają do dyspozycji. Analizę przedstawiono w tabeli 1. Dla zachowania anonimowości szpitala, nadano badanym szpitalom odpowiedni numer oraz wskazano województwo, w którym szpital jest zlokalizowany.

Z analizy wyników zawartych w tabeli 1 wynika, że w latach 2005–2011 nastąpił wzrost liczby hospitalizowanych pacjentów w zdecydowanej większości specjalistycznych szpitali pediatrycznych od 4,5% poprzez 10%, 25% do 58% włącznie.

Porównanie liczby hospitalizacji w roku 2011 w stosunku do 2005 w badanych szpitalach przedstawia się następująco:

- zmniejszenie liczby hospitalizacji 2–3% – 3 szpitale;
- zwiększenie liczby hospitalizacji 4,5–10% – 4 szpitale;
- zwiększenie liczby hospitalizacji 13–25% – 6 szpitali;
- zwiększenie liczby hospitalizacji 30–58% – 3 szpitale.

Tabela 1. Liczba pacjentów i warunki dla opiekunów w specjalistycznych szpitalach pediatrycznych w latach 2005–2011

Specjalistyczny Szpital Dziecięcy	Ilość hospitalizacji w roku 2005	Ilość hospitalizacji w roku 2011	Różnica w ilości hospitalizacji w %	% opiekunów wraz z pacjentami	Warunki dla opiekunów
1	2	3	4	5	6
1. śląskie	4 452	5 597	+ 25%	85%	Na sali rozkładane łóżka, aneksy wypoczynkowe, telefony,
2. śląskie	974	973	Bz	50 %	Na Sali rozkładane łóżka, aneksy wypoczynkowe, telefony
3. śląskie	15 039	18 140	+ 21%	41%	21% sal dla matek z dziećmi, na Sali rozkładane łóżka, hotel, telefon, internet
4. mazowieckie	30 858	37 935	+ 23%	70%	Hotel, strefy dla rodziców, na Sali rozkładane łóżka, telefon, internet
5. mazowieckie	12 299	13 457	+ 10%	90%	15% sal dla matek z dziećmi rozkładane łóżka, aneksy wypoczynkowe, telefon, internet
6. mazowieckie	22 295	26 386	+18%	70%	Na Sali rozkładane łóżka, telefon, internet
7. mazowieckie	7 997	8 826	+10%	50%	50% sal dla matek z dziećmi aneksy wypoczynkowe, rozkładane łóżka, telefon, internet
8. małopolskie	26 609	34 505	+ 30%	70%	Hotel, na Sali rozkładane fotele, telefon internet
9. małopolskie	1 527	1 492	- 2%	90%	100 % pokoi dla dziecka z opiekunem, telefon, internet
10. małopolskie	4 775	5 077	+ 6%	70%	Rozkładane łóżka na salach chorych, telefon
11. podlaskie	19 775	19 205	- 3%	55%	15 % sal dla matki z dzieckiem, rozkładane łóżka na salach, telefon internet
12. pomorskie	6 039	7 428	+ 23%	50%	30 % sal dla matki z dzieckiem, na Sali rozkładane łóżka, telefon,

Tabela 1 (cd.)

1	2	3	4	5	6
13. lubelskie	21 616	29 621	+ 37%	50%	Hotel, na salach rozkładane łóżka, telefon, internet
14. świętokrzyskie	14 971	16 194	+ 8%	55%	12 % sal dla matki z dzieckiem, na Sali rozkładane łóżka, telefon, Internet
15. dolnośląskie	6 037	6 841	+ 13%	50%	Na Sali rozkładane łóżka, telefon internet
16. kujawsko-pomorskie	8 356	8 714	+ 4,5%	40%	Na Sali rozkładane łóżka, telefon, internet
17. warmińsko-mazurskie	15 552	24 587	58%	65%	Na salach rozkładane łóżka, telefon, internet

Źródło: Badania własne.

Dodatkowo w każdym ze szpitali przebywają całodobowo opiekunowie. Odsetek dzieci hospitalizowanych wraz z pobytem opiekuna stanowi od 40% do 85%. Najczęściej pobyt opiekuna odbywa się na sali wraz z dzieckiem, niektóre szpitale mają do dyspozycji opiekunów pokoje hotelowe. Zdecydowana większość rodziców preferuje jednak pobyt wprost przy dziecku, a nie w pokoju hotelowym. Sytuacja ta determinuje potrzeby dostosowania infrastruktury szpitali nie tylko w zakresie poprawy jakości, dostępności i bezpieczeństwa opieki nad pacjentem ale i w zakresie warunków przebywania opiekunów.

Warunki pobytu opiekunów podczas hospitalizacji dziecka:

- pokoje hotelowe dla rodziców posiada – 4 szpitale/17;
- sale dla dziecka z opiekunem posiada – 7 szpitali/17;
- wydzielone strefy dla rodziców (ale nie we wszystkich oddziałach) tj. pokoje dzienne, kuchenki, pokoje odpoczynkowe posiada – 10 szpitali /17; jednak jest to proces ciągły, zmiany zachodzą sukcesywnie
- wszystkie szpitale mają możliwość pobytu opiekuna na rozkładanych łóżko-fotelach na salach z dzieckiem (z zapewnionym minimum prysznic, lodówki itp.)

Dostęp do telefonu dla pacjentów mają wszystkie szpitale, zaś pełny dostęp do internetu dla pacjentów i opiekunów posiada 13 szpitali, w ograniczonym zakresie 1 szpital, zaś 3 szpitale nie posiadają takiej dostępności.

W ciągu ostatnich 6 lat we wszystkich specjalistycznych szpitalach pediatrycznych nastąpiły znaczące zmiany strukturalne wpływające na poprawę warunków pobytu opiekunów.

Na podstawie ankiet zebranych od dyrekcji szpitali pediatrycznych, przedstawiono analizę zbiorczą warunków strukturalnych wpływających na bezpieczeństwo opieki. Do tej grupy strukturalnej zaliczono warunki, w jakich znajduje się blok operacyjny, centralna sterylizatornia, spełnienie wymogów przeciwpożarowych, dostosowanie infrastruktury do ruchu osób niepełnosprawnych. Zbiorczą analizę opisową przedstawiono poniżej.

Warunki strukturalne wpływające na bezpieczeństwo opieki w badanych szpitalach, przedstawiają się następująco:

1. Blok operacyjny: spełniający wymogi jest w 6 szpitalach, w trakcie dostosowania (rozbudowa, budowa zakończenie 2012–2014) w kolejnych 6 szpitalach, jest projekt dostosowania w 2 kolejnych, w planie utworzenie bloku operacyjnego – 1 szpital (3 szpitale ze względu na strukturę pacjentów nie posiadają bloku operacyjnego).
2. Centralne sterylizatornie: spełniające wymogi jest w 5 szpitalach, w trakcie dostosowania (rozbudowa, budowa zakończenie 2012–2014) w kolejnych 4 szpitalach, w planach dostosowawczych – w 5 szpitalach, pozostałe 3 szpitale nie posiadają własnej sterylizatorni.
3. Spełnienie warunków bezpieczeństwa przeciwpożarowego – 8 szpitali, w trakcie dostosowania (rozbudowa, budowa zakończenie 2012–2014) – w 6 szpitalach, w planie dostosowanie do 2016 r. – 3 szpitale.
4. Dostosowanie infrastruktury do ruchu osób niepełnosprawnych posiada 11 szpitali, w trakcie dostosowania – 3 szpitale, plany dostosowawcze do 2016 r. posiadają 3 szpitale.
5. Inne inwestycje w celu poprawy warunków strukturalnych realizowane przez 17 badanych szpitali w okresie od 2005 roku dotyczyły:
 - modernizacji i wyposażenia pracowni radiologicznych + uruchomienie pracowni tomografii komputerowej – 5 szpitali;
 - modernizacji przychodni specjalistycznej, poprawa warunków lokalowych, zakup sprzętu – 4 szpitale;
 - modernizacji i wyposażenia zakładu diagnostyki laboratoryjnej – 3 szpitale;
 - przeprowadzenia termomodernizacji budynku z wymianą sieci – 6 szpitali;
 - modernizacji klimatyzacji – 2 szpitale;
 - modernizacji i dostosowania oraz doposażenia oddziałów szpitalnych – 12 szpitali (w tym 2 szpitale – wszystkie oddziały, pozostałe szpitale – sukcesywnie po kilka oddziałów, w tym SOR, OIT, oddziały rehabilitacyjne, onkologia, neonatologie i inne);
 - aptek, dostosowania pracowni cytostatyków i żywienia – 3 szpitale;
 - wprowadzenia informatyzacji – 5 szpitali;

- zmian w tzw. środowisku opieki (kuchnia, elektryka, tlenownia, para itp.) – 4 szpitale.

W ciągu ostatnich 6 lat we wszystkich specjalistycznych szpitalach pediatrycznych nastąpiły znaczące zmiany strukturalne wpływające na poprawę bezpieczeństwa opieki. Środki finansowe na poprawę warunków strukturalnych pochodziły z projektów unijnych, wkładu organów założycielskich, funduszy ochrony środowiska, funduszy osób niepełnosprawnych, środków własnych szpitali oraz z funduszy wielu fundacji, w pozyskiwaniu których niewątpliwym wkład mieli dyrektorzy tych szpitali. Duży udział w wyposażeniu w sprzęt i aparaturę medyczną ma Fundacja Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy, która w okresie od 2005 roku zakupiła sprzęt do leczenia chorób laryngologicznych, urazów u dzieci, leczenia chorób onkologicznych, cukrzycy, diagnostyki słuchu, intensywnej terapii noworodka itp. Sukcesywny proces modernizacji i dostosowania oddziałów szpitalnych do wymogów, powstawanie nowych pracowni diagnostycznych, zwiększająca się liczba pacjentów hospitalizowanych oraz hospitalizacja dzieci wraz z ich opiekunami wymagają powiększenia bazy specjalistycznych szpitali pediatrycznych.

Na podstawie analizy ankiet wypełnionych przez dyrektorów szpitali pediatrycznych stwierdzono, że:

- w trakcie rozbudowy bazy szpitalnej bądź budowy jest 7 szpitali pediatrycznych (Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie, SP Dziecięcy Szpital Kliniczny w Warszawie, Szpital Dziecięcy Warszawa ul. Niekłańska, Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie, Wojewódzki Szpital Dziecięcy w Bydgoszczy, Szpital Dziecięcy we Wrocławiu oraz Szpital Dziecięcy w Dziekanowie Leśnym). Mają one określone i zagwarantowane środki na realizację inwestycji przez: budżet państwa, projekty unijne, organy założycielskie;
- w 2 szpitalach jest planowana rozbudowa (Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Kielcach, Specjalistyczny ZOZ nad Matką i Dzieckiem w Gdańsku).

Zasoby kadrowe dotyczące opieki pielęgniarstwiej w oddziałach pediatrycznych i neonatologicznych

W obszarze leczenia stacjonarnego w oddziałach pediatrycznych, neonatologicznych i innych specjalistycznych dla dzieci, pracuje ok. 15 tysięcy pielęgniarek i położnych, z których ok. 10% posiada specjalizację. Średnią alokację w województwach, przedstawiono w tabeli 2 za pomocą wskaźnika zatrudnienia pielęgniarek na 1 łóżko. Konsultanci wojewódzcy w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego w ramach kontroli podmiotów leczniczych, zwracają uwagę na dostosowanie liczby pielęgniarek i opiekunek dziecięcych do zapotrzebowania na opiekę w czasie bieżącym i planistycznym.

W oddziałach pediatrycznych poziomu podstawowego wskaźnik zatrudnienia pielęgniarek wynosi od 0,5 (w województwie kujawsko-pomorskim, dolnośląskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim) do 1,9 (małopolskie), 1,8 (podlaskie).

W oddziałach pediatrycznych poziomu specjalistycznego i innych oddziałach specjalistycznych dla dzieci wskaźnik zatrudnienia pielęgniarek wynosi od 0,5 (lubuskie i kujawsko-pomorskie) do 1,7 (mazowieckie), 1,5 (pomorskie).

W oddziałach neonatologicznych poziomu podstawowego w szpitalach powiatowych wskaźnik zatrudnienia pielęgniarek i położnych wynosi od 0,5 (kujawsko-pomorskie i lubuskie) do 2,0 (mazowieckie i pomorskie).

W oddziałach neonatologicznych poziomu specjalistycznego (II i III poziom referencyjny) wskaźnik zatrudnienia pielęgniarek i położnych wynosi od 0,7 (lubuskie), do 2,0 (mazowieckie i pomorskie).

Szczegółowej analizie poddano wybiórczo strukturę kadry pielęgniarstwiej oddziałów neonatologicznych w 17 szpitalach, posiadających różny poziom referencyjności.

**Tabela 2. Dostępność do opieki pielęgniarstwa
(wskaźniki: liczba pielęgniarek/1 łóżko)**

Lp.	Województwo	Szpitale podstawowe		Szpitale specjal./kliniki	
		Oddz. neon.	Oddz. ped.	Oddz. neon.*	Oddz. ped.
1.	dolnośląskie	0,7	0,6	0,8	0,85
2.	kujawsko-pomorskie	0,5	0,5	0,8	0,5
3.	lubelskie	0,7	0,8	1,1	1,1
4.	lubuskie	0,5	0,6	0,7	0,5
5.	łódzkie	brak danych	brak danych	brak danych	brak danych
6.	małopolskie	1,2	1,9	1,0	0,8
7.	mazowieckie	2,0	1,6	2,0	1,7
8.	opolskie	brak danych	brak danych	brak danych	brak danych
9.	podkarpackie	brak danych	brak danych	brak danych	brak danych
10.	podlaskie	1,3	1,8	1,5	1,3
11.	pomorskie	2,0	1,7	2,0	1,5
12.	śląskie	brak danych	brak danych	brak danych	brak danych
13.	świętokrzyskie	0,6	0,5	1,1	0,7
14.	warmińsko-mazurskie	1,0	0,5	1,3	0,9
15.	wielkopolskie	1,15	0,66	1,25	0,65
16.	zachodnio-pomorskie	brak danych	brak danych	brak danych	brak danych

* - uwzględniono opiekę pielęgniarstwa sprawowaną przez pielęgniarki i położne.

Źródło: Badania własne.

Jako pożądane kwalifikacje pielęgniarek oddziałów neonatologicznych, które określono w V kolumnie tabeli jako „pożądane”, przyjęto posiadanie specjalizacji lub kursu kwalifikacyjnego w dziedzinach: intensywnej terapii i anestezjologii, pielęgniarstwa pediatrycznego lub pielęgniarstwa neonatologicznego. Z analizy powyższej tabeli wynika zatem, że w badanych ośrodkach I poziomu referencyjnego pożądane kwalifikacje posiada 42% pielęgniarek, w ośrodkach II poziomu referencyjnego – 48% pielęgniarek, w ośrodkach III poziomu referencyjnego – tylko 20% pielęgniarek.

Tabela 3. Struktura kadry pielęgniarskiej w 17 badanych oddziałach neonatologii (8)

Poziom referencyjny	Liczba zatrudnionych pielęgniarek/liczba ośrodków	W tym posiadające kurs z zakresu resuscytacji krążeniowo oddechowej	W tym liczba pielęgniarek posiadających wykształcenie wyższe	W tym liczba pielęgniarek posiadających požądane kwalifikacje (specjal. lub kurs kw.)
I poz.	38 piel./2	8 piel. (21%)	3 piel. (10%)	16 piel. (42%)
II poz.	149 piel./6	15 piel. (10%)	31 piel. (20%)	71 piel. (48%)
III poz.	552 piel./9	56 piel. (10%)	100 piel. (18%)	110 piel. (20%)
Razem	739 piel./17	79 piel. (11%)	134 piel. (18%)	197 piel. (27%)

Średnio we wszystkich badanych ośrodkach tylko 27% pielęgniarek posiada specjalistyczne kwalifikacje, uzyskane w ramach kształcenia podyplomowego. Należy zadać pytanie: czy te wskaźniki są zadowalające? Aby odpowiedzieć na to pytanie, należy przyjąć optymalne założenie, czego oczekujemy. Przyjęto zatem, że docelowo wskazanym byłoby, aby na każdym dyżurze była jedna pielęgniarka z kwalifikacjami specjalistycznymi [8].

Do celów planowania opieki i zabezpieczenia na każdym dyżurze obecności, co najmniej 1 pielęgniarki lub położnej, z kwalifikacjami požądanymi/specjalistycznymi, oddział powinien posiadać łącznie co najmniej 5 etatów. Biorąc pod uwagę łączną liczebność zatrudnionych pielęgniarek w analizowanych oddziałach na poszczególnych poziomach referencyjnych i uśrednione dane, z tabeli 3 możemy wyliczyć:

- 2 oddziały I poziomu referencyjnego posiadają łącznie 16 pielęgniarek z kwalifikacjami specjalistycznymi, czyli średnio na oddział i na każdy dyżur przypada przeliczeniowo 1,5 etatu pielęgniarki z kwalifikacjami specjalistycznymi;
- 6 oddziałów II poziomu referencyjnego posiada 71 pielęgniarek z kwalifikacjami specjalistycznymi, czyli średnio na oddział i na każdy dyżur przypadają przeliczeniowo ponad 2 etaty pielęgniarki z kwalifikacjami specjalistycznymi;
- 9 oddziałów III poziomu referencyjnego posiada 110 pielęgniarek z kwalifikacjami specjalistycznymi, czyli średnio na oddział i na każ-

dy dyżur przypada przeliczeniowo ok. 2,5 etatu pielęgniarki z kwalifikacjami specjalistycznymi.

Analiza nie obejmuje wskaźnika zatrudnienia i wielkości oddziałów, gdyż wszyscy dyrektorzy, bądź naczelnice pielęgniarki wypełniające kwestionariusz zadeklarowali, że oddział spełnia pod względem liczby zatrudnionych pielęgniarek wymogi Rozporządzenia Ministra Zdrowia w świadczeń gwarantowanych w zakresie oddziału neonatologii.

Analiza szczegółowa ankiet, pozwoliła jednak na indywidualną ocenę każdego kwestionariusza pod kątem przyjętego powyżej założenia, czyli zabezpieczenia na każdym dyżurze obecności, co najmniej 1 pielęgniarki lub położnej z kwalifikacjami specjalistycznymi. Takiego minimum spośród badanych szpitali nie posiada 1 ośrodek III poziomu referencyjnego i 4 ośrodki II poziomu referencyjnego [8].

Potrzeby kadrowe w stacjonarnym leczeniu pediatrycznym wpływające na poprawę dostępności do specjalistycznej opieki pielęgniarskiej

Na podstawie zebranych danych oraz raportu konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa przedstawiono poniżej potrzeby wzmocnienia dostępności specjalistów w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego i pielęgniarstwa neonatologicznego [13].

1. Potrzeby w zakresie kształcenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego:
 - a. Województwo dolnośląskie – 197 osób,
 - b. Województwo lubuskie – 100 osób,
 - c. Województwo mazowieckie – 115 osób,
 - d. Województwo podlaskie – 25 osób,
 - e. Województwo pomorskie – 25 osób,
 - f. Województwo świętokrzyskie – 29 osób,
 - g. Województwo warmińsko-mazurskie – 40 osób,
 - h. Województwo wielkopolskie – 100 osób.

2. Potrzeby w zakresie kształcenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego:
 - Województwo dolnośląskie – 211 osób,
 - Województwo lubuskie – 90 osób,
 - Województwo podlaskie – 25 osób,
 - Województwo pomorskie – 35 osób,
 - Województwo warmińsko-mazurskie – 60 osób,
 - Województwo wielkopolskie 50 osób.

Wnioski

1. W specjalistycznych szpitalach dziecięcych na przestrzeni ostatnich lat zmieniały się potrzeby strukturalne: wzrosła liczba leczonych pacjentów i z większością pacjentów przebywają opiekunowie. Te uwarunkowania determinują potrzeby dostosowania bazy i struktury oddziałów pediatrycznych.
2. W ciągu ostatnich 6 lat we wszystkich specjalistycznych szpitalach pediatrycznych nastąpiły znaczące zmiany strukturalne wpływające na poprawę warunków pobytu opiekunów oraz wpływające na bezpieczeństwo pacjentów.
3. W trakcie budowy lub rozbudowy jest 7 szpitali pediatrycznych, w których zakończenie prac przewidywane jest na koniec roku 2012, 2014 i 2016.
4. Dwa szpitale posiadają plan rozbudowy i budowy nowego obiektu.
5. Tylko ok. 10% pielęgniarek stacjonarnej opieki pediatrycznej posiada specjalizację.
6. Tylko 27% pielęgniarek i położnych spośród badanych 17 oddziałów neonatologicznych posiada specjalistyczne kwalifikacje uzyskane w ramach kształcenia podyplomowego.
7. W systemie pediatrycznej opieki specjalistycznej występuje brak specjalistów w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego, pediatrycznego.

Literatura

- [1] Begg D., *Mikroekonomia*, PWE, Warszawa, 2003.
- [2] Donabedian A., *Evaluating the quality of medical care*, [w:] Milbank Memorial Fund Quarterly, vol. 44, no. 3, pp. 166-2006, 1966.
- [3] Griffin R.W., *Podstawy Zarządzania Organizacjami*, PWN, Warszawa, 2004.
- [4] Lewandowski R. (red), *Współczesne wyzwania strukturalne i menedżerskie w ochronie zdrowia*, Katedra organizacji i zarządzania UWM, Olsztyn, 2008.
- [5] Niżankowski R., *Jakość świadczeń zdrowotnych i jej ocena*, [w:] Zdrowie i Zarządzanie. Vol. V, no. 6, 2003.
- [6] Ksykiewicz-Dorota A. (red.), *Zarządzanie w pielęgniarstwie*, Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2005.
- [7] Piskorz-Ogórek K., *Kierunki rozwoju pielęgniarstwa pediatrycznego*, [w:] XII Ogólnopolska Konferencja: Jakość w Opiece Zdrowotnej. CMJwOZ, Kraków, 2008, s. 113-117.
- [8] Piskorz-Ogórek K., *Opieka pielęgniarska na oddziałach neonatologicznych i intensywnej terapii w Polsce*, [w:] Standardy Medyczne/Pediatrica, 2011, T. 8, nr 1 specjalny, s. 137-143.
- [9] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.
- [10] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą
- [11] Ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej
- [12] Ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
- [13] Raport Konsultanta Krajowego w Dziedzinie pielęgniarstwa Pediatrycznego za rok 2011.

Jolanta Paciuch

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie

Objawy stresu u pacjentów związane z zabiegiem operacyjnym

Symptoms of stress felt by patients due to surgery

Abstract: The health care puts out a challenge with relation to the stress felt by patients. The stress may impair the results of therapy by triggering constant anxiety and resistance. The challenge is brought about by facing with the necessity of coming into contact with treatments, strange persons and environments, disease and its course, and fear of the unknown and unforeseeable future. Additionally the patients have to meet the challenge connected with the disease itself and the necessity of revealing their suffering, weakness, and fear to other people.

Wstęp

W przypadku hospitalizacji szereg czynników należących do społecznego układu odniesienia pacjenta potęguje sytuację stresogenną poprzez zwiększenie uczucia osamotnienia, bezradności, zmianę obrazu samego siebie i obniżoną samoocenę [2]. Choroba wywołuje wiele reakcji emocjonalnych. Nawet pozytywne emocje, takie jak nadzieja czy ulga, mogą okazać się problematyczne w chwili gdy są intensywne, długotrwałe bądź niewłaściwie ukierunkowane [3]. Emocje towarzyszące chorobie somatycznej mają przeważnie zabarwienie negatywne (lęk, niepokój, smutek) [4]. Specyficzne lęki mogą być wynikiem wcześniejszych doświadczeń bądź też opierają się na informacjach pochodzących od rodziny bądź przyjaciół. Mogą wynikać więc nie tyle z obecnej sytuacji,

co ze wspomnień związanych z pobytem krewnych w szpitalu, którzy być może nie otrzymali profesjonalnej pomocy [3].

Jeśli choroba pojawia się w okresie pełnej aktywności społecznej, rodzinnej i zawodowej, powoduje nagłe ograniczenie normalnego funkcjonowania. Taka sytuacja wyzwała mechanizmy adaptacji do choroby, ale również przyczynia się do możliwości wystąpienia zaburzeń depresyjnych i lękowych [5]. Brak psychologa wśród zespołów terapeutycznych w większości placówek ochrony zdrowia, powoduje nieuwzględnianie holistycznego podejścia do potrzeb osób chorych i problemów psychologicznych [6].

Celem pracy było poznanie stanu emocjonalnego pacjentów leczonych operacyjnie, sposobów radzenia sobie z sytuacją trudną w okresie okołoperacyjnym oraz możliwości uzyskania wsparcia ze strony personelu medycznego.

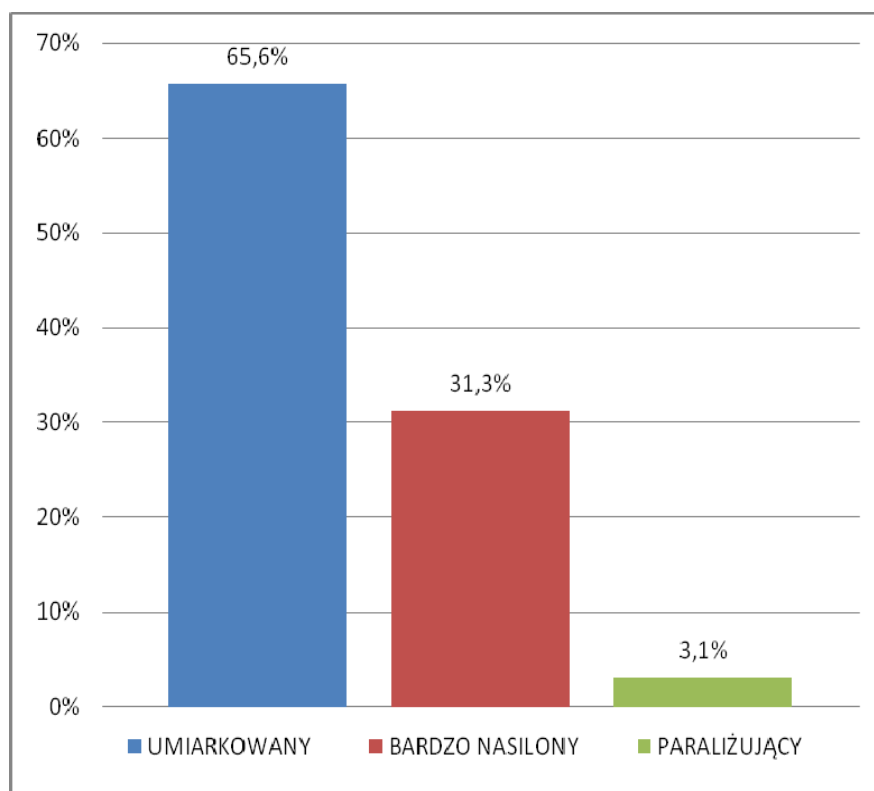
Materiał, metoda i wyniki badań

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego na terenie Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie wśród pacjentów oddziałów zabiegowych. Ankietowani przebywali na funkcjonujących w szpitalu oddziałach: chirurgicznym, ortopedycznym i ginekologicznym w okresie styczeń, luty, marzec 2009 roku. Za pomocą specjalnie przygotowanego kwestionariusza ankiety przebadano 50 pacjentów (100%) leczonych operacyjnie a wśród nich znalazło się 20 mężczyzn (40%) i 30 kobiet (60%). Ankietę skierowano do chorych w wieku od 20 do 85 lat. Średnia wieku wynosiła 53 lata. Leczenie operacyjne przebiegało ze wskazań nagłych bądź w trybie planowym.

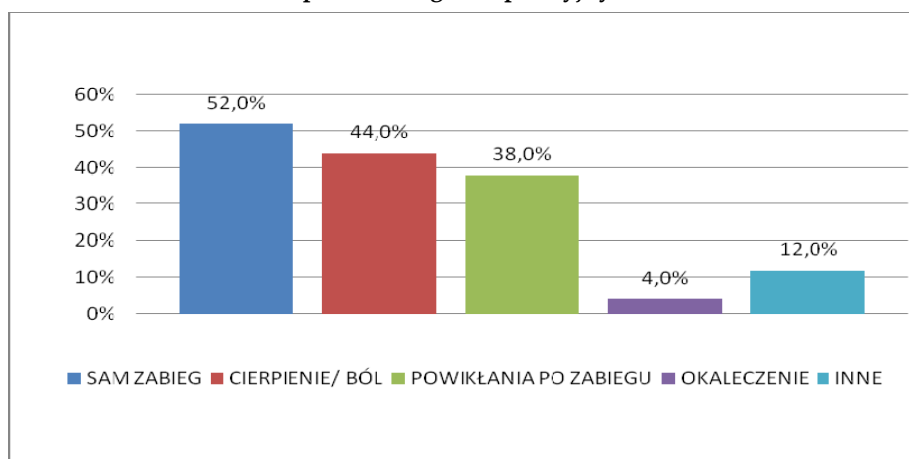
Wyniki badań wykazały, że hospitalizacja i konieczność zastosowania leczenia operacyjnego wiąże się z obciążeniem psychiki poprzez działanie czynników stresujących. W grupie badanych pacjentów u 32 osób (64%) wystąpił lęk o własne zdrowie, 13 ankietowanych (26%) nie zauważyło u siebie oznak lęku, a 5 osób (10%) nie pamięta tej okoliczności. Wśród respondentów, którzy przed zabiegiem operacyjnym odczuwali lęk, 21 pacjentów (65,6%) zdefiniowało jego charakter jako umiarkowany, 10 osób (31,3%) jako bardzo nasilony, a 1 chory (3,1%) jako

wręcz paraliżujący. Najczęściej występującą przyczyną niepokoju przed zabiegiem operacyjnym jest sam zabieg – 26 odpowiedzi (52%). Na drugim miejscu pacjenci sklasyfikowali cierpienie i ból związany z zabiegiem operacyjnym – 22 udzielone odpowiedzi (44%). Tylko 6 badanych (12%) wskazało na inne przyczyny niepokoju: brak sprawności fizycznej po przeprowadzonej operacji, występującą u siebie chorobę serca i układu krążenia jako dodatkowe obciążenie dla organizmu, strach przed niewybudzeniem się ze znieczulenia i śmiercią na stole operacyjnym, jak również samo znieczulenie ogólne.

Rysunek 1. Skala odczuwanego lęku w okresie przedoperacyjnym



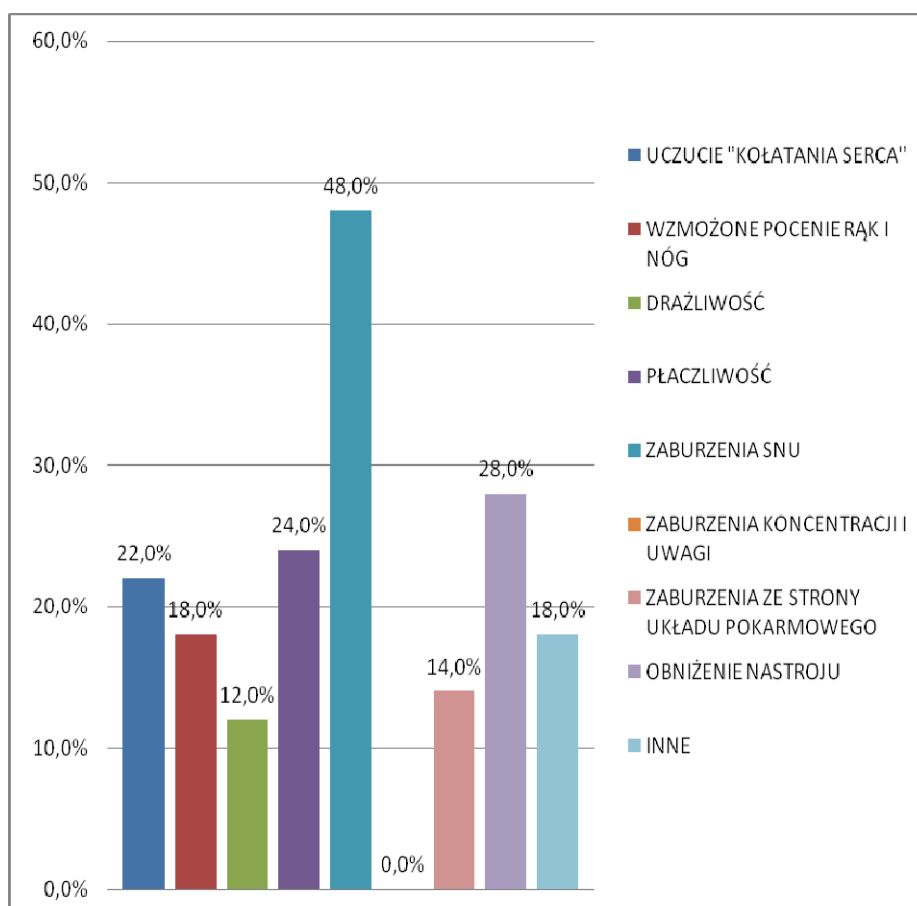
Rysunek 2. Analiza przyczyn niepokoju występującego przed zabiegiem operacyjnym



* Badani udzielali więcej niż jednej odpowiedzi.

W sytuacji stresu związanej z pobytem w szpitalu i leczeniem operacyjnym wśród badanych pacjentów 24 (48%) wykazało zaburzenia snu. Wiąże się to ze zmianą otoczenia, uzależnieniem od osób obcych, niepewnością skojarzoną z przebiegiem procesu leczenia i jego efektami oraz wzmożoną czujnością. Znaczna część chorych 14 (28%) obserwuje u siebie obniżenie nastroju związane z koniecznością adaptacji w nowym otoczeniu, a nawet płaczliwość 12 (24%). Z somatycznymi objawami stresu 11 pacjentów (22%) kojarzyło uczucie wzmożonej pracy serca, 9 (18%) nadmierne pocenie dystalnych części ciała oraz 7 badanych (14%) wykazało zaburzenia ze strony układu pokarmowego, a 6 badanych (12%) w okresie hospitalizacji ujawniło drażliwość. W badanej grupie nikt nie wykazuje zaburzeń koncentracji i uwagi, choć nieraz obserwuje się u chorych trudności z przyswojeniem i zastosowaniem się do prostych zaleceń oraz trudność w skupieniu uwagi na udzielanych wskazówkach.

Wykres 3. Somatyczne i psychiczne objawy stresu występujące podczas pobytu w szpitalu



* Badani udzielali więcej niż jednej odpowiedzi

Przeprowadzone badania wykazują, że pacjenci przebywający w oddziałach zabiegowych z trudnością ujawniają stany emocjonalne towarzyszące swojej chorobie. Natomiast z satysfakcją przyjmują minimalizowanie objawów bólowych dzięki współczesnej farmakologii, co skutkuje krótszym czasem hospitalizacji i rekonwalescencji po zabiegach operacyjnych, a tym samym zredukowaniem czynników stresujących i poprawą komfortu psychicznego.

Tabela 1. Wpływ trudności samoobsługowych po zabiegu operacyjnym na kondycję psychiczną ankietowanych pacjentów

Trudności samoobsługowe po zabiegu operacyjnym przyczyną zdenerwowania	n	%
TAK	17	34
NIE	33	66
NIE WIEM	0	0
OGÓŁEM	50	100

Dla 33 badanych (66%) trudności samoobsługowe po zabiegu operacyjnym nie były przyczyną zdenerwowania. Natomiast 17 respondentów (34%) potwierdziło negatywny wpływ trudności samoobsługowych na obniżenie kondycji psychicznej.

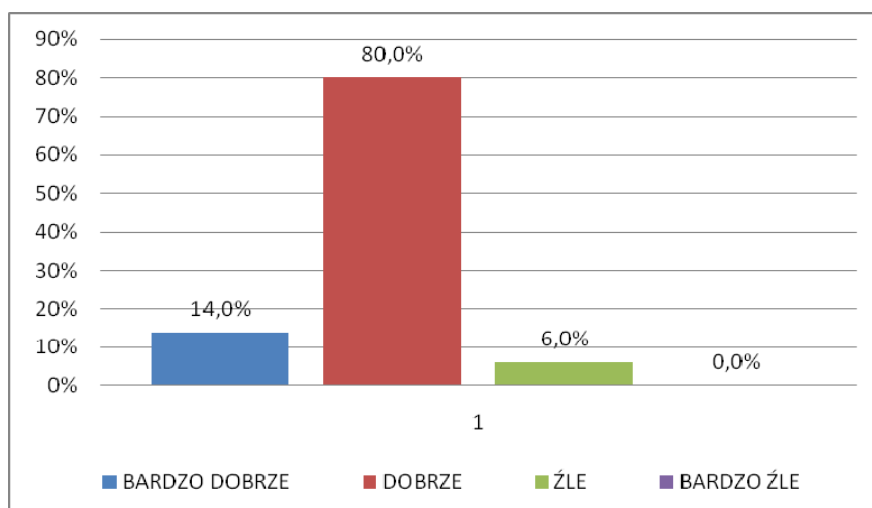
Tabela 2. Związek dolegliwości bólowych występujących po zabiegu operacyjnym z nasileniem poczucia stresu

Wpływ dolegliwości bólowych po zabiegu operacyjnym na nasilenie stresu	n	%
TAK	12	24
NIE	38	76
NIE PAMIĘTAM	0	0
OGÓŁEM	50	100

Tylko 12 badanych (24%) odczuwało nasilanie się stresu w związku z dolegliwościami bólowymi występującymi po zabiegu operacyjnym, 38 respondentów (76%) nie wskazało takiego związku.

Ważnym czynnikiem łagodzącym napięcia związane z stresorami jest umiejętność wykorzystywania przez pacjentów własnych zasobów, ale również uzyskanie informacji dostosowanej do potrzeb, terapia elementarna stosowana przez personel medyczny oraz jego kompetencje i profesjonalizm, jak również możliwość korzystania z pomocy najbliższych w okresie okołoperacyjnym.

Rysunek 4. Poziom radzenia sobie z trudnościami podczas pobytu w szpitalu w ocenie respondentów



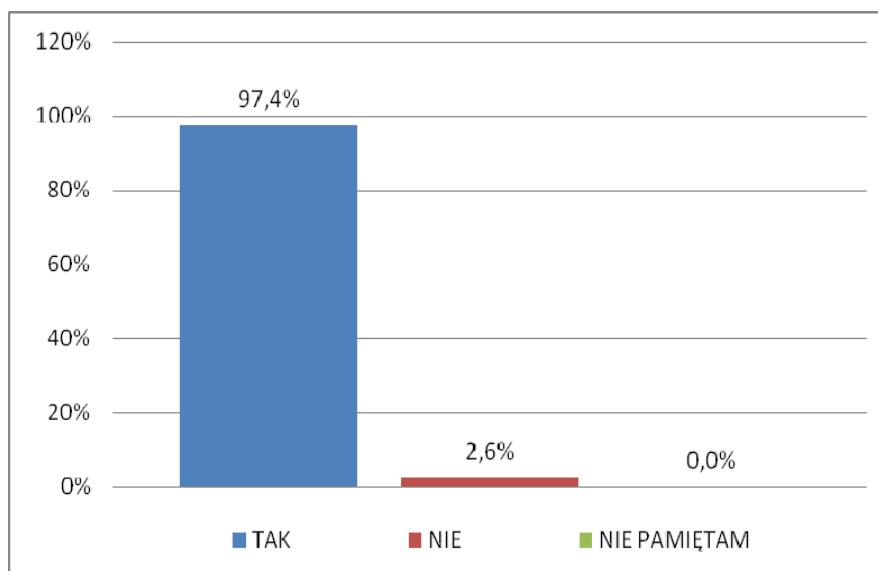
Aż 40 badanych pacjentów (80%) deklaruje, że dobrze radziło sobie z trudnościami podczas pobytu w szpitalu oraz 7 respondentów (14%) wręcz bardzo dobrze, a tylko 3 (6%), że źle.

Tabela 3. Ocena udzielanych przez zespół terapeutyczny wyjaśnień związanych z czynnościami medycznymi

Wartość i przydatność udzielanych wyjaśnień związanych z czynnościami medycznymi	n	%
TAK	38	76
NIE	6	12
NIE WIEM	6	12
OGÓŁEM	50	100

Wśród ankietowanych 38 (76%) uważa wyjaśnienia, udzielane przez personel szpitala na temat czynności medycznych, jako wystarczające i pomocne, zaś 6 pacjentów (12%) było niezadowolonych z odpowiedzi zespołu terapeutycznego na ich pytania. Kolejnych 6 badanych (12%) nie ma wyrobionego zdania.

Wykres 5. Wpływ obecności rodziny na łagodzenie niepokoju u pacjentów



Aż 38 ankietowanych (97,4%) potwierdziło poprawę samopoczucia po zabiegu operacyjnym dzięki obecności rodziny.

Dyskusja

Pobyt w szpitalu i zabieg operacyjny to odizolowanie od codziennego życia oraz uzależnienie od obcych osób w nieznanym otoczeniu. Sytuacja ta niesie ze sobą obawy: o własne reakcje w obliczu choroby i postawionej diagnozy, o przebieg leczenia i rekonwalescencji, o uzyskanie wsparcia ze strony rodziny i zespołu terapeutycznego.

Źródła podają, że pacjenci odczuwają negatywne emocje w związku z interwencją chirurgiczną. Największe nasilenie lęku występuje u kobiet, które przeszły już wcześniej zabieg operacyjny a leczenie przebiegało z powikłaniami [7]. Lęki odczuwane przez pacjentów można podzielić na lęki o rezultaty, czyli o skutki choroby i jej leczenia oraz lęki proceduralne, które powstają na bazie obaw przed klinicznymi technikami leczenia. Odczuwany lęk nie świadczy o tym, że pacjent ma niewłaściwe przekonania, ale o zachodzących zmianach w jego sposobie myślenia

i przetwarzania informacji. Dotyczy to zmiany percepcyjnych procesów uwagi. Wzrasta wyczulenie na zagrażające bodźce i chorzy zwracają szczególną uwagę na oznaki niebezpieczeństwa. Ponadto pacjenci skłonni są interpretować niejasne informacje jako zagrażające. Chorzy mają również predyspozycje do przywoływania wspomnień utożsamianych z ich obecnym nastrojem, a które również stanowiły zagrożenie. Z tych wszystkich względów pacjent może mieć inny pogląd na procedury medyczne niż klinicysta. Wyeliminowanie bądź złagodzenie lęku u pacjenta zależy w dużej mierze od oceny źródeł informacji i udzielania zrozumiałych wyjaśnień. Zabiegi, które dla pracowników opieki medycznej są rutynowe, dla pacjentów mogą kojarzyć się z niebezpieczeństwem. Chorzy rzadko mają możliwość wyrażania swoich niepokojów, kiedy jednak dochodzi do konfrontacji ujawniają się nieporozumienia, które łatwo wyjaśnić, np. znieczulenie ogólne jako procedura medyczna może wywoływać u pacjenta lęk związany z obawami przebudzenia się podczas operacji, w wyniku niedostosowania odpowiedniej dawki środków znieczulających do jego masywnego i silnego organizmu. Podobne obiekcje pojawiają się w szczególności u ludzi starszych, którzy zaniepokojeni są swoim nie najlepszym, ogólnym stanem zdrowia i możliwością przedawkowania leków znieczulających [3].

Oczekiwanie na zabieg operacyjny jest czasem do rozmyślań nad konsekwencjami znieczulenia, komplikacjami śródoperacyjnymi oraz nagłą śmiercią podczas zabiegu. Psychiatria konsultacyjna zajmująca się zagadnieniami związanymi z rozpoznawaniem, leczeniem i profilaktyką zaburzeń psychicznych w zakładach poza psychiatrycznej opieki zdrowotnej realizuje swe zadania m.in. przez udział psychiatry i psychologa w procesie leczenia i rehabilitacji chorych somatycznie, zwłaszcza z ciężkimi schorzeniami. Szacuje się, że u 65% pacjentów w trakcie hospitalizacji obserwuje się objawy kwalifikowane do zaburzeń psychicznych. U 50% pacjentów dolegliwości te nasilają się przedłużając proces terapeutyczny. Jak podaje literatura rozkład konsultacji psychiatrycznych na oddziałach zabiegowych wygląda następująco: chirurgia 13,3%, urologia, neurochirurgia i laryngologia 2,4%, ortopedia 1% i ginekologia 0,5%. W oddziałach wdrażających leczenie chirurgiczne, konsultantów najczęściej wzywano do stanów po urazach wielonarządowych i rozległych zabiegach operacyjnych głównie w obrębie jamy brzusznej. Okoliczności,

które najczęściej były przyczyną konsultacji to myśli i zachowania auto-agresywne, pobudzenie psychoruchowe, brak współpracy w procesie leczenia, informacja o wcześniejszym leczeniu psychiatrycznym, zaburzenia organiczne, zaburzenia nastroju głównie depresja [8].

W znacznej części placówek zdrowotnych pooperacyjne zaburzenia świadomości nie są uważane za poważny problem i zwykle nie korzysta się przy ich leczeniu z konsultacji. Problemem jednak mogą być zaburzenia nastroju i lęku, które występują u większości badanych pacjentów. Najczęstszymi zaś objawami lęku może być niepokój, napięcie, a także zaburzenia zasypiania. Poza wzmożonym i obniżonym nastrojem wśród badanych grup pacjentów obserwuje się okresowe rozdrażnienie i zniecierpliwienie towarzyszące głównie dłuższej hospitalizacji [9].

Literatura podaje, że wybór leczenia przeciwbólowego oraz stosowane techniki znieczulenia powodują pełną satysfakcję pacjentów, przy minimalizacji możliwych działań niepożądanych oraz interakcji lekowych [10].

Jak podają źródła pacjenci poddający się zabiegowi operacyjnemu mogą czuć się bezpiecznie, gdy są dobrze poinformowani o celu proponowanego zabiegu i rodzaju znieczulenia, gdy na zadane pytania otrzymują satysfakcjonującą odpowiedź, gdy personel unika nieudolnych i niezrozumiałej dla pacjenta terminologii medycznej oraz gdy mają świadomość, że oddali swoje zdrowie i życie w ręce fachowego i wykwalifikowanego personelu medycznego [11].

Ogólne zasoby odpornościowe człowieka opisywane przez Antonovsky'ego Aarona pozwalają na zwalczanie wielkich obciążeń w sytuacjach stresowych nie tylko poprzez hamowanie ich negatywnego oddziaływania, ale także poprzez wypracowanie odpowiednich mechanizmów walki ze stresem [12]. Badana populacja intuicyjnie niejednokrotnie uruchamiała drzemiące pokłady swoich możliwości w walce z trudnościami podczas pobytu w szpitalu wykazując samoocenę w 80% na poziomie dobrym. Chorzy przyjmowali pewne utrudnienia w zaspokajaniu własnych potrzeb jako naturalną konsekwencję leczenia chirurgicznego, a z optymizmem i nadzieją patrzyli w przyszłość. Ta grupa hospitalizowanych utrzymywała również, że nie odczuwała poczucia bezradności w okresie okołoperacyjnym, co nie zawsze jednak może potwierdzić zespół terapeutyczny pozostający w tym okresie w bliskim kontakcie

z chorym. 34% chorych ujawnia wpływ trudności samoobsługowych na obniżenie kondycji psychicznej.

Wnioski

1. Pacjenci przebywający w oddziałach zabiegowych z trudnością ujawniają stany emocjonalne towarzyszące swojej chorobie.
2. Wysokie kompetencje oraz pozytywne oddziaływanie werbalne i niewerbalne zespołów medycznych pozwalają choremu na zminimalizowanie objawów stresu w okresie okołoperacyjnym.
3. Współczesna farmakoterapia jest sprzymierzeńcem w krótszym okresie hospitalizacji i rekonwalescencji po zabiegach operacyjnych
4. Umiejętny udział rodziny chorego w procesie leczenia jest istotnym elementem udzielenia wsparcia w sytuacji stresogennej.
5. Leczenie operacyjne jest czasem wyzwań, sprawdzenia swoich możliwości i pozyskania przez pacjenta doświadczeń niepozytywnych bądź satysfakcjonujących.

Literatura

- [1] Bishop D, *Psychologia zdrowia. Zintegrowany umysł i ciało*, Wydawnictwo Astrum; Wrocław; 2000, s. 177, 182, 264.
- [2] Siwiak-Kobayashi M, *Kliniczne aspekty stresu*, [w:] Ledera S, Brykczyńska C, *Psychiatryczne i psychologiczne aspekty praktyki medycznej*, Biblioteka Psychiatrii Polskiej; Kraków; 1999, s. 21.
- [3] Salmon P, *Psychologia w medycynie wspomaga współpracę z pacjentem i proces leczenia*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; Gdańsk; 2002, s. 17, 40–41, 92, 94–97, 100, 176.
- [4] Henszen-Niejodek I, Kędziora S, *Psychologiczne aspekty radzenia sobie ze stresem*, [w:] Leder S, Brykczyńska C, *Psychiatryczne i psychologiczne aspekty praktyki medycznej*, Biblioteka Psychiatrii Polskiej; Kraków; 1999, s. 7–9.
- [5] Kawiecka-Dziembowska B, Borkowska A, Żurawski B, Pałaszewska R, Markiewicz R, *Ocena temperamentu, jakości życia i nasilenia depresji u pacjentów z chorobą Hodgkina w jej różnych fazach*, *Psychiatria Polska* 2005, tom XXXIX, nr 4.
- [6] Leder S, Brykczyńska C, *Psychiatryczne i psychologiczne aspekty praktyki medycznej*, Biblioteka Psychiatrii Polskiej; Kraków; 1999, s. 5–6.
- [7] Niechwiadowicz-Czapka T, Klimczyk A, *Przygotowanie psychiczne pacjenta do zabiegu*, *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 2008/4, s. 16–17.

-
- [8] Tworus R, Ilnicki P, Ilnicki S, Kubiak K, Wojewódzka J, Piusińska-Macoch A, *Konsultacje psychiatryczno-psychologiczne w szpitalu wojskowym*, [w:] Leder S, Brykczyńska C, *Psychiatryczne i psychologiczne aspekty praktyki medycznej*, Biblioteka Psychiatrii Polskiej; Kraków; 1999, s. 95.
- [9] Pudło R, Zembala M, Leksowski W, Matysiakiewicz J, *Zaburzenia psychiczne u chorych po transplantacji serca*, [w:] Leder S, Brykczyńska C, *Psychiatryczne i psychologiczne aspekty praktyki medycznej*, Biblioteka Psychiatrii Polskiej; Kraków; 1999, s. 113–117.
- [10] Kaczmarek D, Haduch Ł, Wasylewicz M, Bazaliński D, *Opis przypadku wielotorowego leczenia przeciwbólowego z użyciem Perfalganu, u pacjentki ze stabilną chorobą niedokrwienną serca, operowanej z powodu guza nerki*, Ból 2007, tom 8, nr 2.
- [11] Lesiak A, Pyk M, Urbańska H, *Pacjent jako podmiot-bezpieczeństwo chorego na bloku operacyjnym*, Biuletyn Specjalny Świętokrzyskiej Izby Pielęgniarek i Położnych, 2006, nr 5(137).
- [12] Urbańska H, Lesiak A, Pyk M, *Poczucie koherencji u pielęgniarek anestezjologicznych*, Biuletyn Specjalny Świętokrzyskiej Izby Pielęgniarek i Położnych, 2006, nr 5(137).

Ewelina Wasielewska

Szpital im. S. T. Dąbrowskiego w Puszczykowie

Metody uśmierzania bólu u chorych po zabiegach chirurgicznych

The methods which relief pain the patients after surgery operation

Abstract: Aim of the study, was to present methods of pain relief in patients after surgery and verify its effectiveness. The methods of research were survey and interview. Study group were patients after surgery from two hospitals in Poznań.

Based on the survey we found that in the study group the pain was effectively relieves. Some patients experienced negative symptoms related to surgery.

Key words: pain, anaesthetic, surgery operation, patients, anaesthesiology;

Wstęp

Według Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu – ból jest to nieprzyjemne doznanie czuciowe i emocjonalne, związane z rzeczywistym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek lub odnoszone do takiego uszkodzenia [1]. Nocycepcja to proces neurofizjologiczny polegający na odbieraniu i przekazywaniu oraz przetwarzaniu bodźców bólowych. Ten proces spełnia rolę obronną w przypadku bodźców potencjalnie uszkadzających tkanki. Nocycepcja może być także procesem odbierania i przetwarzania bólu np.: zapalenie, uraz, nowotwór, niedokrwienie [1].

Na kliniczny pomiar bólu składa się zarówno ilościowa, jak i jakościowa ocena bólu. Ilościowa ocena bólu służy do określenia przez chorego natężenia odczuwanego bólu [2]. Przykładowe skale do oceny bólu:

- skala słowna – czterostopniowa lub pięciostopniowa (Likkerta);
- skala numeryczna (Numeric Rating Scale, NRS) od 0 do 10;
- skala wzrokowo-analogowa (Visual Analogue Scale, VAS), chory zaznacza graficznie natężenie odczuwanego bólu na odcinku 10 cm;
- skala obrazkowa: zawiera 6 rysunków twarzy dziecka wyrażających różną ekspresję bólu.

Do jakościowej oceny bólu najczęściej wykorzystywany jest kwestionariusz Melzacka (Mc Gill Pain Questionnaire, MPQ), który składa się z 78 przymiotników określających sensoryczną i emocjonalną składową bólu [2].

Ból pooperacyjny jest to nieprzyjemne doznanie zmysłowe i emocjonalne spowodowane śródoperacyjnym uszkodzeniem tkanek i narządów wraz z towarzyszącą autonomiczną, emocjonalną i behawioralną odpowiedzią na uraz [3]. Ból pooperacyjny jest zjawiskiem samoograniczającym się, o największym natężeniu w 1 i 2 dobie po operacji i o znacznie mniejszym natężeniu w 3 i 4 dobie pooperacyjnej. Torakotomie, zabiegi operacyjne w nadbrzuszu i okolicy krocza należą do najbardziej bolesnych, po których również ból pooperacyjny jest najsilniejszy i długotrwały [2]. Czynniki wpływające na stopień odczuwania bólu pooperacyjnego to:

- miejsce zabiegu;
- rozległość operacji;
- stopień uszkodzenia tkanek;
- kierunek cięcia skórniego;
- zastosowanie przed operacją analgezji z wyprzedzeniem;
- stężenie opioidów endogennych;
- poziom neurotyzmu i lęku chorego;
- stopień świadomości chorego, co do bólu czekającego go po operacji [2].

W zależności od rozległości i miejsca zabiegu operacyjnego oraz stanu pacjenta są stosowane techniki blokad centralnych i obwodowych w zwalczaniu bólu pooperacyjnego [1]. Ogólnie uznaną metodą zwalczania bólu pooperacyjnego jest podawanie opioidów wraz z analgetykami nieopiodowymi z grupy niesteroidowych leków przeciwzapalnych oraz z paracetamolem. Połączenie różnych grup leków jest uzasadnione dużą skutecznością takiego leczenia i ograniczeniem potencjalnych

objawów niepożądanych dzięki ograniczeniu ich dawek i wykorzystaniu działania synergistycznego. Stosuje się również ciągłą dożylną infuzję opioidów, czy też analgezję „sterowaną przez chorego” w momencie odczuwania bólu metodą PCA (*patient-controlled analgesia*) [4]. Istnieje również metoda tak zwanej analgezji „z wyprzedzeniem”, która polega na podaniu jednego leku, a często i kilku leków przeciwbólowych, w tym koanalgetyków, przed wykonaniem zabiegu operacyjnego lub w trakcie jego trwania. Celem tej metody analgezji jest zmniejszenie stymulacji nocyceptywnej, a więc odczuwania bólu w okresie pooperacyjnym [2]. Miziołek i współautorzy [5] zastanawiają się, czy zorganizowanie zespołów do walki z bólem w polskich szpitalach nie byłoby dobrym pomysłem. W USA prawie we wszystkich szpitalach zespoły do walki z bólem pooperacyjnym prężnie działają poprzez metodę PCA i znieczulenia zewnątrzoponowe. W Wielkiej Brytanii stosuje się analgezję zewnątrz oponową a struktura zespołu oparta jest na personelu pielęgniarskim i lekarzu anestezjologu. Podobnie w krajach skandynawskich. W Polsce zespół APS (*Acute Pain Services*) funkcjonuje dla pacjentów po zabiegach torakochirurgicznych. Zewnątrzoponowa analgezja kontrolowana jest przez cztery doby przez zespół pielęgniarsko-lekarski. Głównym problemem w organizacji APS nie jest brak pieniędzy, ale niestety brak kwalifikacji i chęci niesienia pomocy pacjentom w walce z bólem pooperacyjnym [5].

Celem pracy, było ukazanie metod uśmierzania bólu u chorych po zabiegach chirurgicznych i sprawdzenie ich skuteczności.

Materiał, metody i wyniki badań

Badaniem objęto 100 osób, pacjentów szpitala im. Heliodora Świącickiego UM w Poznaniu z oddziału chirurgii ogólnej i laryngologii oraz ze szpitala Wojewódzkiego z oddziału chirurgii ogólnej. W grupie badanych było 53 kobiety i 47 mężczyzn. W zbieraniu danych posłużono się technikami ankiety i wywiadu. Narzędzia badań stanowiły autorski kwestionariusz ankiety, dokumentacja medyczna, skala VAS oceny bólu. Do opisanie zjawisk biologicznych posłużyły programy Microsoft Word i Statistica Soft 6.

Na podstawie zebranych danych pacjenci zostali zaklasyfikowani orbitalnie do trzech kategorii wiekowych, gdzie:

1. kategoria wiekowa to 17–40 lat;
2. kategoria wiekowa to 41–64 lat;
3. kategoria wiekowa to 65–88 lat (tab.1).

Tabela1. Badana grupa wg kategorii wieku i płci

.....Płeć Wiek	(17–40 lat)	(41–64 lat)	(65–88 lat)
Kobiety	9	35	9
Mężczyźni	10	21	16
Razem	19	56	25

Ocena bólu pooperacyjnego w skali VAS

Maksymalna wartość dla skali VAS była równa 7. Największa liczba osób nie odczuwała bólu (podawali wartość 0) – były to osoby z 1. kategorii wiekowej. Najmniej osób zaznaczyło wartość 7 – były to osoby z trzeciej kategorii wiekowej. Było także dość dużo odpowiedzi dla wartości bólu 3 i 4 dla 2 i 3 kategorii wiekowej. Mogło to być spowodowane tym, że 3 grupa wiekowa, jako grupa wiekowo najstarsza miała większą podatność na ból, spowodowaną występowaniem dodatkowych czynników związanych z wiekiem. W badanej grupie kategoria bólu zależała także od dolegliwości, występujących po zabiegu chirurgicznym. Dolegliwości w grupie badanych skategoryzowano następująco:

- 0 – brak,
- 1 – wymioty,
- 2 – nudności,
- 3 – zawroty głowy,
- 4 – duszność,
- 5 –(?) brak wyszczególnienia.

Tabela 2. Dolegliwości z uwzględnieniem płci badanych

Dolegliwości Płeć	0	1	2	3	4
Kobiety	25	16	12	2	1
Mężczyźni	18	9	13	1	3
Razem	43	25	25	3	4

Osoby, które nie zgłaszały dolegliwości, oznaczały ból, jako 0 albo bardzo słaby. W miarę zwiększania dolegliwości (ze względu na ich ilość i natężenie) osoby podawały równocześnie zwiększone wartości bólu w skali VAS. Z całą pewnością było to związane z tym, że im stan pacjenta w jego subiektywnym ujęciu był gorszy (miał więcej dolegliwości) tym podawał większe wartości bólu (może nie zawsze miał on charakter bólu fizycznego, ale związany był z kondycją psychomotoryczną pacjenta).

Kategoria bólu, zależała od znieczulenia, które było zastosowane u pacjenta przed zabiegiem operacyjnym. Pacjenci, zostali zaklasyfikowani do dwóch grup, gdzie jedna grupa została poddana znieczuleniu ogólnemu a druga miejscowemu. W obydwu grupach uwzględniono płeć badanych.

Tabela 3. Charakterystyka badanej grupy w zależności od rodzaju znieczulenia

Znieczulenie Płeć	Ogólne	Miejscowe
Kobiety	51	2
Mężczyźni	37	6
Razem	88	8

Pacjenci poddani znieczuleniu ogólnemu po zabiegu podawali wartość bólu w stosunkowo niskich liczbach skali VAS a nawet zerowych. Natomiast pacjenci poddani znieczuleniu miejscowemu, po zabiegu oznaczali ból w stosunkowo dużych wartościach skali VAS (nawet 7). Mogło to być spowodowane, tym, że w znieczuleniu ogólnym, zarówno dawki jak i ciągłość, długość podawania leków jest znacznie dłuższa niż w miejscowym, co powoduje dłuższy czas ich działania. A także fakt wyłączenia świadomości pacjenta podczas znieczulenia ogólnego, gdy

w znieczuleniu miejscowym jest on „świadkiem” operacji. Świadome uczestnictwo mogło spowodować traumę po operacji objawiającą się w postaci bólu somatycznego.

Kategoria bólu w grupie badanych miała wpływ także na samopoczucie pacjentów po zabiegu. Dane uzyskane z pytania odnośnie samopoczucia pacjentów zostały zaklasyfikowane następująco:

1. złe
2. średnie
3. dobra
4. bardzo dobre.

Tabela 4. Samopoczucie a płeć badanych

Samopoczucie Płeć	1	2	3	4
Kobiety	0	5	42	6
Mężczyźni	1	11	31	4
Razem	1	16	73	10

Osoby, które określały swoje samopoczucie, jako złe podawały wysokie wartości w skali bólu, natomiast im samopoczucie opisywane przez pacjentów było dobre lub bardzo dobre tym wartości bólowe były mniejsze a nawet zerowe. Ból jest istotnym elementem różnicującym samopoczucie pacjenta. Jako negatywny czynnik znacznie obniża kondycję pacjenta. Im jest większy tym samopoczucie chorego gorsze. Kategoria bólu była związana z zabiegiem operacyjnym u badanych pacjentów. Ból był szacowany, jako większy u osób po zabiegach na jamie brzusznej i tarczycy mniejsze wartości notowały zabiegi takie jak złamania czy żyłaki. Związane to było z rozległością zabiegu, większą ilością ran, znieczuleniem, a także ze stanem ogólnym pacjenta. Kategoria bólu, miała wpływ na leki jakie przyjmowali pacjenci w okresie pooperacyjnym. Im ból był większy, tym więcej leków dana osoba przyjmowała. Głównie podane były leki takie jak: Tramal, Morfina, Ketonal. Leki podane były w zależności od rodzaju zabiegu i stanu pacjenta. Stan ogólny według ASA na podstawie, którego klasyfikowani byli pacjenci przed zabiegiem operacyjnym ma związek z kategorią bólu określoną przez pacjentów po

zabiegu. Im stan według ASA był gorszy tym pacjent po zabiegu podawał wyższą wartość w skali bólu. Zmienna kategoria doby po zabiegu operacyjnym wykazała zależność z kategorią bólu w następujący sposób: im późniejsza doba po zabiegu tym ból notowany był w większych wartościach na skali VAS. Mogło mieć to związek z tym, że pacjent we wcześniejszych dobach jest jeszcze pod wpływem działania leków podawanych podczas zabiegu, a także bezpośrednio po. W miarę upływu czasu dawki są zmniejszane a organizm szybko przyzwyczaja się do leku, stąd pojawia się ból w postaci ściągania i gojenia się rany. Kategoria bólu zależała też od płci badanych, mężczyźni podawali większe wartości bólu niż kobiety.

Zmienną badaną wśród pacjentów po zabiegu operacyjnym – charakter bólu

Charakter bólu ze względu na wiek badanych rzutował się następująco: najwięcej osób w 2 i 3 kategorii wieku określały charakter bólu, jako ściągający i ostry, w 1 kategorii wieku, jako rwący. Miało to charakter subiektywny i zależało od odczuć i umiejętności ich nazywania przez pacjenta. Charakter bólu zależał także od dolegliwości zgłaszanych przez pacjenta po zabiegu. Osoby niezgłaszające dolegliwości określały swój ból, jako ciągły i ostry. Osoby zgłaszające nudności i wymioty jako ściągający. Osoby z zawrotami głowy i świądem jako rwący. Być może na charakter odczuwanego bólu miały wpływ dolegliwości. Nudności i wymioty umocniły odczucia ściągania, a świąd i zawroty głowy umocnił rwący charakter bólu. Charakter bólu zależał od znieczulenia do zabiegu operacyjnego u pacjentów tak, że: osoby po znieczuleniu ogólnym ból pooperacyjny określali jako rwący i ściągający, natomiast po znieczuleniu miejscowym, jako ciągły i ostry. Miało to na pewno związek z rodzajem ran, ich rozległością, umiejscowieniem, a także leków stosowanych przy znieczuleniu i w leczeniu przeciwbólowym. Samopoczucie chorych zależało od charakteru bólu. Osoby ze złym samopoczuciem charakter bólu określały, jako ściągający i ostry. Z dobrym i bardzo dobrym jako ciągły i rwący. Ogólne złe samopoczucie miało wpływ na przypisywanie charakteru bólowi. Wiadomo, że ból ciągły i ostry jest

gorzej tolerowany przez pacjentów niż, rwący czy ściągający, który jest łagodniejszy i łatwiej z nim funkcjonować. Kategoria zabiegu miała wpływ na określenie charakteru bólu u pacjentów następująco: osoby po zabiegach na jamie brzusznej ból określali jako ostry, ciągły i rwący. Natomiast osoby po zabiegach laryngologicznych, złamaniach określały ból, jako ściągający. Miało to związek ze specyfiką operacji i rozległością ran pooperacyjnych. Zmienna leki zależy od charakteru bólu następująco: ból określany, jako rwący, ściągający leczono głównie takimi lekami jak Tramal i Ketonal, natomiast ból ciągły i ostry leczono dodatkowo Morfiną i Pyralginą. Zależało to od specyfiki danego przypadku chorobowego u pacjenta. Stan ogólny według ASA określany przed zabiegiem operacyjnym miał wpływ na charakter bólu następująco: osoby w złym stanie według ASA jak i dobrym określały swój charakter bólu, jako ciągły i ostry, w stanie średnim, jako rwący i ściągający. Doba po zabiegu miała wpływ na charakter bólu następująco: osoby w późniejszych dobach określały charakter bólu, jako ciągły, ściągający, w początkowych dobach, jako rwący i ostry. Było to związane z upływem czasu od zabiegu, zmniejszeniem dawki leków a także procesem gojenia się ran. Charakter bólu nie zależał od płci badanych, zarówno najwięcej kobiet jak i mężczyzn określiło swój charakter bólu, jako ściągający, a najmniej, jako ostry.

Zmienna badana u pacjentów po zabiegach chirurgicznych – kategoria dolegliwości

Kategoria dolegliwości ze względu na wiek badanych wyglądała następująco: brak dolegliwości zgłaszały osoby w 1 i 3 kategorii wiekowej. Natomiast najwięcej dolegliwości wskazywały osoby w 2 kategorii wiekowej. Mogło to być spowodowane tym, że u tych osób występowały choroby towarzyszące w okresie silnego rozwoju, organizm gorzej tolerował znieczulenie lub byli obciążeni wywiadem. U niektórych mogły pojawiać się zmiany związane z inwolucją organizmu. Rodzaj znieczulenia miał wpływ na występowanie dolegliwości po zabiegu. Dolegliwości występowały tylko u osób znieczulanych ogólnie. Było to związane z reakcją organizmu na znieczulenie ogólne. Samopoczucie pacjentów

zależy od występowania dolegliwości. Im więcej dolegliwości tym gorsze samopoczucie u pacjenta. Dolegliwości powodują obniżenie kondycji psychomotorycznej i pogorszenie, jakości życia pacjenta po zabiegu. Kategoria zabiegu miała wpływ na dolegliwości występujące u pacjentów po operacji. U osób po zabiegach na jamie brzusznej, złamaniach dolegliwości pojawiają się. U osób po zabiegach laryngologicznych i tarczycy są sporadyczne. Spowodowane jest to rodzajem znieczulenia i samym zabiegiem.

Kategoria dolegliwości zależy od stanu według ASA tak, że: dolegliwości występują tylko u osób ze stanem średnim według ASA. Są to głównie nudności i wymioty. Dolegliwości nie zależą od płci badanych. Najwięcej kobiet jak i mężczyzn nie zgłaszało dolegliwości, najmniej zgłaszało duszność.

Zmienna badana u pacjentów po zabiegach – kategoria samopoczucie

Kategoria samopoczucia zależy od kategorii wieku badanych następująco: Im późniejsza kategoria wieku tym samopoczucie pacjentów było gorsze. Związane to z wiekiem i dołączaniem się dolegliwości chorób towarzyszących i pogorszeniem się ogólnej kondycji organizmu. Samopoczucie nie zależy od płci badanych. Najwięcej zarówno kobiet jak i mężczyzn określa swoje samopoczucie po zabiegu jako dobre a najmniej jako złe. Samopoczucie badanych zależy od kategorii znieczulenia. Osoby po znieczuleniu ogólnym określały swoje samopoczucie jako dobre, natomiast po znieczuleniu miejscowym najczęściej jako średnie. Było to spowodowane brakiem występowania bólu, silniejszymi lekami w znieczuleniu ogólnym lub też ogólnym stanem pacjenta. Kategoria samopoczucia zależy od kategorii zabiegu następująco: najwięcej osób określiło swój stan jako dobry i średni najmniej jako zły. Spowodowane to jest prawidłowym leczeniem w okresie pooperacyjnym. Kategoria samopoczucia zależy od kategorii leków. Osoby określające swój stan jako dobry i średni przyjmowały dość silne leki przeciwbólowe takie jak: Tramal, Morfina, Ketonal. Samopoczucie zależy od doby po zabiegu. Im dłuższy pobyt na oddziale tym samopoczucie chorego gorsze. Spowodowane jest to zmniejszeniem dawek leków, gojeniem się ran a także

długotrwałą hospitalizacją, która źle wpływa na stan psychiczny pacjenta. Kategoria samopoczucia zależy od stanu według ASA. Im gorszy stan według ASA tym gorsze samopoczucie chorego po zabiegu. Dodatkowo zbadano kategorie wieku i płci chorych z takimi zmiennymi jak: kategoria znieczulenia zależy od kategorii wieku. Znieczuleniu ogólnemu poddano chorych z 1 i 2 kategorii wieku, natomiast z 3 kategorii wieku znieczuleniu miejscowemu. Znieczulenie ogólne dla osób starszych niesie większe ryzyko powikłań. Na wybór znieczulenia ma wpływ rodzaj zabiegu. Kategoria znieczulenia zależy do płci badanych. Więcej kobiet miało znieczulenie ogólne niż mężczyźni. Znieczulenie miejscowe miało więcej mężczyzn niż kobiet.

Wnioski

1. Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, że badane szpitale stosunkowo dobrze radzą sobie z uśmierzaniem bólu pooperacyjnego u pacjentów.
2. Na odczuwanie bólu pooperacyjnego ma wpływ szereg czynników takich jak np. wiek, płeć, rodzaj zabiegu, znieczulenie, dolegliwości, samopoczucie, stan ogólny.
3. Każdy pacjent jest indywidualną jednostką, mającą swój własny próg odczuwania bólu.
4. Mimo zadawalających wyników istnieje nadal potrzeba badania skuteczności radzenia sobie z bólem pooperacyjnym w szpitalach, a co za tym idzie unowocześnianie metod uśmierzania bólu pooperacyjnego.

Literatura

- [1] Wołowicka.L., Dyk. D.: *Anestezjologia i intensywna opieka*, WL PZWL, Warszawa, 2007.
- [2] Suchorzewski. M.: *Ból i jego leczenie*, Poznań, 2008.
- [3] Larsen R.: *Anestezjologia*, Wrocław, 2003.
- [4] Wordliczek. J., Kuś. M., *Praktyczny przewodnik postępowania w bólu ostrym*, Kraków, Medycyna Praktyczna, 1996 wyd. spec. 2.
- [5] Misiołek.H., Kwosek. A., Kucia. H., Stoksik.P., Knapik. P.: *Czy zespoły leczenia ostrego bólu powinny zaistnieć w strukturach organizacyjnych naszych szpitali?*, „Anestezjologia i Intensywna Terapia”, 2004, 36: 214–219.

Małgorzata Suchocka

Oddział Intensywnej Terapii w SP ZOZ MSW z W-MCO w Olsztynie

Ocena warunków pracy pielęgniarek anestezjologicznych

Assessment of work conditions of anesthesiological nurses

Abstract: Working as a nurse involves constant contact with another man, requires a good knowledge, skills, desirable personality traits. In addition, to perform work is influenced by conditions in the hospital, ie the accumulation of work, rush, work at night, lack of equipment, inability to reconcile work with family responsibilities, work on many jobs, exposure to disease as-conductors. The primary objective of this study was to analyze the situation on the background of professional nurses working conditions, their risk of exposure to blood or chemical agents and occurrence in connection with the problem of burnout, bullying, stress. Moreover, the aim was also to show the family situation of the nursing environment.

The study reached the following conclusions:

The most stressful situation according to the respondents is limited opportunity to help some patients.

Professional burnout is felt most in the group of respondents 21-30 years of seniority.

Nurses are aware of legal liability and is a stressful factor.

Work burden physically, because the patient carries and is carried out in a forced position.

There is a risk associated with exposure to blood and secretions of patients.

Errors are usually in the mid-or late shift.

Wstęp

Praca zawodowa jest ważnym elementem w życiu każdego człowieka. Pracując uzyskujemy wynagrodzenie, które pozwala na zaspokojenie potrzeb własnych lub potrzeb naszej rodziny. Praca jest źródłem autopotwierdzenia jednostki, budowania jej poczucia wartości i sensu życia, a także z ponoszeniem odpowiedzialności zarówno moralnej jak i prawnej.

Bezpieczeństwo szpitala, a tym samym jego pacjentów i personelu medycznego jest warunkowane świadomością personelu co do występowania czynników powodujących zagrożenie w codziennej pracy. Personel medyczny musi mieć świadomość i wiedzę na temat unikania ekspozycji, stosowania bezpiecznych i właściwych narzędzi, środków ochrony osobistej, a także wykonywania czynności pielęgnacyjnych. Jeśli warunki związane z wykonywaniem pracy są dobre to praca staje się źródłem satysfakcji zawodowej, życiowej i pozytywnie wpływa na kondycję pracownika oraz jakość wykonywanej pracy.

Celem przeprowadzonych badań było poznanie warunków pracy pielęgniarzek i pielęgniarzy anestezjologicznych. Prowadząc badania starano się dowiedzieć, które z czynników i w jakim stopniu personel medyczny uważa za najbardziej stresogenny. Jakie elementy pracy w oddziale powodują zmęczenie, obciążają psychicznie.

Materiał, metody i wyniki badań

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego w oparciu o kwestionariusz ankiety. Ankieta użyta w badaniach składała się z 36 pytań. Odpowiedzi na pierwsze 4 charakteryzowały respondentów, pytania 5–9 odnosiły się do miejsca zatrudnienia, stażu pracy i czynności pozazawodowych. Pytania 10–28 oceniały czynniki wywołujące stres, zmęczenie, czynności wykonywane podczas dyżuru, diagnozowały miejsce pracy pod względem wyposażenia w sprzęt i aparaturę, jej powierzchni, komfortu wykonywanej pracy. Pozostałe pytania dotyczyły przyczyn popełniania błędów

Badania zostały przeprowadzone na przełomie III i IV 2009 r. w olsztyńskich szpitalach. Kryterium doboru respondentów do badań było zatrudnienie na stanowisku pielęgniarki anestezjologicznej. Badaniami objęto 100 pielęgniarek i pielęgniarzy.

Wśród respondentów przeważało wykształcenie średnie medyczne, którym legitymowało się 52 osoby. Natomiast 33 osoby miały wykształcenie wyższe medyczne (licencjat, ukończone studia medyczne), a 15 osób miało ukończone studia wyższe, jednak nie były to studia kierunkowe.

Tabela 1. Wykształcenie badanych respondentów

Wykształcenie	Wyższe		Wyższe medyczne		Licencjat - medyczny		Średnie medyczne	
Wiek	K	M	K	M	K	M	K	M
20–30					5	2	3	
31–40	10		3		8		18	
41–50	4		4	1	9		24	
Powyżej 50	1				1		7	
RAZEM	15		7	1	23	2	52	

Źródło: badania własne.

Spośród 100 badanych, 31 osób nie ukończyło żadnych kursów specjalistycznych lub kwalifikacyjnych, 69 osób uzyskało dodatkowe kwalifikacje zawodowe, 25 osób miało ukończony zarówno kurs specjalistyczny jak i kwalifikacyjny lub kilka kursów specjalistycznych (tab. 2).

Na 100 badanych osób tylko 13 osób odpowiedziało, iż nie ma możliwości podnoszenia kwalifikacji (rys. 1)

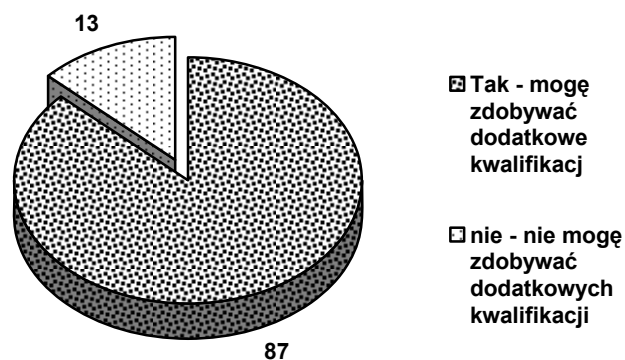
Tabela 2. Ukończone kursy specjalistyczne i kwalifikacyjne

Wiek	Płeć	Kursy kwalifikacyjne*		Kursy specjalistyczne*					Osoby, które ukończyły kurs specjalistyczny i kwalifikacyjny	Osoby, które nie ukończyły żadnego kursu
		AiIO	IN	EKG	RK-O	SAiIO	SP	PZ		
20–30	K			1						7
	M									2
31–40	K	17		12	7	1			9	13
	M									
41–50	K	30	1	10	6	3	2	1	14	6
	M	1								
Powyżej 50	K	5				2	1		2	3
	M									
RAZEM		53	1	23	13	6	3	1	25	31

Źródło: badania własne.

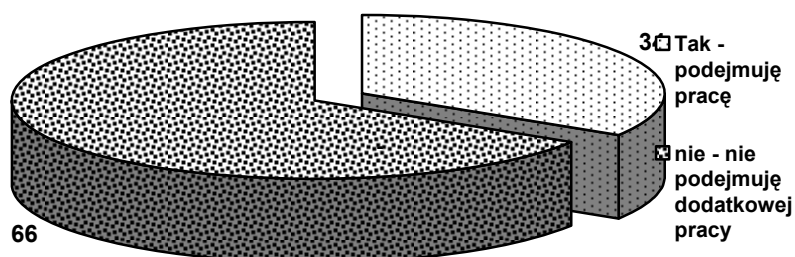
* AiIO – kurs kwalifikacyjny anestezjologii i intensywnej opieki; IN – kurs instrumentariuszki; EKG – kurs specjalistyczny – wykonywanie i interpretacja EKG, RK-O – kurs specjalistyczny – resuscytacja krążeniowo-oddechowa, SAiIO – kurs – specjalizacja z anestezjologii i intensywnej opieki; SP – specjalizacja pediatria, PZ – pielęgniarstwo zachowawcze.

Rys. 1. Badana populacja, a możliwość podnoszenia kwalifikacji



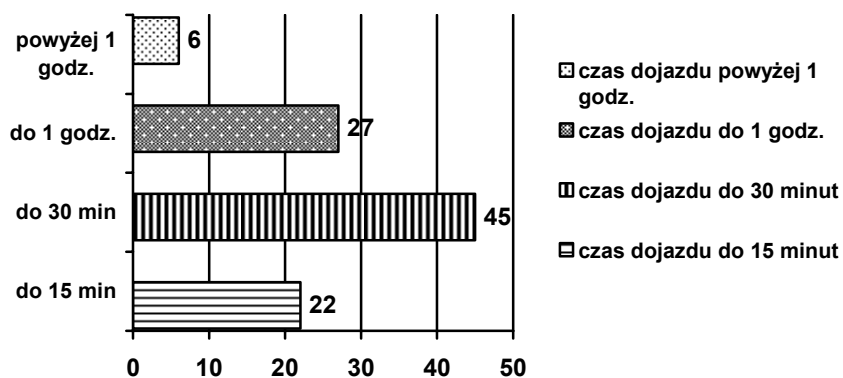
Na 100 badanych osób 34 wykonuje dodatkową pracę, natomiast 66 osób ogranicza się do pracy w jednym miejscu (rys. 2).

Rys. 2. Podejmowanie dodatkowej pracy



Wśród badanej populacji 45% badanych na dojazd do pracy poświęca od 15 do 30 minut. Natomiast 27% od 30 minut do jednej godziny, a 6% powyżej jednej godziny. Te badania wskazują, że dojazd do pracy dla olsztyńskich pielęgniarek nie stanowi większego obciążenia i znacznie różni się od wyników badań przeprowadzonych przez Małgorzatę Grzegorzewską wśród pielęgniarek torakochirurgicznych pracujących w mazowieckich szpitalach, gdzie ustalono, że „niekorzystny dojazd do pracy obciąża 44% pracujących” [3] (rys. 3).

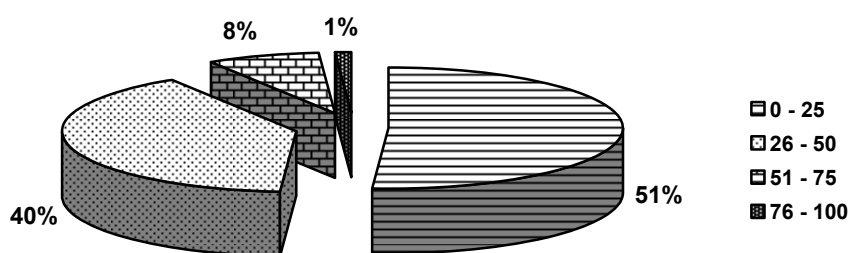
Rys. 3. Czas dojazdu do pracy



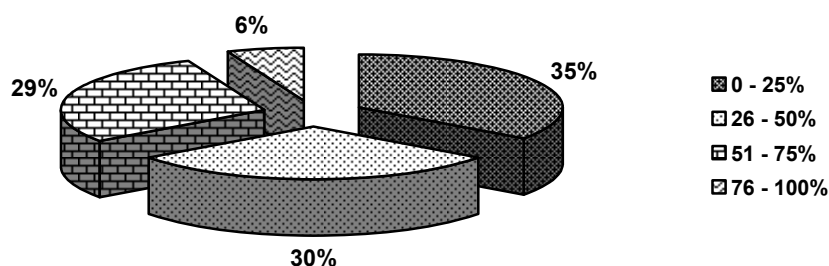
Wśród 100 osób badanych 51% na wypełnianie dokumentacji medycznej poświęca do 25% czasu pracy, 40% mniej niż połowę, a 9% więcej niż 50% czasu pracy (rys. 4)

Do 50% czasu pracy na opiekę nad chorym poświęca 65% badanych, 29% opiekując się chorymi użytkuje na to od 51 do 75% czasu pracy, a tylko 6 % badanych podaje, że na opiekę nad chorym przeznaczają od 76 do 100% czasu pracy (rys. 5)

Rys. 4. Procentowy czas przeznaczony na wypełnianie dokumentacji medycznej



Rys. 5. Procentowy udział w czasie pracy na pielęgnowanie pacjenta



Charakterystyka zagrożeń na stanowisku pracy – czynniki psychologiczne

„Fizyczne warunki pracy również stanowią źródło stresopochodne. Praca na małych przestrzeniach, w pozbawionych klimatyzacji pomieszczeniach, przez większą część dnia przy sztucznym oświetleniu, w powietrzu zanieczyszczonym oparami środków dezynfekujących i leków, prowadzi do szybkiego wyczerpania psychofizycznych rezerw organizmu” [4].

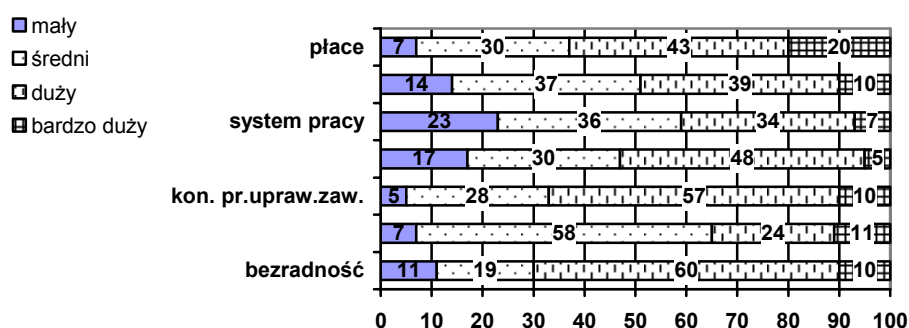
Za najbardziej stresogenną sytuację 58% badanych uważa ograniczoną możliwość pomocy niektórym pacjentom, 57% w dużym stopniu uważa, że powodem stresu jest zagrożenie konsekwencjami prawnymi oraz roszczeniowe postawy pacjentów, a także system pracy (rys. 6).

Wśród badanych 31% stwierdziło, że na ich zmęczenie w bardzo dużym stopniu wpływa atmosfera panująca w zespole, a tylko u 19% zmęczenie spowodowane jest liczebnością i stanem pacjentów (rys. 7).

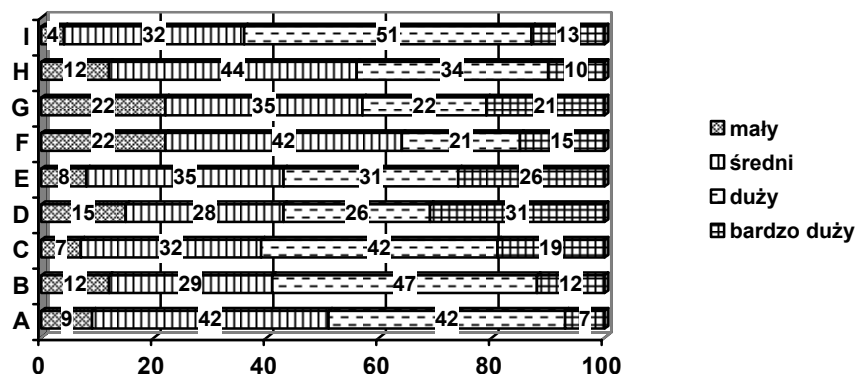
Dwunastogodzinny system pracy jako zdecydowany powód odczuwania zmęczenia podało 11 respondentów. Blisko połowa badanych tj. 43 osoby odpowiedziały, że dwunastogodzinny system pracy zmianowej nie wpływa u nich na poczucie zmęczenia, ale jeśli chodzi o zakłócenie życia rodzinnego to ten system pracy nie zakłóca życia rodzinnego tylko 10% badanych. Natomiast 59% twierdzi, że czasami, a 20% określiło, że zdecydowanie tak. Badanie to różni się od badań E. Kułagowskiej i M. Kosińskiej, które badając obciążenia fizyczne pielęgniarek ustaliły, iż to dwunastogodzinny system pracy przyczynia się „do zwiększenia uciążliwości pracy, rozwoju nadmiernego zmęczenia i fizycznego prze-

ciężenia pielęgniarek pracą. Pomiary wydatku energetycznego prowadzone na dyżurach o różnym czasie trwania, wskazują na istotny wpływ czasu pracy na osiągnięte wielkości energii wydatkowanej w czasie całego dyżuru i przekraczanie wartości zawartych w Rozporządzeniu Rady Ministrów dotyczącym przyznawania posiłków profilaktycznych i napojów oraz dotyczącym prac wzbronionych dla kobiet” [7] (rys. 8 i 9).

Rys. 6. Czynniki stresogenne w badanej populacji

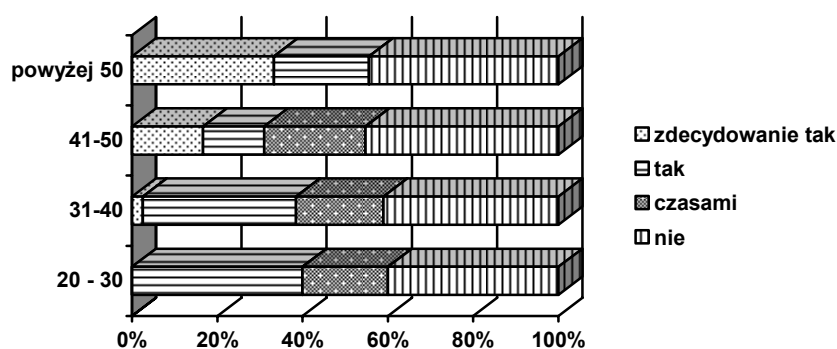


Rys. 7. Czynniki powodujące zmęczenie w badanej populacji

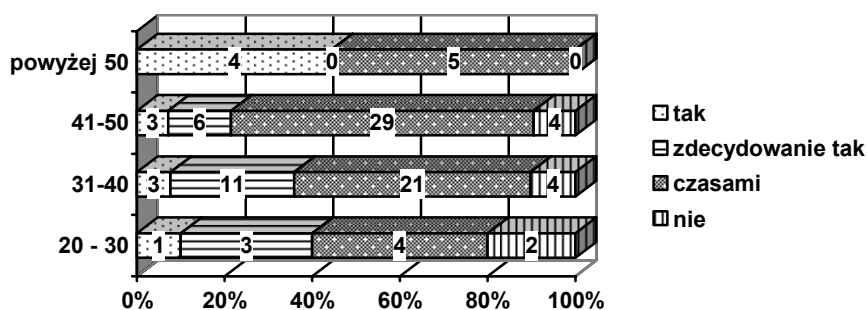


A – czas pracy, B – l. zespołu, C – l. i stan pacjentów, D – atmosfera w zespole, E – motywacja do pracy, F – sposób komunikacji w zespole pomiędzy pielę., G – przepływ inf. w zespole między oddziałową, a pielę., H – przepływ informacji w zespole między lekarzami, a pielę., I – rosnące wymagania w stosunku do pielę.

Rys. 8. Odczucie zmęczenia w badanej populacji przy dwunasto godzinnym systemie pracy

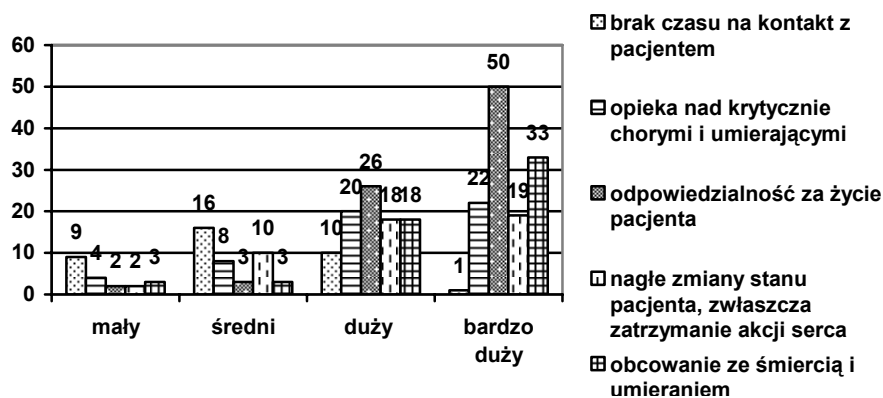


Rys. 9. Zakłócenia życia rodzinnego spowodowanego przez system pracy



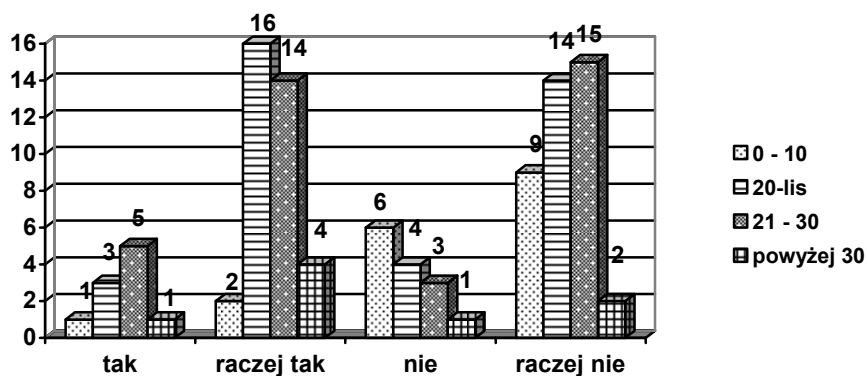
Na 100 badanych 76 osób wskazało, że najbardziej obciążającym psychicznie czynnikiem jest odpowiedzialność za życie pacjenta. Nie mniej obciążająca psychicznie jest opieka nad krytycznie chorymi i umierającymi, a także nagłe zmiany stanu pacjenta co wskazało odpowiednio 51 i 37 osób (rys. 10)

Rys. 10. Czynniki wpływające na obciążenie psychiczne



Wśród badanych najwięcej osób odczuwających wypalenie zawodowe jest w grupie mającej staż pracy w przedziale 21–30 lat – 14 na 37 osób mieszczących się w tej grupie odpowiedziało, że raczej tak, a 5, że tak, odczuwa ten syndrom. Dużą grupę stanowią respondenci – 54 osoby tj. 54%, które nie odczuwają tego, aby ich praca spowodowała „wypalenie”, pomimo tego, że 20 z nich ma staż pracy przekraczający 21 lat (rys. 11).

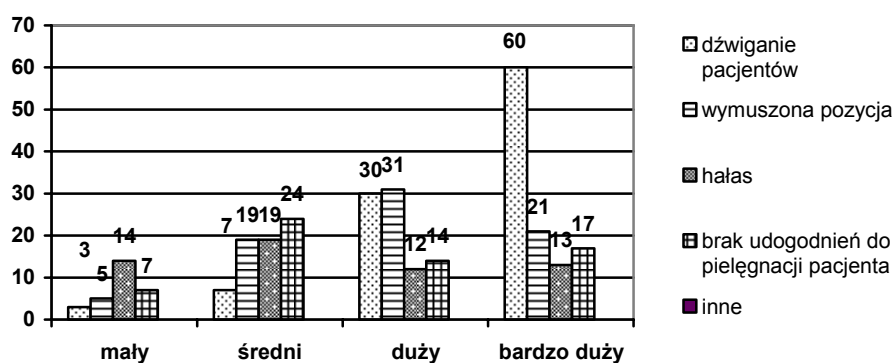
Rys. 11. Poczucie wypalenia zawodowego, a staż pracy



Zagrożenia na stanowisku pracy – czynniki fizyczne, chemiczne, biologiczne

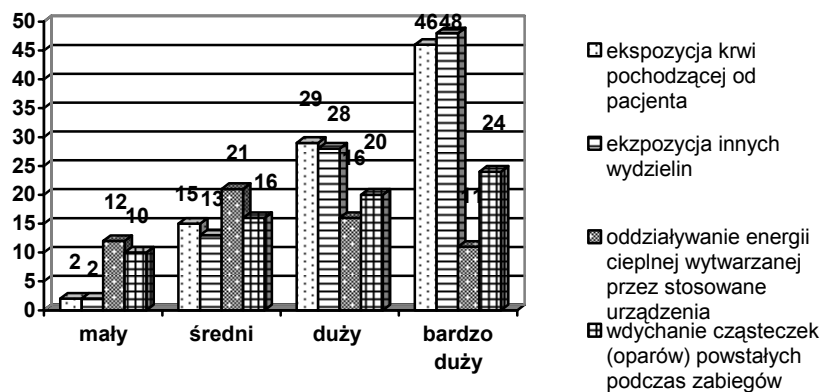
Równie niebezpiecznym źródłem stresu w pracy pielęgniarki są czynniki fizyczne. Badani uznali, iż dźwiganie pacjentów jest dla nich najbardziej obciążające fizycznie – 60 osób stwierdziło, iż jest to bardzo duże obciążenie, a 30 – duże. Praca w wymuszonej pozycji obciąża w bardzo dużym stopniu 21 osób, natomiast w dużym – 31 osób. Jeśli chodzi o hałas to tylko 58% badanych wskazało go jako uciążliwość, a 19 uznało go jako średnie obciążenie. Na brak udogodnień w pielęgnacji pacjentów uwagę zwróciło 62% respondentów (rys. 12).

Rys. 12. Obciążenie czynnikami fizycznymi

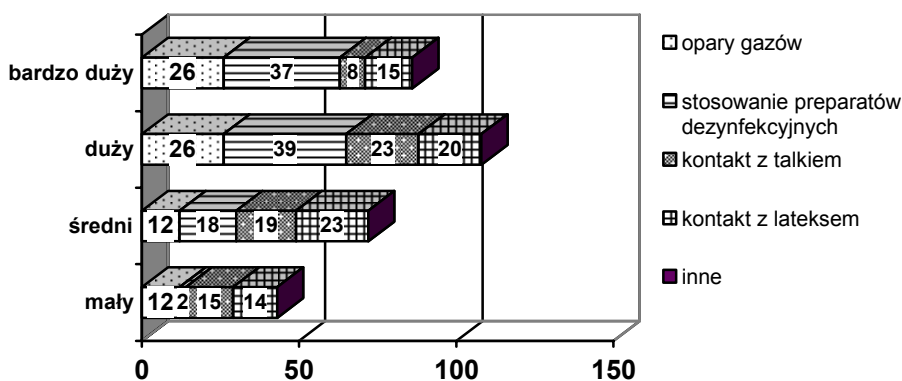


Ekspozycja krwi pochodzącej od pacjenta oraz ekspozycja innych wydzielin wskazywane są jako bardzo duże zagrożenie. Mniejsze znaczenie ma oddziaływanie ciepła powstałego z użytkowanych urządzeń oraz wdychanie oparów powstałych podczas zabiegów. Jeśli chodzi o zagrożenie czynnikami chemicznymi to opary gazów wymieniło 76% respondentów, stosowanie preparatów dezynfekujących wymieniło 96%, kontakt z talkiem 65%, a kontakt z lateksem 72%. Na kontakt z lateksem jako dużym i bardzo dużym zagrożeniem wskazuje 35% badanych. Z badań przeprowadzonych w Polsce szacuje się, że częstotliwość występowania alergii na LGN dotyczy 16–18% pielęgniarek [10] (rys. 13 i 14).

Rys. 13. Obciążenie czynnikami biologicznymi



Rys. 14. Obciążenie czynnikami chemicznymi

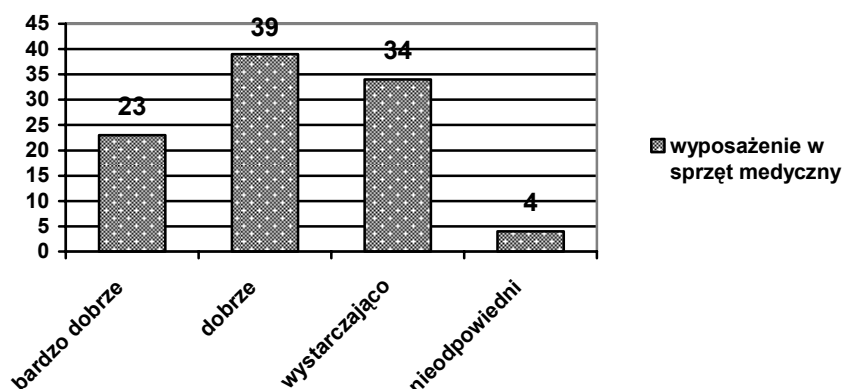


Wyposażenie i organizacja stanowiska pracy

Znaczna część czynności zawodowych wykonywanych przez pielęgniarkę to praca fizyczna, która prowadzi do przedwczesnego zużycia się organizmu, zwiększa ryzyko powstania uszkodzeń układu mięśniowo-szkieletowego. Czynnikiem zapobiegającym dolegliwościom ze strony układu ruchu jest dobrze zaprojektowane stanowisko pracy, dobór urządzeń technicznych i narzędzi, a także umiejętność posługiwania się nimi przez personel.

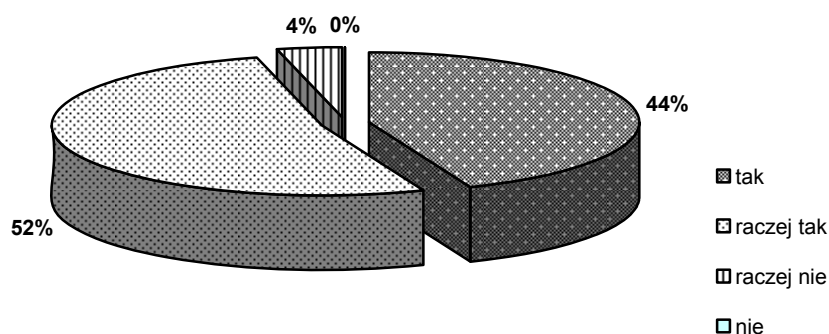
Wśród 100 badanych 23 oceniło, że ich miejsce pracy jest bardzo dobrze wyposażone w sprzęt medyczny. Tylko 4 osoby określiły, że wyposażenie w sprzęt jest nieodpowiednie, lecz nie wskazały, co powinno znajdować się na ich stanowisku pracy. Tylko 39 osób oceniło wyposażenie w sprzęt jako „dobre”, natomiast 34 na „wystarczające” (rys. 15).

Rys. 15. Opinia pielęgniarek na temat wyposażenia w sprzęt medyczny

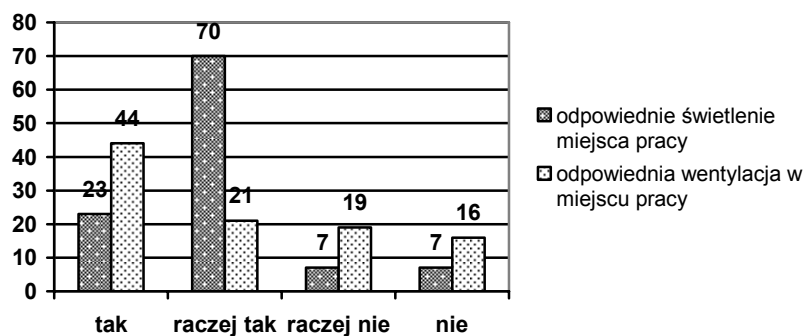


Jeśli chodzi o umiejętność posługiwania się sprzętem i aparaturą medyczną to 4 osoby odpowiedziały, że „raczej nie ma” odpowiedniej wiedzy i umiejętności do posługiwania się nimi. Pozostali nie mają problemów z obsługą urządzeń (rys. 16).

Rys. 16. Posługiwanie się sprzętem medycznym

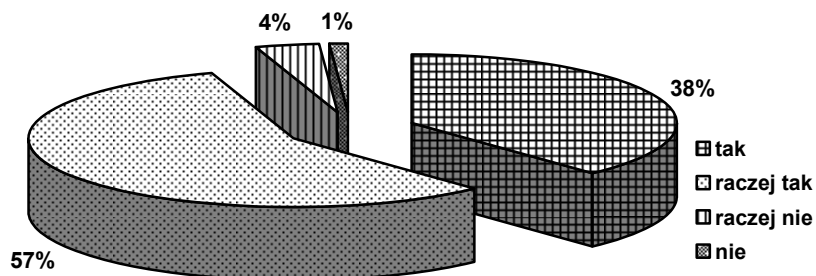


Rys. 17. Organizacja stanowiska pracy – oświetlenie i wentylacja stanowiska



Zbiorcze wyniki ankiet wskazują że 38% respondentów posiada odpowiednie środki ochrony osobistej. Natomiast 57% odpowiedziało „raczej tak”, a 6% „raczej nie”. Tylko 1% respondentów nie był zadowolony z posiadanych środków ochrony osobistej (rys. 18).

Rys. 18. Zadowolenie pielęgniarek z posiadania środków ochrony osobistej

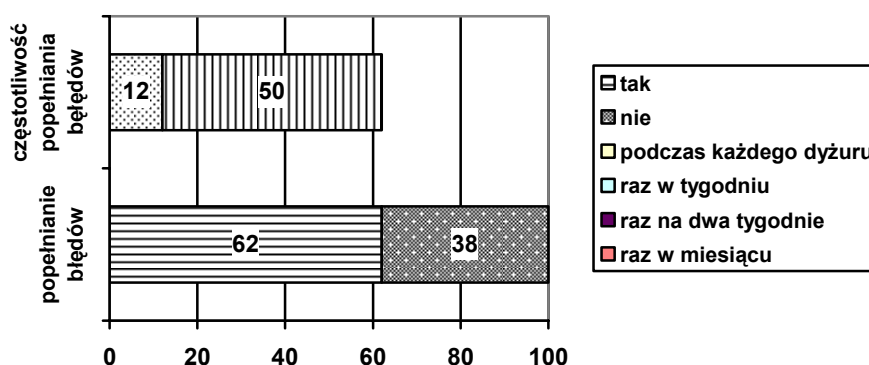


Charakterystyka popełnianych błędów

Pielęgniarka w środowisku pracy stale kontaktuje się z drugim człowiekiem, w relacjach: pielęgniarka – pacjent, pielęgniarka – pielęgniarka, pielęgniarka – lekarz; z tego powodu narażona jest na stałe poczucie stresu. Zachodzące relacje społeczne w różnym stopniu wpływają na wykonywane czynności zawodowe i możliwość popełniania błędów.

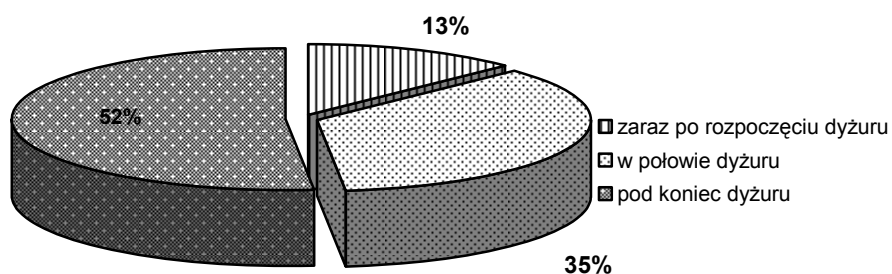
Na 100 badanych 62% respondentów przyznało się do popełniania błędów podczas pełnienia dyżuru, natomiast 38% zaznaczyło odpowiedź, iż błędów nie popełnia. Najczęściej osoby te przyznawały się do popełniania błędów raz w miesiącu – 50 osób (na 62 przyznające się do błędu), a 12 (na 62 przyznające się do błędu) na raz na dwa tygodnie (rys. 19).

Rys. 19. Częstotliwość popełniania błędów



Badani jako moment popełniania błędu wskazywali, „koniec dyżuru”. Odpowiedziało tak 32 osoby na 62 przyznające się do popełniania błędów, natomiast 22 osoby odpowiedziały, że błędy popełniają najczęściej w połowie dyżuru, a 8 podaje, iż zaraz po jego rozpoczęciu.

Rys. 20. Czas popełniania błędów podczas dyżuru



Wnioski

- Zdaniem badanych najbardziej stresogenną sytuacją jest ograniczona możliwość pomocy niektórym pacjentom.
- Wypalenie zawodowe najbardziej odczuwane jest w grupie respondentów o stażu 21–30 lat.
- Pielęgniarki są świadome odpowiedzialności prawnej i jest to czynnik stresogeny.
- Praca obciąża fizycznie, gdyż dźwiga się pacjentów i jest wykonywana w wymuszonej pozycji.
- Występuje zagrożenie związane z ekspozycją krwi i wydzielin pacjentów.
- Błędy popełniane są najczęściej w połowie lub pod koniec dyżuru.

Literatura

- [1] Borowiecki D., *Czynniki stwarzające zagrożenie na stanowisku pracy*, [w:] Atest, nr 6/2002, s. 46.
- [2] Czerniak J., *Czynniki biologiczne*, [w:] Magazyn pielęgniarka i położna, nr 3 marzec 2008.
- [3] Grzegorzewska M., *Stres pielęgniarek torakochirurgicznych*, s. 26, [w:] Pielęgniarka i położna nr 3/2009.
- [4] Kamińska-Tymińska S., Smorawska B., Nowak A., Nawrocka A., *Wypalenie zawodowe konsekwencją stresu u pielęgniarek anestezjologicznych*, s. 135, [w:] Materiały Zjazdowe IV Zjazdu PTPAiIO, Poznań 2005.
- [5] Karczewski J., Rączkowski B., *Ocena ryzyka zawodowego na stanowisku pielęgniarki*, Wyd. Ośrodek Doradztwa i Doskonalenia Kadr Sp. z o.o., Gdańsk 2001.
- [6] Kruk-Kupiec G., Szałkiewicz E., *Bezpieczne podnoszenie i przemieszczanie pacjentów*, [w:] Magazyn Pielęgniarki i Położnej Nr 1-2, styczeń-luty 2005. s. 5.
- [7] Kosińska M., Kułagowska E., *Obciążenie fizyczne pielęgniarek – przyczyny i skutki*, [w:] Zdrowie publiczne z 2002 r., nr 112 Suplement 1, s. 110.
- [8] Płaszewska-Żywko L., Tobolewska-Albrycht K., *Źródła stresu i sposoby radzenia sobie ze stresem u pielęgniarek oddziałów kardiokirurgicznych – wyniki wstępne*, [w:] PTPAiIO IV zjazd. Pielęgniarstwo w anestezjologii i intensywnej opiece – wymogi i oczekiwania a realia, Poznań 2005 s. 110–111.
- [9] Sienkiewicz Z., Paszek T.; *Zawodowe zagrożenie zdrowia pielęgniarek we Wspólnocie Europejskiej*, [w:] Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa europejskiego, s. 167.
- [10] Snarska K., *Pokrzywka i inne objawy*, [w:] Magazyn Pielęgniarki i Położnej nr 3/2006 s. 30.
- [11] Wrońska I., Krajewska-Kuła E. (red.), *Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa europejskiego*, Wyd. Czelej, Lublin 2007.

Iwona Flohr-Banaszek, Beata Siwik, Beata Zarzycka
SP ZOZ Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z Warmińsko-Mazurskim
Centrum Onkologii

Środowisko szpitalne – ryzyko zakażeń

Hospital environment – risk of infections

Abstract: The aim of this work is to show that despite required decontamination of hospital surfaces, pathogenic microorganisms can still be found in the hospital environment. Two research methods were used in the work: microbiological tests of the environment cleanliness and a survey. Microbiological tests were conducted in SP ZOZ MSW z WMCO in Olsztyn in the period 2006 – 2008. Test samples were taken by qualitative and quantitative methods. Test samples were taken from hospital equipment and hospital surfaces that could constitute a risk of spreading pathogenic microorganisms. The survey was carried out among nurses of hospital departments of SP ZOZ MSW z WMCO in Olsztyn. The survey contained 11 closed questions.

The studies confirm the presence of pathogenic and saprophytic microorganisms in the hospital environment despite procedures of equipment and surfaces decontamination.

Key words: environment, hospital infections, microorganisms, saprophytes, pathogens, control, cleanliness tests

Wstęp

Środowisko człowieka to otoczenie, w którym człowiek żyje, pracuje i choruje. W dużej części mamy wpływ na otoczenie w jakim przebywamy, na warunki w których czujemy się dobrze i bezpiecznie. Takich warunków oczekuje od nas również hospitalizowany pacjent. Bezpieczeń-

stwo w szpitalu to nie tylko dobrze wykonana procedura medyczna, ale również zapewnienie czystego środowiska szpitalnego pozbawionego drobnoustrojów zdolnych do wywołania zakażenia [2]. Środowisko szpitalne jest siedliskiem różnego rodzaju drobnoustrojów zdolnych do wywołania zakażenia lub kolonizacji [3]. Przebywają w nim pacjenci zakażeni lub skolonizowani szczepami wieloopornymi [3]. Nie wszystkie drobnoustroje są zdolne wywołać zakażenie zależy to od wielu czynników (ze strony pacjenta, personelu oraz środowiska szpitalnego). Drobnoustroje patogenne znajdujące się nawet w bardzo małych ilościach na sprzęcie medycznym mogą stanowić ryzyko przeniesienia na pacjenta. Pozostając na powierzchniach i sprzęcie mogą namnażać się i być czynnikiem etiologicznym zakażeń u pacjentów oraz u personelu [4]. Możliwością sprawdzenia czy w środowisku znajdują się drobnoustroje są więc badania czystościowe [3].

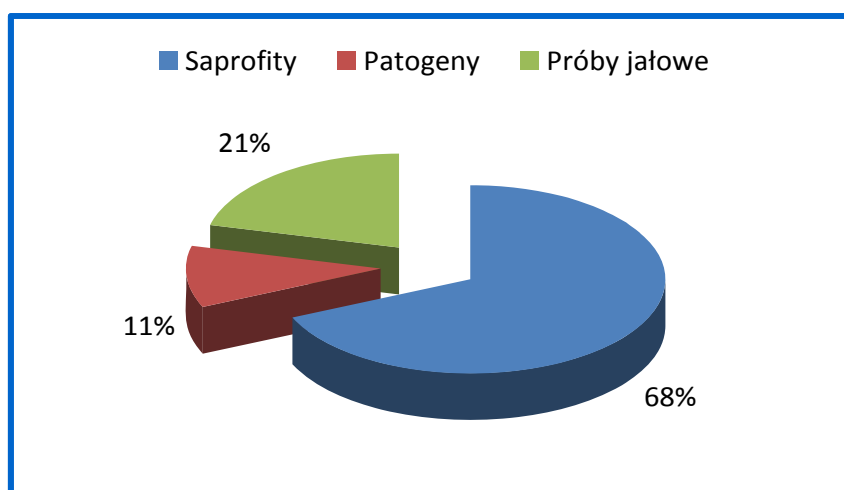
Celem niniejszej pracy jest wykazanie iż pomimo prowadzonej dekontaminacji powierzchni i sprzętu, w środowisku szpitalnym, mogą znajdować się drobnoustroje chorobotwórcze.

Materiał, i metody i wyniki badań

W pracy wykorzystano dwie metody badawcze, badania mikrobiologiczne czystości środowiska oraz badanie ankietowe. Badania mikrobiologiczne zostały wykonane w ZOZ MSW i A z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie. Próby do badań były pobierane metodą wymazów i płytek kontaktowych. Próby pobierano ze sprzętu oraz powierzchni szpitalnych mogących stanowić ryzyko przeniesienia drobnoustrojów chorobotwórczych. Wyhodowane drobnoustroje podlegały podziałowi na florę saprofityczną oraz patogenną. Do flory saprofitycznej m.in. zaliczono gronkowca koagulazoujemnego, laseczki tlenowe, Do flory patogennej zaliczono m.in. *Staphylococcus aureus*, pałeczki niefermentujące pałeczki Gram-ujemne oraz grzyby pleśniowe. Badanie ankietowe przeprowadzono anonimowo wśród pielęgniarek 16 oddziałów zabiegowych i zachowawczych. Do badania ankietowego użyto 130 kwestionariuszy zawierających 11 zamkniętych pytań.

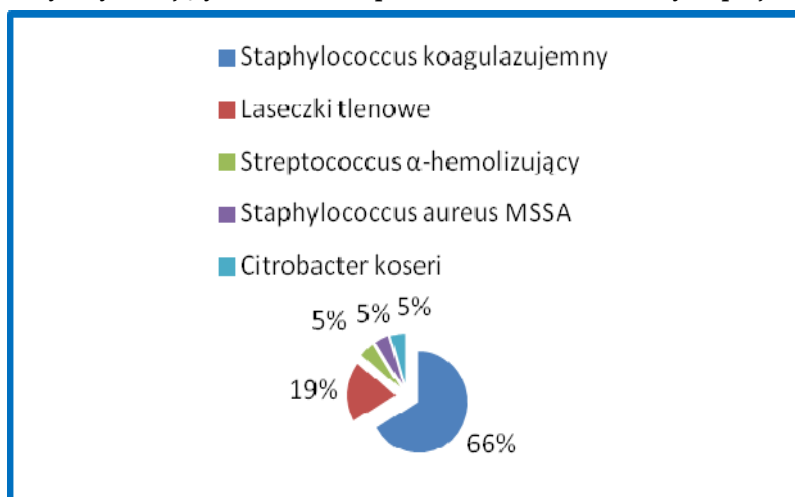
Badania mikrobiologiczne czystości środowiska. W środowisku szpitalnym mogą występować drobnoustroje saprofityczne (68%) oraz patogenne (11,%). Badane powierzchnie mogą być również jałowe(21%).

Rys. 1. W środowisku szpitalnym bytują drobnoustroje patogenne i saprofityczne



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

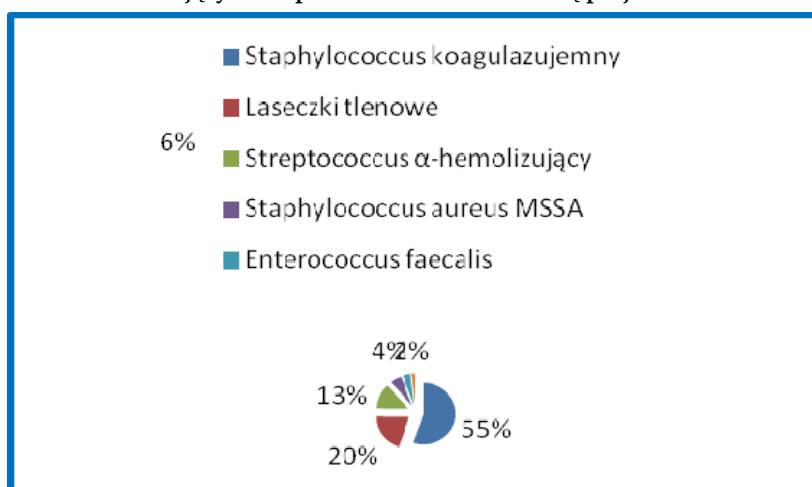
Rys. 2. Rodzaj wyhodowanych saprofitów i patogenów na sprzęcie medycznym mającym kontakt bezpośredni z błonami śluzowymi pacjenta



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań mikrobiologicznych.

Większość izolowanej flory w badaniach sprzętu kontaktującego się z błonami śluzowymi pacjenta to flora saprofityczna (66% to *Staphylococcus koagulazujący*, *Laseczki tlenowe* 19%) Patogeny wyhodowane na sprzęcie to *Staphylococcus aureus* MSSA (5%) oraz *Citrobacter koseri* (5%).

Rys. 3. Rodzaj wyhodowanych saprofitów i patogenów na sprzęcie medycznym mającym bezpośredni kontakt ze skórą pacjenta



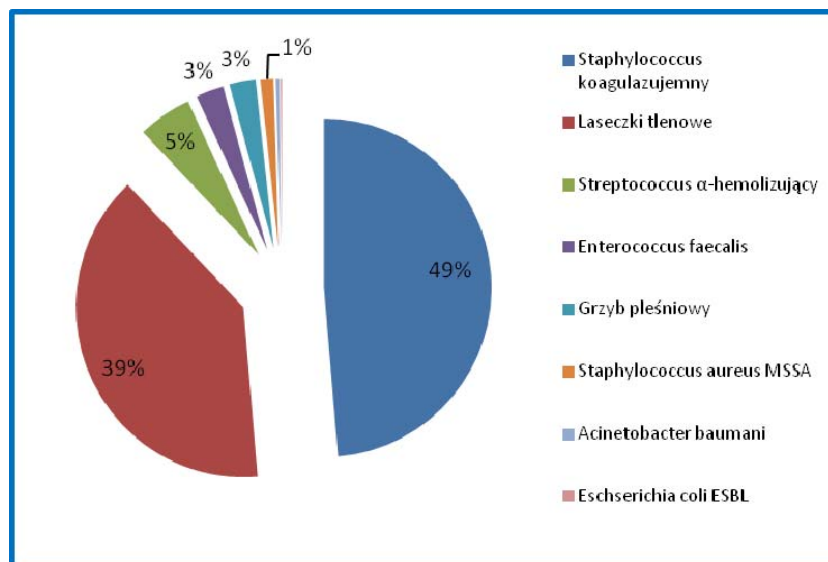
Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań mikrobiologicznych.

Większość wyhodowanej flory to *Staphylococcus koagulazujący* (55%), na drugim miejscu znajdują się *Laseczki tlenowe* (20%). Izolowane patogeny to *Staphylococcus aureus* MSSA (6%), *Enterococcus faecalis* (4%) Patogen taki jak *Acinetobacter baumani* stanowi 2%. Drobnoustroje wielooporne izolowano w pojedynczych próbach.

Wyhodowana flora na sprzęcie medycznym to głównie to *Staphylococcus koagulazujący* (49%), *Laseczki tlenowe* (39%). Wśród patogenów dominował *Enterococcus faecalis* (3%), Grzyb pleśniowy (2%), *Staphylococcus aureus* MSSA (1%).

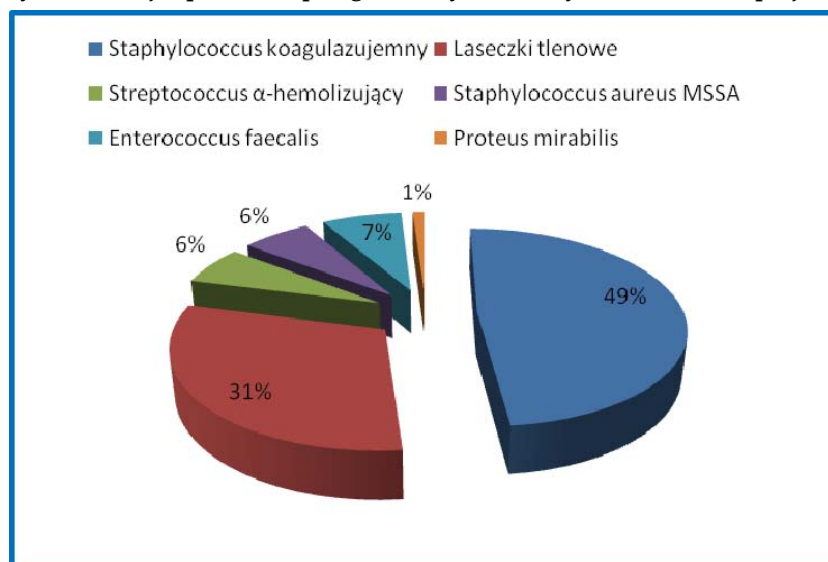
W otoczeniu pacjenta najczęściej izolowano drobnoustroje saprofityczne takie jak *Staphylococcus koagulazujący* (49%) (Patogeny, które wyhodowano to *Enterococcus faecalis* (7%), *Staphylococcus aureus* MSSA (6%) i w najmniejszej ilości *Proteus mirabilis* (1%).

Rys. 4. Rodzaj saprofitów i patogenów wyhodowanych na sprzęcie mniemającym bezpośredniego kontaktu z pacjentem ale mającym kontakt z rękami personelu



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

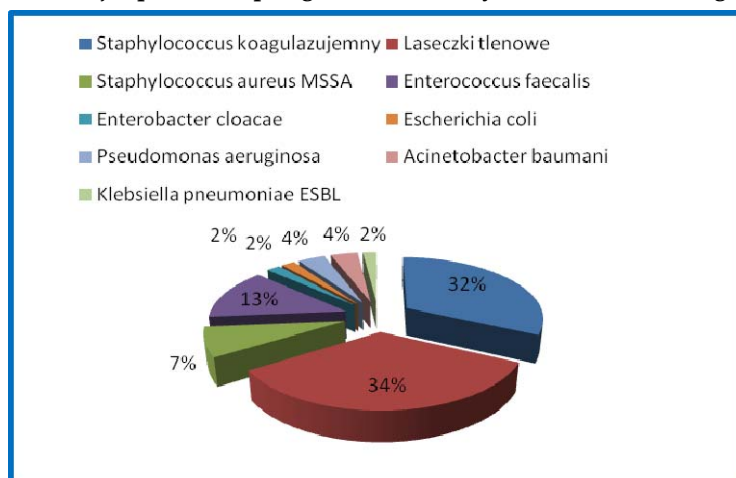
Rys. 5. Rodzaj saprofitów i patogenów wyhodowanych w otoczeniu pacjenta



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

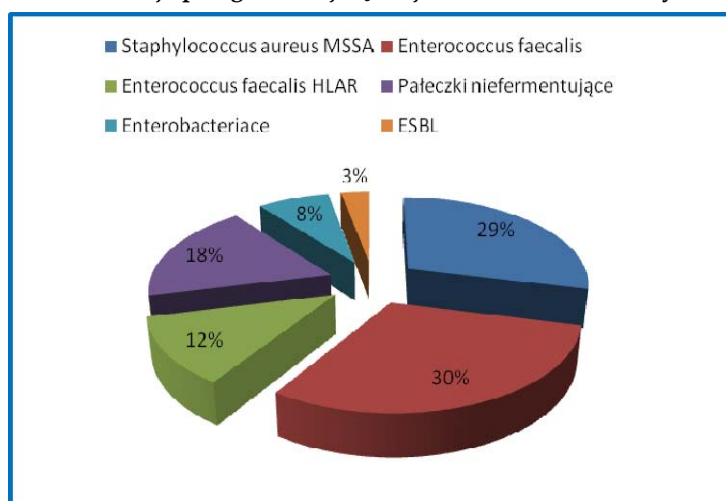
W środowisku wilgotnym najczęściej izolowaną florą saprofityczną były Laseczki tlenowe (34%) i *Staphylococcus koagulazjemny* (32%). Z patogenów najczęściej izolowanych należy wymienić *Staphylococcus aureus* MSSA (7%), *Enterococcus faecalis* (13%), *Acinetobacter baumani* (4%) oraz *Klebsiella pneumoniae* ESBL (2%).

Rys. 6. Rodzaj saprofitów i patogenów izolowanych ze środowisk wilgotnych



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Rys. 7. Drobnoustroje patogene najczęściej izolowane z badań czystościowych

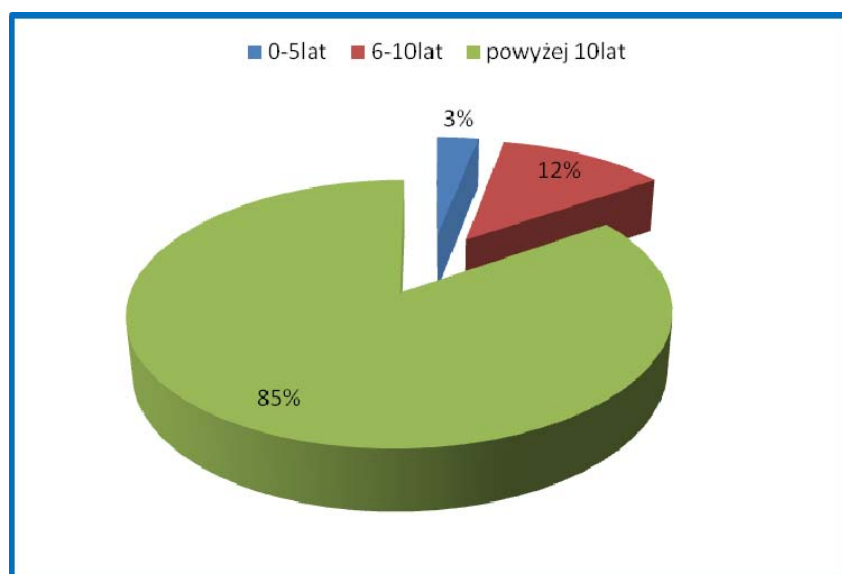


Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań mikrobiologicznych.

Do najczęściej izolowanych patogenów ze środowiska szpitalnego należy: *Enterococcus faecalis* (30%), *Staphylococcus aureus* MSSA stanowi (29%). Dużą grupę stanowią również pałeczki niefermentujące, które stanowią 18%. Najmniejszą grupę (3%) stanowiły pałeczki wielooporne o mechanizmie ESBL.

Wyniki badania ankietowego. Największą grupę ankietowanych stanowiły pielęgniarki ze stażem pracy powyżej 10 lat (84%), pracujące na stanowisku pielęgniarki odcinkowej (69%) .

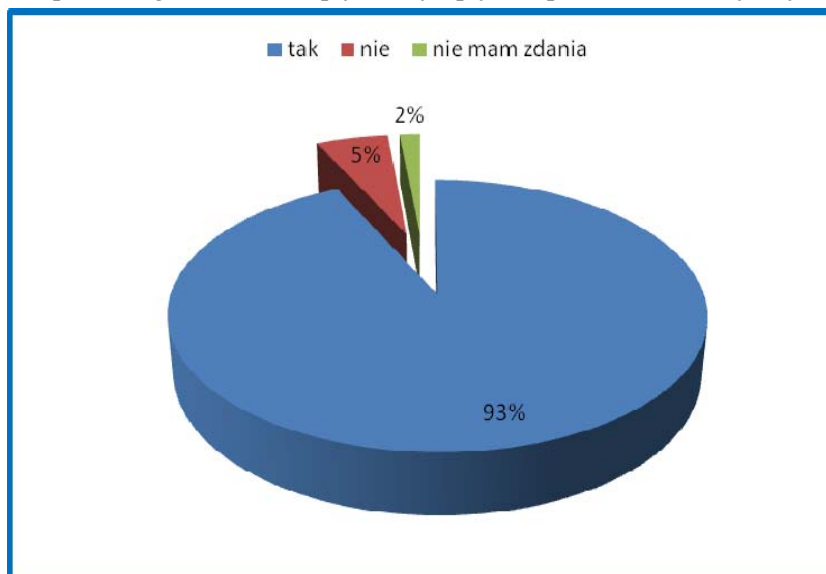
Rys. 8. Staż pracy pielęgniarek biorących udział w badaniu ankietowym



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Większość ankietowanego personelu (93%), uważa, iż kontrole środowiska szpitalnego mają wpływ na przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki w ich oddziale. Tylko 5% personelu uważa, iż kontrole nie mają na to wpływu, natomiast 2% nie ma na ten temat zdania.

Rys. 9. Wpływ negatywnych wyników kontroli środowiska szpitalnego na przestrzeganie zasad aseptyki antyseptyki w procedurach medycznych



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań mikrobiologicznych.

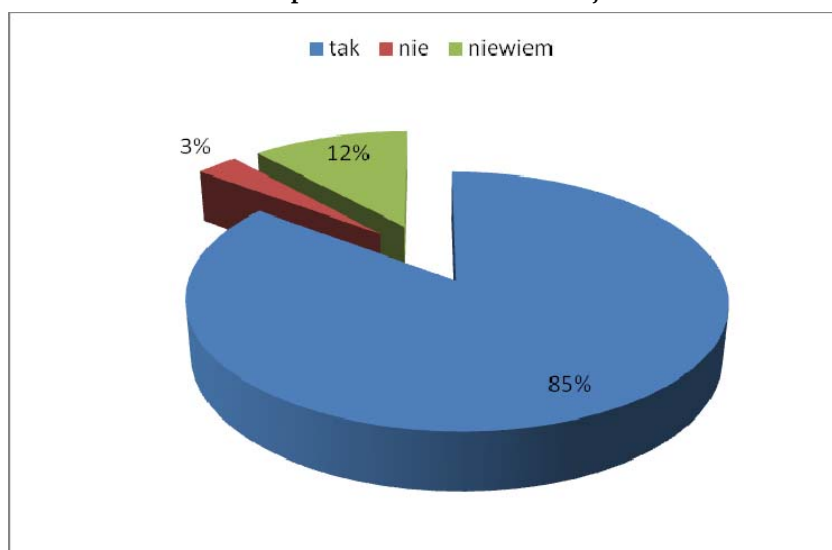
Rys. 10. Metody do kontroli środowiska szpitalnego



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Wśród personelu medycznego dominują opinie, iż do kontroli środowiska szpitalnego powinny być wykorzystywane metody kontroli wizualnej i mikrobiologicznej (81%). Do kontroli wystarczą tylko badania mikrobiologiczne środowiska zdaniem 18% badanych. Najmniejszą grupę stanowi personel, który uważa obserwację wizualną za najlepszą metodę kontroli.

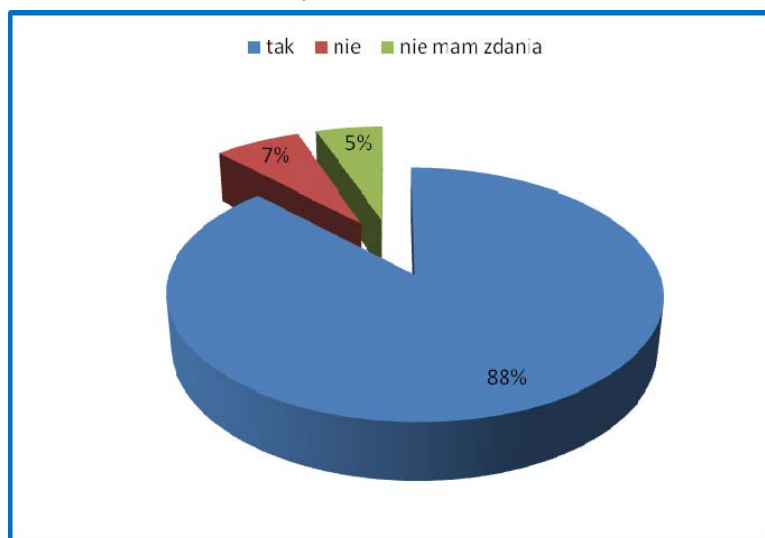
Rys. 11. Wpływ negatywnych wyników kontroli na zwiększenie nadzoru nad procedurami dekontaminacji



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

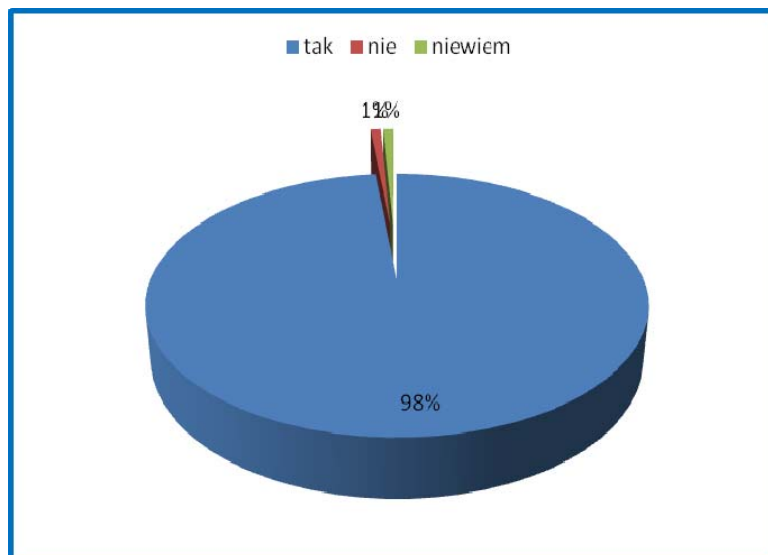
Negatywne wyniki kontroli mikrobiologicznej skutkują zwiększonym nadzorem nad procedurami dekontaminacji w opinii 85% personelu medycznego. Nie wie czy negatywne wyniki skutkują większym nadzorem nad procedurami 12% ankietowanych. Tylko 3% uważa, iż negatywne wyniki kontroli nie mają żadnego wpływu na zwiększenie nadzoru nad procedurami dokumentacji. Kontrolę środowiska jako wynik konieczny do utrzymania czystości w oddziale uważa 88% pielęgniarek. Zdaniem 7% pielęgniarek jest ona konieczna. Dane przedstawia rys. 12. Większość pielęgniarek (98%) uważa że czystość środowiska ma wpływ na ograniczenie zakażeń (rys. 13).

Rys. 12. Kontrola środowiska jako czynnik konieczny do utrzymania czystości w oddziale



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Rys. 13. Wpływ czystości środowiska na ograniczenie zakażeń szpitalnych



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Dyskusja

Badania mikrobiologiczne (czystościowe) przeprowadzone w szpitalu potwierdzają obecność w środowisku szpitalnym różnego rodzaju drobnoustrojów pomimo prowadzonych procesów dekontaminacji [6]. W większości to drobnoustroje saprofityczne. Drobnoustroje patogenne stanowią mniejszy odsetek. Duża ilość drobnoustrojów patogennych może doprowadzić do namnażania się ich w środowisku szpitalnym, a tym samym do kolonizacji i zakażenia pacjentów i personelu [10]. Drobnoustroje saprofityczne jak i patogenne bardzo łatwo przystosowują się do warunków szpitalnych(3). Poziom oczekiwanej czystości mikrobiologicznej zależy od rodzaju sprzętu i powierzchni. Sprzęt stanowiący wysokie ryzyko musi być całkowicie pozbawiony drobnoustrojów zarówno form wegetatywnych jak i przetrwalnikowych, dlatego poddawany jest sterylizacji [9]. Sprzęt mający kontakt z błonami śluzowymi, skórą musi być pozbawiony całkowicie patogenów [1]. Z badań mikrobiologicznych wynika jednak, iż kolonizowany jest różnego rodzaju patogenami. Na sprzęcie i powierzchniach stanowiących niskie ryzyko zakażenia również izolowano patogeny wśród, których dominowały Enterokoki. Powierzchnie te w większości strefa dotykowa [5]. Obecność patogenów można więc uzasadnić nieprawidłową procedurą dekontaminacji lub brakiem higieny rąk. W otoczeniu pacjenta w badaniach czystościowych izolowano gronkowce i enterokoki. Drobnoustroje te mogą być również przenoszone przez ręce pacjentów i personelu [3]. W większości izolowana flora w przeprowadzonych badaniach to flora saprofityczna *Staphylococcus koagulans* [7]. Potwierdza to tylko fakt, że gronkowce są drobnoustrojami, których nie możemy całkowicie wyeliminować ze środowiska [2]. Drobnoustroje patogenne to głównie *Staphylococcus aureus* MSSA oraz *Enterococcus faecalis* występujące w naszym otoczeniu i stanowiące naszą florę fizjologiczną [15]. Przeprowadzone badania pokazują jak bardzo może być zanieczyszczone środowisko szpitalne oraz jak łatwo drobnoustroje adoptują się do warunków szpitalnych. Ważne jest, aby ograniczać ich obecność w placówkach opieki zdrowotnej i nie narażać zdrowia hospitalizowanych w nich pacjentów. Z przeprowadzonego badania ankietowego wynika, iż kontrola jest nie-

zbędna do prawidłowego wykonywania procedur. Nieprawidłowości skutkują zmianami w procedurach, tak więc kontrola spełnia swoje podstawowe funkcje, które mają na celu poprawę stanu faktycznego i dążenie do wytyczonych wzorców [8].

Wnioski

Przeprowadzone badania potwierdzają obecność drobnoustrojów saprofitycznych i patogennych w środowisku szpitalnym pomimo wprowadzenia procedur dekontaminacji sprzętu i powierzchni. W większości pobranych prób wyhodowano florę saprofityczną (68%), Patogeny stanowiły 11%, pozostałe próby to próby jałowe. Drobnoustroje patogene wyhodowane w pobranych próbach to *Staphylococcus aureus* i *Enterococcus faecalis*. Personel pielęgniarski uważa, iż kontrole powinny być przeprowadzane metodą obserwacji i badań mikrobiologicznych. Negatywne wyniki kontroli są wskazaniem do weryfikacji procedur i zwiększonym nadzorem nad wykonywaniem procedur. Kontrole są odbierane przez personel pielęgniarski jako jeden z elementów mających wpływ na ograniczenie zakażeń szpitalnych.

Literatura

1. Ciuruś M., *Procedury higieny w palcówkach ochrony zdrowia*, Wyd. Instytut Problemów Ochrony Zdrowia, Warszawa 2009: 202-205; 226-228; 269-268.
2. Dzierżanowska D., Fangrat A., *Patogeny bakteryjne zakażeń szpitalnych*, [w:] Dzierżanowska D. (red.), *Zakażenia szpitalne*, Wyd. α-medica Press Bielsko-Biała, 2008: 6-60.
3. Fleischer M., Bober-Gheek B., *Podstawy pielęgniarstwa epidemiologicznego*, Wydawnictwo Copyright by Centrum kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych Warszawa 2002: 60-96; 158-220; 264; 321-343; 380; 407-412; 503-512.
4. Flohr I., Hołownia-Puczel E., Goroszkiewicz E., Snarska J., *Badania mikrobiologiczne czystości środowiska szpitalnego – doświadczenia własne*, Sepsis. Polska Grupa ds. Sepsy Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, 2010; 1(3):30.
5. Grzesiowski P., *Zasady utrzymania czystości w zakładzie opieki zdrowotnej*, [w:] Grzesiowski P. (red.), *Stowarzyszenie Higieny Lecznictwa, PSPE, Polskie Stowarzyszenie czystości* Warszawa, 2008: 9-25.

6. Jabłoński L., Karwat I.D., *Epidemiologia zakażeń szpitalnych*, [w:] Jabłoński L., Karwat I.D. (red.), *Podstawy epidemiologii ogólnej, epidemiologia chorób zakaźnych*, Wyd. Czelej Lublin, 2002: 349-351.
7. Jawetz F., Melnick I.L., Adalberg E.A., *Przegląd mikrobiologii lekarskiej*, Wyd. PZWL Warszawa, 1991: 217-219;295-297;317-320.
8. Lenartowicz H., *Kierowanie w pielęgniarstwie*, [w:] Ksykiewicz-Dorota A. (red.), *Podstawy organizacji pracy pielęgniarstwa*, Wyd. Czelej, Lublin 2004: 84-85.
9. Zachradniczek K., Majda A., *Charakterystyka warunków i metod pracy pielęgniarki Wz-
kładach opieki zdrowotnej*, [w:] Zachradniczek K. (red.), *Pielęgniarstwo*, Wyd. PZWL,
Warszawa, 2004: 264-265.

Kamila Tkaczuk, Marek Dobosz, Aleksandra Gaworska-Krzemińska
Gdański Uniwersytet Medyczny

Rzeczywistość samodzielności zawodowej pielęgniarek

The reality of nurses' professional autonomy

The development of the Polish nursing was determined with many factors. Efforts of very nurses led to the unification of the education and legal regulating principles of the practicing a medical profession. The professional self-reliance resulting from the Act on the competition of the nurse and the midwife is making the professional which has the right to make independent decisions from the nurse as well as is obliged also for the cooperation with other members of the team therapeutic.

Aim. The aim of research was finding the answer for questions: how is the professional self-reliance developing in the opinion of nurses of surgical wards?

The study was conducted in spring 2012. 80 nurses the Tri-City hospital of surgical wards constituted the research group. At this work a method of the diagnostic survey was used, a questionnaire form as a research technique were applied, and a questionnaire of the questionnaire form of the own structure was a research tool. Statistical analysis was based on Pearson correlation coefficient, chi-square test and the arithmetic mean and standard deviation.

Nurses not depending on the age, the work experience and the level of education think that they are pursuing an independent profession. Even though the degree of the acquaintance by nurses of the Regulation of the Health Minister from 7 November 2007 was on the level for averages one should regard it him too insufficient. Obstacles to independent granting health benefits by nurses exist. Nurses most often perform resulting assignments on the therapeutic function, the least of the functions of education.. Nurses want widening benefits which they can carry out independently.

Key words: autonomy, nurse, surgery.

Wstęp

Pielęgowanie od zawsze towarzyszyło człowiekowi, pozwalało zachować życie i utrzymać zdrowie. Jednak aby stało się samodzielnym zawodem musiało przejść długą drogę. Za początek pielęgniarstwa zawodowego na świecie przyjmuje się rok 1860, kiedy założono pierwszą szkołę pielęgniarstwa. Miało to miejsce w Londynie, a dokonała tego Florencja Nightingale. W trakcie nauki w tej szkole uczennice koncentrowały się głównie na zdobyciu wiedzy oraz wyrobieniu charakteru. Opieka nad pacjentem oparta była o model dyrektywno-paternalistyczny. Szkolenie przygotowywało przyszłe pielęgniarki do wykonywania zleceń lekarskich rozważnie i odpowiedzialnie [1].

Rozwój pielęgniarstwa polskiego przypada na początek XX wieku. W tym właśnie okresie zakładano pierwsze szkoły pielęgniarstwa oraz powstała pierwsza organizacja zawodowa pielęgniarek – Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Zawodowych. Oba te wydarzenia w dużej mierze inicjowane były przez same pielęgniarki [2].

Pierwszy akt prawny, który regulował status prawny pielęgniarek powstał w 1935 roku. Obowiązywał przez kilkadziesiąt lat, pomimo zmian jakie zachodziły w pielęgniarstwie polskim i światowym. Według tej ustawy zakres praktyki pielęgniarstwiej oprócz czynności związanych z pielęgowaniem chorych obejmuje wykonywanie zleceń lekarskich. Pielęgniarka nie miała prawa podejmować samodzielnych decyzji w zakresie innym niż pielęgnacja chorego. Dopiero w 1996 roku uchwalono nową ustawę o zawodach pielęgniarki i położnej. Od tego momentu zawód pielęgniarki stał się zawodem samodzielnym. W późniejszym czasie na drodze rozporządzenia określono świadczenia zapobiegawcze, diagnostyczne, lecznicze i rehabilitacyjne, które pielęgniarka może wykonać samodzielnie bez zlecenia lekarskiego [3].

Kształcenie pielęgniarek także przeszło wiele zmian. Od kilku miesięcznych kursów, poprzez szkoły pielęgniarstwie, aż do obecnie jedynej możliwości uzyskania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki, mianowicie ukończenia kształcenia na poziomie studiów wyższych. Taki poziom kształcenia zgodny jest z Europejskim Porozumieniem ze Strasburga z roku 1967 roku oraz wymogami, które wynikają z Dyrektywy 2005/36/WE [4]. Oprócz kształcenia podstawowego istnieje możliwość

zdobywania wiedzy na poziomie podyplomowym dzięki różnym formom kształcenia podyplomowego bądź kształcenia na poziomie studiów magisterskich, czy doktoranckich [5].

Współczesne pielęgniarstwo charakteryzuje się dążeniem do zwiększania zakresu kompetencji i samodzielności pielęgniarek. Aby móc świadczyć swoje usługi w sposób profesjonalny pielęgniarka musi znać zakres czynności do wykonywania których jest uprawniona. Aktualna Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z 2011 roku określa zakres świadczeń zdrowotnych na wykonywaniu, których polega zawód pielęgniarki.

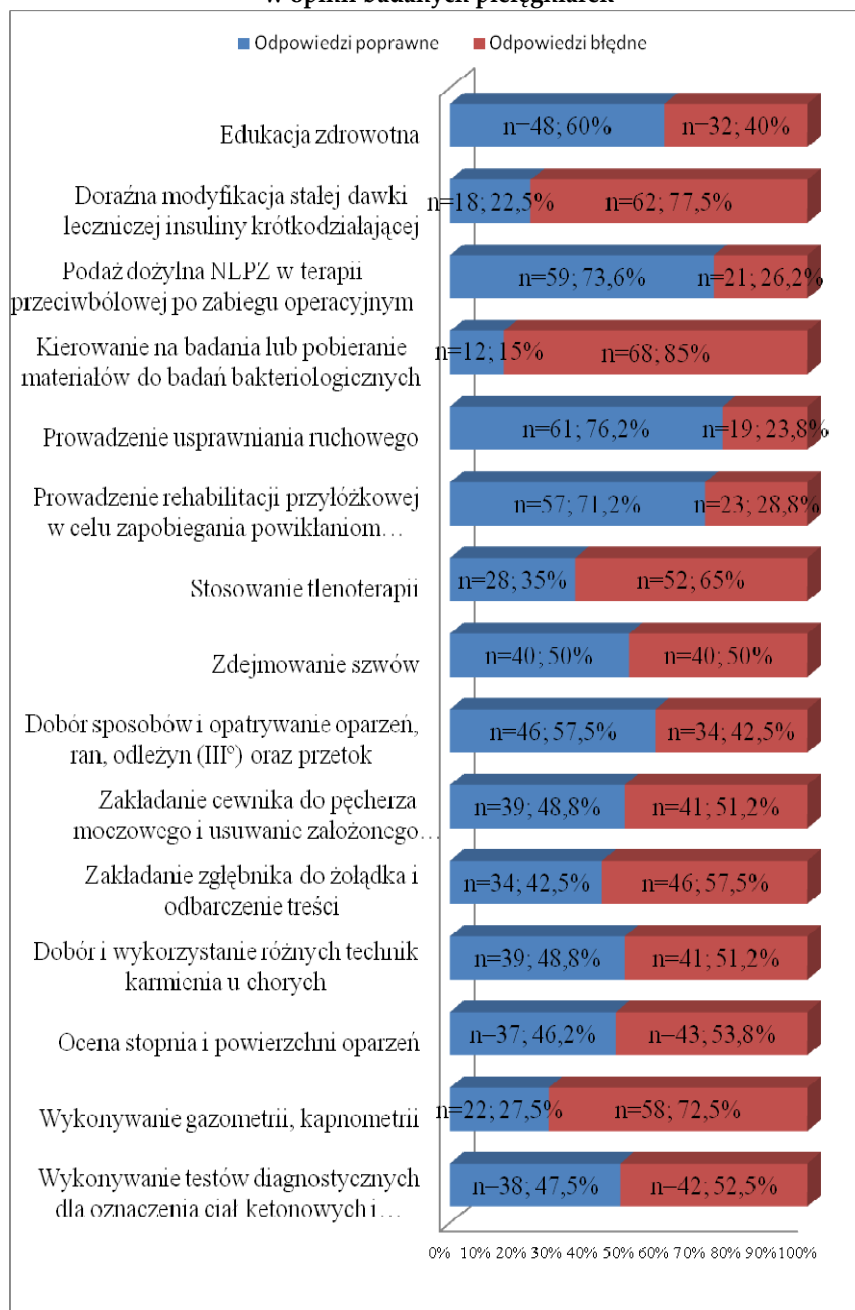
Celem badań było poznanie opinii pielęgniarek na temat rzeczywistości samodzielności zawodowej w codziennej praktyce oraz czynników wpływających na poziom wiedzy i oczekiwań z tego zakresu.

Materiał, metody i wyniki badań

W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, posłużono się techniką ankietową, narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety. Badania przeprowadzono wiosną 2012 roku. Grupę badawczą stanowiło 80 pielęgniarek oddziałów chirurgicznych trzech gdańskich szpitali (Uniwersyteckie Centrum Kliniczne, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Mikołaja Kopernika, Szpital Specjalistyczny św. Wojciecha w Gd.-Zaspa). Analiza statystyczna została oparta o współczynnik korelacji liniowej Pearsona, test chi-kwadrat oraz średnią arytmetyczną i odchylenie standardowe. Całość materiału empirycznego opracowano w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Excel 2007. Do prezentacji wyników badań wykorzystano metodę opisową, statystyczną i graficzną.

Średnia wieku respondentek wynosiła 40 lat ($SD = 9,07$). W badanej grupie najwyższy odsetek ($n = 34$; 42,5%) stanowiły pielęgniarki w przedziale wiekowym 41–50 lat. Najmniejszą grupę były pielęgniarki w przedziale wiekowym 51–60 lat ($n = 9$; 11,3%). Najwyższy odsetek stanowiły respondentki z wykształceniem średnim ($n = 46$; 57,5%). Spośród badanych wykształcenie wyższe licencjackie miało 20%, a magisterskie 22,5% pielęgniarek. Średni okres stażu pracy wynosił 17 lat ($SD = 10,43$). Respondentki z najdłuższym stażem pracy w zawodzie, tj. 31–40 lat, stanowiły 7,5% badanych. Najliczniejszą grupą stanowiły pielęgniarki posiadające do 10 lat stażu w zawodzie ($n = 27$; 33,8%).

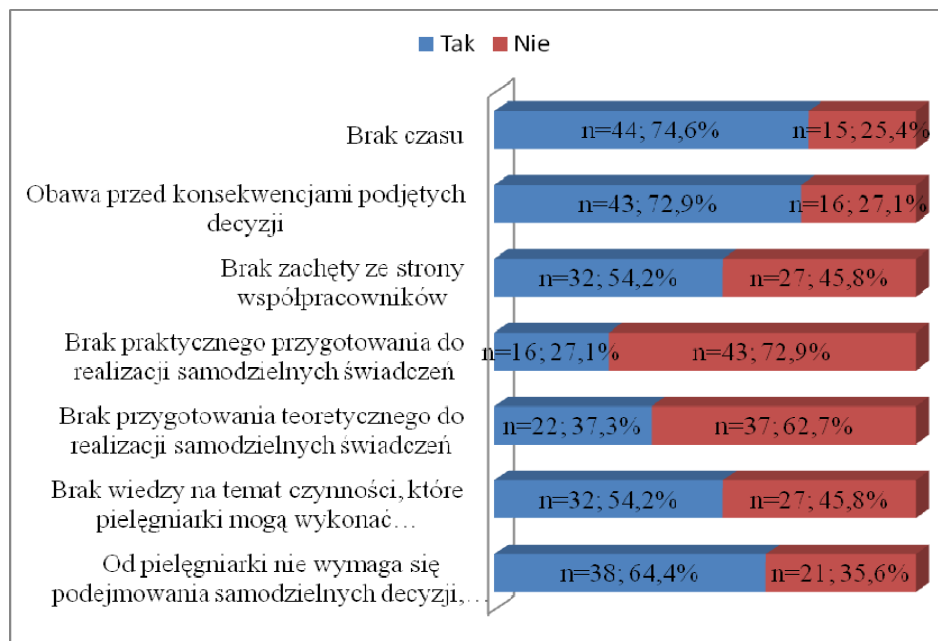
Rys. 1. Zakres samodzielności wykonywanych czynności w opinii badanych pielęgniarek



Wg. Rozporządzenia MZ z dnia 7.11. 2007 r.

Z analizy wyników ukazanych w formie graficznej (rys. 1) wynika, że ankietowane miały problem z poprawnym wskazaniem stopnia samodzielności w przypadku poszczególnych czynności. Średnia poprawnych odpowiedzi, uzyskanych przez respondentki, wynosiła 7 (SD = 2,80). Największy odsetek błędnych odpowiedzi dotyczył: kierowania na badania lub pobieranie materiałów do badań bakteriologicznych (85%), do-
rażnej modyfikacji stałej dawki leczniczej insuliny krótkodziałającej (77,5%) i wykonywania gazometrii, kapnometrii (72,5%). Najniższa liczba poprawnych odpowiedzi to 1/15 (1 osoba), a najwyższa to 14/15 (dwie osoby).

Rys. 2. Przeszkody w podejmowaniu czynności, które pielęgniarka może wykonać samodzielnie bez zlecenia lekarskiego



Pielęgniarki, uważają, że istnieją przeszkody w wykonywaniu czynności, które pielęgniarka może wykonać samodzielnie, najczęściej wskazywane były: brak czasu (n = 44; 74,6,9%) i obawa przed konsekwencjami podjętych decyzji (n = 43; 72,6%).

**Tab. 1. Znajomość Ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej?(A)
Ocena samodzielności zawodowej(B)**

A \ B	Zt	Rt	Nmz	Rn	Zn	Razem
Nie	–	13	1	6	1	21
Tak	22	32	3	1	1	59
Razem	22	45	4	7	2	80

Zt – zdecydowanie tak, Rt – raczej tak, Mnz – nie mam zdania, Zn – raczej nie, Rn – zdecydowanie nie.

Weryfikacja hipotezy o niezależności zmiennych losowych: znajomości ustawy oraz opinii, na temat samodzielności zawodowej. W tym przypadku wartość statystyki χ^2 wynosi ~21,3639. Odczytana z tablic wartość graniczna χ_0^2 dla 4 stopni swobody (obliczonych zgodnie z zasadą $k = (2-1)(5-1)$ – są 2 grupy określające poziom znajomości ustawy i 5 możliwości odpowiedzi) wynosi około $\chi_0^2 = 9,4877$. Ponieważ wynik jest wyższy niż ta wartość, w związku z czym stwierdzono, że wystąpiły różnice istotne statystycznie. Hipoteza została potwierdzona, co oznacza, że pielęgniarki, które uważają, że wykonują samodzielny zawód, znają lepiej akty prawne.

Dyskusja

Pielęgniarka, aby móc świadczyć swoje usługi w sposób profesjonalny musi znać zakres czynności do wykonywania których jest uprawniona. Ustawa o zawodach pielęgniarstwa i położnej określa zakres świadczeń zdrowotnych na wykonywaniu, których polega zawód pielęgniarstwa. Ponad 80% badanych pielęgniarek deklaroowało znajomość tej ustawy. Podobne wyniki uzyskała grupa badaczy oceniająca świadomość odpowiedzialności zawodowej wśród pielęgniarek [6].

Kolejnym badanym aspektem samodzielności zawodowej była znajomość Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę bez zlecenia lekarskiego. Poziom znajomości tego aktu prawnego określono jako średni. Jednak żadna

z respondentek nie potrafiła z pośród podanych czynności wszystkich określić prawidłowo. Na podstawie wieku ankietowanych pielęgniarki w wieku 21–30 lat odznaczały się największą ilością poprawnych odpowiedzi. Biorąc pod uwagę poziom wykształcenia najlepiej wypadły respondenci z wykształceniem wyższym magisterskim, natomiast analizując długość stażu pracy to pielęgniarki ze stażem do 10 lat. Niski stopień znajomości tego dokumentu miały badane w wieku 41–50 lat, z wykształceniem średnim oraz stażem pracy między 21 a 30 lat. Mimo iż, stopień znajomości tego dokumentu jest średni, należy uznać ten wynik jako niedostateczny. W przypadku pracy jaką wykonuje pielęgniarka nieznaną najważniejszych aktów prawnych regulujących wykonywanie zawodu może wpłynąć niekorzystnie nie tylko na samą pielęgniarkę, ale w szczególności na biorcę opieki – pacjenta. W sytuacji gdy dojdzie do błędu medycznego z winy osoby odpowiedzialnej za opiekę nad chorym, w myśl łacińskiego przysłowia „*Ius ignorantia non excusat*” – nieznanie prawa nie będzie usprawiedliwieniem [7].

Duże braki w znajomości regulacji prawnych dotyczących zakresu obowiązków i odpowiedzialności pielęgniarek, które zapisane są w ustawie i rozporządzeniu opisywane były także w badaniach przeprowadzonych przez A. Zankiewicz i K. Marczewski. Uzyskane przez tych badaczy wyniki dowiodły, że mniej niż 25% respondentek potrafiła poprawnie wskazać uprawnienia pielęgniarek w zakresie diagnostyki oraz mniej niż 20% badanych poprawnie wskazało czynności, które pielęgniarka może wykonać samodzielnie po ukończeniu kursu specjalistycznego [8].

Od współczesnej pielęgniarki oczekiwane jest podejmowanie decyzji w sposób profesjonalny w zakresie pielęgnowania. Postawienie diagnozy pielęgniarstwa, wyznaczenie celu działania, planowanie a następnie ocena porównująca osiągnięcia z założeniami jest aspektem pracy, o którym pielęgniarka samodzielnie decyduje [9]. Zapis w ustawie określający zawód pielęgniarki jako samodzielny, proces kształcenia skoncentrowany na nauce profesjonalnego pielęgnowania powinny dawać pielęgniarkom poczucie, iż faktycznie zawód przez nie wykonywany jest zawodem samodzielnym. Nie wszystkie ankietowane zapytane o tę kwestię („Czy uważasz, że zawód pielęgniarki jest zawodem samodzielnym?”) udzieliły twierdzącej odpowiedzi. Co prawda taką odpowiedź

wskazało ponad 83% badanych to pozostała część „nie ma zdania” bądź uważa przeciwnie. „Zdecydowanie tak” zaznaczyło tylko 27,5% badanych.

Ciekawym problemem badawczym jest analiza funkcji zawodowych, które najczęściej realizowane są przez pielęgniarkę. Spośród zadań, które w swojej działalności może wykonywać pielęgniarka, do najbardziej znamiennych dla zawodu należą te związane z realizacją funkcji wychowawczej i opiekuńczej. Są one spójne z nowoczesnym pielęgowaniem, wynikają z jej roli zawodowej i do ich pełnienia przygotowana jest pielęgniarka na etapie kształcenia. Zadania, które pielęgniarka realizuje w ramach tych dwóch funkcji na rzecz podmiotu opieki są niezależne od innych profesjonalistów [10]. W badaniach własnych pytano o funkcje jakie najczęściej pełni pielęgniarka w trakcie dyżuru. Według J. Glińskiej i M. Lewandowskiej, a także Krajewskiej-Kułak pielęgniarki w swojej pracy zawodowej najczęściej realizują zadania związane z funkcją terapeutyczną oraz opiekuńczą. Uzyskane wyniki własne były podobne [11, 12].

Nasuwa się pytanie dlaczego praca pielęgniarki w dużej mierze uzależniona jest od lekarza? Większość respondentek twierdzi, że w trakcie dyżuru wykonuje czynności, które pielęgniarka może wykonać samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (82,6%). Niestety ponad 70% twierdzi, że istnieją przeszkody w ich wykonywaniu. Najczęściej zaznaczaną przyczyną był brak czasu (74,6%) oraz obawa przed konsekwencjami podjętych decyzji (72,6%). Ponad 71% ankietowanych zaznaczyło twierdzącą odpowiedź w pytaniu o konieczność rezygnacji z wykonania świadczenia, które może wykonać samodzielnie na rzecz realizacji zleceń lekarskich. Powyższy wynik pozwala przypuszczać, że brak czasu w pracy nie pozwala skupić się na innych zadaniach pielęgniarskich.

Udział pielęgniarki w zwalczaniu bólu pooperacyjnego wiąże się z jego monitorowaniem oraz uśmierzaniem [13]. Podejmowane przez nią działania polegają na współpracy z lekarzem, zarówno chirurgiem jak i anestezjologiem. 60% respondentek zapytanych o to czy chciałyby poszerzenia świadczeń o wykonaniu których samodzielnie może decydować pielęgniarka odpowiada twierdząco. Najczęściej zaznaczaną odpowiedzią była właśnie możliwość dożylnego podania leków przeciwbólowych i przeciwgorączkowych.

Samodzielność zawodowa dla pielęgniarki powinna wyrażać się prawem do realizowania określonych czynności, a także możliwością swobodnego doboru metod i technik postępowania pielęgniarskiego, którego konsekwencją jest odpowiedzialność za jakość podjętych działań. Dla jednostki termin ten określa pozycję pielęgniarki, dla całej grupy zawodowej natomiast wyraża pozycję prawną zawodu. W obu tych przypadkach samodzielność wywodzić musi się z prawa i w to w nim powinno znajdować oparcie. Rozszerzanie zakresu kompetencji pielęgniarek przez ustawodawcę prowadzi do zwiększenia wśród zawodów medycznych jej autonomiczności [14]. Wydaje się, że podstawy do pełnej autonomii zawodu już są. Niestety wyniki badań pokazują, że pewne aspekty pracy pielęgniarki w dużej mierze wciąż uzależnione są od decyzji innych profesjonalistów, a to nie może pozytywnie wpływać na dalszy rozwój zawodu.

Wnioski

1. Pielęgniarki, które uważają, że wykonywany przez nie zawód jest zawodem samodzielnym, znają lepiej zawodowe akty prawne.
2. Mimo, iż stopień znajomości przez pielęgniarki Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 roku był na poziomie średnim to należy uznać go za niedostateczny, gdyż pielęgniarka powinna doskonale znać zakres czynności, które może wykonać samodzielnie.
3. Pielęgniarki uważają, że istnieją przeszkody w realizacji świadczeń, które pielęgniarka może wykonać samodzielnie, za główną uznały brak czasu.
4. Zadania związane z funkcją terapeutyczną są najczęściej wykonywane przez pielęgniarki.
5. Przygotowanie rodziny chorego do sprawowania opieki nieprofesjonalnej wynikające z funkcji wychowawczej, będącej niezależną interwencją pielęgniarską, jest najrzadziej wykonywaną czynnością przez pielęgniarki.
6. Pielęgniarki chciałyby poszerzenia świadczeń, które mogą wykonać samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, głównie możliwości podaży leków przeciwbólowych i przeciwgorączkowych.

Literatura

- [1] Łukasz-Paluch K, Franek G.A., *Ruch zawodowy i przemiany w kształceniu poddyplomowym pielęgniarek na przełomie wieków*, „Problemy Pielęgniarstwa”, 2008; 16 (1-2): 173-179.
- [2] Urbanek B., *Zmagania o profesję w XIX i XX wieku (do roku 1963)*, [w:] Urbanek B (red.), *Zawód pielęgniarki na ziemiach polskich w XIX i XX wieku*, Wyd. Makmed, Lublin 2008; 56-57, 61.
- [3] Ustawa z dnia 21 lutego 1935 roku o pielęgniarstwie, Dz. U. RP, nr 27, poz. 199).
- [4] www.mz.gov.pl 14.05.12 godz. 13.40.
- [5] Maksymowicz A., *Zagadnienia zawodowe pielęgniarstwa na tle historycznym: podręcznik dla średnich szkół medycznych*,. Wyd. Państw. Zakł. Wydaw. Lek., Warszawa 1977, 56-60.
- [6] Gawel G, Pater B, Potok H, Ogonowska D., *Świadomość odpowiedzialności zawodowej wśród pielęgniarek* „Problemy pielęgniarstwa”, 2010; 18 (2): 105-110.
- [7] www.historia-powszechna.pl 12.05.2012, godz. 13.00.
- [8] Zankiewicz A, Marczewski K., *Czynności delegowane pielęgniarkom w lecznictwie zamkniętym*, „Zdrowie Publiczne”, 2002; 3:326-329.
- [9] Poznańska S., *Pielęgniarka i pielęgnowanie w opiece nad zdrowiem*, [w:] Zahradniczek K. (red.), *Wprowadzenie do pielęgniarstwa – podręcznik dla szkół medycznych*, Wyd. PZWŁ, Warszawa 1996; 35-37.
- [10] Ciechaniewicz W., *Pielęgniarka – świadczeniodawca opieki pielęgniarskiej*, [w:] B. Ślusarska, D. Zarzycka, K. Zahradniczek (red.), *Podstawy pielęgniarstwa*, T.1. Wyd. Czelej, Warszawa 2004; 336-346.
- [11] Glińska J, Lewandowska M., *Autonomiczność zawodu pielęgniarskiego w świadomości pielęgniarek z uwzględnieniem pełnionych funkcji zawodowych*,. „Problemy pielęgniarstwa” 2007; 15 (4): 249-253.
- [12] Jankowiak B, Krajewska-Kułak E. i wsp., *Przygotowanie pielęgniarek do wykonywania funkcji zawodowych*, „Pielęgniarstwo XXI wieku”, 2003; 5: 42-46.
- [13] Juszcak K., *Rola pielęgniarki w zwalczaniu bólu pooperacyjnego*, „Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne” 2009; 4:131-134.
- [14] Krupa B., *Polskie pielęgniarstwo współczesne*, Biuletyn Informacyjny OIPiP, Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu. Listopad-grudzień 2006.

PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ i ZARZĄDZANIE

Wydawnictwo SAN – ISSN 1733-2486

Tom XIII – Zeszyt 11 – 2012 – ss. 149–160

Beata Siwik, Brygida Kondracka, Magdalena Radłowska
Iwona Flohr-Banaszek

SP ZOZ Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z Warmińsko-Mazurskim
Centrum Onkologii w Olsztynie

Rozwój zawodowy pielęgniarek i położnych w SP ZOZ
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z Warmińsko-
-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie

Professional development of nurses and midwives in the Hospital of Ministry of Interior and Administration (ZOZ MSW) with Warmia and Mazury Oncology Centre in Olsztyn

Summary: Professional development of nurses and midwives is an inherent element of correct functioning of health protection systems. *“Non profit”* institution is aimed at direct fulfilment of social needs, which are bigger and bigger, and cannot function without highly-qualified and professional nursing staff.

Presenting a targeted model of professional development of nursing personnel combined with hospital strategy and employees' expectations.

In the presentation chosen elements of survey material has been used, carried in Health Care Institution in Olsztyn between 2010-2011, in the areas regarding patients and employees' satisfaction. Pasat-Saper surveys drawn up by The Centre of Quality Monitoring in Cracow have also been used. The analysis of staff resources has been done paying special attention to qualifications held and personnel's expectations have been verified in the scope of professional development.

Nurses expect support from their employer in key areas of their activities. Positive opinions concerning possibilities to take part in professional training are very important and inspirational. The main areas of nurses' expectations are the following: raising

qualifications constantly, participation in conferences, conventions and symposiums, study leaves, appreciation and financial bonuses, possibility to put gained knowledge, skills and innovations into practice.

Constant raising of qualifications in the nurse sector is apparently growing. Development and professional training are the key priorities of management staff's policy. Decision-makers should take part in optimal recruitment of professional staff.

Key words: nursing personnel, training, qualifications, professional training, professional development.

Wstęp

Rozwój zawodowy pielęgniarek i położnych stanowi nieodłączny element prawidłowego funkcjonowania systemów ochrony zdrowia. Instytucja *non profit* jest nastawiona na ukierunkowane zaspokajanie coraz większych potrzeb społecznych i nie może funkcjonować bez wykwalifikowanej, profesjonalnej kadry pielęgniarstwa [1]. Dynamicznie rozwijająca się dziedzina pielęgniarstwa powinna być wspierana przez własne środowisko zarówno z poziomu czynnie pracujących jak i zarządzających pielęgniarstwem. Organizacja ma niewątpliwy wpływ na kształtowanie wizerunku swoich pracowników, ale pielęgniarka także poprzez swoją postawę, predyspozycje, własne oczekiwania, motywacje, charakter wykonywanych zadań, również wyznacza kierunki rozwoju zawodowego. Jest to zawód prawnie zobowiązujący adeptów sztuki pielęgniarstwa do ciągłego aktualizowania wiedzy zarówno w doskonaleniu formalnym i nieformalnym [2]. Natomiast od zarządzających zależy czy zakład pracy będzie współtworzył klimat i warunki otoczenia sprzyjające kształceniu oraz doskonaleniu [3]. Rozwój zawodowy pielęgniarek niewątpliwie ma wpływ na zaspokojenie potrzeby samorealizacji i jest w praktyce efektem rozszerzania kompetencji oraz elastycznego przyjmowania nowych zadań [4].

Niniejsza praca stanowi próbę połączenia teoretycznych rozwiązań z praktyczną polityką kształtowania ścieżki zawodowej pielęgniarek i położnych przyjętej w naszej organizacji. W szpitalu wdrożono określony standard, który wskazuje na usystematyzowane działania rozwojowe zasobów pielęgniarstwa od momentu zatrudnienia po zaawanso-

waną kontynuację pracy. Jego celem jest realizacja misji zakładu poprzez zapewnienie bezpiecznej opieki pacjentom, utrzymanie profesjonalnej kadry, oraz zaspokojenie oczekiwań personelu w zakresie podnoszenia kwalifikacji i wykorzystania posiadanej wiedzy w działalności zawodowej.

Cel pracy, materiał i metoda badań

Przedstawienie opinii pielęgniarek na temat postrzegania i możliwości rozwoju zawodowego oraz oczekiwań w tym zakresie względem zakładu pracy i kadry zarządzającej.

Materiał źródłowy do celów pracy pozyskano w oparciu o badania ankietowe satysfakcji pielęgniarek, analizę okresowej oceny pracownika i zasoby kadrowe pod kątem posiadanych kwalifikacji. Badania ankietowe w obszarze satysfakcji pielęgniarek przeprowadzono w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie (SP ZOZ MSW z WMCO) w latach 2010–2011. Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz ankiety Pasat-Saper opracowany przez Centrum Monitorowania Jakości w Krakowie. W badaniu udział wzięło łącznie 206 pielęgniarek pracujących w oddziałach zabiegowych (32%), zachowawczych (30%) i onkologicznych (38%). Przeanalizowano pytania i odpowiedzi pod kątem rozwoju zawodowego, jakości, relacji z przełożonymi, wsparcia finansowego i motywacji. Najliczniejszą grupę wśród ankietowanych stanowiły respondentki ze stażem 11–25 lat (51%). Prawie co trzecia pielęgniarka posiadała ponad 25 staż pracy (27%). Natomiast 15% pielęgniarek pracuje w zawodzie 6–10 lat. Krótki staż pracy 1–5 lat ustalono wśród 6% badanych.

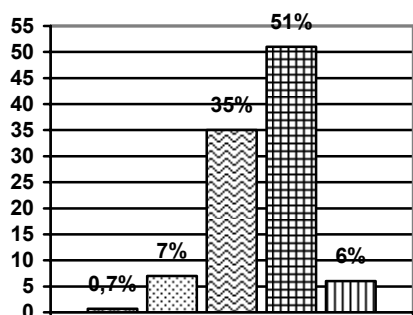
Do celów pracy wykorzystano globalną analizę z okresowej oceny pracownika SP ZOZ MSW z WMCO za rok 2011–2012 pod kątem oczekiwań rozwojowych wśród 260 pielęgniarek i położnych.

Standardowa aktualizacja zasobów kadrowych w pionie pielęgniar skim SP ZOZ MSW z WMCO za rok 2011 zweryfikowała posiadane kwalifikacje oraz plany kształcenia i doskonalenia w tej grupie zawodowej.

Wyniki badań

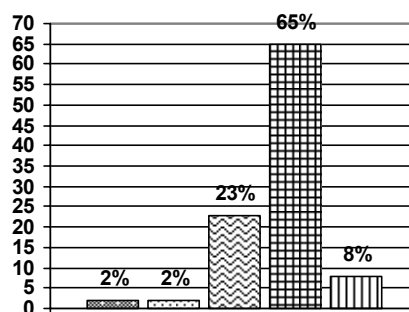
Analiza materiału badawczego wskazuje, że ponad połowa ankietowanych pielęgniarek jest zdania, iż praca daje im możliwość rozwoju zawodowego (57%). Brak takich możliwości dostrzega prawie 8%. Zdecydowana większość respondentów chciałaby uczestniczyć w działaniach na rzecz poprawy jakości (73%). Nie wszystkie pielęgniarki potrafiły dokładnie sprecyzować swoje uczestnictwo w procesach jakościowych (23%). Zaledwie 4% respondentek nie wyraziło zainteresowania udziałem w poprawie jakości.

Rysunek 1. Praca daje mi możliwość rozwoju zawodowego



- Zdecydowanie nie zgadzam się
- ▨ Nie zgadzam się
- ▩ Ani się zgadzam, ani się nie zgadzam
- ▧ Zgadzam się
- Zdecydowanie zgadzam się

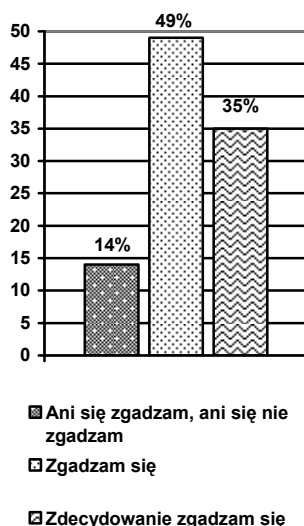
Rysunek 2. Chciałbym uczestniczyć w działaniach mających na celu poprawę jakości



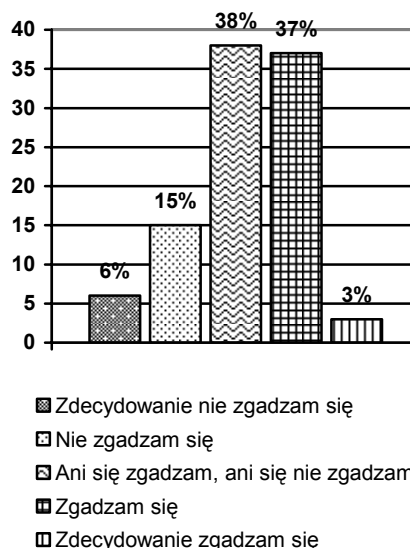
- Zdecydowanie nie zgadzam się
- ▨ Nie zgadzam się
- ▩ Ani się zgadzam, ani się nie zgadzam
- ▧ Zgadzam się
- Zdecydowanie zgadzam się

Zdecydowana większość pielęgniarek uważa, że wykorzystuje swoje umiejętności w pracy zawodowej (86%), natomiast negatywnych odpowiedzi nie odnotowano (rys. 3). Ważnym sygnałem jest fakt, iż respondenci dostrzegają zainteresowanie kierownictwa uwagami pielęgniarek w związku z realizacją zadań na ich stanowisku pracy (40%). Co piąta pielęgniarka (21%) uważa, że przełożeni nie biorą pod uwagę ich sugestii (rys. 4).

Rysunek 3. W mojej pracy mam możliwość wykorzystania swoich umiejętności



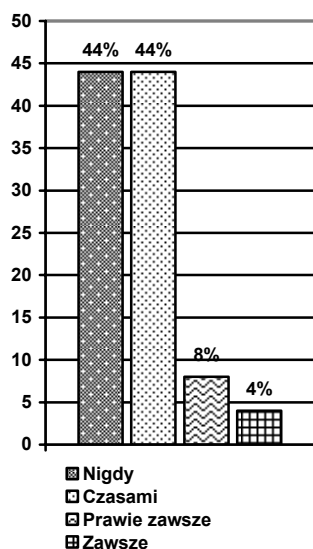
Rysunek 4. Kierownictwo jest zainteresowane moimi uwagami w związku z realizacją zadań na moim stanowisku pracy



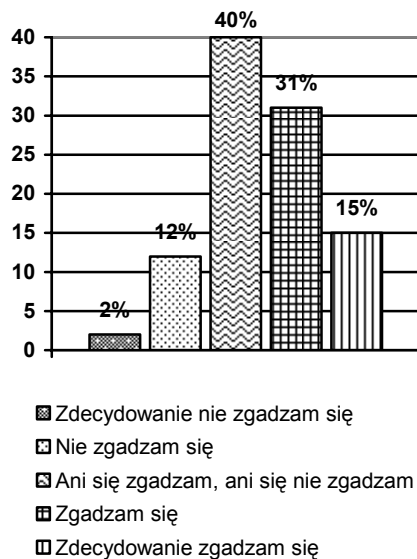
Na wsparcie finansowe pracodawcy w kształceniu i doskonaleniu zawodowym czasami może liczyć 44%, ale analogiczny odsetek badanych (44%) uważa, że nie otrzymuje pomocy ze strony zakładu (rys. 5). Motywację do pracy w macierzystej jednostce deklaruje 46% pielęgniarek. Negatywnych odpowiedzi w aspekcie motywacyjnym udzieliło 14% (rys. 6).

Z globalnej analizy okresowej oceny pracownika za rok 2011–2012 wynika, że priorytetem dla pielęgniarek jest ich ciągły rozwój zawodowy i podnoszenie kwalifikacji oparte na stwarzaniu przez pracodawcę oraz kadrę zarządzającą możliwości ukierunkowanego doskonalenia zawodowego (93%). Konkretnie działania w tym zakresie pielęgniarki precyzują w stałym uczestnictwie w konferencjach, zjazdach, sympozjach, pod kątem zdobycia wiedzy na temat aktualnych trendów w różnych obszarach działalności (69%). Dla znaczącej grupy pielęgniarek (76%) istotne jest uzyskanie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa i ukończenie kursów kwalifikacyjnych oraz specjalistycznych (rys. 7).

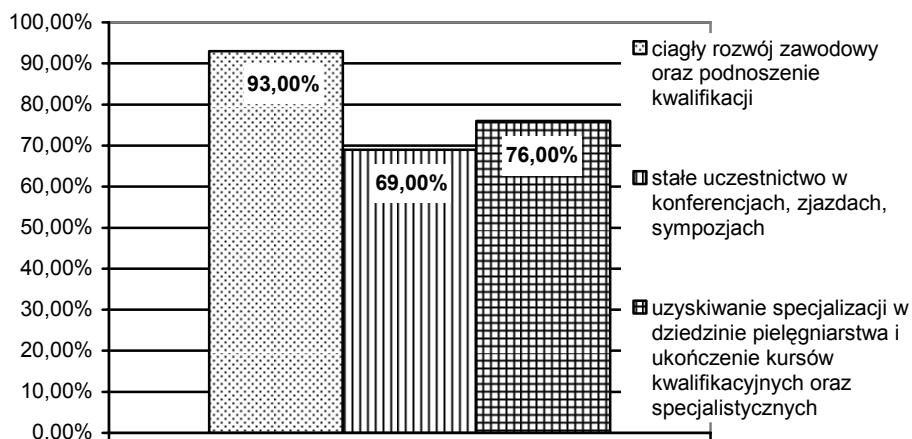
Rysunek 5. Mogę liczyć na wsparcie finansowe pracodawcy



Rysunek 6. Czuję się zmotywowany do pracy w tej instytucji

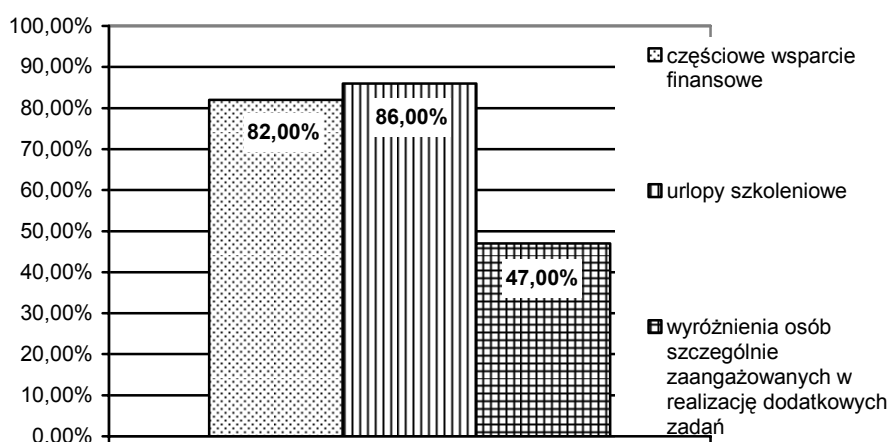


Rysunek 7. Priorytety personelu pielęgniarskiego



Personel pielęgniarstwa nierozdzielnie wiąże swoje potrzeby rozwojowe z gratyfikacją finansową i uznaniową. Główne oczekiwania w tym zakresie to częściowe wsparcie finansowe (82%), urlopy szkoleniowe (86%), wyróżnienia osób szczególnie zaangażowanych w realizację dodatkowych zadań (48%) (rys. 8).

Rysunek 8. Główne oczekiwania pielęgniarek w zakresie potrzeb rozwojowych

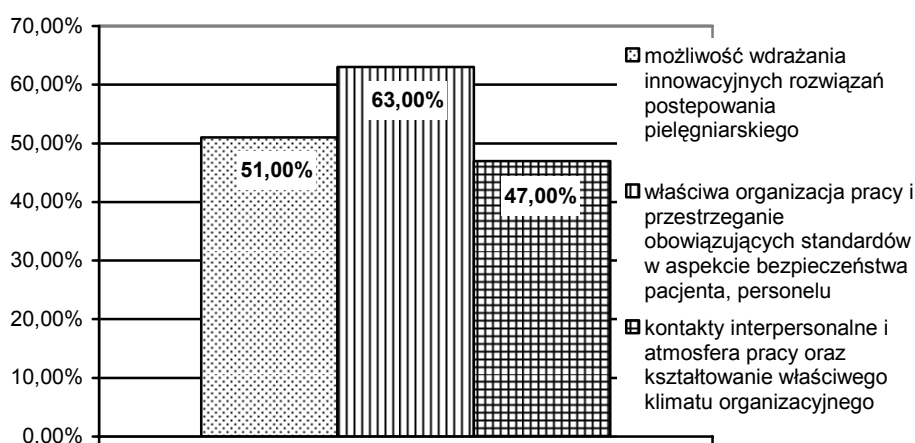


Inne aspekty na które pielęgniarki zwróciły uwagę to możliwość wdrażania innowacyjnych rozwiązań postępowania pielęgniarstwa (51%), właściwa organizacja pracy i przestrzeganie obowiązujących standardów w aspekcie bezpieczeństwa pacjenta, personelu (63%). Nie mniej ważne są dla pracowników kontakty interpersonalne i atmosfera pracy oraz kształtowanie właściwego klimatu organizacyjnego (47%) (rys. 9).

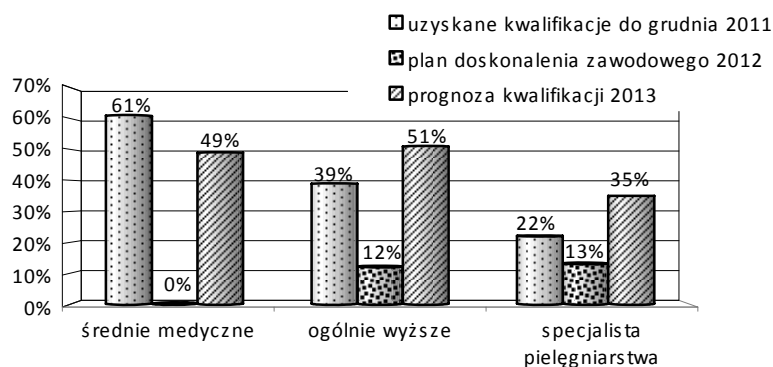
Standardowa analiza zasobów kadrowych przedstawia kwalifikacje osób badanych. Dane wskazują, że pielęgniarki do końca roku 2011 w ponad połowie (61%) posiadały wykształcenie średnie medyczne. Z wykształceniem wyższym jest zatrudnionych 39% respondentek. Prawie co piąta pielęgniarka jest specjalistą w dziedzinie pielęgniarstwa. Prognoza kwalifikacji po realizacji planu doskonalenia zawodowego wskazuje na tendencje wzrostowe i zmienia obraz kwalifikacji. Przewidywana w roku 2013 połowa pielęgniarek (51%) będzie posiadała wykształcenie wyższe. Zmniejszy się grupa pielęgniarek z wykształceniem

średnim medycznym do 49%. Nie bez znaczenia jest rosnąca grupa pielęgniarek specjalistów w dziedzinie pielęgniarstwa (35%) (rys. 10).

Rysunek 9. Inne aspekty pracy interesujące pielęgniarki

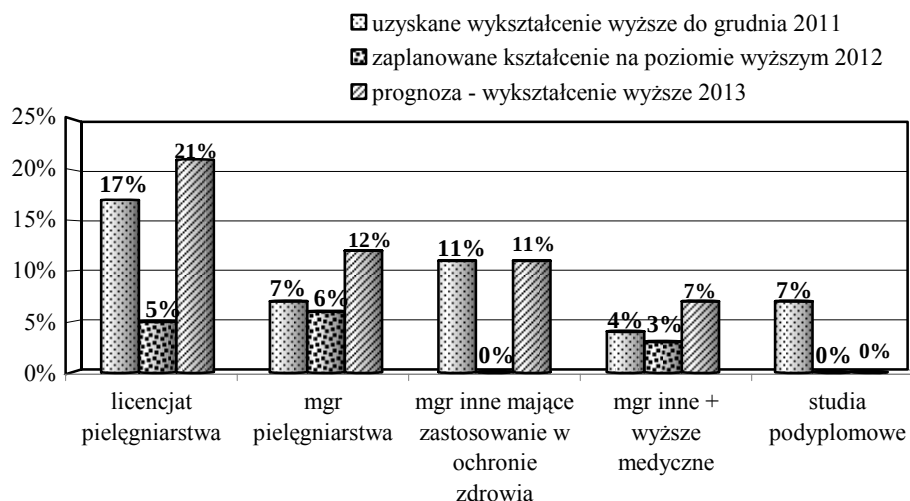


Rysunek 10. Kwalifikacje zawodowe i plany doskonalenia zawodowego wśród badanej populacji



Zaplanowane przez pielęgniarki kształcenie na poziomie wyższym ukierunkowane jest głównie na studia pielęgniarstwa. Nie wzrastają potrzeby edukacyjne w zakresie innych studiów wyższych mających zastosowanie w ochronie zdrowia. Warto zwrócić uwagę na fakt, iż 7% to pielęgniarki z podwójnym wykształceniem wyższym (rys. 11).

Rysunek 11. Pielęgniarki z wykształceniem wyższym



Dyskusja

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują w jaki sposób pielęgniarki postrzegają model własnego rozwoju zawodowego. O profesjonalizmie pielęgniarek świadczy w dużym stopniu możliwość wykorzystywania swoich umiejętności w pracy zawodowej (86%) i chęć współuczestniczenia w działaniach na rzecz poprawy jakości (73%). Ponad ½ pielęgniarek jest zdania, iż może rozwijać się zawodowo. Znaczna część (46%) deklaruje poczucie motywacji do pracy w macierzystej jednostce. Pielęgniarki dość pozytywnie oceniły zainteresowanie zarządzających merytorycznymi uwagami pracowników (40%). Jednak co piąta ankietowana nie dostrzega tych pozytywów (21%), a 38% w zasadzie nie potrafi określić jednoznacznego stanowiska w tej kwestii. Uczestnicy badania uważają, że partycypacja zakładu pracy w kosztach różnych form szkolenia jest zdecydowanie zbyt niska, (44%). Aby rozwój zawodowy był w pełni możliwy respondenci wskazują na standardowe oczekiwania względem zakładu pracy i kadry zarządzającej. Główne ich składowe to: urlopy szkoleniowe (86%), częściowe wsparcie finansowe (82%) możliwość stałego uczestnictwa w konferencjach, zjazdach i sympozjach (69%), wyróżnienia pracowników szczególnie zaangażowanych (48%).

Wysoki odsetek badanych (76%) jest zainteresowanych uzyskaniem tytułu specjalisty, co znajduje również odzwierciedlenie w planach szkoleniowych personelu. Plany dotyczące kształcenia i doskonalenia zawodowego pielęgniarek świadczą o ciągłym podnoszeniu kwalifikacji. Wzrasta odsetek pielęgniarek z wyższym wykształceniem ze wskazaniem na studia pielęgniarские.

Warto zwrócić uwagę, że $\frac{3}{4}$ badanych posiada wieloletni staż pracy i konsekwentnie realizuje potrzeby edukacyjne. Śmiało można użyć stwierdzenia, że respondenci prezentują wysoki poziom świadomości pod kątem ustawowego obowiązku stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych, ale także prawa do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego [5]. Pielęgniarki wyraźnie wyartykułowały istotne dla nich inne aspekty: właściwa organizacja pracy i przestrzeganie standardów (63%), wdrażanie innowacji do codziennej praktyki (51%), klimat organizacyjny i związana z nim atmosfera pracy oraz kontakty interpersonalne (47%). W związku z tym rola pielęgniarek zarządzających jest tu niekwestionowana, ponieważ to one kreują określone standardy postępowania wśród podległego personelu. Działania motywacyjne przełożonego determinują stopień zaangażowania pielęgniarki w pracę i własny rozwój zawodowy [2]. Kadrze kierowniczej wpływającej na sektor świadczeń pielęgniarских także postawione są określone wymagania pod kątem innowacyjności i nowych umiejętności wiążących się z nowymi trendami rozwojowymi [4]. Wytyczne motywujące pielęgniarki do podejmowania kształcenia podyplomowego powinny stanowić czytelną ścieżkę wypracowaną przez zakład pracy wiążącą się nierozzerwalnie z polityką stałego podnoszenia kwalifikacji zawodowych, regulaminami zakładowymi, wyodrębnionym budżetem, planami edukacyjnymi i warunkami ułatwiającymi realizację potrzeb edukacyjnych [6].

Pion pielęgniarki stanowi w zakładach opieki zdrowotnej najliczniejszą grupę zawodową i współuczestniczy w wielu decyzjach związanych w sprawach szeroko rozumianej opieki nad zdrowiem [7]. Błędem byłoby ignorowanie sygnałów pielęgniarek w zakresie ich rozwoju zawodowego, ponieważ największe rezerwy motywacyjne kryją się w dostrzeganiu i dowartościowaniu pracownika [8]. Należy więc dążyć do two-

rzenia w zakładach pracy korzystnego klimatu kształcenia i szacunku dla pielęgniarek mających aspiracje ustawicznego rozwoju zawodowego, ponieważ tym samym niezaprzeczalnie kształtują wizerunek własnej organizacji.

Wnioski

1. Priorytetem pielęgniarek jest świadomy, ciągły rozwój zawodowy i podnoszenie kwalifikacji.
2. Większość pielęgniarek chciałaby uczestniczyć w działaniach mających na celu poprawę jakości.
3. Pielęgniarki oczekują od pracodawcy i zarządzających czytelnych systemów motywacyjnych.
4. Główne składowe oczekiwań to: stały udział w konferencjach, zjazdach i sympozjach, urlopy szkoleniowe, współfinansowanie kształcenia, wdrażanie innowacji postępowania pielęgniarskiego.
5. Podnoszenie kwalifikacji w pionie pielęgniarskim wskazuje na tendencje wzrostowe pomimo wieloletniego stażu pracy.
6. Pracodawca i kadra zarządzająca powinni partycypować w optymalnym pozyskiwaniu wykwalifikowanych pielęgniarek.
7. W zakładach opieki zdrowotnej należy wdrażać przejrzyste standardy, które pozwolą łączyć oczekiwania organizacji z rozwojem zawodowym pielęgniarek.
8. Badania ankietowe satysfakcji pracowników, okresowa ocena, analiza zasobów kadrowych stanowi cenną bazę danych dla zarządzających pod kątem określonego rozwoju organizacji.

Literatura

- [1] Piątek A. *Doskonalenie jakości opieki pielęgniarskiej*, [w:] Ksykiewicz D.A. (red), *Podstawy organizacji pracy pielęgniarskiej*, Wyd. Czelej, Lublin 2004; 161–162.
- [2] Tomaszewska A., Cieślak D., Czerniak J., Dykowska G., *Możliwości doskonalenia zawodowego pielęgniarek – potrzeby a rzeczywistość*, *Prob. Pielęg.* 2008; 16 (1–2): 41–44.

- [3] Kobos E., Leńczuk-Gruba A., Idzik A., Sienkiewicz Z., *Rola zakładu pracy w doszkąłcaniu i doskonaleniu zawodowym w kontekście barier edukacyjnych dostrzeganych przez pielęgniarki*, *Prob. Pielęg.* 2010; 18 (2): 136–138.
- [4] Kosińska A. *Doskonalenie zawodowe*, [w:] Ksykiewicz D.A. (red) *Zarządzanie w pielęgniarstwie*, Wyd. Czelej, Lublin 2005; 241, 251–253.
- [5] Ustawa z 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarzki i położnej (Dz. U. nr 174, poz. 1039).
- [6] Bidzińska E., Sobczak M., Rakowska K., *Motywy podnoszenia kwalifikacji przez pielęgniarki Wojewódzkiego Szpitala zespółego w Elblągu*. *Prob. Pielęg.* 2007; 15 (2–3): 200.
- [7] Kowalewski T., *Rola wykształcenia w rozwoju zawodowym personelu pielęgniarzkiego*, [w:] Grzybowska-Brzezińska M (red), *Zarządzanie i marketing w zakładach opieki zdrowotnej*, Wyd. Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, Olsztyn 2004; 42.
- [8] Palczewska A. *Motywowanie współpracowników*, *Mag. Pielęg. Połóz.* 2009; 5:17.

Jadwiga Klukow, Anna Ksykiewicz-Dorota
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Walidacja narzędzia badawczego dla potrzeb planowania obsad pielęgniarskich w szpitalnych oddziałach ratunkowych

Validation of Research Tool for Planning Nurse Staffing in Emergency Departments

Abstract: The objective of this article was to discuss the procedure of validation of the research tool for planning nurse staffing in emergency departments. Validation analysis has demonstrated a high reliability of the research tool (W-Kendalla 0,865 – 0,965).

Key words: planning nurse staffing, emergency department, validation of research tool

Wprowadzenie

Przegląd zachodniego piśmiennictwa wskazuje na znaczne zainteresowanie przystosowaniem narzędzia do planowania obsad pielęgniarskich w szpitalnych oddziałach ratunkowych głównie w Stanach Zjednoczonych, Wielkiej Brytanii i Australii [4, 9]. W Polsce do tej pory nie zostało opracowane żadne narzędzie do planowania norm zatrudnienia pielęgniarek na oddziałach ratunkowych. Metodami, które umożliwiają zapewnienie opieki pielęgniarskiej zgodnej z potrzebami pacjentów oraz właściwe wykorzystanie kadr na oddziałach ratunkowych są metody

klasyfikacji pacjentów [2, 3, 4, 5]. Metody te składają się z trzech elementów:

- kryteriów opieki, które umożliwiają przydział chorych do odpowiednich grup (kategorii) opieki;
- kategorii opieki, które są wyróżnione ze względu na rodzaj i zakres zapotrzebowania chorych na opiekę, odnoszących się do norm czasu przeznaczanego na pielęgnację bezpośrednią;
- czasu pomocniczego, który powinien uwzględniać czynności poza pielęgnacyjne [6].

Podstawowe zadanie jakie powinien spełniać arkusz klasyfikacyjny to rzetelna ocena pacjentów, na podstawie której można określić kategorię opieki zgodną z zapotrzebowaniem pacjentów na świadczenia pielęgniarstwa udzielane na oddziałach ratunkowych. Kryteria i kategorie opieki opracowane w zachodnich systemach ratownictwa medycznego o zupełnie odmiennych warunkach organizacyjnych, finansowych i kulturowych przed wprowadzeniem do krajowych oddziałów ratunkowych wymagają poddania procesowi walidacji [2, 7]. W związku z tym zdecydowano się oszacować rzetelność metodą zgodności sędziów, aby określić, na ile jednoznaczny jest algorytm oceniania [1].

Celem pracy było przedstawienie procedury walidacyjnej narzędzia badawczego dla potrzeb planowania obsad pielęgniarstwa w szpitalnych oddziałach ratunkowych w Polsce.

Materiał, metoda i wyniki badań

Badania przeprowadzono w 2009 i 2010 roku. Terenem badań był: Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie, gdzie dokonano 210 czynności klasyfikacyjnych u 70 pacjentów oraz Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie, w którym przeprowadzono 120 klasyfikacji wobec 40 pacjentów.

W pracy posłużono się arkuszem klasyfikacji pacjentów opracowanym przez brytyjskiego autora Gary Jones [2]. Arkusz nazwany Jones Dependency Tool (Skala Zależności Jones) wykorzystano za pisemną zgodą autora. Po dokonaniu modyfikacji oryginalnego narzędzia, wła-

sne narzędzie poddano walidacji w zakresie kryteriów i kategorii opieki pielęgniarstwa. Zmodyfikowany arkusz klasyfikacyjny zawierał 8 kryteriów opieki: komunikacja, wydolność krążeniowo-oddechowa, zabiegi diagnostyczne, zabiegi lecznicze, higiena, wydalanie, mobilność; bezpieczeństwo i wsparcie psychospołeczne oraz 3 kategorie: opieka ratunkowa podstawowa, opieka ratunkowa wzmożona i opieka ratunkowa krytyczna.

Rzetelność narzędzia badano na podstawie stopnia zgodności ocen wydawanych przez sędziów kompetentnych. W przypadku tej metody ważne jest, aby sędziowie byli dobrze zaznajomieni z przyjętymi kryteriami oceny, a także, by ich oceny były niezależne od siebie. Miarą rzetelności jest tu stopień zgodności między sędziami. W przypadku ocen dokonywanych przez więcej niż 2 sędziów wykorzystuje się współczynnik korelacji W-Kendalla. Współczynnik przyjmuje wartości od 0 (brak zgodności) do 1 (całkowita zgodność) [1].

Na niezależnych sędziów wytypowano 3 pielęgniarki, które spełniały wymagania stawiane pielęgniarkom systemu. Ponadto pielęgniarki były zatrudnione na innych oddziałach ratunkowych niż te, w których prowadzono badania. Sędziowie, podczas obserwacji uczestniczącej, dokonywali niezależnej oceny 110 pacjentów trafiających na oddział ratunkowy.

Uzyskane dane poddano analizie statystycznej wykorzystując współczynnik korelacji W-Kendalla oraz weryfikację hipotez na podstawie testu Chi-kwadrat przy użyciu programu SPSS v. 17.0.

W badaniach wzięło udział 110 pacjentów, w tym 58 mężczyzn i 52 kobiety. Najliczniejszą grupę badanych stanowili chorzy sami zgłaszający się po pomoc na oddział ratunkowy ($n = 77$; 70%). Ponad 87% badanych po zaopatrzeniu w SOR nie wymagało dalszej hospitalizacji i zostało wypisanych do domu. Szczegółową charakterystykę badanej grupy przedstawia tabela 1.

Tab. 1. Charakterystyka badanej grupy pacjentów

Badana cecha		N = 110	%
Płeć	Kobieta	52	47,3
	Mężczyzna	58	52,7
Dyżur	Dzienny	54	49,1
	Nocny	56	50,9
Tryb przyjęcia	Samodzielnie	77	70,0
	Zespół Ratownictwa Medycznego	33	30,0
Ruch chorych	Wypis do domu	96	87,3
	Przeniesienie na inny oddział	13	11,8
	Zgon	1	0,9

W zakresie wszystkich kryteriów opieki uzyskano wysokie istotne statystycznie wartości współczynników zgodności W-Kendalla między ocenami pielęgniarek kwalifikujących pacjentów do jednej z trzech kategorii opieki. Uzyskane wysokie współczynniki W-Kendalla wskazuje na dużą zbieżność ocen trzech sędziów oraz mały wpływ czynników subiektywnych (tabela 2).

Tab. 2. Współczynnik zgodności W-Kendalla ocen 3 sędziów kompetentnych w zakresie 8 kryteriów i 3 kategorii opieki pielęgniarstwie w szpitalnych oddziałach ratunkowych

Lp.	Kryteria opieki	W Kendalla
1.	Komunikacja	0,895*
2.	Wydolność krążeniowo - oddechowa	0,927*
3.	Zabiegi diagnostyczne	0,960*
4.	Zabiegi lecznicze	0,965*
5.	Higiena	0,895*
6.	Wydalenie	0,939*
7.	Mobilność	0,960*
8.	Bezpieczeństwo i wsparcie psychospołeczne	0,865*
Kategoria opieki		0,929*
* p < 0,001		

Najwyższe współczynniki zgodności uzyskano dla kryterium „zabiegi lecznicze” (0,965), „zabiegi diagnostyczne” (0,960) i „mobilność” (0,960). Wyniki te ukazują specyfikę pracy pielęgniarek na oddziale ratunkowym, w którym wymagane jest przede wszystkim realizowanie świadczeń diagnostycznych i leczniczych, a znacznie rzadziej pielęgnacyjnych czy edukacyjnych. Głównym celem opieki realizowanej na oddziale ratunkowym u chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia jest stabilizacja podstawowych czynności życiowych chorego oraz niezwłoczne wdrożenie procesu diagnostyczno-terapeutycznego dla ustalenia bezpośredniej przyczyny stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego i rozpoczęcia właściwego leczenia oraz przekazanie chorego do właściwego oddziału szpitala w celu kontynuacji leczenia [4]. W zakresie kryterium „mobilność” ocenie sędziów poddawana była samodzielność pacjentów w poruszaniu się.

Najniższy poziom zgodności uzyskano dla następujących kryteriów: „bezpieczeństwo i wsparcie psychospołeczne” (0,865), „komunikacja” (0,895) i „higiena” (0,895). Kryterium „bezpieczeństwo i wsparcie psychospołeczne” wymaga od pielęgniarki oceny zapotrzebowania pacjenta m.in.: w zakresie udzielania informacji, zapewnienia bezpieczeństwa, zorganizowania transportu, odzieży zastępczej, współpracy z innymi instytucjami np. ośrodkiem pomocy społecznej, policją czy zapewnienie wsparcia osoby duchownej. Natomiast kryterium „komunikacja” ocenia pacjenta w zakresie stanu przytomności, reakcji na ból, współpracy, trudności w porozumiewaniu się wynikające np. z upojenia alkoholowego lub w przypadku pacjentów obcojęzycznych. Kryterium „higiena” dotyczy niezbędnych zabiegów higienicznych wykonywanych na oddziale ratunkowym np. umycie okolicy rany, zabezpieczenia protez zębowych. W zakresie trzech kategorii opieki pielęgniarstwa uzyskano również dość wysoki współczynnik W-Kendalla – 0,929

Wnioski

1. Analiza walidacyjna wykazała wysokie wartości ocen osiąganych przez sędziów kompetentnych, co wskazuje na rzetelność badanego narzędzia.

2. Opracowany arkusz klasyfikacji pacjentów może być z powodzeniem stosowany w celu planowania obsad pielęgniarских w szpitalnych oddziałach ratunkowych dla dorosłych.
3. Należałoby zastanowić się na koniecznością prowadzenia dalszych badań nad dostosowaniem kryteriów i kategorii opieki pielęgniarской dla pacjentów pediatrycznych na oddziałach ratunkowych w kraju.

Literatura

- [1] Brzeziński J., *Metodologia badań psychologicznych*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 1996.
- [2] Crouch R., Williams S., *Patient dependency in the emergency department (ED): Reliability and validity of the Jones Dependency Tool (JDT)*, *Accid Emerg Nurs.* 2006; 14: 219–229.
- [3] Dunnion ME, Griffin M., *Care planning in the emergency department*, *Int Emerg Nurs.* 2010; 18(2): 67–75.
- [4] Klukow J., Ksykiewicz-Dorota A., *Przegląd zachodnich metod klasyfikacji pacjentów dla potrzeb planowania obsad pielęgniarских w szpitalnych oddziałach ratunkowych*, *Anestezjologia i Ratownictwo* 2010; 4: 373–381.
- [5] Korn R, Mansfield M. *ED overcrowding: an assessment tool to monitor ED registered nurse workload that accounts for admitted patients residing in the emergency department*, *J Emerg Nurs.* 2008; 34(5): 441–446.
- [6] Ksykiewicz-Dorota A., *Planowanie obsad pielęgniarских w lecznictwie stacjonarym*, Wyd. Czelej, Lublin 2003.
- [7] O' Brien A., Bengert J., *Patient dependency in emergency care: do we have the nurses we need?*, *J Clin Nurs.* 2007; 16(11): 2081–2087.
- [8] Pawlak J., Soczywko-Ciudzińska J., Kurka D., *Pielęgniarstwo ratunkowe w aspekcie medycyny ratunkowej*, Materiały przedstawione podczas sesji naukowej X Ogólnopolskiego Forum Ratownictwa w Inowrocławiu, [w]: Konieczny J. (red.), *Zagrożenia biologiczne, chemiczne i radiacyjne w systemie bezpieczeństwa samorządu terytorialnego*, Inowrocław, 2005.
- [9] Williams S, Crouch R., *Emergency department patient classification systems: A systematic review*, *Accid Emerg Nurs.* 2006; 14(3): 160–70.

Elżbieta Majchrzak-Kłokocka, Hanna Taraszkiewicz

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie

Maria Danielewicz

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

Anna Abramczyk, Zofia M. Jurczyk

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie,

Wybrane problemy w opiece nad pacjentem hospitalizowanym

Selected problems with care of a hospitalized patient

Abstract: The quality of the medical care will be on a satisfactory level when the perception of the medical service, which patient actually receive, is at least consistent with his expectation. The aim of this study was to identify problems with hospitalized patients' care.

Research for the aim of study was carried out among 77 randomly selected patients hospitalized in one of the public hospitals of Warmia and Mazury district.

Demographic factors have an impact on patients expectations and their level of consciousness. The results provide data that determine the necessity to pay attention to the needs and expectations of patients under the age of 40 years of age, males, and those with higher education. What hospitalized people expect the most is information support.

Satisfaction with care is usually declared by elderly people.

Key words: care, problems, hospitalized patient.

Wstęp

Istotnym elementem, jakości opieki jest dostosowanie jej do potrzeb i oczekiwań pacjentów. Jakość opieki medycznej będzie na zadawalającym poziomie gdy percepcja usługi medycznej, którą pacjent faktycznie otrzymał, będzie co najmniej zgodna z jego oczekiwaniami. Analiza rozbieżności/luk pomiędzy oczekiwaniami pacjenta dotyczącymi usługi medycznej, a postrzeganiem przez niego usługi otrzymanej pozwala na określenie satysfakcji pacjenta z opieki medycznej [1]. Powszechnie akceptowaną metodą badania jakości usług, która identyfikuje luki w opiece, ocenia zarówno percepcję usługi, jak i oczekiwania pacjenta jest Servqual. Znaczenie jakie przywiązuje się do działań mających podnieść poziom satysfakcji pacjenta wynika z faktu, że pacjent usatysfakcjonowany z opieki zachowuje się inaczej niż pacjent z niej niezadowolony. Pacjent nieusatysfakcjonowany przedwcześnie kończy leczenie, nie współpracuje podczas realizacji planu leczenia i pielęgnacji, szuka pomocy gdzie indziej. Zakład opieki zdrowotnej w takim przypadku ponosi koszty związane ze stratą niezadowolonego pacjenta i koszty związane z ponownym pozyskaniem pacjentów. Pacjent usatysfakcjonowany stosuje się do zaleceń lekarza, jest lojalny wobec świadczeniodawcy, w razie potrzeby ponownie skorzysta z usług zakładu opieki zdrowotnej, będzie rekomendował zakład innym klientom [2, 3].

W metodzie Servqual wyróżnia się pięć wyznaczników jakości usługi: konkretność, dostępność, niezawodność, pewność, empatia [4]. Wagner i Bear identyfikują natomiast cztery kluczowe czynniki wpływające na satysfakcję pacjenta. Są to: efektywne wsparcie, informowanie o stanie zdrowia, wpływ na podejmowane decyzje, kompetencje profesjonalno-techniczne. Zmienną determinującą poczucie satysfakcji z opieki jest „niepowtarzalność” pacjenta – jego charakterystyka socjodemograficzna, sytuacja społeczna, wcześniejsze doświadczenia, uwarunkowania środowiskowe i cechy osobowości [5]. Kluczowe znaczenie w zapewnianiu jakości opieki mają oczekiwania pacjenta. Czynnikiem, które je kształtują są: potrzeby osobiste, wcześniejsze doświadczenia, przekazy formalne i nieformalne „z ust do ust” [4]. Satysfakcja pacjenta jest zjawiskiem wielowymiarowym, jest negatywnie skorelowana z oczekiwaniami pacjenta.

Jeżeli pacjent wkracza do placówki ochrony zdrowia z niskimi oczekiwaniami, jego satysfakcja z opieki będzie prawdopodobnie wyższa. Pacjent z oczekiwaniami niemożliwymi do spełnienia będzie najmniej zadowolony z opieki. Z tych powodów tak ważne jest określenie oczekiwań pacjenta wobec opieki. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. gwarantuje pacjentom między innymi prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością, prawo do informacji o stanie zdrowia, prawo do udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących leczenia, wyrażenia zgody lub odmowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych [6]. Respektowanie praw pacjenta, świadczenie usług z zachowaniem zasad etyki zawodowej jest prawnym i moralnym obowiązkiem personelu medycznego.

Celem pracy jest identyfikacja problemów w opiece nad pacjentem hospitalizowanym. Badania dla celów pracy przeprowadzono w oparciu o anonimowy kwestionariusz ankiety. Założono, że tą drogą możliwe jest uzyskanie rzetelnych informacji/opinii na temat doświadczeń pacjentów w związku z hospitalizacją. Założono, że doświadczenia i opinie pacjentów hospitalizowanych są zróżnicowane ze względu na ich wiek, płeć, poziom wykształcenia.

Materiał, metody i wyniki badań

Badania dla celów pracy przeprowadzono wśród 77 losowo wybranych pacjentów hospitalizowanych w jednym ze szpitali (publicznym zakładzie opieki zdrowotnej) województwa warmińsko-mazurskiego. Udział w badaniach był dobrowolny i anonimowy.

Wśród badanej populacji zdecydowaną większość stanowiły kobiety (55,8%). Najmłodszy pacjent miał 21 lat a najstarszy 75 lat. Najliczniejszą grupę wśród badanych stanowiły osoby w wieku 41–64 lat (59,7%). Co dziesiąty respondent miał 65 lat i więcej (11%), a prawie, co trzeci miał mniej niż 40 lat (28,6%). Znakomita większość badanych zamieszkuje w środowisku miejskim (63,7%). Większość respondentów funkcjonuje w związku małżeńskim (64, 9%), a prawie co piąty jest stanu wolnego i nigdy nie był żonaty (19,5%). Niewielki odsetek badanych stanowią

osoby owdowiałe (7,8%), rozwiedzione (6,5%) i w separacji (1,3%). Wśród badanych najliczniejszą grupę stanowili pacjenci z wykształceniem średnim (45,5%). Wykształcenie wyższe ustalono wśród 26% respondentów. Co dziesiąty badany miał wykształcenie podstawowe lub niepełne podstawowe (10,4%). U pozostałego odsetka respondentów ustalono wykształcenie zasadnicze zawodowe (20,8%). Prawie co drugi respondent pracuje zawodowo (45,5%), a prawie co piąty jest na emeryturze (19,5%). Bez pracy pozostaje 16,9% badanych, a co dziesiąty utrzymuje się z renty (11,7%). W gospodarstwie rolnym pracowało 2,6% pacjentów, i tyleż samo studiowało, a 1,3% prowadziło własną działalność gospodarczą. W okresie hospitalizacji większość pacjentów była poddana leczeniu chirurgicznemu (50,6%). Co czwarty respondent poddany był leczeniu farmakologicznemu (26%), a co piąty otrzymywał leki drogą dożylną (23,4%). Pacjenci wśród stosowanych wobec nich metod leczenia wymienili także antybiotykoterapię (9,1%), chemioterapię (6,5%), dializoterapię (5,2%), tlenoterapię (1,3%), leczenie drogą wziewną (2,6%). Tylko jeden pacjent nie przyjmował żadnych leków poza środkami stosowanym w procesie diagnostycznym (1,3%).

Z relacji pacjentów wynika, że najczęściej respektowane jest ich prawo do odmowy lub wyrażenia zgody na wykonanie określonego zabiegu, procedury medycznej (98,7%), a najrzadziej mają warunki do zaspokojenia potrzeb religijnych/duchowych (94,8%) (tabela 1). Na brak poinformowania o prawach pacjenta, brak warunków do zaspokojenia potrzeb religijnych/duchowych najczęściej wskazują osoby starsze (88,9%). Poinformowanie o prawach pacjenta najczęściej zgłaszają osoby w wieku do 40 roku życia.

Brak poczucia intymności i poszanowania godności osobistej podczas korzystania z opieki medycznej, wykonywania zabiegów i procedur medycznych najczęściej deklarowali pacjenci w wieku do 40 roku życia (9,1%) (tabela 2).

Większość pacjentów twierdzi, że podczas hospitalizacji pielęgniarki troszczyły się o chorych (96,1%). Prawie co piąty pacjent uważał, że nie miał kontroli nad opieką realizowaną w oddziale (18,2%). Częściej niż co dziesiąty respondent twierdził, że nie czuł się włączony w proces podejmowania decyzji (13%), pielęgniarki nie przekazywały informacji i nie

komunikowały się w sprawie jego sytuacji (13%), nie czuł wsparcia w procesie podejmowania decyzji (13%), personel oddziału nie zapewnił im odpowiedniego wsparcia emocjonalnego (10,4%), nie byli otoczeni szacunkiem i współczuciem (10,4%). W porównaniu do kobiet mężczyźni znacznie częściej twierdzili, że nie zostali otoczeni troską, szacunkiem i współczuciem (14,7%), personel oddziału niechętnie odpowiadał na ich pytania (11,8%), personel oddziału nie okazywał zainteresowania ich potrzebami (11,8%), podejmując decyzje nie mieli odpowiednio dużo czasu, aby wyrazić swoje obawy, zadać pytanie i odpowiedzieć na pytanie (11,8%) (tabela 3).

Na włączenie w proces podejmowania decyzji najczęściej wskazywały osoby z wykształceniem wyższym (90%), w wieku do 40 roku życia (90,9%), a najrzadziej pacjenci w wieku 41–64 lat (84,8%). Pielęgniarki przekazują informacje i komunikują się w sprawie sytuacji/stanu najczęściej z osobami w wieku 65 lat i powyżej (88,9%).

Personel oddziału zapewnia odpowiednie wsparcie emocjonalne najczęściej pacjentom w wieku starszym (100%), a najrzadziej osobom w wieku do 40 roku życia (86,4%). Troską, szacunkiem i współczuciem pielęgniarki najczęściej otaczają osoby w wieku starszym (100%), a najrzadziej osoby w wieku do 40 roku życia (81,8%). Personel oddziału chętnie odpowiada na pytania najczęściej w opinii osób w wieku starszym (100%), a najrzadziej w opinii osób w wieku 41–64 lat (91,3%).

Lekarze przekazują informacje na temat stanu najczęściej w opinii osób w wieku starszym (100%), a najrzadziej w opinii pacjentów z wykształceniem wyższym (90%).

Personel oddziału okazuje zainteresowanie potrzebami najczęściej osób w wieku starszym (100%), a najrzadziej w opinii pacjentów w wieku do 40 roku życia (90%). Pielęgniarki troszczą się o pacjentów najczęściej w opinii osób w wieku starszym (100%).

Uprzejmość, szacunek i współczucie najczęściej okazywane jest w opinii pacjentów w wieku starszym (100%), a najrzadziej w opinii pacjentów z wyższym wykształceniem (90%).

Na poczucie kontroli nad opieką realizowaną w oddziale najczęściej wskazują osoby w wieku starszym (100%), a najrzadziej pacjenci w wie-

ku do 40 roku życia (72,7%). Personel oddziału starał się, żeby pacjent zrozumiał wyjaśnienia najczęściej w opinii osób w wieku starszym (100%), a najrzadziej w opinii pacjentów w wieku do 40 roku życia (90,9%). Personel informuje o tym co się stało i dlaczego wykonywane są określone zabiegi, badania najczęściej w opinii osób w wieku starszym (100%), a najrzadziej w opinii pacjentów w wieku do 40 roku życia (86,4%). Personel oddziału udziela fachowej pomocy medycznej najczęściej w opinii osób w wieku starszym (100%), a najrzadziej w opinii pacjentów z wyższym wykształceniem (90%).

Personel oddziału właściwie leczył zaburzenia w zdrowiu najczęściej w opinii osób w wieku starszym (100%). Dostarczane informacje na temat stanu najczęściej były spójne w opinii osób w wieku starszym (100%), a najrzadziej w opinii pacjentów z wyższym wykształceniem (90%). Lekarze troszczyli się o chorego najczęściej w opinii osób w wieku starszym (100%).

Zadowolenie z poziomu lub ilości otrzymanej w oddziale opieki najczęściej deklarują osoby w wieku starszym (100%), a najrzadziej pacjenci z wyższym wykształceniem (90%). Personel oddziału dobrze ocenił i leczył dolegliwości najczęściej w opinii osób w wieku starszym (100%), a najrzadziej w opinii pacjentów z wyższym wykształceniem (90%).

Atmosfera, nastrój i klimat w oddziale są właściwe najczęściej w opinii osób w wieku starszym (100%), a najrzadziej w opinii pacjentów z wyższym wykształceniem (90%).

Informacje na temat stanu pacjenta były uczciwe/prawdziwe najczęściej w opinii pacjentów w wieku starszym (100%), a najrzadziej w opinii pacjentów w wieku do 40 roku życia (90,9%).

Podjmując decyzje odpowiednio dużo czasu, aby wyrazić swoje obawy, zadać pytanie i odpowiedzieć na pytanie, najczęściej mieli pacjenci w wieku starszym (100%), a najrzadziej osoby w wieku do 40 roku życia (86,4%) (tabela 4).

Tabela 1. Respektowanie praw pacjenta w opinii osób hospitalizowanych a płeć

Badana cecha	Razem		Płeć			
	N	%	Kobiety		Mężczyźni	
			N	%	N	%
Czy może Pan/i o sobie powiedzieć, że podczas hospitalizacji	77	100	43	55,8	34	44,2
został Pan/i poinformowany o prawach pacjenta	74	96,1%	41	95,3%	33	97,1%
	3	3,9%	2	4,7%	1	2,9%
miał Pan/i warunki do zaspokojenia potrzeb religijnych/duchowych	73	94,8%	41	95,3%	32	94,1%
	4	5,2%	2	4,7%	2	5,9%
miał Pan poczucie intymności i poszanowania godności osobistej podczas korzystania z opieki medycznej, wykonywania zabiegów i procedur medycznych	74	96,1%	42	97,7%	32	94,1%
	3	3,9%	1	2,3%	2	5,9%
miał Pan prawo do odmowy lub wyrażenia zgody na wykonanie określonego zabiegu, procedury medycznej	76	98,7%	42	97,7%	34	100,0%
	1	1,3%	1	2,3%	0	0

Tabela 2. Respektowanie praw pacjenta w opinii osób hospitalizowanych a wiek i wykształcenie

Badana cecha	wiek						wykształcenie			
	<40		41-64		65 i więcej		Średnie i niższe		wyższe	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Czy może Pan/i o sobie powiedzieć, że podczas hospitalizacji został Pan/i poinformowany o prawach pacjenta	22	28,6%	46	59,7%	9	11,7%	57	74,0%	20	26,0%
	22	100,0%	44	95,7%	8	88,9%	55	96,5%	19	95,0%
	0	0,0%	2	4,3%	1	11,1%	2	3,5%	1	5,0%
	tak	nie								
miał Pan/i warunki do zaspokojenia potrzeb religijnych/duchowych	21	95,5%	44	95,7%	8	88,9%	54	94,7%	19	95,0%
	1	4,5%	2	4,3%	1	11,1%	3	5,3%	1	5,0%
	tak	nie								
	20	90,9%	45	97,8%	9	100,0%	55	96,5%	19	95,0%
miał Pan poczucie intymności i poszanowania godności osobistej podczas korzystania z opieki medycznej, wykonywania zabiegów i procedur medycznych	2	9,1%	1	2,2%	0	0,0%	2	3,5%	1	5,0%
	nie									
miał Pan prawo do odmowy lub wyrażenia zgody na wykonanie określonego zabiegu, procedury medycznej	22	100,0%	45	97,8%	9	100,0%	56	98,2%	20	100,0%
	0	0,0%	1	2,2%	0	0,0%	1	1,8%	0	0,0%
	tak	nie								

Tabela 3. Opinie pacjentów hospitalizowanych na temat doświadczeń w opiece a płeć

Badana cecha	Razem		Płeć	
	N	%	Kobiety	Mężczyźni
1	2	3	4	5
Czy może Pan/i o sobie powiedzieć, że podczas hospitalizacji	77	100	43	34
Czy podczas pobytu w oddziale czuł się Pan/i włączony w proces podejmowania decyzji	67	87,0%	37	30
Czy pielęgniarki przekazały Panu/i informacje/ komunikowały się z Panem/a w sprawie jego sytuacji/stanu:	10	13,0%	6	4
Czy personel oddziału zapewnił Panu/i odpowiednie wsparcie emocjonalne:	69	89,6%	40	29
Czy został Pan/i otoczony troską, szacunkiem i współczuciem:	8	10,4%	3	5
Czy personel oddziału chętnie odpowiadał na Pana/i pytania:	69	89,6%	40	29
Czy lekarze przekazywali Panu/i informacje na temat jego stanu:	8	10,4%	3	5
Czy personel oddziału okazywał zainteresowanie Pana/i potrzebami:	72	93,5%	42	30
Czy pielęgniarki troszczyły się o Pana/a:	5	6,5%	1	4
Czy okazywano Panu/i uprzejmość, szacunek i współczucie:	73	94,8%	42	31
Czy czuje Pan/i, że ma kontrolę nad opieką w oddziale:	4	5,2%	1	3
Czy czuje Pan/i wsparcie w procesie podejmowania decyzji:	72	93,5%	42	30
	5	6,5%	1	4
	74	96,1%	42	32
	3	3,9%	1	2
	73	94,8%	41	32
	4	5,2%	2	2
	63	81,8%	36	27
	14	18,2%	7	7
	67	87,0%	38	29
	10	13,0%	5	5

Tabela 3 (cd.)

1		2	3	4	5	6	7
Czy personel oddziału starał się, żeby Pan/i zrozumiał wyjaśnienia:	tak	72	93,5%	40	93,0%	32	94,1%
	nie	5	6,5%	3	7,0%	2	5,9%
Czy personel oddziału informował Pana/a, o tym co się stało i dlaczego pewne procedury, zabiegi, badania, rzeczy były wykonane (dlaczego przyjęto określone postępowanie):	tak	70	90,9%	39	90,7%	31	91,2%
	nie	7	9,1%	4	9,3%	3	8,8%
Czy personel oddziału według Pana/i udzielał fachowej pomocy medycznej:	tak	73	94,8%	41	95,3%	32	94,1%
	nie	4	5,2%	2	4,7%	2	5,9%
Czy personel oddziału według Pana/i właściwie leczył Pana/i zaburzenia w zdrowiu:	tak	73	94,8%	42	97,7%	31	91,2%
	nie	4	5,2%	1	2,3%	3	8,8%
Czy dostarczane Panu/i informacje na temat jego stanu były spójne/zgodne: Cały personel oddziału który się opiekuje Panem/a współpracuje ze sobą:	tak	72	93,5%	40	93,0%	32	94,1%
	nie	5	6,5%	3	7,0%	2	5,9%
Czy lekarze troszczyli się o Pana/a:	tak	73	94,8%	42	97,7%	31	91,2%
	nie	4	5,2%	1	2,3%	3	8,8%
Czy jest Pan/i zadowolony z poziomu lub ilości opieki zdrowotnej otrzymanej w oddziale:	tak	72	93,5%	41	95,3%	31	91,2%
	nie	5	6,5%	2	4,7%	3	8,8%
Czy personel oddziału dobrze ocenił i leczył Pana/i dolegliwości:	tak	72	93,5%	41	95,3%	31	91,2%
	nie	5	6,5%	2	4,7%	3	8,8%
Czy atmosfera/nastroj, klimat/ w oddziale według Pana/i jest właściwa:	tak	73	94,8%	41	95,3%	32	94,1%
	nie	4	5,2%	2	4,7%	2	5,9%
Czy dostarczone Panu/i informacje na temat jego stanu były uczciwe/prawdziwe:	tak	72	93,5%	41	95,3%	31	91,2%
	nie	5	6,5%	2	4,7%	3	8,8%
Czy podejmując decyzje miał Pan/i odpowiednio dużo czasu, aby wyrazić swoje obawy, zadać pytanie i odpowiedzieć na pytanie:	tak	71	92,2%	41	95,3%	30	88,2%
	nie	6	7,8%	2	4,7%	4	11,8%

Tabela 4. Opinie pacjentów hospitalizowanych na temat doświadczeń w opiece a wiek i poziom wykształcenia

Badana cecha	wiek						wykształcenie			
	<40		41-64		65 i więcej		Średnie i niższe		wyższe	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Czy może Pan/i o sobie powiedzieć, że podczas hospitalizacji	22	28,6%	46	59,7%	9	11,7%	57	74,0%	20	26,0%
Czy podczas pobytu w oddziale czuł się Pan/i włączony w proces podejmowania decyzji	20 nie	90,9% 9,1%	39 7	84,8% 15,2%	8 1	88,9% 11,1%	49 8	86,0% 14,0%	18 2	90,0% 10,0%
Czy pielęgniarki przekazały Panu/i informacje/ komunikowały się z Panem/ą w sprawie jego sytuacji/stanu:	19 nie	86,4% 13,6%	40 6	87,0% 13,0%	8 1	88,9% 11,1%	50 7	87,7% 12,3%	17 3	85,0% 15,0%
Czy personel oddziału zapewnił Panu/i odpowiednie wsparcie emocjonalne:	19 nie	86,4% 13,6%	41 5	89,1% 10,9%	9 0	100,0% 0,0%	51 6	89,5% 10,5%	18 2	90,0% 10,0%
Czy został Pan/i otoczony troską, szacunkiem i współczuciem:	18 nie	81,8% 18,2%	42 4	91,3% 8,7%	9 0	100,0% 0,0%	51 6	89,5% 10,5%	18 2	90,0% 10,0%
Czy personel oddziału chętnie odpowiadał na Pana/i pytania:	21 nie	95,5% 4,5%	42 4	91,3% 8,7%	9 0	100,0% 0,0%	53 4	93,0% 7,0%	19 1	95,0% 5,0%
Czy lekarze przekazywali Panu/i informacje na temat jego stanu:	21 nie	95,5% 4,5%	43 3	93,5% 6,5%	9 0	100,0% 0,0%	55 2	96,5% 3,5%	18 2	90,0% 10,0%
Czy personel oddziału okazywał zainteresowanie Pana/i potrzebami:	20 nie	90,9% 9,1%	43 3	93,5% 6,5%	9 0	100,0% 0,0%	53 4	93,0% 7,0%	19 1	95,0% 5,0%
Czy pielęgniarki troszczyły się o Pana/ą:	21 nie	95,5% 4,5%	44 2	95,7% 4,3%	9 0	100,0% 0,0%	55 2	96,5% 3,5%	19 1	95,0% 5,0%
Czy okazywano Panu/i uprzejmość, szacunek i współczucie:	21 nie	95,5% 4,5%	43 3	93,5% 6,5%	9 0	100,0% 0,0%	55 2	96,5% 3,5%	18 2	90,0% 10,0%

Tabela 4 (cd.)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Czy czuje Pan/i, że ma kontrolę nad opieką w oddziale:	tak	16	72,7%	38	82,6%	9	100,0%	47	82,5%	16	80,0%
	nie	6	27,3%	8	17,4%	0	0,0%	10	17,5%	4	20,0%
Czy czuje Pan/i wsparcie w procesie podejmowania decyzji:	tak	19	86,4%	40	87,0%	8	88,9%	50	87,7%	17	85,0%
	nie	3	13,6%	6	13,0%	1	11,1%	7	12,3%	3	15,0%
Czy personel oddziału starał się, żeby Pan/i zrozumiał wyjaśnienia:	tak	20	90,9%	43	93,5%	9	100,0%	53	93,0%	19	95,0%
	nie	2	9,1%	3	6,5%	0	0,0%	4	7,0%	1	5,0%
Czy personel oddziału informował Pana/ą, o tym co się stało i dlaczego pewne procedury, zabiegi, badania, rzeczy były wykonane (dlaczego przyjęto określone postępowanie):	tak	19	86,4%	42	91,3%	9	100,0%	52	91,2%	18	90,0%
	nie	3	13,6%	4	8,7%	0	0,0%	5	8,8%	2	10,0%
Czy personel oddziału według Pana/i udzielał fachowej pomocy medycznej:	tak	20	90,9%	44	95,7%	9	100,0%	55	96,5%	18	90,0%
	nie	2	9,1%	2	4,3%	0	0,0%	2	3,5%	2	10,0%
Czy personel oddziału według Pana/i właściwie leczył Pana/i zaburzenia w zdrowiu:	tak	21	95,5%	43	93,5%	9	100,0%	54	94,7%	19	95,0%
	nie	1	4,5%	3	6,5%	0	0,0%	3	5,3%	1	5,0%
Czy dostarczane Panu/i informacje na temat jego stanu były spójne/zgodne: Cały personel oddziału który się opiekuje Panem/ą współpracuje ze sobą:	tak	20	90,9%	43	93,5%	9	100,0%	54	94,7%	18	90,0%
	nie	2	9,1%	3	6,5%	0	0,0%	3	5,3%	2	10,0%
Czy lekarze troszczyli się o Pana/ą:	tak	21	95,5%	43	93,5%	9	100,0%	54	94,7%	19	95,0%
	nie	1	4,5%	3	6,5%	0	0,0%	3	5,3%	1	5,0%
Czy jest Pan/i zadowolony z poziomu lub ilości opieki zdrowotnej otrzymanej w oddziale:	tak	21	95,5%	42	91,3%	9	100,0%	54	94,7%	18	90,0%
	nie	1	4,5%	4	8,7%	0	0,0%	3	5,3%	2	10,0%

Tabela 4 (cd.)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Czy personel oddziału dobrze ocenił i leczył Pana/i dolegliwości:	tak	21	95,5%	42	91,3%	9	100,0%	54	94,7%	18	90,0%
	nie	1	4,5%	4	8,7%	0	0,0%	3	5,3%	2	10,0%
Czy atmosfera, nastrój, klimat w oddziale według Pana/i jest właściwa:	tak	20	90,9%	44	95,7%	9	100,0%	55	96,5%	18	90,0%
	nie	2	9,1%	2	4,3%	0	0,0%	2	3,5%	2	10,0%
Czy dostarczone Panu/i informacje na temat jego stanu były uczciwe/prawdziwe:	tak	20	90,9%	43	93,5%	9	100,0%	53	93,0%	19	95,0%
	nie	2	9,1%	3	6,5%	0	0,0%	4	7,0%	1	5,0%
Czy podejmując decyzję miał Pan/i odpowiednio dużo czasu, aby wyrazić swoje obawy, zadać pytanie...	tak	19	86,4%	43	93,5%	9	100,0%	52	91,2%	19	95,0%
	nie	3	13,6%	3	6,5%	0	0,0%	5	8,8%	1	5,0%

Potwierdzeniem deficytu w zakresie świadczonej opieki są oczekiwania pacjentów, które najczęściej dotyczą wsparcia informacyjnego (porady, wiedzy na temat choroby) (59,7%) oraz wsparcia emocjonalnego (54,5%). Co dziesiąty badany chce zapewnienia, że jest potrzebny (11,7%). Tylko co dziesiąty chory niczego nie potrzebuje, ponieważ ma wszystko. W porównaniu do mężczyzn kobiety częściej oczekują wsparcia informacyjnego, emocjonalnego oraz zapewnienia, że są potrzebne. Mężczyźni częściej twierdzą, że niczego nie potrzebują, ponieważ dobrze sobie radzą, mają wszystko, częściej jednak deklarują potrzebę wsparcia finansowego i pomocy w usługach (tabela 5).

Tabela 5. Oczekiwania pacjentów hospitalizowanych

Badana cecha	Razem		Płeć			
			Kobiety		Mężczyźni	
	N	%	N	%	N	%
Najbardziej oczekiwany rodzaj wsparcia/pomocy	77	100	43	55,8	34	44,2
emocjonalnego (zrozumienia, sympatii)	42	54,5%	29	67,4%	13	38,2%
rzeczowego (środki finansowe, świadczenia usług)	10	13,0%	4	9,3%	6	17,6%
informacyjnego (porady, wiedzy na temat choroby)	46	59,7%	30	69,8%	16	47,1%
wartościującego (zapewnienia, że jestem potrzebny)	9	11,7%	6	14,0%	3	8,8%
nie potrzebuję żadnego wsparcia, ponieważ dobrze sobie radzę i mam wszystko	9	11,7%	0	0,0%	9	26,5%
nie potrzebuję żadnego wsparcia, ponieważ i tak nikt mi nie pomoże	2	2,6%	1	2,3%	1	2,9%

Dyskusja

Uzyskane wyniki potwierdziły tezę mówiącą o tym, że opinie na temat doświadczeń i opieki w warunkach szpitalnych różnią się w zależności od czynników socjodemograficznych takich jak: wiek, płeć, poziom wykształcenia. Czynniki te determinują oczekiwania pacjentów i ich po-

ziom świadomości. W badaniach własnych potwierdzono wpływ wieku na poziom doświadczeń związanych z opieką. Pacjenci w wieku 65 i więcej częściej niż pacjenci poniżej 40 r.ż. twierdzili, że byli informowani o stanie zdrowia i procesie leczenia, otrzymywali wsparcie emocjonalne, otaczani byli troską, szacunkiem, mieli poczucie kontroli nad opieką. Pacjenci z wyższym wykształceniem częściej byli niezadowoleni z poziomu lub ilości opieki zdrowotnej otrzymanej w oddziale. Potwierdza to Wyrzykowska [7], która stwierdziła zależność oceny okazanego zainteresowania osobą pacjenta od jego wieku i wykształcenia. Pacjenci powyżej 60 r.ż. wyżej oceniali okazane im zainteresowanie [7]. Żakowska i wsp., badając poziom satysfakcji pacjentów oddziału urologicznego, stwierdziła, że satysfakcja pacjentów zależała od ich wieku ($p = 0,0012$) i wykształcenia ($p = 0,0002$), nie zależała natomiast od płci [8]. Płeć jest kolejnym czynnikiem demograficznym, który wpływa na doświadczenia pacjentów z opieki. W badaniach własnych mężczyźni gorzej ocenili swoje doświadczenia opieki, częściej niż kobiety twierdzili, że niczego nie potrzebują, częściej też deklarowali potrzebę wsparcia finansowego i pomocy w usługach. W innych badaniach to mężczyźni osiągalni wyższe wartości w ocenie doświadczeń i satysfakcji z opieki niż kobiety [9].

Warunkiem poszanowania podmiotowości pacjenta jest respektowanie jego praw i umożliwienie mu udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego osoby. Zdecydowana większość pacjentów była informowana o przysługujących im prawach, najczęściej respektowane było prawo do odmowy lub wyrażenia zgody na wykonanie określonego zabiegu, a najrzadziej prawo do zaspokojenia potrzeb religijnych/duchowych. Informowanie o przysługujących prawach wysoko ocenili również pacjenci w badaniu przeprowadzonym przez Piątek i Błaszczak [10]. Szczegółowa analiza wyników pokazała jednak, że nie wszystkie prawa były jednakowo respektowane. Również w badaniach własnych pacjenci (szczególnie w wieku do 40 roku życia) zgłaszali brak poczucia intymności i poszanowania godności osobistej podczas korzystania z opieki medycznej. Wyniki te pozwalają twierdzić, że nie wszystkie usługi zostały zrealizowane zgodnie z potrzebami i oczekiwaniami pacjentów. Większa świadomość praw pacjenta wśród osób w wieku do 40 roku życia może być źródłem większych oczekiwań, a tym samym bar-

dziej krytycznej postawy wobec własnych doświadczeń w opiece. Użyte wyniki dostarczyły danych determinujących konieczność zwrócenia uwagi na potrzeby i oczekiwania pacjentów w wieku do 40 roku życia, mężczyzn oraz sprostanie wymaganiom osób z wyższym wykształceniem. Zasadne jest także respektowanie potrzeb dotyczących życia religijnego, które częściej deklarują osoby w starszym wieku (65 lat i powyżej). Liczne oczekiwania pacjentów determinują konieczność rzetelnego przygotowania zespołu wspomagającego chorych w okresie hospitalizacji do niesienia profesjonalnego wsparcia i rzetelnej edukacji pacjentów.

Wnioski

1. Osoby hospitalizowane w znakomitej większości deklarują pozytywne doświadczenia w związku z hospitalizacją.
2. Różnicują doświadczenia i opinie pacjentów w związku z opieką realizowaną w warunkach oddziału szpitalnego wiek, płeć oraz poziom wykształcenia.
3. Zadowolenie z opieki najczęściej deklarują osoby w wieku starszym.
4. Pacjenci w wieku do 40 roku życia oraz osoby z wyższym wykształceniem częściej wyrażają krytyczne opinie na temat opieki w warunkach oddziału szpitalnego.
5. Osoby hospitalizowane najbardziej oczekują wsparcia informacyjnego.

Literatura

- [1] Chmielewski D., *Servqual – metoda badania jakości świadczonych usług zdrowotnych*, Zarządzanie Jakością, 3/2008 (13), 82–86.
- [2] Otani K., Kurz R. S., *The impact of nursing care and other healthcare attributes on hospitalized patient satisfaction and behavioral intentions*, Journal of Healthcare Management, 2004, 46(3), 181–196.
- [3] Wroński K., Bocian R., *Dlaczego Zakłady Opieki Zdrowotnej powinny badać satysfakcję pacjentów z oferowanych przez siebie usług medycznych?*, Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne, 2009, 4, 127–130.

-
- [4] Zarządzanie satysfakcją klienta. Europejski poradnik praktyka. Tytuł oryginału: European Primer on Customer Satisfaction Management. Tłum. Iwona Sikorska Nadzór merytoryczny: prof. Marek Bugdol, dr Tomasz Papaj. Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, Warszawa, 2008.
 - [5] Wagner D., Bear M., *Patient satisfaction with nursing care: a concept analysis within a nursing framework*, Journal of Advanced Nursing, 2009, 65(3), 692–701.
 - [6] Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku Praw Pacjenta Dz. U. z 2009.52.417.
 - [7] Wyrzkowska M., *Ocena opieki pielęgniarstwa w opinii pacjentów*, Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne, 2007, 1(1), 3–10.
 - [8] Żakowska A., Zera A., Krupienicz A., *Jakość opieki pielęgniarstwa w opinii pacjentów po zabiegach urologicznych i ortopedycznych znieczulanych metodą podpajęczynówkową*, Przegląd Urologiczny, 2009, 10/3/ (55) <http://www.przegląd-urologiczny.pl/artukul.php?1592> [10.07.2012].
 - [9] Zagroda M., Cudak-Bańska E., Dyk D., Krysiak I., Gutysz-Wojnicka A., *Ocena satysfakcji pacjenta z opieki pielęgniarstwa*, Pielęgniarstwo Polskie, 2005, 1(19), 49–52.
 - [10] Piątek A., Błaszczak M., *Realizacja funkcji opiekuńczej w szpitalu a przygotowanie pacjenta do samoopieki*, Zdrowie Publiczne, 2003, 113 (3/4), 221–225

Zofia M. Jurczyk – Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Elżbieta Majchrzak-Kłokocka

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie

Anna Abramczyk – Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Hanna Taraszkiewicz – Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie

Maria Danielewicz

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych Regionu Warmii i Mazur
z siedzibą w Olsztynie

Jakość opieki pielęgniarskiej w opinii pacjentów hospitalizowanych

Quality of nursing care in the opinion of hospital patients

Abstract: One of the elements of evaluation of the quality of care is surveying patients on the level of satisfaction with the quality of service they get. The survey of patients' satisfaction also makes it possible to tell what is the source of discontent in the sphere of medical services. The aim of the study was to get to know the opinion of hospital patients on the quality of nursing care. The study was conducted among 77 randomly selected patients in one of the hospitals in Warmian - Masurian Voivodeship.

Wprowadzenie

Jednym z elementów oceny jakości opieki jest badanie opinii pacjentów, poziomu ich satysfakcji z jakości otrzymanych usług. Stanowi ono niezwykle cenny i wartościowy sposób weryfikacji jakości usług medycznych, a zespołowi medycznemu pozwala na uzyskanie informacji na temat poziomu sprawowanej przez siebie opieki, poznanie oczekiwań

i potrzeb pacjenta, oraz właściwe podejście do rozwiązania rozpoznanych problemów. Badanie satysfakcji pacjenta pozwala także na rozpoznanie, co w zakresie usług medycznych jest źródłem jego dyskomfortu i niezadowolenia [1]. Badanie satysfakcji pacjenta z pobytu w szpitalu jest powszechnym sposobem oceny jakości opieki zdrowotnej. Satysfakcja określana jako uczucie przyjemności, zadowolenia doznawane z powodu tego, że spełniły się jakieś pragnienia, coś się powiodło [2], jest ogólnym osądem opartym na doświadczeniu pacjenta dotyczącym różnych aspektów opieki zdrowotnej (takich jak: dostępność świadczeń, stosunek personelu do pacjenta, sprawność organizacyjna do udzielania świadczeń, wygoda w korzystaniu ze świadczeń, warunki w jakich udzielane są świadczenia, uzyskane efekty zdrowotne) [3]. Pomimo tego, że badanie satysfakcji pacjentów może dostarczyć wielu istotnych informacji o świadczonej opiece, nie powinno być jedynym miernikiem w ocenie jakości opieki zdrowotnej [4]. Pacjenci, jako nieprofesjonaliści, nie mają dostatecznej wiedzy medycznej i nie są w stanie obiektywnie sformułować miarodajnej oceny w kryteriach, a ich opinia jest często wynikiem osobistych oczekiwań i doświadczeń [4]. Choć wypowiedzi pacjentów wyrażają na ogół powściągliwe, pozytywne lub pobłażliwe opinie, powstrzymujące się często od krytycznych uwag, pomimo zapewnianej w badaniach anonimowości [5], pomiar satysfakcji pacjenta jest ważnym wskaźnikiem w procesie oceny jakości [6].

Cel, materiał i metody badań

Celem badań było poznanie opinii pacjentów hospitalizowanych na temat jakości opieki realizowanej przez pielęgniarkę. Oceny jakości opieki realizowanej przez pielęgniarkę starano się dokonać na podstawie odpowiedzi na następujące pytania:

- W jakim stopniu pielęgniarka komunikuje się z pacjentem, czy rozmawia o uczuciach i zmartwieniach pacjenta, pomaga zrozumieć cel wykonywanych czynności, odpowiada na zadawane pytania, informuje o zmianach w stanie zdrowia, włącza w proces podejmowania decyzji, reaguje na zmartwienia, zachęca do zadawania pytań, jest optymistyczna przy chorym?

- W jakim stopniu przygotowuje do samoopieki, pomaga zrozumieć reakcję organizmu, uczy łagodzić dolegliwości, buduje poczucie kompetencji w samoopiece, włącza w opiekę?
- W jakim stopniu okazuje troskę o dobro chorego, pomaga poznać zespół medyczny wspomagający chorego, jest wrażliwa na indywidualne potrzeby chorego, odpowiada na potrzeby chorego, okazuje wsparcie wartościujące?
- W jakim stopniu zapewnia właściwą, dobrą opiekę?

Badania dla celów pracy przeprowadzono wśród 77 losowo wybranych pacjentów hospitalizowanych w jednym ze szpitali (publicznym zakładzie opieki zdrowotnej) województwa warmińsko-mazurskiego. Udział w badaniach był dobrowolny i anonimowy. Wśród badanej populacji zdecydowaną większość stanowiły kobiety (55,8%).

Najmłodszy pacjent miał 21 lat a najstarszy 75 lat. Najliczniejszą grupę wśród badanych stanowiły osoby w wieku 41–64 lat (59,7%). Co dziesiąty respondent miał 65 lat i więcej (11%), a prawie co trzeci miał mniej niż 40 lat (28,6%). Zdecydowana większość badanych zamieszkuje w środowisku miejskim (63,7%). Większość respondentów funkcjonuje w związku małżeńskim (64,9%), a prawie co piąty jest stanu wolnego i nigdy nie był żonaty (19,5%). Niewielki odsetek badanych stanowią osoby owdowiałe (7,8%), rozwiedzione (6,5%) i w separacji (1,3%). Wśród badanych najliczniejszą grupę stanowili pacjenci z wykształceniem średnim (45,5%). Wykształcenie wyższe ustalono wśród 26% respondentów. Co dziesiąty badany miał wykształcenie podstawowe lub niepełne podstawowe (10,4%). U pozostałego odsetka respondentów ustalono wykształcenie zasadnicze zawodowe (20,8%). Prawie co drugi respondent pracuje zawodowo (45,5%), a prawie co piąty jest na emeryturze (19,5%). Bez pracy pozostaje 16,9% badanych, a co dziesiąty utrzymuje się z renty (11,7%). W gospodarstwie rolnym pracowało 2,6% pacjentów, i tyleż samo studiowało, a 1,3% prowadziło własną działalność gospodarczą. Co czwarty pacjent hospitalizowany był w oddziale chirurgii (26%), a co dziesiąty w oddziale ortopedii (15,6%). Respondenci hospitalizowani byli także w oddziałach: neurologii (7,8%), nefrologii (6,5%), diabetologii hematologii, położniczym (5,2%), onkologii, gineko-

logii (3,9%), laryngologii (2,6%) w stosunku do 2,6% badanych nie podano informacji o oddziale na którym przebywał pacjent.

Wyniki badań

Najczęściej pacjenci uważają, że pielęgniarka zapewnia właściwą opiekę (72% ocen bardzo dobrych), a najwięcej ocen niedostatecznych uzyskało w ocenie pacjentów zachęcanie przez pielęgniarkę do zadawania pytań (6,5% ocen niedostatecznych).

Istotnym elementem w opiece nad pacjentem hospitalizowanym jest komunikowanie, o którym świadczy: rozmowa o uczuciach i zmartwieniach pacjenta, pomoc w zrozumieniu celu wykonywanych czynności, odpowiadanie na zadawane pytania, informowanie o kondycji i zmianach w stanie zdrowia, włączanie w proces podejmowania decyzji, reagowanie na zmartwienia, zachęcanie do zadawania pytań, a także optymizm przy chorym. W opinii pacjentów hospitalizowanych najbardziej krytycznie oceniona została rozmowa pielęgniarki o obawach uczuciach i zmartwieniach pacjenta (tylko 35% ocen bardzo dobrych). Co czwarty pacjent deklaruje znaczny deficyt dotyczący rozmowy pielęgniarki z pacjentem na temat jego uczuć, zmartwień i obaw (24,7%). Nieco częściej na deficyt w analizowanym zakresie wskazują kobiety (28%) w porównaniu do mężczyzn (20,6%). Częściej niż co drugi chory uważa, że pielęgniarka pomaga zrozumieć cel wykonywanych czynności (67,5% ocenia pielęgniarkę w tym zakresie bardzo dobrze). Na uwagę zasługuje fakt, że mężczyźni (11,7%) częściej niż kobiety (4,6%) deklarują znaczny deficyt pomocy ze strony pielęgniarki w zrozumieniu tego co jest przy nim wykonywane. Większość pacjentów bardzo dobrze ocenia rolę pielęgniarki związaną z odpowiadaniem na zadawane pytania (68,8% ocen bardzo dobrych). Krytyczniej pielęgniarkę w analizowanym zakresie oceniły kobiety (9,3%) w porównaniu do mężczyzn (2,9%). Co drugi respondent bardzo dobrze ocenia udział pielęgniarki w informowaniu pacjentów o kondycji i zmianach w stanie zdrowia (57,9% ocen bardzo dobrych). Niezadowolenie z informowania przez pielęgniarkę o zmianach w stanie zdrowia i kondycji częściej deklarują kobiety (12%) w porównaniu do mężczyzn (5,9%). Częściej niż co drugi badany bardzo dobrze

ocenia włączanie przez pielęgniarkę pacjentów w proces podejmowania decyzji (57,1% ocen bardzo dobrych). Krytycznie włączanie w proces podejmowania decyzji oceniają częściej kobiety (18,7%) w porównaniu do mężczyzn (5,8%). Choć częściej niż co drugi badany bardzo dobrze ocenił reakcję pielęgniarki na zmartwienia i obawy (59,7% ocen bardzo dobrych), to jednak kobiety (11,7%) częściej od mężczyzn deklarują deficyt satysfakcji wyrażający się oceną dostateczną i niedostateczną w analizowanym zakresie aktywności pielęgniarki. Tylko 41,6% badanych bardzo dobrze oceniło zachęcanie przez pielęgniarkę do zadawania pytań. Co piąty pacjent krytycznie ocenia zachęcanie przez pielęgniarkę do zadawania pytań (24,7% ocen dostatecznych i niedostatecznych). Częściej krytycznie udział pielęgniarki w analizowanym zakresie oceniły kobiety (30,3% ocen dostatecznych i niedostatecznych) w porównaniu do mężczyzn (17,7%). Optymizm pielęgniarki przy chorym na ocenę bardzo dobrą oceniło 64,9% badanych. Pielęgniarka częściej jest optymistyczna przy chorym w opinii mężczyzn (2,5% ocen dostatecznych) niż kobiet (11,6% ocen dostatecznych).

Nieco częściej niż co drugi pacjent bardzo dobrze ocenił udział pielęgniarki w przygotowanie do samoopieki (61%). Częściej na deficyt w zakresie przygotowania do samo opieki wskazują kobiety (16,3%) w porównaniu do mężczyzn (5,9% ocen dostatecznych i niedostatecznych). Choć nieco częściej niż co drugi respondent bardzo dobrze ocenił pomoc pielęgniarki w zrozumieniu reakcji organizmu (63,6%), to jednak co dziesiąty pacjent krytycznie ocenia udział pielęgniarki w tym zakresie (11,7% ocen dostatecznych i niedostatecznych). Częściej krytycznie udział pielęgniarki oceniły kobiety (18,6% ocen dostatecznych). Ponad 60% badanych bardzo dobrze oceniło pomoc pielęgniarki w rozpoznaniu w jaki sposób łagodzić dolegliwości. Krytycznie pomoc pielęgniarki w analizowanym zakresie częściej oceniły kobiety (13,9% ocen dostatecznych i niedostatecznych) w porównaniu do mężczyzn (8,8% ocen dostatecznych). Pielęgniarka bardzo dobrze buduje poczucie kompetencji i pomaga pacjentowi poznać jak dobrze sobie radzi z chorobą w opinii 55,8% badanych. Częściej krytycznie udział pielęgniarki w budowaniu poczucia kompetencji oceniły kobiety (16,3% ocen dostatecznych i niedostatecznych) w porównaniu do mężczyzn (5,9% ocen dostatecznych). W opinii co drugiego chorego pielęgniarka bardzo dobrze pozwala mu

włączyć się w opiekę (53,2% ocen bardzo dobrych). Krytycznie możliwość włączenia w opiekę oceniły kobiety (14% ocen dostatecznych i niedostatecznych) w porównaniu do mężczyzn (8,2%). Pielęgniarka bardzo dobrze okazuje troskę o dobro i pomyślność chorego w opinii 55,8% badanych. W porównaniu do mężczyzn kobiety częściej krytycznie oceniają troskę pielęgniarki o dobro i pomyślność chorego (21% ocen dostatecznych i niedostatecznych). Krytycznie pomoc pielęgniarki w poznaniu zespołu medycznego ocenił prawie co trzeci respondent (28,6% ocen dostatecznych i niedostatecznych). Co drugi badany bardzo dobrze ocenia wrażliwość pielęgniarki na indywidualne potrzeby chorego (55,8% ocen bardzo dobrych). W porównaniu do mężczyzn kobiety krytyczniej oceniają wrażliwość pielęgniarki na ich indywidualne potrzeby (16,3% ocen dostatecznych i niedostatecznych). Pielęgniarka bardzo dobrze odpowiada na potrzeby chorego we właściwy sposób i w porę w opinii 62,3% chorych. Zdaniem 5,9% mężczyzn pielęgniarka w niedostateczny sposób i czasie odpowiada na potrzeby chorego. Co dziesiąta kobieta udział pielęgniarki w analizowanym zakresie oceniła dostatecznie (11,6%). Z analizy materiału badawczego wynika, że bardzo dobrze ocenia okazywane pacjentom przez pielęgniarkę wsparcie wartościujące (sprawia, że pacjent czuje się ważny jako pacjent) 62,3% badanych. W porównaniu do mężczyzn kobiety częściej krytycznie oceniają wsparcie okazywane przez pielęgniarkę (11,7% ocen dostatecznych i niedostatecznych). Co drugi respondent bardzo dobrze ocenia okazywanie przez pielęgniarkę, że jest lubiany przez personel (50,6%). Kobiety w porównaniu do mężczyzn częściej krytycznie oceniają okazywanie przez pielęgniarkę sympatii choremu (23,3% ocen dostatecznych i niedostatecznych). Mimo krytycznych ocen większość pacjentów bardzo dobrze ocenia opiekę realizowaną przez pielęgniarkę (72,7%). Prawie co piąty badany dobrze ocenia opiekę pielęgniarki (18,2%). W opinii 6,5% chorych opieka pielęgniarki oceniona została na ocenę dostateczną (tabela 1).

Tabela 1. Opinia pacjentów hospitalizowanych na temat wybranych kryteriów opieki a płeć

Badana cecha		Razem	Kobiety	Mężczyźni
Czy może Pan/i powiedzieć, że pielęgniarka w oddziale	Skala ocen	N = 77 100	N = 43 55,8%	N = 34 44,2%
Rozmawia o uczuciach, zmartwieniach, obawach pacjenta	[5]*	35%	32,6%	38,2%
	[4]	35,1%	32,6%	38,2%
	[3]	19,5%	23,3%	14,7%
	[2]	5,2%	4,7%	5,9%
	BD**	5,2%	7,0%	2,9%
Pomaga rozumieć co jest robione, wykonywane przy chorym	[5]*	67,5%	65,1%	70,6%
	[4]	22,1%	27,9%	14,7%
	[3]	5,2%	2,3%	8,8%
	[2]	2,6%	2,3%	2,9%
	BD**	2,6%	2,3%	2,9%
Odpowiada na zadawane pytania, wątpliwości lub znajduje kogoś kto odpowie	[5]*	68,8%	65,1%	73,5%
	[4]	22,1%	23,3%	20,6%
	[3]	6,5%	9,3%	2,9%
	[2]	0,0%	0,0%	0,0%
	BD**	2,6%	2,3%	2,9%
Mówi Panu/i o zmianach w stanie zdrowia (kondycji)	[5]*	59,7%	58,1%	61,8%
	[4]	27,3%	25,6%	29,4%
	[3]	7,8%	9,3%	5,9%
	[2]	2,6%	4,7%	0,0%
	BD**	2,6%	2,3%	2,9%
Uwzględnia mnie (włącza) podczas podejmowania decyzji	[5]*	57,1%	55,8%	58,8%
	[4]	27,3%	23,3%	32,4%
	[3]	9,1%	14,0%	2,9%
	[2]	3,9%	4,7%	2,9%
	BD**	2,6%	2,3%	2,9%
Reaguje (odpowiada) na moje zmartwienia/obawy	[5]*	59,7%	62,8%	55,9%
	[4]	26,0%	23,3%	29,4%
	[3]	6,5%	7,0%	5,9%
	[2]	3,9%	4,7%	2,9%
	BD**	3,9%	2,2%	5,9%

Tab. 1. (cd.)

Zachęca mnie do zadawania pytań na temat mojej sytuacji	[5]*	41,6%	37,2%	47,1%
	[4]	31,2%	30,2%	32,4%
	[3]	18,2%	23,3%	11,8%
	[2]	6,5%	7,0%	5,9%
	BD**	2,5%	2,3%	2,9%
Jest optymistyczna przy mnie jako chorym	[5]*	64,9%	69,8%	58,8%
	[4]	23,4%	16,3%	32,4%
	[3]	7,8%	11,6%	2,9%
	[2]	0,0%	0,0%	0,0%
	BD**	3,9%	2,3%	5,9%
Uczy w jaki sposób postępować w chorobie w ramach samoopieki	[5]*	61,0%	60,5%	61,8%
	[4]	24,7%	20,9%	29,4%
	[3]	9,1%	14,0%	3%
	[2]	2,6%	2,3%	2,9%
	BD**	2,6%	2,3%	2,9%
Pomaga mi rozumieć zachowania/reakcję mojego organizmu	[5]*	63,6%	60,5%	67,6%
	[4]	22,1%	18,6%	26,5%
	[3]	10,4%	18,6%	0,0%
	[2]	1,3%	0,0%	2,9%
	BD**	2,6%	2,3%	2,9%
Pomaga mi rozpoznać w jaki sposób łagodzić dolegliwości	[5]*	64,9%	60,5%	70,6%
	[4]	20,8%	23,3%	17,6%
	[3]	10,4%	11,6%	8,8%
	[2]	1,3%	2,3%	0,0%
	BD**	2,6%	2,3%	2,9%
Pozwala mi poznać jak dobrze radzę sobie z chorobą	[5]*	55,8%	55,8%	55,9%
	[4]	29,9%	25,6%	35,3%
	[3]	9,1%	11,6%	5,9%
	(2)	2,6%	4,7%	0,0%
	[BD]	2,6%	2,3%	2,9%
Pozwala mi włączać się w opiekę	[5]*	53,2%	51,2%	55,9%
	[4]	32,5%	32,6%	32,4%
	[3]	7,8%	9,3%	5,9%
	[2]	3,9%	4,7%	2,9%
	BD**	2,6%	2,3%	2,9%

Pokazuje zainteresowanie o moją pomyślność/dobro	[5]*	55,8%	53,5%	58,8%
	[4]	27,3%	23,3%	32,4%
	[3]	10,4%	16,3%	2,9%
	[2]	3,9%	4,7%	2,9%
	BD**	2,6%	2,3%	2,9%
Pomaga mi poznać nazwisko i rolę każdego z personelu/zespołu	[5]*	45,5%	39,5%	52,9%
	[4]	22,1%	25,6%	17,6%
	[3]	24,7%	25,6%	23,5%
	[2]	3,9%	4,7%	2,9%
	BD**	3,9%	4,7%	2,9%
Jest wrażliwa na moje indywidualne potrzeby	[5]*	55,8%	53,5%	58,8%
	[4]	28,6%	27,9%	29,4%
	[3]	10,4%	11,6%	8,8%
	[2]	2,6%	4,7%	0,0%
	BD**	2,6%	2,3%	2,9%
Odpowiada na moje potrzeby/problemy we właściwy sposób i o czasie (w porę)	[5]*	62,3%	65,1%	58,8%
	[4]	24,7%	20,9%	29,4%
	[3]	7,8%	11,6%	2,9%
	[2]	2,6%	0,0%	5,9%
	BD**	2,6%	2,3%	2,9%
Sprawia, że Pan/i czuje się ważny jako pacjent	[5]*	62,3%	60,5%	64,7%
	[4]	26,0%	25,6%	26,6%
	[3]	5,2%	7,0%	2,9%
	[2]	3,9%	4,7%	2,9%
	BD**	2,6%	2,3%	2,9%
Pokazuje, że (personel, zespół) lubi mnie	[5]*	50,6%	51,2%	50,0%
	[4]	31,2%	23,3%	41,2%
	[3]	10,4%	16,3%	2,9%
	[2]	5,2%	7,0%	2,9%
	BD**	2,6%	2,3%	2,9%
Zapewnia mi właściwą/dobłą opiekę	[5]*	72,7%	72,1%	73,5%
	[4]	18,2%	18,6%	17,6%
	[3]	6,5%	7,0%	5,9%
	[2]	0,0%	0,0%	0,0%
	BD**	2,6%	2,3%	2,9%

* Skala ocen: bardzo dobry (5), dobry (4), dostateczny (3), niedostateczny (2); **BD: brak danych.

Ponadto badania wykazały, że pielęgniarka w dostatecznym lub niedostatecznym stopniu:

- najczęściej w opinii chorych w wieku do 40 roku życia: pomaga poznać mi nazwisko i rolę każdego z personelu (36,6%), rozmawia o uczuciach, zmartwieniach i obawach pacjenta (36,4%), pomaga zrozumieć reakcję organizmu (27,3%), zachęca do zadawania pytań na temat sytuacji (27,3%), wykazuje zainteresowanie o pomyślność/dobro chorego (22,7%), jest wrażliwa na potrzeby (22,7%), pomaga rozumieć co jest wykonywane przy chorym (13,6%), udziela wsparcia wartościującego (18,1%), uwzględnia pacjenta podczas podejmowania decyzji (18,1%), odpowiada na zadawane pytania (13,6%), pomaga rozpoznać w jaki sposób łagodzić dolegliwości (13,6%), jest optymistyczna przy chorym (13,6%);
- najczęściej w opinii chorych z wyższym wykształceniem: buduje poczucie własnej kompetencji, pozwala poznać jak dobrze pacjent radzi sobie z chorobą (25%), przygotowuje do samoopieki (20%), pokazuje, że personel lubi chorego (20%), mówi o zmianach w stanie zdrowia (15,6%), reaguje na zmartwienia chorego (15%);
- najczęściej w opinii osób w wieku 65 i więcej lat (osób starszych), pozwala włączać się w opiekę (22,2%), zapewnia właściwą i dobrą opiekę (11,1%) (tabela 2).

Tabela 2 Opinia pacjentów hospitalizowanych na temat wybranych kryteriów opieki a wiek i poziom wykształcenia

Badana cecha	skala	Wiek			Wykształcenie	
		<40	41-64	65 i więcej	Średnie i niższe	wyższe
Czy może Pan/i o sobie powiedzieć, że pielęgniarka:		N=22 59,7%	N=46 59,7%	N=9 11,7%	N=57 74,0%	N=20 26,0%
Rozmawia o uczuciach, zmartwieniach, obawach pacjenta	[5]*	22,7%	41,3%	33,3%	33,3%	40,0%
	[4]	40,9%	32,6%	33,3%	36,8%	30,0%
	[3]	27,3%	17,4%	11,1%	21,1%	15,0%
	[2]	9,1%	4,3%	0,0%	3,5%	10,0%
	BD**	0,0%	4,3%	22,2%	5,3%	5,0%

Pomaga rozumieć co jest robione, wykonywane przy chorym	[5]*	59,1%	76,1%	44,4%	64,9%	75,0%
	[4]	27,3%	15,2%	44,4%	24,6%	15,0%
	[3]	9,1%	4,3%	0,0%	5,3%	5,0%
	[2]	4,5%	2,2%	0,0%	1,8%	5,0%
	BD**	0,0%	2,2%	11,1%	3,5%	0,0%
Uczy w jaki sposób postępować w chorobie w ramach samoopieki	[5]*	59,1%	67,4%	33,3%	59,6%	65,0%
	[4]	22,7%	21,7%	44,4%	28,1%	15,0%
	[3]	18,2%	6,5%	0,0%	7,0%	15,0%
	[2]	0,0%	2,2%	11,1%	1,8%	5,0%
	BD**	0,0%	2,2%	11,1%	3,5%	0,0%
Sprawia, że Pan/i czuje się ważny jako pacjent	[5]*	45,5%	69,6%	66,7%	63,2%	60,0%
	[4]	36,4%	23,9%	11,1%	26,3%	25,0%
	[3]	13,6%	0,0%	11,1%	3,5%	10,0%
	[2]	4,5%	4,3%	0,0%	3,5%	5,0%
	BD**	0,0%	2,2%	11,1%	3,5%	0,0%
Odpowiada na zadawane pytania, wątpliwości lub znajduje kogoś kto odpowie	[5]*	54,5%	80,4%	44,4%	68,4%	70,0%
	[4]	31,8%	13,0%	44,4%	22,8%	20,0%
	[3]	13,6%	4,3%	0,0%	5,3%	10,0%
	[2]	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	BD**	0,0%	2,2%	11,1%	3,5%	0,0%
Mówi Panu/i o zmianach w stanie zdrowia (kondycji)	[5]*	50,0%	67,4%	44,4%	59,6%	60,0%
	[4]	36,4%	21,7%	33,3%	28,1%	25,0%
	[3]	13,6%	6,5%	0,0%	7,0%	10,0%
	[2]	0,0%	2,2%	11,1%	1,8%	5,0%
	BD**	0,0%	2,2%	11,1%	3,5%	0,0%
Uwzględnia mnie (włącza) podczas podejmowania decyzji	[5]*	45,5%	63,0%	55,6%	54,4%	65,0%
	[4]	36,4%	23,9%	22,2%	28,1%	25,0%
	[3]	13,6%	8,7%	0,0%	12,3%	0,0%
	[2]	4,5%	2,2%	11,1%	1,8%	10,0%
	BD**	0,0%	2,2%	11,1%	3,5%	0,0%
Pomaga mi rozumieć zachowania/reakcję mojego organizmu	[5]*	50,0%	71,7%	55,6%	63,2%	65,0%
	[4]	22,7%	19,6%	33,3%	24,6%	15,0%
	[3]	27,3%	4,3%	0,0%	7,0%	20,0%
	[2]	0,0%	2,2%	0,0%	1,8%	0,0%
	BD**	0,0%	2,2%	11,1%	3,5%	0,0%

Tab. 2. (cd.)

Pomaga mi rozpoznać w jaki sposób łagodzić dolegliwości	[5]*	54,5%	71,7%	55,6%	64,9%	65,0%
	[4]	31,8%	15,2%	22,2%	19,3%	25,0%
	[3]	13,6%	10,9%	0,0%	12,3%	5,0%
	[2]	0,0%	0,0%	11,1%	0,0%	5,0%
	BD**	0,0%	2,2%	11,1%	3,5%	0,0%
Pozwala mi poznać jak dobrze radzę sobie z chorobą	[5]*	36,4%	69,6%	33,3%	54,4%	60,0%
	[4]	40,9%	21,7%	44,4%	35,1%	15,0%
	[3]	18,2%	6,5%	0,0%	7,0%	15,0%
	[2]	4,5%	0,0%	11,1%	0,0%	10,0%
	BD**	0,0%	2,2%	11,1%	3,5%	0,0%
Reaguje (odpowiada) na moje zmartwienia/obawy	[5]*	59,1%	63,0%	44,4%	57,9%	65,0%
	[4]	27,3%	23,9%	33,3%	28,1%	20,0%
	[3]	9,1%	4,3%	11,1%	5,3%	10,0%
	[2]	4,5%	4,3%	0,0%	3,5%	5,0%
	BD**	0,0%	4,3%	11,1%	5,3%	0,0%
Pokazuje zainteresowanie o moją pomyślność/dobro	[5]*	40,9%	67,4%	33,3%	56,1%	55,0%
	[4]	36,4%	19,6%	44,4%	26,3%	30,0%
	[3]	18,2%	6,5%	11,1%	10,5%	10,0%
	[2]	4,5%	4,3%	0,0%	3,5%	5,0%
	BD**	0,0%	2,2%	11,1%	3,5%	0,0%
Pomaga mi poznać nazwisko i rolę każdego z personelu/zespołu	[5]*	27,3%	54,3%	44,4%	43,9%	50,0%
	[4]	36,4%	15,2%	22,2%	24,6%	15,0%
	[3]	31,8%	21,7%	22,2%	24,6%	25,0%
	[2]	4,5%	4,3%	0,0%	3,5%	5,0%
	BD**	0,0%	4,3%	11,1%	3,5%	5,0%
Zapewnia mi właściwą/dobłą opiekę	[5]*	63,6%	80,4%	55,6%	71,9%	75,0%
	[4]	27,3%	13,0%	22,2%	17,5%	20,0%
	[3]	9,1%	4,3%	11,1%	7,0%	5,0%
	[2]	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	BD**	0,0%	2,2%	11,1%	3,5%	0,0%
Zachęca mnie do zadawania pytań na temat mojej sytuacji	[5]*	27,3%	50,0%	33,3%	40,4%	45,0%
	[4]	45,5%	23,9%	33,3%	29,8%	35,0%
	[3]	18,2%	19,6%	11,1%	21,1%	10,0%
	[2]	9,1%	4,3%	11,1%	5,3%	10,0%
	BD**	0,0%	2,2%	11,1%	3,5%	0,0%

Jest wrażliwa na moje indywidualne potrzeby	[5]*	45,5%	65,2%	33,3%	54,4%	60,0%
	[4]	31,8%	26,1%	33,3%	31,6%	20,0%
	[3]	18,2%	4,3%	22,2%	8,8%	15,0%
	[2]	4,5%	2,2%	0,0%	1,8%	5,0%
	BD**	0,0%	2,2%	11,1%	3,5%	0,0%
Pozwala mi włączyć się w opiekę	[5]*	40,9%	63,0%	33,3%	52,6%	55,0%
	[4]	50,0%	23,9%	33,3%	33,3%	30,0%
	[3]	4,5%	6,5%	22,2%	7,0%	10,0%
	[2]	4,5%	4,3%	0,0%	3,5%	5,0%
	BD**	0,0%	2,2%	11,1%	3,5%	0,0%
Pokazuje, że (personel, zespół) lubi mnie	[5]*	36,4%	58,7%	44,4%	49,1%	55,0%
	[4]	45,5%	23,9%	33,3%	33,3%	25,0%
	[3]	18,2%	8,7%	0,0%	10,5%	10,0%
	[2]	0,0%	6,5%	11,1%	3,5%	10,0%
	BD**	0,0%	2,2%	11,1%	3,5%	0,0%
Odpowiada na moje potrzeby/problemy we właściwy sposób i o czasie (w porę)	[5]*	54,5%	67,4%	55,6%	61,4%	65,0%
	[4]	31,8%	19,6%	33,3%	24,6%	25,0%
	[3]	13,6%	6,5%	0,0%	7,0%	10,0%
	[2]	0,0%	4,3%	0,0%	3,5%	0,0%
	BD**	0,0%	2,2%	11,1%	3,5%	0,0%
Jest optymistyczna przy mnie jako chorym	[5]*	63,6%	67,4%	55,6%	64,9%	65,0%
	[4]	22,7%	21,7%	33,3%	22,8%	25,0%
	[3]	13,6%	6,5%	0,0%	7,0%	10,0%
	[2]	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	BD**	0,0%	4,3%	11,1%	5,3%	0,0%

* Skala ocen: bardzo dobry (5), dobry (4), dostateczny (3), niedostateczny (2); **BD: brak danych.

Dyskusja

Choć większość pacjentów bardzo dobrze oceniła pielęgniarkę w kryteriach przyjętych do oceny poziomu komunikowania pielęgniarki z pacjentem, to jednak istnieje problem dotyczący rozmowy z pacjentem na temat jego obaw, uczuć i zmartwień. Deficyt w zakresie komunikowania częściej deklarują kobiety w porównaniu do mężczyzn. Częściej kry-

tyczne oceny w opinii kobiet mogą być wynikiem ich większych potrzeb i oczekiwań w tym zakresie [7, 11]. Dalszych badań wymaga wyjaśnienie dlaczego pielęgniarka w opinii mężczyzn jest bardziej optymistyczna? Także na uwagę zasługuje krytyczna opinia kobiet na temat troski pielęgniarek o ich dobro i pomyślność. Uwagi ze strony organizatorów opieki w szpitalu wymaga także sposób i czas odpowiedzi pielęgniarki na potrzeby i problemy pacjentów.

W obrębie wszystkich aspektów opieki dostrzeżono różnice w ocenach w zależności od wieku pacjentów. Okazało się, że wiek pacjentów ma wpływ na wydawaną opinię. Grupa osób w przedziale wieku do 40 lat była bardziej krytyczna i wymagająca. Podobne wyniki badań uzyskali inni autorzy [3, 12, 13]. Z perspektywy pacjenta istnieje wiele czynników wpływających na jakość opieki pielęgniarskiej. Jakkolwiek postrzeganie pacjentów zmienia się w zależności od wieku, wykształcenia, statusu społecznego, korzeni kulturowych i etnicznych, to największy wpływ na poziom ich zadowolenia ma życzliwość i uprzejmość pielęgniarek (14). Uzyskane wyniki badań wskazują, że 81,8% respondentów bardzo dobrze i dobrze oceniła kryterium opieki „pielęgniarka pokazuje, że (personel, zespół) lubi mnie”, natomiast 85,7% badanych wysoko oceniło kryterium „pielęgniarka reaguje (odpowiada) na moje zmartwienia, obawy. W opiece nad pacjentem duże znaczenie ma szeroko pojmowana edukacja zdrowotna, która należy do zadań zawodowych pielęgniarki. Badania wykazały, że 85% pacjentów bardzo dobrze i dobrze ocenili pielęgniarki w aspekcie przygotowania chorego do samoopieki, 90,9% wysoko oceniło gotowość pielęgniarek do odpowiedzi na zadawane pytania i wątpliwości, a 85,7% pomoc pielęgniarki w sposobie rozpoznawania i łagodzenia dolegliwości. Pozytywna ocena pacjenta wskazuje na jego satysfakcję. Wysokie oceny wskazują na to, że sposób sprawowania opieki jest dostosowany do potrzeb pacjenta i zaspakaja jego oczekiwania [3, 8, 13] Opieka pielęgniarska jest ważnym obszarem opieki zdrowotnej, w którym zadowolenie pacjenta z otrzymanej opieki znacząco wpływa na ogólne zadowolenie pacjenta z opieki w trakcie hospitalizacji [3, 9, 14]. W przeprowadzonych badaniach 90,9% ankietowanych kryterium „pielęgniarka zapewnia mi właściwą/dobłą opiekę” ocenili bardzo dobrze i dobrze. Należy jednak pamiętać, iż jakość z punktu widzenia

pacjenta to jakość opieki pielęgniarskiej mierzona według subiektywnych kryteriów. Związane jest to z faktem, że każdy pacjent ma własny, określony pułap oczekiwań i wymagań dotyczący opieki, własne doświadczenia, a także na jego oceny mają wpływ czynniki psychologiczne i emocje związane z hospitalizacją [14]. Uzyskane wyniki dostarczyły także informacji pozwalających na ukierunkowanie kształcenia przed i podyplomowego pielęgniarek celem sprostania indywidualnym potrzebom i preferencjom pacjentów oraz indywidualizację procesu opieki.

Wnioski

1. Zdecydowana większość pacjentów uważa, że pielęgniarka zapewnia właściwą/dobłą opiekę.
2. Na ocenę dostateczną lub niedostateczną najczęściej pielęgniarka rozmawia o uczuciach, zmartwieniach i obawach pacjenta.
3. Opinie pacjentów na temat poszczególnych wyznaczników opieki są zróżnicowane w zależności od płci, wieku i wykształcenia chorego.
4. Kobiety krytyczniej oceniają komunikację z pielęgniarką i wyznaczniki opieki tj.: pielęgniarka rozmawia o uczuciach, zmartwieniach, obawach pacjenta; pielęgniarka uwzględnia mnie podczas podejmowania decyzji; pielęgniarka pozwala mi włączyć się w opiekę.
5. Mężczyźni krytyczniej oceniają pomoc pielęgniarki w rozumieniu tego co jest przy chorym wykonywane; zachęcanie przez pielęgniarkę pacjenta do zadawania pytań na temat jego sytuacji; odpowiedzi pielęgniarek na (potrzeby problemy chorego) we właściwy sposób i o czasie.

Literatura

- [1] Wasilewski T., *Analiza wybranych aspektów satysfakcji chorego z pobytu w szpitalu w ocenie chorych z półkulowymi uszkodzeniami mózgu*, Zdrowie Publiczne, 2009; 119(2): 152–155.
- [2] Szymczak M. (1985), *Słownik języka polskiego*, PWN, Warszawa.
- [3] Twarduś K, Gawel G, Perek G., *Satysfakcja pacjentów i pielęgniarek z jakości opieki pielęgniarskiej*, Problemy Pielęgniarstwa, 2000, 1–3; 218–236.

- [4] Piątek A. (1999), *Standardy opieki pielęgniarstwa w praktyce*. Przewodnik metodyczny Naczelna Izba pielęgniarek i Położnych, Warszawa.
- [5] Lenartowicz H. (1998), *Zarządzanie jakością w Pielęgniarstwie*, Materiały dydaktyczne specjalizacji organizacja i zarządzanie. Warszawa CEM.
- [6] Krakowiak A. (1996), *Wstęp do metodologii badań satysfakcji*. Praca nie opublikowana. Kraków CMJ w Ochronie Zdrowia.
- [7] Kapała W, Drygas P., *Personel pielęgniarstwa w organizacji – ocena, wyobrażenia i oczekiwania potencjalnych klientów placówek służby zdrowia w Polsce*, Zdrowie i Zarządzanie 2001; 5: 33–41.
- [8] Kapała W, Chudziński S, Hrycza S., *Oczekiwania pacjentów hospitalizowanych na oddziałach zabiegowych wobec personelu pielęgniarstwa*, Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2008; 1: 12–18.
- [9] Putza J. (2002), *Procesy przekształceń w ochronie zdrowia – bariery i możliwości*, Warszawa.
- [10] Wołowicka L., *Postępy Pielęgniarstwa i promocji Zdrowia*, Cz. XIII. Akademia medyczna im. Karola Marcinkowskiego, Poznań 1998, 86–107, 126–131.
- [11] Kowalczyk S. (1995), *Z refleksji nad człowiekiem*. Człowiek – społeczeństwo – wartość. Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin.
- [12] Wyrzykowska M., *Ocena opieki pielęgniarstwa w opinii pacjentów*, Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne, 2007; 1:3–10.
- [13] Łukomska A, Roś D, Jachimowicz-Wołoszynek D. *Satysfakcja pacjenta z podstawowej opieki zdrowotnej*, Annales Academiae Medicae Bydgosiensis 2004; 18/1: 41–46.
- [14] Jaszczyk K, Jaracz K. *Jakość opieki pielęgniarstwa w świetle aktualnych badań – przegląd literatury*, Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu, 2008, 4(17).

Elżbieta Majchrzak-Kłokocka, Hanna Taraszkiewicz
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie
Maria Danielewicz
Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie
Anna Abramczyk
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Satysfakcja pacjentów hospitalizowanych z opieki realizowanej przez pielęgniarkę

Hospitalized Patients satisfaction with care provided by a nurse

Abstract: Patient satisfaction is viewed as a measure of the opinion of patient or family about care provided by a nurse. It is also defined as a full satisfaction of desires or needs. The aim of the study was to get to know more about satisfaction of hospitalized patients with care provided by nurse.

Determination of patients satisfaction was based on a questionnaire based on a modified version of the SERVQUAL model. Criteria that were used: reliability, responsiveness, certainty and empathy. The results indicate that, with respect to multiple criteria, perception of health care, that the patient receive, is far from his expectation, and the used criteria differentiate opinions of patients and their satisfaction with care provided by a nurse. Hospitalized people usually declare their satisfaction with care in the area of certainty, the largest deficit occurs in the area of empathy and support.

Key words: satisfaction, patient, hospitalized

Wprowadzenie

Satysfakcja pacjenta według definicji przyjętej przez Towarzystwo Pielęgniarek Amerykańskich (ANA), postrzegana jest jako miara opinii pacjenta lub rodziny na temat udzielonej opieki pielęgniarskiej [1]. Okre-

ślana jest także jako „pełne zaspokojenie pragnień lub potrzeb” [2]. Na gruncie pielęgniarstwa akceptowana i szeroko stosowana jest definicja Risser, zgodnie z którą satysfakcja pacjenta z opieki pielęgniarstwa to stopień zgodności między oczekiwaniami pacjenta co do idealnej opieki pielęgniarstwa, a percepcją opieki, którą realnie on otrzymuje [3]. Satysfakcja pacjenta zależy od różnicy między tym co dostaje, a subiektywnymi oczekiwaniami – jeżeli ta różnica jest pozytywna, pacjent jest zadowolony, jeżeli jest negatywna, pacjent nie jest zadowolony [4]. Jedną z najistotniejszych spraw związanych z pomiarem satysfakcji pacjentów jest określenie potencjalnego wpływu indywidualnych oczekiwań na ocenę poziomu satysfakcji. Pacjent, aby ocenić jakość opieki, musi porównać własne doświadczenia z własnymi oczekiwaniami [5].

Satysfakcja pacjentów hospitalizowanych z opieki realizowanej przez pielęgniarkę jest podstawowym wyznacznikiem sukcesu każdego zakładu opieki zdrowotnej. Szpital jest organizacją, dla której zapewnienie jak najwyższej jakości swoich świadczeń jest wartością priorytetową, bowiem dobra jakość usług przekłada się na zdrowie, zaufanie, bezpieczeństwo, a przede wszystkim życie pacjenta. Należy jednak pamiętać, że to pacjent, jego potrzeby, oczekiwania, pragnienia powinny być w centrum uwagi personelu pielęgniarstwa, i to pacjent jest główną postacią procesu. Ma on prawo do współdecydowania o przebiegu procesu leczenia i pielęgnowania, ma też prawo do oceny i decydowania o jakości tej opieki. Poziom satysfakcji pacjenta ma ogromny wpływ na jego zachowanie, takie jak dalsze korzystanie z opieki medycznej, stosowanie się do zaleceń lekarskich czy pielęgniarstwa. Badania satysfakcji pacjentów stwarzają możliwość poznania, co sądzą świadczeniobiorcy o oferowanych im usługach, a także określenia dysfunkcji i niedomagań w analizowanych obszarach funkcjonowania opieki świadczonej przez pielęgniarkę. Jakość z punktu widzenia pacjenta, to jakość świadczeń medycznych, mierzona według kryteriów subiektywnych. Związane jest to z faktem, że każdy pacjent na własny, określony pułap oczekiwań i wymagań dotyczących opieki medycznej, własne „doświadczenia”, a także istotny wpływ czynników psychologicznych, emocji związanych z leczeniem. Trzeba zatem uwzględnić fakt, że wynik oceny pracy pielę-

gniarek przez pacjenta, uwarunkowany będzie indywidualnym nastawieniem emocjonalnym świadczeniobiorcy.

Celem badań było poznanie satysfakcji pacjentów hospitalizowanych z opieki realizowanej przez pielęgniarkę.

Materiał, metody i wyniki z badań

Badania dla celów pracy przeprowadzono wśród 77 losowo wybranych pacjentów hospitalizowanych w jednym ze szpitali (samodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej) województwa warmińsko-mazurskiego. Badanie prowadzono od maja do czerwca 2012 roku. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy.

Określenie satysfakcji pacjentów dokonano w oparciu o kwestionariusz ankiety oparty na zmodyfikowanej wersji modelu servqual [6]. Założono, że drogą do poznania satysfakcji pacjentów hospitalizowanych z opieki realizowanej przez pielęgniarkę będzie poznanie ich opinii w oparciu o kryteria takie jak: konkretność, niezawodność, reagowanie, pewność oraz empatia. W badanej grupie zdecydowaną większość stanowiły kobiety (55,8%). Najmłodszy pacjent miał 21 lat a najstarszy 75 lat. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 41–64 lat (59,7%). Co dziesiąty respondent miał 65 lat i więcej (11%), a prawie co trzeci miał mniej niż 40 lat (28,6%). Większość badanych zamieszkuje w środowisku miejskim (63,7%), funkcjonuje w związku małżeńskim (64,9%). Prawie co piąty jest stanu wolnego i nigdy nie był żonaty (19,5%). Niewielki odsetek badanych stanowią osoby owdowiałe (7,8%), rozwiedzione (6,5%) i w separacji (1,3%). Wśród badanych najliczniejszą grupę stanowili pacjenci z wykształceniem średnim (45,5%). Wykształcenie wyższe ustalono wśród 26% respondentów. Co dziesiąty badany miał wykształcenie podstawowe lub niepełne podstawowe (10,4%). U pozostałego odsetka respondentów ustalono wykształcenie zasadnicze zawodowe (20,8%). Prawie co drugi respondent pracuje zawodowo (45,5%), a prawie co piąty jest na emeryturze (19,5%). Bez pracy pozostaje 16,9% badanych, a co dziesiąty utrzymuje się z renty (11,7%). W gospodarstwie rolnym pracowało 2,6% pacjentów, i tyleż samo studiowało, a 1,3% prowadziło własną

działalność gospodarczą. Co czwarty pacjent hospitalizowany był w oddziale chirurgii (26%), a co dziesiąty w oddziale ortopedii (15,6%). Respondenci hospitalizowani byli także w oddziałach: neurologii (7,8%), nefrologii (6,5%), diabetologii, hematologii, położniczym (5,2%), ginekologii onkologicznej (3,9%), laryngologii (2,6%) w stosunku do 2,6% badanych, informacji o oddziale na którym przebywał pacjent nie podano. Powodem hospitalizacji badanych osób najczęściej było zaostrzenie choroby (24,7%). Co dziesiąty badany był hospitalizowany w celu diagnostyki (10,4%), z powodu urazu (złamania) (14,3%), zabiegu chirurgicznego (10,4%), porodu (6,5%), kontynuacji leczenia SM (6,5%), nowotworu (7,8%), ciąży ryzyka (2,6%), ChUK (2,6%), lub nie znali powodu hospitalizacji (2,6%). W okresie hospitalizacji większość pacjentów była poddana leczeniu chirurgicznemu (50,6%). Co czwarty respondent poddany był leczeniu farmakologicznemu (26%), a co piąty otrzymywał leki drogą dożylną (23,4%). Pacjenci wśród stosowanych wobec nich metod leczenia wymienili także antybiotykoterapię (9,1%), chemioterapię (6,5%), dializoterapię (5,2%), tlenoterapię (1,3%), leczenie drogą wziewną (2,6%). Tylko jeden pacjent nie przyjmował żadnych leków, poza środkami stosowanym w procesie diagnostycznym (1,3%).

Większość respondentów w dniu wyrażania opinii na temat satysfakcji z opieki swój stan zdrowia oceniała pozytywnie uznając je jako dobre (54,5%) i bardzo dobre (6,5%). Co trzeci respondent krytycznie ocenił swój stan zdrowia twierdząc, że jest dostateczne (32,5%), a 6,5% uważa swoje zdrowie za złe. Satysfakcję z opieki realizowanej przez pielęgniarkę pacjenci ocenili w oparciu o kryteria opieki takie jak: konkretność, niezawodność, reagowanie, pewność, empatia. Za podstawę najwyższej oceny przyjęto procent odpowiedzi „zawsze” z ogólnej liczby ankietowanych.

Istotnym elementem w pracy pielęgniarki jest empatia, o której świadczą takie czynniki jak: rozumienie specyficznych potrzeb pacjenta, poświęcanie pacjentom indywidualnej uwagi, poświęcanie wystarczająco dużej uwagi, posiadanie na względzie przede wszystkim dobra pacjenta, dostępność pielęgniarki w godzinach popołudniowych. Z analizy wypowiedzi pacjentów na temat okazywanej im przez pielęgniarkę empatii wynika, że pielęgniarki „zawsze” rozumieją te specyficzne potrzeby

Tab. 1 (cd.)

Pielęgniarki mają na względzie przede wszystkim dobro pacjenta	zawsze	68,8%	72,1%	64,7%	67,9%	69,4%	70,2%	65,0
	często	28,6%	25,6%	32,4%	25,0%	30,6%	26,3%	35,0
	rzadko	2,6%	2,3%	2,9%	7,1%	0,0%	3,5%	0,0
	nigdy	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0
Pielęgniarki poświęcają Panu/i wystarczająco dużo uwagi	zawsze	64,9%	62,8%	67,6%	57,1%	69,4%	66,7%	60,0
	często	26,0%	30,2%	20,6%	32,1%	22,4%	22,8%	35,0
	rzadko	7,8%	4,7%	11,8%	7,1%	8,2%	8,8%	5,0
	nigdy	1,3%	2,3%	0,0%	3,6%	0,0%	1,8%	0,0
Pielęgniarki poświęcają pacjentom indywidualną uwagę	zawsze	44,2%	46,5%	41,2%	32,1%	51,0%	42,1%	50,0
	często	40,3%	39,5%	41,2%	46,4%	36,7%	43,9%	30,0
	rzadko	11,7%	11,6%	11,8%	14,3%	10,2%	8,8%	20,0
	nigdy	3,9%	2,3%	5,9%	7,1%	2,0%	5,3%	0,0
Pielęgniarka jest dostępna w godzinach popołudniowych	zawsze	68,8%	67,4%	70,6%	71,4%	67,3%	71,9%	60,0
	często	29,9%	32,6%	26,5%	25,0%	32,7%	26,3%	40,0
	rzadko	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0
	nigdy	1,3%	0,0%	2,9%	3,6%	0,0%	1,8%	0,0
Pielęgniarki mają wiedzę pozwalającą im odpowiedzieć na pytania	zawsze	53,2%	51,2%	55,9%	46,4%	57,1%	49,1%	65,0
	często	37,7%	41,9%	32,4%	42,9%	34,7%	43,9%	20,0
	rzadko	9,1%	7,0%	11,8%	10,7%	8,2%	7,0%	15,0
	nigdy	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0
Pielęgniarki są zawsze uprzejme	zawsze	64,9%	65,1%	64,7%	64,3%	65,3%	64,9%	65,0
	często	28,6%	32,6%	23,5%	25,0%	30,6%	26,3%	35,0
	rzadko	6,5%	2,3%	11,8%	10,7%	4,1%	8,8%	0,0
	nigdy	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0
Pod opieką pielęgniarki czuje się Pan/i bezpiecznie	zawsze	75,3%	72,1%	79,4%	75,0%	75,5%	77,2%	70,0
	często	19,5%	23,3%	14,7%	17,9%	20,4%	19,3%	20,0
	rzadko	3,9%	4,7%	2,9%	3,6%	4,1%	1,8%	10,0
	nigdy	1,3%	0,0%	2,9%	3,6%	0,0%	1,8%	0,0
Zachowanie pielęgniarki wzbudza zaufanie	zawsze	74,0%	69,8%	79,4%	75,0%	73,5%	73,7%	75,0
	często	19,5%	25,6%	11,8%	10,7%	24,5%	19,3%	20,0
	rzadko	5,2%	4,7%	5,9%	10,7%	2,0%	5,3%	5,0
	nigdy	1,3%	0,0%	2,9%	3,6%	0,0%	1,8%	0,0

Tab. 1 (cd.)

Gdy ma Pan/i problem pielęgniarka przejawia szczere zainteresowanie jego rozw.	zawsze	62,3%	55,8%	70,6%	60,7%	63,3%	63,2%	60,0
	często	29,9%	39,5%	17,6%	32,1%	28,6%	28,1%	35,0
	rzadko	7,8%	4,7%	11,8%	7,1%	8,2%	8,8%	5,0
	nigdy	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0
Pielęgniarki dotrzymują danego słowa, kiedy obiecują pomoc w określonym czasie	zawsze	68,8%	62,8%	76,5%	64,3%	71,4%	68,4%	70,0
	często	28,6%	34,9%	20,6%	35,7%	24,5%	29,8%	25,0
	rzadko	2,6%	2,3%	2,9%	0,0%	4,1%	1,8%	5,0
	nigdy	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0
Pielęgniarki dobrze się prezentują	zawsze	84,4%	83,7%	85,3%	78,6%	87,8%	84,2%	85,0
	często	13,0%	16,3%	8,8%	21,4%	8,2%	12,3%	15,0
	rzadko	2,6%	0,0%	5,9%	0,0%	4,1%	3,5%	0,0
	nigdy	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0
Fizyczne obiekty kliniki/oddziału, w którym Pan/i przebywa są wizualnie atrakcyjne	zawsze	49,4%	39,5%	61,8%	50,0%	49,0%	54,4%	35,0
	często	33,8%	44,2%	20,6%	32,1%	34,7%	33,3%	35,0
	rzadko	16,9%	16,3%	17,6%	17,9%	16,3%	12,3%	30,0
	nigdy	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0
Klinika/oddział w którym Pan/i przebywa jest wyposażony w nowoczesnie wyglądający sprzęt	zawsze	46,8%	44,2%	50,0%	50,0%	44,9%	50,9%	35,0
	często	39,0%	39,5%	38,2%	28,6%	44,9%	42,1%	30,0
	rzadko	14,3%	16,3%	11,8%	21,4%	10,2%	7,0%	35,0
	nigdy	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0

Kolejnym kryterium w oparciu o które pacjenci wyrażali swoją satysfakcję z opieki realizowanej przez pielęgniarkę jest pewność, na którą wskazują takie czynniki jak: poczucie bezpieczeństwa pod opieką pielęgniarki, wzbudzanie przez pielęgniarkę zaufania swoim zachowaniem, tworzenie atmosfery zaufania i pewności, zawsze obecna uprzejmość, wiedza pielęgniarek pozwalająca im odpowiadać na zadawane pytania, a także świadczenie usług w bezpieczny sposób.

Z analizy wypowiedzi pacjentów na temat pewności jaką zapewnia im pielęgniarka wynika, że co drugi badany uważa, że pielęgniarki zawsze mają wiedzę pozwalającą im odpowiedzieć na ich pytania (53,2%). Najczęściej pielęgniarki mają wiedzę w opinii osób z wykształceniem wyższym (65%), a najczęściej na deficyt wiedzy pielęgniarki wskazują osoby zamieszkujące na wsi (46,4%).

Pielęgniarki są „zawsze” uprzejme w opinii 64,0% respondentów. Na największy deficyt w zakresie uprzejmości pielęgniarek najczęściej wskazują mężczyźni (11,8%). Większość pacjentów pod opieką pielęgniarki zawsze czuje się bezpiecznie (75,3%), a najczęściej mężczyźni (79,4%). Największy deficyt poczucia bezpieczeństwa pod opieką pielęgniarki ustalono wśród osób z wykształceniem wyższym (30%). W opinii respondentów (74,0%) zachowanie pielęgniarki „zawsze” wzbudza zaufanie, najczęściej w opinii mężczyzn (79,4%). Na deficyt zaufania wynikającego z zachowania pielęgniarki najczęściej wskazują kobiety (29,2%).

Z relacji większości badanych osób wynika, że pielęgniarki świadczą usługi „zawsze” w bezpieczny sposób (79,2%). Najczęściej pielęgniarki zawsze świadczą usługi w bezpieczny sposób w opinii osób zamieszkujących w mieście (87,8%), a najrzadziej w relacji pacjentów zamieszkujących w środowisku wiejskim (35,2% pacjentów wskazuje na deficyt bezpieczeństwa w związku z usługami pielęgniarki). Częściej niż co drugi badany uważa, że pielęgniarki zawsze tworzą atmosferę zaufania i pewności (67,5%). Najczęściej pielęgniarki tworzą zawsze atmosferę zaufania w opinii mężczyzn (73,5%), a najrzadziej w opinii kobiet (62,8%).

Kryterium mającym wpływ na satysfakcję z opieki jest reagowanie ocenione na podstawie wyznaczników takich jak: gotowość do pomocy, szybkość reakcji na potrzeby pacjenta, dokładne informowanie o tym, kiedy zostaną wykonane zabiegi, zajęcie innymi zadaniami a otwartość na pomoc.

Z analizy wypowiedzi pacjentów na temat reagowania wyrażającego się gotowością do pomocy wynika, że pielęgniarki zawsze wykazują gotowość do pomocy w opinii 72,7% badanych. Najczęściej na gotowość pielęgniarki zawsze do pomocy wskazują mężczyźni (79,4%). Kobiety najczęściej krytycznie oceniają gotowość pielęgniarki do pomocy (30,2%).

Pielęgniarki zawsze szybko reagują na potrzeby pacjentów (szybko świadczą usługi) w opinii 68,8% respondentów, najczęściej mężczyzn

(70,6%). Krytycznie szybkość reakcji pielęgniarki oceniają najczęściej osoby z wykształceniem wyższym (30%).

Zdaniem, częściej niż co drugiego respondenta pielęgniarki „zawsze” dokładnie informują kiedy zostaną wykonane zabiegi (66,2%), a najczęściej taką opinię wyrażali mężczyźni (70,6%). Na deficyt w zakresie informowania wskazują kobiety (37,2%).

Pielęgniarki „zawsze” nigdy nie są zbyt zajęte, żeby odpowiedzieć na prośbę chorego tylko w opinii 46,8% badanych, najczęściej osób z wyższym wykształceniem (55%). Na największy deficyt w zakresie dysponowania czasem dla pacjenta mimo różnorodnych zajęć wskazują osoby zamieszkujące na wsi (28,6%), ponieważ w ich ocenie pielęgniarki rzadko lub nigdy nie są zbyt zajęte, żeby odpowiedzieć na prośbę chorego (tabela 1). Kryterium ważnym w ocenie satysfakcji pacjentów z opieki jest niezawodność pielęgniarki analizowana na podstawie cech takich jak: szczerze zainteresowanie rozwiązaniem problemów pacjenta, dotrzymywanie danego słowa, świadczenie usług w deklarowanym czasie oraz prawidłowość wykonania usługi za pierwszym razem. Częściej niż co drugi badany uważa, że pielęgniarki zawsze wyrażają szczerze zainteresowanie rozwiązaniem problemu pacjenta (62,3%). Najczęściej tego rodzaju opinię deklarują mężczyźni (70,6%) a najrzadziej kobiety (55,8%).

Pielęgniarki „zawsze” dotrzymują danego słowa, kiedy obiecują pomoc w określonym czasie zdaniem ponad połowy respondentów (68,8%), najczęściej mężczyzn (76,5%), a najrzadziej w opinii kobiet (62,8%). Ponad połowa badanych twierdzi, że pielęgniarki „zawsze” świadczą usługi w czasie, w którym deklarowały (66,2%), a najczęściej tego rodzaju opinie wyrażali pacjenci ze środowiska miejskiego (71,4%). Na deficyt w zakresie niezawodności pielęgniarki w związku z wykonywaniem usługi w deklarowanym czasie najczęściej wskazują osoby zamieszkujące na wsi (57,1%). Pielęgniarki „zawsze” wykonują świadczenia prawidłowo za pierwszym zdaniem 75,3% badanych, najczęściej osób z wykształceniem wyższym (80%) a najrzadziej w opinii chorych zamieszkujących w środowisku wiejskim (67,9%).

Kryterium wpływającym na satysfakcje pacjentów z opieki jest konkretność określona przez cechy takie jak: wizualna atrakcyjność oddzia-

łu/kliniki, w której przebywał pacjent, wyposażenie kliniki w nowoczesnie wyglądający sprzęt, dobra prezentacja pielęgniarek.

Tylko 49,4% badanych uważa, że fizyczne obiekty kliniki/oddziału, w którym przebywał pacjent „zawsze” są wizualnie atrakcyjne. Najczęściej tego rodzaju opinię wyrazili mężczyźni (61,8%), a najrzadziej osoby z wykształceniem wyższym (35%). Klinika/oddział, w którym Pan/i przebywa jest „zawsze” wyposażony w nowoczesnie wyglądający sprzęt w opinii 46,8% respondentów, najczęściej zdaniem mężczyzn (50,0%) i osób zamieszkujących na wsi (50,0%), a najrzadziej w opinii chorych z wykształceniem wyższym (35%). Znakomita większość pacjentów uważa, że pielęgniarki zawsze dobrze się prezentują (84,4%), najczęściej w opinii pacjentów zamieszkujących w mieście (87,8%), a najrzadziej zdaniem osób zamieszkujących na wsi (78,6%).

Dyskusja

Uzyskane w badaniach własnych (wstępne) wyniki dostarczyły informacji wskazujących na to, że w odniesieniu do wielu kryteriów opieki percepcja opieki, którą pacjent otrzymał jest odległa od jego oczekiwań [3], a przyjęte kryteria różnicują opinie pacjentów i ich satysfakcję z opieki realizowanej przez pielęgniarkę [9]. Z informacji uzyskanych z badań wynika, że pielęgniarki nie okazują pacjentom oczekiwanego wsparcia i empatii [8]. Choć to pacjent, jego potrzeby, oczekiwania i pragnienia powinny stanowić centrum uwagi personelu pielęgniarskiego, a on powinien być główną postacią procesu opieki to jednak niejednokrotnie doświadczał sytuacji, w których mógł się czuć mniej ważny, a personel pielęgniarski stawiał na pierwszym miejscu inne priorytety niż pacjent. Zróżnicowane w zależności od płci, miejsca zamieszkania i wykształcenia pacjentów opinie na temat wybranych kryteriów opieki mogą być wyrazem i potwierdzeniem tezy, że każdy pacjent na własny, określony pułap oczekiwań i wymagań dotyczących opieki medycznej, własne „doświadczenia”, oraz emocje związane z leczeniem. Tylko bowiem co drugi respondent jest przekonany o tym, że pielęgniarki rozumieją jego specyficzne potrzeby, a osoby ze środowiska wiejskiego częściej niż po-

zostałe grupy pacjentów rzadko mają takie poczucie, nie zawsze zatem pacjent i jego potrzeby są w centrum uwagi personelu pielęgniarskiego. Choć co drugi chory twierdzi, że pielęgniarki zawsze mają na względzie przede wszystkim dobro pacjenta, to jednak deficyt w tym zakresie deklarują najczęściej mężczyźni, a osoby zamieszkujące w środowisku wiejskim najczęściej są zdania, że pielęgniarki rzadko mają na względzie przede wszystkim dobro pacjenta. Mimo warunków hospitalizacji pacjent nie zawsze ma dostęp do pielęgniarki podczas dyżuru popołudniowego. W opinii większości pacjentów pielęgniarki nie zawsze poświęcają im indywidualną uwagę, zwłaszcza na problem ten wskazują osoby zamieszkujące na wsi. Sytuacja ta może świadczyć o braku indywidualizacji opieki. Pielęgniarki nie towarzyszą swoim pacjentom we wszystkich fazach procesu opieki [9, 11, 13]. Takie podejście może stwarzać zagrożenie bezpieczeństwa pacjentów. O problemie dotyczącym zapewnienia pacjentom poczucia bezpieczeństwa [6] świadczyć może to, że pielęgniarki nie zawsze mają wiedzę, pozwalającą im odpowiadać na zadawane przez pacjentów pytania (w opinii prawie co drugiego chorego, częściej osób zamieszkujących na wsi), choć pracują na określonym oddziale (w określonej specjalności), nie zawsze też są uprzejme, nie zawsze pod ich opieką pacjent czuje się bezpiecznie, nie zawsze świadczą usługi w bezpieczny sposób [7, 8], nie zawsze wzbudzają zaufanie – zwłaszcza w opinii kobiet. Krytyczna ocena warunków fizycznych, wyglądu i wyposażenia obiektu w którym realizowana jest opieka, potwierdza tezę o ważności tego kryterium w analizie satysfakcji pacjentów także z opieki realizowanej przez pielęgniarkę [6, 7, 8]. Uzyskane wyniki dostarczyły informacji potwierdzających tezę o tym jak ważną rolę w ocenie pacjentów odgrywa wygląd personelu, zewnętrzny i wewnętrzny szpitala, jego wyposażenie, jakość sprzętu i aparatury medycznej [6, 7, 8, 12]. Uzyskane w badaniach własnych wstępne wyniki dowodzą, że niezbędne jest zwrócenie uwagi na organizację pracy pielęgniarki w warunkach szpitalnych oraz weryfikacja przyjętego modelu pracy i opieki, zwłaszcza, że pielęgniarki są zbyt zajęte, żeby odpowiedzieć na prośbę chorego, nie zawsze wykazują gotowość do udzielenia pacjentowi pomocy, nie zawsze szybko reagują na jego potrzeby [6, 9]. Z przeprowadzonych badań wynika, że istnieje konieczność zwrócenia

uwagi na kształcenie przed i podyplomowe pielęgniarek, zwłaszcza w zakresie okazywania pacjentom empatii, kształtowania poczucia bezpieczeństwa, celem większego przygotowania tej grupy zawodowej do realizacji bezpośredniej opieki nad chorym nie tylko w różnym stanie zdrowia, ale także różniącym się oczekiwaniami, potrzebami, doświadczeniami wynikającymi również z poziomu wykształcenia, płci, miejsca zamieszkania.

Wnioski

1. Zadowolenie pacjentów hospitalizowanych z opieki pielęgniarki zależy od: płci pacjenta, jego miejsca zamieszkania i poziomu wykształcenia.
2. Osoby hospitalizowane najczęściej deklarują satysfakcję w obszarze pewności, ze względu na wygląd pielęgniarek.
3. Deficyt satysfakcji pacjentów z opieki realizowanej przez pielęgniarkę wynika stąd, że pielęgniarki są zbyt zajęte, żeby odpowiedzieć na prośbę chorego, nie zawsze poświęcają pacjentom indywidualną uwagę, nie zawsze rozumieją specyficzne potrzeby pacjentów i mają na względzie przede wszystkim dobro chorego, a klinika/oddział, w którym pacjent przebywa nie zawsze jest wyposażony w nowoczesnie wyglądający sprzęt i fizyczne obiekty kliniki/oddziału, w którym przebywał pacjent nie „zawsze” są wizualnie atrakcyjne.

Literatura

- [1] Yellen E., Davis G., Ricard R. (2002), *The Measuring of Patient Satisfaction*, Journal of Nursing Care Quality, July, 16(4), 23–29.
- [2] Goldstein E., Farquhar M., Crofton C., Darby C., Garfinkel S. (2005), *Measuring Hospital Care from the Patients' Perspective: An Overview of the CAHPS Hospital Survey Development Process*, HSR: Health Services Research, December, Part II, 40(6), 1977–1995.
- [3] Risser N. L. (1975), *Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings*, Nurse Researcher, 24(1), 45–52 za: Redfern S. J., Norman I. J. Measuring the quality of care. A consideration of different approaches. Journal of Advanced Nursing, 1990, 15, 1260–1271.

- [4] Mykowska A. (2002), *Satysfakcja pacjenta a jakość obsługi medycznej*, Zdrowie i zarządzanie, 4(6), 69–73.
- [5] Sohonen R., Leino-Kilpi H., Valimaki M., Kim H. S. (2007), *The patient satisfaction scale – an empirical investigation into Finnish adaptation*, Journal of evaluation in clinical practice, 13, 31–38.
- [6] *Zarządzanie Satysfakcją Klienta. Europejski poradnik praktyka*, Warszawa 2008. Przekład z języka angielskiego: Iwona Sikorska.
- [7] Wiśniewska M. Jasiak-Kujawska A. (2012), *Wybrane metody oceny jakości usługi pielęgniarskiej*, [w:] Lewandowski R. (red.), *Zarządzanie kosztami, informacją i jakością w ochronie zdrowia*, Przedsiębiorczość i zarządzanie. Tom XIII, Zeszyt 4, s. 182–195.
- [8] Chmielewski D. (2008), *Servqual – metoda badania jakości świadczonych usług zdrowotnych*, Zarządzanie Jakością 3 (13), s. 82–86.
- [9] Gawęł G., Twarduś K., Kin-Dąbrowska J., Pyć L. (2008), *Jakość opieki pielęgniarskiej na oddziale kardiologicznym*, Problemy Piel, 16,4, s. 339–342.
- [10] Małecka B., Marcinkowski J.T. (2007), *Satysfakcja pacjenta czynnikiem kształtującym współczesny rynek usług medycznych*, Problemy Higieny Epidemiologii, 88(1):17–19.
- [11] Piątek A. (2005), *Zarządzanie jakością*, [w:] Ksykiewicz-Dorota A. (red.), *Zarządzanie w pielęgniarstwie*. Wyd. Czelej, Lublin, s. 312–323.
- [12] Maciąg A., Sakowska I. (2006), *Rola i prawo pacjenta w obszarze jakości usług*, „Studia i materiały-Wydział Zarządzania UW”, nr 1, s. 55–57.
- [13] Grochans E. i inni (2011), *Satysfakcja z opieki pielęgniarskiej pacjentów pielęgowanych tradycyjnie oraz w systemie Primary Nursing*, Problemy Pielęgniarstwa, 19(2): 177–184.

PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ i ZARZĄDZANIE

Wydawnictwo SAN – ISSN 1733-2486

Tom XIII – Zeszyt 11 – 2012 – ss. 215–228

Irena Bill, Wioleta Borowska, Bożena Czochra, Elżbieta Grzeszczak,
Alina Kędzia, Danuta Kowalska, Beata Siwik, Wioletta Szemplińska,
Beata Szeszko, Joanna Wyszynska, Danuta Zalewska

SP ZOZ Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z Warmińsko-Mazurskim
Centrum Onkologii w Olsztynie

Oczekiwania pacjentów hospitalizowanych z chorobą nowotworową wobec personelu pielęgniarskiego

Expectations of hospitalised patients with cancer disease towards nursing staff

Abstract: Cancer diseases have been a challenge for human kind for centuries. Nowadays using more and more advanced methods of treatment doctors can succeed in curing patients, reducing their problems connected with disease side effects, organized therapy or presence of coexisting diseases. Doubts, anxiety, withdrawal, aggression or depression are often the results of unfulfilled expectations concerning functioning as a patient.

Getting to know expectations and opinions of patients with cancer disease towards nursing staff. Research carried out in SP Health Care Centre of the Ministry of the Interior with Warmia and Mazury Oncology Centre in Olsztyn, in the following clinical wards: Radiotherapy, Chemotherapy and Oncology Surgery. Own original questionnaire of the survey has been used in the research. The group of respondents consisted of 120 patients which were treated on the above mentioned wards from 1 December to 31 December, 2011.

The analysis of the research material proved that patients hospitalized in oncology wards expect from nurses first of all nursing care, information and psychological support. They appreciate in nurses patience and kindness, followed by professionalism of carried duties.

Patients' expectations towards nurses constantly grow and are clearly expressed in different areas of nurses' activities.

Wstęp

Choroby nowotworowe od wieków są wyzwaniem dla ludzkości. Obecnie stosując coraz doskonalsze metody można osiągnąć sukces w postaci wyleczenia pacjenta, zmniejszenia jego dolegliwości związanych ze skutkami choroby, prowadzonej terapii, czy obecnością chorób współistniejących. Należy jednak wziąć pod uwagę, że pacjent onkologiczny jest pacjentem szczególnym, którego pobyt w szpitalu związany jest z wystąpieniem w jego odczuciu choroby nieuleczalnej. Wątpliwości związane z przyszłością, lęk o życie, o dalsze losy bliskich potęguje jeszcze cały szereg czynników mających źródło w środowisku szpitalnym. Wątpliwości, lęk, zamykanie się w sobie, agresja, depresja, często mają źródło w niespełnionych oczekiwaniach dotyczących funkcjonowania w roli pacjenta. Podjęcie badań nad zagadnieniem dotyczącym oczekiwań pacjentów z chorobą nowotworową wobec personelu pielęgniarskiego, podyktowane było przede wszystkim zainteresowaniem autorów opinią pacjentów, która będzie pomocna w poprawie jakości pracy pielęgniarek w oddziałach onkologicznych.

Celem pracy było poznanie oczekiwań pacjentów hospitalizowanych z chorobą nowotworową wobec personelu pielęgniarskiego.

Materiał, metody i wyniki badań

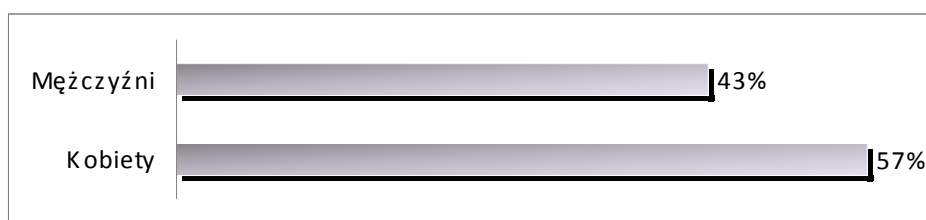
Badania przeprowadzono w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie, w oddziałach klinicznych: Radioterapii, Chemioterapii i Chirurgii Onkologicznej. Posłużono się narzędziem w postaci kwestionariusza ankiety własnego autorstwa. Grupę respondentów stanowiło 120 pacjentów przebywających w grudniu 2011 roku w wyżej wymienionych oddziałach. Udział w badaniu był dobrowolny. Każdej z badanych osób wyjaśniono cel przeprowadzanych badań oraz zapewniono anonimowość.

W badaniach przeprowadzonych w grudniu 2011 roku wzięło udział 120 ankietowanych. Kobiety stanowiły 57% ogółu respondentów, nato-

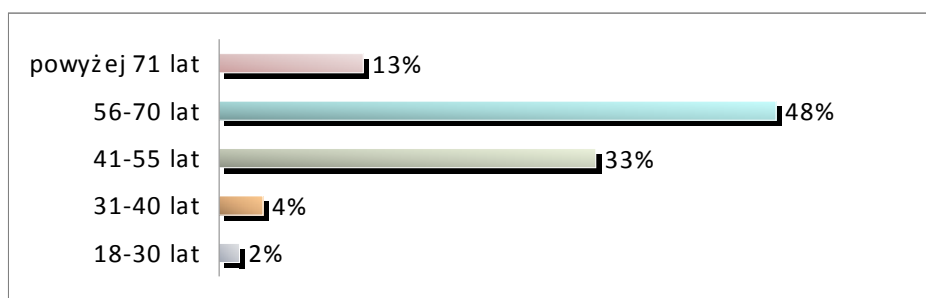
miast mężczyźni 43% (rys. 1). Wiek ankietowanych kształtował się w przedziale od 18 lat do 71 i powyżej (rys. 2).

Najliczniejszą grupę stanowili pacjenci w przedziale wiekowym 56–70 lat (48%). Nieco mniejszą respondenci w przedziale wiekowym 41–55 lat (33%). Natomiast najmniej liczną grupę badanych stanowiły osoby w wieku 18–30 lat (2%). Czas hospitalizacji w oddziale onkologicznym u większości badanych (49%) wynosił od 1–7 dni, co widać na rys. 3.

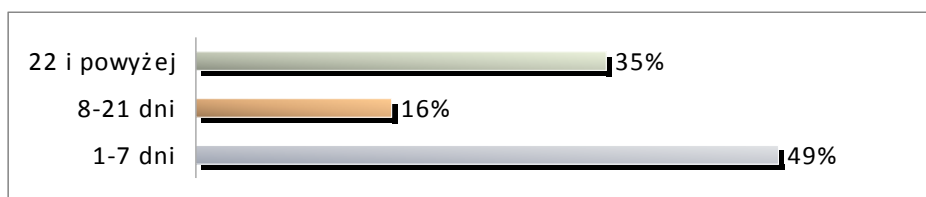
Rysunek 1. Płeć



Rysunek 2. Wiek



Rysunek 3. Czas hospitalizacji w oddziale onkologicznym

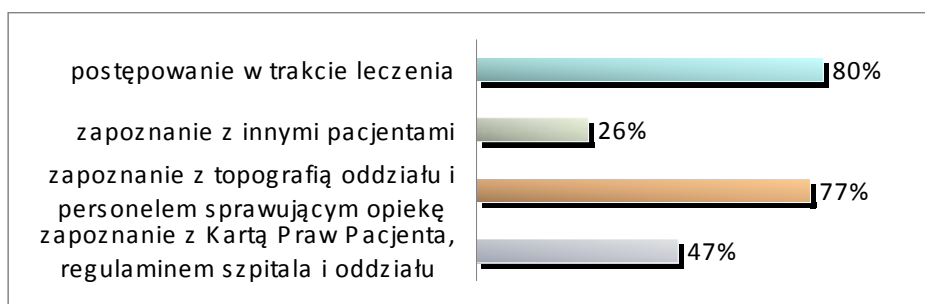


Następnie najczęściej wskazywany przez ankietowanych (35%) czas pobytu trwał powyżej 22 dni, a u 16% osób plasował się od 8–21 dni.

W dniu przyjęcia do szpitala dla znacznej większości badanych osób (80%) najistotniejsza jest informacja dotycząca postępowania w trakcie leczenia oraz zapoznanie z topografią oddziału i personelem sprawującym opiekę (rys. 4). Dla 47% respondentów ważne jest także zapoznanie się z Kartą Praw Pacjenta oraz regulaminem szpitala i oddziału.

W kolejnym pytaniu poproszono ankietowanych o wybranie najistotniejszych informacji udzielonych przez pielęgniarki (rys. 5).

Rysunek 4. Istotne informacje dla badanych w dniu przyjęcia do szpitala



Rysunek 5. Najistotniejsze informacje udzielane przez pielęgniarki

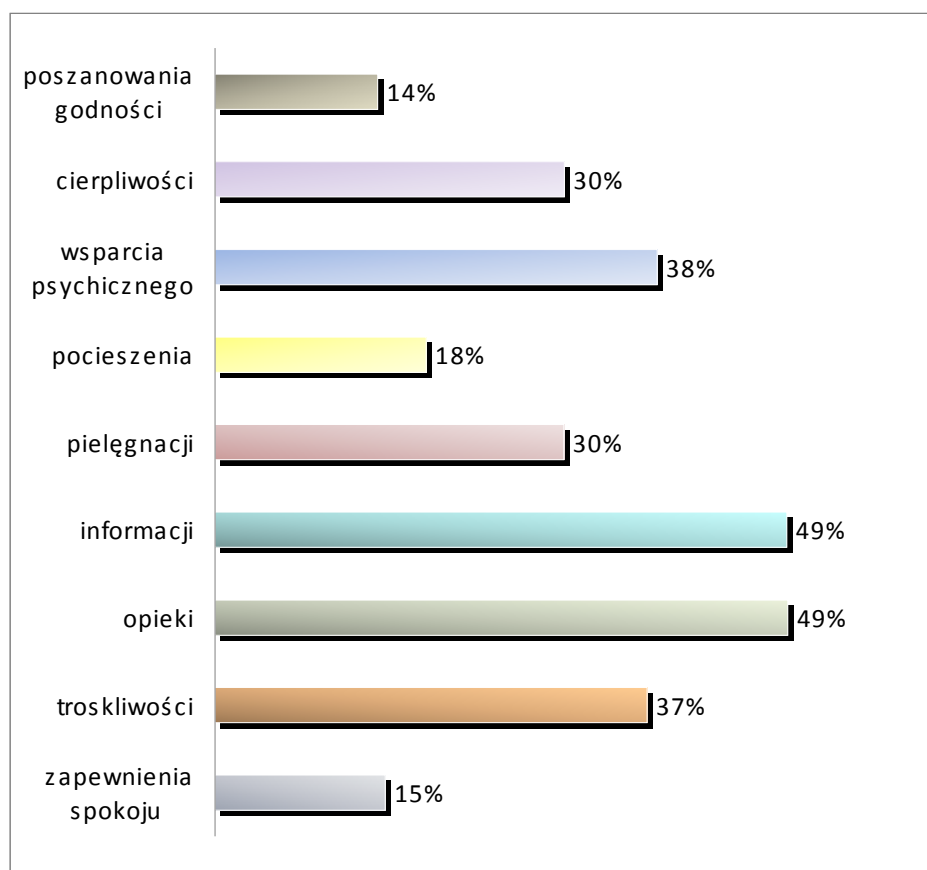


Według respondentów najważniejsza jest informacja dotycząca postępowania przed zabiegiem operacyjnym, chemioterapią i radioterapią (57%). Równie istotna zdaniem 50% badanych jest informacja o sposobach umożliwiających zmniejszenie skutków ubocznych terapii. W opinii

38% pacjentów najmniej ważną informacją są zalecenia dotyczące samoopieki, samopielęgnacji i odżywiania podczas leczenia i po jego zakończeniu.

Pacjenci po zabiegach operacyjnych, napromieniowaniu czy chemioterapii wymagają szczególnej troski, w związku, z czym ich oczekiwania od personelu pielęgniarskiego przedstawiają się następująco – patrz rys. 6.

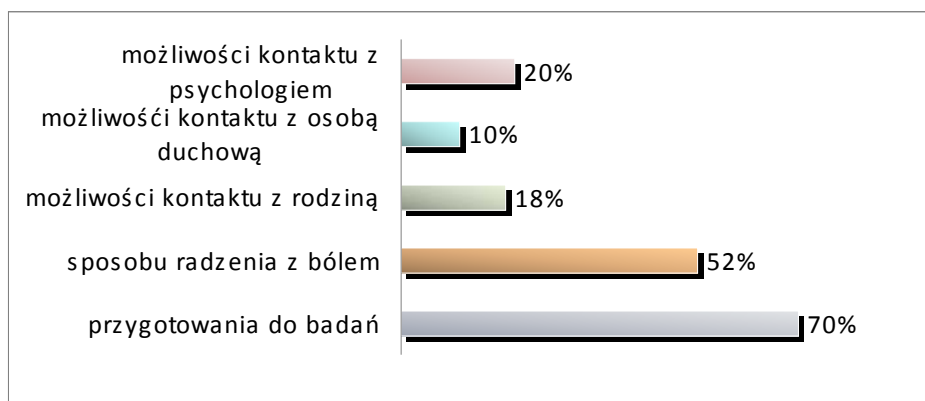
Rysunek 6. Oczekiwania respondentów wobec pielęgniarki



Respondenci oczekują przede wszystkim opieki (49%), informacji (49%), wsparcia psychicznego (38%), oraz troskliwości (37%) co ilustruje ryc.6. W kolejnym pytaniu skierowanym do respondentów, które dotyczyło tego czy w czasie leczenia oczekiwali informacji od pielęgniarek

większość odpowiedzi (70%) było twierdzących w przypadku informacji dotyczącej przygotowania do badań (rys. 7).

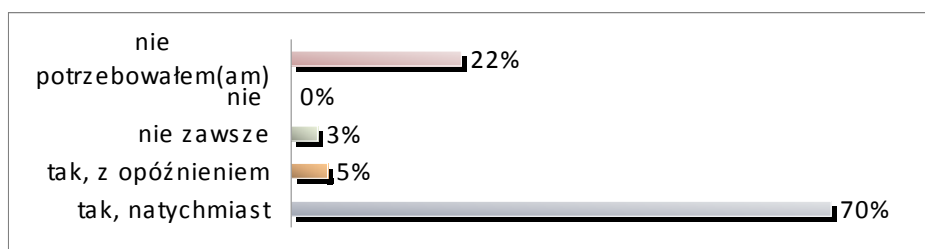
Rysunek 7. Oczekiwania badanych, co do otrzymywania informacji



Natomiast 52% badanych oczekiwało informacji na temat radzenia sobie z bólem, a 20% respondentów chciało uzyskać informację dotyczącą możliwości kontaktu z psychologiem. Tylko 10% badanych wskazało na potrzebę możliwości uzyskania kontaktu z osobą duchową.

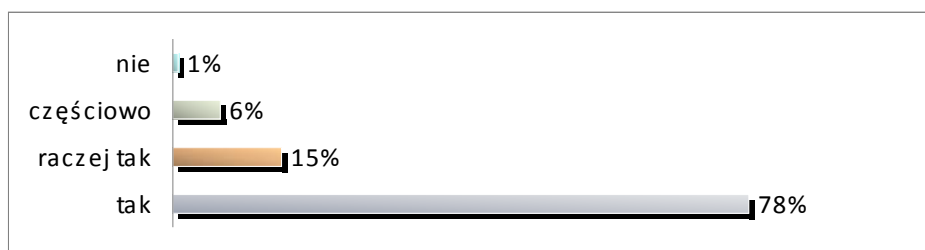
Na pytanie czy w momencie zgłaszania bólu uzyskali szybką pomoc pielęgniarską, 70% respondentów odpowiedziało – tak – natychmiast, 22% odpowiedziało, że nie potrzebowali tego typu pomocy, natomiast 8% odpowiedziało, iż otrzymywali pomoc z opóźnieniem lub nie zawsze (rys. 8).

Rysunek 8. Uzyskanie pomocy w przypadku zgłoszenia bólu



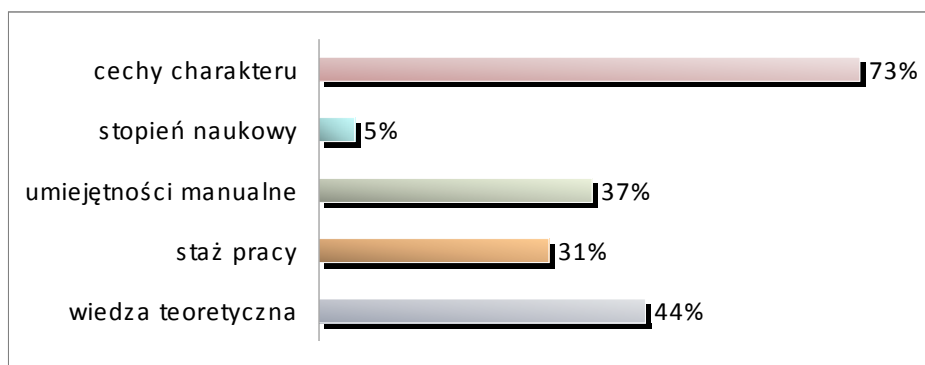
Kolejne pytanie dotyczyło oczekiwań wobec czasu poświęconego badanym przez pielęgniarki. 78% wypowiedziało się twierdząco, iż poświęcony im czas spełniał ich oczekiwania. Niespełna 1% stwierdziło, że czas ten był niewystarczający (rys. 9).

Rysunek 9. Spełnienie oczekiwań w zakresie czasu poświęconego pacjentowi



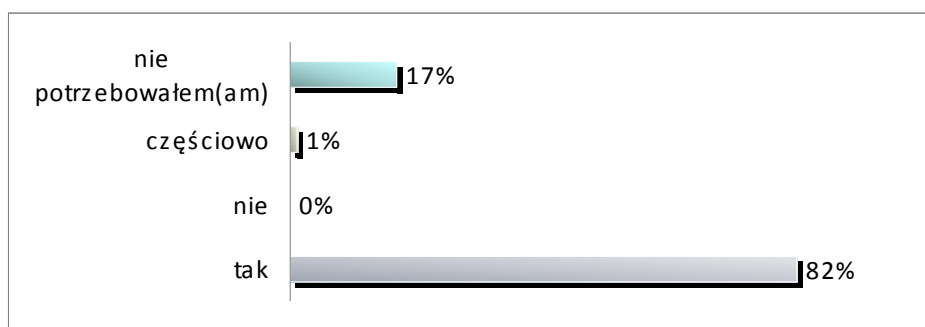
W pielęgnowaniu pacjenta onkologicznego ważny jest też profesjonalizm i właściwe podmiotowe podejście do chorego. Docenili to także pacjenci, którzy uznali, iż o wysokich kwalifikacjach personelu pielęgniarzkiego stanowią przede wszystkim cechy charakteru (73%), następnie wiedza teoretyczna (44%), natomiast tylko 5% badanych uważa, że o wysokich kwalifikacjach personelu pielęgniarzkiego świadczy stopień naukowy (rys. 10).

Rysunek 10. Cechy świadczące o wysokich kwalifikacjach personelu pielęgniarzkiego



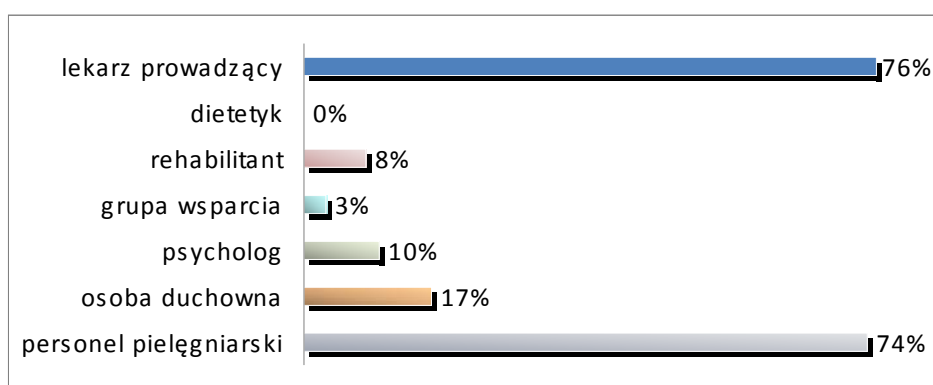
Rodzina odgrywa istotną rolę w opiece i wsparciu pacjenta onkologicznego, na co wskazują wyniki badań (rys. 11).

Rysunek 11. Możliwość włączenia rodziny do sprawowania opieki



Większość respondentów wyraźnie wskazała na potrzebę włączenia bliskich do sprawowania opieki i oczekiwanie to zostało zaspokojone. Tylko 17% badanych nie deklarowało pełnego uczestnictwa rodziny w opiece. W kolejnym pytaniu ankietowani oprócz rodziny wskazali na inne ważne osoby w aspekcie wsparcia, gdzie znaczącą grupę stanowili: lekarz prowadzący, bo 76% osób i personel pielęgniarstwa – 74%. Natomiast tylko 3% badanych oczekiwałoby pomocy od grupy wsparcia (rys. 12).

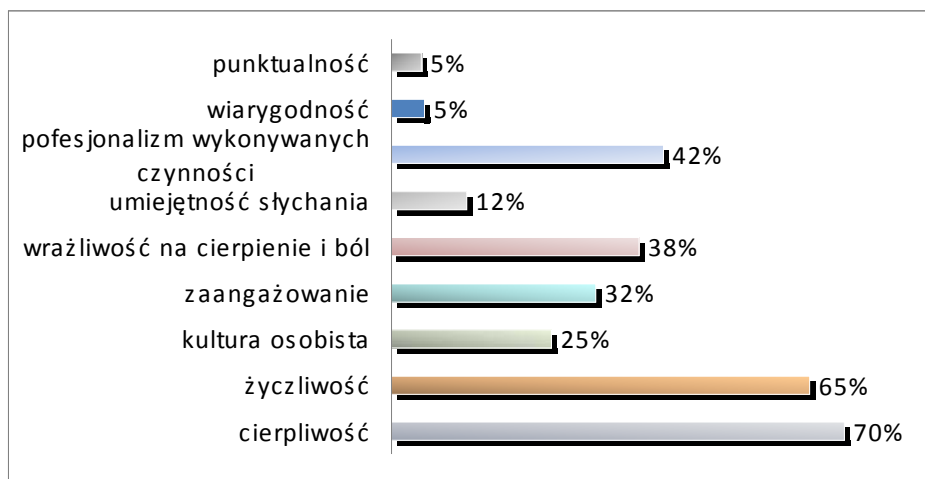
Rysunek 12. Osoby poza rodziną udzielające wsparcia



Cechy charakteru stanowią dla pacjenta określony obraz pielęgniarstwa i przekładają się na sposób wykonywania działań opiekuńczych. Z wypowiedzi ankietowanych wśród najważniejszych cech charakteru pielęgniarstwa

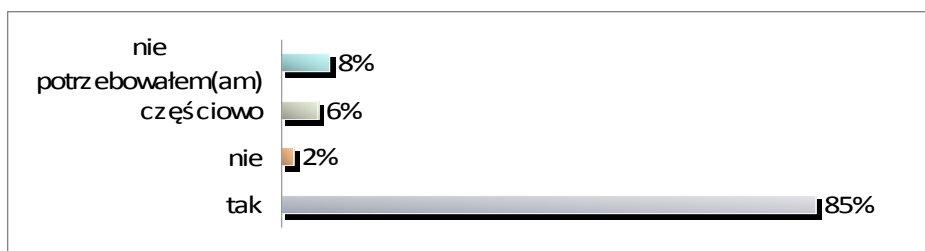
gniarki pacjenci cenią sobie najbardziej cierpliwość (70%) życzliwość (65%) i profesjonalizm wykonywanych czynności (42%) (rys. 13).

Rysunek 13. Najbardziej cenione cechy charakteru pielęgniarzy



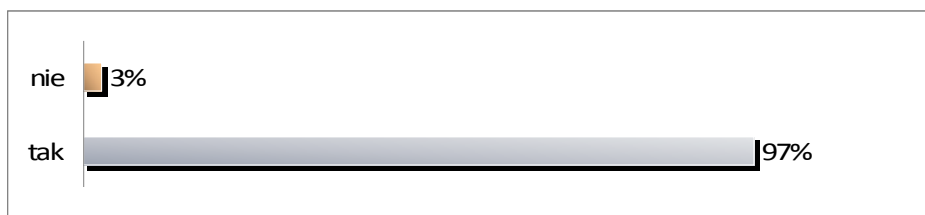
Badanych respondentów satysfakcjonowały informacje dotyczące obszarów samoopieki, odżywiania i samopielęgnacji. Oczekiwania w tym zakresie zostały spełnione dla 85% osób, natomiast tylko 2% pacjentów udzieliło odpowiedzi przeczącej (rys. 14).

Rysunek 14. Oczekiwania w zakresie uzyskania informacji dotyczącej samoopieki, samopielęgnacji i odżywiania



Oczekiwania pacjentów przekładają się również na wybór placówki medycznej. Na pytanie, czy poleciliby oni w razie potrzeby innym osobom oddział onkologiczny, w którym obecnie są leczeni, odpowiadają w większości – tak (97%) (rys. 15).

Rysunek 15. Opinia dotycząca polecenia oddziału



Dyskusja

Z przeprowadzonych badań wynika, że pacjent przebywający w oddziale onkologicznym ma najwyższe oczekiwania odnośnie informacji dotyczącej postępowania przed zabiegiem operacyjnym, chemioterapią i radioterapią (57%), a dopiero w drugiej kolejności informacji o postępowaniu łagodzącym skutki uboczne terapii (50%). Ze względu na specyfikę onkologii założono, iż pacjent potrzebuje w szczególności wsparcia, troskliwości i pocieszenia. Respondenci jednak na pierwszym miejscu wskazali oczekiwania względem opieki (49%), informacji (49%) i w dalszej kolejności wsparcia psychicznego (38%) oraz troskliwości (37%). Zaskakująca jest opinia na temat osób, wspierających pacjenta onkologicznego. Nie jest to psycholog ani osoba duchowna, lecz lekarz prowadzący (76%) i pielęgniarka (74%). Wyniki wyraźnie potwierdziły priorytet rodziny w aspekcie opieki nad pacjentem, wskazując na wsparcie osób bliskich (82%). W postawie pielęgniarki respondenci cenią przede wszystkim cierpliwość (70%), życzliwość (54%) i profesjonalizm wykonywanych czynności (42%). Pozytywna opinia dotycząca polecenia oddziału onkologicznego innym chorym jest odzwierciedleniem spełnienia oczekiwań respondentów dotyczących poziomu opieki pielęgniarskiej (97%).

Wraz z rozwojem medycyny wzrósł zakres dominujących działań pielęgniarki w wielu obszarach. Szczegółowe elementy postępowania pielęgniarskiego wpływają niejednokrotnie na przebieg procesu terapeutycznego, co przekłada się niewątpliwie na spełnienie oczekiwań podopiecznych i wysoką jakość udzielanych świadczeń. Na przestrzeni ostatnich lat ukazało się kilka publikacji dotyczących oceny personelu pielęgniarskiego w różnych dziedzinach ich pracy. Wyniki badań są cennym źródłem informacji nie tylko dla samych pielęgniarek, ale i dla zarządzających, jako wskazówka określonego rozwoju działalności w różnych obszarach pracy.

Katarzyna Grabska i Wanda Stefańska wskazują, że oczekiwania pacjentów wobec pielęgniarek skupiają się przede wszystkim wokół troskliwej opieki (74%) i wsparcia (61%) podczas pobytu w szpitalu. Ponadto pacjenci uznali, że spośród cech charakteru pielęgniarki cenią sobie najbardziej staranność i dokładność w wykonywaniu zabiegów (59%), serdeczność i uprzejmość (53%) oraz cierpliwość i wyrozumiałość (43%). Profesjonalizm pielęgniarek został oceniony bardzo wysoko (81%), co jest niewątpliwie budujące [1].

W badaniach Anny Marii Bieniuk „Oczekiwania pacjenta onkologicznego wobec personelu medycznego”, grupę respondentów stanowili zarówno pacjenci, jak i personel medyczny. Oczekiwania pacjentów dotyczą przede wszystkim informacji oraz prawidłowego wykonywania czynności instrumentalnych. Wsparcie i zainteresowanie sferą emocjonalną jest mniej istotne dla pacjentów. Według ankietowanych pielęgniarek pacjenci oczekują więcej wsparcia i czynności instrumentalnych, niż informacji. Podopieczni odnoszą się więc do czynności informujących, a pielęgniarki do sfery emocjonalnej chorego [2].

Wojciech Kapała zajmujący się problematyką oddziałów zabiegowych i pacjentów chirurgicznych w swojej publikacji wskazał, iż priorytetem dla pacjenta są w głównej mierze zdolności i umiejętności manualne personelu medycznego (93%). Nie bez znaczenia dla respondentów była też gotowość i umiejętność przekazywania informacji (59%), życzliwość (59%), uprzejmość (50%) i troskliwość (48%) [3].

Powyższą tezę potwierdza ten sam autor w innej próbie badawczej. Od członków zespołu pielęgniarskiego podopieczni oczekują zdolności

manualnych (96%), a wśród cech pożądanых u pielęgniarki wymieniają: przekazywanie informacji medycznych (56%), uprzejmość (54%), życzliwość (49%) i troskliwość (45%) [4].

W artykułach przywołano pierwsze wyniki badań, które na temat oczekiwań względem lekarzy i pielęgniarek przeprowadzone zostały w roku 1976 przez N. Chmielnickiego. Ponad trzydzieści lat temu respondenci opowiedzieli się za serdecznością ze strony pielęgniarki (34%) i jej fachowością (25%) [5].

Zaprezentowane wyniki badań dowodzą, iż pacjenci podobnie zwerifikowali model współczesnej pielęgniarki, jedynie w innej kolejności. Badane grupy pacjentów obszarów zabiegowych wysoko oceniają kunszt pielęgniarski wymagający precyzji instrumentalno-manualnych. Natomiast w obszarze onkologicznym podopieczni oczekują przede wszystkim kompleksowej opieki i informacji, co pozwala na próbę przezwyciężenia trudnych etapów choroby. Ponadto cechy charakteru kształtują pewien obraz pielęgniarki i są one niezmiennie: cierpliwość, życzliwość, troskliwość. Analiza zebranych danych pokazuje, że profesjonalizm wykonywanych czynności pojawia się wszędzie i stanowi nieodłączny element pełnienia właściwych ról zawodowych przez personel pielęgniarski.

Niezależnie od różnic w kolejności występowania określonych oczekiwań należy wnioskować, iż właściwy dialog i relacje pomiędzy pacjentem, a pielęgniarką zdecydowanie zwiększają prawdopodobieństwo ogólnej satysfakcji pacjenta ze świadczonych usług medycznych, wpływając tym samym na pożądaną przebieg procesu terapeutycznego i wysoki komfort psychiczny hospitalizowanych pacjentów.

Oczekiwania pacjentów ulegają zmianom na przestrzeni lat. Aktualni odbiorcy usług medycznych oczekują większego, kompleksowego zaangażowania ze strony pielęgniarki w proces leczenia i zdrowienia. Wnioski z badań potwierdzają przede wszystkim postrzeganie zawodu pielęgniarki jako jednego z wiodących w realizacji celów i zadań w ochronie zdrowia, oraz ważnego udziałowca w procesach decyzyjnych co do oczekiwań chorego. Wiąże się to przede wszystkim z bezpieczeństwem pacjenta. Pielęgniarka przekazując podopiecznemu onkologicznemu takie składowe jak: informacja, właściwa opieka, profesjonalizm wykonywanych czynności, wsparcie, metody radzenia sobie z bólem, jest

gwarantem wymiernych korzyści dla przebiegu całego procesu terapeutycznego, a co za tym idzie spełnienia oczekiwań chorego.

Wnioski – podsumowanie

1. Pacjenci hospitalizowani w oddziałach onkologicznych oczekują od pielęgniarek przede wszystkim opieki, informacji i wsparcia psychicznego.
2. Pacjenci w obszarze informacji szczególną wagę przywiązują do postępowania przed zabiegiem operacyjnym, chemioterapią i radioterapią, w dalszej kolejności do działań w zakresie łagodzenia skutków ubocznych terapii.
3. Według ankietowanych u pielęgniarek najbardziej cenioną i pożądaną cechą jest cierpliwość, życzliwość, a profesjonalizm wykonywanych czynności znalazł się na trzecim miejscu.
4. Respondenci wskazali, iż wyznacznikiem wysokich kwalifikacji personelu pielęgniarskiego są przede wszystkim cechy charakteru i wiedza teoretyczna.
5. Włączenie rodziny do sprawowania opieki jest priorytetem dla pacjenta onkologicznego, ale nie mniej istotne jest również wsparcie ze strony lekarza i pielęgniarki.
6. Poznając oczekiwania pacjenta, personel pielęgniarski ma znaczący wpływ na minimalizację bólu, cierpienia i lęku związanego z hospitalizacją.
7. Pielęgniarki uzyskały bardzo wysoką ocenę pod kątem spełnienia oczekiwań pacjentów onkologicznych ze szczególnym zwróceniem uwagi na reakcję i pomoc w łagodzeniu bólu, informacji w zakresie samoopieki i samopielęgnacji, odżywiania, oraz poświęconego czasu.
8. Rola pielęgniarki na przestrzeni lat ewaluowała i jest znacząca dla pacjenta w postępowaniu terapeutycznym.
9. Oczekiwania pacjentów względem personelu pielęgniarskiego stale rosną i są wyraźnie wyartykułowane w różnych obszarach działalności pielęgniarek.

Literatura

- [1] Grabska K., Stefańska W., *Sylwetka zawodowa pielęgniarki w opinii pacjentów*, Probl. Pielęg. 2009; tom 17; zeszyt nr 1:8–12.
- [2] Zieniuk A. M., *Oczekiwania pacjenta onkologicznego wobec personelu medycznego*, Psychoonkologia 2009; 1-2: 17–27.
- [3] Kapała W., Chudziński S., Hyrcz S., *Oczekiwania pacjentów hospitalizowanych na oddziałach zabiegowych wobec personelu pielęgniarstwa*, Piel. Chir. Angiol. 2008; 1: 12–18.
- [4] Kapała W., Skrobisz J., *Oczekiwania pacjentów hospitalizowanych w oddziale chirurgii trybem planowym względem zespołu lekarskiego, pielęgniarstwa i warunków lokalowych*, Nowiny Lekarskie 2006; 75,4, 351–358.
- [5] Chmielnicki N., *Oczekiwania pacjentów szpitala pod adresem lekarzy i pielęgniarek*, Zdr. Pub. 1976; 8: 631–638.

Anna Abramczyk

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Oczekiwania pacjentów chorych na cukrzycę w zakresie opieki realizowanej przez pielęgniarkę rodzinną – w świetle badań ogólnopolskich

Expectations of patients with diabetes concerning care received from a family nurse – in the light of research conducted in Poland

Abstract: The work presents expectations of patients with diabetes concerning care received from a family nurse. The research was conducted within the framework of KBN project no. 6P05D02320, among 1986 patients and 1366 families from 61 randomly selected basic health care centres in Poland. The subject of research were patients with diabetes over 16 years of age, living in the work area of a family nurse and registered on the list of a family doctor. The research was conducted on the base of information on medical history of the patient collected by the nurse, relative assessment of fitness and independence of patients, an anonymous questionnaire of patients and their families, an analysis of documents of the family doctor. More than every other patient expresses expectations concerning care given by a family nurse. What they generally expect is practical advice. Patients with diabetes have different expectations concerning care they can get from a family nurse.

Being aware of the factors differentiating expectations concerning care given by a family nurse to patients with diabetes makes it possible to optimize health care, indexes of diabetes treatment quality as well as growth of satisfaction of patients with the effects of treatment.

1. Wprowadzenie

Wzrastająca zapadalność na cukrzycę, rosnący popyt na opiekę w cukrzycy oraz ograniczone środki, determinują konieczność jej usprawnienia i zapobiegania zarówno cukrzycy jak i jej powikłaniom [1]. Liczne badania dowodzą, że opieka nad chorym na cukrzycę powinna koncentrować się na pacjencie, tak bardzo jak tylko to jest możliwe [2].

Troska o aktywny udział pacjenta w procesie leczenia i podejmowaniu decyzji wymaga przekazania mu określonej wiedzy, kształtowania niezbędnych do udziału w leczeniu cukrzycy umiejętności [3]. Sprostanie wymaganiom wynikającym z leczenia wymaga ze strony pacjentów dużego zaangażowania. Oczekuje się bowiem od nich respektowania zaleceń dotyczących żywienia, aktywności fizycznej i stylu życia, a także zachowań wynikających z prowadzonej farmakoterapii, dotyczących przyjmowania zaleconych przez lekarza leków, regularnych wizyt kontrolnych oraz kontroli jakości i skuteczności prowadzonego leczenia [4]. Często też spotykają się oni z licznymi barierami [5, 6]. Badania dowodzą, że wielu chorych nie stosuje zaleceń wymaganych w procesie leczenia cukrzycy, jeśli nie są uwzględnione ich potrzeby, oczekiwania i dotychczasowe doświadczenia [7], natomiast znajomość oczekiwań pacjentów pozwala na podejmowanie bardziej trafnych działań [8, 9], a w procesie opieki zmaksymalizowanie jej skuteczności.

Celem badań było poznanie oczekiwań pacjentów chorych na cukrzycę pod kątem opieki realizowanej przez pielęgniarzkę rodzinną oraz charakterystyka chorych deklarujących oczekiwania.

Materiał i metody badań

Badania dla celów pracy przeprowadzono na podstawie:

- ukierunkowanego wywiadu pielęgniarzkiego, drogą którego uzyskano od pacjentów informacje na temat: miejsca zamieszkania, stanu cywilnego, źródła utrzymania, wykształcenia, dolegliwości w sferze zdrowia psychosomatycznego, funkcjonowania społecznego, znajomości wskaźników zdrowia istotnych w leczeniu cukrzycy, poziomu

wiedzy o chorobie, trudności w respektowaniu zaleceń, zachowań zdrowotnych wymaganych w leczeniu cukrzycy, sytuacji socjalno-bytowej, oczekiwań;

- relatywnej oceny sprawności i samodzielności pacjentów;
- anonimowej ankiety przeprowadzonej wśród pacjentów, pozwalającej na uzyskanie informacji na temat: oczekiwań od pielęgniarki rodzinnej, dostępności usług medycznych (lekarza rodzinnego, pielęgniarki rodzinnej, specjalisty, okulisty, stomatologa, laboratorium), satysfakcji z udziału w leczeniu, życia, funkcjonowania społecznego, opieki rodziny, efektów leczenia;
- anonimowej ankiety przeprowadzonej wśród rodzin pacjentów, pozwalającej na uzyskanie informacji na temat: wydolności opiekuńczo-pielęgnacyjnej rodziny, obciążenia rodziny opieką, oczekiwań w zakresie opieki pielęgniarki rodzinnej, satysfakcji z opieki pielęgniarki rodzinnej, pracownika socjalnego, efektów leczenia cukrzycy, jakości opieki, rozmów z lekarzem rodzinnym, pomocy lekarza rodzinnego.

W badaniu analizowano zamieszczone przez lekarza rodzinnego (podstawowej opieki zdrowotnej) w dokumentacji pacjenta informacje na temat: wieku, płci chorego, rodzaju (typu) cukrzycy, czasu trwania choroby, prowadzonej przez pacjentów samokontroli, metod leczenia, chorób towarzyszących cukrzycy wymagających leczenia, wyników badań istotnych w procesie kontroli jakości leczenia cukrzycy.

Analizę częstościową wykonano przy użyciu testu niezależności chi-kwadrat. Jeśli nie były spełnione warunki stosowalności testu chi-kwadrat (co najmniej jedna wartość oczekiwana była mniejsza od 5) dokonano łączenia sąsiednich wierszy i kolumn w tabeli większej niż czteropolowej, a do tabeli czteropolowej stosowano test dokładny Fishera.

Zależność pomiędzy cechami porządkowymi badano także przy pomocy rangowych współczynników korelacji Spearmana. Istotność tych współczynników weryfikowano przy pomocy odpowiedniego testu t-Studenta.

Wszystkie testowane hipotezy weryfikowano na poziomie istotności $\alpha = 0,05$. Obliczono dokładne wartości poziomu istotności „p”.

Badania dla celów pracy przeprowadzono w ramach kierowanego przez autora pracy projektu KBN nr 6P05D02320, wśród 1986 pacjentów i 1366 rodzin z losowo wybranych 61 zakładów podstawowej opieki zdrowotnej w kraju. Przedmiotem badań byli pacjenci z cukrzycą w wieku powyżej 16 roku życia, zamieszkujący w rejonie pracy pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej i zarejestrowani na liście lekarza rodzinnego. Wśród badanej populacji zdecydowaną większość stanowiły kobiety (63,4%), osoby w wieku powyżej 65 roku życia (59%), pacjenci zamieszkujący w środowisku miejskim (57,7%). Najliczniejszą grupę wśród badanych stanowili pacjenci utrzymujący się z emerytury (49,5%). Nieco częściej niż co trzeci respondent wskazał na rentę jako źródło utrzymania (37,2%), a 9,3% chorych utrzymuje się z pracy lub gospodarstwa rolnego. Zdecydowana większość badanych funkcjonuje w związku małżeńskim (61,3%). Prawie co trzeci chory wskazuje na wdowieństwo (30,3%).

Wyniki

Oczekiwania w zakresie opieki realizowanej przez pielęgniarkę rodzinną wyraża zdecydowana większość chorych na cukrzycę (74,4%). Co piąty pacjent od pielęgniarki rodzinnej niczego nie oczekuje (24,5%). Niewielki odsetek pacjentów nie wyraził opinii odnośnie oczekiwań. Najczęściej oczekiwania pod kątem opieki realizowanej przez pielęgniarkę rodzinną wyrażają pacjenci zamieszkujący na terenie województwa małopolskiego (94,8%), a najrzadziej osoby zamieszkujące w województwie łódzkim (52,3%) (tabela 1).

Tabela 1 Oczekiwania pacjentów chorych na cukrzycę w zakresie opieki realizowanej przez pielęgniarkę rodzinną a województwo

Województwo	Pacjent wyraża oczekiwania w zakresie opieki realizowanej przez pielęgniarkę rodzinną							
	Tak		Nie		Brak danych		Razem	
małopolskie	91	94,80%	4	4,20%	1	1,00%	96	4,80%
zachodnio-pomorskie	121	89,60%	13	9,60%	1	0,70%	135	6,80%
warmińsko-mazurskie	189	87,50%	27	12,50%	0	0,00%	216	10,90%
śląskie	60	85,70%	9	12,90%	1	1,40%	70	3,50%
mazowieckie	92	82,90%	17	15,30%	2	1,80%	111	5,60%
podkarpackie	47	82,50%	9	15,80%	1	1,80%	57	2,90%
wielkopolskie	86	81,90%	14	13,30%	5	4,80%	105	5,30%
podlaskie	97	77,60%	26	20,80%	2	1,60%	125	6,30%
Kujawsko-pomorskie	128	76,60%	39	23,40%	0	0,00%	167	8,40%
świętokrzyskie	109	75,20%	32	22,10%	4	2,80%	145	7,30%
opolskie	114	73,10%	42	26,90%	0	0,00%	156	7,90%
lubelskie	103	64,00%	57	35,40%	1	0,60%	161	8,10%
lubuskie	29	60,40%	18	37,50%	1	2,10%	48	2,40%
dolnośląskie	47	56,60%	35	42,20%	1	1,20%	83	4,20%
pomorskie	37	54,40%	31	45,60%	0	0,00%	68	3,40%
łódzkie	127	52,30%	113	46,50%	3	1,20%	243	12,20%
Razem wg woj.	1477	74,4%	486	24,5%	23	1,2%	1986	100,0%

Osoby chore na cukrzycę wyrażają wiele oczekiwań pod kątem opieki realizowanej przez pielęgniarkę rodzinną. Najczęściej jednak oczekują od niej praktycznych rad (60,4%). Co trzeci badany oczekuje życzliwości (37,2%), zainteresowania (33,9%) i podtrzymania na duchu (30,1%). Ponadto pielęgniarka rodzinna postrzegana jest jako źródło informacji o chorobie (23,7%), wynikach badań (22,3%), pomocy w przeprowadzeniu badań (17%). Od pielęgniarki pacjenci oczekują także wyjaśnienia leczenia (13,5%) oraz zbadania (11,2%) (tabela 2).

Tabela 2 Oczekiwania pacjentów chorych na cukrzycę w zakresie opieki realizowanej przez pielęgniarkę rodzinną

Rodzaj oczekiwań:	N	%
1	2	3
praktycznych rad	892	60,40%
życzliwości	550	37,20%
zainteresowania	500	33,90%
podtrzymania na duchu	444	30,10%
szczerości	420	28,40%
wyrozumiałości	399	27,00%
otwartości na problemy	390	26,40%
informacji o chorobie	350	23,70%
informacji o wynikach badań	330	22,30%
obecności	291	19,70%
pomocy w przeprowadzaniu badań	251	17,00%
współczucia	239	16,20%
wyjaśnienia leczenia	199	13,50%
zbadania	165	11,20%
informacji o stanie zdrowia	151	10,20%
ułatwienia dostępu do lekarza rodzinnego	124	8,40%
zmniejszenia dolegliwości	78	5,30%
kierowania na badania	76	5,10%
pomocy w przyjmowaniu leków	64	4,30%
pomocy w dotarciu do lekarza	53	3,60%
skierowania do specjalisty	42	2,80%
pomocy w przygotowaniu posiłków	15	1,00%
pomocy w utrzymaniu higieny	15	1,00%
częstszych, wizyt domowych	10	0,70%
pomocy w zakupach	9	0,60%
pomocy w prowadzeniu domu	8	0,50%
pomocy materialnej, finansowej	8	0,50%
przepisania recepty	2	0,10%
informacji o metodach leczenia cukrzycy	1	0,10%

Analiza statystyczna wykazała związek między oczekiwaniami w zakresie opieki realizowanej przez pielęgniarkę rodzinną, a poziomem wiedzy pacjentów o chorobie ($p<0,0001$), znajomością wskaźników zdrowia ($p<0,001$), uzależnieniami ($p<0,05$), troską o higienę całego ciała ($p<0,0001$), jamy ustnej ($p<0,0001$), samoobserwacją ($p<0,05$), aktywnością fizyczną ($p<0,0001$), dolegliwościami w sferze zdrowia somatycznego ($p<0,05$), psychoemocjonalnego ($p<0,0001$), sprawnością ($p<0,0001$), samodzielnością ($p<0,0001$), obwodem w talii i ryzykiem zaburzeń metabolicznych ($p<0,05$), ciśnieniem tętniczym krwi ($p<0,05$), białkomoczem ($p<0,05$), stężeniem cholesterolu HDL ($p<0,05$), funkcjonowaniem społecznym ($p<0,01$), trudnościami w leczeniu ($p<0,001$), dostępnością do usług medycznych ($p<0,001$), sytuacją socjalno-bytową ($p<0,01$), poziomem zapotrzebowania na profesjonalną opiekę ($p<0,0001$), a także satysfakcją pacjentów z udziału: w życiu rodziny ($p<0,005$), towarzyskim ($p<0,0001$), zawodowym ($p<0,001$), z udziału w leczeniu cukrzycy ($p<0,05$), swojego życia ($p<0,0001$), oczekiwaniami pacjentów w zakresie: edukacji ($p<0,0001$), opieki realizowanej przez rodzinę ($p<0,0001$), lekarza rodzinnego ($p<0,0001$), pracownika socjalnego ($p<0,0001$), wydolnością opiekuńczo-pielęgniacyjną rodziny ($p<0,0001$), wiedzą rodziny o chorobie ($p<0,05$), problemami rodziny w opiece ($p<0,0001$), obciążeniem rodziny opieką ($p<0,005$), satysfakcją rodziny z opieki pielęgniarki ($p<0,001$), rozmową lekarza rodzinnego z rodziną chorego ($p<0,05$), oczekiwaniami rodziny w zakresie edukacji ($p<0,001$), opieki lekarza rodzinnego ($p<0,0001$), pielęgniarki rodzinnej ($p<0,0001$), pracownika socjalnego ($p<0,0001$).

Oczekiwania w stosunku do opieki realizowanej przez pielęgniarkę rodzinną najczęściej ustalono wśród chorych, których charakteryzuje najniższy poziom wiedzy o chorobie (79,7%), znajomość pojedynczych, 1–2 wskaźników swojego zdrowia (82,2%), brak respektowania zaleceń w zakresie aktywności fizycznej – brak aktywności fizycznej lub nadmierny wysiłek (83,7%), brak uzależnień (76,5%), znaczny deficyt troski o higienę całego ciała – myją całe ciało 1 raz w tygodniu (80,1%), brak zabiegów higienicznych w obrębie jamy ustnej (82,8%), nieregularna samoobserwacja jamy ustnej (80,7%). Pod kątem opieki pielęgniarki rodzinnej oczekiwania wyrażają najczęściej osoby, wśród których stwierdzono białkomocz (83%), powiększony obwód na poziomie talii i nad-

mierną masę ciała (76,4%), najwyższe wartości ciśnienia tętniczego krwi (R/R >160/100mmHg) (80%), brak sprawności (85,4%), i samodzielności (87,8%), pojedyncze dolegliwości w sferze zdrowia somatycznego (79%), liczne dolegliwości w sferze zdrowia psychoemocjonalnego (87,2%), brak zadowolenia z funkcjonowania społecznego (83%), liczne trudności w respektowaniu zaleceń (83,3%), niekorzystną sytuację socjalno-bytową (78,4%), brak trudności w dostępie do usług medycznych (84,3%), wysokie i bardzo wysokie zapotrzebowanie na opiekę profesjonalną (78,5%), deficyt lub brak zadowolenia ze swojego życia (81,6%), udziału w życiu rodziny (80,9%), towarzyskim (80,7%), zawodowym (81,2%), leczeniu cukrzycy (78,5%), oczekiwania w zakresie edukacji (82,2%), opieki rodziny (83,7%), lekarza rodzinnego (83,5%), pracownika socjalnego (88,7%). Osoby wyrażające oczekiwania pod kątem opieki pielęgniarki rodzinnej najczęściej funkcjonują w rodzinie, którą charakteryzuje brak zdolności do wspomagania chorego (81,2%), brak wiedzy o chorobie (79%), obecność problemów w opiece nad chorym (79,8%), wysokie obciążenie rodziny opieką (84,4%), satysfakcja z opieki pielęgniarki rodzinnej (83%), brak rozmów lekarza rodzinnego z rodziną na temat jej problemów w opiece i potrzeb (82,4%), a także oczekiwania rodziny w zakresie edukacji (79%), opieki lekarza rodzinnego (81,4%), pielęgniarki rodzinnej (87,1%), pracownika socjalnego (84%) (tabela 3).

Tabela 3 Oczekiwania pacjentów chorych na cukrzycę w zakresie opieki realizowanej przez pielęgniarkę rodzinną a poziom wiedzy o chorobie, wskaźnikach zdrowia, wybrane zachowania zdrowotne i wskaźniki leczenia cukrzycy, sprawność, samodzielność, sytuacja socjalno-bytowa, poziom zapotrzebowania na opiekę, satysfakcja pacjentów, sytuacja rodzinna chorego

Badana cecha	Pacjent wyraża oczekiwania w zakresie opieki realizowanej przez pielęgniarkę rodzinną	
	Tak	Nie
Ogółem	N=1477	N= 486
Poziom wiedzy o chorobie:	Chi ² Pearsona: 20,4691, df=2, p<0,0001	
umiarkowany (20,0-13,5 pkt.)	59,49%	40,51%
minimalny (13,0-6,5 pkt.)	73,43%	26,57%
brak (6-0 pkt.)	79,73%	20,27%

Znajomość wskaźników zdrowia:	Chi ² Pearsona: 18,8052, df=3, p<0,001	
Zna 6 wskaźników	69,46%	30,54%
Zna 3-5 wskaźników	77,49%	22,51%
Zna 1-2 wskaźniki	82,24%	17,76%
Nie zna wskaźników (0)	68,42%	31,58%
Aktywność fizyczna:	Chi ² Pearsona: 37,3614, df=3, p<0,0001	
regularna aktywność, czynny wypoczynek	69,17%	30,83%
regularna aktywność, bierny wypoczynek	70,33%	29,67%
nieregularna aktywność, bierny wypoczynek	73,48%	26,52%
brak aktywności, lub nadmierny wysiłek	83,71%	16,29%
Uzależnienia	Chi ² Pearsona: 9,20080, df=3, p<0,05	
nie pije alkoholu i nie pali tytoniu	76,49%	23,51%
pije alkohol	68,29%	31,71%
pali tytoń	76,02%*	23,98%*
pije alkohol i pali tytoń	68,52%*	31,48%*
Higiena ciała:	Chi ² Pearsona: 38,2810, df=3, p<0,0001	
myje całe ciało codziennie	66,92%*	33,08%*
myje całe ciało kilka razy w tygodniu	79,14%*	20,86%*
myje całe ciało 1 raz w tygodniu	80,12%*	19,88%*
myje całe ciało rzadziej niż 1 raz w tygodniu	78,57%*	21,43%*
Higiena jamy ustnej:	Chi ² Pearsona: 24,9218, df=3, p<0,0001	
myje zęby minimum 2 razy dziennie	69,88%	30,12%
myje zęby raz dziennie	79,10%	20,90%
zabiegi higieniczne wykonuje kilka razy w tygodniu	76,67%	23,33%
nie wykonuje zabiegów higienicznych w zakresie jamy ustnej	82,87%	17,13%
Samoobserwacja :	Chi ² Pearsona: 8,06911, df=3, p<0,05	
regularnie obserwuje stopy i jamę ustną	72,85%	27,15%
regularnie obserwuje stopy, a nieregularnie jamę ustną	80,66%	19,34%
nieregularnie obserwuje stopy i jamę ustną	77,22%	22,78%
nie prowadzi samoobserwacji stóp i jamy ustnej	76,00%	24,00%

Tab. 3 (cd.)

Białkomocz [mg/l]:	Chi ² Pearsona: 6,40835, df=2, p<0,05	
brak, 0	70,91%	29,09%
śląd, > 0 ; <= 20 mg/l	83,04%	16,96%
> 20 mg/l	82,00%	18,00%
Obwód w talii, a zwiększone ryzyko zaburzeń metabolicznych (BMI > 25)	Chi ² Pearsona: 5,48739, df=1, p<0,05	
tak	76,41%	23,59%
nie	70,72%	29,28%
Ciśnienie krwi	Chi ² Pearsona: 8,69720, df=3, p<0,05	
< 120-130/ < 80-85	72,08%	27,92%
130-139 / 85-89	73,73%	26,27%
140-159 / 90-99	73,12%	26,88%
> 160-179 / 100-109 oraz >= 180/ > 100	78,99%	21,01%
Cholesterol HDL[mg/dl]:	Chi ² Pearsona: 6,51602, df=2, p<0,05	
pow. 46	80,56%	19,44%
46-39	70,07%	29,93%
do 39	79,76%	20,24%
Sprawność:	Chi ² Pearsona: 48,7474, df=3, p<0,0001	
w pełni sprawny (7 pkt.)	65,48%	34,52%
nieznaczne ograniczenia w zakresie sprawności (8-14 pkt.)	70,33%	29,67%
znaczne ograniczenia w zakresie sprawności (minimum w 1 zakresie) (15-21 pkt.)	82,53%	17,47%
niesprawny (brak sprawności minimum w 1 zakresie) (22-28 pkt.)	85,42%	14,58%
Samodzielność:	Chi ² Pearsona: 50,1595, df=3, p<0,0001	
w pełni samodzielny	68,60%	31,40%
nieznaczne ograniczenia w zakresie samodzielności	68,45%	31,55%
znaczne ograniczenia w zakresie samodzielności (częściowo niezdolny do wykonywania minimum 1 czynności)	81,54%	18,46%
brak samodzielności (całkowicie niezdolny do wykonywania minimum 10 czynności)	87,80%	12,20%

Oczekiwania pacjentów chorych na cukrzycę w zakresie... 239

Dolegliwości somatyczne:	Chi ² Pearsona: 6,55040, df=2, p<0,05	
brak dolegliwości	73,46%	26,54%
pojedyncze dolegliwości (1-2)	79,00%*	21,00%*
liczne i bardzo liczne dolegliwości (3 i więcej)	75,56%*	24,44%*
Zaburzenia i objawy w sferze zdrowia psychoemocjonalnego:	Chi ² Pearsona: 42,9745, df=3, p<0,0001	
Brak, dobre samopoczucie	68,70%*	31,30%*
Pojedyncze (1-2)	80,34%*	19,66%*
Liczne (3-4)	80,57%*	19,43%*
Bardzo liczne (5 i więcej)	87,20%*	12,80%*
Funkcjonowanie społeczne	Chi ² Pearsona: 15,2316, df=3, p<0,01	
w pełni uczestniczy we wszystkich 5 formach życia (nie ma żadnych trudności i ograniczeń)	75,00%	25,00%
uczestniczy w zadowalającym stopniu (ma niewielkie trudności i ograniczenia, w pełni uczestniczy w 3-4 formach życia)	71,76%	28,24%
udział mało zadowalający (ma znaczne trudności i ograniczenia, całkowicie nie uczestniczy w 3 formach życia)	76,22%	23,78%
brak zadowolenia (są zbyt duże trudności i ograniczenia, całkowicie nie uczestniczy w 4-5 formach życia)	82,99%	17,01%
Trudności w respektowaniu zaleceń:	Chi ² Pearsona: 26,5489, df=3, p<0,0001	
brak trudności	70,69%	29,31%
pojedyncze trudności (1-2)	79,83%	20,17%
liczne trudności (3-4)	83,33%	16,67%
bardzo liczne trudności (5 i więcej)	80,23%	19,77%
Sytuacja socjalno-bytowa	Chi ² Pearsona: 9,13782, df=1, p<0,01	
Bardzo dobra lub wystarczająca	72,52%	27,48%
Niewystarczająca lub brak	78,43%	21,57%
Dostępność usług medycznych:	Chi ² Pearsona: 16,5956, df=2, p<0,001	
brak trudności w dostępie do usług	84,29%	15,71%
trudności w dostępie do 1-3 usług	73,56%	26,44%
trudności w dostępie do 4-6 usług	81,55%*	18,45%

Tab. 3 (cd.)

Zapotrzebowanie na profesjonalną opiekę:	Chi ² Pearsona: 29,5103, df=1, p<0,0001	
umiarkowane	66,73%	33,27%
wysokie i bardzo wysokie	78,53%	21,47%
Satysfakcja pacjentów ze:	Chi ² Pearsona: 9,21485, df=1, p<0,01	
• swojego udziału w życiu rodziny:		
Zadowolony	73,60%	26,40%
Deficyt lub brak zadowolenia	80,83%	19,17%
• swojego udziału w życiu towarzyskim	Chi ² Pearsona: 20,3346, df=1, p<0,0001	
Zadowolony	71,27%	28,73%
Deficyt lub brak zadowolenia	80,69%	19,31%
• swojego udziału w życiu zawodowym	Chi ² Pearsona: 11,6510, df=1, p<0,001	
Zadowolony	71,46%*	28,54%*
Deficyt lub brak zadowolenia	81,21%*	18,79%*
• swojego udziału w leczeniu cukrzycy	Chi ² Pearsona: 4,61887, df=1, p<0,05	
Zadowolony	73,99%*	26,01%*
Deficyt lub brak zadowolenia	78,52%*	21,48%*
• swojego życia	Chi ² Pearsona: 23,2476, df=1, p<0,0001	
Zadowolony	71,31%	28,69%
Deficyt lub brak zadowolenia	81,57%	18,43%
Oczekiwania pacjentów w zakresie :	Chi ² Pearsona: 75,7116, df=1, p<0,0001	
• edukacji		
obecne	82,22%	17,78%
brak	64,87%	35,13%
• opieki realizowanej przez rodzinę	Chi ² Pearsona: 204,889, df=1, p<0,0001	
obecne	83,74%	16,26%
brak	52,03%	47,97%
• opieki realizowanej przez lekarza rodzinnego	Chi ² Pearsona: 518,096, df=1, p<0,0001	
Obecne	83,55%	16,45%
brak	15,32%	84,68%
• opieki realizowanej przez pracownika socjalnego	Chi ² Pearsona: 57,0650, df=1, p<0,0001	
Obecne	88,71%	11,29%

Oczekiwania pacjentów chorych na cukrzycę w zakresie... 241

brak	70,61%	29,39%
Wydolność opiekuńczo-pielęgniacyjna rodziny:	Chi ² Pearsona: 26,6898, df=3, p<0,0001	
w pełni wydolna (8 pkt.)	63,89%	36,11%
nieznaczne ograniczenia w zakresie wydolności (9-12 pkt.)	62,50%*	37,50%*
znaczne ograniczenia w zakresie wydolności (13-18 pkt.)	78,85%*	21,15%*
brak wydolności rodziny (19-24 pkt.)	81,25%*	18,75%*
Poziom wiedzy rodziny o chorobie	Chi ² Pearsona: 6,50243, df=2, p<0,05	
umiarkowany (20,0-13,5 pkt.)	68,75%*	31,25%*
minimalny (13,0-6,5 pkt.)	73,86%	26,14%
brak (6-0 pkt.)	79,07%	20,93%
Problemy rodziny w opiece	Chi ² Pearsona: 25,2881, df=1, p<0,0001	
obecne	79,80%	20,20%
brak	66,39%	33,61%
Obciążenie rodziny opieką	Chi ² Pearsona: 14,9781, df=3, p<0,01	
brak (0 pkt.)	71,59%	28,41%
minimalne (1-4 pkt.)	74,88%	25,12%
umiarkowane (5-9 pkt.)	82,67%	17,33%
wysokie (10-13 pkt.)	84,44%*	15,56%*
Satysfakcja rodziny z opieki pielęgniarki rodzinnej	Chi ² Pearsona: 10,9766, df=1, p<0,001	
Zadowolona	83,02%*	16,98%*
Deficyt lub brak zadowolenia	73,11%*	26,89%*
Lekarz rodzinny rozmawia z rodziną o problemach i potrzebach	Chi ² Pearsona: 4,09263, df=1, p<0,05	
tak	76,44%*	23,56%*
nie	82,40%*	17,60%*
Oczekiwania rodziny w zakresie: • edukacji	Chi ² Pearsona: 13,0462, df=1, p<0,001	
obecne	79,10%*	20,90%*
brak	69,02%*	30,98%*

Tab. 3 (cd.)

• Opieki lekarza rodzinnego:	Chi ² Pearsona: 97,8090, df=1, p<0,0001	
obecne	81,39%*	18,61%*
brak	45,33%*	54,67%*
• Opieki pielęgniarki rodzinnej	Chi ² Pearsona: 235,432, df=1, p<0,0001	
obecne	87,13%*	12,87%*
brak	43,12%*	56,88%*
• Opieki pracownika socjalnego	Chi ² Pearsona: 32,8322, df=1, p<0,0001	
obecne	84,00%*	16,00%*
brak	69,28%*	30,72%*

Dyskusja

Uzyskane wyniki wskazały na różnorodność problematyki, która powinna stanowić przedmiot opieki realizowanej przez pielęgniarkę rodzinną wobec osób chorych na cukrzycę.

Dostarczyły także informacji powalających na zwiększenie udziału pacjentów w procesie leczenia cukrzycy i poprawę ich sytuacji zdrowotno-społecznej oraz uwzględnienie w procesie opieki potrzeb i preferencji pacjentów, ich otwartości na współpracę chorych oraz wspomagających w opiece rodzin. Oczekiwanie przez większość pacjentów od pielęgniarki rodzinnej najczęściej praktycznych rad, może być wyrazem ich dążenia do wdrażania w życie codziennych zaleceń [10], a także świadczyć o tym, że dla celów edukacyjnych i codziennych aspektów opieki, co drugi pacjent preferuje pielęgniarkę [11]. Na związek oczekiwań pacjentów w stosunku do opieki realizowanej przez pielęgniarkę rodzinną z ich poziomem wiedzy o chorobie, sytuacją socjalno-bytową wskazują także inni autorzy [12]. Brak oczekiwań pod kątem opieki realizowanej przez pielęgniarkę wśród chorych, którzy nie mają wiedzy na temat wskaźników własnego zdrowia, doświadczają trudności w dostępie do 1–3 usług medycznych, piją alkohol, może być wyrazem braku poczucia własnej skuteczności, bierności i wycofania się z własnej aktywności [13], może też świadczyć o tym, że trudności w dostępie do usług medycznych są czynnikiem ograniczającym otwartość pacjentów na współpracę. Rezul-

tatem skuteczności działań pielęgniarki [14, 15]) oraz efektem pracy zespołowej, w związku z rozmowami lekarza z rodziną chorego na temat problemów i potrzeb w opiece, pozwalającymi nie tylko na wzrost aktywności społecznej pacjentów, ale także w związku z mniejszym zapotrzebowaniem na opiekę, obniżenie jej kosztów [16] może być brak oczekiwań w zakresie opieki realizowanej przez pielęgniarkę rodzinną wśród pacjentów, z największym poziomem wiedzy o chorobie, oczekiwanymi zachowaniami w zakresie aktywności fizycznej, troski o higienę ciała i jamy ustnej, samoobserwacji, których mocz nie zawiera białka, obwód na poziomie talii, BMI i ciśnienie tętnicze krwi są najbliższe normie, z największym poziomem sprawności i niewielkim deficytem w zakresie samodzielności, bez dolegliwości w sferze zdrowia somatycznego i psychoemocjonalnego, w zadowalającym stopniu uczestniczących w życiu społecznym, nie mających trudności w respektowaniu zaleceń oraz posiadających korzystną sytuację socjalno-bytową, a w efekcie charakteryzujących się mniejszym umiarkowanym zapotrzebowaniem na profesjonalną opiekę. Otwartość na współpracę z pielęgniarką rodzinną chorych, którzy nie mają trudności w dostępie do usług medycznych potwierdza tezę o tym, że dostępność usług medycznych może być czynnikiem sprzyjającym podnoszeniu kompetencji w zakresie radzenia sobie z chorobą. Deficyt i brak satysfakcji pacjentów z życia, udziału w życiu rodzinnym, towarzyskim i zawodowym, udziału w leczeniu cukrzycy, oraz oczekiwania w zakresie edukacji, opieki realizowanej przez rodzinę, lekarza rodzinnego, pracownika socjalnego, oraz brak wiedzy i zdolności rodziny do wspomagania chorego, problemy w opiece i obciążenie rodziny opieką mogą świadczyć o niedostosowaniu opieki do sytuacji indywidualnej i rodzinnej pacjentów [17], niezadowoleniu pacjentów jak i wspomagających w opiece rodzin/opiekunów w sytuacji, gdy ich potrzeby nie są uwzględnione przez świadczeniodawców [18], a także potrzebie zwiększenia komunikacji między pielęgniarkami a pacjentami [19, 20].

Satysfakcja rodziny chorego wyrażającego oczekiwania pod kątem opieki realizowanej przez pielęgniarkę stanowi czynnik gwarantujący dobrą współpracę z rodziną w trosce o zdrowie chorego [21]. Oczekiwania pacjentów w zakresie opieki pielęgniarki rodzinnej, lekarza rodzinnego, rodziny, pracownika socjalnego, świadczą o wielości problemów, z którymi pacjenci zmagają się na co dzień oraz chęci utrzymania samo-

dzielności i satysfakcjonującego udziału w życiu rodziny, małżeńskim i zawodowym.

Znajomość oczekiwań pacjentów pozwala na podejmowanie bardziej trafnych działań [8, 9], a w procesie opieki realizowanej przez pielęgniarkę rodzinną zmaksymalizowanie jej skuteczności. Sprostanie oczekiwaniom pacjentów chorych na cukrzycę, w polskich warunkach funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, wymaga jednak rzetelnego przygotowania pielęgniarek [22, 23] do realizacji profesjonalnej opieki wobec tej grupy chorych.

Uzyskane wyniki pozwalają twierdzić, że wobec tak licznych oczekiwań pacjentów, wśród których ustalono wiele czynników determinujących wymóg świadczenia profesjonalnej opieki, niezbędna jest większa niż dotychczas aktywność pielęgniarki rodzinnej. Większy udział pielęgniarki w opiece w konsekwencji pozwoli na zwiększenie jej rezultatów [22, 24], zwłaszcza, że większość pozytywnych interwencji w opiece nad chorym przewlekłe uwzględnia udział pielęgniarki z doświadczeniem w opiece [22].

Niezbędne jest także respektowanie obowiązujących przepisów prawnych i realizacja świadczeń zgodnie z zakresem kompetencji [25].

Wnioski

1. Osoby chore na cukrzycę od pielęgniarki rodzinnej najczęściej oczekują wsparcia informacyjnego i praktycznych rad.
2. Pacjenci wyrażający oczekiwania pod kątem opieki ze strony pielęgniarki rodzinnej najczęściej charakteryzują się obecnością czynników determinujących wysokie i bardzo wysokie zapotrzebowanie na profesjonalną opiekę, deficytem satysfakcji z życia, udziału w leczeniu, udziału w życiu rodziny, towarzyskim i zawodowym, oraz oczekiwaniami w zakresie edukacji, opieki realizowanej przez rodzinę, lekarza rodzinnego, pracownika socjalnego, a także brakiem wiedzy i zdolności rodziny do wspomagania chorego, problemami rodziny w opiece i obciążeniem opieką.

Literatura

- [1] Zhang P., Engelgau M.M., Norris S.L. et al., *Application of economic analysis to diabetes and diabetes care*. Ann Intern Med 2004; 140: 972-977.
- [2] Hellman R.A., *Systems approach to reducing errors in insulin therapy in the inpatient setting*, Endocrine Practice. 2004;10 (Suppl 2):100-108.
- [3] Elwyn G., Edwards A., Kinnersley P., *Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation* Br J Gen Pract, 1999 Jun; 49(443):477-82.
- [4] Wing R.R., Goldstein M.G., Acton K.J. et al., *Lifestyl changes related to obesity, eating behavior, and physical activity*, Diabetes Care 2001; 24: 117-123.
- [5] Peyrot M., Rubin R.R., Lauritzen T., Snoek F.J., Matthews D.R., Skovlund SE, *the International DAWN Advisory Panel: Psychosocial problems and barriers to improved diabetes management: results of the Cross-National Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) Study*. Diabet Med 2005;22:1379-1385.
- [6] Simmons D., Lillis S., Swan J., Haar J., *Discordance in Perceptions of Barriers to Diabetes Care Between Patients and Primary Care and Secondary Care* doi: 10.2337/dc06-2338 Diabetes Care, March 2007, vol. 30, no. 3, 490-495.
- [7] Gentili P., Maldonato A., Grieco R., et al., *Influence of patient`s representations and beliefs about diabetes and is treatment on their adherence to therapy.*, Diabetes Nutr Metab. 2001; 14: 140-152.
- [8] Rao J.K., Weinberger M., Kroenke K., *Visit-specific expectations and patient-centered outcomes*, Arch Fam med. 2000;9;1148-1155.
- [9] McKinley R.K., Roberts C., *Patients satisfaction with out of hours primary medical care*, Quality in Health Care, 2001;10:23-28.
- [10] Siminerio L., Zgibor J., Solano, F.X.Jr., *Implementing the Chronic Care Model for Improvements in Diabetes Practice and Outcomes in Primary Care: The University of Pittsburgh Medical Center Experience*, Clinical Diabetes. 2004; 22 (2): 54-58.
- [11] Laurant M.G., Hermens R.P., Braspenning J.C. et al., *An overview of patients' preference for, and satisfaction with, care provided by general practitioners and nurse practitioners*, J Clin Nurs. 2008 ; 17(20):2690-8.
- [12] Funnell M.M., Brown T.L., Childs B.P., Haas L.B., Hosey G.M., Jensen B., Maryniuk M., et al. *National Standards for Diabetes Self-Management Education* .Diabetes Care. 2008; 31:S97-S104.
- [13] Sęk H., *Spółeczna psychologia kliniczna*. PWN, Warszawa, 1991:269.
- [14] Zgibor J.C., Songer T.J.. *External Barriers to Diabetes Care: Adressing Personal and Health System Issues*, Diabetes Spectrum 2001; 14: 23-28.
- [15] Gruesser M., Hartmann P., Schlottmann N., et al., *Structured patient education for out-patients with hypertension in general practice: a model project in Germany*, J Hum Hypertens 1997; 11: 501-506.

-
- [16] Sommers L.S., Marton K.I., Barbaccia J.C. et al., *Physician, Nurse, and Social Worker Collaboration in Primary care for Chronically Ill Seniors*, Arch Intern Med 2000; 160: 1825-1833.
- [17] Jackson J.L., Chamberlin J., Kroenke K., *Predictors of patient satisfaction*, Soc Sci Med. 2001; 52:609-620.
- [18] Van der Linde H., Hofstand C.J., Gecertzen J.H., Postema K., Van Limbeek J., *From satisfaction to expectation: The patients perspective in lower limb prosthetic care*, Disabil. Rehabil. 2007; 29:1049-1055.
- [19] Abramczyk A., *Satysfakcja pacjentów chorych na cukrzycę z opieki realizowanej na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej*, II Podlaska Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa "XXI wiek - nowe wyzwania pielęgniarstwa", Białystok, 17-20 maja 2001. Pełny tekst na CD-ROM-ie poz.43 [5 s.].
- [20] Abramczyk A., *Selected conditions of satisfaction of patients with diabetes with care provided by the community/family nurse - in the light of nationwide research*, Pol.J., Environ., Stud., 2007, Vol.,16, no.6,D; s.16-19.
- [21] Wawrzyniak A., Warmus-Stangierska I., Marcinkowska M., Celczyńska-Bajew L., Horst-Sikorska W., *Jak pacjenci oceniają opiekę Poradni Lekarza Rodzinnego*, Fam. Med. & Primary Care Review, 3:618-621, 2005.
- [22] Wagner E.H., *The role of patient care teams in chronic disease management*, BMJ, 2000; 320: 569-572.
- [23] Kołtuniuk A., Płatosz J., Abramczyk A., *Przygotowanie i oczekiwania pielęgniarek środowiskowych/rodzinnych w zakresie opieki nad chorym na cukrzycę*, [w:] J. Rosińczuk-Tonderys, I. Uchmanowicz (red.), *Chory przewlekłe - aspekty pielęgnacyjne, rehabilitacyjne, terapeutyczne*, Wrocław: MedPharm Polska, 2011; 349-356.
- [24] Taylor C.B., Miller N.H., Reilly K.R., Greenwald G. et al., *Evaluation of a Nurse-Care Management System to Improve Outcomes in Patients With Complicated Diabetes*, Diabetes Care 2003; 26: 1058-1063.
- [25] Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 r. Dz. U. z 2011 nr 174 poz. 1039.

Anna Abramczyk

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Wiek a sytuacja zdrowotno-społeczna i poziom zapotrzebowania na opiekę wśród pacjentów chorych na cukrzycę na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej

Age and the health and social situation and demand for health care among patients with diabetes at the basic health care level

Abstract: The aim of the research was to find out how age influences health and social situation and demand for professional care among patients with diabetes at the level of basic health care. The research was conducted within the framework of KBN project no. 6P05D02320, among 1986 patients from 61 randomly selected basic health care centres in Poland. Majority of the patients with diabetes were over 65 years of age (58.9%). Statistical analysis showed a relation between the age of patients and the level of knowledge about the disease ($p < 0.0001$), participation in treatment ($p < 0.001$), hygienic behaviours ($p < 0.0001$), oral hygiene ($p < 0.00000$), self-control ($p < 0.0001$), BMI index ($p < 0.0001$), WHR ($p < 0.0001$), blood pressure ($p < 0.0001$).

Age significantly influences the health and social situation of patients with diabetes as well as their demand for care.

1. Wprowadzenie

Starzenie się populacji oraz postępująca urbanizacja w połączeniu ze zmianą stylu życia w istotny sposób sprzyjają wzrostowi zapadalności na cukrzycę. W krajach rozwiniętych na cukrzycę najczęściej zapadają

osoby w wieku po 60 roku życia podczas, gdy w krajach rozwijających się głównie zapadają osoby w wieku 40–60 lat [1].

Badania dowodzą, że wiek stanowi czynnik różnicujący podejmowanie decyzji diagnostycznych oraz korzystanie profesjonalistów z wiedzy medycznej. Choć wraz z wiekiem wzrasta ryzyko wystąpienia wielu chorób, w procesie diagnostycznym zwraca się niedostateczną uwagę do znaczenia wieku pacjentów oraz nietypowego w tym wieku przebiegu choroby [2].

Celem badań było uzyskanie odpowiedzi na pytanie: Jak wiek różnicuje sytuację zdrowotno-społeczną i poziom zapotrzebowania na profesjonalną opiekę wśród pacjentów chorych na cukrzycę na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej?

Materiał i metody badania

Badania dla celów pracy przeprowadzono na podstawie:

- ukierunkowanego wywiadu pielęgniarzkiego, drogą którego uzyskano od pacjentów informacje na temat: miejsca zamieszkania, stanu cywilnego, źródła utrzymania, wykształcenia, dolegliwości w sferze zdrowia psychosomatycznego, funkcjonowania społecznego, znajomości wskaźników zdrowia istotnych w leczeniu cukrzycy, poziomu wiedzy o chorobie, udziału w leczeniu, zachowań zdrowotnych wymaganych w leczeniu cukrzycy, sytuacji socjalno-bytowej;
- relatywnej oceny sprawności i samodzielności pacjentów;
- anonimowej ankiety przeprowadzonej wśród pacjentów, pozwalającej na uzyskanie informacji na temat: satysfakcji z opieki, udziału w leczeniu, życia, funkcjonowania społecznego, opieki rodziny, efektów leczenia.

W badaniu analizowano zamieszczone przez lekarza rodzinnego (podstawowej opieki zdrowotnej) w dokumentacji pacjenta informacje na temat: wieku, płci chorego, rodzaju (typu) cukrzycy, czasu trwania choroby, prowadzonej przez pacjentów samokontroli, metod leczenia, chorób towarzyszących cukrzycy wymagających leczenia, wyników badań istotnych w procesie kontroli jakości leczenia cukrzycy.

Analizę częstościową wykonano przy użyciu testu niezależności chi-kwadrat. Jeśli nie były spełnione warunki stosowalności testu chi-kwadrat (co najmniej jedna wartość oczekiwana była mniejsza od 5) dokonano łączenia sąsiednich wierszy i kolumn w tabeli większej niż czteropolowej, a do tabeli czteropolowej stosowano test dokładny Fishera.

Zależność pomiędzy cechami porządkowymi badano także przy pomocy rangowych współczynników korelacji Spearmana. Istotność tych współczynników weryfikowano przy pomocy odpowiedniego testu t-Studenta.

Wszystkie testowane hipotezy weryfikowano na poziomie istotności $\alpha = 0,05$. Obliczono dokładne wartości poziomu istotności „p”.

Badania dla celów pracy przeprowadzono w ramach kierowanego przez autora pracy projektu KBN nr 6P05D02320 wśród 1986 pacjentów z losowo wybranych 61 zakładów podstawowej opieki zdrowotnej w kraju. Przedmiotem badań byli pacjenci z cukrzycą w wieku powyżej 16 roku życia, zamieszkujący w rejonie pracy pielęgniarstwa środowiskowej/rodzinnej i zarejestrowani na liście lekarza rodzinnego. Wśród badanej populacji zdecydowaną większość stanowiły kobiety (63,4%), osoby w wieku powyżej 65 roku życia (59%), pacjenci zamieszkujący w środowisku miejskim (57,7%). Najliczniejszą grupę wśród badanych stanowili pacjenci utrzymujący się z emerytury (49,5%). Nieco częściej niż co trzeci respondent wskazał na rentę jako źródło utrzymania (37,2%), a 9,3% chorych utrzymuje się z pracy lub gospodarstwa rolnego. Zdecydowana większość badanych funkcjonuje w związku małżeńskim (61,3%). Prawie co trzeci chory wskazuje na wdowieństwo (30,3%).

Wyniki

Zdecydowaną większość wśród chorych na cukrzycę stanowią pacjenci w wieku powyżej 65 roku życia (58,9%). Osoby w wieku poniżej 65 roku życia stanowiły 41% (w tym 3,3% stanowili chorzy w wieku poniżej 40 roku życia). Największy odsetek pacjentów w wieku poniżej 65 roku życia ustalono wśród chorych zamieszkujących na terenie województwa lubuskiego (56,3%), a najmniejszy wśród osób zamieszkujących na terenie województwa dolnośląskiego (30,1%) (tabela 1).

Tabela 1. Wiek pacjentów chorych na cukrzycę a teren badań (w %)

Województwo	17–40 lat		41–64 lat		65–75 lat		ponad 75 lat		brak danych		Razem	
	2	2,4	24	28,9	40	48,2	17	20,5	0	0,0	83	100,0
dolnośląskie	6	3,6	75	44,9	64	38,3	22	13,2	0	0,0	167	100,0
kujawsko-pomorskie	3	1,8	56	34,8	58	36,0	44	27,3	0	0,0	161	100,0
lubelskie	3	6,3	24	50,0	15	31,3	6	12,5	0	0,0	48	100,0
lubuskie	8	3,3	69	28,4	103	42,4	63	25,9	0	0,0	243	100,0
łódzkie	4	4,2	44	45,8	32	33,3	16	16,7	0	0,0	96	100,0
małopolskie	5	4,5	46	41,4	42	37,8	18	16,2	0	0,0	111	100,0
mazowieckie	9	5,8	40	25,6	76	48,7	31	19,9	0	0,0	156	100,0
opolskie	2	3,5	24	42,1	23	40,4	8	14,0	0	0,0	57	100,0
podkarpackie	5	4,0	51	40,8	45	36,0	24	19,2	0	0,0	125	100,0
podlaskie	2	2,9	36	52,9	21	30,9	9	13,2	0	0,0	68	100,0
pomorskie	3	4,3	21	30,0	29	41,4	17	24,3	0	0,0	70	100,0
śląskie	5	3,4	65	44,8	55	37,9	19	13,1	1	0,7	145	100,0
świętokrzyskie	4	1,9	79	36,6	97	44,9	36	16,7	0	0,0	216	100,0
warmińsko-mazurskie	3	2,9	44	41,9	36	34,3	22	21,0	0	0,0	105	100,0
wielkopolskie	2	1,5	51	37,8	64	47,4	17	12,6	1	0,7	135	100,0
zachodniopomorskie	66	3,3	749	37,7	800	40,3	369	18,6	2	0,1	1986	100,0

Analiza statystyczna wykazała związek wieku pacjentów ze znajomością wskaźników zdrowia ($p<0,0001$), poziomem wiedzy o chorobie ($p<0,0001$), udziałem w leczeniu ($p<0,001$), zachowaniami w zakresie troski o higienę całego ciała ($p<0,0001$), jamy ustnej ($p<0,00000$), samo-kontroli ($p<0,0001$), aktywności fizycznej ($p<0,0001$), samoobserwacji ($p<0,0001$), troski o stopy ($p<0,0001$) oraz uzależnieniami ($p<0,0001$). Analiza statystyczna potwierdziła także związek badanej zmiennej z wielkością wskaźnika BMI ($p<0,0001$), WHR ($P<0,0001$), obwodu na poziomie talii ($p<0,0001$), ciśnienia tętniczego krwi ($p<0,0001$), stężenia cholesterolu całkowitego ($p<0,01$), trój glicerydów ($p<0,05$), glikozurią ($p<0,01$).

Wśród chorych w wieku poniżej 65 roku życia, częściej ustalono większą znajomość wskaźników zdrowia i korzystniejszy poziom wiedzy o chorobie w porównaniu do pacjentów w wieku powyżej 65 roku życia (tabela 2).

Tabela 2. Wiek a znajomość wskaźników zdrowia i poziom wiedzy o chorobie pacjentów chorych na cukrzycę

Badana cecha	Wiek badanych osób:			
	17–40 lat	41–64 lat	65–75 lat	>75 lat
Ogółem	N=66	N=749	N=800	N=369
	3,3%	37,8%	40,3%	18,6%
Znajomość wskaźników zdrowia (glikemii, glukozy, masy ciała, ciśnienia tętniczego krwi, cholesterolu, występowania hipoglikemii)	Chi ² Pearsona: 65,2509, df=9, $p<0,0001$			
Zna 6 wskaźników	5,17%	44,67%	37,00%	13,17%
Zna 3–5 wskaźników	2,69%	37,12%	40,74%	19,44%
Zna 1–2 wskaźniki	1,28%	17,31%	49,36%	32,05%
Nie zna wskaźników (0)	2,50%	32,50%	42,50%	22,50%
Poziom wiedzy o chorobie:	Chi ² Pearsona: 132,371, df=6, $p<0,0001$			
umiarkowany (20,0–13,5 pkt.)	11,4%	49,4%	24,1%	15,2%
minimalny (13,0–6,5 pkt.)	4,5%	44,7%	36,3%	14,6%
brak (6–0 pkt.)	0,7%	25,7%	48,3%	25,3%

Wśród pacjentów w wieku 65 lat i więcej najczęściej stwierdzono deficyt oczekiwanych zachowań związanych z udziałem w leczeniu, aktywnością fizyczną, samokontrolą, troską o higienę ciała, jamy ustnej, samoobserwacją. Wśród tej grupy chorych także najczęściej ustalono brak palenia tytoniu i picia alkoholu (tabela 3).

Tabela 3. Wiek a zachowania pacjentów chorych na cukrzycę

Badana cecha	Wiek badanych osób:			
	17–40 lat	41–64 lat	65–75 lat	>75 lat
1	2	3	4	5
Higiena ciała:	Chi ² Pearsona: 221,230, df=9, p<0,0001			
myje całe ciało codziennie	6,3%	48,7%	35,1%	9,9%
myje całe ciało kilka razy w tygodniu	2,8%	44,6%	37,0%	15,5%
myje całe ciało 1 raz w tygodniu	1,1%	23,5%	48,3%	27,1%
myje całe ciało rzadziej niż 1 raz w tygodniu	0,0%	7,0%	43,7%	49,3%
Higiena jamy ustnej:	Chi ² Pearsona: 93,2819, df=9, p<0,0001			
myje zęby minimum 2 razy dziennie	6,0%	44,0%	37,0%	13,0%
myje zęby raz dziennie	1,7%	36,9%	40,3%	21,1%
zabiegi higieniczne wykonuje kilka razy w tygodniu	2,0%	27,6%	46,7%	23,7%
nie wykonuje zabiegów higienicznych w zakresie jamy ustnej	0,0%	22,3%	47,8%	29,9%
Samokontrola:	Chi ² Pearsona: 153,121, df=9, p<0,0001			
modyfikuje leczenie i regularnie bada glikemię	11,6%	48,3%	31,5%	8,6%
nie modyfikuje leczenia ale regularnie bada glikemię	3,3%	48,2%	36,3%	12,2%
nie modyfikuje leczenia i nie bada glikemii	0,9%	33,3%	43,1%	22,8%
nie bada glikemii a modyfikuje leczenie	4,7%	32,5%	43,6%	19,2%
Udział w leczeniu:	Chi ² Pearsona: 30,1771, df=9, p<0,001			
regularnie przyjmuje leki, zgłasza się do lekarza i na badania (regularnie stosuje wszystkie zalecenia)	2,7%	41,5%	37,9%	17,9%

Tabela 3 (cd.)

1	2	3	4	5
regularnie przyjmuje leki, a nieregularnie zgłasza się do lekarza lub na badania (regularnie stosuje 2 zalecenia)	4,5%	37,5%	41,0%	17,0%
nieregularnie zgłasza się do lekarza i na badania lub nieregularnie przyjmuje leki (regularnie stosuje 1 zalecenie)	4,3%	28,4%	45,7%	21,6%
nieregularnie: przyjmuje leki, zgłasza się do lekarza i na badania (nie stosuje wszystkich zaleceń)	1,4%	23,9%	50,7%	23,9%
Uzależnienia:	Chi ² Pearsona: 216,905, df=9, p<0,0001			
nie pije alkoholu i nie pali tytoniu	1,88%	30,85%	44,06%	23,21%
pije alkohol	4,39%	57,56%	33,66%	4,39%
pali tytoń	9,88%	55,23%	30,81%	4,07%
pije alkohol i pali tytoń	10,19%	65,74%	17,59%	6,48%
Aktywność fizyczna:	Chi ² Pearsona: 91,9744, df=9, p<0,0001			
regularna aktywność, czynny wypoczynek	3,80%	48,01%	36,81%	11,39%
regularna aktywność, bierny wypoczynek	3,26%	40,76%	42,39%	13,59%
nieregularna aktywność, bierny wypoczynek	3,56%	39,94%	39,32%	17,18%
brak aktywności, lub nadmierny wysiłek	2,58%	25,69%	43,78%	27,95%
Samoobserwacja :	Chi ² Pearsona: 50,9349, df=9, p<0,0001			
regularnie obserwuje stopy i jamę ustną	4,1%	42,5%	39,2%	14,2%
regularnie obserwuje stopy, a nieregularnie jamę ustną	3,3%	37,3%	38,1%	21,3%
nieregularnie obserwuje stopy i jamę ustną	2,6%	33,1%	41,6%	22,7%
nie prowadzi samoobserwacji stóp i jamy ustnej	1,0%	25,4%	45,8%	27,9%

Tabela 3 (cd.)

1	2	3	4	5
Troska o stopy:	Chi ² Pearsona: 40,2694, df=6, p<0,0001			
Brak lub pojedyncze nieprawidłowości w zakresie troski o stan stóp	4,26%	40,47%	38,22%	17,04%
Liczne nieprawidłowości w zakresie troski o stan stóp	2,87%	38,83%	40,64%	17,66%
Bardzo liczne nieprawidłowości lub brak troski o stan stóp	1,55%	20,62%	47,94%	29,90%

Wszystkie analizowane wskaźniki stanu zdrowia (masa ciała, ciśnienie tętnicze krwi, obwód w talii, cholesterol całkowity, trójglicerydy, glukozuria) w granicach normy ustalono wyłącznie wśród pacjentów w wieku do 40 roku życia. Najbliższe oczekiwanemu ciśnienie tętnicze krwi ustalono najczęściej wśród pacjentów w wieku do 64 roku życia, a najbliższą normie masę ciała i stężenie cholesterolu całkowitego (<185mg/dl) wśród osób w wieku poniżej 40 roku życia oraz w wieku powyżej 75 lat. Najwyższymi wartościami ciśnienia tętniczego krwi oraz nadwagą najczęściej charakteryzowali się chorzy w wieku 65–75 lat (tabela 4).

Tabela 4. Wiek a wybrane wskaźniki stanu zdrowia pacjentów chorych na cukrzycę

Badana cecha	Wiek badanych osób:			
	17–40 lat	41–64 lat	65–75 lat	>75 lat
1	2	3	4	5
BMI:	Chi ² Pearsona: 177,219, df=9, p<0,0001			
norma (M < 24,9 ; K < 23,9)	15,7%	34,6%	25,6%	24,0%
nadwaga (M=25–29,9 ; K=24–29,9)	2,3%	33,3%	43,5%	20,9%
otyłość (30–40)	0,7%	40,2%	42,3%	16,7%
otyłość ołbrzymia (>40)	1,7%	50,4%	38,0%	9,9%
WHR :	Chi ² Pearsona: 152,108, df=6, p<0,0001			
Typ AO (M ≥ 1 ; K = 1–0,85)	1,2%	37,0%	42,9%	18,9%
Typ GO (M < 1 ; K < 0,85)	1,9%	38,7%	41,8%	17,6%
nie dotyczy WHR	15,7%	34,6%	25,6%	24,0%

Tabela 4 (cd.)

1	2	3	4	5
Obwód w talii, a ryzyko zaburzeń metabolicznych (BMI > 25, obwód na poziomie talii u mężczyzn > 94 cm i kobiet > 80 cm):	Chi ² Pearsona: 136,505, df=3, p<0,0001			
powiększony	0,8%	38,2%	42,8%	18,1%
W normie	11,8%	35,2%	31,0%	21,9%
Ciepłota krwi [mmHg]:	Chi ² Pearsona: 106,202, df=9, p<0,0001			
< 120–130/ < 80–85	12,0%	44,7%	28,2%	15,0%
130–139 / 85–89	3,8%	35,4%	43,5%	17,3%
140–159 / 90–99	2,1%	38,9%	38,6%	20,4%
> 160–179 / 100–109 oraz ≥ 180/ > 100	0,9%	34,4%	46,2%	18,5%
Cholesterol całkowity [mg/dl]:	Chi ² Pearsona: 21,0205, df=6, p<0,01			
< 185	7,3%	37,4%	34,8%	20,5%
185–230	2,8%	39,2%	42,0%	16,0%
> 230	1,7%	40,3%	41,6%	16,3%
Trój glicerydy [mg/dl]:	Chi ² Pearsona: 13,7810, df=6, p<0,05			
< 150	4,3%	35,5%	41,6%	18,6%
150–200	2,4%	40,9%	39,7%	17,0%
> 200	2,1%	47,9%	41,0%	9,0%
Glikozuria:	Chi ² Pearsona: 11,8122, df=3, p<0,01			
Brak (negat, nb, 0)	2,4%	30,1%	43,4%	24,1%
obecna (> 0)	2,1%	59,6%	19,1%	19,1%

Analiza statystyczna wykazała również związek wieku pacjentów z ich sprawnością (p<0,0001), samodzielnością (p<0,0001), dolegliwościami w sferze zdrowia somatycznego (p<0,0001) i psychoemocjonalnego (p<0,0001), a także obecnością towarzyszących cukrzycy chorób (p<0,0001) i doświadczaniem przez pacjentów zdarzeń wskazujących na brak stabilności glikemii (p<0,0001). Wśród pacjentów w wieku do 64 roku życia najczęściej ustalono pełną sprawność i samodzielność, brak dolegliwości w sferze zdrowia psychosomatycznego, brak chorób dodatkowych i negatywnych zdarzeń wskazujących na brak stabilności glikemii. Wśród osób w wieku 65–75 lat najczęściej stwierdzono największy deficyt w zakresie sprawności, samodzielności, liczne i bardzo liczne

dolegliwości w sferze zdrowia somatycznego i psychoemocjonalnego, konieczność leczenia z powodu towarzyszących cukrzycy 3–4 stanów chorobowych oraz jedno zdarzenie wskazujące na brak stabilności glikemii (tabela 5). Osoby w wieku powyżej 75 roku życia najczęściej charakteryzują się znacznymi ograniczeniami w zakresie sprawności, największym deficytem w zakresie samodzielności, doznawaniem pojedynczych (1–2) dolegliwości w sferze zdrowia somatycznego i licznych (3–4) dolegliwości w sferze zdrowia psychoemocjonalnego oraz wymogiem leczenia z powodu 3–4 stanów chorobowych i doświadczaniem 2 zdarzeń wskazujących na brak stabilności glikemii (tabela 5).

Tabela 5. Wiek a wybrane wskaźniki stanu zdrowia pacjentów chorych na cukrzycę

Badana cecha	Wiek badanych osób:			
	17–40 lat	41–64 lat	65–75 lat	>75 lat
Sprawność:	Chi ² Pearsona: 315,977, df=9, p<0,0001			
w pełni sprawny (7 pkt.)	16,8%	57,4%	23,4%	2,5%
nieznaczne ograniczenia w zakresie sprawności (8–14 pkt.)	3,0%	45,3%	39,3%	12,3%
znaczne ograniczenia w zakresie sprawności (minimum w 1 zakresie) (15–21 pkt.)	0,5%	25,2%	45,0%	29,3%
niesprawny (brak sprawności minimum w 1 zakresie) (22–28 pkt.)	1,0%	22,9%	47,9%	28,1%
Samodzielność:	Chi ² Pearsona: 381,282, df=9, p<0,0001			
w pełni samodzielny	13,1%	59,8%	23,9%	3,1%
nieznaczne ograniczenia w zakresie samodzielności	3,7%	48,8%	38,6%	8,9%
znaczne ograniczenia w zakresie samodzielności (częściowo niezdolny do wykonywania minimum 1 czynności)	0,6%	24,8%	45,8%	28,8%
brak samodzielności (całkowicie niezdolny do wykonywania minimum 10 czynności)	0,0%	11,9%	46,4%	41,7%

Tabela 5 (cd.)

Dolegliwości somatyczne:	Chi ² Pearsona: 26,9939, df=6, p<0,001			
brak dolegliwości	4,4%	39,8%	39,2%	16,5%
pojedyncze dolegliwości (1–2)	1,7%	34,2%	41,7%	22,3%
liczne i bardzo liczne dolegliwości (3 i więcej)	0,0%	34,1%	44,2%	21,7%
Zaburzenia i objawy w sferze zdrowia psychoemocjonalnego:	Chi ² Pearsona: 63,2153, df=9, p<0,0001			
Brak, dobre samopoczucie	4,9%	43,4%	38,5%	13,3%
Pojedyncze (1–2)	2,3%	34,0%	41,8%	21,9%
Liczne (3–4)	1,9%	29,6%	41,8%	26,8%
Bardzo liczne (5 i więcej)	0,8%	26,0%	47,2%	26,0%
Choroby dodatkowe:	Chi ² Pearsona: 226,061, df=9, p<0,0001			
brak informacji o chorobach dodatkowych	16,3%	50,2%	26,4%	7,0%
1–2 choroby dodatkowe	3,0%	42,6%	39,2%	15,1%
3–4 choroby dodatkowe	0,3%	28,8%	45,4%	25,5%
5 i więcej chorób dodatkowych	0,4%	32,6%	43,7%	23,3%
Stabilność glikemii (występowanie hipoglikemii, hiperglikemii, zwolnienia, hospitalizacje):	Chi ² Pearsona: 43,7990, df=9, p<0,0001			
Brak negatywnych zdarzeń (0)	12,77%	42,55%	30,85%	13,83%
1 zdarzenie	2,23%	7,41%	42,12%	18,24%
2 zdarzenia	2,62%	36,46%	40,17%	20,74%
3 i więcej zdarzeń	6,06%	39,77%	35,98%	18,18%

W wyniku analizy statystycznej stwierdzono także związek wieku pacjentów z ich funkcjonowaniem społecznym ($p<0,0001$), sytuacją socjalno-bytową ($p<0,01$), a także zdolnością rodziny do wspomagania chorego ($p<0,0001$) i całościowym zapotrzebowaniem na profesjonalną opiekę ($p<0,0001$). Wśród pacjentów w wieku do 64 roku życia najczęściej stwierdzono brak ograniczeń i zadowolenie z funkcjonowania społecznego, korzystną sytuację socjalno-bytową, pełną wydolność opiekuńczo-pielęgniacyjną rodziny, a także mniejsze, umiarkowane zapotrzebowanie na profesjonalną opiekę. Chorych w wieku 65 lat i więcej najczęściej charakteryzuje największy deficyt w zakresie funkcjonowania społecz-

nego, brak wydolności opiekuńczo-pielęgniacyjnej rodziny, wysokie i bardzo wysokie zapotrzebowanie na profesjonalną opiekę. Niekorzystną sytuację socjalno-bytową najczęściej ustalono wśród osób w wieku 65–75 lat (tabela 6).

Tabela 6. Wiek a funkcjonowanie społeczne pacjentów chorych na cukrzycę (w %)

Badana cecha	Wiek badanych osób:			
	17–40	41–64	65–75	>75
Funkcjonowanie społeczne:	Chi ² Pearsona: 363,590, df=9, p<0,0001			
w pełni uczestniczy we wszystkich 5 formach życia (nie ma żadnych trudności i ograniczeń)	16,3	75,0	8,8	0,0
uczestniczy w zadowalającym stopniu (ma niewielkie trudności i ograniczenia, w pełni uczestniczy w 3–4 formach życia)	4,9	51,4	36,2	7,5
udział mało zadowalający (ma znaczne trudności i ograniczenia, całkowicie nie uczestniczy w 3 formach życia)	1,6	27,7	45,2	25,5
brak zadowolenia (są zbyt duże trudności i ograniczenia, całkowicie nie uczestniczy w 4–5 formach życia)	0,0	14,8	49,7	35,6
Wydolność opiekuńczo-pielęgniacyjna rodziny:	Chi ² Pearsona: 147,327, df=9, p<0,0001			
w pełni wydolna (8 pkt.)	9,2	46,7	31,5	12,5
nieznaczne ograniczenia w zakresie wydolności (9–12 pkt.)	3,8	44,1	37,8	14,4
znaczne ograniczenia w zakresie wydolności (13–18 pkt.)	1,8	40,4	40,4	17,5
brak wydolności rodziny (19–24 pkt.)	1,4	18,2	49,7	30,7
Sytuacja socjalno-bytowa:	Chi ² Pearsona: 13,7009, df=3, p<0,01			
Bardzo dobra lub wystarczająca	4,6	38,3	38,3	18,8
Niewystarczająca lub brak	1,8	37,2	42,6	18,4
Zapotrzebowanie na profesjonalną opiekę:	Chi ² Pearsona: 180,690, df=3, p<0,0001			
umiarkowane	7,9	54,3	31,2	6,6
wysokie i bardzo wysokie	1,5	31,3	43,9	23,3

Analiza statystyczna potwierdziła także związek wieku chorych z ich satysfakcją z udziału w życiu małżeńskim ($p<0,0001$), towarzyskim ($p<0,0001$), zawodowym ($p<0,0001$), a także satysfakcją z opieki lekarza rodzinnego ($p<0,0001$), pielęgniarki rodzinnej ($p<0,05$), efektów leczenia cukrzycy ($p<0,01$), udziału w leczeniu ($p<0,001$). Pacjenci w wieku do 40 roku życia najczęściej deklarują zadowolenie ze swojego udziału w życiu małżeńskim, towarzyskim oraz deficyt lub brak zadowolenia z opieki lekarza rodzinnego, pielęgniarki rodzinnej, efektów leczenia cukrzycy, a także swojego udziału w leczeniu cukrzycy, życiu rodziny, zawodowym oraz deficyt satysfakcji ze swojego życia.

Osoby w wieku 41–64 lat najczęściej deklarują zadowolenie z opieki lekarza rodzinnego, ze swojego udziału w życiu rodziny, małżeńskim, zawodowym, towarzyskim, satysfakcję z życia oraz deficyt lub brak zadowolenia z opieki pielęgniarki rodzinnej, efektów leczenia cukrzycy, udziału w leczeniu cukrzycy. Pacjenci w wieku 65–75 lat najczęściej deklarują zadowolenie ze swojego udziału w życiu rodziny, leczeniu cukrzycy, efektów leczenia cukrzycy, opieki pielęgniarki rodzinnej, życia oraz deficyt lub brak zadowolenia ze swojego udziału w życiu zawodowym, towarzyskim, małżeńskim i opieki lekarza rodzinnego. Osoby w wieku powyżej 75 roku życia najczęściej deklarują zadowolenie z opieki lekarza rodzinnego, pielęgniarki rodzinnej, efektów leczenia oraz deficyt lub brak zadowolenia ze swojego udziału w życiu: zawodowym, towarzyskim, małżeńskim, rodziny, udziału w leczeniu, swojego życia (tabela 7).

Tabela 7 Wiek a satysfakcja z opieki pacjentów chorych na cukrzycę

Badana cecha	Wiek badanych osób:			
	17–40 lat	41–64 lat	65–75 lat	>75 lat
1	2	3	4	5
Satysfakcja pacjentów z:	Chi ² Pearsona: 20,2822, df=3, $p<0,001$			
• opieki lekarza rodzinnego				
Zadowolony	2,5%	38,1%	40,0%	19,4%
Deficyt lub brak zadowolenia	7,3%	37,9%	41,4%	13,4%
• opieki pielęgniarki rodzinnej:	Chi ² Pearsona: 9,17492, df=3, $p<0,05$			
Zadowolony	1,3%	33,0%	42,3%	23,4%
Deficyt lub brak zadowolenia	4,9%	37,9%	35,9%	21,4%

Tabela 7 (cd.)

1	2	3	4	5
• z efektów leczenia cukrzycy:	Chi ² Pearsona: 12,3247, df=3, p<0,01			
Zadowolony	2,2%	37,3%	41,8%	18,6%
Deficyt lub brak zadowolenia	5,0%	40,2%	37,7%	17,2%
• ze swojego udziału w leczeniu cukrzycy:	Chi ² Pearsona: 17,4298, df=3, p<0,001			
Zadowolony	2,2%	37,3%	42,7%	17,7%
Deficyt lub brak zadowolenia	5,1%	39,9%	35,5%	19,5%
• ze swojego udziału w życiu rodziny:	Chi ² Pearsona: 25,6640, df=3, p<0,001			
Zadowolony	2,9%	41,1%	40,0%	16,0%
Deficyt lub brak zadowolenia	4,3%	30,9%	39,8%	25,0%
• ze swojego udziału w życiu małżeńskim:	Chi ² Pearsona: 29,3002, df=3, p<0,0001			
Zadowolony	3,4%	49,6%	37,1%	10,0%
Deficyt lub brak zadowolenia	2,6%	38,3%	39,1%	19,9%
• ze swojego udziału w życiu towarzyskim:	Chi ² Pearsona: 42,5333, df=3, p<0,0001			
Zadowolony	4,0%	43,1%	39,7%	13,2%
Deficyt lub brak zadowolenia	2,5%	32,6%	41,0%	23,9%
• ze swojego udziału w życiu zawodowym:	Chi ² Pearsona: 29,7575, df=3, p<0,0001			
Zadowolony	4,6%	57,2%	30,5%	7,7%
Deficyt lub brak zadowolenia	6,4%	40,4%	37,1%	16,0%
• ze swojego ze swojego życia:	Chi ² Pearsona: 14,3145, df=3, p<0,01			
Zadowolony	2,2%	39,5%	41,1%	17,2%
Deficyt lub brak zadowolenia	5,2%	36,3%	39,1%	19,4%

Dyskusja

Większe zapotrzebowanie na opiekę wśród pacjentów w wieku 65 lat i więcej, wśród których ustalono największy deficyt wiedzy o chorobie, zachowań w zakresie troski o higienę jamy ustnej, aktywności fizycznej, udziału w leczeniu, samoobserwacji, troski o stopy, deficyt samodzielności, brak zadowolenia z funkcjonowania społecznego, brak wydolności opiekuńczo-pielęgnacyjnej rodziny, pozwala wskazywać na znaczenie

jakie odgrywają te czynniki w procesie determinowania zapotrzebowania na opiekę wobec tej grupy osób chorych na cukrzycę.

Ze względu na to, że znajomość wskaźników zdrowia wśród osób chorych na cukrzycę jest czynnikiem determinującym wielkość zapotrzebowania na opiekę, a pacjenci z deficytem w zakresie znajomości wskaźników zdrowia 2,76 częściej wymagają większej opieki (mają wysokie i bardzo wysokie zapotrzebowanie na opiekę), w porównaniu to tych, którzy znają wskaźniki swojego stanu zdrowia [3] niezbędne jest informowanie chorych o wynikach przeprowadzonych pomiarów i badań. Umożliwi to pacjentom aktywny udział w procesie leczenia i świadome podejmowanie decyzji, których rezultatem są zachowania zdrowotne [4]. Uzyskane wyniki potwierdziły tezę, że wraz ze wzrostem wieku maleje poziom wiedzy o chorobie wśród osób z cukrzycą. Sytuacja ta determinuje konieczność objęcia edukacją wspomagającą w opiece rodziny, w przypadku rozpoznania cukrzycy u osób starszych, a ocena poziomu wiedzy osób chorych na cukrzycę powinna być brana pod uwagę w planowaniu opieki nad tą grupą chorych. Ze względu jednak na to, że sama wiedza nie gwarantuje modyfikacji zachowań oraz poprawy poziomu kontroli metabolicznej cukrzycy, niezbędne jest także uwzględnienie wpływu czynników społeczno-ekonomicznych i organizacyjnych [5, 6]. Niekorzystna sytuacja socjalno-bytowa i rodzinna, częściej wśród chorych na cukrzycę w wieku powyżej 65 roku życia potwierdza także konieczność uwzględnienia w programach polityki zdrowotnej statusu społeczno-ekonomicznego populacji w procesie troski o zdrowie i zdrowie ludzi starszych oraz znaczenie udziału rodziny [7]. Odbiegające od oczekiwanych wskaźniki istotne w ocenie jakości leczenia cukrzycy, deficyt wiedzy, deficyt oczekiwanych zachowań zdrowotnych częściej wśród pacjentów w wieku starszym, determinuje konieczność zapobiegania problemom zdrowotnym w wieku wcześniejszym [8]. Uzyskane wyniki potwierdzają tezę, że osoby w starszym wieku są bardziej narażone na utratę wsparcia społecznego i rodziny. Korzystnej sytuacji ekonomicznej towarzyszy natomiast wsparcie społeczne i rodziny. Zapewnienie korzystniejszej sytuacji ekonomicznej pacjentom w wieku starszym wymaga zatem zwrócenia uwagi na ich sytuację ekonomiczną w wieku dorosłym. Sytuacja ekonomiczna osób w wieku dorosłym determinuje warunki ekonomiczne w wieku starszym [9]. Nieko-

rzystne wartości wskaźników stanu zdrowia częściej wśród chorych w wieku starszym, potwierdzają opinie autorów o częstszym występowaniu czynników ryzyka powikłań układu sercowo naczyniowego wśród starszych pacjentów chorych na cukrzycę [10]. Mniejsze ryzyko powikłań sercowo-naczyniowych u chorych w wieku do 40 roku życia potwierdza tezę o granicznym wieku 40 lat i rosnącym zagrożeniu powikłaniami wśród chorych na cukrzycę oraz konieczności zintensyfikowania działań prewencyjnych wśród tej grupy osób [11]. Picie alkoholu i palenie tytoniu, otyłość olbrzymia, stężenie cholesterolu całkowitego >230 mg/dl, trójglicerydów >200 mg/dl, wśród chorych w wieku 40–64 roku życia, potwierdza tezę o ryzyku chorób naczyń wieńcowych wśród tej grupy chorych [12, 13]. Deficyt sprawności i samodzielności oraz dolegliwości w sferze zdrowia psychoemocjonalnego i somatycznego częściej wśród osób w wieku starszym, są zgodne z uzyskanymi przez innych autorów i mówią o gorszej jakości leczenia cukrzycy u osób starszych [14]. Ze względu na to, że troska o zdrowie osób chorych na cukrzycę może być drogą do zwiększenia potencjału zdrowotnego tej populacji w wieku starszym oraz obniżenia kosztów opieki w związku z mniejszym zapotrzebowaniem na profesjonalną opiekę, niezbędne jest uwzględnienie w procesie wspomagania tej grupy chorych także wsparcia w formie pomocy socjalnej. Kulturowe uwarunkowania korzystania z formalnej pomocy socjalnej decydują o tym, że jednak nie wszyscy potrzebujący pomocy z niej korzystają [15]. Uzyskane wyniki potwierdziły konieczność uwzględnienia w programach polityki zdrowotnej statusu społeczno-ekonomicznego populacji, znaczenie udziału rodziny, wskazały obszary wymagające interwencji w procesie zapobiegania problemom zdrowotnym wśród chorych na cukrzycę w zależności od wieku pacjentów.

Wzrastająca liczba pacjentów z cukrzycą, prowadząc stopniowo do rosnącego popytu na opiekę w cukrzycy, pochodzącego także od rosnących oczekiwań w zakresie jakości życia, deficytu satysfakcji z opieki profesjonalistów, efektów leczenia i udziału w nim, oczekiwań skutecznej usługi w zakresie opieki zdrowotnej, wiąże się z koniecznością większego zaangażowania realizatorów w proces opieki. Zmniejszenie różnic w stanie zdrowia, w zakresie jakości opieki, zmniejszenie niepotrzebnej

i niewłaściwej opieki, poprawa procesu leczenia oraz promocja samodzielności i samoopieki wśród pacjentów wymaga ze strony realizatorów opieki nad chorym na cukrzycę większej otwartości na współpracę [16].

Wnioski

1. Wiek w istotny sposób różnicuje sytuację zdrowotno-społeczną i poziom zapotrzebowania na opiekę wśród pacjentów chorych na cukrzycę.
2. Szczególnej troski ze strony organizatorów i realizatorów opieki zdrowotnej wymagają pacjenci w wieku powyżej 65 roku życia.
3. Troska o zdrowie osób chorych na cukrzycę może być drogą do zwiększenia potencjału zdrowotnego tej populacji w wieku starszym, a także obniżenia kosztów opieki w związku z mniejszym zapotrzebowaniem na profesjonalną opiekę wśród pacjentów w młodszym wieku.

Literatura

- [1] Shaw J.E., Sicree R.A., Zimmet P.Z., *Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030 Diabetes research and clinical practice*, 2010; 8,7: 4–14.
- [2] Adams A, Buckingham Ch D, Arber S, Mckinlay JB, Marceau L, Link C., *The influence of patient's age on clinical decision-making about coronary heart disease in the USA and the UK*, Ageing and Society (2006), 26:2:303–321.
- [3] Abramczyk A., *Stan opieki nad chorym z cukrzycą w podstawowej opiece zdrowotnej a zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarstwa*, Wrocław: Akad. Med., 2007.
- [4] Blokstra A., Burns C.M., Seidell J.C., *Perception of weight status and dieting behaviour in Dutch men and women*, Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord 1999; 23: 7–17.
- [5] Garcia A.A., Villagomez E.T., Brown S.A. et al., *Development of the Spanish-language diabetes knowledge questionnaire*, Diabetes Care 2001; 24: 16–21.
- [6] Jack L.Jr., Liburd L., Spencer T. et al., *Understanding the environmental issues in diabetes self-management education research: a reexamination of 8 studies in community-based settings*, Ann Intern Med. 2004; 140: 964–971.
- [7] Bós A.M., Bós A.J., *The socio-economic determinants of older people's health in Brazil: the importance of marital status and income*, Ageing & Society, Volume 27, Issue 03, May 2007, pp. 385–405.

-
- [8] Nuñez I., *The effects of age on health problems that affect the capacity to work: an analysis of United Kingdom labour-force data*, Ageing & Society, First View article, doi: 10.1017/S0144686X09990602 (About doi), Published online by Cambridge University Press 14 Dec 2009.
- [9] Marjolein I. Van Groeno B, Van Tilburg T., *Network size and support in old age: differentials by socio-economic status in childhood and adulthood*, Ageing & Society, Volume 23, Issue 05, Sep 2003, pp. 625–645.
- [10] Del Prato S., Heine R.J., Keilson L., Guitard Ch., Shen S.G., Rebecca P., Emmons, RP., *Treatment of Patients Over 64 Years of Age With Type 2 Diabetes Experience from nateglinide pooled database retrospective analysis* Diabetes Care, 2003, vol. 26, no. 7, pp. 2075–2080.
- [11] Siyambalapitiya S., Bulugahapitiya U., Sithole J., Song S., Fernando D.J.S., Idris I., *Combining Population Health and Baseline Risk Strategy by Determining an Age Cutoff for Initiating Statins in Patients With Diabetes A population-based study*, Diabetes Care, 2007 vol. 30, no. 8, pp. 2025–2029.
- [12] Saydah S.H., Eberhardt M.S., Loria C.M., Brancati F.L., *Age and the burden of death attributable to diabetes in the Unites States*, Am J Epidemiol 2002; 156 (8): 714–719.
- [13] Roper N.A., Bilous R.W., Kelly W.F., Unwin N.C., Connolly V.M., *Cause-specific mortality in a population with diabetes. South Tees Diabetes Mortality Study*, Diabetes Care 2002; 25 (1), pp.43–48.
- [14] Munshi M, Grande L, Hayes M, Ayres D, Suhl E, Capelson R, Lin, S, Milberg W, Weinger K., *Cognitive Dysfunction Is Associated With Poor Diabetes Control in Older Adults*, Diabetes Care August 2006, vol. 29, no. 8, pp.1794–1799.
- [15] van Groenou B.M., Glaser K., Tomassini C., Jacobs T., *Socio-economic status differences in older people's use of informal and formal help: a comparison of four European countries*, Ageing & Society, Vol. 26, Issue 05, Sep 2006, pp. 745–766.
- [16] De Berardis G., Fabio Pellegrini F., Franciosi M., Belfiglio M., Di Nardo B., Greenfield S., Kaplan S.H., Rossi M.C.E., Sacco M., Tognoni G., Valentini M., Nicolucci A., *On behalf of the QuED Study Group Quality of Care and Outcomes in Type 2 Diabetic Patients. A comparison between general practice and diabetes clinics*, Diabetes Care, 2004; 27(2), pp. 398–406.