

PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ I ZARZĄDZANIE

TOM XV, ZESZYT 12

część I

www.piz.san.edu.pl

**Organizacja i zarządzanie
wyzwaniem dla pielęgniarek
i położnych w nowoczesnej
Europie – część I**

Redakcja

Elżbieta Majchrzak-Kłokocka

Andrzej Woźniak

Łódź – Olsztyn 2014

Całkowity koszt wydania sfinansowany ze środków Okręgowej Rady Pielęgniarek
i Położnych z siedzibą w Olsztynie

Redaktorzy tematyczni: Elżbieta Majchrzak-Kłokocka i Andrzej Woźniak

Korekta językowa: Dominika Świech, Agnieszka Zytka

Skład i łamanie: Agnieszka Zytka

Projekt okładki: Marcin Szadkowski

© Copyright by Społeczna Akademia Nauk

ISSN: 1733-2486

Wydawnictwo

Społecznej Akademii Nauk

ul. Kilińskiego 109, 90-011 Łódź

42 676 25 29, w.339, e-mail: wydawnictwo@swspiz.pl

Druk i oprawa: Mazowieckie Centrum Poligrafii

ul. Słoneczna 3C, 05-260 Marki, www.c-p.com.pl; biuro@c-p.com.pl

Zeszyt recenzowany.

Wersja drukowana jest wersją podstawową.

Spis treści

Wstęp	7
Joanna Gotlib, Jarosława Belowska, Anna Kaczyńska, Mariusz Panczyk Ilościowa i jakościowa analiza streszczeń prac prezentowanych podczas jednej z lokalnych konferencji przeznaczonych dla pielęgniarek – wskazówki do programów kształcenia przed- i podyplomowego	9
Aleksandra Gutysz-Wojnicka, Dorota Ozga, Elżbieta Majchrzak-Kłokocka, Iwona Kacprzak, Małgorzata Zalewska Chronic pain coping strategies	29
Brygida Kondracka, Krzysztof Łukaszuk Wpływ wybranych parametrów na ocenę ogólną pobytu w badanym podmiocie leczniczym	43
Violetta Mianowana, Anna Bednarek, Marta Czekirda Wsparcie informacyjne a poziom satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej	59
Anna Andruszkiewicz, Mariola Banaszkiewicz, Marta Nowik Wybrane aspekty środowiska pracy a stan zdrowia pielęgniarek	73
Brygida Kondracka, Krzysztof Łukaszuk Pomiar satysfakcji jako wskaźnik skuteczności zarządzania systemowego w podmiotach leczniczych	89
Bogumiła Kosicka, Anna Ksykiewicz-Dorota Przetwarzanie informacji i identyfikacja problemów pielęgnacyjnych w pielęgniarskim podejmowaniu decyzji	103
Katarzyna Młynarska Ocena kultury pracy pielęgniarek na podstawie wiedzy zespołu interpersonalnego	121
Jarosława Belowska, Mariusz Panczyk, Barbara Kot-Doniec, Halina Żmuda-Trzebiatowska, Joanna Gotlib	
Analiza wiedzy i postaw położnych po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego z pielęgniarstwa położniczego wobec praktyki zawodowej opartej na dowodach naukowych – doniesienie wstępne	143
Krystyna Piskorz-Ogórek Pielęgniarska diagnostyka rozwoju dziecka w podstawowej opiece zdrowotnej ..	165

Aleksander Zarzeka, Grzegorz Stachacz, Anna Kościńska, Joanna Gotlib Zgoda pacjenta na zabieg ginekologiczny w trybie „jednego dnia” w praktyce szpitalnej	177
Olga Bielan, Mariola Ejdyś, Emilia Buska Palenie tytoniu wśród młodzieży szkolnej	193
Ewa Smoleń, Anna Ksykiewicz-Dorota Satysfakcja z wybranych elementów opieki pielęgniarskiej na oddziale pediatrii	215
Anna Bednarek, Violetta Mianowana Wiedza rodziców na temat szczepień przeciwko ospie wietrznej i pneumokokom oraz decyzja o zaszczepieniu dziecka na przykładzie wybranych placówek lekarza rodzinnego	229
Anna Bednarek, Marcin Koszałka Sposoby radzenia sobie przez nastolatków z obciążeniami psychicznymi związanymi z hospitalizacją i chorobą somatyczną	245
Mariola Banaszkiewicz, Irena Wawrzonkowska, Anna Andruszkiewicz Zachowania zdrowotne i ich wybrane predyktory a jakość życia kobiet w okresie okołomenopauzalnym na przykładzie pacjentek Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im. dr E. Warmińskiego w Bydgoszczy	263
Emilia Zwoźniak, Ewa Kupcewicz Poczucie satysfakcji z życia a strategie radzenia sobie ze stresem w pracy pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach psychiatrycznych	281
Iwona Hincman, Ewa Kupcewicz	
Wpływ wybranych czynników socjodemograficznych na jakość życia osób chorych na stwardnienie rozsiane	297
Ewa Waszczak, Ewa Kupcewicz	
Analiza strategii radzenia sobie ze stresem w grupie pielęgniarek anestezjologicznych	313
Agata Flis, Agnieszka Zimmermann, Aleksandra Gaworska-Krzemińska Wyzwania dla praktyki pielęgniarskiej w zakresie raportowania działań niepożądanych produktów leczniczych	327
Ewa Waszczak, Ewa Kupcewicz Czynniki warunkujące jakość życia pielęgniarek anestezjologicznych	339
Ewa Kupcewicz Wartościowanie zdrowia w opinii studiujących pielęgniarek	355

Ewa Franke, Ewa Kupcewicz

Akceptacja i przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej.....373

Iwona Wołosewicz, Ewa Kupcewicz

Profilaktyka zagrożeń mikrobiologicznych w środowisku pracy na przykładzie
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Olsztynie.....389



Wstęp

Współczesne wyzwania pielęgniarstwa europejskiego, zarówno w perspektywie jego szans, jak i zagrożeń, wytyczają działania pielęgniarek i położnych w Polsce. Kim powinna być współczesna pielęgniarka, jaką rolę odgrywać, w którym kierunku zmierzać? Wielokrotnie zadajemy sobie to pytanie. Różnorodność tematyki zawartej w prezentowanej publikacji zmusza nas do interdyscyplinarnego postrzegania problemów i ich rozwiązywania. Współczesne pielęgniarki i położne to osoby realizujące zadania nie tylko związane z opieką nad pacjentem, ale również osoby pracujące naukowo. To autorki nowoczesnych podstaw pielęgniarstwa, aktywnie uczestniczące w pracach komisji i zespołów na szczeblu europejskim.

Organizacja i zarządzanie wyzwaniem dla pielęgniarek i położnych w nowoczesnej Europie – część I to tytuł publikacji, która zawiera artykuły prezentujące dorobek naukowy pielęgniarek i położnych, które uczestniczą nie tylko w procesie pielęgnowania czy kształcenia, ale są również twórcami nauki – pielęgniarstwa opartego na dowodach naukowych.

Oddajemy do państwa rąk ciekawą publikację, którą współtworzą pielęgniarki, położne, psychologowie i lekarze. Nie bez znaczenia jest udział studentów, adeptów kierunku pielęgniarstwo. Interdyscyplinarność, proeuropejskość daje nam szansę na lepsze zrozumienie problemów pacjenta, z którymi na co dzień się stykamy. Znajdziecie w niej podejmowane problemy medyczne, związane ze strefą Schengen, niektórymi dyrektywami europejskimi czy transgraniczną opieką zdrowotną. Ciekawym obszarem są zagadnienia związane z przestrzeganiem praw pacjenta, wsparciem informacyjnym czy zgodą pacjenta na zabieg. Zachęcam do zapoznania się z tematyką poświęconą samym pielęgniarkom, ich wiedzy na temat zasad ponoszenia odpowiedzialności cywilnej i karnej, satysfakcji z życia, jak i radzenia sobie ze stresem pielęgniarek anestezjologicznych. Na uwagę zasługują artykuły poświęcone działalności profilaktycznej pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania czy sposoby radzenia sobie przez nastolatki z obciążeniami psychicznymi związanymi z hospitalizacją.

Mam nadzieję, że tematy podejmowane w niniejszej publikacji staną się inspiracją do dalszej działalności naukowej i pomogą w dążeniu do budowania pozycji polskiego pielęgniarstwa w nowoczesnej Europie.

*Prof. nzw. dr hab. n. med. Jadwiga Snarska
dr n. ekon. Elżbieta Majchrzak-Kłokocka, mgr Maria Danielewicz*

Joanna Gotlib
Jarosława Belowska
Anna Kaczyńska
Mariusz Panczyk

Warszawski Uniwersytet Medyczny

Ilościowa i jakościowa analiza streszczeń prac prezentowanych podczas jednej z lokalnych konferencji przeznaczonych dla pielęgniarek – wskazówki do programów kształcenia przed- i podyplomowego

Quantitative and Qualitative Analysis of Abstracts of the Papers Presented During one of the Local Conferences for Nurses - a Guide to Programs of the Pre-and Post-Graduate Education

Abstract

Background and Purpose

In accordance with the current law nurses and midwives are required to constantly update their knowledge and skills in various types of postgraduate education. One of the types of postgraduate training is passive or active participation in scientific conferences. The aim of the study was a quantitative and qualitative analysis of abstracts of the papers presented at one of the local conference for nurses.

Material and Methods

Quantitative and qualitative analysis of abstracts of the papers contained in the book of abstracts from one of the local conference for nurses. We analyzed: the number of papers presented in each session and the kind of papers – original, review and a case study. We analyzed in detail abstracts of papers: their correct structure, the content and the process of formulating conclusions. We analyzed in detail also original papers: the groups which were analyzed (nurses, patients, other groups), test methods (quantitative and qualitative), a statistical analysis (a type of statistical test, the coefficient of p).

Results

During the conference a total of 74 papers were presented during three scientific sessions: plenary session, the student and the poster session. During the conference a total of 45 of original papers were presented: plenary session - 21, the student session – 13 and the poster session – 11 papers. The vast majority of research papers was based on surveys of own questionnaire and concerned a group of professional nurses. A small number of works included statistical analysis of the results along with the name of the statistical test and the ratio of the p. Many papers was incorrectly structured. The vast majority of the papers presented proposals were only generalizations and were a repetition of the results.

Conclusions

1. It is necessary to expand the skills of nurses with reference to searching for scientific evidence and assessing its reliability.
2. It is necessary to expand the knowledge of nurses with reference to the benefits of using current study results in everyday clinical practice.
3. Due to the large interest of the active participation in the conference in the group of nursing students and the high professional level of the presented papers, even greater emphasis on training in research methodology placed and Evidence-based Nursing Practice should be paid.

Key words: quality, research, research methodology, nursing, undergraduate and postgraduate education, Evidence-based Nursing.

Wstęp

Zgodnie z zapisami aktualnej Ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa (Dz.U. 2011 nr 174 poz. 1039) – art.61.1. „Pielęgniarka i położna mają obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych oraz prawo do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego” [Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa]. Realizacja tego obowiązku może być dokonywana poprzez udział w różnych formach kształcenia podyplomowego: szkoleniu specjalizacyjnym, kursach specjalistycznych i kwalifikujących oraz kursach doksztalających, jak również podczas studiów I i II stopnia oraz studiów podyplomowych. Jednym z rodzajów realizacji szkolenia podyplomowego jest również udział pielęgniarek w konferencjach naukowych, naukowo-szkoleniowych oraz szkoleniowych. Udział ten może mieć charakter bierny lub czynny, kiedy to pielęgniarki prezentują wyniki przeprowadzonych badań w formie wystąpień lub prezentacji plakatów [Tomaszewska, Cieśla, Czerniak 2008, ss. 40–47, Jurczak, Hoffman, Augustyniuk 2012, ss. 39–42, Graf, Śleżiona, Ptaszek 2014, ss. 171–176, Cisoń-Apanasewicz, Gaweł, Ogonowska 2009, ss. 32–37, Bidzińska, Sobczak, Rakowska 2007, ss. 197–202, Palczewska

2008, ss. 285–292, Nowicki, Chilimoniuk, Goniewicz 2012, ss. 473–479, Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych [online], www.ckppip.edu.pl/doki/mapa_absolwent%C3%B3w_kurs%C3%B3w_specjalistycznych_w_latach_2000-2013.pdf, dostęp 13.08.2014 r.].

Nauki o zdrowiu są stosunkowo młodą dziedziną nauki. Realizowane dotychczas kształcenie w takich obszarach, jak: pielęgniarstwo, położnictwo, dietetyka czy fizjoterapia realizowane było głównie na poziomie średnim (np. licea medyczne, studium zawodowe). Program i treści kształcenia w tych szkołach nastawione były przede wszystkim na doskonalenie umiejętności zawodowych, w niewielkim stopniu lub w ogóle nie uwzględniając umiejętności badawczych i warsztatu naukowego. W związku z brakiem tradycji kształcenia w tym obszarze, wciąż brakuje również kadr zajmujących się kształceniem umiejętności badawczych w różnych grupach zawodowych specjalistów nauk o zdrowiu, w tym: pielęgniarek i położnych [Gotlib, Belowska, Panczyk 2014, w druku].

Kształcenie studentów nauk o zdrowiu w zakresie prowadzenia badań naukowych i wdrażania ich wyników do praktyki klinicznej powinno w większym niż dotychczas stopniu kłaść nacisk na kształcenie w zakresie metodologii prowadzenia badań naukowych, analizy ich wyników czy umiejętności krytycznego czytania tekstów naukowych [Gotlib, Belowska, Panczyk 2014, w druku].

Ponadto, zgodnie ze światowymi tendencjami, w praktyce zawodowej specjalistów nauk o zdrowiu: pielęgniarek, położnych czy dietetyków kładzie się coraz większy nacisk na wykorzystywanie wyników badań naukowych (*Evidence-based Practice*), co ma wpłynąć korzystnie nie tylko na bezpieczeństwo pacjenta, personelu medycznego czy skuteczność wykonywanych procedur medycznych, lecz również na ich efektywność finansową [Gotlib, Belowska, Panczyk 2014, w druku].

Dlatego też znajomość szeroko pojętych zasad metodologii prowadzenia badań naukowych oraz krytycznej analizy ich wyników jest niezbędna do prowadzenia nowoczesnej praktyki zawodowej opartej na paradygmacie *Evidence-based Practice*, co powinno być przedmiotem kształcenia już podczas studiów I i II stopnia, jak również szkolenia podyplomowego specjalistów nauk o zdrowiu [Gotlib 2014, ss. 8–10, Gotlib, Belowska, Panczyk 2014, w druku, Gotlib, Ściegłińska, Belowska 2014, ss. 8–10, Belowska, Panczyk, Gotlib 2014, w druku].

Cel

Celem pracy była ilościowa i jakościowa analiza treści streszczeń prac prezentowanych podczas jednej z lokalnych konferencji przeznaczonych dla pielęgniarek.

Materiał i metody

Analizie ilościowej i jakościowej poddano treść streszczeń prac zawartych w książce streszczeń z jednej z lokalnych konferencji przeznaczonych dla pielęgniarek.

Analizie poddano liczbę prezentowanych w każdej z sesji prac: poglądowych, przeglądowych, oryginalnych i studium przypadku. Analizowano szczegółowo streszczenia prac: ich prawidłową strukturę, charakterystyczną dla rodzaju prezentowanej pracy, treść i sposób formułowania wniosków.

Szczegółowej analizie poddano również prace oryginalne, w których analizowano grupy badane (pielęgniarki, pacjenci, inne grupy), metody badań (ilościowe i jakościowe), przeprowadzoną analizę statystyczną (rodzaj testu statystycznego, współczynnik p).

Wyniki

Podczas konferencji zaprezentowano łącznie 74 prac, które prezentowane były podczas 3 sesji naukowych: sesji plenarnej – 32 prace, studenckiej – 18 prac i plakatowej – 24 prace. Szczegółowy rodzaj prac przedstawiono w Tabeli 1.

Tabela 1. Rodzaje prac prezentowane podczas analizowanych sesji naukowych

	Rodzaj pracy/ Rodzaj sesji	Łączna liczba prac	Prace po- glądowe	Prace prze- glądowe	Prace ory- ginalne	Stu- dium przy- padku
1.	Sesja plenarna	32	9	2	21	-
2.	Sesja studencka	18	4	1	13	-
3.	Sesja plakatowa	24	13	-	11	-

Źródło: opracowanie własne.

W dalszej części niniejszej pracy szczegółowej analizie poddane zostaną wyłącznie prace badawcze/oryginalne.

Analiza prac oryginalnych

Szczegółowa ilościowa i jakościowa analiza prezentowanych podczas konferencji prac dotyczyła wyłącznie prac oryginalnych. Podczas konferencji zaprezentowano łącznie 45 prac oryginalnych: 21 podczas sesji plenarnej, 13 podczas sesji studenckiej, 11 podczas sesji plakatowej.

W Tabeli 2, 3 i 4 przedstawiono szczegółową charakterystykę prac oryginalnych uwzględniając następujące elementy: rodzaj badania, narzędzie, liczbę badanych, grupę badanych, przeprowadzoną analizę statystyczną, nazwę testu statystycznego oraz określenia współczynnika p. Większość prac badawczych opierała się na badaniach ankietowych, prowadzonych na podstawie kwestionariusza ankiety własnego autorstwa, bez analizy statystycznej uzyskanych wyników. Były to przede wszystkim badania prowadzone w grupach pielęgniarek.

Tabela 2. Charakterystyka prac oryginalnych prezentowanych podczas sesji plenarnej

1.p.	Rodzaj badania	Narzędzie	Liczba badanych	Grupa badanych	Analiza statystyczna	Nazwa testu statystycznego	Określenie współczynnika p
1	ankietowe	ankieta własna	125	pielęgniarki	nie	nie	nie
2	ankietowe	kwestionariusz własny	581	pielęgniarki	nie	nie	nie
3			150	studenci			
4	ankietowe	kwestionariusz własny	110	pielęgniarki	tak	U Manna - Whitneya	tak
5	ankietowe	standaryzowany	105	pielęgniarki	tak	nie	tak
6	ankietowe	kwestionariusz własny	105	pielęgniarki	tak	nie	tak
7	ankietowe	kwestionariusz własny	160	studenci	nie	nie	nie

8	ankietowe	kwestionariusz własny	102	pacjenci	tak	chi-kwadrat, Fishera	tak
9	ankietowe	kwestionariusz własny	-	studenci	nie	nie	nie
10	ankietowe	kwestionariusz własny	100	pielęgniarki	tak	nie	tak
11	ankietowe	standaryzowany	546	pielęgniarki	tak	nie	tak
12	ankietowe	kwestionariusz własny	153	pielęgniarki	nie	nie	nie
13	ankietowe	standaryzowany	-	pielęgniarki	nie	nie	nie
14	ankietowe	kwestionariusz własny	72	pielęgniarki	nie	nie	nie
15	ankietowe	standaryzowany	248	pielęgniarki	tak	nie	tak
16	ankietowe	standaryzowany	60	studenci	nie	nie	nie
17	-	-	-	dokumenty	-	-	-
18	wywiad	-	78	studenci	nie	nie	nie
19	ankietowe	brak informacji	100	pacjenci	nie	nie	nie
20	ankietowe	standaryzowany	108	pacjenci	nie	nie	nie
21	ankietowe	brak informacji	84	inne	nie	nie	nie
22	ankietowe	brak informacji	-	pacjenci	tak	nie	nie

Tabela 3. Charakterystyka prac oryginalnych prezentowanych podczas sesji plakatowej

1.p.	Rodzaj badania	Narzędzie	Liczba badanych	Grupa badanych	Analiza statystyczna	Nazwa testu statystycznego	Określenie współczynnika p
1	-	-	-	dokumentacja	-	-	-
2	ankietowe	kwestionariusz własny	120	studenci	nie	nie	nie
3	-	-	-	dokumentacja	-	-	-
4	ankietowe	brak informacji	60	pielęgniarki	nie	nie	nie
5	ankietowe	standaryzowany	120	pielęgniarki	tak	nie	tak
6	ankietowe	standaryzowany	116	inne	nie	nie	nie

7	ankietowe	kwestionariusz własny	300	inne	nie	nie	nie
8	ankietowe	kwestionariusz własny	120	inne	nie	nie	nie
9	ankietowe	brak informacji	100	pacjenci	tak	nie	tak
10	ankietowe	standaryzowany	110	pielęgniarki	tak	nie	tak
11	ankietowe	brak informacji	102	pielęgniarki	tak	nie	tak

Tabela 4. Charakterystyka prac oryginalnych prezentowanych podczas sesji studenckiej

1.p.	Rodzaj badania	Narzędzie	Liczba badanych	Grupa badanych	Analiza statystyczna	Nazwa testu statystycznego	Określenie współczynnika p
1	ankietowe	kwestionariusz własny	185	inne	nie	nie	nie
2	ankietowe	kwestionariusz własny	258	studenci	nie	nie	nie
3	ankietowe	kwestionariusz własny	50	studenci	nie	nie	nie
4	ankietowe	standaryzowany	70	inne	nie	nie	nie
5	ankietowe	kwestionariusz własny	100	studenci	nie	nie	nie
6	ankietowe	kwestionariusz własny	90	inne	nie	nie	nie
7	ankietowe	kwestionariusz własny	150	inne	nie	nie	nie
8	ankietowe	kwestionariusz własny	56	pielęgniarki	tak	nie	tak
9	ankietowe	standaryzowany	200	pacjenci	tak	nie	nie
10	ankietowe	brak informacji	-	pielęgniarki	nie	nie	nie
11	ankietowe	brak informacji	-	pielęgniarki	nie	nie	nie
12	ankietowe	kwestionariusz własny	-	studenci	nie	nie	nie

13	ankietowe	standaryzowany	150	pielęgniarki	nie	nie	nie
----	-----------	----------------	-----	--------------	-----	-----	-----

Źródło: opracowanie własne.

Najczęściej popełniane błędy

W dalszej części pracy przeprowadzono szczegółową jakościową analizę najczęściej występujących błędów w opublikowanych streszczeniach prac oryginalnych (Tabela 5).

Tabela 5. Najczęściej występujące błędy w opublikowanych streszczeniach prac oryginalnych

Rodzaj błędu		Liczba prac
1.	Źle ustrukturyzowane streszczenie pracy (brak jednego lub więcej wymaganych elementów, brak odpowiednich informacji w poszczególnych częściach streszczenia)	21
2.	Brak analizy statystycznej uzyskanych wyników	38
3.	Brak grupy kontrolnej/porównawczej	36
4.	Wnioski będące powtórzeniem wyników	23

Źródło: opracowanie własne.

Analiza autorów prac naukowych oraz ośrodków, z których pochodziły prezentowane wyniki badań

Szczegółowej analizie poddano autorów prezentujących prace podczas omawianej konferencji, jak również ośrodki, z których pochodziły wyniki prezentowanych badań.

W omawianej, lokalnej konferencji naukowo-szkoleniowej przeznaczonej dla pielęgniarek udział wzięło łącznie 136 osób: 119 kobiet i 17 mężczyzn. 3 osoby uczestniczące w konferencji posiadały tytuł profesora, 2 – stopień doktora habilitowanego, 24 – stopień doktora, 40 osób – tytuł magistra i 12 osób tytuł licencjata. 1 osoba uczestnicząca w konferencji posiadała tytuł inżyniera, a 54 osoby zadeklarowały brak tytułu naukowego (Tabela 6).

Tabela 6. Charakterystyka uczestników poszczególnych sesji naukowych

	Uczestnicy konferencji*/ Rodzaj sesji	K/M	Licencjat /magi- ster	Doktor	Dr hab.	Profesor	Brak tytułu na- ukowego
1.	Sesja plenarna	52/6	2/32	16	2	1	0
2.	Sesja studencka	32/6	0/1	2	-	-	35
3.	Sesja plakatowa	46/5	10/10	14	1	2	0

* - analizowano autorów prac na podstawie tekstów streszczeń, a nie uczestników będących obecnych podczas konferencji.

Autorzy analizowanych prac pochodzili z 40 różnych jednostek naukowych, naukowo-badawczych, dydaktycznych lub ochrony zdrowia. Szczegółowy podział jednostek przedstawiono w Tabelach 7 a,b,c.

Tabela 7a. Afiliacje autorów prac prezentowanych podczas sesji plenarnej

I.p.	Nazwa jednostki	Liczba prac
1.	Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Medyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa. im. Jana Grodka w Sanoku.	1
2.	Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka w Katowicach	2
3.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku – oddział laryngologii	1
4.	Główna Komisja Historyczna przy Zarządzie Głównym Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego- Instytut Kardiologii Anin	1
5.	Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny	13
6.	Wojewódzki Zakład Opieki Zdrowotnej w Tychach	4
7.	Zakład Zdrowia Publicznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny	9
8.	Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny	7
9.	Zakład Podstaw Pielęgniarstwa, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny	3
10.	Szpital Uniwersytecki w Krakowie, II Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Krakowska Akademia im. A. F. Modrzewskiego	1
11.	Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu	3

12.	Wojewódzki Szpital Wielospecjalistyczny w Tychach	3
13.	Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego Wydziału Nauk o Zdrowiu	1
14.	Śląski Uniwersytet Medyczny, Wydział Nauk o Zdrowiu	1
15.	MASTERMED Kurzątkowski Zdrodowska sp.	1
16.	Wydział Pedagogiki i Nauk o Zdrowiu Wyższej Szkoły Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim	2
17.	Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie	1
18.	Zakład Pielęgniarstwa i Opieki Paliatywnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu	2
19.	Klinika Hematologii, Nowotworów Krwi i Transplantacji Szpiku	1
20.	Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie	1
21.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego, Izba Przyjęć	1
22.	Katedra Pielęgniarstwa, Wydział nauk Medycznych, Uniwersytet Warmińsko – Mazurski w Olsztynie	1
23.	Szpital MSW w Olsztynie	1

Tabela 7b. Afiliacje autorów prac prezentowanych podczas sesji studenckiej

l.p.	Nazwa jednostki	Liczba prac
1.	Studenckie Koło Naukowe Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie	1
2.	Studenckie Koło Naukowe Pielęgniarstwa WOZiNH PWSZ Ciechanów	7
3.	Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie	2
4.	Wydział Pedagogiki i Nauk o Zdrowiu Wyższej Szkoły Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim	2
5.	Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny	1
6.	Zakład Nauczania Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Warszawski Uniwersytet Medyczny	4
7.	Radomska Stacja Pogotowia Ratunkowego w Radomiu, SKN pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej terapii TIVA	1

Tabela 7c. Afiliacje autorów prac prezentowanych podczas sesji plakatowej

I.p.	Nazwa jednostki	Liczba prac
1.	Zakład Pielęgniarstwa Społecznego i Zarządzania w Pielęgniarstwie Uniwersytetu Medycznego w Łodzi	1
2.	Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego i Kształcenia Podyplomowego WOZiNH PWSZ w Ciechanowie	7
3.	Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa i Nauk Społecznych WOZiNH PWSZ w Ciechanowie	6
4.	SPZZOZ w Mławie, oddział kardiologii	1
5.	Uniwersytet Przyrodniczo Humanistyczny w Siedlcach, kierunek rolnictwo	1
6.	Medicover Sp. Z o.o.	1
7.	Gabinet Psychologiczny w Ciechanowie	1
8.	Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie	2
9.	Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie, oddział anestezjologii i intensywnej terapii	1
10.	Wydział Ochrony Zdrowia i Nauk Humanistycznych w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Ciechanowie	2
11.	Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny	8
12.	Wydział Nauk Historycznych i Społecznych, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, kierunek: socjologia	1
13.	Klinika Endokrynologii i Diabetologii, Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie	3
14.	I Oddział Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Diabetologii i Zaburzeń Metabolicznych w Szpitalu Bielańskim w Warszawie	1
15.	Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny	2
16.	Zakład Zdrowia Publicznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny	2
17.	Zakład Podstaw Pielęgniarstwa, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny	1
18.	Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Uniwersytet Medyczny w Lublinie	1

Źródło: opracowanie własne.

Dyskusja

W dostępnym, polskim piśmiennictwie naukowym (Polska Bibliografia Lekarska) nie odnaleziono publikacji dotyczących ilościowej i jakościowej analizy wstąpień konferencyjnych, streszczeń czy pełnych tekstów publi-

kacji naukowych, które prezentowane były podczas konferencji naukowej z dziedziny nauk o zdrowiu, dlatego też praca ma charakter nowatorski.

W ostatnich latach w Polsce, szczególnie od momentu, od którego kształcenie pielęgniarek odbywa się w szkołach wyższych, zawód pielęgniarki się profesjonalizuje. Dowodem tego może być między innymi coraz większa liczba różnego rodzaju konferencji i sympozjów naukowych czy naukowo-szkoleniowych, podczas których pielęgniarki mają okazję nie tylko wysłuchać wykładów specjalistów z różnych dziedzin, ale również zaprezentować wyniki badań własnych [Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych [online], www.ckppip.edu.pl/doki/mapa_absolwent%C3%B3w_kurs%C3%B3w_specjalistycznych_w_latach_2000-2013.pdf, dostęp 13.08.2014r.]. Jednakże ze względu na fakt, że w trakcie studiów pielęgniarских, w szczególności podczas kształcenia zawodowego (studia I stopnia), kładzie się nacisk przede wszystkim na kształtowanie profesjonalnych umiejętności, kompetencje pielęgniarek w zakresie prowadzenia badań naukowych nie są priorytetowe i niezbędne do wykonywania tego zawodu. W programach kształcenia podczas studiów I i II stopnia na kierunku Pielęgniarstwo liczby godzin dydaktycznych, podczas których realizuje się treści dotyczące szeroko pojętych zagadnień metodologii badań naukowych, są zdecydowanie niewystarczające i ograniczane na rzecz zwiększania liczby godzin kształcenia praktycznego [Rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dn. 9 maja 2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa]. Z drugiej jednak strony, większość efektów kształcenia na kierunku Pielęgniarstwo podkreśla istotę i wagę znajomości przez pielęgniarki zasad codziennej praktyki klinicznej opartej na dowodach naukowych (*Evidence-based Nursing Practice*). Efekty kształcenia na kierunku Pielęgniarstwo podkreślają niejednokrotnie, że konstruowanie planów i nowoczesna, efektywna opieka nad pacjentem powinna być realizowana według najnowszej wiedzy medycznej i w oparciu o paradygmat opieki pielęgniarstwiej opartej na faktach [Rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dn. 9 maja 2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa].

Autorzy niniejszej pracy przeprowadzili ilościową i jakościową analizę treści streszczeń prac prezentowanych podczas jednej z lokalnych kon-

ferencji pielęgniarских. W dostępnej, polskiej literaturze naukowej nie przeprowadzono dotychczas takiej analizy, a teza o niewystarczającym przygotowaniu pielęgniarek do pracy naukowej wymagała potwierdzenia. W dostępnej literaturze odnaleźć można publikacje dotyczące braku zainteresowania pielęgniarek prowadzeniem badań naukowych [Thiel, Ghosh 2008, ss. 182–192, Chang, Huang, Chen 2013, ss. 43–48, Majid, Foo, Luyt 2011, ss. 229–236, Olade 2004, ss. 220–225, Melnyk 2012, ss. 410–417, Eizenberg 2011, ss. 33–42, Waters, Crisp, Rychetnik 2009, ss. 510–518, Williams 2013, ss. 14–15, Kózka 2007, ss. 13–15, jednakże dotychczas nie analizowano potrzeb pielęgniarek chcących podejmować tego typu aktywność zawodową w zakresie samooceny ich kompetencji w obszarze szeroko pojętej metodologii badań naukowych.

Pierwszym analizowanym w niniejszej pracy zagadnieniem były rodzaje prac, prezentowane podczas konferencji. Większość stanowiły prace badawcze, jednakże w dalszym ciągu dużą część prezentacji zjazdowych stanowiły prace pogładowe. Zdaniem autorów niniejszej pracy, prace pogładowe, jak również prace spełniające kryteria prac przeglądowych, nie powinny być prezentowane podczas konferencji naukowych lub powinny być prezentowane w bardzo ograniczonym zakresie i w ściśle określonych warunkach. Być może dobrze przygotowana praca przeglądowa, obejmująca przegląd najnowszego, krajowego i światowego piśmiennictwa naukowego z kilku ostatnich lat mogłaby stanowić wprowadzenie do tematyki konferencji, jednakże prace takie nie powinny stanowić prawie 1/3 prezentowanych doniesień. Autorzy niniejszej pracy, po szczegółowym zapoznaniu się z materiałem zawartym w streszczeniach prac, zdecydowali się dokonać analizy wyłącznie prac badawczych/oryginalnych. Decyzja taka została podjęta przed wszystkim ze względu na poziom merytoryczny prezentowanych prac pogładowych. Zdecydowana większość z nich nie zawierała żadnych nowych treści, wnoszących cokolwiek nowego do aktualnego stanu wiedzy na temat pielęgnowania i jest w swej istocie jedynie powtórzeniem ogólnie znanych faktów. Kilka z prezentowanych prac, szczególnie w sesji plakatowej, miało charakter informacyjny, nie posiadając żadnych znamion pracy naukowej. Zdaniem autorów, tego typu prace powinny już na etapie kwalifikacji prac do prezentacji podczas konferencji być odrzucane przed Komitet Naukowy, ze względu na fakt, że nie wnoszą niczego nowego do aktualnego stanu wiedzy pielęgniarskiej, a konferencja ta miała również w swej nazwie charakter szkoleniowy. W tym kontekście,

zwraca również uwagę brak prac o charakterze studium przypadku. Zdaniem autorów przyczyn takiego stanu rzeczy może być kilka. Jedną z nich jest brak doświadczenia personelu pielęgniarskiego w przygotowywaniu tego typu prac naukowych. Ta, najkrótsza, i jakby się mogło często wydawać doświadczonym klinicystom, najłatwiejsza forma pracy naukowej, pielęgniarkom może sprawiać trudności, przede wszystkim ze względu na brak dotychczasowego doświadczenia w pisaniu, ale również w czytaniu tego typu form artykułów naukowych. Dotychczas była to forma doniesienia naukowego z dziedzin ściśle klinicznych, dotycząca diagnozy czy leczenia specyficznego, nietypowego przypadku klinicznego. Zdaniem autorów, może być to również praca dotycząca opieki pielęgnacyjnej takiego pacjenta, gdyż często nietypowa diagnoza i leczenie mogą skutkować również koniecznością objęcia pacjenta nietypowym planem opieki pielęgniarskiej. Zdaniem autorów, już na etapie kształcenia klinicznego studentów podczas studiów I i II stopnia nauczyciele akademicki czy opiekunowie praktyk klinicznych powinni przedstawiać studentom możliwości opisywania pielęgnacji nietypowych przypadków klinicznych jako prac naukowych. Prezentowana teza nie jest zgodna z założeniami charakteru prac dyplomowych, które są zobowiązani przygotować studenci kończący studia I stopnia. Według wytycznych właściwych ministerstw, praca licencjacka powinna mieć charakter studium przypadku opisującego proces pielęgnacji pacjenta z wybraną, typową jednostką chorobową. Zdaniem autorów, należy ponownie rozważyć słuszność takiej koncepcji, ze względu na to, że ogranicza ona przygotowanie pracy jedynie do opisanie typowego planu opieki pielęgniarskiej, bez wyszukania ciekawego przypadku, co wymagałoby kreatywności i umiejętności poszukiwania, którą powinien wykazać się absolwent studiów wyższych.

Kolejnym analizowanym w pracy zagadnieniem była jakość prac oryginalnych, którą oceniano na podstawie wyboru tematyki badań, struktury streszczenia, projektu badawczego, doboru grupy/grup porównawczych/kontrolnych, sposobu analizy wyników (analiza statystyczna) oraz wnioskowania.

Większość streszczeń prac badawczych zawartych w książce streszczeń była źle ustrukturyzowana. Zgodnie ze standardami światowymi prawidłowa struktura streszczenia w pracy badawczej to: *Wstęp i cel pracy*, *Materiał*, *Metody*, *Wyniki*, *Wnioski*. W wielu analizowanych pracach brakowało szczegółowo opisanej grupy badanej i przyjętej metodyki badań, w wielu

streszczeniach nie opisano w ogóle uzyskanych wyników badań, a zdecydowana większość streszczeń nie zawierała prawidłowo skonstruowanych wniosków z badania, tylko uogólnione powtórzenie wyników badań. Zdecydowana większość prac badawczych nie zawierała porównania badanych grup, a była jedynie opisem jednej grupy, dlatego też w większości prac nie było przeprowadzonej żadnej porównawczej analizy statystycznej ze wskazaniem testu statystycznego czy wartości współczynnika p . Uwagę zwraca również fakt, że większość prac była oparta na badaniach ankietowych prowadzonych według własnego kwestionariusza ankiety, w nielicznych pracach zastosowano standaryzowane narzędzia badawcze, co zdecydowanie podnosi wartość publikacji i umożliwia porównanie uzyskanych wyników z innymi autorami. Warto podkreślić, że w wielu zaprezentowanych pracach badane grupy były dość liczne, jednakże jest to tylko jeden z wielu warunków prawidłowego przeprowadzenia badań.

Z przeprowadzonej analizy wynika, że wiele streszczeń zawierało podstawowe błędy związane z planowaniem badania, jak również z analizą wyników oraz przedstawieniem ich w formie prawidłowo skonstruowanego streszczenia, które jest najkrótszą formą doniesienia naukowego.

Celem prezentacji wyników badań własnych podczas konferencji naukowej jest zwykle wymiana i weryfikacja doświadczeń czy nawiązanie współpracy z innymi badaczami. Zwykle również przygotowywane są pełne teksty artykułów publikowane po konferencji w monografii lub w formie artykułów oryginalnych w czasopiśmie naukowych. Takie publikacje coraz częściej potrzebne są do uzyskiwania kolejnych stopni naukowych oraz do corocznego rozliczenia z pracy naukowej prowadzonej w uczelniach wyższych. Artykuły naukowe wysyłane do czasopism są recenzowane, a podstawowe błędy metodologiczne w publikacjach dyskwalifikują je i uniemożliwiają opublikowanie wyników przeprowadzonych badań. Brak odpowiedniej liczby publikacji, którego jednym z powodów może być właśnie niewystarczający poziom wiedzy z zakresu metodologii badań naukowych, uniemożliwia również zdobywanie kolejnych stopni naukowych i, co z tym idzie, budowania kadry samodzielnych pracowników naukowych, specjalistów z dziedziny nauk o zdrowiu, kształcących nowe pokolenia m.in. pielęgniarek, prowadzących nowoczesną praktykę pielęgniarstwa opartą na dowodach naukowych.

Przedstawione wyniki podsumowano dokonując szczegółowej analizy autorów prezentowanych prac oraz jednostek, z których pochodziły pre-

zentowane wyniki badań. Analiza ta potwierdziła jedynie wcześniejsze obserwacje. Liczba samodzielnych pracowników naukowych była zdecydowanie niewystarczająca, co mogło wpłynąć negatywnie na poziom metodologiczny prezentowanych prac. Ponadto, zdecydowana większość prac pochodziła spoza ośrodków akademickich, czyli ośrodków, w których nie ma tradycji i doświadczenia w prowadzeniu badań naukowych, co niewątpliwie wpływa na jakość prowadzonych badań i prezentowanych prac. W analizowanym materiale jedynie prace pochodzące z ośrodków akademickich posiadały opisane w streszczeniach szczegółowe analizy statystyczne uzyskanych wyników wraz z podaniem nazw testów statystycznych i wartości współczynnika p . Uwaga ta dotyczy również doboru badanych/porównywanych grup – ich porównywalności. Zdaniem autorów, to przede wszystkim samodzielni pracownicy ośrodków akademickich powinni przejąć wiodącą rolę w przekazywaniu wiedzy na temat poprawności prowadzenia badań naukowych wśród zainteresowanych specjalistów nauk o zdrowiu, aby podnosić jakość badań, ich nowatorstwo i, tym samym, zwiększać widoczność polskich naukowców w dziedzinie nauk o zdrowiu na arenie międzynarodowej.

Zdaniem autorów pracy, w świetle uzyskanych wyników, organizatorzy konferencji naukowych dla specjalistów nauk o zdrowiu, ze względu na brak lub niewystarczające dotychczasowe przygotowanie w obszarze badań naukowych osób prezentujących prace podczas konferencji, powinni zwrócić większą uwagę na poprawność metodologiczną prezentowanych prac na dwóch etapach. Pierwszy etap to eliminowanie zawartych w streszczeniach błędów już na etapie kwalifikacji prac do prezentacji, co wymagałoby powołania specjalistów w dziedzinie badań naukowych do komitetów naukowych i organizacyjnych konferencji. Drugi etap to wprowadzenie możliwości wskazywania popełnianych błędów metodologicznych już podczas samej prezentacji pracy, w formie dyskusji prac naukowych przez członków komitetów naukowych konferencji, jak również przez samych uczestników konferencji.

Ponadto, zdaniem autorów, podczas konferencji naukowych powinny być organizowane warsztaty czy szkolenia z szeroko pojętej metodologii prowadzenia badań naukowych i przygotowywania tekstów streszczeń/artykułów naukowych, tak, aby osoby zainteresowane podejmowaniem działalności naukowej w swojej dziedzinie, miały okazję do weryfikacji poziomu swojej wiedzy oraz umiejętności i niepowielania w przeszłości

popelnianych błędów. Warto również rozważyć modyfikację programów kształcenia podczas studiów I i II stopnia w zakresie badań naukowych w pielęgniarstwie, jak również modyfikację programów szkolenia podyplomowego w tym obszarze. Ponadto, również w związku z zainteresowaniem wybranej grupy pielęgniarek podejmowaniem badań naukowych, należy rozważyć stworzenie kursu dokształcającego w zakresie metodologii badań naukowych w naukach o zdrowiu, ze szczególnym uwzględnieniem badań w pielęgniarstwie. Szkolenia takie wypełniłyby lukę na rynku edukacyjnym dla pielęgniarek w tym zakresie.

Ograniczenia prezentowanych wyników oraz dalsze kierunki prowadzonych badań

Zaprezentowana w pracy analiza ma jedynie charakter pilotażowy. Istotnym ograniczeniem prezentowanej pracy jest fakt, że dotyczyła ona analizy streszczeń prezentowanych podczas jednej, lokalnej konferencji naukowej dla pielęgniarek. Analiza wskazuje tendencje w badaniach naukowych prowadzonych przez pielęgniarki: najczęściej wybierane metody i techniki badawcze, sposób analizy wyników oraz wnioskowania, dotyczy jednak wybranej, lokalnej konferencji naukowej i nie może być traktowana jako reprezentatywna. Dalsze, planowane analizy dotyczyć będą ogólnopolskich konferencji naukowych dla pielęgniarek, organizowanych pod patronatami towarzystw naukowych i ogólnopolskich organizacji zawodowych, podczas których prezentowane są wyniki badań prowadzonych w różnych ośrodkach: akademickich, jak również pozaakademickich. Dopiero taka analiza pozwoli na sformułowanie bardziej wiarygodnych, ponieważ opartych na reprezentatywnej ogólnopolskiej próbie, wniosków dotyczących poziomu i kierunku rozwoju badań naukowych w pielęgniarstwie w Polsce.

Wnioski

1. W trosce o jakość prowadzonych w pielęgniarstwie badań naukowych należy stworzyć program szkoleń dla pielęgniarek pracujących w zawodzie z obszaru szeroko pojętej metodologii badań naukowych.
2. Ze względu na duże zainteresowanie studentów pielęgniarstwa czynnym udziałem w konferencji oraz na wysoki poziom merytoryczny prezentowanych prac, należy kłaść duży nacisk na kształcenie w zakresie metodologii badań naukowych i *Evidence-based Nursing Practice* już podczas studiów I i II stopnia na kierunku Pielęgniarstwo.

Bibliografia

Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2011 nr 174 poz. 1039)

Tomaszewska M., Cieśla D., Czerniak J. (2008), *Możliwości doskonalenia zawodowego pielęgniarek – potrzeby a rzeczywistość*, „Problemy Pielęgniarstwa”, 16 (1,2), ss. 40–47.

Jurczak A., Hoffman G., Augustyniuk K. (2012), *Motyny podejmowania kształcenia podyplomowego przez położne województwa zachodniopomorskiego*, „Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia”, 5(1), ss. 39–42.

Graf L., Śleziona M., Ptaszek G. (2014), *Wpływ rozwoju zawodowego na wizerunek pielęgniarstwa*, „Pielęgniarstwo Specjalistyczne”, 4 (1), ss. 171–176.

Cisoń-Apanasewicz U., Gawel G., Ogonowska D. (2009), *Opinie pielęgniarek na temat kształcenia podyplomowego*, „Problemy Pielęgniarstwa”, 17 (1), ss. 32–37.

Bidzińska E., Sobczak M., Rakowska K. (2007), *Motyny podwyższania wykształcenia przez pielęgniarki Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu*, „Problemy Pielęgniarstwa”, 15 (2,3), ss. 197–202.

Palczewska A. (2008), *Analiza kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych na północno-wschodnim Mazowszu*, „Problemy Pielęgniarstwa”, 16 (3), ss. 285–292.

Nowicki G., Chilimoniuk B., Goniewicz M. (2012), *Możliwości i bariery rozwoju zawodowego pielęgniarek w opinii uczestników specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego*, „Problemy Pielęgniarstwa”, 20 (4): 473–479.

Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych [online], www.ckppip.edu.pl/doki/mapa_absolwent%C3%B3w_kurs%C3%B3w_specjalistycznych_w_latach_2000-2013.pdf, dostęp 13.08.2014r.

Gotlib J., Belowska J., Panczyk M. (2014), *Evidence-based Medicine i Evidence-based Nursing Practice – przegląd polskiego piśmiennictwa naukowego*, „Problemy Pielęgniarstwa”, w druku.

Gotlib J., Belowska J., Panczyk M. (2014), *Zastosowanie Evidence-based Practice w wybranych grupach specjalistów nauk o zdrowiu – przegląd światowego piśmiennictwa*, „Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue”, w druku.

Gotlib J. (2014), *Pielęgniarki o Evidence-based Nursing Practice*, „Medycyna Dydaktyka Wychowanie”, 1, ss. 11–12.

Gotlib J., Belowska J., Panczyk M. (2014), *Wiedza i postawy pielęgniarek wobec wykorzystywania wyników badań naukowych w codziennej praktyce klinicznej – doniesienie wstępne*, „Problemy Pielęgniarstwa”, w druku.

Gotlib J., Ścieglińska B., Belowska J. (2014), *Pielęgniarki oddziałowe o codziennej praktyce klinicznej opartej na dowodach naukowych*, „Medycyna Dydaktyka Wychowanie”, 2, ss. 8–10.

Belowska J., Panczyk M., Gotlib J. (2014), *Porównanie wiedzy i postaw pielęgniarek oddziałowych i odcinkowych wobec wykorzystywania wyników badań naukowych w codziennej praktyce klinicznej*, „Polish Journal of Public Health”, w druku.

Rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dn. 9 maja 2012 r. w sprawie w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa. Dziennik Ustaw RP z dn. 5 czerwca 2012 r. Poz. 631.

Thiel L., Ghosh Y. (2008), *Determining registered nurses' readiness for evidence-based practice*, „Worldviews on Evidence-Based Nursing”, (5)4, ss. 182–192.

Chang SCh., Huang ChYi., Chen SYu. (2013), *Evaluation of a Critical Appraisal Program for Clinical Nurses: A Controlled Before-and-After Study*, „The Journal of Continuing Education in Nursing”, 1, ss. 43–48.

Majid S., Foo S., Luyt B. (2011), *Adopting evidence-based practice in clinical decision making: nurses' perceptions, knowledge, and barriers (EC)*, „Journal of the Medical Library Association”, 99(3), 229–236.

Olade RA. (2004), *Evidence-Based Practice and Research Utilization Activities Among Rural Nurses*, „Journal of Nursing Scholarship”, 36 (3), ss. 220–225.

Melnyk B.M., Fineout-Overholt E., Gallagher-Ford L. (2012), *The state of evidence-based practice in US nurses: critical implications for nurse leaders and educators*, „Journal of Nursing Administration”, 42 (9), ss. 410–7.

Eizenberg M.M. (2011), *Implementation of evidence-based nursing practice: nurses' personal and professional factors?*, „Journal of Advanced Nursing”, 67 (1), ss. 33–42.

Waters D., Crisp J., Rychetnik L. (2009), *The Australian experience of nurses' preparedness for evidence-based practice*, „Journal of Nursing Management”, 17(4), ss. 510–518.

Williams AB. (2013), *Praktyka pielęgnarska oparta na faktach*, „Sztuka Pielęgnowania”, 4, ss. 14–15.

Kózka M. (2007), *Zastosowanie badań naukowych w praktyce pielęgnarskiej*, „Pielęgniarka Epidemiologiczna”, 2/3, ss. 13–15.



Aleksandra Gutysz-Wojnicka

University of Warmia and Mazury in Olsztyn

Dorota Ozga

Institute of Obstetrics and Emergency Medicine, University of Rzeszów

Elżbieta Majchrzak-Kłokocka

Regional Specialist Hospital in Olsztyn

Iwona Kacprzak

Municipal Hospital Complex in Olsztyn

Małgorzata Zalewska

District Health Care Unit in Ostróda S.A.

Chronic pain coping strategies

Abstract

Introduction

Pain coping strategies are one of the elements affecting a chronic pain acceptance. Identification of patient's pain coping strategies and presented advantageous or harmful pain behaviors increases the chances of introducing effective treatment and in consequence improvement of quality of life with chronic pain.

Aim of the paper

The aim of the paper was identification of chronic pain coping strategies used by patients waiting for a surgery. The patients' perception of coping with the pain and ability of reducing its intensity were evaluated.

Material and methods

The main research tool was the Pain Coping Strategies Questionnaire (CSQ). The research included 121 patients hospitalized in surgical wards in three hospitals in Warmia and Mazury voivodship waiting for a surgery: 108 (89,0%) women and 13 (11,0%) men. The statistical analyses were conducted with the use of Kruskal-Wallis non-parametric test, U Mann-Whitney Test, Paired T Test and descriptive statistics. Adopted level of significance $\alpha=0.05$.

Results

On the basis of the obtained results it was concluded, that the most often used pain coping strategies were declaring coping – 15.05, then praying/hopefulness – 11.46 and ignoring the

sensation – 10.88. The choice of the strategy depended on the age $p=0.05$ and gender of the patients $p=0.004$. All pain coping strategies, except from reevaluating the pain sensation and catastrophic views, influence the increased feeling of pain control and effectiveness in reducing its intensity ($p<0.05$).

Conclusions

1. The studied patients waiting for the surgery most frequently use such pain coping strategies as: declaring coping, praying/hopefulness, ignoring the sensation.
2. Patients rarely apply one dominant pain coping strategy.
3. Majority of the used strategies, except from the catastrophic views and reevaluating the pain sensation, significantly affects the feeling of pain control and efficiency in reducing its intensity.

Key words: coping strategies, pain.

Introduction

According to the definition of International Pain Research Society pain is a subjectively unpleasant and negative sensory and emotional impression formed under the influence of tissue-damaging stimulus or threatening with tissue malfunctions [Mersky, Bogduk 1994]. Pain accompanies human from birth to death and is one of the most frequently reported ailment. Acute pain resulting from a tissue-damaging or potentially damaging stimulus serves a warning and protective function. Such pain is called “physiological pain”, occurs suddenly and with properly administered treatment subsides after several days. The process of formation of the sensation of pain is called nociception. Nociception starts after acting with a damaging stimulus to a specialized nerve endings – nociceptors, the energy of working stimulus transforms them into electric impulse and is conducted to the spinal ganglia and nocicepting neuron in the posterior corner of spinal cord. The information about pain are modulated at this level. From the posterior corner of spinal cord the supra-threshold stimuli are transmitted to higher parts of the nervous system. In the brain the perception of the pain stimulation and realization of experiencing pain and its intensity takes place. Then such emotions as fear, anger, aggression appear. Pain transmitted this way is called “receptor” or “regular” pain and almost everyone experiences it during a lifetime [Dobrogowski 2011, pp. 20–0, Dobrogowski, Wordliczek 2007, ss. 3–8].

Chronic pain is the pain that lasts more than 3 months. Many of the researchers underline, that chronic pain itself should be treated as a disease [Hielgier 2002, p. 6–11]. It does not serve the warning and protective function, is „unnecessary”. Chronic pain causes suffering, develops slow-

ly, its cause is often a chronic disease or cancer, patient is often depressed and the consequences of pain are permanent [Domżał 2008, p. 1-8]. Chronic pain has many adverse biopsychosocial effects. It causes limitation of physical activity, weakening of muscle and joints, greater susceptibility to disease, sleep disorders, lack of appetite, addiction to drugs used, dependence on family and carers, economic losses, social isolation, mental changes, such as anxiety, fear, bitterness, depression, suicidal tendencies [Korzeniewska, Szalek 2010, pp. 9–14, Hielgier 2002 ss. 6–11]. According to the recommendations of World Health Organization (WHO) chronic pain should be treated as soon as possible. Unfortunately, it is a pain hard to treat— 40% of patients suffering from chronic pain reports dissatisfaction with effectiveness of its treatment [Korzeniewska, Szalek 2010, pp. 9–14]. Lack of satisfying effectiveness of pharmacological chronic pain treatment brought more attention to the influence of psychological factors on the treatment and acknowledging the psychological methods in planning the efficient therapy.

Theoretical model of pain in psychological approach assumes, that pain is a process consisting of phases connected into one unit [de Walden Gałuszko, Majkiewicz 2003, p. 5]. The first phase is the sensory-discriminative sensation caused by a stimulus. The second phase is the reaction of annoyance caused by pain stimulation. The third phase is suffering, total pain, a very complex phenomenon. Suffering consists of manifold emotional reactions (depression, fear, anger) modified by patient's specific psychological features (personality, ways of coping with stress, opinions, experiences). The fourth phase is a behavioral expression of pain, namely pain behavior [de Walden Gałuszko, Majkiewicz 2003, p. 5]. Efficient chronic pain treatment requires evaluation of its psycho-clinical conditions. The pain evaluation in first and second phase (sensory-discriminative sensation and the feeling of annoyance) can be done with standard scales, e.g. VAS, NRS. However, a full evaluation of suffering and pain frequently requires application of specific psychological scales and observation of the patient. In pain treatment in the sensory-discriminative phase with a small bit of annoyance, analgesics are often enough. If the annoyance reaction is severe, components of fear or depression occur, apart from basic analgesics also sedatives, anxiolytics or antidepressants will be recommended. In the case of overwhelming suffering the treatment should be complemented with spiritual and psychological help. Full,

multidirectional assessment of chronic pain increases chances of selecting an effective treatment pattern [de Walden Gałuszko, Majkowicz 2003, p. 5].

Perception of chronic pain

The perception of chronic pain is affected by [de Walden Gałuszko, Majkowicz 2003, pp. 8–13]:

1. Social and demographic factors. The research results indicate, that women have lowered threshold of pain sensation and pain tolerance in comparison to men and elderly people present less intensive symptoms of suffering.
2. Personality traits. Neurotic personality is characterized by higher level of psychological stress, worse pain perception and harsher annoyance reaction. People with extravert traits more vividly express pain, but to a lesser extent it distorts their lives.
3. Chronic pain coping strategies. Two basic strategies of coping with pain/stress are distinguished. First – task-oriented, directed at solving the task/problem. Patients are active, take up pain reducing exercises and actions, distract themselves from pain. The second strategy is focused on emotions. Patients are focused on looking for support, are passive, not very active. Most often it is assumed, that task-oriented strategies are more advantageous for the patient, since they enhance the pain control.
4. Cognitive and affective determinants. Internal attitude, hope and belief in success of the treatment advantageously affect the pain perception.
5. Control perception placement Perception of control over events in one's life can be "internal" or "external". People convinced, that they have influence on their own life have the ability of controlling the pain, have lower feeling of hopelessness and depression, are more mobilized for action.
6. Optimism favors a better pain perception, allows keeping hope, adjusting to the situation.

Pain coping strategies are one of the elements affecting a chronic pain acceptance. Acceptance of chronic pain is defined as living with pain without accompanying emotions, disapproval, attempts to reduce or avoid it. Identification of patients' pain coping strategies and presented advantageous or harmful behaviors increases chances of administering effective treatment and in consequence improvement of quality of life with chronic pain [McCracken, Eccleston 2003, ss. 197–204, Zielazny et al. 2013, pp. 251–258].

Aim of the paper

The aim of the research was identification of chronic pain coping strategies used by patients waiting for a surgery, and the influencing factors. The level of pain and patients' perception regarding pain control and ability to reduce its intensity were evaluated. In the research the dependencies between the selected pain coping strategies and the pain control perception and efficiency of reducing the pain intensity by patients were analyzed.

Method and material

In the research the Pain Coping Strategies Questionnaire (CSQ), whose authors are A.C. Rossentiel i F.J. Keefe (1983) was used with adaptation of the Polish version by Z. Juczyński [Juczyński 2009, pp. 156–161]. The questionnaire consists of 42 statements describing various kinds of pain coping strategies and two questions regarding evaluation of own abilities of using various pain coping and reduction strategies. The questionnaire is designed for researching adults suffering from pain. The pain coping strategies reflect six cognitive and one behavioral pain coping strategy. The strategies were additionally divided into cognitive and behavioral. Cognitive pain coping strategies are: declaring coping with pain, distraction, undertaking vicarious activities, catastrophic views and praying, searching for hope. The behavioral strategy is increased activity. For each strategy an outcome is calculated, which falls between 0–36 points. The higher the result, the higher the significance of the given pain coping strategy for the patient. Separately calculated are the results for questions regarding the degree of pain control and efficiency in reducing its intensity. The answers to those questions are evaluated with 0–6 scale, the higher result indicates a higher degree of pain control and reduction efficiency.

For evaluation of pain level the Visual-analog scale VAS was used, while for obtaining information regarding respondents' demographic and social background own questionnaire was prepared.

The pain coping strategies were designated according to the key using the MS Excel 2007 program, whereas the statistical analyses were conducted with the use of Kruskal-Wallis Test, U Mann-Whitney Test, PAired T Test and descriptive statistics. Adopted level of significance $\alpha=0.05$.

Organization of the study and research group

The research group were the patients hospitalized in surgical wards of three hospitals in Warmia and Mazury voivodship (voivodship, powiat and municipal hospital) waiting for a surgery. The research was conducted after receiving the treatment unit directors' approval in the way securing the respondents' anonymity. In each of the hospitals a designated person not employed in the given ward visited the patients waiting for the surgery. After receiving the patient's consent to participate in the research, the patients received a questionnaire. The analyses included the data received from the patients, who signaled experiencing pain for more than 3 months.

Results

The research included 121 patients hospitalized in surgical wards in three hospitals in Warmia and Mazury voivodship waiting for a surgery: 108 (89,0%) women and 13 (11,0%) men. For the purpose of the statistical analysis six age groups were distinguished. The first group of people between 18–29 years of age contained 13 patients, that is 11.0%. The next age group of patients of 30–39 years of age included 17.0%, that is 20 people. The third age group are patients of 40–49 years of age represented by 37 (31.0%) of researched people. The fourth group, the most numerous, includes 40 (33.0%) patients of the age of 50–59. The next group includes patients of the age of 60–69 – 10 (8.0%) people. Above 70 years of age was only one person (1.0% of the patients). The most numerous group – 99 (82.0%) were city dwellers, only 22 (18.0%) lived in the country. The education of the research respondents was also analyzed. Among the 121 people 51 (42.1%) had higher education, 56 (46.3%) – secondary education, 11 people (9.1%) – vocational, only 4 people (2.5%) had primary education. Studying or continuing education were only 5 people (4.1%). Among the research participants employed were 93 people (76.9%). Eight people (6.6%) defined their status as unemployed/not working/on maternity leave. Only 15 (12.4%) respondents answered they are retired or pensioners.

Table 1 presents the calculation results regarding pain coping strategies.

Table 1. Chronic pain coping strategies in a given group

Research group	N – 121
Distraction M±SD Minimum Maximum	9.15 ±8.59 0 33
Reevaluation of pain sensations M±SD Minimum Maximum	6.68 ±7.89 0 30
Catastrophic views M±SD Minimum Maximum	8.07 ±8.37 0 32
Ignoring the sensation M±SD Minimum Maximum	10.88 ±9.58 0 33
Praying/hopefulness M±SD Minimum Maximum	11.46 ±9.95 0 35
Declaring coping M±SD Minimum Maximum	15.05 ±10.12 0 36
Increased behavioral activity M±SD Minimum Maximum	9.84±9.05 0 33

Source: own.

On the basis of the obtained results it was concluded, that the most often used pain coping strategies were declaring coping – 15.05, then praying/hopefulness – 11.46 and ignoring the sensation – 10.88. It was proven, that patients with pain lasting over 3 months hospitalized in surgery wards waiting for a surgery least frequently use the reevaluation of pain sensation strategy (6.68). Analysis of results (points) for each pain coping strategy on the level of individual patients (0–36 scale) proves low importance of single pain coping strategy for majority of patients. Only 1% of respondents gave one of the seven strategies more than 30 points and 20% of respondents gave 18 and more points to a single strategy.

The dependencies among each of the 7 pain coping strategies and such independent variables as gender, age, education, place of residence, occupation were analyzed. In the analysis acknowledged were only those independent variables, for which the regression function became the biggest and variables statistically significant for the researched group. It was proven, that men ($p=0.004$) most frequently used the distraction strategy as the only strategy, disregarding the other strategies. In the case of women, no statistically significant preference in selection of pain coping strategies was proven. In the analysis of dependencies between age of respondents and pain coping strategies it was proven, that patients between 40–49 years of age least frequently used the distraction strategy. Average result for this age group was 7.54, $p=0.05$. This strategy was most frequently used by patients in the age of 18–29, namely youngest complying with criteria for inclusion in the study. For this age group the average result for distraction was 13.38, $p=0.05$. Statistical analysis also showed dependence between the age and applying a strategy of increased behavioral activity. For respondents of age 40–49 the obtained result was the lowest – 7.16, $p=0.06$, whereas the highest result for this strategy was 15.76, $p=0.07$ and regarded the youngest. Respondents' education, place of residence and occupation did not influence the pain coping strategy selection.

Analysis of pain control perception (the degree of pain perception) and ability to reduce pain (effectiveness in reducing its intensity) proved, that the average value of the researched patients' pain control perception was 4.04 (0–6 scale). The patients also evaluated their ability to reduce pain on average 4.11 (0–6 scale) (table 2).

Table 2. Pain control and ability to reduce pain in the respondent's opinion

Pain control	
M±SD	4.04 ±1.36
Minimum	0
Maximum	6
Ability to reduce pain	
M±SD	4.11 ±1.29
Minimum	0
Maximum	6

Source: own.

Men lower evaluated their perception of pain control and efficiency in reducing its intensity. Average values for men are respectively 3.0 and 3.5 (0–6 scale). For women average value for pain control was 4.16 and

for pain reducing efficiency – 4.18 (0–6 scale). In the analysis of influence of age on pain control perception it was proven, that the youngest patients, namely in the age of 18–29, presented the highest average values for pain control perception – 4.30 and 3.84 for pain reduction. The place of residence of the participants of the research and their occupation did not affect the degree of pain control perception nor the effectiveness in reducing its intensity on the statistically significant level.

Pain is one of the most nagging sensations causing suffering and discomfort, and co-existing symptoms cause feeling of lack of self-sufficiency, feeling of being dependent on others and low self-esteem. Table 3 presents results for average values for pain intensity measured with VAS scale. VAS I is understood as the strongest pain experienced before treatment, VAS II is the weakest pain experienced by the patient, VAS III is the currently experienced pain.

Table 3. Pain level in VAS scale with time distribution of felt pain

Time point	Valid No.	Average	Mediana	Minimum	Maximum	SD
VAS I	121	6.57	7.0	0,00	10	2.68
VAS II	121	5.52	3.0	0.00	10	15.44
VAS III	121	7.85	4.0	0,00	10	19.58

Source: own.

The values of currently experienced pain intensity by patients was very high 7.85 (0–10 scale). Analysis of pain intensity determined with VAS scale with regards to gender did not prove statistically significant differences, $p = 0,42139$. However, women significantly higher evaluated the intensity of experienced pain, average 8.44, than men, average 3.0. (0–1 scale). Detailed results are presented in table 4.

Table 4. VAS scale evaluated pain intensity regarding gender

Factor level	N	VAS I AVERAGE	VAS I ST. DEVIATION	VAS II AVERAGE	VAS II ST. DEVIATION	VAS III AVERAGE	VAS III ST. DEVIATION
Total	121	6.5785	2.6825	5.5289	15.448	7.8595	19.585
Women	108	6.6851	2.6356	5.8611	16.312	8.4444	20.648
Men	13	5.6923	3.0106	2.7692	2.1661	3.0000	2.3452

Source: own.

In the research the dependencies between the selected pain coping strategies and the feeling of pain control and efficiency of reducing the pain intensity by patients were analyzed. It was concluded, that using most of the pain coping strategies significantly influences the feeling of pain control (table 5) and the perception of efficiency in reducing its intensity (table 6). Significant dependencies were not proved only in the reevaluation of pain sensations and catastrophic views strategy.

Table 5. Influence of the strategy on feeling of pain control

Strategy	N	Z statistic	p value
Distraction	114	2.154147	0.031229
Reevaluation of pain sensations	109	0.191565	0.848083
Catastrophic views	118	1.564977	0.117588
Ignoring the sensation	114	3.465368	0.000530
Praying/hopefulness	115	3.916520	0.000090
Declaring coping	110	6.960277	0.000000
Increased behavioral activity	112	2.740242	0.006139

Source: own.

Table 6. Influence of the strategy in perception of efficiency in pain intensity reduction

Strategy	N	Z statistic	p value
Distraction	114	2.154147	0.031229
Reevaluation of pain sensations	114	0.468293	0.639575
Catastrophic views	119	1.466718	0.142453
Ignoring the sensation	115	3.916520	0.000090
Praying/hopefulness	116	3.992450	0.000065
Declaring coping	111	7.213601	0.000000
Increased behavioral activity	114	2.716099	0.006606

Source: own.

Discussion

The aim of the research was the evaluation of the chronic pain coping strategies, perception of pain control and effectiveness in its reduction

used by patients. Healthy people in the case of pain more frequently use active pain coping strategies and undertake an increased behavioral activity [Marcinkowska-Bachlińska, Malecka-Panas 2006, pp. 83–90]. In the research patients usually chose the declared coping strategy, then praying/hopefulness and ignoring the sensations. The least frequently chosen was the catastrophic views strategy and reevaluation of pain strategies. The literature reports issues of negative influence of using passive pain coping strategies, such as catastrophic views, on general activity and illness acceptance level [Marcinkowska-Bachlińska, Malecka-Panas 2006, pp. 83–90]. Kózka et al. [2013, pp. 297–305] analyzed the pain coping strategies of patients with cancer. The subjects most often coped with pain through prayer/hopefulness, less frequently by declaring coping and distracting from pain. The authors proved, that there is a statistically significant dependency between the evaluation value of pain control effectiveness and all pain coping strategies. This correlation was positive in case of all strategies except for catastrophic views as a pain coping strategy. Positive correlation meant, that the higher the perception of own effectiveness, the higher the value of given strategy, namely patient uses it to a larger extent as a way to cope with pain. Catastrophic views strategy was characterized by opposite dependency. The authors have also stated, that there is a positive statistic dependency between illness acceptance and pain control evaluation and evaluation of ability to reduce it. The research has shown, that all pain coping strategies, except for catastrophic views, can positively affect the pain control evaluation and thus the higher level of illness acceptance. Own research confirmed a significant influence of chosen strategies on pain control perception and effectiveness in its reduction, except for the catastrophic views and reevaluation of pain sensations. It partially confirms other authors' reports. Rolka et al. [2007, pp. 178–183] analyzed the pain coping strategies of patients with migraine. The subjects most frequently used declaring coping as a way of coping with pain and reevaluation of pain sensations. The patients in this group very rarely used such strategies, as: hopefulness/praying, distraction and catastrophic views. Opposite results were obtained by Łuczak-Wawrzyniak et al. 2007, pp. 329–335]. The authors shown, that women suffering from endometriosis most frequently used hopefulness/praying and declaring coping as pain coping strategies. The catastrophic views strategy was rarely used by this research group. Similar results were obta-

ined by Andruszkiewicz et al. 2008, pp. 237–240]. Patients suffering from hip joint degeneration most frequently used the praying/hopefulness and declaring coping strategies. Very similar results are presented by Zielazny et al. [2013, pp. 251–258] researching patients with spine degeneration. The subjects most frequently used the hopefulness/praying and declaring coping strategies, the subjects declared pain control perception and effectiveness in its reduction. The least frequently used were reevaluation of sensations and catastrophic views strategies. Marcinkowska-Bachlińska et al. [2006, pp. 83–90] stated, that patients with reflex disease are more frequently characterized by external pain control perception, which deprives them of the feeling of control over their life, increases the general dissatisfaction and decreases satisfaction from life. External pain control perception positively correlated with selection of catastrophic views and praying strategies as ways to cope with pain. Patients with reflex disease twice as often chose catastrophic views strategy than cognitive strategies (declaring coping and distraction). As follows from the research the choice of pain coping strategies may be dependent on the disease causing the pain. In the research the causes of pain as the factor influencing the selection of pain coping strategy were not analyzed. It may restrict the research and make it difficult to compare the identified strategies with the results of other authors. Analysis of influence of demographic variables on pain coping strategy selection confirms, that pain coping strategy selection used in coping with pain is dependent on age and gender. It has been shown, that the youngest patients are most likely used the distraction and increased behavioral activity strategies. In the research it has also been proven, that men more frequently employed the distraction strategy as the only one. However, it should be mentioned, that men were only 11% of the research group, which could have affected the credibility of received results. Zielazny et al. [2013, pp. 251–258] conclude, that the older patients more often choose active pain coping strategies, while patients with higher education less frequently use the catastrophic views strategy. However, Andruszkiewicz et al. [2008, pp. 237–240] have proven that the catastrophic views strategy is more frequently used by patients living in the country. In the treatment of chronic pain, a great importance has human ability to adapt to the disease. Pain coping strategies influence the level of acceptance of the disease and, consequently, the quality of life of the patient. In the case of determining that the patient uses passive pain

coping strategies, a very important element of treatment can be psychological therapy aiming to modify adverse behavioral patterns and used strategies [Dobrogowski et al. 2011, p. 30].

Conclusions

1. The studied patients waiting for the surgery most often use such pain coping strategies as: declaring coping, praying/hopefulness, ignoring the sensation.
2. Patients rarely apply one dominant pain coping strategy.
3. Majority of the used strategies, except from the catastrophic views and reevaluating the pain sensation, significantly affects the feeling of pain control and efficiency in reducing its intensity.

References

- Andruszkiewicz A., Wróbel B., Marzec A., Kocięcka A. (2008), *Strategia radzenia sobie z bólem u pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi stawu biodrowego*, „Problemy pielęgniarstwa”, tom 16, nr 3, 237–240.
- Dobrogowski J., Zajączkowska R., Dutka J., Wordliczek J. (2011), *Patofizjologia i klasyfikacja bólu*, „Polski Przegląd Neurologiczny”, nr 7 (1), 20–30.
- Dobrogowski J., Wordliczek J. (2007), *Leczenie bólu*, Wydawnictwo PZWL, Warszawa.
- Domżał T. M. (2008), *Ból przenlekły – problemy kliniczne i terapeutyczne*, „Polski przegląd neurologiczny”, tom 4, nr 1, 1–8.
- Hilgier M. (2002), *Ból przenlekły – problem medyczny i społeczny*, „Przewodnik Lekarza”, nr 1/2, 6–11.
- Juczyński Z. (2009), *Narzędzia pomiaru w promocji i psychoonkologii zdrowia*. Pracownia testów psychologicznych PTP, Warszawa.
- Korzeniowska K., Szalek E. (2010), *Ból*, „Farmacja współczesna”, nr 3, 9–14.
- Kózka M., Walewska E., Ścisło L., Orzeł-Nowak A., Jajko E. (2013), *Determinanty radzenia sobie z bólem u pacjentów z chorobą nowotworową*, „Problemy pielęgniarstwa”, tom 21, nr 3, 297–305.
- Łuczak-Wawrzyniak J., Szczepańska M., Skrzypczak J. (2007), *Ocena jakości życia kobiet z rozpoznaną endometriozą oraz sposobów radzenia sobie z negatywnymi skutkami choroby*, „Przegląd menopauzalny”, nr 6, 329–335.

Marcinkowska-Bachlińska M., Malecka-Panas E. (2006), *Poczucie kontroli i strategia radzenia sobie z emocjami i dolegliwościami u chorych na chorobę refluksową*, „Przewodnik lekarza”, nr 9, 83–90.

McCracken L., Eccleston C. (2003), *Coping or Acceptance: with to do about chronic pain*, „Pain”, nr 105, 197–204.

Merskey H, Bogduk N. (red.) (1994), *Classification of Chronic Pain* [in:] *International Association for the Study of Pain IASP Task Force on Taxonomy*. Part III: Pain terms, a current list with definitions and notes on usage, IASP Press, Seattle.

Rolka H., Krajewska-Kulak E., Kulak W. i in. (2007), *Akceptacja choroby i strategie radzenia sobie z bólem jako istotne komponenty oceny jakości życia zależnej od stanu zdrowia u chorych z migreną. Doniesienie wstępne*, „Problemy pielęgniarstwa”, nr 17 (3), 178–183.

Walden-Gałuszko K., Majkowicz M. (2003), *Psychologiczno-kliniczna ocena bólu przenlekłego. Wskazówki dla lekarzy pierwszego kontaktu oraz poradni przeciwbólowych i paliatywnych*. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.

Zielazny P., Biedrowski P., Lezner M., Uzdrowska B., Błaszczyk A., Zarzeczna-Baran M. (2013), *Stopień akceptacji choroby, przekonania na temat kontroli bólu oraz strategia radzenia sobie z bólem wśród pacjentów zakwalifikowanych do zabiegu z powodu choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, nr 22 (4), 251–258.

Brygida Kondracka

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSW z Warmińsko-Mazurskim
Centrum Onkologii w Olsztynie

Krzysztof Łukaszuk

Invicta sp. z o.o., Gdański Uniwersytet Medyczny

Wpływ wybranych parametrów na ocenę ogólną pobytu w badanym podmiocie leczniczym

Influence of chosen parameters on general evaluation of stay in a health care entity under research

Abstract

Awareness of patients' demands while hospitalized is crucial in the process of managing a health care entity. The aim of the research was to examine the influence of chosen parameters on general evaluation of patients' stay in hospital. A diagnostic survey through questionnaire was conducted in the research. As far as general evaluation of stay in hospital was concerned, good and very good marks were prevalent, which translates into recommending the entity under research to one's friends and relatives.

Key words: quality of health care, patients' satisfaction, diagnostic survey.

Wstęp

Jakość w ochronie zdrowia nabiera coraz większego znaczenia, m.in. ze względu na fakt, że Narodowy Fundusz Zdrowia zaczyna przywiązywać coraz większą wagę do posiadanych przez podmioty lecznicze systemów zarządzania. Efektem tego jest wzmocnienie kryterium jakości w ocenie ofert podczas kontraktowania świadczeń medycznych, co oznacza, że premiowane są placówki posiadające certyfikowane systemy ISO i system akredytacji.

Istotnym wskaźnikiem i ważnym parametrem oceny poziomu jakości opieki w podmiotach leczniczych jest badanie satysfakcji pacjenta. Maria Berkowska nazywa ten rodzaj satysfakcji *stanem emocjonalnym pacjenta*

będącym następstwem korzystania z usługi; pozytywnie lub negatywnie niejako „zabarwiającym” całość opieki z punktu widzenia pacjenta [Pędziwiatr 2005, ss. 421–423]. Stanisław Dąbrowski i Marek Ignaczak określają ją *pożnawczym i emocjonalnym efektem kontaktu z systemem opieki*. Satysfakcja jest *tym wyższa, im większa zgodność z wcześniejszymi oczekiwaniami, im mniej stwarzanych przez ten system przeszkód w zaspokajaniu własnych potrzeb, im mniej ograniczeń praw* [Dąbrowski, Ignaczak 1990, ss. 63–67].

Celem pracy jest zbadanie wpływu wybranych parametrów na ocenę ogólną pobytu w szpitalu. Dzięki otrzymanym wynikom możliwe jest otrzymanie odpowiedzi na pytanie, czy sposób świadczonej opieki zaspokaja oczekiwania i potrzeby pacjentów. Analiza czynników wywołujących niezadowolenie z otrzymywanych usług zdrowotnych daje możliwość optymalizacji procesu zarządzania jakością analizowanych świadczeń.

Materiał i metody

Badaną populację stanowili pacjenci Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie, w którym wdrożono i certyfikowano Zintegrowany System Zarządzania obejmujący System Zarządzania Jakością, System Zarządzania Środowiskowego, System Zarządzania Bezpieczeństwem i Higieną Pracy, System Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji, System Przeciwdziałania Zagrożeniom Korupcyjnym zgodny z wymaganiami: PN-EN ISO 9001:2009, PN-EN ISO 14001:2005, PN-N 18001:2004, OHSAS 18001:2007, PN-ISO/IEC 27001:2007 oraz standardy akredytacyjne dla lecznictwa szpitalnego.

Badania ankietowe przeprowadzono w okresie od listopada 2012 do marca 2013 roku. W procedurze badawczej wykorzystano badanie satysfakcji pacjentów przy pomocy pakietu PASAT, ujednoliconego modelu badania satysfakcji pacjentów w Polsce, wprowadzonego przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Celem uporządkowania i analizy danych zastosowano metody statystyczne. Do realizacji badania wydano 400 ankiet PASAT. Do analizy wykorzystano 288 ankiet. Wskaźnik zwrotności ankiet wyniósł 72%.

Ankietyzację przeprowadzono z pacjentami hospitalizowanymi nie krócej niż 48 godzin. Dobór próby badawczej miał charakter losowy.

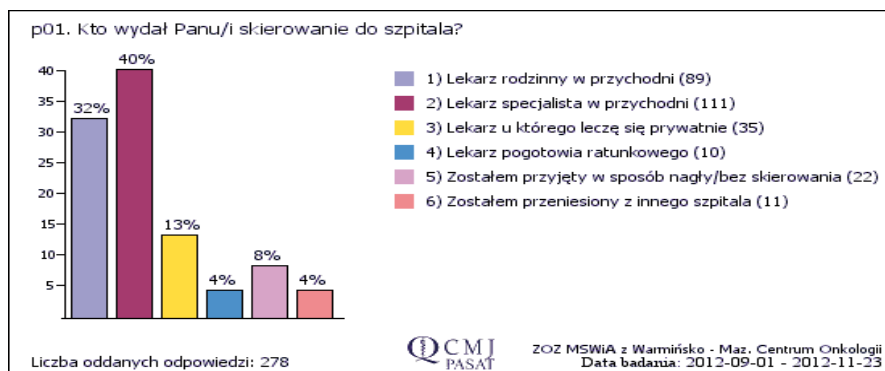
Wyniki badań własnych

W analizie materiału badawczego jako kryterium oceny przyjęto: (a) przyjęcie do szpitala: źródła skierowania do szpitala, powody wyboru szpitala, ocenę czasu oczekiwania na przyjęcie do szpitala, (b) warunki w oddziale szpitalnym: czystość i wyposażenie sal chorych, utrzymanie czystości w toaletach, przystosowanie łazienek do potrzeb chorych warunki do snu i odpoczynku, (c) wpływ akredytacji na jakość opieki. Oceniono wpływ wybranych parametrów na ocenę ogólną pobytu w badanym podmiocie leczniczym.

Przyjęcie do szpitala

Ankietowani pacjenci kierowani byli do badanej placówki medycznej w zdecydowanej większości przez lekarzy specjalistów (takie wskazanie co u trzeciego ankietowanego – 38,54%) oraz lekarzy rodzinnych w przychodni (również co trzeci ankietowany – 32,01%). Zaledwie co 25. respondent był skierowany przez lekarza pogotowia ratunkowego (4%), bądź przeniesiony z innego szpitala (4%) – wykres 1.

Wykres 1. Struktura respondentów według źródła skierowania do szpitala



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego.

Nie odnotowano istotnej różnicy pomiędzy płciami, struktura kobiet i mężczyzn podobna ze względu na to, kto kierował do szpitala (test Chi2 $p=0,583$). Również wykształcenie pacjentów nie było cechą, która istotnie ten aspekt warunkowała (test Chi2 $p=0,555$; wartość statystyki testowej Kruskala-Wallisa $p=0,612$).

Sposób, w jaki pacjent był skierowany na pobyt w szpitalu, okazał się istotnie różny w zależności od tego, czy pacjent przebywał wcześniej

w szpitalu (na tym samym oddziale lub innym) czy też nie (wartość statystyki testowej Kruskala-Wallisa $p=0,01$). Osoby, które wcześniej podlegały już leczeniu szpitalnemu, częściej były ponownie hospitalizowane na podstawie skierowania od lekarza specjalisty (40,9% pacjentów hospitalizowanych wcześniej na tym samym oddziale i połowa spośród leczonych wcześniej na innym oddziale). W przypadku pacjentów leczonych w szpitalu po raz pierwszy, co trzeci spośród nich był skierowany przez lekarza specjalistę. Analogicznie częściej wśród osób wcześniej hospitalizowanych w badanym podmiocie leczniczym, przyjęcie nastąpiło w sposób nagły/bez skierowania (odpowiednio 13,6% i 9,7% spośród pacjentów przebywających wcześniej na tym samym lub innym oddziale i 4,6% wśród pacjentów nieleczonych tu wcześniej). Z kolei pacjenci hospitalizowani pierwszorazowo częściej byli kierowani przez lekarza prywatnie (17,7%, czyli co szósty pacjent) niż osoby leczone tu już wcześniej (odpowiednio 4,6% i 8,1%). Wiek respondentów natomiast nie miał istotnego wpływu na sposób, w jaki pacjenci byli kierowani do szpitala (wartość statystyki testowej Kruskala-Wallisa $p=0,563$). Test statystyczny nie wykazał również istotnych zależności źródła skierowania od czynności zawodowych respondentów (test Chi2 $p=0,707$).

Najliczniejszą grupę ankietowanych stanowią pacjenci, którzy zdecydowali się na leczenie w badanej placówce głównie ze względu na sugestie lekarza kierującego (wskazanie co u trzeciego ankietowanego – 27,68%) – wykres 2.

Wykres 2. Powody wyboru szpitala



Uwaga: pytanie z opcją wielokrotnego wyboru – odsetki nie sumują się do 100%.

Liczba osób: 271.

Liczba wybranych opcji: 322.

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego.

Brak istotnych różnic pomiędzy płciami, jedynie wysoko wykwalifikowana kadra istotnie częściej (test Chi2 $p=0,003$) przyczyniła się do wyboru szpitala przez kobiety (takie wskazanie u co piątej pacjentki – 19,85%) w porównaniu z mężczyznami (jeden pacjent na czternastu wskazał wysoko wykwalifikowaną kadrę – 7,09%). Natomiast pozostałe powody wyboru szpitala w podobnym stopniu ważne dla kobiet i mężczyzn.

Ponieważ niektórzy respondenci mogą nie rozróżniać nowoczesnej diagnostyki od nowoczesnego sprzętu medycznego (jako że ten drugi element jest właśnie istotnym elementem pierwszego) połączono te kategorie w analizie – wówczas nie zaobserwowano istotnej różnicy między płciami (test Chi2 $p=0,312$). Osoby lepiej wykształcone rzadziej przyznawały, że nie miały wpływu na wybór szpitala (8,8% pacjentów z wykształceniem pomaturalnym i 15% z wyższym), podczas gdy wśród pacjentów najslabiej wykształconych było to 38,1%. Nie odnotowano istotnych różnic we wskazaniach na główne powody wyboru szpitala jak polecenia przez rodzinę/znajomych, sugestii lekarza kierującego, możliwości leczenia u wybranego lekarza, dogodnej lokalizacji w zależności od wykształcenia ankietowanych pacjentów.

Dla osób lepiej wykształconych większe znaczenie miała nowoczesna diagnostyka (test U Manna-Whitneya $p=0,05$, test Chi2 nieistotny). Był to ważny powód dla co czwartego pacjenta z wykształceniem wyższym i pomaturalnym (odpowiednio 23,3% i 26,5%), co siódmego z wykształceniem zawodowym (14,75%), co ósmego z wykształceniem średnim (12,5%) i co dziesiątego/jedenastego z wykształceniem podstawowym (9,5%). Tylko kilka osób uczestniczących w badaniu wskazywało również na nowoczesny sprzęt medyczny (2,58%) i były to osoby z wykształceniem od średniego do wyższego. Żaden z pacjentów z wykształceniem zawodowym lub podstawowym nie wskazał tego elementu jako ważnego w wyborze szpitala.

Po połączeniu wskazań jednej z opcji (nowoczesnej diagnostyki lub sprzętu medycznego), wzrosły nieco % osób wskazujących nowoczesną diagnostykę lub sprzęt w grupie osób z wykształceniem wyższym (do 26,7%) i pomaturalnym (do 29,4%).

W przypadku wysoko wykwalifikowanej kadry nie zaobserwowano trendu wiążącego ten aspekt istotnie z wykształceniem, niemniej jednak co piąty pacjent z wykształceniem wyższym (18,3%) i średnim (20,0%) miał to szczególnie na uwadze. O ile co dziewiąty pacjent z wykształce-

niem zawodowym (11,5%) również kierował się wysokimi kwalifikacjami personelu, to ani jeden pacjent z wykształceniem podstawowym nie wskazał tego aspektu (0%).

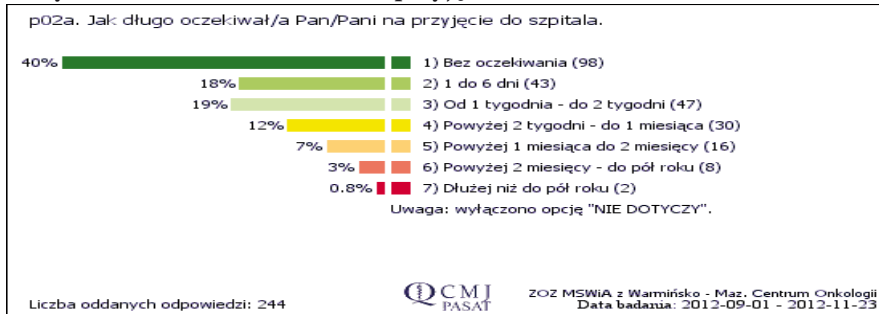
Możliwości związane z nowoczesną diagnostyką w szpitalu były bardziej istotne dla pacjentów młodszych. Osoby wskazujące na ten powód wyboru szpitala były przeciętnie o około 10 lat młodsze od tych, które nie wybrały tego aspektu (średnie wieku odpowiednio 47,9 lat i 56,9 lat, $p=0,004$; a mediany 47,5 lat i 58,5 lat, $p=0,002$). Podobna tendencja jest widoczna w przypadku nowoczesnego sprzętu medycznego, choć ze względu na małą liczebność wskazań (7 osób) nie odnotowano istotnej różnicy. Po połączeniu wskazań jednej z opcji (nowoczesnej diagnostyki lub sprzętu medycznego), także wyraźnie widać, że te aspekty są ważne zwłaszcza dla młodszych pacjentów. Nie zaobserwowano istotnych różnic w przypadku pacjentów leczonych w szpitalu po raz pierwszy oraz wcześniej hospitalizowanych (na tym samym oddziale lub innym) (test Chi2 $p=0,803$).

Analizując powody wyboru szpitala, zaobserwowano natomiast różnicę w przywiązywaniu wagi do nowoczesnej diagnostyki – miała ona największe znaczenie dla osób wykonujących pracę zawodową (co czwarta wskazywała na ten powód), podczas gdy był on istotny dla co szóstej osoby niepracującej zawodowo ani niebędącej emerytem/rencistą. Najmniej znaczenie nowoczesna diagnostyka miała dla rencistów/emerytów – była wskazywana przez co dziesiątego respondenta z tej grupy (test Chi2 $p=0,014$). Podobny obraz sytuacji otrzymujemy analizując nowoczesną diagnostykę i nowoczesny sprzęt medyczny razem (test Chi2 $p=0,015$).

Ocena czasu oczekiwania na przyjęcie do szpitala

Pierwszym aspektem ocenianym przez pacjentów był czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala. Struktura odpowiedzi wskazuje, że 40,16% ankietowanych przyjmowanych było bez oczekiwania. Udział pacjentów, którzy oczekiwali co najmniej 2 tygodnie wynosi 22,95%. Do miesiąca oczekiwało łącznie 89,34% respondentów.

Wykres 3. Czas oczekiwania na przyjęcie



Liczba oddanych odpowiedzi: 244

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego.

Wyniki badań sugerują, że mężczyźni (co drugi – 48,18%) istotnie częściej niż kobiety (co trzecia – 34,19%) przyjmowani byli bez oczekiwania¹ (test U Manna-Whitneya $p=0,025$) – wykres 3.

Obliczenia tylko dla grupy respondentów, kierowanych przez lekarzy (rodzinnego/specjalistę/prywatnego/pogotowia ratunkowego) z pominięciem osób przyjętych w sposób nagły/bez skierowania lub przeniesionych z innego szpitala wskazują, że czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala nie był skorelowany z wykształceniem, choć współczynnik korelacji Gamma na poziomie 0,108 ($p=0,066$) wskazuje na słabą zależność w tym zakresie. Wynika to z faktu, że im niższe wykształcenie, tym większy odsetek pacjentów czekających dłużej niż miesiąc (odpowiednio wśród osób z wykształceniem wyższym 5,26%, pomaturalnym 6,25%, średnim 12,13%, zawodowym 11,11%, podstawowym 18,75%). W ciągu dwóch tygodni od wystawienia skierowania lekarskiego do szpitala było przyjętych 84,21% pacjentów z wykształceniem wyższym i 87,5% z wykształceniem pomaturalnym, natomiast spośród osób z wykształceniem średnim 74,24%, zawodowym 68,51% i podstawowym 68,75%. Czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala nie był istotnie związany z tym, czy pacjent przebywał już wcześniej w badanym szpitalu (test Chi2 $p=0,483$) oraz z wiekiem respondentów (R Spearman=-0,0114, $p=0,865$). Również stosunek do czynności zawodowych nie był cechą, która istotnie ten aspekt warunkowała (test Kruskala-Wallisa: $p=0,822$, Chi2 $p=0,372$).

¹ Test liczony tylko dla grupy respondentów, kierowanych przez lekarzy (rodzinnego/specjalistę/prywatnego/pogotowia ratunkowego) z pominięciem osób przyjętych w sposób nagły/bez skierowania lub przeniesionych z innego szpitala.

Zdaniem 38,63% wszystkich ankietowanych czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala był bardzo krótki (47,71% mężczyzn i 41,59% kobiet). Jako krótki ten aspekt oceniło 24,55% osób (22,94% mężczyzn i 22,94% kobiet), jako raczej krótki 18,05% (25,69% mężczyzn i 15,93% kobiet), jako długi 4,69% badanych (3,67% mężczyzn i 7,96% kobiet) oraz jedna 64. letnia kobieta z wykształceniem średnim (1,59%) jako bardzo długi (0,88%). Nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic w ocenie czasu oczekiwania na przyjęcie do szpitala przez respondentów pomiędzy płciami (test Chi2 $p=0,093$). Współczynnik Gamma, choć bliski istotności statystycznej ($p=0,068$), wskazuje na nikle powiązanie dokonanej przez pacjentów oceny czasu oczekiwania na przyjęcie do szpitala z ich wykształceniem – wraz ze wzrostem wykształcenia zaobserwowano większą częstotliwość najwyższych ocen (bardzo krótki czas). Ocena ta nie była istotnie związana zarówno z wcześniejszym pobytem (test Kruskala-Wallisa $p=0,853$; test Chi2 $p=0,535$), z wiekiem ankietowanych pacjentów (R Spearman= $0,011$, $p=0,873$), jak i ze stosunkiem do czynności zawodowych respondentów (test Kruskala-Wallisa $p=0,603$; test Chi2 $p=0,17$).

Ocena warunków w oddziale szpitalnym

Przy ocenie utrzymania czystości w salach chorych dominowały oceny bardzo dobre u 76,75% wszystkich respondentów (79,23% u kobiet i 75,78% u mężczyzn). Ocenę dobrą wystawiło 21,03% ankietowanych (20,00% kobiet i 20,31% mężczyzn), a raczej dobrą 2,21% osób (0,77% kobiet i 3,91% mężczyzn). Nie odnotowano istotnych różnic w zależności od płci (test U Manna-Whitneya $p=0,436$) oraz wykształcenia pacjentów (współczynnik korelacji Gamma= $-0,079$, $p=0,327$; test Chi2 $p=0,127$). Niskie współczynniki korelacji wskazują również na brak związków ocen z wcześniejszym pobytem pacjentów lub nie (Test Kruskala-Wallisa $p=0,133$; test Chi2 $p=0,351$), wiekiem (współczynnik korelacji Gamma= $0,124$; test Kruskala-Wallisa $p=0,339$) oraz czynnościami zawodowymi ankietowanych (test Kruskala-Wallisa $p=0,284$ i test Chi2 $p=0,41$).

Kolejnym ocenianym przez pacjentów aspektem było wyposażenie sal chorych (oświetlenie, meble, wieszaki, stoliki, szafki itp.). Ocenę bardzo dobrą wystawiło 56,3% ankietowanych (54,33% mężczyzn i 59,23% kobiet), dobrą 34,44% osób (36,22% mężczyzn i 33,08% kobiet), a raczej dobrą 7,78% badanych (36,22% mężczyzn i 33,08% kobiet). Trzech mężczyzn, tj. 1,48%, źle oceniło wyposażenie sali chorych w badanym pod-

miocie leczniczym. Zarówno płeć (test U Manna-Whitneya $p=0,394$; test Chi2 $p=0,313$), wykształcenie pacjentów (współczynnik korelacji Gamma $=0,048$, $p=0,459$; test Chi2 $p=0,185$), decyzja o miejscu hospitalizacji (test Kruskala-Wallisa $p=0,89$, test Chi2 $p=0,778$) jak i czynności zawodowe ankietowanych (test Kruskala-Wallisa $p=0,656$ i test Chi2 $p=0,939$) nie były cechami, które istotnie warunkowały ocenę wyposażenia w salach chorych. Zaobserwowano natomiast korelację ocen z wiekiem (współczynnik korelacji Gamma $0,126$ $p=0,029$) – starsi pacjenci przyznawali słabsze noty. Osoby zadowolone w stopniu najwyższym (oceny bardzo dobre) z wyposażenia w salach chorych były przeciętnie o kilka lat młodsze niż osoby przyznające oceny raczej dobre (średnie odpowiednio 53,7 lat i 61,9 lat; mediany 56 i 66 lata).

Czystość w toaletach została oceniona bardzo dobrze przez 60,15% respondentów (58,59% mężczyzn i 63,08% kobiet), dobrze 31,37% osób (31,25% mężczyzn i 30,00% kobiet), a raczej dobrze 7,01% badanych (9,38% mężczyzn i 4,62% kobiet). Natomiast 1,48% osób, tj. 1 mężczyzna (0,78%) i 3 kobiety (2,31%), źle oceniło czystość toalet w badanym podmiocie leczniczym. Nie odnotowano różnic istotnych statystycznie zarówno ze względu na płeć (test U Manna-Whitneya $p=0,405$; test Chi2 $p=0,346$), wykształcenie pacjentów (współczynnik korelacji Gamma $-0,0901$ $p=0,171$; test Chi2 $p=0,314$), wiek, (test Kruskala-Wallisa $p=0,688$), jak i czynności zawodowe ankietowanych (test Kruskala-Wallisa $p=0,514$ i test Chi2 $p=0,73$). Aspekt ten został natomiast nieco gorzej oceniany przez pacjentów hospitalizowanych po raz pierwszy (mniej ocen bardzo dobrych, a więcej dobrych i raczej dobrych; test Kruskala-Wallisa $p=0,071$ bliskie istotności statystycznej).

Przystosowanie łazienek do potrzeb chorych zostało ocenione bardzo dobrze przez 54,37% respondentów (61,90% mężczyzn i 48,80% kobiet), dobrze przez 32,32% osób (27,78% mężczyzn i 34,40% kobiet), a raczej dobrze przez 10,27% badanych (7,14% mężczyzn i 13,60% kobiet). Natomiast 3,04% osób, tj. 4 mężczyzn (3,17%) i 3 kobiety (3,20%), źle oceniło przystosowanie łazienek do potrzeb chorych w badanym podmiocie leczniczym. Test statystyczny wykazał istotną korelację oceny przystosowania łazienek do potrzeb chorych w zależności od płci respondentów (test U Manna-Whitneya $p=0,032$). Struktura odpowiedzi wskazuje, że mężczyźni lepiej ocenili przystosowanie łazienek do potrzeb chorych. Oceny bardzo dobre wśród mężczyzn stanowiły 61,90%, natomiast wśród ko-

biet 48,80%. Zróżnicowanie opinii pacjentów w ocenie przystosowania łazienek do potrzeb chorych jest widoczne również w zależności od wykształcenia pacjentów – im wyższe wykształcenie, tym mniej osób uznawało je za bardzo dobre lub dobre. I tak wśród osób z wykształceniem podstawowym odpowiadało tak 95,24%, zawodowym – 91,23%, średnim – 91,14%, pomaturalnym 84,85% i wyższym – 73,34%. Trend ten znalazł odzwierciedlenie w słabym, ale istotnym współczynniku korelacji Gamma na poziomie -0,13 ($p=0,041$). Nie odnotowano natomiast różnic istotnych statystycznie w korelacji z wcześniejszym pobytem (test Kruskala-Wallisa $p=0,83$, test Chi2 $p=0,175$). Również wiek respondentów (współczynnik korelacji Gamma = -0,034 $p=0,542$; test Kruskala-Wallisa $p=0,965$) i czynności zawodowe (test Kruskala-Wallisa $p=0,879$, test Chi2 $p=0,835$) nie były cechami, które istotnie warunkowały ocenę przystosowania łazienek do potrzeb chorych.

Warunki do snu i odpoczynku zostały ocenione bardzo dobrze przez 60% respondentów (62,40% mężczyzn i 58,46% kobiet), dobrze przez 31,32% osób (32,80% mężczyzn i 32,80% kobiet), a raczej dobrze przez 7,92% badanych (4,80% mężczyzn i 10,77% kobiet). Natomiast 0,75% osób, tj. 2 kobiety (1,54%) źle oceniły warunki do snu i odpoczynku w badanym podmiocie leczniczym. Biorąc pod uwagę płeć (test U Manna-Whitneya $p=0,290$; test Chi2 $p=0,155$) oraz wykształcenie (współczynnik korelacji Gamma = -0,024 $p=0,714$; test Chi2 $p=0,431$), nie odnotowano żadnych istotnych korelacji w analizowanym aspekcie. Przy czym najbardziej zadowoleni z warunków do snu i odpoczynku byli ankietowani z wykształceniem podstawowym (najwyższy odsetek odpowiedzi bardzo dobrze – 80% i 0% dla odpowiedzi źle). Niskie współczynniki korelacji wskazują na brak związków ocen warunków do snu i odpoczynku z wcześniejszym pobytem (test Kruskala-Wallisa $p=0,561$; test Chi2 $p=0,390$), wiekiem respondentów (współczynnik korelacji Gamma = -0,051 $p=0,383$; test Kruskala-Wallisa $p=0,139$) oraz stosunkiem do czynności zawodowych (test Kruskala-Wallisa $p=0,192$; test Chi2 $p=0,173$).

Ocena wpływu akredytacji na jakość opieki

W ocenie zdecydowanej większości ankietowanych pacjentów (64,38%) posiadanie certyfikatu akredytacyjnego przez szpital przynosi korzyść pacjentom (71,72% mężczyzn i 72,34% kobiet) lub raczej przynosi – zdaniem co czwartego z ankietowanych (28,28% mężczyzn i 26,60% kobiet).

Nie widzi takich korzyści jedna kobieta (1,06%) z wykształceniem wyższym (2,08%), pracująca zawodowo (1,32%), niekorzystająca wcześniej ze świadczeń medycznych w badanym podmiocie leczniczym (1,08%). Nie odnotowano również różnic istotnych statystycznie przy ocenie wpływu akredytacji na jakość opieki wśród kobiet i mężczyzn (test Chi2 $p=0,575$). Współczynnik korelacji Gamma (równy 0,29) wskazuje na słabe, ale istotne ($p=0,001$) powiązanie wykształcenia pacjentów z ich przekonaniem o korzyści z akredytacji. Im lepiej wykształceni respondenci, tym bardziej przekonani co do korzystnego wpływu akredytacji na jakość opieki. Przeprowadzona analiza odpowiedzi 'tak' i 'raczej tak' potwierdza, że osoby lepiej wykształcone częściej przekonane są do korzyści dla pacjenta z posiadania przez szpital certyfikatu akredytacyjnego (test Chi2, $p=0,019$). W przypadku pacjentów leczonych w szpitalu po raz pierwszy oraz wcześniej hospitalizowanych (na tym samym oddziale lub innym) nie odnotowano żadnych istotnych korelacji w analizowanym aspekcie (test Chi2, $p=0,673$). Niskie współczynniki korelacji wskazują na brak związków ocen wpływu akredytacji na jakość opieki ze stosunkiem do czynności zawodowych pacjentów (test Chi2 $p=0,114$). Jednak analiza odpowiedzi 'tak' i 'raczej tak' wskazuje, że renciści i emeryci rzadziej w sposób zdecydowany (odpowiedzi tak) przekonani są co do korzyści dla pacjenta z posiadania przez szpital certyfikatu akredytacyjnego. Choć p nieznacznie przekroczyło próg istotności (test Chi2 $p=0,052$), to odnotowane różnice bliskie są istotności statystycznej. Biorąc pod uwagę wiek ankietowanych pacjentów, nie odnotowano żadnych istotnych korelacji w analizowanym aspekcie (współczynnik korelacji Gamma=0,039, $p=0,608$). Po odrzuceniu jednej odpowiedzi 'nie' – porównano tylko 'tak' i 'raczej tak' – również stwierdzono brak istotnej statystycznie zależności ($p=0,348$).

Wpływ wybranych parametrów na ocenę ogólną

Pobyt w badanym podmiocie leczniczym bardzo dobrze oceniło 74,53% ankietowanych (73,85% mężczyzn i 75,76% kobiet), dobrze co czwarty pacjent (24,62% mężczyzn i 21,21% kobiet) i raczej dobrze 2,25% respondentów (1,54% mężczyzn i 3,03% kobiet). Nie odnotowano istotnych różnic w zależności zarówno od płci (test U Manna-Whitneya $p=0,783$; test Chi2 $p=0,607$) jak i wykształcenia ankietowanych pacjentów (współczynnik korelacji Gamma= -0,019, $p=0,802$; test Chi2 $p=0,153$). Postrzeganie hospitalizacji było podobne wśród pacjentów pierwszorazowych i hospi-

talizowanych po raz kolejny – nie odnotowano różnic znamienych statystycznie (test Kruskala-Wallisa $p=0,432$; test Chi2 $p=0,637$). Również wiek ankietowanych (współczynnik korelacji Gamma=0,053, $p=0,433$) i stosunek do czynności zawodowych (test Kruskala-Wallisa $p=0,827$; test Chi2 $p=0,794$) nie wpłynęły na ocenę ogólną pobytu w szpitalu.

Chęć rekomendowania badanego podmiotu leczniczego rodzinie i przyjaciołom zdecydowanie deklaruje 73,43% badanych pacjentów (73,28% mężczyzn i 74,07% kobiet), 'tak' 23,25% osób (21,37% mężczyzn i 24,44% kobiet) i 'raczej tak' 2,95% ankietowanych (4,58% mężczyzn i 1,48% kobiet). Zdecydowanie nie będzie polecał szpitala jeden mężczyzna (0,76%) z wykształceniem zawodowym (1,67%), pracujący zawodowo (0,98%), nie korzystający wcześniej ze świadczeń medycznych w badanym podmiocie leczniczym (0,78%). Biorąc pod uwagę płeć (test U Manna-Whitneya $p=0,742$; test Chi2 $p=0,33$), wykształcenie (test Chi2 $p=0,802$), wiek ankietowanych (test U Manna-Whitneya $p=0,184$; współczynnik korelacji Gamma= 0,073, $p= 0,27$) oraz ich stosunek do czynności zawodowych² (test Kruskala-Wallisa $p=0,441$; test Chi2 $p=0,702$), nie odnotowano żadnych istotnych korelacji w analizowanym aspekcie. Skłonni do polecenia szpitala rodzinie i przyjaciołom są pacjenci zarówno hospitalizowani po raz pierwszy, jak i hospitalizowani powtórnie w badanym szpitalu – nie odnotowano różnic istotnych statystycznie (test Kruskala-Wallisa $p=0,736$; test Chi2 $p=0,584$).

Dyskusja

Wrażenia pacjenta i poziom jego satysfakcji pomagają we wskazywaniu problemów, rozwiązywaniu ich, a także pozwalają na zastosowanie takich rozwiązań w placówce medycznej, które będą miały na celu poprawę jakości jej funkcjonowania [Levine i inni 1997, ss. 28–40].

Badanie własne potwierdza badania Jakubek, które wskazują, że przy wyborze placówki medycznej ankietowani ze szpitali wyróżniających się posiadaniem certyfikatów jakości najczęściej kierowali się sugestią lekarza prowadzącego, nieco mniejsza grupa respondentów wybierała placówki polecane im przez rodzinę bądź znajomych lub też decydowała się na podjęcie procesu leczenia w placówce ze względu na wysoko wykwalifikowaną kadrę medyczną. Z kolei respondenci placówek bez

² Dla analizy z tą zmienną z powodu małych liczebności respondentów połączono kategorie: 'bezrobotny', 'student/uczeń', 'inne'.

wdrożonego systemu jakości najczęściej kierowali się dogodną lokalizacją placówki bądź też deklarowali, iż nie mieli wpływu na wybór szpitala [Jakubek 2012, s. 120].

Pacjenci niejednokrotnie oceniają podmiot leczniczy przez pryzmat warunków w oddziale szpitalnym. Odsetek skumulowany pozytywnych odpowiedzi wskazuje, że prawie wszyscy ankietowani pacjenci ocenili pozytywnie warunki w badanych oddziałach szpitalnych. I tak, czystość w sali chorych – 100%, wyposażenie sali chorych (oświetlenie, meble, wieszaki, stoliki, szafki itp.) – 98,52%, czystość w toaletach – 98,52%, przystosowanie łazienek do potrzeb chorych – 96,96% oraz warunki do snu i odpoczynku – 99,25% respondentów. Okazało się, że ocena tych warunków pozostawała w korelacji z wiekiem, płcią i wykształceniem respondentów. Osoby zadowolone w stopniu najwyższym (oceny bardzo dobre) z wyposażenia w salach chorych były przeciętnie o kilka lat młodsze niż osoby przyznające oceny raczej dobre. Kobiety były bardziej krytyczne w ocenie przystosowania łazienek do potrzeb chorych. Oceny bardzo dobre wśród mężczyzn stanowiły 61,90%, natomiast wśród kobiet 48,80%. Zróżnicowanie opinii chorych jest widoczne również w zależności od wykształcenia pacjentów – im wyższe wykształcenie, tym mniej osób uznawało je za bardzo dobre lub dobre. I tak wśród osób z wykształceniem podstawowym stanowiły one 95,24%, zawodowym – 91,23%, średnim – 91,14%, pomaturalnym 84,85% i wyższym – 73,34%. Wcześniejszy pobyt, wiek i czynności zawodowe nie były cechami, które istotnie warunkowały ocenę.

Z badań innych autorów wynika, że szpitale certyfikowane, w porównaniu ze szpitalami bez certyfikacji, w znacznie większym stopniu dbają o wyposażenie sal chorych ($p=0,002$). Podobną prawidłowość zauważa się w odniesieniu do oceny warunków do snu i odpoczynku ($p=0,002$). Natomiast różnice w ocenie czystości toalet ($p=0,365$) oraz przystosowania łazienek ($p=0,295$) w szpitalach posiadających i nieposiadających certyfikacji nie są istotne statystycznie [Jakubek 2012, s. 108].

Wiele badań naukowych potwierdza fakt, że pacjenci zadowoleni są bardziej skłonni wrócić do placówki medycznej w sytuacji, kiedy ponownie znajdą się w potrzebie lub gdy ich życie i zdrowie będzie zagrożone. Zadowolenie pacjentów przekłada się na ich lojalność [Bruke-Miller i inni 2006, ss. 1044–1051].

Zależności te potwierdzają badania własne. W kwestii ogólnej oceny pobytu dominowały oceny bardzo dobre i dobre (odsetek skumulowany

97,75%), co przekłada się na deklarację rekomendowania badanego podmiotu leczniczego rodzinie i przyjaciołom (odsetek skumulowany 99,68 %). Wyniki przeprowadzonych analiz świadczą o tym, że cechy socjomedyczne badanej populacji nie miały wpływu na udzielone odpowiedzi.

Przy ogólnej ocenie pobytu w szpitalu badania Jakubek wskazują, że nie ma istotnych różnic pomiędzy pacjentami szpitali certyfikowanych i tych bez certyfikacji w zakresie ocen niskich („źle” i „bardzo źle”). Takie oceny przyznawane są przez jednakowy w obu grupach, zresztą niewielki, odsetek pacjentów. Istotna różnica pojawia się w zakresie ocen dobrych, a zwłaszcza bardzo dobrych. W tym przypadku pacjenci ze szpitali certyfikowanych zdecydowanie lepiej oceniają pobyt w placówce. Istotne różnice są widoczne również w zakresie deklaracji dotyczących chęci polecenia danej placówki medycznej rodzinie czy przyjaciołom. Pacjenci szpitali z funkcjonującym systemem zarządzania jakością są o wiele częściej zdecydowani na rekomendowanie placówki osobom ze swego otoczenia społecznego [Jakubek 2012, s. 118].

Badania własne wskazują, że w ocenie zdecydowanej większości ankietowanych pacjentów posiadanie certyfikatu akredytacyjnego przez szpital przynosi korzyść pacjentom (odsetek skumulowany 88,58%). Nie odnotowano różnic istotnych statystycznie przy ocenie tego aspektu ze względu na płeć, wiek oraz wcześniejszy pobyt. Częściej przekonane co do korzyści wynikających z posiadania przez szpital certyfikatu akredytacyjnego są osoby lepiej wykształcone. Natomiast renciści i emeryci rzadziej są przekonani w sposób zdecydowany.

Mimo wysokiej oceny analizowanych aspektów opieki, oddano 29 nieprzychylnych głosów. Czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala w ocenie trzynastu osób (4,69%) był długi (3,67% mężczyzn i 7,96% kobiet), a jedna 64-letnia kobieta z wykształceniem średnim (1,59%), emerytka/rencistka (0,96%), hospitalizowana kolejny raz na tym samym oddziale (1,82%), oceniła czas jako bardzo długi (0,88%). Przyjęte zmienne (płeć, wiek, decyzja o miejscu hospitalizacji, stosunek do czynności zawodowych) nie miały wpływu na odpowiedzi respondentów. Przystosowanie łazienek do potrzeb chorych w badanym podmiocie leczniczym źle oceniło osiem osób (3,04%). Natomiast po cztery negatywne wskazania odnotowano przy ocenie wyposażenia sali chorych (oświetlenie, meble, wieszaki, stoliki, szafki itp.) i czystości w toaletach.

Ocena satysfakcji pacjentów umożliwiła szczegółowe rozpoznanie oczekiwań pacjentów w analizowanych aspektach, jednocześnie wska-

zując na czynniki, które należy doskonalić, poddawać ciągłej ocenie i weryfikacji w celu wspierania procesów jakościowych.

Wnioski:

1. Zarządzanie w oparciu o Zintegrowany System Zarządzania w badanym podmiocie leczniczym przynosi korzyść pacjentom, co potwierdziło 88,58% respondentów.
2. Ankietowani pacjenci w 97,75% bardzo dobrze i dobrze ocenili pobyt w badanym szpitalu, co przełożyło się na deklarację rekomendowania przez nich placówki rodzinie i przyjaciołom (odsetek skumulowany 99,68%). Cechy socjomedyczne badanej populacji nie miały wpływu na udzielone odpowiedzi.

Bibliografia

- Bruke-Miller J.K., Cook I.A., Cohen M.H., Hessol N.A., Wilson T.E., Richardson L., Williams P., Gange S.J. (2006), *Longitudinal Relationship Between Use of Highly Active Antiretroviral Therapy and Satisfaction with Care Among Women Living with HIV/AIDS*, „American Journal of Public Health”, 96(6).
- Dąbrowski S., Ignaczak M. (1990), *Satysfakcja i jej pomiar – przegląd badań*, „Biuletyn Instytutu Psychologii i Neurologii”, 3–4.
- Jakubek E. (2012), *Wpływ standaryzacji świadczeń medycznych na jakość opieki zdrowotnej*, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu Wydział Nauk o Zdrowiu, Rozprawa doktorska, Poznań.
- Levine A.S., Plume S.K., Nelson E.C. (1997), *Transforming Patient Feedback into Strategic Action Plans*, „Quality Management in Health Care”, 5.
- Pędziwiatr A. (2005), *Koncepcje teoretyczne dotyczące satysfakcji pacjenta*, „Pielęgniarka i Położna”, 2 (20).

Violetta Mianowana
Anna Bednarek
Marta Czekirda

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wsparcie informacyjne a poziom satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej

Information Support and the level of patients' satisfaction with nursing care

Abstract

Introduction. The patient's satisfaction is the measure of fulfillment of expectations of being treated or having other contact with healthcare persons. The word "satisfaction" is hard to define but the interest of this definition increases and is connected with quality. The patient's opinion and impressions specify the quality of the services provided. The terminology of qualities stresses the importance of the consumer as a recipient of services. In literature, the main determinants in quality assessment of nursing care, inter alia, are: implementation of care on the highest, professional level and communication with the patient and his/her family.

Purpose. The goal of this research to determine the level of patient's satisfaction with nursing care in educational area implementing to Cardiac patients. An attempt was made to answer the following objectives:

1. Are patients satisfied with nursing education in its different areas?
2. Which variables significantly differentiate the patients' satisfaction level with nursing care under the above?

Materials and methods. Research was conducted in SPSK 4 in Lublin in The Department of Cardiac surgery in 2012 and 106 patients took part in it. Diagnostic survey was the method used and the author's questionnaire was the research tool. Results were subjected to statistical analysis.

Results and implications. From respondents opinions we can conclude: Nurses spend enough time talking to patients, almost always explain the scope and nature of operations performed, give information about self-care and things that should be made after the period of hospitalization. Whereas, the level of informing the patients about their rights is disappointing.

2. Education significantly correlates with the level of patients' satisfaction with nursing care;

people with primary education are more often satisfied than people with higher education.

Key words: satisfaction, care, patient, nursing, information.

Wstęp

Satysfakcja pacjenta jest wyrazem spełniania oczekiwań osoby leczonej albo mającej inny kontakt z opieką zdrowotną. Sam termin jest tłumaczeniem z angielskiego „patient satisfaction”, co oznacza zadowolenie. Satysfakcja pacjenta to również stopień, w jakim opieka zdrowotna jest akceptowana przez pacjenta, przy równoczesnym uwzględnieniu jego oczekiwań i potrzeb [Piątek 2005, ss. 303–328].

Pomimo trudności w definiowaniu pojęcia „satysfakcji pacjenta”, zainteresowanie tym zjawiskiem w polskich placówkach medycznych wciąż wzrasta.

Skomplikowanie czynników warunkujących satysfakcję pacjentów powoduje, że za działania zmierzające do jej zapewnienia odpowiedzialni są wszyscy pracownicy zakładu, a nie tylko osoby świadczące usługi medyczne [Kulczycka 2004, ss. 167–171].

Satysfakcję pacjenta można traktować jako emocjonalną i subiektywną reakcję klienta na otrzymane usługi medyczne [Wyrzykowska 2007, ss. 3–9]. Wiąże się ona ściśle z jakością opieki.

Jakość nie jest pojęciem nowym. Zagadnienia dotyczące jakości przeszły jedną z najdłuższych ewolucji. Rozwój nauki, praktyki oraz cywilizacji przyczynił się do tego, że pojęcie jakości znalazło się w centrum zainteresowania niemal każdej sfery życia gospodarczego oraz społecznego, nabierając coraz większego znaczenia [Lenartowicz 1998, ss. 74–91].

Jakość można zdefiniować jako „pełne zaspokojenie potrzeb klienta przy minimalnych kosztach własnych” [Kapała, Chudziński, Hycza 2008, ss. 12–18].

Można powiedzieć, że jest to „...doskonałość, do której należy dążyć, ale której nie da się osiągnąć. Wadą jest to, co nie wystąpiłoby, gdyby wszystko było idealne. W tym kontekście jakość to proces ciągłej poprawy” [Kapała, Chudziński, Hycza 2008, ss. 12–18].

Terminologie jakości podkreślają znaczenie konsumenta jako odbiorcy usług oraz jego własne podejście do końcowego wyniku usługi. Usługa medyczna jest wyjątkowym, niewymiernym i nienamacalnym „wytworem”, którego nie da się tak do końca zobrazować wskaźnikami czy liczbami. Wyznaczają ją m. in. wrażenia, wyobrażenia pacjenta o tym, jakiej

usługi oczekuje oraz to, jaką usługę w końcu otrzymuje. Definicja Instytutu Medycyny Krajowej Akademii Nauk w USA określa, że „jakość to stopień, do jakiego usługi zdrowotne świadczone dla jednostek i populacji zwiększają prawdopodobieństwo pożądaných efektów zdrowotnych i są zgodne z aktualną profesjonalną wiedzą medyczną” [Kisiel, Samborska-Sablik, Gaszyński 2008, ss. 328–333, Bodenheimer 1999, ss. 488–492].

Patrząc na zagrożenie jakości z tej pozycji można twierdzić, że jest to:

- osiągalność usług (łatwość w uzyskiwaniu opieki niezależnie od przeszkód organizacyjnych, finansowych i innych),
- dostateczna informacja (o stanie zdrowia, o opcjach leczenia, synergicznym działaniu leków itd.),
- edukacja zdrowotna (zdobycie umiejętności samodzielnej opieki czy rozpoznania objawów wymagających pomocy),
- dobra komunikacja z lekarzami i pielęgniarkami, szacunek i opiekuńczość okazywane pacjentowi, koordynacja i ciągłość procesu leczenia,
- satysfakcja (stopień akceptacji otrzymanej opieki w konfrontacji z oczekiwaniami) [Kisiel, Samborska-Sablik, Gaszyński 2008, ss. 328–333].

Wieloznaczność definicji doprowadza do mnogości sposobów pojmowania i rozumowania jakości – szczególnie w medycynie. Jakość świadczonych usług medycznych odgrywa coraz większą rolę dla każdego pacjenta. Razem ze zmianą poziomu edukacji i poziomu życia, wzrasta również poziom oczekiwań pacjentów wobec poziomu świadczonej opieki medycznej. W placówkach medycznych poziom jakości wyznaczają oczekiwania pacjentów. Najważniejsze postulaty chorych koncentrują się w sferze komunikacji lekarza z pacjentem. Koszt poprawy jakości usług czasami sprowadza się więc tylko do zaangażowania i rozumienia potrzeb chorego [Olesch 2009, ss. 46–48].

Jakość relacji klient/pacjent i pracownik medyczny jest fundamentalnym czynnikiem wpływającym na poziom satysfakcji z usługi medycznej. Klient powinien otrzymywać więcej niż oczekuje, tzn. postrzegana przez niego korzyść ma przewyższać poniesione koszty [Kulczycka 2004, ss. 167–171].

Dzięki pomiarowi satysfakcji świadczeniodawca uzyskuje informacje, na ile jego system sprawowania opieki zaspokaja oczekiwania pacjentów, a co w jego usługach jest źródłem niezadowolenia. Wykorzystanie uzyskanych informacji z badań pozwala dostosować system opieki do potrzeb

klienta. Świadczeniodawca, dokonując zmian, musi jednak pamiętać, że satysfakcja pacjenta oparta jest na subiektywnych wrażeniach. Świadczeniodawca musi także brać pod uwagę, że istnieją różnice w rozumieniu jakości przez profesjonalistów i pacjentów. Oczekiwania pacjentów nie zawsze pokrywają się z oceną kompetentnego lekarza lub pielęgniarki, a zadowolenie pacjentów uzyskać można również przy słabych rezultatach medycznych. Satysfakcja pacjenta jest pożądanym rezultatem, miarą jakości, a także podstawą do przewidywania zachowań pacjentów [Krawciak 1996, s. 7].

Celem głównym przeprowadzonych badań było określenie poziomu satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej w obszarze działań edukacyjnych realizowanych wobec pacjentów kardiochirurgicznych. W szczególności podjęto próbę odpowiedzi na następujące cele szczegółowe:

1. Jak kształtuje się satysfakcja pacjentów z realizowanej przez pielęgniarki edukacji w różnych jej obszarach?
2. Jakie zmienne istotnie różnicują poziom satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej w powyższym obszarze?

Badania przeprowadzono w SPSK 4 w Lublinie w Oddziale Kardiochirurgii w 2012 roku. Badaniem objęto 106 pacjentów. Posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, a jako narzędzie badawcze wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety. Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono przy pomocy wartości średniej i odchylenia standardowego, a dla niemierzalnych przy pomocy liczności i odsetka. Dla cech jakościowych do wykrycia istnienia różnic pomiędzy porównywanymi grupami użyto testu χ^2 . Do zbadania różnic pomiędzy dwiema grupami zastosowano test t-Studenta, zaś dla więcej niż dwóch grup zastosowano analizę wariancji ANOVA. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$ wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic lub zależności. Bazę danych i badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe Statistica 9.1 (StatSoft, Polska).

Wyniki badań

W badaniu uczestniczyło 69% mężczyzn i 31% kobiet. Średnia wieku osób badanych wynosiła 60 lat. Osoby te stanowiły 38,68% ($n=41$), w wieku od 61 do 67 lat odsetek wynosił 28,30% ($n=30$), natomiast powyżej 67 lat odsetek wynosił 33,02% ($n=35$).

Respondenci w większości mieli średnie wykształcenie – 35,85% (n=14), 27,36% (n=29) miało wykształcenie zawodowe, wyższe posiadało 23,58% (n=25), natomiast zaledwie 13,21%, (n=14) podstawowe.

Ankietowani w 63,21% (n= 67) to mieszkańcy miast, natomiast 36,79% (n=39) badanych mieszkało na wsi.

Spośród badanych 71,70%, (n=76) miało wykonywany zabieg pomostowania tętnic wieńcowych bypass, zabieg operacyjny wszczepienia protezy zastawki przeszło 26,41% (n=28) badanych, natomiast w 1,89% (n=2) przypadkach były wykonane inne zabiegi operacyjne.

Badani w 66,98% (n= 71) docierali do Kliniki Kardiologii transportem własnym, zaś 33,02% (n= 35) dotarło karetką pogotowia ratunkowego.

Dla 76,42% (n=81), badanych nie był to pierwszy pobyt w szpitalu, zaś dla 23,58% (n=25) była to pierwsza hospitalizacja.

Pacjenci po zabiegach kardiologicznych z reguły są bardzo wymagający oraz specyficzni pod względem świadczonych usług pielęgniarstkich, a tym samym coraz częściej zwracają uwagę na te determinanty usług pielęgniarstkich, które uprzednio były przez nich niezauważane lub świadomie deprecjonowane. Pacjenci zwracają uwagę nie tylko na merytoryczne przygotowanie personelu pielęgniarstkiego do realizacji zadań zawodowych, ale także na umiejętność rozmowy i przekazywania informacji na temat zdrowia i choroby.

Pacjenci przyjmowani na oddział zazwyczaj są poinformowani m. in. o topografii oddziału, rozkładzie dnia i organizacji pracy oraz prawach im przysługujących. W większości ankietowani pacjenci twierdzili, że zostali zapoznani z topografią oddziału i obowiązującym rozkładem dnia – 52,83% (n= 56). Kolejne 30,19% (n=32) badanych stwierdziło, iż zostali tylko częściowo z tym zapoznani, natomiast 16,98% (n=18) nie zostało zapoznanych z topografią oddziału i obowiązującym rozkładem dnia, co ilustruje tab. 1.

Tabela 1. Zestawienie opinii badanych odnośnie informowania przez personel na temat topografii oddziału oraz obowiązującego rozkładu dnia

Udzielanie informacji na temat topografii oddziału i rozkładu dnia	N	%
Tak	56	52,83
Nie	18	16,98
Częściowo	32	30,19
Ogółem	106	100,00

Źródło: opracowanie własne.

Większość badanych stwierdziła, iż poznali nazwisko pielęgniarki przyjmującej ich na oddział – 64,15% (n= 68), 1,88% (n=2), oświadczyło, iż raczej nie, natomiast 33,96% (n=36) w ogóle nie poznało nazwiska pielęgniarki przyjmującej ich na oddział (tab. 2).

Tabela 2. Zestawienie danych na temat, czy pielęgniarka przedstawiła się przy przyjęciu na oddział

Odpowiedzi	N	%
Tak	68	64,15
Nie	36	33,96
Raczej nie	2	1,89
Ogółem	106	100,00

Źródło: opracowanie własne.

Większość badanych – 45,28% (n=48), stwierdziło, że знаło nazwisko pielęgniarki odpowiedzialnej za ich pielęgnowanie, 43,40% (n=46) nie znało nazwiska pielęgniarki, zaś 11,32% (n= 12) oświadczyło, że znało tylko imię pielęgniarki odpowiedzialnej za pielęgnowanie podczas ich pobytu w szpitalu (tab. 3).

Tabela 3. Znajomość przez pacjentów nazwiska pielęgniarki odpowiedzialnej za ich pielęgnowanie

Odpowiedzi	N	%
Tak	48	45,28
Nie	46	43,40
Tylko imię	12	11,32
Ogółem	106	100,00

Źródło: opracowanie własne.

Badani pacjenci w większości stwierdzili – 60,38% (n= 64), że zostali w pełni poinformowani o przysługujących im prawach, 17,92% (n=19) przyznało, że zostało przynajmniej częściowo poinformowanych o przysługujących im prawach, natomiast 6,60% (n=7) stwierdziło, że wcześniej znało te prawa, zaś 15,09% badanych (n=16) nie zostało w ogóle poinformowanych o prawach, które im przysługują (tab. 4).

Tabela 4. Informowanie o prawach pacjenta przez pielęgniarki

Odpowiedzi	N	%
Tak	64	60,38
Nie	16	15,09

Częściowo	19	17,92
Znał wcześniej	7	6,60
Ogółem	106	100,00

Źródło: opracowanie własne.

Zadowolające jest, że prawie wszyscy badani stwierdzili 90,57% (n=96), że pielęgniarki wyjaśniły, co będą robić przed przystąpieniem do wykonywania zabiegu, Natomiast 7,54% (n=8) stwierdziło, iż pielęgniarki robiły to jedynie wówczas, gdy były o to poproszone (tab. 5).

Tabela 5. Wyjaśnianie przez pielęgniarki zakresu i charakteru swoich czynności, przed przystąpieniem do ich wykonywania

Odpowiedzi	N	%
Tak	96	90,57
Nie	2	1,89
Tylko, gdy były o to poproszone	8	7,54
Ogółem	106	100,00

Źródło: opracowanie własne.

Większość, bo 76,42% (n=81) ankietowanych odpowiedziało twierdząco na pytanie, czy pielęgniarki przeznaczają wystarczającą ilość czasu na rozmowy z pacjentami, 16,98% (n=18) stwierdziło, iż nie było takiej potrzeby, zaś 6,60% (n=7) udzieliło odpowiedzi, iż nie zawsze tak się działo, natomiast żadna ankietowana osoba nie odpowiedziała na powyższe pytanie negatywnie (tab. 6).

Tabela 6. Przeznaczanie przez pielęgniarki odpowiedniej ilości czasu na rozmowy/edukację zdrowotną w opinii badanych pacjentów

Odpowiedzi	N	%
Tak	81	76,42
Nie	0	0,00
Nie zawsze	7	6,60
Nie było takiej potrzeby	18	16,98
Ogółem	106	100,00

Źródło: opracowanie własne.

Ponad 79 respondentów 79,25% (n=84) uznało, że przygotowanie ich przez pielęgniarki do dalszej samoopieki jest wystarczające. Tylko 8,49% (n=9) badanych nie uważa się w pełni przygotowanych do dalszej samoopieki, natomiast 12,26% (n=13) ma negatywną opinię o swoim przygotowaniu do dalszej samopielęgnacji po wyjściu ze szpitala (tab. 7).

Tabela 7. Przygotowanie pacjentów przez pielęgniarki do dalszej samoopieki w opinii badanych

Odpowiedzi	N	%
Tak	84	79,25
Nie	13	12,26
Nie w pełni	9	8,49
Ogółem	106	100,00

Źródło: opracowanie własne.

Z przeprowadzonych badań wynika, że 83,02% (n=88), badanych otrzymało wytyczne dotyczące objawów, przyczyn, etiologii i metod leczenia choroby, zaś 16,98% (n=18) twierdzi, że nie otrzymało takich wytycznych. Informacje dotyczące diety otrzymało 75,47% (n=80) pacjentów, natomiast 24,53% (n=26) nie otrzymało tych wytycznych. 63,21% (n=67), ankietowanych przyznało, iż otrzymało wytyczne odnośnie pożądanego zachowań po wypisie do domu, jednak 36,79% (n=39) nie otrzymało (tab. 8 i rys. 1).

Tabela 8. Odsetek pacjentów, którzy otrzymali informacje od pielęgniarki w poszczególnych obszarach tematycznych

Odpowiedzi	Wytyczne odnośnie objawów, przyczyn, etiologii i metod leczenia choroby		Wytyczne odnośnie diety		Wytyczne odnośnie pożądanego zachowań po wypisie do domu	
	N	%	N	%	N	%
Tak	88	83,02	80	75,47	67	63,21
Nie	18	16,98	26	24,53	39	36,79
Ogółem	106	100,00	106	100,00	106	100,00

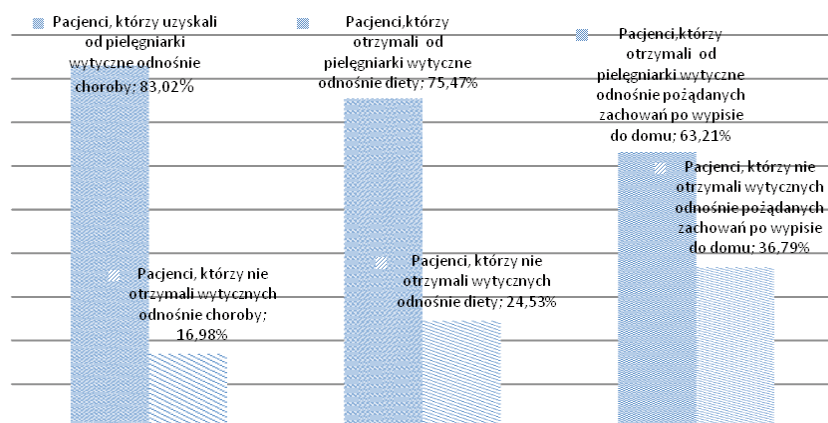
Źródło: opracowanie własne.

Prawie wszyscy badani wyrazili zadowolenie z edukacji realizowanej przez pielęgniarki, przy czym 50,94% (n=54) pacjentów było bardzo zadowolonych z edukacji podczas pobytu na oddziale kardiochirurgii, natomiast 49,06% (n=52) uważa się za zadowolonych (tab. 9).

Aby ocenić poziom satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej i edukacji zdrowotnej, przyznano punkty za powyższe pytania. Za każdą odpowiedź „tak” badany otrzymywał 1 punkt. W niektórych pytaniach można było zaznaczyć odpowiedź „czasami”, „nie zawsze” itp. – za takie odpowiedzi badany otrzymywał 0,5 punktu. Poniższa tabela nr 10 ilustruje, jak kształtuje się poziom satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej

i edukacji w zależności od płci, miejsca zamieszkania, wieku, wykształcenia, rodzaju operacji, rodzaju transportu, jakim przybyli do szpitala i kolejności pobytu.

Rys. 1 Odsetek pacjentów, którzy otrzymali informacje od pielęgniarki w poszczególnych obszarach edukacji



Źródło: opracowanie własne.

Tabela 9. Zestawienie opinii pacjentów na temat spełnienia ich oczekiwań edukacyjnych

Odpowiedzi	N	%
Bardzo zadowolony	54	50,94
Zadowolony	52	49,06
Niezadowolony	0	0,00
Ogółem	106	100,00

Źródło: opracowanie własne.

W przeprowadzonej analizie statystycznej wykazano, że płeć ankietowanych nie ma wpływu na poziom satysfakcji z opieki i edukacji pielęgniarskiej po zabiegach kardiochirurgicznych ($p = 0,777$). Kobiety (69,62%) i mężczyźni (70,19%) w podobnym udziale procentowym byli zadowoleni. Otrzymane wyniki przedstawia tabela nr 10.

Z badań wynika także, że miejsce zamieszkania ankietowanych nie ma również znaczącego wpływu na poziom ich satysfakcji ze świadczonej opieki pielęgniarskiej i edukacji ($p = 0,080$). Osoby mieszkające w mieście były nieco mniej zadowolone z otrzymanej opieki pielęgniarskiej (68,77%) niż osoby mieszkające na terenach wiejskich (72,13%).

Wykształcenie pacjentów różnicuje poziom satysfakcji z opieki pielęgniarzkiej ($p=0,009$) i jest statystycznie istotne. Najbardziej zadowolone ze świadczonej opieki były osoby z wykształceniem podstawowym (73,50%), zaś najmniej zadowolone były osoby z wykształceniem wyższym (66,11%).

Nie stwierdzono natomiast istotnych różnic w postrzeganiu standardu świadczonej opieki pielęgniarzkiej i edukacji u osób z wykształceniem średnim (69,91%) i z wykształceniem zawodowym (71,82%). Wyniki przedstawia tab. nr 10.

Przeprowadzona analiza statystyczna nie wykazała też istotnych różnic w ocenie opieki pielęgniarzkiej pomiędzy różnymi grupami wiekowymi ($p=0,392$). Ankietowani poddani operacji wszczepienia zastawek (70,77%) nieco lepiej oceniają opiekę pielęgniarzką i edukację, niż ankietowani poddani operacji bypassów (69,89%). Wyniki przedstawia tabela nr 10.

Z badań wynika dalej, iż osoby ankietowane, które dotarły do szpitala karetką pogotowia (71,28%) mają wyższy poziom satysfakcji z otrzymanej opieki niż osoby, które dotarły do szpitala własnym źródłem transportu (69,39%). Nie stwierdzono zależności istotnej statystycznie. Wyniki przedstawia tabela nr 10.

W analizie statystycznej nie wykazano też istotnych różnic w ocenie opieki pielęgniarzkiej między pacjentami, którzy przebywali pierwszy raz w szpitalu (69,79%) a pacjentami będącymi w szpitalu po raz kolejny (70,08%). Otrzymane wyniki przedstawiono w tabeli nr 10.

Tabela 10. Analiza statystyczna poziomu satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarzkiej i edukacji zdrowotnej z uwzględnieniem płci, miejsca zamieszkania, wykształcenia, wieku, rodzaju operacji, rodzaju transportu oraz pobytu w szpitalu

		Średnia	Odch. Stand.	Średni % wy- niku maks.	T	p
Płeć	Kobiety	26,45	2,97	69,62%	-0,284	0,777
	Mężczyźni	26,67	3,90	70,19%		
	Korelacja płci i uzyskanych punktów: r=0,02534, p=0,7777					
Miejsce za- mieszkania	Wieś	27,41	2,92	72,13%	1,765	0,080
	Miasto	26,13	3,92	68,77%		
	Korelacja zamieszkania i uzyskanych punktów; r=0,0564, p=0,080					

Wykształcenie	Podstawowe	27,93	2,67	73,50%	2,470A	0,066
	Zawodowe	27,29	3,13	71,82%		
	Średnie	26,57	4,08	69,91%		
	Wyższe	25,12	3,55	66,11%		
	Korelacja wykształcenia i uzyskanych punktów: $r = -0,2531$, $p = 0,009$					
Wiek	Do 60 lat	26,93	3,06	70,86%	0,945A	0,392
	61–67 lat	26,97	3,05	70,97%		
	Powyżej 67 lat	25,91	4,58	68,20%		
	Korelacja wieku i uzyskanych punktów: $r = -0,0616$, $p = 0,530$					
Rodzaj operacji	Zastawka	26,89	3,12	70,77%	0,415	0,679
	Bypass	26,56	3,81	69,89%		
Rodzaj transportu	Własny	26,37	3,95	69,39%	-0,961	0,339
	Karetka	27,09	2,85	71,28%		
Pobyt w szpitalu	Pierwszy	26,52	4,92	69,79%	-0,132	0,896
	Kolejny	26,63	3,16	70,08%		

^A analiza wariancji ANOVA

Źródło: opracowanie własne.

Omówienie i wnioski

Badanie poziomu satysfakcji pacjenta jest jednym ze wskaźników jakości świadczonych usług pielęgniarских. Jakość świadczonych usług pielęgniarских może definiować każdy z pacjentów indywidualnie. Coraz częściej toczą się dyskusje, czy jakość świadczonych usług przez pielęgniarški ma wyraźny wpływ na poziom zadowolenia z opieki. Zatem całościowy proces opieki pielęgniarskiej powinna cechować świadoma orientacja na pacjenta i myślenie w kategoriach jego dobra.

Opieka pielęgniarška, szczególnie na oddziale zabiegowym, jakim jest Klinika Kardiologii, powinna przyjąć strategię postępowania z pacjentem jako chęć autentycznego oraz uważnego wsłuchiwanie się w to, co komunikuje nam chory. Prawidłowe rozpoznanie potrzeb pacjentów poddanych operacji kardiologicznej oraz właściwe ich spełnianie przyczyniają się do lepszej końcowej oceny jakości opieki pielęgniarskiej.

Tylko połowa badanych 52,83% twierdzi, iż w dniu przyjęcia została zapoznana z topografią oddziału i rozkładem dnia, 64,15% pacjentów poznało nazwisko pielęgniarški przyjmującej ich do Kliniki Kardiologii, 60,30% respondentów zostało poinformowanych o przysługujących im prawach, 15,09% pacjentów nie zostało o tym poinformowanych, zaś 17,92% zostało poinformowanych częściowo, co nie budzi zadowolenia.

W innych badaniach przeprowadzonych w grupie 170 chorych hospitalizowanych w oddziałach zabiegowych, dotyczących poziomu satysfakcji, wynika, że pacjenci oddziałów zabiegowych mieli szczególnie problem ze sprecyzowaniem tego, czego dokładnie oczekują od pielęgniarki. Chorzy oczekiwali od pielęgniarek umiejętności manualnych oraz przekazywania im w prosty i zrozumiały sposób informacji medycznych. Po zakończeniu leczenia szpitalnego nieco ponad jedna trzecia chorych oczekiwała od pielęgniarek informacji dotyczących postępowania po wypisie do domu. Jedynie połowa pacjentów hospitalizowanych w oddziale zabiegowym potrafiła wskazać samodzielnie, czego oczekuje od pielęgniarki po zabiegu operacyjnym [Kapala, Chudziński, Hycza 2008, ss. 12–18].

W badaniach własnych prezentowanych w niniejszej pracy stwierdzono, że pacjenci w Klinice Kardiochirurgii w większości (79,25%) zostali przygotowani przez pielęgniarki do dalszej samoopieki po zabiegach kardiochirurgicznych, informacje odnośnie objawów i leczenia otrzymało 83,02% pacjentów oraz wytyczne odnośnie pożądanых zachowań po wypisie do domu otrzymało 63,21% badanych.

Analizując przeprowadzone badania, można stwierdzić, że 76,42% badanych pacjentów w Klinice Kardiochirurgii uważa, że pielęgniarki poświęcały im wystarczającą ilość czasu na rozmowę, 16,98% chorych uważało, że nie mieli takiej potrzeby, a zaledwie 6,60% stwierdziło, że pielęgniarki nie zawsze poświęcały im wystarczającą ilość czasu na rozmowę. Porównywalne wyniki uzyskano w badaniach przeprowadzonych przez Kachaniuka [Kapala, Chudziński, Hycza 2008, ss. 12–18].

Nieco zaskakujący jest fakt, że nie było ani jednej osoby, która by uznała, że pielęgniarki w Klinice Kardiochirurgii nie mają czasu na rozmowę z pacjentami. Rozmowa z chorym po tak inwazyjnej operacji, jaką jest zabieg kardiochirurgiczny, ma szczególne znaczenie dla pacjenta. Być może otrzymane wyniki zależą od tego, czy ankietowani pacjenci zwracali uwagę na umiejętność prowadzenia rozmowy oraz jakość przekazywanej informacji przez pielęgniarki czy bardziej na sam fakt jej udzielenia.

Z podobnych badań, przeprowadzonych przez B. Łuczyńską, wynika, że wykonany planowo zabieg operacyjny powoduje nieco mniejsze oczekiwanie chorych na wsparcie informacyjne i emocjonalne niż zabieg operacyjny wykonany ze wskazań pilnych. Wykonanie zabiegu operacyjnego techniką laparoskopową jako metodą mniej inwazyjną również powoduje mniejsze oczekiwania chorych na wsparcie informacyjne oraz emocjonal-

ne w porównaniu z klasycznymi metodami przeprowadzania zabiegów operacyjnych [Kapała, Chudziński, Hycza 2008, ss. 12–18].

Wyniki badań własnych pokazują, że rodzaj oraz metoda wykonywanego zabiegu kardiochirurgicznego nie ma istotnego wpływu na poziom satysfakcji z opieki i edukacji świadczonej w Klinice Kardiochirurgii, natomiast istotne jest wykształcenie, które wyraźnie różnicuje poziom satysfakcji z opieki pielęgniarstwa. Podobne wyniki uzyskano w badaniach oceniających poziom satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarstwa w oddziałach zabiegowych, przeprowadzonych w 2008 roku w Poznaniu. Wynika z nich, że pacjenci z wyższym wykształceniem wyżej oceniają doświadczenie i satysfakcję z opieki pielęgniarstwa [Stanisławska i in. 2011, ss. 157–160]. Potwierdza się zatem prawidłowość, że satysfakcja zależna jest od oczekiwań, na które z kolei wpływają wiedza i doświadczenie [Roush, Sonstroem 2001, ss. 1061–1063].

Analiza uzyskanych wyników wskazuje, że większość pacjentów (67,92%) mimo wszystko ocenia opiekę pielęgniarstwa i edukację bardzo dobrze oraz dobrze (32,08%). Pozwala to stwierdzić, że prawie wszyscy badani byli usatysfakcjonowani z poziomu świadczonej opieki i edukacji w Klinice Kardiochirurgii.

Na podstawie zebranego materiału badawczego sformułowano następujące wnioski:

1. Większość pacjentów uważa, że pielęgniarki wystarczająco dużo czasu poświęcają na rozmowę z pacjentem, prawie zawsze wyjaśniają zakres i charakter wykonywanych przez siebie czynności, udzielają informacji dotyczących samoopieki i wytycznych dotyczących pożądanego zachowania prozdrowotnych po okresie hospitalizacji. Niezadowolający natomiast jest poziom informowania o prawach pacjenta.
2. Wykształcenie istotnie koreluje z poziomem satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarstwa i edukacji, przy czym osoby z wykształceniem podstawowym są częściej usatysfakcjonowane z opieki niż osoby z wykształceniem wyższym.

Oczekiwania pacjentów wobec zespołu pielęgniarstwa są bardzo zróżnicowane. Pacjenci oczekują profesjonalnej opieki pielęgniarstwa. Oczekiwania ulegają zmianie pod wpływem czasu oraz wzrastającej ogólnej wiedzy medycznej społeczeństwa, a także coraz większej świadomości dotyczącej przysługujących im praw związanych ściśle z procesem pielęgnowania, diagnostyki, leczenia oraz rehabilitacji.

Bibliografia

- Bodenheimer T. (1999), *The American health care system-the movement for improved quality in health care*, „The New England Journal of Medicine”, 340 (6).
- Kapala W., Chudziński S., Hycza S. (2008), *Oczekiwania pacjentów hospitalizowanych na oddziałach zabiegowych wobec personelu pielęgniarstwa*, „Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne”, nr 1.
- Kisiel Ż., Samborska-Sablik A., Gaszyński W. (2008), *Ocena jakości opieki medycznej na przykładzie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 1 UM w Łodzi*, „Zdrowie Publiczne”, 118, nr 3.
- Krakowiak A. (1996), *Wstęp do metodologii badań satysfakcji*, Centrum monitorowania jakości w ochronie zdrowia, Kraków.
- Kulczycka K. (2004), *Doskonalenie jakości opieki pielęgniarstwa* [w:] A. Ksykiewicz-Dorota (red.), *Podstawy organizacji opieki pielęgniarstwa*, Czelej, Lublin.
- Lenartowicz H. (1998), *Zarządzanie jakością w pielęgniarstwie*, Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa.
- Olesch A. (2009), *Pacjenci oczekują jakości*, „Ogólnopolski Przegląd Medyczny”, nr 3.
- Piątek A. (2005), *Zarządzanie jakością* [w:] A. Ksykiewicz-Dorota (red.), *Zarządzanie w pielęgniarstwie*, Czelej, Lublin.
- Roush S.E., Sonstroem R.J. (2001), *Patient/client satisfaction*, „Physical Therapy”, 81 (4).
- Stanisławska J., Talarska D., Drozd E., Michalak M., Filipiak K., Gutysz-Wojnicka A., Dyk D. (2011), *Ocena satysfakcji pacjenta z opieki pielęgniarstwa w oddziałach zabiegowym i niezabiegowym za pomocą The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS)*, „Przegląd Lekarski”, 68 (3).
- Wyrzykowska M. (2007), *Ocena opieki pielęgniarstwa w opinii pacjentów*, „Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne”, nr 1.

Anna Andruszkiewicz
Mariola Banaszkiewicz
Marta Nowik

Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wybrane aspekty środowiska pracy a stan zdrowia pielęgniarek

Selected aspects of work environment and the health status of nurses

Abstract

Introduction: Professional work is very important in our lives. It gives us not only financial security, but also a sense of stability, self-esteem, satisfaction, and happiness. In Poland, the occupational health hazards faced by nurses constitute a serious and underestimated medical and social problem. The nurses work in the hospital occurs in an environment with often adverse health conditions. Since it includes numerous tasks, it has a very complex and specific structure.

The main purpose of the study. The main purpose of the study was to assess the relationship between selected aspects of the work environment and the subjective evaluation of the health of a group of nurses working in the hospital.

Material and methods. The study evaluated 364 professional working nurses. The nurses in the study had varied work experience, education, systems of work, and satisfaction and evaluation of pay. The study group was comprised of 359 women (99%) and 5 men (1%) and had a mean age of 41.58 years ($SD = 7.2$). The youngest person was 23 years old and the oldest 62. The average length of employment of the nurses surveyed was $M = 17.34$ years with a standard deviation of 9.43. The shortest period of work experience was a few months and the longest was 40 years. The nurses in the study most often worked in a two shift system ($n = 321$, 88%) while the single shift ($n = 36$, 10%) and three shift ($n = 7$, 2%) systems were less common. The GHQ-28 questionnaire was used for the subjective assessment of health status and a specifically designed questionnaire was used for the evaluation of selected factors related to the work environment.

Results. Analysis of the results indicates the existence of a number of significant correlations between selected aspects of the work environment and socio-demographic variables and he-

alth status in the study group. In terms of abnormalities in mental health, the nurses surveyed functioned at an average level. In a majority of cases they displayed health problems such as somatic disorders (Scale A), anxiety and insomnia (Scale B), and dysfunction (Scale C). The study indicates a relationship between the length of employment, type of hospital unit, job satisfaction and the subjective evaluation of health. The results show a theoretical relationship and suggest the possibility of practical application, principally related to the educational process of nurses and the improvement of working conditions.

Key words: work environment, nurses, health status.

Wstęp

Pielęgniarstwo bez wątpienia należy do grupy zawodów określanych mianem społecznych i stanowi zarazem najliczniejszą medyczną grupę zawodową, ze znaczącą przewagą zatrudnionych kobiet. Ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej jest podstawowym aktem prawnym, ściśle regulującym zasady i warunki wykonywania zawodu pielęgniarki oraz wachlarz świadczeń zdrowotnych przewidzianych do realizacji [Dz. U. z 2011]. Zawodowe zagrożenia zdrowia pielęgniarek stanowią poważny i niedoceniany problem medyczny i społeczny. Pielęgniarki podczas pełnienia obowiązków są narażone na działanie różnych czynników, które mogą mieć negatywny wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne [Perek, Kózka 2007, ss. 223–228, Kuriata i in. 2011, ss. 269–273]. Przyczyną tych zagrożeń mogą być: atmosfera na oddziale, warunki pracy, zmienowość, mała liczba pielęgniarek zatrudnionych w oddziale, różnorodność zadań obciążających psychicznie i fizycznie, zasoby techniczne i lokalowe oraz sama organizacja pracy [Lewandowska, Litwin 2009, ss. 86–89; Andruszkiewicz i in. 2011, ss. 143–147]. Narażenie zdrowia występuje u pielęgniarek na każdym stanowisku, zarówno podczas pracy z dorosłymi jak i z dziećmi. Zagrożenia niewyeliminowane odpowiednio wcześniej mogą być przyczyną powstania choroby zawodowej i obniżenia jakości pracy. Praca zawodowa może wywoływać określone zaburzenia organizmu. Wymagania stawiane pielęgniarkom obciążają nie tylko ich zdrowie fizyczne, ale i psychiczne [Widerszal-Bazyl, Radkiewicz 2005].

Praca pielęgniarek w szpitalu odbywa się w specyficznych, niekorzystnych dla zdrowia warunkach. Praca ta ma bardzo złożoną i specyficzną strukturę, gdyż jest wielozadaniowa. Pielęgniarka wykonuje czynności zabiegowe, pielęgnacyjne, prowadzi dokumentację, obsługuje sprzęt i urządzenia, zbiera wywiad o stanie zdrowia. Od pielęgniarek wymaga się różnych zdolności, umiejętności i predyspozycji, jak również dokładności

i precyzji, zwracania uwagi na szczegóły w obserwacji objawów chorobowych u pacjentów. Postępowanie pielęgniarek ma odbywać się według określonych przepisów, instrukcji i zasad. Wszystkie te czynności są nużące i prowadzą do szybkiego zmęczenia, któremu towarzyszy stres spowodowany poczuciem odpowiedzialności za zdrowie i życie pacjentów. Pracę pielęgniarek można zakwalifikować do kategorii średnio-ciężkiej [Ksykiwicz-Dorota i in. 1992, ss. 514–519], a nawet, jak wskazują badania, do prac ciężkich i bardzo ciężkich [Bilski, Sykutera 2004, ss. 411–416].

Głównym celem badania była ocena związku między wybranymi aspektami środowiska pracy pielęgniarek a ich stanem zdrowia.

Materiał i metody

Przebadano razem 364 pielęgniarki zatrudnione w różnych oddziałach. Najwięcej z nich pracowało na internie i psychiatrii, a najmniej na onkologii i oddziale płucno-gruźliczym (tabela 1).

Tabela 1. Liczebność badanych pielęgniarek w zależności od oddziału, na którym pracują

Oddziały	Liczba	Liczba skumulowana	Procent	Procent skumulowany
Psychiatryczne	53	53	14,56	14,56
Neurologia i rehabilitacja neurologiczna	50	103	13,74	28,30
Anestezjologia i OIOM	47	150	12,91	41,21
Pediatryczne	33	183	9,07	50,27
Neonatologiczne	32	215	8,79	59,07
Zabiegowe	50	265	13,74	72,80
Internistyczne	75	340	20,60	93,41
Chorób płuc i gruźlicze	16	356	4,40	97,80
Onkologiczne	8	364	2,20	100,00

Źródło: opracowanie własne.

Wśród nich było 359 (99%) kobiet i 5 (1%) mężczyzn – w średnim wieku 41,58 lat (przy $SD=7,2$). Średni wiek badanych wynosił 39 lat ($SD=8,27$). Najmłodsza osoba miała 23 lata, a najstarsza 62. Najwięcej badanych osób było mężatkami $n=261$ (72,10 %), a najmniej pozostawało w związkach nieformalnych $n=7$ (1,93%).

Najwięcej osób miało ukończone liceum medyczne, a najmniej wyższe studia pielęgniarские (tabela 2).

Tabela 2. Liczebność badanych w zależności od poziomu wykształcenia

Poziomy wykształcenia	Liczba	Liczba skumulowana	Procent	Procent skumulowany
Liceum medyczne	159	159	43,80	43,80
Studium medyczne	90	249	24,79	68,60
Licencjat pielęgniarstwa	48	297	13,22	81,82
Wyższe pielęgniarstwo	22	319	6,06	87,88
Inne wyższe	44	363	12,12	100,00
Braki	1	364	0,28	

Źródło: opracowanie własne.

Średni staż pracy badanych pielęgniarek wynosi $M=17,34$ przy odchyleniu standardowym $SD=9,43$. Najkrócej pracowały po kilka miesięcy, a najdłużej 40 lat. Badane osoby najczęściej pracowały w trybie dwuzmianowym ($n=321$; 88%), zdecydowanie rzadziej w trybie jednozmianowym ($n=36$; 10%) i trzymianowym ($n=7$; 2%). Prawie wszystkie badane osoby ($n=355$; 97,5%) pracowały w wymiarze pełnego etatu, 1 osoba na umowę zlecenie, dwie (0,5%) na pół etatu i sześć (1,5%) na warunkach kontraktowych. Najwięcej osób mieszkało w mieście do 50 tysięcy mieszkańców $n=134$ (37,12%), a najmniej w mieście do 100 tys. $n=81$ (22,44%). Badane pielęgniarki oceniały swoją sytuację materialną najczęściej jako dostateczną lub dobrą, a najrzadziej jako złą lub bardzo dobrą (tabela 3).

Tabela 3. Liczebność badanych w zależności od oceny swojej sytuacji materialnej

Ocena sytuacji materialnej	Liczba	Liczba skumulowana	Procent	Procent skumulowany
zła	2	2	0,55	0,55
niedostateczna	19	21	5,22	5,77
dostateczna	177	198	48,63	54,40
dobra	157	355	43,13	97,53
bardzo dobra	9	364	2,47	100,00

Źródło: opracowanie własne.

Badane pielęgniarki posiadały średnio 1,53 dzieci ($SD=0,98$), najwięcej 2 dzieci, a najmniej było wielodzietnych. Średnia satysfakcja z pracy na skali 5-punktowej wynosi $M=3,49$ przy $SD=0,80$, najwięcej badanych było usatysfakcjonowanych $n=221$ (61,05%).

Średnio oceniły wynagrodzenie za swoją pracę na skali 4-punktowej $M=1,85$, przy $SD=0,79$.

Najwięcej osób oceniło je jako dostateczne $n=150$ (41,32%). Większość badanych osób ($n=254$; 70%) nie uczestniczyła w szkoleniach z zakresu stresu i wypalenia zawodowego, pozostałe ($n=109$; 30%) jednak brały udział w takich szkoleniach.

W pracy wykorzystano następujące narzędzia badawcze:

1. Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia – GHQ-28 (General Health Questionnaires GHQ- 28) D. Goldberga, w polskiej adaptacji Makowskiej i Merecz. Kwestionariusz ten pozwala na wyodrębnienie osób, których stan zdrowia uległ czasowemu lub długotrwałemu osłabieniu w wyniku doświadczania różnych trudności życiowych. GHQ-28 mierzy ogólny stan zdrowia psychicznego oraz cztery jego wymiary tj.: nasilenie symptomów somatycznych (Skala A), poziom niepokoju i bezsenności (Skala B), zaburzenia funkcjonowania (Skala C) oraz objawy depresji (Skala D). Każda z czterech skal zawiera siedem pytań. Badany zaznacza odpowiedzi, które najtrafniej oddają jego odczucia. Odpowiedzi te punktowane są od 0 (czuję się lepiej niż zwykle) do 3 (czuję się znacznie gorzej niż zwykle). Globalny wskaźnik stanu zdrowia oblicza się poprzez dodanie sum punktów uzyskanych w zakresie czterech analizowanych skal. Im wyższy wynik, tym gorszy stan zdrowia. Zastosowano metodę punktacji wg Likerta (0–3 pkt) i obliczono sumę punktów dla każdej ze składowych. Minimalna liczba punktów do zdobycia w każdej ze składowych wynosiła 0 pkt, maksymalna: 28 pkt. Ponadto oceniono ogólny stan zdrowia, dodając punkty z całego kwestionariusza i zamieniając otrzymaną sumę punktów (zakres 0–84 pkt) na tzw. normę stenową adekwatną dla płci, oznaczającą: dobry stan zdrowia (sten 1–4), umiarkowany stan zdrowia (sten 5–6) oraz zły stan zdrowia (sten 7–10). Przedstawione normy zostały opracowane i zaproponowane przez Makowską i Merecz na podstawie badań polskiej populacji. Polska wersja tego narzędzia charakteryzuje się wysoką rzetelnością oraz dobrą trafnością [Makowska, Merecz 2001].
2. Kwestionariusz własnej konstrukcji do zebrania danych społeczno-demograficznych i związanych z środowiskiem pracy.

Badania zostały zrobione w modelu korelacyjnym. Zastosowano następujące testy statystyczne: do opisu zmiennych w grupach średnią (M) i odchylenie standardowe (SD) oraz liczebność (f) i procent (%); do określenia kierunku i siły związku pomiędzy zmiennymi test korelacji liniowej r -Pearsona; do określenia istotności różnic test t -Studenta, test U Manna-Whitneya oraz analizę wariancji ANOVA i MANOVA. Przyjęto poziom istotności $p \leq 0,05$.

Badania zostały przeprowadzone zgodnie z zasadami określonymi w Deklaracji Helsińskiej. Na prowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej *Collegium Medicum* Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu.

Wyniki

Średnie wyniki analizowanych zmiennych

Średnie nasilenie nieprawidłowości w zdrowiu w badanej grupie pielęgniarek jest na poziomie przeciętnym (tabela 4). Prawie nie ujawniają one zaburzeń symptomów depresji (skala D), najczęściej zaś ujawniają problemy zdrowotne typu: skargi na stan somatyczny oraz lęki i problemy ze snem (skala A i B).

Tabela 4. Średnie wyniki surowe (M), odchylenie standardowe (SD) i wyniki przeliczone w stenach dla badanej grupy (N=364)

Charakterystyki stanu zdrowia	M	SD	Minimum	Maksimum
GHQ 28 A – objawy somatyczne	7,51	0,00	19,00	3,77
GHQ 28 B – lęk i bezsenność	7,42	0,00	21,00	4,32
GHQ 28 C – zaburzenia funkcjonowania społecznego	7,37	0,00	21,00	2,60
GHQ 28 D – symptomy depresji	2,27	0,00	19,00	3,21
Suma GHQ - ws	24,51	11,07	1,00	68,00
Suma GHQ - wp	5,08	1,82	1,00	10,00

Źródło: opracowanie własne.

Najwięcej spośród badanych pielęgniarek zgłaszało małe lub przeciętne nasilenie skarg na stan zdrowia (tabela 5).

Tabela 5. Liczebność badanych w zależności od natężenia skarg na stan zdrowia

Natężenie skarg na stan zdrowia	Liczba	Liczba Skumulowana	Procent	Procent Skumulowany
Małe (od 1 do 4 stena)	140	140	38,46	38,46
Średnie (5 i 6 sten)	139	279	38,19	76,65
Duże (od 7 do 10 stena)	85	364	23,35	100,00

Źródło: opracowanie własne.

Związek między cechami pracy i charakterystykami społeczno-demograficznymi a stanem zdrowia mierzonym skalą GHQ-28

Analiza otrzymanych wyników pokazuje występowanie wielu istotnych zależności między cechami pracy i charakterystykami społeczno-demograficznymi a stanem zdrowia mierzonym skalą GHQ-28 (tabela 6–7):

- Wiek życia i staż pracy korelują pozytywnie na poziomie istotnym statystycznie z występowaniem objawów somatycznych, lęku i bezsenności oraz z zaburzeniami funkcjonowania społecznego. Im starsze osoby i dłużej pracujące osoby, tym częściej zgłaszają skargi na dolegliwości somatyczne i lękowe, mają kłopoty ze snem oraz zaburzenia w funkcjonowaniu społecznym.
- Liczba posiadanych dzieci koreluje pozytywnie na poziomie istotnym statystycznie z występowaniem objawów somatycznych. Im więcej dzieci posiadają osoby, tym częściej zgłaszają skargi na dolegliwości somatyczne.
- Sytuacja materialna, satysfakcja z pracy i ocena wynagrodzenia korelują negatywnie na poziomie istotnym statystycznie z występowaniem wszystkich badanych objawów: somatycznych, lęku i bezsenności, depresji oraz zaburzeń funkcjonowania społecznego. Im bardziej negatywnie oceniają swoją sytuację materialną i wynagrodzenie oraz im mniejszą satysfakcję z pracy odczuwają, tym częściej zgłaszają skargi na dolegliwości somatyczne, lękowe i depresyjne, mają kłopoty ze snem oraz zaburzenia w funkcjonowaniu społecznym.
- Udział w szkoleniach różnicuje na poziomie istotnym statystycznie występowanie objawów somatycznych, lęku i bezsenności oraz z zaburzeń funkcjonowania społecznego. Osoby uczestniczące w szkoleniach rzadziej zgłaszają skargi na dolegliwości somatyczne i lękowe, na kłopoty ze snem oraz zaburzenia w funkcjonowaniu społecznym niż osoby nieuczestniczące w szkoleniach z zakresu stresu i radzenia sobie z nim (tabela 7).

Tabela 6. Korelacja r-Pearsona pomiędzy cechami pracy i charakterystykami społeczno-demograficznymi a stanem zdrowia mierzonym skalą GHQ

Charakterystyki	GHQ 28 A objawy somatyczne	GHQ 28 B lęk i bezsenność	GHQ 28 C zaburzenia funkcjonowania społecznego	GHQ 28 D symptomy depresji	Suma GHQ - ws
Wiek	0,255 p=0,000	0,198 p=0,000	0,149 p=0,005	0,061 p=0,249	0,213 p=0,000
Miejsce zamieszkania	0,002 p=0,970	0,057 p=0,283	-0,041 p=0,439	-0,006 p=0,913	0,005 p=0,927
Ilość dzieci	0,167 p=0,002	0,073 p=0,169	0,066 p=0,212	0,026 p=0,620	0,106 p=0,046
Sytuacja materialna	-0,163 p=0,002	-0,221 p=0,000	-0,168 p=0,001	-0,182 p=0,001	-0,238 p=0,000
Staż	0,258 p=0,000	0,189 p=0,000	0,119 p=0,025	0,044 p=0,409	0,201 p=0,000
System pracy	,0490 p=,357	,0124 p=,816	,0080 p=,881	,0342 p=,521	,0320 p=,547
Satysfakcja z pracy	-,1800 p=,001	-,2601 p=,000	-,2407 p=,000	-,2308 p=,000	-,2859 p=,000
Ocena wynagrodzenia	-,1614 p=,002	-,1107 p=,037	-,1685 p=,001	-,1362 p=,010	-,1806 p=,001
Udział w szkoleniach	-,1631 p=,002	-,1187 p=,025	-,1263 p=,017	,0349 p=,512	-,1229 p=,020

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 7. Wyniki istotności różnic testem t-Studenta w zakresie stanu zdrowia pomiędzy osobami uczestniczącymi i nieuczestniczącymi w szkoleniach

Charakterystyki stanu zdrowia	Nie uczestniczące w szkoleniach	Uczestniczące w szkoleniach	t	p		
	M	SD	M	SD		
GHQ 28 A – objawy somatyczne	7,87	3,73	6,59	3,67	3,02	0,003
GHQ 28 B – lęk i bezsenność	7,73	4,31	6,68	4,26	2,13	0,034
GHQ 28 C – zaburzenia funkcjonowania społecznego	7,58	2,61	6,86	2,52	2,43	0,025

GHQ 28 D – symptomy depresji	2,19	3,10	2,44	3,47	-0,69	0,498
Suma GHQ - ws	25,32	11,03	22,49	10,94	2,25	0,025

Źródło: opracowanie własne.

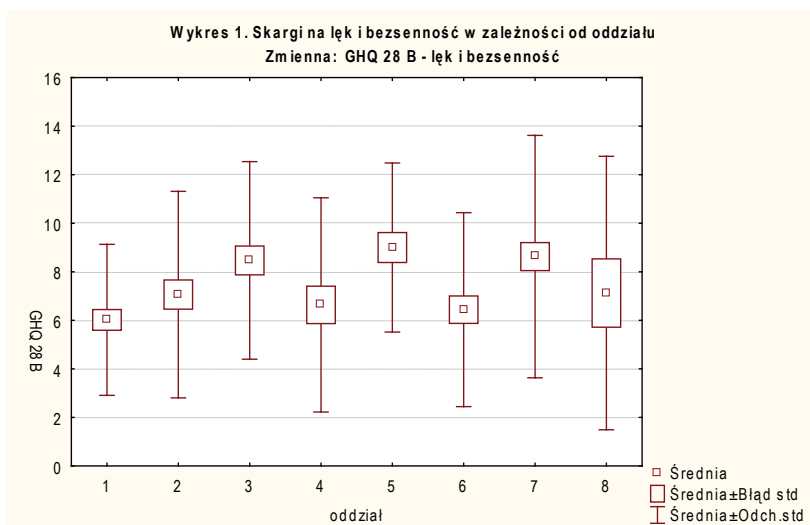
Z kolejnych analiz wyłączono pielęgniarki pracujące na onkologii, gdyż była to zbyt mała grupa. Wykonana analiza wariancji pokazała, że badane pielęgniarki różnią się między sobą w zakresie skarg na stan zdrowia w wymiarze lęk i bezsenność oraz symptomy depresji – w zależności od oddziału, na którym pracują (tabela 8, ryc. 1 i 2).

Tabela 8. Wyniki analizy wariancji – nasilenie objawów somatycznych w zależności od oddziału

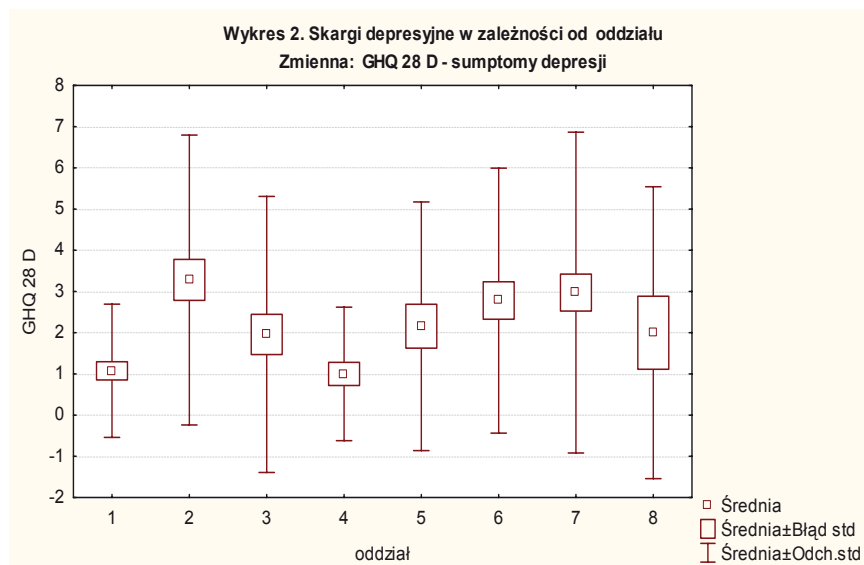
Skargi somatyczne	F/H	p
GHQ 28 A – objawy somatyczne	1,746	0,097
GHQ 28 B – lęk i bezsenność	21,843	0,003
GHQ 28 C – zaburzenia funkcjonowania społecznego	1,353	0,224
GHQ 28 D – symptomy depresji	27,099	0,0003

Źródło: opracowanie własne.

- Najczęściej na występowanie lęku i bezsenności skarżą się pielęgniarki pracujące na neonatologii, anestezjologii i oddziale chorób wewnętrznych, a najrzadziej pielęgniarki pracujące na psychiatrii, w oddziałach zabiegowych i na pediatrii (ryc. 1).
- Najczęściej symptomy depresji zgłaszają pielęgniarki pracujące na neurologii i rehabilitacji neurologicznej oraz na oddziale chorób wewnętrznych, a najrzadziej pielęgniarki pracujące na psychiatrii i na pediatrii (ryc. 2).



1 – psychiatryczny, 2 – neurologia i rehabilitacja neurologiczna, 3 – anestezjologia, 4 – pediatria, 5 – neonatologia, 6 – różne zabiegowe, 7 – interna, 8 – płucny i gruźliczy
Źródło: opracowanie własne.



1 – psychiatryczny, 2 – neurologia i rehabilitacja neurologiczna, 3 – anestezjologia, 4 – pediatria, 5 – neonatologia, 6 – różne zabiegowe, 7 – interna, 8 – płucny i gruźliczy

Dyskusja

Badania wykazały, że średnie nasilenie nieprawidłowości zdrowia w badanej grupie pielęgniarek jest na poziomie przeciętnym. Prawie nie ujawniają one zaburzeń symptomów depresji, najczęściej zaś ujawniają problemy zdrowotne typu: skargi na stan somatyczny oraz lęki i problemy ze snem. Uzyskane wyniki pozostają w zgodności z innymi dotychczasowymi badaniami, potwierdzającymi, że pielęgniarki cierpią z powodu chorób somatycznych [Lewandowska, Litwin 2009, ss. 86–89] oraz prezentują zaburzenia, które znalazły potwierdzenie w badaniach Andruszkiewicz, Kocięckiej i Wrońskiej [Andruszkiewicz 2007, ss. 157–161; Andruszkiewicz 2010, ss. 91–96; Kocięcka, Andruszkiewicz, Wrońska 2010, ss. 139–144].

Mimo ogromnego postępu technicznego, narasta obciążenie fizyczne pielęgniarek wykonujących czynności pielęgnacyjne. Nieregularny czas pracy, a przede wszystkim 12-godzinny system pracy nie sprzyja zdrowiu. Badania Ksylicz wykazały, że wydatek energetyczny podczas dyżuru 12-godzinnego na stanowisku pielęgniarki odcinkowej jest wyższy niż podczas dyżuru 8 godzinnego. A dłuższy czas pracy zwiększa zmęczenie, obniża wydajność pracy i powoduje wzrost objawów somatycznych [Ksylicz i in. 2009].

Wiek życia i staż pracy korelują pozytywnie na poziomie istotnym statystycznie z występowaniem objawów somatycznych, lęku i bezsenności oraz z zaburzeniami funkcjonowania społecznego. Im starsze osoby i dłużej pracujące osoby, tym częściej zgłaszają skargi na dolegliwości somatyczne i lękowe, mają kłopoty ze snem oraz zaburzenia w funkcjonowaniu społecznym. Z badań prowadzonych przez Ogińską-Bulik wynika, że u pracowników starszych wiekiem częściej występują objawy typu A (dolegliwości somatyczne) i typu B (lęk i bezsenności) oraz ostatni typ objawów częściej występuje u pracowników o dłuższym stażu pracy [Ogińska-Bulik 2006, ss. 33, 86]. Mając na uwadze również fakt, iż średni wiek pielęgniarek uprawiających tę profesję, na co wskazują liczne badania, to 43 lata, a wiadomo, że ok. 45 roku życia następuje zmniejszenie kondycji psychofizycznej człowieka [Żużewicz, Konarska 2004, ss. 20–30].

Liczba posiadanych dzieci koreluje pozytywnie na poziomie istotnym statystycznie z występowaniem objawów somatycznych. Im więcej dzieci posiadają osoby, tym częściej zgłaszają skargi na dolegliwości somatyczne. Badania dowodzą, że głównie na kobietach spoczywa odpowiedzialność

za opiekę nad dziećmi i ich socjalizacja, kobiety nadal wykonują więcej prac domowych [Sęk, Cieślak 2004, ss. 49–51]. Wielość ról, pogodzenie roli matki z rolą zawodową wymaga umiejętności zmobilizowania sił i energii, być może dla wielu pielęgniarek taka mobilizacja skutkuje pojawieniem się dolegliwości somatycznych.

Sytuacja materialna, satysfakcja z pracy i ocena wynagrodzenia korelują negatywnie na poziomie istotnym statystycznie z występowaniem wszystkich badanych objawów: somatycznych, lęku i bezsenności, depresji oraz zaburzeń funkcjonowania społecznego. Im bardziej negatywnie pielęgniarki oceniają swoją sytuację materialną i wynagrodzenie oraz im mniejszą odczuwają satysfakcję z pracy, tym częściej zgłaszają skargi na dolegliwości somatyczne, lękowe i depresyjne, mają kłopoty ze snem oraz zaburzenia w funkcjonowaniu społecznym.

Również badania przeprowadzone w krajach Unii Europejskiej w ramach projektu NEXT wykazały, że polskie pielęgniarki w porównaniu z pozostałymi krajami osiągnęły najniższe wyniki na skali zadowolenia z pracy [Widerszal-Bazyl 2005]. Obniżone poczucie dokonań osobistych odnosi się do spadku poczucia kompetencji i osobistych sukcesów w pracy [Sęk 2000, s. 39]. Bardzo ważnym elementem w zawodzie pielęgniarki jest satysfakcja z pracy. Ogólne zadowolenie z pracy, jak i satysfakcja są ważnym czynnikiem zdrowia psychicznego, rozumianego jako poczucie jakości życia [Derbis, Bańka 1998, ss. 42–52]. Tak więc uzyskany wynik w badaniach własnych potwierdza tę zależność.

Jednym z czynników stresujących wymienianych przez pielęgniarki są niskie płace, niewspółmierne do wysiłku wkładanego w pracę [Andruszkiewicz i in. 2007, ss. 157–161]. Możliwość wzrostu wynagrodzenia i poprawę sytuacji materialnej w zawodzie pielęgniarki zapewnia dodatkowa praca. Nadmiar obowiązków i dodatkowe obciążenie pracą zwiększa ryzyko wyczerpania emocjonalnego.

Najczęściej na występowanie lęku i bezsenności skarżą się pielęgniarki pracujące na neonatologii, anestezjologii i oddziale chorób wewnętrznych, a najrzadziej pielęgniarki pracujące na psychiatrii, w oddziałach zabiegowych i na pediatrii. Praca pielęgniarek jest wysoce zróżnicowana pod względem wykonywania obowiązków i czynności, w zależności od specyfiki zatrudnienia w otwartej opiece zdrowotnej czy też w szpitalu uwzględniającym profil oddziału [Kwarecki i in. 2000, ss. 28–29]. Praca na oddziałach Intensywnej Terapii wymaga profesjonalizmu, samodziel-

ności i odpowiedzialności za realizację zadań. Specyfika pracy to opieka nad chorymi w stanach zagrożenia życia, często nieprzytomnymi, znajomość działania i obsługi sprzętu technicznego, czynniki organizacyjne stanowią duże obciążenie. Pielęgniarki pracujące na Oddziałach Intensywnej Terapii należą do grupy szczególnie narażonej na oddziaływanie stresorów, podobny charakter ma praca na neonatologii.

Stresująca praca prowadzi do przemęczenia, które objawia się upośledzeniem ogólnej aktywności psychoruchowej, pogorszeniem samopoczucia, wzmożeniem napięcia psychoruchowego oraz osłabieniem reakcji emocjonalnych. Przewlekłe reakcje stresowe prowadzą też do zaburzeń wewnątrzustrojowych, wytworzenia się zaburzeń psychosomatycznych i zespołów nerwicowych. Występujące w pracy szkodliwe czynniki chemiczne i fizyczne zazwyczaj nie mają specyficznego działania na określone struktury układu nerwowego, lecz wywierają szkodliwy wpływ na cały układ. W reakcji organizmu uczestniczy głównie układ wegetatywny, który jest w tej sytuacji najbardziej narażony na uszkodzenia. Wśród licznych zaburzeń wegetatywnych wymienia się: bóle głowy, ogólne osłabienie, brak łaknienia, wybuchowość, nadmierną potliwość, zaburzenia snu, zaburzenia czynności narządów wewnętrznych (np. kołatanie i bóle w okolicy serca, okresowe biegunki na przemian z zaparciem). Występują też lęki, niezdecydowanie, osłabienie woli, niechęć do pracy, apatia [Klimak, Klimak, Skorek 2000, ss. 427–431].

Z przeprowadzonych badań Grzebyk [2008, ss. 37–43] wynika, że praca zmianowa w godzinach nocnych dla większości badanych pielęgniarek stanowi bardzo poważne obciążenie i jest źródłem zmęczenia, które nie zawsze mija po okresie odpoczynku, z uwagi na zaburzony rytm sen-czuwanie, który potęguje się przy tzw. szybkiej rotacji, co 1–3 dyżury. Osoby zatrudnione w tym systemie uskarżają się na ciągle zmęczenie, trudności w zasypianiu, zakłócenia w życiu rodzinnym. Częściej wykazują skłonności do używek takich jak: kawa, papierosy, alkohol [Pracka i in. 2003, ss. 75–78; Etemadi 2009, s. 66].

Reasumując można stwierdzić, że bardzo ważnym elementem chroniącym pielęgniarki przed zaburzeniami funkcjonowania w pracy i pogorszeniem ich zdrowia może być podnoszenie kwalifikacji zawodowych, szkolenia w zakresie umiejętności interpersonalnych czy zapobiegania występowaniu zespołu wypalenia zawodowego. Tym bardziej, że badania własne pokazały, że udział w szkoleniach różnicuje na poziomie istot-

nym statystycznie występowanie objawów somatycznych, lęku i bezsenności oraz zaburzeń funkcjonowania społecznego. Osoby uczestniczące w szkoleniach rzadziej zgłaszają skargi na dolegliwości somatyczne i lękowe, na kłopoty ze snem oraz zaburzenia w funkcjonowaniu społecznym niż osoby nieuczestniczące w szkoleniach z zakresu stresu i radzenia sobie z nim.

Wnioski

1. Średnie nasilenie nieprawidłowości w zdrowiu w badanej grupie pielęgniarek jest na poziomie przeciętnym. Najczęściej zgłaszają one skargi na stan somatyczny oraz lęki i problemy ze snem.
2. Im osoby starsze i dłużej pracujące osoby, tym częściej zgłaszają skargi na dolegliwości somatyczne i lękowe, mają kłopoty ze snem oraz zaburzenia w funkcjonowaniu społecznym.
3. Pielęgniarki, które posiadają więcej dzieci, częściej zgłaszają skargi na dolegliwości somatyczne.
4. Badane osoby, które negatywnie oceniają swoją sytuację materialną i wynagrodzenie oraz odczuwają mniejszą satysfakcję z pracy, częściej zgłaszają skargi na dolegliwości somatyczne, lękowe i depresyjne, mają kłopoty ze snem oraz zaburzenia w funkcjonowaniu społecznym.
5. Osoby uczestniczące w szkoleniach z zakresu radzenia sobie ze stresem rzadziej zgłaszają skargi na dolegliwości somatyczne i lękowe, na kłopoty ze snem oraz zaburzenia w funkcjonowaniu społecznym.
6. Najczęściej na występowanie lęku i bezsenności skarżą się pielęgniarki pracujące na neonatologii, anestezjologii i oddziale chorób wewnętrznych, natomiast najwięcej symptomów depresji wykazują pielęgniarki oddziałów neurologii i rehabilitacji neurologicznej oraz na oddziale chorób wewnętrznych.

Wnioski dla praktyki

Ważnymi elementami, chroniącymi pielęgniarki przed zaburzeniami funkcjonowania w pracy i pogorszeniem ich zdrowia, mogą być podniesienie kwalifikacji zawodowych, szkolenia w zakresie umiejętności interpersonalnych czy zapobiegania występowaniu zespołu wypalenia zawodowego.

Bibliografia

- Andruszkiewicz A. (2007) *Typy zachowań i przeżyć w pracy w grupie pielęgniarek*, „Problemy Pielęgniarstwa”, 15, 9.
- Andruszkiewicz A., Basińska M., Babińska E., Bagińska M. (2007), *Sytuacje wywołujące stres i stosowane strategie radzenia sobie ze stresem w pracy w grupie pielęgniarek* [w:] Z. Bartuzi (red.), *Wybrane aspekty opieki zdrowotnej*, Bydgoszcz UMK CM.
- Andruszkiewicz A. (2010), *Typy zachowań w pracy i wpływ na zdrowie psychiczne pielęgniarek*, „Problemy Pielęgniarstwa”, t. 18, 2.
- Andruszkiewicz A. i wsp. (2011) *Poczucie własnej skuteczności a wybrane zmienne związane z funkcjonowaniem zawodowym w grupie pielęgniarek*, „Problemy Pielęgniarstwa”, 2011, t.19, 2.
- Bilski B. Sykutera L. (2004), *Uwarunkowania obciążeń układu ruchu i ich konsekwencje zdrowotne wśród pielęgniarek czterech poznańskich szpitali*, „Medycyna Pracy”, 55, 5
- Derbis R., Banka A. (1998), *Poczucie jakości życia a swoboda działania i odpowiedzialność*. Stowarzyszenie Psychologia i Architektura Poznań.
- Etemadi H. (2009), *Jak dobrze spać?* „Magazyn Pielęgniarki i Położnej”, 7–8.
- Grzebyk J. (2008), *Zmęczenie pracą czy wypalenie zawodowe na podstawie pracy pielęgniarek z oddziału pediatrycznego* [w:] J.M.M. Bielawska (red.) i wsp., *Aspekty pracy w opiece nad dziećmi*, Acta Scholae Superioris Medicinale. Praca zbiorowa, Wyższa Szkoła Medyczna LZDZ, Legnica.
- Kimak K., Kimak K., Skorek K. (2000), *Stres w środowisku pracy zawodowej pielęgniarki*, „Zdrowie Publiczne”, 110, (12).
- Kocięcka A. Andruszkiewicz A. Wrońska I. (2010), *Poczucie koherencji a stan zdrowia pielęgniarek czynnych zawodowo*, „Problemy Pielęgniarstwa”, 18 (2).
- Ksykiewicz-Dorota A., Germasim B., Zagórski J., Sadło J. (1992). *Ocena obciążenia pracą fizyczną na stanowisku pielęgniarki odcinkowej w oddziale szpitalnym*, „Zdrowie Publiczne”, 103, 10.
- Ksylewicz D., Rogala-Pawelczyk G. (2009), *Czas Pracy a ryzyko błędu medycznego* [w:] www.rynek-zdrowia.pl-dane pozyskane z dn. 20.07.2014.
- Kulagowska E., Kosińska M. (2002), *Obciążenie fizyczne pielęgniarek – teoria i praktyka*, „Zdrowie Publiczne”, 112, supl. 1,
- Kuriata E. i wsp. (2011), *Czynniki szkodliwe oraz obciążenie pracą pielęgniarek zatrudnionych w szpitalu*, „Zdrowie Publiczne”, 1,3.

Kwarecki K., Liu D., Żużewicz K. (2000), *Czynnik ludzki w bezpieczeństwie pracy. Zmęczenie układu mięśniowo-szkieletowego – stary problem cywilizacyjny*, „Bezpieczeństwo Pracy – nauka i praktyka”, 9.

Lewandowska A., Litwin B. (2009), *Wypalenie zawodowe jako zagrożenie życia w pracy pielęgniarki*, „Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie”, 55, 3.

Makowska Z., Merecz D. (2001), *Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszami Davida Goldberga. Podręcznik dla użytkowników kwestionariuszy GHQ-12 i GHQ-28*, Instytut Medycyny Pracy im prof. J. Nofera, Łódź.

Ogińska-Bulik N. (2006). *Stres zawodowy w zawodach usług społecznych. Źródła – konsekwencje – zapobieganie*, Difin, Warszawa.

Perek M., Kózka M., Twarduś K. (2007), *Trudne sytuacje w pracy pielęgniarek pediatrycznych i sposoby radzenia sobie z nimi*, „Problemy Pielęgniarstwa”, 15 (4).

Plotka A., Krasowicz A. (2002), *Stres a zespół wypalenia zawodowego w grupie pielęgniarek operacyjnych*, Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin, LVII, Supl. XI.

Pracka D., Pracki T., Klawe J., Tafil-Klawe M., Ziółkowska-Kochan M., Ciesielczyk K., Radel A. (2003), *Zmiany jakości snu po zastosowaniu jasnego światła podczas pracy nocnej u pielęgniarek*, „Sen”, tom 3, nr 3.

Sęk H. (red.) (2000), *Wypalenie zawodowe Przyczyny. Mechanizmy. Zapobieganie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

Sęk H., Cieślak R. (2004), *Rola wsparcia społecznego w sytuacjach stresu życiowego. O dopasowaniu wsparcia do wydarzeń stresowych* [w:] H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, Dz.U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039.

Widerszal-Bazyl M., Radkiewicz P. (2005), *Stres w pracy pielęgniarek*, Projekt badawczy NEXT.

Żużewicz K., Konarska M. (2004), *Zmiany tolerancji pracy zmianowej – fizycznej i umysłowej – związane z wiekiem*, „Bezpieczeństwo Pracy”, 7–8.

Brygida Kondracka

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSW z Warmińsko-Mazurskim
Centrum Onkologii w Olsztynie

Krzysztof Łukaszuk

Invicta sp. z o.o., Gdański Uniwersytet Medyczny

Pomiar satysfakcji jako wskaźnik skuteczności zarządzania systemowego w podmiotach leczniczych

Satisfaction survey as an indicator of systematic management effectiveness in healthcare entities

Abstract: Implementing Integrated Systematic Management in hospitals, which integrates key management areas allows perfecting medical services, catering to stakeholders' needs, as well as gaining benefits while negotiating agreements with NHS.

The survey was based on a diagnostic poll in a form of an anonymous PASAT questionnaire. Management based on Integrated Management System in the surveyed healthcare entity translated into high quality of nursing services.

Key words: total quality management, patient satisfaction.

Wstęp

W ostatnich latach proces leczenia w placówkach opieki zdrowotnej uległ znaczącym przeobrażeniom. Dotąd rolą zarządzającego szpitalem było właściwe zorganizowanie zasobów ludzkich i materialnych, w celu umożliwienia profesjonalistom medycznym realizacji ich powinności wobec chorych. Dziś oparte na intuicji i aktywności dyrekcji zarządzanie podmiotem leczniczym odchodzi do lamusa. Przed menadżerami opieki zdrowotnej stoją nowe zadania, takie jak uporządkowanie procesów i działań, wprowadzenie jednolitych, jasnych zasad postępowania, zapewnienie adekwatnych do potrzeb działań oraz zwiększenie bezpieczeństwa pacjenta i organizacji. Od poziomu profesjonalnej biegłości i doświadczenia lekarzy oraz pielęgniarek poczynając, po skuteczne menedżerskie

zarządzanie jednostką. Zmianom uległo traktowanie pacjenta, który z „przypadku klinicznego” stał się pacjentem – klientem, o którego trzeba zabiegać i dbać. Zwiększyły się również wymagania ze strony pacjenta znającego swoje prawa, stawiającego warunki co do sposobów leczenia i oczekującego odpowiedniego traktowania ze strony lekarza i personelu pielęgniarskiego. Kierownictwa placówek opieki zdrowotnej powinny mieć w związku z tym zagwarantowany dostęp do nowoczesnych metod i narzędzi zarządczych, umożliwiających im podejmowanie możliwie najszybciej możliwie najtrafniejszych decyzji, zwłaszcza dotyczących alokacji posiadanych zasobów. Takim użytecznym narzędziem jest Zintegrowany System Zarządzania, integrujący kluczowe obszary zarządzania podmiotem leczniczym. Uzyskanie certyfikatu akredytacyjnego oraz ISO świadczy o wysokiej jakości usług i stanowi wyróżnik na tle innych placówek ochrony zdrowia. To kapitał na kolejne lata działalności oraz szansa na pozyskanie wyższych not w przypadku ubiegania się o dofinansowanie z nowej unijnej perspektywy na lata 2014–2020 czy dodatkowych punktów podczas kontaktowania NFZ. Przekłada się to na świadomość konieczności szczegółowego rozpoznania oczekiwań pacjentów, określenia przyczyn braku zadowolenia z uzyskanych usług oraz wdrożenie działań naprawczych służących poprawie jakości zarządzania tymi placówkami. Przykładem rozpoznawania oczekiwań pacjentów w trakcie hospitalizacji jest badanie poziomu satysfakcji przy użyciu standaryzowanego kwestionariusza ankiety.

Celem pracy jest ocena wybranych aspektów satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej w trakcie hospitalizacji. Dzięki otrzymanym wynikom badania, możliwe jest otrzymanie odpowiedzi na pytanie, czy sposób świadczonej opieki pielęgniarskiej zaspokaja oczekiwania i potrzeby pacjentów. Analiza czynników wywołujących niezadowolenie z otrzymywanych usług zdrowotnych daje możliwość optymalizacji procesu zarządzania jakością świadczeń pielęgniarskich.

Materiał i metody

Badaną populację stanowili pacjenci Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie, w którym wdrożono i certyfikowano Zintegrowany System Zarządzania obejmujący System Zarządzania Jakością, System Zarządzania Środowiskowego, System Za-

zarządzania Bezpieczeństwem i Higieną Pracy, System Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji, System Przeciwdziałania Zagrożeniom Korupcyjnym, zgodny z wymaganiami: PN-EN ISO 9001:2009, PN-EN ISO 14001:2005, PN-N 18001:2004, OHSAS 18001:2007, PN-ISO/IEC 27001:2007 oraz standardy akredytacyjne dla lecznictwa szpitalnego.

Badania ankietowe przeprowadzono w okresie od listopada 2012 do marca 2013 roku. W procedurze badawczej wykorzystano badanie satysfakcji pacjentów przy pomocy pakietu PASAT, ujednoliconego modelu badania satysfakcji pacjentów w Polsce, wprowadzonego przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Celem uporządkowania i analizy danych zastosowano metody statystyczne. Do realizacji badania wydano 400 ankiet PASAT. Do analizy wykorzystano 288 ankiet. Wskaźnik zwrotności ankiet wyniósł 72%.

Ankietyzację przeprowadzono z pacjentami hospitalizowanymi nie krócej niż 48 godzin. Dobór próby badawczej miał charakter losowy.

Wyniki

W analizie materiału badawczego jako kryterium oceny przyjęto: (a) organizację i warunki przyjęcia do szpitala: życzliwość personelu, organizację sposobu przyjęcia na oddział, zapewnienie intymności, czystość, czas załatwiania formalności oraz wyposażenie Izby Przyjęć (miejsca do siedzenia, wieszaki itp.); (b) ocenę ogólną personelu pielęgniarskiego: życzliwość, staranność wykonanych zabiegów/opatrunków, dostępność w dzień i w nocy, szybkość reakcji na wezwanie, pielęgnowanie w atmosferze szacunku i poszanowania godności.

Organizacja i warunki przyjęcia do szpitala

Życzliwość personelu medycznego w trakcie przyjęcia do szpitala w 79,36% respondenci ocenili bardzo dobrze (81,48% u kobiet i 79,53% u mężczyzn). Ocenę dobrą wystawiło 17,08% ankietowanych (16,30% kobiet i 18,11% mężczyzn), a raczej dobrą 2,14% osób (2,36% mężczyzn i 2,22% kobiet). Nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic ze względu na płeć (test U Manna-Whitneya $p=0,694$; test Chi2 $p=0,922$). Również wykształcenie pacjentów nie było cechą, która istotnie ten aspekt warunkowała (współczynnik korelacji Gamma = -0,136, $p=0,101$; R Spearman = -0,077, $p=0,217$; test Chi2 $p=0,078$).

Stwierdzono, że niezależnie od wieku (współczynnik korelacji Gamma = 0,037, $p=0,614$) i tego, czy hospitalizacja była pierwszorazowa czy

powtórna (wartość statystyki testowej Kruskala-Wallisa $p=0,441$), respondenci byli tak samo traktowani przez personel Izby Przyjęć. Nie zaobserwowano też trendu wiążącego ten aspekt istotnie z czynnościami zawodowymi ankietowanych (test Kruskala-Wallisa: $p=0,681$, Chi2 $p=0,081$).

Przy ocenie organizacji sposobu przyjęcia na oddział (73,19% bardzo dobrze; 21,01% dobrze; 3,99% raczej dobrze) oraz wyposażenia Izby Przyjęć (65,59% bardzo dobrze; 25,81% dobrze; 4,66% raczej dobrze) dominowały oceny bardzo dobre i dobre. Jedna osoba oceniła negatywnie zarówno organizację sposobu przyjęcia na oddział, jak i wyposażenie Izby Przyjęć (52. letni mężczyzna, wykształcenie średnie, pracujący zawodowo, przebywający już wcześniej w szpitalu, ale na innym oddziale).

Biorąc pod uwagę płeć (test U Manna-Whitneya $p=0,3803$; test Chi2 $p=0,579$), wykształcenie (R Spearman=0,0468, $p=0,457$; współczynnik korelacji Gamma=0,075, $p=0,322$; test Chi2 $p=0,856$), wiek (współczynnik korelacji Gamma=0,0996, $p=0,138$), stosunek do czynności zawodowych (test Kruskala-Wallisa $p=0,36$; test Chi2 $p=0,34$) oraz to, czy hospitalizacja była pierwszorazowa czy powtórna (test Kruskala-Wallisa $p=0,463$; test Chi2 $p=0,425$), nie odnotowano żadnych istotnych korelacji w analizowanym aspekcie.

W przypadku oceny zapewnienia intymności (70,82% bardzo dobrze; 22,78% dobrze; 3,2% raczej dobrze) i czystości w Izbie Przyjęć (74,82% bardzo dobrze; 21,58% dobrze; 0,36% raczej dobrze) dominowały oceny bardzo dobre i dobre. Natomiast czas załatwiania formalności w ocenie 62,13% respondentów był bardzo krótki, 28,67% – krótki, a zdaniem 6,98% osób raczej krótki (odsetek skumulowany 97,79%). Spośród ankietowanych 6. respondentów (2,2%) uznało czas załatwiania formalności za długi.

Nie zaobserwowano w ocenach kolejnych aspektów funkcjonowania Izby Przyjęć różnic znamiennych statystycznie. Innymi słowy pacjenci niezależnie od płci, wykształcenia, wieku, stosunku do czynności zawodowych oraz faktu, czy przebywali wcześniej w szpitalu czy też nie, podobnie ocenili badane aspekty funkcjonowania Izby Przyjęć (zapewnienie intymności, czystość w Izbie Przyjęć, wyposażenie Izby Przyjęć). Jedynie czas załatwiania formalności był częściej oceniany jako szybszy w przypadku osób lepiej wykształconych (współczynnik korelacji Gamma=0,152, $p=0,021$). Jednocześnie nie zaobserwowano trendu wiążącego ten aspekt istotnie z płcią (test U Manna-Whitneya $p=0,618$; test Chi2 $p=0,818$), wie-

kiem (współczynnik korelacji $\text{Gamma}=0,037$, $p=0,523$), wcześniejszym pobytem (test Kruskala-Wallisa $p=0,767$; test Chi^2 $p=0,118$) oraz stosunkiem do czynności zawodowych respondentów (test Kruskala-Wallisa $p=0,301$; test Chi^2 $p=0,688$).

Ocena ogólna personelu pielęgniarского

Zaobserwowano, że życzliwość personelu pielęgniarского została oceniona bardzo dobrze przez 81,79% ankietowanych pacjentów (82,31% mężczyzn i 81,75% kobiet) i dobrze 16,43% osób (15,38% mężczyzn i 17,52% kobiet). Jedynie 1,79% respondentów (2,31% mężczyzn i 0,73% kobiet) oceniło raczej dobrze życzliwość personelu pielęgniarского w badanym podmiocie leczniczym. Kobiety i mężczyźni podobnie postrzegali życzliwość pielęgniarek (test U Manna-Whitneya $p=0,956$; test Chi^2 $p=0,523$). Biorąc pod uwagę wykształcenie respondentów, nie odnotowano żadnych istotnych korelacji w analizowanym aspekcie (współczynnik korelacji $\text{Gamma}= -0,148$, $p=0,085$; test Chi^2 $p=0,692$). Przy czym najwyższy odsetek odpowiedzi „bardzo dobrze” (95,24%) i najniższy dla odpowiedzi „dobrze” (4,76%), odnotowano u ankietowanych z wykształceniem podstawowym. Nie odnotowano różnic istotnych statystycznie w ocenach pacjentów leczonych w szpitalu po raz pierwszy oraz wcześniej hospitalizowanych na tym samym oddziale lub innym (test Kruskala-Wallisa $p=0,762$; test Chi^2 $p=0,778$).

Postrzeganie życzliwości personelu pielęgniarского było podobne wśród pacjentów w różnym wieku – nie odnotowano różnic znamienych statystycznie w ocenach dotyczących tego aspektu opieki (współczynnik korelacji $\text{Gamma}= 0,019$, $p=0,799$). Stosunek do czynności zawodowych respondentów nie był cechą, która istotnie ten aspekt warunkowała (test Kruskala-Wallisa $p=0,66$; test Chi^2 $p=0,866$).

Staranność wykonanych zabiegów/opatrunków została oceniona bardzo dobrze przez 82,37% ankietowanych pacjentów (83,85% mężczyzn i 81,48% kobiet), dobrze przez 15,11% osób (13,85% mężczyzn i 17,04% kobiet) i raczej dobrze przez 2,16% osób (1,54% mężczyzn i 1,48% kobiet). Jeden mężczyzna (0,36%) z wykształceniem średnim (1,54%) źle ocenił staranność wykonanych zabiegów/opatrunków przez personel pielęgniarский w badanym podmiocie leczniczym. Niskie współczynniki korelacji wskazują na brak związków oceny staranności wykonanych zabiegów/opatrunków przez personel pielęgniarский z płcią respondentów (test U Manna-

Whitneya $p=0,644$; test Chi2 $p=0,677$). Wykształcenie pacjentów również nie było cechą, która istotnie ten aspekt warunkowała (współczynnik korelacji Gamma= $-0,030$, $p=0,730$; test Chi2 $p=0,778$). Niskie współczynniki korelacji wskazują też na brak związków oceny z pierwszorazową lub powtórą hospitalizacją ankietowanych pacjentów (test Kruskala-Wallisa $p=0,544$; test Chi2 $p=0,546$) oraz stosunkiem do czynności zawodowych (test Kruskala-Wallisa $p=0,264$; test Chi2 $p=0,695$).

Wyniki badań wskazują na bliską istotności zależność oceny staranności wykonywanych przez personel pielęgniarski zabiegów/opatrunków z wiekiem respondentów (współczynnik korelacji Gamma= $0,15$; $p=0,05$). Analizowany aspekt bardzo dobrze oceniło 82,37% pacjentów ze średnią wieku 54,45 lat (mediana 56 lat), dobrze 15,11% ze średnią wieku 58,31 lat (mediana 60 lat) i raczej dobrze 2,16% ze średnią wieku 59,33 lat (mediana 60 lat). Jeden 73. letni ankietowany źle ocenił staranność wykonanych zabiegów/opatrunków przez personel pielęgniarski w badanym podmiocie leczniczym.

Dostępność personelu pielęgniarskiego w dzień została oceniona bardzo dobrze przez 82,14% ankietowanych pacjentów (84,62% mężczyzn i 80,29% kobiet), dobrze przez 16,07% osób (14,62% mężczyzn i 16,07% kobiet) i raczej dobrze przez 1,79% osób (0,77% mężczyzn i 2,19% kobiet). Biorąc pod uwagę płeć (test U Manna-Whitneya $p=0,336$; test Chi2 $p=0,497$) oraz wykształcenie (współczynnik korelacji Gamma= $0,005$, $p=0,954$; test Chi2 $p=0,43$), nie odnotowano żadnych istotnych korelacji w analizowanym aspekcie.

Ocena dostępności personelu pielęgniarskiego w dzień nie była istotnie uzależniona od tego, czy dokonywali jej pacjenci pierwszorazowi czy powtórnie hospitalizowani (test Kruskala-Wallisa $p=0,865$; test Chi2 $p=0,131$). Niskie współczynniki korelacji wskazują również na brak związków ocen z wiekiem pacjentów (współczynnik korelacji Gamma= $0,092$, $p=0,232$) oraz stosunkiem do czynności zawodowych (test Kruskala-Wallisa $p=0,308$; test Chi2 $p=0,572$).

Dostępność personelu pielęgniarskiego w nocy została oceniona bardzo dobrze przez 82,18% ankietowanych pacjentów (83,59% mężczyzn i 82,09% kobiet), dobrze przez 15,64% osób (13,28% mężczyzn i 17,16% kobiet) i raczej dobrze przez 1,82% osób (2,34% mężczyzn i 0,75% kobiet). Jeden mężczyzna (73 lata) z wykształceniem średnim (0,36%) źle ocenił dostępność personelu pielęgniarskiego w nocy w badanym podmiocie

lecznictwem. Nie odnotowano różnic istotnych statystycznie w ocenach kobiet i mężczyzn (test U Manna-Whitneya $p=0,821$; test Chi2 $p=0,422$). Również wykształcenie pacjentów nie było cechą, która istotnie ten aspekt warunkowała (współczynnik korelacji Gamma= $0,08$, $p=0,369$; test Chi2 $p=0,767$).

Podobnie jak w dzień, ocena dostępności personelu pielęgniarskiego w nocy nie była istotnie uzależniona od tego, czy dokonywali jej pacjenci pierwszorazowi czy powtórnie hospitalizowani (test Kruskala-Wallisa $p=0,438$; test Chi2 $p=0,673$). Niskie współczynniki korelacji wskazują również na brak związków ocen z wiekiem pacjentów (współczynnik korelacji Gamma= $p=0,624$) oraz stosunkiem do czynności zawodowych (test Kruskala-Wallisa $p=0,236$; test Chi2 $p=0,558$).

Szybkość reakcji personelu pielęgniarskiego na wezwanie została oceniona bardzo dobrze przez 81,36% ankietowanych pacjentów (82,95% mężczyzn i 81,02% kobiet), dobrze przez 16,49% osób (13,95% mężczyzn i 18,25% kobiet) i raczej dobrze przez 2,15% osób (3,10% mężczyzn i 0,73% kobiet). Biorąc pod uwagę płeć (test U Manna-Whitneya $p=0,759$; test Chi2 $p=0,250$) oraz wykształcenie (współczynnik korelacji Gamma= $0,028$, $p=0,339$; test Chi2 $p=0,778$), nie odnotowano żadnych istotnych korelacji w analizowanym aspekcie. Przy czym najmniej wskazań bardzo dobrze (75,41%) i najwięcej raczej dobrze (3,28%) odnotowano u pacjentów z wykształceniem zawodowym.

Ocena szybkości reakcji personelu pielęgniarskiego na wezwanie nie była istotnie uzależniona od tego, czy dokonywali jej pacjenci pierwszorazowi czy powtórnie hospitalizowani (test Kruskala-Wallisa $p=0,301$; test Chi2 $p=0,178$). Również wiek pacjentów nie był cechą, która istotnie ten aspekt warunkowała (współczynnik korelacji Gamma= $-0,035$, $p=0,298$). Niskie współczynniki korelacji wskazują również na brak związków ocen ze stosunkiem do czynności zawodowych (test Kruskala-Wallisa $p=0,764$; test Chi2 $p=0,769$).

Pielęgnowanie w atmosferze szacunku i poszanowania godności zostało ocenione bardzo dobrze przez 78,42% ankietowanych pacjentów (80,77% mężczyzn i 77,78% kobiet), dobrze przez 18,35% osób (16,15% mężczyzn i 20% kobiet) i raczej dobrze przez 3,24% osób (3,08% mężczyzn i 2,22% kobiet). Nie odnotowano różnic istotnych statystycznie w ocenach kobiet i mężczyzn (test U Manna-Whitneya $p=0,585$; test Chi2 $p=0,671$).

Wykształcenie pacjentów nie było cechą, która istotnie ten aspekt warunkowała (współczynnik korelacji Gamma 0,045, $p=0,565$; test Chi2 $p=0,656$). Przy czym respondenci z wykształceniem średnim najwyżej ocenili pielęgnowanie w atmosferze szacunku i poszanowania godności (najwięcej wskazań bardzo dobrze – 84,88%, a jeden z 43. respondentów odpowiedział raczej dobrze – 2,33%).

Test statystyczny nie wykazał istotnych zależności oceny pielęgnowania w atmosferze szacunku i poszanowania godności z decyzjami pacjentów o miejscu hospitalizacji (test Kruskala-Wallisa $p=0,259$; test Chi2 $p=0,601$). Nie zaobserwowano również trendu wiążącego ten aspekt istotnie z wiekiem respondentów (współczynnik korelacji Gamma=-0,035, $p=0,628$) oraz ich stosunkiem do czynności zawodowych (test Kruskala-Wallisa $p=0,371$; test Chi2 $p=0,648$).

W badaniu własnym zaobserwowano, że wskaźnik satysfakcji z opieki pielęgniarskiej liczony stosunkiem łącznej liczby wybranych opcji „superlatywnych” oraz „negatywnych” do całkowitej liczby głosów oddanych we właściwych pytaniach wyniósł odpowiednio 81,38% i 0,12%. Porównanie otrzymanych wyników z wynikami wcześniejszych badań przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Zestawienie ocen ind_super oraz ind_neg badania satysfakcji pacjentów w latach 2006–2013

rok year ocena grade	2006	2007-2008	2009	2010	2012-2013
Opieka pielęgniarska/ Nursing care					
ind_super	81.07%	81.33%	76.13%	76.41%	81.38%
ind_neg	0.15%	0%	0%	0.23%	0.12%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania satysfakcji PASAT.

W badaniu podjęto próbę porównania kluczowych wskaźników satysfakcji pomiędzy innymi organizacjami korzystającymi z PASAT. Uzyskane wyniki oceny opieki pielęgniarskiej uplasowały badany szpital na 2 miejscu wśród 18 placówek korzystających z PASAT.

Dyskusja

Wiedza o wymaganiach chorych w trakcie hospitalizacji jest bardzo istotna w procesie zarządzania podmiotem leczniczym. Dobrym przykładem rozpoznawania oczekiwań pacjentów jest badanie poziomu sa-

tysfakcji [Kos i inni 2013, s. 122; Meehan i inni 2002, s. 807], które jest najpowszechniejszą metodą oceny jakości usług medycznych. Z literatury wynika, że zbieranie opinii pacjentów o świadczonych im usługach medycznych odgrywa rolę terapeutyczną [Heinemann i inni 2006, s. 46; Maffei 2003, s. 1411], umacnia ich [Linhorst 2006], jest ważnym elementem oceny opieki zdrowotnej [Meehan i inni 2002, s. 807; Williams, Wilkinson 1995, s. 559], wyznacza kierunek poprawy funkcjonowania placówki [Donabedian 2005, s. 691; Birleson 1998, s. 214; Crawford, Rutter 2004, s. 561; Leese i inni 1998, s. 409]. Chociaż istnieją różne metody oceny satysfakcji pacjentów, dowiedziona jest przydatność samodzielnie wypełnianego kwestionariusza [Meehan 2002, s. 807], zawierającego określony zestaw pytań. Ogólną tendencją w badaniach naukowych jest obecnie stosowanie narzędzi standaryzowanych. Są one poddawane weryfikacji pod kątem m.in.: rzetelności, czułości, swoistości, czyli czynników warunkujących miarodajność pomiaru [Dowbór-Dzwonka i inni 2007, s. 39]. Dlatego też na potrzeby niniejszej pracy wykorzystano pakiet PASAT, ujednolicony model badania satysfakcji pacjentów.

Badanie własne wskazuje na duże zadowolenie respondentów ze świadczeń zapewnianych im w trakcie przyjęcia do szpitala w badanym podmiocie leczniczym. Wynika to z pozytywnej oceny życzliwości personelu Izby Przyjęć w stosunku do pacjentów (odsetek skumulowany 96,44%), zadowolenia pacjentów z organizacji sposobu przyjęcia na oddział (odsetek skumulowany 98,19%), wyposażenia (odsetek skumulowany 96,06%), zapewnienia intymności (odsetek skumulowany 96,8%), czystości (odsetek skumulowany 96,76%) i czasu załatwiania formalności (odsetek skumulowany 97,78%) w Izbie Przyjęć. Wyniki przeprowadzonych analiz świadczą o tym, że płeć, wykształcenie, wiek, stosunek do czynności zawodowych oraz decyzje o miejscu hospitalizacji nie miały wpływu na odpowiedzi udzielone przez pacjentów. Jedynie czas załatwiania formalności był częściej oceniany jako szybszy w przypadku osób lepiej wykształconych – być może te osoby lepiej współpracują z personelem medycznym i to pozwala skrócić formalności (szybciej rozumieją pytania i udzielają odpowiedzi itp.).

Punkt widzenia badanych pacjentów na temat jakości opieki pielęgniarzkiej odzwierciedlają dominujące oceny bardzo dobre i dobre. Oceniając życzliwość pielęgniarek (odsetek skumulowany 98,21%), staranność wykonanych zabiegów/opatrunków (odsetek skumulowany 97,48%), dostępność w dzień (odsetek skumulowany 98,21%) i w nocy (odsetek

skumulowany 97,82%), szybkość reakcji na wezwanie (odsetek skumulowany 97,85%) oraz pielęgnowanie w atmosferze szacunku i poszanowania godności (odsetek skumulowany 97,85%), ankietowani pacjenci wysokimi notami potwierdzili jakość wykonywanej pracy pielęgniarek. Opinie na temat jakości opieki pielęgniarstwa nie były uzależnione od cech socjomedycznych badanej populacji. Należy jednak zauważyć, że im starsi pacjenci, tym mniejsze było ich zadowolenie ze staranności wykonywanych przez pielęgniarki zabiegów/opatrunków (na granicy istotności statystycznej). Przy czym zasadniczo jest to różnica dotycząca ocen bardzo dobrze i dobrze, które były wybierane przez niemal wszystkich pacjentów.

Mimo wysokiej oceny usług medycznych świadczonych w badanej placówce przy ocenie analizowanych aspektów respondenci oddali 7 nieprzychylnych głosów. Przyczyną negatywnych odczuć pacjentów był czas załatwiania formalności na Izbie Przyjęć. Zdaniem 6 respondentów (2,2%) czas załatwiania formalności był długi. Poza tym jeden 73. letni mężczyzna z wykształceniem średnim, rencista/emeryt, źle ocenił staranność wykonanych zabiegów/opatrunków oraz dostępność personelu pielęgniarstwa w nocy.

Są to zatem czynniki, które należy doskonalić, poddawać ciągłej ocenie i weryfikacji w celu wspierania procesów jakościowych, mających w opinii pacjenta wpływ na realizację świadczenia medycznego.

Doniesienia z badań innych autorów również wskazują na wysoką ocenę opieki pielęgniarstwa przez ankietowanych pacjentów pomimo istniejących niedostatków tej opieki [Przybylski, Polakowska 2000, ss. 190–195; Kapica i inni 2001, ss. 26–30; Strzelecka 2011, ss. 148–154; Rybarczyk, Marczak 2011, ss. 111–116, Waszkiewicz, Bialecka 2012, ss. 265–273].

Jakość usług medycznych świadczonych w podmiotach leczniczych związana jest w dużej mierze z faktem posiadania *versus* nieposiadania certyfikacji, co potwierdziły wyniki badań uzyskane przez Jakubek. Poziom usług świadczonych przez szpitale certyfikowane jest, w przekonaniu osób uczestniczących w badaniu – zarówno pacjentów, jak i kierowników – wyższy niż w placówkach nieposiadających certyfikacji. Zbliżone wyniki uzyskano w badaniach zespołu Shaw, Groene, Mora i Sunol, którzy wykazali, że funkcjonowanie szpitali legitymujących się posiadaniem certyfikatu jakości (lub akredytacją) różni się w sposób istotny od funkcjonowania szpitali, które nie posiadają wdrożonego systemu zarządzania jakością. Szpitale certyfikowane bądź akredytowane zapewniają pacjento-

wi wyższy poziom bezpieczeństwa oraz lepszą opiekę medyczną [Jakubek 2012, s. 163].

Warto podkreślić fakt, że ocena jakości świadczonych usług medycznych w opinii pacjentów prowadzona jest głównie wśród placówek zarządzanych zgodnie z normą ISO (97% prowadzi badania satysfakcji pacjentów). Natomiast wśród szpitali, które nie wprowadziły projakościowych zasad zarządzania, badania te prowadzi jedynie 44%¹ [Skrzypczyńska 2012, ss. 196–208].

Zależność tę potwierdzają badania własne, które wskazują, że pomiar satysfakcji pacjenta w badanej placówce medycznej przeprowadzono po raz pierwszy po wdrożeniu normy ISO 9001 w 2005 r.

Analizując wyniki badania satysfakcji pacjentów z lat 2006–2013, można zauważyć poprawę we wszystkich obszarach, co ze względu na zwiększające się wymagania ze strony pacjentów jest niewątpliwie sukcesem badanego podmiotu leczniczego i potwierdzeniem skuteczności przyjętych rozwiązań systemowych. Również benchmarking podmiotów leczniczych korzystających z PASAT jest uwiarygodnieniem wysokiej jakości świadczonych usług.

Wnioski

1. Zarządzanie w oparciu o Zintegrowany System Zarządzania w badanym podmiocie leczniczym przełożyło się na wysoką jakość usług pielęgniarских, co potwierdzają regularnie prowadzone badania satysfakcji pacjentów oraz benchmarking podmiotów leczniczych korzystających z programu PASAT.
2. Pacjenci w ponad 89% bardzo dobrze i dobrze ocenili jakość opieki pielęgniarской, pomimo że dostrzegali jej niedoskonałości. Wysoka satysfakcja respondentów może wynikać z pozytywnej oceny wszystkich ocenianych aspektów tej opieki, niezależnie od cech socjomedycznych badanej populacji. Jedynie czas załatwiania formalności na Izbie Przyjęć był częściej oceniany jako szybszy w przypadku osób lepiej wykształconych.
3. Wyniki badania umożliwiły ocenę wybranych aspektów satysfakcji pa-

¹ Na podstawie wyników ogólnopolskiego badania kadry kierowniczej szpitali w zakresie zarządzania jakością. Wzięło w nim udział 163 dyrektorów placówek szpitalnych. Oznacza to, że badanie objęło ponad 20% populacji szpitali w Polsce. Dyrektorzy, którzy zdecydowali się na udział w badaniu, zarządzają placówkami będącymi w posiadaniu 23% wszystkich stacjonarnych miejsc leczenia szpitalnego w Polsce. Badana grupa dysponuje 44 781 łózkami szpitalnymi, a przeciętnie placówka posiada ich blisko 300.

cjentów z opieki pielęgniarskiej oraz określenie przyczyn braku tego zadowolenia w celu wdrożenia działań naprawczych służących poprawie jakości usług pielęgniarskich.

Bibliografia

- Birleson P. (1998), *Learning organizations: a suitable model for improving mental health services?*, „*Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*”, nr 32.
- Crawford M.J., Rutter D. (2004), *Are the views of members of mental health user groups representative of those of „ordinary” patients? A cross-sectional survey of service users and providers*, „*Journal of Mental Health*”, nr 13 (6).
- Donabedian A. (2005), *Evaluating the quality of medical care*, „*Milbank Quart*”, nr 83(4).
- Dowbór-Dzwonka A., Cegła B., M. Filanowicz, Szynkiewicz E. (2007), *Satysfakcja pacjenta jako miernik jakości usług medycznych – rozważania teoretyczne i analiza skali The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS)* [w:] E. Krajewska-Kulak, M. Szczepański, C. Łukaszuk, J. Lewko (red.), *Problem terapeutyczno-pielęgnacyjny: od poczęcia do starości*, Akademia Medyczna w Białymstoku, Białystok.
- Heinemann A.W., Fisher W.P. Jr, Gershon R. (2006), *Improving Health Care Quality with Outcomes Management*, „*Journal of Prosthetics and Orthotics*”, nr 18.
- Jakubek E. (2012), *Wpływ standaryzacji świadczeń medycznych na jakość opieki zdrowotnej*, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Wydział Nauk o Zdrowiu, Poznań.
- Kapica D., Orzeł Z., Draus J. (2001), *Ocena poziomu zadowolenia pacjentów szpitala ze świadczonych usług zdrowotnych*, „*Zdrowie Publiczne*”, nr 111.
- Kornatowski M. (1995), *Satysfakcja pacjenta jako wskaźnik poziomu jakości opieki zdrowotnej*, „*Antidotum*”, nr 1.
- Kos M., Dziewa A., Drop B. (2013), *Ocena satysfakcji pacjentów przeprowadzona w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w Kraśniku*, „*Zdrowie Publiczne*”, nr 123(2).
- Leese M., Johnson S., Slade M., Parkman S., Kelly F., Phelan M., Thornicroft G. (1998), *User perspective on needs and satisfaction with mental health services*, PRISM Psychosis Study 8, „*British Journal of Psychiatry*”, nr 173.
- Linhorst D.M. (2006), *Empowering people with severe mental illness A practical guide*, Oxford University Press.
- Maffei C., Shea J, Stewart M. (2003), *Measuring patient satisfaction*, „*Psychiatric Services*”, nr 54 (10).

Meehan T., Bergen H., Stedman T. (2002), *Monitoring consumer satisfaction with in-patient service delivery: the Inpatient Evaluation of Service Questionnaire*, „Australian & New Zealand Journal of Psychiatry”, nr 36.

Przybylski W., Polakowska M. (2000), *Satysfakcja pacjentów rok po wprowadzeniu reformy* [w:] Jakość w opiece zdrowotnej: Piąta Ogólnopolska Konferencja, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków.

Rybarczyk A., Marczak M. (2011), *Ocena jakości usług medycznych w opinii klientów wewnętrznych (personelu) i klientów zewnętrznych (pacjentów)*, Zdrowie Publiczne, 121(2).

Skrzypczyńska K. (2012), *Zarządzanie jakością w polskich szpitalach – wpływ systemów zarządzania jakością na funkcjonowanie szpitala* [w:] R. Lewandowski (red.), *Zarządzanie kosztami, informacja jakością w ochronie zdrowia*, Przedsiębiorczość i Zarządzanie, Tom XIII, Zeszyt 4, Łódź.

Waszkiewicz A., Bialecka B. (2012), *Kształtowanie usług medycznych na podstawie oceny i odczucia pacjenta*, Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej.



Bogumiła Kosicka

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Anna Ksykiewicz-Dorota

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Przetwarzanie informacji i identyfikacja problemów pielęgniacyjnych w pielęgniarskim podejmowaniu decyzji

Information processing and identification of nursing problems in nursing decision-making

Abstract

Introduction Information analysis and identification of nursing problems is a crucial aspect of a decision-making process of nurses. These actions allow you to correctly find and define all possible ways of nursing activities in a specific clinical situation of the patient.

Objective The aim of the study was to know the information processing and define nursing problems by Divisional Nurses.

Materials and methods The study group comprised 1631 Divisional Nurses working on surgical ward and intensive care units. The research tool was a standardized “Questionnaire evaluation of the decision-making models by Lauri and Salanterä”

Results Nurses mostly determined the patient’s nursing problems objectively by means of observed symptoms and complaints but first compared information with the patient’s disease and its symptoms. They determined the patient’s overall picture and nursing problems easily. While examining the patient nurses were mainly driven by the assumptions of the nursing process. Rarely, however, have been able to recognize the importance of the patient’s subjective experience.

Conclusions The method of information analysis and defining nursing problems was conditioned by the specificity of the work on hospital wards and seniority.

Keywords: decision-making process, information processing, nurses

Wstęp

Obciążenie pracą oraz obowiązki pielęgniarek zwiększyły się znacznie na całym świecie. Jest to spowodowane postępem w naukach medycznych oraz rozwojem technologii medycznych, a także zmianami demograficznymi i rodzajami występujących chorób, przede wszystkim przewlekłych. W celu pełnego zaangażowania się w kwestie opieki zdrowotnej w przyszłości, pielęgniarki muszą skoncentrować się na przyjęciu oraz stosowaniu poszczególnych kompetencji w zmieniającym się środowisku opieki zdrowotnej.

Rezultatem tych zmian jest delegowanie coraz większej liczby zadań pielęgniarkom, między innymi wypisywania recept i skierowań na badania. Nowe obowiązki powodują zwiększenie odpowiedzialności pielęgniarek za całościową opiekę nad pacjentem i konsekwentnie zwiększają ich samodzielność decyzyjną. Dlatego też podejmowanie decyzji jest fundamentalnym elementem pracy pielęgniarki, ponieważ decyzja pielęgniarska dotycząca pacjenta wiąże się ściśle z celami całościowej opieki nad nim [Riley 2003, ss. 212–221]. Możliwość podejmowania decyzji daje przyzwolenie na wykonywanie czynności bez uzyskiwania aprobaty innych. Bez możliwości podejmowania niezależnych decyzji pielęgniarki nie mogłyby działać jako prawdziwi profesjonalści. Wskutek tego niezależność podejmowania klinicznych decyzji jest istotna w praktyce pielęgniarskiej. Ważne jest zatem zaangażowanie pielęgniarek w aktywne podejmowanie decyzji. Pamiętać należy o tym, aby to aktywne zaangażowanie opierało się na dowodach naukowych i przynosiło pożądane wyniki w stanie zdrowia pacjenta.

Skuteczność procesu decyzyjnego pielęgniarek ma istotne znaczenie dla zapewnienia pozytywnych wyników w stanie klinicznym pacjenta. Niewłaściwie przeprowadzony proces podejmowania decyzji może przynieść dla pacjenta katastrofalne skutki. Dlatego konieczne jest poznanie i zrozumienie procesu decyzyjnego pielęgniarek i zależności z nim związanych.

Proces decyzyjny w pielęgniarstwie

Podejmowanie decyzji w praktyce pielęgniarskiej było badane pod wieloma różnymi aspektami i przy użyciu różnych metod. Badania te można podzielić na perspektywistyczne i opisowe. Podejście perspektywistyczne jest związane z tym, jak decyzje powinny być podejmowane i skupia się

jedynie na wynikach i rezultatach procesu, podczas gdy aspekt opisowy zajmuje się tym, jak rzeczywiście są podejmowane decyzje oraz opisuje cały proces pozwalający pielęgniarce dokonać wyboru [Bakalis 2006, ss. 39–46].

Stevens [1985, s. 28] twierdzi natomiast, iż badania nad procesem podejmowania decyzji powinny dzielić się na podejście ilościowe, w którym bada się rezultaty decyzji, używając technik matematycznych i statystycznych, i podejście psychologiczne, w którym koncentruje się na sposobie podejmowanych decyzji.

W piśmiennictwie pielęgniarstwie identyfikuje się również dwie wyraźne fazy w pielęgniarstwie podejmowaniu decyzji: fazę diagnostyczną, w której obserwuje się sytuację pacjenta, zbiera informacje i przetwarza się dane w celu identyfikacji problemów lub decyzji oraz fazę zarządzania, w której plan działania i opcje leczenia pozwalają na pielęgnarską interwencję [Lauri 1998, ss. 443–452]. W tym procesie pielęgniarki podejmują decyzje na podstawie teorii przetwarzania informacji. Proces ten dotyczy obserwacji znaków, wskazówek, wytwarzania alternatywnych wyjaśnień, upewniania się i testowania hipotez w relacji z wcześniejszą wiedzą i określonymi problemami [Bakalis 2006, ss. 39–46]. Teoria przetwarzania informacji jest podstawą w badaniu rozwiązywania problemów i wynika z wiedzy zdobytej indywidualnie z dziedziny zainteresowania. Powyższa koncepcja jest definiowana zarówno w medycynie, jak i w pielęgniarstwie jako proces hipotetyczno-dedukcyjny wyznaczający problemy pacjenta z wykorzystaniem diagnostycznego rozumowania [Cioffi 2012, ss. 184–191]. Większość badań w pielęgniarstwie wynika z wyżej omówionej teorii przetwarzania informacji lub teorii decyzji analitycznych. W teoriach analitycznych podejmowanie decyzji przebiega zgodnie z pewnym systematycznym procesem i decyzje osiąga się przez analizowanie danej sytuacji [Bakalis 2006, ss. 39–46, Lauri 1998, ss. 443–452].

Podejmowanie decyzji jest więc złożonym procesem, w którym pielęgniarki, używając zebranych informacji o pacjencie, oceniają jego stan i wybierają najlepszą opcję opieki pielęgnarskiej [Clark 1996, s. 19]. W obliczu postępowania klinicznego pielęgniarka, aby podjąć trafną decyzję, musi przejść przez serię uporządkowanych etapów, takich jak: zbieranie informacji, przetwarzanie informacji i identyfikacja problemów, plan działania, wprowadzanie planu, monitoring i ocena.

Na etapie zbierania informacji niezbędnych do podjęcia decyzji dąży się do zebrania wszystkich danych, które dotyczą stanu faktycznego. In-

formacje te powinny być wiarygodne i selektywne, ale jednocześnie pełne w odniesieniu do przedmiotu decyzji. Podstawą ustalenia zebrania informacji niezbędnych do podjęcia decyzji jest analiza danego problemu decyzyjnego [Junnola 2002, ss. 186–196].

Przetwarzanie informacji i identyfikacja problemów pielęgnacyjnych jest jednym z najistotniejszych etapów procesu podejmowania decyzji i polega na znalezieniu i zdefiniowaniu wszystkich możliwych problemów i sposobów działania [Banning 2008, ss. 187–195]. Na tym etapie następuje analiza sytuacji decyzyjnej na podstawie interpretacji wszystkich danych zebranych z różnych źródeł. Identyfikacja problemów ma na celu stwierdzenie, czy dany problem jest rzeczywisty, czy tylko pozorny. Jeśli problem jest rzeczywisty, pielęgniarzka musi znaleźć odpowiedź na pytanie, skąd się on wziął i ocenić jego znaczenie. Do tego potrzebne są informacje, które otrzymuje pielęgniarzka w rezultacie zinterpretowania tzw. „surowych danych”. Identyfikacja możliwych przyczyn wystąpienia problemu oraz wybór działania zazwyczaj dokonuje się na podstawie eliminacji [Taylor 2007, ss. 273–280]. Sugeruje się, że pod koniec etapu przetwarzania informacji pielęgniarzka powinna być w stanie zidentyfikować problemy pacjenta i ich etiologię. Jest to ważne dla planowania odpowiedniej interwencji pielęgniarzkiej, jak również dla kolejnych etapów procesu decyzyjnego [Muir 2004, ss. 47–52]. W procesie przetwarzania informacji bardzo ważne miejsce zajmuje interpretacja posiadanych informacji, ponieważ pozwala ona na wyodrębnienie syntetycznego obrazu rzeczywistości [Hardy 2008, ss. 19–21].

Etap planowania dotyczy opracowania i zatwierdzenia projektu działań, które zapewnią realizację przyjętego rozwiązania. Podjęta decyzja musi mieć określonego wykonawcę, termin realizacji działań, sposób kontrolowania, formy przekazu oraz metody wykonania.

Wdrożenie decyzji i ocena jej rezultatów jest ostatnim etapem procesu decyzyjnego i następuje po zidentyfikowaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta i zaplanowaniu określonego działania. Na tym etapie następuje realizacja podjętego planu działania [White 2003, ss. 113–120].

Ocena wykonania decyzji jest to jeden z atutowych warunków osiągnięcia celu procesu decyzyjnego. Funkcją kontrolną są sygnały o różnicy między stopniem realizacji a stanem zaplanowanym dla danego etapu. Jeżeli problem został wyeliminowany lub ograniczony, oznacza to, że przynajmniej częściowo proces decyzyjny zakończył się sukcesem. Celem kon-

troli jest również weryfikacja wstępnie podjętych decyzji przed ich pełną realizacją [White 2003, ss. 113–120].

Należy podkreślić, że analiza sytuacji decyzyjnej jest jednym z najistotniejszych etapów procesu decyzyjnego.

Cel pracy

Celem pracy jest poznanie procesu przetwarzania informacji i definiowania problemów pielęgnacyjnych przez pielęgniarki odcinkowe.

Materiał i metoda

Grupę badawczą stanowiło 1631 pielęgniarek pracujących na oddziałach zabiegowych, zachowawczych i intensywnej terapii w szpitalach trzech poziomów referencyjnych województwa lubelskiego, mazowieckiego i małopolskiego. Średnia wieku badanych wynosiła $39,73 \pm 7,79$ lata. Najmłodszy badany miał 22 lata, natomiast najstarszy 61 lat. Średni staż badanych pielęgniarek wynosił $17,59 \pm 8,72$ lata. Najliczniejszą grupę stanowiły pielęgniarki ze stażem pracy od 11–20 lat (39 %) i od 21 do 30 lat (33%), najmniej liczna grupą były pielęgniarki ze stażem pracy poniżej 10 lat (23%). Wśród badanych 75% pielęgniarek miało wykształcenie średnie, zaś 8% wykształcenie wyższe zawodowe i 1% wykształcenie wyższe magisterskie. Ankietowane pielęgniarki najczęściej pracowały w szpitalach o I stopniu referencyjnym – 43% oraz w szpitalach o II stopniu referencyjnym – 35%, zaś 22% w szpitalach o III stopniu referencyjnym.

W badaniu procesu decyzyjnego pielęgniarek zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, posługując się techniką ankietową. Narzędzie badawcze stanowił wystandaryzowany kwestionariusz ankiety opracowany przez Lauri i Salanterä z Uniwersytetu w Turku w Finlandii dla potrzeb oceny modeli decyzyjnych [Lauri 2002, ss. 93–100].

Narzędzie to powstało na podstawie teorii Hammond's Cognitive Continuum Theory, teorii Dreyfusa (odnoszącej się do pięciopięciopunktowego nabywania zdolności praktycznych) oraz wyników wcześniejszych badań nad pielęgniarstwem podejmowaniem decyzji prowadzonych przez autorów narzędzia.

Kwestionariusz składa się z 56 stwierdzeń (kryteriów) z pięciopunktową skalą typu Likerta: prawie nigdy (1 pkt), rzadko (2 pkt), czasami (3 pkt), często (4 pkt), prawie zawsze (5 pkt). Struktura narzędzia odzwierciedla cztery etapy procesu podejmowania decyzji: zbierania danych, prze-

tworzania danych, planu działania i wprowadzania planu, monitoringu i oceny. Każdy z powyższych etapów podejmowania decyzji zawiera po 14 stwierdzeń mierzących i opisujących proces decyzyjny.

Przed przystąpieniem do badań nad procesem decyzyjnym pielęgniarek uzyskano zgodę na badania Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie (numer KE – 0254/64/2008).

Analiza statystyczna

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów scharakteryzowano przy pomocy liczebności, wartości procentowej i średniej oraz odchylenia standardowego.

Dla cech mierzalnych normalność rozkładu analizowanych parametrów oceniano przy pomocy testu W. Shapiro-Wilka. Do porównania dwóch grup niezależnych zastosowano test t-Studenta. Przyjęto 5% błąd wnioskowania i związany z nim poziom istotności $p < 0,05$ wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic bądź zależności. Badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe STATISTICA® StatSoft® Version 8.0.

Wyniki

Na podstawie przeprowadzonych analiz statystycznych stwierdzono, że pielęgniarki w procesie decydowania podczas przetwarzania informacji w większości określały problemy pielęgnacyjne pacjenta obiektywnie, w oparciu o obserwowane objawy i skargi ($\bar{X} = 4,26$). Przed określeniem problemów pielęgnacyjnych analizowały informacje i porównywały je z wiedzą na temat choroby pacjenta i jego objawów ($\bar{X} = 4,26$). Nie sprawiało trudności pielęgniarkom określenie całościowego obrazu stanu pacjenta i ważniejszych problemów pielęgnacyjnych ($\bar{X} = 4,07$). Podczas przeprowadzanej analizy stanu faktycznego pacjenta pielęgniarki kierowały się głównie założeniami procesu pielęgnowania ($\bar{X} = 4,09$). Rzadko natomiast potrafiły rozpoznać znaczenie subiektywnych doświadczeń pacjenta przy określaniu jego problemów pielęgnacyjnych, gdzie $\bar{X} = 3,8$, (Tabela 1).

Tabela 1. Średnia ocena dotycząca przetwarzania informacji oraz definiowania problemów pielęgnacyjnych

Lp.	Pytanie	Średnia	Mediana	Dolny kwartyl	Górny kwartyl	Odchylenie standardowe
1	Porównuję otrzymane informacje z moją dotychczasową wiedzą dotyczącą pacjentów o podobnych problemach.	3,98	4,00	3,00	5,00	0,79
2	Porównuję otrzymane informacje z moją dotychczasową wiedzą na temat zachowania pacjenta w różnych sytuacjach zdrowotnych.	3,82	4,00	3,00	4,00	0,88
3	Porównuję uzyskane informacje ze sposobem pielęgnowania, jaki opracowałam/em na podstawie moich wcześniejszych doświadczeń.	3,95	4,00	3,00	5,00	0,83
4	Porównuję uzyskane informacje z wiedzą medyczną na temat choroby pacjenta i jej objawów.	4,12	4,00	4,00	5,00	0,81
5	Porównuję uzyskane informacje z wyuczonymi modelami pielęgnowania.	3,90	4,00	3,00	5,00	1,00
6	Porównuję uzyskane informacje z moją własną wiedzą dotyczącą zdrowia i dobra pacjenta.	3,90	4,00	3,00	5,00	0,89
7	Dokładnie analizuję uzyskane informacje przed określeniem problemów pielęgnacyjnych pacjenta.	4,26	4,00	4,00	5,00	0,82
8	Z łatwością dostrzegam, nawet bez konieczności wnikliwej analizy, które informacje są istotne dla określenia problemów pielęgnacyjnych pacjenta.	3,89	4,00	3,00	5,00	0,87
9	Łatwo mi jest rozpoznać znaczenie subiektywnych doświadczeń pacjenta przy określaniu jego problemów pielęgnacyjnych.	3,80	4,00	3,00	4,00	0,84

10	Porządkuję uzyskane informacje w bloki tematyczne dla łatwiejszego określenia problemów pielęgnacyjnych.	3,20	3,00	2,00	4,00	1,23
11	Określam problemy pielęgnacyjne pacjenta obiektywnie, w oparciu o obserwowane objawy i skargi.	4,26	4,00	4,00	5,00	0,75
12	Sprawdzam razem z koleżankami/kolegami, czy wyciągnąłem/ęłam właściwe wnioski na temat stanu zdrowia pacjenta.	3,87	4,00	3,00	5,00	0,98
13	Łatwo formułuję całościowy obraz stanu pacjenta i ważniejsze problemy pielęgnacyjne.	4,07	4,00	4,00	5,00	0,78
14	Opieram się na procesie pielęgnowania podczas określania problemów pielęgnacyjnych pacjenta.	4,09	4,00	4,00	5,00	0,87

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono istotne statystyczne różnice w sposobie przetwarzania informacji i definiowania problemów pielęgnacyjnych przez pielęgniarki w przebadanych oddziałach, $p < 0,001$ (Tabela 2).

Pielęgniarki pracujące na oddziałach intensywnej terapii podczas analizy i identyfikacji problemów najczęściej w stosunku do pielęgniarek z innych oddziałów porównywały otrzymane informacje ze swoją dotychczasową wiedzą dotyczącą pacjentów o podobnych problemach i porządkowały uzyskane informacje w bloki tematyczne dla łatwiejszego określenia problemów pielęgnacyjnych. Pielęgniarki identyfikowały problemy pacjenta, obiektywnie kierując się procesem pielęgnowania (Tabela 2).

Pielęgniarki z oddziałów zabiegowych głównie podczas analizy informacji i definiowania problemów pielęgnacyjnych porównywały uzyskane informacje z wyuczonymi modelami pielęgnowania. Rzadko natomiast w analizowaniu informacji wykorzystywały swoją dotychczasową wiedzę dotyczącą pacjentów o podobnych problemach (Tabela 2).

Pielęgniarki pracujące na oddziałach zachowawczych najłatwiej rozpoznawały znaczenie subiektywnych doświadczeń pacjenta przy określaniu jego problemów pielęgnacyjnych (Tabela 2).

Tabela 2. Średnia ocena dotycząca przetwarzania informacji i definiowania problemów pielęgnacyjnych na oddziałach zachowawczych, zabiegowych i intensywnej terapii

Lp.	Pytania	Oddziały zachowawcze (I)		Intensywna terapia (II)		Oddziały zabiegowe (III)		Analiza statystyczna t; p
		Średnia	SD	Średnia	SD	Średnia	SD	
1	Porównuje otrzymane informacje z moją dotychczasową wiedzą dotyczącą pacjentów o podobnych problemach.	3,99	0,78	4,11	0,77	3,87	0,84	I i II $t=-2,45$; $p=0,01^*$ I i III $t=2,34$; $p=0,02^*$ II i III $t=3,79$; $p=0,0002^*$
2	Porównuje otrzymane informacje z moją dotychczasową wiedzą na temat zachowania pacjenta w różnych sytuacjach zdrowotnych.	3,85	0,88	3,89	0,86	3,66	0,87	I i II $t=-0,71$; $p=0,48$ I i III $t=3,47$; $p=0,0005^*$ II i III $t=3,38$; $p=0,0008^*$
3	Porównuje uzyskane informacje ze sposobem pielęgnowania, jaki opracowałam/em na podstawie moich wcześniejszych doświadczeń.	3,92	0,85	4,04	0,80	3,97	0,81	I i II $t=-2,18$; $p=0,03^*$ I i III $t=-1,03$; $p=0,30$ II i III $t=1,08$; $p=0,28$

4	Porównuję uzyskane informacje z wiedzą medyczną na temat choroby pacjenta i jej objawów.	4,11	0,83	4,18	0,81	4,11	0,78	I i II $t=-1,20$; $p=0,23$ I i III $t=0,02$; $p=0,98$ II i III $t=1,07$; $p=0,29$
5	Porównuję uzyskane informacje z wyuczonymi modelami pielęgnowania.	3,86	0,98	3,77	1,04	4,11	0,98	I i II $t=1,22$; $p=0,22$ I i III $t=-4,14$; $p=0,00004^*$ II i III $t=-4,17$; $p=0,00003^*$
6	Porównuję uzyskane informacje z moją własną wiedzą dotyczącą zdrowia i dobra pacjenta.	3,97	0,86	3,71	1,03	3,87	0,83	I i II $t=4,24$; $p=0,00002^*$ I i III $t=1,87$; $p=0,06$ II i III $t=-2,16$; $p=0,03^*$
7	Dokładnie analizuję uzyskane informacje przed określeniem problemów pielęgnacyjnych pacjenta.	4,19	0,82	4,40	0,79	4,34	0,81	I i II $t=-3,94$; $p=0,00009^*$ I i III $t=-2,94$; $p=0,003^*$ II i III $t=1,03$; $p=0,30$
8	Z łatwością dostrzegam, nawet bez konieczności wnikliwej analizy, które informacje są istotne dla określenia problemów pielęgnacyjnych pacjenta.	3,92	0,85	3,88	0,94	3,83	0,88	I i II $t=0,63$; $p=0,53$ I i III $t=1,57$; $p=0,12$ II i III $t=0,66$; $p=0,51$

9	Łatwo mi jest rozpoznać znaczenie subiektywnych doświadczeń pacjenta przy określaniu jego problemów pielęgnacyjnych.	3,89	0,77	3,60	1,00	3,71	0,83	I i II $t=5,22$; $p<0,000001$ * I i III $t=3,83$; $p=0,0001$ * II i III $t=1,43$; $p=0,15$
10	Porządkuję uzyskane informacje w bloki tematyczne dla łatwiejszego określenia problemów pielęgnacyjnych.	3,32	1,14	3,68	1,15	2,49	1,22	I i II $t=-4,62$; $p=0,000004$ * I i III $t=11,63$; $p<0,000001$ * II i III $t=12,68$; $p<0,000001$ *
11	Określam problemy pielęgnacyjne pacjenta obiektywnie, w oparciu o obserwowane objawy i skargi	4,23	0,75	4,38	0,69	4,25	0,78	I i II $t=-2,99$; $p=0,003$ * I i III $t=-0,37$; $p=0,71$ II i III $t=2,21$; $p=0,03$ *
12	Sprawdzam razem z koleżankami/kolegami, czy wyciągnęłam/ąłem właściwe wnioski na temat stanu zdrowia pacjenta	3,91	0,97	3,89	0,98	3,75	1,00	I i II $t=0,20$; $p=0,84$ I i III $t=2,69$; $p=0,007$ * II i III $t=1,92$; $p=0,06$

13	Łatwo formułuję całościowy obraz stanu pacjenta i ważniejsze problemy pielęgnacyjne.	4,07	0,77	4,17	0,73	3,97	0,81	I i II $t=-1,91$; $p=,06$ I i III $t=2,10$; $p=0,04^*$ II i III $t=3,25$; $p=0,001^*$
14	Opieram się na procesie pielęgnowania podczas określania problemów pielęgnacyjnych pacjenta.	4,00	0,85	4,32	0,82	4,16	0,90	I i II $t=-5,71$; $p<0,000001^*$ I i III $t=-3,02$; $p=0,003^*$ II i III $t=2,34$; $p=0,02^*$

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie przeprowadzonych analiz stwierdzono również, że staż pracy pielęgniarek wpływa istotnie różnicująco na sposób przetwarzania informacji i identyfikacji problemów pielęgnacyjnych ($p = 0,005$).

Pielęgniarki ze stażem pracy powyżej 11 lat częściej niż pozostałe podczas przetwarzania informacji i identyfikowania problemów pielęgnacyjnych pacjenta porównywały uzyskane informacje ze sposobem pielęgnowania, jaki opracowały na podstawie swoich wcześniejszych doświadczeń ($p = 0,04$). Znacznie częściej określały problemy pielęgnacyjne pacjenta obiektywnie, w oparciu o obserwowane objawy i skargi ($p = 0,005$). Również z łatwością dostrzegały, nawet bez konieczności wnikliwej analizy, które informacje są istotne dla określenia problemów pielęgnacyjnych pacjenta ($p = 0,002$).

Pielęgniarki w grupie stażowej poniżej 11 lat znacznie częściej podczas określania problemów pielęgnacyjnych pacjenta opierały się na procesie pielęgnowania ($p= 0,005$) i dokładnie analizowały uzyskane informacje przed określeniem problemów pielęgnacyjnych pacjenta ($p = 0,009$).

Nie stwierdzono istotnych statystycznie zależności pomiędzy poziomem wykształcenia pielęgniarek i stopniem referencyjnym szpitala a sposobem przetwarzania informacji i identyfikacji problemów pielęgnacyjnych przez pielęgniarki ($p > 0,05$).

Dyskusja

Przedstawione w niniejszej pracy badania miały na celu poznanie procesu decyzyjnego pielęgniarek w zakresie etapu przetwarzania informacji i definiowania problemów pielęgnacyjnych pacjenta. Jak wskazuje wielu autorów – najważniejszego etapu w procesie podejmowania decyzji pielęgnarskich.

Z analizy przeprowadzonych badań wynika, że pielęgniarki przed określeniem problemów pielęgnacyjnych pacjenta dokładnie analizowały uzyskane informacje i porównywały je z posiadaną wiedzą medyczną i doświadczeniem nabytym w opiece nad podobnymi przypadkami pacjentów. Podczas definiowania problemów pielęgnacyjnych pielęgniarki kierowały się głównie procesem pielęgnowania, łatwo określając całościowy obraz stanu pacjenta.

W wielu publikacjach wskazuje się również na istotny związek procesu podejmowania decyzji pielęgnarskich z procesem pielęgnowania [Yildirim 2011, ss. 257–262, Wrońska 2002, ss. 13–16]. Wrońska [2002, ss. 13–16] w swych pracach opisuje podobieństwa tych dwóch procesów. Twierdzi, że w etapach stawiania diagnozy, planowania i oceniania procesu pielęgnacyjnego, tak jak w procesie decyzyjnym przeważają te same procesy myślowe [209].

Wielu autorów wskazuje także etapowość i systematyczność przebiegającą w określonym czasie jako główne podobieństwa obu tych procesów [Yildirim 2011, ss. 257–262, Lauri 2002, ss. 91–100, Stevens 1986, s. 58].

W Kanadzie, Finlandii, Szwecji i USA przeprowadzono badania, w których również dostrzeżono istotny związek między procesem pielęgnowania a decyzyjnością pielęgniarek [Lauri 2002, ss. 91–100]. Na podstawie tych badań przedstawiono szereg wniosków dotyczących podejmowania decyzji przez pielęgniarki w sytuacjach nagłych, w czynnościach opiekuńczych, realizacji zadań, jak i w planowaniu opieki.

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono również, że sposób przetwarzania informacji i definiowania problemów pielęgnacyjnych jest zróżnicowany w zależności od specyfiki oddziału i stażu pracy pielęgniarek.

Pielęgniarki pracujące na oddziałach intensywnej terapii znacznie częściej niż inne pielęgniarki dokonywały dokładnej analizy zebranych danych przed zdefiniowaniem problemów pielęgnacyjnych. Natomiast pielęgniarki pracujące na oddziałach zabiegowych znacznie częściej doko-

nywały analizy informacji w sposób wyuczony zgodnie z obowiązującymi modelami opieki, rzadko wykorzystując zdobyte doświadczenie.

Pielęgniarki z oddziałów zachowawczych podczas przetwarzania informacji i identyfikacji problemów pielęgnacyjnych częściej wykorzystywały wiedzę zdobytą podczas opieki nad pacjentami o podobnych problemach.

W odniesieniu do wyników niniejszej pracy można stwierdzić, że sposób przetwarzania informacji i identyfikacji problemów pielęgnacyjnych jest zróżnicowany w zależności od rodzaju i kontekstu opieki świadczonej przez pielęgniarki pracujące w różnych oddziałach.

Wpływ doświadczenia pielęgnarskiego na sposób podejmowania decyzji był jednym z istotnych problemów badawczych niniejszej pracy.

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że staż pracy pielęgniarek istotnie statystycznie wpływa na sposób przetwarzania informacji i identyfikowania problemów pielęgnacyjnych. Pielęgniarki ze stażem pracy poniżej 11 lat znacznie częściej dokonywały wnikliwej oceny informacji, wykorzystując wyuczone wzorce i obowiązujące procedury. Pielęgniarki ze stażem pracy powyżej 11 lat określały problemy pacjenta bez konieczności wnikliwej analizy, często odnosząc się do nabytego wcześniej doświadczenia.

Podobne wyniki w swych pracach prezentował Benner i wsp. [1992, s. 13–28] dowiedli, że poziom doświadczenia pielęgniarek ma pozytywny wpływ w procesie podejmowania decyzji. W eksperymentalnych badaniach wykazali różnice między podejmowaniem decyzji przez nowicjuszy i ekspertów. Benner i wsp. obserwowali pielęgniarki w codziennych sytuacjach, aby zbadać, jak definiują problemy pacjentów i podejmują decyzje dotyczące opieki. W tym celu użyli oni specjalnego kwestionariusza. Badania odnosiły się do teorii Dreyfusa, w której zakłada się pięć następujących po sobie etapów nabywania zdolności praktycznych. Do tych etapów zalicza się: nowicjusza, początkującego, kompetentnego, biegłego i eksperta. W początkowych etapach osoby zazwyczaj sztywno przestrzegają wyuczonych zasad i planów. Kompetencje rozwijają się wraz z umiejętnościami aktywnego podejmowania decyzji co do wyboru kierunku działania. Biegłość natomiast wiąże się z szybkim zrozumieniem kluczowych elementów sytuacji, które są niezbędne do podjęcia określonego działania. Postęp w wymienionych etapach zachodzi od sztywnego przestrzegania zasad do intuicyjnego sposobu rozumowania [Dryfus 1985, ss. 68–82].

Hoden i Klinger [1998, ss. 23–29] pokazali, że eksperci często potrzebują mniej informacji w formułowaniu alternatyw, a więcej w dokładnym diagnozowaniu. Podobne wnioski z badań wysunął Corcoran. Stwierdził on, że eksperci dysponowali większą liczbą alternatywnych działań, byli bardziej precyzyjni w ocenie i rozwijali lepiej plan opieki niż nowicjusze [Corcoran 1986, ss. 107–112]. Clark [1996, ss. 3–45, badając pielęgniarki nowicjuszek, odkrył, że stosowanie teorii w praktyce klinicznej jest dla nich trudnym procesem i wpływa na efektywność decyzji. Oznacza to, że eksperci podejmują lepiej decyzje kliniczne.

Benner i wsp. [1992, ss. 13–28] twierdzą, że eksperci używają podczas podejmowania decyzji raczej wzorów niż analizy odosobnionych elementów, które mogą prowadzić do zwracania uwagi na rzeczy mniej istotne, osłabiające podstawę do podjęcia decyzji. W sytuacjach zagrożenia życia, eksperci mogą skupiać się na problemie precyzyjnie bez niepotrzebnego szukania alternatyw.

Hughes i Young [1992, ss. 12–18] w swych pracach wskazują doświadczenie kliniczne jako jeden z najważniejszych czynników wpływających na pielęgniarskie podejmowanie decyzji [107].

Kolejnym czynnikiem, jaki uwzględniono w determinowaniu pielęgniarskiego procesu podejmowania decyzji, był poziom wykształcenia pielęgniarek i stopień referencyjny szpitala. Analiza statystyczna wykazała, iż oba czynniki nie różnicują procesu podejmowania decyzji na etapie przetwarzania informacji i identyfikowania problemów pielęgnacyjnych.

Przeprowadzone badania pozwoliły na ogólne poznanie procesu podejmowania decyzji pielęgniarskich w aspekcie przetwarzania informacji i identyfikacji problemów pielęgnacyjnych. Warto podkreślić, iż zwiększająca się samodzielność zawodu pielęgniarki kreuje potrzebę dokładnego badania procesu decyzyjnego pielęgniarek. Precyzyjne poznanie tego procesu daje możliwości lepszego przygotowania przyszłej kadry pielęgniarskiej do samodzielnego a zarazem efektywnego podejmowania decyzji.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań wyciągnięto następujące wnioski:

1. Pielęgniarki w procesie decydowania oceniały informacje i definiowały problemy pacjenta obiektywnie, zgodnie z posiadaną wiedzą, odnosząc się do procesu pielęgnowania.

2. Sposób analizy informacji i definiowania problemów pielęgnacyjnych przez pielęgniarki był uwarunkowany specyfiką pracy na poszczególnych oddziałach szpitalnych i stażem pracy.
3. Poziom wykształcenia i stopień referencyjny szpitala nie różnicował procesu decyzyjnego pielęgniarek na etapie przetwarzania informacji i identyfikacji problemów pielęgnacyjnych.

Bibliografia

- Bakalis N., Watson R. (2005), *Nurses decision making in clinical practice*, "Nursing Standard", Vol.19, No. 23.
- Banning M. (2008), *A review of clinical decision making: models and current research*, "Journal of Clinical Nursing", Vol.17.
- Benner P., Tanner C., Chesla C. (1992), *From beginner to expert: gaining a differentiated clinical world in critical care nursing*, "Advances in Nursing Sciences", Vol.14.
- Cioffi J. (2012), *Expanding the scope of decision-making research for nursing and midwifery practice*, "International Journal of Nursing Studies", Vol. 49, No. 4.
- Clark R. (1996), *Clinical decision-making by beginning nurses*, Virginia University, Charlottesville.
- Corcoran S. (1986), *Task complexity and nursing expertise as factors in decision making*, "Nursing Research", Vol. 35.
- Dreyfus H., Dreyfus S. (1985), *Mind over machine: The power of human intuition and expertise in the era of computer*, Free Press, New York.
- Hardy D., Smith B. (2008), *Decision making in clinical practice*, "British Journal of Anesthetic and Recovery Nursing", Vol. 9, No. 01.
- Holden C., Klingner A. (1998), *Learning from experience*, "Journal of Nursing Education", Vol. 37, No.1.
- Hughes K., Young W. (1992), *Clinical decision making: stability of clinical decisions*, "Journal of Nursing Education", Vol. 17.
- Junnola T., Eriksson E., Salanterä S., Lauri S. (2002), *Nurses' decision- making in collecting information for the assessment of patients' nursing problems*, "Journal of Clinical Nursing", Vol. 11.
- Lauri S., Salanterä S. (2002), *Developing an instrument to measure and describe clinical decision making in different nursing fields*, "Journal of Professional Nursing", Vol.18, No.2.

- Lauri S., Salanterä S. (1998), *Decision-making models in different fields of nursing*, "Research in Nursing and Health", Vol.21.
- Muir N. (2004), *Clinical decision-making: theory and practice*, "Nursing Standard", Vol. 18, No.36.
- Riley M. (2003), *Removing chest drains – a critical reflection of a complex clinical decision*, "Nursing Critical Care", Vol.8, No.5.
- Stevens B. (1985), *The nurse as executive*, 3rd edition Rockville Press, Aspen Co.
- Taylor C. (2007), *Problem solving in clinical nursing practice*, "Journal of Advanced Nursing", Vol. 26.
- White A. (2003), *Clinical Decision Making Among Fourth-Year Nursing Students: An Interpretive Study*, "Journal of Nursing Education", Vol. 42, No.3.
- Wrońska I. (2002), *Decyzje Pielęgniarek*, „Pielęgniarka i Położna”, t. 1.
- Yildirim B., Ozkahraman S. (2011), *Critical thinking in nursing process and education*, "International Journal of Humanities and Social Sciences", Vol.1, No. 13.



Katarzyna Młynarska

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

Ocena kultury pracy pielęgniarek na podstawie wiedzy zespołu interpersonalnego

Estimation of nurses work culture on the base of knowledge of interpersonal crew

Abstract

Interdisciplinary crew of coworkers expects most of all occupational professionalism from the nurses personnel. Basis of work culture of nurses is good education and respecting of dignity and privacy of patients is the most important feature of cultural nurse. Professional culture of nurses depends on specific of work.

Key words: nursing, nurses, culture, estimation.

Introduction

In connection with progressive legal changes and organizational regulations in area of health protection, still relations between members of medical crews become more important. Those relations are under some social and cultural rules. In connection with new legal regulations functioning from few years, concerning also laws of patient being under care of medical personnel, it was investigated how the group of nurses is seen by interdisciplinary crews.

Aim

Identification of needs of interdisciplinary crew due to nurses and identification of characteristics concerned as feature of professional culture of this group.

Methodology of researches

Method of diagnostic poll. Tool – author's questionnaire of poll.

Area of researches

Workers of three hospitals in Olsztyn.

Wstęp

Współczesna medycyna rozwija się dynamicznie na wielu płaszczyznach: postępujące technologie medyczne, rozwój telemedycyny, terapii dedykowanych, nanotechnologii, to niewielki procent istniejących dziedzin. Te wszystkie istotne zagadnienia nie miałyby miejsca, gdyby nie uczestniczyli w nich pracownicy ochrony zdrowia. Wraz z tym rozwojem ewoluuje wizerunek poszczególnych grup zawodowych związanych z medycyną. Postawa etyczna pielęgniarek oraz ich stosunek do pacjentów są odzwierciedleniem poziomu kultury zawodowej i osobistej tej grupy. Prof. Jan Szczepański pisze, że „kultura to ogół wytworów działalności ludzkiej materialnych i niematerialnych, wartości i uznawanych sposobów postępowania, zobiektywizowanych i przyjętych w dowolnych zbiorowościach, przekazywanych innym zbiorowością i następnym pokoleniom”. Kultura pracy stanowi jeden z elementów ogólnego pojęcia „kultury”. W pojęciu „kultury pracy” zawierają się gotowe wytwory pracy ludzkiej, jak i narzędzi, organizacja pracy, sposoby myślenia, a także wzory zachowań oraz cechy osobowości, kształtowane i rozwijane w procesie pracy. Pani Szpak- Lipińska w artykule „Postawa moralna składnikiem kompetencji pielęgniarki” mówi, że „kultura pracy to stopień doskonałości, sprawności w opanowaniu jakiejś specjalności, umiejętności, wysoki poziom czegoś, zwłaszcza rozwoju intelektualnego i moralnego w procesie pracy”. Pielęgniarstwo polskie przebyło długą drogę od heteronomii do autonomii. Autonomia, niezależność oraz samodzielność pielęgniarek może wzbudzać także kontrowersje w środowisku medycznym. Jednak nabyte kompetencje zawodowe, samodzielność oraz wysoki poziom wykształcenia i przygotowania zawodowego pielęgniarek niewątpliwie wpływają na poprawę jakości opieki zdrowotnej. Postanowiono zbadać, jak postrzegana jest grupa zawodowa pielęgniarek przez zespół interdyscyplinarny.

Cel pracy

Celem przeprowadzonych badań było poznanie cech świadczących o kulturze pracy pielęgniarek oraz uszeregowanie ich wg skali ważności. Ponadto przedstawienie opinii zespołu interpersonalnego na temat kultury pracy pielęgniarek w obserwowanych szpitalach. Pozyskane wyniki

sondażu poddano analizie porównawczej. Uzyskana wiedza może posłużyć w przyszłości nurtom kształcenia w tym zawodzie, a także samodoskonalenia zawodowego.

Materiał i metody badań

Metoda

Badania przeprowadzono wśród 241 pracowników trzech szpitali w Olsztynie, zatrudnionych w Szpitalu Akademickim, w Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym oraz w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym. Badania miały charakter empiryczny. Przeprowadzone były za zgodą Dyrekcji szpitali. Realizowano je w listopadzie i grudniu 2011 r. Zwrócono 405 spośród 554 rozdanych ankiet, co stanowi 73,1%. Liczba poprawnie technicznie wypełnionych ankiet respondentów wyniosła 241, co stanowi 59,75%.

Tabela 1. Cechy społeczno-zawodowe badanej grupy

Zmienne	Kategorie	Liczebność	Procent
Płeć	Kobieta	225	93,36%
	Męczyzna	16	6,63%
Wykształcenie	Wyższe	76	31,53%
	Wyższe zawodowe –licencjat	65	26,97%
	Średnie	95	39,41%
	Podstawowe	6	2,49%
Miejsce pracy	Szpital Akademicki	88	36,50%
	Szpital Dziecięcy	79	32,78%
	Szpital Wojewódzki	75	31,12%

Zajmowane stanowisko	Lekarz	19	7,89%
	Pielęgniarka	176	73,02%
	Diagnosta laboratoryjny	7	2,90%
	Rehabilitant	2	0,82%
	Sanitariusz	4	1,66%
	Personel pomocniczy	23	9,17%
		11	4,57%
	Ratownik medyczny		
Staż pracy	1–5 lat	53	21,99%
			9,54%
	6–10 lat	23	8,71%
		21	18,68%
	11–15 lat	45	41,08%
		99	
	16–20 lat		
	21 lat i powyżej		

Źródło: opracowano na podstawie badań własnych.

Badania przeprowadzono wśród 241 pracowników trzech szpitali w Olsztynie, zatrudnionych w Szpitalu Akademickim (SA) – 36,50% respondentów, w Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym (SD) – 32,78% oraz w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym (SW) – 31,12% badanych. 39,41% respondentów miało wykształcenie średnie, 31,53% – wyższe lub wyższe zawodowe, 26,97% – wyższe na poziomie licencjatu oraz 2,49% podstawowe. Najczęściej zajmowanym stanowiskiem przez respondentów było stanowisko pielęgniarki 73,02%, personel pomocniczy/salowa/y stanowił 9,17%, lekarze – 7,89%, a ratownicy medyczni – 4,57%. Najliczniejszą grupą badanych pod względem stażu pracy była grupa pracująca 21 lat i więcej (41,08%), najmniej liczną 11–15 lat (8,71%).

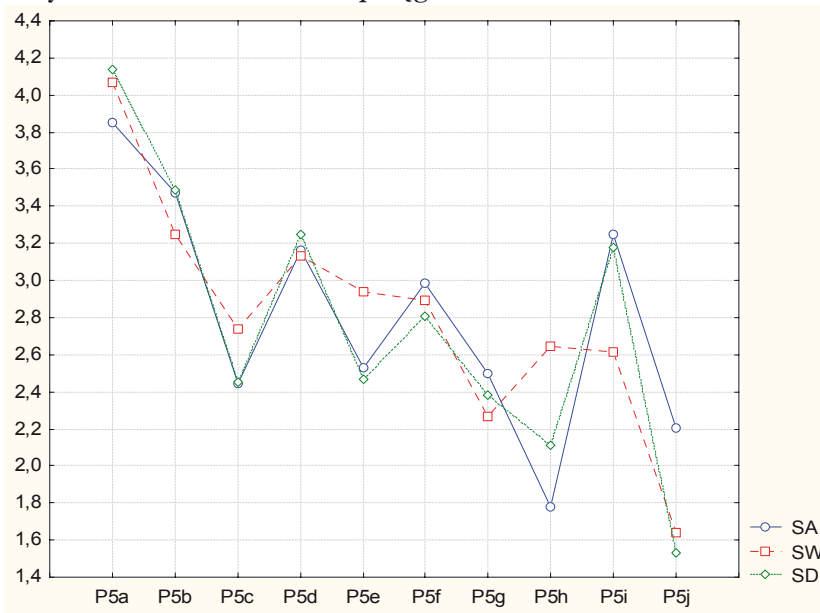
Nie stwierdzono istotnych różnic w strukturze płci oraz stażu zawodowego pomiędzy pracownikami analizowanych szpitali. Istnieją statystycznie istotne różnice liczby respondentów w strukturze wykształcenia

oraz stanowiskach zatrudnienia lekarzy, pielęgniarek i ratowników medycznych. Najwyższy, istotny statystycznie odsetek zatrudnionych pielęgniarek z wykształceniem wyższym zawodowym – licencjatem wystąpił w Szpitalu Akademickim, a odsetek ankietowanych z wykształceniem średnim był podobny w Szpitalu Dziecięcym i Wojewódzkim. Nie stwierdzono istotnych różnic pomiędzy ankietowanymi w zakresie stażu pracy w zawodzie. Zdecydowana większość personelu poddana badaniu w szpitalach to grupa zawodowa pielęgniarek.

W pracy zastosowano metodę anonimowego badania ankietowego. Jako narzędzie badawcze wykorzystano kwestionariusz ankiety własnego autorstwa. Kwestionariusze były rozdawane osobiście w trakcie wizyt w oddziałach szpitalnych. Udział w nich był w pełni dobrowolny i anonimowy. Dane z wypełnionych formularzy ankietowych wprowadzono do specjalnie w tym celu założonej bazy danych w formacie MS Access 2002, następnie przetwarzano przy użyciu licencjonowanego pakietu STATISTICA 6.1 (pl).

Wyniki badań

Wykres 1. Kultura zawodowa pielęgniarek



Źródło: opracowanie STATISTICA na podstawie badań własnych.

Pytanie to obejmowało następujące cechy do wyboru dla uczestników badania:

- a) odpowiedzialność zawodowa;
- b) perfekcjonizm w pracy zawodowej;
- c) tolerancja;
- d) umiejętność współpracy w zespole;
- e) umiejętność organizowania pracy innym;
- f) sposób komunikowania się z pacjentami;
- g) ustawiczne podnoszenie kwalifikacji zawodowych;
- h) otwartość na nowatorskie rozwiązania;
- i) profesjonalizm;
- j) schludny wygląd zewnętrzny.

Pracownicy wszystkich analizowanych szpitali uznali odpowiedzialność zawodową za najistotniejszą cechę kształtującą kulturę zawodową. W dalszej kolejności wybierano: umiejętność pracy w zespole i profesjonalizm. Ankietowani za ważną cechę uznali także odpowiedni sposób komunikowania się z pacjentami. Na kolejnym poziomie badani wybrali perfekcjonizm w pracy zawodowej. Pracownicy SW uznali, że o kulturze zawodowej świadczy umiejętność organizowania pracy innym. Sposób komunikowania się z pacjentami wszyscy ankietowani uznali za równie ważny. Za mniej istotną cechę wszyscy badani uznali ustawiczne podnoszenie kwalifikacji. Różnica statystyczna pomiędzy szpitalami widoczna jest w obszarze wyboru odpowiedzi dotyczącej otwartości na nowatorskie rozwiązania, najczęściej tę cechę wybierali pracownicy SW. Natomiast między ankietowanymi w szpitalu SD i SA nie zarysowała się znacząca różnica. Schludny wygląd zewnętrzny pielęgniarek nie był priorytetem dla ankietowanych. Różnice w analizowanych odpowiedziach na to pytanie pomiędzy pracownikami analizowanych szpitali są nieistotne statystycznie. Najwyższą sumę wybieranych odpowiedzi uzyskała odpowiedzialność zawodowa. Równie wysoką sumę odpowiedzi uzyskano w obszarze umiejętności współpracy w zespole. Na kolejnym miejscu wybrano sposób komunikowania się z pacjentami i profesjonalizm. Odpowiedzi pracowników analizowanych szpitali są bardzo wysoko skorelowane (współczynnik korelacji 0,95–0,96).

W kolejnym etapie zbadano metodą analizy wariancji – jaki wpływ ma wykształcenie i staż pracy na dokonane wybory odpowiedzi na to pytanie. Analiza wariancji wykazuje istnienie istotnych różnic w kategoriach 5b (perfekcjonizm w pracy zawodowej) i 5h (otwartość na nowatorskie

rozwiązania). Perfekcjonizm w pracy zawodowej jest najwyżej oceniany w grupie o stażu pracy do 15 lat o wykształceniu podstawowym lub średnim i jest istotnie różny od pozostałych grup. Otwartość na nowatorskie rozwiązania jest najniżej oceniana w grupie o najdłuższym stażu pracy (ponad 20 lat) z wykształceniem wyższym lub licencjatem i jest istotnie różny od pozostałych grup.

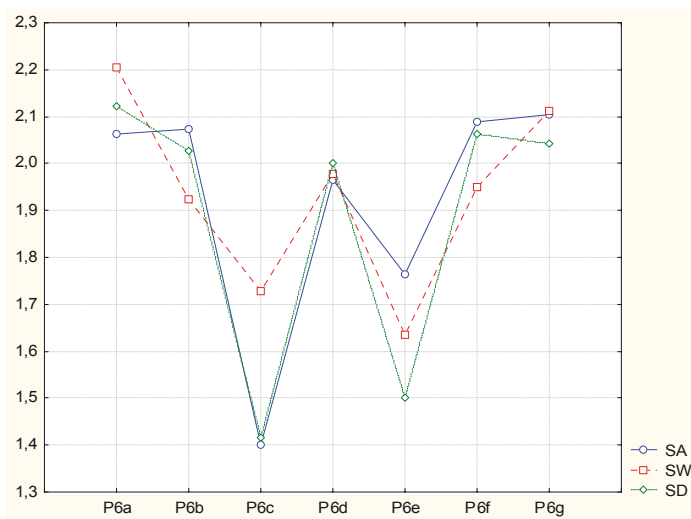
Tabela 1. Badanie istotności cech opisujących kulturę zawodową pielęgniarek w odniesieniu do wykształcenia i stażu pracy

Zmienna	Analiza wariancji (dane.sta)							
	Zaznaczone efekty są istotne z $p < ,05000$							
	SS Efekt	df Efekt	MS Efekt	SS Błąd	df Błąd	MS Błąd	F	p
P5a	6,64740	5	1,329480	452,3083	197	2,295981	0,579047	0,716022
P5b	22,72989	5	4,545979	159,7184	110	1,451985	3,130871	0,011103
P5c	8,43929	5	1,687859	117,4482	74	1,587138	1,063461	0,387573
P5d	5,50627	5	1,101253	247,2375	193	1,281023	0,859667	0,509286
P5e	3,57917	5	0,715833	51,4000	42	1,223810	0,584922	0,711342
P5f	4,61489	5	0,922978	216,4124	177	1,222669	0,754888	0,583537
P5g	4,56632	5	0,913265	175,3781	120	1,461484	0,624888	0,681068
P5h	22,61578	5	4,523156	63,4042	44	1,441005	3,138890	0,016508
P5i	11,39558	5	2,279115	234,4653	109	2,151058	1,059532	0,386894
P5j	4,10699	5	0,821399	128,9839	82	1,572975	0,522194	0,758806

Źródło: opracowanie własne.

Analiza wariancji wykazuje istnienie istotnych różnic w kategoriach 5b (perfekcjonizm w pracy zawodowej) i 5h (otwartość na nowatorskie rozwiązania). Perfekcjonizm w pracy zawodowej (P5b) został najwyżej oceniony w grupie o stażu pracy do 15 lat o wykształceniu podstawowym lub średnim i jest istotnie różny od pozostałych grup. Otwartość na nowatorskie rozwiązania (P5h) została najniżej oceniona w grupie o najdłuższym stażu pracy (ponad 20 lat) z wykształceniem wyższym lub licencjatem i jest istotnie różna od pozostałych grup.

Wykres 2. Cechy świadczące o kulturze zawodowej pielęgniarzek



Źródło: opracowanie STATISTICA na podstawie badań własnych.

Pytanie to obejmowało następujące cechy do wyboru dla uczestników badania:

- doskonałość w wykonywaniu zabiegów;
- umiejętność panowania nad swoimi emocjami i temperamentem;
- poczucie humoru;
- troskliwość w kontakcie z pacjentem i jego rodziną;
- umiejętność edukacji pacjentów;
- dypomatyczne i taktowne zachowanie;
- stosowanie zasad etyki zawodowej.

Za najważniejsze cechy kultury pracy respondenci uznali doskonałość w wykonywaniu zabiegów, stosowanie zasad etyki zawodowej oraz umiejętność panowania nad swoimi emocjami i temperamentem oraz dypomatyczne i taktowne zachowanie. Za mniej istotne: troskliwość w kontakcie z pacjentem i jego rodziną, a w dalszej kolejności poczucie humoru i umiejętność edukacji pacjentów. Uzyskane wyniki badań dowodzą, iż nie ma istotnych różnic pomiędzy badanymi pracownikami w szpitalach w obszarze: doskonałości wykonywania zabiegów, umiejętności panowania nad swoimi emocjami i temperamentem. Istotną różnicę statystyczną wykazano w zakresie wyboru poczucia humoru. Uczestnicy badania wyrazili odmienne opinie dotyczące edukacji pacjentów. Respondenci w odpowiedzi o ocenę kultury pracy najczęściej wybierali w kolejności: troskli-

wość w kontakcie z pacjentem i jego rodziną, dyplomatyczne i taktowne zachowanie oraz umiejętność panowania nad swoimi emocjami i temperamentem. Odpowiedzi uczestników badania w szpitalach są wysoko skorelowane.

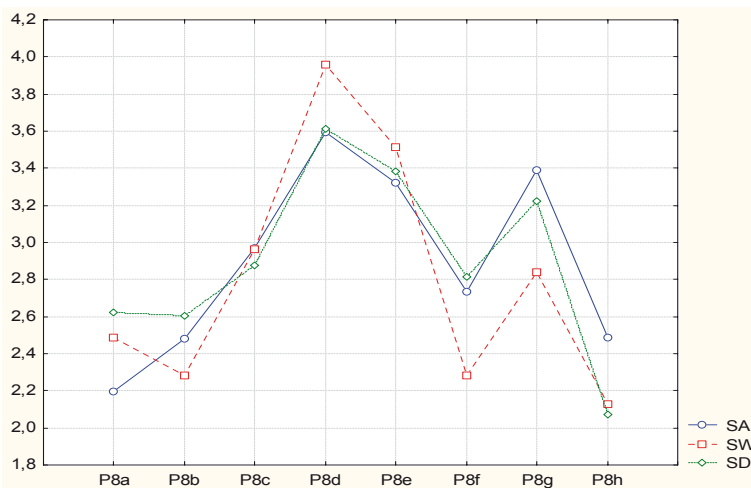
Tabela 2. Sumy punktów uzyskane w wyborze dla oceny kultury pracy pielęgniarzki

	1 SA	2 SD	3 SW
P6a	66	70	75
P6b	85	79	77
P6c	21	17	19
P6d	110	106	87
P6e	30	9	18
P6f	94	99	78

Źródło: opracowanie własne.

Respondenci w odpowiedzi o ocenę kultury pracy najczęściej wybierali w kolejności: troskliwość w kontakcie z pacjentem i jego rodziną – P6d, dyplomatyczne i taktowne zachowanie – P6f oraz umiejętność panowania nad swoimi emocjami i temperamentem – P6b. Odpowiedzi uczestników badania w szpitalach są wysoko skorelowane. Współczynnik korelacji pomiędzy pracownikami poszczególnych szpitali wynosił od 0,95 do 0,98.

Wykres 3. Cechy opisujące kulturalną pielęgniarzkę



Źródło: opracowanie STATISTICA na podstawie badań własnych.

Pytanie to zawierało następujące możliwości wyboru:

- czysty, estetycznie wyglądający fartuch;
- czyste dłonie i paznokcie oraz fryzura adekwatna do pracy;
- umiejętność nawiązywania zawodowych kontaktów z pacjentami;
- szanowanie godności i prywatności pacjentów;
- zachowanie intymności pacjenta podczas wykonywania czynności pielęgnacyjnych;
- poszanowanie kultury narodowej i wyznania pacjenta;
- dyskrecja i takt w czasie wykonywania obowiązków zawodowych;
- umiejętność zapobiegania sytuacjom konfliktowym i ich wygaszania.

Oceniając cechy opisujące kulturalną pielęgniarzkę, respondenci najczęściej wybierali – poszanowanie godności i prywatności pacjentów, zachowanie intymności pacjenta podczas wykonywania czynności pielęgnacyjnych oraz dyskrecję i takt w czasie wykonywania obowiązków zawodowych. W dalszej kolejności wybierano umiejętność nawiązywania zawodowych kontaktów z pacjentami oraz poszanowanie kultury narodowej i wyznania pacjenta. Analiza wariancji odpowiedzi w pytaniu dotyczącym cech charakteryzujących kulturalną pielęgniarzkę wykazała, że takie elementy jak czyste dłonie i paznokcie oraz fryzura adekwatna do pracy (P8b) są najniżej oceniane w grupie respondentów o najdłuższym stażu pracy z wykształceniem wyższym lub licencjatem. Istotne różnice istnieją wobec grup ze stażem pracy do lat 15, stażem 16–20 letnim i wykształceniem wyższym i takim samym stażem, niezależnie od wykształcenia.

Tabela 3. Cechy charakteryzujące kulturalną pielęgniarzkę

Zmienna	Analiza wariancji (dane.sta)							
	Zaznaczone efekty są istotne z $p < ,05000$							
	SS Efekt	df Efekt	MS Efekt	SS Błąd	df Błąd	MS Błąd	F	p
P8a	12,44132	5	2,488264	255,6966	110	2,324515	1,070445	0,380754
P8b	31,15971	5	6,231942	225,0386	115	1,956858	3,184668	0,009925
P8c	2,31571	5	0,463141	329,0995	165	1,994542	0,232204	0,947963
P8d	9,98396	5	1,996791	277,7648	201	1,381915	1,444946	0,209680
P8e	7,82183	5	1,564367	255,3363	190	1,343875	1,164071	0,328424
P8f	5,17730	5	1,035460	153,9944	93	1,655854	0,625333	0,680812
P8g	1,17076	5	0,234151	374,5216	176	2,127963	0,110035	0,990013
P8h	7,91072	5	1,582144	152,8529	104	1,469740	1,076479	0,377780

Źródło: opracowanie własne.

Analiza wariancji wskazuje na istniejące istotne różnice w ocenie czystych dłoni i paznokci oraz fryzury (P8b) w zależności od wykształcenia i stażu pracy respondentów.

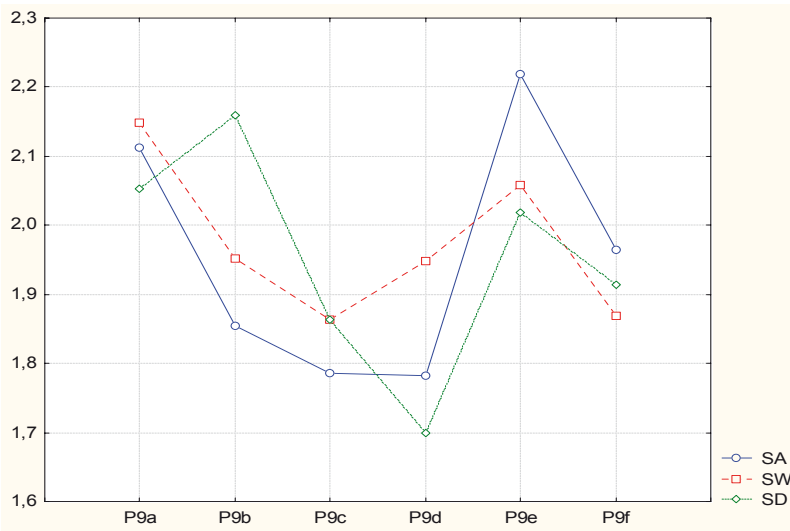
Tabela 4. Badanie istotności cechy (P8b) w odniesieniu do wykształcenia i stażu pracy respondentów

Okres stażu Wykształcenie	Test NIR; Zmienna: (dane.sta)					
	Zaznaczone różnice są istotne z $p < ,05000$					
	{1}	{2}	{3}	{4}	{5}	{6}
do 15 lat wyższe lub licencjat {1}	M=2,0250	M=3,3000	M=3,2000	M=3,2727	M=2,0000	M=2,5455
do 15 lat pozostałe {2}		0,011202	0,019166	0,009983	0,950887	0,116378
16 - 20 lat pozostałe {3}	0,011202		0,873282	0,964487	0,021447	0,137844
16 - 20 lat wyższe lub licencjat {3}	0,019166	0,873282		0,905492	0,033447	0,197491
16 - 20 lat pozostałe {4}	0,009983	0,964487	0,905492		0,020413	0,138099
ponad 20 lat wyższe lub licencjat {5}	0,950887	0,021447	0,033447	0,020413		0,194126
ponad 20 lat pozostałe {6}	0,116378	0,137844	0,197491	0,138099	0,194126	

Źródło: opracowanie własne.

Analiza wariancji odpowiedzi w pytaniu dotyczącym cech charakteryzujących kulturalną pielęgniarkę wykazała, że takie elementy jak czyste dłonie i paznokcie oraz fryzura adekwatna do pracy (P8b) są najniżej oceniane w grupie respondentów o najdłuższym stażu pracy z wykształceniem wyższym lub licencjatem. Istotne różnice istnieją wobec grup ze stażem pracy do lat 15 {2}, stażem 16-20 letnim i wykształceniem wyższym {3} i takim samym stażem, niezależnie od wykształcenia {4}.

Wykres 4. Cechy nieakceptowane w wyglądzie pielęgniarki



Źródło: opracowanie STATISTICA na podstawie badań własnych.

Pytanie to obejmowało następujące możliwości wyboru:

- a) brak schludnego wyglądu;
- b) zabrudzony fartuch;
- c) noszenie prywatnej odzieży;
- d) noszenie biżuterii;
- e) długie paznokcie, nadmiernie wyeksponowane (tipsy)
- f) rażący makijaż i fryzura.

Ankietowani wyrazili największy brak akceptacji w wyglądzie pielęgniarki dla długich i nadmiernie wyeksponowanych paznokci, w tym tipsów oraz dla zabrudzonego fartucha. Za mniej rażące cechy uznano brak schludnego wyglądu oraz rażący makijaż i fryzurę. Różnica statystyczna pomiędzy szpitalami widoczna jest w obszarze wyboru odpowiedzi dotyczącej noszenia brudnego fartucha oraz noszenia biżuterii. Najczęściej tę cechę wybierali pracownicy Szpitala Dziecięcego. Grupa badawcza we wszystkich szpitalach zgodnie i na wysokim poziomie ważności, jako element nieakceptowany w wyglądzie pielęgniarki, wybrała rażący makijaż i fryzurę.

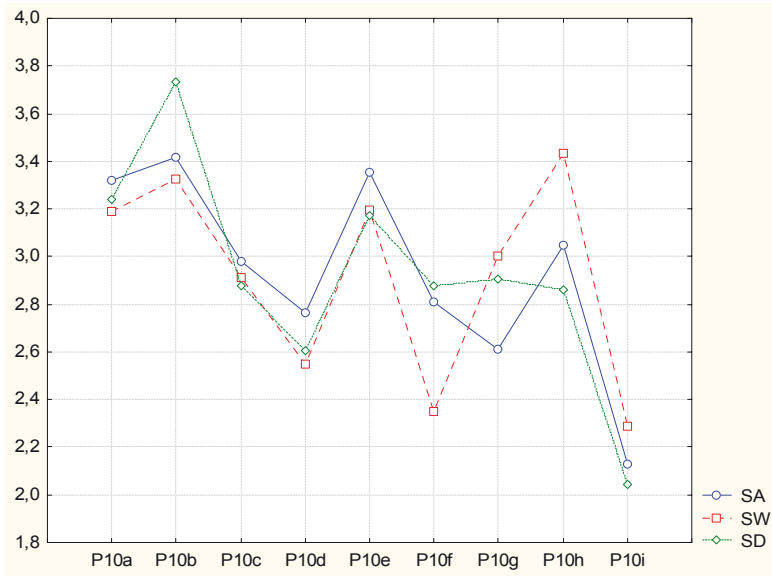
Tabela 5. Badanie istotności cechy (P9e) w odniesieniu do wykształcenia i stażu pracy respondentów

Okres stażu Wykształcenie	Test NIR; Zmienna: (dane.sta) Zaznaczone różnice są istotne z $p < ,05000$					
	{1}	{2}	{3}	{4}	{5}	{6}
	M=2,4615	M=2,3750	M=2,0000	M=2,2222	M=1,7576	M=1,8158
do 15 lat wyższe lub licencjat {1}		0,704222	0,032011	0,406188	0,000106	0,000204
do 15 lat pozostałe {2}	0,704222		0,166901	0,645661	0,011824	0,019603
16 - 20 lat wyższe lub licencjat {3}	0,032011	0,166901		0,491217	0,291822	0,411339
16 - 20 lat pozostałe {4}	0,406188	0,645661	0,491217		0,122542	0,170295
ponad 20 lat wyższe lub licencjat {5}	0,000106	0,011824	0,291822	0,122542		0,758961
ponad 20 lat pozostałe {6}	0,000204	0,019603	0,411339	0,170295	0,758961	

Źródło: opracowanie własne.

Brak akceptacji długich i nadmiernie wyeksponowanych paznokci jest najwyższy w grupie ankietowanych o stażu do 15 lat z wykształceniem wyższym lub licencjatem. Różnice te istnieją wobec grup {3}, {5} i {6}, oraz pomiędzy grupami {2} i {5}, a także {2} i {6}.

Wykres 5. Umiejętność pracy w zespole



Źródło: opracowanie STATISTICA na podstawie badań własnych.

Pytanie to obejmowało następujące cechy do wyboru przez respondentów:

- łatwość w nawiązywaniu kontaktów;
- właściwy język komunikacji werbalnej i pozawerbalnej;
- stosowanie zasady sprawiedliwości;
- konsekwencja w działaniu;
- znajomość i przestrzeganie obowiązujących standardów;
- docenianie zasług współpracowników;
- umiejętność słuchania innych, bez przerywania;
- odpowiedzialność za podjęcie niewłaściwych decyzji;
- przyjmowanie nowych pomysłów i pożytkowanie ich.

Za najważniejsze cechy, podkreślające umiejętność współpracy w zespole, respondenci uznali łatwość w nawiązywaniu kontaktów. W następnej kolejności: znajomość i przestrzeganie obowiązujących standardów oraz odpowiedzialność za podjęcie niewłaściwych decyzji. Widoczne są podobieństwa w 3 badanych jednostkach w zakresie odpowiedzi w obszarach: łatwości nawiązywania kontaktów, stosowania zasady sprawiedliwości, znajomości i przestrzegania standardów, przyjmowania nowych pomysłów i ich pożytkowania. Odpowiedzi ankietowanych w SD zdo-

minowała cecha: właściwy język komunikacji werbalnej i pozawerbalnej. Respondenci SD i SA za podobnie statystycznie cechy uznali docenianie zasług współpracowników. Widoczna jest różnica statystyczna między szpitalami w odpowiedzi dotyczącej odpowiedzialności za podjęcie niewłaściwej decyzji.

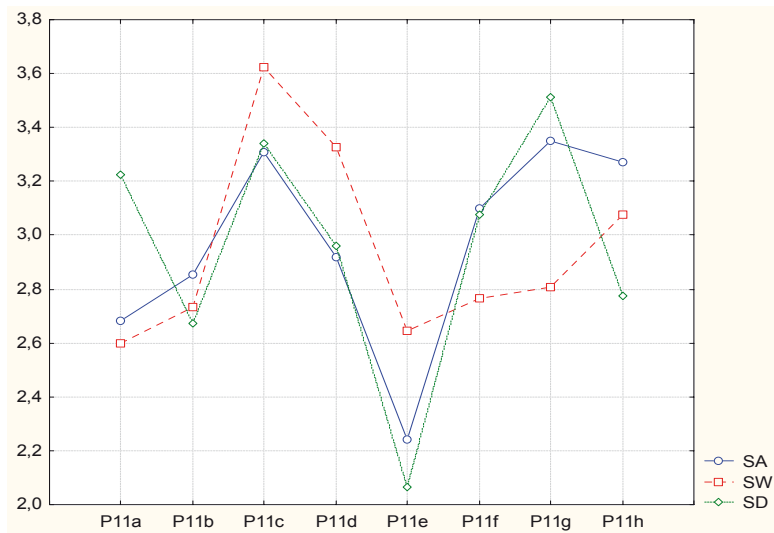
Tabela 6. Badanie istotności cechy (P10d) w odniesieniu do wykształcenia i stażu pracy respondentów

Okres stażu Wykształcenie	Test NIR; Zmienna: (dane.sta)					
	Zaznaczone różnice są istotne z $p < .05000$					
	{1}	{2}	{3}	{4}	{5}	{6}
	M=2,6875	M=2,5385	M=2,8889	M=3,7273	M=2,1579	M=2,5000
do 15 lat wyższe lub licencjat {1}		0,716821	0,669252	0,018820	0,145295	0,588045
do 15 lat pozostałe {2}	0,716821		0,518033	0,021854	0,398075	0,929853
16 - 20 lat wyższe lub licencjat {3}	0,669252	0,518033		0,137477	0,150174	0,432031
16 - 20 lat pozostałe {4}	0,018820	0,021854	0,137477		0,001237	0,008910
ponad 20 lat wyższe lub licencjat {5}	0,145295	0,398075	0,150174	0,001237		0,382691
ponad 20 lat pozostałe {6}	0,588045	0,929853	0,432031	0,008910	0,382691	

Źródło: opracowanie własne.

Konsekwencja w działaniu (P10d) jest najwyżej oceniana w grupie o najwyższym stażu pracy (ponad 20 lat) z wykształceniem średnim lub podstawowym. Istotne różnice odnotowano w stosunku do grup {1}, {2}, {5} i {6}.

Wykres 6. Cechy charakteru świadczące o wysokiej kulturze zawodowej pielęgniarki



Źródło: opracowanie STATISTICA na podstawie badań własnych.

Pytanie to obejmowało następujące cechy do wyboru przez ankietowanych:

- a) nieuleganie rutynie;
- b) krytycyzm wobec siebie;
- c) lojalność i etyka w postępowaniu;
- d) pomaganie innym niezależnie od własnych korzyści;
- e) znajomość fachowej literatury ze swojej dziedziny;
- f) dyplomacja w stosunku do współpracowników i pacjentów;
- g) demonstrowanie odpowiednich reakcji emocjonalnych, szczególnie w sytuacjach trudnych i konfliktowych;
- h) umiejętności interpersonalne, komunikacji, zespołowe i organizacyjne.

Za najważniejsze cechy pracownicy uznali lojalność i etykę w postępowaniu oraz demonstrowanie odpowiednich reakcji emocjonalnych, szczególnie w sytuacjach trudnych i konfliktowych. Za mniej istotne cechy uznano pomaganie innym niezależnie od własnych korzyści oraz dyplomatyczne zachowanie w stosunku do współpracowników i pacjentów. Wyniki analizy nie wykazują różnicy jedynie w obszarze krytycyzmu wobec siebie. Ankietowani szpitali Dziecięcego i Akademickiego podobnie wybrali cechy w zakresie: lojalności i etyki w postępowaniu, pomaganiu innym niezależnie od własnych korzyści, znajomości fachowej literatury ze swojej dziedziny, dyplomacji w stosunku do współpracowników i pacjentów, demonstrowania odpowiednich reakcji emocjonalnych, szczególnie w sytuacjach trudnych i konfliktowych. Uczestnicy badania w Szpitalu Wojewódzkim za priorytetową cechę świadczącą o wysokiej kulturze osobistej pielęgniarki wybrali lojalność i etykę w postępowaniu. Jest widoczny rozdźwięk pomiędzy respondentami pracującymi w analizowanych szpitalach w wyborze odpowiedzi na pytanie w kwestii umiejętności interpersonalnych, komunikacyjnych, zespołowych i organizacyjnych, przy czym nie stwierdzono istotnych różnic także w odniesieniu do ich wykształcenia i stażu pracy.

Dyskusja

Tabela 7. Zestawienie kolejności ważności cech wg respondentów

Ankietowani Sa	Udział %	Ankietowani Sw	Udział%	Ankietowani Sd	Udział %
Odpowiedzialność zawodowa	3,85	Odpowiedzialność zawodowa	4,07	Odpowiedzialność zawodowa	4,14
Szanowanie godności i prywatności pacjentów	3,59	Szanowanie godności i prywatności pacjentów	3,95	Właściwy język komunikacji werbalnej i poza werbalnej	3,73
Właściwy język komunikacji werbalnej i poza werbalnej	3,41	Lojalność i etyka w postępowaniu	3,62	Szanowanie godności i prywatności pacjentów	3,61
Demonstrowanie odpowiednich reakcji emocjonalnych	3,35	Odpowiedzialność za podjęcie niewłaściwych decyzji	3,43	Demonstrowanie odpowiednich reakcji emocjonalnych	3,51
Wykształcenie	2,32	Wykształcenie	2,16	Wykształcenie	2,2
Długie paznokcie, nadmierne wyeksponowane-tipsy	2,21	Brak schludnego wyglądu	2,14	Zabrudzony fartuch	2,16
Dyplomatyczne i taktowne zachowanie	2,08	Doskonałość w wykonywaniu zabiegów	2,2	Dyplomatyczne i taktowne zachowanie	2,12

Źródło: opracowanie własne.

Za najważniejszą cechę świadczącą o kulturze pracy pielęgniarek, uczestnicy badania zgodnie uznali odpowiedzialność zawodową. Ankie-

towani w SW i SA za ważny obszar uznali poszanowanie godności i prywatności pacjentów. Pracownicy SD podkreślali z kolei właściwy język komunikacji werbalnej i pozawerbalnej. Pracownicy Szpitala Akademickiego za umiarkowanie ważne uznali właściwy język komunikacji werbalnej i pozawerbalnej oraz demonstrowanie odpowiednich reakcji emocjonalnych, szczególnie w sytuacjach trudnych i konfliktowych. Pracownicy Szpitala Wojewódzkiego akcentowali lojalność i etykę w postępowaniu oraz odpowiedzialność za podjęcie niewłaściwych decyzji. W Szpitalu Dziecięcym ankietowany personel pokreślił szanowanie godności i prywatności pacjentów oraz demonstrowanie odpowiednich reakcji emocjonalnych, szczególnie w sytuacjach trudnych i konfliktowych. Ankietowani pracownicy w Szpitalu Dziecięcym nie akceptują zabrudzonego fartucha. W dostępnej literaturze przedmiotu odnaleziono wiele pozycji dotyczących oceny kultury pracy pielęgniarek. Jednak w badaniach tych oceny takiej dokonywali pacjenci szpitali, poradni specjalistycznych, rodzice dzieci w różnych regionach Polski. Jedyne badania tego zagadnienia przez same pielęgniarki i innych pracowników zespołów leczniczych przeprowadziła w Szczecinie A. Kędzia w 2005 roku [Kędzia, Wieder-Huszla, Grochans, Stanisławska 2005, ss. 87–89].

Pierwszy obszar badań własnych dotyczył cech najlepiej opisujących kulturę zawodową pielęgniarki. Z analizy wynika, że dla wszystkich ankietowanych najistotniejszym elementem jest wysoko pojęta odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek. Cecha poszanowania godności i prywatności pacjentów najczęściej była typowana przez pracowników Szpitala Akademickiego oraz Wojewódzkiego. Dla respondentów Szpitala Dziecięcego równie istotny był właściwy język komunikacji werbalnej i pozawerbalnej. Ankietowani w tym szpitalu wybrali jako istotne także poszanowanie godności i prywatności pacjentów, demonstrowanie właściwych reakcji emocjonalnych szczególnie w sytuacjach trudnych i konfliktowych oraz brak akceptacji dla zabrudzonego fartucha. Ponadto, pracownicy SD za ważne w pracy pielęgniarek uznali dyplomatyczne i taktowne zachowanie. Uczestnicy badania w Szpitalu Akademickim również zaakcentowali ważność właściwej komunikacji werbalnej i pozawerbalnej. Uczestnicy badania we wszystkich ankietowanych szpitalach na podobnym poziomie ważności traktowali wykształcenie personelu. Ankietowani SW, oceniając pracę pielęgniarek, często wybierali takie cechy jak: lojalność i etyka w postępowaniu oraz odpowiedzialność za podejmowanie niewłaści-

wych decyzji. Kolejną wartością, jaką podkreślali ankietowani w SW, był perfekcjonizm w pracy zawodowej. To kolejny dowód na to, że zespół współpracowników oczekuje od pielęgniarek wysokiej jakości świadczonych usług, ale o szczególnym charakterze. Taką opinię wyrazili zgodnie ankietowani we wszystkich badanych szpitalach.

Gdy personel pielęgniarski jest oceniany przez pacjentów, to za znaczący element kultury pracy uważana jest perfekcja w wykonywaniu czynności zawodowych, a drugim co do ważności elementem okazuje się właściwy stosunek do pacjenta [Kędzia, Szymanowska, Wiśniewska 2004 ss. 114–117]. Zespół interdyscyplinarny za istotną cechę świadczącą o wysokiej kulturze pracy pielęgniarki wybrał szanowanie godności i prywatności pacjentów. Ankietowani tę cechę wybrali w mniejszym procencie niż poszanowanie godności i prywatności pacjentów. Rodzi się pytanie, czy kultura narodowa pacjenta nie jest elementem jego godności? Oceniając kulturę zawodową pielęgniarek, ich współpracownicy nie uznali schludnego wyglądu zewnętrznego za bardzo istotny. Może stanowić to element dyskusji. Czy pielęgniarstwo, ukierunkowane na jakość opieki, może nie doceniać wyglądu zewnętrznego? Czy może to oznaczać, że respondenci byłiby skłonni zaakceptować nawet pewne niedostatki wyglądu i schludnego ubioru pielęgniarki w zamian za perfekcję w wykonywaniu czynności zawodowych? Ta teza wymagałaby dodatkowych badań.

Za cechę świadczącą o wysokiej kulturze pracy respondenci olsztyńskich szpitali uznali doskonałość w wykonywaniu zabiegów oraz stosowanie zasad etyki zawodowej, analogicznie we wszystkich badanych szpitalach. Ranga znaczenia wykształcenia dla zespołu interdyscyplinarnego może być dowodem na wzrost świadomości autonomii zawodu pielęgniarki, co zdaje się uwzględniać fakt, że kształcenie zawodowe pielęgniarek prowadzone na poziomie wyższym spełnia wszystkie wymagane standardy europejskie. Współczesne pielęgniarstwo poszerza zakres samodzielności i kompetencji pielęgniarek. Sprawowanie opieki pielęgniarskiej opiera się na holizmie i humanizmie, a pielęgniarki są ustawowo zobligowane do ustawicznego kształcenia. Kompleksowe widzenie pacjenta poszerza role zawodowe pielęgniarek oraz przyczynia się do zmiany modelu pracy. Zdobyte wykształcenie pozwala wprowadzać efektywnie do praktyki zawodowej wyróżnione wartości.

W kolejnej części przeprowadzonych badań własnych respondentom zadano pytanie o cechy, których nie akceptują w wyglądzie pielęgniarki.

Zgodnie wskazali oni na nadmiernie wyeksponowane długie paznokcie i tipsy. Brak akceptacji miał najwyższy wskaźnik w grupie personelu o stażu do 15 lat, z wykształceniem wyższym lub licencjatem. Może to stanowić dowód na to, że wraz z posiadanym stopniem wykształcenia oraz stażem pracy wzrasta świadomość zawodowa personelu. Poza tym inne wartości są postrzegane jako ważne na początku drogi zawodowej. Znaczący procent respondentów neguje nieadekwatne zachowania i wygląd personelu pielęgniarskiego. We wcześniejszych badaniach innych autorów, oceniających kulturę pracy pielęgniarek, nie objęto badaniami obszaru właściwej komunikacji. Analiza odpowiedzi respondentów pozwala na wysunięcie przypuszczenia, iż ankietowani pracownicy szpitala Dziecięcego wysoko stawiają właściwy język komunikacji werbalnej i pozawerbalnej oraz demonstrowanie właściwych reakcji emocjonalnych, szczególnie w sytuacjach trudnych i konfliktowych. Wydaje się to zrozumiałe. Praca pielęgniarek jest trudna, a tym bardziej staje się obciążająca, kiedy pacjent to cierpiące dziecko. Rodzice chorego dziecka często są zdenerwowani, nieufni oraz głęboko rozżaleni. Wybrane cechy pozwalają na wrażliwe, a jednocześnie profesjonalne sprawowanie opieki pielęgniarskiej. Odpowiednie porozumiewanie pozwala na jasne i precyzyjne nawiązanie kontaktu terapeutycznego, poza tym wyraża szacunek do współpracowników i pacjentów. Właściwa komunikacja oraz znajomość i przestrzeganie obowiązujących standardów poprawia jakość pielęgnowania oraz podnosi poziom jego efektywności. Może to stanowić element rozważań w obszarze rosnącej konkurencji na rynku usług. Ostatni obszar badań zawiera informacje o cechach świadczących o wysokiej kulturze zawodowej pielęgniarek. Priorytet dla pracowników szpitala Wojewódzkiego stanowi lojalność i etyka w postępowaniu. Trudno zaprzeczyć, że jest to wartość ponadczasowa, świadczy o wysokiej szeroko rozumianej kulturze każdego człowieka, a nie tylko o kulturze zawodowej pielęgniarki. Zmiany zachodzące w praktyce pielęgniarskiej, takie jak rozszerzenie zakresu działań, poprawianie jakości, nie przesłoniły takich ważnych cech o wartości ogólnoludzkiej. Współpracownicy podkreślali, że demonstrowanie odpowiednich reakcji emocjonalnych, szczególnie w sytuacjach trudnych i konfliktowych jest istotnym elementem kultury pracy.

Wyniki badań prezentowanych w niniejszej pracy zawierają pewne niedostatki. Wynikają one częściowo ze złożoności kwestionariusza ankiety. Respondenci preferują inną formę wyboru odpowiedzi, prawdopodobnie

dlatego, że uważają stopniowanie cech za pochłaniające zbyt wiele czasu. Grupa poddana badaniu nie była bardzo zróżnicowana. Dominowały w niej pielęgniarki. Z tego powodu końcowe wnioski okazały się zbliżone w poszczególnych grupach respondentów mimo ich pracy w szpitalach o zróżnicowanym profilu. Przeprowadzone badanie mogłoby posłużyć do wyodrębnienia preferowanych cech pielęgniarek, które można doskonalić w ich przygotowaniu zawodowym. Wymaga to jednak kolejnych badań, tak by przy wnioskowaniu opierać się nie na intuicji i przesłankach teoretycznych, lecz na wiedzy sprawdzonej empirycznie i naukowo.

Wnioski

Wyniki przeprowadzonej analizy uzyskanego materiału empirycznego pozwalają na wysunięcie następujących wniosków:

1. Interdyscyplinarny zespół współpracowników oczekuje od personelu pielęgniarskiego przede wszystkim odpowiedzialności zawodowej. Z tego powodu w procesie nauczania pielęgniarek należy poświęcić szczególną uwagę temu zagadnieniu.
2. Podstawą kultury pracy pielęgniarek jest gruntowne wykształcenie, a poszanowanie godności i prywatności pacjentów jest najważniejszą cechą kulturalnej pielęgniarki.
3. Stwierdzone różnice w opiniach badanych zespołów z różnych szpitali na temat cech charakteru pielęgniarek świadczących o wysokiej kulturze zawodowej pielęgniarek może świadczyć o tym, że postrzeganie takich cech jest uzależnione od specyfiki pracy pielęgniarek.
4. Na poglądy respondentów ma wpływ poziom wykształcenia i staż pracy. Może to oznaczać konieczność innego sposobu kształcenia zawodowego pielęgniarek.

Bibliografia

Best M.F., Thurston N.E. (2006), *Canadian Public Health Nurses' Job Satisfaction*, „Public Health Nursing”, 23 (3), ss. 250–255.

Binkowska-Bury M., Nagórska M., Januszewicz P. (2010), *Współczesna wizja pielęgniarstwa w systemie e-zdrowia*, „Problemy Pielęgniarstwa”, 18 (3), ss. 342–347.

Fagin L., Garelick A. (2004), *The doctor – nurse relationship*, „Advances in Psychiatric Treatment”, vol. 10.

Kapala W., Chudziński S., Hyrcz S. (2008), *Oczekiwania pacjentów hospitalizowanych na oddziałach zabiegowych wobec personelu pielęgniarskiego*, *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*, 1, ss. 12–18.

- Kędzia A., Szymanowska I., Wiśniewska E., Grochans E., Łuczyńska V. (2004), *Kultura pracy pielęgniarki w oczach pacjenta*, „Polska Medycyna Rodzinna”, 6, suplement 1, ss. 114–117.
- Kędzia A., Wiedner-Huszla S., Grochans E., Stanisławska M. (2005), *Ocena kultury pracy przez członków zespołu terapeutycznego*, Annales Univeritatis Mariae Curie-Skłodowska, Lublin, 3, ss. 87–89.
- Kózka M., Wrońska I. (2007), *Europejskie kształcenie pielęgniarek* [w:] I. Wrońska, E. Krajewska-Kulak (red.), *Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa europejskiego*, Wydawnictwo Czelej, Lublin, ss. 99–132.
- Poznańska S., Płaszewska-Żywko L. (2001), *Wybrane modele pielęgniarstwa. Podstawa praktyki pielęgniarstwa*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Szpak-Lipińska K. (1999), *Postawa moralna składnikiem kompetencji pielęgniarki*, „Pielęgniarka i Położna”, 6; 4.
- Wrońska I., Mariański J. (red.) (2002), *Etyka w pracy pielęgniarstwa*, Wydawnictwo Czelej, Lublin.
- Wyrzykowska M. (2007), *Ocena opieki pielęgniarstwa w opinii pacjentów*, Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne, 1, ss. 3–10.



Jarosława Belowska
Mariusz Panczyk
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Barbara Kot-Doniec
Halina Żmuda-Trzebiatowska
Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie

Joanna Gotlib
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Analiza wiedzy i postaw położnych po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego z pielęgniarstwa położniczego wobec praktyki zawodowej opartej na dowodach naukowych – doniesienie wstępne

The analysis of knowledge and attitudes of midwives after specialization in nursing midwifery towards Evidence-Based Practice – a preliminary report

Abstract

Background and Aim of Study

Improving professional qualifications and lifelong learning based on the latest research results is the key to provide efficient and safe health care services and midwifery care with the highest standard. Assessment of knowledge, attitudes and skills of application Evidence-Based Practice (EBP) by midwives after specialization in nursing midwifery.

Material and Methods

27 midwives participating in specialized exam of obstetric nursing, the proportion of returned questionnaires 72%; average age 45.08 years (min. 28, max. 54, SD = 6.59), average length of service 17.95 years (min. 2, max. 30, SD = 7.68). 74% worked full-time in a public hospital, 44% as older midwives. 40% had completed secondary education. Evidence-Based Practice (EBP) Profile Questionnaire, quantitative and qualitative analysis.

Results

66% was aware of the importance and development of EBP in midwifery and benefits of its use. 49% has never assessed the methodological correctness of the scientific literature and has not referred it to self-diagnosis (52%), 30% has never met with the term systematic review. 52% declared the ability to use electronic databases of scientific literature and used them once a month (37%). Despite the use of EBP in making appropriate clinical decisions in their practice midwives value clinical experience more than scientific results (41%).

Conclusions

1. The level of knowledge of midwives after specialization about Evidence-based Practice is strongly insufficient thus it is necessary to supplement knowledge and skills of midwives in this area.
2. The study group was aware of benefits resulting from the use of the latest research results in midwives' professional practice. The lack of sufficient knowledge about methodology of scientific research requires system changes in education during midwifery studies.

Key words: evidence-based midwifery practice, safety, midwifery care quality.

Wstęp

Umiejętność wykorzystywania i zastosowania aktualnych wyników badań naukowych przez pracowników ochrony zdrowia: lekarzy, pielęgniarki czy położne w ich codziennej praktyce zawodowej jest konieczne do zapewnienia efektywnej, bezpiecznej oraz spełniającej najwyższe standardy jakości opieki sprawowanej nad pacjentem. Wykorzystywanie dowodów naukowych w praktyce klinicznej wpływa korzystnie nie tylko na bezpieczeństwo samego pacjenta i personelu medycznego, lecz także na wzrost skuteczności i efektywności finansowej wykonywanych procedur medycznych [Williams 2013, ss. 14–15, Kędra 2011, ss. 391–395, Kózka 2007, ss. 13–15, Adams, Barron 2009, ss. 16–26, Martin 2008, ss. 515–521, Aronson, Rebeschi, Westrick-Killion 2007, ss. 257–262, Florin, Ehrenberg, Wallin 2012, ss. 888–897, Jalali-Nia, Salsali, Dehghan-Nayeri 2011, ss. 221–227, Logan, Angel 2011, ss. 407–417, Morris, Maynard 2007, ss. 534–541. Warunkiem niezbędnym jest również uświadomienie kadry pielęgniarskiej o konieczności korzystania z najnowszych wyników badań naukowych i rozwój jej kompetencji w zakresie metodologii prowadzenia badań naukowych [Gotlib, Belowska, Panczyk 2014, ss. 223–227, Gotlib, Ściegłińska, Belowska 2014, ss. 8–10, Uchmanowicz, Rosińczuk 2014, ss. 87–100].

Jedną z podstawowych zasad wykonywania zawodu położnej jest udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej. W myśl Ustawy o Zawodach Pielęgniarki i Położnej z dnia 15 lipca 2011 r., a także z racji specyfiki zawodu i rozwoju położnic-

stwa, położna zobligowana jest do stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych poprzez uczestnictwo w różnych formach kształcenia podyplomowego i samokształcenie się. Jedną z form jest szkolenie specjalizacyjne, którego cel stanowi uzyskanie przez położną specjalistycznych kwalifikacji w określonej dziedzinie, mającej zastosowanie w ochronie zdrowia [Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej].

Wszystkie formy doskonalenia zawodowego położnych powinny odbywać się w oparciu o wykorzystywanie najnowszych wyników badań naukowych, dlatego niezbędna jest znajomość metodologii prowadzenia badań naukowych, krytycznej analizy ich wyników czy umiejętności krytycznego czytania tekstów naukowych, czyli wszystkich kluczowych elementów *Evidence-based Midwifery Practice*.

Blok specjalizacyjny szkoleń podyplomowych z dziedziny pielęgniarstwa składa się z 5 modułów oraz z bloku ogólnozawodowego w łącznym wymiarze 1 095 godzin dydaktycznych, co ma na celu przygotowanie do sprawowania kompleksowej, ciągłej i samodzielnej opieki położniczej nad rodziną w okresie prokreacji. W programie zajęć ogólnozawodowych, wspólnych dla wszystkich dziedzin, w których prowadzone jest szkolenie specjalizacyjne, znajduje się również 15 godzin z przedmiotu *Badania naukowe w pielęgniarstwie*, który swą tematyką obejmuje wszystkie zagadnienia związane z *Evidence-based Practice*.

Cel

Celem pracy była próba oceny wiedzy i postaw położnych po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego z pielęgniarstwa położniczego na temat Evidence-based Practice (EBP) oraz umiejętności wykorzystania najnowszych wyników badań naukowych w codziennej praktyce klinicznej.

Materiał

W badaniu wzięło udział 28 położnych (100% kobiet), które ukończyły szkolenie specjalizacyjne i podeszły do egzaminu specjalizacyjnego z pielęgniarstwa położniczego, organizowanego przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie 17 kwietnia 2014 r. Odsetek zwrotu ankiet wyniósł 73%. Średnia wieku w badanej grupie wyniosła 45,08 lat (osoba najmłodsza – 28 lat, osoba najstarsza – 54 lata, SD=6,59). Stan cywilny: mężatka – 17 osób, panna – 4 osoby, wdowa

– 3 osoby, rozwódka – 1 osoba. Największa grupa badanych – 16 osób, zamieszkiwała miasto do 100 tys. mieszkańców, 7 osób – miasto od 100 do 500 tys. mieszkańców, 4 osoby – wieś, 1 osoba – miasto powyżej 500 tys. mieszkańców. W badanej grupie 11 osób ukończyło 2,5-letnią medyczną szkołę zawodową, 6 osób studia pomostowe I stopnia, 4 osoby studia II stopnia oraz 1 osoba 2-letnią medyczną szkołę zawodową. Wśród położnych biorących udział w badaniu 10 osób posiadało wykształcenie średnie medyczne, 6 osób uzyskało tytuł licencjata, 5 tytuł magistra, 2 osoby tytuł doktora nauk o zdrowiu. 23 osoby zadeklarowały ukończenie studiów podyplomowych, 10 osób ukończenie innej specjalizacji. Średni staż pracy w badanej grupie położnych wyniósł 17,95 lat (min. 2, maks. 30, SD=7,68). 20 położnych pracowało w sektorze publicznym na pełny etat, 21 na pełny etat. 12 ankietowanych położnych pracowało na stanowisku starszej położnej, 8 jako położne odcinkowe, 1 jako położna operacyjna oraz 1 jako nauczyciel zawodu.

Metody

Przeprowadzone badania były badaniami ankietowymi. Wykorzystano kwestionariusz „Praktyka zawodowa oparta na dowodach naukowych” (Evidence-Based Practice Profile Questionnaire), który opracowany został przez zespół autorów: Maureen McEvoy, Marie Williams MT i Timothy Olds ze School of Health Sciences, University of South Australia, Adelaide w Australii i opublikowany w 2010 r. w czasopiśmie Medical Education: McEvoy MP, Williams MT, Olds TS. Evidence based practice profiles: Differences among allied health professions. BMC Medical Education 2010, 10:69 doi:10.1186/1472-6920-10-69. Autorzy badania uzyskali zgodę na jego wykorzystanie. Kwestionariusz został zwalidowany i podwójnie przetłumaczony metodą kompetentnych sędziów niezależnych.

Udział w badaniu był dobrowolny, a ankieta anonimowa. Ankieta składała się z 74 pytań ze skalą Likerta z zakresu praktyki zawodowej opartej na dowodach naukowych, 13 pytań dotyczących danych osobowych, wykształcenia oraz zatrudnienia, a także jednego pytania dotyczącego wcześniejszego spotkania się z omawianą tematyką. Pytania dotyczące *Evidence-based Practice* podzielone zostały na 7 bloków tematycznych:

1. Wiedza i postawy położnych wobec EBP.
2. Stosunek położnych wobec poszerzania własnych kompetencji dotyczących EBP.

3. Zastosowanie EBP w praktyce zawodowej położnych.
4. Znajomość pojęć dotyczących EBP.
5. Częstość wykorzystywania poszczególnych elementów EBP w codziennej praktyce zawodowej położnych.
6. Poziom umiejętności związanych z EBP.
7. Predyspozycje i bariery ograniczające wykorzystywanie EBP przez położne.

Ze względu na niewielką grupę badanych osób, dane przedstawiono wyłącznie w sposób opisowy przy pomocy liczb bezwzględnych. Liczby podane w tabelach nie sumują się do liczby osób biorących udział w badaniach, ponieważ nie wszystkie osoby wypełniły formularze do końca.

Wyniki

Celem pytań zawartych na początku ankiety było zbadanie poziomu wiedzy i postaw położnych wobec *Evidence-Based Practice*, ocenianych przez respondentów w skali od 1 do 5, w zależności od stopnia, w jakim zgadzają się z danym stwierdzeniem (1 – zdecydowanie się nie zgadzam; 5 – zdecydowanie się zgadzam). Ponad 64% położnych ma świadomość istnienia EBP w swoim zawodzie, a połowa zna znaczenie terminu *Evidence-based Practice* (50%). Szczegółowe wyniki przedstawia Tabela 1.

Tabela 1. Wiedza i postawy położnych wobec Evidence-Based Practice

		zdecydowanie nie zgadzam się / nie zgadzam się	nie mam zdania	zgadzam się / zdecydowanie zgadzam się
1.	Znam znaczenie terminu Evidence-based Practice (EBP)	0	0	27
2.	Mam świadomość istnienia EBP w moim zawodzie	1	0	27
3.	EBP stanowi nowoczesny model wykonywania mojego zawodu	4	4	19
4.	Mam świadomość ciągłego rozwoju EBP w moim zawodzie	1	5	21

Źródło: opracowanie własne.

W dalszej części ankiety respondenci wyrażali swój stosunek wobec poszerzania własnych kompetencji dotyczących EBP w skali od 1 do 5 (1 – z pewnością nie, 5 – z pewnością tak). Położne zadeklarowały duże

prawdopodobieństwo rozwijania umiejętności i poszerzania wiedzy dotyczącej EBP: blisko 43% ankietowanych położnych zamierza zastosować najlepsze dostępne dowody naukowe w celu poprawy jakości własnej praktyki zawodowej, a 35% chce korzystać z odpowiedniej literatury naukowej w celu aktualizacji posiadanej wiedzy. W Tabeli 2. szczegółowo przedstawiono otrzymane wyniki.

Tabela 2. Stosunek położnych wobec poszerzania własnych kompetencji dotyczących Evidence-Based Practice

		z pewnością nie	mało prawdopodobne	rozważę taką możliwość	bardzo prawdopodobne	z pewnością tak
5.	Zamierzam poszerzać własną wiedzę na temat EBP	0	5	7	9	7
6.	Zamierzam rozwijać własne umiejętności w zakresie dostępu i oceny dowodów naukowych istotnych dla mojej praktyki zawodowej	0	3	9	8	6
7.	Zamierzam korzystać z odpowiedniej literatury naukowej w celu aktualizacji posiadanej wiedzy	0	2	3	10	13
8.	Zamierzam zastosować najlepsze dostępne dowody naukowe w celu poprawy jakości własnej praktyki zawodowej	0	1	7	12	8

Źródło: opracowanie własne.

Kolejne punkty kwestionariusza dotyczyły zastosowania EBP w praktyce zawodowej położnych, także ocenianych przez wszystkich ankietowanych w skali od 1 do 5 (1 – zdecydowanie się nie zgadzam; 5 – zdecydowanie się zgadzam). Większość położnych, biorących udział w badaniu, zgadzała się z podanymi stwierdzeniami: ponad 60% respondentów uznało, że powinno częściej wykorzystywać dowody naukowe w swojej codziennej praktyce zawodowej, a dla 57% doniesienia naukowe są przydatne w pracy, co szczegółowo przedstawione jest w Tabeli 3.

Tabela 3. Zastosowanie Evidence-Based Practice w praktyce zawodowej położnych

		zdecydowa- nie nie zgad- zam się / nie zgadzam się	nie mam zdania	zgadzam się / zde- cydowanie zgadzam się
9.	Zastosowanie EBP w mojej praktyce zawodowej jest niezbędne	0	7	15
10.	Doniesienia naukowe są przydatne w mojej codziennej praktyce zawodowej	0	2	24
11.	Powinnam / powinienem częściej wykorzystywać dowody naukowe w mojej codziennej praktyce zawodowej	0	2	23
12.	Jestem zainteresowana / zainteresowany poprawą umiejętności niezbędnych do włączenia EBP do mojej praktyki zawodowej	0	5	21
13.	Zastosowanie EBP poprawia jakość mojej praktyki zawodowej	0	6	20
14.	Zastosowanie EBP pomaga mi podejmować właściwe decyzje kliniczne dotyczące pacjentów podczas mojej praktyki zawodowej	0	4	21
15.	W mojej codziennej praktyce zawodowej niektóre wymogi EBP mogą mieć ograniczone zastosowanie ze względu np. na brak sprzętu, procedur, personelu itd.	1	4	19
16.	Zastosowanie EBP w mojej codziennej praktyce zawodowej nie ma sensu z powodu braku dowodów naukowych na poparcie skuteczności większości wykonywanych przeze mnie czynności zawodowych	11	4	9
17.	Zastosowanie EBP nie uwzględnia preferencji moich pacjentów	7	8	8
18.	W podejmowaniu właściwych decyzji w mojej praktyce zawodowej wyżej cenię doświadczenie kliniczne niż wyniki badań naukowych	6	4	13

19.	Doświadczenie kliniczne jest najlepszym sposobem oceny skuteczności danego działania	4	9	11
20.	Krytyczny przegląd piśmiennictwa naukowego i jego znaczenie dla skuteczności leczenia/opieki nad pacjentami nie ma zastosowania w praktyce zawodowej	7	10	6
21.	Poszukiwanie istotnych dowodów naukowych nie ma zastosowania w praktyce zawodowej	14	3	6

Źródło: opracowanie własne.

Celem pytań zawartych w kolejnej części ankiety była ocena poziomu wiedzy położnych na temat znajomości terminologii związanej z badaniami naukowymi. Podane terminy i zagadnienia oceniane były w skali od 1 do 5 (1 – nigdy o nim nie słyszałam, 5 – rozumiem i potrafię wytłumaczyć innym jego znaczenie). 32% ankietowanych całkiem dobrze zna pojęcia znaczenie kliniczne i randomizowane badanie kliniczne, jednak blisko 36% nigdy nie słyszało o terminie *wykres leśny* czy *złudzenie publikacyjne* (28%). Tabela 4. przedstawia szczegółowe wyniki.

Tabela 4. Znajomość pojęć dotyczących Evidence-Based Practice

		nigdy o nim nie słyszałam	słyszałam o nim, jednak nie znam jego znaczenia	częściowo rozumiem	całkiem dobrze rozumiem	rozumiem i potrafię wytłumaczyć innym jego znaczenie
22.	Ryzyko względne (RR – <i>Relative risk</i>)	5	4	9	4	1
23.	Ryzyko bezwzględne (AR – <i>Absolute risk</i>)	5	4	7	5	1
24.	Przegląd systematyczny (<i>Systematic review</i>)	6	6	5	5	1
25.	Iloraz szans (OR – <i>Odds ratio</i>)	5	7	3	6	1
26.	Metaanaliza (<i>Meta-analysis</i>)	6	8	4	4	1

27.	NNT – number needed to treat	7	8	3	3	1
28.	Przedział ufności (<i>CI – Confidence interval</i>)	5	7	3	5	1
29.	Złudzenie publikacyjne (<i>Publication bias</i>)	8	5	4	4	1
30.	Wykres leśny (<i>Forest plot</i>)	10	7	2	4	0
31.	Zamiar leczenia (<i>Intention to treat</i>)	6	6	3	5	0
32.	Istotność statystyczna (<i>Statistical significance</i>)	3	7	4	6	2
33.	Minimum clinically worthwhile effect	7	7	3	5	1
34.	Znaczenie kliniczne (<i>Clinical importance</i>)	4	8	1	9	0
35.	Randomizowane badanie kliniczne (<i>RCT – Randomised controlled trial</i>)	1	6	4	9	3
36.	Wyniki dychotomiczne (<i>Dichotomous outcomes</i>)	7	8	4	3	1
37.	Wyniki ciągłe (<i>Continuous outcomes</i>)	6	7	3	1	1
38.	Wielkość efektu leczenia (<i>Treatment effect size</i>)	4	8	5	4	2

Źródło: opracowanie własne.

W dalszej części ankiety osoby biorące udział w badaniu oceniały częstość wykorzystywania poszczególnych elementów *Evidence-based Practice* w swojej codziennej pracy klinicznej, również w skali od 1 do 5 (1 – nigdy, 5 – codziennie). Ponad połowa położnych (53%) czyta wyniki opublikowanych badań naukowych, lecz 64% nigdy nie omawiało formalnie doniesień naukowych podczas posiedzeń naukowych w swoim miejscu pracy. Połowa ankietowanych nigdy nie odniosła wyników badań naukowej do własnej diagnozy, a 46% nigdy nie oceniło poprawności metodologicznej wykorzystanej literatury naukowej. W Tabeli 5. szczegółowo przedstawiono otrzymane wyniki.

Tabela 5. Częstość wykorzystywania poszczególnych elementów Evidence-Based Practice w codziennej praktyce zawodowej położnych

		nigdy	raz w mie- siącu lub rzadziej	raz na dwa tygodnie	raz na tydzień	codziennie
39.	Sformułowała Pani / sformu- wał Pan poprawne pytanie kliniczne dotyczące pa- cjenta, problemu, podjętych działań i ich wyników?	8	6	3	1	2
40.	Znalazła Pani / znalazł Pan dowody naukowe adekwatne do postawionego pytania?	6	11	2	0	0
41.	Korzystała Pani / korzystał Pan z elektronicznej bazy piśmiennic- twa naukowego?	5	10	5	1	1
42.	Krytycznie oce- niła Pani / ocenił Pan poprawność metodologiczną wykorzystanej lite- ratury naukowej?	13	4	5	0	0
43.	Odniosła Pani / odniósł Pan wyni- ki badań nauko- wych do własnej diagnozy?	14	5	1	3	0
44.	Uwzględniła Pani / uwzględ- niał Pan preferen- cje pacjenta przy podejmowaniu decyzji klinicz- nych?	10	5	1	3	4

45.	Czytała Pani / czytał Pan wyniki opublikowanych badań nauko- wych?	5	15	1	1	1
46.	Nieformalnie omawiała Pani / omawiał Pan do- niesienia naukowe ze współpracow- nikami?	9	9	3	1	1
47.	Formalnie omawiała Pani / omawiał Pan do- niesienia naukowe podczas posiedzeń naukowych?	18	5	0	0	0

Ankietowanych poproszono również o ocenę własnych umiejętności związanych z *Evidence-based Practice* w skali od 1 do 5, gdzie 1 oznaczało zdecydowanie nie umiem / nie potrafię, a 5 zdecydowanie umiem / potrafię. Mimo iż większość położnych wskazało brak zdania na ten temat, połowa respondentów zadeklarowała umiejętność wyszukiwania informacji w elektronicznych bazach piśmiennictwa naukowego (50%), a ponad 46% posiada znajomość głównych typów informacji i ich źródeł. Zdecydowaną łatwość w obsłudze komputera wskazała co piąta położna (21%). Szczegółowe wyniki przedstawia Tabela 6.

Tabela 6. Poziom umiejętności związanych z Evidence-Based Practice

		Zdecydo- wanie nie umiem, nie potrafię / nie umiem, nie potrafię	nie mam zdania	Zdecydowa- nie umiem, potrafię / umiem, potrafię
48.	Umiejętności badawcze	8	8	6
49.	Obsługa komputera	0	4	17
50.	Zdolność do identyfikacji braków w wiedzy	0	6	17
51.	Zdolność do formułowania po- prawnych pytań klinicznych	0	11	11

52.	Znajomość głównych typów informacji i ich źródeł	0	8	15
53.	Umiejętność wyszukiwania informacji w elektronicznych bazach piśmiennictwa naukowego	0	4	19
54.	Umiejętność uzyskania dostępu do dowodów naukowych (uzyskanie kopii artykułów lub raportów)	0	10	13
55.	Umiejętność krytycznej analizy dowodów naukowych w świetle stosowanych norm	0	14	9
56.	Umiejętność określenia stopnia wiarygodności uzyskanego dowodu naukowego	1	16	9
57.	Zdolność do określenia stopnia użyteczności klinicznej uzyskanego dowodu naukowego	0	13	10
58.	Umiejętność zastosowania informacji naukowej do poszczególnych przypadków (tj. zintegrowanie wyników badań z osobistymi preferencjami, wartościami, obawami i oczekiwaniami własnymi i pacjenta)	0	14	9

Źródło: opracowanie własne.

Ostatnia część ankiety dotyczyła predyspozycji i barier, które ograniczają wykorzystywanie EBP w miejscu pracy położnych. 57% respondentów zadeklarowało chęć zdobywania nowych informacji, mimo iż u 46% położnych obciążenie pracą zawodową uniemożliwia regularną aktualizację mojej wiedzy. Z jednej strony dla 46% wsparcie współpracowników jest jedną z największych motywacji do stosowania Evidence-Based Practice w swojej praktyce zawodowej, z drugiej jednak dla 43% koszty użytkowania zasobów informacyjnych ograniczają zastosowanie EBP w codziennej pracy. 21% położnych uważa, że pracodawca zdecydowanie nie wymaga używania EBP w codziennej pracy klinicznej. W tabeli 7. Przedstawione zostały wszystkie odpowiedzi ankietowanych położnych.

Tabela 7. Predyspozycje i bariery ograniczające wykorzystywanie Evidence-Based Practice przez położne

		zdecydo- wanie nie zgadzam się / nie zgadzam się	nie mam zdania	zgadzam się / zde- cydowanie zgadzam się
59.	Chcę zdobywać nowe informacje	0	0	23
60.	Krytycznie oceniam nowe pomysły	6	9	8
61.	Mam predyspozycje do zarządzania	5	10	8
62.	W rozwiązywaniu problemów posługuję się planem	2	7	15
63.	Lubię się uczyć	2	5	16
64.	W mojej pracy zawodowej kadra zarządzająca stale poszukuje nowych możliwości uczenia się	10	6	8
65.	Znajduję czas na czytanie badań naukowych	5	10	8
66.	Brak czasu jest jedną z największych barier uniemożliwiających wykorzystywanie EBP w mojej praktyce zawodowej	15	8	5
67.	Obciążenie pracą zawodową uniemożliwia mi regularną aktualizację mojej wiedzy	5	6	13
68.	Koszty użytkowania zasobów informacyjnych ograniczają zastosowanie EBP w praktyce zawodowej	3	12	8
69.	Dostęp do komputera ma wpływ na zastosowanie EBP w mojej praktyce zawodowej	2	8	14
70.	Wykorzystanie dostępnych źródeł wiedzy wystarcza do stosowania EBP w mojej praktyce zawodowej	4	13	7
71.	Wsparcie współpracowników jest jedną z największych motywacji do stosowania EBP w praktyce zawodowej	1	8	15
72.	Wsparcie ze strony kadry zarządzającej jest jedną z największych motywacji do stosowania EBP w praktyce zawodowej	3	8	12
73.	Mój pracodawca wymaga ode mnie używania EBP w codziennej praktyce zawodowej	11	8	5
74.	Mam już dosyć EBP	6	9	8

Źródło: opracowanie własne.

W ostatnim pytaniu poproszono położne o wskazanie, czy i gdzie spotkały się z pojęciem: *Praktyka położnicza oparta na faktach naukowych / Evidence – Based Midwifery Practice*. 36% wskazało, że były to jedne z zajęć w uczelni, 25% spotkało się z EBP podczas konferencji bądź szkolenia, 11% w miejscu pracy, 7% podczas specjalizacji, a tylko 3% nigdy nie słyszało o praktyce opartej na dowodach naukowych.

Dyskusja

Wyszukiwanie publikacji w dostępnych bazach światowego piśmiennictwa naukowego (PubMed, SCOPUS, EMBASE, PROQUEST, daty wyszukiwania: 1.01.2000–12.11.2013, język publikacji: angielski, słowa kluczowe: *midwifery, evidence-based practice, evidence-based midwifery practice*) pozwoliło na odnalezienie 7 pozycji dotyczących umiejętności praktycznych związanych z wykorzystywaniem elementów *evidence-based midwifery practice* [Wickham 2010, ss. 42–45, Devane 2010, ss. 40–42, Hall 2010, ss. 32–35, Brennan, Van der Putten 2010, ss. 34–39, Casey, Devane 2010, ss. 40–43, Devane, Cooney 2009, ss. 34–37, Wickham 2009, ss. 38–41] oraz 5 pozycji na temat wykorzystywania EBM i EBP przez położne [Farrar, Syson, Germaine 2011, ss. 28–32, Billie 2011, ss. 76–80, Bogdab-Levis, Sousa 2011, ss. 2681–2693, Barroso 2010, ss. 2–4, Gijbels, O’Connell, Dalton-O’Connor 2010, ss. 64–69, Fullerton, Thompson, Severino 2011, ss. 388–408].

W polskim piśmiennictwie naukowym (Polska Bibliografia Lekarska – PBL) publikacje dotyczące wiedzy i postaw położnych wobec wykorzystywania wyników badań naukowych w codziennej praktyce klinicznej nie zostały odnalezione.

Prezentowane w niniejszej pracy wyniki badań dotyczą grupy położnych, które ukończyły szkolenie specjalizacyjne w zakresie pielęgniarstwa położniczego, a więc osób chcących uzyskać specjalistyczne kwalifikacje i tytuł specjalisty w tej dziedzinie. Ze względu na nieliczną grupę i znaczące zróżnicowanie pod względem wykształcenia osób biorących udział w badaniu, wyniki te należy traktować jako pilotażowe i wymagające kontynuacji. Ze względu na specyfikę opisywanej grupy, w literaturze polskiej i światowej nie odnaleziono publikacji dotyczącej podobnej grupy położnych, dlatego w pracy wykorzystane zostało również piśmiennictwo dotyczące środowiska pielęgniarstwa [Williams 2013, ss. 14–15, Kędra 2011, ss. 391–395, Kózka 2007, ss. 13–15, Logan, Angel 2011, ss. 407–417, Mor-

ris, Maynard 2007, ss. 534–541]. Wykorzystane pozycje mają wyłącznie charakter poglądowy, podkreślają jedynie znaczenie zastosowania wyników badań naukowych w praktyce położniczej, dlatego też prezentowana praca ma charakter nowatorski.

W piśmiennictwie polskim odnaleźć można wiele publikacji dotyczących motywacji podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez pielęgniarki i położne [Tomaszewska, Cieśla, Czerniak 2008, ss. 40–47, Jurczak, Hoffman, Augustyniuk 2012, ss. 39–42, Graf, Śleziona, Ptaszek 2014, ss. 171–176, Cisoń-Apanasewicz, Gawel, Ogonowska 2009, ss. 32–37, Bidzińska, Sobczak, Rakowska 2007, ss. 197–202, Palczewska 2008, ss. 285–292, Nowicki, Chilimoniuk, Goniewicz 2012, ss. 473–479]. Celem badań przeprowadzonych przez Tomaszewską w grupie 220 pielęgniarek podczas dwóch ogólnopolskich konferencji z dziedziny pielęgniarstwa była analiza oczekiwań związanych z doskonaleniem zawodowym pielęgniarek, dokonanie samooceny ich dotychczasowego rozwoju własnego oraz określenie najbardziej interesującej szkoleniowo problematyki zawodowej. Uzyskane wyniki pokazały, że wśród osób aktywnych zawodowo istnieje duże zainteresowanie dalszym rozwojem zawodowym w kontekście podwyższania kwalifikacji. Badania sugerują, że szczególnym zainteresowaniem pielęgniarek, w kontekście ich kształcenia ustawicznego, cieszą się tematy związane z jakością pracy, wypaleniem zawodowym, aspektami prawnymi wykonywania zawodu pielęgniarki oraz podnoszeniem prestiżu zawodowego. Czynnikiem ograniczającym rozwój zawodowy są problemy finansowe, utrudnienia ze strony kadry zarządzającej oraz ograniczony dostęp do kursów i szkoleń [Tomaszewska, Cieśla, Czerniak 2008, ss. 40–47].

Porównywalne wyniki uzyskali Jurczak i wsp., którzy przebadali grupę 153 położnych w wieku 24–60 lat z terenu woj. zachodniopomorskiego, które ukończyły bądź uczestniczyły w dowolnej formie kształcenia podyplomowego. Celem pracy było poznanie motywów podejmowania kształcenia podyplomowego. W wyniku przeprowadzonych badań wykazano, że dla położnych podejmujących naukę w ramach kształcenia podyplomowego, głównym motywem była chęć zdobycia szczegółowej wiedzy i chęć uzyskania tytułu specjalisty oraz moralny obowiązek kształcenia przez całe życie, a największy wpływ na realizację planu rozwoju zawodowego ma motywacja własna położnych [Jurczak, Hoffman, Augustyniuk 2012, ss. 39–42]. Podobne wyniki uzyskała Graf, która przeprowadziła badania

wśród 125 czynnych zawodowo pielęgniarek na terenie Śląska w terminie od listopada 2013 r. do stycznia 2014 r. celem poznania pozytywnych i negatywnych czynników wpływających na rozwój zawodowy pielęgniarek i wpływu rozwoju doskonalenia zawodowego pielęgniarek na wzrost statusu zawodowego. Wyniki pokazały, iż głównymi czynnikami rozwoju zawodowego pielęgniarek jest chęć samorealizacji, konieczności rozwoju zawodowego, pasja do zawodu i wsparcie rodziny. Znaczącą przeszkodą na drodze doskonalenia zawodowego w opinii pielęgniarek jest brak motywacji finansowej i zbyt wysokie koszty kursów i szkoleń, które są niewspółmierne do zarobków oraz brak możliwości awansu zawodowego. Ciekawym wydaje się fakt, iż zdecydowanie więcej osób wskazało zawiść koleżeńską (66%) niż brak czasu (20%) jako przeszkodę w doskonaleniu zawodowym [Graf, Śleziona, Ptaszek 2014, ss. 171–176].

W badaniach przeprowadzonych przez Nowickiego i wsp. wśród 77 pielęgniarek uczestniczących w szkoleniu specjalizacyjnym z pielęgniarstwa ratunkowego od stycznia do maja 2010 r. aż 98,70% ankietowanych przyznało, że są zainteresowani podnoszeniem swoich kwalifikacji zawodowych. Respondenci byli pytani, z których form kształcenia zawodowego chcieliby skorzystać. W większości badani chcieliby kontynuować naukę na studiach licencjackich (45,45%) i magisterskich (36,36), nieco mniej chciałoby skorzystać z możliwości podnoszenia kwalifikacji na kursach kwalifikacyjnych (20,78%), specjalistycznych i dokształcających (po 24,68%), na szkoleniu specjalizacyjnym (12,99%), najmniej badanych było zainteresowanych studiami doktoranckimi (5,19%) [Nowicki, Chilimoniuk, Goniewicz 2012, ss. 473–479]. Nieco inne wyniki uzyskała Urszula Cisoń-Apanasewicz i wsp., przeprowadzając badania w grupie 95 pielęgniarek uczestniczących w różnych formach kształcenia podyplomowego. Najczęściej wymieniano kursy specjalistyczne. Zdecydowanie mniej pielęgniarek wyrażało chęć uczestnictwa w szkoleniach specjalizacyjnych. Jest to spowodowane prawdopodobnie długim okresem ich trwania (2 lata), koniecznością dojazdów na zajęcia teoretyczne i stażowe do placówek oddalonych od miejsca zamieszkania, a także trudnym egzaminem państwowym kończącym szkolenie specjalizacyjne. Zaskoczeniem dla autorów było spostrzeżenie po dokładnej analizie przeprowadzonych ankiet, iż nie wszystkie pielęgniarki dostrzegają różnicę między kursami kwalifikacyjnymi i specjalistycznymi, a czasem nawet nie wiedzą, jaką formę kształcenia ukończyły [Cisoń-Apanasewicz, Gawel, Ogonowska 2009, ss. 32–37].

Mimo iż większość położnych biorących udział w badaniu deklaruje chęć poszerzenia własnych kompetencji dotyczących Evidence-Based Practice i rozwoju własnych umiejętności w zakresie korzystania z odpowiedniej literatury naukowej i dowodów naukowych, tylko 28% położnych znajduje czas na czytanie najnowszych doniesień naukowych, a zdaniem 39% respondentów obecni pracodawcy nie wymagają używania EBP w codziennej praktyce zawodowej. Wskazuje to na preferencje uczestnictwa położnych w szkoleniach zawodowych ściśle związanych z wykonywaną pracą niż w szkoleniach ogólnozawodowych np. dotyczących *Praktyki zawodowej położnych opartej na dowodach naukowych*. Według badań przeprowadzonych przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych na terenie okręgowych izb pielęgniarek i położnych w całym kraju wynika, że w województwie mazowieckim jest największy odsetek absolwentów kursów specjalistycznych z lat 2000–2013 (34707 osób) [Centrum Kształcenia Pielęgniarek i Położnych (online), dostęp 13.08.2014].

Pomimo deklaracji 76% respondentów o tym, że lubią się uczyć oraz że posiadają predyspozycje do zarządzania (38%), blisko co druga położna przyznała się, że krytycznie ocenia nowe pomysły. Zdaniem 38% ankietowanych w swojej pracy zawodowej kadra zarządzająca stale poszukuje nowych możliwości uczenia się, a dla 57% wsparcie ze strony kadry zarządzającej jest jedną z największych motywacji do stosowania EBP w praktyce zawodowej. Zastanawiający jest więc tak niski odsetek położnych, które opierają swą praktykę zawodową na dowodach naukowych i posiadają dostateczny poziom wiedzy na ten temat. Ponadto niewłaściwą wydaje się również postawa położnych wobec zastosowania Evidence-based Practice, gdyż 40% respondentów wskazało brak podstaw do zastosowania EBP w codziennej praktyce klinicznej z powodu braku dowodów naukowych na poparcie skuteczności większości wykonywanych czynności zawodowych. 62% położnych odpowiedziało, że w podejmowaniu właściwych decyzji w swojej praktyce zawodowej wyżej ceni doświadczenie kliniczne niż wyniki badań naukowych, a dla 52% doświadczenie kliniczne jest najlepszym sposobem oceny skuteczności danego działania.

Położne biorące udział w badaniu bardzo wysoko oceniły swoje umiejętności związane z wyszukiwaniem dowodów naukowych: 68% twierdzi, że umie wyszukiwać informacje w elektronicznych bazach piśmiennictwa naukowego, 60% deklaruje umiejętność obsługi komputera, a 54%

posiadanie znajomości głównych typów informacji i ich źródeł. Deklaracja posiadania wiedzy z tego zakresu nie pokrywa się z otrzymanymi wynikami, gdyż wiedza położnych dotycząca znajomości pojęć związanych z EBP była bardzo niska: blisko 36% nigdy nie słyszało o terminie *wykres leśny* czy *złudzenie publikacyjne* (28%), a 38% słyszało o pojęciach *znaczenie kliniczne* i *metaanaliza*, jednak nie zna ich znaczeń. Również częstość wykorzystywania poszczególnych elementów Evidence-based Practice w codziennej praktyce zawodowej położnych jest bardzo niska: tylko 3 osoby raz w tygodniu odnoszą wyniki badań naukowych do własnej diagnozy, a 49% nigdy nie oceniło poprawności metodologicznej wykorzystanej literatury naukowej. Blisko 65% nigdy formalnie nie omawiało doniesień naukowych podczas posiedzeń naukowych, a 32% nigdy nie dzieliło się doniesieniami naukowymi ze współpracownikami. Tylko 4 osoby z całej badanej grupy zadeklarowały, że codziennie uwzględniają preferencje pacjenta przy podejmowaniu decyzji klinicznych.

Współczesny system ochrony zdrowia wymaga wysoko wykwalifikowanych i wykształconych położnych, których umiejętności oraz wiedza wpływają na świadczenie efektywnej opieki pacjentom. Ten poziom edukacji i świadczonych usług można osiągnąć poprzez różne formy kształcenia ustawicznego i podyplomowego, a także wdrożenie podstawowych elementów Evidence-based Practice do codziennej praktyki klinicznej.

Wnioski

1. Poziom wiedzy położnych po ukończeniu specjalizacji na temat zastosowania Evidence-based Practice jest zdecydowanie niewystarczający, dlatego wymagane jest pilne uzupełnienie wiedzy i umiejętności położnych w tym zakresie.
2. Badana grupa jest świadoma korzyści wynikających z wykorzystywania najnowszych wyników badań naukowych w praktyce zawodowej położnych. Brak dostatecznej wiedzy na temat metodologii badań naukowych wymaga zmian systemowych w kształceniu na kierunku położnictwo oraz w programach specjalizacyjnych kształcenia podyplomowego.

Bibliografia

Adams S., Barron S. (2009), *Use of evidence-based practice in school nursing: Prevalence, associated variables, and perceived needs*, „Worldviews on Evidence-Based Nursing”, (6), ss. 16–26.

Aronson B.S., Rebesch L.M., Westrick-Killion S. (2007), *Enhancing Evidence Bases for Interventions in a Baccalaureate Program*, „Nursing Education Perspectives”, 5, ss. 257–262.

Barroso R. (2010), *Toward Unification of the Midwifery Profession: Looking Back to Guide Us Now*, „Journal of Midwifery and Women’s Health”, 55 (1), ss. 2–4.

Bidzińska E, Sobczak M, Rakowska K. (2007), *Motyny podwyższania wykształcenia przez pielęgniarki Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu*, „Problemy Pielęgniarstwa”, 15 (2,3), ss. 197–202.

Billie H. (2011), *Implementing research evidence into practice: some reflections on the challenges*, „Evidence Based Midwifery”, 3, ss. 76–80.

Bogdan-Levis E.A, Sousa A. (2011), *The contextual influence of professional culture: Certified nurse-midwives’ knowledge of and reliance on evidence-based practice*, „Social Science and Medicine”, 62, ss. 2681–2693.

Brennan M., Van Der Putten D. (2010), *Midwifery basics: understanding research (4). Data collection methods and measurement*, „The Practising Midwife”, 13(2), ss. 34–39.

Casey D., Devane D. (2010), *Midwifery basics: understanding research (3). Sampling*, „The Practising Midwife”, 13(1), ss. 40–43.

Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych (online), http://www.ckppip.edu.pl/doki/mapa_absolwent%C3%B3w_kurs%C3%B3w_specjalistycznych_w_latach_2000-2013.pdf (dostęp: 13.08.2014 r.).

Cisoń-Apanasewicz U., Gawel G., Ogonowska D. (2009), *Opinie pielęgniarek na temat kształcenia podyplomowego*, „Problemy Pielęgniarstwa”, 17 (1), ss. 32–37.

Devane D, Cooney A. (2009), *Midwifery basics: understanding research (2). Research problems, purposes, questions and hypotheses*, „The Practising Midwife”, 12(11), ss. 34–37.

Devane D., McCarthy B. (2010), *Midwifery basics: understanding research (7). Understanding statistics in research papers*, „The Practising Midwife”, 13(6), ss. 40–42.

Farrar D., Syson J., Germaine T. (2011), *Research midwives: look at the evidence!*, „The Practising Midwife”, 14(7), ss. 28–32.

Florin J., Ehrenberg A., Wallin L. (2012), *Educational support for research utilization and capability beliefs regarding evidence-based practice skills: a national survey of senior nursing students*, „Journal of Advanced Nursing”, 68 (4), ss. 888–897.

Florin J.A., Ehrenberg A.B., Wallin L.A. (2012), *Educational support for research utilization and capability beliefs regarding evidence-based practice skills: A national survey of senior nursing students*, „Journal of Advanced Nursing”, 68 (4), ss. 888–897.

- Fullerton J.T., Thompson J.B., Severino R. (2011), *The International Confederation of Midwives essential competencies for basic midwifery practice. an update study: 2009–2010*, „Midwifery”, 27(4), ss. 399–408.
- Gijbels H., O’Connell R., Dalton-O’Connor C. (2010), *A systematic review evaluating the impact of post-registration nursing and midwifery education on practice*, „Nurse Education in Practice”, 10.2, ss. 64–69.
- Gotlib J., Belowska J., Panczyk M. (2014), *Evidence-based Medicine i Evidence-Based Nursing Practice – przegląd polskiego piśmiennictwa naukowego*, „Problemy Pielęgniarstwa”, 22(2), ss. 223–227.
- Gotlib J., Ściegłńska B., Belowska J. (2014), *Pielęgniarki oddziałowe o codziennej praktyce klinicznej opartej na dowodach naukowych*, „Medycyna Dydaktyka Wychowanie”, 2, ss. 8–10.
- Graf L., Ślęziona M., Ptaszek G. (2014), *Wpływ rozwoju zawodowego na wizerunek pielęgniarstwa*, „Pielęgniarstwo Specjalistyczne”, 4 (1), ss. 171–176.
- Hall J. (2010), *Midwifery basics: understanding research (5). Interpreting qualitative data*, „The Practising Midwife”, 13(3), ss. 32–35.
- Jalali-Nia SF, Salsali M, Dehghan-Nayeri N. (2011), *Effect of evidence-based education on Iranian nursing students’ knowledge and attitude*, „Nursing & Health Sciences”, 13 (2): ss. 221–7.
- Jurczak A., Hoffman G., Augustyniuk K. (2012), *Motywy podejmowania kształcenia podyplomowego przez położne województwa zachodniopomorskiego*, „Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia”, 5 (1), ss. 39–42.
- Kędra E. (2011), *Praktyka pielęgniarstwa oparta na faktach – wymóg czy konieczność?*, „Problemy Pielęgniarstwa”, 19 (3), ss. 391–395.
- Kózka M. (2007), *Zastosowanie badań naukowych w praktyce pielęgniarstwa*, „Pielęgniarka Epidemiologiczna”, 2/3, ss. 13–15.
- Logan P.A., Angel L. (2011), *Nursing as a scientific undertaking and the intersection with science in undergraduate studies: implications for nursing management*, „Journal of Nursing Management”, 9(3), ss. 407–417.
- Martin F. (2008), *Why we do what we do: Implementation of practice guidelines by family nurse practitioner students*, „Journal of the American Academy of Nurse Practitioners”, 10, ss. 515–521.
- McEvoy M.P., Williams M.T., Olds T.S. (2010), *Evidence based practice profiles: Differences among allied health professions*, „BMC Medical Education”, 10, ss. 69, doi:10.1186/1472-6920-10-69.

- Morris J.A., Maynard V.B. (2007), *The value of an evidence based practice module to skill development*, „Nurse Education Today”, 27 (6), ss. 534–541.
- Nowicki G., Chilimoniuk B., Goniewicz M. (2012), *Możliwości i bariery rozwoju zawodowego pielęgniarek w opinii uczestników specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego*, „Problemy Pielęgniarstwa”, 20 (4), ss. 473–479.
- Palczewska A. (2008), *Analiza kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych na północno-wschodnim Mazowszu*, „Problemy Pielęgniarstwa”, 16 (3), ss. 285–292.
- Tomaszewska M., Cieśla D., Czerniak J. (2008), *Możliwości doskonalenia zawodowego pielęgniarek – potrzeby a rzeczywistość*, „Problemy Pielęgniarstwa”, 16 (1,2), ss. 40–47.
- Uchmanowicz I., Rosińczuk J. (2014), *Badania naukowe w pielęgniarstwie i położnictwie*, wyd. Continuo Wrocław, ss. 87–100, ISBN 978-83-62182-38-1.
- Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011 r., nr 174, poz. 1039).
- Wickham S. (2009), *Midwifery basics: understanding research (1). Sources of evidence and research*, „The Practising Midwife”, 12(9), ss. 38–41.
- Wickham S. (2010), *Midwifery basics: understanding research (8). Critiquing research*, „The Practising Midwife”, Jul-Aug; 13(7), ss. 42–45.
- Williams A.B. (2013), *Praktyka pielęgnarska oparta na faktach*, „Sztuka Pielęgnowania”, 4, ss. 14–15.



Krystyna Piskorz-Ogórek

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

Pielęgniarska diagnostyka rozwoju dziecka w podstawowej opiece zdrowotnej

Nursing diagnosis of child development in primary health care

Abstract

Introduction

Nursing diagnosis of child development as a prophylactic, located in preventive health concepts in pediatrics. This type of interaction is extremely important, as characteristic of children and adolescents is its dynamic development of the bio-psycho-social, reveals or exacerbates many disorders, such as, among others, physical development, statics of the body, vision, hearing, speech etc.

Aim

The aim of the study is to assess the implementation of preventive care for children aged 0–5 years, carried out by primary care nurses in Poland.

Material and Methods

The study was conducted in 2013 in the Polish in 12 provinces, with the participation of provincial governors and provincial consultants in the field of pediatric nursing. The study was selected after 3 primary care practices in each province. The results were reached with standardized tool in the form of a questionnaire.

Conclusions

It was found that the percentage of children aged 0-5 years, the POS nurse performed the screening of from 28–90%. Preventive nursing care needs improvement.

Key words: prevention, primary health care, screening tests, assessment of child development.

Wprowadzenie

Pediatrica i pielęgniarstwo pediatryczne, jak żadna inna dziedzina medycyny i pielęgniarstwa, nie ogranicza się tylko do działań leczniczych, czyli naprawczych, ale zajmuje się również działaniami profilaktycznymi.

Dlatego też jedną z istotniejszych umiejętności, jakie powinni posiadać lekarz pediatra i pielęgniarz pediatryczny, jest znajomość metod oceny rozwoju dziecka oraz okresów w życiu dziecka, w których ta ocena powinna zostać przeprowadzona.

Pielęgniarska diagnostyka rozwoju dziecka, jako działanie profilaktyczne, znajduje miejsce w profilaktycznej koncepcji zdrowia w pediatrii. U podstaw tej koncepcji znajduje się założenie, że zdrowie jednostki i populacji zależy od wielu czynników pozamedycznych, w tym najczęściej od zachowań zdrowotnych, warunków środowiska społecznego i fizycznego.

Pojęcie profilaktyki obejmuje działania podejmowane w celu zapobiegania chorobom i innym zaburzeniom w stanie zdrowia. Mogą one dotyczyć całej zbiorowości lub wybranych grup np. zwiększonego ryzyka zachorowania. Wyróżnia się trzy fazy (poziomy) profilaktyki: pierwszorzędową, drugorzędową i trzeciorzędową [Woynarowska 2008, s. 10]. Pielęgniarską diagnostykę rozwoju dziecka w podstawowej opiece zdrowotnej należy zakwalifikować do działań w ramach profilaktyki drugorzędowej. Profilaktyka drugorzędowa dotyczy dzieci ze zwiększonym ryzykiem występowania niektórych chorób i zaburzeń. Ma ona na celu:

- identyfikację grup ryzyka;
- wczesne wykrycie objawów chorobowych (w wyniku badań określonych grup populacji).

Podjęcie w porę odpowiedniego postępowania kompensacyjnego, korekcyjnego lub leczniczego w celu zahamowania rozwoju choroby i zmniejszenia negatywnych jej skutków to m.in. realizacja programu testów przesiewowych, które powinny przeprowadzać pielęgniarki w określonych rocznikach dzieci i młodzieży [Woynarowska 2008, s. 11].

Test przesiewowy według definicji Światowej Organizacji Zdrowia jest wstępną identyfikacją nierozpoznanych dotychczas chorób, zaburzeń lub wad, uzyskaną w wyniku zastosowania testów i innych szybkich metod badania. Pozwala to na wyróżnienie w populacji osób, które prawdopodobnie mają daną chorobę lub zaburzenie i osób, które prawdopodobnie jej nie mają. Głównym celem testu przesiewowego jest wczesne wykrycie i leczenie zaburzeń w okresie, gdy można odwrócić proces chorobowy lub zahamować tempo jego rozwoju. Osoby z dodatnim wynikiem testu, czyli podejrzeniem zaburzenia lub choroby powinny być poddane procesowi diagnozowania w celu wykluczenia lub ustalenia rozpoznania i podjęcia niezbędnego leczenia. Tego typu oddziaływania profilaktyczne

są niezmiernie ważne w przypadku dzieci i młodzieży, gdyż cechą charakterystyczną populacji wieku rozwojowego jest jej dynamiczny rozwój bio-psycho-społeczny, w którym ujawnia się lub pogłębia wiele zaburzeń, takich jak m.in. rozwoju fizycznego, statyki ciała, wzroku, słuchu, mowy itp. Wiek rozwojowy to również okres, w którym kształtują się nawyki i zachowania zdrowotne, więc wszelkiego rodzaju oddziaływania profilaktyczne i edukacyjne powinny rozpocząć się od najmłodszych lat.

Materiał i metody

Celem pracy jest ocena realizacji opieki profilaktycznej nad dziećmi w wieku od 0 do 5 lat, realizowanej przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce. Podstawą do określenia zakresu tej opieki był załącznik nr 2 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22. X. 2010 r. zmieniającego Rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ (Dz.U. z dn. 4 XI 2010 r.). Uzasadnieniem wyboru do badań populacji dzieci do 5 roku życia, była organizacja opieki pielęgniarskiej w podstawowej opiece zdrowotnej, wynikająca z Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i wynikających z tej ustawy aktów wykonawczych, określających obowiązek objęcia opieką profilaktyczną pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania populacji dzieci od 6 roku życia, czyli od rozpoczęcia przez dziecko obowiązku szkolnego. Natomiast do 5 roku życia dziecka, obowiązek sprawowania opieki profilaktycznej nałożono na pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej, która ma pod opieką 2 500 populację dzieci i dorosłych.

W tym celu zwrócono się do Wojewodów w 17 województwach, z prośbą zlecenia przeprowadzenia kontroli, odpowiedniemu (w zależności od kompetencji) konsultantowi wojewódzkiemu w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub pielęgniarstwa rodzinnego, w co najmniej 3 losowo wybranych praktykach POZ, w zakresie opieki profilaktycznej nad dziećmi w wieku do 5 lat, realizowanej przez pielęgniarki POZ. Badania przeprowadzono w 2013 roku.

W badaniach oceniono dokumentację medyczną dzieci zadeklarowanych do kontrolowanego podmiotu Podstawowej Opieki Zdrowotnej z roczników 0-6 m-ca życia, 3-4 m-ca życia, 9, 12 m-ca życia, 2,4,5 lat, pod kątem wykonania wizyty patronażowej i przeprowadzenia testów przesiewowych, z wykorzystaniem przygotowanego wystandaryzowanego narzędzia, które przedstawiono w tabeli nr 1.

Badania zrealizowano w 12 województwach, czyli skontrolowano 36 praktyk pielęgniarek Podstawowej Opieki Zdrowotnej.

Skontrolowano łącznie:

- 1415 dokumentacji medycznych dzieci 0-6 m-ca pod kątem testów przesiewowych;
- 1585 dokumentacji medycznych dzieci 3-4 m-c pod kątem odbytej wizyty patronażowej;
- 819 dokumentacji medycznej dzieci 9 miesięcznych;
- 945 dokumentacji medycznej dzieci 12 miesięcznych;
- 1178 dokumentacji dzieci 2-letnich;
- 1091 dokumentacji dzieci 4-letnich;
- 804 dokumentacje dzieci 5-letnich.

Tabela 1. Zakres oczekiwanej profilaktycznej opieki nad dziećmi do 5 r.ż., która powinna być zrealizowana przez pielęgniarki Podstawowej Opieki Zdrowotnej

lp	wiek	Wizyta patronażowa i testy przesiewowe
1	0–6 miesiąc życia (w terminach odpowiadających szczepieniom ochronnym)	1.Wykrywanie zaburzeń rozwoju fizycznego – pomiary: masy i długości ciała, obwodu głowy i klatki piersiowej. 2.Podstawowa ocena rozwoju psychomotorycznego. 3.Orientacyjne badanie wzroku.
2	3–4 miesiąc życia	Wizyta patronażowa pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej mająca na celu: 1)przeprowadzenie instruktażu w zakresie pielęgnacji niemowlęcia, w tym karmienia piersią, pielęgnacji jamy ustnej; 2)w razie stwierdzenia nieprawidłowości – rozpoznanie problemów zdrowotnych i społecznych rodziny.
3	9 miesiąc życia	1.Wykrywanie zaburzeń rozwoju fizycznego – pomiary: masy i długości ciała, obwodu głowy i klatki piersiowej. 2.Orientacyjna ocena rozwoju psychomotorycznego. 3.Orientacyjne badanie wzroku i słuchu. 4.Wizyta patronażowa pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w przypadku, gdy w czasie poprzedniej wizyty stwierdzono zaburzenia stanu zdrowia dziecka.

4	12 miesięcy	1. Wykrywanie zaburzeń rozwoju fizycznego – pomiary: masy i długości ciała, obwodu głowy i klatki piersiowej, w tym określenie współczynnika masy ciała (Body Mass Index – BMI). 2. Orientacyjna ocena rozwoju psychomotorycznego. 3. Orientacyjne badanie wzroku i słuchu. 4. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.
5	2 lata	1. Wykrywanie zaburzeń rozwoju fizycznego – pomiary: masy i długości ciała, w tym określenie współczynnika masy ciała (Body Mass Index – BMI). 2. Orientacyjna ocena rozwoju psychomotorycznego. 3. Orientacyjne badanie słuchu. 4. Test Hirschberga w kierunku wykrywania zezów. 5. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.
6	4 lata	1. Wykrywanie zaburzeń rozwoju fizycznego – pomiary wzrostu i masy ciała, w tym określenie współczynnika masy ciała (Body Mass Index – BMI). 2. Orientacyjna ocena rozwoju psychomotorycznego. 3. Orientacyjne wykrywanie zaburzeń ostrości wzroku i uszkodzeń słuchu. 4. Orientacyjne wykrywanie zaburzeń statyki ciała. 5. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.
7	5 lat	1. Wykrywanie zaburzeń rozwoju fizycznego – pomiary wzrostu i masy ciała, w tym określenie współczynnika masy ciała (Body Mass Index – BMI). 2. Orientacyjna ocena rozwoju psychomotorycznego. 3. Orientacyjne wykrywanie zaburzeń ostrości wzroku i uszkodzeń słuchu. 4. Orientacyjne wykrywanie zaburzeń statyki ciała. 5. Orientacyjne wykrywanie wad wymowy. 6. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.

Źródło: [Rozporządzenie MZ 2010].

Przeprowadzenie przez pielęgniarkę określonych w poszczególnych rocznikach testów przesiewowych pozwala na ocenę rozwoju psychomotorycznego dziecka oraz wstępną diagnostykę zaburzeń rozwoju fizycznego, zaburzeń wzroku i słuchu, wymowy, zaburzeń statyki ciała, nadciśnienia tętniczego. Podczas wizyty patronażowej pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej powinna przeprowadzić edukację zdrowotną rodziców dziecka 3-4 miesięcznego, w zakresie pielęgnacji niemowlęcia, w tym karmienia piersią, pielęgnacji jamy ustnej. Analizie poddano stopień wykonania poszczególnych testów przesiewowych i wizyt patronażowych w stosunku do badanych dokumentacji medycznych.

Wyniki

Test przesiewowy do wykrywania zaburzeń w rozwoju fizycznym ma na celu identyfikację dzieci i młodzieży, u których występują nieprawidłowości w zakresie:

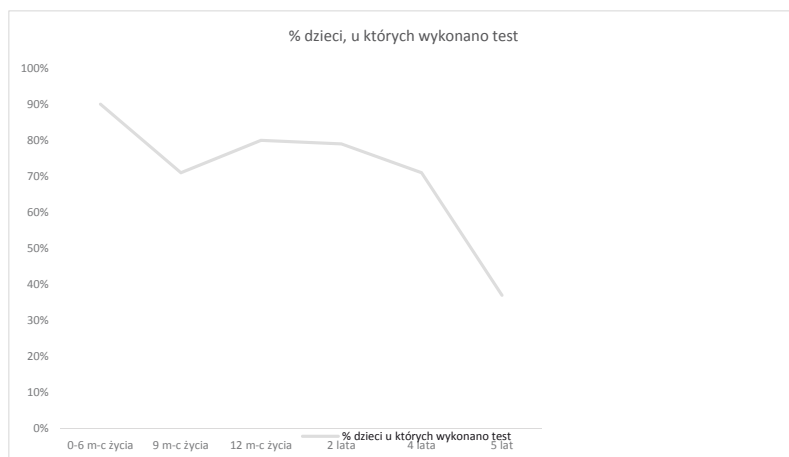
- długości lub wysokości ciała – niedobór (niskorosłość) lub nadmiar (wysokorosłość w stosunku do norm dla danej płci i wieku;
- masy ciała – niedobór lub nadmiar w stosunku do wysokości/długości ciała i wieku danego dziecka;
- obwodu głowy i klatki piersiowej w stosunku do norm dla dzieci danej płci i wieku [Woynarowska 2008, s. 231].

Test ten powinna przeprowadzać pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej u dzieci w okresie 2–6 m-c (w terminach odpowiadających szczepieniom ochronnym), w 9 i 12 miesiącu życia oraz w wieku 2,4 i 5 lat [Rozporządzenie MZ 2010].

Na wykresie 1 przedstawiono procentowe wykonanie testu przesiewowego do wykrywania zaburzeń rozwoju fizycznego w stosunku do 6 253 sztuk badanej dokumentacji dzieci podlegających temu testowi w poszczególnych rocznikach.

Z analizy poniższego wykresu wynika, że w żadnej grupie wiekowej nie wykonano testu do wykrywania zaburzeń rozwoju fizycznego w 100%. Najwyższy odsetek wykonania uzyskano w grupie dzieci do 6 miesiąca życia, w okresach odpowiadających szczepieniom ochronnym, a najniższy w grupie 5-latków.

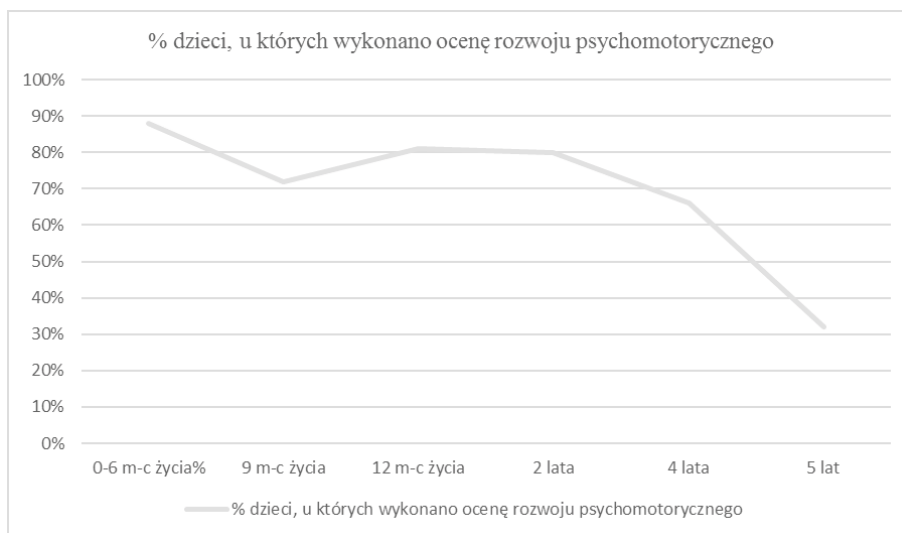
Wykres 1. Odsetek dzieci u których wykonano test przesiewowy do wykrywania zaburzeń rozwoju fizycznego



Źródło: opracowanie własne.

Orientacyjna ocena rozwoju psychomotorycznego dziecka to porównanie z normami motoryki dziecka, umiejętności językowych i nawiązywanie kontaktów społecznych w poszczególnych etapach rozwoju dziecka [Poznańska 2014, ss. 28–29]. Ocenę tę powinna przeprowadzać pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej u dzieci w okresie 2-6 m-c (w terminach odpowiadających szczepieniom ochronnym), w 9 i 12 miesiącu życia oraz w wieku 2,4 i 5 lat [Rozporządzenie MZ 2010]. Na wykresie 2 przedstawiono procentowe wykonanie oceny rozwoju psychomotorycznego dziecka w stosunku do 6 253 sztuk badanej dokumentacji dzieci podlegających tej ocenie w poszczególnych rocznikach.

Wykres 2. Odsetek dzieci u których wykonano orientacyjną ocenę rozwoju psychomotorycznego



Źródło: opracowanie własne.

W żadnej grupie wiekowej podlegającej badaniu nie dokonano w 100% oceny orientacyjnej rozwoju psychomotorycznego. Najliczniej przebadaną grupą są dzieci w wieku 0-6 miesięcy życia (88%), najmniej dzieci miało przeprowadzoną ocenę w wieku 5 lat (32%).

Orientacyjne badanie wzroku to przeprowadzenie przez pielęgniarkę trzech testów przesiewowych do wykrywania zaburzeń widzenia:

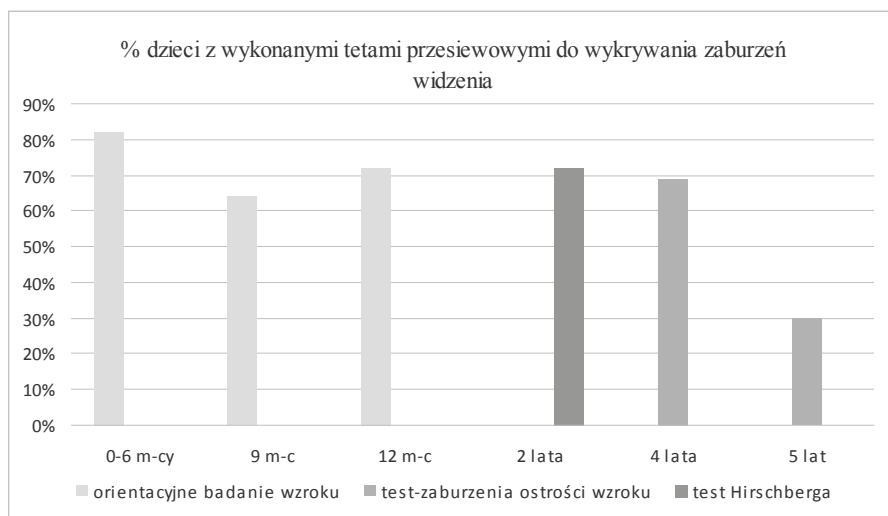
- orientacyjne badanie wzroku u dzieci do roku, czyli w wieku 0-6 m-ca życia, 9 i 12 miesiącu. Polega ono na obserwacji narządu wzroku pod kątem zmian sugerujących zapalenie woreczka łzowego, zeza, retino-

patię wcześniaków, zaćmę wrodzoną czy też zmiany nowotworowe oka.

- test na wykrywanie zaburzeń ostrości wzroku przeprowadzany w wieku 4 i 5 lat. Ma na celu identyfikację dzieci z osłabioną ostrością wzroku oraz różnicą w ostrości wzroku obu oczu.
- test Hirschberga (badanie odbicia światła na rogówkach) w kierunku wykrywania zeza przeprowadzany w wieku 2 lat [Rozporządzenie MZ 2010].

Na wykresie 3 przedstawiono procentowe wykonanie orientacyjnego badania wzroku u dzieci do roku w stosunku do 3179 sztuk badanej dokumentacji dzieci podlegających tej ocenie w poszczególnych rocznikach, procentowe wykonanie testu do wykrywania zaburzeń ostrości wzroku u 4 i 5-latków w stosunku do 1895 osób podlegających badaniu i wykonanie testu Hirschberga w kierunku wykrywania zeza u 2-latków w stosunku do 1178 dzieci podlegających badaniu.

Wykres 3. Odsetek dzieci u których wykonano testy przesiewowe do wykrywania zaburzeń widzenia



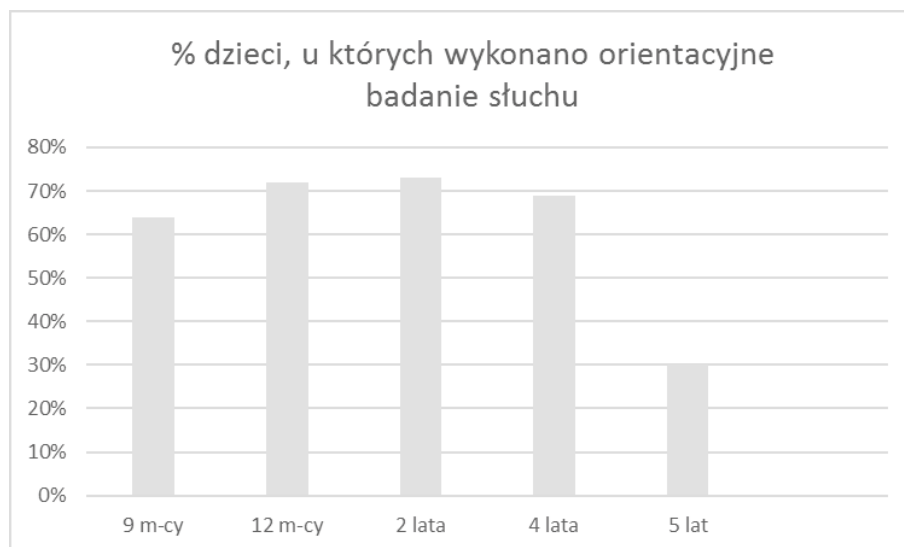
Źródło: opracowanie własne.

Orientacyjne badanie wzroku przeprowadzone zostało u 82% badanych dzieci w wieku 0-6 miesięcy, u 64% badanych dzieci 9 miesięcznych i u 72 % dzieci rocznych. Test Hirschberga do wykrywania zaburzeń ostrości wzroku przeprowadzono wśród 72% badanych 2-latków, zaś test do badania ostrości wzroku przeprowadzono w grupie 69% 4-latków i 30% 5-latków.

Orientacyjne badanie słuchu u niemowląt i dzieci do 2 roku życia polega na ocenie reakcji słuchowych i ich rozwoju oraz rozwoju mowy i identyfikacji czynników ryzyka opóźnionego ujawniania się niedosłuchu lub nabytego uszkodzenia słuchu. Natomiast badanie słuchu u dzieci 4 i 5-letnich polega na przeprowadzeniu testu przesiewowego, opartego na ocenie reakcji behawioralnych dziecka tzw. badania szepem: „pokaż co słyszysz” u dzieci 4-letnich i „powtórz co słyszysz” u dzieci 5-letnich [Woynarowska 2008, ss. 260–267].

Na wykresie 4 przedstawiono procentowe wykonanie orientacyjnego badania słuchu u dzieci w stosunku do 4837 sztuk badanej dokumentacji dzieci podlegających tej ocenie w poszczególnych rocznikach.

Wykres 4. Odsetek dzieci, u których wykonano orientacyjne badania słuchu



Źródło: opracowanie własne.

Orientacyjne badanie słuchu przeprowadzone było u 64% badanych dzieci 9-miesięcznych, u 72% dzieci 12-miesięcznych, 73% dzieci 2-letnich, 69% dzieci 4-letnich i wśród 30% dzieci 5-letnich.

Kolejne testy pozwalające pielęgniarce podstawowej opieki zdrowotnej na diagnostykę rozwoju dziecka do 5 roku życia, to:

- Test przesiewowy do wykrywania podwyższonego ciśnienia krwi, który powinien być przeprowadzony, zgodnie z załącznikiem nr 2 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22. X. 2010 r. zmieniające-

go Rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ, u dzieci 12-miesięcznych, 2 i 4-latków. W trakcie badań stwierdzono wykonanie powyższego testu u 63% 4 i 5-latków oraz u 67% dzieci 12-miesięcznych.

- Orientacyjne wykrywanie zaburzeń statyki ciała u dzieci 4-letnich, w zakresie głównie wykrywania zniekształceń statycznych kończyn dolnych (koślawość kolan, stopy płasko-koślawe, nierówność kończyn) i u dzieci 5-letnich badanie poszerzone o test do wykrywania bocznego skrzywienia kręgosłupa [Woynarowska 2008, ss. 304–308]. W toku przeprowadzonych badań stwierdzono przeprowadzenie testu u 69% badanych 4-latków i 28% badanych 5-latków.
- Test na orientacyjne wykrywanie wad wymowy zgodnie z obowiązującym Rozporządzeniem MZ z 2010 roku powinien być przeprowadzony przez pielęgniarkę POZ wśród populacji 5-latków. Wśród badanych 5-latków stwierdzono jego realizację tylko u 29% dzieci.

W dostępnych publikacjach naukowych nie ma prac na temat poziomu realizacji przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej profilaktycznej opieki nad dziećmi do 5 roku życia.

Wstępna diagnoza funkcjonowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad niemowlętami i dziećmi do 6 roku życia w POZ została przeprowadzona w Instytucie Matki i Dziecka w 2008 roku, na podstawie badania ankietowego przeprowadzonego wśród reprezentatywnej grupy lekarzy i pielęgniarek sprawujących opiekę zdrowotną nad dziećmi w POZ oraz wśród rodziców dzieci do 6. roku życia [Jodłowska, Oblacińska, Mikiel-Kostyra 2009, ss. 347–354]. Problemy, które zidentyfikowano, dotyczą spraw organizacyjnych, a nie stopnia realizacji tej opieki. Wśród problemów wymieniono m.in.:

- Organizacja przyjęć dzieci zdrowych – prawie w 90% poradni w tym celu wyznaczono wyłącznie godziny popołudniowe, co dla rodziców pracujących stanowi realne utrudnienie.
- Zbyt krótki czas przeznaczony na przeprowadzenie bilansu zdrowia dziecka może skutkować ich powierzchownością oraz niewykonywaniem u około 10–20% dzieci w wieku 2–6 lat (w zależności od poradni).
- Niezadowalająca współpraca lekarzy i pielęgniarek z rodzicami wydaje się nowym wyzwaniem w podejściu do pracy z rodzicami i wymaga odpowiednich szkoleń.

W 2011 roku, w Instytucie Matki i Dziecka, opracowano założenia systemowe profilaktycznej opieki zdrowotnej nad najmłodszymi dziećmi

oraz ustalono częstotliwość, cele i zakres świadczeń profilaktycznych dla całej populacji w wieku 0–5 lat. Materiały te zostały złożone w Ministerstwie Zdrowia i aktualnie oczekują one na wdrożenie do praktyki w drodze rozporządzenia. W ostatnim Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 24 września 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej nie zostały one uwzględnione. W porównaniu z obecnie obowiązującymi zasadami udzielania gwarantowanych świadczeń profilaktycznych w odniesieniu do niemowląt i dzieci przedszkolnych, zaproponowano zmiany dotyczące populacji dzieci podlegających testom przesiewowym do wykrywania podwyższonego ciśnienia krwi na roczniki 3 i 5-latków, odrębne zasady finansowania opieki profilaktycznej przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz kryteria poprawy jakości badań profilaktycznych. W odniesieniu do pielęgniarskiej diagnostyki oceny rozwoju dziecka, edukacji zdrowotnej, zaproponowano podniesienie kwalifikacji pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej poprzez dodatkowe ukończenie kursów doskonalących i kursu specjalistycznego o tematyce związanej z profilaktyczną opieką zdrowotną nad dziećmi do lat 5 (uczestnictwo co najmniej w jednym kursie w ciągu 3 lat) oraz wskaźniki do oceny realizacji opieki profilaktycznej, takie jak:

- Wskaźnik wykonanych testów przesiewowych u dzieci w wieku 0–5 lat: odsetek dzieci, u których wykonano testy przesiewowe w odpowiednim przedziale wieku, w porównaniu z liczbą dzieci podlegających testom przesiewowym, będących pod opieką poradni dziecięcej.
- Wskaźnik realizacji wywiadów środowiskowych: odsetek rodzin dzieci z problemami zdrowotnymi, społecznymi i wychowawczymi, u których przeprowadzono wywiady środowiskowe, w porównaniu z liczbą rodzin z tymi problemami [Oblacińska, Jodłowska 2014, ss. 81–90] .

Przeprowadzone badania potwierdzają potrzebę zmian w podejściu do profilaktycznej opieki nad dziećmi do 5 roku życia w podstawowej opiece zdrowotnej. Określają wskaźnik przeprowadzonych testów przesiewowych u dzieci w odpowiednim przedziale wieku, w porównaniu z liczbą dzieci podlegających testom przesiewowym, będących pod opieką danej praktyki pielęgniarki POZ.

Wnioski

1. W przeprowadzonych badaniach stwierdzono, że odsetek dzieci w wieku 0–5 roku życia, którym pielęgniarki POZ wykonały testy przesiewowe, stanowi od 28–90%.

2. Najniższy wskaźnik wykonanych testów przesiewowych stwierdzono w grupie 5-latków od 28 do 37%, najwyższy zaś w grupie niemowląt w wieku 0–6 miesięcy życia i wynosi 82–90%.
3. Pielęgniarska opieka profilaktyczna nad dziećmi w wieku 0–5 lat w podstawowej opiece zdrowotnej wymaga poprawy.

Bibliografia

Jodkowska M., Oblacińska A., Mikiel-Kostyra K. (2009), *Wstępna analiza profilaktycznej opieki nad dziećmi w wieku niemowlęcym, poniemowlęcym i przedszkolnym – wybrane problemy*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, 90(3).

Oblacińska A., Jodkowska M. (2014), *Standardy w profilaktycznej opiece nad dziećmi w wieku niemowlęcym, poniemowlęcym i przedszkolnym*, „Medycyna Praktyczna. Pediatria”, nr 2.

Poznańska M. (2014), *Pielęgniarska ocena zdrowia dzieci i młodzieży* [w:] M. Kaczmarewski, K. Piskorz-Ogórek (red.), *Pediatrica i pielęgniarstwo pediatryczne. Wybrane zagadnienia*, Wydawnictwo Help-Med. Kraków.

Wojnarowska B. (2008), *Profilaktyka w pediatrii*, Wydawnictwo PZWL, Warszawa.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22. X. 2010 r. zmieniającego Rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ (Dz.U. z dn. 4 XI 2010 r.).

Aleksander Zarzeka

Warszawski Uniwersytet Medyczny

Grzegorz Stachacz

Warszawski Uniwersytet Medyczny

Anna Kościńska

Warszawski Uniwersytet Medyczny

Szpital Ginekologiczno-Położniczy „INFLANCKA” w Warszawie

Joanna Gotlib

Warszawski Uniwersytet Medyczny

Zgoda pacjenta na zabieg ginekologiczny w trybie „jednego dnia” w praktyce szpitalnej

Informed consent of patient for „one day surgery” in gynecology hospital practice

Abstract

Introduction:

A voluntary, conscious and informed consent of patient is a necessary condition for providing every medical procedure. From the legal point of view, consent derogate an unlawfulness of physician or nurse activity. Breaking of conditions of informed consent could be a reason of a legal claim against physician, nurse or midwife.

Aim of study:

The aim of study is to analyze polish medical law regarding informed consent and its application to gynecology one-day surgery practice.

Material and methods:

In the survey took part 105 people in age from 19 to 80 years old (average 48). Patient have been divided into three groups, in order to their level of education. The questionnaire have been prepared by authors of the paper. Survey was voluntary and anonymous. As a level of statistical significance, authors assumed $p < 0,05$.

Results:

75% of patient knew the course of the procedure. Only 45% of patient have been informed about possible complications. Consent given without this knowledge is invalid. 46% of respondents is aware, that they can always deny medical procedure.

Conclusions:

1. There is a need to increase awareness of society regarding patient right to give an informed consent for a medical procedure.
2. The education should be held at both levels medical staff and patient.

Key words: informed consent, legal awareness, informational duty.

Wstęp

Problematyka zgody pacjenta jest przedmiotem wielu kontrowersji i gorącej dyskusji zarówno w środowisku medycznym, jak i prawniczym. Biegunami w dyskusji są tu dwie zasady: *salus aegroti suprema lex est* (dobro chorego prawem najwyższym) oraz *voluntas aegroti suprema lex est* (wola chorego prawem najwyższym). Pierwsza z wymienionych zasad zakłada, że pacjent przychodzi do lekarza w celu uzyskania profesjonalnej porady, diagnozy i leczenia. Immanentną cechą stosunku łączącego lekarza i pacjenta jest tu asymetria informacyjna. Podejście takie wiąże się z podejmowaniem przez lekarza niezrozumiałych dla pacjenta decyzji w celu zapewnienia temu ostatniemu jak najlepszych efektów terapii. W doktrynie tego typu relację lekarza i pacjenta nazywa się paternalizmem.

Druga z wymienionych zasad hołduje pełnej autonomii pacjenta i sprowadza lekarza do roli profesjonalnego doradcy medycznego. Personel medyczny jest tu wykonawcą osobistego zobowiązania, którego celem ma być diagnoza oraz ewentualne leczenie, w zależności od woli pacjenta. Pacjent sam decyduje o tym, co uważa za dobre i wskazane dla siebie w danym momencie. Jego rozstrzygnięcia, nawet jeśli nieroztropne, powinny być wiążące zarówno dla lekarza, jak i dla całego personelu medycznego.

Słusznie twierdzi T. Biesaga [2005, s. 21], iż „odkrycie autonomii pacjenta zreformowało prawodawstwo medyczne oraz zasady etyki lekarskiej”. Rozpoczęło to ustanawianie wielu przepisów, których celem była ochrona pacjentów przed stosowanymi wobec nich nadużyciami. Tradycyjny model stosunków lekarz – pacjent został wyparty przez koncepcje partnerskich relacji lekarza z pacjentem, co sprawiło, że paternalistyczny model uprawiania medycyny stał się anachronizmem. Do powstania nowego typu stosunków pomiędzy osobą chorą a personelem medycznym przyczynił się postęp medycyny, a wraz z nim rosnąca świadomość spo-

leczeństwa na temat zdrowia i choroby. System partnerski umożliwił pacjentowi uczestniczenie w procesie decyzyjnym, który go dotyczył, jednocześnie czyniąc go współodpowiedzialnym za podjętą decyzję [Brzeziński 2002, s. 47].

Zgodnie ze standardami demokratycznego państwa prawnego, zarówno Polska, jak i większość rozwiniętych krajów świata, przyjęła koncepcję autonomii pacjenta jako zasady, od której postawy paternalistyczne mogą być jedynie zawężająco interpretowanymi wyjątkami.

Zabiegi ginekologiczne w trybie jednego dnia wchodzą w skład szerszej kategorii procedur medycznych, zwanych „chirurgią jednego dnia”. Istotą takich świadczeń jest skrócenie czasu i kosztów mniej skomplikowanych interwencji chirurgicznych poprzez przeprowadzenie ich w czasie do 24 godzin. Wiele z nich dokonuje się metodą endoskopową. W zakresie ginekologii w trybie jednego dnia można usunąć torbiel jajnika czy wyciąć ognisko endometriozy.

Radykalne skrócenie pobytu pacjenta w szpitalu ma wiele zalet. Przede wszystkim ogranicza się ryzyko zakażeń szpitalnych. Mniejszy jest również stres pacjentki, która może przechodzić rekonwalescencję w domu. Oczywiście są także oszczędności dla samego podmiotu leczniczego – czasowe i finansowe.

Cel pracy

Autorzy podejmują się próby odpowiedzi na pytanie, czy pacjentki korzystające z zabiegów ginekologicznych w trybie „jednego dnia” świadome są swojego prawa do wyrażenia świadomej zgody (*informed consent*) na podejmowane wobec nich czynności i granic tego prawa, a także ocena postępowania personelu medycznego w tym zakresie.

W prezentowanych badaniach weryfikowano następujące hipotezy:

1. Poziom wiedzy badanej grupy kobiet na temat prawa do wyrażenia świadomej zgody jest niewystarczający.
2. Poziom wykształcenia wpływa na poziom wiedzy pacjentek na temat prawa do wyrażenia świadomej zgody.
3. Pacjentki z wykształceniem wyższym posiadają wystarczający poziom wiedzy na temat prawa do wyrażenia świadomej zgody.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w Szpitalu Ginekologiczno-Położniczym przy ul. Inflanckiej 6 w Warszawie wśród pacjentek zakwalifikowanych

do zabiegów ginekologicznych w trybie jednego dnia. Ogółem w badaniu wzięło udział 120 osób, z czego 105 poprawnie wypełniło kwestionariusz ankiety. Najmłodsza z respondentek miała 19 lat, natomiast najstarsza 80 (średnia wieku 48 lat). Biorąc pod uwagę kryterium wykształcenia, dominującą grupę stanowiły pacjentki ze średnim wykształceniem – 40 osób. Ankietowane z wyższym wykształceniem stanowiły 38 osób, a zawodowym i podstawowym – 27 osób. Analizując grupę pacjentek poddanych badaniu pod względem miejsca stałego pobytu, wykazano, że 25 pacjentek zamieszkiwała tereny wiejskie, a 80 miejskie. Aby uzyskać odpowiednią grupę badaną, uwzględniono kryteria włączające oraz wyłączające. Kryteria włączające do badanej grupy: wyrażenie ustnej i dobrowolnej zgody na wypełnienie kwestionariusza, zdolność do samodzielnego wypełnienia ankiety.

Badania zostały przeprowadzone pomiędzy 20 października a 30 listopada 2012 roku. W celu uzyskania informacji dotyczącej wiedzy respondentek na temat prawa do informacji i zasad wyrażania świadomej zgody wykorzystano metodę zbierania informacji w formie ankiety. Narzędziem badawczym tej metody jest kwestionariusz ankiety własnego autorstwa. Ankieta była anonimowa oraz udział w badaniu był całkowicie dobrowolny.

Uzyskane dane zebrano w arkuszu Microsoft Excel. Do analizy statystycznej wykorzystano program firmy Statsoft STATISTICA 10.0 (licencja Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego). W związku z tym, że porównywano trzy niezależne grupy pacjentek według wykształcenia oraz ze względu na charakter analizowanych danych (dane jakościowe, nieparametryczne), a dane te nie miały rozkładu normalnego ($p > 0,05$) analizowanego testem Shapiro-Wilka, do analizy statystycznej uzyskanych wyników wykorzystano nieparametryczny test statystyczny Kruskalla-Wallisa. Za istotny statystycznie przyjęto poziom istotności statystycznej $p < 0,05$.

Wyniki

Pierwsza część wyników, przedstawiona w tabeli 1, dotyczy informacji, jakich udzielono pacjentkom przed wyrażeniem zgody na czynności diagnostyczne lub lecznicze. Odpowiedzi na poniższe pytania były dla osób badanych merytoryczną podstawą podjęcia decyzji. Tabela 1 jest także wskazówką, w jakim zakresie personel medyczny dochował obowiązku informacyjnego względem pacjentek.

Grupę 1 stanowiły pacjentki z wykształceniem podstawowym lub zawodowym, grupę 2 z wykształceniem średnim, a grupę 3 z wyższym. Wykazano istotne statystycznie różnice pomiędzy grupami w odniesieniu do informacji o przebiegu zabiegu, a także możliwych powikłań. Całościowo należy analizować pytania dotyczące wymaganych przed interwencją badań, postępowania po zabiegu i rodzaju znieczulenia.

Tabela 1. Zakres uzyskanych przez pacjentkę informacji będących podstawą wyrażenia zgody na zabieg

L.p.	Pytanie	Odpowiedź	Odpowiedź całej grupy badanej	Grupa 1	Grupa 2	Grupa 3	P
1.	Czy uzyskała Pani informacje dotyczące wymaganych badań przed zabiegiem?	Tak	91	20	37	34	Ns
		Nie	7	2	1	4	
		Nie wiem	7	5	2	0	
2.	Czy uzyskała Pani informacje dotyczące przebiegu zabiegu?	Tak	79	15	32	32	p<0,0177
		Nie	16	6	5	5	
		Nie wiem	10	6	3	1	
3.	Czy uzyskała Pani informacje dotyczące powikłań po zabiegu?	Tak	47	8	20	19	p<0,0124
		Nie	41	8	17	16	
		Nie pamiętam	17	11	3	3	
4.	Czy uzyskała Pani informacje dotyczące postępowania po zabiegu?	Tak	50	8	23	19	Ns
		Nie	33	7	11	15	
		Nie pamiętam	22	12	6	4	
5.	Czy uzyskała Pani informacje dotyczące rodzaju znieczulenia?	Tak	82	19	34	27	Ns
		Nie	14	1	5	8	
		Nie pamiętam	9	7	1	1	

Źródło: opracowanie własne

W tabeli 2 przedstawiono odpowiedzi na pytania z zakresu wiedzy pacjentek o doniosłe wyrażonej zgodzie pacjenta, jej wymaganych formach, a także granicach autonomii pacjenta. Dodatkowo zapytano o powiązane ze zgodą zagadnienie „rozszerzenia pola operacyjnego”. Wystąpiła istotna statystycznie różnica pomiędzy pacjentkami z różnym wykształceniem w przypadku pytań o kryteria prawidłowo wyrażonej zgody, odpowiedzialności za leczenie i formy zgody.

Tabela 2. Wiedza pacjentek w zakresie prawidłowo wyrażonej zgody pacjenta i jej konsekwencjach

L.p.	Pytanie	Odpowiedź	Odpowiedź całej grupy badanej (%)	Grupa 1	Grupa 2	Grupa 3	P
1.	Według Pani udzielana zgoda jest prawidłowa, gdy	Jest dobrowolna i swobodnie wyrażana	57	6	26	25	p<0,0001
		Jest dobrowolna	39	14	12	13	
		Nie wiem	9	7	2	0	
2.	Pacjent na proponowane leczenie:	Jest zobowiązany godzić się z tym leczeniem	23	6	11	6	Ns
		Godzi się na proponowane leczenie, tylko wtedy, gdy choroba zagraża jego życiu	20	7	6	7	
		Ma prawo do odmowy zgody na proponowane leczenie, nawet jeśli zagraża to jego życiu	48	6	19	23	
		Nie wiem	14	8	4	2	
3.	Czy pacjent jest współodpowiedzialny za leczenie w chwili prawidłowo wyrażonej zgody?	Tak	58	9	22	27	p<0,0021
		Nie	17	3	8	6	
		Nie wiem	30	15	10	5	
4.	W przypadku konieczności przeprowadzenia zabiegu operacyjnego:	Zabieg może odbyć się bez zgody pisemnej pacjenta	5	2	1	2	p<.001
		Zabieg może odbyć się bez zgody pisemnej pacjenta, jeżeli znajduje się on w stanie nagłego zagrożenia życia, ratuje on mu życie	81	10	37	34	
		Nie ma znaczenia, czy zgoda została wyrażona w formie pisemnej czy ustnej	9	6	1	2	
		Nie wiem	10	9	1	0	

5.	Kiedy według Pani wymagana jest zgoda w formie pisemnej?	Na każde świadczenie, leczenie	27	5	12	10	p<0,0404
		Tylko w przypadku 14 - osoby niepełnoletnie	8	2	4	2	
		Tylko na zabieg operacyjny	55	10	21	24	
		Nie wiem	15	10	3	2	
6.	Kiedy lekarz może rozszerzyć zabieg operacyjny nie posiadając zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego?	Zawsze, mając na uwadze dobro pacjenta	31	11	12	8	Ns
		Zawsze, jeżeli nierozszerzenie zakresu operacji skutkowałoby utratą życia bądź ciężkim rozstrojem zdrowia	52	3	20	29	
		Nigdy	2	1	1	0	
		Nie wiem	20	12	7	1	

Źródło: opracowanie własne

Dyskusja – analiza przepisów prawa

Z punktu widzenia prawnego, zgoda pacjenta uważana jest za podstawę każdego działania lekarza względem pacjenta. Wynika to z bezwzględnej ochrony dóbr osobistych ustanowionej art. 24 Kodeksu Cywilnego (dalej k.c.) wśród których znajdują się: życie, zdrowie czy nietykalność cielesna (wskazuje na to choćby przykładowy katalog art. 23 k.c.). Zgoda pacjenta staje się więc upoważnieniem do wkroczenia przez lekarza lub inne osoby wykonujące zawód medyczny w sferę przedmiotowych dóbr.

W Polsce prawo pacjenta do wyrażenia zgody na interwencję medyczną jest uregulowane w kilku ustawach, jednakże jego źródła można szukać już w Konstytucji RP. Art. 41 ust. 1 stanowi: „Każdemu zapewnia się nietykalność osobistą i wolność osobistą”. *Explicite* prawo do wyrażenia zgody przez pacjenta wyrażone jest w art.16 Ustawy o prawach pacjenta: „Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji w zakresie określonym w art. 9”. Regulacja powtórzona jest w art. 32 ustawy lekarskiej: „Lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych

w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta”. Przepisy ustaw wspierają normy deontologiczne (art.15 Kodeksu Etyki Lekarskiej): „Postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze wymaga zgody pacjenta. Jeżeli pacjent nie jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody, powinien ją wyrazić jego przedstawiciel ustawowy lub osoba faktycznie opiekująca się pacjentem”.

Elementy konieczne prawnej doniosłości zgody pacjenta wyróżnili w swoim opracowaniu T.L. Beauchamps i J.F. Childress [1994, s. 154]. Przedstawiona przez nich szeroko koncepcja była wielokrotnie cytowana w orzecznictwie zarówno amerykańskim, jak i polskim. Nie budzi też większych kontrowersji w doktrynie. Stała się wręcz standardem uznawanej w większości krajów koncepcji „racjonalnego pacjenta” (*standard of reasonable patient*). Poniżej zostaną przytoczone i krótko scharakteryzowane elementy właściwie wyrażonej zgody pacjenta. Prawidłowo wyrażona zgoda powinna więc obejmować:

1. kompetencję do jej wyrażenia,
2. przekazanie informacji,
3. rozumienie sytuacji,
4. dobrowolność,
5. akt wyrażenia zgody (przyzwolenie).

W nauce prawa wyróżnia się faktyczną (materialną) i formalną zdolność do wyrażenia zgody. W kontekście zdolności faktycznej, za kompetentną „uważa się w etyce medycznej osobę, która potrafi zrozumieć na czym polega terapia, a więc taką, która jest zdolna do oceny spodziewanych zysków i strat danej metody diagnostycznej lub leczniczej oraz potrafi po namyśle powziąć decyzję jej dotyczącą”. Niezdolną faktycznie będzie więc osoba nieprzytomna, nawet jeśli jest dorosła i nieubezwłasnowolniona. Z kolei formalny aspekt kompetencji dotyczy prawnej zdolności wyrażenia zgody. Chodzi tu o wolę ustawodawcy przyznającą określonym osobom prawo do wyrażenia zgody na czynności diagnostyczne i terapeutyczne. Tutaj zdolność przysługującą zasadniczo każdej osobie która ukończyła 18 rok życia i nie jest ubezwłasnowolniona.

Obowiązek udzielenia pacjentowi informacji o jego „stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych oraz dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu” wynika wprost z art. 31 ust.1 ustawy lekarskiej. Regulacja ta wzmocniona jest po-

stanowieniami art. 9 Ustawy o prawach pacjenta. Dodatkowo wskazują na niego również przepisy deontologiczne – art. 13 Kodeksu Etyki Lekarskiej: „obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia”. Należy podkreślić, że prawo pacjenta do informacji ma charakter samoistny. Stanowi nie tylko przesłankę zgody, ale i kolejne uprawnienie pacjenta i to nie tylko zdolnego do wyrażenia zgody. Zgodnie z art. 9 ust. 1 „Pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia”. Choćby literalna wykładnia wskazuje, że chodzi o każdego pacjenta – również małoletniego i bezwłasnowolnego, a także, że mowa tu o informacji w pełnym zakresie. Co więcej, ust. 7 tego przepisu stanowi dodatkowo, iż „Pacjent małoletni, który nie ukończył 16 lat, ma prawo do uzyskania od lekarza informacji, o których mowa w ust. 2, w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego”.

Zgoda pacjenta, który jest kompetentny zarówno formalnie, jak i materialnie, nawet jeśli możemy zakwalifikować ją jako świadomą, nie zawsze okazuje się jednak „rozeznana”. Oznacza to, iż pacjent, któremu udzielono wyczerpującej informacji, nie w każdym przypadku jest w stanie w oparciu o nią podjąć wiążącą decyzję dotyczącą swojego leczenia. Koniecznym elementem podjęcia takiej decyzji jest zrozumienie zarówno celu terapii, zastosowanych metod, a także jej możliwych następstw. Dodać należy, że sposób przekazania informacji dostosować należy indywidualnie do pacjenta. Jak podnosi M. Boratyńska [2012, s. 130], „Konkretny pacjent może okazać się nie tylko mało lotny z usposobienia. Specyficzne okoliczności choroby wytrącają każdego z dotychczasowego rytmu życia. Niektórzy panikują, inni truchleją, do jeszcze innych komunikaty docierają jak przez grube szkło”.

Kwestia dobrowolności wyrażonej zgody zawsze wzbudzała będzie kontrowersje, jest to kryterium stopniowalne. Wyrażając zgodę lub jej odmawiając w kontekście danego działania terapeutycznego bierzemy pod uwagę opinię bliskich, wpływ terapii na nasze dalsze życie, zatrudnienie, a przede wszystkim rady lekarza lub pielęgniarki czy położnej, którzy są profesjonalistami w dziedzinie. Dlatego też najgroźniejsze zdaje się zachwianie dobrowolności w działaniu pacjenta, powodowane przez osobę udzielającą świadczenia.

Ostatnim elementem prawidłowej zgody pacjenta na udzielenie świadczenia zdrowotnego jest sam akt jej wyrażenia. Zgodnie z art. 32 ust. 7

Ustawy lekarskiej zgoda co do zasady „może być wyrażona ustnie albo nawet poprzez takie ich zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom medycznym”. Należy jednak zauważyć, że w przypadku zgody dorozumianej, postawa pacjenta nie może budzić żadnych wątpliwości. Jeśli chory w szpitalu kręci się, unikając zbadania lub prowadzenia leczenia, należy takie postępowanie poczytywać jako sprzeciw, a nie dorozumianą zgodę. Nawet w przypadku braku sprzeciwu nie można jeszcze mówić o zgodzie, jeśli nie zostały spełnione przesłanki poinformowania i świadomości pacjenta o tym, co będzie go zaraz czekało. W przypadku konfluentnego leczenia, granica pomiędzy postępowaniem *lege artis* a działaniem bez zgody może być bardzo cienka, szczególnie w przypadku braku kontaktu werbalnego.

Wyłom od zasady ustności/dorozumienia czyni Art. 34 Ustawy lekarskiej. Zastosowanie metod diagnostycznych i leczniczych podwyższonego ryzyka oraz zabiegi operacyjne wymagają zgody pisemnej. Ta szczególna forma zgody ma charakter *ad probationem*, co wprost potwierdził Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 11 kwietnia 2006 r. „Niezachowanie pisemnej formy oświadczenia pacjenta wyrażającego zgodę na zabieg operacyjny nie powoduje nieważności samej zgody”.

Dyskusja – analiza przeprowadzonych badań

Zakres uzyskanych przez pacjentkę informacji będących podstawą wyrażenia zgody na zabieg nie może być uznany za satysfakcjonujący (vide tabela 1). 87% badanych otrzymało informację o badaniach, jakie powinny wykonać, co jest wynikiem zadowalającym. Jednakże jedynie trzy na cztery pacjentki wiedziały, jak przebiegać będzie ich zabieg. Brak takiej wiedzy czyni świadomość decyzji wątpliwą. Zaniepokojenie budzić może sytuacja w grupie kobiet z wykształceniem podstawowym i zawodowym, gdzie przebieg zabiegu poznało jedynie 56% badanych. Dla porównania odsetek ten wynosił odpowiednio 80% wśród pacjentek ze średnim wykształceniem i 84% wśród osób po studiach. Sugeruje to, że pacjentki lepiej wykształcone mogą być bardziej zainteresowane przebiegiem leczenia. Częściej dopytywać mogą o szczegóły, dlatego też ich wiedza na temat zabiegu jest większa.

Mniej niż 45% respondentek poznało ewentualne powikłania, jakie mogą je czekać po zabiegu, a przecież są one możliwe i dopuszczalne przy

każdej interwencji medycznej. Może to świadczyć o tym, że personel medyczny niechętnie o nich wspomina. Informacja o powikłaniach uchodzi za niechcianą, niepotrzebną, obniżającą morale pacjentki. Gdy pozna ona możliwe konsekwencje zabiegu, może zacząć dopytywać o ryzyko, rokowania, inne metody leczenia. Istnieje też większe prawdopodobieństwo, że nie zdecyduje się na daną interwencję medyczną. Z punktu widzenia lekarzy, pielęgniarek czy położnych informowanie pacjentów o powikłaniach wydawać się może niekonieczne. Rzeczywistość jest jednak zupełnie odwrotna. Powikłania mogą zdarzyć się zawsze – niezależnie od dochowania należytej staranności przez położną czy pielęgniarkę. Pacjentka, która zna możliwe konsekwencje czynności leczniczej i wyraża na nią zgodę, nie może wysuwać w tym zakresie roszczeń odszkodowawczych. Jeśli jednak nie była ich świadoma, ma prawo pozwać udzielającego świadczenia, nawet jeśli zabieg został wykonany *lege artis*.

Również w tym przypadku najsłabiej wypadają osoby z niższym wykształceniem. Możliwe powikłania poznało mniej niż 30% respondentek. Wśród osób ze średnim i wyższym wykształceniem – co druga z pacjentek.

O ile nieznajomość przebiegu procedury medycznej może budzić wątpliwości co do świadomości wyrażonej zgody, tak nieudzielenie pacjentce informacji o możliwych powikłaniach (przynajmniej tych najczęściej spotykanych), skutkuje brakiem prawnej doniosłości zgody. Oznacza to, że połowa pacjentek może w razie niepowodzenia leczenia kwestionować świadome jej wyrażenie i pociągnąć do odpowiedzialności zarówno osobę zobowiązaną do przekazania informacji (lekarza, pielęgniarkę czy położną), jak i podmiot leczniczy, w jakim wykonywany jest zabieg.

Wiedza respondentek dotycząca świadomej zgody pacjenta na czynności diagnostyczne i lecznicze jest jedynie podstawowa. Wiele z nich zdaje się uznawać paternalistyczną zasadę, wedle której lekarz najlepiej wie, co potrzebne jest pacjentowi, a zgoda jest jedynie formalnością, czasem podpisem, który dzieli pacjenta od odzyskania lub poprawy zdrowia. 22% badanych jest przekonanych, że musi zgodzić się na zaproponowane leczenie. Jedynie 46% pacjentek świadomych jest, iż w każdej sytuacji może odmówić poddania się procedurze, nawet jeśli zagraża to ich życiu. W grupie osób z wykształceniem podstawowym lub zawodowym zdaje sobie z tego sprawę co piąta pacjentka. Wśród absolwentek studiów grupa ta jest prawie trzy razy większa.

Ponad połowa badanych wie, że prawidłowa zgoda powinna być nie tylko dobrowolna (jak twierdzi 37% ankietowanych), ale także swobod-

nie wyrażona. Element swobody jest niezmiernie ważny. Jak wspomniano w analizie prawnej, człowiek decydujący się na procedurę medyczną, zawsze sugeruje się opinią innych. Ważne jednak, by nie znalazł się on pod presją – ani merytoryczną, ani czasową. Przedstawiciele zawodów medycznych powinni pamiętać o tym, że jako profesjonaliści i osoby, którym pacjent ufa – przynajmniej w zakresie diagnozy i leczenia – zobowiązani są do zapewnienia choremu swobody w procesie wyrażania zgody.

Pacjentki są co do zasady świadome, że zgoda na zabiegi podwyższonego ryzyka, a do takich należą wszelkie operacje, powinna być wyrażona na piśmie. Jedynie w szczególnych przypadkach, np. przy zabiegach ratujących życie, forma ta może zostać pominięta.

Ciekawie przedstawiają się odpowiedzi na pytanie dotyczące zgody na zabieg osoby małoletniej, całkowicie ubezwłasnowolnionej lub niezdolnej do świadomego wyrażenia zgody. Co trzecia z respondentek błędnie wskazuje, że zastępczą zgodę wydaje w takim przypadku wyłącznie opiekun faktyczny. Jeszcze więcej, bo ponad 34% pytanych uważa, że zarówno opiekun faktyczny, jak i przedstawiciel ustawowy uprawniony jest do wyrażenia zgody na leczenie takiej osoby. Jedynie 15% badanych wie, iż zgodę zastępczą wydaje jedynie przedstawiciel ustawowy, a jeśli jest ich dwóch (np. rodzice), muszą być oni zgodni. W przeciwnym razie konieczna jest również zgoda sądu opiekuńczego. Opiekun faktyczny zgodę na świadczenie zdrowotne może wydać jedynie wyjątkowo.

Związana z powyższym zagadnieniem niewiedza pacjentek nie jest tak ważna jak świadomość personelu medycznego. To na nim spoczywa odpowiedzialność wiążąca się z odebraniem zgody od prawidłowej osoby. Zgoda zastępcza, wyrażona przez nieuprawnione do tego osoby, jest nieważna, co skutkować może pociągnięciem do odpowiedzialności.

Jedno z odstępstw od zasady pełnej autonomii woli pacjenta to tzw. „rozszerzenie pola operacyjnego”. Gdy podczas zabiegu okazuje się, że poprawie zdrowia pacjenta niezbędne jest też wykonanie innej procedury, na którą pacjent nie wyrażał zgody przez znieczuleniem, lekarz może podjąć decyzję o przeprowadzeniu jej bez zgody pacjenta. Prawo dopuszcza taką sytuację wyjątkowo – jedynie wtedy, gdy nierozszerzenie zakresu operacji skutkowałoby utratą życia bądź ciężkim rozstrojem zdrowia albo rozszerzenie takie jest minimalne. Potwierdził to sąd najwyższy w orzeczeniu z 1969 r. Wiedzę w tym zakresie wykazała co druga pacjentka. 30% z respondentek uważa zaś, że lekarz zawsze może rozszerzyć pole operacyjne, jeśli ma na uwadze dobro pacjenta.

Rozwarstwienie w wiedzy pomiędzy grupami pacjentek o różnym wykształceniu zostało jaskrawo uwidocznione w kwestii przejęcia współodpowiedzialności za leczenie po wyrażeniu prawidłowej zgody. O ile w ogólności jest jej świadome 55% respondentek, tak w grupie osób z wykształceniem podstawowym i zawodowym współodpowiedzialna czuje się jedynie co trzecia pacjentka. Dla porównania wśród absolwentek studiów odsetek ten przekracza 71%.

Na ograniczoną wiedzę o prawach pacjenta, w tym o prawie do wyrażenia świadomej zgody na leczenie, wskazują także inne opracowania. Olga Wagner [2008] w przeprowadzonym na zlecenie Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej badaniu w ramach kampanii „Prawa Pacjenta Moje Prawa” podnosi, że jedynie co drugi Polak ma świadomość istnienia praw pacjenta, a co piąty jest w stanie wymienić choć jedno z nich. W tej grupie na prawo do wyrażenia zgody wskazało 23%, co oznacza, że w odniesieniu do ogółu, o prawie tym wie niewiele ponad 4% Polaków.

W tym samym badaniu pacjentów poproszono o wskazanie źródła wiedzy o prawach pacjenta. Większość (33%) czerpie ją z czasopism – od lekarza 25%, a od pielęgniarki jedynie 4%. Dodać należy, że sondaż przeprowadzony został na reprezentatywnej grupie 1004 respondentów.

Z kolei K. Wroński i wsp. [2010, ss. 154–163], badając pacjentów poddanych zabiegom stomatologicznym w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu im. dr Mikołaja Pirogowa w Łodzi w 2010 r., uzyskali bardzo zadowalające wyniki. W badaniu wzięło udział 200 osób. Spośród ankietowanych 95% odpowiedziało, że byli pytani o zgodę przed podjęciem leczenia stomatologicznego.

Wnioski

1. Wiedza pacjentek korzystających z zabiegów ginekologicznych w trybie jednego dnia w zakresie prawa do świadomego wyrażenia zgody na leczenie jest niezadowalająca.
2. Istnieją istotne różnice pomiędzy wiedzą pacjentek w zakresie prawa do wyrażenia zgody pomiędzy osobami z wykształceniem podstawowym lub zawodowym a średnim i wyższym.
3. Ze względu na fakt, że w badanej grupie wiedza pacjentek na temat prawa do wyrażenia zgody na leczenie była niewystarczająca, personel medyczny powinien w większym stopniu zwracać uwagę na informowanie pacjentek w zakresie szczegółowych zasad wyrażania zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

4. Personel medyczny, udzielający szczegółowych informacji na temat praw pacjenta, w tym zasad wyrażania zgody na leczenie, powinien podkreślać zarówno dobrowolność, jak i istotę rozumienia decyzji dotyczącej dalszego leczenia (zgoda poinformowana).
5. Zarówno lekarze, jak i pielęgniarki i położne powinny w przystępny sposób przekazywać pacjentkom informacje o kryteriach świadomej zgody na leczenie, a także spełniać te kryteria. Tyczy się to przede wszystkim przekazania pacjentkom w przystępnej formie wszelkich informacji potrzebnych do podjęcia decyzji.

Bibliografia

Beauchamp T.L., Childress J.F. (1994), *Zasady Etyki Medycznej*, wyd. IV, tłum. W Jacórzyński, Warszawa.

Biesaga T. (2005), *Autonomia lekarza i pacjenta a cel medycyny*, „*Medycyna Praktyczna*”, nr 6.

Boratyńska M. (2012), *Gwarancje i granice prawa pacjenta do samodecydowania*, Warszawa.

Brzeziński T. (2002), *Etyka lekarska*, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa.

Wagner O. (2008), *Prawa pacjenta. Raport z badania capibus*, Warszawa.

Wroński K., Bocian R., Depta A. (2010), *Czy wyrażanie zgody na wykonanie zabiegu stomatologicznego przez pacjenta jest przestrzegane przez lekarzy dentystów? Prawne aspekty związane z udzielaniem zgody na wykonanie zabiegu leczniczego w Polsce*, E – Dentico, Łódź.

Powoływane akty prawne i orzecznictwo:

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dn. 2 kwietnia 1997 r., Dz. U. 1997 nr 78 poz. 483 ze zm.

Ustawa z dn. 26 kwietnia 1964 Kodeks cywilny, Dz. U. z 1964 r. nr 16 poz. 93 ze zm.

Ustawa z dn. 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, Dz. U. z 1997 r. nr 28 poz. 152 ze zm.

Ustawa z dn. 9 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz. U. z 2009 r. nr 52 poz. 417 ze zm.

Kodeks Etyki Lekarskiej, Tekst jednolity: Obwieszczenie nr 1/04/IV Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z 2 stycznia 2004 r. (Biuletyn NRL z 2004 r. Nr 1(81)).

Wyrok Sądu Najwyższego z dn. 29 grudnia 1969 r., II CR 559/69, Legalis, Warszawa.

Wyrok Sądu Najwyższego z dn. 11 kwietnia 2006 r., I CSK 191/05, Legalis, Warszawa.



Olga Bielan
Mariola Ejdyś
Emilia Buska

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Palenie tytoniu wśród młodzieży szkolnej

Smoking cigarettes among young people in schools

Abstract

Tobacco smoking is one of the most important health-threatening and premature health risk factors in the developing countries. It is not only a medical, but also a social, cultural and economic problem. The epidemiological data show over 9 million of the Polish population and over a billion people worldwide to be Tobacco smokers, which constitutes one fourth of the world adult population. The fact that 90% of adolescents under 18 and 60% under 14 years of age have tried smoking is an alarming phenomenon. The study included a group of 120 students aged 14–19 years old, studying in high school, secondary school and vocational school. This was allowed for the execution of the work, which was to detect the scale of being intoxicated by nicotine at such a young age, and to assess the state of knowledge and self-awareness on the issue of nicotine.

Key-words: smoking, school students, preventive activity, of nurse educational environment.

Wstęp

Palenie tytoniu stało się najczęstszą używką dzisiejszych czasów. Od regularnego używania nikotyny mogą uzależnić się wszyscy, bez względu na wiek inicjacji nikotynowej. Nikotynizm stanowi od wielu lat ogromny problem społeczny na świecie, w Europie i w Polsce. W Rzeczypospolitej Polskiej, mimo cyklicznych działań profilaktycznych, każdego roku z powodu palenia tytoniu umiera średnio 67 tysięcy dorosłych osób (51 tysięcy mężczyzn i 16 tysięcy kobiet) [Program ograniczenia, 2013]. Palenie tytoniu jest powodem wielu zagrożeń dla życia i zdrowia, a przede wszystkim stanowi główny powód przedwczesnej umieralności w następ-

stwie chorób odtytoniowych. Według wyników sondażu GATS (2010) w Polsce pali tytoń 27% populacji dorosłych (9 milionów osób uzależnionych od nikotyny). W Europie co trzeci obywatel przyznaje się do nalogowego palenia tytoniu, zaś na świecie blisko 1,1 miliarda osób pali tytoń nalogowo. Obecnie Światowa Organizacja Zdrowia szacuje, że palenie tytoniu powoduje choroby, na które umiera rocznie 4 000 000 osób. Ocenia się też, że przy zachowanych obecnych trendach palenia w 2025 roku zgonów tych będzie 10 000 000 [Kaleta, Kozieł, Miśkiewicz, 2009, ss. 145–149]. Wbrew tak wielu rozpowszechnionym informacjom na temat szkodliwości palenia tytoniu, świadomość społeczeństwa nie jest na tyle duża, aby powstrzymać zjawisko nikotynizacji i jej skutków zdrowotnych. Najczęściej wiek inicjacji nikotynowej przypada między 18 a 24 rokiem życia, a niejednokrotnie jeszcze wcześniej. Według przeprowadzonych badań epidemiologicznych odsetek palących uczniów w przedziale wiekowym 15–19 lat wynosi 23,4%, zaś uczennice 12,1%. Badania wskazują na spadek odsetka palących w wieku 13–15 lat do poziomu 20%. Wśród osób nastoletnich liczba osób palących rośnie do osiągnięcia 17 roku życia, natomiast w wieku 18+ odsetek palaczy maleje. Wśród uczniów w wieku 18+ problem nikotynizacji dotyczy 13%. Statystyki wskazują, że znacznie rzadziej palą uczennice, wypalają one mniejszą liczbę papierosów dziennie w porównaniu do płci przeciwnej. Wśród ogółu społeczeństwa polskiego mężczyźni (53,9%) oraz kobiety (56,5%) w większości deklarują, że codzienne palenie papierosów rozpoczęli w wieku 18–24 lat. Według badań stopień narażenia na dym tytoniowy w domu (palenie bierne) wśród młodzieży szkolnej wynosi 67,2%. Do najczęstszych miejsc narażenia na dym tytoniowy należą: bar, dyskoteka, restauracja, kawiarnia [Globalny sondaż, 2010]. Młodzi ludzie swoje postawy zdrowotne kształtują od najmłodszych lat, najczęściej czerpiąc wzorce zachowań prozdrowotnych spośród najbliższych członków rodziny oraz osób ze środowiska, w którym spędzają najwięcej czasu. Nie wszystkie jednak wzorce zaczerpnięte ze środowiska są prozdrowotne. Ważną zatem rolę w promowaniu zdrowia i profilaktyce zachowań ryzykownych przypisuje się pielęgniarce środowiska nauczania i wychowania. Jest ona inicjatorem i współwykonawcą licznych programów prozdrowotnych wdrażanych na terenie szkoły. Profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami jest jednym z podstawowych elementów polityki zdrowotnej państwa i jest realizowana w oparciu o przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach

opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.Z 2008 r. Nr.164,poz.1027, z późn. zm.) oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą. Zgodnie z tym rozporządzeniem, profilaktyczna opieka nad uczniami sprawowana przez pielęgniarkę obejmuje między innymi edukację zdrowotną i promocję zdrowia poprzez czynne poradnictwo, udział w planowaniu, realizacji i ocenie szkolnego programu edukacji zdrowotnej oraz podejmowanie innych działań w zakresie promocji zdrowia. Celem niniejszej pracy było poznanie skali problemu nikotynizmu wśród uczniów szkół, określenie poziomu ich wiedzy na temat skutków i szkodliwości palenia tytoniu oraz przedstawienie zakresu pracy pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania w profilaktyce antynikotynowej uczniów i jej roli w promowaniu zdrowego stylu życia.

Materiał i metody

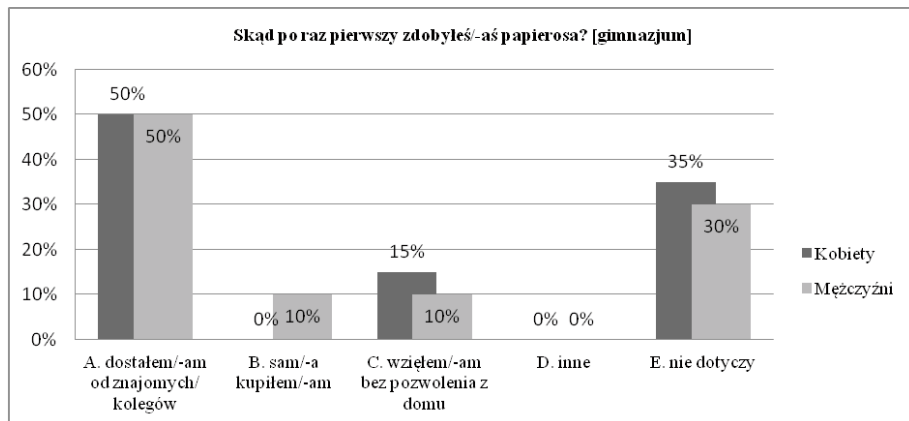
Badaniem objęto 120 uczniów szkół (Gimnazjum, Liceum Ogólnokształcące i Zasadnicza Szkoła Zawodowa w Pasłęku), po 40-stu uczniów z każdej szkoły (trzecia klasa gimnazjum i liceum, druga klasa szkoły zawodowej). Autorski kwestionariusz ankiety, złożony z 23 pytań, specjalnie opracowany dla celu badania, był anonimowy. Ankieta składała się z dwóch części: pierwsza z nich dotyczyła określenia problemu nikotynizmu wśród młodzieży szkolnej, druga zaś dotyczyła sprawdzenia poziomu wiedzy uczniów na temat wpływu palenia tytoniu na organizm człowieka. Dane z ankiet w wersji papierowej zostały wprowadzone do elektronicznej bazy danych i opracowane statystycznie (program: STATISTICA). W budynkach wyżej wymienionych szkół funkcjonują gabinety profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej, w których zatrudnione są pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania.

Wyniki badań

Z badań przeprowadzonych wśród 40-stu uczniów gimnazjum wynika, że 60%, tj. 12 uczennic i 12 uczniów nie paliło papierosów do obecnej chwili, ale próbowało palić w przeszłości. Z interpretacji ankiet wynika, że pali papierosy 5% uczennic i 10% uczniów uczęszczających do gimnazjum. Ci uczniowie zapalili po raz pierwszy papierosa, jak podają, w wieku 14–16 lat (30% uczennic i 35% uczniów) oraz w wieku 13 lat i poniżej

(35% uczennic i 30% uczniów). Najczęstszymi podawanymi powodami inicjacji nikotynowej była ciekawość i chęć integracji ze znajomymi. Takie powody jak presja grupy, reakcja na stres lub też „głupota” zeszły na dalszy plan ważności.

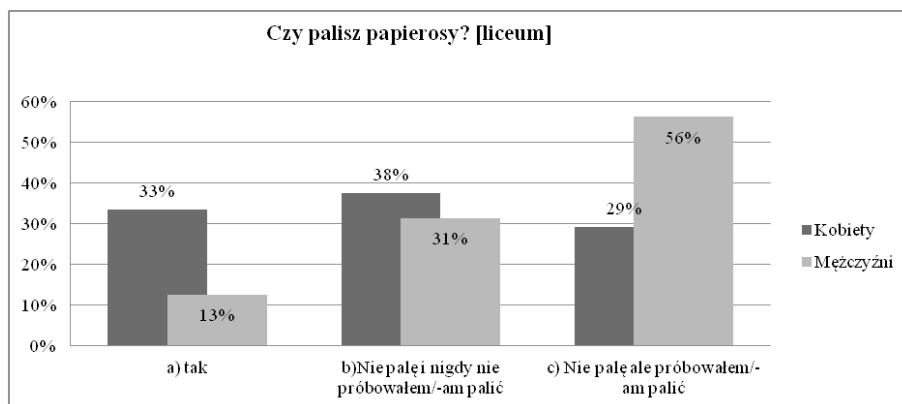
Rys. 1. Źródła zdobycia pierwszego papierosa wśród gimnazjalistów



Źródło: opracowanie własne.

Największa ilość gimnazjalistów zapytana o źródło, z którego zdobyła swojego pierwszego papierosa, odpowiadała, że dostała go od znajomych/kolegów. Odpowiedziało tak 50% absolwentek i 50% absolwentów gimnazjum. Żadna zaś osoba z tej grupy wiekowej respondentów nie odpowiedziała, że samodzielnie dokonała zakupu papierosów. Uczniowie liceum ogólnokształcącego zapytani o status nikotynowy w większości odpowiedzieli, że obecnie nie palą, ale mają już za sobą inicjację nikotynową. Odpowiedziało w ten sposób 56% ankietowanych uczniów liceum i 29% uczennic tej szkoły. Dane statystyczne informujące o braku prób palenia papierosów wśród licealistów wskazują, że przyznało się do takiej odpowiedzi 38% uczennic i 31% uczniów. W porównaniu do uczniów gimnazjum wzrósł odsetek uczniów palących tytoń regularnie, tj. w liceum 33% uczennic i 13% uczniów przyznaje się do codziennego palenia papierosów.

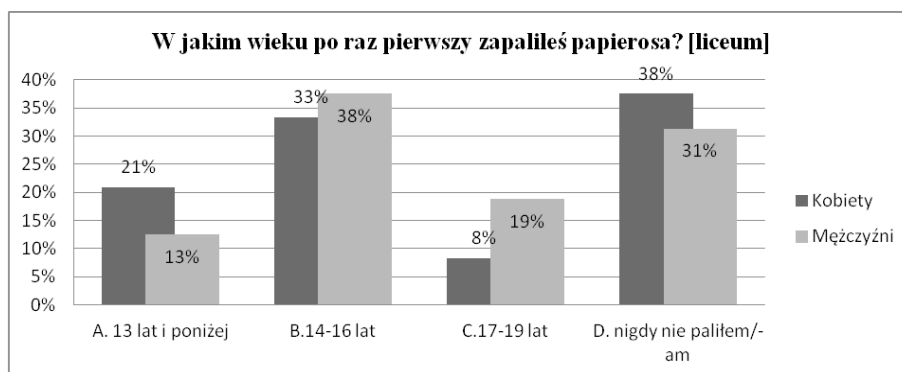
Rys. 2. Odsetek licealistów przyznających się do palenia tytoniu



Źródło: opracowanie własne.

Wiek inicjacji nikotynowej przypada najczęściej na okres nauki w gimnazjum. Część licealistów, tzn. 21% uczennic i 13% uczniów przyznaje, że po raz pierwszy zapalili już w szkole podstawowej. Najniższy odsetek ankietowanych przyznał się do inicjacji nikotynowej w wieku 17–19 lat, ponieważ w szkole średniej po raz pierwszy zapaliło papierosa 8% badanych uczennic i 19% uczniów.

Rys. 3. Wiek inicjacji nikotynowej uczniów liceum

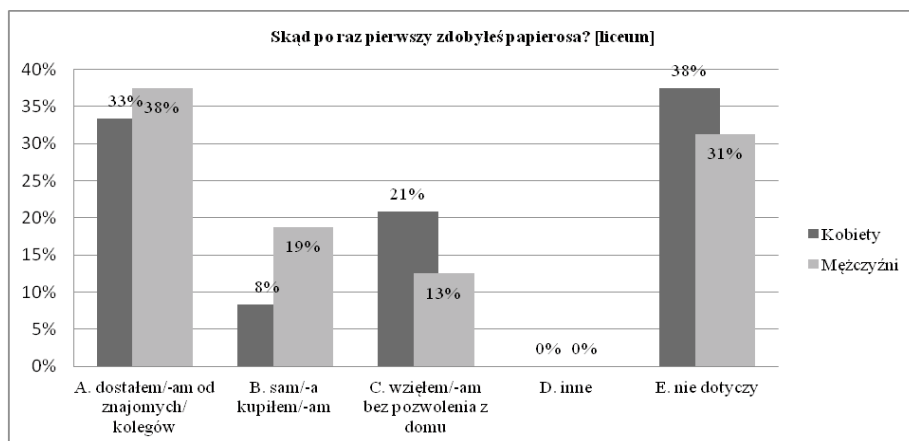


Źródło: opracowanie własne.

Uczniowie przyznają, że najczęściej po raz pierwszy papierosa dostali od znajomych. Tak było w przypadku 33% ankietowanych uczennic i 38% uczniów liceum. Do zabrania papierosów z domu przyznaje się 21% uczennic i 13% uczniów. Najmniejszy odsetek uczniów sam dokonał

zakupu papierosów – do takiego źródła zdobycia papierosów przyznaje się 8% badanych uczennic i 19% uczniów liceum.

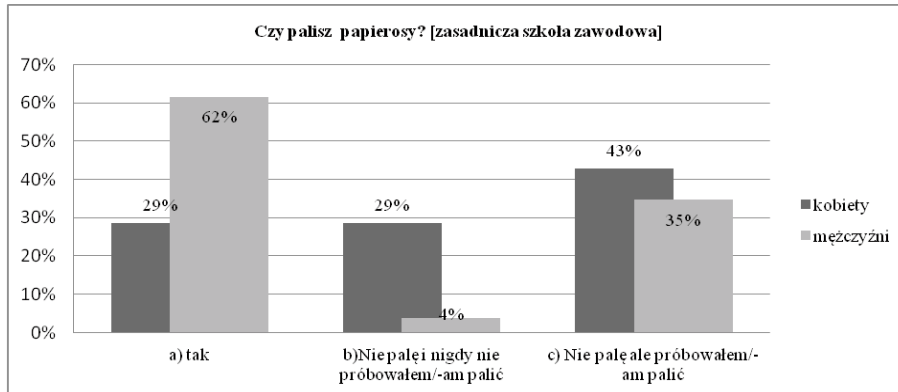
Rys. 4. Źródło zdobycia pierwszego papierosa wśród ankietowanych licealistów



Źródło: opracowanie własne.

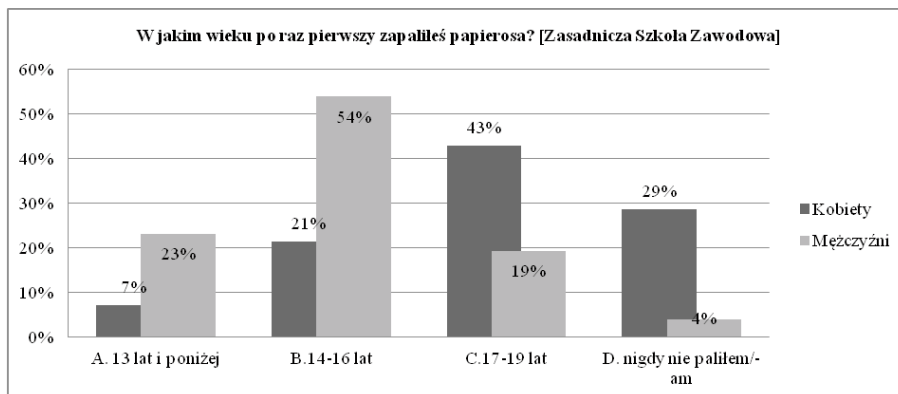
Najczęstszym powodem inicjacji nikotynowej uczennic liceum była ciekawość (38% badanych uczennic). Część uczennic tej szkoły (21%) sądzi, że do podjęcia próby palenia skłoniła je po prostu głupota, a u ok. 4% badanych była to reakcja na stres. Uczniowie, jako powód zapalenia papierosa po raz pierwszy, podawali głupotę (31%), chęć integracji ze znajomymi (25%) oraz ciekawość (13%). Uczniowie Zasadniczej Szkoły Zawodowej stanowili grupę 40 ankietowanych uczniów wśród 120 badanych ogółem. Udział w badaniu wzięło 14 uczennic i 26 uczniów. Na pytanie, czy palą papierosy, w większości odpowiedzieli – tak (62% uczniów i 29% uczennic). Uczniowie tej szkoły stanowią największą liczbę palących osób spośród wszystkich ankietowanych uczniów. W większości uczennice zasadniczej szkoły zawodowej nie palą obecnie, ale próbowały palenia wcześniej (43% uczennic) w przeciwieństwie do uczniów tej szkoły, którzy deklarują, że palą papierosy (62%), a ci, którzy nie palą, deklarują, że próbowali palić (34%). Przeprowadzone badania w szkole zawodowej wykazały małą liczbę osób, które nigdy nie paliły papierosów (29% uczennic i 4% uczniów).

Rys. 5. Palenie papierosów wśród uczniów zasadniczej szkoły zawodowej



Źródło: opracowanie własne.

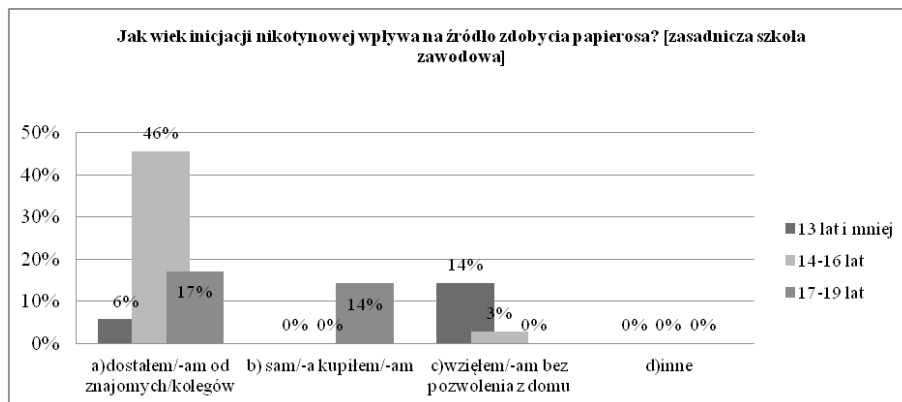
Rys. 6. Wiek inicjacji nikotynowej wśród uczniów zasadniczej szkoły zawodowej



Źródło: opracowanie własne.

Część z ankietowanych (14% uczennic i 12% uczniów) sama dokonuje zakupu papierosów. Z analizy uzyskanych danych wśród uczniów szkoły zawodowej widać, że znaczącym źródłem pochodzenia papierosów jest dom rodzinny (23%chłopców), co wskazuje na to, że na nikotynizację uczniów mają wpływ ich palący rodzice.

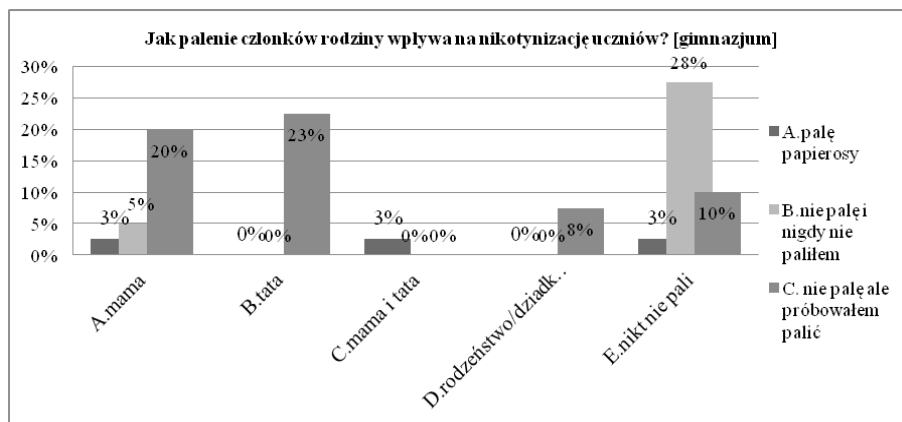
Rys. 7. Źródło pochodzenia papierosów a wiek inicjacji nikotynowej



Źródło: opracowanie własne.

W grupie badanych uczniów największy odsetek stanowią uczniowie, którzy nie palą, ale próbowali palenia papierosów w przeszłości (44% uczennic i 28% uczniów). Nałogowo pali papierosy 22% uczennic i 28% ankietyowanych uczniów w badanej populacji uczniów. Do zabrania papierosów z domu przyznaje się jedynie 12% uczennic i 15% uczniów. Najmniejszy odsetek uczniów sam dokonuje zakupu papierosów (7% uczennic i 14% uczniów). Najczęstszymi podawanym powodami inicjacji nikotynowej była ciekawość i chęć integracji ze znajomymi (15%) oraz tzw. potocznie głupota (16%).

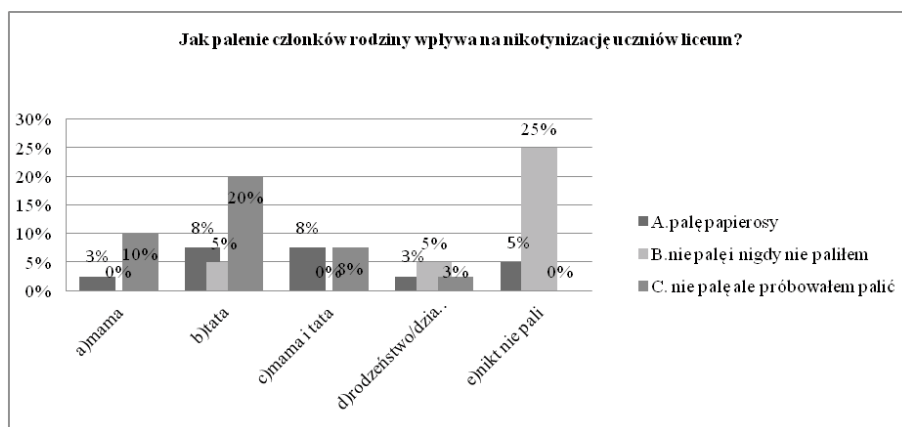
Rys. 8. Zależność nikotynizacji uczniów gimnazjum od palenia tytoniu przez członków rodziny



Źródło: opracowanie własne.

Z zestawienia odpowiedzi uczniów gimnazjum dotyczącego ich indywidualnego statusu nikotynowego oraz ich rodziców wynika, że uczniowie, którzy mieszkają w rodzinie wolnej od dymu nikotynowego, najrzadziej wpadają w nałóg nikotynizmu. Odsetek uczniów palących nałogowo papierosy mieszka najczęściej w domu, gdzie pali przynajmniej jeden z rodziców. Autorytet rodziców odgrywa znaczną rolę, bo jak wynika z interpretacji rys. 8, pierwsza próba palenia papierosów dotyczy najczęściej tych osób, które na co dzień przebywają z palącym ojcem (23% uczniów) lub matką (20%).

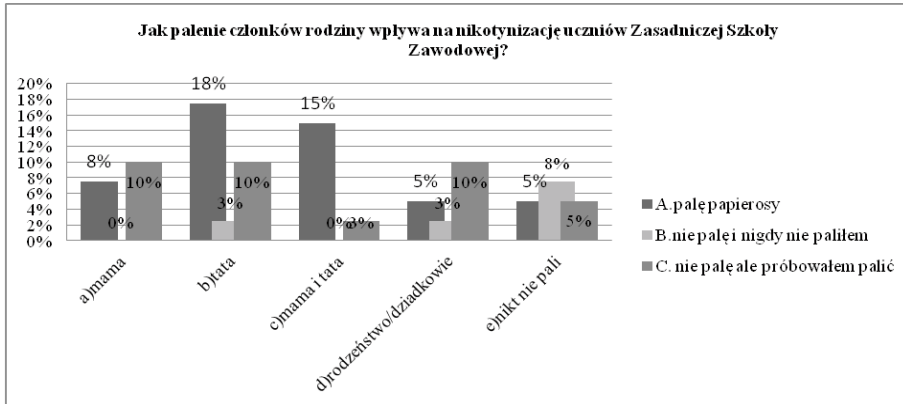
Rys. 9. Zależność nikotynizacji uczniów liceum od palenia tytoniu przez członków rodziny



Źródło: opracowanie własne.

Interpretacja wyników wskazuje na zależność palenia członków rodziny na status nikotynowy uczniów. Absolwenci liceum, którzy mają za sobą próbę palenia, na co dzień mają bezpośredni kontakt z dymem nikotynowym w rodzinnym domu. Wśród grona tych osób pali najczęściej ich ojciec (20%), matka (10%), oboje rodziców (8%) lub rodzeństwo/dziadkowie (3%). Rodzice licealistów, którzy oboje palą papierosy, przekazują negatywne wzorce swoim dzieciom, co skutkuje często sięganiem przez nich po papierosy. Pozytywny wzorzec pod postacią wstrzemięźliwości nikotynowej rodziców przekłada się na brak nikotynizowania się licealistów.

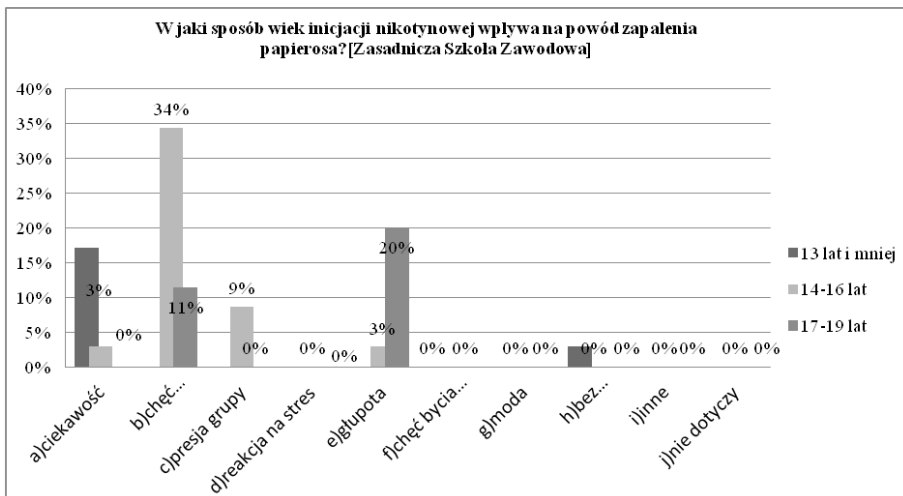
Rys. 10. Zależność nikotynizacji uczniów zasadniczej szkoły zawodowej od palenia tytoniu przez członków rodziny



Źródło: opracowanie własne.

Podobnie jak w poprzednich szkołach, gdzie były przeprowadzane badania, członkowie rodziny palący papierosy silnie oddziałują na postawy zdrowotne młodzieży. Najczęściej rodzice uczniów palących papierosy również palą (15%) lub pali ojciec (18%) albo matka (8%). Osoby, których nałóg palenia nigdy nie dotyczył, pochodzą najczęściej z rodziny, w której żaden z jej członków nie pali (8%).

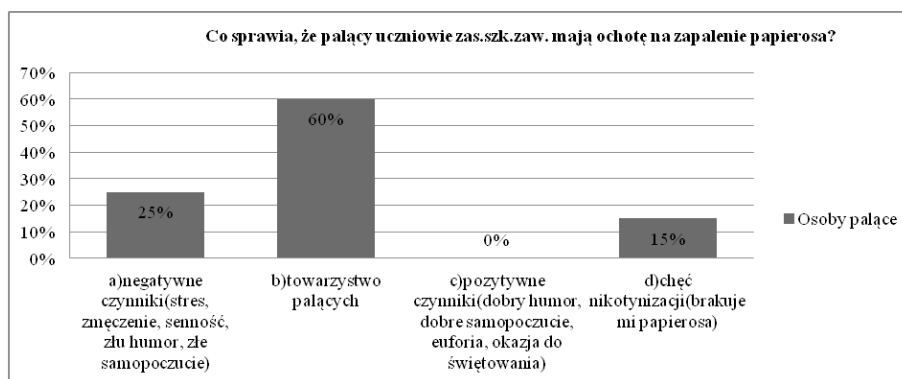
Ryc. 11. Zależność, w jaki sposób wiek inicjacji nikotynowej wpływa na powód zapalenia papierosa wśród uczniów zasadniczej szkoły zawodowej



Źródło: opracowanie własne.

Wykresy te kolejno przedstawiają obrazowo zależność powodu zapalenia pierwszego papierosa od wieku uczniów oraz zależność wieku inicjacji nikotynowej od powodu zapalenia papierosa wśród uczniów zasadniczej szkoły zawodowej. Największa liczba osób, która doświadczyła palenia papierosów w wieku 13 lat i mniej, wzięła je wówczas bez pozwolenia z domu z powodu ciekawości. Uczniowie, którzy po raz pierwszy zapalili papierosa w wieku 14–16 lat zdobyli go (46% ankietowanych) dzięki znajomym, a powodem w ich przypadku była chęć integracji ze znajomymi. Uczniowie, którzy w wieku 17–19 lat zdecydowali się na podjęcie próby palenia, zrobili to z głupoty, a źródłem papierosów było w 17% otrzymanie go od znajomych, a 14% uczniów kupiło je samodzielnie.

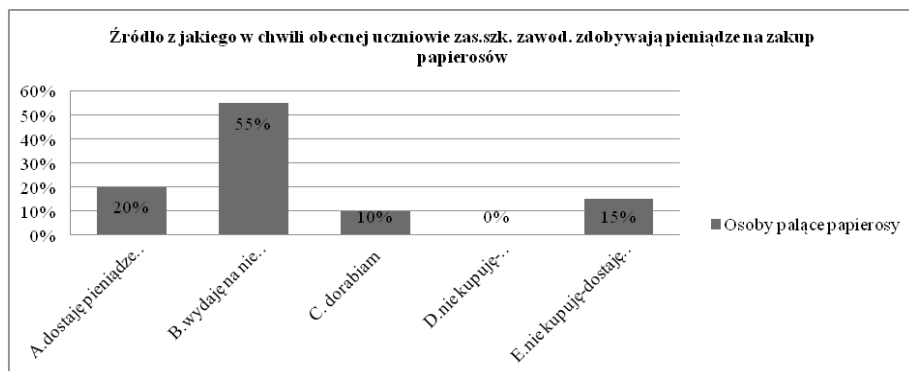
Rys. 12. Czynniki nasilające ochotę zapalenia papierosa wśród uczniów zasadniczej szkoły zawodowej



Źródło: opracowanie własne.

Regularne palenie uczniów (62%) i uczennic (29%) zasadniczej szkoły zawodowej wzbudza zainteresowanie ich motywacją do palenia. Najczęstszym czynnikiem odpowiadającym za chęć palenia w tej grupie ankietowanych jest towarzystwo palących (60%). Ważną rolę odgrywają również negatywne czynniki, jak np. stres, które nasilają chęć zapalenia papierosa.

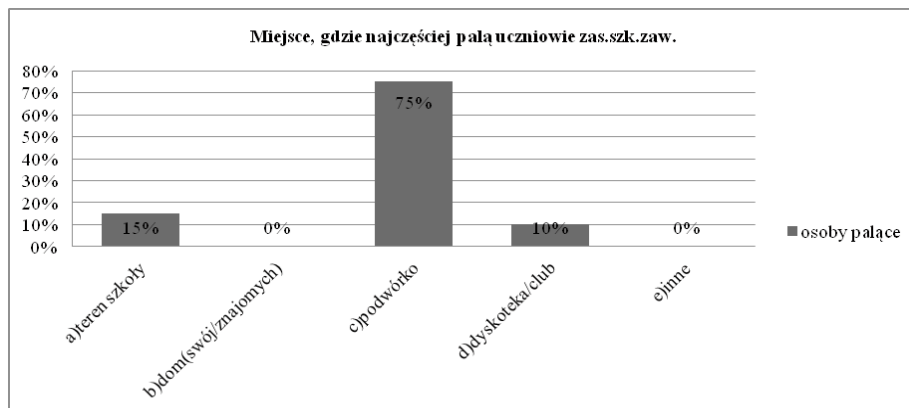
Rys. 13. Źródło pozyskiwania pieniędzy na zakup papierosów przez palących uczniów zasadniczej szkoły zawodowej



Źródło: opracowanie własne.

Uczniowie w większości (55%) zakupują papierosy za pieniądze pochodzące z kieszonkowego, rodzice nie wiedzą, na co je wydają. Uczniowie zasadniczej szkoły zawodowej uczęszczają na praktyki, za które otrzymują wynagrodzenie, w związku z tym ok. 10% z nich przeznacza je również na zakup papierosów, a 15% z nich dostaje papierosy od kolegów.

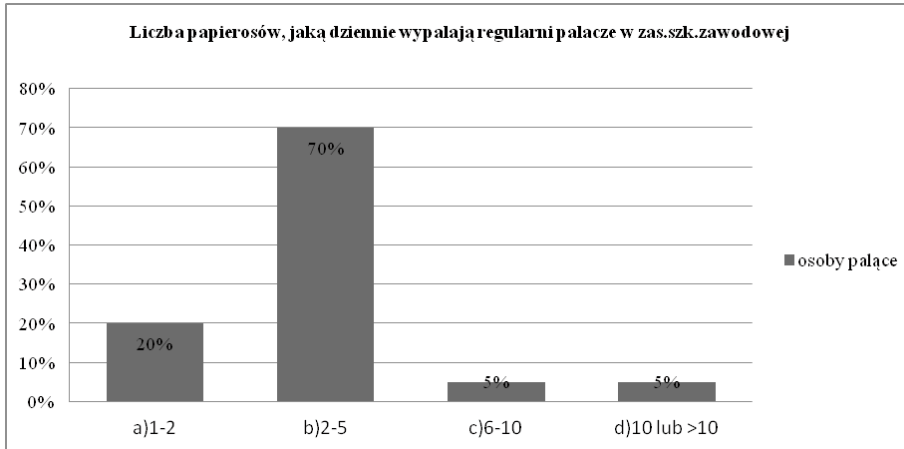
Rys. 14. Miejsca palenia papierosów przez uczniów zasadniczej szkoły zawodowej



Źródło: opracowanie własne.

75% respondentów będących uczniami deklaruje, że najczęściej pali na „podwórku” lub w miejscu publicznym, tj. szkoła, dyskoteca. Żadna z ankietowanych osób palących papierosy nie potwierdziła palenia papierosów w domu.

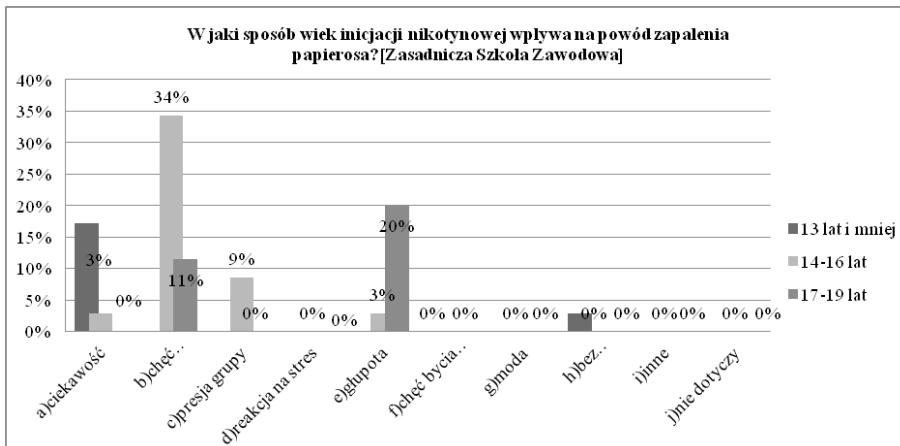
Rys. 15. Liczba wypalanych dziennie papierosów przez uczniów zasadniczej szkoły zawodowej



Źródło: opracowanie własne.

Liczba wypalanych papierosów dziennie przez większość ankietowanych (70%) mieści się w granicach 2–5 sztuk. 20% ankietowanych twierdzi, że wypala dziennie około 1–2 papierosów. Osoby, które wypalają dziennie 6 i więcej papierosów, stanowią odsetek ok. 5% uczniów i ok. 5% uczennic ankietowanych.

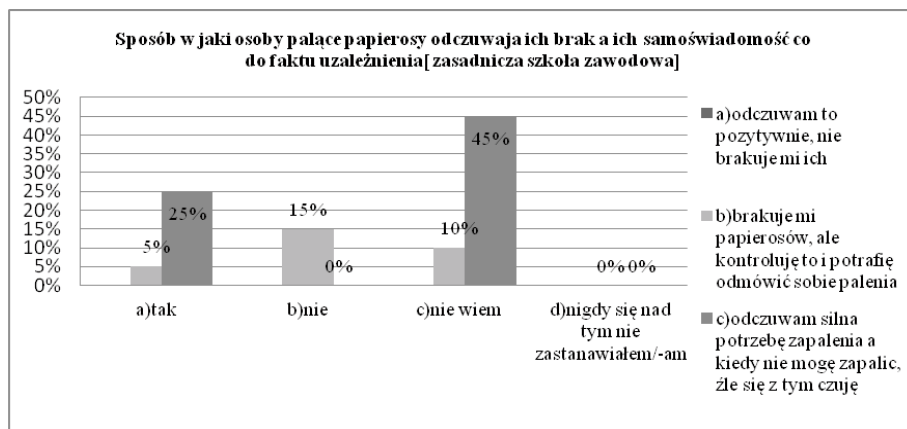
Rys. 16 Wpływ wieku inicjacji nikotynowej na powód zapalenia papierosa wśród uczniów zasadniczej szkoły zawodowej



Źródło: opracowanie własne.

Jak wynika z badań, uczniowie, którzy doświadczyli palenia papierosów w wieku 13 lat i mniej, wzięła je wówczas bez pozwolenia z domu z ciekawości. Uczniowie, którzy po raz pierwszy zapalili papierosa w wieku 14–16 lat zdobyli go (46% ankietowanych) dzięki znajomym, a kierowała nimi chęć integracji ze znajomymi. Uczniowie, którzy w wieku 17–19 lat zdecydowali się na podjęcie próby palenia, zrobili to z „głupoty”, a źródłem papierosów było w 17% otrzymanie ich od znajomych, jedynie 14% uczniów kupiło je samodzielnie.

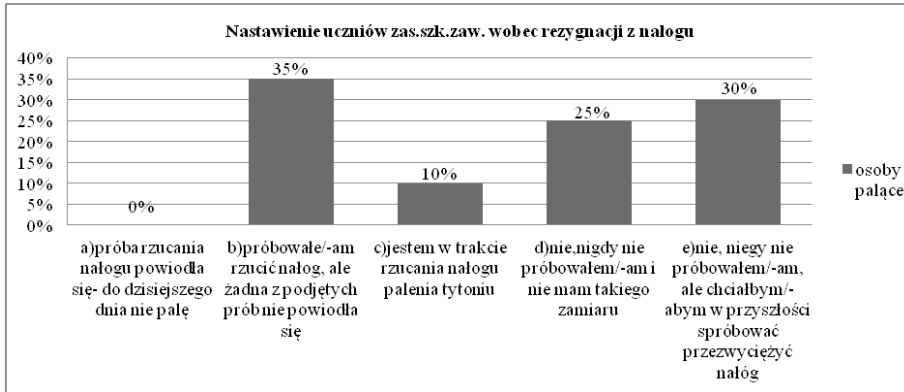
Rys. 17. Odczuwane objawy i dolegliwości z odstawienia nikotyny a samoświadomość uzależnienia



Źródło: opracowanie własne.

Uczniowie zasadniczej szkoły zawodowej zapytani o sposób, w jaki odczuwają brak palenia, w większości, tj. 45% badanych odpowiedziało, że odczuwają silną potrzebę zapalenia i źle się czują, gdy nie mogą zapalić papierosa, niestety nie zdają sobie sprawy tego, że są uzależnieni. Pozostali uczniowie twierdzili, że potrafią kontrolować swój nałóg i potrafiliby odmówić sobie palenia. Aż 15% z palących badanych uczniów twierdzi, że nie jest uzależniona od nikotyny.

Rys. 18. Nastawienia uczniów zasadniczej szkoły zawodowej wobec rezygnacji z nałogu

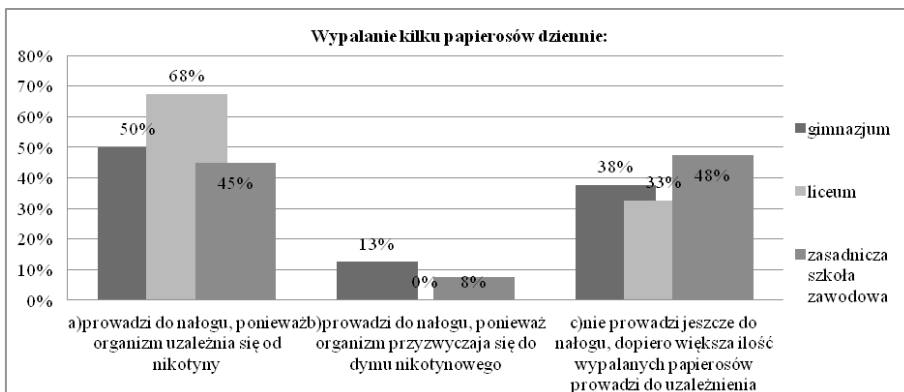


Źródło: opracowanie własne.

Uczniowie, których dotyczy nałóg palenia papierosów twierdzą, że próbowali rzucić, ale żadna z prób nie powiodła się (35%). Kolejno 30% ankietowanych nigdy nie próbowała rzucić palenia, ale chciałoby w przyszłości spróbować przezwyciężyć nałóg, a 10% badanych uczniów jest w trakcie rzucania nałogu.

Druga część przeprowadzonych badań służyła poznaniu wiedzy uczniów na temat skutków szkodliwości palenia tytoniu, także biernego, uzależnienia od nikotyny i chorób tytoniozależnych.

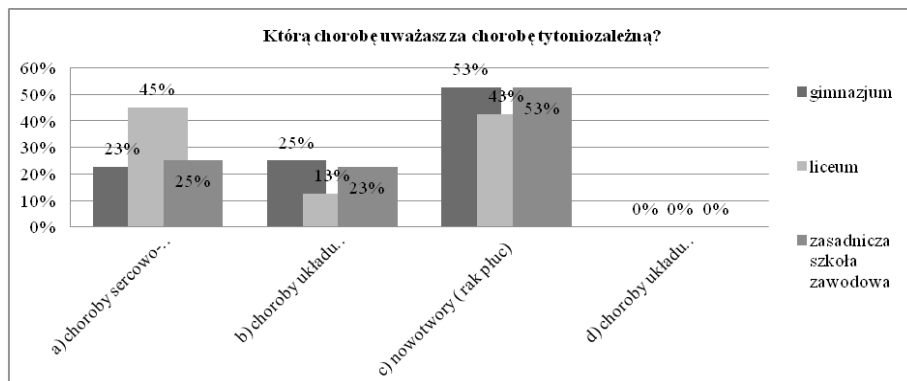
Rys. 19. Wiedza uczniów na temat szybkości rozwoju uzależnienia od nikotyny



Źródło: opracowanie własne.

Poprawną wiedzę w tym zakresie wykazali się licealiści (68%). Uczniowie zasadniczej szkoły zawodowej uważali, że jedynie większa liczba wypalanych papierosów uzależnia. Zdania gimnazjalistów na ten temat były podzielone, 50% badanych udzieliło poprawnej odpowiedzi.

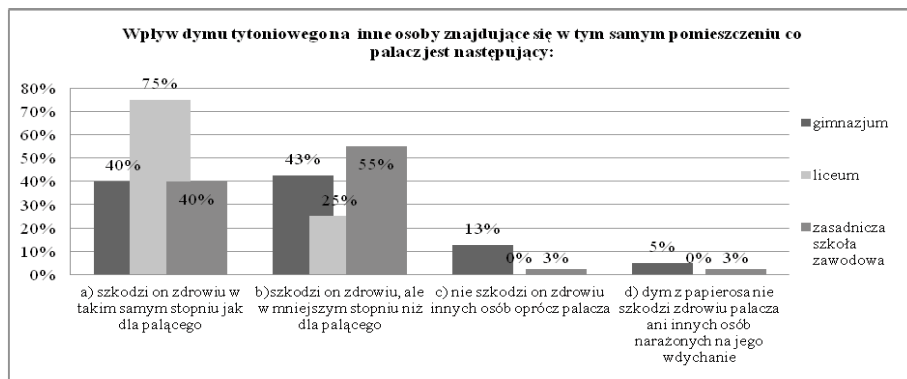
Rys. 20. Wiedza uczniów na temat chorób tytoniozależnych



Źródło: opracowanie własne.

Uczniowie gimnazjum i zasadniczej szkoły zawodowej najczęściej wskazywali choroby nowotworowe jako czynnik powodujący największe ryzyko utraty zdrowia u palaczy tytoniu. Jest to błędne stwierdzenie, co świadczy o niedostatecznej wiedzy na temat zachorowania na choroby odtytoniowe. Uczniowie liceum wykazali się największą wiedzą, ponieważ ich część w postaci 45% badanych stwierdziła, że palacze tytoniu najczęściej chorują na choroby sercowo – naczyniowe (zawał mięśnia sercowego, udar mózgu).

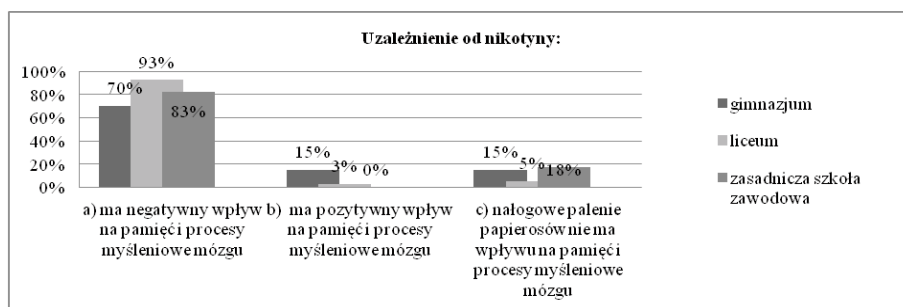
Rys. 21. Szkodliwość biernego palenia – wiedza uczniów



Źródło: opracowanie własne.

Szkodliwość palenia biernego uznaje 75% badanych licealistów. Największą niewiedzą na ten temat wykazali się uczniowie zasadniczej szkoły zawodowej, wskazując, że dym z papierosa osobom niepalącym szkodzi w mniejszym stopniu niż palaczom. Zdania uczniów gimnazjum były podzielone, gdyż 43% z ankietowanych gimnazjalistów twierdzi, że szkodzi on zdrowiu, ale w mniejszym stopniu niż palaczom, 40% badanych uczniów poprawnie stwierdziła, że palenie biernie jest w takim samym stopniu szkodliwe dla palących jak i niepalących.

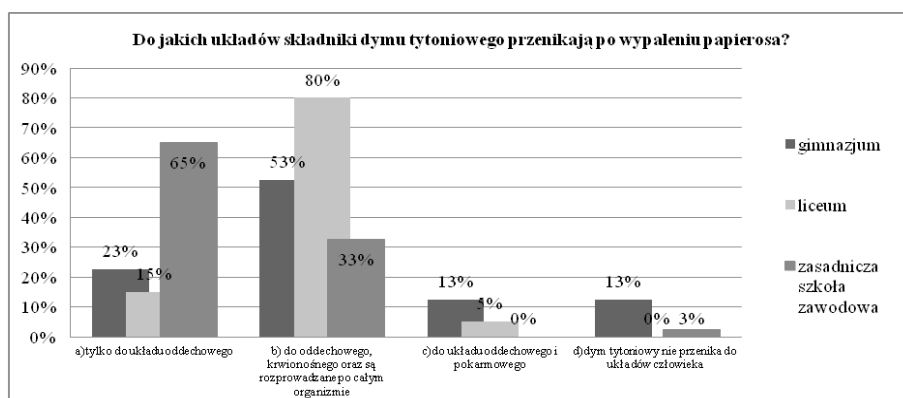
Rys. 22. Wiedza uczniów na temat wpływu uzależnienia od nikotyny na pamięć i procesy myślowe mózgu



Źródło: opracowanie własne.

W pytaniu dotyczącym oddziaływania uzależnienia od nikotyny na pamięć i procesy myślowe mózgu uczniowie wykazali się dobrą wiedzą. Aż 70% badanych gimnazjalistów, 93% badanych licealistów i 83% badanych uczniów zasadniczej szkoły zawodowej udzieliło trafnej odpowiedzi na to zagadnienie.

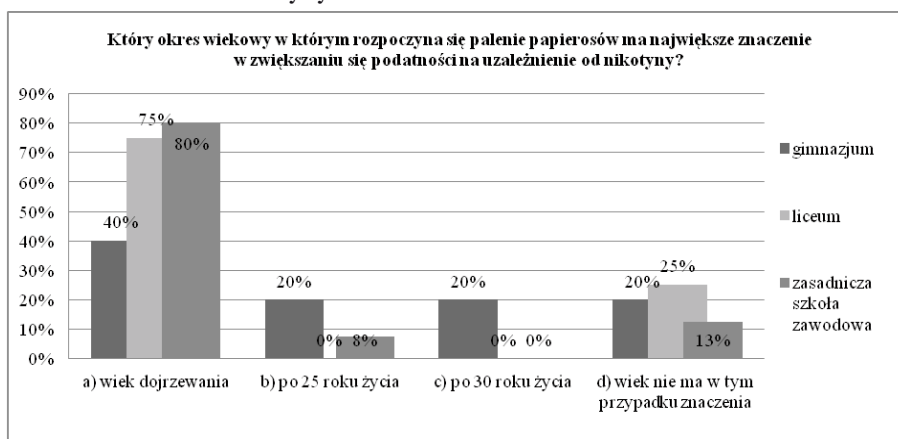
Rys. 23. Wiedza uczniów na temat przenikania składników dymu nikotynowego do poszczególnych układów i narządów człowieka



Źródło: opracowanie własne.

Wiedza ankietowanych gimnazjalistów i licealistów na temat wpływu nikotyny na organizm człowieka jest wystarczająca. 80% badanych licealistów i 53% badanej młodzieży gimnazjalnej ma poprawną wiedzę w tym zakresie. Jedynie wiedza uczniów zasadniczej szkoły zawodowej na temat podstawowego mechanizmu działania nikotyny na organizm palacza jest bardzo ogólnikowa i niekompletna, co świadczy o konieczności jej uzupełnienia w podejmowanych działaniach edukacyjnych.

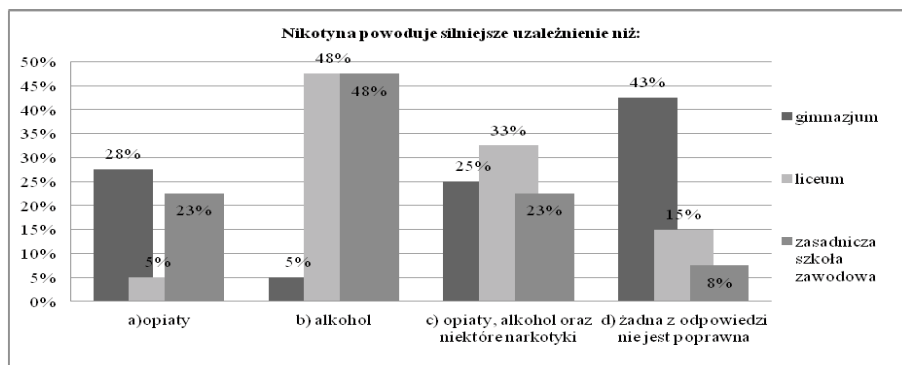
Rys. 24. Wiedza uczniów na temat palenia papierosów i ich wpływu na uzależnienie od nikotyny



Źródło: opracowanie własne.

Ankietowani uczniowie w większości mają wiedzę dotyczącą wpływu palenia papierosów na uzależnienie od nikotyny. Poprawnej odpowiedzi udzieliło aż 80% badanych.

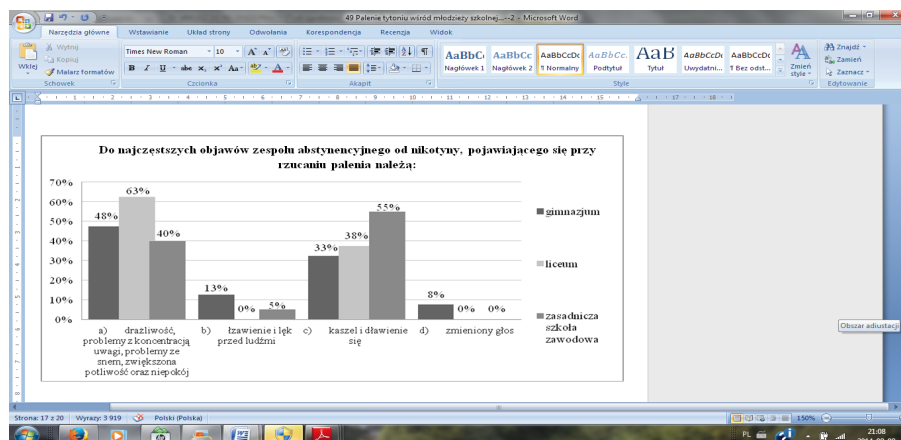
Rys. 25. Wiedza uczniów na temat siły uzależnienia od nikotyny i innych czynników



Źródło: opracowanie własne.

Badani uczniowie nie uznają nikotyny za substancję silnie uzależniającą. Poprawnej odpowiedzi udzieliło zaledwie 33% badanych licealistów, 25% badanych gimnazjalistów oraz 23% badanych uczniów zasadniczej szkoły zawodowej.

Rys. 26. Wiedza uczniów na temat najczęstszych objawów zespołu abstynencyjnego przy rzucaniu nałogu palenia



Źródło: opracowanie własne.

Drażliwość, problemy z koncentracją uwagi, problemy ze snem, zwiększona potliwość oraz niepokój to tylko niektóre z objawów abstynencyjnych towarzyszące często osobom rzucającym nałóg palenia papierosów. Poprawnej odpowiedzi na to pytanie udzieliło 63% ankietowanych licealistów oraz 48% gimnazjalistów. Wiedza badanych uczniów zasadniczej szkoły zawodowej w tym zakresie jest niewystarczająca. Uzależnienie od tytoniu uznane zostało przez Światową Organizację Zdrowia za chorobę, którą należy leczyć, gdyż stwarza ona ryzyko przedwczesnej umieralności z powodu chorób odtytoniowych. Poprawnej odpowiedzi na to pytanie w ankiecie udzieliło 75% badanych licealistów, 60% badanych uczniów zasadniczej szkoły zawodowej oraz 53% badanych gimnazjalistów.

Dyskusja

Mimo rozpowszechnionej wiedzy o szkodliwości palenia tytoniu wciąż jest to zachowanie popularne wśród dzieci i młodzieży. W wielu krajach podejmowane są liczne działania edukacyjne i ekonomiczne w celu ograniczenia liczby palących uczniów. Mimo to palenie tytoniu

– czynne i bierne – wciąż stanowi poważny problem społeczny i zagrożenie zdrowia dla wielu ludzi [Jodczyk, Todorovska-Sokołowska, Stępniać 2014]. Liczba publikacji w tym temacie nie wyczerpuje zagadnienia, ponieważ palenie tytoniu prowadzi do uzależnienia od nikotyny i rozwoju licznych chorób tytoniozależnych zwanych dalej cywilizacyjnymi. Aktualne badania dotyczące nasilenia się zjawiska palenia tytoniu i uzależnienia od nikotyny oraz pomiaru stanu zdrowia ludności przedstawiają raporty Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) oraz Globalny (GATS) sondaż dotyczący używania tytoniu przez osoby dorosłe. Według najbardziej aktualnego raportu dla WHO sporządzonego przez Czaplińskiego w 2011 roku wynika, że w porównaniu do lat ubiegłych zmniejsza się liczba palących Polaków oraz liczba wypalanych przez nich papierosów. Wyniki sondażu GATS wskazują, że w Polsce pali tytoń 27% dorosłych, co daje nam 8,7 miliona osób uzależnionych od nikotyny. Problem codziennego palenia tytoniu dotyczy 33, 5% mężczyzn, co stanowi 5,2 miliona oraz 21% (3,5 miliona) kobiet. Około 3,3% u obu płci stanowi odsetek okazjonalnych palaczy. Codzienni i okazjonalni palacze tworzą grupę 30,3% społeczeństwa, a więc około 9,8 miliona osób. Na podstawie badań przekrojowych przeprowadzonych dla Światowej Organizacji Zdrowia, Polska utrzymuje się na 9 pozycji wśród krajów należących do Unii Europejskiej pod względem odsetka osób palących tytoń. Szczególną uwagę należy zwrócić na niepokojące statystyki palenia tytoniu wśród Polek w młodym i średnim wieku należące do najwyższych w Unii Europejskiej. Dane epidemiologiczne świadczą, że średnio w Polsce mężczyzna wypala 18 sztuk papierosów dziennie, natomiast kobieta 14–16 sztuk dziennie. Najczęściej wiek inicjacji nikotynowej przypada między 18 a 24 rokiem życia, a niejednokrotnie jeszcze wcześniej. Niepokojącym zjawiskiem jest fakt, że 90% młodzieży ma za sobą próby palenia przed 18 r. ż. Wśród uczniów i studentów w wieku 18+ problem nikotynizacji dotyczy 13%. Na przełomie lat dostrzega się spadek odsetka palaczy wśród osób młodych w wieku 18–24 lat o 31%. Statystyki wskazują, że znacznie rzadziej palą uczennice oraz wypalają one mniejszą liczbę papierosów dziennie w porównaniu do płci przeciwnej. Badania własne nie potwierdziły tej zależności. Badania przeprowadzone przez Wojtyła-Buciura i wsp. w 2009 roku wśród licealistów potwierdziły palenie tytoniu wśród 14% ogółu licealistów (w tym 10% uczennic i 22% uczniów). Spośród palących licealistów aż 31% przyznało się do palenia w szkole; połowa palaczy paliła codziennie. Znaczą-

ca grupa badanych licealistów (96%) była świadoma szkodliwości palenia tytoniu, a mimo to chętnie eksperymentowała [Bociura-Wojtyła, Marcinkowski, Wojtyła 2011, ss. 319–326]. Z badań przeprowadzonych przez [Krauss 2009, ss. 212–217] w województwie wielkopolskim wynika, że do regularnego palenia papierosów przyznaje się więcej, bo 18% młodzieży. Badania HBSC (Health Behaviour In School-Aged Children) przeprowadzone przez Wojnarowską potwierdzały także, że po 16 r. ż. paliło w liceach ogólnokształcących ok. 14% chłopców i 27% dziewcząt [Oblacińska, Woynarowska, Kołolo 2006, ss. 51–56]. W wielu doniesieniach poruszany jest temat konieczność przeciwdziałania paleniu tytoniu wśród młodzieży szkolnej, ale niestety w niewielu znajdujemy konkrety, jak należy odzwyczajać uzależnionych uczniów od palenia tytoniu [Daniel 2006, ss. 1187–1192]. Opielak i wsp. rozpoczęli w 2010 roku badania w populacji ludzi młodych celem oceny występowania nałogów z jednoczesną prewencją w tym zakresie. Objęto nimi grupę 216 losowo wybranych uczniów pochodzących z dwóch rodzajów szkół, liceum ogólnokształcącego oraz z Zespołu Szkół Ekonomicznych w Lublinie. Wnioski z wstępnych badań potwierdzają wyniki badań własnych [Opielak, Nadulska, Piotrowicz, Szeszko 2013, ss. 79–82]. Zwracają uwagę na wpływ grupy rówieśniczej oraz rodziny na chęć zapalenia papierosa, potwierdzają wiedzę i istniejącą świadomość młodzieży w zakresie szkodliwości palenia tytoniu, ale wskazują na brak wiedzy w zakresie objawów charakterystycznych dla uzależnienia od niego. Badania własne potwierdzają znaczące różnice w liczbie uczniów Zasadniczej Szkoły Zawodowej palących papierosy nałogowo od pozostałych szkół; na problem ten zwracają uwagę rozpoczęte badania przez Opielak i wsp.

Wnioski

1. Problem nikotynizmu najsilniej dotyczy uczniów zasadniczej szkoły zawodowej, gdyż to w tej szkole występuje największy odsetek osób palących papierosy codziennie, nałogowo (62% badanych uczniów i 29% badanych), a czynnikiem nasilającym potrzebę nikotynizacji jest ciekawość i towarzystwo palących, a także wzorce wynoszone z domu rodzinnego.
2. Pierwsze próby palenia papierosów uczniowie mają już za sobą, odbywają się one najczęściej w wieku 14–16 lat.
3. Trudność w zdobyciu papierosów stała się minimalna, dlatego rodzice powinni bardziej kontrolować zachowania swoich dzieci.

4. Uczniowie wszystkich trzech szkół wykazują braki w wiedzy na temat działania, wpływu dymu nikotynowego na organizm człowieka, szkodliwości palenia biernego i objawów zespołu odstawienego.

Bibliografia

Bociura-Wojtyła P., Marcinkowski J.T., Wojtyła A. (2011), *Palenie tytoniu przez licealistów-w opinii młodzieży i ich rodziców*, „Problemy higieny i epidemiologii”, 92(2).

Daniel J., Cropley M., Fife-Schow C. (2006), *The effect of exercise in reducing desire to smoke and cigarette withdrawal symptoms is not caused by distraction*, „Addiction”, 101.

Globalny sondaż dotyczący używania tytoniu przez osoby dorosłe (GATS), Polska 2009–2010.

Jodczyk B., Todorowska-Sokołowska V., Stępnia K. (2014), *Profilaktyka palenia tytoniu w szkole*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa.

Kaleta D., Kozieł A., Miśkiewicz P. (2009), *MPOWER, Strategia na rzecz walki ze światową epidemią używania tytoniu*, MPOWER, *Strategy for Fighting the Global Tobacco Epidemic*, „Medycyna Pracy”, 60(2).

Kraus H., Sosonowski P., Balcer N. i wsp. (2009), *The assessment of exposure to tobacco addiction in children and youth selected school in the Wielkopolska Province*, „Problemy Higieny Epidemiologii”, 90(2).

Malinowski J. (red.) (2005), *Używanie środków psychoaktywnych przez uczniów w percepcji studentów – kandydatów na nauczycieli*, Wyd. Edukacyjne Akapit, Toruń.

Ministerstwo Zdrowia (2013), *Program ograniczenia zdrowotnych następstw palenia tytoniu w Polsce. Cele i zadania na lata 2014–2018*, Warszawa.

Oblacińska A., Woynarowska B., Kołolo H. (red.) (2006), *Raport z badań: Zdrowie subiektywne, zadowolenie z życia i zachowania zdrowotne uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Polsce*, „Zachowania zdrowotne – sposób żywienia”, Warszawa.

Opielak G., Nadulska A., Piotrowicz J., Szeszko Ł. (2013), *Palenie tytoniu wśród młodzieży szkół średnich w świetle aktualnych badań*, „Medycyna Rodzinna”, 3.

Ewa Smoleń

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Anna Ksykiewicz-Dorota

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Satysfakcja z wybranych elementów opieki pielęgniarskiej na oddziale pediatrii

Satisfaction with chosen elements of nursing care at the department of paediatrics

Abstract

Introduction. A measurement of satisfaction is an important component in monitoring the quality of medical services. Standards of care guarantee the possibility of the stay of parents with children during the hospitalization, who also take an active part in the process of treatment and care. They are also able to express their opinions in relation to the expectations associated with the care and the evaluation of offered medical services. The aim of the study. Determining the level of satisfaction with the nursing of parent/s of carers of children hospitalized on the branch of paediatric wards.

Materials and methods. The research was conducted in 2012 and 2013 at the department of paediatrics of one of the hospitals, of the first level of reference in Podkarpacki province. A method of the diagnostic survey was applied, as well as a „Questionnaire of the assessment of the level of the satisfaction of parents with nursing care” by Latour et al. which was subjected to validation and accommodated to the conditions of Polish pediatric hospital services. For the analysis 4 parts of the tool were chosen I – concerned with information, II – concerned with care and treatment, III – concerned with availability and IV – concerned with parents participation. In the statistical study nonparametric tests were used: of U Mann Whitney, and Kruskal Wallis, accepting the level of the p statistical significance <0.05.

Results. Parents expressed the high degree of satisfaction with nursing. The highest level of satisfaction was obtained in the assessment of the criterion concerning the availability of the nurse, a little lower was result concerned with satisfaction with care and treatment and participation of parents. The lowest was obtained in relation to information provided by the nurse. The lowest evaluation was given by parents/carers of children staying at the clinic from two up to three weeks. Subjects with the primary education in the measurement of satisfaction asses-

sed all main criteria deciding on the highest level in comparing to persons with other level of education. The lowest level of satisfaction was shown in the group of parents, whose children were transferred from other branch or from other hospital.

Conclusions. Chosen elements of nursing care from the scope of the nursing care over the child on the branch of paediatrics were highly evaluated by parents/carers. The measurement of satisfaction with care in the opinion of recipients of services should be continued on paediatric departments of remaining levels of reference.

Key words: measurement, satisfaction, care, pediatrics.

Wstęp

Potrzeba zapewnienia wysokiej jakości usług medycznych, sprawiła, że kierujący organizacjami dążą do wzrostu efektywności w procesie zarządzania [Dobska 2013, Karkowski 2013, ss. 185–214, Nęcki 2013]. W odniesieniu do usług medycznych świadczeniobiorcy oceniają nie tyle daną usługę, ale korzyści i wartości, wynikające z uzyskania świadczenia. Ważnym elementem w kreowaniu wizerunku zakładu opieki zdrowotnej jest subiektywna ocena, dokonywana przez odbiorców usług. Satysfakcja pacjenta, obok dostępności usług często decyduje o wyborze instytucji medycznej. W grupie czynników wpływających na ogólną ocenę satysfakcji z usług medycznych istotny wpływ ma ocena opieki pielęgniarzkiej [Karkowski 2013, ss. 185–214].

Szpital to organizacja usługowa, której klientem jest nie tylko pacjent, ale także rodzina, opiekunowie. Szczególnie odnosi się to do pacjentów pediatrycznych, przebywających podczas hospitalizacji na oddziale z rodzicami lub opiekunami, co gwarantują obowiązujące standardy opieki [Nęcki 2013]. Zgodnie z Europejską Kartą Praw Dziecka, w szpitalu dzieci mają prawo do obecności przy nich podczas hospitalizacji rodziców lub stałych opiekunów, którzy powinni czynnie uczestniczyć w procesie leczenia i opieki [Europejska Karta Praw Dziecka 2014]. Hospitalizacja dziecka jest rozpatrywana jako sytuacja trudna nie tylko dla niego, ale i dla jego rodziców/opiekunów [Piskorz-Ogórek 2014, ss. 3–22]. Stąd w pomiarze jakości ważne są badania ukierunkowane na pomiar zadowolenia pacjenta z opieki [Karkowski 2013, ss. 185–214]. Celem badań było określenie poziomu satysfakcji z opieki pielęgniarzkiej rodziców/opiekunów dzieci hospitalizowanych na oddziale pediatrii.

Material i metody. Badania przeprowadzono w 2012 i 2013 roku na oddziale pediatrii jednego ze szpitali pierwszego poziomu referencyjności w województwie podkarpackim. W badaniu uczestniczyło anonimowo

120 rodziców/opiekunów dzieci hospitalizowanych na oddziale pediatrii. Charakterystykę badanej grupy przedstawiono w tabeli 1. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, a narzędziem badawczym był „Standaryzowany kwestionariusz oceny poziomu zadowolenia rodziców/opiekunów z opieki pielęgniarstwa” autorstwa Latour i wsp. Wymienione narzędzie dostosowano do potrzeb krajowego szpitalnictwa pediatrycznego oraz poddano walidacji polskiej wersji językowej [Latour 2009, ss. 255–266]. Oryginalny kwestionariusz składa się pięciu części (kryteriów głównych) i przypisanych im 44 kryteriów szczegółowych. Kryteria główne to: 1) informacje i przypisane im osiem kryteriów szczegółowych, 2) opieka i leczenie zawierające dziewięć kryteriów szczegółowych, 3) dostępność z dwoma kryteriami szczegółowymi, 4) uczestnictwo rodziców uwzględniające sześć kryteriów szczegółowych (tabela 2) oraz 5) profesjonalizm, na który składa się szesnaście kryteriów szczegółowych. Na prowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie Nr KE-0254/163/2012, Dyrekcji Szpitala oraz zarządzających oddziałem dziecięcym. Poszczególne kryteria szczegółowe rodzice/opiekunowie dzieci hospitalizowanych oceniali według skali Likerta. Wartość jeden oznaczała minimalny stopień zadowolenia natomiast pięć najwyższy. Wyniki uzyskane z badań zostały przedstawione w postaci średniej arytmetycznej. W opracowaniu statystycznym posłużono się nieparametrycznymi testami: U Manna Whitneya (t) oraz Kruskala Wallisa (H), przyjmując poziom istotności statystycznej $p \leq 0,05$.

Wyniki. Analizując cztery kryteria pomiaru satysfakcji, rodzice/opiekunowie wyrazili najwyższy poziom satysfakcji w ocenie dostępności pielęgniarki (4,5), a najniższy odnośnie udzielanych informacji przez pielęgniarkę (4,0). Uczestnictwo rodziców/opiekunów w leczeniu (4,2), opiece i leczeniu (4,2) oraz profesjonalizm (4,3) badani ocenili na zbliżonym poziomie ($p \leq 0,05$).

Na podstawie analizy korelacji wieku hospitalizowanych dzieci z wybranymi czterema kryteriami głównymi nie wykazano zależności istotnych statystycznie ($p > 0,05$). Podobnie liczba posiadanych dzieci nie różnicowała istotnie trzech kryteriów głównych tj. I informacji, II opieki i leczenia oraz IV udziału rodziców ($p > 0,05$). Jedynie III dostępność pielęgniarki wyżej ocenili opiekunowie posiadający dwoje dzieci (4,6) niż rodzice mający jedno dziecko (4,3) - $p \leq 0,05$.

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy

Dane dotyczące badanej grupy	Dane dotyczące badanej grupy (szczegółowe)	%	N	Ogółem	
				%	N
Kategorie wiekowe dzieci	Noworodek	9,2	11	100,00	120
	Niemowlę	49,2	59		
	1–6 lat	31,7	38		
	7–12 lat	5,8	7		
	13–18 lat	3,3	4		
	Brak danych	0,8	1		
Liczba dzieci w rodzinie	Jedno	32,5	39	100,00	120
	Dwoje i więcej	67,5	81		
Liczba pobytów na oddziale	Jeden	83,3	100	100,00	120
	Dwa i więcej	16,7	20		
Czasokres pobytu dziecka na oddziale	1–2 dni	2,5	3	100,00	120
	3–7 dni	52,5	63		
	8–14 dni	24,2	29		
	15–21 dni	5,0	6		
	22–28 dni	1,7	2		
	Powyżej 28 dni	11,7	12		
	Brak danych	2,5	3		
Przyczyna hospitalizacji	Nagła	9,00	108	100,00	120
	Nagła / przeniesienie z innego oddziału	1,7	2		
	Planowa	5,0	6		
	Przeniesienie z innego oddziału	3,3	4		
Płeć opiekuna	Kobieta	88,3	106	100,00	120
	Mężczyzna	11,7	14		
Wykształcenie	Wyższe	33,3	40	100,00	120
	Średnie	41,7	50		
	Zawodowe	13,3	16		
	Podstwowe	10,8	13		
Miejsce zamieszkania	Wieś	60,8	73	100,00	120
	Miasto do 20 tys.	10,8	13		
	Miasto od 20 do 50 tys.	22,5	27		
	Miasto od 50 do 100 tys.	4,2	5		
	Brak danych	1,7	2		

Źródło: wyniki badań własnych.

Analizując liczbę potomstwa, a poszczególne kryteria szczegółowe czterech głównych kryteriów wyższy poziom satysfakcji deklarowali opiekunowie posiadający minimum dwójkę dzieci. Nie wykazano w tym względzie jednak zależności istotnych statystycznie. W zakresie jednoznacznego i merytorycznego informowania, wyższy poziom satysfakcji wskazali rodzice mający przynajmniej dwoje (4,7) niż jedno dziecko (4,3) - $p \leq 0,05$. Bez względu na liczbę potomstwa na takim samym poziomie rodzice ocenili: poziom wsparcia duchowego jakie zapewniała pielęgniarka (3,9) oraz aktywne uczestnictwo rodziców w podejmowaniu decyzji dotyczących opieki (4,6).

Wraz ze wzrostem liczby hospitalizacji rodzice deklarowali wyższą satysfakcję dotyczącą opieki i leczenia, dostępności oraz udziału rodziców w leczeniu, jednak zależności nie były istotne statystycznie ($p > 0,05$). W przypadku korelacji liczby pobytów w szpitalu a dostępnością na potrzeby dziecka, wyższy poziom satysfakcji z udziału w opiece wykazali opiekunowie dzieci hospitalizowanych więcej niż jeden raz (4,8) - $p \leq 0,05$.

Niski poziom satysfakcji z kryterium głównego – informowanie wykazali opiekunowie dzieci przebywających na oddziale od dwóch do trzech tygodni (3,7), a zdecydowanie wyższy rodzice dzieci hospitalizowanych minimum cztery tygodnie (4,5) - $p \leq 0,05$. W zakresie kryterium szczegółowego, dotyczącego informowania pielęgniarki o zasadach opieki nad dzieckiem zdecydowanie lepiej usatysfakcjonowani byli rodzice dzieci hospitalizowanych od 22 do 28 dni (5,0) oraz powyżej 28 dni (4,6) w porównaniu do opiekunów dzieci hospitalizowanych od 8 do 21 dni (3,3) - $p \leq 0,05$. Brak sprzeczności w informowaniu przez pielęgniarkę częściej dostrzegali rodzice dzieci hospitalizowanych powyżej 22 dni (5,0), w porównaniu do przebywających na oddziale od 3-7 dni (4,3) - $p \leq 0,05$. Satysfakcja z przekazywanych informacji przez pielęgniarkę o zmianach w pielęgnowaniu najwyższa była w opinii opiekunów dzieci przebywających na oddziale 22-28 dni (5,0), a najniższa u rodziców dzieci hospitalizowanych 8-14 dni (3,3) - $p \leq 0,05$. Informowanie przez pielęgniarkę o godzinach wizyt lepiej ocenili opiekunowie dzieci hospitalizowanych powyżej 22 dni (5,0), a najniżej od 15 do 21 dni - $p \leq 0,05$. Odnośnie zapewnienia przez pielęgniarkę komfortu dziecku poziom najniższy satysfakcji był w opinii rodziców dzieci hospitalizowanych od 8 do 21 dni (4,0), a najwyższy od 22 do 28 dni (5,0) - $p \leq 0,05$. Dostępność pielęgniarki w opinii rodziców zarówno dla dziecka jak i dla opiekunów była tym wyżej oceniania im

dłuższy był pobyt dziecka na oddziale, od 4,4 u dzieci przebywających 3-7 dni do 4,9 powyżej 28 dni - $p \leq 0,05$. Najwyższe zadowolenie wynikające z zachęcania rodziców przez pielęgniarkę do przebywania z dzieckiem podczas hospitalizacji wykazali rodzice dzieci przebywających na oddziale powyżej 22 dni (4,9), a najniższe od 15 do 21 dni (3,3) - $p \leq 0,05$.

W korelacji przyczyna hospitalizacji a kryteria główne i szczegółowe, nie wykazano zależności istotnych statystycznie ($p > 0,05$). Rodzice dzieci przyjętych w trybie nagłym wyżej ocenili możliwość uczestnictwa w opiece (4,3) w porównaniu do przyjętych planowo (3,1) - $p \leq 0,05$. Podobnie w zakresie udziału rodziców w opiece nad dzieckiem wyższy poziom zadowolenia z uczestnictwa w podejmowaniu decyzji dotyczących opieki wykazali rodzice dzieci przyjętych w trybie nagłym (4,8) niż w planowym (4,3) - $p \leq 0,05$.

Zmienna jaką była płeć rodziców nie różnicowała istotnie statystycznie poszczególnych kryteriów szczegółowych dotyczących satysfakcji rodziców z opieki pielęgniarskiej $p > 0,05$. W opinii mężczyzn pielęgniarka zapewniała wyższy komfort dziecku (4,9) niż zdaniem kobiet (4,3) - $p \leq 0,05$. Adekwatnie wyższy poziom zadowolenia dotyczącego aktywnego uczestnictwa w podejmowaniu decyzji odnośnie opieki nad dzieckiem wykazali mężczyźni (4,9) niż kobiety (4,6) - $p \leq 0,05$.

Miejsce zamieszkania rodziców nie różnicowało istotnie statystycznie poszczególnych kryteriów głównych i szczegółowych satysfakcji rodziców z opieki pielęgniarskiej - $p > 0,05$.

Rodzice legitymujący się wykształceniem podstawowym cztery kryteria główne w pomiarze satysfakcji ocenili na najwyższym poziomie w porównaniu do badanych z innym wykształceniem (tabela 3).

Analizując korelację wykształcenia z kryteriami szczegółowymi dotyczącymi informowania najniższy poziom satysfakcji wykazali rodzice z wykształceniem zawodowym. W zakresie opieki i leczenia w większości kryteriów szczegółowych bardziej zadowoleni byli opiekunowie z wykształceniem podstawowym, a najmniej z wyższym (tabela 4).

Dyskusja. Badanie satysfakcji rodziców/opiekunów z opieki pielęgniarskiej na oddziałach pediatrycznych w Polsce z zastosowaniem standaryzowanego narzędzia badawczego ma innowatorski charakter. Wielu autorów w Polsce badało dotąd tylko wybrane, wycinkowe elementy satysfakcji z opieki, stosując przy tym narzędzia badawcze własnej konstrukcji nie poddawane walidacji. [Bednarek 2011, ss. 27–33; Bilicka 2009, ss. 20–25,

Gawlik 2012, ss. 11–14; Łukasik 2010, ss. 169–175; Sochocka 2011, ss. 19–25; Waksmańska 2012, ss. 70–75]. W piśmiennictwie zachodnim ocena zadowolenia z opieki pielęgniarstka stanowi poważny element badawczy, w którym stosuje się standaryzowane narzędzia badawcze [Bragadóttir 2012, ss. 12–21; Cogul 2012, ss. 12–21; Latour 2009, ss. 255–266; Ygge 2001, ss. 33–43]. W Polsce nie było dotąd prowadzonych badań z zastosowaniem standaryzowanych narzędzi dotyczących pomiaru satysfakcji z opieki pielęgniarstka na oddziałach pediatrii, co utrudnia porównanie uzyskanych wyników z podobnymi badaniami.

Tabela 2. Fragment „Standaryzowanego kwestionariusza oceny poziomu zadowolenia rodziców / opiekunów z opieki pielęgniarstka” wg Latour

Lp.	Treść kryteriów szczegółowych	Kryteria główne	Pozycja w kwestionariuszu
1.	Pielęgniarka informowała o zasadach pielęgnowania dziecka	I Informacje	1.
2.	Pielęgniarka nie podawała sprzecznych informacji		2.
3.	Pielęgniarka informowała zrozumiale i rzeczowo		3.
4.	Pielęgniarka informowała o zmianach w pielęgnowaniu dziecka		4.
5.	Pielęgniarka codziennie informowała o pielęgnowaniu dziecka		5.
6.	Pielęgniarka przekazywała informacje w odpowiednim czasie o pielęgnowaniu dziecka		6.
7.	Pielęgniarka zapoznała z zasadami funkcjonowania oddziału		7.
8.	Pielęgniarka poinformowała o godzinach odwiedzin		8.
9.	Pielęgniarka była wyczulona na komfort dziecka	II Opieka i leczenie	9.
10.	Pielęgniarka niezwłocznie reagowała na zmiany stanu dziecka		10.
11.	Pielęgniarka uczestniczyła w zapobieganiu/lagodzeniu dolegliwości bólowych		11.
12.	Pielęgniarka podawała lek w odpowiednim czasie		12.
13.	Pielęgniarka posiadała wiedzę dotyczącą stanu bio-psycho-społecznego dziecka		13.
14.	Pielęgniarka zapewniła wsparcie emocjonalne		14.
15.	Pielęgniarka zapewniła wsparcie duchowe		15.
16.	Pielęgniarka wykazała się troskliwym podejściem do rodziców/opiekunów		16.
17.	Pielęgniarka przygotowywała do opieki w domu po wypisie z oddziału		17.
18.	Pielęgniarka była dostępna dla dziecka w miarę potrzeb	III Dostępność	18.
19.	Pielęgniarka była dostępna dla rodziców/opiekunów w miarę potrzeb		19.
20.	Rodzice współpracowali z zespołem pielęgniarstka	IV Uczestnictwo rodziców	20.
21.	Pielęgniarka przygotowała rodziców/opiekunów do opieki nad dzieckiem		21.
22.	Pielęgniarka pytała o oczekiwania rodziców/opiekunów dotyczące opieki nad dzieckiem		22.
23.	Pielęgniarka zachęcała rodziców/opiekunów do bycia blisko dziecka w trakcie hospitalizacji		23.
24.	Rodzice/opiekunowie aktywnie uczestniczyli w podejmowaniu decyzji dotyczących opieki ich dziecka		24.
25.	Pielęgniarka stymulowała rodziców/opiekunów do przebywania z dzieckiem w czasie badań i czynności pielęgnacyjnych		25.

Źródło: Latour i wsp. 2009. Modyfikacja i walidacja własna.

Tabela 3. Poziom wykształcenia a satysfakcja opiekunów w zakresie kryteriów głównych

		Kryteria główne wg. Kwestionariusz oceny poziomu zadowolenia rodziców z opieki pielęgniarzkiej																							
Lp.	Wykształcenie	I. Informacje						II. Opieka i leczenie						III. Dostępność						IV. Udział rodziców					
		$\bar{X}$	N	SD	Min	Max	H	$\bar{X}$	N	SD	Min	Max	H	$\bar{X}$	N	SD	Min	Max	H	$\bar{X}$	N	SD	Min	Max	H
1.	Podstawowe	4,5	13	0,4	3,9	5,0	0,009	4,5	13	0,4	4,1	5,0	0,098	5,0	13	0,0	5,0	5,0	0,025	4,5	13	0,5	3,8	5,0	0,047
2.	Zawodowe	3,5	16	0,9	2,0	4,8		4,1	16	0,5	3,0	5,0		4,3	16	0,9	2,5	5,0							
3.	Średnie	4,2	50	0,7f	2,1	5,0		4,3	50	0,8	2,3	5,0		4,5	50	0,8	2,0	5,0							
4.	Wyższe	3,9	40	0,9	1,6	5,0		4,1	40	0,9	1,1	5,0		4,4	40	0,7	3,0	5,0		4,0	40	0,7	2,3	5,0	

$\bar{x}$ - średnia, N – liczba badanych, SD – Standard Deviation – odchylenie standardowe, Min – minimum, Max maximum, H – test Kruskala – Wallisa

Źródło: wyniki badań własnych.

Tabela 4. Satysfakcja rodziców z uwzględnieniem kryteriów szczegółowych a poziom wykształcenia

H	Podstawowe		Zawodowe		Średnie		Wyszze		Wykształcenie			
	Max	Min	Max	Min	Max	Min	Max	Min	Max	Min		
0,058	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	1.	Pielęgniarka informowała o zasadach pielęgowania dziecka
0,006	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	2.	Pielęgniarka nie podawała sprzecznych informacji
0,062	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	3.	Pielęgniarka informowała zrozumiale i rzeczowo
0,013	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	4.	Pielęgniarka informowała o zmianach w pielęgowaniu dziecka
0,049	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5.	Pielęgniarka codziennie informowała o pielęgowaniu dziecka
0,151	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	6.	Pielęgniarka przekazywała informacje w odpowiednim czasie pielęgowaniu dziecka
0,006	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	7.	Pielęgniarka zapoznała się z zasadami funkcjonowania oddziału
0,006	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	8.	Pielęgniarka poinformowała o godzinach odwiedzin
0,010	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	9.	Pielęgniarka była wyczulona na komfort dziecka
0,034	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	10.	Pielęgniarka niezwłocznie reagowała na zmiany stanu dziecka
0,484	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	11.	Pielęgniarka uczestniczyła w zapobieganiu/ łagodzeniu dolegliwości bólowych
0,369	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	12.	Pielęgniarka podawała lek w odpowiednim czasie
0,198	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	13.	Pielęgniarka posiadała wiedzę dotyczącą stanu bio-psycho-społecznego dziecka
0,125	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	14.	Pielęgniarka zapewniała wsparcie emocjonalnie
0,07	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	15.	Pielęgniarka zapewniała wsparcie duchowe
0,005	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	16.	Pielęgniarka wykazała się troskliwym podejściem do rodziców/opiekunów
0,026	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	17.	Pielęgniarka przygotowywała do opieki w domu po wypisie z oddziału
0,041	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	18.	Pielęgniarka była dostępna dla dziecka w miarę potrzeb
0,025	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	19.	Pielęgniarka była dostępna dla rodziców/opiekunów w miare potrzeb
0,047	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	20.	Rodzice współpracowali z zespołem pielęgniarek
0,025	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	21.	Pielęgniarka przygotowała rodziców/opiekunów do opieki nad dzieckiem
0,001	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	22.	Pielęgniarka pytała o oczekiwania rodziców/opiekunów dotyczące opieki nad dzieckiem
0,059	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	23.	Pielęgniarka zachęcała rodziców/opiekunów do bycia blisko dziecka w trakcie hospitalizacji
0,125	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	24.	Rodzice/opiekunowie aktywnie uczestniczyli w podejmowaniu decyzji dotyczących opieki ich dziecka
0,001	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	25.	Pielęgniarka stymulowała rodziców/opiekunów do przebywania z dzieckiem w czasie badań i czynności pielęgnacyjnych

$\bar{X}$ - średnia, N - liczba badanych, SD - Standard Deviation - odchylenie standardowe, Mm - minimum, Max maximum, H - test Kruskala - Wallisa

W badaniach własnych, rodzice dzieci przebywających w jednym ze szpitali województwa podkarpackiego wyrazili wysoki poziom satysfakcji z opieki w zakresie czterech wybranych kryteriów opieki pielęgniarstwie. W badaniach innych autorów stosujących autorskie narzędzia badawcze dotyczące pomiaru zadowolenia z usług pielęgniarstwie na oddziałach dziecięcych zdecydowana większość opiekunów (66,7%) w Opolu [Sochocka 2011, ss. 19–25] i w Bydgoszczy (83,0%) [Bilicka 2009, ss. 20–25] deklaruje zadowolenie z czynności pielęgnacyjno-opiekunich wykonywanych przez pielęgniarki. W badaniach Gawlik i wsp. w Bielsku-Białej [2012, ss. 11–14] jeszcze większy odsetek (89,1%) rodziców dzieci hospitalizowanych był usatysfakcjonowany z opieki pielęgniarstwie.

Poddane analizie w badaniach własnych cztery kryteria główne pomiaru satysfakcji nie różnicowała istotnie liczba posiadanych dzieci oraz ich wiek. Natomiast wraz z dłuższym czasem hospitalizacji dziecka, rodzice byli bardziej usatysfakcjonowani z opieki. W badaniach prowadzonych na oddziale dziecięcym Sochocka i wsp. [2011, ss. 19–25], stosując w pomiarze autorskie narzędzie badawcze, nie wykazały korelacji między czasem pobytu dziecka na oddziale a poziomem satysfakcji opiekunów z opieki pielęgniarstwie.

W badaniach, własnych kryteria główne i szczegółowe dotyczące informowania, opieki i leczenia oraz dostępności opiekunowie ocenili na zbliżonym poziomie. Dotyczyło to zarówno dzieci przyjętych nagle, planowo jak i przeniesionych z innego oddziału lub szpitala. Natomiast w badaniach Bilickiej [2009, ss. 20–25] stopień zadowolenia opiekunów dzieci z opieki pielęgniarstwie, nie różnicował tryb przyjęcia dziecka do szpitala.

Rodzice, w badaniach własnych, najniżej ocenili kryterium główne - informowanie. Komunikowanie się pielęgniarki z dzieckiem i jego opiekunami to ważny element opieki podczas hospitalizacji. [Stefaniak 2009, ss. 212–216]. Umiejętność udzielania informacji przez pielęgniarkę ułatwia współpracę z rodzicami i pracę w zespole interdyscyplinarnym [Waksmańska 2012, ss. 70–75]. Nieprawidłowa komunikacja kadry medycznej, a zwłaszcza pielęgniarek sprawia, że rodzice nie uczestniczą aktywnie w wykonywaniu zabiegów pielęgnacyjnych u dzieci (45,0%) [Łukasik 2010, ss. 169–175]. Informowanie rodziców o zasadach funkcjonowania oddziału podnosi poziom satysfakcji z opieki pielęgniarstwie [Sochocka 2011, ss. 19–25]. W badaniach własnych informowanie najwyżżej ocenili opiekunowie dzieci w przedziale wieku od 7 do 12 lat oraz rodzice

pacjentów przebywających w szpitalu powyżej 3 tygodni. Począwszy od pierwszego tygodnia wraz z wydłużaniem się okresu hospitalizacji rodzice deklarowali wyższe zadowolenie wynikające z niewystępowania sprzecznych informacji w komunikowaniu. W badaniach Bilickiej i wsp. [2009, ss. 20–25] udzielanie informacji dotyczących dziecka i wykonywanych czynności zawodowych przez 74,0% rodziców został oceniony wysoko z zaznaczeniem, że były one jednoznaczne i zrozumiałe. W większym stopniu usatysfakcjonowani z informowania byli rodzice dzieci operowanych niż hospitalizowanych w celach diagnostycznych. Zbliżony odsetek rodziców (75,2%) w badaniach Gawlik i wsp. [2012, ss. 11–14] komunikatywność pielęgniarek ocenił wysoko. W grupie przebadanej przez Waksmańską i wsp. [2012, ss. 70–75] informowanie wysoko oceniło aż 97,5% opiekunów.

Opieka i leczenie to ważne aspekty działań zawodowych pielęgniarki w procesie pielęgnowania. Kryterium to w badaniach własnych najwyżej ocenili opiekunowie dzieci w przedziale wieku od 7 do 12 lat. W badaniach Bednarek i wsp. [2011, ss. 27–33] w opinii 68,4% opiekunów dzieci, pielęgniarka powinna wykonywać czynności lecznicze i diagnostyczne. Ponad połowa badanych (60,4%) wskazała, że pielęgniarki bardzo dobrze realizowały zadania zawodowe, natomiast co trzeci opiekun (33,8%) ocenił je na poziomie dobrym, a 6,0% na dostatecznym.

W szpitalu podkarpackim dbałość o komfort dziecka, szybkie reagowanie na zmiany stanu dziecka, zapewnienie wsparcia duchowego oraz opiekuńczy stosunek do rodziców najwyżej ocenili badani z wykształceniem podstawowym a najniżej z wyższym. W opinii 87,1% rodziców w szpitalu w Bielsku-Białej to pielęgniarka udzielała wsparcia rodzicom w opiece nad dzieckiem [Gawlik 2012, ss. 11–14]. Zdaniem rodziców na oddziale dziecięcym 59,0% dzieci otrzymało wysoki poziom wsparcia od pielęgniarki, a 34,0% przeciętny [Bilicka 2009, ss. 20–25]. W badaniach Gawlik i wsp. [2012, ss. 11–14] w opinii 71,3% rodziców pielęgniarka reagowała i udzielała wsparcia, adekwatnie na potrzeby dziecka.

W badaniach własnych najczęściej rodzice z wykształceniem podstawowym dzieci hospitalizowanych byli wysoce usatysfakcjonowani z okazywania opiekuńczości przez pielęgniarki oraz przygotowania ich do wypisu. W innych badaniach autorzy wskazali, że 76,0% opiekunów dzieci hospitalizowanych było zadowolonych z przygotowania ich do wypisu przez pielęgniarkę [Bilicka 2009, ss. 20–25].

Dostępność pielęgniarki w badaniach własnych opiekunowie hospitalizowanych dzieci ocenili najwyżej spośród wszystkich kryteriów głównych. Najczęściej taką opinię deklarowali rodzice mający minimum dwoje dzieci i badani z wykształceniem podstawowym. Wraz z wydłużaniem się czasu hospitalizacji rodzice wyżej oceniali dostępność pielęgniarki. Jak wynika z badań innych autorów w opinii 87,5% rodziców pielęgniarka poświęca najwięcej czasu małemu pacjentowi podczas hospitalizacji. Dodatkowo dostępność pielęgniarki zdaniem 56,3% opiekunów podnosi jakość sprawowanej opieki pielęgniarskiej. W innych badaniach dla 41,7% rodziców dostępność pielęgniarek była na optymalnym poziomie [Sochocka 2011, ss. 19–25]. Rodzice uczestniczący w badaniach Łukasik i wsp. wskazali, że bezpośredni kontakt z kadrą pielęgniarską oddziału podczas hospitalizacji dziecka to ważny element opieki nad chorym dzieckiem [Łukasik 2010, ss. 169–175].

Udział rodziców/opiekunów w opiece, na który składały się zgodnie z narzędziem standaryzowanym m.in. współpraca rodziców/opiekunów z zespołem pielęgniarskim oraz zainteresowanie pielęgniarek oczekiwaniami rodziców, korzystniej w badaniach własnych ocenili badani z wykształceniem podstawowym. W badaniach innych autorów zdecydowana większość opiekunów (81,5%) była usatysfakcjonowana ze współpracy z pielęgniarkami. [Waksmańska 2012, ss. 70–75].

W badaniach własnych przygotowanie rodziców/opiekunów do opieki nad dzieckiem najniżej ocenili rodzice z wykształceniem zawodowym. Podczas pierwszego pobytu na oddziale opiekunowie wyrazili wyższy stopień zadowolenia dotyczący zainteresowania pielęgniarki oczekiwaniami rodziców odnośnie zasad opieki nad dzieckiem. W badaniach Bilickiej [2009, ss. 20–25] 64,0% rodziców wskazało, że pielęgniarki były w wysokim stopniu zainteresowane stanem dziecka, natomiast 33,0% deklarowało przeciętne zainteresowanie, a 5,0% określiło jako niskie.

Współdecydowanie rodziców/opiekunów o procesie opieki nad dzieckiem to ważny element nowoczesnego pielęgnowania. W badaniach własnych wykazano, że im dłuższa hospitalizacja tym wyższa satysfakcja rodziców z czynnego udziału w podejmowaniu decyzji odnośnie opieki. W badaniach Łukasik i wsp. [2010, ss. 169–175], co drugi opiekun uczestniczył w wykonywaniu zabiegów pielęgnacyjnych, procesie leczenia oraz organizacji czasu wolnego dziecka podczas hospitalizacji. Zdaniem rodziców/opiekunów pobyt z dzieckiem w szpitalu pozwala na udział

w obrazowych badaniach diagnostycznych (rentgenowskim, ultrasonograficznym) oraz pobieraniu materiałów do badań (stolca, moczu i krwi), co zmniejsza lęk, a dodatkowo umożliwia kadrze medycznej łatwiejsze nawiązanie kontaktu z dzieckiem.

W badaniach własnych opiekunowie dzieci przyjętych w trybie nagłym na oddział wykazywali wyższy poziom zadowolenia z możliwości uczestniczenia w opiece oraz czynnego udziału w opiece nad dzieckiem. W badaniach Bednarek i wsp. [2011, ss. 27–33] zdaniem rodziców 72,0% z nich angażowało się w opiekę nad dzieckiem.

Wnioski. Wybrane elementy opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem na oddziale pediatrii zostały wysoko ocenione przez opiekunów. Pomiar satysfakcji z opieki pielęgniarskiej z zastosowaniem standaryzowanego narzędzia badawczego powinien być kontynuowany na oddziałach pediatrycznych innych poziomów referencyjności. Opinie rodziców na temat oczekiwań wobec opieki stanowią miernik usług medycznych na oddziale pediatrii, które należy uwzględnić przy ocenie jakości opieki.

Bibliografia

- Bednarek A., Mianowana W., Jachorek M. (2011), *Oczekiwania rodziców hospitalizowanych noworodków w zakresie realizowanej opieki*. Część I, „Problemy Pielęgniarstwa”, 19(1): 27-33.
- Bilicka D., Korbińska M., Popow A., Szewczyk M.T. (2009), *Oczekiwania rodziców względem opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem w warunkach szpitalnych*, „Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne”, 1: 20-25.
- Bragadóttir H., Reed D. (2012), *Psychometric instrument evaluation: the pediatric family satisfaction questionnaire*, „Pediatric Nursing”, 28(5): 475-482.
- Cogul E.C., Pozón L.S., Garcia M.R., Soler D.M., Guillermo J.R., Ribera R.P., Morales V.M. (2012), *Assessment of parental satisfaction in a neonatal unit*, „An Pediatr (Barc)”, 77(1): 12-21.
- Dobska M., Rogoziński K. (red.) (2013), *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, Wyd. PWN, Warszawa.
- Europejska Karta Praw Dziecka. (2011), [online], www2.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m4&ms=1&ml=pl&mi=5&mx=0&mt=&my=5&ma=01435, dostęp: 23 czerwca 2014.
- Gawlik K., Waksmańska W., Łukasik R. (2012), *Opieka pielęgniarska nad dzieckiem hospitalizowanym w opinii rodziców*, „Pielęgniarstwo XXI wieku”, 1(38): 11-14.

Karkowski T. (2013), *Zarządzanie relacjami pielęgniarka-pacjent w usługach medycznych* [w:] B. Pietrzak, T. Karkowski (red.), *Zarządzanie personelem pielęgniarskim w podmiotach leczniczych. Zagadnienia wybrane*, Wyd. ABC a Wolters Kluwer business. Warszawa: 185-214.

Latour J.M, Hazelzet J.A., Duivenvoorden H.J., van Goudoever J.B. (2009, *Construction of a parent satisfaction instrument: Perceptions of pediatric intensive care nurses and physicians*, „Journal of Critical Care”, 24: 255-266.

Łukasik R., Waksmańska W., Gawlik K. (2010), *Aspekty pobytu rodziców wraz z dzieckiem w szpitalu*, „Problemy Pielęgniarstwa”, 18(2): 169-175.

Nęcki Z., Kęsy M. (red.) (2013), *Postawy personelu medycznego wobec zarządzania szpitalem*, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.

Piskorz-Ogórek K. (2014), *Hospitalizacja jako sytuacja trudna dla dziecka i rodziny*. [w:] M. Kaczmarski, K. Piskorz-Ogórek (red.), *Pediatriczna i pielęgniarstwo pediatryczne. Wybrane zagadnienia*. Wyd. Help-Med., Kraków: 3-22.

Sochocka L., Wojtylko A. (2011), *Poczucie satysfakcji podopiecznych Oddziału Chirurgii Dziecięcej WCM w Opolu a model opieki funkcjonujący w Oddziale*, „Piel. Zdr. Publ.”, 1(1): 19-25.

Stefaniak K., Bassa A., Wójcik R. (2009), *Oczekiwania rodziców dzieci hospitalizowanych wobec pielęgniarki*, „Pielęgniarstwo Polskie, 3(33): 212-216.

Waksmańska W., Łukasik R., Gawlik K. i in. (2012), *Oczekiwania rodzin pacjentów a postawy personelu medycznego – analiza na przykładzie Szpitala Pediatrycznego w Białymstoku-Białej*, „Problemy Pielęgniarstwa”, 20(1): 70-75.

Ygge B.M., Arnetz J.E. (2001), *Quality of paediatric care: application and validation of an instrument for measuring parent satisfaction with hospital care*, „Int J Qual Health Care”, 13 (1): 33-43.

Anna Bednarek

Violetta Mianowana

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wiedza rodziców na temat szczepień przeciwko ospie wietrznej i pneumokokom oraz decyzja o zaszczepieniu dziecka na przykładzie wybranych placówek lekarza rodzinnego

Parental knowledge and decision-making about having children vaccinated against chickenpox and pneumococci based on the example of selected family doctor surgeries

Abstract

Introduction: Realization of prophylactic vaccination is a recommended form of preventing infectious diseases and their possible complications in healthy children. The role of the parents or carers in the process of deciding whether the child should receive both obligatory and recommended vaccines, including those against smallpox and pneumococci, is all-important.

The aim of the study: Evaluation of parental knowledge about vaccination against smallpox and pneumococci and of parental decisions whether to go ahead with the vaccination in the selected family doctor surgeries.

Material and method: A diagnostic survey was used for the purposes of the present study. In order to check the extent of parental knowledge about vaccination against smallpox and pneumococci as both obligatory and recommended forms of immunization, an original questionnaire was prepared and it served as the investigation tool. The questionnaire was also used to find out which forms of providing information about the vaccines as well as adverse postvaccinal reactions were preferred by the parents. The parents were to make up their minds whether they would agree to their children's being vaccinated against smallpox and pneumococci. The study included 354 parents who were provided medical services by family doctor surgeries in three different Polish provinces: the Lublin province, Podkarpackie province and Świętokrzyskie province. Before the survey was launched, the consent to carry it out was obtained from the head of each surgery as well as from the parents. The study was conducted in 2013 and with the approval of the Bioethical Committee of the Medical University of

Lublin. The database and statistics were conducted on the basis of STATISTICA 10.0 (StatSoft, Polska) computer programming.

Results: The highest level of parental knowledge about the vaccination (67.8%) was observed in the Lublin province. Moreover, 35.7% of the parents had already had their children vaccinated against smallpox and 53.6% of the surveyed parents had their children vaccinated against pneumococci. The level of parental knowledge in the Podkarpackie province was 44.2%, and in the Świętokrzyskie province - 36.7%. The percentage of the children in the Podkarpackie province who had already been vaccinated was: 17.7% (pneumococci) and 8.9% (smallpox), whereas in the Świętokrzyskie province - 28.3% (pneumococci) and 5.8% (smallpox). Education provided by the medical personnel had the greatest impact on parental making decisions concerning the choice of vaccine (76.0%, 82.0% and 88.0% in the provinces).

Conclusions: 1. Parental knowledge about vaccination against smallpox and pneumococci is largely dependent on demographic factors. 2. The percentage of children vaccinated against smallpox and pneumococci is different in each medical centre and it depends on the level of parental knowledge about vaccination. 3. Information provided by the medical personnel is the preferred form of getting to know about vaccination against smallpox and pneumococci.

Key-words: knowledge, parents, decision-making about having vaccinated chickenpox and pneumococci, children.

Wstęp

W profilaktyce chorób zakaźnych szczepienia ochronne wspomagają zdrowy rozwój dzieci i młodzieży poprzez uzyskanie osobniczej odporności na zachorowanie lub ograniczenie niepożądanych skutków choroby, a w skali globalnej sprzyjają osiągnięciu odporności populacyjnej, tj. ochrony przed czynnikami zakaźnymi, nie tylko zaszczepionych, ale także ich otoczenia [Czajka, Wysocki 2010, Endrich, Blank, Szucs 2009, ss. 4018–4024].

Rozwój technologii medycznych umożliwia produkcję nowych, wysoce skutecznych, o dużym profilu bezpieczeństwa szczepionek, a przede wszystkim kojarzenie wielu preparatów w jednej iniekcji, co zwiększa akceptację tej metody zapobiegawczej, szczególnie przez rodziców dzieci młodszych [Kochman, Rudzińska 2008 ss. 163–172].

Szczepienia w Polsce realizowane są w oparciu o Program Szczepień Ochronnych (PSO) ogłaszany przez Głównego Inspektora Sanitarnego, który zawiera listę szczepień obowiązkowych (bezpłatnych) oraz zalecanych (płatnych). Praktycznie każdego roku wprowadzane są modyfikacje w PSO w naszym kraju, pojawiają się nowe preparaty szczepionkowe, zmieniają się schematy uodparniania [Bernatowska 2011, ss. 895–908]. W ostatnich latach wiedza o szczepionkach rozwija się bardzo dynamicznie, dzięki konkretnym działaniom polityki zdrowotnej Państwa oraz

edukacji społeczeństwa przez pracowników medycznych merytorycznie zaangażowanych w realizację szczepień, przede wszystkim u dzieci i młodzieży.

Szczepienia przeciwko ospie wietrznej i pneumokokom stosowane są w polskim PSO od ponad 10 lat. Obecnie są obowiązkowe u dzieci w określonych grupach ryzyka, a zalecane u zdrowych. Ich realizacja jest skutecznym narzędziem w zapobieganiu chorobom zakaźnym i infekcyjnym oraz ich powikłaniom [Albrecht, Bernatowska, Dobrzańska i wsp. 2007 ss. 486–491, Gowin, Wysocki 2011, ss. 121–123].

Ospa wietrzna uznawana jest powszechnie za chorobę łagodną i typową dla wieku dziecięcego. Charakteryzuje się występowaniem swędzących, grudkowo-pęcherzykowych wykwitów skórnych, którym zazwyczaj towarzyszy gorączka i złe samopoczucie. Ospa wietrzna może jednak spowodować ciężkie powikłania, konieczność hospitalizacji, a nawet interwencji chirurgicznych, szczególnie u noworodków i niemowląt oraz u dzieci podczas leczenia immunosupresyjnego [Vazquez 2004, ss. 80–84, Vessey, Chan, Kuter 2001, ss. 297–304]. U 1–2% z nich dochodzi do wystąpienia istotnych klinicznie zmian w ośrodkowym układzie nerwowym, w tym głównie ataksji mózdzkowej i zapalenia mózgu [Bozzola et al. 2012, ss. 5785–5790]. W Polsce powikłania ospy wietrznej wymagające hospitalizacji zdarzają się w 7–8 przypadkach na 1000 zachorowań [Janowska-Folusiak 2011, ss. 86–89].

Zakażeniom wywołanym przez wirus ospy wietrznej (*Varicella-zoster*) można zapobiegać poprzez stosowanie czynnego uodpornienia. Polski PSO zaleca szczepienia przeciwko tej chorobie, zarówno w grupach ryzyka, jak i u dzieci zdrowych od 2002 roku [Duszczyk, Marczyńska, Talarek 2009, ss. 63–67]. Wg danych PZH w województwie lubelskim w 2012 roku liczba osób zaszczepionych na ospę wietrzną wyniosła 1224, w podkarpackim 1269, a w świętokrzyskim 208 osób [Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, Państwowy Zakład Higieny, 2013].

Streptococcus pneumoniae (pneumokok) należy do bakteryjnych patogenów występujących w organizmie dzieci i dorosłych, odpowiedzialnych za szereg chorób inwazyjnych o wysokiej śmiertelności oraz trwałych powikłaniach. Zakażenia pneumokokowe są najczęściej występującymi pozaszpitalnymi infekcjami bakteryjnymi. Wywołują one przede wszystkim płatowe i odoskrzelowe zapalenie płuc o ciężkim przebiegu, które może prowadzić nawet do śmierci lub powoduje symptomy zapalenia opon mó-

zgowo–rdzeniowych, będące powikłaniem zapalenia płuc z posocznica. Zakażenie pneumokokami występuje we wszystkich grupach wieku, ale szczególnie narażone są małe dzieci poniżej 2. r.ż. [Szenborn 2007, ss. 22–28].

W USA, przed wprowadzeniem szczepionki skoniugowanej w 2000 roku, notowano każdego roku 17 000 przypadków inwazyjnej choroby pneumokokowej (IChP), a ogółem z powodu zakażeń pneumokokowych umierało rocznie około 40 000 osób. W Polsce wielośrodkowe badanie dotyczące występowania IChP wykazało zapadalność na poziomie innych krajów europejskich i wyniosło 19/100 000 u dzieci poniżej 2. r.ż. [Patrzalek, Albrecht, Sobczyński 2011, ss. 51–56]. W 2006 roku do polskiego PSO wprowadzono szczepienie przeciwko pneumokokom jako zalecane dla wszystkich dzieci poniżej 2. r.ż. oraz dzieci w wieku od 2. do 5. r.ż. z grup wysokiego ryzyka, w tym dzieci uczęszczających do żłobka lub przedszkola. Natomiast od 2008 roku szczepionka przeciwko *Streptococcus pneumoniae* znajduje się już w obowiązkowym PSO dla dzieci do 5. r.ż., o podwyższonym ryzyku zachorowania na IChP [Pokorna-Kalwiak, Maścierz-Migas 2010, ss. 63–68].

W Polsce zarejestrowane są dwa rodzaje szczepionki przeciwko pneumokokom, polisacharydowa i skoniugowana. Dla dzieci poniżej 2. r.ż. przeznaczone są szczepionki skoniugowane. Obecnie stosowana jest szczepionka trzynastowalentna (PCV13) lub dziesięciowalentna (PCV10). Natomiast szczepionka polisacharydowa (PPV23) zalecana jest u dzieci powyżej 2. r.ż. jako cenne uzupełnienie immunizacji PCV13 lub PCV10 [Szenborn 2007, ss. 22–28, Korona-Główniak, Malm 2010, ss. 106–110]. Według danych PZH za 2012 rok, w województwie lubelskim przeciwko *Streptococcus pneumoniae* zostało zaszczepionych 8419 osób, w tym najwięcej dzieci w przedziale 0–14 lat (7317 osób). W województwie podkarpackim łącznie zaszczepiono 7150 osób, a w świętokrzyskim 5946. Podobnie jak w województwie lubelskim, najwięcej zaszczepiono dzieci w przedziale wieku 0–14 lat, tj. 6594 osób w podkarpackim i 5538 osób w świętokrzyskim [Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, Państwowy Zakład Higieny, 2013].

Decyzja rodziców o zaszczepieniu dziecka jest wynikiem przede wszystkim ich wiedzy o szczepieniach i potrzeby współdecydowania o zdrowiu własnych dzieci. Ważnym zadaniem regulowanym ustawowo, a jednocześnie obowiązkiem moralnym pracowników medycznych reali-

zujących szczepienia ochronne u dzieci jest dostarczenie rodzicom rzetelnej, sprawdzonej naukowo informacji o szczepieniach i nowych preparatach szczepionkowych, uwzględnianych w aktualizowanym co roku PSO [Rogalska, Augustynowicz, Gzyl i wsp. 2010, ss. 83–90].

Celem badań podjętych w pracy była ocena wiedzy rodziców na temat szczepień przeciwko ospie wietrznej i pneumokokom oraz ich decyzji o zaszczepieniu dziecka w wybranych placówkach lekarza rodzinnego.

Metoda i materiał badań

Dla celów niniejszego badania posłużono się metodą sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety dotyczący wiedzy rodziców na temat szczepień przeciwko ospie wietrznej i pneumokokom realizowanych jako obowiązkowe i zalecane, preferowanych form informacji o tych szczepieniach oraz niepożądanych odczynach poszczepiennych. Ponadto zapytano rodziców o ich decyzje odnośnie realizacji szczepień przeciwko ospie wietrznej i pneumokokom u swoich dzieci.

Badaniami ankietowymi objęto łącznie 354 rodziców korzystających z usług medycznych w trzech ośrodkach NZOZ z województwa lubelskiego, podkarpackiego i świętokrzyskiego. Badania zostały przeprowadzone w 2012 roku w poradni dziecięcej NZOZ PULS-MED w Lublinie, w Samodzielnym Publicznym Miejskim Zespole POZ – Przychodni Zdrowia nr 2 w Sanoku i Centrum Medycznym „Eskulap” w Sandomierzu. Wszystkie placówki udzielają bezpłatnych świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, w ramach umowy z NFZ. Jednocześnie realizują i standardowo promują szczepienia ochronne wśród rodziców, w tym nowoczesne, skojarzone preparaty szczepionkowe. Do badania zakwalifikowano rodziców dzieci od 2. m.ż. do 5. r.ż., w tym 112 osób z placówki medycznej w województwie lubelskim, 122 z podkarpackiego i 120 ze świętokrzyskiego. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę kierownika każdej placówki i ankietowanych rodziców. Badania przeprowadzono za zgodą Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

Uzyskane wyniki sondażu diagnostycznego poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono przy pomocy wartości średniej, mediany i odchylenia standardowego, a dla niemierzalnych przy pomocy liczności i odsetka. Dla niepowiązanych cech jakościowych do wykrycia istnienia różnic między porówny-

wanymi grupami użyto testu jednorodności χ^2 . Do zbadania istnienia zależności między badanymi cechami użyto testu niezależności χ^2 . Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$ wskazujący na występowanie istotnych statystycznie różnic bądź zależności. Bazę danych i badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe STATISTICA 10.0 (StatSoft, Polska).

Charakterystyka badanych grup

Wśród 112 ankietowanych z Lublina 88,4% stanowiły kobiety, a 11,6% mężczyźni. Średni wiek rodziców wynosił $31,5 \pm 4,52$ lata (od 21 do 43 lat). Ankietowani najczęściej posiadali wykształcenie wyższe (75,0%). Większość z nich miała bardzo dobrą (42,7%) lub dobrą (34,3%) sytuację ekonomiczną, natomiast 5,4% ankietowanych deklarowało bardzo złą sytuację materialną.

Spośród 122 badanych z Sanoka 89,3% stanowiły kobiety, a 10,7% mężczyźni. Średni wiek rodziców wynosił $29,5 \pm 3,42$ lata (od 23 do 45 lat). Również najwięcej ankietowanych (65,7%) miało wykształcenie wyższe, 28,4% średnie, a 5,9% zawodowe. Większość badanych deklarowała dobrą (57,4%) lub bardzo dobrą (24,6%) sytuację materialną, a 4,1% uznało kondycję finansową swojej rodziny za bardzo złą.

W Sandomierzu w badaniach ankietowych uczestniczyło 120 kobiet w wieku 21–35 lat. Najwięcej z nich było w przedziale wieku 26–30 lat (54,2%) oraz 21–25 lat (34,2%). Ponad połowa matek (50,8%) posiadała wyższe wykształcenie, 37,5% średnie, a 11,7% zawodowe. Większość ankietowanych przyznało, że ma dobrą (75,0%) lub bardzo dobrą (18,3%) sytuację materialną, a 6,7% uznało sytuację ekonomiczną swojej rodziny za złą.

Wyniki badań

Wiedza rodziców na temat podstawowych aspektów dotyczących szczepień ochronnych jest niewątpliwie ważnym elementem podejmowania decyzji o realizacji i formie immunoprofilaktyki u dzieci.

Tabela 1. Wiedza rodziców na temat szczepień przeciwko ospie wietrznej i pneumokokom

Obszary wiedzy	Placówka lubelska			Placówka z podkarpaciego			Placówka ze świętokrzyskiego		
	Stan wiedzy	N	%	Stan wiedzy	N	%	Stan wiedzy	N	%
Podstawowe wiadomości o ospie wietrznej	Prawidłowa	76	67,8	Prawidłowa	54	44,2	Prawidłowa	44	36,7
	Nieprawidłowa	6	5,4	Nieprawidłowa	20	16,4	Nieprawidłowa	36	30,0
	Częściowa	30	26,8	Częściowa	48	39,3	Częściowa	40	33,3
OGÓŁEM (N=354)	RAZEM	112	100	RAZEM	122	100	RAZEM	120	100
Ogólne informacje o patogenie <i>Streptococcus pneumoniae</i>	Prawidłowa	50	44,7	Prawidłowa	49	40,1	Prawidłowa	48	40,0
	Nieprawidłowa	14	12,5	Nieprawidłowa	19	15,6	Nieprawidłowa	32	26,7
	Częściowa	48	42,8	Częściowa	54	44,3	Częściowa	40	33,3
OGÓŁEM (N=354)	RAZEM	112	100	RAZEM	122	100	RAZEM	120	100
Wskazania oraz przeciwwskazania do szczepień przeciwko ospie wietrznej i pneumokokom, postępowanie w NOP*	Prawidłowa	82	73,2	Prawidłowa	69	56,6	Prawidłowa	52	43,3
	Nieprawidłowa	12	10,7	Nieprawidłowa	13	10,6	Nieprawidłowa	15	12,5
	Częściowa	18	16,1	Częściowa	40	32,8	Częściowa	53	44,2
OGÓŁEM (N=354)	RAZEM	112	100	RAZEM	122	100	RAZEM	120	100
Zakażenia wywołane przez pneumokoki i możliwości szczepienia	Prawidłowa	56	50,0	Prawidłowa	25	20,5	Prawidłowa	18	15,0
	Nieprawidłowa	28	25,0	Nieprawidłowa	47	38,5	Nieprawidłowa	44	36,7
	Częściowa	28	25,0	Częściowa	50	41,0	Częściowa	58	48,3
OGÓŁEM (N=354)	RAZEM	112	100	RAZEM	122	100	RAZEM	120	100

Zagrożenia spowodowane ospą wietrzną, możliwości szczepienia	Prawidłowa	43	38,4	Prawidłowa	31	25,4	Prawidłowa	18	15,0
	Nieprawidłowa	39	34,8	Nieprawidłowa	52	42,6	Nieprawidłowa	49	40,8
	Częściowa	30	26,8	Częściowa	39	32,0	Częściowa	53	44,2
OGÓŁEM (N=354)	RAZEM	112	100	RAZEM	122		RAZEM	120	100

*NOP – niepożądany odczyn poszczepienny

Źródło: opracowanie własne.

Badając stan wiedzy rodziców na temat szczepień przeciwko ospie wietrznej i pneumokokom (tab.1) stwierdzono największą znajomość wszystkich obszarów tematycznych związanych z tymi szczepieniami w placówce z województwa lubelskiego (67,8%, 44,7%, 73,2%, 50,0%, 38,4% odpowiedzi prawidłowych dla analizowanych ogólnych kategorii pytań). Najbardziej znanymi dla rodziców obszarami wiedzy były zagadnienia dotyczące podstawowych informacji o ospie wietrznej i *Streptococcus pneumoniae*, następnie wskazań i przeciwwskazań do realizacji tych szczepień, a także postępowania w przypadku miejscowych, niepożądanych odczynów poszczepiennych. Największy procent odpowiedzi prawidłowych na temat zakażeń pneumokokowych (50,0%) i zagrożeń spowodowanych ospą wietrzną (38,4%) oraz możliwości szczepienia dzieci przeciwko tym patogenom wykazano w placówce lubelskiej. Najmniejszy procent odpowiedzi prawidłowych we wszystkich obszarach tematycznych dotyczących szczepień ochronnych (36,7%, 40,0%, 43,3%, 15,0%, 15,0%) stwierdzono w placówce z województwa świętokrzyskiego. Zakres prawidłowych odpowiedzi rodziców z placówki podkarpackiej dla poszczególnych kategorii tematycznych dotyczących analizowanych szczepień wyniósł 44,2%, 40,1%, 56,6% oraz 20,5% i 25,4% odnośnie wiedzy na temat zakażeń wywołanych przez pneumokoki i zagrożeń spowodowanych ospą wietrzną. Wykazano istotny statystycznie związek pomiędzy wiedzą rodziców na temat badanych szczepień a wykształceniem wyższym w placówce lubelskiej ($\chi^2=10,60$; $p=0,03$) oraz w placówce ze świętokrzyskiego ($\chi^2=59,73$; $p=0,01$).

Tabela 2. Źródła wiedzy rodziców na temat szczepień przeciwko ospie wietrznej i pneumokokom

Źródła	Placówka lubelska N=112		Placówka z podkarpackiego N=122		Placówka ze świętokrzyskiego N=120	
	N	%	N	%	N	%
Lekarz rodzinny	93	83,1	96	78,7	89	74,2
Pielęgniarka/położna	57	50,9	72	59,0	81	67,5
Materiały reklamowe w przychodni	27	24,1	45	36,9	34	28,3
Internet	37	33,4	39	29,6	29	30,8
Media (TV, radio)	45	40,1	44	36,1	42	35,0
Czasopisma	25	22,3	12	9,8	45	37,5
Rodzina/przyjaciele/znajomi	12	10,7	49	40,2	49	40,8

- Wartości nie sumują się do 100% ze względu na możliwość wyboru kilku odpowiedzi

Źródło: opracowanie własne.

Najważniejszym źródłem informacji o badanych szczepieniach dla rodziców we wszystkich placówkach (tab. 2) okazał się lekarz rodzinny (83,1% placówka lubelska, 78,7% placówka z podkarpackiego, 74,2% placówka ze świętokrzyskiego), a następnie pielęgniarka lub położna z gabinetu szczepień (50,9%, 59,0%, 67,5%). Inne ważne dla rodziców źródła informacji stanowiły także media (40,1%, 36,1%, 35,0%) i Internet (33,4%, 29,6%, 30,8%). Pozostałe sposoby pozyskiwania wiedzy to materiały reklamowe w przychodni (24,1%, 36,9%, 28,3%), czasopisma (22,3%, 9,8%, 37,5%) i osoby z najbliższego otoczenia (10,7%, 40,2%, 40,8%).

Realizacja szczepień przeciwko ospie wietrznej i pneumokokom w grupie ankietowanych rodziców była kolejnym zagadnieniem analizowanym w pracy. Wykazano, że rodzice z placówki lubelskiej najczęściej nie szczepili dzieci przeciwko ospie wietrznej (59,8%), 35,7% przyznało, że zaszczepiło swoje dziecko, a 4,5% badanych odpowiedziało, że nie wie. Ankietowani z placówki na Podkarpaciu, również w większości nie realizowali szczepień przeciwko ospie wietrznej (91,1%), natomiast 10 osób (8,9%) przyznało, że zaszczepiło swoje dzieci. W placówce ze świętokrzyskiego rodzice także najczęściej nie szczepili dzieci przeciwko ospie wietrznej (94,2%) i podobnie 9 osób (5,8%) przyznało, że zaszczepiło swoje dziecko.

Ankietowani z placówki lubelskiej, w większości szczepili dzieci przeciwko pneumokokom (53,6%), 42,9% przyznało, że nie szczepiło, a 3,5%

odpowiedziało, że nie wie. Rodzice z placówki na podkarpaciu najczęściej nie szczepili dzieci przeciwko pneumokokom (82,3%). Natomiast szczepieniu poddało swoje dzieci 17,7% rodziców. W placówce ze świętokrzyskiego 28,3% rodziców zaszczepiło dzieci przeciwko pneumokokom, natomiast 71,7% nie realizowało tego szczepienia. Rodzice w bardzo dobrej sytuacji ekonomicznej istotnie częściej szczepili swoje dzieci przeciwko pneumokokom, ale w przypadku szczepienia przeciwko ospie wietrznej nie wykazano takiego związku (placówka lubelska; analiza statystyczna: $\chi^2=8,51$; $p=0,01$).

Tabela 3. Powody niezaszczepienia dzieci przeciwko ospie wietrznej i pneumokokom

Odpowiedzi	N	%
Brak informacji o możliwości szczepienia	89	25,1
Nieprzekonanie o skuteczności szczepionki	43	12,1
Strach przed niepożądanym odczynem poszczepiennym	40	11,3
Możliwości finansowe	35	9,9
Obawa o prawidłowy rozwój dziecka	147	41,6

Źródło: opracowanie własne.

Z badań wynika, że najczęstszym powodem niezaszczepienia dziecka przeciwko ospie wietrznej i pneumokokom (tab.3) była obawa o prawidłowy rozwój dziecka (41,6%) oraz deficyt informacji o możliwości zaszczepienia (25,1%). Inne motywy nierealizowania szczepienia to: nieprzekonanie o skuteczność szczepionki (12,1%), a także strach przed niepożądanym odczynem poszczepiennym (11,3%), natomiast rzadziej powodem były względy finansowe (9,9%).

Omówienie wyników badań i dyskusja

Kontrolowane indukowanie odporności poprzez szczepienia ochronne jest obecnie praktyką stosowaną powszechnie w celu zapobiegania chorobom zakaźnym oraz ich następstwom. Realizacja szczepień ochronnych w Polsce jest na dobrym poziomie i wynosi ok. 94% populacji. Odsetek ten jest większy niż w wielu krajach Unii Europejskiej, osiągając wartości docelowe przyjęte przez WHO [Martinez-Mora, Alvarez-Pasquin, Rodriguez-Salvanes 2008, ss. 6950–6955, Czajka, Wysocki 2010]. Systematyczne wprowadzanie nowych szczepionek do PSO w Polsce wymaga stałego i rzetelnego informowania społeczeństwa na temat istniejących możliwości zapobiegania chorobom zakaźnym poprzez zastosowanie nowocze-

snych preparatów szczepionkowych [Tarczoń, Domaradzka, Czajka 2009, ss. 27–33].

W badaniach własnych wykazano, że większość rodziców posiada pełną lub częściową wiedzę na temat różnych obszarów dotyczących szczepień przeciwko ospie wietrznej i pneumokokom, szczególnie w aspekcie definicji i celowości podawania szczepionek oraz przeciwwskazań do ich realizacji, a także postępowania w miejscowych odczynach poszczepiennych. Procent odpowiedzi całkowicie nieprawidłowych we wszystkich badanych placówkach był niewielki. Mniej znane rodzicom zagadnienia to zasady profilaktyki zakażeń pneumokokowych i zagrożenia spowodowane ospą wietrzną. Zauważalna jest dominacja wiedzy o szczepieniach we wszystkich analizowanych aspektach przez rodziców z placówki lubelskiej. Ponadto wykazano istotny statystycznie związek pomiędzy wiedzą rodziców na temat szczepień, a wykształceniem wyższym w placówce lubelskiej i ze świętokrzyskiego.

Bernatowska [2011, ss. 895–908] stwierdziła, że rodzice są obecnie bardziej świadomi ryzyka chorób zakaźnych, którym można zapobiec poprzez szczepienie, dlatego postrzegają ich realizację nie tylko w kategorii obowiązku. Z badań Rogalskiej i wsp. [2010, ss. 83–90] wynika, że rodzice akceptują szczepienia ochronne, ale większość z nich ma problem ze wskazaniem obowiązkowych szczepień zawartych w PSO. Ponadto osoby z wyższym wykształceniem wykazywały nieco lepszy poziom wiedzy w zakresie szczepień. Natomiast w badaniach przeprowadzonych przez Tarczoń, Domaradzką i Czajkę [2009, ss. 27–33] 84,7% rodziców wiedziało o możliwości zapobiegania zakażeniom pneumokokowym poprzez szczepienia ochronne, a w przypadku ospy wietrznej odsetek ten wyniósł 61,6%.

Dostępność wiarygodnych informacji w społeczeństwie jest ważnym aspektem wiedzy o szczepieniach [Kochman, Rudzińska 2008, ss. 163–172]. Jak wskazują badania własne oraz innych autorów polskich i amerykańskich, to przede wszystkim lekarze pozostają dla rodziców najważniejszym źródłem rzetelnych wiadomości na temat szczepień. Ich rola polega nie tylko na edukacji rodziców, ale również na wskazaniu im właściwych źródeł informacji w tym zakresie. Zdecydowana większość badanych informacji na temat szczepień ochronnych otrzymała od lekarza rodzinnego/pediatry (83,1%, 78,7%, 74,2% w badanych placówkach) oraz od pielęgniarki/położnej (50,9%, 59,0%, 67,5% w badanych placówkach). Innymi

ważnymi źródłami informacji o szczepieniach dla około 1/3 rodziców we wszystkich badanych placówkach okazały się media (TV i radio) oraz Internet. Są to niewątpliwie szybkie i łatwe w dostępie formy pozyskiwania informacji, ale w przypadku Internetu, nie zawsze jest on źródłem wiarygodnych danych, opartych na dowodach naukowych [Martinez-Mora, Alvarez-Pasquin, Rodriguez-Salvanes 2008, ss. 6950–6955, Rogalska, Augustynowicz, Gzyl i wsp. 2010, ss. 83–90].

Streptococcus pneumoniae (pneumokok) jest jednym z głównych, zakaźnych czynników chorobotwórczych u małych dzieci, który wywołuje poważne zachorowania, niekiedy prowadzące do zgonu, zwłaszcza u pacjentów obciążonych dodatkowym ryzykiem medycznym [Skoczyńska, Sadowy, Bojarska i wsp. 2011, ss. 2199–2205, Pilishvili, Lexau, Farley, et. al. 2010, ss. 32–41].

Realizacja szczepień przeciwko pneumokokom w grupie badanych rodziców była największa w placówce lubelskiej i dotyczyła ponad połowy dzieci (53,6%), następnie w placówce ze świętokrzyskiego (28,3%) oraz najmniejsza (17,7%) w placówce z podkarpackiego. Podobnie, analiza kart uodpornienia w badanych placówkach wykazała, że ok. 1/3 dzieci otrzymała szczepienie przeciwko pneumokokom w systemie alternatywnym (płatnym przez rodziców), w tym najwięcej również w placówce lubelskiej (44,1% dzieci).

Bardzo korzystnie sytuacja w zakresie szczepienia przeciwko pneumokokom przedstawia się w Kielcach, gdzie odsetek zaszczepionych dzieci sięga 99%, przede wszystkim z powodu finansowania przez władze samorządowe miasta tej szczepionki dla wszystkich dzieci do lat 2. W marcu 2006 roku w jedynym wtedy mieście w Polsce, decyzją Rady Miejskiej, wprowadzono w Kielcach po raz pierwszy nieodpłatnie szczepienia PCV7 w schemacie 2+1 [Patrzałek, Albrecht, Sobczyński 2011, ss. 51–56].

Ospa wietrzna została w wielu krajach uznana za problem zdrowia publicznego, dlatego wprowadzono powszechne szczepienia, które spowodowały spadek liczby zachorowań, wyeliminowały ryzyko ciężkich powikłań, hospitalizacji i zgonów. W USA po wprowadzeniu powszechnego szczepienia przeciwko ospie wietrznej zdrowych dzieci, zaobserwowano w latach 1995–2000 zmniejszenie zapadalności o 76–87%. Najczęstszymi powikłaniami ospy wietrznej u dzieci są wtórne zakażenia bakteryjne skóry i tkanki podskórnej, ostre zespoły neurologiczne oraz zapalenie płuc [Jumaan, Onchee, Jackson, et. al. 2005, ss. 2002–2007, Liese, Grote, Rosenfeld, et. al. 2008, ss. 119–124, Rudkowski 2004, ss. 78–85].

W badaniach własnych niepokojący wydaje się fakt bardzo małej realizacji szczepień przeciwko ospie wietrznej, zarówno w grupie badanych rodziców oraz w dokumentacji wszystkich kart uodpornienia w tych placówkach. Tylko w placówce lubelskiej szczepienie na ospę wietrzną zrealizowało u swoich dzieci 35,7% ankietowanych rodziców oraz 25,1% rodziców z 335 dzieci objętych opieką w tej placówce, co stanowi największą liczbę dzieci spośród analizowanych placówek. W pozostałych zaszczepiono tylko po 2 lub 3 dzieci badanych rodziców oraz 20,3% z 256 dzieci objętych opieką w placówce z podkarpackiego i 15,7% na 216 dzieci w placówce ze świętokrzyskiego. Wszystkie te szczepienia były realizowane w systemie alternatywnym (płatnym przez rodziców). Tak mała realizacja szczepień przeciwko ospie wietrznej wynikała przede wszystkim z powodu nieprzekonania rodziców w zasadność szczepienia (41,6%), a następnie z braku wiedzy o możliwości zaszczepienia (25,1%). Można przypuszczać, że bezpłatny dostęp do szczepionek oraz dobra organizacja punktów szczepień połączona z systematyczną edukacją rodziców zwiększą odsetek zaszczepionych dzieci.

Wnioski

1. Wiedza rodziców na temat szczepień przeciwko ospie wietrznej i pneumokokom jest zróżnicowana wpływem czynników demograficznych.
2. Odsetek zaszczepionych dzieci przeciwko pneumokokom oraz ospie wietrznej jest inny w każdej placówce i zależy od poziomu wiedzy rodziców o tych szczepieniach.
3. We wszystkich placówkach większy odsetek stanowiły dzieci zaszczepione przeciwko pneumokokom niż ospie wietrznej.
4. Preferowaną formą wiedzy na temat szczepień jest informacja przekazana przez personel medyczny.
5. Istnieje konieczność realizacji działań edukacyjnych skierowanych do rodziców dzieci w okresie niemowlęcym na temat skutecznych metod immunoprofilaktyki.

Bibliografia

Albrecht P., Bernatowska E., Dobrzańska i wsp. (2007), *Zalecenia Polskiej Grupy Roboczej ds. Inwazyjnej Choroby Pneumokokowej (IchP) u dzieci dotyczące stosowania siedmiowalentnej skoniugowanej szczepionki przeciw pneumokokowej (PCV7)*, „Pediatria Polska”, nr 5/6.

Bernatowaka E. (2011), *Szczepionki wysokoskojarzone – nowy plan strategiczny dla szczepień obowiązkowych w Programie Szczepień Ochronnych*, „Standardy Medyczne/Pediatrica”, nr 6.

Bozzola E. et al. (2012), *Neurological complications of varicella in childhood: case series and a systematic review of the literature*, „Vaccine”, nr 30.

Czajka H., Wysocki J. (2010), *Szczepienia w profilaktyce chorób zakaźnych*, Wyd. Help Med., Kraków.

Duszczyk E., Marczyńska N., Talarek E. (2009), *Ospa wietrzna – czy jest groźną chorobą?* „Zakażenia”, nr 1.

Endrich M., Blank P., Szucs T. (2009), *Influenza vaccination uptake and socioeconomic determinants in 11 European countries*. „Vaccine”, nr 27.

Gowin E., Wysocki J. (2011), *Pneumococci – it's never too late for vaccination – case report*. „Przegląd Pediatryczny”, nr 3.

Jankowska-Folusiak J. (2011), *Powikłania ospy wietrznej u dzieci*, „Przegląd Pediatryczny”, nr 2.

Jumaan A., Onchee Y., Jackson L. et al. (2005), *Incidence of herpes zoster, before and after varicella-vaccination-associated decreases in the incidence of varicella 1992–2002*, „Journal Infectious Diseases”, nr 12.

Kochman D., Rudzińska T. (2008), *Znaczenie edukacji rodziców w kontekście szczepień obowiązkowych i zalecanych u dzieci w wieku 0–2 lat*, „Problemy Pielęgniarstwa”, nr 1/2.

Korona-Główniak I., Malm A. (2010), *Szczepienia przeciwko zakażeniom pneumokokowym – korzyści dla zdrowia publicznego*, „Zdrowie Publiczne”, nr 3.

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, Państwowy Zakład Higieny – Zakład Epidemiologii Główny Inspektorat Sanitarny – Departament Zapobiegania i Zwalczania Zakażeń i Chorób Zakaźnych u Ludzi. *Szczepienia ochronne w Polsce w 2012 roku (podstawowe tablice robocze - wstępne dane) 15.06.2013 r.*

Liese J.G., Grote V., Rosenfeld E. et al. (2008), *The burden of varicella complications before the introduction of routine varicella vaccination in Germany*, „Pediatric Infectious Diseases Journal”, nr 2.

Martinez-Mora M., Alvarez-Pasquin M.J., Rodriguez-Salvanes F. (2008), *Vaccines and Internet: Characteristics of the Vaccine Safety Net Web sites and suggested improvements*, „Vaccine”, nr 26.

Patrzalek M., Albrecht P., Sobczyński M. (2011), *Pośredni, populacyjny wpływ powszechnych szczepień skoniugowaną szczepionką pneumokokową (PCV7) na częstość zachorowań na zapalenie płuc w Kielcach*, „Przegląd Epidemiologiczny”, nr 65.

- Pilishvili T., Lexau C., Farley M.M., et al. (2010), *Sustained reductions in invasive pneumococcal disease in the era of conjugate vaccine*, "Journal Infectious Diseases", nr 201.
- Pokorna-Kalwiak D., Mastalerz-Migas A. (2010), *Szczepienia zalecane w praktyce lekarza rodzinnego*, „Terapia”, nr 4.
- Rogalska J., Augustynowicz E., Gzyl A., i wsp. (2010), *Źródła informacji oraz wiedza rodziców na temat szczepień ochronnych w Polsce*, „Przegląd Epidemiologiczny”, nr 1.
- Rudkowski Z. (2004), *Ospa wietrzna – współczesne dane klinicznej możliwości skutecznej profilaktyki*, „Zakażenia”, nr 5.
- Skoczyńska A., Sadowy E., Bojarska K. i wsp. (2011), *The current status of invasive pneumococcal disease in Poland*, „Vaccine” nr 29.
- Szenborn L. (2007), *Profilaktyka zakażeń pneumokokowych z użyciem 23-walentnej polisacharydowej szczepionki pneumokokowej (PPV)*, „Zakażenia”, nr 1.
- Tarczoń I., Dromadzka E., Czajka H. (2009), *Co na temat szczepień ochronnych wiedzą rodzice i pracownicy ochrony zdrowia?*, „Przegląd Lekarski”, nr 1/ 2.
- Vazquez M. (2004), *Varicella zoster virus infections in children after the introduction of live attenuated varicella vaccine*, „Current Opinion Pediatrics”, nr 16.
- Vessey S.J., Chan C.Y., Kuter B.J. et al. (2001), *Childhood vaccination against varicella: persistence of antibody, duration of protection, and vaccine efficacy*, „Journal of Pediatrics” nr 139.



Anna Bednarek
Marcin Koszałka

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Sposoby radzenia sobie przez nastolatków z obciążeniami psychicznymi związanymi z hospitalizacją i chorobą somatyczną

Ways of coping with mental burden of hospitalization and somatic disease by adolescents

Abstract

Introduction: Somatic disease in an adolescent and the ensuing hospitalization are the source of mental burden that consists of fear, pain and limited activity. This concerns mainly adolescents with chronic diseases that, because of their very nature, impose limitations onto the patient's lifestyle. Negative feelings connected with the ongoing disease not only bring about the mental burden but they also hinder the treatment and exert a detrimental effect on the further development of the adolescent. Nurses in the pediatric ward, who the young patients spend most of the time with, provide them support and come to their assistance in coping with different health problems, also with the effects of the disease on their psychosocial functioning.

The aim of the study: Finding out about the ways adolescent patients cope with the mental burden resulting from ongoing somatic disease and hospitalization.

Material and method: A diagnostic survey was the chosen method of the study. Four questionnaires were used as the investigation tools, one original and three standard ones, i.e. JSR Scale (How are you coping?) by Juczyński Z., Ogińska-Bulik N., Questionnaire on coping with pain strategies (CSQ) by Rosenstiel A.K and Keefe F.J. adapted by Juczyński Z., and Inventory for measuring stress management (MINI-COPE) by Charles S., Carver M.F. adapted by Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. The study was carried out in 2013 at Children's Hospital in Lublin, Paediatric Department of Neurology, Endocrinology and Orthopaedics, and it included 60 children aged 11-18 years. The database and statistics were conducted on the basis of STATISTICA 10.0 (Stat-Soft, Poland) computer programming.

Results: Respondents from the city have more often reacted to difficult situations resulting from illness and the hospitalization with the row, with the decay of the thing or the shout

(33.33%) in comparing with persons from the country environment (4.76%). The conducted correlation analysis established the essential, positive link between the age and coping with stress through active forms ($R = 0.32$) and turn to the religion ($R = 0.26$). In case of the mental strain associated with somatic illness and the hospitalization restricting the initiative was which respondents have most often thought about times, when it was better (48.33%), did nothing (38.33%) and got annoyed (30%), but have rarely get angry (15%) and never took it out on other. For the majority of respondents the stay in hospital was something completely normal (50%), for the 45% he constituted the source of the psychological discomfort, at the 20% was connected from pain, and was a reason for aggression at the 11.67%. However somatic illness has most often been the source of mental strains for respondents, so as fear, stress and anger (55%), at the 43.33% with something completely normal, for the 20% she constituted the source of pain, and for the 8.33% of respondents was a reason of aggression.

Conclusions: 1. For the majority of teenagers however illness constitutes the source of mental strains the hospitalization is a normal process resulting from the course of disease. 2. Younger teenagers and boys during illness and the hospitalization have more often reacted with the row, the decay of the thing or the shout, in the comparison to older teenagers and girls. 3. The majority of teenagers which had no brothers or sisters has more often sought the emotional support during dealing with mental strains associated with somatic illness and the hospitalization, than young people having siblings.

Key words: ways of coping with mental burden, hospitalization, somatic disease, adolescents.

Wstęp

Choroba somatyczna u nastolatka oraz wynikająca z niej często konieczność hospitalizacji stanowią źródło wielu obciążeń psychicznych, na które składają się przede wszystkim lęk, ból i ograniczenie aktywności. Dotyczy to głównie schorzeń o charakterze przewlekłym, narzucających różne ograniczenia trybu życia do aktualnego stanu zdrowia. Labilność emocjonalna i ambiwalencja uczuciowa, charakteryzujące zachowania adolescenta, potęgują przeżywanie choroby, a szczególnie kiedy towarzyszy jej potrzeba hospitalizacji. Negatywne uczucia nie tylko obciążają psychikę, ale również nie sprzyjają procesowi leczenia oraz niekorzystnie wpływają na dalszy rozwój nastolatka [Barczykowska 2012, ss. 11–25, Górnik-Durose, Mateusiak 2011].

Dane Głównego Urzędu Statystycznego w Polsce pokazują, że długotrwale problemy zdrowotne dotyczą około 1569,7 tys. dzieci i młodzieży w wieku 5–19 lat, co stanowi 20,7% ogółu populacji [Małkowska-Szcutnik 2014, ss. 89–122]. W tej nowej, trudnej sytuacji choroby somatycznej nastolatek staje wobec konieczności poradzenia sobie z utrudnieniami i zagrożeniami tego stanu, tj. adaptacji swoich oczekiwań do realnych możliwości funkcjonowania. Personel medyczny w oddziałach pediatrycz-

nych powinien zapewnić wsparcie oraz pomoc nastolatkom w pokonaniu różnych problemów zdrowotnych, a przede wszystkim tych wynikających z choroby i hospitalizacji [Janion 2000, ss. 32–35, Maciarz 2006, Jakubik, Kierys, Bednarek 2011, ss. 545–550].

Cel pracy

Poznanie strategii radzenia sobie przez nastolatków z obciążeniami psychicznymi związanymi z chorobą somatyczną i hospitalizacją. Postawiono następujące pytania badawcze: Jakie postawy wobec hospitalizacji przejawia młodzież oraz jak radzi sobie z problemami wynikającymi z choroby i pobytu w szpitalu? Jakie strategie podejmują nastolatki w postępowaniu z bólem i ograniczeniem aktywności fizycznej towarzyszącym chorobie i hospitalizacji? Jakie są sposoby radzenia sobie przez młodzież ze stresem towarzyszącym chorobie i hospitalizacji? Czy wiek, płeć oraz sytuacja rodzinna wpływają na sposoby radzenia sobie przez nastolatków z obciążeniami psychicznymi związanymi z hospitalizacją i chorobą somatyczną?

Materiał i metoda

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędzie badawcze stanowiły cztery kwestionariusze, w tym jeden autorski i trzy standaryzowane, tj. skala „Jak sobie radzisz” (JSR) autorstwa Juczyńskiego i Ogińskiej-Bulik. Następnie kwestionariusz CSQ autorstwa Rosenstiel, Keefe w adaptacji Juczyńskiego oraz inwentarz Mini-Cope, autorstwo: Charles, Carver w adaptacji Juczyńskiego, Ogińskiej-Bulik [Juczyński, Ogińska-Bulik 2003].

JSR służy do pomiaru dyspozycyjnych i sytuacyjnych sposobów radzenia sobie w sytuacji trudnej u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym (11–17 lat). W skład każdej z dwóch części testu wchodzi dziewięć stwierdzeń w czasie teraźniejszym (w odniesieniu do podanej sytuacji) i przeszłym do wymienionej przez badanego sytuacji trudnej, doświadczonej na przestrzeni minionego roku.

Mini-COPE jest narzędziem do badania osób zdrowych i chorych, zalecanym od 20 roku życia. Składa się z 28 stwierdzeń wchodzących w skład 14 strategii. Najczęściej stosuje się go do oceny typowych sposobów reagowania w sytuacjach doświadczania silnego stresu.

CSQ jest przeznaczony do grupowego i indywidualnego badania osób dorosłych doświadczających bólu. Sposoby radzenia sobie z bólem od-

zwierciedlają sześć poznawczych oraz jedną behawioralną strategię, które z kolei wchodzi w skład 3 czynników, tj. aktywnego radzenia sobie poprzez przewartościowanie doznań bólu, ignorowanie doznań, deklarowanie radzenia sobie. Następnie odwracania uwagi w wyniku zwiększonej aktywności behawioralnej oraz podejmowania czynności zastępczych, tj. katastrofizowanie, poszukiwanie nadziei i modlenie się. Wymienione testy są rzetelnymi i trafnymi narzędziami pomiaru, które pozwalają na ustalenie strategii prognostycznych w radzeniu sobie z sytuacją trudną, bólem i stresem [Juczyński 2001].

Badanie przeprowadzono w Dziecięcym Szpitalu Klinicznym w Lublinie na Oddziale Neurologii, Endokrynologii oraz Ortopedii Dziecięcej wśród 60 dzieci w wieku od 11–18 lat, w roku 2013. Na badania uzyskano zgodę Dyrekcji szpitala, ankietowanej młodzieży i ich rodziców.

Bazę danych opracowano na podstawie oprogramowania komputerowego STATISTICA 10.0 (StatSoft, Polska). Do porównania dwóch grup niezależnych zastosowano test U Manna-Whitneya. Dla więcej niż dwóch grup zmiennych porządkowych – test Kruskala-Wallisa, a do oceny związku pomiędzy zmiennymi korelację R Spearmana. Dla niepowiązanych cech jakościowych do wykrycia istnienia różnic między porównywanymi grupami użyto testu jednorodności χ^2 . Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$ wskazujący na występowanie istotnych statystycznie różnic bądź zależności.

Charakterystyka badanej młodzieży

Na Oddziale Neurologii badaniem objęto 22 dzieci hospitalizowanych z powodu padaczki lub bólu głowy, na Oddziale Endokrynologii 20 osób przebywających w szpitalu celem leczenia cukrzycy typu pierwszego lub nadczynności tarczycy, a na Oddziale Ortopedii 18 nastolatków z problemem zdrowotnym spowodowanym skoliozą lub stanami zapalnymi w obrębie stawu kolanowego.

Średnia wieku nastolatków wynosiła $14,95 \pm 1,97$. Najwięcej adolescentów było w wieku 14–16 lat (48,33%, $n=29$), następnie od 17–18 lat (26,67%, $n=16$), a najmniej od 11 do 13 lat (25%, $n=15$). Wśród nastolatków chłopcy stanowili 56,67% ($n=34$), a 43,33% ($n=26$) dziewczęta. Badani najczęściej byli uczniami liceum (43,33%, $n=26$), 35% ($n=21$) osób uczęszczało do gimnazjum, natomiast 21,67% ($n=13$) do szkoły podstawowej. Z miasta pochodziło 35,00% ($n=21$) badanych, a 65,00% ($n=39$) ze

wsi. Zdecydowana większość młodzieży 88,33% (n=53) posiadała rodzeństwo, a 11,67% (n=7) było jedynakami. Ankietowana młodzież w 85,00% (n=51) pochodziła z pełnej rodziny, natomiast 15,00% (n=9) nie miało jednego z rodziców. Dla większości ankietowanych 66,67% (n=40) był to kolejny pobyt w szpitalu, natomiast dla 33,33% (n=20) obecna hospitalizacja była ich pierwszym okresem spędzonym w szpitalu.

Wyniki badań

Na podstawie analizy autorskiego kwestionariusza ankiety wykazano, że dla połowy ankietowanych (50%) pobyt w szpitalu (tabela 1) jest normalną sytuacją wynikającą z przebiegu choroby. Natomiast dla 45% młodzieży stanowi źródło dyskomfortu psychicznego, bólu (20%) oraz powodu do agresywnych zachowań (11,67%). Chłopcy nieznacznie częściej odczuwali stres podczas pobytu w szpitalu (52,94%) niż dziewczęta (46,15%), ale różnice te nie były istotne statystycznie ($\chi^2 = 0,27$; $p = 0,60$). Ponadto nastolatki w wieku 11–13 lat także częściej odczuwały stres (73,33%) niż badani w wieku 14–16 lat (44,83%) i 17–18 lat (37,50%). Stwierdzone różnice nie były istotne statystycznie ($\chi^2 = 4,58$; $p = 0,10$).

Tabela 1. Reakcje młodzieży na pobyt w szpitalu

Kategorie odpowiedzi	n	%
Normalna sytuacja wynikająca z choroby	30	50%
Źródło obciążeń psychicznych (lęk, stres, złość)	27	45%
Stan dyskomfortu psychicznego spowodowany bólem	12	20%
Powód do agresywnych zachowań	7	11,67%

*Wartości w tabeli nie sumują się do 100% ze względu na możliwość kilku odpowiedzi

Źródło: opracowanie własne.

Wykazano istotny związek (tabela 2) pomiędzy deklarowanym przez młodzież odczuwaniem stresu podczas hospitalizacji a rodzajem szkoły ($\chi^2 = 0,80$; $p = 0,02$). Ankietowani uczęszczający do szkoły podstawowej częściej twierdzili, że odczuwają stres (84,62%) w porównaniu z gimnazjalistami (42,86%) i licealistami (38,46%), co najprawdopodobniej było uwarunkowane wiekiem badanych.

Młodzież nieposiadająca rodzeństwa nieznacznie częściej odczuwała stres z powodu pobytu w szpitalu (71,43%) w porównaniu z tymi, którzy mieli rodzeństwo (28,57%). Stwierdzone różnice nie były istotne statystycznie ($\chi^2 = 1,46$; $p = 0,23$). Jednocześnie nie wykazano istotnego związku pomiędzy odczuwaniem stresu przez młodzież w wyniku hospitalizacji, a sytuacją rodzinną nastolatków ($\chi^2 = 0,13$; $p = 0,72$). W grupie ankietowanych posiadających pełną rodzinę, u 50,98% występowało doświadczenie stresu podczas hospitalizacji oraz u 44,44% nastolatków, którzy nie mieli jednego z rodziców. Badani, którzy byli w szpitalu po raz pierwszy, częściej odczuwali stres (55%) niż hospitalizowani kolejny raz (47,50%). Stwierdzone różnice nie były istotne statystycznie ($\chi^2 = 0,30$; $p = 0,58$).

Tabela 2. Deklarowane odczuwanie stresu w wyniku hospitalizacji a rodzaj szkoły

Kategoria	Brak odczucia stresu	Odczuwanie stresu	Razem
	n %	n %	n %
Szkoła podstawowa	2 15,38%	11 84,62%	13 100%
Gimnazjum	12 57,14%	9 42,86%	21 100%
Szkoła średnia	16 61,54%	10 38,46%	26 100%
Razem	30 50%	30 50%	60 100%
Analiza statystyczna: $\chi^2 = 0,80$; $p = 0,02^*$			

Źródło: opracowanie własne.

Najczęściej, gdy nastolatki nie radzą sobie z problemami wynikającymi z choroby somatycznej i hospitalizacji (tabela 3), rozmawiają o tym z rówieśnikami i proszą ich o pomoc (36,67%), próbują samodzielnie rozwiązać problemy (30%) bądź rozmawiają z rodzicami i oczekują od nich rady (28,33%). Rzadziej manifestują swoje niezadowolenie (5%).

Tabela 3. Metody radzenia sobie z problemami wynikającymi z choroby i hospitalizacji

Kategorie odpowiedzi	n	%
Rozmowa z rodzicami i prośba o radę	17	28,33%
Rozmowa z rówieśnikami i prośba o pomoc	22	36,67%
Manifestowanie niezadowolenia	3	5%
Samodzielne rozwiązywanie problemów	18	30%

* Wartości nie sumują się do 100% ze względu na możliwość wyboru kilku odpowiedzi

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie wyników badania opinii młodzieży zawartych w autor-skim kwestionariuszu wykazano, że najczęściej adolescenti okazywali niezadowolenie poprzez milczenie (55%), natomiast rzadziej awanturowali się (33,33%) lub krzyczeli (11,67%), ale nigdy nie niszczyli przypadkowych rzeczy (tabela 4).

Tabela 4. Sposoby okazywania niezadowolenia przez młodzież

Kategoria odpowiedzi	n	%
Awantura	20	33,33%
Niszczy przypadkowe rzeczy	0	0%
Krzyk	7	11,67%
Milczenie	33	55%

* Wartości nie sumują się do 100% ze względu na możliwość występowania kilku chorób jednocześnie

Źródło: opracowanie własne.

Dziewczęta częściej (tabela 5) potrzebowaly aktywności fizycznej podczas choroby jako sposobu radzenia sobie z bólem, stresem oraz sytuacją hospitalizacji (73,0%), niż chłopcy (67,65%). Jednak stwierdzone różnice nie były istotne statystycznie ($\chi^2 = 0,2$; $p = 0,65$).

Tabela 5. Znaczenie aktywności fizycznej w radzeniu sobie z bólem a płeć

Grupa	Potrzeba aktywności fizycznej	Brak aktywności fizycznej	Razem
	n %	n %	n %
Dziewczęta	19 73,08%	7 26,92%	26 100%
Chłopcy	23 67,65%	11 32,35%	34 100%
Razem	42 70%	18 30%	60 100%

Analiza statystyczna: $\chi^2 = 0,21$; $p = 0,65$

Źródło: opracowanie własne.

W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono również, że nastolatki doświadczający bólu z powodu choroby częściej odczuwali potrzebę aktywności fizycznej (86,67%) w porównaniu z osobami, które nie doświadczały bólu (64,44%), ale stwierdzone różnice nie były istotne statystycznie ($\chi^2 = 2,65$; $p = 0,10$). Podobnie ankietowani, którzy odczuwali stres z powodu pobytu w szpitalu, częściej odczuwali potrzebę większej aktywności fizycznej (76,67%) – w porównaniu z ankietowanymi, którzy nie odczuwali stresu, a pobyt w szpitalu był dla nich czymś zupełnie normalnym (63,33%). Stwierdzone różnice nie były istotne statystycznie ($\chi^2 = 1,26$; $p = 0,26$).

Młodzież, w sytuacji braku możliwości podjęcia aktywności fizycznej podczas hospitalizacji, najczęściej myślała o czasach, gdy było lepiej (48,33%) lub nic nie robiła i akceptowała ten stan (38,33%). Część młodzieży złościła się (30%), rzadziej wpadała w gniew (15%), ale nigdy nie wyladowywała emocji na innych (tabela 6).

Tabela 6. Reakcja nastolatków na brak możliwości podjęcia aktywności fizycznej

Kategoria odpowiedzi	n	%
Myślę o czasach, gdy było lepiej	29	48,33%
Nic nie robię (akceptuję)	23	38,33%

Złoszczę się	18	30%
Wpadam w gniew	9	15%
Wyladowanie emocji na innych	0	0%

* Wartości nie sumują się do 100% ze względu na możliwość wyboru kilku odpowiedzi

Źródło: opracowanie własne.

Z badań wynika, że dziewczęta (tabela 7) najczęściej radziły sobie ze stresem poprzez zwrot ku religii, pozytywne przewartościowanie, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego oraz aktywne radzenie sobie ze stresem i obwinianie siebie. Natomiast chłopcy głównie poprzez zajmowanie się czymś innym, aktywne radzenie sobie, planowanie i akceptację. Stwierdzono istotne statystycznie różnice pomiędzy grupami w ocenie poszukiwania wsparcia emocjonalnego ($p=0,001$), wsparcia instrumentalnego ($p=0,01$) oraz bliskie istotności w ocenie aktywnego radzenia sobie ze stresem ($p=0,06$).

Tabela 7. Strategie radzenia sobie ze stresem z uwzględnieniem płci (skala Mini-COPE)

Podskale	Dziewczęta			Chłopcy			Analiza sta- tystyczna	
	średnia	mediana	odch. std	średnia	mediana	odch. std		
							Z	p
Aktywne radzenie sobie	1,94	2,25	0,85	1,84	2,00	0,52	-1,86	0,06
Planowanie	1,69	1,75	0,71	1,76	2,00	0,61	-1,50	0,13
Pozytywne przewartościowanie	2,10	2,00	0,69	1,53	1,50	0,74	-1,00	0,32
Akceptacja	0,79	0,50	0,72	1,75	1,50	0,59	-1,84	0,07
Poczucie humoru	1,31	1,00	1,15	0,94	1,00	0,57	1,05	0,29
Zwrot ku religii	2,13	2,50	0,67	1,32	1,50	0,99	0,19	0,85
Poszukiwanie wsparcia emocjo- nalnego	2,02	2,00	0,78	1,54	1,50	0,54	-3,39	0,001*
Poszukiwanie wsparcia instru- mentalnego	1,96	2,00	0,58	1,51	1,50	0,53	-2,75	0,01*
Zajmowanie się czymś innym	0,71	0,50	0,64	1,85	1,75	0,73	-0,72	0,47

Zaprzeczanie	1,17	1,25	0,79	0,88	1,00	0,58	1,07	0,28
Wylądowanie	0,06	0,00	0,22	1,31	1,50	0,55	0,62	0,54
Zażywanie substancji psychoaktywnych	0,71	0,50	0,64	0,09	0,00	0,29	0,09	0,93
Zaprzestanie działań	0,88	0,50	0,82	0,88	1,00	0,58	1,07	0,28
Obwinianie siebie	1,94	2,25	0,85	1,06	1,00	0,73	1,28	0,20

Źródło: opracowanie własne.

Przeprowadzona analiza korelacji (tabela 8) wykazała istotny, dodatni związek pomiędzy wiekiem i opanowaniem stresu poprzez aktywne radzenie sobie ($R=0,32$), zwrot ku religii ($R=0,26$), zażywanie substancji psychoaktywnych ($R=-0,34$). Wraz z wiekiem młodzież najczęściej radzi sobie ze stresem wybierając te strategie. Stwierdzono także istotną korelację ujemną pomiędzy wiekiem i pozytywnym przewartościowaniem ($R=-0,27$), które u starszej młodzieży ma mniejsze znaczenie w panowaniu nad stresem. Nie stwierdzono istotnego statystycznie związku pomiędzy wiekiem i pozostałymi kategoriami strategii ($p>0,5$).

Tabela 8. Związek pomiędzy radzeniem sobie ze stresem a wiekiem

Podskale	Analiza statystyczna	
	R	p
Aktywne radzenie sobie	0,32	0,01*
Planowanie	0,16	0,23
Pozytywne przewartościowanie	-0,27	0,04*
Akceptacja	0,18	0,16
Poczucie humoru	-0,18	0,18
Zwrot ku religii	0,26	0,05*
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	0,00	0,97
Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	0,19	0,14
Zajmowanie się czymś innym	-0,13	0,32
Zaprzeczanie	-0,18	0,18
Wylądowanie	-0,08	0,55
Zażywanie substancji psychoaktywnych	0,34	0,01*

Zaprzestanie działań	-0,18	0,18
Obwinianie siebie	-0,24	0,07

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie badań wykazano (tabela 9), że dziewczęta w większym stopniu, w porównaniu z chłopcami, radziły sobie ze stresem poprzez aktywne radzenie sobie, koncentrację na emocjach i poszukiwanie wsparcia emocjonalnego. Stwierdzone różnice nie były istotne statystycznie ($p>0,05$).

Tabela 9. Strategie radzenia sobie ze stresem z uwzględnieniem płci (skala JSR)

Podskale	Dziewczęta			Chłopcy			Analiza statystyczna	
	średnia	mediana	odch. std	średnia	mediana	odch. std		
							Z	p
Aktywne radzenie sobie	2,87	2,83	0,78	2,78	3,00	0,76	-0,13	0,89
Koncentracja na emocjach	2,54	2,67	0,90	2,49	2,50	0,85	-0,16	0,87
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	2,68	3,00	1,01	2,31	2,50	0,74	-1,57	0,12

Źródło: opracowanie własne.

W wyniku przeprowadzonych badań (tabela 10) stwierdzono, że dziewczęta w większym stopniu radziły sobie z bólem poprzez deklarowanie radzenia sobie, ignorowanie doznań oraz odwracanie uwagi w porównaniu z chłopcami, którzy najczęściej stosowali zwiększoną aktywność behawioralną oraz modlenie się/pokładanie nadziei. Stwierdzono istotne statystycznie różnice tylko w ocenie odwracania uwagi ($p=0,02$) oraz bliskie istotności w ocenie deklarowania radzenia sobie z bólem ($p=0,06$), natomiast w ocenie pozostałych kategorii tej strategii różnice nie były istotne statystycznie ($p>0,05$).

Tabela 10. Sposoby radzenia sobie z bólem z uwzględnieniem płci (skala CSQ)

Podskale	Dziewczęta			Chłopcy			Analiza statystyczna	
	średnia	mediana	odch. std	średnia	mediana	odch. std		
							Z	p
Odwracanie uwagi	3,42	3,58	0,98	2,82	2,83	1,00	-2,28	0,02*
Przewartościowanie doznań bólu	1,69	2,00	1,19	1,84	1,25	1,33	0,23	0,82
Katastrofizowanie	2,09	2,00	1,27	2,23	1,75	1,37	0,10	0,92
Ignorowanie doznań	2,26	2,42	1,34	1,77	1,50	0,96	-1,50	0,13
Modlenie się/pokładanie nadziei	2,94	2,83	1,40	3,25	3,42	1,61	1,15	0,25
Deklarowanie radzenia sobie	3,37	3,50	1,48	2,84	2,67	0,94	-1,86	0,06
Zwiększona aktywność behawioralna	3,07	3,08	1,16	3,21	3,33	0,73	0,58	0,56

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie analizy statystycznej (tabela 11) stwierdzono istotny związek pomiędzy radzeniem sobie ze stresem poprzez poszukiwanie wsparcia społecznego i zaprzeczanie ($R=-0,33$) oraz zaprzestanie działań ($R=-0,33$; $p<0,01$). Natomiast nie stwierdzono istotnego związku pomiędzy pozostałymi kategoriami obu strategii radzenia sobie ze stresem, tj. aktywnym radzeniem sobie oraz koncentracją na emocjach i poszukiwaniem wsparcia emocjonalnego.

Tabela 11. Związek pomiędzy sposobami radzenia sobie ze stresem (wg skali JSR i Mini-COPE)

JSR Mini-COPE	Aktywne radzenie sobie		Koncentracja na emocjach		Poszukiwanie wsparcia społecznego	
	R	p	R	p	R	p
Aktywne radzenie sobie	-0,03	0,83	-0,18	0,16	-0,18	0,17
Planowanie	0,003	0,98	-0,06	0,64	-0,06	0,65
Pozytywne przewartościowanie	0,09	0,48	0,01	0,94	0,13	0,31
Akceptacja	0,15	0,26	0,06	0,66	0,07	0,62

Poczucie humoru	-0,14	0,28	0,22	0,09	-0,13	0,34
Zwrot ku religii	0,02	0,87	-0,17	0,2	0,04	0,77
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	-0,05	0,72	-0,04	0,77	-0,02	0,87
Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	0,09	0,48	0,04	0,74	0,12	0,37
Zajmowanie się czymś innym	0,01	0,96	-0,12	0,36	0,15	0,25
Zaprzeczanie	-0,2	0,13	-0,05	0,69	-0,33	0,01*
Wylądowanie	-0,03	0,85	0,21	0,11	0,11	0,41
Zażywanie substancji psychoaktywnych	0,18	0,18	-0,13	0,34	0,07	0,6
Zaprzestanie działań	-0,2	0,13	-0,05	0,69	-0,33	0,01*
Obwinianie siebie	-0,09	0,48	-0,02	0,87	-0,1	0,47

Źródło: opracowanie własne.

Omówienie wyników i dyskusja

Choroba somatyczna i hospitalizacja to dla adolescentów szczególnie trudne doświadczenia życiowe. W tym okresie na normatywny kryzys rozwojowy, którego cechą jest stworzenie podstaw dla stabilnego poczucia tożsamości, nakłada się proces chorobowy. Z niespotykaną dotąd dynamiką występują przemiany emocjonalne i fizyczne. Towarzyszą im symptomy fizycznej dojrzałości organizmu. W sensie psychologicznym w efekcie tego procesu, spośród wielu alternatyw dla własnego wizerunku w przyszłym życiu, nastolatek musi dokonać wyboru tych wartości i stylu życia, z którymi będzie się trwale identyfikował. Choroba w większości stanowi istotną przeszkodę w realizowaniu tego zadania rozwojowego [Pilecka 2011, Mateusiak 2000].

W przebiegu chorób somatycznych nastolatki doświadczają trzech istotnych obciążeń psychicznych w różnym natężeniu, na które składają się: lęk, ból i ograniczenie aktywności [Wolańczyk 2006, ss. 321–326]. Z przeprowadzonych badań wynika, że dla prawie połowy adolescentów (45,00%) choroba była źródłem takich doznań jak lęk, stres, złość, u 20,00% przyczyniła się do odczuwania dyskomfortu psychicznego z powodu bólu, a dla 11,67% była powodem do agresywnych zachowań. Przy czym związane z chorobą i hospitalizacją negatywne odczucia występowały częściej u chłopców niż u dziewcząt, młodzieży uczęszczającej do szkoły podstawowej i tych nastolatków, którzy nie posiadali rodzeństwa. W sytuacji, gdy nastolatki nie radzili sobie z tymi negatywnymi prze-

życiami najczęściej poszukiwali rozmowy i pomocy rówieśników (36,67%) oraz rodziców (28,33%).

Kaczmarek i Bodalski [2008, ss. 25–31] w swoich badaniach m.in. słusznie zauważyli, że reakcja na hospitalizację u dziecka jest indywidualna i ma na nią wpływ wiele czynników, a wśród nich najważniejsze to wiek i stopień rozwoju psychospołecznego, typ schorzenia i sposób leczenia, warunki hospitalizacji, stopień odporności psychicznej oraz stosunki z rodzicami i rówieśnikami.

W trakcie choroby i hospitalizacji wyjątkowo trudne dla adolescenta jest ograniczenie aktywności fizycznej. Każde schorzenie, a także hospitalizacja w różnym stopniu utrudnia realizację tej potrzeby oraz prowadzi do niekorzystnych zmian w psychofizycznym funkcjonowaniu nastolatka. Jest powodem obniżonego nastroju, zdenerwowania, popadania w gniew, złośliwości, a także zaburzeń łaknienia, snu i innych dolegliwości somatycznych. Ograniczona aktywność może skutkować zmęczeniem oraz znużeniem fizycznym i psychicznym [Pecyna 2000].

Na podstawie analizy własnych badań wykazano, że większość młodzieży odczuwała potrzebę aktywności fizycznej jako sposobu radzenia sobie z sytuacją trudną wynikającą z choroby i hospitalizacji. Dziewczęta potrzebowały jej nieco więcej (73,0%) niż chłopcy (67,65%). Ponadto młodzież doświadczająca dodatkowo bólu i stresu wykazywała zwiększoną potrzebę aktywności fizycznej, a w sytuacji braku możliwości podjęcia aktywności fizycznej najczęściej myślała o czasach, gdy było lepiej (48,33%) lub nic nie robiła, akceptując ten stan (38,33%), natomiast nigdy nie odreagowywała swoich negatywnych emocji na innych osobach.

Podstawową formą samoregulacji uczuć wywoływanych przez chorobę somatyczną jest stosowanie różnych mechanizmów obronnych. Ich funkcją jest niedopuszczanie do rzeczywistości lub reinterpretacja znaczenia zagrażających bodźców, a także doraźne minimalizowanie lęku i innych negatywnych emocji oraz utrzymywanie pozytywnej samooceny [Kaczmarek, Bodalski 2008, ss. 25–31, Pilecka 2011]. W badaniach Kubackiej-Jasieckiej [2006] stwierdzono przeciętną akceptację choroby. Wśród ankietowanych zaobserwowano wszystkie rodzaje stylów radzenia sobie ze stresem. Najczęściej występował styl zadaniowy, a rzadziej uniwersalny i emocjonalny. Wykazano korelację pomiędzy stopniem adaptacji choroby a preferowanymi stylami radzenia sobie ze stresem.

Na podstawie analizy badań własnych stwierdzono, że w największym stopniu młodzież radziła sobie ze stresem poprzez aktywność, akceptację,

zajmowanie się czymś innym oraz poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, instrumentalnego i pozytywne przewartościowanie. Natomiast w mniejszym stopniu poprzez poczucie humoru, zwrot ku religii, zaprzeczanie, wyladowanie, zażywanie substancji psychoaktywnych, zaprzestanie działań i obwinianie siebie.

Do skutecznych strategii minimalizowania doświadczeń bólowych zalicza się techniki zwiększonej aktywności behawioralnej, przewartościowania doznań bólu, katastrofizowania modlenia się/pokładania nadziei oraz techniki odwracania uwagi od bólu i deklarowania radzenia sobie z bólem [Skowrońska 2007, ss. 132–140]. Większość chorych stosuje strategie, które zmierzają do aktywnego radzenia sobie z bólem i przewartościowania jego doznań [Górnik-Durose, Mateusiak 2011].

Wszystkie wymienione sposoby radzenia sobie z bólem obserwowano także u młodzieży w badaniach własnych. Najczęściej nastolatkwie radzili sobie z bólem poprzez zwiększoną aktywność behawioralną, modlitwę i odwracanie uwagi od bólu oraz deklarowanie radzenia sobie z bólem. W mniejszym stopniu panowali nad objawami bólu poprzez przewartościowanie jego doznań i katastrofizowanie. Również badania Kram i Kurylaka [2010, ss. 65–69] pokazują, że dzieci nie pozostają bierne wobec bólu i podejmują starania w sferze poznawczej, emocjonalnej oraz wolicjonalnej, aby zmniejszyć jego odczucie.

Stres jest istotnym elementem funkcjonowania organizmu w sytuacji choroby i hospitalizacji. Stosunek pomiędzy stresem a chorobą ma charakter wzajemnej zależności. Sam stres może być powodem choroby, podobnie choroba wyzwała sytuacje stresowe przez co wpływa na stan emocjonalny, kształtując obraz kliniczny danego schorzenia [Pilecka 2011]. Reakcje psychiczne, które składają się na stres, są wynikiem przede wszystkim wzrostu aktywacji układu nerwowego i pobudzenia emocjonalnego. Mobilizują one organizm do obrony. Poziom wykonania czynności w czasie stresu jest zależny od stanu pobudzenia emocjonalno-motywacyjnego. Techniki aktywnego radzenia sobie ze stresem są ważnym elementem funkcjonowania mechanizmów obronnych ustroju w warunkach narażenia na stres [Wolańczyk 2006, ss. 321–326, Juczyński, Ogińska-Bulik 2003].

W badaniach własnych stwierdzono, że dziewczęta w większym stopniu niż chłopcy opanowywały stres poprzez aktywne radzenie sobie, koncentrację na emocjach i poszukiwanie wsparcia emocjonalnego. Ponadto

analiza statystyczna wykazała istotne różnice pomiędzy dziewczętami i chłopcami w ocenie radzenia sobie z bólem i stresem poprzez poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, natomiast w ocenie pozostałych kategorii nie stwierdzono istotnych różnic.

Wykazana w badaniach własnych dominacja aktywnych, a jednocześnie pozytywnych strategii radzenia sobie z bólem, stresem i ograniczeniem aktywności wydaje się charakterystyczna dla młodzieży ze względu na fizjologiczną potrzebę aktywności fizycznej, która okazała się jednocześnie sposobem radzenia sobie z sytuacją trudną, a także optymizm życiowy, przekonanie o własnej wartości i szybszą adaptację organizmu do zmieniających się warunków. Potwierdziło się to we wszystkich zastosowanych w pracy narzędziach badawczych. Wprawdzie skale Mini-COPE i CSQ są zalecane dla dorosłych, ale z uwagi na fakt, że większość badanej młodzieży była w wieku do 2 lat przed osiągnięciem pełnoletności, zdecydowano się na wykorzystanie tych narzędzi do oceny strategii radzenia sobie z bólem, stresem oraz sytuacją choroby i hospitalizacji.

Konieczność pobytu w szpitalu przez nastolatków wiąże się ze wzrostem zapotrzebowania na profesjonalną opiekę medyczną, której istotnym elementem jest właściwe wprowadzenie ich w rolę pacjenta, minimalizowanie bólu, lęku i stresu oraz nawiązanie kontaktu z rodzicami. Empatyczna postawa personelu ma decydujące znaczenie w łagodzeniu obciążeń psychicznych u nastolatków, wynikających z choroby i hospitalizacji. Stwarzanie rodzicom możliwości przebywania ze swoimi dojrzewającymi dziećmi podczas hospitalizacji również pozytywnie wpływa na ich proces adaptacji, leczenie i poczucie bezpieczeństwa [Jakubik, Kierys, Bednarek 2011, ss. 545–550, Barczykowska 2012, ss. 11–25].

Wnioski

1. Dla połowy młodzieży hospitalizacja jest naturalną konsekwencją procesu wynikającego z choroby i jej terapii.
2. Młodzież najczęściej radzi sobie z problemami wynikającymi z choroby i hospitalizacji poprzez rozmowę z rodzicami i rówieśnikami.
3. Najczęstszymi sposobami radzenia sobie z bólem przez młodzież było odwracanie uwagi, modlenie się/pokładanie nadziei, deklarowanie radzenia sobie oraz zwiększona aktywność behawioralna.
4. Wśród młodzieży najczęściej stosowanymi strategiami radzenia sobie ze stresem był zwrot ku religii, pozytywne przewartościowanie, poszu-

kiwanie wsparcia emocjonalnego oraz aktywne radzenie sobie.

5. Badanie ujawniło istotne różnice w radzeniu sobie z bólem, stresem i ograniczeniem aktywności a wiekiem, płcią i sytuacją rodzinną młodzieży.
6. Personel medyczny w oddziałach pediatrycznych powinien zapewnić wsparcie oraz pomoc nastolatkom w radzeniu sobie z wpływem choroby i hospitalizacji na ich psychospołeczne funkcjonowanie.

Bibliografia

- Barczykowska E. (2012), *Doświadczenie przez dziecko psychosomatycznej choroby przewlekłej* [w]: B. Haor, L. Rezmerski (red.), *Wybrane aspekty zdrowia i choroby*, Wyd. WSHE Włocławek.
- Górnik-Durose M., Mateusiak J. (2011), *Psychologia zdrowia. Konteksty i pogranicza*, Wyd. Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.
- Jakubik M., Kierys A., Bednarek A. (2011), *Udział pielęgniarki w adaptacji dziecka do warunków szpitalnych*, „Problemy Pielęgniarstwa”, t. 19.
- Janion E. (2000), *Zaspokajanie potrzeb psychicznych dzieci przewlekle chorych*. „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze”, nr 1.
- Juczyński Z. (2001), *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa.
- Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. (2003), *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*, Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, 2003.
- Kaczmarek A., Bodalski J. (2008), *Obraz własnej choroby, a poziom lęku i depresji u młodzieży chorującej na cukrzycę typu 1*, „Przegląd Pediatryczny”, t. 38, nr 1.
- Kram M., Kurylak A. (2010), *Ból w chorobie nowotworowej u hospitalizowanej młodzieży – doniesienie wstępne*, Wyd. Annales Academiae Medicae Stetinensis, Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, t. 56, nr 1.
- Kubacka-Jasiecka D. (2006), *Kryzys emocjonalny i interwencja kryzysowa – spojrzenie z perspektywy zagrożenia Ja i poczucia tożsamości* [w:] D. Kubacka-Jasiecka, T.M. Ostrowski, (red.), *Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby*, Wyd. WUJ, Kraków.
- Maciarz A. (2006), *Dziecko przewlekle chore. Opieka i wsparcie*, Wyd. Akademickie Żak, Warszawa.
- Malkowska-Szkutnik A. (2014), *Choroby przewlekłe u dzieci i młodzieży jako narastający problem społeczny*, „Studia BAS”, nr 2 (38) [online], www.bas.sejm.gov.pl, dostęp:14.02.2014.

Mateusiak J. (2000), *Biopsychospołeczne aspekty funkcjonowania człowieka w sytuacji stresu spowodowanego chorobą somatyczną* [w:] I. Heszen-Niejodek (red.), *Jak żyć z chorobą a jak ją pokonać*, Wyd. Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.

Pecyna M.B. (2000), *Dziecko i jego choroba*, Wyd. Żak, Warszawa.

Pilecka W. (2011), *Psychologia zdrowia dzieci i młodzieży. Perspektywa kliniczna*, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.

Skowrońska M. (2007), *Terapia poznawczo-behawioralna dzieci doświadczających bólu w przebiegu chorób somatycznych* [w:] A. Kulik, L. Szewczyk (red.), *Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej i osobowości. Psychospołeczne następstwa choroby somatycznej u dzieci i młodzieży*, Wyd. TN KUL, Lublin.

Wolańczyk T. (2006), *Dorastanie a choroba przewlekła – wybrane zagadnienia*, „Postępy Nauk Medycznych”, nr 6.

Mariola Banaszkiewicz

Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja
Kopernika w Toruniu

Irena Wawrzonkowska

Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. dr E. Warmińskiego w Bydgoszczy

Anna Andruszkiewicz

Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja
Kopernika w Toruniu

Zachowania zdrowotne i ich wybrane predyktory a jakość życia kobiet w okresie okołomenopauzalnym na przykładzie pacjentek Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im. dr E. Warmińskiego w Bydgoszczy

**The health behaviours and their selected predictors and quality
of women's life in postmenopausal period on the example of the
patients of Multi-Municipal Hospital dr E. Warmiński in Bydgoszcz**

Abstract

The quality of life of women in period menopauza depends on many factors, including from genetic factors, but also personality traits and lifestyle, including health behaviours.

Materials and methods

Questionnaire of socio-demographic data, Scale Behavioural Health of Women, Questionnaire of General Guidance life (SOC 29), Generalized Self Efficacy Scale and Test EQ-5D for testing the quality of life.

Results

The applied statistical methods have shown a link between selected predictors, such as the sense of coherence and generalized self-efficacy and health behaviour and quality of life examined women in perimenopausal period.

Conclusions

1 The higher sense of coherence and its components the more health-promoting behaviours manifest surveyed women.

2 The higher the assessment of self-efficacy have surveyed women the more health - promoting they behave: they have higher health selfestimate, deliberately behave in terms of sex life, and they more often feel social support.

3 It has proved the relation between health behaviours and quality of life of surveyed women.

4 It has proved the relation between the sense of coherence and its constituents and the quality of life of surveyed women.

5 It has proved the relation between their efficacy and the quality of life of surveyed women.

Key words: the menopause, the sense of coherence, the generalized self-efficacy, the health behaviours, the quality of life.

Wstęp

Okres okołomenopauzalny jest etapem przejściowym pomiędzy okresem rozrodczym a menopauzą (ostatnim krwawieniem miesięcznym w życiu kobiety). Rozpoczyna się w momencie pojawienia pierwszych klinicznych, endokrynologicznych lub biologicznych objawów menopauzy, a kończy 12 miesięcy po ostatniej miesiączce. Przeciętny wiek menopauzy to obecnie 40–55 lat, średnio 51 lat. Jest to trudny okres w życiu kobiety. Zachodzące w tym czasie zmiany hormonalne są przyczyną występowania objawów, głównie naczynioruchowych i psychoemocjonalnych. Wywierają one negatywny wpływ na samopoczucie, zdrowie i jakość życia kobiet [Pertyński 2004, ss. 3, 175, 300, 313, 314, 320, 321, 324, 325].

Okres życia związany z menopauzą nie musi jednak oznaczać dla kobiety końca czerpania przyjemności z życia. To czas, by zająć się realizacją własnych marzeń oraz zadbać o siebie i swoje zdrowie. Może to być realizowane m.in. poprzez zmianę stylu życia, w tym zachowań zdrowotnych, które określane są jako: nawyki zdrowotne, praktyki zdrowotne, zachowania sprzyjające zdrowiu, prozdrowotny styl życia, zachowania w chorobie, zachowania antyzdrowotne, zachowania ryzykowne, zachowania medyczne, zachowania prewencyjne [Ogińska-Bulik, Juczyński 2010, ss. 12–13, 16, ss. 161–163, ss. 204, 205, 208].

Wśród wielu predyktorów zachowań zdrowotnych wymienia się m.in.:

- predyspozycje indywidualne (zasoby), do których zalicza się ogólną orientację życiową, nazwaną przez twórcę tej koncepcji Aaroną Antonovsk'ego poczuciem koherencji (sense of coherence [Antonovsky 1995, ss. 32–34],

- przekonania i oczekiwania: m.in. poczucie własnej skuteczności [Juczyński 2001, ss. 5–6].

Według Antonovsky’ego istotnym czynnikiem mającym wpływ na zdrowie poza stresorami i zasobami odpornościowymi jest zmienna zwana **poczuciem koherencji (sense of coherence – SOC)**.

Autor definiuje ją jako „globalną orientację człowieka, wyrażającą stopień, w jakim człowiek ma dominujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że:

- bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter ustrukturalizowany, przewidywalny i wytłumaczalny,
- dostępne są środki, które pozwolą mu sprostać wymaganiom, stawianym przez te bodźce,
- wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania” [Heszen, Sęk 2008, ss. 78–83, 93, 99, Sęk, Pasikowski 2001, ss. 23–24, 26–30].

Poczucie koherencji składa się z trzech komponentów: poczucia zrozumiałości, poczucia zaradności, poczucia sensowności. Te trzy komponenty są ze sobą ściśle związane. Najważniejsze jest poczucie sensowności, bo bez niego zrozumiałość i zaradność nie mają szans na trwałość [Woynarowska 2007, ss. 17, 18, 21, 25, 33, 35, 42, 44–45, 53–57, 58–63, Antonovsky 1995].

Udowodniono, że poczucie koherencji wpływa korzystnie na zdrowie człowieka. Silnie rozwinięte poczucie koherencji mobilizuje człowieka do aktywności, wyzwala zasoby i umiejętności, których istnienia nie jest świadomy, by skutecznie radził sobie z trudnościami życia [Heszen, Sęk 2008, ss. 78–83, 93, 99]. Osoby takie są bardziej szczęśliwe, pogodne i zadowolone z życia, częściej podejmują również zachowania prozdrowotne.

Poczucie własnej skuteczności – pozwala przewidywać intencje i działania w różnych obszarach ludzkiej aktywności, w tym również w zakresie zachowań zdrowotnych. Spostrzeganie własnej skuteczności jest wyznacznikiem zamiarów i działań w różnych obszarach zachowań zdrowotnych. Zarówno zamiar zaangażowania się w określone działania zdrowotne, jak i aktualne zachowanie są pozytywnie powiązane z przekonaniami dotyczącymi własnej skuteczności. Im silniejsze są przekonania dotyczące własnej skuteczności, tym wyższe cele stawiają sobie ludzie i tym silniejsze jest ich zaangażowanie w zamierzone zachowanie, nawet w obliczu piętrzących się porażek [Juczyński 2001, s. 97].

Dla wielu kobiet przekwitanie jest trudnym okresem, a jego objawy, występujące z mniejszym lub większym nasileniem, wywierają negatywny wpływ na samopoczucie, zdrowie i jakość życia kobiet [Stoppard 1995, ss. 6, 10–11, 36–37, 45, 47–49, 50, 54, 166–167, 180, 192–195, Pertyński, Stachowiak 2006, ss. 529–530]. Klimakterium nie musi być jednak stanem pełnym cierpień i wyrzeczeń, ponieważ uciążliwości z nim związane można złagodzić, a niektóre całkowicie usunąć przy pomocy środków farmakologicznych i nefarmakologicznych [Lewiński 2006, ss. 13–19, 120–122, 133, 137].

Dla poprawy jakości życia kobiet w tym okresie warto również wykorzystać indywidualne zasoby, takie jak silne poczucie koherencji i wysokie poczucie własnej skuteczności oraz zachowania prozdrowotne, będące przejawem zdrowego stylu życia.

Cele badań

Celem prezentowanych badań było wykazanie związku pomiędzy wybranymi uwarunkowaniami zachowań zdrowotnych a tymi zachowaniami i jakością życia kobiet w okresie okołomenopauzalnym.

Materiał i metody

W badaniach wzięło udział 50 pacjentek w wieku 40–55 lat, hospitalizowanych w Wielospecjalistycznym Szpitalu Miejskim im. dr E. Warmińskiego w Bydgoszczy. Udział ankietowanych w badaniach był dobrowolny i anonimowy. Potwierdzeniem zgody na uczestnictwo w badaniach był zwrot wypełnionych kwestionariuszy.

Do zebrania materiału badawczego wykorzystano następujące narzędzia:

1. **Kwestionariusz danych społeczno-demograficznych**, własnej konstrukcji, składający się z 11 pytań.
2. **Skalę Zachowań Zdrowotnych Kobiet**, zawierającą 39 pytań dotyczących typowych zachowań i przyzwyczajeń, mających związek ze zdrowiem. Podzielono je na 9 kategorii: autoocena, wartościowanie zdrowia, nawyki żywieniowe, stosowanie używek, aktywność fizyczna, profilaktyka, zachowania seksualne, sytuacje stresowe i wsparcie społeczne. Im wyższy wynik średni w poszczególnych kategoriach, tym lepsza jakość zachowań zdrowotnych [Banaszkiewicz, Szafrńska, Idczak 2009, ss. 113–114].

3. **Kwestionariusz Orientacji Życiowej SOC-29**, opracowany przez A. Antonovsky'ego, składający się z 29 stwierdzeń dotyczących poszczególnych komponentów poczucia koherencji: zrozumiałości, zaradności i sensowności. Wynik globalnego poczucia koherencji mieści się w przedziale od 29 do 203 punktów. Im wyższy wynik, tym silniejsze poczucie koherencji [Banaszkiewicz, Szafrńska, Idczak 2009, s. 114].
4. **Skalę Uogólnionej Własnej Skuteczności – GSES**, składającą się z 10 stwierdzeń dotyczących jednego czynnika. GSES mierzy nasilenie ogólnego przekonania jednostki na temat własnej skuteczności radzenia sobie z sytuacjami problemowymi i przeszkodami. Można otrzymać od 10 do 40 punktów, które przekłada się na steny, gdzie 1–4 uznaje się za niskie, 5–6 przeciętne, 7–10 wysokie. Suma otrzymanych punktów wskazuje ogólny wskaźnik poczucia własnej skuteczności [Kościelak 2010, ss. 11–115, Juczyński 2001, ss. 93–98].
5. **Test do badania jakości życia EQ-5D** – jest standaryzowanym narzędziem służącym do pomiaru jakości życia. Obejmuje dwie składowe systemu opisowego definiującego pięć wymiarów funkcjonowania człowieka: zdolność poruszania, samoopieka, zwykłe czynności, ból/dyskomfort, niepokój/przygnębienie. Skala analogowa EQ-VAS jest drugą komponentą kwestionariusza EQ-5D. Końce skali odpowiadają: dolna etykieta – najgorszy wyobrażalny stan zdrowia, górna etykieta – najlepszy wyobrażalny stan zdrowia, którym przypisano wartości liczbowe 0 i 100. Im wyższy wynik na skali, tym wyższy wskaźnik poczucia jakości życia [Nowakowska-Głąb, Aniecka-Bryła, Nowakowska 2010, ss. 521–527].

Do opisu zmiennych wykorzystano statystyki opisowe (średnia arytmetyczna, minimum, maksimum, odchylenie standardowe). Większość analizowanych zmiennych znajduje się na skali interwałowej wg Stevensa. Z tego względu do statystycznej weryfikacji hipotez zastosowano korelację r-Pearsona, która pozwala oszacować związek między mierzonymi parametrami. W przypadku zmiennych na skali porządkowej (jakość życia) zastosowano odpowiednio współczynnik korelacji rang r-Spearmana. Analizy wykonano za pomocą pakietu statystycznego STATISTICA 9.0.

Wyniki badań

Średnia wieku respondentek wynosiła prawie 48 lat (47,78), większość z nich miała wykształcenie średnie (40%) i wyższe magisterskie (28%) i była aktywna zawodowo (94%). Aż 74% spośród badanych kobiet mieszka w miastach.

Średni poziom globalnego poczucia koherencji wśród badanych kobiet wynosi 136,96, dla poczucia zrozumiałości 45,58, poczucia zaradności 49,50 i poczucia sensowności 41,88. Wyniki te nie odbiegają od zakładanych przez Antonovsky'ego.

W skali GSES uzyskano wynik 30,26. Jest to dość wysoki wynik, co wiąże się z wysokim poczuciem własnej skuteczności badanych kobiet.

Analiza związku pomiędzy poczuciem koherencji a zachowaniami zdrowotnymi

Tabela 1. Związek pomiędzy globalnym poczuciem koherencji a poszczególnymi kategoriami zachowań zdrowotnych wśród badanych kobiet

Zachowania zdrowotne	SOC globalne			
	$r(x,y)$	r^2	t	p
wartościowanie zdrowia	0,188	0,035	1,325	0,192
autoocena zdrowia	0,456	0,208	3,545	0,001
sytuacje stresowe	0,322	0,103	2,354	0,023
stosowanie używek	0,114	0,013	0,798	0,429
nawyki żywieniowe	0,161	0,026	1,129	0,265
aktywność fizyczna	0,294	0,086	2,129	0,038
profilaktyka	0,179	0,032	1,259	0,214
zachowania seksualne	0,258	0,066	1,847	0,071
wsparcie społeczne	0,594	0,353	5,113	<0,001

Źródło: opracowanie badań własnych.

Jak wynika z danych zawartych w tabeli 1., najsilniejszy związek wykazano pomiędzy globalnym poczuciem koherencji a wsparciem społecznym i autooceną zdrowia, natomiast o słabszym nasileniu związek odnotowano pomiędzy sytuacjami stresowymi i aktywnością fizyczną. Im wyższe globalne poczucie koherencji przejawiają respondentki, tym częściej odczuwają wsparcie ze strony rodziny i przyjaciół, mają wyższą autoocenę zdrowia, lepiej radzą sobie w sytuacjach stresowych, częściej podejmują aktywność fizyczną.

Tabela 2. Związek pomiędzy składowymi poczucia koherencji: poczuciem zrozumiałości, zaradności i sensowności a poszczególnymi kategoriami zachowań zdrowotnych badanych kobiet

wsparcie spoleczne	zachowania seksualne	profila- ktyka	aktywność fizyczna	na- wyki żywno- towe	stoso- wanie używek	sytu- acje stresowe	auto- ocena zdrowia	warto- ściowa- nie zdrowia	Zachowania zdro- wotne			
									r(x,y)	poczucie zrozumia- łości		
									r ²	poczucie zaradności		
									t	poczucie sensowno- ści		
									p			
0,509	0,265	0,243	0,285	0,139	0,227	0,316	0,355	0,157		r(x,y)	r ²	t
0,259	0,070	0,059	0,082	0,019	0,051	0,100	0,126	0,025		r(x,y)	r ²	t
4,093	1,905	1,734	2,064	0,972	1,613	2,312	2,629	1,102		r(x,y)	r ²	t
<0,001	0,063	0,089	0,044	0,336	0,113	0,025	0,011	0,276		r(x,y)	r ²	t
0,504	0,208	0,056	0,170	0,077	0,033	0,219	0,447	0,130		r(x,y)	r ²	t
0,254	0,043	0,003	0,029	0,006	0,001	0,048	0,200	0,017		r(x,y)	r ²	t
4,045	1,474	0,389	1,195	0,536	0,232	1,557	3,465	0,908		r(x,y)	r ²	t
<0,001	0,147	0,699	0,238	0,595	0,817	0,126	0,001	0,368		r(x,y)	r ²	t
0,574	0,199	0,167	0,337	0,230	0,008	0,321	0,414	0,225		r(x,y)	r ²	t
0,330	0,040	0,028	0,114	0,053	0,000	0,103	0,171	0,050		r(x,y)	r ²	t
4,859	1,407	1,175	2,481	1,636	0,056	2,351	3,147	1,598		r(x,y)	r ²	t
<0,001	0,166	0,246	0,017	0,108	0,956	0,023	0,003	0,117		r(x,y)	r ²	t

Źródło: opracowanie badań własnych.

Analiza danych w tabeli 2. wykazuje, że najsilniejszy związek istnieje pomiędzy wszystkimi trzema składowymi poczucia koherencji a wspar-

ciem społecznym i autooceną zdrowia, natomiast o mniejszym nasileniu zależność istnieje pomiędzy poczuciem zrozumiałości i sensowności a sytuacjami stresowymi i aktywnością fizyczną.

Analiza związku pomiędzy własną skutecznością a zachowaniami zdrowotnymi

Tabela 3. Związek pomiędzy poczuciem własnej skuteczności a zachowaniami zdrowotnymi w badanej grupie kobiet

GSES	r(x,y)	r ²	t	p
wartościowanie zdrowia	0,134	0,018	0,934	0,355
autoocena zdrowia	0,481	0,231	3,800	<0,001
sytuacje stresowe	0,099	0,010	0,688	0,495
stosowanie używek	0,271	0,074	1,953	0,057
nawyki żywieniowe	0,144	0,021	1,005	0,320
aktywność fizyczna	0,127	0,016	0,890	0,378
profilaktyka	0,200	0,040	1,415	0,163
zachowania seksualne	0,432	0,186	3,317	0,002
wsparcie społeczne	0,358	0,128	2,652	0,011

Źródło: opracowanie badań własnych.

Powyższa analiza wykazała istnienie silnej zależności pomiędzy poczuciem własnej skuteczności a autooceną zdrowia oraz o mniejszym nasileniu pomiędzy zachowaniami seksualnymi i wsparciem społecznym.

Analiza związku pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi a jakością życia

Analiza statystyczna wykazała istnienie silnej korelacji pomiędzy skalą ból/dyskomfort oraz niepokój/przygnębienie a autooceną zdrowia. Słabsze zależności wykazano pomiędzy skalami: poruszanie się, samoopieka i zwykłe czynności a skalą autoocena zdrowia oraz pomiędzy skalami: wartościowanie zdrowia i nawyki żywieniowe a skalą ból/dyskomfort oraz zachowaniami seksualnymi a niepokojem/przygnębieniem. Istnieje również związek pomiędzy skalą zdrowie dzisiaj a autooceną zdrowia i profilaktyką.

Tabela 4. Związek pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi a jakością życia w badanej grupie kobiet

	wsparcie społeczne	zachowania seksualne	prof-laktyka	aktywność fizyczna	nawyki żywieniowe	stosowanie używek	sytuacje stresowe	auto-ocena zdrowia	wartościowanie zdrowia	Zachowania zdrowotne				Jakość życia													
										r	poruszanie się	t(n-2)	p	r	samoopieka	t(n-2)	p	r	zwykłe czynności	r	ból/dyskomfort	t(n-2)	p	r	niepokój/przygnębienie		
0,037		0,038	-0,122	-0,042	0,036	0,224	0,036	-0,389	0,005																		
0,25		0,26	-0,85	-0,29	0,25	1,59	0,25	-2,93	0,04																		
0,801		0,795	0,399	0,771	0,806	0,118	0,804	0,005	0,971																		
0,070		-0,070	-0,150	0,181	-0,012	-0,028	0,004	-0,306	-0,006																		
0,49		-0,49	-1,05	1,27	-0,09	-0,19	0,03	-2,22	-0,04																		
0,628		0,628	0,300	0,209	0,932	0,847	0,975	0,031	0,968																		
0,108		-0,045	-0,073	0,010	-0,068	-0,001	0,034	-0,399	-0,101																		
0,75		-0,31	-0,51	0,07	-0,48	-0,01	0,24	-3,01	-0,70																		
0,455		0,759	0,613	0,945	0,636	0,994	0,813	0,004	0,486																		
0,093		-0,025	-0,226	-0,183	-0,280	-0,129	-0,181	-0,498	-0,305																		
0,65		-0,17	-1,61	-1,29	-2,02	-0,90	-1,28	-3,97	-2,22																		
0,520		0,862	0,115	0,202	0,049	0,372	0,208	<0,001	0,031																		
-0,253		-0,279	-0,092	-0,037	-0,020	-0,145	-0,270	-0,572	-0,112																		
-1,81		-2,01	-0,64	-0,26	-0,14	-1,01	-1,94	-4,84	-0,78																		
0,076		0,050	0,527	0,798	0,891	0,316	0,058	<0,001	0,437																		

Źródło: opracowanie badań własnych.

Analiza związku pomiędzy poczuciem koherencji a jakością życia

Tabela 4. Związek pomiędzy globalnym poczuciem koherencji a jakością życia w badanej grupie kobiet

zdrowie dzisiaj	niepokój/ przygnę- bienie	ból/dys- komfort	zwykłe czynności	samoopie- ka	porusza- nie się	Jakość życia		
						SOC glo- balne		
0,173	-0,469	-0,074	-0,096	0,016	-0,036	r	t(n-2)	p
1,22	-3,68	-0,51	-0,67	0,11	-0,25			
0,230	0,001	0,610	0,507	0,915	0,803			
0,188	-0,414	-0,068	0,029	0,027	0,160	r	t(n-2)	p
1,33	-3,15	-0,47	0,20	0,19	1,12			
0,190	0,003	0,638	0,842	0,854	0,267			
0,179	-0,445	-0,052	-0,147	0,041	-0,066	r	t(n-2)	p
1,26	-3,45	-0,36	-1,03	0,29	-0,46			
0,213	0,001	0,717	0,309	0,776	0,648			
0,025	-0,334	-0,051	-0,070	-0,001	-0,131	r	t(n-2)	p
0,18	-2,46	-0,35	-0,49	-0,01	-0,91			
0,861	0,018	0,726	0,628	0,994	0,365			

Źródło: opracowanie badań własnych.

Z analizy danych zawartych w tabeli 4. wynika, że istnieje związek pomiędzy globalnym poczuciem koherencji i jej składowymi: poczuciem zrozumiałości, zaradności i sensowności a skalą niepokój/przygnębienie.

Analiza związku pomiędzy własną skutecznością a jakością życia**Tabela 5. Związek pomiędzy własną skutecznością a jakością życia kobiet**

Jakość życia	GSES		
	r	t(n-2)	p
poruszanie się	0,048	0,33	0,743
samoopieka	-0,068	-0,47	0,638
zwykłe czynności	-0,238	-1,70	0,096
ból/dyskomfort	-0,099	-0,69	0,493
niepokój/przygnębienie	-0,386	-2,90	0,006
zdrowie dzisiaj	0,192	1,36	0,181

Źródło: opracowanie badań własnych.

Jak wynika z przedstawionej analizy statystycznej, istnieje związek pomiędzy poczuciem własnej skuteczności a kategorią niepokój/przygnębienie.

Omówienie i dyskusja wyników

Dla wielu kobiet dolegliwości związane z okresem okołomenopauzalnym są dużym utrudnieniem, ponieważ zakłócają codzienną egzystencję. W związku z tym jakość ich życia bywa różna, częsta ulega znacznemu pogorszeniu, zwłaszcza w obszarze psychologicznym i społecznym.

W niniejszej pracy podjęto próbę analizy, czy zmienne takie jak: poczucie koherencji i własna skuteczność mają wpływ na zachowania zdrowotne i jakość życia kobiet w okresie okołomenopauzalnym. Grupę badaną stanowiło 50 kobiet w wieku 40–55 lat, które były pacjentkami Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego w Bydgoszczy.

Z analizy badań wynika, że globalne poczucie koherencji u badanych kobiet w okresie klimakterium wynosi średnio **136,96** i nie odbiega od danych prezentowanych przez Antonovsky'ego (133–160) [Antonovsky 1995]. Natomiast wyniki średnie pozostałych składowych wyniosły średnio: dla poczucia zrozumiałości **45,58**; poczucia zaradności **49,5**; sensowności **41,88** i są również porównywalne z badaniami prezentowanymi w literaturze. Podobne wyniki w grupie badanych pielęgniarek, palących i niepalących, uzyskali M. Banaszkiewicz, A. Andruszkiewicz, J. Perliński i in. [2007]. Za to zdecydowanie niższe poczucie koherencji w swoich badaniach wśród chorych z miażdżycą tętnic kończyn dolnych i grupie kon-

trolnej przedstawiła Kurowska i Wrońska. SOC u osób chorych był obniżony 114,34; a w grupie kontrolnej na poziomie 124,48 [Kurowska, Wrońska 2005, ss. 31–35]. Jeszcze niższy poziom globalnego SOC wykazała u osób zakażonych HIV – 105,50 Kurowska i Zając [2007, ss. 198–202].

Przeprowadzone badania potwierdziły założenie, że istnieje związek pomiędzy poczuciem koherencji a zachowaniami zdrowotnymi. W badanej grupie kobiet wykazano korelację pomiędzy poczuciem koherencji a takimi kategoriami zachowań zdrowotnych, jak: autoocena zdrowia, sytuacje stresowe, aktywność fizyczna i wsparcie społeczne. Im większe poczucie koherencji mają badane kobiety, tym częściej zachowują się prozdrowotnie. Mają wyższą autoocenę zdrowia, rzadziej odczuwają sytuacje stresowe i lepiej sobie z nimi radzą, częściej podejmują aktywność fizyczną i częściej odczuwają wsparcie ze strony rodziny i przyjaciół. Wyniki te są zgodne z założeniami koncepcji Antonovsky’ego, że silne poczucie koherencji wiąże się z większą dbałością o zdrowie. Bardzo podobne wyniki uzyskała Banaszkiewicz, Szafrńska, Idczak [2009, ss. 113–114] w badaniach przeprowadzonych w grupie pielęgniarek i położnych zatrudnionych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Słupsku. Również J. Tylka, E. Bajcar [2005, ss. 1–17], badając pacjentów z chorobą niedokrwienną serca, wykazali, że osoby z wysokim SOC prowadzą zdrowszy tryb życia, częściej stosują się do zaleceń lekarzy i szybciej rezygnują ze szkodliwych nawyków.

Badana grupa respondentek uzyskała dość wysokie wyniki w Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności – **30,26** w porównaniu z badaniami Juczyńskiego [2001, s. 96], które wykazały, że najniższy wskaźnik własnej skuteczności uzyskały kobiety leczone z powodu nasilonych objawów menopauzy **26,12** a najwyższy kobiety po mastektomii **30,07**. Analiza związków pomiędzy własną skutecznością a zachowaniami zdrowotnymi w badanej grupie kobiet wykazała, że im silniejsze są przekonania dotyczące własnej skuteczności, tym większą motywację do działania przejawiają badane osoby, również w zakresie zachowań prozdrowotnych. Podobne wyniki uzyskała A. Andruszkiewicz, M. Banaszkiewicz, M. Felsmann i in. [2011, ss. 143–147], badając pielęgniarki pracujące w szpitalach. Z badań własnych wynika, że przekonanie o własnej skuteczności sprzyja zdrowiu i koreluje z takimi skalami zachowań zdrowotnych, jak: autoocena zdrowia, zachowania seksualne i wsparcie społeczne. Związek pomiędzy własną skutecznością a podejmowaniem zachowań zdrowotnych był także

analizowany przez Kościelaka [2010, ss. 139–147] wśród chorych z czwartym stopniem POCHP (przewlekłej obturacyjnej choroby płuc). Autor wykazał dodatnie korelacje ze wszystkimi składnikami zachowań zdrowotnych. Badane przez niego kobiety cechują się mniejszą skutecznością w zmaganiach z problemami zdrowotnymi, niż mężczyźni. Osoby z wyższym wynikiem są bardziej zaangażowane w działania prozdrowotne.

W badaniach poddano także analizie związek pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi a jakością życia badanych kobiet w okresie okołomenopauzalnym. Na podstawie wyników własnych stwierdzono, że im większe problemy respondentki miały z poruszaniem, związane z myciem, ubieraniem oraz zwykłymi czynnościami, tym niżej oceniały stan swojego zdrowia, gorzej funkcjonowały w zakresie aktywności fizycznej, a porównując swoje zdrowie z innymi czuły się mniej zdrowo i mniej zadowolone z życia. Dodatnia korelacja wystąpiła także pomiędzy skalą ból/dyskomfort a wartościowaniem zdrowia, autooceną i nawykami żywieniowymi. Dla kobiet odczuwających dolegliwości bólowe, zdrowie stanowi mniejszą wartość, skupiały się one na dolegliwościach i nie przestrzegały zasad prawidłowego odżywiania. Również gorszy stan emocjonalny, niepokój, przygnębienie wpływa na słabszą ocenę zdrowia i mniejszą aktywność seksualną, co w efekcie powoduje, że jakość życia badanych jest znacznie obniżona.

Na podobne problemy kobiet zwróciła uwagę Wróblewska [2006, ss. 80–84]. Uważa ona, że zdecydowane pogorszenie jakości życia, związane z dolegliwościami bólowymi i wykonywaniem podstawowych czynności, następuje w grupie kobiet w wieku 65 lat i starszych. Natomiast pogorszenie jakości życia kobiet w wieku średnim (45–64) oraz młodszych częściej przejawia się w wymiarze emocjonalnym. Wykazała także, że kłopoty ze zdrowiem wpływają u co szóstej kobiety w wieku 45–64 lat na sferę życia seksualnego. Znalazło to potwierdzenie w wynikach własnych. Oceniając wpływ stanu zdrowia na jakość życia, M. Gierszewska i R. Kotzbach [2007, ss. 124–130] stwierdzili, że u kobiet chorych na raka szyjki macicy jakość życia jest istotnie niższa niż u kobiet zdrowych. Natomiast K. Kurowska i M. Korecińska [2012, ss. 20–25] wykazały, że u chorych po zabiegach kardiochirurgicznych największy wpływ na jakość życia ma pozytywne nastawienie.

Dokonano również analizy pomiędzy badanymi predyktorami zachowań zdrowotnych a jakością życia. Wykazano dodatni związek pomiędzy

poczuciem koherencji i jej składowymi a jakością życia. Im niższy poziom globalnego poczucia koherencji i jej składowych, tym częściej badane kobiety odczuwają większy niepokój i przygnębienie. Oznacza to, że respondenci nie mają przekonania o możliwości poradzenia sobie w sytuacjach problemowych, posiadają ograniczone zasoby zaradcze, źle interpretują to, co wokół nich się dzieje, nie widzą sensu działania, co wzmacnia w nich niepokój i pogarsza jakość życia. Dodatkowo wpływ na obniżenie jakości życia wywierają prawdopodobnie nasilające się w tym okresie życia objawy klimakteryczne, potwierdzają to badania prezentowane przez V. Skrzypulec, B. Naworską i A. Drosdzol [2007, ss. 96–101].

Jak potwierdziły wyniki badań, poczucie własnej skuteczności wpływa na jakość życia badanych kobiet. Im niższe poczucie skuteczności wykazują badane kobiety, tym częściej odczuwają niepokój i przygnębienie.

Podsumowując, w oparciu o uzyskane wyniki można stwierdzić, że wybrane predyktory, czyli poczucie koherencji i poczucie własnej skuteczności mają wpływ na zachowania zdrowotne i jakość życia badanych kobiet w okresie klimakterium. Istnieje zatem potrzeba tworzenia programów psychoedukacyjnych przeznaczonych dla kobiet z dolegliwościami okresu okołomenopauzalnego w celu poprawy jakości życia w tym trudnym dla nich okresie.

Wnioski

Analiza materiału badawczego pozwala na sformułowanie następujących wniosków:

1. Istnieje związek pomiędzy poczuciem koherencji a zachowaniami zdrowotnymi badanych kobiet.
 - Im wyższe globalne poczucie koherencji, poczucie zrozumiałości i poczucie sensowności, tym wyższą autoocenę zdrowia mają badane kobiety, rzadziej odczuwają sytuacje stresowe i lepiej sobie z nimi radzą, częściej podejmują aktywność fizyczną i częściej odczuwają wsparcie społeczne od rodziny i przyjaciół.
 - Im wyższe poczucie zaradności, tym wyżej badane oceniają swoje zdrowie i częściej odczuwają wsparcie społeczne od rodziny i przyjaciół.
2. Istnieje związek pomiędzy własną skutecznością a zachowaniami zdrowotnymi badanych kobiet.

- Im wyższy poziom poczucia własnej skuteczności posiadają badane kobiety, tym wyższą mają autoocenę zdrowia, rozważniej zachowują się w obszarze życia seksualnego oraz częściej odczuwają wsparcie społeczne od najbliższych.
- 3. Istnieje związek pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi a jakością życia respondentek.
 - Im niższą autoocenę zdrowia mają badane kobiety, tym częściej zgłaszają problemy z poruszaniem, samoopieką oraz ze zwykłymi czynnościami,
 - Kobiety niżej wartościujące zdrowie, mające niższą autoocenę zdrowia oraz gorsze nawyki żywieniowe, częściej odczuwają ból i dyskomfort obniżający ich jakość życia,
 - Kobiety z niższą autooceną zdrowia oraz zachowujące się ryzykownie w zakresie życia seksualnego częściej odczuwają niepokój i przygnębienie pogarszające ich jakość życia.
 - Im wyższą autoocenę zdrowia mają badane kobiety oraz im częściej podejmują działania w zakresie profilaktyki, tym wyżej oceniają swoje „zdrowie dzisiaj”.
- 4. Istnieje związek pomiędzy poczuciem koherencji a jakością życia badanych kobiet.
 - Im niższe globalne poczucie koherencji, poczucie zrozumiałości, poczucie zaradności i poczucie sensowności, tym z większy niepokój odczuwają badane respondenci, co powoduje gorszą jakość ich życia,
- 5. Istnieje związek pomiędzy własną skutecznością a jakością życia badanych kobiet.
 - Im niższy poziom poczucia własnej skuteczności posiadają respondenci, tym większy odczuwają niepokój i przygnębienie obniżające ich jakość ich życia.

Bibliografia

- Andruszkiewicz A., Banaszkiewicz M., Felsmann M., Marzec A., Kielbratowska B., Kocięcka A. (2011), *Poczucie własnej skuteczności a wybrane zmienne związane z funkcjonowaniem zawodowym w grupie pielęgniarek*, „Problemy Pielęgniarstwa”, 19.
- Antonovsky A. (1995), *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*, Wydawnictwo Fundacji IPN, Warszawa.

Banaszkiewicz M., Andruszkiewicz A., Perliński J., Krajewska M. (2007), *Poczucie koherencji a uzależnienie od palenia tytoniu wśród pielęgniarek*, „Pielęgniarstwo XXI wieku”, Nr 1.

Banaszkiewicz M., Szafrńska A., Idczak H. (2009), *Ogólna orientacja życiowa a zachowania zdrowotne kobiet na przykładzie pielęgniarek i położnych* [w:] M. Banaszkiewicz, A. Andruszkiewicz, J. Perliński (red.), *Interdyscyplinarny wymiar promocji zdrowia*, Wydawnictwo KONS, Elbląg.

Gierszewska M., Kotzbach R. (2007), *Jakość życia kobiet operowanych z powodu raka szyjki macicy* [w:] Z. Bartuzi (red.), *Interdyscyplinarny wymiar nauk o zdrowiu*, Wydawnictwo UMK w Toruniu CM w Bydgoszczy, Bydgoszcz.

Heszen I., Sęk H. (2008), *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

Juczyński Z. (2001), *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa.

Kościelak R. (2010), *Poczucie umiejscowienia kontroli i przekonania o własnej skuteczności u osób z POCHP* [w:] *Poczucie umiejscowienia kontroli i przekonania o własnej skuteczności w zdrowiu i chorobie*, Wydawnictwo Impuls, Kraków.

Kurowska K., Korecińska M. (2012), *Wpływ zachowań zdrowotnych na jakość życia chorych po zabiegach kardiochirurgicznych*, „Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne”, nr 1.

Kurowska K., Wrońska I. (2005), *Rola poczucia koherencji a zachowania zdrowotne u chorych z miażdżycą tętnic kończyn dolnych*, „Pielęgniarstwo XXI wieku”, Nr 1(9).

Kurowska K., Zając M. (2007), *Depresyjność jako korelat poczucia koherencji w chorobach cywilizacyjnych* [w:] Z. Bartuzi (red.), *Interdyscyplinarny wymiar nauk o zdrowiu*, Wydawnictwo UMK w Toruniu CM w Bydgoszczy, Bydgoszcz.

Lewiński A. (2006), *Menopauza bez tajemnic*, PZWL, Warszawa.

Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. (2010), *Osobowość, stres a zdrowie*, Wydawnictwo Difin, Warszawa.

Pertyński T. (2004), *Diagnostyka i terapia wieku menopauzalnego*, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław.

Pertyński T., Stachowiak G. (2006), *Menopauza – fakty i kontrowersje*, „Endokrynologia Polska”, nr 5.

Sęk H., Pasikowski T. (2001), *Zdrowie – Stres – Zasoby. O znaczeniu poczucia koherencji dla zdrowia*, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań.

Skrzypulec V., Noworska B., Droszdzol A. (2007), *Analiza wpływu objawów klimakterycznych na funkcjonowanie i jakość życia kobiet w okresie około menopauzalnym*,

„Przegląd Menopauzalny”, nr 2.

Stoppard M. (1995), *Menopauza*, Real Press, Warszawa, Kraków.

Tylka J., Bajcar E. (2005), *Socjo-psychologiczne wyznaczniki jakości życia pacjentów z chorobą niedokrwienną serca*, „Sztuka Leczenia”, tom XII, nr 3–4.

Woynarowska B. (2007), *Edukacja zdrowotna*, PWN, Warszawa.

Wróblewska W. (2006), *Jakość życia kobiet uwarunkowana stanem zdrowia* [w:] *Raport: Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15–49 lat*, Polska.



Emilia Zwoźniak

Ewa Kupcewicz

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski

Poczucie satysfakcji z życia a strategie radzenia sobie ze stresem w pracy pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach psychiatrycznych

The sense of satisfaction with life and strategies of coping with stress in the work of psychiatric ward nurses

Abstract

Introduction: Satisfaction with life of professional nurses is closely connected with the job satisfaction and ways of coping with difficult life situations.

The aim of the study was overall assessment of a sense of overall satisfaction with life and learning strategies to cope with stress in the work of nurses employed in psychiatric wards.

Material and methods: The study included 130 nurses working in psychiatric hospitals. The study was conducted using Satisfaction with Life Scale – SWLS tool as well as Inventory Measurement Strategy for Coping with Stress – Mini-COPE tool. **Results and conclusions of research:** In the analysed group of nurses, an average value of life satisfaction was 18.60 ± 4.96 and depended on the financial situation of the participants.

The nurses most frequently choose an active dealing with stress 2.03 ± 0.43 , and also prefer avoidance 1.23 ± 0.49 , and turning to religion 1.25 ± 0.99 .

Key words: satisfaction, stress, coping strategies, nurses.

Wstęp

Poczucie satysfakcji z życia jest pragnieniem każdego człowieka, jest też pochodną subiektywnej oceny wielu sfer codziennej egzystencji ludzkiej: pracy, płacy, relacji z rodziną, znajomymi i współpracownikami. Osiągnięcie przez istotę ludzką jednego atrybutu szczęścia automatycznie wyzwała pragnienie posiadania kolejnych, bardziej atrakcyjnych [Włodarczyk-Śpiewak 2006, ss. 513–526]. Poczucie satysfakcji z życia uzależnione

jest od siły, wartości dodatniej emocji i sprawności umysłu. Emocje sygnalizują, czy otaczająca człowieka rzeczywistość ma dla niego wydźwięk negatywny czy pozytywny. Skłaniają go do podjęcia działań mających na celu przywrócenie stanu pożądanego, którym jest satysfakcja z życia. Mobilizują jednostkę do rozwoju, otwierania się na nowy potencjał możliwości i doświadczeń, dając w rezultacie poczucie szczęścia [Rożnowska 2009, ss. 11–19]. Częścią składową satysfakcji z życia jest satysfakcja z pracy. Satysfakcja zawodowa osoby pracującej jest ściśle powiązana z warunkami, jakie panują w miejscu pracy. Na poczucie zadowolenia z pracy mają wpływ czynniki personalne, poziom autonomii w działaniach, stopień zróżnicowania podejmowanych czynności oraz umiejętność organizowania pracy własnej [Skrzypek 2001, ss. 239–248]. Niestety nieodłącznym towarzyszem życia, oprócz zadowolenia z niego, jest stres. To jakby druga strona tego samego medalu. Stres to stan odczuwania, zainicjowany przez negatywne uczucia, które wyzwalają emocje wywołujące zmiany w funkcjonowaniu ludzkiego organizmu [Heszen-Niejodek 2005, ss. 465–492]. Może też być wynikiem zaburzenia równowagi pomiędzy czynnikami zewnętrznymi warunkami środowiskowymi i wewnętrznymi – czyli możliwościami i predyspozycjami jednostki. [Siudem 2005, ss. 155–165]. W środowisku pielęgniarstwie najbardziej znana jest kompetencyjno-poznawcza teoria stresu, ukazująca stres jako konflikt pomiędzy oczekiwaniami jednostki i jej możliwościami a wymaganiami stawianymi jej przez otoczenie. [Dugiel i in. 2012, ss. 47–70]. Wśród personelu pielęgniarstwa źródłem stresu są obciążenia psychiczne wynikające z oddziaływania wielu bodźców środowiskowych w miejscu pracy: praca zmianowa, wykonywanie czynności pielęgniarstkich pod presją czasu, odpowiedzialność za życie i zdrowie ludzkie [Dębska i in. 2014, ss. 113–119]. Radzenie sobie ze stresem jest świadomym dążeniem człowieka do przekształcenia sytuacji stresującej w mniej uciążliwą. W tym celu wykorzystuje on różnego rodzaju strategie radzenia sobie ze stresem, przy czym pod pojęciem strategii kryje się taktyka działania, która ma zmienić zaistniałą sytuację w korzystną dla jednostki [Terelak 2006, ss. 1035–1043]. Wyróżnia się trzy grupy strategii radzenia sobie ze stresem: skoncentrowane na zadaniu lub problemie, skoncentrowane na emocjach i skoncentrowane na unikaniu. Przy czym tylko strategie skoncentrowane na problemie są konstruktywne. Ich stosowanie prowadzi do podejmowania aktywnych form rozwiązywania sytuacji trudnej [Mroczkowska 2013, ss. 205–210].

Celem pracy była ocena satysfakcji z życia i określenie strategii radzenia sobie ze stresem w pracy zawodowej pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach psychiatrycznych.

W związku z tym sformułowano następujące pytanie badawcze:

1. W jakim stopniu czynniki socjodemograficzne wpływają na poczucie satysfakcji z życia i determinują wybór strategii radzenia sobie ze stresem w grupie pielęgniarek psychiatrycznych?
2. Jakie strategie radzenia sobie ze stresem są najczęściej wybierane przez pielęgniarki?

Materiał i metody

Badaniem objęto 130 respondentów w pierwszym kwartale 2014 roku zatrudnionych na stanowisku pielęgniarki/pielęgniarsza w podmiotach leczniczych o profilu psychiatrycznym na terenie Olsztyna, Węgorzewa i Działdowa. W pracy posłużono się metodą sondażu diagnostycznego. Badanie zostało przeprowadzone za pomocą kwestionariusza własnej konstrukcji zawierającego pytania o podstawowe dane socjodemograficzne (tj: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, staż pracy, stanowisko pracy, stan cywilny, system pracy, wykształcenie i doskonalenie zawodowe, sytuacja finansowo/materialna. Do badania satysfakcji z życia zastosowano Skalę Satysfakcji z Życia (SWLS, *The Satisfaction with Life Scale*) autorstwa Ed. Diener, Robert A. Emmons, Randy J. Larsen i Sharon. Griffin (polska adaptacja: Z. Juczyński). Kwestionariusz zawiera 5 stwierdzeń, na które osoba badana udziela odpowiedzi na 7-stopniowej skali. Właściwości psychometryczne SWLS są zadawalające. Dla wersji oryginalnej wskaźnik rzetelności (*alfa* Cronbacha) wynosił 0,87, zaś korelacja między wynikami dwukrotnych badań, przeprowadzonych w odstępie dwóch miesięcy, okazała się niewiele niższa [Juczyński 2009, ss. 128–132]. Trzecie zastosowane narzędzie to Inwentarz do Pomiaru Strategii Radzenia Sobie ze Stresem Mini–COPE autorstwa C.S. Carver w adaptacji Z. Juczyńskiego i N. Ogińskiej-Bulik [2009, ss. 45–58]. Polska wersja zawiera 28 twierdzeń, które są zawarte w 14 strategiach radzenia sobie ze stresem (w każdej strategii po 2 twierdzenia), które zostały ujęte w 7 grup. Odpowiedzi zawarte w skali czterostopniowej od 0 do 3 oznaczają: 0 – „prawie nigdy tak nie postępuję”, 1 – „rzadko tak postępuję”, 2 – „często tak postępuję”, 3 – „prawie zawsze tak postępuję”. Uzyskane od respondentów dane zestawiono w arkuszu kalkulacyjnym programu MS Excel. Analizy statystyczne przeprowadzono za pomocą programu STATISTICA 10PL.

Wyniki

Charakterystyka badanej grupy

W badaniu uczestniczyło 130 osób zatrudnionych w zawodzie pielęgniarstwa /pielęgniarki w oddziałach psychiatrycznych, w tym: 93% (n=121) kobiet i 7% (n=9) mężczyzn. W większości badani mieszkali w mieście 81% (n=105), pozostała grupa 19% (n=25) wskazała wieś jako miejsce zamieszkania. Ponad 80% (n=106) to osoby powyżej 41 roku życia, a 73% podało, że pracuje w zawodzie ponad 21 lat. Wśród badanych 85% (n=110) pracowało na stanowisku pielęgniarki odcinkowej. Najbardziej liczną grupę stanowiły osoby, które ukończyły liceum medyczne (43%). Wysoki odsetek badanych 42% (n=54) wskazało, że posiada dostateczną sytuację finansową. Szczegółowe dane zamieszczono w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy

Charakterystyka grupy badanej	N – liczba badanych	%
Płeć		
Kobieta	121	93
Mężczyzna	9	7
Stanowisko pracy pielęgniarki		
Kierownicze	15	12
Pielęgniarka zabiegowa	5	4
Pielęgniarka odcinkowa	110	85
Wiek (klasy)		
24–40	24	18
41–50	68	52
51 i powyżej	38	30
Miejsce zamieszkania		
Wieś	25	19
Miasto	105	81
Wykształcenie		
Liceum medyczne	56	43
Policealne, pomaturalne studium pielęgniarstwa	18	14
Licencjat pielęgniarstwa	39	30
Magister pielęgniarstwa	10	8
Staż pracy w zawodzie (w latach)		
1–10	16	12
11–20	19	15
21–30	61	47

31 lat i powyżej	34	26
Ocena sytuacji finansowej/materialnej		
Bardzo dobra	3	2
Dobra	31	24
Dostateczna	54	42
Słaba	34	26
Bardzo słaba	8	6

Źródło: badania własne.

Poczucie satysfakcji z życia w opinii badanych pielęgniarek

Dobre samopoczucie jest ważnym komponentem zdrowia, na które składają się trzy elementy: poziom satysfakcji, pozytywne uczucia i brak uczuć negatywnych. Do zbadania poczucia satysfakcji z życia wśród pielęgniarek zatrudnionych w podmiotach leczniczych o profilu psychiatrycznym zastosowano Skalę Satysfakcji z Życia – SWLS, która zawiera pięć stwierdzeń. Badany oceniał, w jakim stopniu każde z nich odnosiło się do jego dotychczasowego życia. Wynikiem pomiaru jest ogólny wskaźnik poczucia zadowolenia z życia. Im wyższy wynik, tym wyższe poczucie satysfakcji z życia odczuwała osoba badana [Juczyński 2009, ss. 128–132]. Jak wynika z danych zawartych w tabeli 1., stwierdzenie *Warunki mojego życia są doskonałe* uzyskało wartość najniższą $3,13 \pm 1,27$ w skali 1–7, co świadczy, że sytuacja socjalno-bytowa badanych nie była dobra, ale i tak badani nadali stwierdzeniu *Jestem zadowolony z mojego życia* najwyższą wartość $4,55 \pm 1,15$.

Tabela 1. Średnia (M) i odchylenie standardowe (SD) dla poszczególnych stwierdzeń skali SWLS		
SWLS	M	SD
Pod wieloma względem moje życie jest zbliżone do ideału (1–7)	3,25	1,40
Warunki mojego życia są doskonałe (1–7)	3,14	1,27
Jestem zadowolony z mojego życia (1–7)	4,55	1,15
W życiu osiągnąłem najważniejsze rzeczy, które chciałem (1–7)	4,15	1,33
Gdybym mógł jeszcze raz przeżyć swoje życie to nie chciałbym prawie nic zmienić (1–7)	3,49	1,43
Ogólny wskaźnik poczucia zadowolenia z życia (5–35)	18,60	4,96
Sten (1–10)	4,89	1,75

Źródło: badania własne.

Z analizy danych wynika, że ogólna ocena poczucia satysfakcji z życia w grupie badanej wynosiła $18,60 \pm 4,96$ w skali 5–35 i była na poziomie przeciętnym. W celu uzyskania odpowiedzi na pytanie o odsetek wyników niskich, przeciętnych czy wysokich, przeliczono wskaźniki na odpowiednią skalę stenową (SWLS: tymczasowe normy polskie – dorośli 1998–1999). Steny w granicach 1–4 świadczą o wynikach niskich, zaś w granicach 7–10 traktowane są jako wysokie.

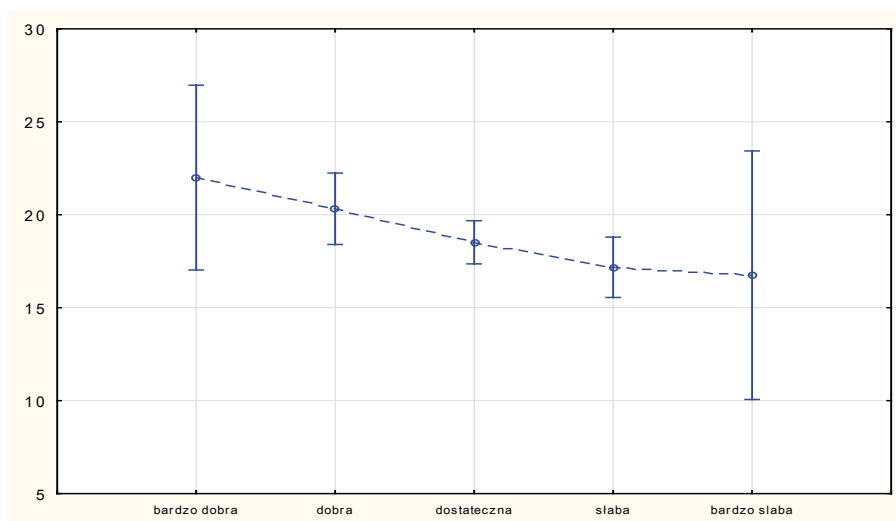
Tabela 2. Rozkład badanych z uwzględnieniem wyników SWLS po przeliczeniu na steny		
Stopień satysfakcji z życia (steny)	N – liczba osób	%
Niski (1–4)	50	38
Przeciętny (5–6)	58	45
Wysoki (7–10)	22	17
Źródło: badania własne.		

Spośród 130 osób badanych 45% respondentów doświadczało przeciętnego poziomu satysfakcji z życia. Nieco mniej, bo 38% badanych, odczuwało poczucie dobrostanu w stopniu niskim, a 17 % pielęgniarek – w stopniu wysokim (tabela 2).

Aby sprawdzić, które z czynników socjodemograficznych wpływają na poczucie satysfakcji z życia, zastosowano test ANOVA rang Kruska-

la-Wallisa. W wyniku analizy okazało się, że poczucie satysfakcji z życia w grupie badanej zależało od oceny kondycji finansowej na poziomie istotności statystycznej $p=0,05$. Pozostałe czynniki socjodemograficzne nie miały wpływu na poczucie satysfakcji z życia. Na podstawie wyliczonych średnich SWLS dla zmiennej ocena sytuacji finansowej można stwierdzić, że osoby będące w sytuacji finansowej ocenianej przez nie jako dobra 20,3 i bardzo dobra 22,0, miały wyższe poczucie satysfakcji z życia niż respondenci oceniający swoje finanse na poziomie słabym 17,2 czy bardzo słabym 16,8. Zależność tą ilustruje ryc. 1.

Ryc. 1. Porównanie średnich poziomów SWLS w poszczególnych grupach zmiennej ocena sytuacji finansowej



Źródło: badania własne.

Wybór strategii radzenia sobie ze stresem w grupie badanej

W celu poznania, które ze strategii radzenia sobie ze stresem są preferowane w grupie zawodowej pielęgniarek psychiatrycznych, wykorzystano do badań Inwentarz służący do Pomiaru Strategii Radzenia Sobie ze Stresem Mini-COPE. Aby sprawdzić, które ze strategii były wybierane najczęściej przez pielęgniarki pracujące w oddziałach o profilu psychiatrycznym, wyliczono średnie (M) i odchylenie standardowe (SD) dla poszczególnych grup strategii radzenia sobie ze stresem i zamieszczono w tabeli 3.

Tabela 3. Średnie (M) i odchylenie standardowe (SD) dla poszczególnych strategii Mini-COPE

Lp.	Strategia Mini COPE	M	SD
1.	Aktywne Radzenie Sobie	2,03	0,43
2.	Akceptacja	1,82	0,60
3.	Poszukiwanie Wsparcia	1,74	0,51
4.	Zwrot ku Religii	1,25	0,99
5.	Zachowania Unikowe	1,23	0,49
6.	Bezradność	0,79	0,40
7.	Poczucie Humoru	0,65	0,56
Źródło: badania własne.			

Z analizy danych zawartych w tabeli 3. wynika, że pielęgniarki pracujące w obszarze psychiatrii preferowały grupę strategii wiążących się z *Aktywnym Radzeniem Sobie* ze stresem ($2,03 \pm 0,43$), w skład której wchodzi: Aktywne Radzenie Sobie, Planowanie i Pozytywne Przewartościowanie. Na drugim miejscu znalazła się strategia uznana jako *Akceptacja* ($1,82 \pm 0,60$). Nieco niższy wynik przypisano strategii *Poszukiwanie Wsparcia* ($1,74 \pm 0,51$), która obejmuje: Poszukiwanie Wsparcia Emocjonalnego oraz Poszukiwanie Wsparcia Instrumentalnego jako sposobów radzenia sobie w sytuacji trudnej. Strategia *Zwrot ku Religii* znalazła się na czwartym miejscu z wynikiem $1,25 \pm 0,99$. W dalszej kolejności badani wskazali na grupę strategii uznanych jako *Zachowania Unikowe* $1,23 \pm 0,49$ (Zajmowanie się Czymś Innym, Zaprzeczanie oraz Wyladowania). Najrzadziej wybieraną przez respondentów grupą strategii była *Bezradność* ($0,79 \pm 0,40$) w postaci strategii Zażywania Substancji Psychoaktywnych, Zaprzestania Działań i Obwiniania Siebie. Strategia *Poczucie Humoru* z wynikiem $0,65 \pm 0,56$ zajęła 7 pozycję.

Kolejnym etapem w badaniach było określenie wpływu czynników socjodemograficznych na wybór rodzaju strategii radzenia sobie ze stresem w grupie badanej. Jak wykazały badania, stosowanie strategii *Aktywne Radzenia Sobie* ze stresem i strategii *Akceptacja* było zależne od płci badanych na poziomie istotności statystycznej $p=0,04$. Z analizy danych zawartych w tabeli 4. wynika, że kobiety istotnie statystycznie częściej wybierały *Aktywne Radzenie Sobie* ($20,3 \pm 5,24$) i *Akceptację* ($1,85 \pm 0,60$) niż mężczyźni.

Tabela 4. Średnie (M) i odchylenie standardowe (SD) dla zmiennej płeć z uwzględnieniem strategii Aktywne Radzenie Sobie i Akceptacja				
Strategia radzenia sobie ze stresem Mini-COPE	Kobiety		Mężczyźni	
	M	SD	M	SD
Aktywne Radzenie Sobie	20,3	5,24	18,5	4,25
Akceptacja	1,85	0,60	1,44	0,53
Źródło: badania własne.				

Kolejnymi strategiami, na wybór których wpływały czynniki socjodemograficzne, były strategie: *Zachowania Unikowe* i *Poczucie Humoru* (tabela 5). Z analizy wynika, że istnieje zależność statystyczna pomiędzy stosowaniem wymienionych strategii a zmienną rodzaj stanowiska pracy na poziomie $p=0,05$ w przypadku strategii *Poczucie Humoru* i $p=0,04$ w przypadku strategii *Zachowania Unikowe*.

Tabela 5. Średnie (M) i odchylenie standardowe (SD) dla strategii Poczucie Humoru i Zachowania Unikowe z uwzględnieniem zmiennej rodzaj stanowiska pracy				
Zmienna	Poczucie Humoru		Zachowania unikowe	
Rodzaj stanowiska pracy	M	SD	M	SD
Stanowisko kierownicze	0,47	0,35	1,00	0,52
Stanowisko pielęgniarstwa zabiegowego	0,20	0,45	0,87	0,68
Stanowisko pielęgniarstwa odcinkowego	0,70	0,57	1,27	0,46
Źródło: badania własne.				

Na podstawie analizy danych zawartych w tabeli 5. stwierdzono, że strategię *Poczucie Humoru* ($0,70 \pm 0,57$) i *Zachowania Unikowe* ($1,27 \pm 0,46$) najczęściej stosowali respondenci pracujący na stanowisku pielęgniarstwa odcinkowego. Nieco rzadziej respondenci zatrudnieni na stanowiskach kierowniczych, a najrzadziej – na stanowiskach pielęgniarstwa zabiegowego.

Tabela 6. Średnie (M) i odchylenie standardowe (SD) dla strategii *Zwrot ku Religii* z uwzględnieniem zmiennej wykształcenie

Wykształcenie	M	SD
Liceum medyczne	1,33	0,98
Pomaturalne, policealne – studium medyczne	1,19	0,89
Licencjat pielęgniarstwa	1,49	0,98
Magister pielęgniarstwa	0,40	0,74
Źródło: badania własne.		

Kolejną strategią, której stosowanie jest zależne od zmiennej wykształcenie na poziomie istotności statystycznej $p=0,02$ jest *Zwrot ku Religii*. Najczęściej tę strategię wybierały pielęgniarki posiadające tytuł licencjata pielęgniarstwa $1,49 \pm 0,98$ i osoby, które ukończyły liceum medyczne $1,33 \pm 0,98$, a najrzadziej pielęgniarki, które uzyskały dyplom magistra pielęgniarstwa $0,40 \pm 0,74$.

Satysfakcja z życia a umiejętność radzenia sobie ze stresem

W ostatnim etapie analizy wyników badań własnych sprawdzono powiązania pomiędzy poczuciem satysfakcji z życia w grupie badanej a wyborem strategii radzenia sobie ze stresem. Stwierdzono istnienie związku pomiędzy dwiema strategiami z Mini-COPE (*Zachowania Unikowe* i *Zwrot ku Religii*) a wskaźnikami poziomu satysfakcji z życia SWLS (tabela 7).

Tabela 7. Korelacje wyników SWLS a strategię radzenia sobie ze stresem

SWLS a strategię radzenia sobie ze stresem							
	Poczucie Humoru	Aktywne Radzenie Sobie	Bezradność	Poszukiwanie Wsparcia	Zachowania Unikowe	Zwrot ku Religii	Akceptacja
SWLS	-0,07	-0,07	0,12	0,16	0,40	0,20	0,10

Źródło: badania własne.

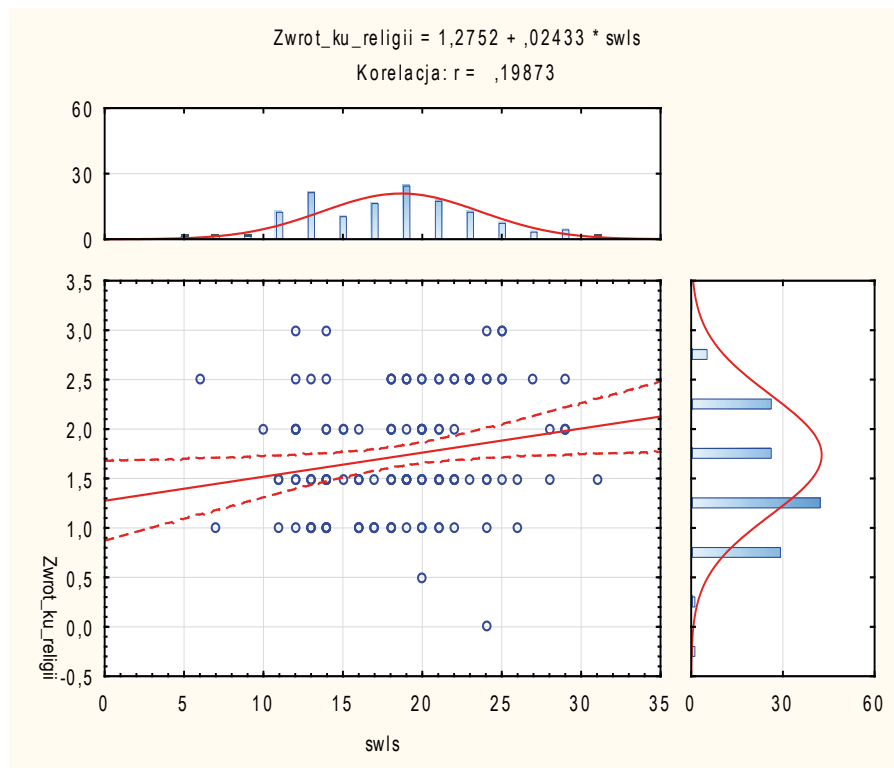
Wyliczony współczynnik korelacji liniowej Pearsona w przypadku strategii *Zwrot ku Religii* wynosił $r=0,20$. Wartość tego współczynnika wskazywała, że poziom odczuwanego zadowolenia z życia według wartości SWLS był niski, ale za to istotnie statystycznie związany z wyższymi wynikami częstości wyboru strategii *Zwrot ku Religii* i na odwrót.

W celu zbadania powiązań pomiędzy obiema zmiennymi zastosowano analizę regresji. W wyniku czego otrzymano równanie regresji:

$$\text{Zwrot ku Religii} = 1,2752 + 0,24433 * \text{SWLS}$$

Zgodnie z tym równaniem zostaje wyjaśnionych $r^2=0,04$, czyli 4% wyników (Ryc. 2).

Ryc. 2. Korelacja pomiędzy SWLS a strategią Zwrot ku Religii



Źródło: badania własne.

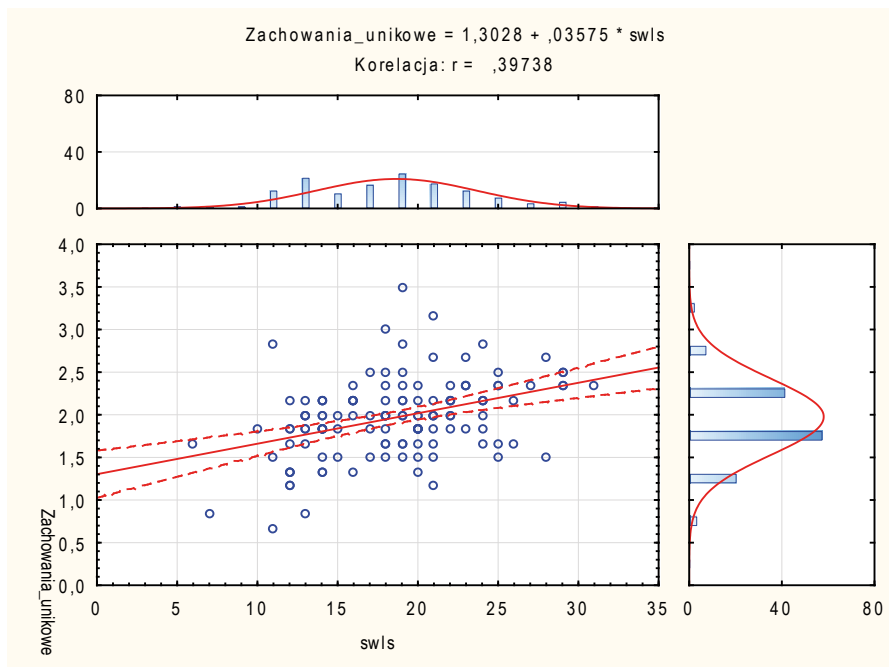
Podobnie postąpiono, by określić korelację zachodzącą pomiędzy poziomem odczuwanego dobrostanu a częstością wyboru strategii Zachowania Unikowe. Wartość współczynnika korelacji Pearsona dla obydwu cech wynosiła $r=0,40$. W celu zbadania rodzaju powiązań pomiędzy zmiennymi zastosowano analizę regresji.

W wyniku otrzymano równanie regresji:

$$\text{Zachowanie Unikowe} = 1,3028 + 0,3575 * \text{SWLS}$$

Zgodnie z tym równaniem wyjaśnionych zostaje $r^2=0,16$, czyli 16% wyników (Ryc. 3).

Ryc. 3. Korelacje pomiędzy SWLS a strategią Zachowania Unikowe



Źródło: badania własne.

Dyskusja

W pracy analizowano poczucie satysfakcji z życia i wybór strategii radzenia sobie ze stresem w grupie 130 pielęgniarek pracujących w opiece psychiatrycznej. Jako metodę badawczą zastosowano sondaż diagnostyczny i posłużono się Skalą Satysfakcji z Życia (SWLS) oraz kwestionariuszem Mini-Cope. Z analizy danych wynika, że 38% pielęgniarek miało niskie poczucie satysfakcji z życia, 45% – przeciętne, a 17% wysokie. Poziom odczuwanej przez nie satysfakcji uzależniony był od oceny sytuacji finansowej na poziomie $p=0,05$. Osoby, które deklarowały, że mają dobrą ($M=20,3$) i bardzo dobrą ($M=22,0$) sytuację finansową odczuwały wyższe poczucie satysfakcji z życia niż osoby posiadające w swojej ocenie słabą sytuację finansową ($M=17,2$). Z wyników badań własnych wynika, że pozostałe zmienne socjodemograficzne, takie jak: stanowisko, płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie i staż pracy w zawodzie, nie miały istotnego wpływu na poczucie satysfakcji z życia w grupie badanej.

Podobne wyniki w zakresie poczucia satysfakcji z życia uzyskali Wysokiński i wsp. W świetle ich badań satysfakcja z życia pielęgniarek zatrudnionych w różnych oddziałach wynosiła $M=19,6$ czyli kształtowała się na poziomie przeciętnym [Wysokiński i in. 2009, ss. 167–172]. W pozostałych punktach dotyczących zmiennych socjodemograficznych, takich jak: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, staż pracy, wykształcenie nie stwierdzono występowania istotnych zależności.

Podobne wyniki co do ogólnego poczucia zadowolenia z życia uzyskali Kliszcz i in. W świetle ich badań poziom odczuwanej przez pielęgniarki satysfakcji z życia osobistego kształtował się na poziomie $M=19,57$ [Kliszcz i in. 2004, ss. 461–468]. Stąd można wnioskować, że poczucie satysfakcji z życia w grupie badanej podobnie jak u Wysokińskiego ($M=19,6$) i badaniach własnych ($M=18,60$) kształtował się również na poziomie przeciętnym. Poza tym Kliszcz i in. w swoich badaniach stwierdzili, że pielęgniarki doświadczają wyższego poziomu satysfakcji z pracy $M=23,78$ niż z satysfakcji z życia $M=19,57$ [Kliszcz i in. 2004, ss. 461–468].

Badania Głównego Urzędu Statystycznego wykazały, że zarówno ludzie młodzi do 24 roku życia (84%), jak i ludzie starsi powyżej 56 roku życia (87%) byli bardziej zadowoleni z życia niż osoby w średnim wieku. Na poziom odczuwanego zadowolenia wpływało także wykształcenie. Osoby z wyższym wykształceniem, zatrudnione na stanowiskach kierowniczych i specjaliści oraz mieszkańcy dużych miast odczuwali satysfakcję z życia w 84–85% badanych [Bieńkuńska i in. 2013, ss. 7–34]. W badaniach własnych wykształcenie $p=0,81$; miejsce zamieszkania $p=0,11$; stanowisko $p=0,2$ nie były istotnie statystycznie związane z poczuciem satysfakcji z życia. W badaniach własnych czynniki socjodemograficzne o poziomie istotności statystycznej $p>0,05$ tj. wiek $p=0,28$, wykształcenie $p=0,81$, stanowisko pracy $p=0,2$, czy miejsce zamieszkania $p=0,11$ nie mają istotnego znaczenia dla poczucia zadowolenia z życia.

Badania prowadzone przez Rożnowską wykazały, że poziom zadowolenia z życia osób zależnych kształtował się na poziomie średniej $M=18,01$ [Rożnowska 2011, ss. 127–140]. Dla porównania w badaniach własnych poczucie satysfakcji u pielęgniarek i pielęgniarzy wynosiło $M=18,60$, czyli było na podobnym poziomie co u ludzi zależnych. A zatem można wysnuć wniosek, że poczucie zadowolenia z życia zależy od czynników społecznych, ekonomicznych i psychologicznych, w tym również od poziomu odczuwanego stresu i umiejętności konstruktywnego radzenia sobie z nim.

Wyniki badań Wilczek-Rużyczki i Król wskazują, że pielęgniarki psychiatryczne częściej stosowały strategie skoncentrowane na problemie ($M=58,4$) niż sposoby skoncentrowane na unikaniu ($M=46,7$), a najrzadziej strategie skoncentrowane na emocjach ($M=42,8$) [Wilczek-Rużyczka i Król 2003, ss. 431–435]. Natomiast badania własne wskazują, że pielęgniarki/pielęgniarze pracujący w oddziałach leczenia psychiatrycznego najczęściej wybierały Aktywne Radzenie Sobie ze stresem ($M=2,03$). Badania własne wykazały ponadto, że strategia skoncentrowana na Zachowaniach Unikowych była preferowana przez pielęgniarki pracujące na odcinku na poziomie ($M=1,27$), za to prawie w ogóle nie była ona stosowana przez pielęgniarki zabiegowe ($M=0,87$) i nie wykazywała zależności z innymi, poza stanowiskiem pracy, zmiennymi socjodemograficznymi.

Wnioski

1. Ogólny wskaźnik poczucia zadowolenia z życia w grupie badanych pielęgniarek/pielęgniarzy pracujących w leczeniu psychiatrycznym był na poziomie przeciętnym. Wysoki poziom satysfakcji z życia występował zaledwie u 17% badanych, natomiast u 38% był na poziomie niskim.
2. Z cech społeczno-demograficznych, charakteryzujących pielęgniarki/pielęgniarzy, tylko sytuacja finansowa jest determinantem różnicowania poczucia zadowolenia z życia (dobra i bardzo dobra sytuacja finansowa daje badanym poczucie bezpieczeństwa).
3. Pielęgniarki/pielęgniarze najczęściej preferowały grupę strategii wiążących się z *Aktywnym Radzeniem Sobie* ze stresem ($2,03 \pm 0,43$) i *Akceptację* ($1,82 \pm 0,60$) oraz strategię *Poszukiwanie Wsparcia* ($1,74 \pm 0,51$).
4. Istnieje zależność pomiędzy wskaźnikami poziomu satysfakcji z życia a strategiami *Zachowania Unikowe* i *Zwrot ku Religii*. Gdy poziom odczuwanego zadowolenia z życia według wartości SWLS był niski, to istotnie statystycznie był związany z wyższymi wynikami częstości wyboru strategii *Zachowania Unikowe* oraz *Zwrot ku Religii* i na odwrót.

Bibliografia

- Bieńkuńska A., Lebrere A., Piasecki T. i in. (2013), *Jakość życia* [w:] *Jakość życia, kapitał społeczny, ubóstwo i wykluczenie społeczne w Polsce*, GUS, Warszawa.
- Dębska G., Pasek M., Wilczek-Rużyczka E. (2014), *Obciążenia psychiczne i wypalenie zawodowe u pielęgniarek pracujących w różnych specjalnościach zawodowych*, „Hygeia Public Health”, nr 4 z. 1.

Dugiel G. i in. (2012), *Przegląd teorii stresu*, „Acta Scientifica Ostroviensis: Nauki medyczne”, „Kultura Fizyczna i Zdrowie”, nr 1.

Henszen-Niejodek I. (2005), *Teoria stresu i psychologiczne radzenie sobie* [w:] J. Sterlau (Red.), *Psychologia. Tom III, Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowane*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.

Juczyński Z. (2009), *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa.

Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. (2009), *Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem*, Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa.

Kliszcz J., Nowicka-Sauer K., Trzeciak B. i in. (2004), *Poziom lęku, depresji i agresji u pielęgniarek a ich satysfakcja z życia i z pracy zawodowej*, „Medycyna Pracy”, nr 5 z. 6.

Mroczkowska D. (2013), *Wpływ sumienności i sposobów radzenia sobie w sytuacjach stresowych na jakość życia*, „Hygeia Public Health”, nr 48 z. 2.

Rożnowska A. (2011), *Subiektywne obszary jakości życia ludzi znajdujących się w różnej sytuacji życiowej w kontekście zrównoważonego rozwoju*, „Problemy Ekoroquoju”, nr 6, z. 1.

Rożnowska A. (2009), *Podmiotowe obszary jakości życia osób z różnych grup społecznych*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pomorskiej, Słupsk.

Siudem A. (2005), *Radzenie sobie ze stresem a osiągnięcia szkolne uczniów*, Annales Universitatis Mariae-Curie-Skłodowska, nr 17 z. 1.

Skrzypek E. (2001), *Czynniki kształtujące jakość życia* [w:] J. Lewandowski, J. Celewicz-Bartoszewska (red.), *Ergonomia niepełnosprawnym, jakość życia*, Wydawnictwo Politechniki Łódzkiej, Łódź.

Terelak J.F. (2006), *Stres* [w:] T. Pilch (red.), *Encyklopedia Pedagogiczna XXI wieku*, Żak, Warszawa.

Wilczek-Rużyczka E., Król M. (2003), *Poziom stresu i style radzenia sobie z nim u pielęgniarek psychiatrycznych*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska”, SECTIO D, LVIII supp.l XIII (279).

Włodarczyk-Śpiewak K. (2006), *Aspekty jakości życia a poziom satysfakcji życiowej Polaków. Nierówności społeczne a wzrost gospodarczy*, „Problemy globalizacji”, nr 9, z. 2.

Wysokiński M., Fidecki W., Kachaniuk H. i in. (2009), *Satysfakcja z życia polskich pielęgniarek*, „Problemy Pielęgniarstwa”, nr 1, z. 3.



Iwona Hincman

Ewa Kupcewicz

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski

Wpływ wybranych czynników socjodemograficznych na jakość życia osób chorych na stwardnienie rozsiane

**The influence of the selected sociodemographic factors on the
quality of life of multiple sclerosis patients**

Abstract

Introduction. Multiple sclerosis (MS), as the most frequent cause of disability among young people, influences their emotional states and functional abilities, which results in lowering the quality of life of patients.

The purpose of the paper was to evaluate the influence of the selected sociodemographic factors on the quality of life of MS patients in different spheres of life.

Material and methods. The study included 100 multiple sclerosis patients. The SF-36 questionnaire, which evaluates the quality of life, was used in the study. The statistical analysis was performed using Statistica 10 PL computer program. The level of significance $p \leq 0.05$ was assumed to be important in order to interpret the hypotheses.

Results and conclusions. The results of the own research show that sex and marital status have a significant impact on the quality of life of MS patients. Women in the study group have a statistically significant higher average in the physical domain PCS (45.98) than men (38.46) at the significance level $p = 0.02$, and they have a higher average in the Physical Functioning component – PF (29.62). Marital status has a significant impact $p = 0.005$ on the level of the vitality component – VT in the mental domain MCS. People with MS who declare a deterioration in the living standards have a statistically significant ($p = 0.05$) lower level of the averages of the mental domain MCS (38.2); they also have a lower level of the averages in the Role-Emotional component – RE (48.73) than other respondents.

Key words: quality of life, multiple sclerosis.

Wstęp

Stwardnienie rozsiane (SM, ang. *multiple sclerosis*) jest chorobą centralnego układu nerwowego. To choroba neurologiczna, która jest najczęściej

diagnozowana u ludzi w wieku od 20 do 40 lat, ale może również wystąpić u młodszych lub starszych osób. Na SM cierpi od dwóch do trzech razy więcej kobiet niż mężczyzn [Selmaj 2006a, s. 14]. W Polsce choruje na nią około 60 tysięcy ludzi. SM towarzyszy danej osobie przez całe życie, ale leczenie i specjalistyczna opieka mogą pomóc w łagodzeniu objawów choroby. Etiopatogeneza stwardnienia rozsianego jest jednym z największych nierozwiązanych problemów współczesnej neurologii. Istnieje wiele hipotez dotyczących patogenezy SM, jednak konkretna przyczyna choroby pozostaje nieokreślona. Pewną rolę odgrywają mechanizmy immunologiczne, ale etiologia choroby jest prawdopodobnie wieloczynnikowa [Selmaj 2006b, s. 14]. Choroba znacznie zmienia sposób funkcjonowania człowieka i pogarsza jakość jego życia, stawia osoby w sytuacji uzależnienia od innych ludzi w zakresie zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, zmusza też do zmiany w sposobie przystosowania się do życia codziennego i uzyskania równowagi pomiędzy zależnością i niezależnością w funkcjonowaniu społecznym. Poprawa stanu somatycznego w wyniku oddziaływań leczniczych znajduje odzwierciedlenie w wymiarze psychologicznym, lepszym funkcjonowaniu społecznym oraz modyfikuje poczucie jakości życia [Steven, Okla 2007a, ss. 195–197]. Jakość życia jest terminem wielowymiarowym, trudnym do zdefiniowania. Istnieje wiele definicji jakości życia, różnią się one w zależności od autora i kontekstu, w jakim powstają. Cytując Meyzę [1995, ss. 80–87] „dla lekarza dobra jakość życia oznacza stan bez choroby, dla filozofa jest to stan szczęśliwości, dla biologa oznacza samospelnienie i utrzymanie gatunku, a dla chorego to stan, w którym może realizować cele swojego życia”. W zależności od przyjętej teorii, można przyjąć różne czynniki wpływające na ocenę jakości życia. Najczęściej brane pod uwagę wyznaczniki nawiązują do definicji jakości życia przyjętej przez WHO. Są to m. in. samopoczucie fizyczne i psychiczne, relacje społeczne, stopień niezależności, stopień adaptacji w środowisku oraz światopogląd. Większość osób zajmujących się zagadnieniem jakości życia podkreśla, że stopień niezależności oraz akceptacja społeczna odgrywają ogromną rolę w ocenie dokonywanej przez osoby niepełnosprawne [Strugała, Talarska 2013, ss. 37–183]. Jakość życia bywa także postrzegana przez pryzmat własnego położenia, własnej sytuacji życiowej, na którą mogą mieć wpływ czynniki socjodemograficzne, socjalno-bytowe i chorobowe, takie jak np. wiek, płeć, sytuacja finansowa, wsparcie rodziny i wiele innych zawartych w hipotezach niniejszej pra-

cy. Zmaganie się przez chorego z chorobą rozpoczyna się już na etapie diagnozowania, które niesie ze sobą duży ładunek emocjonalny i duży stopień niepewności. Dla niektórych SM jest największą tragedią życiową, dla innych natomiast to okresowa przypadłość. Sposoby, jakimi chory stara się walczyć z SM, mają niewielki wpływ na występujące objawy. Niepewność jest jedną wspólną cechą tego kłopotliwego i nieprzewidywalnego schorzenia. Dla niemal każdego dotkniętego, stwardnienie rozsiane to nie po prostu choroba zdefiniowana przez lekarza, to coś, co przenika każdy zakątek życia człowieka. Niezbędne staje się tutaj fizyczne dostosowanie, ale ważniejsza okazuje się konieczność adaptacji w życiu zarówno emocjonalnym, jak i społecznym. Pozytywnie działającym czynnikiem na jakość życia osób niepełnosprawnych jest poczucie niezależności fizycznej, psychicznej, społecznej i materialnej.

Celem głównym pracy była ocena wpływu wybranych czynników socjodemograficznych na jakość życia chorych na SM w poszczególnych sferach egzystencji.

Materiały i metody

Badaniami objęto 100 chorych na stwardnienie rozsiane przebywających w Krajowym Ośrodku Mieszkalno-Rehabilitacyjnym dla chorych na SM w Dąbku, koło Mławy od stycznia do marca 2014 r. Chorzy zostali poinformowani o celu badania i mieli możliwość zadawania pytań. Do pomiaru zmiennych zastosowano kwestionariusz własnej konstrukcji zawierający pytania o podstawowe dane socjodemograficzne (tj: płeć, wiek, stan cywilny, miejsce zamieszkania, pracę zawodową, wykształcenie). Pytano ankietowanych także o czas trwania choroby i posiadanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności. Do badania ogólnej oceny jakości życia zastosowano formularz *Medical Outcomes Study 36 – the Short Form* czyli SF-36v.2. Jakość życia w oparciu o fizyczny stan zdrowia mierzona jest za pomocą wskaźników: funkcjonowanie fizyczne, odczuwanie bólu, ogólny stan zdrowia. Natomiast jakość życia w oparciu o zdrowie psychiczne mierzona jest poprzez: witalność, funkcjonowanie w społeczeństwie, stan emocjonalny oraz psychiczny. Punktacja zawiera się pomiędzy 0 a 100 punktów dla każdej z ośmiu części kwestionariusza. Jakość życia jest wprost proporcjonalna do liczby punktów, a różnica 5 punktów i więcej w obrębie domeny dla tego samego pacjenta, w odstępie czasowym jest uważana za istotną statystycznie. Świadczy to o zmianie jakości życia

[Marcinkowska 2010, ss. 41–43]. Analizę statystyczną przeprowadzono z wykorzystaniem programu komputerowego Statistica 10 PL [Stanisz 2006]. Zbadano wpływ zmiennych niezależnych na zmienne zależne. W tym celu wykorzystany został test nieparametryczny (stosowany dla rozkładów zmiennych zależnych niebędących zgodnymi z rozkładem normalnym) ANOVA rang Kruskala-Wallisa. Do interpretacji hipotez za istotny przyjęto poziom istotności $p = 0,05$.

Wyniki badań

Charakterystyka badanej grupy chorych

W 100 osobowej grupie poddanej badaniom przeważały kobiety (65%). Najlicniejszą była grupa wiekowa od 51 do 60 lat. Przeważali pacjenci mieszkający w miastach do 100 tys. mieszkańców (39%). Blisko 77% respondentów deklarowało, że jest na rencie, natomiast 5%, że pracuje zawodowo. W badanej grupie największą część stanowili ankietowani posiadający wykształcenie średnie (41%). Biorąc pod uwagę stan cywilny, można stwierdzić, że największa grupa badanych była w związku małżeńskim (73%). Dane szczegółowe zamieszczono w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka socjodemograficzna grupy pacjentów z SM

Charakterystyka	N	%
PLEĆ		
Kobieta	65	65
Mężczyzna	35	35
WIEK (w latach)		
21–30	3	3
31–40	14	14
41–50	21	21
51–60	43	43
61 i powyżej	19	19
MIEJSCE ZAMIESZKANIA		
Wieś	34	34
Miasto do 100 tys. mieszkańców	39	36
Miasto powyżej 100 tys. mieszkańców	27	27
AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA		
Praca zawodowa	5	5
Emerytura	17	17
Renta	77	77
Na utrzymaniu rodziny	1	1
STAN CYWILNY		

Panna/kawaler	9	9
Zamężna/zonaty	73	73
Wdowa/wdowiec	7	7
Rozwiedziony/Rozwiedziona	7	7
W separacji	3	3
W związku partnerskim	1	1

Źródło: opracowanie własne.

Większość z badanych respondentów posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (96%). Największy odsetek badanych posiada orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu znacznym (66%). Większość badanych choruje na SM 21 lat lub więcej – jest to 33%. W badanej grupie 85% badanych deklaruje, że może liczyć na wsparcie ze strony rodziny. Tylko 15 respondentów stwierdza, że nie może liczyć na takie wsparcie. 44% respondentów ocenia swoją kondycję finansową jako dostateczną, a 31% jako dobrą. Żaden z respondentów nie stwierdził, że jego kondycja finansowa jest zła. Sprawdzono również rozkład badanych ze względu na ocenę wpływu choroby na standard/poziom życia i rozkład badanych ze względu na ocenę możliwości realizowania planów życiowych. Większość badanych (85%) deklaruje, że choroba wpłynęła na ich poziom życia, pogarszając go. Jeżeli chodzi o realizację planów życiowych, to większość badanych – 52% – deklaruje, że choroba umożliwia im realizację planów życiowych jedynie w ograniczonym stopniu.

Kwestionariusz poddaje analizie w 8-stopniowej skali profil funkcjonalny zdrowia i dobrego samopoczucia, jak również ocenę psychometryczną opartą na fizycznym i psychicznym stanie zdrowia respondenta. W pomiarze końcowym uwzględniono zsumowany poziom aktywności umysłowej (MCS) przez dodanie komponentów umysłowych (SF, RE, MH, GH) oraz aktywności fizycznej (PCS) poprzez zsumowanie komponentów fizycznych (PF, RP, BP, VT) [Marcinkowska 2010, ss. 41–43]. Sumę punktów z każdej domeny przeskalowano wg wzoru:

$$WP = \frac{\Sigma P - \min \Sigma P}{\max \Sigma P - \min \Sigma P}$$

- WP – wartość przeskalowana;
- ΣP – rzeczywista suma punktów;
- $\min \Sigma P$ – minimalna suma punktów;
- $\max \Sigma P$ – maksymalna suma punktów.

Ocena jakości życia

Obecnie jakość życia stanowi standardowy punkt końcowy badań klinicznych, równoległy do oceny przeżyć. Termin jakości życia uwarunkowanej zdrowiem – HRQOL (*Health Related Quality of Life*) wprowadził Schipper. Pojęcie to zdefiniowane jako [Schipper 1990, ss. 171–185] „funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia odbierany przez pacjenta” obejmuje cztery dziedziny: stan fizyczny i sprawność ruchową, stan psychiczny, sytuację społeczną i warunki ekonomiczne oraz doznania somatyczne.

Poniżej przedstawiono opis poszczególnych domen jakości życia mierzonych kwestionariuszem SF-36 (tab. 2).

Tabela 2. Statystyki opisowe dla poszczególnych domen jakości życia mierzonej kwestionariuszem SF-36

Domena	N	M	SD	Min	Max	Percentyl 10	Me	Percentyl 90
PCS	100	43,3	13,13	6,35	77,8	30,16	42,86	60,3
PF	100	25,4	23,89	0,0	100,0	0,0	17,5	60,0
RP	100	27,8	20,49	0,0	80,0	0,0	25,0	52,5
BP	100	35,6	22,71	0,0	90,0	0,0	40,0	60,0
GH	100	65,7	16,86	10,0	90,0	45,0	70,0	85,0
MCS	100	38,9	9,65	14,3	75,0	25,9	41,1	50,0
VT	100	38,3	9,80	20,0	80,0	30,0	35,0	50,0
SF	100	48,3	15,08	0,0	100,0	31,3	50,0	62,5
RE	100	52,0	30,20	0,0	100,0	4,2	50,0	100,0
MH	100	30,0	12,1	0,0	75,0	15,0	30,0	40,0

Źródło: opracowanie własne.

Domena aktywności fizycznej PCS w badanej grupie posiada średnią 43,3 z odchyleniem standardowym 13,13 i medianą 42,86. Wartości w domenie fizycznej w badanej grupie przyjmują wartości z zakresu 6,35 do 77,8, z czego 80% wartości jest z zakresu 30,16 do 60,3. W badanej grupie osób chorych na SM 10% posiada wartości domeny fizycznej poniżej 30,16 oraz 10% ma wartości powyżej 60,3. Najwyższą wartość w domenie aktywności fizycznej PCS przyjmuje średnia ogólnej percepcji zdrowia – GH z wartością 65,7, a wartość najniższej średniej 25,4 stanowi wartość sprawności fizycznej – PF. Średnia Aktywność uwarunkowana zdrowiem fizycznym – RP w badanej grupie wynosi 27,8, a wyższą średnią 35,6 uzyskał komponent Dolegliwości bólowe – BP.

Natomiast domena aktywności umysłowej MCS w badanej grupie posiada średnią 38,9 z odchyleniem standardowych 9,65 i medianą 41,1. Wartości w domenie umysłowej w badanej grupie przyjmują wartości z zakresu 14,3 do 75, z czego 80% wartości mieści się w zakresie od 25,9 do 50. W badanej grupie osób chorych na SM 10% posiada wartości domeny umysłowej poniżej 25,9 oraz 10% wartości powyżej 50. Najwyższą wartość w domenie aktywności umysłowej MCS w badanej grupie przyjmuje średnia Aktywność uwarunkowania stanem emocjonalnym – RE z wartością 52, a wartość najniższej średniej 30 stanowi wartość Zdrowie psychiczne – MH. Średnia Witalność – VT w badanej grupie wynosi 38,3, a wyżej ze średnią 48,3 plasuje się komponent Funkcjonowanie społeczne – SF.

Poddano analizie wymienione dane socjodemograficzne, wpływające na jakość życia chorych z SM, w domenie fizycznej (PCS) (Tab. 3). Zbadano również, jaki wpływ mają czynniki socjodemograficzne na poszczególne komponenty domeny fizycznej PCS.

Tabela 3. Analiza wskaźników istotności danych socjodemograficznych w obszarze domeny fizycznej PCS

Domena fizyczna PCS	N	M	SD	Istotność
Płeć	U=811, p=0,02			
kobieta	65	45,98	13,21	ISTOTNE
mężczyzna	35	38,46	11,66	
Wiek (w klasach)	H=3,17, p=0,52			
21–30	2	53,44	12,12	NS
31–40	10	39,12	13,33	
41–50	12	44,67	12,51	
51–60	25	43,48	13,12	
61 i powyżej	16	43,11	13,96	
Stan cywilny	H=3,12, p=0,68			
kawaler panna	9	40,56	8,55	NS
żonaty/zamężna	73	43,81	14,12	
wdowiec/wdowa	7	48,07	11,25	
rozwiedziony/rozwiedziona	7	40,59	12,08	
w separacji	3	35,98	4,85	
w związku partnerskim	1	42,86	0,00	
Wykształcenie	H=5,88, p=0,31			

podstawowe	1	47,09	6,01	NS
zasadnicze zawodowe	7	40,38	12,59	
średnie	26	43,01	14,71	
pomaturalne/policealne	15	48,32	12,21	
wyższe zawodowe/ inżynierskie	7	39,48	9,95	
magisterskie	9	42,74	12,35	

Źródło: opracowanie własne.

Wyniki badań wskazują, iż płeć ma istotny statystycznie wpływ na poziom średniej domeny fizycznej PCS. Kobiety w badanej grupie chorych na SM w sposób istotny statystycznie uzyskują wyższą średnią w obrębie domeny fizycznej PCS (45,98) niż mężczyźni (38,46) na poziomie istotności $p=0,02$. Natomiast wiek, stan cywilny i wykształcenie nie mają istotnie statystycznie wpływu na różnicowanie średniej domeny fizycznej PCS. Kobiety w badanej grupie chorych na SM w sposób istotny statystycznie uzyskują również wyższy poziom średniej w obrębie komponentu Sprawności fizycznej – PF (29,62) niż mężczyźni (17,43) na poziomie istotności $p=0,02$.

Analizie statystycznej zostały poddane wymienione dane socjodemograficzne, wpływające na jakość życia chorych z SM, w domenie umysłowej (MCS). Nie stwierdza się istotnie statystycznego wpływu na domenę umysłową MCS (Tab. 4). Stwierdza się natomiast wpływ stanu cywilnego na jakość życia chorych z SM w jednym z komponentów tej domeny, mianowicie stan cywilny ma istotny wpływ $p=0,05$ na poziom komponentu Witalność-VT w domenie umysłowej MCS. Największy poziom komponentu Witalność – VT wyróżniono w grupie osób będących w separacji (53,33).

Tabela 4. Analiza wskaźników istotności danych socjodemograficznych w obszarze domeny umysłowej MCS

Domena umysłowa MCS	N	M	SD	Istotność
Płeć	H=0,5, p=0,47			
kobieta	65	39,33	10,39	NS
mężczyzna	35	38,21	8,21	
Wiek (w klasach)	H=8,48, p=0,07			
21–30	2	43,45	4,49	NS
31–40	10	36,73	6,99	
41–50	12	34,95	9,17	
51–60	25	39,41	8,56	
61 i powyżej	16	43,20	12,86	

Stan cywilny	H=9,77, p=0,08			
kawaler/panna	9	33,93	12,01	NS
żonaty/zamężna	73	38,57	8,80	
wdowiec/wdowa	7	44,13	6,66	
rozwiedziony/rozwie- dziona	7	36,73	7,64	
w separacji	3	52,98	19,26	
w związku partnerskim	1	48,21	0,00	
Wykształcenie	H=3,92, p=0,56			
podstawowe	1	33,93	8,93	NS
zasadnicze zawodowe	7	37,39	11,09	
średnie	26	39,31	8,61	
pomaturalne/policealne	15	39,88	6,90	
wyższe zawodowe/inży- nierskie	7	33,26	11,45	
magisterskie	9	42,73	12,20	

Źródło: opracowanie własne.

Spośród zebranych danych wyróżniono zmienne niezależne jako czynniki chorobowe. Sprawdzono, które czynniki chorobowe wpływają na jakość życia pacjentów chorych na SM w każdej z domen funkcjonowania, zgodnie z kwestionariuszem SF-36 (Tab. 5).

Tabela 5. Analiza wskaźników istotności czynników chorobowych w obszarze domeny fizycznej PCS

Domena fizyczna PCS	N	M	SD	Istotność
Czas trwania choroby	H=2,27, p=0,32			
do 12 miesięcy	1	71,43	0,00	NS
1–3 lat	2	46,56	5,10	
4-7 lat	8	45,05	13,21	
8–12 lat	13	40,44	10,04	
13–20 lat	17	42,62	13,29	
21 lat i więcej	24	44,16	14,82	
Posiadanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności	H=4,84, p=0,03			
tak	96	42,68	12,70	ISTOTNE
brak orzeczenia	4	59,52	14,81	
Orzeczony stopień niepełnosprawności	H=13,5, p=0,003			

znaczny	66	40,04	12,51	ISTOTNE
umiarkowany	24	49,87	11,78	
lekki	8	51,79	14,07	
nie pamiętam lub brak	2	40,48	1,12	

Źródło: opracowanie własne.

W wyniku analizy badań własnych stwierdza się wpływ posiadania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności oraz orzeczony stopień niepełnosprawności na poziom domeny fizycznej PCS. Osoby chore na SM, nieposiadające orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, mają istotnie statystycznie ($p=0,03$) wyższy poziom w domenie fizycznej PCS (59,52) niż osoby, które takie orzeczenie deklarują (42,68). Osoby chore na SM, posiadające orzeczony stopień niepełnosprawności umiarkowany, mają istotnie statystycznie wyższy poziom $p=0,00$ dla komponentu Sprawność fizyczna PF (41,04) niż osoby posiadające orzeczony stopień znaczny (17,27), również osoby z SM posiadające orzeczony stopień niepełnosprawności lekki mają istotnie statystycznie wyższy poziom $p=0,04$ dla komponentu Sprawność fizyczna PF (44,38) niż osoby posiadające orzeczony stopień znaczny (17,27). Istotny wpływ zmiennej orzeczony stopień niepełnosprawności ($p=0,05$) wpływa również na jakość życia obniżając go, na komponent Aktywność uwarunkowaną zdrowiem fizycznym – RP.

Sprawdzono również, które wyróżnione czynniki chorobowe wpływają na jakość życia pacjentów chorych na SM w domenie umysłowej MCS i jej komponentach. Po dokładnej analizie nie stwierdza się istotnie statystycznego wpływu wyróżnionych czynników chorobowych na domenę umysłową MCS (Tab. 6).

Tabela 6. Analiza wskaźników istotności czynników chorobowych w obszarze domeny umysłowej MCS

Domena umysłowa MCS	N	M	SD	Istotność
Czas trwania choroby	H=5,65, $p=0,24$			
do 12 miesięcy	1	50,00	0,00	NS
1–3 lat	2	47,02	5,46	
4–7 lat	8	40,11	8,95	
8–12 lat	13	36,57	8,16	
13–20 lat	17	39,26	11,68	
21 lat i więcej	24	38,80	9,23	
Posiadanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności	H=0,61, $p=0,43$			

tak	96	42,69	5,418	NS
brak orzeczenia	4	44,50	4,796	
Orzeczony stopień niepełnosprawności	H=3,53, p=0,31			
znaczny	66	42,53	5,781	NS
umiarkowany	24	42,50	4,690	
lekki	8	44,38	4,307	
nie pamiętam lub brak	2	47,00	0,000	

Źródło: opracowanie własne.

Czynniki chorobowe nie wpływają na jakość pacjentów z SM w żadnym z komponentów domeny umysłowej (MCS).

W dalszej analizie wyróżniono zmienne niezależne spośród zebranych danych w części pierwszej ankiety jako czynniki socjalno-bytowe. Sprawdzono, które czynniki socjalno-bytowe wpływają na jakość życia pacjentów chorych na SM w każdej z domen funkcjonowania zgodnie z kwestionariuszem SF-36. Nie stwierdzono istotnie statystycznego wpływu wyróżnionych czynników socjalno-bytowych na obszar domeny fizycznej (PCS) (Tab. 7).

Tabela 7. Analiza wskaźników istotności czynników socjalno-bytowych w obszarze domeny fizycznej PCS

Domena fizyczna PCS	N	M	SD	Istotność
Miejsce zamieszkania	H=014, p=0,92			
wieś	34	42,11	12,25	NS
miasto do 100 tys.	39	44,28	13,42	
miasto powyżej100 tys.	27	43,56	14,13	
Aktywność zawodowa	H=1,49, p=0,68			
praca zawodowa	5	51,75	18,22	NS
emerytura	17	41,55	13,14	
renta	77	43,21	12,86	
na utrzymaniu rodziny	1	42,86	0,00	
Wsparcie rodziny w chorobie	H=0,36, p=0,56			
wsparcie ze strony rodziny	85	42,93	13,21	NS
brak wsparcia ze strony rodziny	15	45,71	12,87	
Ocena sytuacji finansowej/materiałnej	H=2,22, p=0,52			
bardzo dobra	1	50,79	0,00	NS
dobra	31	42,50	13,85	
dostateczna	44	44,62	13,13	
słaba	24	41,80	12,68	

Wpływ SM na poziom standardu życia	H=3,26, p=0,07			
pogorszenie poziomu życia	85	42,45	11,86	NS
brak zmian	15	48,47	18,50	
Realizacja planów życiowych	H=1,47, p=0,22			
Możliwa	7	55,33	13,97	NS
Ograniczona	52	43,68	13,58	
Niemożliwa	41	40,88	11,44	

Źródło: opracowanie własne.

Zbadano, jaki wpływ mają czynniki socjalno-bytowe na poszczególne komponenty domeny fizycznej PCS. Osoby, na które SM wywołał wpływ i pogorszył poziom ich życia, mają istotnie statystycznie na poziomie $p=0,002$ niższy poziom średniej Sprawności fizycznej PF (21,71) niż pozostałe osoby (46). Osoby chore na SM, które deklarują brak zmian przy wpływie choroby na poziom standardu życia, mają istotnie statystycznie wyższy ($p=0,007$) poziom komponentu Aktywność uwarunkowana zdrowiem fizycznym – RP (40,67) niż pozostałe osoby (25,47). W wyniku analizy wyróżniono zmienną wpływ SM na poziom standardu życia jako zmienną różnicującą poziom komponentu Dolegliwości bólowe – BP ($p=0,005$). Osoby z SM deklarujące pogorszenie poziomu życia mają istotnie statystycznie ($p=0,01$) wyższy poziom średnich Ogólnej percepcji zdrowia – GH (67,47) niż pozostali (55,33).

W wyniku analizy wyróżniono również wpływ SM na poziom standardu życia jako zmienną różnicującą obszar domeny umysłowej MCS. Nie stwierdza się istotnie statystycznego wpływu wyróżnionych pozostałych czynników socjalno-bytowych na obszar domeny umysłowej MCS (Tab. 8).

Tabela 8. Analiza wskaźników istotności czynników socjalno-bytowych w obszarze domeny umysłowej MCS

Domena umysłowa MCS	N	M	SD	Istotność
Miejsce zamieszkania	H=2,25, p=0,32			
wieś	34	39,02	8,17	NS
miasto do 100 tys.	39	37,02	9,59	
miasto powyżej 100 tys.	27	41,60	11,08	
Aktywność zawodowa	H=3,27, p=0,35			

praca zawodowa	5	40,36	3,91	NS
emerytura	17	41,98	13,51	
renta	77	38,06	8,84	
na utrzymaniu rodziny	1	48,21	0,00	
Wsparcie rodziny w chorobie	H=0,38, p=0,53			
wsparcie ze strony rodziny	85	39,28	9,57	NS
brak wsparcia ze strony rodziny	15	37,02	10,27	
Ocena sytuacji finansowej/materialnej	H=1,28, p=0,73			
bardzo dobra	1	46,43	0,00	NS
dobra	31	38,75	8,42	
dostateczna	44	39,49	10,31	
słaba	24	37,87	10,28	
Wpływ SM na poziom standardu życia	H=3,79, p=0,05			
pogorszenie poziomu życia	85	38,2	9,93	ISTOTNE
brak zmian	15	42,9	6,90	
Realizacja planów życiowych	H=2,3, p=0,31			
Możliwa	7	41,6	8,73	NS
Ograniczona	52	38,0	9,87	
Niemożliwa	41	39,7	9,60	

Źródło: opracowanie własne.

Zbadano, jaki wpływ mają czynniki socjalno-bytowe na poszczególne komponenty domeny umysłowej MCS. Wyniki badań własnych ukazały, iż osoby z SM, które nie mogą realizować planów życiowych, mają istotnie statystycznie ($p=0,02$) większy poziom komponentu Witalność VT (41,22) niż osoby, które realizują plany życiowe w stopniu ograniczonym (36,25). Osoby z SM deklarujące pogorszenie poziomu życia mają również istotnie statystycznie ($p=0,009$) niższy poziom średnich komponentu Aktywność uwarunkowana stanem emocjonalnym – RE (48,73) niż pozostali (70,56).

Dyskusja

Choroby przewlekłe stanowią istotny czynnik, wpływający na jakość życia. Stwardnienie rozsiane zmienia poczucie komfortu psychicznego

pacjenta, oddziałuje negatywnie na zadowolenie z własnej sytuacji życiowej, czyli ogólnie rozumianej jakości życia. Od momentu postawienia diagnozy pacjenci muszą stale mierzyć się z groźbą niepełnosprawności, groźbą porzucenia pracy i koniecznością przejścia na rentę, brakiem samodzielności oraz poczuciem bycia obciążeniem dla swojej rodziny [Steven, Okła 2007b, ss. 195–197]. Beata Karakiewicz i in. [2010, ss. 107–112] prowadzili badania dotyczące wpływu czynników socjodemograficznych, takich jak płeć, wiek, czas trwania choroby oraz warunki materialne na jakość życia chorych na stwardnienie rozsiane wśród 64 pacjentów chorych na SM. Wykazano, że płeć oraz miejsce zamieszkania pacjentów ze stwardnieniem rozsianym nie mają wpływu na ocenę jakości życia w żadnej z badanych sfer ich życia. Największe oddziaływanie na jakość życia chorych ze stwardnieniem rozsianym ma dobra sytuacja materialna, która sprzyja lepszej jakości życia w kategorii Sprawności fizycznej oraz Ogólnego stanu zdrowia. Powyższe badania pokazały również, że zaawansowany wiek pacjenta oraz długi czas trwania choroby stanowią istotne czynniki obniżające większość ocenianych kategorii jakości życia. Im dłużej trwała choroba, tym gorszą odnotowywano Sprawność fizyczną, Ogólny stan zdrowia oraz Funkcjonowanie emocjonalne. W wyniku badań własnych stwierdzono występowanie istotnych statystycznie różnic dotyczących jakości życia w poszczególnych sferach pomiędzy kobietami a mężczyznami z SM. Kobiety w badanej grupie chorych na SM uzyskują wyższą średnią w sferze Sprawności fizycznej. Stwierdzono również, że stan cywilny ma istotny wpływ na poziom komponentu Witalność w domenie umysłowej. Największy poziom komponentu Witalność wyróżniono w grupie osób będących w separacji. Nie stwierdzono natomiast wpływu miejsca zamieszkania, wieku, wykształcenia, czasu trwania choroby na jakość życia badanych. Badania własne wykazały również, że na jakość życia mają wpływ posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności oraz orzeczony stopień niepełnosprawności. Respondenci, którzy posiadają orzeczony stopień niepełnosprawności umiarkowany, mają istotnie statystycznie wyższy poziom w domenie fizycznej i dla komponentu Sprawność fizyczna. Biorąc pod uwagę wpływ SM na poziom standardu życia, w badaniach własnych wykazano, że u osób, na których SM wywołał taki wpływ, pogarszając poziom ich życia, jakość życia pozostawała znacząco gorsza w sferze Sprawności fizycznej, sferze Dolegliwości bólowych i Ogólnej percepcji zdrowia. Wyniki badań własnych potwierdzają również wpływ

realizacji planów życiowych na jakość życia, mianowicie osoby z SM, które nie mogą realizować planów życiowych, mają istotnie statystycznie większy poziom komponentu Witalność niż osoby, dla których realizacja planów życiowych jest ograniczona. Osoby deklarujące możliwość realizacji planów życiowych charakteryzowały się wyższym poziomem średniej Aktywności uwarunkowanej zdrowiem fizycznym. Badaniem jakości życia pacjentów z SM zajęły się również Brzozowska i Talarska [2001, ss. 275–283], w latach 1998–1999 prowadziły badania dotyczące poziomu satysfakcji z życia chorych na SM w dwóch grupach pacjentów. Pierwszą grupę stanowili chorzy hospitalizowani na oddziale neurologii w Gostyninie-Kraku. Grupa liczyła 50 osób, w tym 30 kobiet i 20 mężczyzn. Druga grupa liczyła 100 osób (54 kobiety i 46 mężczyzn) i należeli do niej pacjenci przebywający na turnusie rehabilitacyjnym w Kowalu. Wykazano, że jakość życia nie jest zależna od płci. Zależy natomiast od wieku, stopnia niewydolności ruchowej oraz stanu cywilnego.

Wnioski

1. Kobiety w badanej grupie chorych na SM charakteryzują się wyższą jakością życia w kategorii domeny fizycznej oraz Sprawności fizycznej niż mężczyźni.
2. Stan cywilny oddziałuje znacznie na sferę Witalności w domenie umysłowej. Najwyższy poziom komponentu Witalność wyróżniono w grupie osób będących w separacji, a najniższy w grupie osób kawaler/panna.
3. Osoby posiadające lekki orzeczony stopień o niepełnosprawności charakteryzowały się wyższym poziomem życia w kategorii Funkcjonowania fizycznego, Sprawności fizycznej i Aktywności uwarunkowanej zdrowiem fizycznym niż osoby z innej grupy.
4. Pogorszenie się poziomu standardu życia, stanowi istotny czynnik obniżający większość ocenianych kategorii jakości życia, w tym Ogólną percepcję zdrowia.
5. Osoby chore na stwardnienie rozsiane, które nie mogą realizować planów życiowych, charakteryzują się niższą jakością życia w kategorii Aktywności uwarunkowanej zdrowiem fizycznym, natomiast wyższą jakością życia w sferze Witalności.
6. Wiek, wykształcenie, czas trwania choroby oraz miejsce zamieszkania pacjentów ze stwardnieniem rozsianym nie mają wpływu na ocenę jakości życia w żadnej z badanych sfer.

Bibliografia

- Brzozowska E., Talarska D. (2001), *Poziom satysfakcji z życia u chorych na stwardnienie rozsiane*, „Pielęgniarstwo Polskie”, 2 (12).
- Karakiewicz B. i in. (2010), *Ocena wpływu wybranych czynników socjodemograficznych na jakość życia osób chorujących na stwardnienie rozsiane*, Rocznik Pomorskiej Akademii Medycznej, Szczecin.
- Meyza J. (1995), *Jakość życia chorych leczonych chemioterapią lub radioterapią*, „Nowotwory”, 45.
- Marcinkowska E. (2010), *Jakość życia pacjentów z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit w zależności od przebiegu, aktywności i sposobu leczenia*, Praca doktorska, Poznań.
- Selmaj K. (2006a), *Stwardnienie rozsiane*, Termedia, Poznań.
- Selmaj K. (2006b), *Stwardnienie rozsiane*, Termedia, Poznań.
- Schipper H. (1990), *Quality of life: Principles of the clinical paradigm*, „Journal of Psychosocial Oncology”, 8, 23.
- Stanisz A. (2006), *Przystępny kurs statystyki z zastosowaniem STATISTICA PL na przykładach z Medycyny*, StatSoft Polska, Kraków.
- Steden S., Okła W. (2007a), *Jakość życia w chorobie*, KUL, Lublin.
- Steden S., Okła W. (2007b), *Jakość życia w chorobie*, KUL, Lublin.
- Strugała M., Talarska D. (2013), *Rehabilitacja i pielęgnowanie osób niepełnosprawnych*, PZWL, Warszawa.

Ewa Waszczak

Ewa Kupcewicz

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Analiza strategii radzenia sobie ze stresem w grupie pielęgniarek anestezjologicznych

The analysis of strategies of coping with stress in a group of anaesthetics nurses.

Abstract

Introduction: Stress is an integral part of life; it mobilises the internal strengths to act, and coping with stress is a skill acquired in the course of life experience.

The aim of the study was an attempt to learn the strategies to cope with stress used by anaesthetics nurses.

Material and methods: The study involved 97 nurses employed in the Intensive Care and Anaesthesia Unit during the first half of 2014. In order to perform the study, the author's own questionnaire was used, which contained socio-demographic data, and Mini-COPE, the Inventory for Measuring Coping with Stress.

Study results and conclusions: Nurses most frequently cope with stress choosing two groups of strategy: Seeking Support 1.8 ± 0.6 , including: Instrumental Support, which is more connected with active coping, and Emotional Support, which is related to emotions, and the Acceptance strategy 1.8 ± 0.7 . The choice of a strategy of coping with stress was determined by the type of job, system of work, education, and the assessment of the respondents' financial status.

Key words: stress, coping strategies, anaesthetics nurses.

Wstęp

W badaniach nad stresem i w wielu publikacjach naukowych próbowano przyjąć różne określenia pojęcia „stres”, dochodząc jednocześnie do wniosku, że jest on pojęciem wieloznacznym, nie mającym jednej definicji i może być rozpatrywany na wielu płaszczyznach [O'Connor 2005, ss. 24–25]. Wyróżnić można trzy sposoby rozumienia pojęcia stres, które utożsamiają go z:

- bodźcem, sytuacją lub wydarzeniem zewnętrznym o określonych właściwościach;
- reakcją wewnętrzną człowieka, zwłaszcza reakcją emocjonalną, doświadczaną wewnątrz w postaci określonego przeżycia;
- relacją (interakcją) zachodzącą między jednostką a otoczeniem, w której ważne jest nie tyle samo doświadczane wydarzenie, ile to, jak jest ono spostrzegane i interpretowane [Heszen-Niejodek 2006, s. 467]. Wymienione sposoby rozumienia pojęcia stresu nie wykluczają się, lecz raczej są komplementarne [Juczyński, Ogińska-Bulik 2009, ss. 11–60]. W życiu człowieka istotne jest podejmowanie aktywności mającej na celu poradzenie sobie ze stresującymi i trudnymi sytuacjami. Radzenie sobie jest rozumiane przez Folkman i Lazarusa [1984, ss. 19–41] jako „poznawcze i behawioralne wysiłki mające na celu sprostanie specyficznym wymaganiom zewnętrznym i/lub wewnętrznym, ocenianym jako wyczerpujące lub przekraczające zasoby jednostki”. Sposób radzenia sobie ze stresem decyduje o wysiłku i konsekwencjach jednostki, jakie poniesie ona w zetknięciu się ze stresem. W psychologii kwestia ta opisana jest przy użyciu trzech pojęć: proces, strategia i styl radzenia sobie ze stresem [Lazarus, Folkman 1984, ss. 19–41]. Strategie radzenia sobie ze stresem to różne formy zachowań, wykorzystywane przez jednostkę w sytuacjach stresowych. Lazarus i Folkman [1984, ss. 19–41] przedstawiają cztery strategie radzenia sobie ze stresem:
 - szukanie informacji, odnoszącej się do podjęcia odpowiednich działań,
 - wykonywanie bezpośrednich działań, aby zmienić sytuację,
 - unikanie jakichkolwiek działań,
 - procesy intrapsychiczne (są to metody pozwalające na złagodzenie emocji, mające działanie uspokajające).

Styl radzenia sobie ze stresem jest to indywidualne podejście jednostki do problemu stresu. Endler i Parker w 1990 roku opisali trzy style radzenia sobie ze stresem. Pierwszy został nazwany stylem skoncentrowanym na zadaniu (jednostka podejmuje działania skupione na rozwiązaniu zadania). Drugi ujęty został jako styl skoncentrowany na emocjach – w tym przypadku wysiłki jednostki skierowane są na obniżenie napięcia emocjonalnego poprzez skupienie uwagi na sobie, fantazjowanie. Natomiast trzeci styl to styl skoncentrowany na unikaniu, który polega na stronięciu od myślenia, przeżywania sytuacji trudnej [Juczyński, Ogińska-Bulik 2009, ss. 11–60]. Inni autorzy [Cosway, Endler, Handler 2000, ss. 121–

143] wprowadzili własną systematykę i zaproponowali podział strategii na **zadaniowe** i **niezadaniowe**. Te drugie dzielą się na dwie kategorie: oparte na emocjach oraz na ucieczce, która dotyczy wycofania się lub korzystania z rozrywek towarzyskich. Człowieka charakteryzuje dość wysoka tolerancja stresu. Jak wynika z doniesień naukowych, osoba z silniejszym typem układu nerwowego posiada większą odporność na stres i odwrotnie [Terelak 2001]. Uwzględniając temperament, można wyróżnić trzy zasadnicze sposoby radzenia sobie ze stresem, ujęte jako model taktyczny, strategiczny i regresyjny. Model taktyczny polega na unikaniu lub preferowaniu zdarzeń, zgodnie z posiadanym temperamentem. Model strategiczny – dotyczy działań indywidualnych oraz model regresyjny – obejmuje zmianę temperamentu [Terelak 2001, Butler, Manus 1999]. Umiejętności radzenia sobie ze stresem człowiek nabywa na drodze uczenia się i wypracowania pewnych technik radzenia sobie w sytuacjach trudnych. W literaturze umiejętność radzenia sobie ze stresem rozpatrywana jest w dwóch aspektach, które polegają na rozwiązaniu problemu (poprawa sytuacji zewnętrznej na korzystniejszą) oraz samouspokojeniu (wyciszeniu emocji) [Butler, Manus 1999]. Człowiek unikając problemu, stara się go zminimalizować i rozwiązać.

Podjęte badania mają odpowiedzieć na następujące pytania: „Jakie strategie radzenia sobie ze stresem najczęściej stosują pielęgniarki anestezjologiczne?” i „Jakie czynniki socjodemograficzne i związane z pracą determinują wybór strategii radzenia sobie ze stresem przez pielęgniarki anestezjologiczne?”.

Cel pracy

Celem pracy była ocena wpływu czynników socjodemograficznych na wybór strategii radzenia sobie ze stresem przez pielęgniarki anestezjologiczne pracujące w podmiotach leczniczych na terenie województwa warmińsko-mazurskiego.

Materiał i metody

Badania ankietowe zostały przeprowadzone w pierwszej połowie 2014 roku w grupie 97 pielęgniarek/pielęgniarzy pracujących w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii w kilku podmiotach leczniczych na terenie województwa warmińsko-mazurskiego. Do pomiaru zmiennych zastosowano kwestionariusz własnej konstrukcji, zawierający pytania

o podstawowe dane socjodemograficzne tj.: płeć, wiek, wykształcenie, stan cywilny, miejsce zamieszkania, staż pracy, rodzaj stanowiska pracy, profil/zasięg podmiotu leczniczego, system pracy, status materialny osoby badanej i liczbę posiadanych dzieci. Do badania wyboru strategii radzenia sobie ze stresem zastosowano Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem Mini-COPE autorstwa C.S. Carver w adaptacji Z. Juczyńskiego i N. Ogińskiej-Bulik [2009, ss. 45–58]. Kwestionariusz składa się z 28 twierdzeń, które wchodzi w skład 14 strategii radzenia sobie ze stresem (po 2 twierdzenia w każdej strategii) ujętych w 7 grup. Jak podają autorzy, pierwsza grupa to strategie Aktywnego Radzenia Sobie (Planowanie, Pozytywne Przewartościowanie, Aktywne Radzenie Sobie), natomiast druga wyraża Bezradność w postaci strategii Zażywania Substancji Psychoaktywnych, Zaprzestania Działań i Obwiniania Siebie. Trzecią grupę konstituują strategie Poszukiwania Wsparcia Emocjonalnego i Instrumentalnego. Czwarta dotyczy Zachowań Unikowych, w tym: Zajmowania się Czymś Innym, Zaprzeczania oraz Wyladowania. Takie strategie jak: Zwrot ku Religii, Akceptacja oraz Poczucie Humoru tworzą samodzielne strategie. Badany ustosunkowuje się do każdego twierdzenia na skali od 0 (prawie nigdy tak nie postępuje) do 3 (prawie zawsze tak postępuje). Uzyskane parametry psychometryczne dla Mini-COPE są satysfakcjonujące, rzetelność połówkowa dla 14 skal wynosi 0,86. Analizy statystyczne przeprowadzono z zastosowaniem programu komputerowego STATISTICA 10PL. Wykorzystano testy nieparametryczne ANOVA rang Kruskala-Wallisa (dla trzech grup) oraz test U-Manna-Whitneya (dla dwóch grup). Przy weryfikacji hipotez przyjęty został poziom istotności $p \leq 0,05$.

Wyniki

W badaniu uczestniczyło 97 pielęgniarek/pielęgniarzy, zatrudnionych w podmiotach leczniczych: w tym o zasięgu wojewódzkim 52% ($n=50$), 27% ($n=26$) o zasięgu powiatowym/miejskim i 22% ($n=21$) klinicznym. Wśród respondentów to przede wszystkim kobiety (95 osób). Średnia wieku badanych wynosiła 41,87 lat ($\pm 8,02$) z medianą 43 lata. Wiek 80% zawierał się w przedziale od 30 do 50 lat. Najbardziej liczną grupę stanowili badani w klasie wiekowej 41–50 lat 51% ($n=49$). Natomiast 29% ($n=28$) badanej grupy było w wieku 31–40 lat. Tylko 7% ($n=7$) zajmowało stanowiska kierownicze, a 93% ($n=90$) deklarowało pracę na stanowisku pielęgniarki odcinkowej. Większość badanych – 80% ($n=78$) pielę-

gniarek/pielęgniarki pracowało w systemie zmianowym. Wykształcenie średnie medyczne (liceum medyczne) zadeklarowało 22% (n=21), wyższe 64% (n=62), z czego 1/3 posiadała dyplom magistra pielęgniarstwa. Ponad połowa badanych (53%) stwierdziła, że ma dobrą sytuację finansową, a około 1/3 dostateczną (34%). W związku małżeńskim było 64% (n=64), 10% (n=10) rozwiedzionych i owdowiałych 6% (n=6). Niespełna połowa badanych 48% (n=47) to mieszkańcy miast powyżej 100 tys. mieszkańców. 80% respondentów pracowało w zawodzie od 7 do 30 lat.

Na potrzeby analizy wyróżniono dwie grupy zmiennych jako czynniki niezależne. Pierwsza grupa zawierała zmienne socjodemograficzne, tj.: płeć, wiek, wykształcenie, stan cywilny, miejsce zamieszkania, liczbę posiadanych dzieci. Druga grupa dotyczyła zmiennych związanych bezpośrednio z pracą zawodową pielęgniarek, tj.: rodzaju stanowiska pracy, systemu pracy, stażu pracy w zawodzie, profilu/zasięgu podmiotu leczniczego, oceny własnej kondycji finansowej/materialnej. Przeanalizowano wpływ czynników niezależnych na wybór strategii radzenia sobie ze stresem wg Mini-COPE stosując testy nieparametryczne ANOVA rang Kruskala-Wallisa (dla trzech grup) oraz test U-Manna-Whitneya (dla dwóch grup). Aby sprawdzić, które ze strategii były wybierane najczęściej przez pielęgniarki anestezjologiczne, zastosowano statystyki opisowe dla siedmiu grup strategii radzenia sobie ze stresem i zamieszczono w tabeli 1.

Tabela 1. Strategie radzenia sobie ze stresem

L.p.	Grupy strategii radzenia sobie ze stresem	M	ME	Min	Max	Percentyl 10	Percentyl 90	SD
1.	Aktywne Radzenie Sobie	1,4	1,5	0,3	2,0	1,0	1,8	0,4
2.	Bezradność	0,8	0,7	0,0	2,8	0,2	1,5	0,6
3.	Poszukiwanie wsparcia	1,8	1,8	0,0	3,0	0,8	2,5	0,6
4.	Zachowania unikowe	1,4	1,3	0,2	2,5	0,7	2,2	0,5
5.	Zwrot ku religii	1,3	1,5	0,0	3,0	0,0	2,5	1,0
6.	Akceptacja	1,8	2,0	0,0	3,0	1,0	3,0	0,7
7.	Poczucie humoru	0,9	1,0	0,0	3,0	0,0	2,0	0,6

Źródło: opracowanie własne.

Objaśnienia:

M – średnia arytmetyczna

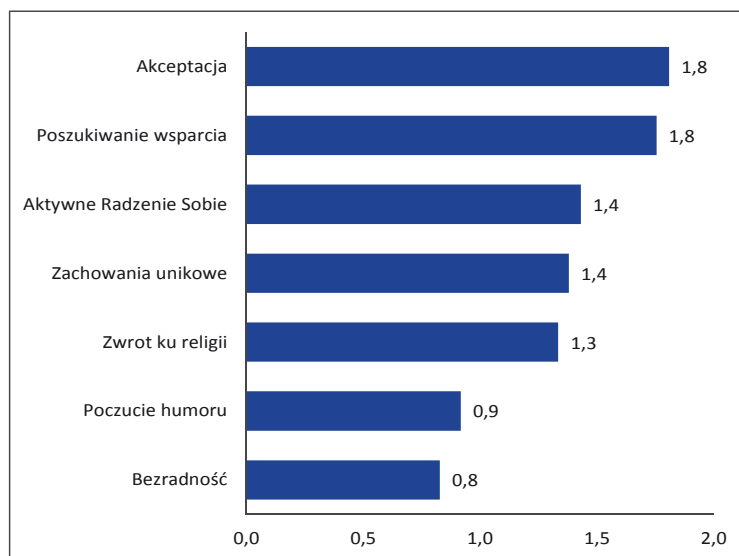
SD – odchylenie standardowe

ME – mediana

Jak wynika z danych w tabeli 1, respondenci najczęściej radzą sobie ze stresem wybierając dwie grupy strategii: Poszukiwanie Wsparcia $1,8 \pm 0,6$, w tym: Wsparcia Instrumentalnego, które bardziej wiąże się z aktywnym radzeniem sobie i Wsparcia Emocjonalnego, które dotyczy emocji oraz strategię Akceptacja $1,8 \pm 0,7$. Kolejne strategie, które często były wybierane przez pielęgniarki, to strategie Aktywnego Radzenia Sobie $1,4 \pm 0,4$ (Aktywne Radzenie Sobie, Planowanie, Pozytywne Przewartościowanie) i jednocześnie Zachowania Unikowe $1,4 \pm 0,5$ (Zajmowania się Czymś Innym, Zaprzeczania oraz Wyladowania). Najrzadziej stosowanymi strategiami były strategie: Poczucie Humoru $0,9 \pm 0,6$ i Bezradność $0,8 \pm 0,6$, która wyraża się w postaci strategii Zażywania Substancji Psychoaktywnych, Zaprzestania Działań i Obwiniania Siebie.

Na rycinie 1 zamieszczono ranking (z uwzględnieniem średnich wartości) poszczególnych grup strategii radzenia sobie ze stresem.

Rycina 1. Ranking poszczególnych grup strategii radzenia sobie ze stresem



Źródło: opracowanie własne.

Strategia Akceptacja była strategią najczęściej wybieraną przez pielęgniarki, polegającą na przyjęciu przez jednostkę zaistniałej sytuacji i uczeniu się, jak żyć z tym nowym doświadczeniem. W wyniku analizy danych szczegółowych, dotyczących istotności zmiennych socjodemograficznych dla strategii Akceptacja, stwierdzono, że wybór tej strategii w grupie ba-

danych był zależny wyłącznie od oceny sytuacji finansowej/materialnej respondentów i kształtował się na poziomie ($p=0,008$). Respondenci oceniający własną kondycję finansową/materialną jako słabą, istotnie statystycznie ($p=0,01$) rzadziej postępują zgodnie ze strategią Akceptacja niż osoby oceniające własną kondycję finansową jako dobrą.

Kolejna grupa strategii, która została poddana analizie, to Poszukiwanie Wsparcia (Poszukiwanie Wsparcia Emocjonalnego i Poszukiwanie Wsparcia Instrumentalnego). Osoby, które wybierają tę strategię to osoby, które poszukują i otrzymują pomoc, szukają otuchy, zrozumienia i wsparcia od innych. W wyniku analizy szczegółowej, dotyczącej istotności zmiennych socjodemograficznych dla strategii Poszukiwanie Wsparcia, stwierdzono, że jej wybór był zależny od systemu pracy pielęgniarek i kształtował się na poziomie istotności ($p=0,04$). Osoby pracujące w systemie jednozmianowym częściej Poszukują Wsparcia Instrumentalnego i Emocjonalnego niż osoby pracujące w systemie zmianowym.

W tabeli 2 zamieszczono wyniki dla grupy strategii Aktywne Radzenie Sobie, która zawiera trzy strategie: Aktywne Radzenie Sobie, Planowanie i Pozytywne Przewartościowanie. Aktywne Radzenie Sobie to przede wszystkim podejmowanie działań zmierzających do poprawienia sytuacji, a więc jest to strategia skoncentrowana na problemie. Planowanie i Pozytywne Przewartościowanie są na ogół strategiami przystosowawczymi w sytuacjach, gdy aktywne radzenie sobie jest skuteczne.

Tabela 2. Istotność zmiennych niezależnych socjodemograficznych dla strategii Aktywne Radzenie Sobie

Aktywne Radzenie Sobie	N	M	SD	Istotność $p \leq 0,05$
Wykształcenie				
wyższe I stopnia (licencjat)	30	1,41	0,27	H=12,82 $p=0,005$
wyższe II stopnia (magisterskie)	32	1,60	0,30	
średnie	21	1,41	0,40	
pomaturalne/policealne	14	1,13	0,50	
Stanowisko pracy				
kierownicze	7	1,74	0,21	U=134 $p=0,009$
pielęgniarka odcinkowa	90	1,41	0,37	
System pracy				
jednozmianowy	19	1,58	0,30	U=522 $p=0,05$
zmianowy	78	1,40	0,38	

Ocena sytuacji finansowej/materialnej				
bardzo dobra	5	1,70	0,22	H=11,17 p=0,02
dobra	51	1,49	0,37	
dostateczna	33	1,37	0,35	
słaba	8	1,13	0,42	

Źródło: opracowanie własne.

W wyniku prowadzonych badań okazało się, że wybór strategii Aktywne Radzenie Sobie wśród badanych jest zależny w sposób istotny statystycznie od wykształcenia badanych ($p=0,005$), rodzaju zajmowanego stanowiska pracy ($p=0,009$), systemu pracy ($p=0,05$) oraz oceny sytuacji finansowej/materialnej ($p=0,02$). Osoby posiadające dyplom magistra częściej postępowały ($1,60 \pm 0,30$) zgodnie ze strategią Aktywne Radzenie Sobie niż osoby z wykształceniem pomaturalnym/policealnym ($1,13 \pm 0,50$). Podobna sytuacja jest z respondentami, którzy pełnią funkcję zarządczą w podsystemie pielęgniarstwa. To kadra kierownicza częściej stosuje ($1,74 \pm 0,21$) strategię Aktywne Radzenie Sobie niż osoby pracujące na stanowisku pielęgniarki odcinkowej ($1,41 \pm 0,37$). System pracy to kolejny czynnik mający wpływ na wybór strategii radzenia sobie. Osoby pracujące w systemie jednozmianowym częściej ($1,58 \pm 0,30$) wybierają strategię związane z Aktywnym Radzeniem Sobie niż osoby pracujące w systemie zmianowym ($1,40 \pm 0,38$). Pielęgniarki oceniające swoją kondycję finansową jako słabą istotnie statystycznie rzadziej postępują zgodnie ze strategią Aktywne Radzenie Sobie niż osoby oceniające swoją kondycję finansową jako bardzo dobrą lub dobrą. W tabeli 3 zamieszczono wyniki dotyczące istotności zmiennych dla grupy strategii Zachowania Unikowe, która obejmuje trzy strategie: Zajmowania się Czymś Innym, Zaprzeczania oraz Wyladowania. W przypadku tych strategii osoby, które doświadczają negatywnego stresu, starają się zajmować innymi czynnościami, aby nie myśleć o zdarzeniu, najczęściej odrzucają fakt zaistnienia trudnej sytuacji oraz mogą ujawniać negatywne emocje.

Tabela 3. Istotność zmiennych socjodemograficznych dla strategii Zachowania Unikowe

Zachowanie unikowe	N	M	SD	Istotność $p \leq 0,05$
Miejsce zamieszkania				
wieś	21	1,52	0,61	$H=12,49$ $p=0,002$
miasto do 100 tys. mieszkańców	29	1,60	0,50	
miasto powyżej 100 tys. mieszkańców	47	1,18	0,46	
Profil/zasięg podmiotu leczniczego				
specjalistyczny/wojewódzki	50	1,16	0,48	$H=26,44$ $p<0,0001$
kliniczny	21	1,37	0,42	
powiatowy/miejski	26	1,81	0,49	
Ocena sytuacji finansowej/materialnej				
bardzo dobra	5	1,80	0,38	$H=13,12$ $p=0,004$
dobra	51	1,52	0,53	
dostateczna	33	1,16	0,51	
słaba	8	1,15	0,37	

Źródło: opracowanie własne.

W toku prowadzonych badań stwierdzono, że wybór grupy strategii Zachowania Unikowe jest zależny od miejsca zamieszkania ($p=0,002$) badanych, profilu/zasięgu podmiotu leczniczego ($p<0,0001$) oraz od oceny kondycji finansowej/materialnej ($p=0,004$) respondentów. Z przytoczonych danych wynika, że respondenci mieszkający w mieście do 100 tysięcy mieszkańców częściej preferują strategię Zachowania Unikowe niż mieszkańcy z większych miast. Osoby pracujące w podmiocie o profilu – zasięgu powiatowym/miejskim istotnie statystycznie częściej stosują strategię Zachowania Unikowe niż osoby z badanej grupy pracujące w podmiocie o profilu specjalistycznym/wojewódzkim i klinicznym. Z kolei respondenci oceniający własną sytuację finansową jako dostateczną, istotnie statystycznie rzadziej wybierają strategię Zachowanie Unikowe niż osoby oceniające swoją kondycję finansową jako bardzo dobrą lub dobrą. Strategia Zwrot ku Religii zaliczana jest do zachowań ukierunkowanych na emocje. Osoby preferujące tę strategię radzenia sobie ze stresem najczęściej poszukują ukojenia w modlitwie i medytacji. Z analizy danych szczegółowych dotyczących istotności zmiennych socjodemograficznych

dla strategii Zwrot ku Religii wynika, że wybór strategii Zwrot ku Religii w grupie badanych był zależny wyłącznie od liczby posiadanych dzieci na poziomie istotności. Osoby nieposiadające dzieci istotnie statystycznie rzadziej wybierają strategię Zwrot ku Religii niż osoby mające jedno dziecko lub dwoje.

Strategia Poczucie Humoru uważana jest za mniej skuteczną, choć w niektórych sytuacjach może być bardzo użyteczna. Osoby wybierające tę strategię najczęściej starają się żartować i traktować daną sytuację jak zabawę. Poziomy istotności zmiennych socjodemograficznych dla strategii Poczucie Humoru zamieszczono w tabeli 4.

Tabela 4. Istotność zmiennych socjodemograficznych dla strategii Poczucie Humoru

Poczucie Humoru	N	M	SD	Istotność $p \leq 0,05$
Wykształcenie				
wyższe I stopnia	30	1,07	0,67	H=8,48 $p=0,04$
wyższe II stopnia	32	1,02	0,50	
średnie	21	0,76	0,64	
pomaturalne/policealne	14	0,61	0,59	
Profil/zasięg podmiotu leczniczego				
specjalistyczny/wojewódzki	50	0,75	0,53	H=11,42 $p=0,003$
kliniczny	21	0,95	0,77	
powiatowy/miejski	26	1,21	0,53	
Ocena sytuacji finansowej/materialnej				
bardzo dobra	5	1,20	0,45	H=18,68 $p=0,0003$
dobra	51	1,12	0,58	
dostateczna	33	0,65	0,55	
słaba	8	0,56	0,68	

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie danych zamieszczonych w tabeli 4 można stwierdzić, że wybór strategii Poczucie Humoru w grupie badanych jest zależny od wykształcenia ($p=0,04$), profilu/zasięgu podmiotu leczniczego ($p=0,003$) oraz oceny kondycji finansowej/materialnej badanych ($p=0,0003$). W wyniku pogłębionej analizy stwierdzono, że strategia Poczucie Humoru w grupie badanych jest zależna od wykształcenia na poziomie istotności statystycznej. Osoby z wykształceniem wyższym statystycznie częściej wybierają strategię Poczucie Humoru niż osoby z wykształceniem pomaturalnym/policealnym. Respondenci pracujący w podmiocie o profilu powiatowym/miejskim istotnie statystycznie częściej postępują zgod-

nie ze strategią Poczucie Humoru niż osoby z badanej grupy pracujące w podmiocie o profilu specjalistycznym/wojewódzkim. Z przytoczonych danych wynika, że osoby oceniające swoją kondycję finansową jako dostateczną, istotnie statystycznie rzadziej postępują zgodnie ze strategią Poczucie Humoru niż osoby oceniające swoją kondycję finansową/materialną jako dobrą. Grupa strategii Bezradność obejmuje strategię Zażywania Substancji Psychoaktywnych, Zaprzestania Działań i Obwiniania Siebie. Często osoby, chcące złagodzić przykre emocje, zażywają substancje psychoaktywne, rezygnują z podejmowania wysiłków, czasem krytykują siebie i obwiniają za to, co się stało. W konkluzji przeprowadzonych badań można stwierdzić, że wybór strategii Bezradność w grupie badanych jest zależny od czynników tj.: profil/zasięg podmiotu leczniczego ($p=0,0001$) i ocena sytuacji finansowej/materialnej na poziomie istotności statystycznej ($p=0,05$). Z przytoczonych danych wynika, że osoby z badanej grupy, pracujące w podmiocie o zasięgu powiatowym/miejskim, częściej wybierają ($1,20 \pm 0,49$) strategię Bezradność niż osoby pracujące w podmiocie o profilu specjalistycznym/wojewódzkim ($0,64 \pm 0,48$) i klinicznym ($0,82 \pm 0,68$). Respondenci, którzy wskazali, że ich sytuacja finansowa/materialna jest dostateczna, istotnie statystycznie częściej postępują zgodnie ze strategią Bezradność niż osoby oceniające swoją kondycję finansową jako dobrą.

Dyskusja

Nieodłącznym elementem sytuacji stresowej są sposoby radzenia sobie z nią, które mogą być rozpatrywane jako proces, strategia i styl. W niniejszej pracy podjęto próbę poznania stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem przez pielęgniarki anestezjologiczne pracujące w podmiotach leczniczych na terenie województwa warmińsko-mazurskiego. Uzyskane wyniki przeprowadzonych badań w grupie pielęgniarek anestezjologicznych pozwoliły autorom pracy porównać i odnieść się do wyników badań prowadzonych przez innych autorów w obszarze tej tematyki.

Jak wynika z badań prowadzonych przez Wzorek [2008, ss. 33–37], dla 63% badanych pielęgniarek z oddziału intensywnej terapii sytuacją najbardziej stresującą jest reanimacja, dla 47% pielęgniarek pracujących w przychodniach – konflikty z przełożonymi lub lekarzami, natomiast dla 55% respondentek z oddziału neurologii – śmierć pacjenta. W badaniach Nyklewicz i Krajewskiej-Kulak [2008, ss. 248–254] większość pielęgnia-

rek obarczonych stresem (78%) nieefektywnie reaguje na stres, 69% tłumi gniew, wpada w depresję (72%) i ma poczucie lęku – 76%. Tylko 1/5 pielęgniarek ze 100 badanych stosuje skuteczny, zadaniowy styl radzenia sobie ze stresem.

W zakresie wykorzystywanych strategii radzenia sobie ze stresem istnieje zróżnicowanie pomiędzy badanymi pielęgniarkami. Uzyskane wyniki pozwoliły na wskazanie czterech najczęściej stosowanych przez pielęgniarki strategii radzenia sobie ze stresem, a mianowicie strategii Poszukiwanie Wsparcia $1,8 \pm 0,6$ i Akceptacja $1,8 \pm 0,7$ oraz Aktywne Radzenie Sobie $1,4 \pm 0,4$ i Zachowania Unikowe $1,4 \pm 0,5$. Jak widać, pielęgniarki uczestniczące w badaniu raczej preferują strategię aktywnego radzenia sobie, co z kolei, w myśl transakcyjnego podejścia do stresu według Lazarusa i Folkmana [1984, Juczyński, Ogińska 2009, ss. 5–86] wskazuje, że wysiłki jednostki koncentrują się na problemie i radzeniu sobie z różnymi trudnymi sytuacjami wywodzącymi się ze środowiska pracy. Choć należy wskazać, że pielęgniarki anestesjologiczne wybierają także dość często grupę strategii Zachowań Unikowych. W sposobie radzenia sobie ze stresem istotne są indywidualne możliwości (zasoby) poradzenia sobie z danym wydarzeniem. Jak się okazało w badaniach własnych, czynnikiem, który determinuje wybór strategii Poszukiwanie Wsparcia jest system pracy. Pielęgniarki pracujące w systemie jednozmianowym częściej poszukują Wsparcia Instrumentalnego i Emocjonalnego niż osoby pracujące w systemie zmianowym – pełniące dyżury. Wybór strategii Akceptacja w grupie badanych jest zależny od oceny ich kondycji finansowej/materialnej i kształtuje się na poziomie ($p=0,008$). Pielęgniarki, oceniające swoją kondycję finansową/materialną jako słabą, rzadziej postępują zgodnie ze strategią Akceptacja niż osoby oceniające swoją kondycję finansową jako dobrą.

Bardzo interesujące badania przeprowadziła Nowak-Starz i in. [2013, ss. 15–21], którzy również wskazują na negatywny czynnik, jakim jest praca zmianowa i system pracy. Badaniem objęto grupę 103 pielęgniarek Szpitala Powiatowego w Lipsku. Uzyskane wyniki pokazały, że 90% pielęgniarek uznało pracę zawodową za zjawisko negatywne, mające istotny wpływ na życie rodzinne. Kobiety przynoszące negatywne emocje do domu faktycznie częściej deklarowały brak zadowolenia z wykonywanej pracy.

Wysoki poziom obciążenia psychicznego na stanowisku pielęgniarki anestesjologicznej wynika z potrzeby zaangażowania osobistego w spra-

wy chorych i specyfiki pracy. Przedstawiła to w grupie pielęgniarek anestezjologicznych Wzorek [2008, ss. 33–37], analizując wpływ systemu i miejsca pracy na satysfakcję z pracy i w życiu osobistym. W uzyskanych wynikach stwierdzono, że czynnikiem najbardziej stresującym wśród pielęgniarek anestezjologicznych jest śmierć (70%) i reanimacja pacjentów. Jako metodę zaradczą podają pozytywne myślenie oraz szczerą rozmowę z bliską osobą.

W trakcie wykonywania czynności zawodowych występują różne sytuacje stresowe, które niosą ze sobą duży ładunek emocjonalny. Brak stosowania wyuczonej, indywidualnej metody strategii radzenia sobie ze stresem w przeciągu kariery zawodowej może być przyczyną wypalenia zawodowego. Badania pod kątem stresu przeprowadziła Sygit [2009, ss. 83–89], analizując, na ile strategie i postawy wobec wykonywanej pracy zmieniają się w przeciągu lat kariery zawodowej. Wyniki pokazały, że osoby z wydłużającym się stażem pracy preferują mniejszą aktywność. Pomimo tego pielęgniarki nadal pokazują się jako osoby sumienne, pilne i dokładne. Natomiast Dębska i Cepuch [2008, ss. 273–279] analizowały zjawisko wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej. Jak wynika z danych, pielęgniarki stosują w pracy efektywne metody radzenia sobie ze stresem, najczęściej skoncentrowane na zadaniu, dzięki czemu zjawisko wypalenia zawodowego nie występuje w dużym nasileniu. W badaniach Rużyczka i in. [2002, ss. 168–181] przedstawili, że grupa badanych osób odczuwa niższy poziom stresu zawodowego i dzięki temu uzyskuje większe zadowolenie z pracy. Nieumiejętność radzenia sobie ze stresem może powodować trudności w funkcjonowaniu społecznym, zawodowym czy też osobistym pielęgniarek anestezjologicznych. Wyniki uzyskanych badań mogą być wykorzystane w praktyce, a także stanowić inspirację do dalszych poszukiwań. W kolejnych badaniach warto uwzględnić również analizę zależności strategii radzenia sobie ze stresem a natężeniem stresu w pracy pielęgniarek anestezjologicznych.

Wnioski

1. Badane pielęgniarki anestezjologiczne różnią się między sobą w zakresie wyboru strategii radzenia sobie ze stresem. Najczęściej stosowane strategie wśród pielęgniarek to Poszukiwanie Wsparcia i Akceptacja, Aktywne Radzenie Sobie oraz Zachowania Unikowe.
2. Pielęgniarki anestezjologiczne w pierwszej kolejności wybierają strategie traktowane jako strategie skoncentrowane na problemie, ale rów-

niez dość często stosują sposoby radzenia sobie ze stresem zaliczane do zachowań ukierunkowanych na emocje.

3. Istotne wydaje się prowadzenie działań prewencyjnych i edukacyjnych w grupie pielęgniarek anestezjologicznych w zakresie kształtowania umiejętności radzenia sobie w sytuacjach stresowych w środowisku pracy.

Bibliografia

- Butler G., Manus F. (red.) (1999), *Psychologia, Bardzo krótkie wprowadzenie*, Prószyński i S-ka, Warszawa.
- Cosway R., Endler N.S., Sandler A.J., D.I.J. (2000), *The Coping Inventory for Stressful Situations: factorial structure and associations with personality traits and psychological health*, "Journal of Applied Biobehavioral Research", t.5, nr 2.
- Dębska G., Cepuch G. (2008), *Wypalenie zawodowe u pielęgniarek pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej*, „Problemy Pielęgniarstwa”, t.16.
- Heszen-Niejodek I. (2006), *Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie* [w:] J. Strelau (red.), *Psychologia*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. (2009), *Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem*, Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa.
- Lazarus R.S., Folkman S. (1984), *Stress, appraisal and coping*, Springer-Verlag, New York.
- Nowak-Starz G. (2013), *Wpływ stresu związanego z pracą zawodową na występowanie zespołu wypalenia zawodowego u pielęgniarek pracujących w oddziałach zabiegowych i zachowawczych*, *Studia Medyczne*, t. 29, nr 1.
- Nyklewicz W., Krajewska-Kułak E. (2008), *Śmierć a emocje pielęgniarek-doniesienia wstępne*, „Problemy Pielęgniarstwa”, t.16, nr 3.
- O'Connor R. (2005), *Undoing Perpetual Stress, The Missing Connection Between Depression, Anxiety, and 21st Century Illness*, New York, The Berkley Publishing Group.
- Rużyczka E. (2002), *Radzenie sobie ze stresem a syndrom wypalenia zawodowego u pielęgniarek*, „Problemy Pielęgniarstwa”, t.1, nr 2.
- Strelau J. (2000), *Psychologiczny podręcznik akademicki*, GWP, Gdańsk, t.2.
- Terelak J.F. (2001), *Psychologia stresu*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz.
- Wzorek A. (2008), *Porównanie przyczyn stresu wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach o różnej specyfice*, *Studia Medyczne*, t.11.

Agata Flis
Agnieszka Zimmermann
Aleksandra Gaworska-Krzemińska
Gdański Uniwersytet Medyczny

Wyzwania dla praktyki pielęgniarskiej w zakresie raportowania działań niepożądanych produktów leczniczych

Challenges for nursing practice in reporting adverse reactions of medicinal products

Abstract

Since the early 1970's, Poland has had a system for monitoring the safety of medications. The program is based on the collection, evaluation and development of data on observed adverse reactions to the medications. Recently, important changes were implemented into law contributing to the increased safety of pharmacotherapy. Until recently, the obligation to report adverse reactions to medications rested solely on doctors and pharmacists. Now, the group of entities obliged to report every case of adverse reactions has been extended to include nurses. Moreover, a patient also has the right to report such reactions. This article is based on a review of professional literature and new legislation dealing with this topic. It introduces issues related to the reporting of adverse drug reactions and shows the challenges in the organization of a contemporary nursing practice.

Key words: adverse drug reactions reporting, nursing practice, medicinal product.

Wstęp

W 1968 po tzw. tragedii talidomidowej Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) utworzyła program współpracy w zakresie monitorowania bezpieczeństwa leków: *Programme for International Drug Monitoring* (PIDM), stanowiący forum dla państw członkowskich. Miał on zagwarantować bezpieczeństwo stosowania produktów leczniczych w wymiarze między-

narodowym [WHO 2014a, Hanafi, Torkamandi, Hayatshalu, Gholami, Javadi 2012, ss. 21–25]. W Polsce z inicjatywy Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej w 1971 powołano Ośrodek Monitorowania Działań Ubocznych Leków. Rok później Polska została przyjęta w poczet członków PIDM [WHO 2014b]. Obecnie zbieraniem zgłoszeń o działaniach niepożądanych leków zajmuje się Departament Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych przy Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (URPL).

Celem pracy jest przedstawienie aktualnych wyzwań dla organizowania praktyki pielęgniarstwa związanych z wejściem w życie nowych aktów prawnych dotyczących raportowania działań niepożądanych leków. Materiał oparto o przegląd fachowego piśmiennictwa międzynarodowego korzystając z głównych baz danych (PubMed, Scopus) publikacji medycznych (w oparciu o słowa kluczowe) oraz analizę ustawodawstwa zawodowego w Polsce i UE.

Regulacje prawne dotyczące monitorowania bezpieczeństwa stosowania produktów leczniczych

W systemie prawa unijnego zasadnicze znaczenie dla rozwoju systemu monitorowania bezpieczeństwa stosowania produktów leczniczych mają dyrektywy:

- 2001/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 6 listopada 2001 r. w sprawie wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi,
- 2010/84/UE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 15 grudnia 2010 r. zmieniająca – w zakresie nadzoru nad bezpieczeństwem farmakoterapii – dyrektywę 2001/83/WE w sprawie wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi.

Pierwsza wymieniona dyrektywa definiowała działanie niepożądane leku jako reakcję na produkt leczniczy, szkodliwą i niezamierzoną, występującą po podaniu dawek zazwyczaj stosowanych dla pacjentów w celach profilaktycznych, diagnostycznych, terapeutycznych lub dla przywrócenia, poprawy, bądź modyfikacji funkcji fizjologicznych [UE 2001, s. 67].

Obecnie zakres przedmiotowy definicji został rozszerzony i za działanie niepożądane leku uznawane jest każde szkodliwe i niezamierzone jego działanie (art. 1 pkt 11) [UE 2010, s. 74]. Zatem wszystkie zaobserwowane

negatywne działania uboczne leku, niezależnie od tego, czy stosowano go zgodnie ze wskazaniami, proponowanym dawkowaniem czy też niezgodnie z jego przeznaczeniem i właściwościami, bywa traktowane jako działanie niepożądane. Działaniem niepożądanym jest również działanie leku przedawkowanego świadomie lub nieświadomie, a także efekt błędu medycznego.

Dyrektywa 2010/84/UE nałożyła na państwa członkowskie obowiązek podjęcia wszelkich właściwych środków, aby zachęcać pacjentów, lekarzy, farmaceutów i innych pracowników ochrony zdrowia do zgłaszania właściwym władzom krajowym przypadków podejrzewanych działań niepożądanych (art. 102) [UE 2010, s. 74]. Dlatego też w ostatnim czasie nastąpiły nowelizacje polskich aktów prawnych w zakresie odnoszącym się do bezpieczeństwa farmakoterapii.

W znacznym stopniu zmianom uległa ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne. Nowelizacja weszła w życie w dniu 25 listopada 2013 r. wprowadzając nowe definiowanie działań niepożądanych (art. 2 pkt 3a). Jednoznacznie uznano, iż zgłoszeniem pojedynczego przypadku działania niepożądanego produktu leczniczego jest informacja o podejrzeniu wystąpienia działania niepożądanego produktu leczniczego u człowieka, której źródło uzyskania jest inne niż prowadzone badanie kliniczne (art. 2 pkt 43a) [MZ 2008].

Działania niepożądane produktów leczniczych należy zgłaszać Prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (URPL) lub podmiotowi odpowiedzialnemu, ze szczególnym uwzględnieniem działań niepożądanych, dotyczących:

- 1) produktów leczniczych zawierających nową substancję czynną, dopuszczonych po raz pierwszy do obrotu w dowolnym państwie w okresie 5 lat poprzedzających zgłoszenie;
- 2) produktów leczniczych złożonych, zawierających nowe połączenie substancji czynnych;
- 3) produktów leczniczych zawierających znaną substancję czynną, ale podawanych nową drogą;
- 4) terapii nowymi postaciami farmaceutycznymi produktów leczniczych;
- 5) produktów leczniczych, które zyskały nowe wskazanie;
- 6) przypadków, gdy działanie niepożądane produktu leczniczego stało się powodem zastosowania innego produktu leczniczego, procedury medycznej lub sposobu leczenia stosowanego u pacjenta;

- 7) wystąpienia działania w trakcie ciąży lub bezpośrednio po porodzie (art. 36d ust. 1) [MZ 2008].

Podmioty zobligowane lub uprawnione do dokonania zgłoszenia działania niepożądanego produktu leczniczego

Zgłoszenie działań niepożądanych produktów leczniczych stało się obowiązkiem lub uprawnieniem osób, które wykonują zawód medyczny. Do kręgu tych zawodów w aktualnym brzmieniu ustawy Prawo farmaceutyczne zaliczono: lekarzy, lekarzy dentystów, farmaceutów, felczerów (starszych felczerów), pielęgniarzy, położne, diagnostów laboratoryjnych, ratowników medycznych i techników farmaceutycznych uprawnionych do wykonywania czynności fachowych w aptece (art. 2a ust. 2). Zgłoszenia mogą dokonywać także pacjenci lub ich przedstawiciele ustawowi lub opiekunowie faktyczni, kierując je obligatoryjnie do osoby wykonującej zawód medyczny, Prezesa URPL lub podmiotu odpowiedzialnego (art. 36d ust. 2) [MZ 2008].

Nowelizacja ustawy Prawo farmaceutyczne wprowadziła zmiany w ustawach dotyczących zawodów medycznych, rozszerzając jednocześnie krąg podmiotów zobligowanych do raportowania każdego przypadku wystąpienia działań niepożądanych, i tak:

- w Ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, zapisano *expressis verbis* obowiązek lekarza dokonania zgłoszenia działania niepożądanego,
- w Ustawie z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich zapisano *expressis verbis* obowiązek farmaceuty dokonania zgłoszenia działania niepożądanego,
- w Ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarzy i położnej wprowadzono nowy obowiązek pielęgniarzy i położnej dokonania zgłoszenia działania niepożądanego. Zgodnie z brzmieniem nowego art. 16 pkt 3: „Pielęgniarka ma obowiązek zgłosić Prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych lub podmiotowi odpowiedzialnemu za wprowadzenie produktu leczniczego do obrotu działanie niepożądane produktu leczniczego” [MZ 2011]. Warto wspomnieć, iż do niedawna pielęgniarzy pełniły odpowiedzialne funkcje jedynie w systemie gwarancji jakości leku na etapie jego stosowania. Po zauważeniu wady jakościowej leku (np. obecności kryształów, zanieczyszczeń, błędów na opakowaniu leku) winny, zgodnie z regułami prawa farmaceutycznego, dokonać

zgłoszenia podejrzenia braku spełnienia wymagań jakościowych do Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego [Zimmermann 2009, ss. 188–189].

Nowelizacja ustawy Prawo farmaceutyczne wprowadziła również dla przedstawicieli innych zawodów medycznych nowe uprawnienie do dokonania zgłoszenia działania niepożądanego leku:

- w ustawie z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej zapisano nowe uprawnienie diagnosty laboratoryjnego dokonania zgłoszenia działania niepożądanego,
- w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym zapisano nowe uprawnienie ratownika medycznego dokonania zgłoszenia działania niepożądanego,
- w ustawie z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera zapisano nowe uprawnienie felczera dokonania zgłoszenia działania niepożądanego.

Dokonano również zmiany ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, dodając nowy rozdział 3a o brzmieniu: „Prawo do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych”.

Wymogi te narzucają konieczność zapewnienia pielęgniarcom w miejscu pracy odpowiednich warunków pozwalających na dokonywanie zgłoszeń. Pracodawca powinien zakupić środki (np. komputery/formularze) pozwalające na właściwe raportowanie oraz uzyskiwanie bieżącej informacji w zakresie decyzji Inspektora Farmaceutycznego czy Ministerstwa Zdrowia.

Zgłaszanie działań niepożądanych

Problematyczna, podczas zgłaszania działań niepożądanych leków, może być ochrona danych osobowych pacjenta. Dlatego państwa członkowskie Unii Europejskiej powinny zapewnić, aby zgłoszenia i przetwarzanie danych osobowych związanych z podejrzanym zgłoszeniem niepożądanym, w tym związanym z błędnym stosowaniem leków, odbywało się na zasadach zapewnienia poufności danych [UE 2010]. Ustawa Prawo farmaceutyczne w przypadku zgłoszenia pojedynczego przypadku działania niepożądanego produktu leczniczego nakłada na zgłaszającego obowiązek podania:

- 1) inicjałów, płci, wieku pacjenta, którego dotyczy zgłoszenie – bez identyfikacji danych osobowych pacjenta;
- 2) imienia i nazwiska osoby dokonującej zgłoszenia;
- 3) w przypadku osób wykonujących zawód medyczny, adresu miejsca wykonywania tego zawodu;

- 4) podpisu osoby zgłaszającej, jeżeli zgłoszenie nie jest przekazywane drogą elektroniczną;
- 5) w zakresie produktu leczniczego co najmniej:
 - a. nazwy produktu, którego stosowanie podejrzewa się o spowodowanie tego działania niepożądanego,
 - b. opisu wywołanego działania niepożądanego.

Opis działania niepożądanego produktu leczniczego przytacza się w brzmieniu maksymalnie zbliżonym do przekazanego przez osobę zgłaszającą (art. 36e ust. 1 i 4) [MZ 2011].

Jeżeli w chwili przekazywania zgłoszenia działania niepożądanego produktu leczniczego osoba zgłaszająca nie dysponuje pełnymi danymi opisywanego przypadku, powinna niezwłocznie po uzyskaniu dodatkowych informacji przedstawić uzupełnione zgłoszenie. Zgłoszenia można dokonać na formularzu dostępnym na stronie internetowej Urzędu Rejestracji (art. 36e ust. 5 i 6) [MZ 2011].

Działanie produktu może zostać także ocenione jako ciężkie działanie niepożądane. Podstawą zakwalifikowania powikłania polekowego do ciężkiego działania niepożądanego jest zgon pacjenta, zagrożenie życia, konieczność hospitalizacji lub jej przedłużenie, trwałe lub znaczne uszczerbek na zdrowiu, wada wrodzona lub uszkodzenie płodu, które to wystąpią niezależnie od zastosowanej dawki – art. 2 pkt 3d. W przypadku ciężkich działań niepożądanych produktów leczniczych osoby wykonujące zawód medyczny muszą złożyć zgłoszenie w terminie 15 dni od dnia powzięcia informacji o ich wystąpieniu – art. 36f [MZ 2011].

Na stronie internetowej URPL (www.urpl.gov.pl) odnaleźć można formularz zgłoszeniowy, zarówno dla pacjenta, jak i fachowych pracowników ochrony zdrowia oraz instrukcję wypełnienia zgłoszenia. Cechami wspólnymi obydwóch kwestionariuszy, niezbędnymi do uznania zgłoszenia za ważne, są dane identyfikacyjne (ale nieutożsamiające) pacjenta oraz osoby zgłaszającej, informacje na temat nazwy produktu leczniczego i zaistniałego działania niepożądanego. Osoba zgłaszająca może wypisać informacje dodatkowe, które jej zdaniem są istotne. Zgodnie z instrukcją:

- podając dane identyfikacyjne pacjenta – należy wpisać inicjały osoby, u której zaobserwowano działanie niepożądane oraz jej płeć i wiek. Przydatne do oceny okazują się również informacje na temat wzrostu i masy ciała osoby przyjmującej leki. Szczególnie ważne jest to w przypadku dzieci oraz osób dorosłych o nietypowym wzroście i masie ciała. Dawkowanie leku u dorosłego człowieka zakłada, że przeciętnie ma on

około 70 kg. W przypadku pacjentów o dużo większej masie ciała niż wskazana, nieskuteczność leczenia może wynikać z nieuwzględnienia konieczności zwiększenia dawki, natomiast w przypadku osób niskich, o niewielkiej masie ciała, dawka może okazać się za duża i w konsekwencji jej przyjęcia może dojść do przedawkowania leku;

- podając dane osoby zgłaszającej – należy bezwzględnie wpisać pełne imię i nazwisko osoby zgłaszającej oraz dane kontaktowe z uwzględnieniem adresu, numeru telefonu czy adresu elektronicznego. Szczegółowo wypełniony kwestionariusz ułatwia kontakt w celu uzyskania dodatkowych informacji czy wyjaśnień;
- podając informacje o produkcie leczniczym – należy podać nazwę leku, który podejrzewany jest o wywołanie działania niepożądanego. W przypadku, gdy pacjent zażywa więcej preparatów, winno się wymienić nazwy wszystkich, podkreślając, który jest podejrzewany o spowodowanie opisywanego działania. Istotnym jest również, aby podać informację na temat dawki i formy, w której produkt występuje, dawki stosowanej i sposobie zażywania – ile razy na dobę, w jakich dawkach lek zaaplikowano. W przypadku leków stosowanych przewlekłe warto zaznaczyć, od jak dawna lek jest przyjmowany. Taka informacja niejednokrotnie ułatwia określenie, czy reakcje niepożądane nie są przypadkiem związane z włączeniem do leczenia innych preparatów lub efektem interakcji między lekami. Dobrze jest zaznaczyć, czy lek był stosowany zgodnie z zaleceniami lekarza lub wskazówkami zawartymi w ulotce dla pacjenta;
- podając dane o reakcji niepożądaney – ważne jest, aby dokonać możliwie jak najdokładniejszego opisu zaistniałej reakcji, należy uwzględnić jej nasilenie, czas trwania i o ile ustąpiła, zaznaczyć, czy nastąpiło to samodzielnie czy w wyniku stosowania dodatkowego leczenia. Wskazanym jest również podanie przyczyny, z jakiej lek został zastosowany. W przypadku, jeżeli reakcja nie ustąpiła, w formularzu należy zamieścić informację, czy się zmniejsza, czy nasila, jakie leczenie wprowadzono w związku z tym oraz czy lek spowodował trwale następstwa stanu zdrowia pacjenta;
- podając dodatkowe informacje – dobrze jest zamieścić informację o tym, czy lek, który jest podejrzewany o wywołanie działania niepożądanego, był wcześniej już stosowany i czy wówczas również spowodował podobną reakcję. Warto też wskazać, czy pacjent jest na coś uczulony. Jeżeli zgłoszenie dotyczy działania niepożądanego u nowo-

rodka, należy podać nazwy leków przyjmowanych w ciąży przez matkę dziecka [URPL 2014].

Wyzwania dla organizacji praktyki pielęgniarskiej

Badania wskazują, że ok. 5% hospitalizacji jest wywołanych działaniami niepożądanymi leków [Einarson 1993, ss. 832–840, Howard, Avery, Slavenburg, Royal, Pipe, Lucassen, Pirmohamed 2007, ss. 136–137, Kongkaew, Noyce, Ashcroft 2008, ss. 1017–1025, Leendertse, Egberts, Stoker i wsp. 2008, ss. 1890–1896, Pirmohamed, James, Meakin i wsp. 2004, ss. 15–19]. Jednocześnie istnieją analizy potwierdzające, że ok. połowy z tych przypadków zachorowań można by wyeliminować [Leendertse, Egberts, Stoker i wsp. 2008, ss. 1890–1896]. Dlatego też coraz większą rolę naukowcy przypisują poszukiwaniu sposobów minimalizowania ryzyka [Passarelli, Jacob-Filho, Figueras 2005, ss. 767–777, Van der Hooft, Sturkenboom, Van Grootheest, Kingma, Stricker 2006, ss. 161–168]. Wśród możliwych działań zaradczych, zmierzających ku polepszaniu bezpieczeństwa farmakoterapii, wskazuje się na zwiększenie udziału personelu fachowego ochrony zdrowia w zgłaszaniu działań niepożądanych. Raportowanie spontaniczne jest bowiem ważnym elementem systemu gwarantowania bezpieczeństwa stosowania produktów leczniczych. Monitorowanie działań niepożądanych nie przebiega niestety właściwie i jest to problem ogólnościowy [Wiela-Hojeńska, Jaźwińska-Tarnawska 2009, ss. 725–732]. Zaburzenia funkcjonowania systemu powoduje głównie duży odsetek działań zaobserwowanych a niezgłaszanych [Backstrom, Mjorndal, Dahlqvist 2004, ss. 483–487, Fincham 1989, ss. 239–244, Hazell, Shakir 2006, ss. 385–396]. W latach 70 badania przeprowadzone przez Inmana i jego współpracowników ukazały główne przyczyny nieraportowania działań niepożądanych, nazwane „7 grzechami śmiertelnymi według Inmana”. Należą do nich:

- przekonanie, że na rynku znajdują się tylko leki bezpieczne,
- obawa przed pociągnięciem do odpowiedzialności za niezamierzone następstwa zastosowanego leku,
- poczucie winy, że zastosowano lek wywołujący skutki uboczne,
- własna źle pojmowana ambicja (związana z upublicznieniem przypadku),
- ignorancja obowiązku zawodowego,
- przekonanie, że raportowanie może wywołać podejrzliwość, obojęt-

ność w stosunku do potrzeby zwiększenia wiedzy medycznej o działaniu leku [Inman 1989].

Aktualna wiedza pozwala stwierdzić, że fachowi pracownicy ochrony zdrowia nie mają usystematyzowanej wiedzy z zakresu prawnych regulacji raportowania, co uniemożliwia przesłanie zgłoszenia poprawnego pod względem formalnym. Często nie wiedzą oni, jak dotrzeć do formularzy zgłoszeniowych. Innymi przeszkodami, na które zwraca się uwagę w piśmiennictwie są:

- brak czasu,
- biurokracja,
- nieświadomość znaczenia i celu raportowania,
- nieumiejętność powiązania zaobserwowanego działania z lekiem,
- brak wiedzy,
- przeświadczenie, że nie ma obowiązku raportowania działań znanych i opisanych,
- lęk przed pociągnięciem do odpowiedzialności,
- przeświadczenie, że to tylko lekarz powinien dokonać zgłoszenia,
- obawa przed ujawnieniem poufnych danych pacjenta,
- zapominanie o zgłoszeniu,
- powiązania z firmami farmaceutycznymi,
- wolontaryjny charakter zgłoszeń i brak wynagrodzenia za wykonaną pracę przy zgłoszeniu [Toklu, Uysal 2008, ss. 556–562, Stewart, MacLure, Paudyal i wsp. 2013, ss. 268–274, Khalili, Mohebbi, Hendooiee, Keshtkar, Dashti-Khavidaki 2012, Mendes, Alves, Batel Marques 2014, ss. 322–330, Griffith 2013, ss. 484–485, Pulford, Malcolm 2010, ss. 899–904, Bergqvist, Ulfvarson, Andersen Karlsson, von Bahr 2008, ss. 451–456, Herderio, Polonia, Gestral-Otero, Figueiras 2004, ss. 483–489].

Biorąc pod uwagę problemy, na które zwraca się uwagę w międzynarodowych doniesieniach naukowych, należy wypracować właściwe postawy wśród przedstawicieli zawodu. Pielęgniarki powinny zgłoszenie działania niepożądanego traktować jako swój obowiązek względem nauki, a nie problem czy zbędną formalność. Jednak aby mogło to mieć miejsce, należy wprowadzić zmiany w organizacji pracy poprzez odpowiednie zaplecze sprzętowe i komunikacyjne oraz właściwą liczbę personelu pozwalającą na wykonywanie dodatkowych zadań wprowadzonych przez aktualne ustawodawstwo.

Podsumowanie

Proces europeizacji i dążenie do zapewnienia pacjentom coraz większego bezpieczeństwa przyczyniły się do wielu zmian legislacyjnych, jednocześnie nakładając na pracowników ochrony zdrowia, w tym pielęgniarzy, nowe obowiązki. Uznano, iż pacjent jest dobrym źródłem informacji na temat podejrzewanych działań niepożądanych produktów leczniczych. Wszystko to przyczyniło się do konieczności opracowania łatwych, zarówno dla pacjenta, jak i dla personelu medycznego, metod dokonywania zgłoszeń działań niepożądanych leków. Obecnie duży nacisk należy położyć na edukację personelu pielęgniarstwa i wypracowanie nie tylko umiejętności dokonywania zgłoszeń, ale i obserwacji niepokojących objawów. Najważniejsza natomiast wydaje się sama postawa, jaką personel medyczny wykazuje względem obowiązku osobistego dokonywania zgłoszeń zaobserwowanych działań niepożądanych po zastosowanej farmakoterapii oraz warunki pracy, jakie zapewnia pracodawca, szczególnie w zakresie zasobów ludzkich i sprzętowych.

Bibliografia

- Backstrom M., Mjorndal T., Dahlgvist R. (2004), *Under-reporting of serious adverse drug reactions in Sweden*, "Pharmacoepidemiology and Drug Safety", 13, nr 7.
- Bergqvist M., Ulfvarson J., Andersen Karlsson E., von Bahr C. (2008), *A nurse-led intervention for identification of drug-related problems*, "European Journal of Clinical Pharmacology", z. 64, nr 5.
- Einarson T.R. (1993), *Drug-related hospital admissions*, "Annals of Pharmacotherapy", z. 27, nr 7–8.
- Fincham J. (1989), *A statewide program to stimulate reporting of adverse drug reactions*, "Journal of Pharmacology Practice", z. 2, nr 4.
- Griffith R. (2013), *Nurses must report adverse drug reactions*, "British Journal of Nursing", z. 22, nr 8.
- Hanafi S., Torkamandi H., Hayatshali A., Gholami K., Javadi M. (2012), *Knowledge, attitudes and practice of nursing regarding adverse drug reaction reporting: Iranian*, "Journal of Nursing and Midwifery Research", 17.
- Hazell L., Shakir S.A.W. (2006), *Under-reporting of adverse drug reactions. A systematic review*, "Drug Safety", z. 29, nr 5.
- Herderio M., Polonia J., Gestral-Otero J., Figueiras A. (2004), *Factors that influence spontaneous reporting of adverse drug reactions: a model centralized in medical professional*, "

Journal of Evaluation in Clinical Practice”, z. 10, nr 4.

Howard R.L., Avery A.J., Slavenburg S., Royal S., Pipe G., Lucassen P., Pirmohamed P. (2007), *Which drugs cause preventable hospital admissions to hospital? A systematic review*, “British Journal of Clinical Pharmacology”, z. 63, nr 2.

Inman W.H.W. (red.) (1989), *Monitoring for drug safety*, Wyd. 2, Lancaster: MTP Press.

Khalili H., Mohebbi N., Hendoiee N., Keshtkar A.A., Dashti-Khavidaki S. (2012), *Improvement of knowledge, attitude and perception of healthcare workers about ADR, a pre- and post-clinical pharmacists' intervetional study*, “BMJ Open.” [online], 2, 1, doi:10.1136/bmjopen-2011-000367, dostęp: 17.07.2014 WHO (2014), <http://vaccine-safety-training.org/pharmacovigilance.html>, dostęp: 16.07.2014.

Kongkaew C., Noyce P.R., Ashcroft D.M. (2008), *Hospital admissions associated with adverse drug reactions: a systematic review of prospective observational studies*, “The Annals of Pharmacotherapy”, z. 42, nr 7.

Leendertse A.J., Egberts A.C., Stoker L.J. i wsp. (2008), *Frequency of and risk factors for preventable medication-related hospital admission in the Netherlands*, “Archives of Internal Medicine”, z. 168, nr 17.

Mendes D., Alves C., Batel Marques F. (2014), *Nurses' spontaneous reporting of adverse drug reactions: expert review of routine reports*, “Journal of Nursing Management”, z. 22, nr 3.

Ministerstwo Zdrowia (2008), *Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne* (tekst jednolity Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271 z późn. zm.).

Ministerstwo Zdrowia (2011), *Ustawa z dnia 15 lipca 2011 o zawodach pielęgniarstwa i położnej* (Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.).

Passarelli M.C., Jacob-Filho W., Figueras A. (2005), *Adverse drug reactions in an elderly hospitalised population: inappropriate prescription is a leading cause*, “Drugs Aging”, z. 22, nr 9.

Pirmohamed M., James S., Meakin S. i wsp. (2004), *Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18820 patients*, “BMJ”, z. 329, (7456).

Pulford A., Malcolm W. (2010), *Knowledge and attitudes to reporting adverse drug reactions*, “British Journal of Nursing”, z. 19, nr 14.

Stewart D., MacLure K., Paudyal V. i wsp. (2013), *Non-medical prescribers and pharmacovigilance: participation, competence and future needs*, “International Journal of Clinical Pharmacy”, z. 35, nr 2.

Toklu H.Z., Uysal M.K. (2008), *The knowledge and attitude of the Turkish community*

pharmacists toward pharmacovigilance in the Kadiköy district of Istanbul, “Pharmacy of World and Science”, z. 30, nr 5.

UE (2001) *Dyrektywa 2001/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 6 listopada 2001 r. w sprawie wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi* (Dz. U. UE L 311, 28.11.2001).

UE (2010), *Dyrektywa 2010/84/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 15 grudnia 2010 r. zmieniająca – w zakresie nadzoru nad bezpieczeństwem farmakoterapii – dyrektywę 2001/83/WE w sprawie wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi* (Dz. U. UE L 348, 31.12.2010).

Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (2014), <http://dzialanianeipozadane.urpl.gov.pl/dn-info>, dostęp: 16.07.2014.

Wiela-Hojeńska A., Jaźwińska-Tarnawska E. (2009), *Międzynarodowe i krajowe systemy monitorowania niepożądanych działań leków – ich rozpoznawanie i zgłaszanie*, „Farmakologia Polska”, z. 65, nr 10.

Van der Hooft C.S., Sturkenboom M.C., Van Grootheest K., Kingma H.J., Stricker B.H. (2006), *Adverse drug reaction – related hospitalisations: a nationwide study in the Netherlands*, “Drug Safety”, z. 29, nr 2.

WHO (2014a), <http://vaccine-safety-training.org/pharmacovigilance.html>, dostęp: 16.07.2014.

WHO (2014b), http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/safety_efficacy/National_PV_Centres_Map/en/, dostęp: 16.07.2014.

Zimmermann A. (2009), *Wstrzymywanie i wycofywanie produktów leczniczych z rynku*, „Czasopismo Aptekarskie”, 16, ss. 8–9.

Ewa Waszczak

Ewa Kupcewicz

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Czynniki warunkujące jakość życia pielęgniarek anestezjologicznych

Factors determining the quality of life of anaesthetics nurses

Abstract

Introduction: The quality of life, defined as well-being, reflects individual feelings and needs. **The aim of the study** was an attempt to learn and assess the influence of the factors determining the quality of life of anaesthetics nurses.

Material and methods: The study involved 97 nurses employed in the Intensive Care and Anaesthesia Unit during the first half of 2014. The study used the author's own questionnaire containing socio-demographic data, and the WHOQOL-BREF questionnaire to assess the quality of life.

Study results and conclusions: The respondents who assess their financial situation as very good had a statistically significant ($p=0.01$) higher level of the quality of life in the psychological domain (16.67) than those assessing their financial situation as poor or satisfactory with $p=0.02$. The variable age significantly affects the quality of life in the somatic, psychological, and environment domain. The system of work and education determines the quality of life in the environment domain, and the marital status affects the quality of life in the psychological domain.

Key words: quality of life, nurses, professional work.

Wstęp

Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, World Health Organization) [1995, ss. 1403–1409], jakość życia to „indywidualny sposób postrzegania przez jednostkę jej pozycji życiowej w kontekście kulturowym i systemu wartości, w którym żyje oraz w odniesieniu do zadań, oczekiwań i standardów wyznaczonych uwarunkowaniami środowiskowymi”.

Jakość życia odzwierciedla indywidualne odczucia człowieka, rozumiana jako dobrostan (well-being), odnosi się zarówno do zdrowia jak i choroby [Sierakowska i in. 2006, ss. 23–26, Tobiasz-Adamczyk 1998, ss. 233–249]. Calman [1984, ss. 124–127] podaje, że „jakość życia może być oceniana jedynie indywidualnie i zależy od aktualnego stylu życia, doświadczeń z przeszłości, nadziei na przyszłość, marzeń i ambicji. Obejmuje ona wszystkie aspekty życia i wszystkie doznane w życiu wydarzenia, a także wpływ choroby i leczenia. Można powiedzieć, że jakość życia jest dobra, jeśli nadzieje i oczekiwania człowieka są spełnione i odwrotnie, gdy nie są spełnione, jakość życia jest zła. Jakość życia zmienia się w czasie, gdyż człowiek weryfikuje stale swoje nadzieje i oczekiwania z aktualną sytuacją”. Jakość życia stała się przedmiotem zainteresowań przedstawicieli różnych dziedzin życia społecznego.

Jak przedstawia Herman [1996, ss. 227–230], z wielkim szacunkiem należy przyjąć słowa dotyczące jakości życia Jana Pawła II zapisane na kartach encykliki *Evangelium vitae* [1995, s. 52]. „należy z zadowoleniem powitać także wzrost zainteresowania jakością życia oraz ekologią, jaki nastąpił zwłaszcza w społeczeństwach o wysokim stopniu rozwoju, w których ludzie dążą już nie tyle do zapewnienia sobie podstawowych środków do życia, ile do globalnego polepszenia warunków życia. Zjawiskiem szczególnie ważnym jest ożywienie refleksji etycznej wokół życia: powstanie i coraz szerszy rozwój bioetyki sprzyja refleksji i dialogowi”.

Istotnym elementem jakości życia jest jakość życia zawodowego. Praca zawodowa wyznacza najważniejszą formę działalności człowieka. Stanowi nie tylko źródło utrzymania pracownika i jego rodziny, ale również zaspokaja potrzebę przyjaźni, bezpieczeństwa i przynależności [Fengler 2000, ss. 92–104, Sęk 2000, ss. 149–167]. Na jakość życia zawodowego wpływają indywidualne czynniki, jak również relacje pomiędzy ludźmi w środowisku pracy. Ważnym czynnikiem jest motywacja do pracy, na którą ma wpływ atmosfera i kultura organizacyjna stanowiąca fundament doskonalenia jakości pracy. Kultura w organizacji w dużej mierze zależy od stylu zarządzania. Jak donosi literatura, z całą pewnością można stwierdzić, że istnieje sprzężenie zwrotne pomiędzy jakością dóbr i usług, jakością pracy i jakością życia. Moller [1990] na Kongresie EOQ (European Organization for Quality) w Dublinie w latach 90-tych ubiegłego wieku stwierdził, że: „Człowiek, który dobrze wykonuje swoją pracę, także czuje się dobrze”. Podsumowując, jakość życia jest pojęciem wielowymia-

rowym, bardzo szerokim, indywidualnie pojmowanym przez jednostkę, a jego ocena związana jest z dziedzinami wpływającymi na życie człowieka: fizyczną, psychologiczną, społeczną i w środowisku.

Cel pracy

Celem pracy była próba oceny wpływu czynników warunkujących jakość życia pielęgniarek anestezjologicznych, pracujących w oddziale intensywnej terapii i anestezjologii.

Materiał i metody

Badania ankietowe zostały przeprowadzone w pierwszej połowie 2014 roku, w grupie 97 pielęgniarek/pielęgniarzy, pracujących w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii, w kilku podmiotach leczniczych na terenie województwa warmińsko-mazurskiego. Do pomiaru zmiennych zastosowano kwestionariusz własnej konstrukcji, zawierający pytania o podstawowe dane socjodemograficzne, tj.: płeć, wiek, stan cywilny, liczbę dzieci, miejsce zamieszkania, staż pracy, rodzaj stanowiska pracy, profil/zasięg podmiotu leczniczego, system pracy oraz status materialny osoby badanej. Do badania jakości życia pielęgniarek zastosowano kwestionariusz WHOQOL-BREF w polskiej adaptacji Wołowickiej i Jaracz, który obejmuje 26 pytań i umożliwia otrzymanie profilu jakości życia w zakresie czterech domen: funkcjonowania fizycznego, psychicznego, społecznego i funkcjonowania w środowisku. Badani odpowiedzi udzielali w 5-stopniowej skali (zakres punktacji 1–5). W każdej z dziedzin badany mógł uzyskać maksymalnie 20 punktów. Wyniki poszczególnych dziedzin mają kierunek pozytywny (im większa liczba punktów, tym wyższa jakość życia). Do oceny wyników zastosowano analizę opisową – parametry mierzalne charakteryzowano, podając wartość średnią i odchylenie standardowe, a parametry niemierzalne przy pomocy liczności i frekwencji respondentów w klasach. Analizę statystyczną przeprowadzono z wykorzystaniem programu komputerowego Statistica 10 PL. Do oceny zróżnicowania wartości średnich badanych cech w klasach zmiennych grupujących pacjentów zastosowano test U – Manna – Whitneya i ANOVA rang Kruskala – Walisa. Istotność statystyczną przyjęto na poziomie $p < 0,05$.

Wyniki

Charakterystyka grupy badanej

W badaniu uczestniczyło 97 pielęgniarek/pielęgniarzy zatrudnionych w podmiotach leczniczych: w tym o zasięgu wojewódzkim 52%(n=50), 27%(n=26) o zasięgu powiatowym/miejskim i 22%(n=21) klinicznym. Wśród respondentów to przede wszystkim kobiety (95 osób). Średnia wieku badanych wynosiła 41,87 lat($\pm 8,02$) z medianą 43 lata. Wiek 80% badanych zawierał się w przedziale od 30 do 50 lat. Najbardziej liczną grupę stanowili respondenci w klasie wiekowej 41–50 lat 51%(n=49). Natomiast 29% (n=28) to osoby w wieku 31–40 lat. Tylko 7%(n=7) zajmowało stanowiska kierownicze, a 93% (n=90) deklarowało pracę na stanowisku pielęgniarki odcinkowej. Większość badanych – 80% (n=78) pielęgniarek/pielęgniarzy pracowało w systemie zmianowym. Wykształcenie średnie medyczne (liceum medyczne) zadeklarowało 22% (n=21), wyższe 64% (n=62), z czego 1/3 posiadała dyplom magistra pielęgniarstwa. Ponad połowa badanych (53%) stwierdziła, że ma dobrą sytuację finansową, a około 1/3 dostateczną (34%). W związku małżeńskim było 64% (n=64), 10% (n=10) rozwiedzionych i owdowiałych 6% (n=6). Niepełna połowa badanych 48% (n=47) to mieszkańcy miast powyżej 100 tys. mieszkańców. 80% respondentów pracowało w zawodzie od 7 do 30 lat. Większość respondentów (n= 42) posiadało dwoje dzieci, 36 osób jedno dziecko, a 14 było bezdzietnych.

Analiza jakości życia wg WHOQOL-BREF

W celu analizy empirycznej zostały wyodrębnione zmienne jako czynniki niezależne, które mogą mieć wpływ na poziom jakości życia pielęgniarek/pielęgniarzy. Do grupy zmiennych niezależnych zakwalifikowano dane socjodemograficzne, tj.: płeć, wiek, wykształcenie, stan cywilny, miejsce zamieszkania, liczbę dzieci, rodzaj stanowiska pracy, system pracy, staż pracy w zawodzie, profil/zasięg podmiotu leczniczego oraz ocenę własnej kondycji finansowej/ materialnej. Aby sprawdzić, jak pielęgniarki anestezjologiczne oceniają poszczególne domeny życia, zastosowano statystyki opisowe dla domeny fizycznej, psychologicznej, socjalnej oraz w środowisku i zamieszczono w tabeli 1.

Tabela 1. Statystyki opisowe dla poszczególnych domen jakości życia

Domena	M	ME	Min	Max	Percentyl 10	Percentyl 90	SD
somatyczna	14,1	13,7	7,43	19,4	12	16,6	1,96
psychologiczna	14,9	14,7	9,33	20	12	17,3	2
socjalna	15,5	16	6,67	20	12	18,7	2,48
środowisko	13,8	14	8	17,5	10,5	16	2,15

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza wyników wyraźnie wskazuje, że najwyżej przez respondentów oceniona została domena socjalna 15,5 ($\pm 2,48$), która obejmuje relacje społeczne (związki osobiste, wsparcie społeczne, aktywność seksualną). W badanej grupie 80% osób oceniła jakość życia w domenie socjalnej i relacji społecznych na poziomie 12–18,7 punktów w skali 1–20. 10% ocen w domenie socjalnej uzyskało wartość poniżej 12 punktów i 10% powyżej 18,7.

Na drugim miejscu w ocenie respondentów znalazła się domena psychologiczna, która uzyskała średnią 14,9(± 2) z medianą 14,7. W dziedzinie psychologicznej oceniany był wygląd zewnętrzny, negatywne uczucia, pozytywne uczucia, samoocena, duchowość, religia, osobista wiara, myślenie, uczenie się, pamięć i koncentracja. 80% respondentów oceniła jakość funkcjonowania psychicznego na poziomie 12–17,3 punktów. Kolejna domena, która została poddana ocenie przez pielęgniarki anestezjologiczne, to domena somatyczna, która obejmuje zakres czynności życia codziennego, zależność od leków i leczenia, energię i zmęczenie, mobilność, ból i dyskomfort, wypoczynek i sen, zdolność do pracy. Ocena jakości życia w domenie somatycznej w opinii badanych wynosiła 14,1 ($\pm 1,96$) z medianą 13,7.

Najniższą ocenę w opinii badanych otrzymała domena związana z funkcjonowaniem w środowisku, która obejmuje zasoby finansowe, wolność, bezpieczeństwo fizyczne i psychiczne, zdrowie i opiekę zdrowotną (dostępność i jakość), środowisko domowe, możliwości zdobywania nowych informacji i umiejętności, możliwości i uczestniczenie w rekreacji i wypoczynku, środowisko fizyczne (zanieczyszczenia, hałas, ruch uliczny, klimat), transport. Średnia jakość życia w domenie funkcjonowania w środowisku w badanej grupie wynosiła 13,8 ($\pm 2,15$) z medianą 14. W badanej grupie 80% pielęgniarek oceniła jakość życia związaną z funkcjonowaniem w relacjach społecznych i w środowisku na poziomie 12–18,7 punktów.

W dalszej części pracy podjęto próbę poznania wpływu zmiennych niezależnych na jakość życia w domenie somatycznej, psychologicznej, socjalnej i środowiskowej.

Z analizy zebranego materiału wynika, że jakość życia w obszarze domeny somatycznej była determinowana przez wiek respondentów ($p=0,03$) oraz staż pracy w zawodzie ($p=0,04$) pielęgniarki/pielęgniarza. Szczegółowe wyniki zebrano w tabeli 2.

Tabela 2. Istotność zmiennych socjodemograficznych w obszarze somatycznej domeny funkcjonowania

Domena somatyczna	N	M	SD	Istotność
Płeć	U=80, p=0,71			
kobieta	95	14,09	1,97	NS
mężczyzna	2	13,71	0,61	
Wiek (w klasach)	H=9,24, p=0,03			
30 lat i poniżej	11	14,75	1,10	ISTOTNE
31–40	28	14,65	1,66	
41–50	49	13,92	1,88	
51–60	9	12,38	2,91	
Wykształcenie	H=2,54, p=0,46			
wyższe I stopnia	30	14,32	1,46	NS
wyższe II stopnia	32	14,25	1,97	
średnie	21	13,61	2,38	
pomaturalne/policealne	14	13,92	2,21	
Stan cywilny	H=9,80, p=0,08			
kawaler/panna	14	14,37	1,76	NS
żonaty/zamężna	62	14,19	1,98	
wdowa/wdowiec	6	11,62	2,10	
rozwiedziona/rozwiedziony	10	14,46	1,48	
w separacji	3	13,52	1,44	
samotny	16	15,14	0,40	
Miejsce zamieszkania	H=3,12, p=0,20			
wieś	21	13,71	2,22	NS
miasto do 100 tys. mieszkań- ców	29	14,54	1,32	
miasto powyżej 100 tys. mieszkańców	47	13,97	2,14	
Liczba posiadanych dzieci	H=1,42, p=0,7			
nie posiadam	14	14,29	1,83	NS
jedno	36	14,37	1,64	
dwoje	42	13,71	2,02	
troje	5	14,63	3,58	
Stanowisko pracy	U=226, p=0,21			
kierownicze	7	14,94	1,49	NS
pielęgniarka odcinkowa	90	14,02	1,98	
System pracy	U=624, p=0,28			

jednozmianowy	19	14,56	1,63	NS
zmianowy	78	13,97	2,02	
Staż pracy w zawodzie	H=6,42, p=0,04			
15 lat i poniżej	25	14,88	1,65	ISTOTNE
16-25 lat	53	13,74	1,62	
26 lat i powyżej	19	14,02	2,83	
Profil/zasięg podmiotu leczniczego	H=3,49, p=0,17			
specjalistyczny/wojewódzki	50	13,75	2,29	NS
kliniczny	21	14,69	1,53	
powiatowy/miejski	26	14,24	1,41	
Ocena sytuacji finansowej/materialnej	H=3,15, p=0,36			
bardzo dobra	5	14,97	1,30	NS
dobra	51	14,26	1,87	
dostateczna	33	13,92	1,93	
słaba	8	13,07	2,74	

Źródło: Opracowanie własne.

W wyniku pogłębionej analizy stwierdzono, że pielęgniarki w wieku 51–60 lat mają istotnie statystycznie niższy poziom średniej w obszarze domeny somatycznej niż pielęgniarki w młodszym wieku we wszystkich pozostałych klasach wiekowych. Można bowiem przyjąć, że wraz z przybywającymi latami, jakość życia będzie się obniżać, co szczególnie łatwo dostrzec w sferze fizycznej. Przeprowadzona analiza wykazała, że osoby, których staż pracy w zawodzie wynosił 15 lat i poniżej, miały istotnie statystycznie wyższe oceny średnie w obszarze domeny somatycznej niż osoby, które pracowały 16–25 lat.

Kolejna domena, która została poddana szczegółowej analizie statystycznej, to domena psychologiczna. We współczesnym podejściu do zdrowia wymiar psychiczny, który jest bardzo trudny do zdefiniowania, obejmuje zdrowie: umysłowe – związane z procesami logicznego myślenia i zdrowie emocjonalne – wyrażające zdolność do przeżywania uczuć i emocji w odpowiedni sposób, umiejętność radzenia sobie ze stresem, napięciami i lękiem. Zdrowie w wymiarze psychicznym jest ważnym komponentem tzw. *konceptji holistycznej*, która traktuje zdrowie człowieka jako „całość”. W obszarze domeny psychologicznej wyróżniono zmienne różnicujące jakość życia tj: wiek ($p=0,05$), stan cywilny ($p=0,008$) oraz sytuację finansowo/materialną na poziomie istotności ($p=0,05$) i zaprezentowano w tabeli 3.

Tabela 3. Istotność zmiennych socjodemograficznych w obszarze psychologicznej domeny funkcjonowania

Domena psychologiczna	N	M	SD	Istotność
Płeć	U=66, p=0,46			
kobieta	95	14,89	2,02	NS
mężczyzna	2	14,33	0,47	
Wiek(w klasach)	H=7,66, p=0,05			
30 lat i poniżej	11	15,64	0,86	ISTOTNE
31–40	28	15,45	1,95	
41–50	49	14,61	1,98	
51–60	9	13,70	2,63	
Wykształcenie	H=0,904, p=0,92			
wyższe I stopnia	30	15,00	1,64	NS
wyższe II stopnia	32	15,15	2,12	
średnie	21	14,60	2,13	
pomaturalne/policealne	14	14,48	2,35	
Stan cywilny	H=15,49, p=0,008			
kawaler/panna	14	15,10	1,30	ISTOTNE
żonaty/zamężna	62	15,09	1,97	
wdowa/wdowiec	6	11,67	1,38	
rozwiedziona/rozwie- dziony	10	15,53	2,06	
w separacji	3	13,78	1,02	
samotny	16	15,33	1,89	
Miejsce zamieszkania	H=0,403, p=0,81			
wieś	21	14,67	1,97	NS
miasto do 100 tys. mieszkańców	29	15,13	1,71	
miasto powyżej10 tys. mieszkańców	47	14,84	2,20	
Liczba posiadanych dzieci	H=1,96, p=0,58			
nie posiadam	14	15,19	1,46	NS
jedno	36	15,02	1,99	
dwoje	42	14,57	2,10	
troje	5	15,73	2,69	
Stanowisko pracy	U=283, p=0,28			
kierownicze	7	15,24	2,84	NS
pielęgniarka odcinkowa	90	14,86	1,94	
System pracy	U=578, p=0,14			
jednozmianowy	19	15,26	2,08	NS
zmianowy	78	14,79	1,99	
Staż pracy w zawodzie	H=2,75, p=0,25			

15 lat i poniżej	25	15,39	1,60	NS
16–25 lat	53	14,83	1,84	
26 lat i powyżej	19	14,39	2,75	
Profil/zasięg podmiotu leczniczego	H=2,07, p=0,35			
specjalistyczny/wojewódzki	50	14,59	2,19	NS
kliniczny	21	15,11	1,62	
powiatowy/miejski	26	15,28	1,88	
Ocena sytuacji finansowej/materialnej	H=7,85, p=0,05			
bardzo dobra	5	16,67	2,11	ISTOTNE
dobra	51	15,18	1,83	
dostateczna	33	14,46	1,79	
słaba	8	13,67	2,94	

Źródło: Opracowanie własne.

Szczegółowa analiza danych wykazała, że respondenci w wieku 51–60 lat mają istotnie statystycznie niższy poziom średniej ($13,70 \pm 2,63$) w obszarze domeny psychologicznej niż osoby w klasie wiekowej 30 lat i poniżej oraz w klasie wiekowej 31–40 lat. Ważnym czynnikiem warunkującym wystąpienie złego lub dobrego samopoczucia psychicznego jest stan cywilny badanych. Osoby owdowiałe mają istotnie statystycznie niższy poziom jakości życia w obszarze domeny psychologicznej ($11,67 \pm 1,38$) niż osoby będące stanu wolnego – kawaler/panna ($15,1 \pm 1,30$). Również osoby owdowiałe mają istotny statystycznie niższy poziom jakości życia w omawianej domenie niż osoby będące w związku małżeńskim ($15,09 \pm 1,97$). Osoby rozwiedzione osiągnęły najwyższe wyniki ($15,53 \pm 2,06$) w domenie psychologicznej, to oznacza, że cieszą się najlepszym zdrowiem w sferze psychicznej. Na dobre lub złe samopoczucie badanych nie ma istotnego wpływu płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania, liczba posiadanych dzieci, rodzaj stanowiska pracy, system pracy, staż pracy w zawodzie, profil/zasięg podmiotu leczniczego. Na uwagę zasługuje ocena jakości życia w domenie psychologicznej z uwzględnieniem rodzaju sytuacji materialnej pielęgniarek anestezjologicznych. Osoby oceniające własną sytuację materialną jako dobrą mają istotnie statystycznie wyższy poziom średniej w obszarze domeny psychologicznej niż osoby oceniające sytuację materialną jako dostateczną. W dalszej kolejności sprawdzono, które zmienne socjodemograficzne mają istotny wpływ na poziom jakości życia w obszarze domeny socjalnej. Pominęto prezentację wyników domeny socjal-

nej, ponieważ żadna z wybranych zmiennych niezależnych nie wpływała w sposób istotny statystycznie na wartość uzyskanej punktacji.

Zamiarem przedstawionego w dalszej części przedsięwzięcia badawczego była analiza wpływu zmiennych socjodemograficznych na poziom jakości życia w obszarze domeny życia związanej z funkcjonowaniem w relacjach społecznych i środowisku. Szczegółowe dane zamieszczono w tabeli 4.

Tabela 4. Istotność zmiennych socjodemograficznych w obszarze domeny środowisko

Domena środowisko	N	M	SD	Istotność
Płeć	U=45,5, p=0,21			
Kobieta	95	13,82	2,16	NS
Mężczyzna	2	12,25	0,35	
Wiek(w klasach)	H=8,37, p=0,04			
30 lat i poniżej	11	12,91	2,79	ISTOTNE
31–40	28	14,64	1,88	
41–50	49	13,76	1,88	
51–60	9	12,39	2,62	
Wykształcenie	H=7,95, p=0,05			
wyższe I stopnia	30	13,93	2,07	ISTOTNE
wyższe II stopnia	32	14,42	1,80	
Średnie	21	13,55	2,34	
pomaturalne/policealne	14	12,39	2,31	
Stan cywilny	H=5,27, p=0,33			
kawaler/panna	14	13,14	2,01	NS
żonaty/zamężna	62	13,86	2,31	
wdowa/wdowiec	6	12,92	1,24	
rozwiedziona/rozwiedziony	10	14,70	1,80	
w separacji	3	14,00	2,00	
Samotny	16	13,75	1,77	
Miejsce zamieszkania	H=3,16, p=0,20			
Wieś	21	13,74	2,50	NS
miasto do 100 tys. mieszkańców	29	14,36	1,94	
miasto powyżej 100 tys. miesz- kańców	47	13,46	2,08	
Liczba posiadanych dzieci	H=5,41, p=0,14			
nie posiadam	14	13,18	2,05	NS
Jedno	36	14,43	1,71	
Dwoje	42	13,37	2,41	
Troje	5	14,40	2,25	
Stanowisko pracy	U=223, p=0,20			

Kierownicze	7	14,93	1,88	NS
pielęgniarka odcinkowa	90	13,70	2,16	
System pracy	U=458 p=0,01			
Jednozmianowy	19	14,92	1,77	ISTOTNE
Zmianowy	78	13,51	2,16	
Liczba lat pracy w zawodzie	H=2,52, p=0,28			
15 lat i poniżej	25	14,02	2,50	NS
16 - 25 lat	53	13,88	1,99	
26 lat i powyżej	19	13,24	2,12	
Profil/zasięg podmiotu leczniczego	H=14,04, p=0,0009			
specjalistyczny/wojewódzki	50	13,16	2,12	ISTOTNE
Kliniczny	21	13,71	2,31	
powiatowy/miejski	26	15,06	1,49	
Ocena sytuacji finansowej/materialnej	H=29,96, p<0,0001			
bardzo dobra	5	15,90	1,02	ISTOTNE
Dobra	51	14,66	1,71	
Dostateczna	33	12,44	1,81	
słaba	8	12,50	2,79	

Źródło: Opracowanie własne.

Z analizy danych zawartych w tabeli 4 wynika, że w ocenie domeny związanej z funkcjonowaniem w relacjach społecznych i środowisku, wyróżniono następujące zmienne różnicujące: wiek ($p=0,04$), system pracy ($p=0,01$), wykształcenie ($p=0,05$), sytuację finansowo/materialną ($p<0,0001$). Pielęgniarki w klasie wiekowej 51–60 lat posiadające duże doświadczenie zawodowe i życiowe miały istotnie statystycznie niższy poziom średniej w obszarze domeny związanej z funkcjonowaniem w relacjach społecznych i środowisku niż osoby w wieku 31–40 lat. Także osoby młode do 30 roku życia miały istotnie statystycznie niższy poziom średniej w obszarze domeny środowisko niż osoby 31–40 lat. Kolejnym etapem badań było określenie poziomu jakości życia pielęgniarek anestezjologicznych w zależności od deklarowanego systemu pracy. Większość badanych – 80% ($n=78$) pracowała w systemie zmianowym, aby zabezpieczyć opiekę pielęgniarską w systemie 24-godzinny. Pozostałe 20% to osoby pracujące najczęściej w godzinach 7–14.35 i ta grupa respondentów pracująca w systemie jednozmianowym miała statystycznie wyższą średnią w obszarze domeny środowisko niż osoby pracujące w systemie zmianowym. Analiza statystyczna pozwoliła na stwierdzenie istotnych różnic

w zakresie zmiennej wykształcenie badanych. Osoby mające wykształcenie policealne/pomaturalne mają statystycznie istotnie niższy poziom średniej domeny związanej z funkcjonowaniem w relacjach społecznych i środowisku niż osoby z wykształceniem wyższym pierwszego stopnia. Z kolei osoby z wykształceniem policealnym/pomaturalnym mają statystycznie istotnie niższy poziom średniej domeny środowisko niż osoby z wykształceniem wyższym drugiego stopnia. W dalszej kolejności starano się odpowiedzieć na pytanie: *W jakim zakresie sytuacja materialna badanych determinuje jakość życia w domenie funkcjonowania w rolach społecznych i środowisku?* Z analizy danych wynika, że osoby oceniające sytuację materialną jako bardzo dobrą, mają istotnie statystycznie wyższy poziom średniej w obszarze domeny środowisko ($15,9 \pm 1,02$) niż osoby oceniające sytuację materialną jako dostateczną ($12,44 \pm 1,81$). Natomiast osoby oceniające sytuację materialną jako bardzo dobrą mają istotnie statystycznie wyższy poziom średniej w obszarze domeny środowisko ($15,9 \pm 1,02$) niż osoby oceniające sytuację materialną jako słabą ($12,5 \pm 2,79$).

Dyskusja

W niniejszej pracy podjęto próbę analizy i oceny jakości życia pielęgniarek anestezjologicznych w czterech domenach funkcjonowania: somatycznej, psychologicznej, socjalnej i społecznej. Jak wskazuje literatura, zawody służb społecznych, w tym zawód pielęgniarki, zaliczane są do zawodów silnie stresujących [Ogińska-Bulik 2006, s. 40]. Pielęgniarstwo jest zawodem wybieranym z silną motywacją i z pełnym zrozumieniem specyfiki pracy i czekających obowiązków, co potwierdzają badania Zarzecznej-Baran i in. [2002, ss. 595–597] nad wyborem zawodu a satysfakcją z pracy wśród studentów kierunków pielęgniarstwa. W ocenie jakości życia pielęgniarek starano się uwzględnić wpływ czynników wywodzących się ze środowiska zawodowego i pozazawodowego. W rozważaniach własnych nad jakością życia najwyższą przez pielęgniarki ocenioną została *domena socjalna* $15,5 (\pm 2,48)$, na drugim miejscu znalazła się *domena psychologiczna*, która uzyskała średnią $14,9 (\pm 2)$. Jako trzecia została wskazana *domena somatyczna* $14,1 (\pm 1,96)$, a najniższą ocenę $13,8 (\pm 2,15)$ w opinii badanych otrzymała *domena związana z funkcjonowaniem w środowisku*. W badaniach przeprowadzonych przez innych autorów okazało się, że brak satysfakcji z wykonywanej pracy deklaruje nawet około 50% pielęgniarek w Polsce [Tzeng 2002, ss. 867–878], 41% w Stanach Zjednoczonych, 38% w Szko-

cji, 36% w Anglii, 33% w Kanadzie i 17% w Niemczech [Lu, While, Barri-ball 2005, ss. 211–227]. Jakość życia w obszarze domeny somatycznej była determinowana przez wiek respondentów ($p=0,03$) oraz staż pracy w zawodzie ($p=0,04$) pielęgniarki/pielęgniara. Badania prowadzone przez Humpel i Caputi [2001, ss. 399–403] dowodzą, że wraz z wydłużaniem się stażu pracy, wzrasta poziom kompetencji emocjonalnych, doświadczenia zawodowego, a to sprawia, iż pielęgniarki starsze są bardziej efektywne w działaniu, mają więcej zaufania do siebie samych i w związku z tym przeżywają mniej stresów.

Na podstawie wyników własnych badań ustalono, że jakość życia pielęgniarek anestezjologicznych zależna była od posiadanej przez nich sytuacji finansowo/materialnej. Pielęgniarki, które wskazały, że posiadają słabą lub dostateczną sytuację finansową/materialną, jednocześnie posiadały niską jakość życia w domenie psychologicznej i w domenie związanej z funkcjonowaniem w relacjach społecznych i środowisku. W ostatnich latach sytuacja pielęgniarek na rynku pracy uległa zmianie. Badania prowadzone wśród polskich pielęgniarek pracujących we Włoszech, Norwegii i Wielkiej Brytanii wskazują, że najważniejszymi motywami podjęcia decyzji o migracji, niezależnie od kraju obecnego pobytu, były kwestia materialna oraz lepsze warunki pracy [Babiaczyk i in. 2014, ss. 130–135].

Kolejne zmienne, które w sposób istotny statystycznie miały wpływ na jakość życia pielęgniarek anestezjologicznych, to praca w systemie zmianowym ($p=0,01$) i wykształcenie badanych ($p=0,05$). W systemie zmianowym, pełnione dyżury nocne oraz w dni wolne od pracy i świąteczne, powodują występowanie różnic w percepcji tych samych sytuacji stresujących w zależności od pory dnia lub nocy. Wiele trudnych sytuacji w pracy zawodowej powstaje w wyniku konfliktów międzyludzkich, braku umiejętności otwartego komunikowania się i współpracy w zespole oraz nieznamomości oczekiwań członków zespołu [Gawel 2003, ss. 77–82, Perek i in. 2007, ss. 223–228]. Większość badanych – 80% ($n=78$) pielęgniarek/pielęgniarzy pracowało w systemie zmianowym.

Podsumowując wyniki badań zawartych w opracowaniu, należy stwierdzić, że wskazują one w sposób jednoznaczny na złożone, wieloczynnikowe uwarunkowania jakości życia pielęgniarek anestezjologicznych w domenie somatycznej, psychologicznej i funkcjonowania w relacjach społecznych i środowisku. Nie odnotowano wpływu omawianych czynników socjodemograficznych na jakość życia w sferze socjalnej badanych.

Wnioski

1. Wiek determinował jakość życia pielęgniarek w domenie somatycznej, psychologicznej i środowisku. Pielęgniarki powyżej 50 roku życia wskazały na niższą jakość życia niż pielęgniarki w młodszym wieku.
2. Sytuacja finansowa/materialna pielęgniarek miała wpływ na jakość życia w domenie psychologicznej i związanej z funkcjonowaniem w relacjach społecznych i środowisku. Osoby oceniające własną sytuację materialną jako dobrą i bardzo dobrą wskazały na lepszą jakość życia niż osoby, które kwestie finansowe/materialne posiadały na niskim poziomie.
3. Wykształcenie pielęgniarek różnicowało ich jakość życia w domenie związanej z
 - funkcjonowaniem w relacjach społecznych i środowisku. Osoby z wykształceniem
 - policealnym/pomaturalnym miały statystycznie istotnie ($p=0,00$) niższy poziom
 - średniej domeny środowisko niż osoby z wykształceniem wyższym drugiego stopnia.
4. Pielęgniarki pracujące w systemie jednozmianowym wykazały wyższą jakość życia w obszarze domeny związanej z funkcjonowaniem w relacjach społecznych i środowisku niż osoby pracujące w systemie zmianowym.

Bibliografia

- Babiaczyk B., Swół J., Schlegel-Zawadzka M. (2014), *Analiza sytuacji polskich pielęgniarek pracujących za granicą*, „Problemy Pielęgniarstwa”, t. 22, nr 2.
- Calman R.C. (1984), Quality of life in cancer patients – an hypothesis, “Journal of Medical Ethics”, t. 10, z.3.
- Fengler J.(2000), *Pomaganie mężczyznom. Wypalenie w pracy zawodowej*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Gawel G. (2003), *Obciążenie pracą pielęgniarek pracujących w systemie zmianowym 12-godzinny*, w: *Pielęgniarstwo XXI wieku*, t. 3.
- Herman Z. (1996), *Jakość życia z punktu widzenia medycznego*, Śląskie Studia Historyczno-Teologiczne, Katowice, t. 29.
- Humpel N., Caputi P.(2001), *Exploring the relationship between work stress, years of experience and emotional competency using a sample of Australian mental health nurses*, “Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing”, t. 8.

- Jan Paweł II (1995), *Encyklika - Evangelium vitae*. Roma 1995, przedruk: Drukarnia Archidiecezjalna, Katowice
- Moller C.(1990), *Quality thought people - Proceedings of 34th Annual EOQ Conference*, Dublin.
- Lu H., While A.E., Barriball K.L. *Job satisfaction among nurses: a literature review*, "International Journal of Nursing Studies", t. 42.
- Ogińska-Bulik N. (2006), *Stres zawodowy w zawodach usług społecznych. Źródła – konsekwencje – zapobieganie*, Wyd. Difin, Warszawa.
- Perek M., Kózka M., Twarduś K. (2007), *Trudne sytuacje w pracy pielęgniarek pediatrycznych i sposoby radzenia sobie z nimi*, „Problemy pielęgniarstwa”, t. 15, nr 4.
- Sęk H.(200), *Wypalenie zawodowe u nauczycieli. Uwarunkowania i możliwości zapobiegania*, w: Sęk (red.), *Wypalenie zawodowe. Przyczyny. Mechanizmy. Zapobieganie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Sierakowska M., Krajewska-Kulak E.(2004), *Jakość życia w chorobach przewlekłych – nowe spojrzenie na pacjenta i problemy zdrowotne w aspekcie subiektywnej oceny*, „Pielęgniarstwo XXI wieku”, t. 2, nr 7.
- Tobiasz-Adamczyk B. (1998), *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Tzeng H.M. (2002), *The influence of nurses' working motivation and job satisfaction on intention to quit: an empirical investigation in Taiwan*, "International Journal of Nursing Studies", t. 39
- WHOQOL Group (1995), *The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization*, *Social Science & Medicine*, t. 41, nr 10.
- Zarzeczna-Baran M., Pęgiel-Kamrat J., Wojdak-Haasa E.(2002), *Wybór zawodu a satysfakcja z pracy wśród studentów pielęgniarstwa*, Akademia Medyczna w Gdańsku. *Wiadomości Lekarskie*, 55 Supl. t. 1, nr 1.

Ewa Kupcewicz

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Wartościowanie zdrowia w opinii studiujących pielęgniarek

Health evaluation in the view of studying nurses

Abstract

Introduction: The concept of health has a long history; it dates back to ancient times and the interest in health issues has been increasing over the centuries. In the light of the previous studies, it can be said that health is a multidimensional phenomenon, which comprises inter-dependent physical, psychical (mental and emotional), and social aspects.

The aim of the study was an evaluation of health in the view of studying nurses.

Material and methods: The study involved 162 part-time second degree students majoring in nursing. In order to perform the study, our own questionnaire was used together with the List of Health Criteria by Z. Juczyński.

Study results: The results of own research show that for part-time second degree students majoring in nursing *“being healthy”* means first of all: having no physical ailments, feeling happy, being physically fit, taking care of rest and sleep, and self-acceptance. A statistical analysis showed significant differences in the value of the statement *“To feel good”* ($p=0.02$), which had the highest mean importance in the group of young people at the age of 21-30, while the lowest in the age group 41-50. People living in the country mostly valued health understood as a process the respondents have a direct influence on.

Conclusion: The statement *“to be healthy”* has different meanings for the respondents, which depend, among others, on their age, place of residence, and the adopted system of values defining life goals.

Key words: determinants of health, evaluations, nurses.

Wstęp

Pojęcie zdrowia ma długą historię i można się o tym przekonać sięgając w głąb dziejów i rozwoju myśli ludzkiej. Na przestrzeni wieków wzrastało zainteresowanie problematyką zdrowia. Jednym z pierwszych, który uporządkował całokształt poglądów na zdrowie, był Hipokrates, uznany

za ojca medycyny. W myśl jego poglądów dobre samopoczucie odbierane jest jako zdrowie, złe natomiast jako choroba. Hipokrates wskazał na nierozzerwalne związki człowieka z otoczeniem. Uznał, że zewnętrzna równowaga między człowiekiem a środowiskiem pozwala na utrzymanie równowagi wewnętrznej [Kulik 2002, s. 16].

Platon (437–347 p.n.e.) uważał, że zdrowie to między innymi funkcja doskonalenia stylu życia oraz kulturowej relatywizacji diety. Dostrzegł już w swych rozważaniach, że wpływ na zdrowie ma sam człowiek i jego świadomość [Szopa 2014]. W średniowieczu za zdrowie uważano nie tylko brak przypadłości chorobowych, ale także zdolność do ich znoszenia i przetrwania mimo nich.

Przełomem były poglądy Paracelsusa (1493–1541), lekarza i filozofa niemieckiego, który był twórcą uniwersalnej doktryny makro- i mikro-kosmosu. Twierdził, że zdrowie nie jest dane nam przez naturę, lecz zależy od nas samych i musi być zdobywane odpowiednim postępowaniem i sposobem życia [Rasińska 2010, ss. 8–12].

W określaniu zdrowia znaczącą rolę odegrała definicja WHO, z której wynika, że zdrowie jest kategorią pozytywną i oznacza dobre samopoczucie (dobrostan) i ma wymiar: fizyczny, psychiczny, społeczny a także od pewnego czasu wymiar duchowy [Nowicki, Ślusarska 2011, ss. 280–285]. Jak podaje literatura [Wojnarowska 2000, ss. 126–264, Wojnarowska 2007, ss. 17–75, Maszczak 2005, ss. 73–81] we współczesnym podejściu do zdrowia przyjmuje się tzw. *konceptę holistyczną*, która traktuje zdrowie człowieka jako „całość”, uwzględniając wszystkie cztery wymiary zdrowia wzajemnie ze sobą powiązane, które w uproszczeniu można opisać w następujący sposób:

1. wymiar fizyczny (zdrowie somatyczne) – obejmuje prawidłowe funkcjonowanie organizmu, wszystkich jego układów i narządów;
2. wymiar psychiczny – bardzo trudny do zdefiniowania, można wyróżnić zdrowie:
 - umysłowe – związane z procesami logicznego myślenia,
 - emocjonalne – wyrażające zdolność do przeżywania uczuć i emocji w odpowiedni sposób, umiejętność radzenia sobie ze stresem, napięciami i lękiem;
3. wymiar społeczny – zdolność do wchodzenia i utrzymywania prawidłowych relacji z innymi ludźmi oraz pełnienia ról społecznych;
4. wymiar duchowy – u niektórych ludzi związany z wiarą i praktykami religijnymi, u innych z ich osobistym „credo”, zasadami, zachowaniami i sposobami utrzymania wewnętrznego spokoju.

Istotnym elementem podejścia holistycznego do zdrowia jest orientacja salutogenetyczna Aarona Antonovsky'ego, która koncentruje się na zachowaniach jednostki, w konkretnym kontekście środowiskowym, poszukując w nich źródeł zdrowia [Formański 2004, s. 51]. Z punktu widzenia Aarona Antonovsky'ego poziom zdrowia zależy od współdziałania ze sobą czynników tj: uogólnionych zasobów odpornościowych, rodzaju i poziomu stresorów, poczucia koherencji, zachowania i stylu życia.

Współczesne koncepcje ujmują zdrowie jako właściwość, proces, cel, stan i wynik. Zdrowie w kategorii właściwość traktowane jest jako zdolność człowieka do osiągania pełni własnych możliwości fizycznych, psychicznych i społecznych oraz reagowania na wyzwania środowiska [Słońska 1994, ss. 37–52, Juczyński 2009, s. 12]. Zdrowie ujęte jako proces *to wykorzystywanie potencjałów biologicznych, psychologicznych i społecznych do sprostaania zewnętrznym i wewnętrznym wymaganiom oraz osiągania celów indywidualnych i społecznych bez chronicznego zaburzenia dynamicznej równowagi* [Sęk 1997, s. 51]. Zdrowie postrzegane w kategorii celu i stanu to przede wszystkim zagadnienia związane z dobrym samopoczuciem, akceptacją siebie takim, jakim się jest, bycie odpowiedzialnym i w konsekwencji dożycie późnej starości. Każdy człowiek może posiadać własną definicję zdrowia (podejście laickie), która może obejmować zakres funkcjonowania fizycznego, psychicznego, w środowisku i w relacjach społecznych. Ale zrozumienie istoty i wartości zdrowia oraz umieszczenie go w odpowiednim miejscu hierarchii wartości odgrywa ogromną rolę w życiu człowieka. Jest podstawą kształtowania postaw wobec potrzeb zdrowotnych i świadczy o wkładzie jednostki w zwiększenie lub zatrzymanie wysokiego potencjału cech psychofizycznych niezbędnych w życiu [Majchrowska 2000, s. 123].

Materiał i metoda

Celem pracy była ocena wartości zdrowia w opinii studiujących pielęgniarek.

Badanie zostało przeprowadzone za pomocą kwestionariusza własnej konstrukcji zawierającego pytania o podstawowe dane socjodemograficzne (tj: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, staż pracy oraz liczbę dzieci). Do poznania opinii na temat pozytywnych elementów trzech wymiarów zdrowia: fizycznego, psychicznego i społecznego wykorzystano Listę Kryteriów Zdrowia – LKZ wg Z. Juczyńskiego [2009, ss. 117–121]. LKZ zawiera 24 stwierdzenia, które należą do jednej z 5 kategorii, które opisują

zdrowie jako stan, proces, cel, właściwość i wynik. Ankietowany najpierw wybierał te kryteria, które mają dla niego duże znaczenie w ocenie zdrowia. Następnie uszeregował wybrane kryteria od najbardziej ważnego, któremu przypisał 5 punktów, do najmniej ważnego, ocenianego 1 punktem. Punkty przypisane kryteriom stanowiły podstawę do interpretacji wyników. Kryteriom, które nie zostały wybrane przez ankietowanych przypisywana była wartość 0. Analizowano wartość średnią danego kryterium w danej grupie. Jako rezultat otrzymano uporządkowane rangi 24 kryteriów, które charakteryzowały badaną grupę.

Analizę statystyczną przeprowadzono z użyciem pakietu IBM SPSS w wersji 21. Parametry mierzalne analizowano przy pomocy wartości średniej i odchylenia standardowego, a niemierzalne przy pomocy liczności i odsetka. Zastosowano analizę jednoczynnikową ANOVA. Średnie wagi poszczególnych stwierdzeń i rangi średnich wag przedstawiono w tabelach i na wykresach.

Charakterystyka badanej grupy

Badanie przeprowadzono w pierwszym kwartale 2013 roku w grupie 162 czynnych zawodowo pielęgniarek/pielęgniarzy, którzy podczas przeprowadzania ankiety byli w trakcie odbywania studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo. 45,1% osób ($n=73$) objętych badaniem to studenci Wydziału Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, 26,5% ($n=43$) studiowało na Wydziale Nauk o Zdrowiu Elbląskiej Uczelni Humanistyczno-Ekonomiczej, pozostałe 28,4% to studenci Wydziału Nauk o Zdrowiu z Oddziałem Pielęgniarstwa Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Większość ankietowanych stanowiły kobiety (96,9%; $n=157$). Średni wiek badanych wynosił 41,51 lat (przy $SD=8,26$). Osoba najmłodsza miała 23, a najstarsza 57 lat. Najbardziej liczną grupę stanowiły osoby w przedziale wiekowym 41–50 lat (48,1%; $n=78$) i 31–40 lat 22,2% ($n=36$). Najstarsza grupa respondentów w wieku 51–60 lat to zaledwie 9,9%; $n=16$ badanych. Osiem osób nie podało w ankiecie swojego wieku. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby mieszkające w miastach, które miały powyżej 100 tysięcy mieszkańców (42,0%; $n=68$). Mieszkańcy wsi stanowili 17,9% ($n=29$) badanych. Ok. 1/3 ankietowanych podała, że jest bezdzietna. Osoby posiadające 1 dziecko to 26,5% ($n=43$) respondentów. Wysoki odsetek ankietowanych tj. 40,7% ($n=66$) wskazało, że posiada dwójkę dzieci, pozostałe 6,8% ($n=11$) posiadało co najmniej troje dzieci.

Wartościowanie zdrowia w opinii badanych

Zastosowany kwestionariusz w badaniu sondażowym posłużył do poznania opinii studentów kierunku pielęgniarstwo na temat określenia *być zdrowym*, ponieważ ma ono różne znaczenie dla ludzi. W interpretacji wyników uwzględniono nie tylko wagę kryteriów zdrowia, lecz również ich właściwości definicyjne, które opisują zdrowie jako stan, wynik, właściwość, cel lub proces. Lista Kryteriów Zdrowia nawiązuje do holistycznego ujęcia zdrowia, ponieważ stwierdzenia zawarte w LKZ odzwierciedlają różne aspekty zdrowia. W niniejszej pracy przedstawiono wybrane zagadnienia dotyczące zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem wpływu czynników tj. wiek, miejsce zamieszkania, posiadanie dzieci na sposób postrzegania/wartościowania własnego zdrowia.

Z analizy zebranego materiału wynika, że najważniejszym kryterium zdrowia dla ankietowanych jest kryterium opisujące zdrowie jako właściwość *nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych*. Być zdrowym to według respondentów także: *czuć się szczęśliwym* (kryterium: stan), *mieć sprawne wszystkie części ciała* (kryterium: właściwość), *dbać o wypoczynek, sen* (kryterium: wynik), *akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki* (kryterium: cel), *umieć cieszyć się z życia* (kryterium: stan). Najmniej istotne w opinii badanych kryteria opisujące zdrowie jako właściwość (ranga 21–23) dotyczyły zagadnień związanych z korzystaniem z *wizyt u lekarza i przyjmowaniem leków* oraz *ze stanem zdrowia oczu, włosów i cery*. Ostatnią pozycję w uszeregowaniu średnich i rang wskazano na kryterium związane z *picie niewielkich ilości alkoholu lub wcale* (tab. 2).

Tabela 1. Uszeregowanie stwierdzeń z LKZ według średnich/wag i rang

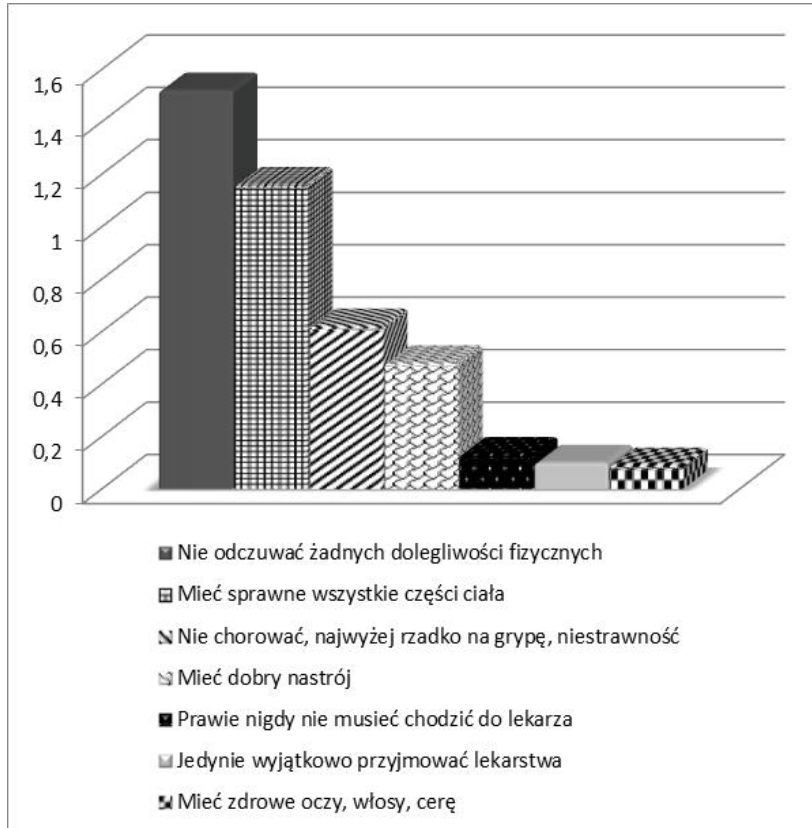
Ranga	Numer stwierdzenia	Treść stwierdzenia	Średnia/waga	Odchylenie standardowe	Definicja zdrowia
1.	12	Nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych	1,52	1,96	Właściwość
2.	2	Czuć się szczęśliwym przez większość czasu	1,26	1,91	Stan
3.	20	Mieć sprawne wszystkie części ciała	1,16	1,89	Właściwość
4.	6	Dbać o wypoczynek, sen	0,97	1,57	Wynik
5.	21	Akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki	0,94	1,67	Cel
6.	17	Umieć cieszyć się z życia	0,93	1,60	Stan

7.	5	Należyć się odżywiać	0,86	1,56	Wynik
8.	4	Umieć rozwiązywać swoje problemy	0,78	1,39	Proces
9.	16	Umieć przystosować się do zmian w życiu	0,78	1,41	Proces
10.	23	Czuć się dobrze	0,76	1,54	Stan
11.	9	Mieć odpowiednią wagę ciała	0,71	1,39	Wynik
12.	3	Potrafić dobrze współżyć z ludźmi	0,66	1,39	Proces
13.	13	Potrafić pracować bez napięcia i stresu	0,64	1,32	Proces
14.	14	Nie chorować, najwyżej rzadko na grype, niestrawność	0,62	1,37	Właściwość
15.	22	Mieć pracę, różnorodne zainteresowania	0,49	1,27	Wynik
16.	11	Mieć dobry nastrój	0,48	1,16	Właściwość
17.	1	Dożyć późnej starości	0,35	1,08	Cel
18.	8	Nie palić tytoniu	0,34	1,00	Wynik
19.	18	Być odpowiedzialnym	0,23	0,87	Cel
20.	19	Potrafić panować nad swoimi uczuciami i popędami	0,14	0,62	Proces
21.	24	Prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza	0,13	0,59	Właściwość
22.	10	Jedynie wyjątkowo przyjmować lekarstwa	0,10	0,42	Właściwość
23.	15	Mieć zdrowe oczy, włosy, cerę	0,09	0,42	Właściwość
24.	7	Pić niewielkie ilości alkoholu lub wcale	0,03	0,21	Wynik

Źródło: opracowanie własne.

Kolejnym krokiem było uszeregowanie według średnich/wag siedem stwierdzeń wchodzących w skład definicji zdrowia jako właściwość. W tej kategorii badani uznali za najważniejsze *nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych, mieć sprawne wszystkie części ciała, nie chorować, najwyżej rzadko na grype, niestrawność, mieć dobry nastrój* (wykres 1).

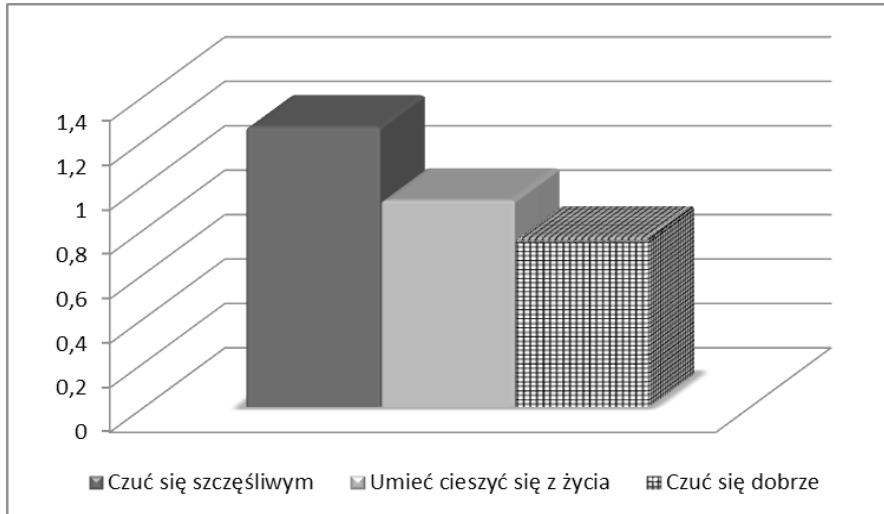
Wykres 1. Ocena zdrowia w kategorii definicji „właściwość” – uszeregowane stwierdzenia z LKZ wg średnich wag/rang N=162



Źródło: opracowanie własne.

W kategorii zdrowie jako „stan” respondenci najwyżej sklasyfikowali stwierdzenie: *czuć się szczęśliwym przez większość czasu*, następnie *umieć cieszyć się z życia i czuć się dobrze*.

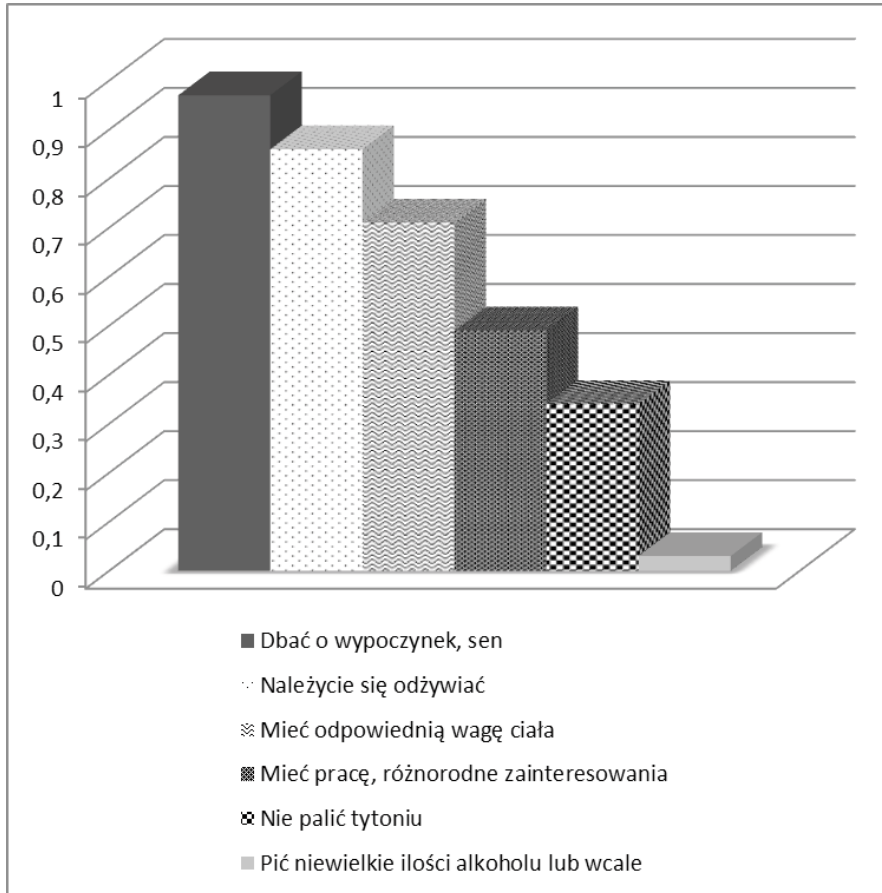
Wykres 2. Ocena zdrowia w kategorii definicji „stan”- uszeregowane stwierdzenia z LKZ średnich wag/rang N=162



Źródło: opracowanie własne.

W kategorii definicji zdrowia jako „wynik” znalazło się sześć stwierdzeń, które odzwierciedlają różne aspekty zdrowia. Badani wskazali jako najważniejsze *dbałość o wypoczynek i sen* oraz *nałężyte odżywianie się*. Na trzeciej pozycji znalazło się kryterium traktowane jako świadectwo aktualnego stanu zdrowia i dotyczyło utrzymywania *odpowiedniej wagi ciała*. Niższą wagę przypisano kryterium *mieć pracę, różnorodne zainteresowania*. Dwie ostatnie pozycje dotyczyły zachowań prozdrowotnych związanych z unikaniem palenia tytoniu i picia alkoholu.

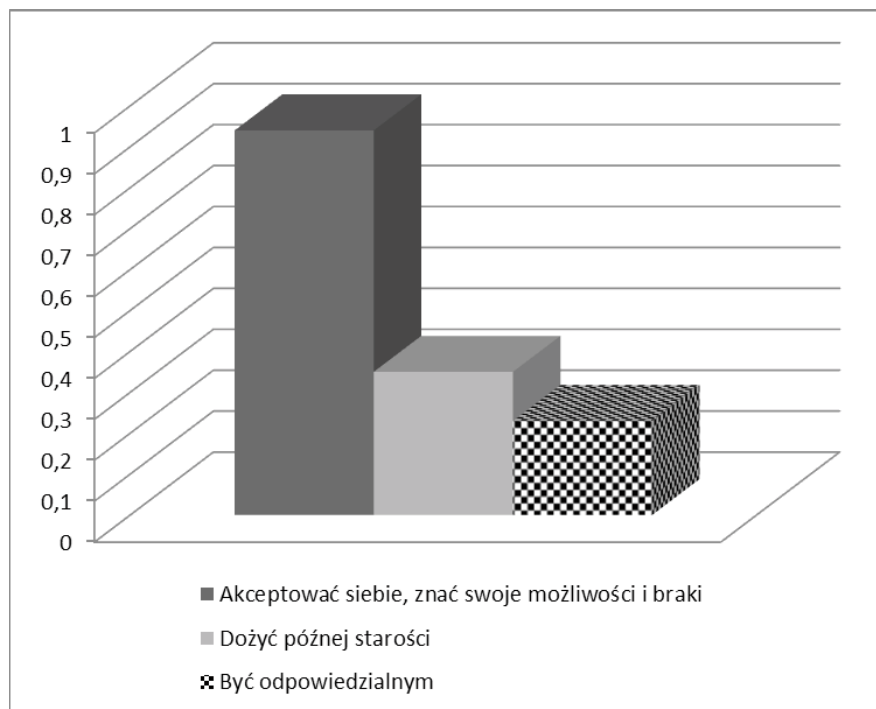
Wykres 3. Ocena zdrowia w kategorii definicji „wynik”- uszeregowane stwierdzenia z LKZ wg średnich wag/rang N=162



Źródło: opracowanie własne.

Charakteryzując zdrowie jako „cel” badani wskazali stwierdzenia w następującej kolejności: *akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki*, następnie *dożyć późnej starości i być odpowiedzialnym*.

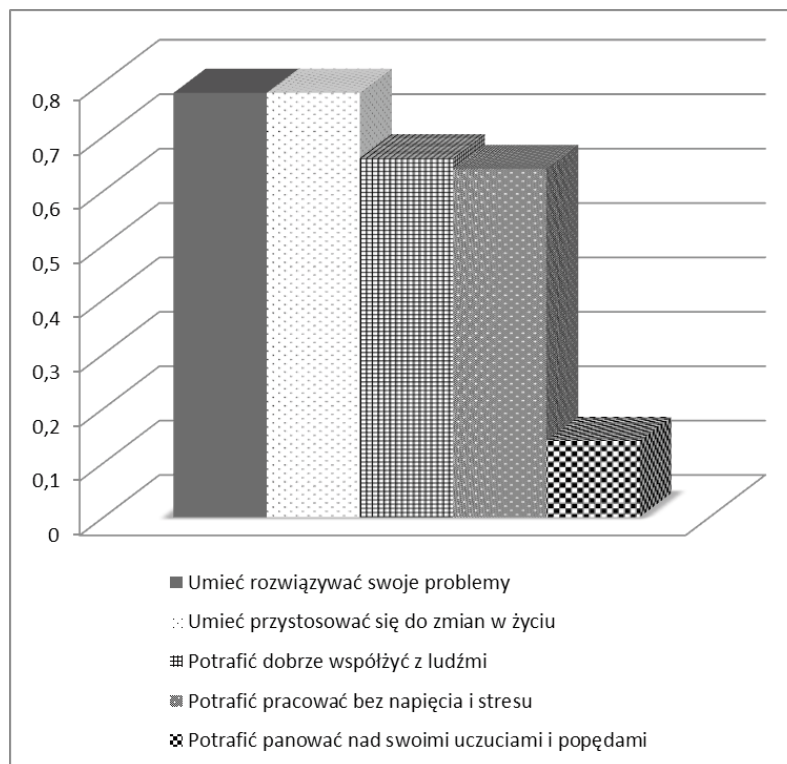
Wykres 4. Ocena zdrowia w kategorii definicji „cel”- uszeregowane stwierdzenia z LKZ wg średnich wag/rang N=162



Źródło: opracowanie własne.

Preferowane kryteria zdrowia w grupie badanej ujmowane jako „proces”, dotyczyły *umiejętności rozwiązywania swoich problemów i przystosowania się do zmian w życiu*. W dalszej kolejności badani uznali, że istotne jest budowanie prawidłowych relacji społecznych, unikanie negatywnych emocji i stresu oraz panowanie nad swoimi uczuciami i popędami.

Wykres 5. Ocena zdrowia w kategorii definicji „proces”- uszeregowane stwierdzenia z LKZ wg średnich wag/rang N=162



Źródło: opracowanie własne.

W dalszej części poddano analizie stwierdzenia znajdujące się w pierwszej dziesiątce na liście kryteriów uporządkowanych według średnich/wag i rang z uwzględnieniem klas wiekowych. Analiza statystyczna wykazała istotne różnice w wartości stwierdzenia *Czuć się dobrze* ($p=0,020$), które miało najwyższą średnią/wagę w grupie najmłodszych respondentów 21–30 lat, zaś najniższą w wieku 41–50 lat. Szczegółowe dane zamieszczono w tabeli 3.

Tabela 2. Średnie/wagi 10 najważniejszych stwierdzeń dotyczących zdrowia w badanej grupie w zależności od klas wiekowych

Numer stwierdzenia	Najważniejsze stwierdzenia	Wiek (w klasach)				F	P
		21-30	31-40	41-50	51-60		
12	Nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych	1,63	1,49	1,75	0,75	1,183	0,318
2	Czuć się szczęśliwym przez większość czasu	1,50	1,26	1,12	2,00	1,014	0,388
20	Mieć sprawne wszystkie części ciała	1,08	1,20	1,26	0,88	0,201	0,896
6	Dbać o wypoczek, sen	0,83	1,17	0,91	0,63	0,536	0,658
21	Akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki	1,04	0,91	0,77	1,50	0,924	0,431
17	Umieć cieszyć się z życia	1,25	0,69	0,97	0,56	0,895	0,445
5	Należycie się odżywiać	1,04	0,69	0,99	0,25	1,293	0,279
4	Umieć rozwiązywać swoje problemy	0,54	0,69	0,90	0,88	0,467	0,706
16	Umieć przystosować się do zmian w życiu	0,50	0,54	0,84	1,38	1,692	0,171
23	Czuć się dobrze	1,33	1,23	0,44	0,63	3,381	0,020*

Źródło: opracowanie własne.

W tabeli 3. zamieszczono dane dotyczące 10 najważniejszych stwierdzeń dotyczących zdrowia ze wskazaniem miejsca zamieszkania. W wyniku dokonanej analizy statystycznej stwierdzono istotne różnice w ważności twierdzenia *umieć rozwiązywać swoje problemy* ($p=0,018$) pomiędzy ankietowanymi, gdzie największa waga (1,45) była w grupie mieszkańców miast do 10 tysięcy mieszkańców, a najniższa (0,36) wśród mieszkańców miast o liczbie ludności od 51 do 100 tysięcy. Analizując wagi pozostałych stwierdzeń dla zmiennej miejsce zamieszkania nie wykazano istotnych różnic pomiędzy grupami ankietowanych ($p>0,05$).

Tabela 3. Średnie/wagi stwierdzeń dotyczących zdrowia w badanej grupie w zależności od miejsca zamieszkania

Numer stwierdzenia	Najważniejsze stwierdzenia	Miejsce zamieszkania					F	P
		Wieś	Miasto					
			do 10 tys. m	11–50 tys. m.	51–100 tys. m.	101 tys. i powyżej		
12	Nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych	0,76	1,82	1,80	1,89	1,54	1,559	0,188
2	Czuć się szczęśliwym przez większość czasu	0,79	1,18	1,04	1,82	1,31	1,146	0,337
20	Mieć sprawne wszystkie części ciała	0,62	1,73	1,76	1,11	1,10	1,513	0,201
6	Dbać o wypoczynek, sen	0,83	0,55	1,28	0,57	1,15	1,176	0,323
21	Akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki	0,97	0,91	0,60	1,07	1,00	0,323	0,863
17	Umieć cieszyć się z życia	0,83	0,82	0,92	0,86	1,01	0,102	0,982
5	Należycie się odżywiać	0,79	0,45	0,68	0,96	0,99	0,417	0,796
4	Umieć rozwiązywać swoje problemy	1,38	1,45	0,76	0,36	0,60	3,066	0,018*
16	Umieć przystosować się do zmian w życiu	0,76	1,27	1,04	0,57	0,69	0,767	0,548
23	Czuć się dobrze	0,93	1,18	1,20	0,71	0,48	1,389	0,240

Źródło: opracowanie własne.

Stwierdzenie z największą średnią/wagą wśród mieszkańców wsi to *umieć rozwiązywać swoje problemy*, natomiast stwierdzenie *nie chorować, najwyżej rzadko na grype, niestrawność* miało rangę 2 w tej grupie ankietowanych, podczas gdy jego ranga to 14, jeżeli weźmiemy pod uwagę wszystkich ankietowanych. Wśród mieszkańców wsi największą wagę przypisano zdrowiu rozumianemu jako proces, na który ankietowany ma bezpośredni wpływ, pozostałe grupy wybrały najczęściej zdrowie określone jako właściwość, co może charakteryzować instrumentalne podejście do zdrowia.

Dalsza analiza statystyczna wykazała istotne różnice w wartości twierdzenia *czuć się dobrze* pośród ankietowanych podzielonych ze względu na

liczbę posiadanych dzieci ($p=0,007$). Największą wagę miała wśród badanych nieposiadających dzieci, a najmniejszą wśród osób mających jedno dziecko. Nie wykazano istotnych różnic statystycznych dotyczących średnich/wag pozostałych stwierdzeń ($p>0,05$).

Tabela 4. Średnie/wagi stwierdzeń dotyczących zdrowia w badanej grupie w zależności od posiadanej liczby dzieci

Numer stwierdzenia	Najważniejsze stwierdzenia	Liczba dzieci				F	P
		nie posiada	1 dziecko	2 dzieci	3 i więcej		
12	Nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych	1,85	1,12	1,45	2,27	1,565	0,200
2	Czuć się szczęśliwym przez większość czasu	1,13	1,63	1,24	0,36	1,423	0,238
20	Mieć sprawne wszystkie części ciała	1,50	0,84	1,14	1,36	0,897	0,444
6	Dbać o wypoczynek, sen	0,95	1,00	0,94	1,09	0,037	0,991
21	Akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki	1,23	0,70	0,97	0,64	0,819	0,485
17	Umieć cieszyć się z życia	0,80	1,12	0,92	0,64	0,401	0,753
5	Należycie się odżywiać	0,63	0,77	1,05	1,00	0,693	0,558
4	Umieć rozwiązywać swoje problemy	0,68	0,65	0,76	1,82	2,289	0,081
16	Umieć przystosować się do zmian w życiu	0,60	0,81	0,86	0,73	0,302	0,824
23	Czuć się dobrze	1,48	0,40	0,59	0,64	4,208	0,007*

Źródło: opracowanie własne.

Dyskusja

Wyniki badań własnych pozwoliły na uszeregowanie 10 najważniejszych kryteriów zdrowia, które opisują pozytywne elementy różnych wymiarów zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego w opinii badanych. Jak wynika z uzyskanych danych, dla studentów studiów niestacjonarnych drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo *być zdrowym* to przede wszystkim: nie odczuwać dolegliwości fizycznych, czuć się szczęśliwym, być sprawnym fizycznie, troszczyć się o wypoczynek i sen

oraz akceptować siebie. Zbliżone wyniki uzyskano w badaniach prowadzonych przez Lewko, Łubińską i in. [2006, ss. 127–131] w grupie pielęgniarek studiujących, które na pierwszym miejscu wskazały, że dla nich istotne jest nieodczuwanie dolegliwości fizycznych oraz bycie szczęśliwym i radosnym. Z kolei w badaniach prowadzonych przez Zdziebło, Michalską i in. [2009, ss. 27–32], wśród pielęgniarek studiujących na studiach pierwszego stopnia tzw. pomostowych, najważniejszym kryterium w ocenie zdrowia było poczucie szczęśliwości, a w drugiej kolejności brak dolegliwości fizycznych. Wyniki własnych badań dowodzą, że w kategorii stwierdzeń wchodzących w skład definicji zdrowia jako „właściwość” badani uznali za najważniejsze *nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych* ($1,52 \pm 1,96$) i *mieć sprawne wszystkie części ciała, nie chorować...* ($1,16 \pm 1,89$). W interpretacji stwierdzeń wchodzących w skład definicji zdrowia jako „stan” respondenci najwyżej sklasyfikowali stwierdzenie: *czuć się szczęśliwym przez większość czasu* ($1,26 \pm 1,91$), które w ogólnym rankingu znalazło się na drugiej pozycji. Charakteryzując zdrowie jako „cel” badani wskazali w pierwszej kolejności na stwierdzenie *akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki* ($0,94 \pm 1,67$). Preferowane kryterium zdrowia w grupie badanej ujmowane jako „proces”, dotyczyło *umiejętności rozwiązywania swoich problemów* ($0,78 \pm 1,39$). W kategorii definicji zdrowia jako „wynik” badani wskazali jako najważniejsze *dbałość o wypoczynek i sen* ($0,97 \pm 1,57$).

Określenie „być zdrowym” posiada dla badanych różne znaczenie. Wynika to z wielorakich uwarunkowań zdrowia i zależy m.in. od wieku badanych, miejsca zamieszkania, stanu rodzinnego i przyjętego systemu wartości wyznaczającego cele życiowe. W badaniach własnych analiza statystyczna wykazała istotne różnice w wartości stwierdzenia *Czuć się dobrze* ($p=0,020$), które miało najwyższą średnią/wagę w grupie młodych respondentów w przedziale wiekowym 21–30 lat, zaś najniższą w wieku 41–50 lat. Badania o podobnej tematyce prowadzone były w 2008 r. w Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy w Lublinie wśród 150 osób pracujących w wieku od 22 do 62 lat. Okazało się, że dla respondentów powyżej 50 roku życia zdrowie to przede wszystkim cel określony jako dożycie późnej starości ($p=0,002$) oraz właściwość w zakresie cieszenia się sprawnością wszystkich części ciała ($p=0,008$), w porównaniu z osobami w wieku 20–30 lat [Nowicki, Ślusarska 2011, ss. 280–285].

Jak wynika z przeglądu literatury w badaniach prowadzonych w grupie studentów psychologii i nauczycieli (przedszkola i pierwszych klas szkół podstawowych), elementem różnicującym obydwie grupy był m.in. ro-

dziej studiów oraz wiek. Dla studentów psychologii *być zdrowym* to przede wszystkim znaczy umieć się cieszyć z życia, czuć się szczęśliwym. W ocenie nauczycieli ważniejsze są kryteria związane z brakiem dolegliwości fizycznych, należyтым odżywianiem się, troską o wypoczynek i sen [Juczyński 2009, ss. 117–121].

Na podstawie wyników własnych badań ustalono, że miejsce zamieszkania determinuje wybór najważniejszych stwierdzeń dotyczących zdrowia. W wyniku dokonanej analizy statystycznej stwierdzono istotne różnice w ważności twierdzenia *umieć rozwiązywać swoje problemy* ($p=0,018$) pomiędzy ankietowanymi, gdzie największa waga (1,45) była w grupie mieszkańców miast bardzo małych (do 10 tysięcy mieszkańców), a najniższa (0,36) wśród mieszkańców miast o liczbie ludności od 51 do 100 tysięcy. Wśród mieszkańców wsi największą wagę przypisano zdrowiu rozumianemu jako proces, na który ankietowani mają bezpośredni wpływ.

Podsumowując można powiedzieć, że pojęcie zdrowia jest bardzo złożone, obejmuje zasoby osobiste i społeczne, nie jest pojęciem stałym, a różnice w wartościowaniu pojęcia zdrowia są zależne m.in. od czynników wpływających na organizm człowieka w środowisku przyrodniczym i społecznym oraz od zdolności jednostki do przystosowania się do otaczającego ją środowiska.

Wnioski

1. Badani za najważniejsze kryterium zdrowia uznali: nie odczuwać dolegliwości fizycznych, czuć się szczęśliwym, być sprawnym fizycznie, troszczyć się o wypoczynek i sen oraz akceptować siebie.
2. Miejsce zamieszkania determinuje wybór kryterium wartościowania zdrowia, wśród mieszkańców małych miast i wsi największą wagę przypisano zdrowiu rozumianemu jako proces, na który ankietowani mają bezpośredni wpływ.
3. Określenie *być zdrowym* posiada dla pielęgniarek różne znaczenie, a uzyskane wyniki są podstawą do dalszych rozważań naukowych z uwagi na działania praktyczne pielęgniarek w obszarze profilaktyki, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

Bibliografia

- Formański J. (2004), *Psychologia środowiskowa*, PZWL, Warszawa.
- Juczyński Z. (2009), *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa.

- Kulik B.T. (2002), *Koncepcja zdrowia w medycynie* [w:] T.B. Kulik, M. Latański (red.), *Zdrowie publiczne*, Czelej, Lublin.
- Lewko J., Łubińska M., Sierakowska M.H., Krajewska-Kulak E., Doroszkiewicz H. (2006), *Definiowanie pojęcia zdrowie przez pielęgniarki*, „Problemy Pielęgniarstwa”, 1–2.
- Majchrowska A. (2000), *Zdrowie jako wartość* [w:] I. Taranowicz, A. Majchrowska, Z. Kawczyńska- Butrym (red.), *Elementy socjologii dla pielęgniarek*, Czelej, Lublin.
- Maszczał T. (2005), *Zdrowie jako wartość uniwersalna*, Roczniki Naukowe AWF, Poznań.
- Nowicki G., Ślusarska B. (2011), *Determinanty społeczno-demograficzne wartościowania zdrowia wśród pracujących osób dorosłych*, *Hygeia Public Health*, Poznań, 46(2).
- Rasińska R. (2010), *Analiza wybranych wyznaczników kształtowania postaw prozdrowotnych młodzieży akademickiej*, praca doktorska Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego, Poznań, ss. 8–12, www.wbc.poznan.pl/Content/169184/index.pdf – data dostępu 31.07.2014.
- Sęk H. (1997), *Psychologia wobec promocji zdrowia* [w:] I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Szopa A. (2014), *Promocja zdrowia i zdrowego stylu życia powinna zacząć się już w przedszkolu*, www.omep.org.pl/teoria/93 – data dostępu 31.07.2014.
- Wojnarowska B. (red.) (2000), *Zdrowie i szkoła*, PZWL, Warszawa.
- Wojnarowska B. (2007), *Edukacja zdrowotna*, PZWL, Warszawa.
- Zdziebło K., Michalska M., Krawczyńska J., Czerwiak G. (2009), *Pojęcie zdrowia w opinii pielęgniarek studiujących na studiach licencjackich – pomostowych*, „Studia Medyczne”, t.14.



Ewa Franke

Ewa Kupcewicz

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Akceptacja i przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej

Acceptance and mental adaptation to cancer

Abstract

Purpose of the paper. Assessment of preferred strategies for dealing with cancer is useful at every stage of treatment and rehabilitation.

The aim of this study was to know the degree of acceptance and mental adaptation to the style of cancer in patients during cancer therapy.

Material and methods: The study involved 76 patients who were in the process of oncological treatment. The study used Acceptance of Illness Scale (AIS) and the scale of the Mental Adjustment to Cancer Diseases Mini - Mac.

The results and conclusions of the study: Analysis of the results of own research has shown that women diagnosed with cancer have higher preoccupation with anxiety (2.14), as well as frequently engaged in positive revaluation (4.87) than men. The analysis of the Student t test for independent samples show that people with the support of the family more accepting of disease (2.04) than those without such support, have less preoccupation with anxiety (3.29), as well as smaller sense of helplessness and hopelessness (5.09) than those who do not have the support of loved ones.

Key words: psychological adaptation to cancer, acceptance of illness, cancer.

Wstęp

Choroba nowotworowa swym zasięgiem dotyczy każdej sfery życia. Pacjenci od momentu postawienia niepomyślnej dla nich diagnozy przechodzą kilka etapów choroby, a na każdym z nich napotykają szereg czynników wpływających na jakość ich życia [Derbis, Machnik-Czerwik 2006, ss. 5–14]. Badania nad jakością życia w chorobach przewlekłych są cennym źródłem informacji medycznych i spełniają w medycynie troja-

ką funkcję: ukazują punkt widzenia pacjenta, który może być całkowicie odmienny od prezentowanego przez profesjonalną opiekę medyczną; subiektywne oceny pacjentów są dodatkowym źródłem informacji, mogącym mieć znaczenie przy podejmowaniu decyzji terapeutycznych, szczególnie w sytuacji dylematu związanego z zastosowaniem danej metody leczenia; mogą wskazywać na niezauważane przez lekarzy potrzeby pacjentów, związane z zapewnieniem profesjonalnej opieki medycznej poza środowiskiem szpitalnym [Wnuk, Marcinkowski 2012, ss. 21–26]. Dzięki humanizacji medycyny nastąpił istotny zwrot w podejściu do człowieka chorego. Poszanowanie godności i niezależności jednostki czy dbałość o zapewnienie szczęścia stały się, obok podstawowego leczenia, istotnym celem działań medyków. Dostrzeżono również potrzebę wielokierunkowej analizy zagadnień psychologicznych i socjologicznych, jako niezbędnych do oceny przyczyny choroby, jak również kształtujących przyszłość człowieka przewlekłe chorego [Kosowicz, s. 3]. Choroba nowotworowa i jej długotrwałe leczenie stoi w opozycji do ważnych psychologicznie potrzeb człowieka, jakimi są m.in. poczucie sprawczości, wpływu na swoje życie i w wielu przypadkach silna potrzeba kontroli nad wydarzeniami, które człowieka spotykają. Świadomość możliwości utraty życia, wyobrażenie śmierci w bólu stają się od początku choroby, a nawet jeszcze przed otrzymaniem diagnozy, wyznacznikiem myślenia chorego o swojej chorobie, o jej rozwoju i związanej z tym bliższej i dalszej przyszłości. Ma to również wpływ na rodzaj podejmowanych działań (walki lub ucieczki) i wyzwala wiele negatywnych emocji [Kosowicz, s. 5]. Przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej przejawia się zarówno w procesach poznawczych, emocjonalnych, jak i behawioralnych oraz stanowi integralną część jakości życia pacjenta. Określone postawy i strategie związane z przystosowaniem psychospołecznym do choroby wyrażają różny stopień nasilenia stresu i warunkują różny poziom funkcjonowania pacjenta oraz nasilenia odczuwanych przez niego objawów somatycznych. Ocena wpływu strategii radzenia sobie z chorobą na jakość życia chorego onkologicznie jest istotna ze względu na konieczność ustawicznego wpływania na poprawę jakości życia pacjenta na każdym etapie choroby nowotworowej [Juczyński 1997]. Dlatego badając jakość życia chorych onkologicznie warto skupić się na sferze emocjonalnej, aby ocenić ten aspekt, można posłużyć się gotowymi narzędziami pomiarowymi. W niniejszej pracy podjęto próbę m.in. odpowiedzi na pytanie: *Jakie czynniki socjodemograficzne*

determinują stopień akceptacji choroby i wybór strategii przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej?

Celem pracy była próba poznania wpływu wybranych czynników socjodemograficznych na stopień akceptacji choroby i wybór strategii przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej.

Materiał i metody

Badaniem objęto 76 chorych hospitalizowanych w oddziałach chemioterapii i radioterapii w pierwszym kwartale 2014 roku w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie. Chorzy zostali poinformowani o celu badania, mieli możliwość zadawania pytań i wyrazili świadomą zgodę na udział w badaniu. Do pomiaru zmiennych zastosowano kwestionariusz własnej konstrukcji, zawierający pytania o podstawowe dane demograficzne tj: płeć, wiek, stan cywilny, miejsce zamieszkania, pracę zawodową. Ankietowani udzielali także odpowiedzi na temat wsparcia ze strony rodziny, możliwości realizacji planów życiowych oraz sytuacji materialnej wyrażonej jako pogorszenie się standardu życia. Do badania stopnia akceptacji choroby zastosowano Skalę Akceptacji Choroby (*AIS – Acceptance of Illness Scale*), która umożliwia oszacowanie poziomu akceptacji choroby. Skala zawiera 8 stwierdzeń opisujących negatywne konsekwencje złego stanu zdrowia. Badane osoby w każdym stwierdzeniu określają swój aktualny stan zdrowia, udzielając odpowiedzi na skali Likerta 1–5, gdzie 1 oznacza „zdecydowanie zgadzam się” a 5 „zdecydowanie nie zgadzam się”. Suma wszystkich punktów jest ogólną miarą stopnia akceptacji swojej choroby, a jej zakres mieści się w obszarze od 8 do 40 punktów [Juczyński 2001]. Kolejnym narzędziem badawczym była Skala Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej Mini-MAC (*Mental Adjustment to Cancer Scale*). Zawiera ogółem 29 stwierdzeń i mierzy pięć sposobów radzenia sobie z chorobą. Po 8 stwierdzeń wchodzi w skład dwóch strategii: bezradność – beznadziejność (*helpless – hopeless*) oraz zaabsorbowanie lękowe (*anxious preoccupation*), 5 stwierdzeń do skali unikania poznawczego (*cognitive avoidance*), do dwóch pozostałych, tj. ducha walki (*fighting spirit*) i fatalizmu po cztery stwierdzenia. Kwestionariusz należy do narzędzi samoopisu, badany ocenia za pomocą skali czterostopniowej, w jakim stopniu podane stwierdzenia odnoszą się do niego w chwili obecnej. Do oceny wyników zastosowano analizy staty-

styczne z wykorzystaniem programu statystycznego SPSS for Windows 17.0 oraz przyjęto poziom istotności $p = 0,05$, co oznacza, że wyniki, dla których $p < 0,05$ wskazywały na istotne statystycznie zależności. W pracy wykorzystano następujące testy statystyczne: korelacji rho-Spearmana, korelacji r-Persona, test t-Studenta dla prób niezależnych oraz jednoczynnikową analizę wariancji.

Charakterystyka grupy badanej

W badaniu wzięło udział 76 osób. Badane osoby były w wieku od 36 lat do 78 lat, średni wiek badanych wyniósł 60 lat. Wśród badanych osób większość stanowiły kobiety (67%). Blisko 1/3 badanych (46%) mieszkała w miastach do 100 tys. mieszkańców, 36% – na wsiach, natomiast 18% pochodziło z miast powyżej 100 tys. mieszkańców. Osoby z wykształceniem zawodowym stanowiły większość (41%). Wykształcenie średnie posiadało 28%, wykształcenie podstawowe – 17%, natomiast wyższe – 14% badanych. Większość badanych osób była zamężna lub żonata (61%), a 20% owdowiała, natomiast 13% to rozwiedzeni. Wśród badanych osób 37% w chwili przeprowadzania badania wskazało, że boryka się z chorobą nowotworową do 6 m-cy, 28% od 7 do 12 miesięcy, 17% co najmniej od 6 lat.

Akceptacja choroby a wybór strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową

Choroba nowotworowa jest postrzegana jako najbardziej stresująca spośród wszystkich chorób, co pociąga za sobą konsekwencje poznawcze, emocjonalne i behawioralne. Konsekwencje złego stanu zdrowia prowadzą się do uznania ograniczeń narzuconych przez chorobę nowotworową: braku samowystarczalności, poczucia zależności od innych i obniżonego poczucia własnej wartości. Badania własne miały na celu poznanie stopnia akceptacji choroby i czterech strategii radzenia sobie z chorobą, które na ogół utożsamiane są ze sposobami przystosowania się do choroby nowotworowej. Aby sprawdzić, które z czynników socjodemograficznych tj: płeć, wiek, stan cywilny, miejsce zamieszkania, czas trwania choroby, status społeczno-zawodowy, wsparcie ze strony rodziny, ocena sytuacji finansowej determinują stopień akceptacji choroby i wybór strategii radzenia sobie z chorobą, zastosowano analizy statystyczne. Wyniki analizy wpływu płci wykazały, że kobiety nie różniły się od mężczyzn

pod względem stopnia akceptacji choroby, ale posiadały wyższe zaabsorbowanie lękowe, jak również częściej dokonywały pozytywnego przewartościowania niż mężczyźni (tabela 1).

Tabela 1. Wyniki dla poziomu przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej w podziale na płeć

Skala	Płeć	Średnia	Odchylenie standardowe	Wynik testu t	Poziom istotności
Zaabsorbowanie lękowe	Kobieta	17,88	4,98	2,14	0,036
	Mężczyzna	15,36	4,52		
Duch walki	Kobieta	23,20	2,84	0,81	0,421
	Mężczyzna	22,64	2,75		
Bezradność-beznadziejność	Kobieta	14,59	3,91	1,16	0,248
	Mężczyzna	13,48	3,87		
Pozytywne przewartościowanie	Kobieta	22,82	2,23	4,87	<0,001
	Mężczyzna	20,00	2,65		

Źródło: badania własne.

Kolejną badaną zmienną był wiek osób badanych. Okazało się, że nie wpływa on w sposób istotny na stopień akceptacji choroby (tabela 2) oraz poziom przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej (tabela 3).

Tabela 2. Współczynniki korelacji pomiędzy wiekiem badanych osób a poziomem akceptacji choroby

Skala	Wiek	
	rho-Spearmana	Poziom istotności
Akceptacja choroby	0,06	0,588

Źródło: badania własne.

Tabela 3. Współczynniki korelacji pomiędzy wiekiem badanych osób a poziomem przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej

Skala	Wiek	
	rho-Spearmana	Poziom istotności
Zaabsorbowanie lękowe	-0,16	0,172
Duch walki	0,15	0,206
Bezradność-beznadziejność	0,05	0,691
Pozytywne przewartościowanie	0,08	0,493

Źródło: badania własne.

Następnie sprawdzono, czy osoby o różnym stanie cywilnym różnią się między sobą pod względem akceptacji oraz sposobu walki z chorobą. W tym celu przeprowadzono jednoczynnikową analizę wariancji, która nie wykazała istotnych statystycznie różnic.

W tabeli 4 i 5 przedstawiono wyniki z przeprowadzonych analiz.

Tabela 4. Wyniki dla poziomu akceptacji choroby w podziale na stan cywilny

Skala	Stan cywilny	Średnia	Odchylenie standardowe	Wynik testu F	Poziom istotności
Akceptacja choroby	Panna/kawaler	7,23	4,18	1,21	0,314
	Zamężna/żonaty	7,30	1,08		
	Wdowa/wdowiec	6,67	1,72		
	Rozwiedziony	7,04	2,23		
	Związek partnerski	17,68	12,50		

Źródło: badania własne.

Tabela 5. Wyniki dla poziomu przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej w podziale na stan cywilny

Skala	Stan cywilny	Średnia	Odchylenie standardowe	Wynik testu F	Poziom istotności
Zaabsorbowanie lękowe	Panna/kawaler	3,61	2,08	1,27	0,288
	Zamężna/żonaty	4,72	0,70		
	Wdowa/wdowiec	5,44	1,40		
	Rozwiedziony	3,47	1,10		
	Związek partnerski	12,73	9,00		
Duch walki	Panna/kawaler	0,58	0,33	1,16	0,336
	Zamężna/żonaty	2,62	0,39		
	Wdowa/wdowiec	3,16	0,82		
	Rozwiedziony	3,34	1,06		
	Związek partnerski	2,12	1,50		
Bezradność-beznadziejność	Panna/kawaler	3,00	1,73	1,00	0,413
	Zamężna/żonaty	3,51	0,52		
	Wdowa/wdowiec	4,70	1,21		
	Rozwiedziony	4,25	1,35		
	Związek partnerski	6,36	4,50		

Pozytywne prze-wartościowanie	Panna/kawaler	2,52	1,45	2,29	0,068
	Zamężna/ żonaty	2,53	0,37		
	Wdowa/wdowiec	2,61	0,67		
	Rozwiedziony	3,20	1,01		
	Związek partner-ski	0,00	0,00		

Źródło: badania własne.

Podobne wyniki uzyskano oceniając wpływ czasu trwania choroby. Uzyskane wyniki sugerują brak istotnego wpływu pomiędzy czasem trwania choroby u badanych osób a stopniem akceptacji choroby i poziomem przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej (tabela 6 i 7).

Tabela 6. Współczynniki korelacji pomiędzy czasem trwania choroby u badanych osób a poziomem akceptacji choroby

Skala	Czas trwania choroby	
	rho-Spearmana	Poziom istotności
Akceptacja choroby	-0,02	0,843

Źródło: badania własne.

Tabela 7. Współczynniki korelacji pomiędzy czasem trwania choroby u badanych osób a poziomem przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej

Skala	Czas trwania choroby	
	rho-Spearmana	Poziom istotności
Zaabsorbowanie lękowe	0,04	0,742
Duch walki	-0,13	0,264
Bezradność-beznadziejność	0,02	0,855
Pozytywne przewartościowanie	-0,12	0,305

Źródło: badania własne.

Badania związane z określeniem korelacji pomiędzy wykształceniem a stopniem akceptacji choroby nie wykazały istotnych statystycznie związków. Natomiast ujawniły, że im niższe wykształcenie badanych osób, tym większe ich poczucie bezradności i beznadziejności (tabela 8).

Tabela 8. Współczynniki korelacji pomiędzy wykształceniem badanych osób a poziomem przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej

Skala Mini-Mac	Poziom wykształcenia badanych	
	rho-Spearmana	Poziom istotności
Zaabsorbowanie lękowe	0,15	0,184
Duch walki	0,13	0,250
Bezradność-bezradziejność	0,25	0,032
Pozytywne przewartościowanie	0,21	0,064

Źródło: badania własne.

Kolejną badaną zmienną był status społeczno-zawodowy. Wyniki badań nie wykazały różnic między osobą pracującą, rencistą, emerytem czy bezrobotnym pod względem dokonywanych wyborów (tabela 9, 10).

Tabela 9. Wyniki dla poziomu akceptacji choroby w podziale na status społeczno-zawodowy

Skala	Status społeczno-zawodowy	Średnia	Odchylenie standardowe	Wynik testu F	Poziom istotności
Akceptacja choroby	Pracujący	6,25	1,43	0,24	0,869
	Rencista	6,39	1,93		
	Emeryt	8,32	1,47		
	Bezrobotny	8,06	2,16		

Źródło: B=badania własne.

Tabela 10. Wyniki dla poziomu przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej w podziale na status społeczno-zawodowy

Skala	Status społeczno-zawodowy	Średnia	Odchylenie standardowe	Wynik testu F	Poziom istotności
Zaabsorbowanie lękowe	Pracujący	4,26	0,98	1,08	0,362
	Rencista	5,83	1,76		
	Emeryt	5,07	0,90		
	Bezrobotny	4,76	1,27		
Duch walki	Pracujący	3,00	0,69	1,39	0,254
	Rencista	2,76	0,83		
	Emeryt	2,92	0,52		
	Bezrobotny	2,09	0,56		

Bezradność-beznadziejność	Pracujący	3,68	0,85	0,24	0,868
	Rencista	3,77	1,14		
	Emeryt	4,24	0,75		
	Bezrobotny	3,83	1,02		
Pozytywne przewartościowanie	Pracujący	2,75	0,63	2,12	0,105
	Rencista	2,66	0,80		
	Emeryt	2,82	0,50		
	Bezrobotny	2,02	0,54		

Źródło: badania własne.

W dalszej kolejności starano się wyjaśnić, czy otrzymywane wsparcie ze strony najbliższych/rodziny wpływa na stopień akceptacji choroby i wybór strategii radzenia sobie z chorobą. Analiza testem t-Studenta dla prób niezależnych wykazała, że osoby, które otrzymują wsparcie, bardziej akceptują chorobę niż osoby bez takiego wsparcia oraz posiadały niższe zaabsorbowanie lękowe, jak również mniejsze poczucie bezradności i beznadziejności niż osoby nieotrzymujące wsparcia ze strony rodziny i najbliższych (tabela 11).

Tabela 11. Wyniki dla poziomu akceptacji choroby w podziale na osoby posiadające wsparcie i nieposiadające wsparcia rodziny

Skala	Wsparcie rodziny	Średnia	Odchylenie standardowe	Wynik testu t	Poziom istotności
Akceptacja choroby	Tak	26,75	7,24	2,04	0,045
	Nie	20,86	7,80		

Źródło: badania własne.

Choroba nowotworowa może powodować obniżenie dotychczasowego standardu życia chorych. W badaniach własnych wykazano, że respondenci, którzy uważali, że choroba pogorszyła ich standard/poziom życia przejawiali niższy stopień akceptacji choroby niż osoby, które tak nie uważały (tabela 12). Pogorszenie standardu życia wpłynęło także na wybór sposobu walki z chorobą. Badane osoby, które uważały, że choroba pogorszyła standard/poziom ich życia, posiadały wyższy poziom zaabsorbowania lękowego i pozytywnego przewartościowania w porównaniu do osób, które nie uważały, że choroba pogorszyła ich standard/poziom życia (tabela 13).

Tabela 12. Wyniki dla poziomu akceptacji choroby z uwzględnieniem oceny wpływu choroby na pogorszenie się standardu/poziomu życia

Skala	Choroba pogorszyła standard życia	Średnia	Odchylenie standardowe	Wynik testu t	Poziom istotności
Akceptacja choroby	Tak	23,49	6,40	5,32	<0,001
	Nie	31,76	6,30		

Źródło: badania własne.

Tabela 13. Wyniki dla poziomu przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej w podziale na ocenę wpływu choroby na pogorszenie się standardu/poziomu życia

Skala Mini-Mac	Choroba pogorszyła standard życia	Średnia	Odchylenie standardowe	Wynik testu t	Poziom istotności
Zaabsorbowanie lękowe	Tak	18,12	4,91	2,80	0,007
	Nie	14,88	4,34		
Duch walki	Tak	22,92	3,06	-0,40	0,687
	Nie	23,20	2,25		
Bezradność-beznadziejność	Tak	14,57	4,20	1,10	0,275
	Nie	13,52	3,19		
Pozytywne przewartościowanie	Tak	22,45	2,66	2,66	0,010
	Nie	20,76	2,50		

Źródło: badania własne.

Kolejnym aspektem, mogącym wpływać w sposób istotny na postawę chorego, jest sytuacja finansowa. W tabeli 14 i 15 przedstawiono współczynniki korelacji z przeprowadzonych analiz. Osoby, które lepiej oceniały swoją sytuację finansową, wykazały większą akceptację choroby, doświadczały mniejszego zaabsorbowania lękowego, jak również rzadziej dokonywały pozytywnego przewartościowania.

Tabela 14. Współczynniki korelacji pomiędzy oceną sytuacji finansowej badanych osób a poziomem akceptacji choroby

Skala	Sytuacja finansowa	
	rho-Spearmana	Poziom istotności
Akceptacja choroby	-0,36	0,001

Źródło: badania własne.

Tabela 15. Współczynniki korelacji pomiędzy oceną sytuacji finansowej badanych osób a poziomem przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej

Skala		
	rho-Spearmana	Poziom istotności
Zaabsorbowanie lękowe	0,29	0,012
Duch walki	0,03	0,825
Bezradność-beznadziejność	0,07	0,529
Pozytywne przewartościowanie	0,38	0,001

Źródło: badania własne.

Następnie zbadano wpływ stopnia akceptacji choroby na wybór strategii radzenia sobie w obliczu nowotworu. Osoby, które bardziej akceptowały chorobę nowotworową, wykazywały niższy poziom zaabsorbowania lękowego oraz bezradności-beznadziejności (tabela 16).

Tabela 16. Współczynniki korelacji pomiędzy poziomem akceptacji choroby i poziomem przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej

Skala Mini-Mac	Akceptacja choroby (AIS)	
	r-Pearsona	Poziom istotności
Zaabsorbowanie lękowe	-0,46	< 0,001
Duch walki	0,03	0,772
Bezradność-beznadziejność	-0,35	0,002
Pozytywne przewartościowanie	-0,19	0,092

Źródło: badania własne.

Dyskusja

Choroba nowotworowa ze względu na specyficzny stereotyp myślenia społecznego, kojarzący rozpoznanie raka ze śmiercią w bólu, stanowi ogromne obciążenie psychiczne, nawet wtedy, gdy nie powoduje przykrych dolegliwości fizycznych i nie ogranicza aktywności ruchowej czy społecznej. Nawet wówczas stres psychiczny może doprowadzić do zała-

mania równowagi psychicznej i – jak wykazują niektóre badania – może przyczynić się do gorszego przebiegu procesu chorobowego. Biorąc to wszystko pod uwagę, istotne okazuje się głębsze skoncentrowanie na psychologicznym wymiarze jakości życia [Juczyński 1997]. Dobrymi predyktorami ukazującymi kondycję psychiczną osoby badanej jest ocena preferowanych strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową, stopień akceptacji choroby, poziom satysfakcji z życia. Analiza wyników badań własnych wykazała, że kobiety z rozpoznaną chorobą nowotworową posiadały wyższe zaabsorbowanie lękowe (2,14), jak również częściej dokonywały pozytywnego przewartościowania (4,87) niż mężczyźni. Porównując wyniki uzyskane przez Michałowską-Wieczorek, badającą rolę wsparcia w zmaganiu się z chorobą nowotworową, z badaniami własnymi, widać różnice w zakresie wyboru strategii radzenia sobie z chorobą w zależności od płci. Strategia radzenia sobie z chorobą nowotworową u badanych kobiet, dokonana na podstawie skali Mini MAC, okazała się bardziej efektywna niż u mężczyzn. Średnie wyniki kobiet odpowiadają wartości 6 stena w odniesieniu do aktywnych strategii radzenia sobie, natomiast 4 stena – w strategiach pasywnych. W grupie mężczyzn średnie wartości obydwu strategii odpowiadają 5 stenowi [Michałowska-Wieczorek 2006].

Z analizy testem t-Studenta dla prób niezależnych wynika, że osoby posiadające wsparcie ze strony rodziny bardziej akceptują chorobę (2,04) niż osoby bez takiego wsparcia, posiadają niższe zaabsorbowanie lękowe (3,29), jak również mniejsze poczucie bezradności i beznadziejności (5,09) niż osoby nieposiadające wsparcia od najbliższych. Potwierdzenie tego wyniku ukazują wspomniane wcześniej wyniki badań Michałowskiej-Wieczorek, która udowodniła tezę mówiącą o tym, że im mniej wsparcia społecznego (w tym także rodziny) spostrzeganego przez chorego, tym większe poczucie bezradności i beznadziejności, natomiast im większe zaufanie ponadosobowe, tym większa mobilizacja do zwalczania choroby i więcej nadziei i zadowolenia z przeżytych już lat.

Im lepiej badane osoby oceniały swoją sytuację finansową, tym wyższy ich poziom zadowolenia z życia (-0,27) i lepsza akceptacja choroby, tym mniejsze ich zaabsorbowanie lękowe (0,29) jak również częstsze pozytywne przewartościowanie (0,38). Analiza testem t-Studenta dla prób niezależnych wykazała, że badane osoby, uważające, że choroba pogorszyła standard/poziom życia posiadają niższy poziom satysfakcji z życia (2,14), mniej też akceptują chorobę (5,32) od osób, które tak nie uważają. Istotną

zmienną okazała się możliwość realizacji planów życiowych. Osoby mogące je w dalszym ciągu realizować posiadają wyższy poziom akceptacji choroby (-0,31), wyższą satysfakcję z życia (-0,36), oraz niski stopień zaabsorbowania lękowego (0,37). Badania sprawdzające korelację pomiędzy poziomem akceptacji choroby i poziomem satysfakcji z życia a poziomem przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej, wykazały, że im wyższy poziom satysfakcji z życia, tym niższy poziom zaabsorbowania lękowego (-0,30), bezradności-beznadziejności (-0,27), ale wyższy poziom pozytywnego przewartościowania (0,28). W im większym stopniu badane osoby akceptowały chorobę nowotworową, tym niższy poziom zaabsorbowania lękowego (-0,46) oraz bezradności-beznadziejności (-0,35) przejawiały.

Badania przeprowadzone przez Grażynę Kozak w 2012 roku wśród pacjentów z rozpoznanymi nowotworami o różnej lokalizacji wykazały zgodność badawczą w zakresie stylów radzenia sobie z nowotworem i akceptacją choroby. Im wyższa akceptacja choroby tym, tym mniejsze nałożenie zaabsorbowania lękowego (-0,55) i bezradności, beznadziejności (-0,58) [Wnuk, Marcinkowski 2012]. Podobne wyniki osiągnęła w swych badaniach Ogińska-Bulik, badająca grupę 65 kobiet, które chorowały na raka piersi analizując współczynniki korelacji między prężnością psychiczną a akceptacją choroby i strategiami radzenia sobie z chorobą nowotworową. Kobiety osiągające wysoki wynik akceptacji choroby (0,39) jednocześnie miały mniejszą skłonność do wyboru destruktywnych strategii takich jak zaabsorbowanie lękowe (-0,50) oraz bezradność/beznadziejność (-0,53) [Ogińska-Bulik 2011].

Natomiast brak istotnych różnic statystycznych wykazała ocena wpływu wieku oraz miejsca zamieszkania na stopień akceptacji choroby. Takie same wyniki uzyskały Pawlik i Karczmarek-Borowska, badające akceptację choroby nowotworowej u kobiet po mastektomii w 2013 [Pawlik, Karczmarek-Borowska 2013]. Wiek natomiast wpływał na poziom satysfakcji z życia – im starsze osoby, tym większe zadowolenie z życia.

Wyniki badań potwierdzają ogromny wpływ akceptacji swej choroby na sposób psychicznego przystosowania się do nowej sytuacji, w jakiej znajduje się osoba chora. Juczyński, badając psychologiczne wyznaczniki przystosowania się do choroby nowotworowej wśród kobiet z nowotworem sutka i jajników, wykazał, iż poprzez modyfikację zmiennych predykcyjnych, między innymi polegającą na zwiększeniu akceptacji, można

oddziaływać na niekorzystne dla przebiegu choroby style radzenia sobie i zwiększać przystosowanie się do choroby nowotworowej. Lepsze rokowanie, a przede wszystkim lepsza jakość życia, wiążą się z aktywnymi strategiami radzenia sobie z chorobą nowotworową [Michałowska-Wieczorek 2006].

Wnioski

1. Chorzy, którzy akceptują chorobę nowotworową, częściej wybierają pozytywne strategie radzenia sobie z chorobą, tj: pozytywne przewarściowanie oraz ducha walki.
2. Na wysoki stopień akceptacji choroby wpływa otrzymane wsparcie ze strony rodziny osoby chorej oraz wykształcenie wyższe respondentów.
3. Kobiety częściej niż mężczyźni wybierają konstruktywny styl walki z chorobą nowotworową, co koreluje z wyższym stopniem akceptacji choroby.
4. Pogorszenie sytuacji materialnej wpływa na pogorszenie jakości życia osób badanych powodując wybór strategii destruktwnych.

Bibliografia

Derbis R., Machnik-Czerwik A. (2006), *Zróżnicowanie jakości życia u pacjentów z chorobą nowotworową z hospicjum stacjonarnego i domowego*, „Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie Psychologia”, z. 13.

Juczyński Z. (1997), *Psychologiczne wyznaczniki przystosowania się do choroby nowotworowej*, „Psychoonkologia”, z. 1, nr 39.

Juczyński Z. (2001), *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa.

Kozak G. (2012), *Zróżnicowanie strategii radzenia sobie z nowotworem chorych w przebiegu wybranych nowotworów złośliwych*, „Anestezjologia i Ratownictwo”, nr 2, ss. 162–170.

Kosowicz M, *Psychoedukacja pacjenta onkologicznego*, „Onkologiczne Forum Edukacyjne” [online], www.ofe.edu.pl/c/document_library/get_file?folderId=20610, dostęp: 1.08.2014.

Michałowska-Wieczorek I., (2006), *Rola wsparcia w zmaganiu się z chorobą nowotworową*, „Psychoonkologia”, t.10, nr 2.

Ogińska-Bulik N. (2011), *Rola prężności psychicznej w przystosowaniu się kobiet do choroby nowotworowej*, „Psychoonkologia”, t. 1.

Pawlik M., Karczmarek-Borowska B. (2013), *Akceptacja choroby nowotworowej u kobiet po mastektomii*, Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie, Rzeszów, t.2.

Wnuk M., Marcinkowski J. (2012), *Jakość życia jako pojęcie pluralistyczne o charakterze interdyscyplinarnym*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, tom 93, nr 1.



Iwona Wołosewicz

Ewa Kupcewicz

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski

Profilaktyka zagrożeń mikrobiologicznych w środowisku pracy na przykładzie Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Olsztynie

Prevention of microbiological hazards in the work environment on the example of University Hospital in Olsztyn

Abstract

Introduction. Prophylaxis and prevention of nosocomial infections is one of the most important aspects of quality of medical services. Systematic monitoring and prevention of infections is the responsibility of all employees in the health care.

The aim of work. The main objective of this study is to evaluate the microbiological condition of hospital space, while the mainstream of scientific considerations are guiding efforts to identify pathogenic microorganisms found in the work of medical personnel and to establish microbial net of hospital environment. The second aspect is the verification and evaluation of the effectiveness of the methods of decontamination: cleaning, disinfection and sterilization.

Materials and methods. The research was conducted in clinics/surgical wards of the University Hospital Independent Public Health Care of the University of Warmia and Mazury. To assess the microbiological purity of hospital environment plates containing growth medium with convex meniscus area of 25cm² were used. Agar was applied directly to the test surface, using a suitable pressure (about 500g/cm²) for 10 sec. After incubation in 30 °C for 72 h grown colonies were counted and there was made an interpretation of results in terms of quality and quantity.

Research results. The microbiological examination of the inanimate hospital environment isolated saprophytic and pathogenic microorganisms that may be a source of nosocomial infections. There was found a domination of inter alia: *Staphylococcus epidermidis*, *Escherichia coli*, *Clostridium Aerobic G (+)*, *Micrococcus sp.* Moreover, in individual cases grew: *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella Pneumonia*, mold fungi, MRSA, *Proteus Mirabilis*.

Conclusions

1. Control of the inanimate hospital environment allows to identify the sources of infection

and to determine the transmission routes of microorganisms.

2. Properly carried out processes of decontamination in a hospital environment are crucial to patient's and medical personnel's safety.

Key words: nosocomial infection, epidemiological chain, prevention.

Wstęp

Problem zakażeń szpitalnych jest problemem medycznym, ekonomicznym, etycznym i społecznym. Do XIX wieku śmiertelność pacjentów chirurgicznych spowodowana zakażeniem dochodziła do 75%. Przełomem w walce z zakażeniem był zapoczątkowany rozwój aseptyki i antyseptyki przez węgierskiego lekarza położnika. Ignacy Phillip Semmelweis (1818–1865) dowiódł, że gorączka płożowa była wynikiem zakażenia krwi u położnic, a zarazki były przenoszone przez ręce personelu medycznego. Wprowadził mycie rąk przez personel medyczny roztworem chlorku wapnia jako metodę profilaktyki zakażeń szpitalnych [Brożek 1989, s. 123].

Do rozwoju antyseptyki przyczynił się m.in. Joseph Lister (1827–1912), który wprowadził do chirurgii dezynfekcję pomieszczeń, opatrunki aseptyczne (1865), mycie skóry, dezynfekcję narzędzi [Brożek 1989, s. 123]. O osiągnięciach Listera tak napisał Jan Nielubowicz „Po ogłoszeniu pracy Listera zwolennicy jego metody rozpylali w całej Europie w salach operacyjnych roztwór karbolu, przemywali nim rany, myli ręce przed operacjami i wyjaławiali narzędzia. W Polsce pierwszym, który wprowadził zasady Listera był Marian Wygrzywalski z Piotrkowa (1867), następnym był Ignacy Zielewicz z Poznania, który przeniósł z Kliniki we Wrocławiu zasady Listera do swojego oddziału” [Nielubowicz 1998, ss. 4–10].

„W latach siedemdziesiątych XX wieku Katharine Sprint wykazała, że szybkie mycie rąk przy użyciu jakiegokolwiek mydła i wody usuwa niemal wszystkie przejściowe pałeczki gram (-), które dostały się na ręce pielęgniarki w czasie zmiany pieluchy niemowlęcia” [Wenzel, Pfaller 1991, ss. 27–31].

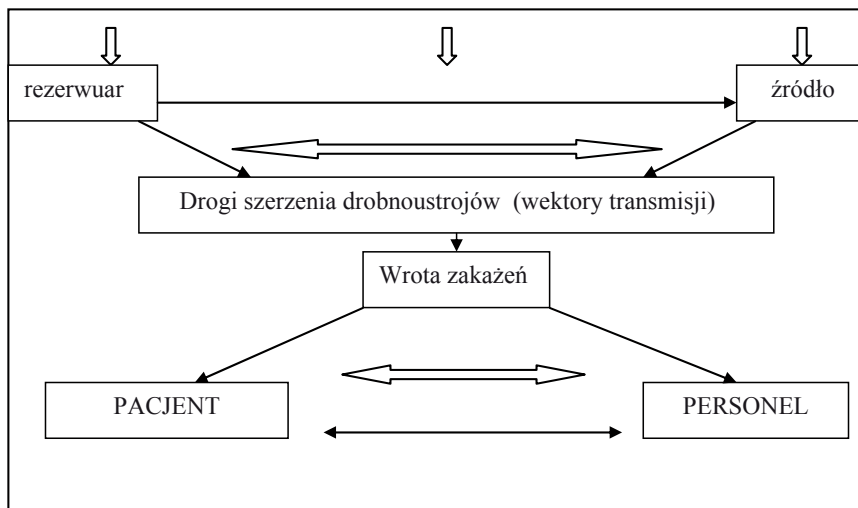
Aktualnie podstawowym aktem prawnym w Polsce regulującym zasadnicze kwestie dotyczące zakażeń szpitalnych jest Ustawa z dnia 5 grudnia o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r., poz. 947). Zgodnie z delegacjami zawartymi w Ustawie kierownicy podmiotów leczniczych oraz inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych są zobowiązani do podejmowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych. Cięży na nich obowiązek zorganizowania systemu kontroli zakażeń w placówce udzielającej całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych.

„Występowanie zakażeń szpitalnych zmusza personel oraz władze administracyjne do zwrócenia szczególnej uwagi nie tylko na przebieg leczenia i diagnostyki, ale również na higienę szpitalną. Zakłady opieki zdrowotnej stanowią miejsca wysokiego ryzyka kontaktu z drobnoustrojami chorobotwórczymi zarówno pacjentów jak i personelu” [Dzierżanowska 2008, s. 436]. Wiele doniesień wskazuje, że znajomość zasad profilaktyki zakażeń szpitalnych oraz konsekwentne działania personelu medycznego prowadzące do zmniejszenia częstotliwości występowania zakażeń szpitalnych przynoszą wymierne efekty dla pacjentów i organizatorów opieki zdrowotnej.

„Zapobieganie zakażeniom szpitalnym polega na stworzeniu w szpitalu takich barier i warunków pracy, które uniemożliwiająby przenoszenie się drobnoustrojów z chorego na chorego, z personelu szpitalnego na chorego, lub też ze sprzętu szpitalnego na chorego” [Bartoszewicz 2012, s.20]. W profilaktyce zakażeń ważnym elementem jest poznanie flory bakteryjnej własnego szpitala, a w razie potrzeby podjęcie stosownych działań, łącznie z terapią empiryczną w sytuacjach koniecznych. Celem profilaktyki w środowisku pracy jest zapobieganie zakażeniom poprzez eliminację rezerwuarów i źródeł zakażenia oraz przerwanie dróg przenoszenia drobnoustrojów między pacjentem a środowiskiem szpitalnym. W warunkach szpitalnych rezerwuarem nazywamy miejsce stałego bytowania, a czasem namnażania się drobnoustrojów.

Z rezerwuaru drobnoustroje patogenne mogą się w sposób bierny (np. opadanie z cząsteczkami kurzu) lub czynny (np. ręce personelu) przenosić na pacjenta lub do źródła zakażenia, a stąd do pacjenta. Monitorowanie czystości środowiska pracy w szpitalu jest jednym z elementów profilaktyki zakażeń. Celem profilaktyki zagrożeń mikrobiologicznych w środowisku pracy jest eliminacja rezerwuarów i źródeł zakażenia oraz przerwanie dróg transmisji drobnoustrojów między pacjentem a środowiskiem pracy (rysunek 1).

Rysunek 1. Łańcuch epidemiologiczny w środowisku pracy



Źródło: Przondo-Mordalska A. (red), *Zakażenia szpitalne*, Continuo, Wrocław 1997, s. 26

Objaśnienia: kierunek szerzenia się drobnoustroju możliwość przzerwania łańcucha

Rutynowe wykonywanie w szpitalu mikrobiologicznych badań środowiskowych zgodnie z zaleceniami CDC (Center for Disease Control and Preventon USA) ogranicza się do następujących sytuacji:

- analizy zaobserwowanej epidemii, określenie rezerwuarów i źródeł zakażenia, dróg transmisji zakażenia oraz przecięcie łańcucha epidemiologicznego,
- oceny potencjalnych czynników zakażenia,
- oceny stosowania środków sanitarno – higienicznych,
- badań mikrobiologicznych środowiska szpitalnego, zlecane przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych w przypadku wątpliwości,
- kontroli mających na celu sprawdzenie przestrzegania obowiązujących schematów oraz procedur postępowania [Fleischer 2006, ss. 24].

Celem pracy była identyfikacja patogennych drobnoustrojów występujących w środowisku pracy personelu medycznego oraz ocena stanu mikrobiologicznego powierzchni szpitalnych.

Materiał i metoda

Ocenę czystości mikrobiologicznej środowiska szpitalnego w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Olsztynie przeprowadzono w 9 jednostkach działalności podstawowej szpitala (klinikach/oddziałach, blok operacyjny, izba przyjęć). W 2012 roku wykonano 182 badania, a w 2013 roku 172 badania mikrobiologiczne z powierzchni szpitalnych. Badania obejmowały ocenę mikrobiologiczną suchych powierzchni szpitalnych, tj.: blatów, stolików zabiegowych, wózków zabiegowych, tac do zabiegów pielęgniarских, blatów szafek przyłóżkowych, foteli do pobierania krwi, kozetek itp. Ocenę stanu mikrobiologicznego powierzchni szpitalnych dokonano metodą odcisków, w której wykorzystano płytki zawierające podłoże wzrostowe z meniskiem wypukłym o powierzchni 25cm². Agar przykładano bezpośrednio do badanej powierzchni, stosując odpowiedni nacisk (około 500g/cm²) przez 10 sek. Po inkubacji w 30°C przez 72 godz. policzono wyrosłe kolonie i metodami standardowymi przeprowadzono identyfikację wyizolowanych szczepów. Do oceny czystości mikrobiologicznej środowiska szpitalnego użyto dostępnych płytek Count-Tact firmy Bio-Merieux [Fleischer 2006, s. 25]. Kontrola czystości mikrobiologicznej z powierzchni szpitalnych odbywała się punktowo, tzn. z miejsc, które najczęściej przez personel medyczny i chorych były użytkowane oraz z tzw. punktów krytycznych, czyli takich, które obowiązkowo muszą wykazywać wysoki stopień czystości mikrobiologicznej, np. tace zabiegowe, wózki zabiegowe itp.

Interpretację uzyskanych wyników ilościowych przeprowadzono, przyjmując zgodnie z Hazardous Analytical Control POints (HACCP), ocenę stopnia zakażenia związanego z badaną powierzchnią według Draft European Standard CEN/TC 243/WG2 (1993):

- niski poziom ryzyka – do 10 CFU/100 cm,
- średni poziom ryzyka – do 100 CFU/100 cm,
- wysoki poziom ryzyka – do 1000 CFU/100 cm,
- bardzo wysoki poziom ryzyka – powyżej 1000 CFU/100 cm [Fleischer 2006].

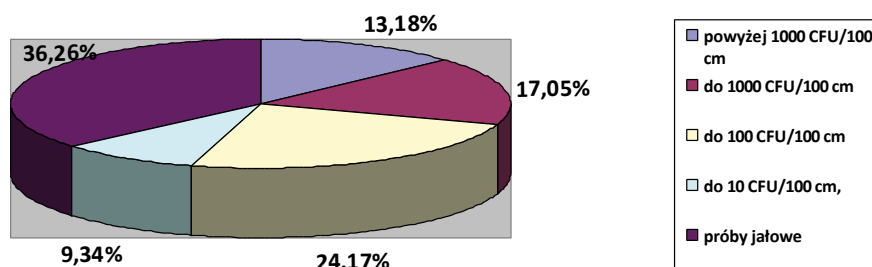
Objaśnienie: CFU (*colony forming unit*) – liczba żywych drobnoustrojów.

Analiza wyników

Na wykresie 1 przedstawiono wyniki wykonanych prób czystościowych ze środowiska szpitalnego w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym

w Olsztynie w 2012 roku w poszczególnych klinikach/oddziałach szpitalnych.

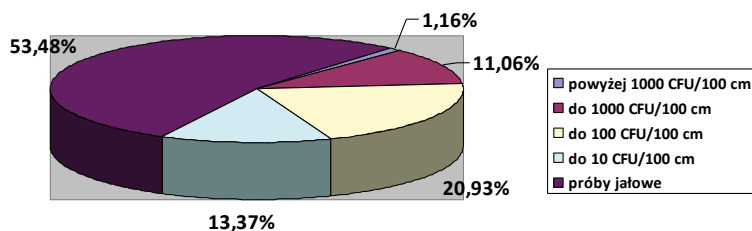
Wykres 1. Wyniki czystości mikrobiologicznej środowiska szpitalnego w 2012 roku



Źródło: opracowanie własne.

Z analizy wynika, iż w 2012 roku po przeprowadzeniu 182 prób otrzymano następujące wyniki: w 13,18%, czyli w 24 badaniach izolowano drobnoustroje chorobotwórcze o bardzo wysokim poziomie ryzyka, w 17,05% czyli po przeprowadzeniu 31 badań odnotowano drobnoustroje o wysokim poziomie ryzyka, w 24,17% po wykonaniu 44 badań wyizolowano drobnoustroje chorobotwórcze o średnim poziomie ryzyka, 9,34% czyli w 17 badaniach izolowano drobnoustroje chorobotwórcze o niskim poziomie ryzyka. Natomiast prób jałowych odnotowano 36,26%, czyli 66 prób. Na wykresie 2 przedstawiono wyniki wykonanych prób czystościowych ze środowiska szpitalnego, które zostały wykonane w 2013 roku w poszczególnych klinikach/oddziałach szpitalnych.

Wykres 2. Wyniki czystości mikrobiologicznej środowiska szpitalnego w 2013 roku

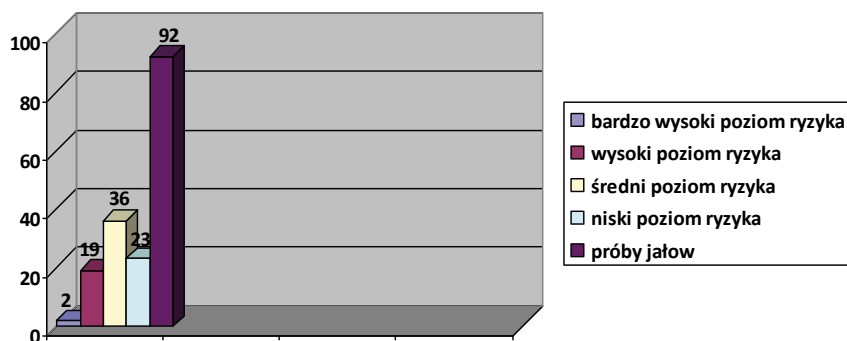


Źródło: opracowanie własne.

Po wykonaniu w 2013 roku 172 prób czystościowych ze środowiska szpitalnego i przeprowadzeniu badań mikrobiologicznych, dokonano analizy, z której wynika, iż w 1,16% czyli z 2 badań izolowano drobnoustroje chorobotwórcze o bardzo wysokim poziomie ryzyka, w 11,06% czyli po przeprowadzeniu 19 badań izolowano drobnoustroje o wysokim poziomie ryzyka, w 20,93% po wykonaniu 36 badań wyizolowano drobnoustroje chorobotwórcze o średnim poziomie ryzyka oraz 13,37%, czyli w 23 badaniach izolowano drobnoustroje o niskim poziomie ryzyka. Natomiast aż w 53,48 %, czyli 92 próby były jałowe.

Na wykresie 3 i 4 przedstawiono liczbę wykonanych prób czystościowych ze środowiska szpitalnego, które zostały wykonane w 2012 i 2013 roku w poszczególnych klinikach/oddziałach szpitalnych.

Wykres 3. Liczba wykonanych prób czystościowych ze środowiska szpitalnego w 2013 roku

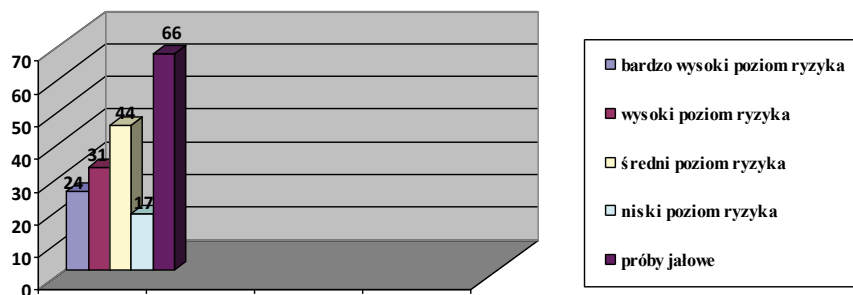


Źródło: Opracowanie własne.

Porównano liczbę pobranych prób czystościowych ze środowiska szpitalnego w poszczególnych latach i dokonano obliczenia w procentach. Powyższa analiza wykazała, iż porównując poszczególne lata w 2013 roku znacznie zmniejszyła się liczba izolowanych drobnoustrojów chorobotwórczych. Porównując lata 2012 z 2013, po wykonaniu oceny stopnia ryzyka zakażenia związanego z badaną powierzchnią, uzyskano następujące wyniki: w roku 2013 izolowano mniej o 12,92% drobnoustrojów chorobotwórczych o bardzo wysokim poziomie ryzyka, wyizolowano mniej o 6,35% drobnoustrojów chorobotwórczych o wysokim poziomie ryzyka, izolowano mniej o 3,47% drobnoustrojów chorobotwórczych o średnim poziomie ryzyka. Podczas analizy zauważono, iż w 2013 roku nastąpił

wzrost o 4,27% izolacji drobnoustrojów o niskim poziomie ryzyka. Należy również wspomnieć, iż w 2013 roku pobrano więcej o 18,24 % prób jałowych ze środowiska szpitalnego w poszczególnych klinikach/ oddziałach szpitalnych.

Wykres 4. Liczba wykonanych prób czystościowych ze środowiska szpitalnego w 2012 roku



Źródło: opracowanie własne.

Badania mikrobiologiczne powinny być jednym z elementów oceny procedur dekontaminacji obok audytów i kontroli wewnętrznych w szpitalu. Należy wyznaczyć punkty krytyczne w ocenie jakości wykonywanych procedur dekontaminacji.

Procedury definiujące występowanie ryzyka transmisji czynników biologicznych można podzielić na dwie strefy:

1. Strefa bezdotykowa, gdzie występuje małe ryzyko zakażenia – są to powierzchnie nie mające bezpośredniego kontaktu z drobnoustrojami chorobotwórczymi, tj. podłogi, ściany, okna.
2. Strefa dotykowa, gdzie występuje duże ryzyko zakażenia, są to powierzchnie mające bezpośredni kontakt z drobnoustrojami chorobotwórczymi, tj. sprzęt medyczny, blaty robocze, fotele do pobierania krwi, szafki przyłóżkowe, kontakty elektryczne itp.

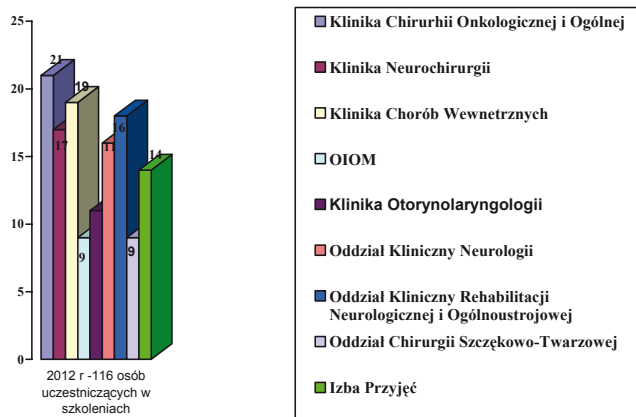
Występowanie patogennych drobnoustrojów w środowisku pracy personelu medycznego, utrzymuje się czasami na stałym poziomie, a niekiedy następuje jego wzrost. Należy podjąć działania medyczne, które wymuszają konieczność podejmowania działań prewencyjnych. Dlatego kluczowe znaczenie dla bezpieczeństwa pacjenta i personelu medycznego jest wykonywanie skutecznej dekontaminacji powierzchni, aparatury medycznej oraz sprzętu medycznego.

Przeprowadzone badania mikrobiologiczne w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Olsztynie w latach 2012–2013 nieożywionego środowiska szpitalnego wykazały, iż wyizolowano drobnoustroje saprofityczne i patogenne, które mogły być źródłem zakażeń szpitalnych. Stwierdzono między innymi dominację: *Staphylococcus epidermidis*, *Tlenowe Laseczki G(+)*, *Micrococcus sp.* Ponadto w pojedynczych przypadkach wyizolowano drobnoustroje alarmowe: *Staphylococcus aureus* MRSA, *Klebsiella Pneumonia*, *Proteus Mirabilis*, *Escherichia coli*.

Należy pamiętać, że drobnoustroje *Escherichia coli* mogą przeżyć na powierzchniach od 1,5 godziny do 16 miesięcy; *Enterococcus* od 5 dni do 4 miesięcy; *Klebsiella* od 2 godzin > do 30 miesięcy; *Staphylococcus aureus* w tym MRSA od 7 dni do 7 miesięcy.

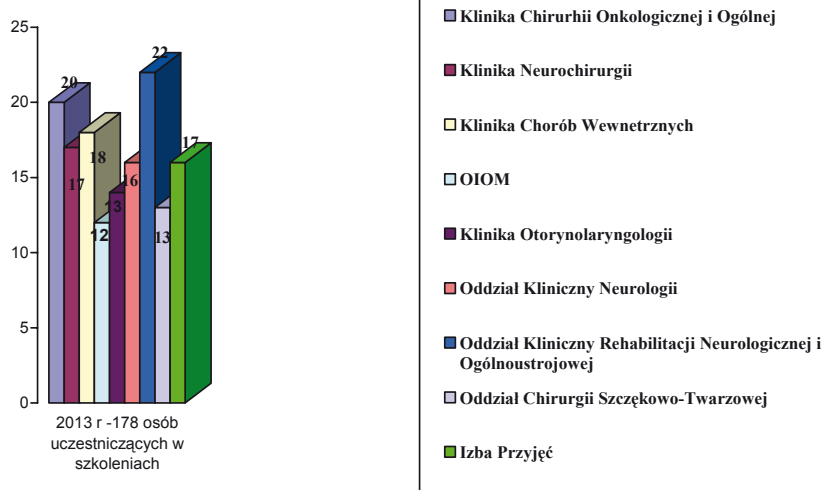
Powyższa analiza wykazała również, iż kontrola mikrobiologiczna środowiska szpitalnego jest uzasadniona. Wiedza personelu medycznego na temat przestrzegania procedur medycznych, przygotowywania sprzętu i aparatury medycznej oraz wykonywania skutecznej dekontaminacji powierzchni była systematycznie uzupełniana. W 2012 oraz 2013 roku realizowano szkolenia wśród personelu medycznego oraz pomocniczego. Celem przeprowadzanych szkoleń było przekazanie wiedzy i wzbudzenie przekonania wśród pracowników o osobistej odpowiedzialności za podejmowanie wszelkich działań zapobiegających rozprzestrzenianiu się drobnoustrojów chorobotwórczych znajdujących się na powierzchniach szpitalnych poprzez prawidłowe działania dekontaminacyjne. Szkolenia przeprowadzane były pod nadzorem pielęgniarki epidemiologicznej przy współpracy z pielęgniarkami oddziałowymi. Podczas cyklu szkoleń zaplanowano, aby uczestnikami byli: pielęgniarki/pielęgniarze, ratownicy medyczni, personel działu higieny szpitalnej, co stanowiło razem 162 osoby. Podczas cyklu szkoleń zachęcano personel do aktywnego uczestnictwa w szkoleniach poprzez rozwiązywanie praktycznych problemów, prowadzono ogólnoszpitalne wykłady oraz indywidualne instruktaże w klinikach/oddziałach szpitalnych. W 2012 roku w szkoleniach uczestniczyło 116 osób z poszczególnych klinik i oddziałów szpitalnych, natomiast w 2013 roku 148 osoby, co przedstawiono na wykresie 5 i 6.

Wykres 5. Liczba osób uczestniczących w szkoleniach w poszczególnych komórkach organizacyjnych w 2012 roku



Źródło: opracowanie własne.

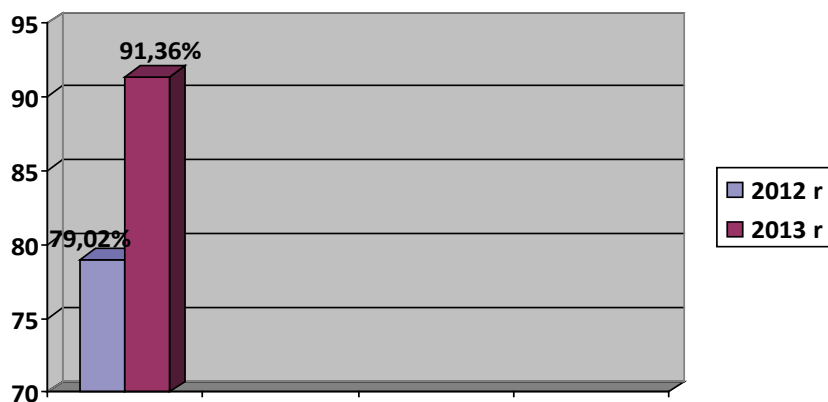
Wykres 6. Liczba osób uczestniczących w szkoleniach w poszczególnych komórkach organizacyjnych w 2013 roku



Źródło: opracowanie własne.

Celowym wydaje się prowadzenie systematycznych szkoleń w placówkach służby zdrowia. Powyższa analiza wykazała, iż w roku 2012 podczas cyklu szkoleń w klinikach/oddziałach szpitalnych przeszkolono 79,02% pracowników (pielęgniarek/pielęgniarzy, ratowników medycznych, personelu działu higieny szpitalnej), natomiast w roku 2013 – 91,36% , co przedstawiono na wykresie 7.

Wykres 7. Procent osób przeszkolonych w latach 2012–2013

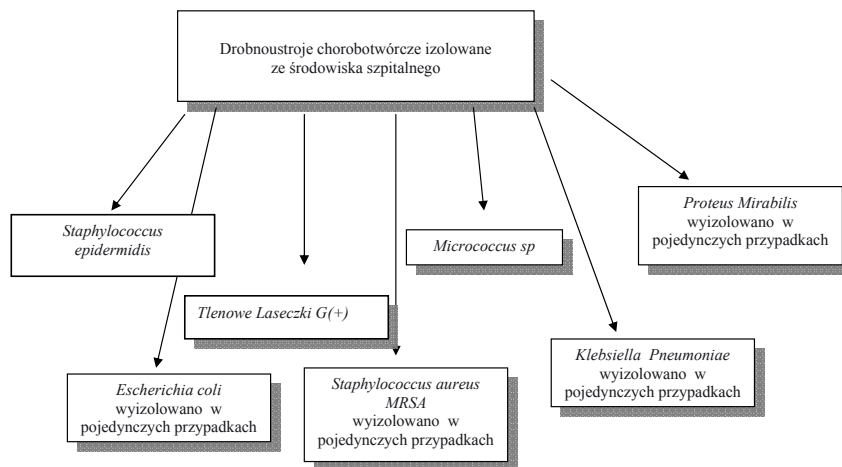


Źródło: opracowanie własne.

Wszelkie podjęte działania spowodowały, iż w ciągu roku znacznie zmniejszyła się liczba izolowanych drobnoustrojów chorobotwórczych o bardzo wysokim, wysokim i średnim poziomie ryzyka, które mogły stanowić bezpośrednie zagrożenie dla pacjenta. Należy pamiętać, że im dłużej patogenne drobnoustroje pozostają na szpitalnych powierzchniach, tym występuje większe zagrożenie, że zostaną one przeniesione na pacjenta lub pracownika.

Na podstawie przeglądu literatury i badań własnych sporządzono siatkę mikrobiologiczną środowiska szpitalnego i przedstawiono na rysunku 2.

Rysunek 2. Siatka mikrobiologiczna środowiska szpitalnego 2012–2013 roku



Źródło: opracowanie własne.

Dyskusja

W środowisku szpitalnym bardzo ważne jest, aby wszelkie działania zapobiegające rozprzestrzenianiu się drobnoustrojów chorobotwórczych były skoncentrowane na minimalizowaniu ryzyka przenoszenia drobnoustrojów znajdujących się na powierzchniach szpitalnych poprzez prawidłowe działania dekontaminacyjne, dezynfekcję powierzchni i sprzętu środkami dezynfekcyjnymi o szerokim spektrum działania, czyszczenie i gruntowne sprzątanie pomieszczeń, w których przebywają pacjenci oraz personel szpitala.

W dostępnym piśmiennictwie jest dużo publikacji, które ukazują, jak ważną rolę personel medyczny odgrywa w zapobieganiu zakażeniom szpitalnym. Wysoki poziom higieny w placówkach służby zdrowia, postępowanie z zachowaniem najwyższych standardów opieki jest podstawą zapobiegania zakażeniom szpitalnym. Monitorowanie czystości mikrobiologicznej środowiska szpitalnego powinno być jednym z podstawowych elementów eliminowania mikrobiologicznych zanieczyszczeń we wszystkich klinikach/oddziałach szpitalnych [Fiedotow 2006, s. 487].

Skuteczność stosowania metod dekontaminacji można ocenić pośrednio na podstawie wyników badań mikrobiologicznych, co przedstawiono w niniejszej pracy.

Doniesienia innych autorów pokazują, iż stosowanie metod dekontaminacji środowiska ma istotne znaczenie. Sprzątanie i dezynfekcji OIOM-u ma istotne znaczenie w zapobieganiu transmisji drobnoustrojów chorobotwórczych oraz zapobieganiu tworzenia ich rezerwuarów w oddziale. Celem sprzątania nie jest jedynie utrzymanie czystości w ocenie wizualnej, ale przede wszystkim skuteczna eradykacja drobnoustrojów. Ocena skuteczności dekontaminacji oddziału jedynie na podstawie wzrokowego stwierdzenia utrzymania czystości może prowadzić do wyciągnięcia błędnych wniosków oceniających bezpieczeństwo epidemiologiczne środowiska oddziału. Wykazano w wielu przypadkach, że powierzchnie oceniane wzrokowo jako czyste były zanieczyszczone bakteriami potencjalnie chorobotwórczymi [Hryniewicz 2013, s. 15]. Po raz kolejny autorzy innych publikacji naukowych utwierdzają nas w słuszności wykonywania kontroli mikrobiologicznej środowiska szpitalnego.

Obecność drobnoustrojów patogennych, duże skażenie badanych powierzchni, szczególnie drobnoustrojami chorobotwórczymi, dyskwalifikuje ich czystość mikrobiologiczną i jest sygnałem do sprawdzenia metod dekontaminacji: oczyszczania, dezynfekcji i sterylizacji jak i skontrolowania prawidłowości przygotowywania roztworów roboczych preparatów dezynfekcyjnych przez personel oraz sprawdzenia w środowisku pracy sposobu wykonywania procedur dezynfekcyjnych i higienicznych.

W profilaktyce zakażeń ważnym elementem jest poznanie flory bakteryjnej własnego szpitala i w razie potrzeby podjęcie stosownych działań, tak aby przyniosły wymierne efekty dla pacjentów, organizatorów opieki zdrowotnej.

Celem kontroli mikrobiologicznej środowiska szpitalnego jest uchronienie pacjenta przed powikłaniami infekcyjnymi, których źródłem może być powietrze, powierzchnie, z którymi się styka, aparatura medyczna i personel. Wykrywanie i eliminowanie tych zagrożeń zapobiega rozprzestrzenianiu się zakażeń szpitalnych. Kontrola mikrobiologiczna jest procedurą wymaganą w procesie przygotowywania sprzętu i aparatury medycznej do zabiegów i badań diagnostycznych. Jest też ważnym elementem programów podnoszenia jakości usług medycznych [Pawińska 2011, s. 161].

Edukacja całego personelu medycznego i pomocniczego jest również jednym z priorytetowych zadań w programie nadzoru nad zakażeniami szpitalnymi. W dostępnym piśmiennictwie jest np. informacja, iż szko-

lenie personelu sprząającego, w OIT poprzedzające rozpoczęcie pracy powinno obejmować następujące elementy: (a) zapoznanie z procedurami sprzątania, (b) pokaz sprzątania i dyskusja w celu wyjaśnienia ewentualnych wątpliwości, (c) praca pod nadzorem. Szkolenie i nadzór nad nowo zatrudnionym personelem sprzątającym w OIT powinny odbywać się aż do momentu potwierdzenia przestrzegania wszystkich zasad sprzątania przez osobę szkoloną [Hryniewicz 2013, s. 17].

Wnioski

1. Środowisko szpitalne jest miejscem, w którym skupiają się najbardziej odporne drobnoustroje. W badaniu mikrobiologicznym nieożywionego środowiska szpitalnego w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Olsztynie izolowano drobnoustroje saprofityczne i patogenne, które mogą być źródłem zakażeń szpitalnych. Najmniej jednak wyizolowano drobnoustrojów chorobotwórczych o bardzo wysokim poziomie ryzyka, które mogłyby stanowić istotne i bezpośrednie zagrożenie dla pacjenta.
2. Kontrola nieożywionego środowiska pozwala na identyfikację źródeł infekcji oraz określenie dróg transmisji w rozprzestrzenianiu się biologicznych czynników szkodliwych w środowisku szpitalnym.
3. Prawidłowo przeprowadzone procesy dekontaminacji w środowisku szpitalnym mają kluczowe znaczenie dla bezpieczeństwa pacjenta i personelu.
4. Działania zapobiegające rozprzestrzenianiu się drobnoustrojów patogennych w środowisku szpitalnym powinny koncentrować się przede wszystkim na minimalizowaniu ryzyka przenoszenia tych drobnoustrojów.
5. Poprzez interpretację otrzymanych wyników możemy określić stopień ryzyka zakażenia środowiska pracy związanego z otoczeniem pacjenta.
6. Edukacja personelu medycznego w placówkach służby zdrowia z zakresu prawidłowego postępowania w procesach dekontaminacji stanowi istotny element obniżenia zagrożeń przeniesienia drobnoustrojów patogennych z powierzchni nieożywionych na pacjenta.

Bibliografia

- Brożek Z. (1989), *Podstawy epidemiologii i chorób zakaźnych*, PZWL, Warszawa.
- Dzierżanowska D. (2008), *Zakażenia Szpitalne*, Wydawnictwo Alfa Medica Press, Bielsko-Biała 2008.
- Damani N.N. (1999), *Praktyczne metody kontroli zakażeń*, PTZS, Kraków 1999.
- Fiedotow M., Denys A. (2006), *Wybrane aspekty zakażeń szpitalnych*, „Polski Merkurusz Lekarski” 2006, XXI.
- Fleischer M., Bober-Gheek B. (2006), *Podstawy Pielęgniarstwa Epidemiologicznego*, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław.
- Fleischer M. (2006), *Postępowanie w przypadku występowania szpitalnych ognisk epidemicznych*, Materiały Szkoleniowe dla Pielęgniarek Epidemiologicznych, PSPE, Wrocław.
- Heczko P.B., Wójkowska-Mach J. (2009), *Zakażenia Szpitalne*, PZWL, Warszawa.
- Hryniewicz W., Krzysztof Kusza, Tomasz Ozorowski, i in. (2013), *Strategia zapobiegania lekooporności w oddziałach intensywnej terapii*, Narodowy Instytut Leków, Warszawa.
- Nielubowicz J. (1998), *Historia walki z zakażeniem szpitalnym w Polsce*, w: *Blok operacyjny*, t. 2, Warszawa, Abakus.
- Pawińska A. (2011), *Profilaktyka zakażeń szpitalnych – bezpieczeństwo środowiska szpitalnego*, Wydawnictwo Alfa Medica Press.
- Wenzel R.P., Pfaller M.A. (1991), *Infection Control: The premier quality assessment program in United States hospital*, „The American Journal of Medicine”, t. 91, z. 3b.
- Virella G. (2000), *Mikrobiologia i choroby zakaźne*, Wydanie I polskie, red. P.B. Heczko, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław.