

PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ I ZARZĄDZANIE
Tom XV, Zeszyt 12, Część II, <http://piz.san.edu.pl>

Organizacja i zarządzanie wyzwaniem dla pielęgniarek i położnych w nowoczesnej Europie- część II

Redakcja: Elżbieta Majchrzak-Kłokocka, Andrzej Woźniak

Łódź-Olsztyn 2014

Całkowity koszt wydania Zeszytu 12 części II
sfinansowany ze środków Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
z siedzibą w Olsztynie

Redakcja: Elżbieta Majchrzak-Kłokocka, Andrzej Woźniak

Korekta językowa: Dominika Świech, Agnieszka Zytka

Skład i łamanie: Marcin Szadkowski

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@spoleczna.pl

Wersja drukowana wydania jest wersją podstawową

Druk i oprawa: Mazowieckie Centrum Poligrafii

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

Spis treści

<i>Wstęp</i>	5
Marzanna Mziray, Regina Żuralska, Danuta Postrożny, Przemysław Domagała <i>Poczucie depresji, lęku i bólu a style radzenia sobie w sytuacji trudnej u pacjentów z chorobą nowotworową</i>	7
Dorota Ozga, Marek Wojtaszek, Aleksandra Gutysz-Wojnicka, Mateusz Bester, Elżbieta Mach-Lichota <i>Akceptacja choroby przez pacjentów leczonych w poradni leczenia bólu</i>	19
Izabela Sebastyańska-Targowska, Adam Grabowski, Małgorzata Obara-Gołębiowska <i>Personality factors determining the professional functioning of a nurse</i>	31
Ewa Stychno, Kinga Kulczycka, Bogusława Kosicka, Anna Ksykiewicz-Dorota <i>Osobowość stresowa a satysfakcja z życia pielęgniarek</i>	45
Danuta Postrożny, Regina Żuralska, Marzanna Mziray <i>Oczekiwania seniorów wobec osób sprawujących nad nimi opiekę w warunkach domowych</i>	59
Bożena Baczewska, Beata Kropornicka, Katarzyna Leszek, Ewa Krzyżanowska, Cecylia Olszak, Jadwiga Daniluk <i>Akceptacja choroby pacjentów z chorobą układową tkanki łącznej</i>	69
Małgorzata Maziarz, Ewa Kupcewicz <i>Ocena wiedzy pacjentów na temat alergicznych chorób układu oddechowego w wybranym zakładzie opieki zdrowotnej</i>	87
Beata Kropornicka, Bożena Baczewska, Ewelina Czerwonka, Elżbieta Nowicka, Jadwiga Daniluk <i>Zachowania zdrowotne pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc</i>	99
Beata Kropornicka, Bożena Baczewska, Renata Adamczyk, Cecylia Olszak, Ewa Krzyżanowska, Jadwiga Daniluk <i>Jakość życia pacjentów z chorobą nowotworową płuc</i>	113
Regina Żuralska, Marzanna Mziray, Danuta Postrożny, Przemysław Domagała <i>Poczucie własnej skuteczności a style radzenia sobie z sytuacją trudną u pielęgniarek pracujących z chorym umierającym</i>	131
Bożena Baczewska, Beata Kropornicka, Wioletta Skrzypek, Ewa Krzyżanowska, Elżbieta Nowicka, Ewa Szymczuk, Agnieszka Wawryniuk, Jadwiga Daniluk <i>Ocena zachowań zdrowotnych pacjentów przed i w trzy miesiące po zabiegu angioplastyki naczyń wieńcowych</i>	143
Ewa Kupcewicz, Małgorzata Wojtkowska <i>Akceptacja choroby a poczucie satysfakcji z życia w grupie chorych leczonych z powodu dyskopatii</i>	157
Mariola Ejdyś, Olga Bielan <i>Wiedza pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej w aspekcie chorób przewlekłych</i>	171
Katarzyna Witkowska, Ewa Kupcewicz <i>Wpływ wybranych czynników socjodemograficznych na jakość życia chorych z cukrzycą typu 2</i>	189
Brygida Kondracka, Krzysztof Łukaszuk <i>Prawo do informacji w podmiotach leczniczych niezbywalnym prawem pacjenta</i>	203

Brygida Kondracka, Krzysztof Łukaszuk <i>System ochrony resortowej MSW w systemie opieki zdrowotnej</i>	215
Brygida Kondracka, Krzysztof Łukaszuk <i>Zintegrowany system zarządzania podmiotem leczniczym na przykładzie olsztyńskiego Szpitala MSW</i>	233
Alina Kędzia, Justyna Gniedziejko <i>Wiedza na temat praw pacjenta wśród pielęgniarek</i>	253
Agnieszka Strahl, Sebastian Wagner, Anna Andruszkiewicz, Aldona Kubica, Mariola Banaszkiewicz <i>Związek odczuwanego stresu w pracy a wybrane aspekty życia pielęgniarek czynnych zawodowo</i>	269
Kinga Kulczycka, Anna Kowalczyk <i>Analiza chorób zawodowych występujących w województwie lubelskim w roku 2012 z uwzględnieniem specyfiki zatrudnienia w regionie</i>	287
Danuta Kunecka <i>Zmiany w strukturze zatrudnienia w grupie zawodowej pielęgniarek a potrzeby rynku pracy – na przykładzie województwa zachodniopomorskiego</i>	301
Paweł Skoczylas <i>Opracowanie strategii konkurencji w procesach restrukturyzacji placówek ochrony zdrowia</i>	311
Paweł Skoczylas <i>Zastosowanie analizy strategicznej w procesach restrukturyzacji placówek ochrony zdrowia</i>	323

Wstęp

Pielęgniarstwo jest dynamicznie rozwijającym się zawodem, niosącym ze sobą wiele interesujących perspektyw. Zawód pielęgniarki wymaga dziś coraz większej wiedzy fachowej, dlatego tak ważne jest dążenie do zdobywania nowych wiadomości i zdolność ich rozumienia. Nie tylko w Europie czy na świecie, ale również w Polsce, wzrasta zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską. Z jednej strony spowodowane jest to starzeniem się społeczeństwa, rosnącą liczbą pacjentów w wieku wymagającym stałej, fachowej opieki oraz pacjentów przewlekle chorych, a z drugiej strony wzrastającymi kompetencjami pielęgniarek i poszerzaniem się ich zakresu uprawnień i odpowiedzialności. Obraz pielęgniarstwa trafnie oddała dyrektor generalny Światowej Organizacji Zdrowia dr Gro Harlem Brundtland: „Pielęgniarki, będące fundamentem służby zdrowia, mogą wyjątkowo dużo zdziałać na rzecz zdrowej planety (...). Stanowiąc niekiedy nawet 80% wykwalifikowanego personelu medycznego w większości państwowych systemów służby zdrowia, pielęgniarki i położne mogą odegrać decydującą rolę we wprowadzaniu zmian niezbędnych do realizacji w XXI wieku programu Zdrowie dla Wszystkich. Ich służba obejmuje pełny zakres opieki zdrowotnej (...). Nie ulega wątpliwości, że pielęgniarki to kręgosłup zespołu terapeutycznego”.

Organizacja i zarządzanie wyzwaniem dla pielęgniarek i położnych w nowoczesnej Europie – część II to tytuł publikacji zawierającej artykuły prezentujące dorobek naukowy pielęgniarek i położnych, które uczestniczą nie tylko w procesie pielęgnowania, edukacji, promowaniu zdrowia, ale przede wszystkim uczestniczą w życiu każdego z nas od momentu narodzin do śmierci.

Pielęgniarstwo jest dynamicznie rozwijającym się zawodem i niosącym ze sobą wiele interesujących perspektyw, ale oprócz tego z zawodem pielęgniarki, położnej związane jest duże ryzyko stresu, a w konsekwencji wypalenie zawodowe. Dowodem na to są prace omawiające osobowościowe uwarunkowania funkcjonowania zawodowego pielęgniarki, związek odczuwalnego stresu w pracy pielęgniarek czy choroby zawodowe.

Wśród prezentowanych tematów znajdziecie Państwo również próbę odpowiedzi na problemy związane z akceptacją choroby, radzeniem sobie w trudnej sytuacji przez pacjentów z chorobą nowotworową, jakością życia pacjentów czy prawem do informacji.

Mamy nadzieję, że tematy podejmowane w niniejszej publikacji staną się przyczynkiem do dalszej, wspólnej pracy na rzecz chorych, potrzebujących pomocy i opieki, a także rozwoju zawodowego pielęgniarek i położnych.

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



Marzanna Mziray

Gdański Uniwersytet Medyczny

Regina Żuralska

Gdański Uniwersytet Medyczny

Danuta Postrożny

Gdański Uniwersytet Medyczny

Przemysław Domagała

Gdański Uniwersytet Medyczny

Poczucie depresji, lęku i bólu a style radzenia
sobie w sytuacji trudnej u pacjentów z chorobą
nowotworową

**The feeling of depression, anxiety and pain and styles of coping
with difficult situations in patients with cancer**

Abstract: Patients with cancer experience many negative emotions. In the emotional sphere there is: depression, anxiety, and in the somatic aspects pain predominates. Patients cope with these difficult situations by using different styles. Parker and Endler distinguished three coping styles in a difficult situation: style focused on a specific style focused on emotions and style focused on avoiding.. The aim of this study was to evaluate the level of intensity of depression, anxiety and pain and to define styles of coping with a difficult situation for patients with cancer. As research tools were used: Modified Scale for the Assessment of Depression and Drug HADS-M The study was conducted among 72 people staying under the care of Hospice House IM. St.. Joseph in Sopot., VAS Visual Analogue Scale-Visual Analog Scale-Pain strengths and Inventory Coping with stressful situations CISS Endler and Parker. In 100% of the occurrence of pain, anxiety and depression

according to HADS-M. Almost half of respondents (45.8%) patients experienced pain medication and depression of moderate severity. In the assessment of coping strategies in cancer patients with higher education often use the style focused on finding solutions compared with patients with primary education, vocational and secondary. Patients aged 61-79 years, often in difficult situations apply style focused on emotions than those in the range of 36-60 years.

Key-words: depression, anxiety, pain, destruction styles to deal with cancer, patients.

Wstęp

Pojawienie się choroby nowotworowej można uznać wg Ciepuch [2006, ss. 44–53] za czynnik silnie stresujący w życiu każdego człowieka. Jej wpływ na organizm ludzki jest wielostronny. Jak pisze profesor Jacek Łuczak w przedmowie do książki Barraclough [1997, s. 7], „Choroba nowotworowa obejmuje cały obszar osobowości, dotyczy wielorakich odczuć całej osoby ludzkiej, zarówno somy, obszaru psychosocjalnego, jak i duchowego”.

W wymiarze somatycznym choroba ta często łączy się z różnymi dolegliwościami fizycznymi. Do dominujących, wg badań Glińskiej [2009, ss. 190–198], należą ból, suchość w jamie ustnej, ślinotok, nudności, wymioty, duszność, brak apetytu, biegunki. Natężenie i zakres dolegliwości fizycznych związanych z procesem chorobowym zależą między innymi od takich zmiennych, jak stan zaawansowania choroby, lokalizacja zmian chorobowych, a także stopień ich rozprzestrzeniania w organizmie. Dolegliwości związane z procesem leczenia odnoszą się do leczenia o agresywnym charakterze, takiego jak chemioterapia, radioterapia, a także leczenie chirurgiczne, niekiedy skojarzone z wymienionymi wyżej metodami.

W wymiarze psychicznym, jak podaje Majkiewicz [2005, ss. 57–66], choroba nowotworowa wywołuje wiele negatywnych emocji w postaci, lęku, depresji, a często też rozdrażnienia lub agresji. Pod wpływem przeżywanych lęków i obaw związanych z postępem choroby oraz groźbą śmierci, wielu chorych zmienia wzorce zachowań związanych z codzienną aktywnością. Występuje znaczne nasilenie dystresu. Wyniki na skali dystresu (na podstawie National Cancer Network) mogą zajmować miejsce od całkowicie prawidłowego uczucia bezradności, smutku i strachu do paraliżujących problemów typu depresja, panika, izolacja społeczna i kryzys duchowy [Szwat 2001, ss. 35–41]. W zależności od stopnia nasilenia dystresu chory stosuje różne strategie radzenia sobie w sytuacji trudnej i potrzebuje innego rodzaju wsparcia [Pronobis 2004, ss. 9–10, Ogińska-Bulik 2002, ss. 21–25]. Parker i Endler [1992, ss. 321–344; 1994, ss. 50–60] wyróżnili trzy style zachowania się w sytuacji stresowej:

1. Styl skoncentrowany na zadaniu – polegający na podejmowaniu działania mającego na celu rozwiązanie problemu lub zmianę istniejącej sytuacji stresowej przez wykorzystywanie procesów poznawczych;
2. Styl skoncentrowany na emocjach, na własnych przeżyciach emocjonalnych, takich jak złość, poczucie winy, napięcie – jest charakterystyczny dla osób, które preferują myślenie życzeniowe i fantazjowanie kosztem efektywnego i racjonalnego działania, mającego na celu usunięcie lub zminimalizowanie bodźca stresowego;
3. Styl skoncentrowany na unikaniu – polega na odrzuceniu od siebie myśli o zasadniczym problemie, niedopuszczeniu do przeżywania go i angażowania się w rozwiązywanie sytuacji stresowej: człowiek niejako ucieka od problemu wykorzystując czynności zastępcze – może np. robić zakupy, sprzątać, spać, oglądać telewizję lub poszukiwać kontaktów towarzyskich.

Autorzy licznych badań podkreślają, że osoba posiadająca więcej różnego typu strategii radzenia sobie ze stresem, bardziej elastycznie i skutecznie je wykorzystując w radzeniu sobie z chorobą i jej przykrymi dolegliwościami [Terelak 2008, ss. 301–310; Heszen i Sęk 2007, ss. 107–121].

Celem niniejszej pracy była ocena poziomu natężenia depresji, lęku i bólu oraz określenie stylów radzenia sobie w sytuacji trudnej przez pacjentów z chorobą nowotworową.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono od stycznia do maja w 2014 roku wśród pacjentów z rozpoznaną chorobą nowotworową, przebywających pod opieką Domu Hospicyjnego im. św. Józefa w Sopocie. Spośród 72 pacjentów 39 osób (54,2% badanych) stanowiły kobiety a 33 osoby (45,8% badanych) mężczyźni. Do przeprowadzenia badań użyto następujących narzędzi: Zmodyfikowaną Skalę do Oceny Depresji i Lęku HADS, Wzrokowo-Analogową Skalę Natężenia Bólu VAS (Visual Analogue Scale) oraz Inwentarz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS Endlera i Parkera.

Skala HADS, skonstruowana przez Zigmond i Snaith, jest najczęściej stosowanym narzędziem do oceny depresji i lęku. W wersji oryginalnej składa się z siedmiu pozycji badających, odnoszących się do stanów depresyjnych. Wyodrębniono następujące kategorie oddzielne dla skali lęku i oddzielne dla skali depresji: 0–7 punktów – brak zaburzeń, 8–10 punktów – stany graniczne, 11–21 punktów – stwierdzenie zaburzenia [Majkowicz 1994, ss. 21–35].

Wzrokowo Analogowa Skala Natężenia Bólu jest skalą numeryczną z graficznym odcinkiem o długości 10 cm, na którym pacjent zaznacza wielkość obecnie odczuwanego natężenia bólu. Wzdłuż tej skali linii znajdują się

słowne określenia natężenia bólu: 0 – brak bólu, 0–4 – ból o słabym nasileniu inaczej łagodny, 4–7 – ból o średnim nasileniu, inaczej umiarkowany, 7–9 – ból silnym nasileniu, powyżej 9 – ból bardzo silny, tak silny, jak można sobie to tylko wyobrazić [Hilgier 2008; Leppert 2006, s. 147].

Inwentarz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS Endlera i Parkera w adaptacji P. Szczepaniaka, J. Streala i K. Wrześniewskiego [2005, ss. 79–80] składa się 48 stwierdzeń i przeznaczony jest do pomiaru częstotliwości podejmowania danego działania w sytuacjach stresowych i trudnych. Wyniki interpretowane są w skalach: SSZ – styl skoncentrowany na zadaniu, SSE – styl skoncentrowany na emocjach; SSU – styl skoncentrowany na unikaniu, który może przyjmować dwie formy: ACZ – angażowanie się w czynności zastępcze i PKT – poszukiwanie kontaktów towarzyskich. Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą IBM, Statistical SPSS 20. Za poziom istotności przyjęto $p < 0,05$.

Opis grupy badanej

Spośród 72 pacjentów 39 osób (54,2%) stanowiły kobiety a 33 osoby (45,8%) stanowili mężczyźni. Najliczniejszą grupę badanych – 30 osób (41,7%) stanowili pacjenci z wykształceniem zawodowym. Pozostali badani mieli wykształcenie: średnie – 21 osób (29,2% badanych), podstawowe – 12 osób (16,7%) i wyższe – 9 osób (12,5%). Spośród badanych 38 osób (52,8%) stanowili pacjenci w przedziale wiekowym 36–60 lat, 34 osoby 47,2% (47,2%) mieściły się w przedziale wiekowym 61–79 lat (tabela 1, 2, 3).

Wyniki

Uzyskane wyniki przedstawione w tabeli 1. wskazują, że ból o słabym nasileniu stwierdzono u 21 osób (29,2%), ból średni u 33 osób (45,8%), a ból silny u 18 osób (25%).

Tabela 1. Rozkład częstości odczuwania bólu wg skali VAS

		Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
Ważne	0-3 (ból o słabym nasileniu)	21	29,2	29,2	29,2
	4-6 (ból o średnim nasileniu)	33	45,8	45,8	75,0
	7-10 (ból silnym nasileniu)	18	25,0	25,0	100,0
	Ogółem	72	100,0	100,0	

Źródło: opracowanie własne.

Uzyskane wyniki, przedstawione w tabeli 2, wskazują, że lęk o słabym nasileniu stwierdzono u 21 osób (29,2%), lęk o średnim nasileniu u 33 osób (45,8%), a lęk o nasileniu silnym u 18 osób (25%).

Tabela 2. Rozkład częstości odczuwania lęku wg skali HADS

		Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
Ważne	0-7 (brak lęku)	21	29,2	29,2	29,2
	8-10 (lęk o średnim nasileniu)	33	45,8	45,8	75,0
	11-21 (lęk o silnym nasileniu)	18	25,0	25,0	100,0
	Ogółem	72	100,0	100,0	

Źródło: opracowanie własne.

Uzyskane wyniki przedstawione w tabeli 3 wskazują, że depresję o słabym nasileniu stwierdzono u 21 osób (29,2%), depresję o średnim nasileniu u 33 osób (45,8%), a depresję o nasileniu silnym u 18 osób (25%).

Tabela 3. Rozkład częstości odczuwania depresji wg skali HADS

		Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
Ważne	0-7 (brak depresji)	21	29,2	29,2	29,2
	8-10 (depresja o średnim nasileniu)	33	45,8	45,8	75,0
	11-21 (depresja o silnym nasileniu)	18	25,0	25,0	100,0
	Ogółem	72	100,0	100,0	

Źródło: opracowanie własne.

Rozkład wyników przedstawionych w tabeli 4 pokazuje, że poziom wykształcenia pacjentów nowotworowych nie różnicował SSZ, SSE, SSU, ACZ z odczuwaniem lęku, depresji i bólu, bowiem średnie wyniki tych zmiennych przyjmowały podobne wartości. Zaobserwowano dwie różnice pomiędzy średnimi wynikami SSZ i PKT a poziomem wykształcenia. Pacjenci z wykształceniem podstawowym, zawodowym i średnim bardzo rzadko (1-4 sten, wartości niskie) w sytuacjach stresowych stosują styl skoncentrowany na poszukiwaniu rozwiązań w porównaniu do pacjentów z wykształceniem wyż-

szym (5–6 sten, wartości przeciętne) ($1,66 \pm 2,30$ vs $1,96 \pm 1,93$ vs $2,57 \pm 2,58$ vs $5,22 \pm 3,41$). Badani z wykształceniem podstawowym zawodowym i średnim bardzo rzadko (1– 4 sten, wartości niskie) w sytuacjach stresowych stosują styl skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich w porównaniu do pacjentów z wykształceniem wyższym (5–6 sten, wartości przeciętne) ($1,50 \pm 1,00$ vs $3,83 \pm 2,71$ vs $4,42 \pm 3,23$ vs $6,11 \pm 3,82$).

Tabela 4. Zależności między wykształceniem a stylami radzenia sobie ze stresem, odczuwaniem lęku, depresji i bólu u badanych

wykształcenie		SSZ (STE- NY)	SSE (STE- NY)	SSU (STE- NY)	ACZ (STE- NY)	PKT (STE- NY)	LĘK	DE- PRE- SJA	VAS
pod- stawo- we	N	12	12	12	12	12	12	12	12
	M	1,666	6,833	5,083	6,583	1,500	16,166	14,333	5,000
	SD	2,309	2,855	2,234	3,579	1,000	2,249	3,845	2,763
śred- nie	N	21	21	21	21	21	21	21	21
	M	2,571	7,952	4,571	6,714	4,428	15,523	12,476	4,666
	SD	2,580	2,729	3,026	3,227	3,233	4,094	6,112	2,516
wyż- sze	N	9	9	9	9	9	9	9	9
	M	5,222	6,666	4,888	5,888	6,111	12,55	8,111	4,000
	SD	3,419	2,345	2,891	3,295	3,822	5,502	8,328	3,807
zawo- dowe	N	30	30	30	30	30	30	30	30
	M	1,966	7,900	5,200	7,400	3,833	15,000	13,766	5,66
	SD	1,938	2,309	2,412	3,222	2,717	3,713	5,076	2,856
	p (test Kru- skała- -Walli- sa)	*0,020	0,191	0,827	0,556	*0,006	0,386	0,242	0,306

M–średnia

SD–odchylenie standardowe

* $p < 0,05$ –różnią się istotnie statystycznie

Źródło: opracowanie własne.

Wyniki przedstawione w tabeli 5 wskazują, że płeć nie różnicuje SSZ, SSE, SSU, ACZ, PKT, odczuwaniem lęku, depresji i bólu, bowiem wyniki tych zmiennych przyjmowały podobne wartości.

Tabela 5. Zależności między płcią a stylami radzenia sobie ze stresem, poczuciem lęku i depresji i odczuwaniem bólu u badanych

PŁEĆ		SSZ (STE- NY)	SSE (STE- NY)	SSU (STE- NY)	ACZ (STE- NY)	PKT (STE- NY)	LĘK	DE- PRE- SJA	VAS
ko- bieta	N	39	39	39	39	39	39	39	39
	M	2,307	7,435	4,641	6,589	3,769	15,179	13,128	5,410
	SD	2,451	2,826	2,680	3,377	3,090	3,959	5,912	2,908
męż- czyzn	N	33	33	33	33	33	33	33	33
	M	2,727	7,757	5,333	7,212	4,060	14,878	12,363	4,636
	SD	2,775	2,179	2,483	3,140	3,091	3,998	5,941	2,826
	p (test U Manna – Whitneya)	0,576	0,963	0,476	0,450	0,633	0,721	0,530	0,262

M-średnia

SD-odchylenie standardowe

p<0,05-różnią się istotnie statystycznie

Źródło: opracowanie własne.

Wyniki przedstawione w tabeli 6 wskazują, że wiek nie różnicował SSZ, SSU, ACZ, PKT, odczuwania lęku, depresji i bólu, bowiem zmienne mają podobne wartości. Jedną różnicę zaobserwowano pomiędzy SSE a przedziałem ($t = -1,712$ (70), $p < 0,05$). Pacjenci w przedziale wiekowym 61–79 lat częściej w sytuacjach trudnych stosowali styl skoncentrowany na emocjach niż osoby w przedziale 36–60 lat ($8,11 \pm 2,02$ vs $7,10 \pm 2,86$).

Tabela 6. Zależność między wiekiem a SSZ, SSE, SSU, ACZ, PKT, odczuwaniem lęku, depresji i bólu

przedział wiekowy		SSZ (STE- NY)	SSE (STE- NY)	SSU (STE- NY)	ACZ (STE- NY)	PKT (STE- NY)	LĘK	DE- PRE- SJA	VAS
36-60	N	38	38	38	38	38	38	38	38
	M	2,605	7,105*	4,631	6,736	4,315	14,263	12,184	5,447
	SD	2,488	2,864	2,352	3,210	3,297	3,943	5,746	2,585
61-79	N	34	34	34	34	34	34	34	34
	M	2,382	8,118*	5,323	7,029	3,441	15,911	13,441	4,617
	SD	2,741	2,026	2,836	3,361	2,776	3,832	6,076	3,152

M-średnia

SD-odchylenie standardowe

*p<0,05-różnią się istotnie statystycznie

Źródło: opracowanie własne.

Dyskusja

Chorobie nowotworowej, jak dowodzi wiele badań, często towarzyszy ból, lęk i depresja. Ból, według definicji Międzynarodowego Stowarzyszenia Badania Bólu, określany jest jako czuciowe i emocjonalne nieprzyjemne doznanie, które wiąże się z rzeczywistym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanki [Ciepuch 2006, ss. 44–53, De Walden-Gałuszko 1992, ss. 22–25, Lewandowski 2005, ss. 25–32]. Ból nowotworowy to wynik specyficzności choroby, jak również współtowarzyszących jej emocji: lęku i depresji. W trakcie procesu terapeutycznego niezwykle istotna staje się ocena bólu. Podstawą do włączenia racjonalnego leczenia bólu jest ocena poziomu jego natężenia za pomocą skal i kwestionariuszy [Hilgier 2003, s. 46, Kotańska-Liemieszek 2009, ss. 11–21, Kram 2006, ss. 344–348, Lewandowski 2005, ss. 25–32].

W badaniach własnych użyto Wzrokowo-Analogowej Skali Natężenia Bólu VAS. Według uzyskanych wyników w całej badanej populacji nie było osób, które nie odczuwały bólu, jak również osób, które czuły ból tak silny, jak można sobie to tylko wyobrazić. Najwięcej, bo 33 osoby (45,8% badanych) odczuwały ból o średnim nasileniu, 21 osób (29, 2% badanych) ból o nasileniu słabym, a 18 osób (25% badanych) o nasileniu silnym.

Inny rozkład nasilenia bólu przedstawiają w swoich badaniach Szwat, Słupski i Krzyżanowski [2011, ss. 35–41], w których 14 osób (28% badanych) osób nie odczuwało bólu, najwięcej, bo 15 osób (30% badanych) deklarowało ból o słabym nasileniu, 10 osób (20% badanych) o średnim nasileniu, 9 osób (18% badanych) o nasileniu silnym, a 2 osoby (4% badanych) ból tak silny, jak można sobie to tylko wyobrazić.

Percepcja i nasilenie bólu może być uzależniona od cech osobowości, sposobów radzenia sobie z bólem, uwarunkowań poznawczo-uczuciowych, umiejscowienia poczucia kontroli oraz pamięci. Zależności te wymagają dalszych badań [Ciepuch 2006, ss. 44–53].

Morton [1999, ss. 118–129] w swoich badaniach zwrócił uwagę, że bólu nie powinno się oceniać w oderwaniu od kontekstu choroby, jednorazowo lub tylko w celu sprawdzenia jego natężenia. Oceniając ból, należy również skupić się na wykrywaniu i określaniu innych objawów wywołanych przez ból lub współistniejących z nim, co podkreślili Eccleston czy Hockenbery [Ciepuch 2006, ss. 44–53].

Częstymi zaburzeniami występującymi u osób objętych opieką paliatywną, które są wywołane bólem, bądź mu towarzyszą, są lęk i depresja. Lęk może pojawić się na początku postępowania diagnostycznego, w czasie wdrażania i kontynuowania działań terapeutycznych oraz po zakończeniu leczenia [de Walden-Gałuszko, Majkowicz 2003, ss. 1–70].

Wyniki przeprowadzonych badań własnych wykazały, że wszyscy przebadani pacjenci hospicyjni, czyli 72 osoby, odczuwali lęk według skali HADS, a u największej grupy osób, bo u 33 (45,8%) występował lęk o średnim (umiarkowanym) nasileniu.

Podobne wyniki uzyskała w swoich badaniach Baczewska [2014, ss. 7–21], gdzie prawie wszyscy badani (97 osób – 95,1%) odczuwali lęk, który najczęściej przyjmował średnie nasilenie.

Przeprowadzone badania [Baczewska 2014, ss. 7–21, Szwał 2011, ss. 35–41, de Walden-Gałuszko, Majkowicz 2003, ss. 1–70], dowodzą, że lęk i ból występują powszechnie u chorych na nowotwory, a nawet istnieje wyraźna współzależność między tymi emocjami. Ból wywołuje lęk, lęk zwiększa odczucie bólu (obniża próg tolerancji na ból), silniejszy ból wywołuje silniejszy lęk, im dłużej trwa lęk, tym dłużej trwa ból i odwrotnie [Kaszalska 2005, ss. 123–123].

Do dominujących negatywnych skutków, jakie wywołuje choroba nowotworowa, oprócz lęku należy depresja [Majkowicz 2005, ss. 57–66]. W rozumieniu klinicznym to zaburzenie nastroju, w którym stan psychiczny pacjenta wyraźnie różni się od jego dobrego samopoczucia i zdrowia psychicznego, to stan długotrwałego uporczywego uczucia rozpacz i braku nadziei [Malbi, Bridges 2001, s. 1]. Depresja związana z chorobą nowotworową jest patologiczną odpowiedzią emocjonalną na utratę normalności z powodu diagnozy, leczenia lub występujących komplikacji.

W badaniach Szwał [2011, ss. 35–41], w podskali depresji w Skali HADS zaburzenie to stwierdzono u 30% badanych. Badania własne wykazały, że występowało ono w całej grupie – u 72 pacjentów. Przy czym najwięcej osób 33 (45%) uzyskało wyniki świadczące o występowaniu u nich depresji o średnim nasileniu.

U pacjentów z chorobą nowotworową podstawowymi determinantami depresji są objawy cierpienia związane z chorobą, znaczenie choroby dla pacjenta czy niewłaściwe wsparcie [Cavusoglu 2001, ss. 380–385].

Depresja obniża motywację do walki z chorobą podstawową, utrudnia komunikację z zespołem terapeutycznym, ponadto zmniejsza właściwości immunologiczne pacjenta, które mają bardzo istotne znaczenie w przystosowaniu się do choroby nowotworowej i w jej leczeniu.

Pacjenci w bardzo różny sposób podchodzą do choroby nowotworowej. Jest to uzależnione od cech charakteru, doświadczeń, posiadanej wiedzy na ten temat, od rodzaju nowotworu, jak również od występujących dolegliwości, zarówno tych somatycznych, jak i psychicznych [Majkowicz 2005, ss. 57–66, ss. 107–211, Heszen i Sęk 2007, ss. 107–211, Kurowska 2010, ss. 429–434].

W dalszej części badań własnych za pomocą skali CISS starano się określić styl radzenia sobie z chorobą nowotworową oraz zależności pomiędzy wykształceniem, płcią, wiekiem, bólem, lękiem i depresją a reprezentowanym stylem.

Analiza pierwszej zmiennej wykazała, że pacjenci nowotworowi z wykształceniem podstawowym, zawodowym i średnim bardzo rzadko (1–4 sten, wartości niskie) w sytuacjach trudnych stosują styl skoncentrowany na poszukiwaniu rozwiązań, w porównaniu do pacjentów z wykształceniem wyższym (5–6 sten, wartości przeciętne). Dalej, badani z wykształceniem podstawowym, zawodowym i średnim również bardzo rzadko (1–4 sten, wartości niskie) w sytuacjach trudnych stosują styl skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich, w porównaniu do pacjentów z wykształceniem wyższym (5–6 sten, wartości przeciętne). Przeciętne wyniki uzyskane przez pacjentów z wykształceniem wyższym mogą być efektem właściwości osobowościowych lub stanem posiadanej wiedzy na temat choroby.

Analiza drugiej zmiennej pokazała, że płeć nie różnicuje stylów radzenia sobie w sytuacji trudnej (SSZ, SSE, SSU, ACZ, PKT) z odczuwaniem lęku, depresji i bólu, bowiem wyniki tych zmiennych były o podobnych wartościach.

Opracowanie statystyczne trzeciej zmiennej wykazało, że pacjenci w przedziale wiekowym 61–79 lat częściej w sytuacjach trudnych stosowali styl skoncentrowany na emocjach niż osoby w przedziale 36–60 lat.

Strategie skoncentrowane na problemie, wyrażające aktywne zmaganie się z chorobą, usuwanie źródeł stresu lub zmniejszenie siły jego oddziaływania są lepsze od strategii ukierunkowanych na emocjach, polegających na wycofaniu się, rezygnacji, przejawiania lęku i beznadziejności [Ogińska-Bulik 2002, ss. 21–25].

Reasumując, chorobie nowotworowej towarzyszy wiele objawów fizycznych i /lub psychicznych, co potwierdzono w badaniach własnych. Wczesne określenie nasilenia bólu, lęku i depresji pozwala na zastosowanie właściwego leczenia, a określenie strategii na dobór odpowiedniej formy psychoterapii.

Wnioski:

1. Wszyscy badani pacjenci, objęci opieką hospicyjną, odczuwali ból. Zazwyczaj przyjmował on umiarkowane nasilenie – 33 osoby (45,8%), u 21 osób (29,2%) występował ból o słabym nasileniu, natomiast u 18 osób o silnym.
2. U wszystkich badanych wg kwestionariusza HADS występował lęk. U największej grupy osób, bo u 33 (45,8%), występował lęk o średnim nasileniu.
3. Aż 100% badanych wykazało objawy depresji. U 45,8% badanych była to depresja o nasileniu średnim.
4. W ocenie strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową pacjenci z wykształceniem wyższym częściej stosowali styl skoncentrowany na poszukiwaniu rozwiązań w porównaniu z pacjentami z wykształceniem podstawowym, zawodowym i średnim.

-
- 5.** Pacjenci w przedziale wiekowym 61–79 lat częściej w sytuacjach trudnych stosowali styl skoncentrowany na emocjach niż osoby w przedziale 36–60 lat.
 - 6.** Wczesne określenie nasilenia bólu, leku i depresji pozwala na zastosowanie właściwego leczenia, a określenie strategii na dobór odpowiedniej formy psychoterapii.

Bibliografia

Barracough J. (1997), *Rak i emocje*, Wydawnictwo Medyczne Sanmedica, Warszawa.
Baczeńska B., Kropornicka B., Drozd C., Olszak C. (2013), *Ocena bólu, lęku, depresji u pacjentów hospitalizowanych powodu choroby nowotworowej*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie”, t. 14, z. 10.

Cavusoglu H. (2001) *Depression in children with cancer*, “Journal of Pediatric Nursing”, nr 16.

Ciepuć G., Wordliczek J. (2006), *Ocena zależności pomiędzy natężeniem bólu a występowaniem lęku depresji u młodych pacjentów hospitalizowanych z powodu choroby nowotworowej i reumatycznej*, „Polska Medycyna Paliatywna”, nr 5.
De Walden-Gałuszko K., Majkowicz M. (2003), *Psychoonkologiczno-kliniczna ocena bólu przewlekłego. Wskazania dla lekarzy pierwszego kontaktu oraz poradni i paliatywnych*, Akademia Medyczna w Gdańsku, Zakład Medycyny Paliatywnej, Gdańsk.

Endler N.S., Parker J.D.A. (1994), *Assessment of multidimensional coping :task, emotion and avoidance strategies*, “Psychological Assessment”, nr 6.

Glińska J., Adamska E., Brosowska B., Lewandowska M. (2009), *Problemy fizyczne chorych w terminalnej fazie choroby a wsparcie społeczne ze strony personelu pielęgniarskiego*, „Problemy Pielęgniarstwa”, t. 17, nr 3.
Juczyński Z. (2001), *Narzędzia w promocji i psychologii zdrowia*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa.
Kazalska D., Jarosz J., Górąj E., Hilgier M. (2005), *Czy Go boli – czy się boi? Lek jako istotny czynnik psychologiczny kształtujący percepcję bólu*, „Onkologia Polska”, nr 8.
Kurowska K., Jaworska M. (2010), *Poczucie koherencji (SOC) a style radzenia sobie z chorobą u osób z rozpoznaniem raka jajnika i jądra*, „Problemy Pielęgniarstwa”, Gdańsk, t. 18, nr 4.

Majkowicz M., De Walden-Gałuszko K. (red.), (1994), *Jakość życia w chorobie nowotworowej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.

Majkowicz M. (2005), *Wybrane problemy psychoonkologii z uwzględnieniem zagadnień psychiatrycznych*, „Psychiatria w Praktyce Klinicznej”, t. 1, nr 2.
Majkowicz M. (2005), *Wielopoziomowa ocena stanu podmiotowego pacjentów z chorobą nowotworową*, „Annales Academiae Medicae Gedanensis”, t. 35, suppl. 2.
Ogińska-Bulik N., Kozak G. (2002), *Akceptacja choroby jako wyznacznik radzenia sobie z chorobą nowotworową u pacjentów opieki paliatywnej*, „Psychoonkologia”, nr 6.
Parker J.D.A., Endler N.S. (1992), *Coping with coping assessment: A critical review*, “The European Journal for Person Centered Healthcare”, nr 6.

Terelak J.F. (2008), *Człowiek i stres. Koncepcje – źródła – reakcje – radzenie sobie – modyfikatory*, Branta, Warszawa.
Heszen-Niejodek I., Sęk H. (red.) (2005), *Psychologia zdrowia*, PWN, Warszawa.

Hilgier M. (2008), *Ból u chorych na nowotwór*, PZWL, Warszawa.
Leppert W. (2006), *Rola analgetyków opioidowych II stopnia drabiny analgetycznej Światowej Organizacji Zdrowia w leczeniu bólu nowotworowego*, „Onkologia Polska”, nr 9.
Malbi G.H., Bridges P.K. (2001), *Postępowanie w depresji*, Urban & Partner, Wrocław.

Morton N.S., *Prevention and control of pain in children*, “British Journal of Anaesthesia”, nr 83, ss. 118– 129

Szwat B., Słupski W., Krzyżanowski D. (2011), *Sposoby radzenia sobie z chorobą nowotworową a poczucie depresji i nasilenie bólu u chorych objętych opieką paliatywną*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne”, t.1, nr 1.

Dorota Ozga

Uniwersytet Rzeszowski

Marek Wojtaszek

Uniwersytet Rzeszowski

Aleksandra Gutysz-Wojnicka

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Mateusz Bester

Uniwersytet Rzeszowski

Elżbieta Mach-Lichota

Uniwersytet Rzeszowski

Szpital Wojewódzki Nr 2 w Rzeszowie

Akceptacja choroby przez pacjentów leczonych w poradni leczenia bólu

Illness acceptance of patients from the pain treatment clinic

Abstract:

Introduction

Patient's reaction to cancer or chronic disease diagnosis as well as his or hers further actions depend on many factors. Patient's age at the time of illness, financial status and personality are just a few among a list of such elements. The road to accept the diagnosis is always difficult and multi-stage. The main stages include: denial, fear and isolation, anger, bargaining, depression and finally acceptance. Accepting the limitations caused by the illness is the only thing that can help improve motivation and achieve the defined objectives as well as overcome impediments while combating the condition.

Aim of the study

The aim of this paper is to define the illness acceptance level in patients treated in Pain Treatment Clinic at the Regional Hospital.

Methodology

The research was carried out from February till April 2014 in the Pain Treatment Clinic at the Regional Hospital in Rzeszow. The participation was anonymous and voluntary. A diagnostic poll was performed using the survey technique. The AIS – Acceptance of Illness Scale has become research tool.

Results

The average result for the studied group amounted to 21,52 pts. Standard deviation was 9,29 %. The minimum in the AIS scale was 7 pts. whereas the maximum reached 40 pts. An explicit acceptance was presented by merely 25,0 % of the participants. An average level of the illness acceptance among women has stood at 22,16 points, and 20,78 points among men.

Conclusions

A definite minority, 25% of the participants, has shown a very high level of illness acceptance. Patients who experience pain for short periods present higher level of illness acceptance, which lasts up to 2 hours. The patients displayed high level of pain tolerance. The average of the evaluated pain amounted to 6 points on VAS scale (0–10 pts).

Key-words: illness acceptance, pain, patient.

Wprowadzenie

Ból jest odczuciem, które towarzyszy człowiekowi od zarania dziejów. Słowo „ból” pochodzi z języka greckiego i oznacza „karę”. Współcześnie funkcjonuje wiele definicji, objaśniających, czym jest ból. To zjawisko złożone, trudne do jednoznacznego zdefiniowania. Wzmaga ono potrzebę szukania pomocy. Według fizjologa Johannes’a Müllera układ zmysłowy może wytworzyć wyłącznie jeden rodzaj zmysłowego doznania. To założenie określono „prawem swoistych doznań zmysłowych”. Müller uważał, że ból jest odczuciem zmysłowym, na który składają się receptory, drogi przewodnictwa i ośrodki. Mając na względzie tę koncepcję, w późniejszym czasie powstało wiele hipotez dotyczących bólu. Międzynarodowe Stowarzyszenie Badania Bólu, definiuje ból jako: „nieprzyjemne odczucie zmysłowe i emocjonalne związane z faktycznym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek, względnie w taki sposób opisywane” [Dudek 2013, ss. 42–46]. Z kolei Marc Schwob pisze: „ból to doznanie nerwowe, podległe ściśle określonym mechanizmom neurologicznym, neurobiolo-

gicznym, neurobiochemicznym, stanowi zarazem nieodłączną część ludzkiej istoty” [Greszka, Siemińska 2008, ss. 157–163]. Ból jest zjawiskiem, w którym możemy określić miejsce jego powstania, rodzaj, natężenie, czas. Z uwagi na zjawisko nocycepcji, bóle można zaliczyć do dwóch podstawowych kategorii. Pierwsza z nich to ból nocyceptyny (somatyczny i trzewny), odbierany przez receptory umiejscowione w tkankach. Drugi z kolei powstaje w niektórych przypadkach uszkodzenia nerwów i jest określany jako ból neuropatyczny [Grochnas i in. 2011, ss. 157–163]. Podstawową funkcję, jaką pełni ból w organizmie człowieka, jest jego obrona przed szkodliwymi czynnikami zewnętrznymi i wewnętrznymi. Ból to swego rodzaju alarm, który sygnalizuje zagrożenie dla ustroju. Ułatwia także postawienie diagnozy klinicznej poprzez opisanie jego charakteru i lokalizacji oraz rozpoczęcie właściwego leczenia. Wraz z ustąpieniem dolegliwości, ustępuje również ból. Bywa jednak, że po wyleczeniu ból jest nadal odczuwalny. Nie spełnia on jednak funkcji ostrzegawczej organizmu [Stachowiak-Andrysiak i in. 2012, ss. 636–640, Wordliczek 2007].

Znaczny wpływ na ocenę charakteru bólu mają komponenty czuciowy, emocjonalny oraz autonomiczny. Każdy z nich uwydatnia się w inny rodzajach bólu. Komponent emocjonalny towarzyszy przewlekłym bólom, czuciowy ostrym bólom powierzchownym, a z kolei autonomiczny bólom trzewnym [Juczyński 2009, ss. 168–172].

Przyczyny powstawania bólu mogą mieć różne podłoże. Ból może powstać na skutek podrażnienia receptorów bólowych, być następstwem obniżenia progu ich pobudliwości, a także wynikać z uszkodzenia układu nerwowego. Bywa także, że ból ma charakter psychogeny, nie towarzyszy mu uszkodzenie tkanek, a mimo to pacjent w taki właśnie sposób odbiera uszkodzenie [Krajewska-Kułać i in. 2010, ss. 31–35]. Choroba w aspekcie psychologicznym jest ściśle związana z indywidualnym spojrzeniem chorego na to, co go spotkało. Pacjent napotyka na swojej drodze wiele trudności, które uniemożliwiają mu normalne funkcjonowanie. Choroba wywołuje u pacjenta różne emocje związane z obrazem choroby. Nim chory zaakceptuje swój stan oraz diagnozę lekarską, musi minąć trochę czasu. Akceptację choroby poprzedzają więc różne zachowania. Jednym z nich jest zaprzeczenie, czyli wyparcie ze świadomości informacji o chorobie. Taka reakcja wiąże się z lękiem przed chorobą i ograniczeniami wynikającymi z tego faktu. Pacjent odsuwa tę myśl od siebie, próbuje udawać, że nic się nie stało [Rupiński 2013, ss. 5–16]. Aby pacjentowi łatwiej było zaakceptować swoją chorobę, powinien otrzymać wsparcie od najbliższego otoczenia. Udowodniono, że przy pomocy rodziny i przyjaciół stan chorego się polepsza i może uchronić chorego np. przed kolejnym zawałem serca. Liczą się drobne gesty i obecność kogoś bliskiego. Bywa jednak, że rodzina i znajomi są na tyle przygnębieni stanem chore-

go, że i jemu się to udziela [Salomon 2003]. Pacjentowi trudno zaakceptować diagnozę w sytuacji, gdy jego choroba stwarza bariery i różnego rodzaju ograniczenia. Dodatkowo ciężarem zaczyna być fakt, iż bliscy wyręczają go w prostych czynnościach, z którymi sam sobie nie radzi. Martwi go to, że jego choroba jest dla innych presją, a nawet ciężarem. Często bliscy chorego żyją jego chorobą i zbyt wiele biorą na siebie [Motyka 1999, ss. 16].

Akceptacja choroby w ujęciu społecznym może wynikać z jej charakteru. Społeczeństwo z reguły obdarza szacunkiem i pomocą osobę np. po zawale serca. W przypadku trwałego kalectwa lub choroby takiej jak AIDS, otoczenie często reaguje inaczej. Czasami osoby bliskie wycofują się i ograniczają kontakt z osobą chorą. Chory, z powodu swojej choroby i ograniczeń z nią związanych, często traci niektóre przywileje społeczne. Dlatego tak ważna jest akceptacja choroby przez otoczenie chorego. Wsparcie bliskich daje siłę i motywuje do walki [Malec-Milewska, Woron 2012].

Cel pracy

Celem niniejszej pracy jest określenie stopnia akceptacji choroby przez pacjentów leczonych w Poradni Leczenia Bólu Szpitala Wojewódzkiego nr 2 w Rzeszowie oraz analiza wpływ wybranych zmiennych niezależnych na poziom akceptacji choroby określony w Skali Akceptacji Choroby (Acceptance of Illness Scale-AIS).

Materiał i metody

Badania przeprowadzonych metodą sondażu diagnostycznego przy użyciu techniki ankietowania. Do przeprowadzenia badań użyto kwestionariusza ankiety składającego się z dwóch części. Pierwsza z nich autorska zawierała 12 pytań zamkniętych jednokrotnego wyboru dotyczących danych socjodemograficznych i przebiegu procesu leczenia, takich jak: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, czas leczenia w poradni leczenia bólu, czas trwania choroby, natężenie bólu mierzone za pomocą skali analogowo-wzrokowej (VAS), główna przyczyna bólu, schorzenia współistniejące, subiektywna skuteczność leczenia przeciwbólowego. Drugą część kwestionariusza stanowiła „Skala Akceptacji Choroby” (AIS) opracowana przez B. J. Felton, T. A. Revenson oraz G. A. Hinrichsen w 1984 roku, do warunków polskich zaadaptowana przez Z. Juczyńskiego. Skala AIS cechuje się wysokimi współczynnikami trafności i rzetelności [Reneman 2010, ss. 457–465]. Skala AIS służy do pomiaru stopnia akceptacji choroby u osób dorosłych. Można ją wykorzystać przy każdej jednostce chorobowej. Skala składa się z ośmiu twierdzeń opisujących nega-

tywne konsekwencje choroby. Pacjent dokonuje subiektywnej oceny swojego stanu, ustosunkowując się do każdego ze stwierdzeń w 5-stopniowej skali Likerta od zdecydowanie zgadzam się (1 punkt) do zdecydowanie nie zgadzam się (5 punktów). Twierdzenia dotyczą uznania ograniczeń narzuconych przez chorobę, braku samowystarczalności, poczucia zależności od innych, poczucia własnej wartości. Suma uzyskanych punktów określa stopień akceptacji choroby (zakres: 8–40). Im wyższy wynik, tym większy stopień akceptacji choroby, niski wynik świadczy o braku akceptacji choroby i niskim poczuciu własnej wartości [Juczyński 2009, ss. 168-172].

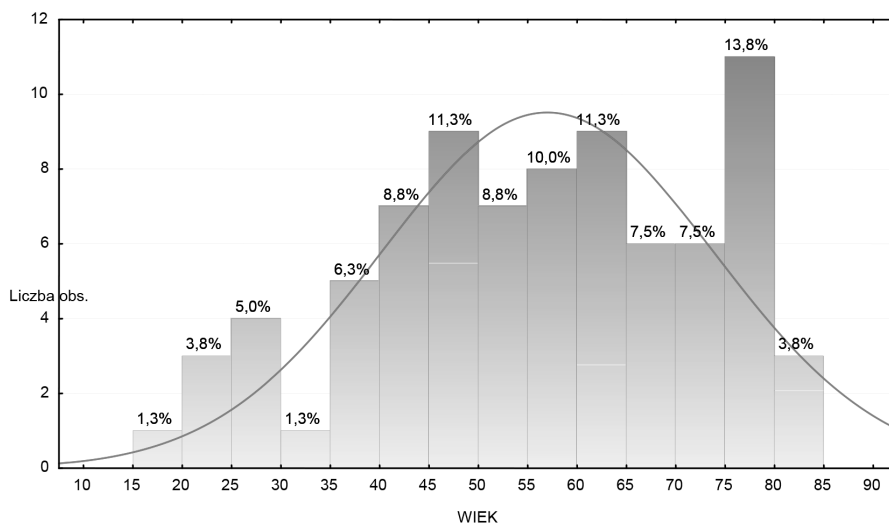
Organizacja badań

Badania zostały przeprowadzone w okresie od lutego do kwietnia 2014 r. w Poradni Leczenia Bólu Szpitala Wojewódzkiego nr 2 w Rzeszowie, po uzyskaniu zgody Dyrekcji podmiotu leczniczego. Udział w badaniu był dobrowolny, po wyrażeniu zgody pacjenci otrzymywali kwestionariusz ankiety wraz z instrukcją wyjaśniającą cel badania i sposób jego wypełniania. Badanie przeprowadzono w sposób zapewniający pacjentom anonimowość. Analizy zależności przeprowadzono stosując test parametryczne oraz nieparametryczne, statystyki opisowe dla prób zależnych program statystyczny Statystyka 10 PL. Przyjęto poziom istotności $\alpha=0.05$.

Wyniki

Badaniem objęto grupę 80 osób, w tym 43 kobiety (53,8%) i 37 mężczyzn (46,3%). Średni wiek badanych pacjentów to około 57 lat ($M\ 56,76 \pm SD\ 16,76$, Min 20 lat, Max 80 lat). Najliczniejszą grupę pacjentów stanowiły osoby w przedziale wiekowym 75–80 lat (13,8 %), następnie 45–50 lat (11,3%), zaś osoby w wieku do 20 roku życia oraz osoby w wieku 30–35 lat stanowiły tylko 1,0% respondentów.

Wykres 1. Wiek ankietowanych pacjentów



Źródło: opracowanie własne.

Najliczniejszą grupę badanych stanowili pacjenci pochodzący ze środowiska wiejskiego (54%), następnie mieszkańcy miasta do 10 tys. mieszkańców (19%), miasta w zakresie 10–50 tys. mieszkańców (17%), najmniej pacjentów mieszkało w mieście powyżej 50 tysięcy mieszkańców (10,0%).

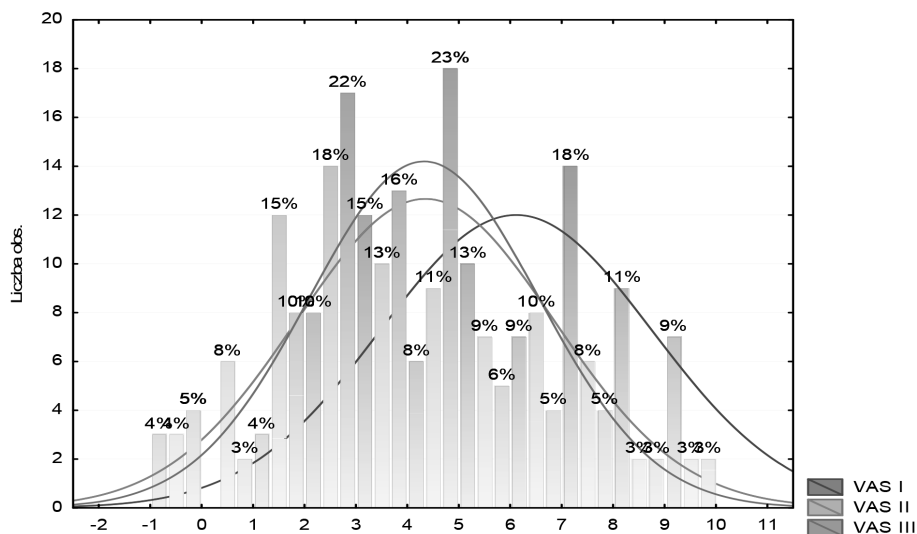
Analizie poddano również czasokres leczenia. Największą grupę pacjentów stanowiły osoby leczące się w poradni krócej niż 6 miesięcy (35,1%), następnie od 6 miesięcy do 1 roku (21,0 %), najmniej grupę stanowiły osoby będące pod opieką poradni przez okres 3–5 lat (10,0%). Główną przyczynę bólu wywołanego przez chorobę podstawową był nowotwór piersi (26,0%), następnie w kolejności nowotwory płuc oraz przerzuty nowotworowe.

Czas trwania choroby, rozumiany jako okres od chwili postawienia rozpoznania choroby zasadniczej do chwili obecnej, wynosił średnio dla całej grupy 51,01 miesiąca. Największa grupa badanych (56,3%) określiła czas trwania swojej choroby w przedziale od 2–10 lat. Czas trwania choroby do 12 miesięcy zaznaczyło 56,3% badanych, a powyżej 20 lat tylko 2,7% badanych.

Nasilenie dolegliwości bólowych określono w trzech punktach czasowych. Pierwszy dotyczył bólu najsilniejszego odczuwanego przed leczeniem (VAS I). Średnia poziomu bólu najsilniejszego przed leczeniem wynosiła 6,07 w skali 0–10. Ból najłagodniejszy przed leczeniem (VAS II) wynosił 4,31 (SD±2,48), a ból aktualnie występujący VAS III (w trakcie leczenia) średnia 4,29 (SD± 2,21).

Stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy najsilniejszym bólem odczuwanym przed leczeniem, a bólem aktualnie odczuwanym (w trakcie leczenia) na poziomie $p=0,002$. Potwierdza to skuteczność leczenia bólu.

Wykres 4. Poziom bólu oceniony w skali VAS



Źródło: opracowanie własne.

Dolegliwości bólowe występowały przez cały dzień u 20% ankietowanych, w tym szczególnie w godzinach wieczornych (36,2%) i porannych (20,3%). Najczęściej najsilniejszy poziom bólu występował po pracy (19,4%) oraz podczas gwałtownych ruchów (14,9%). Analizując czas trwania bólu stwierdzono, że u 38,4% ankietowanych ból trwał do 2 godzin, u 4,1% ból był zależny od warunków atmosferycznych.

Zdecydowana większość badanych pacjentów $N=73$ stwierdziła, że ból był skutecznie leczony i ustępował po przyjęciu leków, tylko jedna osoba nie była usatysfakcjonowana z leczenia przeciwbólowego.

Obliczona wartość średnia dla Skali Akceptacji Choroby (AIS) wyniosła dla całej badanej grupy 21,52 pkt, $SD \pm 9,29$ (zakres 8–40 pkt), co świadczy o przeciętnym poziomie akceptacji choroby i dużym zróżnicowaniu wyników. Zdecydowaną akceptację choroby (30 i więcej pkt) przejawiało zaledwie 25,0% badanych. W tej grupie badanych średnia dla każdego aspektu skali AIS mieściła się w przedziale 3,7–4,1 pkt. (zakres 1–5). Kolejne 32,0% grupy badanej przejawiało przeciętną akceptację choroby, uzyskując 20–29 punktów. Pozostałe osoby (43,0%) wykazywały brak akceptacji choroby (19 i mniej pkt).

Szczegółowa analiza poszczególnych obszarów akceptacji choroby, takich jak: uznanie ograniczeń narzuconych przez chorobę, braku samowystarczalności, poczucia zależności od innych, oceniana w zakresie 1–5 punktów, wskazuje, że najwyższą średnią świadczącą o braku negatywnych emocji używały twierdzenia takie jak: „Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby” (poczucie własnej wartości – średnia 3,00), następnie „Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół (poczucia zależności od innych – średnia 2,95), „Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuje się pełnowartościowym człowiekiem” (poczucie własnej wartości – średnia 2,55). Najniżej ze wszystkich aspektów oceniono: „Z powodu swojego stanu zdrowie nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię” (uznanie ograniczeń narzuconych przez chorobę – średnia 2,48).

Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy ($p=0,59$) pomiędzy stopniem akceptacji choroby przez kobiety (M 22,16 pkt) i mężczyzn (M 20,78 pkt). Kobiety nieznacznie wyżej oceniły poziom akceptacji swojej choroby.

Pacjenci do 50 r. ż. osiągnęli średnio 37 pkt ($p=0,0002$) w skali AIS (zdecydowana akceptacja choroby), natomiast badani pacjenci powyżej 60 r. ż. osiągnęli przeciętny poziom akceptacji choroby – średnia 21,1 pkt. ($p=0,002$).

Nie wykazano statystycznej zależności pomiędzy czasem trwania choroby a poziomem akceptacji choroby ($p=0,6140$). Wykazano natomiast istotną statystycznie zależność pomiędzy czasem trwania bólu a poziomem akceptacji choroby. Osoby, u których ból występował do 2 godzin dziennie, czyli krótko, prezentowały wyższy poziom akceptacji choroby ($p=0,005$).

Stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy aktualnym natężeniem bólu (VAS III) a poziomem akceptacji choroby VAS III $F(10, 68)=3,5530$, $p=0,0008$.

Przedmiotem analiz była zależność pomiędzy poziomem akceptacji choroby a rodzajem stosowanego leczenia farmakologicznego. Pacjenci, którzy przyjmowali lek Pyralginę (Metamizol) $N=2$, prezentowali najniższy poziom akceptacji choroby (średnia AIS 8 pkt) $p=0,041$, natomiast przy stosowaniu MST o zmodyfikowanym uwalnianiu (Morphini sulfas) i Tramal (Tramadolum) średnia w skali AIS wynosiła 35 pkt. Najwyższą wartość w skali AIS uzyskał respondent przyjmujący Poltram (Tramadolum) (40 pkt), co wskazuje na pełną akceptację choroby.

Dyskusja

Celem badań własnych była ocena stopnia akceptacji choroby przez pacjentów leczonych w Poradni Leczenia Bólu Szpitala Wojewódzkiego w Rzeszowie i analiza wpływu wybranych zmiennych na poziom akceptacji choroby.

Na podstawie przeprowadzonych badań własnych zauważono, że akceptacja choroby była na przeciętnym poziomie, jednak poszczególne obszary w zakresie skali AIS znacznie się różniły. Zdecydowaną akceptację choroby przejawiało zaledwie 20 badanych (25,0%). Były to osoby, które uzyskały 30 i więcej punktów. Kolejne 26 osób (32,0%) przejawiało przeciętną akceptację choroby, uzyskując 20–29 punktów. Pozostałe 34 osoby (43,0%) prezentowały praktycznie brak akceptacji choroby.

W literaturze znajduje się doniesienia na temat stopnia akceptacji choroby. Juczyński [2001, ss. 168–172] przeprowadził badania wśród pacjentów z chorobami przewlekłymi, dotyczące poziomu akceptacji choroby skalą AIS. Pacjenci dializowani uzyskali wartość średnią $25,35 \pm 6,03$. W badaniu Józefowskiej i Majdy [2010, ss. 11–18] u pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc POChP wskaźnik akceptacji choroby w skali AIS wyniósł 20,6 i świadczył o średnim poziomie akceptacji choroby. W badaniach własnych zaobserwowano podobne niskie wartości wskaźnika akceptacji choroby. Ze wszystkich obszarów akceptacji choroby najwyżej oceniono poczucie: *Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny/niepotrzebna*, a w dalszej kolejności poczucie: *Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół*. Może to oznaczać, że respondenci mają wsparcie od swoich współmałżonków i dzieci. W badaniach Krasuckiej i in. [2002, ss. 60–68], dotyczących wsparcia emocjonalnego względem najbliższych, zaobserwowano, że w sytuacji kryzysowej najlepszą grupą wsparcia jest rodzina. Relacje z rodziną wzmacniają przekonania o możliwości pokonania trudnych sytuacji.

Analiza wpływu zmiennych demograficznych wykazała, że nieznacznie większą trudność z przystosowaniem się do choroby wykazują mężczyźni. Najtrudniejsze w chorobie według mężczyzn jest to, iż uniemożliwia ona wykonywania czynności, które sprawiały największą przyjemność. Czują również, iż mają kłopoty z przystosowaniem się do nowego sposobu funkcjonowania, a także, że nie są samowystarczalni, a przeciwnie – bardziej zależni od innych niż przed chorobą. Kobietom najtrudniej pogodzić się z zależnością od innych oraz z tym, że nigdy nie będą samowystarczalne w takim stopniu, w jakim chciałyby być. W przeciwieństwie do mężczyzn chore kobiety zdecydowanie częściej czuły się niepotrzebne i częściej przyznawały, iż mają kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń będących skutkiem choroby. Tylko 25 pacjentów uzyskało wynik średnie dla akceptacji choroby powyżej 30 pkt, co stanowiło 25,0% badanej grupy. Rolka i in. [2012, ss. 183–192], którzy badali poziom akceptacji choroby u pacjentów po wszczepieniu rozrusznika serca, stwierdzili, że 36,6% kobiet biorących udział w badaniu $N=15$ akceptowało chorobą na poziomie średnim i dobrym, a 26,8% ($N=11$) nie akceptowało swojej sytuacji zdrowotnej. Mężczyźni, którzy średnio akceptowali swoją choro-

bę stanowili 55,9% badanych (N=33), dobrze akceptujący – 27,1% (N=16), a 16,9% (N=10) nie akceptowało sytuacji zdrowotnej. Odmienne wyniki uzyskali Kurowska i in. [2013, ss. 65–71]. Autorzy wykazali, że wyższe wyniki akceptacji choroby uzyskali mężczyźni. Autorzy wskazali również związek akceptacji choroby z wiekiem ankietowanych. Najniższą akceptację choroby stwierdzono u pacjentów w wieku powyżej 70 lat. Chorzy żyjący w środowisku wiejskim wykazywali niższy poziom akceptacji choroby i zewnętrzne umiejscowienie poczucie kontroli zdrowia. Osoby, które miały dzieci lub współmałżonków, według wspomnianych autorów wyróżniały się wyższym poziomem akceptacji choroby. Najwyższe wyniki akceptacji choroby odnotowano w grupie z wykształceniem średnim i wyższym. Natomiast Rolka i in. 2012, ss. 183–192] wykazali, że akceptacja choroby zależy od wieku pacjentów. W badaniach Moczydłowskiej i in. [2014, ss. 62–70] również wykazano wpływ wieku na poziom akceptacji choroby. W badaniach przeprowadzonych wśród pacjentów oddziałów zabiegowych i niezabiegowych wykazano, że najniższy poziom akceptacji choroby występował u pacjentów powyżej 70 r.ż. A zatem poszczególne osoby różniły się między sobą stopniem akceptacji choroby. Akceptacja choroby zależy od poziomu nasilenia dolegliwości bólowych, nakłada to na personel medyczny obowiązek wdrażania skutecznych farmakologicznych i pozafarmakologicznych metod leczenia bólu.

Akceptacja choroby stwarza, poczucie bezpieczeństwa, zmniejsza nasilenie negatywnych reakcji i emocji związanych z chorobą, obniżając tym samym poczucie dyskomfortu psychicznego pacjenta i podwyższając jakość życia [Krajewska-Kulak i in. 2010, ss. 31–35].

Wnioski

1. Badani pacjenci leczeni w poradni leczenia bólu wykazują przeciętny poziom akceptacji choroby. Największym problem w akceptacji choroby stanowi przystosowanie się do ograniczeń narzuconych przez chorobę.
2. Wiek wpływa na poziom akceptacji choroby: im starsza osoba, tym mniejszy poziom akceptacji choroby.
3. Pacjenci, u których czas trwania bólu jest krótki (do 2 godzin), prezentują wyższy poziom akceptacji choroby.
4. Natężenie bólu wpływa na poziom akceptacji choroby, najsilniejszy ból oznacza brak akceptacji choroby.

Bibliografia

Dudek J. (2013), *TENS jako niefarmakologiczna metoda leczenia bólów nowotworowych*, „Rehabilitacja w praktyce”, nr 5.

Greszka E., Siemińska M. (2008), *Poziom lęku – stanu i lęku – cechy u pacjentów zakwalifikowanych do leczenia operacyjnego pomostowaniem aortalno-wieńcowym a percepcja bólu rany pooperacyjnej i innych dolegliwości bólowych*, „Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie”, nr 54 (1).

Grochnas E., Hyrcza V., Kuczyńska M., Szkup-Jabłońska M., Jurczak A., Rotter I., Zarembo-Pechman L., Karakiewicz B. (2011), *Subiektywna ocena bólu pooperacyjnego u pacjentów po wybranych zabiegach chirurgicznych*. „Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne”, nr 2.

Józefowska H., Majda A. (2010), *Zasoby osobiste i wskaźniki kliniczne u pacjentów z POChP*, „Onkologia Info”, Nr VII, 1.

Juczyński Z. (2009), *Narzędzia pomiaru w promocji i psychoonkologii zdrowia*, Pracownia testów psychologicznych PTP, Warszawa.

Krajewska-Kulak E., Chilicka M., Kulak W., Rozwadowska E., Lankau A. (2010), *Akceptacja sytuacji związanej ze stanem zdrowia przez pacjentki oddziału patologii ciąży i położniczego*, „Ginekologia praktyczna”, nr 2.

Krasuska M., Stanisławek A., Lechnicka J., Wrońska I. (2002), *Wsparcie pacjenta i rodziny w chorobie, cierpieniu i śmierci*, „Psychoonkologia”, nr 6.

Kurowska K., Siekierska I. (2013), *Akceptacja choroby a poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia u osób po usunięciu nerki z powodu nowotworu*, „Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne”, nr 2.

Malec-Milewska M., Woroń J. (2012), *Kompendium leczenia bólu*, Wydawnictwo Medical Education, Warszawa.

Motyka M. (1999), *Pielęgowanie a pomoc psychiczna w chorobie*, Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa.

Pieczonka A., Jarosz J. (2000), *Zwalczanie bólu w chorobach nowotworowych*, „Pielęgniarstwo 2000”, nr 2 (49).

Reneman M.F., Dijkstra A., Geertzen J.H.B. i in. (2010), *Psychometric properties of Chronic Pain Acceptance Questionnaires: A systematic review*, „European Journal of Pain”, nr 10.

Rolka H., Pilecka E., Kowalewska B., Krajewska-Kulak E., Jankowiak B., Klimaszewska K., Kowalczyk K. (2012), *Ocena akceptacji choroby i jakości życia pacjentów ze wszczepionym rozrusznikiem serca*, „Pielęgniarstwo i zdrowie publiczne”, nr 2(3).

Rupiński R. (2013), *Ból ostry*, Wydawnictwo Medical Education, Warszawa.

Salomon P. (2003), *Psychologia w medycynie*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.

Stachowiak-Andrysiak M., Stelcer B., Mikstacki A., Kuliński D., Tamowicz B. (2012), *Ocena stanu psychicznego pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek i ich adaptacji do stresu spowodowanego chorobą*, „Nowiny Lekarskie”, nr 81 (6).

Wordliczek J., Dobrogowski J. (2007), *Leczenie bólu*, Wyd. lekarskie PZWL, Warszawa.

Izabela Sebastyańska-Targowska

University of Warmia and Mazury in Olsztyn

Adam Grabowski

University of Warmia and Mazury in Olsztyn

Małgorzata Obara-Gołębiowska

University of Warmia and Mazury in Olsztyn

Personality factors determining the professional functioning of a nurse

Abstract: This paper aims to continue the theoretical exploration concerning psychological factors that determine and underlie the professional functioning of a nurse. The analysis is based on the assumption that the professional functioning is determined both by external factors and by internal psychological predispositions, specifically by personality traits. What is analysed is the impact of selected personality traits, such as: extraversion, agreeableness, conscientiousness, emotional stability, openness to experience on the professional functioning of a nurse. The problem is to examine the extent to which the professional functioning of a nurse is determined by the personality traits under analysis. The aim is to demonstrate the significance of the psychological predispositions such as personality traits where the professional functioning of a nurse is concerned. The aim may be regarded both as meta-cognitive and practical. First, the results obtained may serve individuals as a meta-cognitive source of information supporting one's personality self-development. Second, they may also be applied in an organizational context since they may enhance both the process of selecting applicants for the nurse profession and that of predicting their professional development.

Key-words: personality, personality traits, extraversion, agreeableness, conscientiousness, emotional stability, openness to experience.

Introduction

The ongoing in the health care structures evaluation of the role of nurses towards enhancing the professionalism and quality of medical services makes obvious the concentration on the foundation of that development, namely psychological resources in terms of personality traits.

Interest in psychological determinants of professional functioning of a nurse was reflected in the theoretical analyses and empirical research attempts to define a set of desirable personality traits. Each of the five theoretical models of nursing indicates certain personality traits consistent with the proposed understanding of the role of a professional nurse.

The article is a theoretical contribution to analysis of selected personality traits as psychological predispositions determining the functioning of a professional nurse. It combines the data from literature with didactic experience. The inspiration to address the subject was, in the first place, 10 years of experience in didactics with nursing students of Faculty of Medical Study of University of Warmia and Mazury (WNM UWM). Secondly, the experience from trainings and workshops for professional group of nurses. They revealed a strong need of knowledge of own personality as a form of psychological life determining professional functioning. The willingness to consciously manage own professional potential directs contemporary nurses to the knowledge of personality and conscious action towards its development.

The subject of the analysis is influence of certain personality traits on professional functioning of a nurse. The issue is: To what extent and in what range the analyzed personality traits determine professional functioning of a nurse? The aim is to show the significance of selected personality traits, such as: extraversion, agreeableness, conscientiousness, openness to experience, emotional stability on professional functioning of a nurse and an attempt to create a theoretical set of personality traits model predisposing to the nursing profession.

The basis for the undertaken analysis is firstly the assumption that professional functioning of each entity is to a large extent an effect of their personality traits. Secondly, recognition of conception of a person with regards to the traits theory of personality. The conception assuming, that each person has relatively constant psychological predispositions to specific behaviors in specified time and space. The division of contents of the article was determined by the assumed definition of personality characterizing this psychological construct through sum of its traits.

Personality – definition of a notion in the traits theory of personality perspective

Psychology has not yet developed a universal, generally applicable definition of personality. Individual psychological conceptions developed theoretical and anthropological definitions relevant to their assumptions [cf. Allport 1937, p. 48; Allport 1967, pp. 32–34; Jarosz 1988, pp. 80–85; Hall, Lindzey 1990, pp. 18–19; Pervin 2002b, p. 414; Cervone, Pervin 2011, pp. 9–10].

Due to the cognitive and practical aim of the article, the trait understanding of the personality is assumed, defining personality as a phenomenon of relatively constant traits, or psychological dispositions in specific individual structure, coordinating behavior of each person and individual adaptation to the environment [cf. Pervin 2002b, Lombardo, Foschi 2002, pp. 134–135; Cervone, Pervin 2011, l. 279].

The traits are characterized by separateness and relativity of time and situation. Stability determines the repeatability of the reaction of the person. This way it is anticipated, that the given person will act accordingly to a given trait.

Separateness decides about given person's individuality, namely is the element distinguishing them among other. In one person, one trait has a high intensity and another minimal or none [cf. Allport 1988, p. 73; Cattell 1990, pp. 101–110; Eysenck 1990, pp. 244–276; McCrae, Costa 1999, pp. 139–153; McCrae 2000, p. 263–277; Larsen i Buss 2005, p. 4; McAdams i Pals 2006, p. 212; Pervin 1994, p. 108; Cervone, Pervin 2011, pp. 278–279].

Relativity of the traits in a given time and situational perspective indicates a high probability of behaving in a specified way, not 100% certainty of such behavior. The given traits are activated in one situation, but not in another [cf. Allport 1937, p. 331, De Raad 2005, l. 179–204]. The trait thus allows anticipation of how a given person usually behaves in the majority of situations, but does not allow to predict occurrence of a given behavior in a given situation.

Personality of 21st century nurse – theory or reality

The process of modification of function and role of a nurse in a medical team requires reorganization of personality traits of a nurse recognized as conventional. There appears a need to create a new model of traits corresponding to the actual tasks of broadly understood nursing as a discipline of science and occupation.

An attempt to create a theoretical prototype of personality traits predisposing to the nurse profession can be undertaken in relation to the Five-factor Personality Inventory by Costa and McCree called The Great Five dominant

in the research in the last years [cf. John and Srivastava 1999, pp. 102–138; McCrae and Costa 2005]. The Great Five, being the inheritance of G. Allport, R.B. Cattell and H. Eysenck's thoughts, assumes that the traits acknowledged within it are owned by all people. They differ only in the degree of intensity.

The composition of each of the five distinguished bipolar personality factors (extraversion-introversion; emotional stability-neuroticism; agreeableness-antagonism; conscientiousness-lack of purpose; openness-closedness) includes further features. Each of the five basic bipolar factors includes further, detailed characteristic traits [Costa, McCrae 1992, p. 2; McCrae 2000, pp. 263–277, McAdams, Pals 2006].

The analysis of Great Five model in the context of contemporary nursing allows distinguishing the traits correlating with the profession of a nurse. Taking into account each of five factors, in the form of two antagonistic notions, predisposing to the profession of a nurse are the traits described as extraversion, agreeableness, emotional stability, openness to experience and conscientiousness.

Extraversion and professional functioning of a nurse

Extraversion defines the sphere of relationships with surroundings, meaning exactly turning in direction of external surrounding through directing one's perception and actions towards it [cf. Jung 2013]. In the perspective of the Great Five, in interpersonal relations it comes down to traits of communicability as readiness to conversation, openness, initiative and cordiality in contacts with others. Additionally, acceptance of a large number of relations and their intensity with simultaneous ability to be assertive [cf. Costa, McCrae 1985, 1992].

The profession of a nurse is based on a relationship with another person, a person particularly demanding, since suffering. A nurse has to have a high ability to establish and maintain mutually satisfactory relationship. From its quality depends the healing and care taking process and psychological help to the sick person. To a no lesser degree nurse's sense of efficacy on a given position and satisfaction from work also depends. Readiness to talk, initiating the relationship with a patient and accompanying openness facilitate collection of information about patient's physical and psychological state, diagnosing their needs, recognizing care issues, evaluation of ability to self-care [cf. Szewczyk, Cierzniańska, Ślusarz 2005, pp. 82–86; Poznańska 2001, pp. 101–130]. It gives a chance of building cooperation and opportunity to negotiate the care and treatment methods and self-care forms. Not always does the patient understand the necessity of performing certain procedure (diagnostic, medicinal, nursing, therapeutic, rehabilitative). Wound dressing,

medicine administration, EKG, venous blood sampling, peripheral veins cannulation or other more complex treatments can trigger resistance caused by patient's lack of understanding of the aim of the procedure, fear of the unknown process (the patient does not know what steps the treatment comprises of) and its effects (pain, complications). The patient discusses then the legitimacy of the procedure, time or form of its conduct. He tries to change the date or, simply, does not agree. Nurse's readiness to give the information in a concrete and clear way about the legitimacy and scope of performed steps during the procedure becomes a proof of personal treatment of the patient as the subject of the treatment process. The patient then has the sense of co-participation in the treatment process, which in turn generates the sense of safety, comfort, and most of all co-responsibility for the course of treatment.

Initiative in starting a relationship with patient should also include the patient's family. The atmosphere of openness and cordiality will allow planning and realizing nursing tasks not only in consultation with the patient, but also with his family.

Readiness of a nurse to a large number of relationships with patients and their intensity allows you to expect acceptance of direct contact with many patients and experiencing strong, positive and negative emotions. Patients in the situation of a disease more often experience negative (fear, anger, grief, sadness) than positive emotions. It happens, that high intensity of relationship with a patient results in a strong co-experiencing (affection, anxiety about the condition of the patient and further prognosis) or nurse's personal involvement. Described acceptance of a large number and intensity of relationships is undoubtedly an advantage of nurse's professional functioning, but carries the risk of a lack of emotional detachment and attitude of co-compassion. Openness to the multiplicity of relationships and the associated strong emotions do not mean the ability to deal with those emotions. This ability depends on a factor known as emotional stability.

Being a straightforward, contact and accessible person is a prerequisite to stimulate the patient to the attitude of openness and honesty. It creates the opportunity to obtain feedback on own work and oneself. The nurse learns, how the patients evaluate her work and how she is perceived. This information allows to modify behavior at work or becomes a source of satisfaction and builds self-esteem as a nurse.

The enlisted traits, allowing constructing the dialog with patient, also include assertiveness. The nurse often finds herself in the situations of necessity of putting limits on the patient without affecting his rights to self-determination. When taking care of the health of the patient, in accordance with the nursing, medicinal or rehabilitation tasks, she must limit, exclude or modify

certain behaviors of the patient, his family (not taking care of personal hygiene, harmful habits, addictions, lack of consistency in taking medicines, excessive physical activity, etc.). Other times she tries to induce new behaviors (rules of taking the medicines, rules of behaving in the ward, principles of nutrition, self-care) in the patient, his family. Thus, she tries to influence a change of behavior in opposition to current thinking and behavior of the patient, his family. This raises the resistance and reluctance to the nurse. Only nurse's assertiveness understood as firmness with reverence of dignity and autonomy of the patient can lead to success and change of the current behavior without the risk of conflict between the parties or nurse's failure. The patient and his family have the feeling that they participate in the dialog, in which they have freedom of choice - with nurse's simultaneous, firm indication of the optimal solution to the patient. In practice, the patient and his family, despite the nurse's firmness, not always changes their behavior in the treatment process. Defense against burdening with personal responsibility, a sense of guilt for this state of affairs is the recognition of freedom of choice of each person with respect to his individual behavior and decisions. Behaviors and decisions are not always in harmony with the rational evaluation of the nurse based on the experience and medical knowledge.

Further traits of extraversion, namely activity and vigor, together with enthusiasm allow great engagement in performing all the duties (medicinal, nursing, therapeutic, rehabilitative tasks), but also in the actions beyond their scope and having an influence on the patient's condition.

Agreeableness and professional functioning of a nurse

Agreeableness, like extraversion, belongs to the group of factors characterizing the area of interpersonal functioning. It includes such traits, as: altruism, compassion, forbearance, kindness, sensitivity, tenderness, straightforwardness and trust [cf. Costa, McCrae 1985, 1992]. Some of the enlisted coincide with the traits of extraversion factor. All are a continuation of the attitude towards the patient by creating an aura of genuine coexistence of a suffering person. People suffering from the disease require to have their needs met, but above all, the presence of the other person.

Altruism is a foundation of professional functioning of a nurse. Nursing in fact, being a part of a group of social professions, makes the action for the good of the other person the overriding objective. In the case of a nurse the content of altruistic behaviors comes down to work for benefit

of others – patients and certain costs voluntarily incurred for their benefit [cf. Poleszczuk 2004, p. 116]. Sensitiveness will allow “stopping” by a given patient’s situation, noticing his physical, psychological, social, cultural needs. Forbearance and compassion trigger readiness for concrete assistance in the realization of the patient’s needs, desires.

Trust means attitude towards the world and oneself. It is the ability to trust others as well as a basic feeling that one can trust oneself. This trait in a nurse can be a valuable capital in professional functioning. First of all, as a source of specific internal strength giving courage to act in the interpersonal and diagnostic, therapeutic, nursing care, rehabilitation, therapeutic area. Trusting people makes it easier to engage in contacts with patient, medical team on a reciprocal basis. Such nurse, being a source of support for others, at the same time gets support from them. Reciprocal trust gives the nurse and the patient the sense of safety. Trust to oneself gives the sense of own efficacy, the possibility of crossing own limits, error correction. It is easier to confront the difficulties or failures while trusting others and oneself. It is easier to introduce modifications to one’s current strategies. Thus, trust can be one of the forces determining the effective and efficient actions of a nurse.

The constellation of traits belonging to the agreeableness factor does not indicate the willingness to submit, conformism, lack of own opinion, autonomy in actions, that is traits opposite to the contemporary model of nursing.

Emotional stability and professional functioning of a nurse

Emotional stability indicated the specificity of emotional functioning in the whole area of professional functioning: interpersonal and the strategy of performing professional duties. Referring to such traits as: mood stability, control of emotions, calmness, resistance emphasizes the ability to cope with emotions [cf. Costa, McCrae 1985, 1992]. Indicating further features: self-awareness, positive attitude to oneself, confidence, courage, boldness, draws a world of positive emotions characteristic of the person.

Nursing belongs to the group of those special professions, where the emotional sphere is marked with multitude and high intensity of negative emotions. On the one hand, the specificity of medical tasks, their level of difficulty and number, responsibility for the result translated directly to human life and health, pressure generate high level of stress and tension. On the other hand, relationship with the patient often experiencing strong negative feelings (sadness, grief, despair, fear, anger) manifested directly

or unknowingly passed on to the medical staff, is also potential emotional burden for nurses. Strong emotions not under control distort the cognitive processes: perception, attention, memory and decision making. That is why so important trait for a nurse is emotion control and calmness. Emotion control during performing tasks will reduce the risk of medical mistakes and interpersonal conflicts with the patient and medical team members. In turn, a trait of emotional resilience will allow nurse to keep distance in a highly stressful situations, thereby preserving mental balance. In relations with the patient will allow to separate the patient from his negative emotions and will help not take their expressions personally, but rather in the context of lack of ability to cope with the disease.

In the relationships with patients nurse's emotional balance as mood stability and calmness will provide the patient with the sense of comfort and increase in the sense of safety. It will reduce the probability of transferring own emotions onto the patients.

The process of emotional engagement and emotional exchange is one of the basic tools of professional functioning of a nurse. That is why another important trait is self-awareness. Self-awareness allows for getting to know own individual style of emotional reactions in certain situations. This knowledge allows to work with own emotions, that may have a devastating impact on the effectiveness of professional tasks and the quality of the relationship with the patient. Self-awareness comes down to ability to observe the emotions, name them, interpret, modify, and finally allows to change the pattern of emotional response.

Conscientiousness and effectiveness of professional functioning of a nurse

Conscientiousness is another factor of the Great Five determining to the fullest, by the traits which represent it, the strategy of performing duties at work. Hardworking, responsibility, sense of competence, striving for achievement, organization, efficiency, accuracy, diligence, order, discipline and prudence are the qualities of an ideal employee of any organization [cf. Costa, McCrae 1985, 1992]. The current model of nursing is also based on high quality of professional functioning and health care on those traits of personality.

Responsibility, organization, order, self-discipline in action in the work of a nurse will provide diligence and timely performance of tasks, actions at the right time for the healing process, the provision of benefits without delay, to observe the rules of operation (e.g. work time, observing the superiors' com-

mands), the procedures accepted in the organization (e.g. keeping the work place in order, medicines control) and formal norms (e.g. keeping the patient's condition confidential to the third parties). Behavior conforming with those traits is a preliminary condition allowing the nurse to do the next step towards the effective operation or use of working time in the most productive way. Productivity allows the increase of the sense of competence, relevance, confidence in the profession.

In turn, diligence, desire for achievement with a sense of efficiency and competence fit in with model of entrepreneurial nurses, actively participating in the creation of their own professional development. Professional success equally depends both on desire for achievements, sense of competence and hardworking. The trait not without influence is consideration corresponding to the ability of rational decision making [cf. McCrae, Costa 2005]. Refining own professional development is related to creating long- and short-term plans requiring awareness of instrumental purposes and master purpose as well as systematic effort [cf. Szczukiewicz 1998].

Openness to experiences and professional functioning of a nurse

Openness to experience characterizes a general strategy of action of a person indicating traits of: imagination, creativity, broad interests, unconventionality, emotional sensitivity, openness to values, ideas, sense of aesthetics [cf. Costa, McCrae 1985, 1992].

This factor, like conscientiousness, influences the way of performing professional duties by a nurse. It is an opposition of schematism, rigidity and stereotyping in action. Such nurse will accept changes and professional transformations. She stays ready for new challenges. Curiosity of new solutions, experience stimulates her activity, and does not trigger resistance or even inhibits the activity. Moreover, she will not mindlessly and passively accept outdated medical procedures, whose ineffectiveness is confirmed by clinical trials, but still they are used in the absence of new solutions. Thus, she can become a spokesperson for the development of new working procedures. Additionally, such behaviors will be supported by the trait of creativity revealed in provoking events and therefore real influence on the shape of the surrounding professional reality. Unconventionality and lack of schematism causes, that each person – patient – is treated in an individual way. Such attitude towards the patient reduces risk of stereotyping in their health condition evaluation and selection of treatment strategy. Will not per-

form the duties routinely and mindlessly. The nurse representing the traits of openness does not assume in advance only one way of solving the problem. She believes, that actions effective in the case of one patient may not work in the other [cf. McCrae, Costa 2005].

Nurse's openness to ideas and values is also a basis if purposeful activity. Cognizable values may be in fact the inner motives of new activity, specific behaviors and contribute not only to the personal professional development of the nurses, but the nursing as study or practical activity. Openness to values translates also into acceptance of otherness of another man in his actions and way of thinking. Thus, there is a possibility to negotiate a common position to develop new solutions and reach consensus on the basis of a compromise. Then the attitude of criticism, aggression is eliminated. The nurse does not concentrate on the different positions dividing the medical team, but on the most important, common goal of the entire medical team - the patient's well-being. Emotional costs will be minimized and will not act destructively on the work of the medical team and relations with the patient [Heaven, Green 2009, pp. 613-619].

The openness to experience factor may arouse anxiety in the organization, which is a hospital, and be mistakenly interpreted as a threat to exercising the applicable procedures by a nurse and functioning within a specific work regulations. It needs to be remembered, that openness and lack of stereotyping is not opposition to the procedure and regulations, but desirable and necessary personality trait of contemporary nurse, who aspires to active participation in the treatment process. It allows flexibility and creativity in actions, adapting to a changing situation with simultaneous compliance with existing schemes of work. Current model of nursing stresses nurse's activity in the healing process (diagnosing, making choices, advising).

Summary

Theoretical prototype of personality traits of contemporary nurse may become a tool for analysis of personality traits by the organization and autodiagnosis by the nurse. Thus it may allow both sides to assess the personality traits in the context of work on each stage of professional path. Starting from the choice of profession, through the studying process, choice of specialization, work place, starting work in the given organization and after effective functioning in it to further professional development.

In the perspective of organization the knowledge about personality is in the first place a foundation of psychological evaluation of candidates for profession of a nurse. Later, after graduation, as a part of tools of

external recruitment for given job positions and specializations in a given work place. After employment it can be an important source in forecasting the effectiveness of professional functioning of newly hired employees. However, in the case of the nurses working in the profession, with many years of practice, can be used in the work path building process and internal recruitment [cf. Roberts i Hogan 2003].

Anticipating the professional functioning on the basis of the traits theory should be made more profound and credible with empirical research with the use of reliable, accurate and standardized psychometric methods.

References

- Allport G.W. (1937), *Personality: A Psychological Interpretation*, Holt, Rinehart and Winston, New York.
- Allport G.W. (1961), *Pattern and growth in personality*, New York.
- Allport G.W. (1988), *Osobowość i religia*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa.
- Cattell R. (1990), *Advances in Cattellian personality theory* [in:] L. Pervin, O. John (red.), *Handbook of Personality: Theory and Research*, Guilford Press, New York.
- Cervone D., Pervin L.A. (2011), *Osobowość. Teoria i Badania*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Costa P.T., McCrae R.R. (1992), *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R and NEO-Five-Factor Inventory NEO-FFI) Professional Manual*, Psychological Assessment Resources, Odessa.
- Costa P.T., McCrae R.R. (1985), *The NEO Personality Inventory Manual*, Psychological Assessment Resources, Odessa.
- De Raad B. (2005), *Situations That Matter to Personality* [in:] A. Elias, S.E. Hampson, B. De Raad (red.), *Advances in Personality Psychology*, 2, Psychology Press, Philadelphia.
- Eysenk H. (1990), *Biological dimensions of personality* [in:] L. Pervin, O. John (red.), *Handbook of Personality: Theory and Research*, Guilford Press, New York.
- Hall C.S., Linzey G. (1990), *Teorie osobowości*, PWN, Warszawa.
- Heaven C., Green C. (2009), *Good Communication: Patients, families and professionals* [in:] D. Walsh (red.), *Palliative Medicine. Expert Consult*, Elsevier Health Sciences.
- John O.P., Srivastava S. (1999), *The Big Five: History, Measurement, and Development* [in:] L.A. Pervin, O.P. John (red.), *Handbook of Personality: Theory and Research*, Guilford Press, New York.
- Jung C.G. (2013), *Typy psychologiczne*, Wydawnictwo KR.
- Kozielecki J. (2000), *Koncepcje psychologiczne człowieka*, Wydawnictwo Akademickie ŻAK.
- Larsen R.J., Buss D.M. (2005), *Personality Psychology: Domains of Knowledge about Human Nature*, McGraw-Hill, New York.
- Lombardo G.P., Foschi R. (2002), *The European origins of Personality psychology*, "European Psychologist", 7.
- McAdams D.P., Pals J.A. (2006), *A New Big Five, Fundamental principles for an integrative science of personality*, "American Psychologist", 61.
- McCrae R.R., Costa P.T. (1999), *A Five-Factor Theory of Personality* [in:] A. Pervin, O.P. John (red.), *Handbook of Personality: Theory and Research*, Guilford Press, New York.
- McCrae R. (2000), *Emotional intelligence from the perspective of the Five Factor Model* [in:] R. Bar-On, J. Parker (red.), *The Handbook of Emotional Intelligence*, CA: Jossey-Bass, San Francisco.
- McCrae R.R., Costa P.T. (2005), *Osobowość dorosłego człowieka. Perspektywa teorii pięcioczynnikowej*, Wydawnictwo WAM, Kraków.

Pervin L.A. (2002b), *Psychologia osobowości*, GWP, Gdańsk.

Pervin L.A. (1994), *A critical analysis of current trait theory*, "Psychological Inquiry", 5.

Poleszczuk J. (2004), *Ewolucyjna teoria interakcji społecznych*, Scholar, Warszawa.

Poznańska S., Płaszewska-Żywko L. (2001), *Wybrane modele pielęgniarstwa*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.

Roberts B.W., Hogan R. (2003), *Personality Psychology in the Workplace*, American Psychological Association, Washington.

Szczukiewicz P. (1998), *Rozwój psychospołeczny a tożsamość*, Wydawnictwo UMCS, Lublin.

Szewczyk M.T., Cierzniańska K., Ślusarz R. (2005), *Modele opieki pielęgniarstwa*, „Przewodnik lekarza”, 2.

Ewa Stychno

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Kinga Kulczycka

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Bogusława Kosicka

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Anna Ksykiewicz-Dorota

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Osobowość stresowa a satysfakcja z życia pielęgniarek

Distressed personality and nurses' life satisfaction

Abstract:

Introduction

Personality traits are determined to one's satisfaction with life. This study's subject of interest is type D personality, defined as vulnerable to stress personality. Type D personalities are measured by two factors: negative affectivity and social inhibition.

Aim of study

This study attempts to determine dependencies between type D distressed personality and satisfaction with life of professionally active nurses.

Material and methods

The work made use of Type D Scale – DS 14 and The Satisfaction with Life Scale – SWLS.

Surveys were carried out to 142 professionally active nurses in year 2014.

Results

In the researched group, 60,6% of nurses have Type D personality, remaining 39,4% of surveyed had other personality types. An average level of satisfaction

with life amounted 19,30. For Type D nurses the average was lower – 18,70, and for the rest of the group – 20,23.

Conclusion

1. Nurses with Type D personality showed high scores of both negative affectivity and social inhibition.
2. Personality type of examined nurses will affect the amount of sensed satisfaction.
3. There is a need for further research in this field, specifically taking into consideration other factors such as health condition, and stress level of the surveyed.

Key-words: nurses, satisfaction with life, SWLS, distressed personality.

Wstęp

W literaturze nie ma zgody co do precyzyjnego znaczenia przypisywanego słowu „osobowość” [Fedeli 2003, s. 267]. Teoretycy zajmujący się osobowością grupują ludzi według typów osobowości. Coraz częściej można spotkać podział na osobowość typu A, B, C i D. Przedmiotem zainteresowania w niniejszym opracowaniu jest osobowość typu D.

Pojęcie osobowości stresowej, inaczej nazywanej typem D, zostało wprowadzone do literatury w 1995 roku przez Denoletta. Na ten typ osobowości składają się dwa wymiary traktowane jako jej stałe cechy: negatywna emocjonalność i hamowanie społeczne [Ogińska-Bulik, Juczyński 2010, s. 134].

Negatywna emocjonalność wyraża się w katastroficznym widzeniu rzeczywistości, odczuwaniu silnego lęku i napięcia, dokonywaniu oceny zdarzeń jako zagrażających i szkodliwych. Osoby z wysokim wynikiem negatywnej emocjonalności wykazują tendencje do zamartwiania się, pesymizmu, mają skłonność do załamywania się w sytuacjach trudnych [Denollet 2005, ss. 89–97].

Drugą cechą osobowości typu D jest hamowanie społeczne. Osoby z wysokim wynikiem tego wymiaru mają dużą rezerwę w kontaktach społecznych, są nieśmiałe, mają chęć do przebywania w samotności i izolowania się od otaczającego świata. Hamowanie społeczne związane jest z mniejszą skłonnością do poszukiwania wsparcia społecznego i niskim poczuciem własnej wartości.

Osoby z osobowością typu D nie ujawniają negatywnych emocji z obawy przed dezaprobatą otoczenia. Pesymistycznie nastawione są do świata, reagują na stres bezradnością, poczuciem braku możliwości działania. Uznawane są przez otoczenie za egocentryków nastawionych na realizację własnych potrzeb i celów. Należą do osób spokojnych, nie lubiących zmian i unikających ryzyka. Typ D doświadcza dużego stresu w kontaktach interpersonalnych.

Cechy osobowości są jednym z czynników, który determinuje satysfakcję z życia. Satysfakcja z życia jest terminem wieloznacznym. Utożsamiana jest z innymi pojęciami, takimi jak: zadowolenie z życia, dobrostan, poczucie szczęścia, jakość życia. Może być rozumiana jako „kategoria zmieniająca się w czasie doświadczania codzienności i funkcja jakości rozwoju w cyklu życia. Zależność ta jest obustronna, co oznacza, że jakość rozwoju jest też funkcją poczucia jakości życia” [Bańka 2005, s. 13].

Determinantami jakości życia mogą być warunki życia i zdarzenia losowe [Ogińska-Bulik, Juczyński 2010, s. 225]. Drugi model wskazuje na cechy osobowości, dzięki którym można nauczyć się unikać sytuacji, które zmniejszają poczucie szczęścia oraz umożliwiają utrzymywanie dobrostanu na właściwym dla siebie poziomie [Cumminis 2003, ss. 225–256].

Trzeci model wskazuje, iż zadowolenie z życia warunkują czynniki zewnętrzne, właściwości osobowości a także zachodzące między nimi interakcje [Zalewska 2003, s. 49].

Różnice w odczuwanej satysfakcji z życia wynikają z trwałych, indywidualnych sposobów myślenia o otaczającym świecie [Diener i in. 2005, s. 43]. Sposób widzenia świata ma o wiele większy wpływ na poczucie szczęścia niż obiektywne warunki. Mimo tego iż osoby o wysokiej satysfakcji z życia są częściej mieszkańcami zamożnych krajów i mają do dyspozycji więcej środków do realizacji celów, to poczucie zadowolenia z życia zależy w dużej mierze od pozytywnego nastawienia do świata [Rożnowska 2009, s. 16]. Nastawienie do świata różnicuje ludzi na szczęśliwych i nieszczęśliwych. Dlatego też w niniejszym opracowaniu skoncentrowano się na satysfakcji z życia w aspekcie posiadania osobowości typu D.

Celem badań było ustalenie związku pomiędzy osobowością typu D i odczuwaną satysfakcją z życia pielęgniarzek.

Materiał i metoda

W badaniach do pomiaru osobowości typu D wykorzystano Skalę do pomiaru Typu D – DS 14 Denolleta w polskiej adaptacji Ogińskiej-Bulik i Juczyńskiego. Składa się ona z 14 stwierdzeń, w której 7 związanych jest z pomiarem negatywnej emocjonalności i 7 z oceną hamowania społecznego. Każde ze stwierdzeń jest oceniane według 5-stopniowej skali, gdzie 0 oznacza fałszywe; 1–raczej fałszywe; 2–trudno powiedzieć; 3–raczej prawdziwe; 4–prawdziwe. Uzyskane wyniki surowe przelicza się na jednostki standaryzowane w skali stenowej. Zakres wyników dla każdego z wymiarów wynosi od 0 do 28 punktów. Za osobę z osobowością typu D uznaje się taką, która uzyskała co najmniej 10 punktów w każdym z dwóch wymiarów [Juczyński, Ogińska-Bulik 2012, ss. 71–83].

Do pomiaru satysfakcji z życia posłużono się Skalą Satysfakcji z Życia – SWLS Dienera i wsp. w polskiej adaptacji Juczyńskiego. Zawiera ona 5 stwierdzeń. Badana osoba ocenia, używając skali od 1 do 7, w jakim stopniu zgadza się z każdym ze zdań. Wynikiem pomiaru jest ogólny wskaźnik oznaczający stopień satysfakcji z własnego życia. Zakresy możliwych do otrzymania wyników mieszczą się w przedziale 5–35 punktów. W interpretacji wyników należy odnieść się do skali stenowej. Wyniki w granicach 1–4 stena traktuje się jako niskie, 5–6 przeciętne, 7–10 stena to wyniki wysokie [Juczyński 2012, ss. 128–132].

Badania przeprowadzono w 2014 roku. Wzięły w nich udział 142 pielęgniarki czynne zawodowo. Wiek osób badanych wahał się od 30 do 60 lat ($M = 44,51$; $SD = 4,64$).

Analiza uzyskanych wyników została przeprowadzona w oparciu o program STATISTICA 10. Obliczono wartości średnie, odchylenia standardowe, liczności i odsetki. Do oceny istotności różnic zastosowano m.in. test t–Studenta dla prób niezależnych, a także współczynnik korelacji r–Pearsona.

Wyniki badań

W badanej grupie pielęgniarek z osobowością typu D było 60,6%, pozostałe 39,4% posiadały inny typ osobowości. Przebadane osoby z osobowością typu D uzyskały wyniki, zarówno w zakresie negatywnej emocjonalności, jak i skali dotyczącej hamowania społecznego, powyżej 10 punktów. Średnia odpowiednio dla pierwszego wymiaru – 16,49 ($SD = 4,23$), dla drugiego – 14,76 ($SD = 3,65$). Osoby z innym typem osobowości uzyskały dla obu wymiarów wyniki poniżej 10 punktów, co przekłada się na średnią dla negatywnej emocjonalności – 9,75 ($SD = 5,09$) i hamowania społecznego – 7,77 ($SD = 4,53$) (tab.1).

Tabela 1. Średnie wartości negatywnej emocjonalności i hamowania społecznego w grupie osób badanych o osobowości typu D i nie D

Wymiar	Typ D		Typ nie D	
	M	SD	M	SD
Negatywna emocjonalność	16,49	4,23	9,75	5,09
Hamowanie społeczne	14,76	3,65	7,77	4,53

Źródło: opracowanie własne.

Sprawdzono, jak wygląda rozkład osobowości typu D i nie D w stosunku do wieku respondentów. Największe różnice w liczbie osób z różnym

typem osobowości zanotowano wśród pielęgniarek pomiędzy 51–60 rokiem życia. W tej grupie wiekowej było niemal dwukrotnie więcej badanych z osobowością stresową niż z innym typem osobowości. Zbliżone grupy z różnym typem osobowości reprezentowane były przez najmłodsze osoby. Szczegółowe dane przedstawia tab. 2.

Tabela 2. Rozkład rodzajów osobowości w zależności od wieku

Przedziały wiekowe w latach	Typ D		Typ nie D	
	Liczność	Procent	Liczność	Procent
30–40	15	55,6	12	44,4
41–50	61	61,6	38	38,4
51–60	10	62,5	6	37,2

Źródło: opracowanie własne.

W badanej grupie średnia wartość satysfakcji z życia wynosiła 19,30. Dla osobowości typu D średnia wartość to 18,70 (SD = 5,05), a dla pozostałych badanych – 20,23 (SD = 5,55).

Tabela 3. Rozkład poziomu satysfakcji w zależności od rodzaju osobowości

	Satysfakcja z życia							
	Wysoka		Przeciętna		Niska		Razem	
	Liczność	Procent	Liczność	Procent	Liczność	Procent	Liczność	Procent
Typ D	16	18,60	37	43,03	33	38,37	86	100,0
Typ nie D	16	28,57	23	41,07	17	30,36	56	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Niską satysfakcję z życia zanotowano u 38,37% osób z osobowością D i 30,36% osób z innym typem osobowości. Wysoką satysfakcję stwierdzono w większym odsetku u osób z osobowością inną niż D – 28,57%, do 18,60% z osobowością D. Zbliżony odsetek osób odczuwał przeciętną satysfakcję z życia: 43,03 % dla D do 41,07% dla innego typu osobowości (tab. 3).

Tabela 4. Rozkład poziomu satysfakcji w zależności od rodzaju osobowości i wieku osób badanych (w odsetkach)

Przedziały wiekowe w latach	Satysfakcja z życia					
	Wysoka		Przeciętna		Niska	
	Typ D	Typ nie D	Typ D	Typ nie D	Typ D	Typ nie D
30–40	20,0	58,3	46,7	25,0	33,3	16,7
41–50	16,4	23,7	42,6	44,7	41,0	31,6
51–60	30,0	0,0	40,0	50,0	30,0	50,0

Źródło: opracowanie własne.

Wyniki badań dotyczące poziomu satysfakcji w grupie badanych pielęgniarek, uwzględniając wiek respondentów, przedstawiono w tab. 4. Prezentowane dane wskazują, iż największą grupę, która odczuwa wysoką satysfakcję z życia, stanowią osoby w wieku pomiędzy 30–40 lat z osobowością inną niż D – 58,3% respondentów. Co piąta osoba 30–40 letnia z osobowością D ma wysoką satysfakcję życiową. Największy odsetek z odczuwaną niską satysfakcją to osoby 51–60 letnie z typem nie D – 50,0% i 41–50 letnie typu D – 41,0%.

W kolejnym etapie analizy wyników sprawdzono, czy są różnice w satysfakcji z życia w różnych grupach wiekowych u pielęgniarek ze stresowym typem osobowości. Największe poczucie satysfakcji z życia wykazały osoby pomiędzy 30 a 40 rokiem życia (średnia 18,80; SD = 5,04). Wraz z wiekiem satysfakcja z życia maleje, choć różnice w średnich w pozostałych grupach wiekowych są niewielkie (średnia dla wieku 51–60 lat – 18,60; SD = 4,17). Nie stwierdzono występowania istotnej statystycznie zależności pomiędzy wiekiem osób badanych a średnim poziomem satysfakcji z życia (tab. 5).

Tabela 5. Zależność pomiędzy osobowością typu D a wiekiem – analiz testem t-Studenta

Przedziały wiekowe w latach	M	SD	Liczba osób	Błąd standardowy	t	p
30–40	18,80	5,05	15	1,30	0,078	0,939
41–50	18,68	5,25	61	0,67	-0,013	0,989
51–60	18,60	4,17	10	1,31	-0,074	0,943

$p < 0,05$

Źródło: opracowanie własne.

Współczynnik korelacji między wymiarami typu D a satysfakcją z życia w zależności od wieku badanych przedstawiono w tab. 6. Z danych wynika, iż pielęgniarki z osobowością D pomiędzy 41–50 rokiem życia w najmniejszym stopniu przeżywają negatywne emocje, w mniejszym stopniu je ujawniają i to idzie w parze z niższą satysfakcją z życia.

Tabela 6. Osobowość Typu D a satysfakcja z życia według wieku – współczynnik korelacji r-Pearsona

Poziom satysfakcji wg wieku	Negatywna emocjonalność	Hamowanie społeczne
30-40	0,096	0,306
41-50	-0,274*	-0,068
51-60	0,302	0,418

* $p < 0,05$

Źródło: opracowanie własne.

Zbadano, jak kształtują się wyniki u pielęgniarek z innym niż D typem osobowości. Podobnie jak w przypadku osób z osobowością D, satysfakcja z życia zmienia się wraz z upływem lat. Dla pielęgniarek pomiędzy 30–40 rokiem życia średni wyniki to 23,33 (SD = 6,01), 19,47 dla osób pomiędzy 41–50 lat (SD = 5,48), a dla najstarszych badanych 18,83 (SD = 2,64) (tab. 7).

Nie stwierdzono statystycznie istniejących różnic pomiędzy odczuwaną satysfakcją z życia a wiekiem badanych w grupie z innym typem osobowości.

Tabela 7. Zależność pomiędzy osobowością typu nie D a wiekiem – analiz testem t-Studenta

Przedziały wiekowe w latach	M	SD	Liczba osób	Błąd standardowy	t	p
30-40	23,33	6,01	12	1,73	1,789	0,101
41-50	19,47	5,48	38	0,89	-0,853	0,399
51-60	18,83	2,64	6	1,08	-1,298	0,251

$p < 0,05$

Źródło: opracowanie własne.

Oceniono także poziom satysfakcji z życia w zależności od liczby posiadanych dzieci. Największą satysfakcję z życia wykazały pielęgniarki posiadające dwoje dzieci – średnia 19,52 (SD = 5,06), najmniejszą natomiast osoby z trójką, czwórką dzieci – średnia 17,38 (SD = 5,27) (tab.8).

Tabela 8. Rozkład poziomu satysfakcji w zależności od liczby posiadanych dzieci

Liczba dzieci	N	Satysfakcja			
		M	SD	Minimum	Maximum
0-1	23	18,39	4,73	10	30
2	42	19,52	5,06	5	28
3-4	21	17,38	5,27	5	24

Źródło: opracowanie własne.

Sprawdzono, jakie wyniki osiągają badani w zakresie wymiarów składających się na osobowość typu D w zależności od liczby posiadanych dzieci. Średnie wyniki dla negatywnej emocjonalności są największe u osób posiadających jedno dziecko lub bezdzietnych –17,87 (SD = 4,13), najmniejsze dla osób z dwójką dzieci – 15,67 (SD = 3,87). Średni największy wynik dla hamowania społecznego wynosił 15,74 (SD = 4,54) dla osób bezdzietnych lub z jednym dzieckiem, najniższe, ale zbliżone wyniki uzyskały osoby z dwójką dzieci i te, które posiadają więcej niż dwoje, średnie odpowiednio: 14,21 (SD = 3,38) i 14,76 (SD = 2,96). Szczegółowe dane przedstawiono w tab. 9.

Tabela 9. Rozkład poziomu negatywnej emocjonalności i hamowania społecznego w zależności od liczby posiadanych dzieci

Liczba dzieci	N	NE				HS			
		M	SD	Min.	Max.	M	SD	Min.	Max.
0-1	23	17,87	4,13	10	25	15,74	4,54	11	27
2	42	15,67	3,87	10	24	14,21	3,38	10	23
3-4	21	16,62	4,78	10	25	14,76	2,96	10	20

Źródło: opracowanie własne.

Dyskusja

Satysfakcja z życia to zagadnienie badawcze wielu dyscyplin naukowych. Można to pojęcie rozpatrywać w różnych aspektach. W połowie wyznaczona jest przez czynniki genetyczne, czyli biologiczną podstawę struktury osobowości [Czapiński 2004, ss. 359–379]. Stąd można wnioskować, iż osobowość będzie wyznacznikiem satysfakcji życiowej.

Wśród przebadanych pielęgniarek z osobowością typu D było 60,6%. Badania przeprowadzone na populacji belgijsko-holenderskiej wśród osób zdrowych i chorych kardiologicznie wykazały, iż typ D częściej występuje u osób

z nadciśnieniem tętniczym –53% w porównaniu z ogólną populacją [Denollet 2005, s. 89–97]. Należy zaznaczyć, iż wyżej omawiane badania wykazały także zwiększone dwukrotnie ryzyko zachorowania na niedokrwienną chorobę serca u osób z osobowością D i pięciokrotnie wyższe na nadciśnienie w stosunku do jednostek z innym typem osobowości. Badania własne nie uwzględniały kwalifikacji pielęgniarek pod względem zmiennej, jaką jest stan zdrowia.

Badania prowadzone przez Aquariususa i in. pokazują, iż osoby z osobowością stresową są bardziej podatne na wystąpienie depresji, dolegliwości somatycznych i tym samym obniżoną jakość życia [2007, ss. 662–667].

W badaniach własnych średni wynik satysfakcji z życia osób z osobowością typu D odpowiada dolnej granicy piątego stena (średnia 18,70), a dla osób z innym typem osobowości górnej granicy 5 stena (średnia 20,23). Oba wyniki mieszczą się w granicach wyników przeciętnych. Jak wynika z badań Wysokińskiego i in. [2009, ss. 167–172], średnia wartość satysfakcji pielęgniarek wynosiła 19,60, co odpowiada górnej granicy 5 stena. Podobny wynik (średnia 19,30; SD=5,28) uzyskano w niniejszych badaniach, gdy dokonano oceny satysfakcji z życia dla całej badanej grupy bez oznaczania typu osobowości. Zbliżone dane w zakresie odczuwanej satysfakcji (średnia 19,57; SD=6,38) uzyskały Kliszcz i in. [2004, ss. 461–468]. Oznaczałoby to, iż średni poziom odczuwanej przez pielęgniarki satysfakcji z życia nie uległ zmianie.

Zgodnie z uzyskanymi wynikami można stwierdzić, iż pielęgniarki charakteryzujące się typem D, w porównaniu z osobami niewykazującymi cech tego typu osobowości, odczuwają niższą satysfakcję z życia.

Według badań Rasińskiej i Nowakowskiej [2013, ss. 179–191], prowadzonych wśród położnych, średni poziom satysfakcji z życia wyniósł 22,0, natomiast w badaniach własnych 19,30, co oznacza, iż wartość poczucia satysfakcji z życia może zależeć od wykonywanego zawodu. Aspekt ten w badaniach własnych nie mógł być brany pod uwagę, ze względu na jednorodną, pod względem wykonywanego zawodu, grupę badawczą.

Analizując zagadnienie satysfakcji z życia, warto zwrócić uwagę na fakt, iż jego poziom zmienia się wraz z upływem lat [Oleś 2008, s.289]. Badania wskazują, iż we wczesnej i średniej dorosłości zwiększa się satysfakcja z życia, a następnie w późnej dorosłości obniża [Heckhausen 1999, s. 54]. Badania podłużne prowadzone przez Brandtständera ujawniły, iż pomiędzy 55. a 65. rokiem satysfakcja z życia się zwiększa, a po 65 roku życia obserwuje się jej spadek [2006, ss. 143–164]. Podobnie wynika z badań Hultell i Gustavssona [2008, ss. 1070–1079], gdzie osoby starsze posiadające doświadczenie życiowe odczuwają większą satysfakcję z życia.

Oleś, na podstawie przeprowadzonych badań, stwierdził, iż największe poczucie satysfakcji z życia wykazują osoby pomiędzy 30 a 40 rokiem życia. Wraz z upływem lat poziom odczuwanej satysfakcji z życia zmniejsza się [2011, s. 290].

Badania prowadzone przez Ogińską-Bulik [2006, ss. 113–122] wskazują na związek pomiędzy osobowością D i zwiększoną podatnością wystąpienia wypalenia zawodowego, a także podejmowaniem zachowań niekorzystnych dla zdrowia [Williams i in. 2008, ss. 63–69]. Aspekt ten jest o tyle istotny, iż pielęgniarstwo to zawód misyjny, a przedstawiciele zawodów misyjnych częściej ulegają „wypaleniu zawodowemu”.

Z badań przeprowadzonych przez Hanebutha i in. osoby z osobowością D częściej ulegają absencji w pracy [2006, ss. 28–37]. Dodatkowo u jednostek z osobowością stresową zauważa się większą podatność na stres oraz słabszą aktywność układu immunologicznego [Stetkiewicz i in. 2008, ss. 523–527].

W badaniach własnych negatywna emocjonalność kształtowała się na poziomie 16,49. Wskazuje to na wysoki wynik w stosunku do wyniku uzyskanego w badaniach normalizacyjnych, gdzie średnia dla kobiet wynosiła 12,13 [Juczyński, Ogińska-Bulik 2012, s. 81]. Podobnie kształtowały się wyniki w zakresie drugiego wymiaru – hamowania społecznego. W badaniach normalizacyjnych średni wynik dla kobiet to 8,49 [Juczyński, Ogińska-Bulik 2012, s. 81], natomiast w badaniach prowadzonych wśród pielęgniarek – 14,76. Oznacza to, iż badane pielęgniarki wykazują większą skłonność do przeżywania negatywnych emocji i są mniej skłonne do ich ujawniania.

Wyniki uzyskane przez Ogińską-Bulik i Juczyńskiego [2007, ss. 7–13] wskazują, że skłonność do przeżywania negatywnych emocji jest najsilniejszym wyznacznikiem chorób, a także jest predyktorem choroby niedokrwiennej, nadciśnieniowej, nowotworowej, wrzodowej, chorób skóry. Natomiast hamowanie społeczne związane z powstrzymywaniem się od ujawniania negatywnych emocji i utrzymywaniem dystansu wobec innych ludzi jest słabszym wyznacznikiem chorób, przede wszystkim choroby wieńcowej, nowotworowej i wrzodowej [Ogińska-Bulik, Juczyński 2008, ss. 7–13].

Osoby o osobowości typu D są bardziej predysponowane do wystąpienia chorób układu krążenia: choroby niedokrwiennej serca, choroby nadciśnieniowej [Ogińska-Bulik, Juczyński 2007, ss. 1–7]. Ten typ osobowości wykazuje także większą tendencję do innych schorzeń: nowotworowych, łuszczycy, choroby wrzodowej [Ogińska-Bulik 2004, s. 9–16]. Osobowość typu D wiąże się także z podejmowaniem działań ryzykownych dla zdrowia: nadużywaniem alkoholu, narkotyków, skłonnością do objadania się [Ogińska-Bulik, Juczyński 2010, s. 136, Ogińska-Bulik 2007, ss. 14–16].

Wnioski

1. Typ osobowości badanych pielęgniarek różnicuje poziom odczuwanej satysfakcji z życia.
2. U pielęgniarek posiadających osobowość D można zaobserwować wysokie nasilenie zarówno negatywnej emocjonalności, jak i hamowania społecznego.
3. Istnieje potrzeba dalszych pogłębionych badań z tego zakresu, a w szczególności zwrócenia uwagi na inne zmienne, jak np. stan zdrowia badanych osób, poziom odczuwanego stresu i sposoby radzenia sobie z nim. Nowe spojrzenie na zagadnienie umożliwiłoby także dokonanie oceny satysfakcji z pracy zawodowej.

Bibliografia

Aquarius A., Denollet, J., Hamming J. i in. (2007), *Type D personality and ankle brachial index as predictors of impaired quality of life and depressive symptoms in peripheral arterial disease*, "Archives of Surgery", nr 142.

Bańka A. (red.) (2005), *Psychologia jakości życia*, Stowarzyszenie Psychologia i Architektura, Poznań.

Brandtstädter J. (2006), *Adaptive resources in later life. Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment* [w:] M. Csikszentmihalyi, I.S Csikszentmihalyi (red.), *A life worth living. Contributions to positive psychology*, Oxford University Press, Oxford.

Cumminis R.A. (2003), *Normative life satisfaction: Measurement issues and a homeostatic model*, "Social Indicators Research", nr 64.

Czapiński J. (red.) (2004), *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

Denollet J. (2005), *DS. 14: Standard assessment of negative affectivity, social inhibition and type D personality*, "Psychosomatic Medicine", nr 67.

Diener E., Lucas R.S., Oishi S. (2005), *Dobrostan psychiczny. Nauka o szczęściu i zadowoleniu z życia* [w:] J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

Fedeli M. (2003), *Temperamenty charaktery osobowości*, Wydawnictwo WAM, Kraków.

Hanebuth D., Meinel M., Fischer J.E. (2006), *Health-related quality of life psychosocial work conditions, and absenteeism in an industrial sample of blue- and with collar employees: a comparison of potential predictors*, "J Occup Environ Med", nr 48.

Heckhausen J. (1999), *Developmental regulation in adulthood. Age-normative and sociostructural constraints as adaptive challenges*, Cambridge University Press, Cambridge.

Hultell D., Gustavson J.P. (2008), *A psychometric evaluation of the Satisfaction with Life Scale in a Swedish nationwide sample of university students*, "Personality and Individual Differences", nr 44.

Jążdżewska I. (2011), *Jakość życia w Rzgowie w opinii mieszkańców*, „Acta Universitatis Lodzensis Folia Sociologica”, nr 37.

Juczyński Z. (2012), *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa.

Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. (2012), *Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem*, Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, 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 55.

Ogińska-Bulik N. (2006), *Occupational stress and its consequences healthcare professionals: the role of type D personality*, "Int J Occup Med Environ Health", nr 19.

Ogińska-Bulik N. (2004), *Osobowość typu D a występowanie chorób somatycznych*, „Sztuka Leczenia”, nr 2.

-
- Ogińska-Bulik N. (2007), *Pułapki jedzenia*, „Style i Charaktery”, nr 2.
- Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. (2007), *Właściwości osobowości sprzyjające chorobom somatycznym – rola typu D*, „Psychoonkologia”, nr 1.
- Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. (2010), *Osobowość stres a zdrowie*, Difin, Warszawa.
- Oleś P. (2011), *Psychologia człowieka dorosłego*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Rasińska R., Nowakowska I. (2013), *Zachowania zdrowotne położnych a poczucie satysfakcji z życia*, „Zdrowie i Dobrostan”, nr 1.
- Rożnowska A. (2009), *Podmiotowe obszary jakości życia osób z różnych grup społecznych*, Akademia Pomorska w Słupsku, Słupsk.
- Stetkiewicz A., Goch A., Adamiak G., Borkowska A. (2008), *Cechy temperamentu, depresja oraz funkcje poznawcze u chorych na chorobę niedokrwienną serca*, Pol Merk Lek., nr 25.
- Williams L., O'Connor R.C., Howard S. i in. (2008), *Type-D personality mechanisms of effect: The role of health-related behaviour and social support*, „J Psychosoma Res.”, nr 64.
- Wysokiński M., Fidecki W., Walas L. i in. (2009), *Satysfakcja z życia polskich pielęgniarek*, „Problemy Pielęgniarstwa”, nr 17.
- Zalewska A. (2003), *Dwa światy: emocjonalne i poznawcze oceny jakości życia i ich uwarunkowania u osób o wysokiej i niskiej reaktywności*, Wydawnictwo SWSP, Warszawa.

Danuta Postrożny

Gdański Uniwersytet Medyczny

Regina Żuralska

Gdański Uniwersytet Medyczny

Marzanna Mziray

Gdański Uniwersytet Medyczny

Oczekiwania seniorów wobec osób sprawujących nad nimi opiekę w warunkach domowych

The expectations of seniors to people who care for them at home

Abstract: Our generation is getting older partly because of the lengthening of the human lifespan. The length of our life depends on the conditions we live in and more efficient medical care. Even though, elderly people are supported by appropriate institutions, it is the family that plays the most important role in taking care of their aged relatives. Aim of this study was to examine the kind of expectations of seniors to people who care for them at home. The study was conducted in the years 2010/2011. The study included 40 seniors living at home in Gdansk. These are people between the ages of 70–80 years. The study used a method of diagnostic survey. The results of the comparative analysis method was used descriptive statistics. In the opinion of respondents 55,0% emotional support and help with everyday activities 42,5% are situations where family is indispensable, while 65,0% of respondents found living together with your loved ones but with a separate independent part. A significant proportion of 67,5% of the subjects showed the need for constant help in taking care of the office, a bank and a medical clinic. 60,0% of respondents relationships with loved ones found to be satisfactory. In conclusion, the most beneficial form of care over elderly person comes from the side of the closest family which can be supported by the health care institutions. The form of living together in the same house helps in taking

care of the elderly person: however, under the condition that both generations are separated from each other.

Key-words: the elderly person, family, care , needs assessment, support.

Wstęp

Wydłużanie się średniej długości życia jest jedną z przyczyn starzenia się społeczeństwa. Na długość życia wpływ mają nie tylko ujemny przyrost naturalny, ale i poprawa warunków życia oraz skuteczniejsza opieka medyczna. Mimo przejęcia dużej części opieki nad osobami w wieku podeszłym przez instytucję, nadal kluczowym i najbardziej pożądanymi opiekunami są członkowie rodziny. Nie ma wątpliwości, że rodzina jest istotnym czynnikiem stabilizującym oraz dopingującym rozwój człowieka. Stanowi też olbrzymi bufor w sytuacjach kryzysowych związanych z chorobą. Odgrywa dużą rolę w zachowaniu równowagi psychoemocjonalnej człowieka [Balcerzak-Paradowska 2004, s. 141]. Obecność osób w wieku podeszłym jest dziś coraz bardziej odczuwalna [Fusgen 1998, s. 7], co wpływa na dziedziny, społeczne, prawne, ekonomiczne, rodzinne oraz moralne [Steuden 2011, s. 9].

Czym są potrzeby?

Potrzeby są określane jako wrodzone tendencje do działania, wynikające z pewnego braku w organizmie człowieka lub rodzące się z jego naturalnych, wewnętrznych możliwości, które szukają aktualizacji [Cencini, Manenti 2002, ss. 253–288]. Pojęcie potrzeby bywa czasem używane zamiennie z terminami pragnienie i wartość. Jednak ich zakresy znaczeniowe są różne. Po pierwsze potrzeba tkwi wewnątrz natury człowieka i popycha go do działania, zaś wartość jest czymś w stosunku do niego zewnętrznym. Po drugie potrzeba dotyczy tego, co jest człowiekowi niezbędne, aby istniał jako organizm i rozwijał się jako osoba, a pragnienie może również odpowiadać temu, co jest dla niego szkodliwe. Najbardziej obrazowa jest teoria potrzeb wg Masłowa. Opiera się ona na hipotezie, że człowiek w swoim działaniu dąży do zaspokojenia zespołu potrzeb na przestrzeni życia, zaś potrzeby te tworzą logiczną hierarchię. Konieczne jest osiągnięcie każdego ze szczebli, aby móc pójść dalej w swoim rozwoju. Analogicznie brak zaspokojenia potrzeb uniemożliwia realizację dalszych pragnień czyli niezaspokojenie potrzeb niższych nie daje możliwości odczuwania i zaspakajania wyższych [Hall, Lidzney, Campbell 2006, ss. 436–446].

Ryc. 1. Hierarchia potrzeb według teorii Maslowa



Źródło: A.H. Maslow, *Motywacja i osobowość*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1990, s. 72.

Liczba osób w wieku starszym stale się zwiększa, zwłaszcza tych powyżej 85 r. życia. Prowadzi to do zwiększenia się liczby złożonych potrzeb tej grupy, a niektóre z nich mogą być długofalowe i będą musiały być zaspokojone przez opiekę zdrowotną, socjalną i środowiskową [Rymaszewska, Szmigiel 2008, ss. 95–104].

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w latach 2010/2011. Badaniem objęto 40 seniorów mieszkających w warunkach domowych na terenie Gdańska. Były to osoby w przedziale wiekowym 70–80 lat. W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Zastosowano technikę ankietową. Narzędzie badawcze stanowił anonimowy kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji, zawierający 22 pytania. Pytania zamieszczone w kwestionariuszu były zarówno zamknięte, jak i półotwarte. Do analizy porównawczej wyników posłużono się metodą statystyki opisowej.

Wyniki

Znaczną część badanej grupy stanowiły kobiety – 70,0% ankietowanych, natomiast mężczyźni 30,0%. Najliczniej reprezentowany był przedział wiekowy 70–79 lat – 60,0% badanych. Biorąc pod uwagę strukturę gospodarstwa domowego, najliczniejszą grupę ankietowanych stanowiły osoby mieszkające

z dziećmi – 15 osób (37,5%). Odnotowano również znaczny odsetek seniorów mieszkających samotnie – 14 osób (35,0%) (tabela 1).

Tabela 1. Struktura gospodarstwa domowego badanych seniorów

Czy mieszka Pani/Pan?	Badani	
	N	%
Z dziećmi	15	37,5
Sama/sam	14	35,0
Z mężem/z żoną	6	15,0
Z wnukami	2	5,0
Tworzymy rodzinę wielopokoleniową, mieszkają z nami i dzieci i wnukowie	2	5,0
Inne (z opiekunką)	1	2,5
Razem	40	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Większość ankietowanych seniorów – 26 (65,0%) wskazała, że najlepszy typ zamieszkania to wspólne mieszkanie razem z bliskimi, lecz z wydzieloną, samodzielną częścią (tabela 2).

Tabela 2. Najlepszy typ zamieszkania w opinii badanych seniorów.

Jaki według pani/Pana jest najlepszy model rodziny?	Badani	
	N	%
Samodzielnie	7	17,5
Razem z bliskimi	5	12,5
W jednym mieszkaniu/domku, ale z wydzieloną moją częścią	26	65,0
Inne (DPS)	2	5,0
Razem	40	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Zbadano również potrzeby i oczekiwania seniorów wobec osób sprawujących nad nimi opiekę. Z przeprowadzonej analizy danych wynika, że seniorzy potrzebowali największej pomocy w załatwianiu kwestii formalnych. Znacznej części ankietowanych – 27 osób (67,5%) niezbędna była stała pomoc w załatwianiu spraw w urzędzie, banku czy przychodni lekarskiej. Potrzebę takiej pomocy – ale sporadycznie – deklarowało – 8 osób (20,0%). Tylko 5 badanych (12,5%) wcale nie potrzebowało takiej pomocy (tabela 3).

Tabela 3. Pomoc potrzebna w załatwianiu kwestii formalnych w opinii badanych seniorów

Czy potrzebna jest Pani/Panu pomoc w załatwianiu swoich spraw w urzędzie, banku, przychodni lekarskiej itp.?	Badani	
	N	%
Tak	27	67,5
Nie	5	12,5
Sporadycznie	8	20,0
Razem	40	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Respondenci potrzebowali również pomocy podczas robienia podstawowych zakupów. W badanej grupie jedynie 11 osób – 27,5% w ogóle nie potrzebowała takiej pomocy (tabela 4).

Tabela 4. Potrzeba pomocy podczas robienia podstawowych zakupów w opinii badanych seniorów

Czy potrzebna jest Pani/Panu pomoc przy robieniu podstawowych zakupów?	Badani	
	N	%
Tak	19	47,5
Nie	11	27,5
Sporadycznie	10	25,0
Razem	40	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Badanie ujawniło, że 17 seniorów (42,5%) nie mogło poradzić sobie z właściwym przyjmowaniem leków. Natomiast 14 osób (33,0%) nie potrzebowało takiej pomocy wcale (tabela 5).

Tabela 5. Potrzeba pomocy w przyjmowaniu leków w opinii badanych seniorów

Czy potrzebna jest Pani/Panu pomoc przy właściwym przyjmowaniu leków?	Badani	
	N	%
Tak	17	42,5
Nie	14	35,0
Sporadycznie	9	22,5
Razem	40	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Według opinii 22 ankietowanych (55,0%) wsparcie psychiczne powinno być najważniejszą formą pomocy ze strony osób opiekujących się nimi (tabela 6).

Tabela 6. Formy pomocy, jakich oczekują seniorzy

W jakich sytuacjach według Pani/Pana pomoc rodziny jest najważniejsza?	Badani	
	N	%
Wsparcie psychiczne	22	55,0
Pomoc w czynnościach dnia codziennego	17	42,5
Wsparcie materialne	1	2,5
Razem	40	100,0

Źródło: opracowanie własne.

W ocenie 60,0% ankietowanych seniorów ich relacje z bliskimi są satysfakcjonujące. Jedynie 5 osób (12,5%) uważało je za niesatysfakcjonujące (tabela 7).

Tabela 7. Ocena stosunków z bliskimi w opinii badanych seniorów

Czy uważa Pani/Pan swoje stosunki z bliskimi za satysfakcjonujące?	Badani	
	N	%
Tak	24	60,0
Nie	5	12,5
Czasami	11	27,5
Razem	40	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Dyskusja

Nie sposób się nie zgodzić, że współczesne społeczeństwo jest społeczeństwem starzejącym się. Według badań przeprowadzonych przez GUS w 2000 roku w ciągu ostatnich 50 lat dwukrotnie zwiększyła się liczba osób po 60 roku życia, jeszcze dynamiczniej wzrasta liczba osób po 65 roku życia. Za tym zjawiskiem idzie rosnące zapotrzebowanie na opiekę, zarówno profesjonalną, jak i sprawowaną przez członków rodziny. W badaniach własnych podjęto próbę oceny roli, jaką rodzina odgrywa w opiece nad osobami w wieku podeszłym. Ankietowani seniorzy oraz członkowie rodzin uznali, że najbardziej oczekiwaną pomoc ma charakter wsparcia psychicznego oraz pomocy w czynnościach dnia codziennego. Warto też podkreślić, że 30,0% badanych stanowili męż-

czyźni będący wdowcami, co niewątpliwie miało wpływ na większe zapotrzebowanie w takiej sferze, jak pomoc w zakupach lub przy przygotowywaniu posiłków. Przeprowadzone badania w latach 90' Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego wskazały na olbrzymi problem w środowiskach wiejskich. Osoby starsze, często samotne, mają utrudniony lub wręcz niemożliwy dostęp do profesjonalnej pomocy i pomocy społecznej na skutek słabo rozwiniętej infrastruktury lub niewielkich dochodów. W badaniach własnych wszyscy seniorzy to mieszkańcy miast i deklarowany przez respondentów dochód miesięczny to najczęściej kwota powyżej 701–1300 zł. Z raportu Pełnomocnika Rządu do Spraw Rodziny wynika, że wzrasta liczba gospodarstw wielopokoleniowych z powodu trudności mieszkaniowych, jakie dotyczą młodych ludzi oraz na skutek ubożenia rodzin. Z badania własnego wynika, że główne przyczyny, dla których ankietowani muszą wspólnie zamieszkiwać pod jednym dachem, to przede wszystkim troska o stan zdrowia seniorów (42,9% odpowiedzi – rodzice / dziadkowie nie mogą sami mieszkać ze względu na stan zdrowia) oraz – zdaniem autorki – względy moralne (28,6% odpowiedzi – miejsce rodziców/dziadków jest przy rodzinie). Problemy mieszkaniowe są głównym czynnikiem determinującym wspólne mieszkanie tylko w przypadku 33,3% ankietowanych. W wypowiedziach pracowników socjalnych, zebranych w badaniach Kawczyńskiej-Butrym [Kawczyńska-Butrym 2008, ss. 89–103] większość z nich sygnalizuje niedostateczne zainteresowanie problemami rodziców w wieku podeszłym. Na podstawie badań własnych można stwierdzić, że zarówno seniorzy, jak i członkowie rodzin postrzegają panujące stosunki jako satysfakcjonujące (72,5% członków rodziny i 60,0% seniorów), ponad połowa wskazuje dzieci jako osoby, z którymi relacje najlepiej się układają, na uwagę zasługuje także to, że 30,0% seniorów wskazuje wnuki. Kawczyńska-Butrym podkreśla również, że utrzymuje się ogólna tendencja w zmianach, jakie dotyczą polskie rodziny, do osobnego zamieszkiwania rodziców i dzieci, które założyły rodzinę. Natomiast Marzec [Marzec 2001, ss. 2–166] zauważa również, że wzrasta społeczna akceptacja do umieszczania seniorów w instytucjach opiekuńczych. W badaniach własnych ankietowani (65,0% seniorów i 47,5% członków rodziny) wymienili jako optymalne warunki mieszkanie wspólne, ale z wydzieloną samodzielną częścią. Należy również podkreślić to, że tylko 5,0% seniorów wskazuje ośrodek opiekuńczy jako optymalne rozwiązanie. Reasumując, najbardziej pożądaną formą opieki jest opieka sprawowana przez najbliższą rodzinę. Opieka powinna mieć charakter ograniczający się do pomocy w zadaniach nowych, skomplikowanych lub urzędowych, w strefie czynności dnia codziennego oraz umożliwiający jak najdłuższe samodzielne funkcjonowanie. Wsparcie psychiczne jest jednym z elementów opieki sprawowanej przez rodzinę.

Wnioski

Wyniki przeprowadzonej analizy zebranego materiału w kwestii oczekiwania osób w podeszłym wieku w zakresie opieki nad nimi, pozwalają wysnuć następujące wnioski:

1. Najczęściej zgłaszaną potrzebą była pomoc w załatwieniu spraw urzędowych, w bankach lub przychodniach lekarskich i dotyczyła ona 67,5% ogółu badanych. Wielu z nich wymaga również pomocy przy robieniu zakupów i poruszaniu się po ulicy.
2. Najliczniejszą grupę seniorów stanowiły samotne kobiety w przedziale wiekowym 70–79 lat, którymi najczęściej opiekowały się również kobiety (zazwyczaj córki) w wieku 40–59 lat, pozostające w związkach małżeńskich.
3. W sferze bezpośredniej opieki ankietowani seniorzy najczęściej wskazywali na potrzebę pomocy przy przyjmowaniu lekarstw oraz pomoc przy ubieraniu się i myciu.
4. Dla większości ankietowanych seniorów nie stanowiły problemu takie czynności dnia codziennego, jak poruszanie się po domu, przyrządzanie posiłków czy spożywanie już gotowych posiłków.
5. Najczęstszą formą pomocy, której oczekują ankietowani seniorzy, jest wsparcie psychiczne ze strony członków najbliższej rodziny.

Bibliografia

Balcerzak-Paradowska B. (2004), *Rodzina i polityka społeczna na przełomie wieku*, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa.

Cencini A., Manenti A. (2002), *Psychologia a formacja*, Wydawnictwo WAM, Kraków.

Dmochowska H. (red.) (2008), *Rocznik demograficzny*, Zakłady Wydawnictw Statystycznych, Warszawa.

Fusgen I. (1998), *Starość pod opieką*, Wydawnictwo WAB, Warszawa.

Grabara B. (red.) (2007), *Rocznik Statystyczny Gdańska*, Zakłady Wydawnictw Statystycznych, Warszawa.

Hall C.S., Lindzey G., Campbell J.B. (2006), *Teorie osobowości: Abraham Maslow: Założenia dotyczące ludzkiej natury. Hierarchia potrzeb*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

Informacje i opracowania GUS (2000), *Ludność według wieku i płci*, Małopolski Informator dla Seniorów, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej, Kraków, www.stat.gov.pl, 26 kwietnia 2004.

Kawczyńska-Butrym Z. (2001), *Rodzina – zdrowie – choroba*, Wydawnictwo Czelej, Lublin.

Kawczyńska-Butrym Z. (2008), *Wyzwania rodziny: zdrowie, choroba, niepełnosprawność, starość*, Wydawnictwo Makmed, Lublin.

Komunikat z badań CBOS (2001), *Co zawdzięczamy swoim babciom i dziadkom?*, Warszawa, www.cbos.pl

Rymaszewska J., Szmigiel A. (2008), *Potrzeby osób w starszym wieku – definicje i narzędzia oceny*, „Psychogeriatryka Polska”, z. 5, nr 2.

Steuden S. (2011), *Psychologia starzenia się i starości*, Wydawnictwo PWN, Warszawa.

Bożena Baczewska

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Beata Kropornicka

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Katarzyna Leszek

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Ewa Krzyżanowska

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Cecylia Olszak

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Jadwiga Daniluk

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Akceptacja choroby a funkcjonowanie pacjentów z chorobą układową tkanki łącznej

Acceptation of illness vs. functional capacity in patients suffering from connective tissue disease

Abstract: The purpose of study was to investigate relationships between acceptance of one's own illness and functional capacity in patients suffering from a connective tissue disease (CTD).

The respondents were surveyed by means of diagnostic tools such as Acceptation of Illness Scale (AIS), Performance of Activities in Daily Living Index (Barthel ADL Index), Beck Depression Inventory (BDI) and a questionnaire developed by authors. The patients with a diagnosed CTD were eligible for the examined group. The

investigation was carried out at the Outpatient Clinic of Rheumatology, SPSK-4, Lublin from March to July, 2013. All participants signed informed consent to participate in the study. The use of investigation tools was approved by Bioethical Committee, Medical University of Lublin (KE-0254/45/2013). The results were analyzed statistically. The results found that the patients with a CTD presented mean degree of their illness acceptance. The illness negatively affected their psychic condition, even mild depression was seen in more than half of them. The patients with more than 6-year history of illness had higher degree of illness acceptance in comparison to patients who had a CTD history for less than 5 years. The higher degree of illness acceptance, the better evaluation of one's own health. Acceptation of illness was closely connected with socio-demographic parameters such as education, professional activity; it did not depend on age, gender, marital status, place of living and economic status. Psychical functional capacity was connected with the level of education whereas physical functional capacity depended on age, place of living, education and professional activity. The degree of illness acceptance was significantly related to functional capacity, both psychical and physical.

Key-words: Acceptation, patients, connective tissue disease.

Wstęp

Każda choroba somatyczna wywołuje pewne trudności oraz negatywne emocje. Zmusza do ograniczeń lub zmian w dotychczasowym funkcjonowaniu. Istotnym elementem w procesie przystosowania się do choroby jest jej akceptacja, która zapoczątkowuje proces radzenia sobie z chorobą, wyznacza nowy sposób funkcjonowania oraz daje świadomość potrzeby długotrwałych zmian w życiu chorego. Akceptacja własnego stanu jest wyznacznikiem prawidłowego funkcjonowania w chorobie. Chorzy, którzy akceptują swoją chorobę, charakteryzują się optymizmem i pełnym nadziei podejściem do życia, zaufaniem do personelu medycznego i procesu leczenia. Takie osoby biorą aktywny udział w terapii – stosują się do zaleceń oraz przestrzegają koniecznych ograniczeń [Jakubowska-Winiecka 2007, Jarosz 1988, Matyjaszek 2010, ss. 37–41, Szafranec 2012, ss. 39–48].

Akceptacja choroby w znacznym stopniu wpływa na zmniejszenie nasilenia negatywnych reakcji emocjonalnych spowodowanych chorobą. Im wyższy stopień akceptacji swojego stanu, tym większa adaptacja i mniejsze poczucie dyskomfortu wynikającego z choroby [Formański 2003, Motyka 2002, ss. 20–27, Niedzielski 2007, ss. 224–227].

Celem niniejszej pracy jest poznanie związków pomiędzy akceptacją choroby a funkcjonowaniem pacjentów z chorobą układową tkanki łącznej.

Materiał i metoda

Badania prowadzono w okresie od marca do lipca 2013 roku wśród pacjentów oczekujących na wizytę w Poradni Reumatologicznej Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 4 w Lublinie. Badania miały charakter anonimowy, każda osoba biorąca udział w badaniu została poinformowana o celu prowadzonych badań oraz sposobie wypełniania ankiety. Przed rozpoczęciem badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Lublinie (KE-0254/45/2013) na prowadzenie badań przy użyciu poszczególnych narzędzi badawczych. Kryterium doboru badanych było wcześniejsze rozpoznanie jednej z układowych chorób tkanki łącznej, pełnoletniość oraz zgoda na badanie.

W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziami badawczymi były: skala akceptacji choroby AIS, skala wydolności samoobsługowej Barthel, skala depresji Beck'a oraz autorski kwestionariusz ankiety.

Skala Akceptacji Choroby, opracowana przez B.J. Felton, T.A. Revenson i G.A. Hinrichsen. Do warunków polskich została zaadoptowana przez Zygryda Juczyńskiego. Skala ta służy do określenia akceptacji własnej choroby. Zawiera 8 stwierdzeń, które opisują konsekwencje złego stanu zdrowia. Wszystkie stwierdzenia oceniane są w skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza „zdecydowanie zgadzam się” i jest wyrazem złego przystosowania się do choroby, natomiast 5 oznacza „zdecydowanie nie zgadzam się”, co świadczy o akceptacji własnego stanu chorobowego. Suma wszystkich punktów obrazuje stopień akceptacji choroby, a jej zakres zawiera się w obszarze od 8 do 40 punktów. Niski wynik oznacza brak akceptacji choroby, zaś wysoki wynik świadczy o akceptacji własnego stanu zdrowia [Juczyński 2009, ss. 165–166].

Skala wydolności samoobsługowej Barthel pozwala ocenić sprawność chorego pod kątem czynności, które pacjent może wykonać sam lub z pomocą albo nie może wykonać sam lub z pomocą, albo nie może wykonać ich wcale. Według skali Barthel pacjent może uzyskać najwięcej 100 punktów, a najmniej 0 punktów. Na podstawie wyniku skali Barthel pacjentów można podzielić na trzy grupy, w zależności od ich stanu psychoruchowego: grupa I: 86–100 punktów – stan pacjenta „lekki”, grupa II: 21–85 punktów – stan pacjenta „średnio ciężki”, grupa III: 0–20 punktów – stan pacjenta „bardzo ciężki” [Wiktor, Drozdowska, Czekajło, Hebel 2010, ss. 76–81].

Skala depresji Becka (BDI) składa się z 21 punktów ocenianych według intensywności objawów od 0 do 3. Z każdego punktu badany powinien wybrać jedną odpowiedź, która jego zdaniem w najlepszy sposób opisuje jego stan we wskazanym okresie.

Skala zawiera 21 najczęściej obserwowanych objawów depresji. Poziom depresji wyliczany jest według różnych norm (np. norma niemiecka, norma amerykańska), w przybliżeniu można jednak przyjąć następujące wyniki: 0–11 punktów – brak depresji lub obniżenie nastroju, 10–27 punktów – depresja umiarkowana, 28 i więcej punktów – depresja ciężka [Zimmermann-Górska, Chwalińska-Sadowska A. i in. 1998].

Kwestionariusz ankiety uwzględniał pytania metryczkowe.

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Charakterystykę badanych parametrów mierzalnych przedstawiono przy pomocy wartości średniej, mediany, wartości minimalnych i maksymalnych oraz odchylenia standardowego, a dla niemierzalnych przy pomocy liczebności i odsetka. Dla niepowiązanych cech jakościowych do zbadania istnienia zależności między zmiennymi zastosowano nieparametrycznego testu Chi².

Do zbadania zmiennych, które miały charakter ilościowy, zastosowano parametryczny test U Manna-Whitneya i test Kruskala-Wallisa, oraz test korelacji rang Spearmana.

Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$ wskazujący na istnienie istotnych statystycznie zależności. Bazę danych i badania statystyczne wykonano przy pomocy oprogramowania komputerowego STATISTICA 10 (StatSoft, Polska).

Badani stanowili zróżnicowaną grupę, szczegółowe dane dotyczące charakterystyki badanej grupy przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy

Badana cecha	Zróżnicowanie grupy pacjentów			Razem	
		N	%	N	%
wiek	Do 30 lat	9	9	103	100
	31-50 lata	31	30		
	Powyżej 51 lat	63	61		
Płeć	Kobieta	83	81	103	100
	Mężczyzna	20	19		
Wykształcenie	Podstawowe/niepełne podstawowe	14	14	103	100
	Zawodowe	35	34		
	Średnie/ średnie zawodowe	29	28		
	Wyższe licencjackie/magiisterskie	25	24		

Stan cywilny	Kawaler/panna	14	13	103	100
	Żonaty/ zamężna	73	72		
	Rozwiedziony/rozwiedziona	2	2		
	Wdowiec/wdowa	14	13		
Miejsce zamieszkania	Miasto duże > 100 tys. mieszkańców	45	44	103	100
	Miasto małe < 100 tys. mieszkańców	31	30		
	Wieś	27	26		
Sytuacja materialna	Bardzo dobra/dobra	38	37	103	100
	Średnia	56	54		
	Zła	9	9		
Zamieszkiwanie	Samotnie	19	18	103	100
	Z rodziną	84	82		
Czas trwania choroby	Do 5 lat	42	41	103	100
	6-10 lat	40	39		
	Powyżej 10 lat	21	20		
Rozpoznana choroba układowa tkanki łącznej	RZS	75	74	103	100
	Zespół Sjogrena	11	11		
	Inne choroby układowe tkanki łącznej	17	15		
Aktywność zawodowa	Student	3	3	103	100
	Czynny zawodowo	34	33		
	Bezrobotny	8	8		
	Emeryt/ rencista	58	56		

Źródło: opracowanie własne.

Wyniki badań

Oceny akceptacji choroby dokonano za pomocą skali AIS. Wyniki średnich wartości uzyskanych z poszczególnych stwierdzeń opisujących konsekwencje złego stanu zdrowia oraz ogólny wynik w zakresie otrzymanych punktów przedstawiają tabele 2 i 3.

Tabela.2. Średnie wartości z poszczególnych stwierdzeń skali AIS w badanej grupie

Treść i numer stwierdzenia	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum	Dolny Kwartyl	Górny Kwartyl	Odch. std.
Suma punktów uzyskanych w teście AIS	25,88	25,0	10,0	40,0	21,0	30,0	6,92
1. Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę	2,62	2,0	1,0	5,0	2,0	4,0	1,22
2. Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię	2,92	3,0	1,0	5,0	2,0	4,0	1,34
3. Choroba sprawia, że często czuję się niepożądany	3,81	4,0	1,0	5,0	3,0	5,0	1,05
4. Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych, niż tego chcę	2,79	2,0	1,0	5,0	2,0	4,0	1,34
5. Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół	3,78	4,0	1,0	5,0	3,0	5,0	1,16
6. Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się człowiekiem pełnowartościowym	3,79	4,0	1,0	5,0	3,0	5,0	1,20
7. Nigdy nie będę samowystarczalny w takim stopniu, w jakim chciałbym być	2,55	2,0	1,0	5,0	2,0	3,0	1,21
8. Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby	3,63	4,0	1,0	5,0	3,0	4,0	1,00

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 3. Podział badanej grupy względem ogólnego punktowego wyniku skali AIS

AIS grupami	Liczba badanych	%
>30 pkt – wysoka akceptacja choroby	25	24,27
20–30 pkt – średni poziom akceptacji	59	57,28
<20 pkt – niska akceptacja	19	18,45

Źródło: opracowanie własne.

Większość badanych (57,28%), przejawiała średni poziom akceptacji choroby. W badanej grupie nieliczni ankietowani uzyskali maksimum punktów, natomiast minimalna liczba punktów otrzymanych w teście AIS wynosiła 10. Średnia akceptacji choroby dla badanej grupy wyniosła $25,88 \pm 6,92$ pkt, co świadczy o średnim poziomie akceptacji własnej choroby.

Ze względu na objawy oraz różnorodny przebieg chorób układowych tkanki łącznej, funkcjonowanie w sferze psychicznej bywa zaburzone. W związku z tym ten aspekt został poddany szczegółowej analizie przy pomocy skali Depresji Back'a. Dokładne wyniki przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4. Podział badanej grupy pod względem występowania depresji

Występowanie depresji	Liczba badanych	%
Brak depresji	46	44,66
Łagodna depresja	57	55,34
Ciężka depresja	0	0

Źródło: opracowanie własne.

Badania w oparciu o skalę Depresji Becka wykazały, że u ponad połowy ankietowanych (55,34%) stwierdzono objawy łagodnej depresji, u pozostałych pacjentów nie stwierdzono cech depresji. Średnia punktów uzyskanych według tej skali w badanej grupie wyniosła 11,95.

Objawy chorób układowych tkanki łącznej głównie dotyczą układu ruchu i tym samym mogą mieć wpływ na wydolność samoobsługową chorych. W związku z tym do dokładnej oceny wydolności badanych zastosowano skalę Barthel. Wyniki przedstawiono w tabeli 5.

Tabela 5. Struktura badanej grupy z uwzględnieniem stopnia wydolności samoobsługowej

Stopień wydolności samoobsługowej	Liczba badanych	%
Stan lekki	78	75,73
Stan średnio ciężki	25	24,27
Stan bardzo ciężki	0	0

Źródło: opracowanie własne.

Całościowa analiza badanej grupy pod kątem wydolności samoobsługowej pozwala stwierdzić, że stan większości respondentów (75,73%) był lekki. Średnia według skali Barthel w badanej grupie wynosiła 90,73.

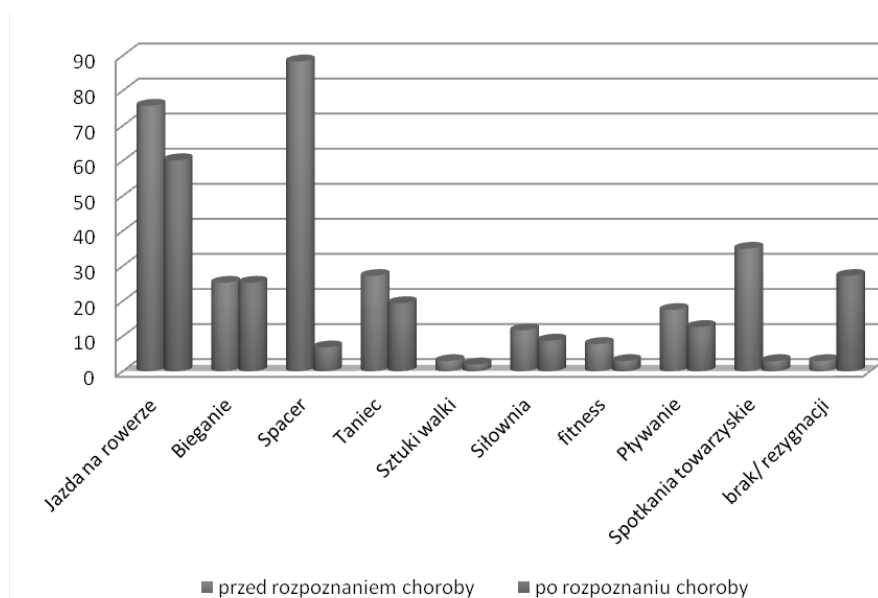
Za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety dokonano subiektywnej oceny własnego stanu zdrowia oraz form aktywności fizycznej stosowanych przed i po rozpoznaniu choroby układowej tkanki łącznej. Tabela 6 i rycina 1.

Tabela 6. Subiektywna ocena własnego stanu zdrowia

Ocena własnego stanu zdrowia	Liczba badanych	%
Bardzo dobre	1	0,97
Dobre	33	32,04
Dostateczne	42	40,78
Złe	24	23,30
Bardzo złe	3	2,91

Źródło: opracowanie własne.

Ryc.1. Porównanie form aktywności fizycznej stosowanych przed i po rozpoznaniu choroby układowej tkanki łącznej



Źródło: opracowanie własne.

U zdecydowanej większości badanych (84,47%) aktywności fizyczna zmniejszyła się po rozpoznaniu choroby, w przypadku 15,33% aktywność ta nie uległa zmianie, a u żadnego z pacjentów aktywność nie zwiększyła się.

Dla celów niniejszej pracy dokonano analizy dotyczącej związków między cechami socjodemograficznymi a akceptacją choroby i funkcjonowaniem badanych.

Poszczególne zmienne poddano analizie statystycznej. Szczegółowe wyniki przedstawiono w tabeli 7.

Tabela 7. Związek między cechami badanej grupy a akceptacją choroby

Zmienna		Średnia	Mediana	Odchylenie standardowe	Analiza statystyczna
Wiek	18–30 lat	27,89	28,0	6,53	p=0,11
	31–50 lat	27,32	28,0	7,96	
	Powyżej 51 lat	24,89	24,0	6,33	
Płeć	Kobieta	26,43	26,0	6,98	p=0,09
	Mężczyzna	23,60	23,0	6,33	
Miejsce zamieszkania	Duże miasto powyżej 100 tys. mieszkańców	26,18	26,0	6,13	p=0,37
	Małe miasto do 100 tys. mieszkańców	24,45	25,0	7,48	
	Wieś	27,04	27,0	7,47	
Stan cywilny	Kawaler/panna	23,38	25,0	5,03	p=0,15
	Żonaty/zamężna	26,7	26,0	6,91	
	Wdowiec/wdowa	23,21	23,0	7,03	
Wykształcenie	Podstawowe/niepełne podstawowe	20,0	20,0	6,11	p<0,001
	Zawodowe	25,69	24,0	7,21	
	Średnie/średnie zawodowe	24,10	25,0	4,01	
	Wyższe licencjackie/magisterskie	31,52	33,0	5,81	
Aktywność zawodowa	Czynny zawodowo	28,06	29,0	6,72	p=0,07
	Emeryt/rencista	24,38	24,5	5,79	
	Bezrobotny	26,63	22,5	9,01	
Sytuacja materialna	Bardzo dobra/dobra	28,08	28,0	6,72	p=0,03
	Średnia	24,64	23,0	7,18	
	Zła	25,25	25,5	1,91	
Zamieszkanie	Samotnie	23,42	23,0	6,94	p=0,09
	Z rodziną	26,44	26,0	6,84	
Czas trwania choroby	Do 5 lat	24,52	23,0	6,95	p=0,03
	6–10 lat	27,98	27,0	6,14	
	Powyżej 10 lat	24,62	26,0	7,57	

Źródło: opracowanie własne.

W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej stwierdzono istotne różnice w ogólnej akceptacji choroby a wykształceniem ($p<0,001$), sytuacją materialną ($p=0,03$), czasem trwania choroby ($p=0,03$). Ankietowani z wy-

kształceniem wyższym, z dobrą sytuacją materialną i chorujący od 6 do 10 lat uzyskali zdecydowanie większą średnią liczbę punktów.

Przeprowadzona analiza statystyczna nie wykazała istotnych statystycznie różnic między akceptacją własnej choroby a płcią ankietowanych ($p=0,09$), wiekiem ($p=0,11$) stanem cywilnym ($p=0,15$), miejscem zamieszkania ($p=0,37$), aktywnością zawodową ($p=0,07$). Jednak ogólną akceptację choroby na wyższym poziomie przejawiały kobiety ($26,43 \pm 6,98$ pkt), grupa chorych w wieku do 30 roku życia ($27,89 \pm 6,53$ pkt), chorzy pozostający w związku małżeńskim ($26,7 \pm 6,91$), mieszkańcy wsi ($27,04 \pm 7,47$ pkt), czynne zawodowo ($28,06 \pm 6,72$ pkt) oraz mieszkające z rodziną ($26,44 \pm 6,84$ pkt).

Ocenie poddano również związek między akceptacją choroby według wyników skali AIS a podziałem na występowanie depresji lub jej brak według wyników skali Beck'a. Szczegółowa analiza w tabeli 8.

Tabela 8. Związek między akceptacją choroby a występowaniem depresji według skali Beck'a

AIS	Brak depresji			Występowanie depresji			Analiza statystyczna	
	Średnia	Mediana	Odch.Std.	Średnia	Mediana	Odch.Std.	Z	P
Suma punktów uzyskanych w teście AIS	29,07	29,5	7,42	23,32	23,00	5,29	4,19	<0,001

Źródło: opracowanie własne.

Analiza statystyczna wykazała istotne statystycznie różnice między badanymi grupami w ogólnej akceptacji choroby na poziomie $p<0,001$, co świadczy o tym, że osoby, u których występują cechy depresji, słabiej akceptują własną chorobę.

Dalsza analiza statystyczna wykazała również istnienie istotnych statystycznie różnic między badanymi grupami a wszystkimi wymiarami skali AIS ($p<0,05$). Osoby, u których występują objawy depresji przejawiają słabszą akceptację choroby we wszystkich aspektach skali AIS.

Funkcjonowanie fizyczne chorych na układowe choroby tkanki łącznej może mieć zasadniczy wpływ na akceptację własnej sytuacji zdrowotnej. Analizie poddano związek między akceptacją choroby mierzoną przy pomocy skali AIS a podziałem stanu wydolności samoobsługowej badanych według skali Barthel. Szczegółową analizę dotyczącą tej kwestii przedstawiono w tabeli 9.

Tabela 9. Związek między akceptacją choroby a funkcjonowaniem pacjentów według skali Barthel

AIS	Stan pacjenta wg skali Barthel						Analiza statystyczna	
	Stan lekki			Stan średnio ciężki			Z	P
	Średnia	Mediana	Odch. Std.	Średnia	Mediana	Odch. Std.		
Suma punktów uzyskanych w teście AIS	27,54	27,5	6,84	20,72	21,0	4,12	4,58	<0,001

Źródło: opracowanie własne.

Z analizy statystycznej wynika, że niższa akceptacja choroby występuje u pacjentów w stanie średniociężkim ($20,72 \pm 4,12$). Chorzy, u których stan według skali Barthel określany jest jako lekki, średnia akceptacja choroby ma dużo wyższy poziom ($27,54 \pm 6,84$). Analiza statystyczna wykazała istotne statystycznie różnice między badanymi grupami w ogólnej akceptacji choroby na poziomie $p < 0,001$, co świadczy o tym, że osoby, które mają wyższy poziom wydolności samoobsługowej, lepiej akceptują własną chorobę.

Analizując poszczególne aspekty skali AIS, możemy zauważyć istnienie istotnych statystycznie różnic praktycznie we wszystkich wymiarach skali AIS pomiędzy badanymi grupami ($p < 0,05$). Wyjątek stanowi stwierdzenie: „Choroba sprawia, że często czuję się niepotrzebny”, w którym nie ma istotnej statystycznie różnicy, $p = 0,11$. Osoby sklasyfikowane do stanu średnio ciężkiego przejawiają niższą akceptację własnej choroby we wszystkich aspektach skali AIS.

Dyskusja

Choroby układowe tkanki łącznej jako choroby przewlekłe prowadzą do obniżania sprawności fizycznej oraz pogorszenia funkcjonowania w innych sferach życia. Ciężka, przewlekła choroba jest problemem dla każdego pacjenta. Nie jest chwilowym stanem, ale zmaganiem się przez całe życie z uciążliwością objawów i leczenia. Niezwykle ważna okazuje się akceptacja własnego stanu w procesie adaptacji do życia z chorobą [Sierakowska 2005, ss. 100–104].

Badania wykazały, że pacjenci w średnim stopniu akceptują chorobę. Analiza statystyczna wykazała istotne statystycznie związki pomiędzy poziomem akceptacji a wykształceniem. Osoby z wykształceniem wyższym uzyskali zdecydowanie większą średnią ilość punktów ($31,52 \pm 5,81$) niż osoby z wykształ-

ceniem zawodowym ($25,69 \pm 7,21$) i średnim/średnim zawodowym ($24,10 \pm 4,01$) oraz podstawowym ($20,0 \pm 6,11$). W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej stwierdzono istotne różnice w ogólnej akceptacji choroby pomiędzy wykształceniem wyższym a pozostałymi poziomami ($p < 0,001$). Potwierdzają to również badania Szafranec i in. [Szafranec 2012, ss. 39–48]. Osoby z wyższym wykształceniem także zdecydowanie rzadziej prezentują cechy depresji niż osoby z niższym wykształceniem.

Ogólną akceptację choroby na wyższym poziomie przejawiają kobiety ($26,43 \pm 6,98$ pkt) niż mężczyźni ($23,60 \pm 6,33$ pkt).

Zgodnie z wynikami Szafranec i in. [Szafranec 2012, ss. 39–48], dotyczącymi akceptacji choroby przez pacjentów RZS, w wynikach własnych wyższą akceptację choroby prezentują chorzy pozostający w związku małżeńskim ($26,7 \pm 6,91$). Słabiej wypadły osoby stanu wolnego ($23,38 \pm 5,03$) i minimalnie niżej osoby owdowiałe ($23,21 \pm 7,03$).

Akceptację choroby na dość wysokim poziomie przejawiają mieszkańcy wsi ($27,04 \pm 7,47$ pkt.), niższy poziom przejawiają mieszkańcy dużych miast ($26,18 \pm 6,13$ pkt), zaś najniżej wypadli mieszkańcy małych miast ($24,45 \pm 7,48$ pkt). Według badań Sierakowskiej i wsp. [Sierakowska 2006, ss. 299–303] mieszkańcy wsi lepiej oceniają swoje funkcjonowanie fizyczne w porównaniu z mieszkańcami miast, a chorzy samotni znacznie gorzej oceniają jakość życia niż chorzy będący w związku małżeńskim, co także potwierdza analiza badań własnych.

Wyniki badań pokazują brak istotnych statystycznie różnic między ogólną średnią punktów skali AIS a poszczególnymi przedziałami wiekowymi ($p = 0,11$). Najwyższą średnią punktów skali AIS uzyskała grupa chorych w wieku do 30 roku życia ($27,89 \pm 6,53$ pkt), nieco niższy był on w grupie pacjentów między 31 a 50 rokiem życia ($27,32 \pm 7,96$ pkt), zaś w grupie chorych w wieku powyżej 51 lat wynosiła najmniej ($24,89 \pm 6,33$ pkt).

Osoby starsze miały zdecydowanie większe problemy z akceptacją własnej sytuacji zdrowotnej. Można przypuszczać, że starszy wiek jest dodatkowym czynnikiem potęgującym stopień niepełnosprawności, który wpływa na funkcjonowanie pacjenta w różnych sferach, a tym samym na akceptację własnego stanu zdrowia. Pozostaje to w zgodzie z doniesieniami Matyjaszek [Matyjaszek 2010, ss. 37–41] odnośnie akceptacji u chorych na jaskrę – także zauważono mniejsze zdolności adaptacyjne u osób w podeszłym wieku.

Analizując dalsze wyniki, najwyższą średnią akceptacji choroby uzyskały osoby chorujące od 6 do 10 lat ($27,98 \pm 6,14$ pkt). Analiza statystyczna wykazała istotne statystycznie różnice w ogólnym wyniku akceptacji choroby pomiędzy grupą chorującą do 5 lat i chorującymi od 6 do 10 lat na poziomie istotności $p = 0,03$. Osoby chorujące do 5 lat oraz z dłuższym czasem trwania

choroby gorzej akceptują chorobę niż osoby chorujące 6–10 lat. Pomimo tego, że badania własne co do wpływu czasu trwania choroby, dotyczące akceptacji choroby, nie znalazły potwierdzenia w literaturze, to analizując wyniki można przypuszczać, że osobom chorującym do 5 lat od postawienia diagnozy ciężko jest odnaleźć się w nowej sytuacji i zaakceptowanie nowego stanu wymaga czasu. Z kolei u osób chorujących ponad 10 lat choroba z powodu długiego czasu trwania i postępu może powodować frustrację i niezadowolenie, co przejawia się w obniżonym stopniu akceptacji choroby.

Wyniki pokazują, że niższy poziom akceptacji choroby przejawiają osoby, u których występuje depresja ($23,32 \pm 5,29$ pkt). U chorych, u których nie ma objawów depresji, średnia akceptacja choroby ma wyższy poziom ($29,07 \pm 7,42$ pkt). Różnica istotna statystycznie między badanymi grupami świadczy o tym, że osoby, u których występują objawy depresji i gorsze funkcjonowanie psychiczne, słabiej akceptują własną chorobę.

Z badań własnych wynika, że niższa akceptacja choroby w dziedzinie fizycznej występuje u pacjentów w stanie średniociężkim ($20,72 \pm 4,12$ pkt). Chorzy, u których stan według skali Barthel określany jest jako lekki, średnia akceptacja choroby ma dużo wyższy poziom ($27,54 \pm 6,84$ pkt). Świadczy to o tym, że osoby, które mają wyższy poziom wydolności samoopiekuńczej, lepiej akceptują własną chorobę. Deficyt sprawności fizycznej wpływa niekorzystnie na subiektywną ocenę zdrowia i akceptację. Dla większości chorych najważniejsze jest, by być jak najdłużej samodzielnym, co ma korzystny wpływ na wszystkie sfery życia.

Badania wykazały też, że osoby, które są aktywne zawodowo, lepiej akceptują własną chorobę niż osoby, u których choroba wywołała zmiany w tym zakresie. Przeprowadzone badania wykazały, że stopień akceptacji choroby jest zdecydowanie większy u osób dobrze oceniających własne zdrowie ($29,73 \pm 7,47$ pkt) niż u osób, które uważają, że ich stan jest średni ($25,12 \pm 1,01$ pkt.) i zły ($20,88 \pm 4,40$ pkt).

Osoby oceniające własną sytuację materialną jako dobrą, zdecydowanie lepiej akceptują chorobę niż osoby oceniające sytuację materialną jako średnią i złą.

Według badań odnośnie akceptacji choroby w innych jednostkach chorobowych [Marzec 2011, ss. 51–56], akceptacja choroby (AIS) słabo koreluje z ograniczeniami związanymi z chorobą. W grupie chorych na cukrzycową chorobę nerek hemodializowanych stwierdzono związek AIS z ograniczeniami funkcjonowania w sferze aktywności fizycznej/codziennej i sferze kontaktów towarzyskich/rodzinnych na poziomie istotnym statystycznie. Poziom akceptacji choroby w grupach badanych wyniósł średnio 22,10 pkt, co jest niższym wynikiem od akceptacji w chorobach układowych tkanki łącznej, uzyskanej w badaniach własnych.

Niedzielski i wsp. [Niedzielski 2007, ss. 224–227] określał poziom akceptacji dla chorób przewlekłych, m.in. cukrzycy, astmy oskrzelowej, choroby niedokrwiennej serca. We wszystkich badaniach uzyskiwano wartości średnie, nie uzyskując istotnej statystycznie różnicy pomiędzy AIS a jednostką chorobową. Badania te wykazały związek akceptacji z wiekiem badanych – osoby starsze przejawiały lepszy poziom akceptacji choroby. Wynika to być może z faktu, że człowiek starszy akceptuje fakt ograniczeń wynikających z choroby, godząc się na jej występowanie jako naturalny efekt procesu starzenia. Wyniki badań własnych są odmienne – osoby powyżej 50 r.ż. prezentują najniższy poziom akceptacji choroby.

W literaturze mało jest badań na temat związków akceptacji choroby z funkcjonowaniem chorych. Poruszany jest temat jakości życia wśród chorych. Z badań prowadzonych przez Prajsa [Prajs 2007, ss. 72–82] z 2007 roku odnośnie jakości życia chorych na RZS, wynika, że na funkcjonowanie psychiczne chorych może wpływać wiek i długość trwania choroby. Inne badania [Wisłowska 2010, ss. 104–111] także potwierdzają związek między wiekiem a sprawnością fizyczną i zdrowiem emocjonalnym chorych na RZS.

Zagraniczne badania [Edwards 2011, ss. 216–224] zwracają uwagę na wpływ bólu jako czynnika przyczyniającego się do niepełnosprawności i pogorszenia fizycznego funkcjonowania oraz zmniejszonej aktywności zawodowej wśród chorych reumatycznie. Objawy depresji korelują z funkcjonowaniem fizycznym chorych. Inne badania [Abdel-Nasser 1998, ss. 391–397] także wskazują na istotną korelację RZS z występowaniem depresji, co też znajduje odniesienie w badaniach własnych – ponad połowa badanych (55,34%) prezentuje objawy depresji.

Bączyk [Bączyk 2008 ss. 372–379], w dokonanym przeglądzie badań nad jakością życia chorych na RZS oraz innych badań [Bączyk 1999, ss. 7–22] przedstawiła wyniki wahające się w przedziałach przeciętnego, średniego funkcjonowania fizycznego, aktywności społecznej oraz stanu emocjonalnego chorych. Wśród czynników społeczno-demograficznych, które mogą wpływać na ocenę funkcjonowania w poszczególnych obszarach życia, badaczka wymienia płeć (wyniki sugerują, że RZS ma większy wpływ na jakość życia kobiet niż mężczyzn) wiek, stan cywilny, miejsce zamieszkania oraz poziom wykształcenia. Z kolei badania własne potwierdzają związek tylko takich cech, jak wykształcenie, wiek oraz miejsce zamieszkania z funkcjonowaniem badanych.

Badania przeprowadzone przez Sierakowską i wsp. [Sierakowska 2006, ss. 299–303] wykazały, że pacjenci z RZS najniżej oceniają dziedzinę fizyczną (czynności życia codziennego, zależność od leczenia, energia i zmęczenie, mobilność, ból). Według niej 2/3 badanych jest niezadowolonych ze swojego stanu zdrowia, co też potwierdzają badania własne.

Wnioski

1. Osoby z chorobą układową tkanki łącznej w średnim stopniu akceptują własną chorobę ($25,88 \pm 6,92$ pkt).
2. Choroby układowe tkanki łącznej negatywnie wpływają na stan psychiczny pacjentów – u ponad połowy z nich można stwierdzić objawy łagodnej depresji.
3. Osoby chorujące 6–10 lat prezentują wyższy poziom akceptacji niż pacjenci chorujący przez krótszy (do 5 lat) oraz dłuższy (ponad 10 lat) okres.
4. Im wyższy poziom akceptacji choroby, tym lepsza ocena własnego zdrowia.
5. Akceptacja choroby ma ścisły związek z takimi cechami socjodemograficznymi, jak wykształcenie i sytuacja materialna, czas trwania choroby, natomiast nie jest zależna od wieku, płci, stanu cywilnego, miejsca zamieszkania.
6. Funkcjonowanie badanych w zakresie sfery psychicznej ma związek z ich wykształceniem, natomiast w dziedzinie fizycznej zależy od wieku, miejsca zamieszkania, wykształcenia i aktywności zawodowej.
7. Poziom akceptacji choroby ma istotny związek z funkcjonowaniem chorych w zakresie sfery fizycznej oraz psychicznej.

Bibliografia

- Abdel-Nasser A.M., Abd El-Azim S., Taal E., El-Badawy S.A., Rasker J.J., Valkenburg H.A. (1998), *Depression and depressive symptoms in rheumatoid arthritis patients: An analysis of their occurrence and determinants*, „British Journal of Rheumatology”, 37, ss. 391–397.
- Bączyk G. (2008), *Przegląd badań nad jakością życia chorych na reumatoidalne zapalenie stawów*, „Reumatologia”, 46, 6, ss. 372–379.
- Bączyk G. (1999), *Ocena jakości życia chorych na reumatoidalne zapalenie stawów*, „Pielęgniarstwo Polskie”, 9, ss. 7–22.
- Edwards R.R. (et al.) (2011), *Pain, catastrophizing and depression in the rheumatic diseases*, „Nature Reviews Rheumatology”, 7, ss. 216–224.
- Formański J. (2003), *Psychologia: podręcznik dla szkół medycznych*, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Jakubowska-Winiecka A., Włodarczyk D. (2007), *Psychologia w praktyce medycznej*, Wyd. Lek. PZWL, Warszawa.
- Jarosław M. (red.) (1988), *Psychologia lekarska*, Wyd. Lek. PZWL, Warszawa.
- Marzec A., Andruszkiewicz A., Banaszkiewicz M. (2011), *Poczucie koherencji, akceptacja choroby a funkcjonowanie w chorobie przewlekłej osób chorych na chorobę nerek i chorych na cukrzycę, hemodializowanych*, „Pielęgniarstwo XXI wieku”, 2, 35, ss. 51–56.
- Matyjaszek U., Sierżantowicz R., Mariak Z. (2010), *Akceptacja własnej choroby przez pacjentów z jaskrą*, „Polski Merkuriusz Lekarski”, 163, ss. 37–41.
- Motyka M. (2002), *Psychoterapia elementarna w opiece ogólnomedycznej*, wyd. UJ, Kraków 2002, ss. 20–27.
- Niedzielski A., Humeniuk E., Błazkia P., Federuk D. (2007), *Stopień akceptacji choroby w wybranych chorobach przewlekłych*, „Wiadomości Lekarskie”, 60 (5–6), ss. 224–227.
- Prajs K. (2007), *Jakość życia chorych na reumatoidalne zapalenie stawów w odniesieniu do sprawności fizycznej i stanu psychicznego*, „Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej”, Szczecin, 53, 2, 72–82.
- Sierakowska M., Bogdańska A., Sierakowski S., Kowal-Bielecka O., Lewko J., Krajeńska-Kułać E. (2005), *Problem życia z przewlekłą, układową chorobą tkanki łącznej – twardzina układowa*, Wyd. UMCS, Lublin, 475, ss. 100–104.
- Sierakowska M., Matys A., Kosior A. (i in.) (2006), *Ocena jakości życia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów*, „Reumatologia”, 44, ss. 299–303.
- Szafranec R., Szczuka E., Pawłowska A. (2012), *Akceptacja choroby przez pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów*, „Fizjoterapia Polska”, 12 (1), ss. 39–48.
- Wiktor K., Drozdowska B., Czekajło A., Hebel R. (2010), *Wybrane metody oceny czynnościowej (funkcjonalnej) w praktyce lekarskiej*, „Annales Academiae Medicae Silesiensis”, 64, 5–6, ss. 76–81.
- Wisłowska M., Kanecki K., Tyszek P., Kapala A. (2010), *Jakość życia zależna od zdrowia u pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów*, „Reumatologia”, 48, 2, ss. 104–111.
- Zimmermann-Górska I., Chwalińska-Sadowska A. (i in.) (1998), *Reumatologia w praktyce lekarza rodzinnego*, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa.

Małgorzata Maziarz

Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Olsztynie

Ewa Kupcewicz

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Ocena wiedzy pacjentów na temat alergicznych chorób układu oddechowego w wybranym zakładzie opieki zdrowotnej

Verification of knowledge of patients of the chosen healthcare centre about allergic respiratory diseases

Abstract:

Title: Verification of knowledge of patients of the chosen healthcare centre about allergic respiratory diseases.

Purpose of the paper: Civilization progress has significant influence on diffusing diseases of allergic respiratory matches.

Aim: Verification of knowledge of patient chosen about allergic diseases of respiratory matches purpose of my work health care institution and education of person, it takes a stand at which sickness.

Material and methods: Research has been carried on group 100 patients in Health Care Institution of University Hospital Warmińsko-Mazurski in Olsztyn and on turning-point of march /may 2010 year. Questionnaire of questionnaire of personal construction evaluate knowledge of patient about allergic diseases of respiratory matches on base. Investigative material process statistically. It accept for statistic essentiality $p < 0,05$.

Results and conclusions: In researched group of patient there is a dependence among higher education and level of knowledge and the result of complication of allergic disease respiratory system. People living in the city, with upper education, up to 40 year old, had higher level of knowledge about allergic diseases of respiratory system than the other group.

Key-words: Acceptation, patients, connective tissue disease.

Wstęp

Choroby alergiczne układu oddechowego występują w różnych środowiskach zawodowych oraz społecznych.

Schorzenia te towarzyszą ludzkości już od zarania dziejów. Świadczy o tym m.in. fakt, iż pierwsza wzmianka na temat astmy oskrzelowej pojawiła się już na papiirusie Eberesa. Pochodził on z 1500 r. p. n. e. Określenia „astma” używał również Hipokrates (460–377 p. n. e.), który był greckim uczonym, a zarazem ojcem medycyny. „Astma” to szybki oddech, który jest spowodowany pojawiającą się dusznością. Przez ubiegłe stulecia astmą nazywano wszystkie duszności. Astmą oskrzelową określano nie tylko choroby układu oddechowego, ale także układu krwiotwórczego oraz krążenia [Daniluk, Jurkowska, Lublin 2005].

Egzogenne alergiczne zapalenie pęcherzyków płucnych opisywał Ramazzini w XVIII wieku [Salvaggio, Hendrick 2003, s. 37].

Alergiczne choroby dróg oddechowych mogą rozwinąć się w każdym odcinku dróg oddechowym, zarówno górnym, jak i dolnym. Należą do nich przede wszystkim: alergiczne nieżyty nosa, zapalenie alergiczne krtani, astma oskrzelowa, egzogenne alergiczne zapalenie pęcherzyków płucnych.

Czynnikiem, który odgrywa znaczącą rolę w ich rozprzestrzenianiu się, jest ciągły postęp cywilizacyjny, prowadzący do postępującego zanieczyszczenia środowiska. Pacjenci, nieświadomi istoty swojej choroby, bagatelizują ją, co często prowadzi do groźnych dla zdrowia powikłań. Niezmiernie istotny jest fakt, iż nieświadomość pacjenta na temat istoty choroby, brak leczenia dostosowanego do indywidualnego przypadku oraz zła kontrola choroby doprowadzić może do stanu zagrożenia życia.

Cel pracy

Celem mojej pracy była weryfikacja wiedzy pacjentów wybranego ZOZ na temat alergicznych chorób układu oddechowego oraz edukacja osób, u których schorzenie to występuje.

Materiał i metodyka

Badanie zostało przeprowadzone wśród hospitalizowanych pacjentów Szpitala Uniwersyteckiego z Przychodnią SP ZOZ Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie w Klinice Gastroenterologii i Hepatologii na przełomie marca/maja 2010 roku. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Dyrekcji ww. ZOZ. Zbadano łącznie 100 pacjentów w wieku od 24–83 roku życia.

W celu przeprowadzenia badań użyto sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem techniki ankietowania w oparciu o samodzielnie skonstruowany kwestionariusz ankiety.

Kwestionariusz ankiety zawierał 19 pytań. Pytania dotyczyły informacji ogólnych, czyli wieku, miejsca zamieszkania, płci oraz wykształcenia, jak istoty alergicznych chorób układu oddechowego. Badania zostały przeprowadzone w sposób samodzielny. Podczas ich przeprowadzania uwzględniano wymagania etyczne. Pacjenci zostali poinformowani o anonimowości i celach, jakim służyły badania.

Analizy wyników przeprowadzono za pomocą pakietu statystycznego STATISTICA for Windows 10.0.

Wyniki przedstawiono w tabelach liczości i tabelach wielodzielczych oraz na wykresach.

Zależności między rozkładem udzielanych odpowiedzi a wiekiem, płcią, miejscem zamieszkania i wykształceniem analizowano testem χ^2 i dokładnym testem Fishera. Za istotne przyjęto prawdopodobieństwo testowe na poziomie $p < 0,05$ a za wysoce istotne przyjęto prawdopodobieństwo testowe na poziomie $p < 0,01$.

Wyniki

Spośród 100 pacjentów objętych badaniami, 68,69% stanowiły kobiety, zaś 31,31% mężczyźni. Przedział wieku osób badanych to wiek od 18-70 roku życia i powyżej 70 lat. Najliczniejszą grupę wiekową (62,63%) stanowiły osoby w przedziale od 41 do 60 lat, najmniejszą (5,05%) osoby powyżej 70 roku życia. Wśród ankietowanych osoby od 26 do 40 roku życia stanowiły 9,09%, natomiast 17,7% to osoby w wieku od 61 do 70 roku życia. W badanej populacji przeważały osoby mieszkające w mieście, bo aż 66,67% osób. Ankietowanych zamieszkujących na wsi znacznie mniej (33,33%). Największą grupę osób stanowili ankietowani posiadający średnie wykształcenie, czyli 42,42%, nieco mniejszą, bo 28,28% podstawowe, wyższe niepełne 21,21%, natomiast najmniejszą (8,08%) wykształcenie wyższe. Dane demograficzne ankietowanych obrazuje tabela 1.

Tabela 1. Dane demograficzne badanej grupy pacjentów

Lp.	Analizowane zmienne		Łącznie
1.	Płeć	Mężczyźni	68,69
		Kobiety	31,31
2.	Wiek	Do 25	6,06
		Od 26 do 40	9,09
		Od 41 do 60	62,63
		Od 61 do 70	17,17
		Powyżej 70	5,05
3.	Miejsce zamieszkania	Wieś	33,33
		Miasto	66,67
4.	Wykształcenie	Podstawowe	28,28
		Średnie	42,42
		Wyższe niepełne	21,21
		Wyższe	8,08

Źródło: opracowanie własne.

Pierwszym etapem badania było udzielenie odpowiedzi przez ankietowanych na pytanie „Czym jest alergologia?”. Respondentom proponowano cztery możliwe odpowiedzi. Spośród badanych 37% osób wskazało, że alergologia jest nauką zajmującą się leczeniem chorób alergicznych. Natomiast 31% ankietowanych wskazało, że alergologia to dziedzina medycyny zajmująca się rozpoznawaniem i leczeniem chorób związanych z nieprawidłową reakcją organizmu ludzkiego opartą o mechanizm immunologiczny, jak i dziedzina medycyny zajmująca się rozpoznawaniem schorzeń układu oddechowego.

Kolejnym etapem badania było określenie przez respondentów, czym jest alergia. Najczęściej wybieraną odpowiedzią była reakcja organizmu na kontakt z alergenem-czynnikiem uczulającym – tak wybrało aż 76%. Zdecydowanie najmniej, czyli 9%, wskazało, że alergia to choroba układu pokarmowego.

Tabela 2. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Czym jest alergia?” w zależności od wieku, płci, miejsca zamieszkania i wykształcenia

5.	Wiek		Płeć		Miejsce zamieszkania		Wykształcenie		Wiersz Razem
	< 40	>40	Mężczyźni	Kobiety	Wieś	Miasto	Wyższe/ Niepełne	Podstawowe/ Średnie	
A	10	66	53	23	24	52	26	50	76
% kolumny	66,67%	78,57%	77,94%	74,19%	72,73%	78,79%	89,66%	71,43%	
B	2	7	6	3	4	5	0	9	9
% kolumny	13,33%	8,33%	8,82%	9,68%	12,12%	7,58%	0,00%	12,86%	
C	3	11	9	5	5	9	3	11	14
% kolumny	20,00%	13,10%	13,24%	16,13%	15,15%	13,64%	10,34%	15,71%	
Ogół	15	84	68	31	33	66	29	70	99
Chi2	p=0,6023		p=0,9143		p=0,7258		p=0,0807		

A) Reakcja organizmu na kontakt z alergenem – czynnikiem uczulającym

B) Choroba układu pokarmowego

C) Dwie powyższe odpowiedzi są nieprawidłowe

Źródło: opracowanie własne.

W celu zbadania postrzegania zagrożeń, jakie niosą ze sobą powikłania chorób alergicznych poproszono respondentów o wskazanie na jedną z trzech możliwych odpowiedzi. Generalnie najczęściej, bo 72% osób wskazało reakcję organizmu spowodowaną przedostaniem się alergenu do organizmu, potencjalnie zagrażającą życiu. Zdecydowana mniejszość, bo 12% ankietowanych podało, że anafilaksja to wrodzona choroba układu oddechowego.

W celu rozpoznania objawów jednej z chorób alergicznych układu oddechowego, jaką jest m.in. astma oskrzelowa respondentom wskazano wybór jednej z czterech możliwych odpowiedzi. Najczęściej wskazywaną odpowiedzią była duszność, bo wybraną przez 79% badanych. Zaledwie 3% osób wybrało zawroty głowy.

Tabela 3. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Wskaż poprawną odpowiedź. Najczęściej występującym objawem astmy oskrzelowej jest”: w zależności od wieku, płci, miejsca zamieszkania i wykształcenia

8.	Wiek		Płeć		Miejsce zamieszkania		Wykształcenie		Wiersz Razem
	< 40	>40	Mężczyźni	Kobiety	Wieś	Miasto	Wyższe/ Niepełne	Podstawowe/ Średnie	
A	12	67	57	22	26	53	27	52	79
% kolumny	80,00%	79,76%	83,82%	70,97%	78,79%	80,30%	93,10%	74,29%	
B	1	5	3	3	2	4	1	5	6
% kolumny	6,67%	5,95%	4,41%	9,68%	6,06%	6,06%	3,45%	7,14%	
C	1	6	5	2	5	2	0	7	7
% kolumny	6,67%	7,14%	7,35%	6,45%	15,15%	3,03%	0,00%	10,00%	
D	1	3	1	3	0	4	1	3	4
% kolumny	6,67%	3,57%	1,47%	9,68%	0,00%	6,06%	3,45%	4,29%	
E	0	3	2	1	0	3	0	3	3
% kolumny	0,00%	3,57%	2,94%	3,23%	0,00%	4,55%	0,00%	4,29%	
Ogół	15	84	68	31	33	66	29	70	99
Chi2	p=0,9313		p=0,2878		p=0,0888		p=0,2353		

A) Dusznosc

B) Bol brzucha

C) Wysypka

D) Katar

E) Zawroty glowy

Źródło: opracowanie własne.

Zapytano ankietowanych o potwierdzenie bądź zaprzeczenie następującej tezy: „Powikłania chorób alergicznych są groźne dla zdrowia/życia człowieka”. Ponad połowa, czyli 51% ankietowanych, nie zgodziła się powyższym stwierdzeniem, zaś 43% ma tego świadomość.

Tabela 4. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Czy zgadza się Pan/ Pani z poniższym twierdzeniem: Powikłania chorób alergicznych są groźne dla zdrowia/ życia człowieka” w zależności od wieku, płci, miejsca zamieszkania i wykształcenia

4.	Wiek		Płeć		Miejsce zamieszkania		Wykształcenie		Wiersz Razem
	< 40	>40	Mężczyźni	Kobiety	Wieś	Miasto	Wyższe/ Niepełne	Podstawowe/ Średnie	
A	5	46	34	17	17	34	9	42	51
%kolumny	33,33%	54,76%	50,00%	54,84%	51,52%	51,52%	31,03%	60,00%	
B	1	4	3	2	1	4	1	4	5
%kolumny	6,67%	4,76%	4,41%	6,45%	3,03%	6,06%	3,45%	5,71%	
C	9	34	31	12	15	28	19	24	43
%kolumny	60,00%	40,48%	45,59%	38,71%	45,45%	42,42%	65,52%	34,29%	
Ogół	15	84	68	31	33	66	29	70	99
Chi2	p=0,3099		p=0,7772		p=0,7999		p=0,0170		

A) Nie

B) Nie wiem

C) Tak

Źródło: opracowanie własne.

Dyskusja

Tematyka alergicznych chorób układu oddechowego sięga czasów starożytnych, gdy po raz pierwszy pojawiła się wzmianka m. in. na temat astmy oskrzelowej opisana na papirusie Eberesa [Daniluk, Jurkowska 2005, ss. 25-30].

Z roku na rok liczba tych schorzeń wzrasta. Na ten proces ma wpływ wiele czynników. Wraz z postępowaniem cywilizacyjnym, rozwojem przemysłowym oraz coraz większym zanieczyszczeniem środowiska, liczba alergicznych chorób układu oddechowego, np. astmy, diametralnie wzrasta. Symptomy astmy zaobserwować można u 8–10% populacji. Według danych „Białej Księgi Alergii” co 10 lat liczba osób, u których to schorzenie występuje, wzrasta dwukrotnie [Kiecza 2010, ss. 61–63].

Jak wynikało z badań, które przedstawiłam, wiedza pacjentów na temat alergicznych chorób układu oddechowego wciąż nie jest wystarczająca. Pomiędzy tym, że ponad połowa, bo 53% ankietowanych potrafiła zdefiniować pojęcie choroby alergicznej układu oddechowego, a 79% osób wybrało jej przykład spośród wymienionych, 51% nie zdawało sobie sprawy z powagi powikłań

chorób alergicznych, które mogą okazać się groźne nie tylko dla zdrowia, ale i dla życia osoby uczulonej na dany alergen. Ankietowani zarówno poniżej, jak i powyżej 40 roku życia, potrafili prawidłowo zdefiniować chorobę alergiczną układu oddechowego. W większości przypadków zarówno kobiety, jak i mężczyźni, którzy wzięli udział w badaniu, potrafili spośród przedstawionych prawidłowo wybrać alergiczną chorobę układu oddechowego. Osoby z wyższym wykształceniem miały o wiele większą świadomość działań, które najtrudniej wdrożyć w zapobieganiu nasilania się objawów alergii w porównaniu do osób z wykształceniem niższym.

Problem braku odpowiedniej wiedzy pacjentów na temat jednej z chorób alergicznych układu oddechowego, jaką jest astma, poruszono w pracy pogładowej, która została opublikowana w 2008 roku. Wynikało z niej, iż edukacja, a w konsekwencji płynąca z niej wiedza pacjenta, znajduje się na pierwszym miejscu przed wdrożeniem właściwego leczenia oraz znacząco wpływa na jakość życia chorego [Kieczka 2010, ss. 61-63].

Jak wynikało z treści kolejnej pracy pogładowej, opublikowanej w 2010 roku, źle kontrolowane objawy choroby powodowały znaczne pogorszenie jakości życia chorego, z powodu nasilania się wystąpienia symptomów, tj. duszności u 70% chorych, wzrastającą po wysiłku fizycznym u 97% przebadanych osób [Kieczka 2010, ss. 17-23].

W porównaniu do wiedzy o alergicznych chorobach układu oddechowego, wiedza o cukrzycy okazała się o wiele mniejsza. Wynikało to z pracy opublikowanej w 2007 roku. Wśród 1001 ankietowanych osób 69,2% identyfikowało cukrzycę jako chorobę nadciśnieniową, zaś jako schorzenie układu moczowego i nerek 5,5%, co świadczy o niewielkiej wiedzy przebadanych osób na temat danej choroby [Pardela, Kowalczyk-Sroka 2007, ss. 37-41].

Niepokojący jest fakt, iż znaczna część respondentów nie potrafi jednoznacznie wymienić głównych objawów, zarówno w przypadku powikłań alergicznych chorób układu oddechowego, jak i stanów będących wynikiem źle kontrolowanej cukrzycy. Wynikało to z pracy opublikowanej w 2005 roku. Spośród 100 ankietowanych prawie 63% respondentów wskazało, że do charakterystycznych objawów hiperglikemii należą wzmożone pragnienie, osłabienie, wielomocz, a także drżenie rąk. Blisko 26% wskazało na nadmierne tycie, zaś 11% badanych nie znało odpowiedzi. Aż 73,6% ankietowanych objawy, takie jak kołatanie serca, pocenie się, drżenie rąk oraz zawroty głowy, identyfikuje z hipoglikemią. Spośród badanych 27% nie wskazało właściwej odpowiedzi. Blisko 54,5% badanych twierdzi, że najlepszym sposobem, aby nie dopuścić do niedocukrzenia, jest wypicie słodkiego napoju oraz spożycie kanapki. Ponad połowa, bo 59% osób twierdziło, że przyczyną hipoglikemii jest nadmierny wysiłek fizyczny, za duża dawka leku o działaniu hipoglike-

mizującym. Przyczyn hipoglikemii nie znało 41% badanych. Jak twierdziło 75,5% respondentów, w przypadku wystąpienia hipoglikemii należy wezwać pogotowie. Spośród badanych 22% podałyby nieprzytomnemu słodki napój do wypicia. Późne powikłania cukrzycy, czyli retinopatię, nefropatię, neuropatię wskazało aż 72,3% badanych. 6,9% osób uznała, że do późnych powikłań cukrzycy należą grypa, gruźlica i inne choroby płuc [Krystoń-Serafin, Jankowiak, Krajewska-Kulać, Sierakowska, Popławska 2005, ss. 8-9].

Z pracy przedstawionej w 2005 roku wynikało również, że edukacja ma znaczący wpływ na samopoczucie chorego z cukrzycą, co potwierdzało aż 91% badanych. Najlepszym edukatorem według 80% respondentów byłby lekarz diabetolog, 74% badanych podało dietetyka, 60% pielęgniarkę edukacyjną, zaś 30% samego pacjenta. Najbardziej odpowiednią formą zajęć edukacyjnych byłyby indywidualna rozmowa, co potwierdza 61% osób, natomiast 31% jako formę edukacji podało ćwiczenia praktyczne. Prawie połowa, bo aż 44% badanych chętnie poszerzyłoby swoją wiedzę na temat powikłań danej jednostki chorobowej, zaś 41% osób wolałoby lepiej poznać metody leczenia [Krystoń-Serafin, Jankowiak, Krajewska-Kulać, Sierakowska, Popławska 2005, ss. 10-11].

Jak wynikało z pracy opublikowanej w 2011 roku, wiedza pacjentów na temat alergicznych chorób układu oddechowego nie jest tak zadowalająca jak wiedza młodzieży w przedziale wiekowym 13-18 lat na temat nieswoistego zapalenia jelit. Wszyscy badani, bo aż 100%, wskazali, że zarówno choroba Leśniowskiego-Crohna, jak i wrzodziejące zapalenie jelita grubego to schorzenia nieuleczalne, przewlekłe, cechujące się okresami progresji i remisji. Ponad połowa, czyli 53% twierdziło, że przyczyny choroby są idiopatyczne. Prawie wszyscy ankietowani potrafili prawidłowo podać objawy choroby. Znaczna większość, czyli 69% badanych osób, znało nawyki żywieniowe w danej jednostce chorobowej. Leczenie farmakologiczne nie było obce 96,1% respondentom. Widoczne było bardzo duże zainteresowanie daną jednostką chorobową wśród młodzieży. Badani posiadali znaczną wiedzę na temat nieswoistego zapalenia jelit, stosowanej farmakoterapii. Chorzy mieli świadomość, iż jest to choroba nieuleczalna i przewlekła. Niepokojący był jednak fakt lekceważenia wpływu różnego rodzaju używek nie tylko na przebieg choroby, ale i stan zdrowia. Ankietowani, którzy nie wymienili wszystkich objawów choroby prawdopodobnie ich nie doświadczyli lub nie wpłynęły one znacząco na stan ich zdrowia. Deficyty w poziomie wiedzy wśród badanych były niewielkie. Nie dotyczyły one samoopieki, lecz podstaw teoretycznych [Perek, Cepuch 2011, ss. 48-49].

Przedstawione wybrane badania jednoznacznie ukazały, że poziom wiedzy na temat alergicznych chorób układu oddechowego jest wciąż niewystar-

czający. Niezmiernie istotna staje się zatem edukacja pacjenta, gdyż dzięki większej wiedzy na temat alergicznych chorób układu oddechowego proces leczenia stanie się o wiele bardziej efektywny, a przede wszystkim poprawie ulegnie jakość życia osób chorych.

Wnioski

Po przeanalizowaniu materiału badawczego, który przedstawiłam w mojej pracy, stwierdzono, że:

1. Jedynie 37% ankietowanych osób wiedziało, czym jest alergologia.
2. Ponad połowa 53% przebadanych osób potrafiło zdefiniować pojęcie choroby alergicznej układu oddechowego, zaś 79% osób wybrało jej przykład spośród wymienionych.
3. Większość, aż 79% osób, które wzięło udział w badaniu, potrafiło rozpoznać objawy chorób alergicznych.
4. 41% ankietowanych twierdziło, że zapobieganie chorobom alergicznym jest możliwe we wszystkich przypadkach.
5. Mimo tego, iż 72% ankietowanych znało definicję „anafilaksji”, czyli reakcji potencjalnie zagrażającej życiu, aż 51% nie zdawało sobie sprawy z jej powagi.

Bibliografia

Daniluk J., Jurkowska G. (2005), *Zarys chorób wewnętrznych dla studentów pielęgniarstwa*, Czelej, Lublin.

Kieczka K., (2010), *Edukacja chorych na astmę i przewlekłą obturacyjną chorobę płuc*, „Pielęgniarstwo XXI wieku”, nr 1–2 (14–15).

Kieczka K., (2010), *Jakość życia chorych na astmę i przewlekłą obturacyjną chorobę płuc mieszkających w województwie mazowieckim i lubelskim*, „Pielęgniarstwo XXI wieku”, nr 1–2 (30–31).

Krystoń-Serafin M., Jankowiak B., Krajewska-Kułak E., Sierakowska M., Popławska E., (2005), *Ocena wiedzy pacjentów na temat cukrzycy typu II jako niezbędny element terapii*, „Diabetologia praktyczna”, Tom 6, nr 1.

Lelonek B., Pardela W., Kowalczyk-Sroka B. (2007), *Wiedza młodzieży na temat cukrzycy a zapotrzebowanie na edukację zdrowotną*, „Pielęgniarstwo XXI wieku”, nr 3–4 (20–21): ss. 37–41.

Perek M., Cepuch G. (2011), *Poziom wiedzy i jakość życia młodzieży chorej na nieswoiste zapalenie jelit*, „Pielęgniarstwo XXI wieku”, nr 2(35).

Salvaggio J.E., Hendrick D.J. (2003), *Egzogenne zapalenie pęcherzyków płucnych*, w: S.T. Holgate, M.K. Church, M. Lichtenstein, *Alergia*, wyd. Urban&Partner, wyd. I, Lublin.

Beata Kropornicka

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Bożena Baczewska

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Ewelina Czerwonka

Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Radomiu

Elżbieta Nowicka

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Jadwiga Daniluk

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Zachowania zdrowotne pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc

Health behaviors in patients suffering from chronic obstructive pulmonary disease

Abstract: The purpose of study was to evaluate health behaviors in patients suffering from chronic obstructive pulmonary disease (COPD). The examined sample comprised 100 patients with COPD and 100 healthy subjects were the control group. The investigation was carried out at the Pulmonological Ward, Regional Specialist Hospital, Radom from February to May, 2011. The subjects were surveyed by means of Health Behaviors Inventory, Fagerström Test for Nicotine Dependence and Schneider's Motivation Test to Quit Smoking. The respondents presented health behaviors within 7-9 sten range. Health behaviors were significantly better in the group of patients with CODP compared to the controls. The total mean test result and the results of all health categories were higher in the patients with COPD; the differences were statistically significant.

Habitual smoking was twice more frequent in the group of controls compared to the examined group; the differences were statistically significant. In the control group the respondents' motivation to quit smoking was slightly higher than among the patients with COPD; there was no statistically significant difference between the groups.

Key-words: health behaviors, patient, chronic obstructive pulmonary disease.

Wstęp

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) stanowi istotny problem we współczesnym świecie. Częstość jej występowania u badanych powyżej 40 roku życia, potwierdzona badaniem spirometrycznym, wynosi 8,9% [Halbert, Natoli, Gano i in. 2006, ss. 523–532]. Przewiduje się, że jeśli trendy w epidemiologii chorób na świecie nie ulegną zmianie, to w 2020 roku POChP, która w 1990 roku była szóstą, stanie się trzecią co do częstości przyczyną zgonów. Powodem tych zmian będzie malejąca umieralność z powodu chorób sercowo–naczyniowych oraz zakaźnych, szczyt palenia tytoniu i zanieczyszczenia środowiska w krajach rozwijających się [Murray, Lopez 1997, ss. 1498–1504, Górecka, Jassem, Pierzchała i in. 2012, ss. 220–254].

W Polsce około 10% dorosłych po ukończeniu 40 roku życia ma objawy POChP i choroba ta jest czwartą przyczyną zgonów po chorobach układu krążenia, nowotworach i śmierci z przyczyn gwałtownych [Górecka, Jassem, Pierzchała i in. 2012, ss. 220–254].

Najważniejszym modyfikowalnym czynnikiem ryzyka rozwoju POChP jest palenie tytoniu [Górecka, Jassem, Pierzchała i in. 2012, ss. 220–254, Jassem, Górecka, Krakowiak i in. 2010, ss. 126–132, Dąbrowski 2003, ss. 43–45, Pierzchała 2000, ss. 42–43].

Przewlekła obturacyjna choroba płuc, ze względu na swój przewlekły, postępujący charakter oraz częste zaostrzenia, prowadzi do pogorszenia stanu zdrowia i może w dużym stopniu wpływać na jakość życia pacjentów [Drozdowski, Bakula, Drozdowska i in. 2007, ss. 147–152]. W obrazie chorobowym POChP występują objawy przewlekłego zapalenia oskrzeli, takie jak: przewlekły poranny kaszel z odkrztuszaniem śluzowej wydzieliny, pogorszenie tolerancji wysiłku i duszność. W zaawansowanym stadium POChP prowadzi do niewydolności oddechowej, serca płucnego i ogólnego wyniszczenia [Górecka, Jassem, Pierzchała i in. 2012, ss. 220–254]. U pacjentów pojawiają się zaburzenia depresyjne i lękowe, a choroba może stać się przyczyną izolacji społecznej pacjentów [Talarowska, Florkowski, Gałęcki i in. 2009, ss. 201–205].

Dużą rolę w poprawie jakości życia chorych przypisuje się realizacji programów edukacyjnych dla chorych i ich rodzin [Dąbrowski 2003, ss. 43–45, Pierzchała 2000, ss. 42–43], które powinny się opierać na diagnozie zachowań zdrowotnych pacjentów.

Cel pracy

Celem pracy było określenie zachowań zdrowotnych pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc.

Materiał i metoda

W pracy zastosowano metodę badań ankietowych. Jako narzędzie badawcze wykorzystano Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) autorstwa Juczyńskiego [2009, ss. 106–116], udostępniony za zgodą autora z Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, do którego opracowano metryczkę.

Inwentarz Zachowań Zdrowotnych zawiera 24 stwierdzenia opisujące różnego rodzaju zachowania związane ze zdrowiem. Biorąc pod uwagę wskazaną przez badanych częstość poszczególnych zachowań, ustala się ogólne nasilenie zachowań sprzyjających zdrowiu i stopień nasilenia zachowań zdrowotnych w czterech kategoriach, tj. prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, praktyk zdrowotnych oraz pozytywnego nastawienia psychicznego. Do oceny każdego z 24 zachowań zdrowotnych, wymienionych w Inwentarzu Zachowań Zdrowotnych, stosuje się pięciopunktową skalę: 1–prawie nigdy, 2–rzadko, 3–od czasu do czasu, 4–często, 5–prawie zawsze. Uzyskane wyniki umożliwiają określenie nasilenia zachowań związanych ze zdrowiem. Zaznaczone przez badanego wartości liczbowe zlicza się w celu otrzymania ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych. Jego wartość mieści się w granicach od 24 do 120 punktów, im wyższy wynik tym większe nasilenie deklarowanych zachowań zdrowotnych. Wyniki w granicach 1–4 stena ocenia się jako wyniki niskie, natomiast 7–10 stena jako wysokie. Wyniki 5 i 6 stena traktuje się jako przeciętne. Ponadto oddzielnie obliczane jest nasilenie czterech kategorii zachowań zdrowotnych, a ich wskaźnikiem jest średnia liczba punktów w każdej kategorii, tzn. suma punktów podzielonych przez 6.

Kolejnymi wykorzystanymi narzędziami badawczymi były Test Uależnienia od Nikotyny Fagerströma oraz Test Motywacji do zaprzestania palenia Schneider [Górecka, Jassem, Pierzchała i in. 2012, ss. 220–254, Zieliński 2007, ss. 63–65].

W celu zbadania stopnia uzależnienia ankietowanych od nikotyny zastosowano Test Uzależnienia od Nikotyny Fagerströma, który składa się z 6 pytań i odpowiedzi punktowanych od 0 do 3. Wynik testu poniżej 7 punktów świadczy o niskim, behawioralnym uzależnieniu, natomiast uzyskanie 7 i więcej punktów wskazuje na wysokie, fizyczne uzależnienie, co wiąże się z koniecznością rozważenia wyboru metod farmakologicznych w celu rzucenia palenia tytoniu.

Do zbadania stopnia motywacji do rzucenia palenia zastosowano Test Motywacji do zaprzestania palenia Schneider, który składa się z 12 pytań, a ankietowani mają do wyboru dwa warianty odpowiedzi „tak” lub „nie”. Jeśli suma udzielonych przez pacjenta odpowiedzi „tak” jest wyższa od sumy odpowiedzi „nie”, oznacza to, że jest on stosunkowo silnie zmotywowany do zerwania z nałogiem palenia tytoniu. Jeśli natomiast respondent częściej zakreśla odpowiedź „nie”, oznacza to, że jego gotowość zerwania z nałogiem nie jest zbyt wysoka i może w ogóle nie zdecydować się na podjęcie próby zaprzestania palenia bądź może ponieść porażkę już w pierwszych dniach abstynencji.

Uzyskane wyniki badań 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 cech mierzalnych normalność rozkładu analizowanych parametrów oceniano przy pomocy testu W Shapiro–Wilka. Do porównania dwóch grup niezależnych zastosowano test t Studenta. Dla więcej niż dwóch grup zastosowano analizę wariancji. Dla niepowiązanych cech jakościowych do wykrycia istnienia różnic między porównywanymi 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 istnienie istotnych statystycznie różnic bądź zależności. Bazę danych i badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe STATISTICA 9.0 (StatSoft, Polska).

Badania zostały przeprowadzone anonimowo, na terenie Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Radomiu na Oddziale Pulmonologii, Oddziale Wewnętrznym I Endokrynologiczno–Internistycznym, Oddziale Wewnętrznym II–Nadciśnienia Tętniczego, w terminie od lutego do marca 2011 roku. Objęto nimi 100 osób chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. Grupę kontrolną stanowiło 100 osób zdrowych, mieszkańców miasta Radomia i okolic. Badaniem zostały objęte osoby dorosłe, które wyraziły zgodę na udział w badaniach. Dokładną charakterystykę badanych zamieszczono w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy (N=200)

Cechy socjo-demograficzne		Chorzy na POCHP		Osoby zdrowe	
n		%	n	%	
Płeć	Mężczyźni	52	52,00	62	62,00
	Kobiety	48	48,00	38	38,00
	Razem	100	100,00	100	100,00
Wiek	Do 40 lat	10	10,00	59	59,00
	Od 41 do 60 lat	59	59,00	35	35,00
	Powyżej 61 lat	31	31,00	6	6,00
	Razem	100	100,00	100	100,00
Miejsce zamieszkania	Miasto	57	57,00	61	61,00
	Wieś	43	43,00	39	39,00
	Razem	100	100,00	100	100,00
Wykształcenie	Podstawowe	17	17,00	3	3,00
	Zawodowe	40	40,00	19	19,00
	Średnie	28	28,00	34	34,00
	Wyższe	15	15,00	44	44,00
	Razem	100	100,00	100	100,00
Źródło utrzymania	Praca zawodowa	40	40,00	69	69,00
	Renta	45	45,00	6	6,00
	Emerytura	-	-	20	20,00
	Inne	15	15,00	5	5,00
	Razem	100	100,00	100	100,00

Źródło: opracowanie własne.

Wyniki

Przeprowadzone badania wykazały, że zachowania zdrowotne ankietowanych chorych na POChP mieściły się w granicach 4–9 stena dla kobiet oraz 7–9 stena dla mężczyzn (tabela 2).

Tabela 2. Charakterystyka zachowań zdrowotnych chorych na POChP w stenach (IZZ)

Kobiety				Mężczyźni			
Wynik surowy	Sten	n	%	Wynik surowy	Sten	n	%
24-53	1	0	0,00	24-50	1	0	0,00
54-62	2	0	0,00	51-58	2	0	0,00
63-70	3	0	0,00	59-65	3	0	0,00
71-77	4	1	1,92	66-71	4	0	0,00
78-84	5	0	0,00	72-78	5	0	0,00
85-91	6	0	0,00	79-86	6	0	0,00
92-98	7	17	32,69	87-93	7	6	12,50
99-104	8	27	51,92	94-101	8	29	60,42
105-111	9	7	13,47	102-108	9	13	27,08
112-120	10	0	0,00	109-120	10	0	0,00
Razem		52	100,00	Razem		48	100,00

Źródło: opracowanie własne.

Niemal wszyscy badani (99%) uzyskali wysokie wyniki w Inwentarzu Zachowań Zdrowotnych. Wyjątek stanowiła tylko jedna kobieta, która uzyskała wynik niski.

Analizując zachowania zdrowotne chorych w poszczególnych kategoriach, można stwierdzić, że najwyżej ocenione zostało pozytywne nastawienie psychiczne ($4,34 \pm 0,30$), natomiast najniższe wyniki uzyskano w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych ($3,94 \pm 0,30$). Otrzymane wyniki przedstawia tabela 3.

Tabela 3. Ocena zachowań zdrowotnych w grupie chorych z POChP (IZZ)

Zachowania zdrowotne	Średnia	Min	Max	Odch.Std
Prawidłowe nawyki żywieniowe	3,94	2,67	4,50	0,30
Zachowania profilaktyczne	4,23	3,50	4,83	0,36
Pozytywne nastawienie psychiczne	4,34	3,50	4,83	0,30
Praktyki zdrowotne	4,02	2,83	4,83	0,43
Ogólna ocena zachowań zdrowotnych	99,13	75,00	110,00	4,69

Źródło: opracowanie własne.

Wyniki punktowe osób zdrowych w IZZ mieściły się w granicach 1–9 stena, zarówno dla kobiet jak i mężczyzn. Największy odsetek badanych uzyskał wyniki wysokie (37%), 36% niskie, a 27% przeciętne (tabela 4).

Tabela 4. Charakterystyka zachowań zdrowotnych w grupie zdrowych w stenach (IZZ)

Kobiety				Mężczyźni			
Wynik surowy	Sten	n	%	Wynik surowy	Sten	n	%
24-53	1	2	3,23	24--50	1	2	5,26
54-62	2	5	8,06	51-58	2	1	2,63
63-70	3	5	8,06	59-65	3	4	10,53
71-77	4	10	16,13	66-71	4	7	18,42
78-84	5	8	12,90	72-78	5	1	2,63
85-91	6	7	11,29	79-86	6	11	28,96
92-98	7	14	22,58	87-93	7	6	15,79
99-104	8	6	9,68	94-101	8	3	7,89
105-111	9	5	8,07	102-108	9	3	7,89
112-120	10	0	0,00	109-120	10	0	0,00
Razem		62	100,00			38	100,00

Źródło: opracowanie własne.

Podobnie jak w grupie pacjentów z POCHP, zdrowi respondenci najwyżej ocenili swoje pozytywne nastawienie psychiczne ($3,64 \pm 0,76$), natomiast najniższe wyniki uzyskano w kategorii prawidłowych nawyków żywieniowych ($3,26 \pm 0,89$). Otrzymane wyniki przedstawia tabela 5.

Tabela 5. Ocena zachowań zdrowotnych w grupie zdrowych (IZZ)

Zachowania zdrowotne	Średnia	Min	Max	Odch.Std
Prawidłowe nawyki żywieniowe	3,26	1,33	5,0	0,89
Zachowania profilaktyczne	3,51	1,17	4,8	0,81
Pozytywne nastawienie psychiczne	3,64	1,33	4,8	0,76
Praktyki zdrowotne	3,27	1,00	4,7	0,76
Ogólna ocena zachowań zdrowotnych	82,06	42,00	110,0	15,56

Źródło: opracowanie własne.

W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej stwierdzono, że zachowania zdrowotne chorych na POChP były lepsze niż w grupie osób zdrowych, zarówno w ocenie ogólnej, jak i w poszczególnych kategoriach zachowań. Stwierdzone różnice były istotne statystycznie ($p < 0,000001$) (tabela 6).

Tabela 6. Porównanie zachowań zdrowotnych w grupie zdrowych i chorych na POChP (IZZ)

Zachowania zdrowotne	Chorzy		Zdrowi		Analiza statystyczna	
	Średnia	Odch.Std	Średnia	Odch.Std	t	p
Prawidłowe nawyki żywieniowe	3,94	0,30	3,26	0,89	-7,19	<0,000001*
Zachowania profilaktyczne	4,23	0,36	3,51	0,81	-8,18	<0,000001*
Pozytywne nastawienie psychiczne	4,34	0,30	3,64	0,76	-8,57	<0,000001*
Praktyki zdrowotne	4,02	0,43	3,27	0,76	-8,51	<0,000001*
Ogólna ocena zachowań zdrowotnych	99,13	4,69	82,06	15,56	-10,51	<0,000001*

Źródło: opracowanie własne.

Z badań wynika, że obecnie w grupie zdrowych dwukrotnie częściej występuje nałóg palenia (40,0%) niż w grupie chorych na POChP (20,0%). Stwierdzone różnice były istotne statystycznie ($p = 0,002$).

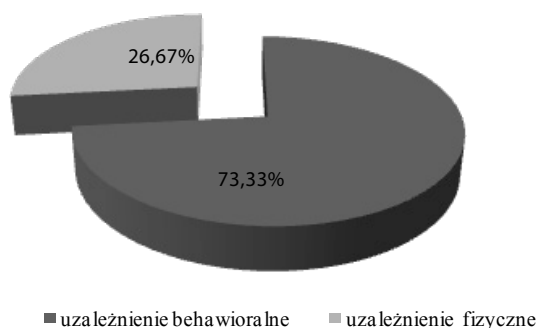
Tabela 7. Występowanie nałogu palenia w grupie osób zdrowych i chorych na POChP

Grupa	Palenie tytoniu		Ogółem
	Tak	Nie	
	n/%	n/%	n/%
Zdrowi	40	60	100
	40,0%	60,0%	100,0%
Chorzy	20	80	100
	20,0%	80,0%	100,0%
Razem	60	140	200
	30,0%	70,0%	100,0%
Analiza statystyczna: $\chi^2 = 9,52$; $p = 0,002^*$			

Źródło: opracowanie własne.

Badania, przeprowadzone przy pomocy Testu Uzależnienia od Nikotyny Fagerströma wskazują, że większość palących była uzależniona behawioralnie od nikotyny 73,33%, (n=44), natomiast 26,67% (n=16) fizycznie (wykres 1).

Wykres 1. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem oceny stopnia uzależnienia od nikotyny



Źródło: opracowanie własne.

W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej nie stwierdzono istotnych różnic w zakresie rodzaju uzależnienia od nikotyny pomiędzy badanymi z POChP i zdrowymi ($p=0,41$). W grupie zdrowych uzależnienie fizyczne występowało nieznacznie częściej (30,0%) niż w grupie chorych (20,0%). Otrzymane wyniki przedstawia tabela 8.

Tabela 8. Rodzaj uzależnienia od nikotyny w grupie chorych na POChP i zdrowych

Grupa	Rodzaj uzależnienia		Ogółem
	behawioralne	fizyczne	
	n/%	n/%	n/%
Zdrowi	28 70,0%	12 30,0%	40 100,0%
Chorzy	16 80,0%	4 20,0%	20 100,0%
Razem	44 73,33%	16 26,67%	60 100,0%
Analiza statystyczna: $\chi^2=0,68$; $p=0,41$			

Źródło: opracowanie własne.

W tabeli 9 przedstawiono ocenę składowych Testu Motywacji do zaprzestania palenia wg Schneider. Stwierdzono, że niemal we wszystkich twierdzeniach testu, zarówno chorzy na POChP jak i zdrowi, najczęściej udzielali odpowiedzi twierdzących.

Tabela 9. Ocena motywacji do zaprzestania palenia w grupie chorych na POChP i zdrowych

Twierdzenia	Chorzy				Zdrowi			
	Tak		Nie		Tak		Nie	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Czy chcesz rzucić palenie ?	16	80,00	4	20,00	32	80,00	8	20,00
Czy decydujesz się na to dla siebie samego , czy dla kogoś innego, np. dla rodziny itp.	15	75,00	5	25,00	32	80,00	8	20,00
Czy podejmowałeś/aś już próby rzucenia palenia?	18	90,00	2	10,00	34	85,00	6	15,00
Czy orientujesz się, w jakich sytuacjach palisz najczęściej?	19	95,00	1	5,00	38	95,00	2	5,00
Czy wiesz, dlaczego palisz tytoń?	20	100,00	0	0,00	37	92,50	3	7,50
Czy mogłabyś/mógłbyś liczyć na pomoc rodziny, przyjaciół, gdybyś chciała/chciał rzucić palenie?	15	75,00	5	25,00	28	70,00	12	30,00
Czy członkowie twojej rodziny są osobami niepalącymi?	15	75,00	5	25,00	20	50,00	20	50,00
Czy w miejscu, w którym pracujesz, nie pali się tytoniu?	8	40,00	12	60,00	16	40,00	24	60,00
Czy jesteś zadowolony ze swojej pracy i trybu życia?	17	85,00	3	15,00	23	57,50	17	42,50
Czy orientujesz się, gdzie i w jaki sposób szukać pomocy, gdybyś miała/miał problemy z utrzymaniem abstynencji?	14	70,00	6	30,00	35	87,50	5	12,50
Czy wiesz, na jakie pokusy i trudności, będziesz narażona(y) w okresie abstynencji?	20	100,00	0	0,00	37	92,50	3	7,50
Czy wiesz, w jaki sposób samej/samemu sobie poradzić w sytuacjach kryzysowych?	19	95,00	1	5,00	34	85,00	6	15,00

Źródło: opracowanie własne.

W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, że ankietowani w grupie zdrowych mieli nieznacznie większą motywację do zaprzestania palenia (9,80) niż chorzy na POChP (9,15). Różnice te nie były istotne statystycznie ($p=0,21$) (tabela 10).

Tabela 10. Porównanie motywacji do zaprzestania palenia chorych na POChP i zdrowych

Grupa	Średnia	Odch.Std	Min	Max
Chorzy	9,15	1,83	3,00	12,0
Zdrowi	9,80	1,91	5,00	12,0
Analiza statystyczna: $t=-1,28$; $p=0,21$				

Źródło: opracowanie własne.

Dyskusja

W przebiegu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc niezmiernie istotnym zagadnieniem są zachowania zdrowotne podejmowane przez pacjentów, na które ma wpływ edukacja chorych i ich rodzin, dotycząca choroby i zasad jej leczenia [Górecka, Jassem, Pierzchała i in. 2012, ss. 220–254, Jassem, Górecka, Krakowiak i in. 2010, ss. 126–132, Dąbrowski 2003, ss. 43–45, Pierzchała 2000, ss. 42–43]. Wśród czynników korzystnie wpływających nawet na przebieg zaawansowanej POChP wymienia się takie jak: stosowanie się do zaleceń lekarskich dotyczących domowego leczenia tlenem, rehabilitacji ogólnie usprawniającej i oddechowej, diety, zakazu palenia tytoniu, właściwe stosowanie inhalatorów, umiejętność wczesnego rozpoznawania zaostrzenia przez chorego i jego bliskich oraz wdrożenie właściwego postępowania, poprawa stanu emocjonalnego i codziennej aktywności, a także wsparcie duchowe, psychologiczne i społeczne.

Z badań własnych wynika, że zarówno pacjentów z POChP jak i osoby zdrowe cechował wysoki poziom zachowań zdrowotnych. Zachowania zdrowotne chorych na POChP były korzystniejsze niż w grupie osób zdrowych, zarówno w ocenie ogólnej, jak i w poszczególnych kategoriach zachowań.

Jak wynika z szerokiego przeglądu badań, dokonanego przez Talarowską, Florkowskiego, Gałęckiego i in. [2009, ss. 201–205], pacjentom chorym na POChP często towarzyszy depresja i lęk, które nie tylko niekorzystnie wpływają na stan zdrowia pacjentów, ale także zwiększają liczbę i czas hospitalizacji. Nasilenie objawów depresji i lęku koreluje ze złym rokowaniem i obniżoną jakością życia. Zdaniem niektórych autorów istnieje także dodatnia korelacja pomiędzy pogorszeniem sprawności poznawczych a nieprzestrzeganiem za-

leceń lekarskich w grupie chorych z POCHP. Dlatego też istnieje konieczność objęcia opieką, szczegółową diagnozą i pomocą psychologiczną pacjentów leczonych z powodu POCHP, niezależnie od wieku chorych, czasu trwania choroby, czy stanu somatycznego.

W badanej grupie pacjentów nie zaobserwowano dużego nasilenia sygnalizowanych problemów. Analizując zachowania zdrowotne chorych w poszczególnych kategoriach, należy stwierdzić, że najwyższej ocenione zostało pozytywne nastawienie psychiczne ($4,34 \pm 0,30$).

Uwagi wymaga fakt, że badani uzyskali stosunkowo najniższe wyniki w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych ($3,94 \pm 0,30$). Prawidłowe żywienie ma wpływ na ogólną sprawność fizyczną pacjentów. W przebiegu POCHP procesy kataboliczne ulegają wzmocnieniu przy zmniejszonej kaloryczności posiłków i niechęci do jedzenia. Poprawa struktury żywienia wpływa korzystnie na masę i siłę mięśni oddechowych [Dąbrowski 2003, ss. 43–45].

W badaniach własnych chorzy prezentowali stosunkowo dużą częstotliwość zachowań profilaktycznych ($4,23 \pm 0,36$) i praktyk zdrowotnych ($4,02 \pm 0,43$). Badania Majdy i Józefowskiej [2009, ss. 283–293] wskazują, że chorzy z POCHP wykazywali zarówno pozytywne, jak i negatywne zachowania zdrowotne w tym zakresie. Ponad połowa przez nią badanych (54%) deklarowała stosowanie codziennej aktywności fizycznej, a 57% korzystało z leczenia sanatoryjnego. Mało popularną, stosowaną tylko przez 4% chorych praktyką, było monitorowanie przebiegu choroby przy pomocy pomiaru szczytowego przepływu wydechowego. W kategorii zachowań profilaktycznych zaledwie 25% badanych poddawało się szczepieniom przeciwko grypie. Odsetek osób szczepiących się regularnie był również niski (20%) w badaniach Kozielskiego [2004, ss. 29–31].

Podstawowym elementem stylu życia, przyczyniającym się do zmniejszenia zarówno przewlekłego zapalenia jak i zwolnienia tempa utraty sprawności wentylacyjnej, jest zaprzestanie palenia tytoniu [Chazan 2012, ss. 29–34, Zieliński 2005, ss. 22–26, Dąbrowski 2003, ss. 43–45].

W badaniach własnych uwagę zwraca stosunkowo niski odsetek chorych palących, co jest być może wynikiem tego, że część spośród niepalących zerwało z nałogiem z chwilą rozpoznania u nich POCHP. Z badań Majdy i Józefowskiej [2009, ss. 283–293] wynika, że aż 2/3 ankietowanych zerwało z nałogiem palenia po zdiagnozowaniu choroby.

W grupie chorych na POChP nałóg palenia występował dwukrotnie rzadziej (20,0%) niż w grupie badanych osób zdrowych (40,0%). Osoby palące, chore na POCHP, stanowiły zatem niewielki odsetek badanych. Zbieżne wyniki z własnymi uzyskała Majda i Józefowska [2009, ss. 283–293], w badaniach których odsetek palących chorych z POCHP wynosił 17%. W grupie tej zdecy-

dowana większość osób (około 78%) była uzależniona behawioralnie. W badaniach własnych ten rodzaj uzależnienia występował u 80% chorych palących.

W badaniach własnych nie stwierdzono istotnych różnic w zakresie rodzaju uzależnienia od nikotyny ani w poziomie motywacji do zaprzestania palenia pomiędzy badanymi z POChP i zdrowymi.

Przeprowadzone badania wskazują na konieczność zintensyfikowania działań edukacyjnych środowiska medycznego w zakresie poradnictwa żywieniowego i eliminacji nałogu palenia wśród osób chorych na POChP, aby spowolnić postęp choroby i zmniejszyć liczbę hospitalizacji w ciągu roku z powodu zaostrzeń. Oddziaływania w tym zakresie powinny objąć także grupę osób zdrowych, aby zmniejszyć liczbę nowych przypadków zachorowań na POChP.

Wnioski

1. Zarówno pacjentów z POChP, jak i osoby zdrowe, cechował wysoki poziom zachowań zdrowotnych.
2. Zachowania zdrowotne chorych były istotnie lepsze niż w grupie kontrolnej, zarówno w całym badaniu, jak i w poszczególnych kategoriach zachowań.
3. W grupie zdrowych było dwukrotnie więcej osób palących niż w grupie chorych na POChP. Stwierdzone różnice były istotne statystycznie.
4. Pomędzy badanymi z POChP i zdrowymi nie występowały istotne różnice w rodzaju uzależnienia od nikotyny ani w poziomie motywacji do zaprzestania palenia.

Bibliografia

- Chazan R. (2012), *Leczenie POCHP w roku 2012*, „Terapia”, nr 12 (281).
- Dąbrowski A. (2003), *Programy edukacyjne w chorobach obturacyjnych oskrzeli – konieczność skutecznego dialogu z chorym*, „Terapia”, nr 2.
- Drozdowski J., Bakula S., Drozdowska A. i in. (2007), *Wpływ rehabilitacji na jakość życia u chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc*, „Pneumonologia i Alergologia Polska”, t. 75, nr 2.
- Górecka D., Jassem E., Pierzchała W. i in. (2012), *Zalecenia Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc dotyczące rozpoznawania i leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POCHP)*, „Pneumonologia i Alergologia Polska”, t. 80, nr 3.
- Halbert R.J., Natoli J.L., Gano A. i in. (2006), *Global burden of COPD: systematic review and meta-analysis*, „Eur. Respir. J.”, No 28.
- Jassem E., Górecka D., Krakowiak P. i in. (2010), *Zintegrowana opieka medyczna u chorych na zaawansowaną przewlekłą obturacyjną chorobę płuc*, „Pneumonologia i Alergologia Polska”, t. 78, nr 2.
- Juczyński Z. (2009), *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa.
- Kozielski J. (2004), *Oblicza POCHP*, „Pneumonologia i Alergologia Polska”, nr 3–4.
- Majda A., Józefowska H. (2009), *Zasoby osobiste pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc*, „Problemy Pielęgniarstwa”, nr 17 (4).
- Murray C.J.L., Lopez A.D. (1997), *Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study*, „Lancet”, No 349.
- Pierzchała W. (2000), *Źródła, treści i cele programów edukacyjnych dla chorych na astmę i POCHP*, „Terapia”, nr 3 (86).
- Talarowska M., Florkowski A., Galecki P. i in. (2009), *Współwystępowanie zaburzeń depresyjnych, lękowych oraz zaburzeń funkcji poznawczych wśród pacjentów cierpiących na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc*, „Postępy Dermatologii i Alergologii”, t. 24, nr 4. Zieliński J. (2007), *Przewlekła obturacyjna choroba płuc*, Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław.
- Zieliński J. (2005), *Wczesne rozpoznanie POCHP*, „Gabinet Prywatny”, nr 4.

Beata Kropornicka

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Bożena Baczewska

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Renata Adamczyk

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Cecylia Olszak

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Ewa Krzyżanowska

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Jadwiga Daniluk

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Jakość życia pacjentów z chorobą nowotworową płuc

Quality of life in patients suffering from lung cancer

Abstract: The purpose of study was to evaluate the quality of life in patients suffering from lung cancer. A diagnostic survey was conducted in the group of 100 patients with lung cancer, hospitalized at The Clinic of Pneumonology, Oncology and Allergology, SPSK 4, Lublin from February to June, 2013. Standardized EORTC QLQ-C30 and QLQ-LC13 questionnaires were used in the study. The results found mean general assessment of the quality of life. The quality of life was most reduced in the areas of physical, emotional and functional performance capacity. Cognitive and social functions were a bit better. Younger patients, living in

town and working presented better quality of life. The most frequent symptoms related to the illness and therapy were cough, dyspnoea, diarrhea and alopecia. The problems were more severe in the group of older patients. Moreover, both lung cancer itself and its treatment were mentioned as the cause of financial troubles to the patients.

Key-words: quality of life, patient, lung cancer.

Wstęp

Nowotwór płuc jest jednym z największych wyzwań współczesnej medycyny zarazem w kwestii epidemiologicznej, jak i diagnostyczno-terapeutycznej. Rak płuc lokuje się w gronie najpowszechniejszych oraz najgorzej rokujących chorób nowotworowych.

W Polsce wskaźniki zachorowalności na nowotwór płuc sytuują się powyżej średniej światowej. Rocznie stwierdza się ponad 20 000 zachorowań i prawie taką samą liczbę zgonów. Rak płuc jest przyczyną 33% wszystkich zgonów z powodu nowotworów złośliwych u mężczyzn oraz 12% u kobiet. Największą liczbę zachorowań na raka płuc obserwuje się między 55 a 70 rokiem życia [Kułakowski, Skowrońska-Gardas 2003, ss. 119–125, Rzyman 2008, ss. 407–419].

Z powodu wielkiej skali epidemiologicznej problemu oraz możliwości określenia populacji wysokiego ryzyka, podejmowano próby wprowadzenia badań przesiewowych w kierunku raka płuc. Jednak nie przyniosły one spodziewanych efektów w postaci zmniejszenia umieralności z powodu tej choroby. Stąd obecnie nie zaleca się ich wprowadzenia jako postępowania rutynowego [Głogowski 2009, ss. 19–23].

Podejrzenie raka płuc opiera się na wywiadzie, badaniu przedmiotowym i badaniach obrazowych. Ostateczne rozpoznanie ustala się na podstawie badania histologicznego lub cytologicznego pobranego od pacjenta materiału. Rak płuc we wczesnej fazie przebiega często w sposób bezobjawowy. Najczęstszym jego objawem jest kaszel, któremu u 1/3 pacjentów towarzyszy odkrztuszanie płwociny. Niepokojącym objawem jest również zmiana jego charakteru lub nasilenia oraz pojawienie się krwioplucia. Drugim co do częstości występowania objawem raka płuc jest duszność. W przebiegu choroby może pojawić się ból, w następstwie naciekania opłucnej ściennej lub ściany klatki piersiowej, zatorowości płucnej lub zapalenia płuc. U chorych na raka płuc mogą występować także zespoły paranowotworowe. Leczenie i rokowanie ustala się na podstawie typu histologicznego, stadium zaawansowania i sprawności chorego. Choroba źle rokuje, a przyczyną tego jest późne

rozpoznanie. Wśród ogółu chorych na raka płuca przeżycie 5-letnie wynosi 10–14%, a większość chorych nie kwalifikuje się do leczenia chirurgicznego [Rzyman 2009, ss. 24–35, Jassem, Mejza 2009, ss. 388–394].

Chorzy z nowotworem płuc przeżywają podobne trudności jak inni pacjenci onkologiczni, których życie ulega radykalnej zmianie już w momencie zdiagnozowania nowotworu [Zielińska-Więczkowska, Betlakowski 2010, ss. 276–280]. Pogorszenie ich funkcjonowania w aspekcie fizycznym wynika nie tylko z objawów, ale również ze stosowanej terapii i jej skutków ubocznych [Kułakowski, Skowrońska-Gardas 2003, ss. 119–125, Słowik-Gabryelska 2004, ss. 165–170]. Dodatkowo problemy zdrowotne nasila obecność innych chorób. U pacjentów na zaawansowanego raka płuca często stwierdza się współwystępowanie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc [Siemińska, Kułakowski, Bobowicz i in. 2006, ss. 54–57]. W literaturze przedmiotu często sygnalizuje się również problem występowania u chorych na nowotwory, poddawanych chemioterapii, zespołu przewlekłego zmęczenia, którego podstawowym objawem jest osłabienie [Kruk, Książek 2007, ss. 229–234, Wojtukiewicz, Sawicki, Sierko i in. 2007, ss. 695–701, Zielińska-Więczkowska 2010, ss. 276–280, Baczewska, Nowicka, Olszak i in. 2012, ss. 202–2011].

Rak płuca to choroba, która oprócz sfery biologicznej ma ogromny wpływ na sferę psychiczną i społeczną człowieka [Murray 2008, ss. 111–120]. Z pogorszeniem jakości życia chorych wiąże się poczucie izolacji społecznej. Towarzyszy mu często obniżenie napędu i nastroju. Obok niego pojawiają się problemy natury emocjonalnej i duchowej, nasilające się szczególnie wobec bliskiego kresu życia. Wobec pacjentów w zaawansowanym stadium choroby zaleca się stosowanie kompleksowej opieki obejmującej pomoc medyczną opartą na obowiązujących standardach, nadzorowanie leczenia i wsparcie chorych i ich rodzin w warunkach domowych [Jassem, Batura-Gabryel, Cofta i in. 2012, ss. 41–64].

Cel pracy

Celem pracy była ocena jakości życia pacjentów z chorobą nowotworową płuc leczonych chemioterapią.

Materiał i metoda

Badania zostały przeprowadzone anonimowo, metodą sondażu diagnostycznego, od lutego do czerwca 2013 roku. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Lublinie (nr KE–0254/170/2013).

Grupę badawczą stanowiło 100 chorych, hospitalizowanych w Klinice Pneumonologii, Onkologii i Alergologii w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 4 w Lublinie. Kryteria doboru pacjentów do badań były następujące: rozpoznanie raka płuc, brak kwalifikacji do leczenia operacyjnego i stosowanie chemioterapii, wiek powyżej 18 roku życia i zgoda na przeprowadzenie badań.

W badaniach wykorzystano standaryzowany kwestionariusz EORTC QLQ-C30 i QLQ-LC13, które pozyskano drogą mailową za pośrednictwem strony internetowej European Organization for Research and Treatment. Wykorzystano również ankietę własnej konstrukcji, która zawierała pytania dotyczące cech socjodemograficznych. Kwestionariusz QLQ-C30 stanowi część podstawową, badającą jakość życia w chorobie. Pozwala ocenić funkcjonowanie chorych w pięciu sferach: fizycznej, emocjonalnej, poznawczej, społecznej i w rolach życiowych, a także w zakresie występowania objawów oraz trudności finansowych. Dwa ostatnie pytania dotyczą ogólnego stanu zdrowia i jakości życia. Oceniane są w 7-punktowej skali, dla której przyjęto trzy poziomy: niski (odповідь 1–2), średni (odповідь 3–5), wysoki (odповідь 6–7). Kwestionariusz QLQ-LC13 stanowi moduł dla raka płuc. Pozwala ocenić nasilenie objawów specyficznych, towarzyszących chorobie. W obu kwestionariuszach badani w większości pytań udzielali odpowiedzi w 4-punktowej skali Likerta. Respondenci zaznaczali numer od 1 do 4, którym były przypisane kolejno odpowiedzi: nigdy, czasem, często, bardzo często. Do oceny funkcjonalnej stanu pacjentów wykorzystano transformację liniową od 0 do 100, tak aby wszystkie pozycje miały jednakowy zakres. Wyższy wynik oznaczał lepszy stan zdrowia i lepsze funkcjonowanie [Aaronson, Cull, Kaasa i in. 1997, ss. 13–37].

Badaniami objęto 100 pacjentów z chorobą nowotworową płuc. Średnia wieku ankietowanych wynosiła $56,51 \pm 6,21$ lata (od 45 do 69 lat). Dokładną charakterystykę badanych zamieszczono w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy (N=100)

Cechy socjodemograficzne		n	%
Płeć	Mężczyźni	60	60,00
	Kobiety	40	40,00
	Razem	100	100,00
Wiek	Do 50 lat	22	22,00
	Od 51 do 60 lat	54	54,00
	Powyżej 60 lat	24	24,00
	Razem	100	100,00
Miejsce zamieszkania	Miasto	45	45,00
	Wieś	55	55,00
	Razem	100	100,00
Wykształcenie	Podstawowe	17	17,00
	Zawodowe	40	40,00
	Średnie	28	28,00
	Wyższe	15	15,00
	Razem	100	100,00
Źródło utrzymania	Praca zawodowa	71	71,00
	Renta	20	20,00
	Emerytura	6	6,00
	Inne	3	3,00
	Razem	100	100,00
Stan cywilny	Żonaty/mężatka	86	86,00
	Kawaler/panna	4	4,00
	Wdowiec/wdowa	8	8,00
	Związek nieformalny	2	2,00
	Razem	100	100,00

Źródło: opracowanie własne.

Uzyskane wyniki badań 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 cech mierzalnych normalność rozkładu analizowanych parametrów oceniano przy pomocy testu W Shapiro-Wilka. Do porównania dwóch grup niezależnych zastosowano test Manna-Whitneya. Dla więcej niż dwóch grup zastosowano test Kruskala-Wallisa. Do zbadania związku pomiędzy zmiennymi zastosowano korelację R Spearmana. Dla nie-

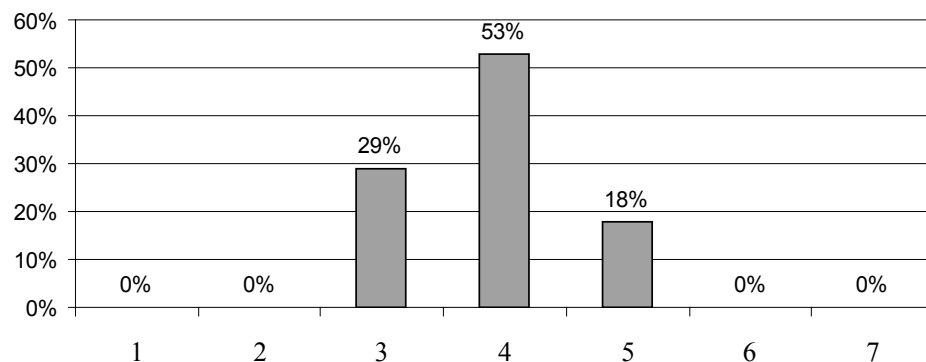
powiązanych cech jakościowych do wykrycia istnienia różnic między porównywanymi grupami użyto testu jednorodności Chi². Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$, wskazujący na występowanie istotnych statystycznie różnic bądź zależności. Bazę danych i badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe STATISTICA 10.0 (StatSoft, Polska).

Wyniki

Badani pacjenci dokonali subiektywnej oceny swojego stanu zdrowia i jakości życia w 7-punktowej skali, gdzie wyższa ocena oznaczała lepszy stan zdrowia i lepszą jakość życia.

Respondenci ocenili swój ogólny stan zdrowia na poziomie średnim (3,89), większość badanych (53%) oszacowała go na 4 punkty.

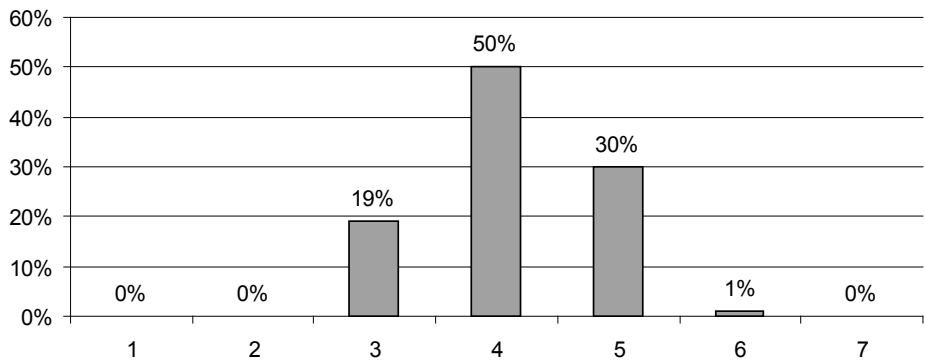
Wykres 1. Ogólny stan zdrowia w ocenie badanych pacjentów



Źródło: opracowanie własne.

Również ogólną jakość życia ankietowani określili na poziomie średnim (4,13), a co drugi badany ocenił ją na 4 punkty.

Wykres 2. Ogólna jakość życia w ocenie badanych pacjentów



Źródło: opracowanie własne.

Z przeprowadzonych badań wynika, że najlepszą jakość życia badani pacjenci odczuwali w zakresie funkcjonowania społecznego, funkcjonowania poznawczego oraz funkcjonowania w rolach życiowych. Gorsze wyniki stwierdzono w ocenie funkcjonowania fizycznego i emocjonalnego.

Tabela 2. Ocena funkcjonalna jakości życia w grupie badanych z nowotworem płuc

Skale	Średnia	Mediana	Min	Max	Odch.Std
Funkcjonowanie fizyczne	47,93	50,00	13,33	86,7	19,96
Funkcjonowanie w rolach życiowych	67,50	66,67	16,67	100,0	22,02
Funkcjonowanie emocjonalne	51,75	50,00	0,00	83,3	16,80
Funkcjonowanie poznawcze	73,67	66,67	33,33	100,0	20,68
Funkcjonowanie społeczne	79,33	83,33	50,00	100,0	16,94

Źródło: opracowanie własne.

Analiza statystyczna nie wykazała istotnych różnic pomiędzy kobietami i mężczyznami w ogólnej i funkcjonalnej ocenie jakości życia ($p>0,05$).

W wyniku przeprowadzonej analizy korelacji stwierdzono istotny związek pomiędzy wiekiem a oceną funkcjonowania fizycznego, funkcjonowania w rolach życiowych oraz poznawczego. Wraz z wiekiem funkcjonowanie w tym zakresie ulega pogorszeniu. Nie stwierdzono istotnego związku wieku z pozostałymi skalami jakości życia, ($p>0,05$).

Tabela 3. Związek pomiędzy wiekiem a jakością życia w grupie badanych z nowotworem płuc

Skale	Analiza statystyczna	
	R	p
Globalna ocena jakości życia	0,16	0,10
Funkcjonowanie fizyczne	-0,37	0,0001*
Funkcjonowanie w rolach życiowych	-0,31	0,002*
Funkcjonowanie emocjonalne	-0,07	0,47
Funkcjonowanie poznawcze	-0,23	0,02*
Funkcjonowanie społeczne	-0,17	0,09

Źródło: opracowanie własne.

Wyniki badań wskazują na istotne statystycznie różnice pomiędzy pacjentami mieszkającymi na wsi i w mieście tylko w zakresie funkcjonowania emocjonalnego ($p=0,02$). Chorzy z miasta lepiej oceniali tę sferę życia. W ocenie pozostałych skal nie stwierdzono znamienych statystycznie różnic ($p>0,05$).

Tabela 4. Ocena jakości życia w grupie badanych z nowotworem płuc z uwzględnieniem miejsca zamieszkania

Skale	Wieś			Miasto			Analiza statystyczna	
	Średnia	Mediana	Odch. Std.	Średnia	Mediana	Odch. Std.		
							Z	p
Globalna ocena jakości życia	50,45	50,00	10,57	49,07	50,00	10,54	-0,69	0,49
Funkcjonowanie fizyczne	49,70	53,33	19,37	45,78	46,67	20,68	-0,78	0,43
Funkcjonowanie w rolach życiowych	68,79	66,67	20,04	65,93	66,67	24,35	-0,36	0,72
Funkcjonowanie emocjonalne	48,03	41,67	15,87	56,30	50,00	16,96	2,35	0,02*
Funkcjonowanie poznawcze	72,73	66,67	18,25	74,81	66,67	23,47	0,58	0,56
Funkcjonowanie społeczne	79,09	83,33	17,34	79,63	83,33	16,62	0,12	0,91

Źródło: opracowanie własne.

Analiza statystyczna nie wykazała istotnych różnic w ocenie jakości życia pomiędzy pacjentami z uwzględnieniem ich stanu cywilnego, wykształcenia ($p>0,05$).

Przeprowadzone badania wykazały, że funkcjonalna jakość życia pacjentów z nowotworem płuc pracujących zawodowo była lepsza w porównaniu z badanymi przebywającymi na rencie, emeryturze lub utrzymujących się z innego źródła. Stwierdzono istotne statystycznie różnice w ocenie funkcjonowania fizycznego ($p=0,002$), funkcjonowania w rolach życiowych ($p=0,004$) oraz poznawczego ($p=0,03$). Osoby pracujące zawodowo lepiej funkcjonowały w tych sferach niż osoby będące na emeryturze czy rencie. Natomiast w ocenie globalnej i funkcjonalnej jakości życia w pozostałych skalach nie stwierdzono istotnych różnic pomiędzy grupami, ($p>0,05$).

Tabela 5. Ocena jakości życia w grupie badanych z nowotworem płuc z uwzględnieniem źródła utrzymania

Skale	Praca zawodowa			Emerytura, renta, inne			Analiza statystyczna	
	Średnia	Mediana	Odch.Std	Średnia	Mediana	Odch.Std		
							Z	p
Globalna ocena jakości życia	49,53	50,00	9,95	50,57	50,00	11,98	-0,43	0,67
Funkcjonowanie fizyczne	51,92	60,00	19,22	38,16	33,33	18,59	3,10	0,002*
Funkcjonowanie w rolach życiowych	72,07	66,67	19,47	56,32	66,67	24,16	2,90	0,004*
Funkcjonowanie emocjonalne	53,17	50,00	17,39	48,28	41,67	15,00	1,40	0,16
Funkcjonowanie poznawcze	76,76	83,33	19,62	66,09	66,67	21,59	2,18	0,03*
Funkcjonowanie społeczne	80,05	83,33	17,28	77,59	66,67	16,23	0,65	0,51

Źródło: opracowanie własne.

Wyższa ocena – w skalach objawów (QLQ–C30 i QLQ–LC13) oznacza, że objawy są bardziej nasilone. Jest także równoznaczna z większymi trudnościami finansowymi pacjentów. Badania wykazały, że najbardziej nasilonymi objawami specyficznych dla pacjentów z nowotworem płuc były: łysienie, kaszel i duszność. Mniej uciążliwymi objawami okazały się zaburzenia połykania, ból w ustach i krwiotłucie. Wśród symptomów należących do grupy objawów ogólnych chorób nowotworowych, chorzy odczuwali największe nasilenie takich jak: biegunki, zaparcia, utrata apetytu, bezsenność oraz nudności i wymioty. Mniej nasilone dolegliwości stwierdzono w zakresie zmęczenia. U pacjentów stwierdzono także duże trudności finansowe.

Tabela 6. Ocena nasilenia objawów oraz trudności finansowych w grupie badanych z nowotworem płuca (QLQ-C30 i QLQ-LC13)

Skale	Średnia	Mediana	Min	Max	Odch.Std
Zmęczenie	29,11	33,3	0,00	77,78	20,82
Nudności i wymioty	57,67	66,7	0,00	100,00	20,16
Ból	55,33	58,3	33,33	83,33	14,39
Bezsenna	58,00	66,7	0,00	100,00	34,04
Utrata apetytu	58,67	66,7	0,00	100,00	26,43
Zaparcia	66,67	66,7	0,00	100,00	27,63
Biegunka	73,67	66,7	0,00	100,00	22,37
Trudności finansowe	90,00	100,0	0,00	100,00	19,25
Duszność	74,11	66,67	44,44	100,00	16,49
Kaszel	78,00	66,67	33,33	100,00	27,31
Krwioplucie	47,33	33,33	33,33	100,00	19,06
Ból w ustach	40,33	33,33	33,33	100,00	14,44
Zaburzenia połykania	39,67	33,33	33,33	100,00	13,97
Neuropatia obwodowa	64,00	66,67	33,33	100,00	26,67
Łysienie	86,33	100,00	33,33	100,00	25,99
Ból w klatce piersiowej	72,33	66,67	33,33	100,00	24,64
Ból ramion lub barku	72,33	66,67	33,33	100,00	24,64
Ból w innych częściach	50,67	33,33	33,33	100,00	18,64

Źródło: opracowanie własne.

Z badań wynika, że mężczyźni odczuwali bardziej nasilone objawy zmęczenia w porównaniu z kobietami, a stwierdzone różnice w tym zakresie znajdowały się na granicy istotności statystycznej ($p=0,05$).

Tabela 7. Ocena nasilenia objawów oraz trudności finansowych w grupie badanych z nowotworem płuc z uwzględnieniem płci (QLQ-C30)

Objawy	Kobiety			Mężczyźni			Analiza statystyczna	
	Średnia	Mediana	Odch.Std	Średnia	Mediana	Odch.Std	Z	p
Zmęczenie	23,89	33,3	19,74	32,59	33,3	20,95	1,98	0,05
Nudności i wymioty	56,67	66,7	19,17	58,33	66,7	20,92	0,43	0,67
Ból	54,58	50,0	14,12	55,83	66,7	14,66	0,40	0,69
Bezsennaść	59,17	66,7	34,99	57,22	66,7	33,67	-0,28	0,78
Utrata apetytu	57,50	66,7	28,23	59,44	66,7	25,37	0,24	0,81
Zaparcia	66,67	66,7	28,24	66,67	66,7	27,45	0,01	0,99
Biegunka	71,67	66,7	20,74	75,00	66,7	23,47	0,83	0,41
Trudności finansowe	91,67	100,0	14,62	88,89	100,0	21,84	-0,21	0,84

Źródło: opracowanie własne.

W wyniku przeprowadzonej analizy korelacji stwierdzono istotny związek pomiędzy wiekiem a oceną nasilenia objawów zmęczenia, bólu, bezsenności, zaparc, duszności, łysienia oraz bólu w klatce piersiowej. Korelacje przyjmowały wartości od $R=0,20$ do $R=0,39$. Wraz z wiekiem nasilenie objawów wzrastało. Nie stwierdzono istotnego związku wieku z pozostałymi objawami ($p>0,05$).

Tabela 8. Związek pomiędzy wiekiem a nasileniem objawów oraz trudnościami finansowymi w grupie badanych z nowotworem płuc (QLQ-C30 i QLQ-LC13)

Skale	Analiza statystyczna	
	R	p
Zmęczenie	0,39	0,0001*
Nudności i wymioty	0,08	0,42
Ból	0,36	0,0003*
Bezsennaść	0,22	0,03*
Utrata apetytu	0,11	0,28
Zaparcia	0,23	0,02*
Biegunka	0,06	0,53
Trudności finansowe	0,05	0,59
Duszność	0,25	0,01*
Kaszel	0,09	0,39
Krwioplucie	0,17	0,10
Ból w ustach	-0,11	0,29
Zaburzenia połykania	0,02	0,82
Neuropatia obwodowa	0,10	0,32
Łysienie	0,20	0,05*
Ból w klatce piersiowej	0,20	0,04*
Ból ramion lub barku	-0,05	0,60
Ból w innych częściach	0,02	0,85

Źródło: opracowanie własne.

Analiza statystyczna nie wykazała istotnych różnic w ocenie nasilenia objawów specyficznych dla rak płuc pomiędzy badanymi grupami z uwzględnieniem stanu cywilnego, wykształcenia, pochodzenia i źródła utrzymania ($p > 0,05$).

Dyskusja

Choroby nowotworowe są jedną z głównych przyczyn zgonów wśród ludzi na całym świecie i stanowią duże wyzwanie dla współczesnej medycyny. Przez długi czas skupiano się głównie na leczeniu choroby i zapobieganiu skutkom ubocznym – fizycznym i psychicznym, jakie niesie za sobą terapia. Jakość życia stała się przedmiotem badań, który w medycynie, a szczególnie w onko-

logii, zaczął nabierać większego znaczenia. Zwrócono uwagę na to, iż jest to bardzo subiektywna wartość każdego człowieka i zależy od wielu czynników. Choroba, zwłaszcza nowotworowa, która niesie za sobą poważne konsekwencje, ma ogromny wpływ na całą jakość życia pacjentów. Stało się to powodem rosnącego zainteresowania badaniami prowadzonymi w tym kierunku [Aaronson, Cull, Kaasa i in. 1997, ss. 13–37], aby móc ulepszać opiekę i poprawiać jakość życia osób chorych na nowotwory [Baczewska, Nowicka, Olszak i in. 2012, ss. 202–2011, Leppert 2010, ss. 25–34, Zielińska-Więczkowska, Betlakowski 2010, ss. 276–280, Nowicki, Krzymińska, Kowalewski 2006, ss. 468–474, Słowik-Gabryelska, Opozda 2004, ss. 165–170].

Rak płuc powoduje zmiany w dotychczasowym życiu chorego, jak również jego rodziny i otaczającego środowiska. Badaniu poddano jakość życia pacjentów z chorobą nowotworową płuc w początkowym okresie chemioterapii. Badania własne wskazują na średni poziom jakości życia (4,13) badanych w ostatnim tygodniu poprzedzającym badanie. Chorzy także podobnie ocenili swój ogólny stan zdrowia (3,89). Funkcjonalna jakość życia chorych była obniżona w każdej sferze, szczególnie zaś w obszarze funkcjonowania fizycznego (47,93) i emocjonalnego (51,75). Pacjenci lepiej funkcjonowali w zakresie społecznym (79,33), poznawczym (73,67) oraz w rolach życiowych (67,50).

W badaniach innych autorów jakość życia pacjentów kształtowała się na poziomie średnim lub niskim i była związana z zastosowaną metodą terapii i stopniem zaawansowania choroby.

Nowicki [2006, ss. 468–474] prowadził badania w grupie pacjentów leczonych operacyjnie z powodu raka płuc, bez chemioterapii i radioterapii uzupełniającej po 3 miesiącach od zabiegu. W jego badaniach jakość życia chorych zastała oszacowana na poziomie średnim (3,90).

W badaniach prowadzonych przez Lepperta [2010, ss. 25–34] ocenie poddano jakość życia pacjentów na zaawansowanego raka płuc, objętych opieką paliatywną stacjonarną i domową, u których stosowano leczenie objawowe. Badani przez niego respondenci uzyskali niskie wartości ogólnej jakości życia (1,5–2) a także ogólnego stanu zdrowia (2–2,5). Obserwował on pogorszenie jakości życia chorych w większości ze skal funkcjonowania, a przyczyną obserwowanych przez niego zmian było prawdopodobnie większe nasilenie objawów somatycznych związanych z postępem choroby. Również w badaniach Baczewskiej [2012, ss. 202–2011] stwierdzono niski poziom ogólnej jakości życia badanych pacjentów z rakiem płuc.

W badaniach własnych sfera fizyczna została oceniona na poziomie średnim, podobnie jak w badaniach prowadzonych przez Nowickiego [2006, ss. 468–474]. Leppert [2010, ss. 25–34] ustalił, że aż około 90% badanych miało problemy w wykonywaniu męczących czynności.

Rak płuca stanowi duże zagrożenie dla życia człowieka i dlatego jest źródłem potężnego stresu, lęku oraz niepokoju, co niekorzystnie wpływa na funkcjonowanie chorego. Oprócz tego, że pacjenci mają mniejszą sprawność fizyczną, ograniczone zostają ich kontakty rodzinne i towarzyskie, a także pojawia się dyskomfort psychiczny mający charakter reakcji depresyjnej czy lękowej. Męczące objawy somatyczne (kaszel i krwiotłucie) budzą wstyd przed otoczeniem. Powoduje to czasem radykalną zmianę w stylu życia towarzyskiego oraz w sposobie spędzania wolnego czasu. Odizolowanie się chorego może spowodować u niego odczucie bycia bezużytecznym i demonstrować się jako reakcja depresyjna lub w pozytywny sposób wywołać skupienie uwagi na własnym rozwoju i zainteresowaniach. W trakcie leczenia większość chorych adaptuje się do nowej sytuacji i ich poczucie dyskomfortu psychicznego maleje. Chory wraca do czynnego udziału w życiu rodziny, dalej pełni swoje funkcje społeczne. Rodzina daje pacjentowi największe wsparcie emocjonalne w trakcie choroby i w procesie leczenia. Nie bez znaczenia pozostaje także prawidłowo układające się współdziałanie lekarza z rodziną, które jest równie istotne jak pozytywny kontakt z samym pacjentem [Rogiewicz 2004, ss. 301–313].

Analiza funkcjonowania emocjonalnego w badaniach własnych wykazała, że jest to jedna z dwóch najbardziej zaburzonych sfer życia, podobnie jak w badaniach prowadzonych przez Zielińską-Więczkowską [2010, ss. 276–280]. W badaniach Nowickiego [2006, ss. 468–474] i Lepperta [2010, ss. 25–34], funkcjonowanie emocjonalne oceniane było na poziomie średnim.

Najlepiej ocenianą przez respondentów dziedziną życia okazała się sfera społeczna. Pacjenci badani przez Nowickiego [2006, ss. 468–474] funkcjonowali w tym zakresie na poziomie średnim. Najgorzej tę sferę oceniali badani przez Lepperta [2010, ss. 25–34]. Średnio 90% chorych skarżyło się na obniżenie jakości życia w tej sferze.

Również sfera poznawcza była stosunkowo wysoko oceniana w badaniach własnych. Podobnie są obserwacje Zielińskiej-Więczkowskiej [2010, ss. 276–280] i Nowickiego [2006, ss. 468–474]. Z ich badań wynika, że jakość życia w obszarze funkcjonowania poznawczego uległa najmniejszemu pogorszeniu spośród wszystkich badanych zakresów.

Na obraz chorobowy i skutki uboczne leczenia może się nakładać także proces fizjologicznego starzenia, który wiąże się z pogorszeniem sprawności fizycznej i umysłowej chorych. Stąd u osób starszych stwierdzono gorsze funkcjonowanie fizyczne, w rolach życiowych i poznawcze. Natomiast osoby aktywne zawodowo, jako młodsze, lepiej funkcjonowały w tych obszarach. Obserwacje własne są zbieżne z wynikami badań Słowik-Gabryelskiej [2004, ss. 165–170], które wskazują na szczególnie duże zagrożenie objawami niepożądanymi w trakcie chemioterapii chorych na pierwotnego raka płuc. Wyka-

zały one, że częstość i nasilenie dolegliwości somatycznych oraz ryzyko wystąpienia ciężkich uszkodzeń narządowych wzrasta wraz z wiekiem i stopniem zaawansowania raka. Z tego powodu zalecają dużą ostrożność w tym zakresie.

Obok problemów zdrowotnych respondenci borykają się z bardzo nasilonymi trudnościami finansowymi, których przyczyną jest stan zdrowia lub leczenie choroby. Na ten problem wskazują także badania prowadzone przez Baczewską [2012, ss. 202–2011] i Nowickiego [2006, ss. 468–474]. W badaniach Nowickiego prawie 80% chorych miało kłopoty finansowe związane ze stanem zdrowia. Z kolei Wachowicz [2003, ss. 121–131] zwraca uwagę na to, że kłopoty finansowe stanowią szczególnie nasilony problem we wczesnym okresie leczenia.

Chorzy z nowotworem płuc, jak i osoby wyleczone, potrzebują dużego wsparcia psychologicznego, aby poprawić ich jakość życia [Murray 2008, ss. 111–120]. Z badań własnych wynika, że pacjenci pochodzący z miasta istotnie lepiej funkcjonowali emocjonalnie. Miejsce zamieszkania chorych może wiązać się z dostępem do opieki psychologicznej. Być może większe trudności napotykać mogą w tym względzie pacjenci pochodzący ze wsi, którzy muszą dojeżdżać do poradni zlokalizowanych w ośrodkach miejskich, ponosząc dodatkowe koszty leczenia. Jest to prawdopodobne wobec wcześniej sygnalizowanych trudności finansowych badanych.

Wśród objawów somatycznych najbardziej nasilone były: łysienie (86,33), kaszel (78,00), duszność (74,11), biegunka (73,67), ból w klatce piersiowej, ramion lub barku (72,33), zaparcia (66,67), a więc objawy najbardziej typowe dla tej choroby i stosowanego leczenia. Nasilenie niektórych z tych objawów było większe u osób starszych. W badaniach prowadzonych przez Baczewską [2012, ss. 202–2011] zaobserwowano także, podobnie jak we własnych, stosunkowo bardzo niskie nasilenie takich objawów jak dysfagia, owrzodzenie w jamie ustnej, krwioplucie.

Kruk i Książek [2007, ss. 229–234] zwracają uwagę na zmęczenie występujące u pacjentów hospitalizowanych z powodu raka płuc. Z badań prowadzonych przez Baczewską [2012, ss. 202–2011] wynika, że chorzy odczuwali głównie wysoki poziom zmęczenia, podobnie jak badani przez Zielińską-Więczkowską [2010, ss. 276–280]. Nie potwierdzają tego badania własne. Badani respondenci w stosunkowo najmniejszym stopniu odczuwali zmęczenie (29,11), przy czym było ono bardziej nasilone u mężczyzn (32,59) niż u kobiet (23,89), ($p=0,05$).

W badaniach Baczewskiej [2012, ss. 202–2011] osoby mieszkające z rodziną i będące w związku małżeńskim miały istotnie wyższą jakość życia w porównaniu z osobami samotnymi. Tych zależności nie potwierdzono w badaniach własnych.

Wnioski

1. Ogólna ocena jakości życia pacjentów z nowotworem płuc była na poziomie średnim.
2. Młodszy i aktywni zawodowo pacjenci z rakiem płuc lepiej funkcjonowali fizycznie, poznawczo i w rolach życiowych, a mieszkańcy miast lepiej radzili sobie z emocjami towarzyszącymi chorobie.
3. Choroba i jej leczenie przyczyniły się do pogorszenia sytuacji materialnej chorych i ich rodzin.

Bibliografia

Aaronson N., Cull A., Kaasa S. i in. (1997), *Modułowe postępowanie Europejskiej Organizacji do Badań i Leczenia Raka (EORTC) do oceny jakości życia chorych na nowotwory* [w:] J. Meyza, *Jakość życia w chorobie nowotworowej*, Centrum Onkologii–Instytut, Warszawa.

Baczewska B., Nowicka E., Olszak C. i in. (2012), *Quality of life in patients with lung cancer* [w:] A. Saracen, W. Fidecki (red.), *Human's health in different periods of life*, UTH, Radom.

Głogowski M. (2009), *Badania przesiewowe w kierunku raka płuca* [w:] J. Jassem, M. Krzakowski (red.), *Nowotwory płuca i opłucnej*, Via Medica, Gdańsk.

Jassem E., Batura-Gabryel H., Cofta S. i in. (2012), *Zalecenia Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc dotyczące opieki paliatywnej w przewlekłych chorobach płuc*, „Pneumologia i Alergologia Polska”, t. 80, nr 1.

Jassem J., Mejza F. (2009), *Nowotwory płuc* [w:] A. Szczeklik, P. Gajewski (red.), *Choroby wewnętrzne*, Medycyna Praktyczna, Kraków.

Kruk A., Książek J. (2007), *Zmęczenie kancerogenne u chorych hospitalizowanych z powodu raka płuca*, „Problemy Pielęgniarstwa”, nr 15 (4).

Kulakowski A., Skowrońska-Gardas A. (2003), *Onkologia*, PZWL, Warszawa.

Leppert W. (2010), *Jakość życia chorych na zaawansowanego raka płuca objętych opieką paliatywną stacjonarną i domową*, „Medycyna Paliatywna”, nr 1.

Murray S.A. (2008), *Modele pogarszania się statusu społecznego, stanu psychologicznego i duchowego pod koniec życia u chorych na raka płuc i niewydolność serca*, „Medycyna Paliatywna w Praktyce”, nr 2.

Nowicki A., Krzyminska J., Kowalewski J. (2006), *Ocena jakości życia chorych leczonych operacyjnie z powodu raka płuca*, „Współczesna onkologia”, nr 10 (9).

Rogiewicz M. (2004), *Pomoc psychologiczna u chorych na raka płuca*, „Polska medycyna paliatywna”, nr 3.

Rzyman W. (2008), *Rak płuca*, „Forum Medycyny Rodzinnej”, nr 2.

Rzyman W. (2009), *Rozpoznawanie i ocena zaawansowania nowotworów płuca* [w:] J. Jassem, M. Krzakowski (red.), *Nowotwory płuca i opłucnej*, Via Medica, Gdańsk.

Siemińska A., Kubiak A., Bobowicz M. i in. (2006), *Współwystępowanie raka płuca i przewlekłej obturacyjnej choroby płuc*, „Polska Medycyna Paliatywna”, t. 5, nr 2.

Słowik-Gabryelska A., Opoza K. (2004), *Wpływ chemioterapii cytoredukcyjnej na jakość życia chorych na pierwotnego raka płuc*, „Annales UMCS”, Lublin–Polonia, vol. 59, suppl. 14, nr 6.

Wachowicz M. (2003), *Ocena jakości życia chorych na (NDRP) niedrobnokomórkowego raka płuc leczonych chirurgicznie lub przedoperacyjną chemioterapią i następową resekcją*, „Pneumologia i Alergologia Polska”, nr 3–4.

Wojtukiewicz M., Sawicki Z., Sierko E. i in. (2007), *Zespół przewlekłego zmęczenia u chorych na nowotwory poddawanych chemioterapii*, „Nowotwory”, t. 57, nr 6.

Zielińska-Wieczkowska H., Betlakowski J. (2010), *Jakość życia pacjentów z chorobą nowotworową poddanych chemioterapii*, „Współczesna Onkologia”, vol. 14, nr 3.

Regina Żuralska

Gdański Uniwersytet Medyczny

Marzanna Mziray

Gdański Uniwersytet Medyczny

Danuta Postrożny

Gdański Uniwersytet Medyczny

Przemysław Domagała

Gdański Uniwersytet Medyczny

Poczucie własnej skuteczności a style radzenia sobie z sytuacją trudną u pielęgniarek pracujących z chorym umierającym

**The sense of self-efficacy and coping styles with a difficult
situation in nurses working with dying patients**

Abstract: Behavior in a specific situation constitute the result of the mutual interaction between that situation and the coping style preferred by the human being is a conscious action. According to Bandura's concept of personality, an important variable in coping with difficult situations, stress is the feeling of self-efficacy. In the situation vocational nurses more likely than non-professional group of health professionals are experiencing the death of a patient and may be more vulnerable to the destructive effects of many negative emotions including stress. The main aim of this study was get to know the factors determining self-efficacy and coping with stress among nurses working with dying patients. The study was conducted from January to April 2014 in four selected hospices of Pomerania. The study included 71 nurses. Data collection used the following research tools: Generalized Self Efficacy Scale (GSES) R. Schwarzer and M. Jerusalem in the ad-

aptation of Z. Juczyńskiego and Questionnaire Coping with stressful situations (CISS) N.S Endler and J.D.A Parker. In the description of the study group were used – education, length of service in hospice, type of hospice, type of training. Research shows that the majority of nurses working with dying patients have high self-efficacy (within 7 – 10 sten), and coping with stress usually use style focused on the task at hand.

Key-words: nurse, the patient dying, self-efficacy, coping styles in a difficult situation.

Wstęp

Pielęgniarki opiekujące się umierającym chorym i jego rodziną muszą wg Szostek [2007, ss. 293 - 297] posiadać dużą mądrość wynikającą z poszanowania godności człowieka cierpiącego. Rolka [2008, ss. 91–94] stwierdza, że cierpienie zawsze dotyczy całej egzystencji człowieka. Objawami cierpienia, jak wynika z badań Suchockiej [2007, ss. 7–32] są smutek, gniew, lęk, wściekłość, poczucie winy i bezsilności. Aby pomóc chorym i jego rodzinie, decydujące znaczenie ma znajomość psychicznych zachowań, komunikowania się z osobami w sytuacjach dramatycznych oraz znajomość osobistych zasobów co do skuteczności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami. Według koncepcji osobowości Bandury [1977, ss. 191 - 215], ważną zmienną w radzeniu sobie z sytuacjami trudnymi, stresem, jest poczucie własnej skuteczności w radzeniu sobie z różnego rodzaju negatywnymi zdarzeniami. W wielu badaniach [Schwarzer, 1997, ss. 175 - 205; Gromulska, 2009, ss. 427 - 432] wykazano, że osoby o subiektywnie wysokim przekonaniu własnej skuteczności silniej i skuteczniej podejmują rozsądne intencje i działania w porównaniu do osób o niskim poczuciu własnej skuteczności.

Zachowanie w konkretnej sytuacji stanowi wynik wzajemnego współdziałania między daną sytuacją a stylem radzenia sobie preferowanym przez człowieka, przy czym jest to świadome działanie. Parker i Endler wyróżnili trzy sposoby radzenia sobie ze stresem: styl skoncentrowany na zadaniu (podejmowanie wysiłku poznawczego), styl skoncentrowany na emocjach (skoncentrowanie się na własnych reakcjach emocjonalnych) i styl skoncentrowany na unikaniu (niemyślenie o problemie). Autorzy badań podkreślają, że osoba posiadająca więcej różnego typu strategii radzenia sobie ze stresem, tym bardziej elastycznie i skutecznie je wykorzystuje. Rola stylu skoncentrowanego na zadaniu została podkreślona w rozumieniu dobrostanu sprzyjającego rozwojowi subiektywnego stanu zdrowia [Terelak 2008, ss. 301 - 310; Heszen i Sęk 2007, ss. 107 - 121; Antonovsky 2005, ss. 19 - 153].

Poszukując zasobów osobowościowych wśród badanych pielęgniarek pracujących z chorym umierającym uwzględniono przede wszystkim te, które wspomagają je w wysiłkach poradzenia sobie z sytuacją trudną. Do takich zasobów zalicza się poczucie własnej skuteczności i styl radzenia skoncentrowany na zadaniu. Celem niniejszej pracy było rozpoznanie czynników determinujących poczucie własnej skuteczności i radzenie sobie ze stresem wśród pielęgniarek pracujących z chorym umierającym oraz potwierdzenie związku między zmiennymi.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w 2014 roku, od stycznia do kwietnia w czterech wybranych hospicjach województwa pomorskiego. Badaniami objęto 71 pielęgniarek, w tym 23,9% (17 osób) pracujących w niestacjonarnym hospicjum i 76,1% (54 osób) w stacjonarnym hospicjum. Do zbierania danych zastosowano następujące narzędzia badawcze: Skalę Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES) R. Schwarzera i M. Jerusalema w adaptacji Z. Juczyńskiego [2001, ss. 89 - 94] oraz Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS) N.S. Endlera i J.D.A. Parkera w adaptacji P. Szczepaniaka, J. Strealu i K. [2005, ss. 79 - 80]. Skala GSES składa się z 10 stwierdzeń i przeznaczona jest do mierzenia siły ogólnego przekonania jednostki o skuteczności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami, które wpływają na ewaluację osobistych zasobów w sytuacji stresowej. GSES jest dobrym wyznacznikiem intencji i działań w zakresie różnych zachowań. Rzetelność skali wynosi 0,85. Badani wybierali odpowiedź na 4 stopniowej skali, gdzie 1 oznaczało nie, 2 – raczej nie, 3 – raczej tak i 4 – tak. Suma ogólnego poczucia skuteczności została przekształcona na jednostki standaryzowane (steny) i podlegała interpretacji. Wyniki w granicach 1 - 4 świadczą o niskim poczuciu skuteczności, w granicach 5 - 6 o przeciętnym i w granicach 7 - 10 o wysokim. Z kolei CISS składa się 48 stwierdzeń i przeznaczony jest do pomiaru częstotliwości podejmowania danego działania w sytuacjach stresowych i trudnych. Wyniki interpretowane są w skalach: SSZ – styl skoncentrowany na zadaniu, SSE – styl skoncentrowany na emocjach; SSU – styl skoncentrowany na unikaniu, który może przyjmować dwie formy: ACZ – angażowanie się w czynności zastępcze i PKT – poszukiwanie kontaktów towarzyskich. Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą SPSS 20 (Statistical Package for the Social Sciences). Za poziom istotności przyjęto $p < 0,05$.

Opis badanej grupy

Wykształcenie badanych: 50,7% (36 osób) miało wykształcenie średnie; 19,7% (14 osób) ukończyło studia wyższe licencjackie, a 29,6% (21 osób) ukończyło studia wyższe magisterskie. Staż pracy pielęgniarek w hospicjum wynosił: 1 - 5 lat, co stanowiło 39,4% (28 osób); 6 - 10 lat, 39,4% (28 osób); 11 - 15 lat, 12,7% (9 osób); 16 - 20 lat i powyżej, 8,5% (6 osób). Najliczniejszą grupę badanych (43,7% – 31 osób) stanowiły pielęgniarki, które ukończyły kurs kwalifikacyjny w dziedzinie opieki paliatywnej. Pozostałe badane, 19,7% (14 osób) ukończyły specjalizację z pielęgniarstwa opieki paliatywnej; 11,3% (8 osób) kursy doszkalające w tym zakresie; 5,6% (4 osoby) kursy specjalistyczne z dziedziny opieki paliatywnej, a 19,7% (14 osób) nie ukończyło żadnego szkolenia.

Wyniki

Analiza danych wykazała, że spośród 71 pielęgniarek hospicyjnych, 60,6% (43 osoby) deklarowały wysokie poczucie własnej skuteczności, 28,2% (20 osób) przeciętne a 11,2% (8 osób) niskie. Badane częściej stosowały styl skoncentrowany na zadaniu i poszukiwaniu kontaktów towarzyskich w sytuacji trudnej ($5,88 \pm 1,51$ vs $5,13 \pm 1,65$) niż styl skoncentrowany na unikaniu i emocjach ($4,38 \pm 1,84$ vs $4,94 \pm 1,83$).

Dane zamieszczone w tabeli 1. wskazują, że typ hospicjum, w którym pracują pielęgniarki nie różnicowało ogólnego wskaźnika poczucia skuteczności i stylu radzenia sobie w sytuacji stresowej.

Tabela 1. Zależności między typem hospicjum a poczuciem własnej skuteczności i stylami radzenia sobie ze stresem

Table 1. Relationships between the type of hospice and a sense of self-efficacy and coping styles with stress

Skala CISS/ Scale CISS	Hospicjum/Hospice				p (test U Manna- Whit- neya)
	niestacjonar- ne N=17		stacjonarne N=54		
	M	SD	M	SD	
SSZ Task-oriented style	5,29	1,76	6,07	1,39	0,069
SSE Emotion-oriented style	5,18	1,59	4,87	1,90	0,507
SSU Avoidant style	4,35	1,80	4,42	1,88	0,884
ACZ Distraction seeking	4,82	1,47	4,48	2,08	0,447
PKT Social diversion	4,47	1,33	5,33	1,69	0,107
Skala GSES/ Scale GSES					
Ogólny wskaźnik poczu- cia skuteczności/ Generalized self-efficacy scale	6,59	1,42	6,61	2,03	0,912

M – średnia/average

SD – odchylenie standardowe/standard deviation

p<0,05 – różnią się istotnie statystycznie/differ statistically significantly

Źródło: opracowanie własne.

Rozkład wyników przedstawionych w tabeli 2. pokazuje, że poziom wykształcenia pielęgniarek pracujących w hospicjum nie różnicował ogólnego wskaźnika poczucia skuteczności i SSZ, SSE, SSU, ACZ, bowiem średnie wyniki tych trzech zmiennych były o podobnych wartościach stenowych. Zaobserwowano jedną różnicę pomiędzy średnimi (na granicy p<0,05) wynikami PKT a typem wykształcenia. Pielęgniarki z wykształceniem wyższym licencyjnym i magisterskim częściej w sytuacjach trudnych stosują poszukiwanie kontaktów towarzyskich w porównaniu do pielęgniarek z wykształceniem średnim (5,64±1,28 vs 5,52±2,08 vs 4,69±1,39).

Tabela 2. Zależności między typem wykształcenia a poczuciem własnej skuteczności i stylami radzenia sobie ze stresem

Table 2. Relationships between the type of education and a sense of self-efficacy and coping styles with stress

	Wykształcenie/Education						p (test Kruska- la-Walli- sa)
Skala CISS/ Scale CISS	Średnie N=36		Wyższe lichen- cjackie N=14		Wyższe magi- sterskie N=21		
	M	SD	M	SD	M	SD	
SSZ Task-oriented style	5,64	1,31	6,21	1,80	6,09	1,61	0,338
SSE Emotion-oriented style	4,83	1,74	4,92	2,16	5,14	1,79	0,838
SSU Avoidant style	4,29	1,74	4,71	1,38	4,38	2,29	0,741
ACZ Distraction seeking	4,50	2,10	4,71	1,44	457	2,03	0,853
PKT Social diversion	4,69	1,39	5,64	1,28	5,52	2,08	0,055
Skala GSES/ Scale GSES							
Ogólny wskaźnik poc- zucia skuteczności/ Generalizedself-effi- cacyscale	7,02	1,38	6.86	1,70	6,76	1,34	0,439

M – średnia/average

SD – odchylenie standardowe/standard deviation

p<0,05 – różni się istotnie statystycznie/differ statistically significantly

Źródło: opracowanie własne.

Wyniki przedstawione w tabeli 3. wskazują, że forma kształcenia nie różnicowała GSES, SSZ, SSE, ACZ, PKT. Jedyną różnicę średnich zaobserwowano pomiędzy typem kształcenia a SSU. Można powiedzieć, że pielęgniarki, które ukończyły specjalizację z dziedziny opieki paliatywnej częściej stosowały w sytuacji trudnej styl skoncentrowany na unikaniu w porównaniu do pozostałych grup badanych.

Tabela 3. Zależności między typem dokształcania a poczuciem własnej skuteczności i stylami radzenia sobie ze stresem

Table 3. Relationships between the type of training and a sense of self-efficacy and coping styles with stress

Skala CISS/ Scale CISS	Dokształcanie					p (test Kruskala - Wallisa)
	Brak N=14	Kurs do- kształca- jący N=8	Kurs kwali- fikacyjny N=31	Kurs spe- cjalistycz- ny N=4	Specjali- zacja N=14	
	M/ SD	M/ SD	M/ SD	M/ SD	M/ SD	
SSZ Task-ori- ented style	5,78 ±1,12	5,87 ±1,64	6,13 ±1,25	5,50 ±2,38	5,57 ±2,06	0,708
SSE Emotion- oriented style	4,71 ±1,59	4,37 ±1,68	4,87 ±1,92	4,00 ±2,58	5,93 ±81,49	0,217
SSU Avoidant style	3,78 ±1,53	4,00 ±1,41	4,37 ±1,86	3,50 ±1,29	5,57 ±2,06	0,043
ACZ Distraction seeking	4,43 ±1,28	3,23 ±2,18	4,71 ±2,10	3,50 ±2,08	5,42 ±1,65	0,113
PKT Social diversion	6,36 ±2,31	5,25 ±1,38	5,06 ±1,71	5,00 ±1,63	5,85 ±1,99	0,366
Skala GSES/ Sca- le GSES						
Ogólny wskaźnik poczucia skuteczno- ści/ Generali- zed self- -efficacy scale	5,18 ±1,94	6,87 ±1,95	6,48 ±1,91	7,00 ±1,15	6,86 ±1,70	0,988

M – średnia/average

SD – odchylenie standardowe/standard deviation

p<0,05 – różnią się istotnie statystycznie/differ statistically significantly

Źródło: opracowanie własne.

Rozkład zależności przedstawionych w tabeli 4. wskazuje, że są istotne różnice ($r=0,420$; $p<0,01$) w aspekcie ogólnego poczucia własnej skuteczności w stosunku do stylu skoncentrowanego na zadaniu. Wyniki te mogą świadczyć o tym, że wysokie subiektywne przekonanie o własnych zasobach aktywizuje intencje i konstruktywne działania skoncentrowane na rozwiąza-

nie problemu. Zaobserwowano również, że staż pracy w hospicjum różnicuje (korelacja niska) SSZ ($r = -0,27$, $p < 0,05$) i SSU ($r = 0,25$; $p < 0,05$). Pozostałe pary współczynników nie były skorelowane. Uzyskane wyniki wskazują na ujemną korelację między stażem pracy w hospicjum a stylem skoncentrowanym na zadaniu oraz dodatnią korelację między stażem pracy a stylem skoncentrowanym na unikaniu. Pielęgniarki charakteryzujące się krótszym stażem pracy w hospicjum częściej stosowały styl skoncentrowany na zadaniu w porównaniu do badanych z dłuższym stażem pracy (1 - 5 lat: $M = 6,17$, $SD = 1,49$; 6 - 10 lat: $M = 5,96$, $SD = 1,59$; 11 - 15 lat: $M = 5,66$, $SD = 1,32$; 16 - 20 lat i powyżej: $M = 4,50$, $SD = 0,54$). Z kolei pielęgniarki z dłuższym stażem pracy w hospicjum częściej stosowały styl skoncentrowany na unikaniu (16 - 20 lat i powyżej: $M = 5,50$, $SD = 0,84$; 11 - 15 lat: $M = 4,66$, $SD = 1,58$; 6 - 10 lat: $M = 4,59$, $SD = 2,15$ i 1 - 5 lat: $M = 3,89$, $SD = 1,66$).

Tabela 4. Zależności między stażem pracy w hospicjum, poczuciem własnej skuteczności a stylami radzenia sobie ze stresem

Table 4. Relationships between years of work in hospice, a sense of self-efficacy and coping styles with stress

Staż pracy w hospicjum Years of work in hospice	Style radzenia sobie ze stresem/Coping styles with stress				
	SSZ N=71	SSE N=71	SSU N=71	ACZ N=71	PKT N=71
r	-0,273*	0,089	0,253*	0,213	0,158
p	0,021	0,459	0,036	0,075	0,189
GSES					
r	0,420**	-0,160	0,054	-0,012	0,110
p	0,000	0,183	0,654	0,919	0,362

*korelacja jest istotna na poziomie 0,05 (dwustronnie)

**korelacja jest istotna na poziomie 0,01 (dwustronnie)

Źródło: opracowanie własne.

Dyskusja

Sytuacja stresowa, jaką jest również praca zawodowa pielęgniarek pracujących z chorym umierającym wyzwała samoregulację emocji oraz wyznacza poprawę relacji możliwości do wymagań [Heszen i Sęk 2007, Kozaka 2010, s. 64]. To jak pielęgniarki opiekujące się chorym umierającym radzą sobie z trudnymi, często dramatycznymi sytuacjami zależy w znacznym stopniu od subiektywnego przekonania, że posiadają niezbędne zasoby do samoregulacji

emocji i podejmowania efektywnych działań [Ogińska-Bulik i Juczyński 2010, s. 203]. Wysoki poziom tych umiejętności jest efektem właściwości osobowościowych, wykształcenia, doksztalcenia i doświadczenia w pracy.

Z przeprowadzonej przez nas analizy wynika, że wśród pielęgniarek pracujących z chorym umierającym ponad 60% badanych charakteryzuje się wysokim poczuciem własnej skuteczności, co może świadczyć o wysokim subiektywnym przekonaniu o pełnieniu szczególnej roli (konieczności tolerancji, odpowiedzialności, zrozumienia innych) w sytuacjach dramatycznych dla chorego i jego rodziny. Uzyskane wysokie wyniki GSES mogą wiązać się z wysoką kontrolą emocji negatywnych, zmniejszoną tendencją do manifestowania objawów stresu w pracy zawodowej, zwiększoną tendencją do zachowań zdrowotnych. Taka postawa ma konsekwencje zdrowotne, bowiem sprzyja konstruktywnemu radzeniu sobie ze stresem. Podobne zależności zaobserwowano w badaniach Żuralskiej i Postrożny [2012, ss. 23 - 30] u czynnych zawodowo studentów studiów medycznych, Żuralskiej i in. [2012a, ss. 247 - 251 i 2012b, ss. 240 - 246] u pensjonariuszy Domów Pomocy Społecznej i studentów Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. w badaniach Ogińskiej-Bulik [2006] u pracowników usług medycznych, w badaniach Zalewskiej-Puchała i in. u studentów pierwszego roku pielęgniarstwa [2007, 73 - 77].

Przeprowadzone badania potwierdziły hipotezę o relacji między poczuciem własnej skuteczności a stylem skoncentrowanym na zadaniu. Pielęgniarki charakteryzujące się takim stylem najczęściej w obliczu trudnej pracy z chorym umierającym dokonują przekształcenia poznawczego, aby radzić sobie z negatywnymi emocjami. Poczucie własnej skuteczności okazało się dobrym prognostykiem niektórych stylów radzenia sobie ze stresem.

Przedstawione wyniki badań wskazują, że staż pracy badanych jest predykatorem stylów radzenia sobie w trudnej sytuacji. Okazało się, że pielęgniarki z dłuższym stażem pracy zazwyczaj nie koncentrują swojej uwagi na problemie – angażują się w czynności zastępcze albo poszukują kontaktów towarzyskich. Z kolei pielęgniarki z krótszym stażem pracy podejmują wysiłek poznawczy i behawioralny, aby radzić sobie w stresujących sytuacjach. Z badań wynika, że występuje dodatnia korelacja między formą doksztalcenia a stylem skoncentrowanym na unikaniu. Osoby badane, które ukończyły specjalizację z dziedziny opieki paliatywnej, zazwyczaj w obliczu trudnych, stresujących sytuacji reagowały na nie reakcjami odsuwającymi problem.

Powyższe wyniki badań pokazują, że dla poprawy funkcjonowania pielęgniarek pracujących przy chorym umierającym ważne jest ogólne przekonanie osoby co do skuteczności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami. Poczucie własnej skuteczności pozwala również przewidywać styl radzenia sobie ze stresem.

Przedstawione wyniki badań mogą być wykorzystane przez psychologów, gdyż obrazują potrzeby pielęgniarek. Opierając się na przedstawionych rozważaniach można zaproponować pielęgniarcom pracującym przy chorym umierającym, szczególnie o niskim poczuciu własnej skuteczności oraz z wieloletnim stażem, warsztaty i szkolenia rozwijające umiejętności i strategie zaradcze z uwzględnieniem między innymi dyspozycji osobowości (neurotyczność i sumienność).

Bibliografia

- Antonovsky A. (2005), *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.
- Bandura A. (1977), *Self-efficacy: toward a unifying theory of behavior change*, "Psychological Review", vol. 84, nr 2, ss. 191–215.
- Gromulska L., Piotrowicz M., Cianciara D. (2009), *Własna skuteczność w modelach zachowań zdrowotnych oraz edukacji zdrowotnej*, „Przegląd Epidemiologiczny”, vol. 63.
- Heszen I., Sęk H. (2007), *Psychologia Zdrowia*, PWN, Warszawa.
- Juczyński Z. (2001), *Narzędzia w promocji i psychologii zdrowia*, Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa.
- Ogińska-Bulik N. (2006), *Stres zawodowy w zawodach usług społecznych: źródła – konsekwencje – zapobieganie*, Difin, Warszawa.
- Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. (2010), *Osobowość stres a zdrowie*, Difin, Warszawa.
- Rolka H. (2008), *Choroba jako zmiana w biegu życia* [w:] E. Krajewska-Kułak., C. Łukaszuk., B. Jankowiak (red.), *W drodze do brzegu życia*, UMB, Białystok, t.4.
- Schwarzer R. (1997), *Poczucie własnej skuteczności w podejmowaniu i kontrolowaniu zachowań zdrowotnych. Dotychczasowe podejście teoretyczne i nowy model* [w:] I. Heszen-Niejodek, H Sęk. (red.), *Psychologia zdrowia*, PWN, Warszawa.
- Strelau J., Jaworowska A., Wrześniewski K. i in. (2005), *Kwestionariusz radzenia sobie w sytuacjach stresowych*, Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa.
- Suchocka L. (2007), *Psychologiczna analiza cierpienia w chorobie przewlekłej*, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin.
- Szostek A. (2007), *Wokół godności i miłości* [w:] A. Królikowska., Z. Marka (red.), *Refleksje nad godnością*, WAM, Kraków.
- Terelak J.F. (2008), *Człowiek i stres. Koncepcje – źródła – reakcje – radzenie sobie – modyfikatory*, Branta, Warszawa.
- Zalewska-Puchała J., Majda A., Gałuszka A., Kolonko J. (2007), *Health behaviour of students versus a sense of self-efficacy*, "Advances in Medical Sciences", vol. 52, Suppl.1.
- Żuralska R., Postrożny D. (2012), *Psychologiczna ocena poczucia własnej skuteczności u czynnych zawodowo studentów studiów medycznych*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie”, t. 13, z. 11.
- Żuralska R., Mziray M., Muczyn A. i in. (2012a), *Ocena związku między zachowaniami zdrowotnymi a poczuciem własnej skuteczności u pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej w Gdańsku*, „Problemy Pielęgniarstwa”, Gdańsk, t. 20, nr 2.
- Żuralska R., Majkiewicz M., Gaworska-Krzemińska A. (2012b), *Psychologiczna ocena stylów radzenia sobie ze stresem a cechy osobowości studentów Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego*, „Problem Pielęgniarstwa”, Gdańsk, t. 20, nr 2.

Bożena Baczewska

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Beata Kropornicka

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wioletta Skrzypek

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Ewa Krzyżanowska

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Elżbieta Nowicka

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Ewa Szymczuk

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Agnieszka Wawryniuk

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Jadwiga Daniluk

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Ocena zachowań zdrowotnych pacjentów przed
i w trzy miesiące po zabiegu angioplastyki
naczyń wieńcowych

Health behaviors in patients prior to and after coronary angioplasty

Abstract: The purpose of study was to evaluate health behaviors in patients prior to and 3 months following coronary angioplasty. The examined sample comprised 120 patients hospitalized for coronary angioplasty at The Clinic of Cardiology, SPSK-4, Lublin. The respondents were double-surveyed, i.e. prior to coronary angioplasty and 3 months following the surgery. The

investigation was carried out from December, 2010 to May, 2011 and was preceded by a pilot study. The respondents were diagnostically surveyed by Health Behaviors Inventory and a questionnaire developed by authors for the purpose of study. The results found that health behaviors of the patients prior to the surgery were low, within 7–8 sten range; the differences were statistically significant.

Key-words: patients, coronary, angioplasty, health behaviors.

Wstęp

U źródeł rozwoju chorób układu krążenia tkwią proste zachowania zdrowotne każdego człowieka, których poznanie w wymiarze populacyjnym w różnych aspektach oceny i uwarunkowań, może być ważnym ogniwem w szukaniu skuteczniejszych metod profilaktyki w tym zakresie [Ślusarska 2010, ss. 34–40].

U wszystkich osób obarczonych wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym należy prowadzić intensywną modyfikację czynników ryzyka, natomiast osoby o mniejszym ryzyku trzeba zachęcać do modyfikacji stylu życia w celu zachowania stanu obecnego [Piotrowicz 2008, s. 3].

Choroby układu sercowo-naczyniowego są jednym z najpoważniejszych problemów współczesnej medycyny. Mimo powszechnej zgodności co do znaczenia profilaktyki, szczególnie u osób z chorobą wieńcową lub obciążonych wieloma czynnikami ryzyka, nadal istnieje luka między obowiązującymi zaleceniami a praktyką zarówno w szpitalach, jak i w lecnictwie otwartym [Dudek 2011, s. 11].

Zabiegi kardiologii inwazyjnej skutecznie ratują życie chorym z ostrymi zespołami wieńcowymi. To skuteczne zapobieganie chorobom jest najważniejsze, a nie tylko naprawianie istniejących szkód. Zatem nadszedł czas połączenia zabiegów kardiologii inwazyjnej z nowoczesnym podejściem do profilaktyki pierwotnej i wtórnej chorób sercowo-naczyniowych.

Celem badań była ocena zachowań zdrowotnych pacjentów przed i w trzy miesiące po zabiegu angioplastyki naczyń wieńcowych.

Materiał i metoda

Badania prowadzono od grudnia 2010 r. do maja 2011 r. w Klinice Kardiologii wśród pacjentów hospitalizowanych w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 4 w Lublinie, za zgodą Dyrektora ds. leczenia. Badaniami ob-

jęto 120 osób hospitalizowanych i poddanych zabiegowi angioplastyki naczyń wieńcowych. Kryterium doboru do badania było wyrażenie zgody na badanie oraz oczekiwanie na zabieg angioplastyki naczyń wieńcowych.

W pierwszej turze rozdano IZZ pacjentom, którzy trafili do szpitala nagle w stanie zaawansowanej choroby niedokrwiennej. Pacjentów poproszono o udział w powyższych badaniach po uprzednim wyjaśnieniu celu działania.

W drugiej turze przebadano tych samych chorych trzy miesiące po wykonanym u nich zabiegu. Podczas pobytu w szpitalu pacjentom rozdano IZZ oraz kopertę ze znacznikiem i adresem zwrotnym oraz poproszono o wypełnienie ankiety po trzech miesiącach od zabiegu i odesłanie jej. Spośród 120 kompletów narzędzi badawczych odzyskano 103, które poddano statystycznej analizie.

Narzędziem gromadzenia informacji był Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) autorstwa Juczyńskiego [Juczyński 2001, ss. 116–121], udostępniony za zgodą autora z Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

Inwentarz Zachowań Zdrowotnych zawierał 24 stwierdzenia opisujące różnego rodzaju zachowania związane ze zdrowiem i obejmował cztery kategorie: prawidłowe nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, pozytywne nastawienie psychiczne i praktyki zdrowotne.

Do oceny każdego z 24 zachowań zdrowotnych wymienionych w Inwentarzu respondenci stosowali również pięciostopniową skalę: 1 – prawie nigdy, 2 – rzadko, 3 – od czasu do czasu, 4 – często, 5 – prawie zawsze.

Kategoria – prawidłowe nawyki żywieniowe uwzględniała rodzaj spożywanej żywności. W drugiej kategorii – zachowania profilaktyczne, respondenci odpowiadali na pytania dotyczące przestrzegania zaleceń zdrowotnych, uzyskiwania informacji na temat zdrowia i choroby. W kategorii – pozytywne nastawienie psychiczne zamieszczono zachowania zdrowotne, tj. unikanie silnych emocji, stresów i napięć. Ostatnia kategoria – praktyki zdrowotne uwzględniała nawyki dotyczące snu, wypoczynku i aktywności fizycznej.

Uzyskane wyniki badań pozwoliły określić nasilenie zachowań sprzyjających zdrowiu w poszczególnych kategoriach.

Zaznaczone przez badanego wartości liczbowe sumowano w celu uzyskania wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych. Jego wartość mogła mieścić się w granicach od 24 do 120 punktów.

Im wyższy wynik, tym większe nasilenie deklarowanych zachowań zdrowotnych. Ogólny wskaźnik po przekształceniu na jednostki standaryzowane podlegał interpretacji stosownie do właściwości charakteryzujących skalę stenową:

wyniki/steny	wyniki/zakres punktowy
1 – 4 steny – traktowane były jako wyniki niskie	24 – 71
5 – 6 stenów – traktowane były jako wyniki przeciętne	72 – 86
7 – 10 stenów – traktowane były jako wyniki wysokie	87 – 120

Analiza statystyczna danych, uzyskanych w toku postępowania empirycznego, pozwoliła odpowiedzieć na pytanie dotyczące zachowań zdrowotnych pacjentów przed i trzy miesiące po zabiegu angioplastyki naczyń wieńcowych. Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono przy pomocy wartości średniej i odchylenia standardowego, a dla niemierzalnych przy pomocy liczności i odsetka. Do porównania dwóch grup niezależnych zastosowano test t-Studenta. Do zbadania związku pomiędzy zmiennymi zastosowano korelację r Pearsona. Istotność współczynnika korelacji sprawdzono testem t-Studenta. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$ wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic bądź zależności. Bazę danych i badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe Microsoft Excel.

Badani z rozpozną chorobą niedokrwienną serca, poddanych zabiegowi przezskórnej angioplastyki naczyń wieńcowych stanowili grupę zróżnicowaną (tabela 1).

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy (n = 103)

Czynniki społeczno-demograficzne		n	%
Płeć	mężczyzna	58	56%
	kobieta	45	44%
Wiek	do 55 lat	42	41%
	56–65 lat	27	26%
	powyżej 65 lat	34	33%
Stan cywilny	panna/kawaler	4	4%
	mężatka/żonaty	64	62%
	rozwidziona/rozwidziony	16	16%
	wdowa/wdowiec	19	18%
Miejsce zamieszkania	wieś	39	38%
	miasto	64	62%

Wykształcenie	podstawowe	3	3%
	zasadnicze	35	34%
	średnie	44	43%
	wyższe	21	20%
Źródło dochodu	praca zawodowa	57	55%
	emerytura	31	30%
	renta	11	11%
	zasiłek	1	1%
	bezrobotny	3	3%
Praca	fizyczna	52	50%
	umysłowa	16	16%
	nie dotyczy	35	34%
Obciążenia rodzinne	tak	55	53%
	nie	37	36%
	nie wiem	11	11%

Źródło: opracowanie własne.

Wyniki badań

Przeprowadzone badania wykazały, że zachowania zdrowotne badanych przed zabiegiem angioplastyki wieńcowej znacznie różniły się od zachowań trzy miesiące po zabiegu. Szczegółowe wyniki średnich oraz statystyki opisowe przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Zachowania zdrowotne przed i trzy miesiące po zabiegu angioplastyki wg IZZ

Kategoria zachowań	Przed zabiegiem		Po zabiegu		Statystyki opisowe	
	Mediana	Średnia	Mediana	Średnia	t	p
Prawidłowe nawyki żywieniowe						
Jem dużo owoców i warzyw	3	3,1	4	3,8	8,059	<0,001
Ograniczam spożycie takich produktów jak tłuszcze zwierzęce, cukier	3	2,8	4	3,9	10,055	<0,001
Dbam o prawidłowe odżywianie	3	3,0	4	4,0	9,027	<0,001

Unikam żywności z konserwantami	3	2,8	4	3,7	8,878	<0,001
Unikam soli i silnie solonej żywności	3	3,1	4	4,1	9,436	<0,001
Jem pieczywo pełnoziarniste	3	3,0	4	3,8	8,810	<0,001
Zachowania profilaktyczne	Przed zabiegiem		Po zabiegu		Statystyki opisowe	
	Mediana	Średnia	Mediana	Średnia	t	p
Unikam przeziębień	3	3,2	4	3,6	4,136	<0,001
Mam zanotowane numery telefonów służb pogotowia	2	2,3	4	3,6	8,956	<0,001
Przestrzegam zaleceń lekarskich wynikających z moich badań	3	3,0	4	4,3	11,505	<0,001
Regularnie zgłaszam się na badania lekarskie	3	2,9	4	4,2	16,061	<0,001
Staram się dowiedzieć, jak inni unikają chorób	3	2,7	4	3,7	10,509	<0,001
Staram się uzyskać informacje medyczne i zrozumieć przyczyny zdrowia i choroby	3	3,0	4	3,7	7,259	<0,001
Pozytywne nastawienie psychiczne	Przed zabiegiem		Po zabiegu		Statystyki opisowe	
	Mediana	Średnia	Mediana	Średnia	t	p
Poważnie traktuję wskazówki osób wyrażających zaniepokojenie moim zdrowiem	3	2,9	4	3,9	10,451	<0,001
Unikam sytuacji, które wpływają na mnie przygnębiająco	3	2,8	4	3,5	8,646	<0,001

Staram się unikać mocnych emocji, stresów, napięć	3	2,8	4	3,6	8,325	<0,001
Mam przyjaciół i uregulowane życie rodzinne	4	3,9	4	4,0	3,035	<0,001
Unikam takich uczuć, jak gniew, lęk i depresja	3	2,9	4	3,6	7,616	<0,001
Myślę pozytywnie	3	3,3	4	3,7	5,238	<0,001
Praktyki zdrowotne	Przed zabiegiem		Po zabiegu		Statystyki opisowe	
	Mediana	Średnia	Mediana	Średnia	t	p
Wystarczająco dużo odpoczywam	3	3,0	4	3,9	9,090	<0,001
Unikam przepracowania	3	2,8	4	4,0	10,335	<0,001
Kontroluję swoją wagę ciała	3	2,9	4	3,8	8,958	<0,001
Wystarczająco dużo śpię	3	3,3	4	4,0	7,443	<0,001
Ograniczam palenie tytoniu	4	3,4	5	4,3	6,527	<0,001
Unikam nadmiernego wysiłku fizycznego	3	3,1	4	3,9	6,783	<0,001

Źródło: opracowanie własne.

We wszystkich badanych zachowaniach zdrowotnych różnice były istotne statystycznie.

Ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych badanych pacjentów przed zabiegiem angioplastyki naczyń wieńcowych po przekształceniu na jednostki standaryzowane zawierał się pomiędzy 4–5 stenem. Oznacza to, że nasilenie zachowań zdrowotnych było na poziomie pomiędzy wynikami niskimi a przeciętnymi.

Powtórzenie badań w grupie tych samych pacjentów trzy miesiące po zabiegu angioplastyki naczyń wieńcowych wykazało zdecydowaną poprawę zachowań zdrowotnych. Ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych wzrósł

i mieścił się w granicach 7–8 stena, co oznacza, że nasilenie deklarowanych zachowań zdrowotnych badanych było wysokie.

Analizując poszczególne obszary zachowań zdrowotnych pacjentów przed zabiegiem angioplastyki, stwierdzono, że lepsze było nasilenie zachowań zdrowotnych u badanych w kategorii pozytywne nastawienie psychiczne (18,6) oraz praktyki zdrowotne (18,5) niż w kategorii zachowania profilaktyczne (17,1) i nawyki żywieniowe (17,8). Otrzymane wyniki przedstawia tabela 3.

Tabela 3. Ogólna ocena zachowań zdrowotnych pacjentów przed zabiegiem wg IZZ

ZACHOWANIA ZDROWOTNE	STATYSTYKI				
	Średnia	Media-na	s	Min	Max
Nawyki żywieniowe	17,8	18	4,7	6	27
Zachowania profilaktyczne	17,1	17	4,3	6	26
Pozytywne nastawienie psychiczne	18,6	18	3,4	11	28
Praktyki zdrowotne	18,5	18	4,6	8	28
OGÓŁEM IZZ	72,0	72	15,0	41	105

Źródło: opracowanie własne.

Trzy miesiące po zabiegu angioplastyki naczyń wieńcowych zachowania zdrowotne ankietowanych uległy poprawie we wszystkich kategoriach. Najlepsze nasilenie zachowań zdrowotnych przejawiali badani w kategorii praktyk zdrowotnych (23,8) (tabela 4).

Tabela 4. Ogólna ocena zachowań zdrowotnych pacjentów po zabiegu wg IZZ

ZACHOWANIA ZDROWOTNE	STATYSTYKI				
	Średnia	Mediana	s	Min	Max
Nawyki żywieniowe	23,3	24	3,4	12	13
Zachowania profilaktyczne	23,2	24	3,6	14	29
Pozytywne nastawienie psychiczne	22,3	22	2,7	16	28
Praktyki zdrowotne	23,8	24	3,3	13	29
OGÓŁEM IZZ	92,6	94	11,5	56	111

Źródło: opracowanie własne.

Dla wszystkich kategorii w IZZ nastąpiła istotna statystycznie zmiana w zachowaniach zdrowotnych ($p < 0,001$).

Dyskusja

W Polsce, podobnie jak na całym świecie, zachowania zdrowotne stanowią problem o szczególnym znaczeniu, a jego rozwiązanie lub przynajmniej podjęcie poważnych działań wciąż jest sprawą bardzo pilną. Świadczą o tym informacje o zachorowalności, chorobowości, niezdolności do pracy, inwalidztwie i zgonach, zależne w znacznym stopniu od zachowań zdrowotnych. Wiedza na temat zachowań zdrowotnych powinna być podstawą ewaluacji edukacji zdrowotnej. Zmiana oraz kształtowanie zachowań zdrowotnych pacjentów jako postawy wobec życia wymagają doradzania, wsparcia i pomocy – w dążeniu do właściwego stylu życia. Poczucie odpowiedzialności za losy swoje i otoczenia zależy w dużym stopniu od poziomu wiedzy i motywacji, które są niezbędne w kształtowaniu zachowań sprzyjających zdrowiu. Zachowania zdrowotne kształtowane są poprzez umiejętności, przyzwyczajenia i postawy. Badania prowadzone przez WHO oraz inne instytucje w ostatnich latach potwierdziły, że eliminacja takich czynników ryzyka jak: palenie papierosów, nieprawidłowe odżywianie, używki, wysoki poziom cholesterolu, nadwaga, brak ruchu, unikanie stresu jest najlepszą profilaktyką wystąpienia incydentów wieńcowych.

Przedstawione w pracy badania pozwoliły na analizę zachowań zdrowotnych pozostających w ścisłym związku z wystąpieniem choroby oraz na ich zmianę w zakresie podejmowanych przez badanych działań. Analiza zebranych danych pozwala stwierdzić, że badana grupa pacjentów prezentowała lepsze nawyki żywieniowe trzy miesiące po zabiegu angioplastyki naczyń wieńcowych niż przed zabiegiem. Po zabiegu angioplastyki poprawiły się nawyki żywieniowe respondentów. Nastąpił wzrost średniej z 17,8 na 23,3.

Podejmowane działania edukacyjne w ramach prewencji wtórnej po zabiegu angioplastyki wieńcowej mogą w wieloletniej obserwacji znamienne zmniejszać liczbę zawałów i zgonów sercowo-naczyniowych oraz konieczność wykonywania ponownych zabiegów rewaskularyzacyjnych. Zawał serca może i powinien stanowić motywację do zmiany diety. U osób po przebytym zawał serca stosowanie diety śródziemnomorskiej, bogatej w owoce i warzywa, oceniane w ramach Lyon Heart Study, prowadziło do zmniejszenia ryzyka zgonu lub zawału serca o 72%, przy obserwacji trwającej średnio 46 miesięcy. Jednym z ważnych składników diety śródziemnomorskiej są wielonienasycone kwasy tłuszczowe, a szczególnie ich forma określona jako n-3 lub w-3. Opublikowane badanie GISSI Prevenzione, które obejmowało

11 324 osób po zawale serca, wykazało znamienne korzyść płynącą ze stosowania wielonienasyconych n-3 kwasów tłuszczowych (zmniejszenie ryzyka zgonu, zawału lub udaru mózgowego o 10% [Pająk 2005, s. 3].

Badani częściej podejmują zachowania profilaktyczne po zabiegu angioplastyki niż przed zabiegiem. Nastąpiła poprawa zachowań profilaktycznych, średnia wzrosła z 17,1 do 23,2.

Przedstawione w pracy wyniki badań są zbliżone do opisywanych w piśmiennictwie. Przykładem mogą być australijskie badania, obejmujące 234 osoby w 3 miesiące po zabiegu przezskórnej interwencji wieńcowej (PCI). W ich wyniku stwierdzono, że 42% leczonych uważało, że zastosowane leczenie całkowicie zniwelowało chorobę wieńcową, zmniejszając tym samym motywację do, często trudnej, modyfikacji czynników ryzyka, na przykład zaprzestania palenia tytoniu czy walki z otyłością. Świadomość pacjentów, że zabieg „w razie czego” można powtórzyć, także nie sprzyja podejmowaniu wysiłków w zakresie prewencji wtórnej. Dlatego właśnie, jak podsumowują autorzy, niezbędna jest skuteczniejsza edukacja zdrowotna chorych po zabiegach PCI [Kubica 2007].

Badana grupa pacjentów w trzy miesiące po zabiegu angioplastyki naczyń wieńcowych przejawiała większe nasilenie zachowań zdrowotnych w zakresie stosowanych praktyk zdrowotnych niż przed zabiegiem. Średnia wzrosła z 18,5 sprzed zabiegu do 23,8 w trzy miesiące po nim.

W przeprowadzonych badaniach własnych aż 21% badanych przed zabiegiem przyznało, iż pali papierosy i nie ogranicza tego nałogu. Interwencja wieńcowa przyczyniła się jednak do zmiany tych praktyk zdrowotnych i palenie „prawie zawsze” ogranicza 55% ogółu badanych, natomiast nie ogranicza „prawie nigdy” tylko 2% respondentów. Po zabiegu jako incydencie chorobowym nastąpiła zmiana stylu życia i eliminacja czynnika ryzyka, jakim jest palenie tytoniu. Porównując wyniki badań własnych z badaniami EUROASPIRE i EUROASPIRE II, analizującymi stopień modyfikacji stylu życia i czynników ryzyka choroby wieńcowej, w których wykazano, że ok. 21% chorych nadal paliło tytoń pomimo przebytego epizodu ostrego niedokrwienia, stwierdzono, że nastąpiła poprawa zachowań zdrowotnych. Ten fakt napawa optymizmem tym bardziej, że jak dowodzą badania, po około 5 latach od ostatniego wypalonego papierosa ryzyko rozwoju chorób serca u byłego palacza obniża się do poziomu dla osoby nigdy niepalącej [Kotseva, Wood, De Backer i wsp. 2009, ss. 929–940].

Pozytywne nastawienie psychiczne badanych wzrosło trzy miesiące po zabiegu angioplastyki (ze średniej 18,6 do 22,3).

Po zabiegu angioplastyki naczyń wieńcowych respondenci prezentują lepsze (92,6) zachowania zdrowotne niż przed zabiegiem (72,0). W wyniku

przeprowadzonych badań ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych badanych pacjentów przed zabiegiem angioplastyki zawierał się pomiędzy 4–5 stenem. Wyniki badań plasowały się na poziomie pomiędzy wynikami niskimi a przeciętnymi. Po trzech miesiącach od zabiegu wykazano zdecydowaną poprawę zachowań zdrowotnych. Ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych wzrósł i mieścił się w granicach 7–8 stena, co oznacza, że były wysokie. Dla wszystkich pytań na poziomie istotności $p < 0,001$ można przyjąć, że nastąpiła istotna zmiana w zachowaniach zdrowotnych.

Wyniki badań przeprowadzonych w okolicy Munster w Niemczech ujawniły, że średnio 20 miesięcy po wypisie ze szpitala zaledwie 20% pacjentów z rozpoznaniem ostrego zespołu wieńcowego osiągnęła cel terapeutyczny w zakresie podstawowych czynników ryzyka miażdżycy. Obserwacje poczynione przez Steffenino i współpracowników były jeszcze bardziej deprymujące. W badanej przez nich grupie 220 osób, 3 miesiące po hospitalizacji z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego, mimo jasnych zaleceń lekarskich zaledwie 7% spośród palaczy tytoniu zerwało z nałogiem i jedynie 3% osób otyłych schudło. Ponadto trzeba mieć świadomość, że odsetek pacjentów stosujących się do zaleceń lekarskich, dotyczących zdrowego stylu życia, maleje z upływem czasu mijającego od hospitalizacji [Kubica 2007].

Ogólna ocena zachowań zdrowotnych badanych może być porównywalna z oceną zachowań zdrowotnych w innych badanych grupach. Badania ankietowe przeprowadzono w 2008 r. w Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy w Lublinie, a także studentów pielęgniarstwa w Białymstoku [Kozieł 2003, ss. 113, 280–284, Lewko 2003, Ślusarska, ss. 34–40]. Wyniki badań oscylowały w granicach wyników przeciętnych (średnich). Wzrost wskaźnika zachowań zdrowotnych nastąpił dopiero po incydencie wieńcowym oraz poddaniu się zabiegowi angioplastyki naczyń wieńcowych (wzrost do wyników wysokich).

Prawdopodobnie przeżycia związane z wykonaniem u badanych zabiegu angioplastyki naczyń wieńcowych wpłynęły na motywację i zmianę zachowań zdrowotnych. Zabieg stał się silnym czynnikiem motywacyjnym. W ocenie przeprowadzonej przez Światową Organizację Zdrowia w krajach rozwiniętych, zaledwie około 50% pacjentów cierpiących na przewlekłe schorzenia postępuje zgodnie z zaleceniami. Poza wpływem na zdrowie poszczególnych osób, nieprzestrzeganie zaleceń przez tak wielu chorych ma poważne konsekwencje społeczne i ekonomiczne.

Wnioski

1. Przed zabiegiem angioplastyki naczyń wieńcowych badaną grupę charakteryzowały niskie i przeciętne zachowania zdrowotne, wyniki mieściły się w granicach 4 i 5 stena. Trzy miesiące po zabiegu nasilenie zachowań zdrowotnych było wysokie i mieściło się w granicach 7–8 stena.
2. Największy wzrost zachowań zdrowotnych trzy miesiące po zabiegu angioplastyki zaobserwowano w kategorii zachowania profilaktyczne, najniższe w kategorii pozytywne nastawienie psychiczne.
3. Trzy miesiące po zabiegu angioplastyki naczyń wieńcowych zachowania zdrowotne ankietowanych uległy poprawie we wszystkich kategoriach. Najlepsze nasilenie zachowań zdrowotnych badani przejawiali w kategorii praktyk zdrowotnych.
4. Dla wszystkich kategorii nastąpiła istotna zmiana w zachowaniach zdrowotnych.

Bibliografia

- Dłużniewska M., Pakulska I., Budaj A. (2000), *Zasady postępowania po zawale serca*, „Postępy nauk medycznych”, 3.
- Dudek D. (2011), *Kardiologia interwencyjna – skuteczne leczenie ostrych zespołów wieńcowych*, „Forum profilaktyki”, Nr 1 (17).
- Juczyński Z. (2001), *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Wydanie II, Pracownia testów Psychologicznych PTP, Warszawa.
- Kotseva K, Wood D, De Backer G i wsp. (2009), *Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of EUROASPIRE I, II, and III surveys in eight European countries*, „Lancet”; No 373.
- Kozieł D.E., Naszydlowska M. (2003), *Zachowania zdrowotne młodzieży – kierunek działania dla edukacji zdrowotnej*, „Zdrowie Publiczne”, nr 3 – 4.
- Kubica A., Koziński M., Sukiennik A. (2007), *Skuteczna edukacja zdrowotna – utopia czy niewykorzystane możliwości kardiologii*, „Cardiovascular Forum”, Tom 12, nr 1–2.
- Kubica A. (2009), *Współpraca z pacjentem – podstawowy warunek skuteczności terapii w chorobie wieńcowej*, „Choroby Serca i Naczyń”, tom 6 (3).
- Lewko J.B., Polityńska-Lewko M. (red) (2003), *Zachowania zdrowotne wśród studentów pielęgniarstwa [w:] Promocja zdrowia w hierarchii wartości*, Wydawnictwo Neurocentrum, Lublin.
- Pająk A., Windak A. (2005), *Zdążyć przed epizodem*, „Forum profilaktyki”, Nr 1 (1) IX, s. 3.
- Pasiński T. (2002), *Pierwotna i wtórna prewencja choroby wieńcowej*, „Postępy Nauk Medycznych”, 1.
- Piotrowicz R., Podolec P., Kopeć G., Drygas W. (red) (2008), *Konsensus Rady Redakcyjnej PFP dotyczący aktywności fizycznej*, „Forum Profilaktyki”, Nr 3 (12).
- Ślusarska B., Nowicki G. (2010), *Zachowania zdrowotne w profilaktyce chorób układu krążenia wśród osób pracujących*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, 91(1).
- Śpiewak M. (2006), *Diagnostyka wstępna pacjentów z podejrzeniem choroby wieńcowej*, „Kardiologia Na Co Dzień”, 1.
- Znaczenie rozpoznawania i postępowanie w Zespole Uzależnienia od tytoniu w zapobieganiu chorobom naczyniowym i ich leczeniu*, „Forum profilaktyki”, Nr 1 (17) kwiecień 2011.

Ewa Kupcewicz

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Małgorzata Wojtkowska

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Akceptacja choroby a poczucie satysfakcji z życia w grupie chorych leczonych z powodu dyskopatii

Acceptance of illness and the feeling of satisfaction with life in a group of degenerative disc disease patients

Abstract:

Introduction: In the case of degenerative disc disease patients, the negative feelings connected with the illness adversely affect the patient's relationship with the environment, their job, and satisfaction with life.

The aim of the study was and attempt to determine the level of illness acceptance and the level of satisfaction with life in degenerative disc disease patients.

Material and methods: The study involved 112 degenerative disc disease patients at the Department of Neurosurgery of the University Clinical Hospital in Olsztyn, from February to May 2013. The study used the Acceptance of Illness Scale (AIS) and the Satisfaction with Life Scale (SWLS). 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.

The results and conclusions of the study: The mean value of overall rates of illness acceptance for all 112 patients was 25.43 ± 7.04 and it indicates a mean level of illness acceptance of the patients. In the study group, 29% showed a high degree of satisfaction with life, 33% mean, while as many as 38% showed a low degree of the feeling of satisfaction with life. The analyses showed that there is a strong correlation ($r=0.51$), statistically significant ($p=0.00001$), between the rate values of patients' satisfaction with life levels SWLS and the levels of illness acceptance AIS. This means that the higher the level of life acceptance, the better the adaptation to illness, and the less mental discomfort showed by the respondents.

Key-words: satisfaction with life, acceptance of illness, discopathy.

Wstęp

W literaturze przedmiotu pojęcie jakości życia jest często używane zamiennie z definicją satysfakcji z życia, szczęścia, dobrostanu, poczucia zadowolenia z życia, ponieważ znaczenie tych pojęć jest bardzo zbliżone [Diener i in. 2002, ss. 63–73, Vitterso i in. 2005, ss. 327–348]. Jak podaje Juczyński [2009, ss. 128–132], dobre samopoczucie jest ważnym elementem zdrowia, a nierzadko nawet bywa z nim utożsamiane. Na subiektywne dobre samopoczucie składają się trzy elementy: poziom satysfakcji z życia, pozytywne uczucia i brak uczuć negatywnych. Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (*WHO*, *World Health Organization*), 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” [1995, ss. 1403–1409].

Każdy człowiek inaczej reaguje na pojawiające się w jego życiu przeszkody i kryzysy, a chorobę można traktować w kategoriach życiowego kryzysu. Choroba jest doświadczeniem nowym i pojawia się potrzeba ustosunkowania się do niej. Wymaga podjęcia nowych wyzwań, a czasami przewartościowania sensu życia [Kowalik 1995, s. 4]. Ograniczenia wynikające z choroby mają wielki wpływ na stan funkcjonowania chorego. Choroby, szczególnie przewlekłe wiążą się z występowaniem długofalowych skutków, powodują konsekwencje poznawcze, emocjonalne i behawioralne. Przyczyniają się do występowania dyskomfortu fizycznego i psychicznego. Przedłużająca się choroba prowadzi do zmian w pełnieniu ról społecznych i pogorszenia się statusu materialnego [Nowak 2003, ss. 95–96]. Przystosowanie się do choroby jest zatem procesem lub rezultatem procesu, jakiemu podlega psychika człowieka w dążeniu do równowagi między potrzebami psychicznymi a wymogami życia. Akceptacja roli chorego to proces zmian, którego celem jest przywrócenie równowagi funkcjonalnej i emocjonalnej oraz poczucia kontroli nad własnym życiem. Akceptacja choroby stwarza poczucie bezpieczeństwa oraz zmniejsza nasilenie negatywnych reakcji i emocji związanych z chorobą. Im większa akceptacja, tym lepsze przystosowanie i mniejsze poczucie dyskomfortu psychicznego [Leder 1997, ss. 210–241]. Wielu autorów twierdzi, że około 30% dzieci i młodzieży skarża się na dolegliwości bólowe pleców [WeiB 2005, ss. 6–90]. Aż 40–60% całej populacji skarża się na problemy związane z bólem kręgosłupa. Ból w przebiegu dyskopatii kręgosłupa może wywoływać reakcję lękową, depresyjną lub nerwicową. Dolegliwości bólowe mogą prowadzić do znacznego upośledzenia czynnościowego, jak i do obniżenia jakości życia. Stan funkcjonalny chorych jest wyznacznikiem skuteczności terapii. Choroba może powodować obniże-

nie sprawności w wykonywaniu czynności dnia codziennego. Uzależnienie od innych osób i niemożność wykonania samodzielnie wszystkich czynności wpływają niekorzystnie na samoocenę i poczucie własnej wartości [Nowak, Nowak, Zawadzka 2005, ss. 95–96]. W przypadku dyskopatii pojawiające się ograniczenia utrudniają dotychczasowy tryb życia, wpływają na ograniczenie w kontaktach społecznych, życiu zawodowym i rodzinnym. Zatem choroba jest sytuacją trudną i zarazem czynnikiem wywołującym stres. Pojawiają się niekorzystne emocje, takie jak lęk, pogorszenie samopoczucia, niepokój i przygnębienie. Stany te wpływają na zwiększenie odczuwania swych dolegliwości [Wrześniewski, Skuza 2000].

W niniejszej pracy podjęto próbę odpowiedzi na pytanie: „W jakim stopniu respondenci są w stanie zaakceptować swoją chorobę bez doświadczania negatywnych uczuć i emocji?”. Celem pracy była próba określenia związku pomiędzy stopniem akceptacji choroby a poziomem satysfakcji z życia chorych leczonych z powodu dyskopatii, a także ocena czynników mających wpływ na poziom akceptacji i satysfakcji.

Materiały i metody

Badaniem objęto 112 pacjentów leczonych z powodu dyskopatii w Klinice Neurochirurgii w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Olsztynie od lutego do maja 2013 r. Badanie było anonimowe i zostało przeprowadzone za pomocą kwestionariusza własnej konstrukcji zawierającego pytania o podstawowe dane socjodemograficzne (tj: płeć, wiek, stan cywilny, miejsce zamieszkania, pracę zawodową, czas od pierwszego rozpoznania choroby, występowanie chorób współistniejących). Do oszacowania stopnia akceptacji choroby wśród ankietowanych posłużono się Skalą Akceptacji Choroby (AIS, *Acceptance of Illness Scale*) przygotowaną przez Barbarę J. Felton, Tracey A. Revenson i G. A. Hinrichsen (polska adaptacja: Z. Juczyński). Kwestionariusz zawiera 8 stwierdzeń, w każdym stwierdzeniu badany określał swój aktualny stan w skali pięciostopniowej. Suma wszystkich punktów jest ogólną miarą stopnia akceptacji choroby, a jej zakres mieści się w obszarze od 8 do 40 punktów. AIS posiada dobre właściwości psychometryczne, dla której alfa Cronbacha wynosi 0,82, zaś wskaźnik stałości test – retest na przestrzeni siedmiu miesięcy 0,69 [Juczyński 2009, ss. 128–132].

Do badania poczucia 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 udzielała

odpowiedzi na 7-stopniowej skali. Właściwości psychometryczne SWLS są zadawalające. Dla wersji oryginalnej wskaźnik rzetelności (*alfa* Cronbacha) wyniósł 0,87, zaś korelacja między wynikami dwukrotnych badań, przeprowadzonych w odstępie dwóch miesięcy, okazała się niewiele niższa [Juczyński 2009, ss. 128–132]. Analizę statystyczną przeprowadzono z wykorzystaniem programu komputerowego Statistica 10 PL [Stanisz 2006].

Charakterystyka badanej grupy chorych

Badaniem objęto grupę 112 chorych, w tym: 43 kobiety (38%) oraz 69 mężczyzn (62%), w 85% były to osoby leczone z powodu dyskopatii lędźwiowej, niewielką grupę – 11 osób stanowili chorzy z dyskopatią szyjną, a tylko 5% badanych miało stwierdzoną dyskopatię wielopoziomową. Większość badanych (65%) podała, że zmagają się z chorobą do 5 lat, natomiast 45% dłużej (6 lat i powyżej). W badaniu wzięli udział pacjenci w wieku od 27 do 81 lat. Średnia wieku wynosiła 51 lat z odchyleniem standardowym 12,6. Najliczniejszą grupę stanowili pacjenci w przedziale wiekowym 41–50 lat, 33 osoby (29%). W przedziale wiekowym 51–60 lat znajdowało się 26% badanych, a w wieku 31–40 lat 21%. 65% (73 osoby) deklaroowało, że jest w związku małżeńskim. W grupie badanych 87 osób (78%) wskazało, że pochodzi z miasta, a 25 osób (22%) ze wsi. Dochody stałe posiada 90% respondentów. Wśród badanych 38 osób (34%) posiadało staż pracy do 20 lat, pozostała grupa, 74 (66%) respondentów, legitymowała się dłuższym stażem pracy.

Ocena poczucia satysfakcji z życia

Satysfakcja z życia to zadowolenie z własnych osiągnięć i warunków życia. Do oceny poczucia satysfakcji z życia zastosowano skalę SWSL, która zawiera pięć stwierdzeń. Wynikiem pomiaru jest ogólny wskaźnik poczucia zadowolenia z życia [Juczyński 2009, ss. 128–132]. W tabeli 1 zaprezentowano wyniki przeprowadzonego testu: M-średnie z grupy 112 pacjentów i SD-odchylenie standardowe.

Tabela 1. Poczucie satysfakcji z życia (SWLS)

Analizowane elementy	M	SD
Pod wieloma względami moje życie jest zbliżone do ideału (1-7)	3,59	1,56
Warunki mojego życia są doskonałe (1-7)	4,16	1,71
Jestem zadowolony z mojego życia (1-7)	4,99	1,24
W życiu osiągnąłem najważniejsze rzeczy, które chciałem (1-7)	4,76	1,32
Gdybym mógł jeszcze raz przeżyć swoje życie, to nie chciałbym prawie nic zmienić (1-7)	3,53	2,03
Ogólny wskaźnik poczucia zadowolenia z życia (5-35)	21,34	6,17
Sten (od 1-10) (% wyników: niskich -38,0, wysokich -29,0)	5,69	2,14

Źródło: opracowanie własne.

W przypadku stwierdzenia „Jestem zadowolony z mojego życia” otrzymano średnią $4,99 \pm 1,24$, co sugeruje, że pacjenci udzielili odpowiedzi raczej pozytywnych, tzn. bliższych „całkowicie zgadzam się”. Bliskie ocenie „raczej się zgadzam” były stwierdzenia „W życiu osiągnąłem najważniejsze rzeczy, które chciałem” i „Gdybym mógł jeszcze raz przeżyć swoje życie, to nie chciałbym prawie nic zmienić”. Najgorzej wypadła ocena stwierdzenia „Gdybym mógł jeszcze raz zmienić swoje życie, to nie chciałbym prawie nic zmienić”, ponieważ średnia skali ocen wyniosła tylko $3,53 \pm 2,03$, a to oznacza, że szala odpowiedzi przechyliła się w stronę niezgadzania się z tym stwierdzeniem. Do oceny satysfakcji z życia każdego pacjenta zsumowano jego wyniki z 5 elementów testu, otrzymując ogólny wskaźnik poczucia zadowolenia z życia (w granicach od 5 do 35). Im wyższy wskaźnik, tym większe poczucie zadowolenia z życia. Ogólny wskaźnik poziomu satysfakcji z życia SWLS kształtował się na poziomie $21,34 \pm 6,17$ w skali 5–35. W badanej grupie 80% wyników mieści się w zakresie od 13 do 29 punktów.

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. Ocenę wysoką w skali stenowej otrzymało prawie 29% chorych. Niską oceną satysfakcji z życia charakteryzowało się 38% badanych, a wyniki pozostałych 33% pacjentów świadczą o przeciętnej satysfakcji z życia. Średnia wartość stena dla całej grupy równa się $5,69 \pm 2,14$ i wskazuje na przeciętną satysfakcję z życia ogółu badanych pacjentów.

Na potrzeby dalszej analizy wyróżniono zmienne jako czynniki niezależne, które mogą mieć wpływ na stopień satysfakcji z życia SWLS. Uwzględniono:

rodzaj choroby, czas trwania choroby, płeć, wiek, stan cywilny, miejsce zamieszkania, wykształcenie, dochody, liczbę lat pracy. Przeanalizowano wpływ czynników niezależnych na poziom wskaźnika satysfakcji z życia SWSL stosując test ANOVA rang Kruskala-Wallisa (dla trzech grup) oraz test U-Manna-Whitneya (dla dwóch grup). Dane szczegółowe zamieszczono w tabeli 2.

Tabela 2. Wyniki testów istotności wpływu czynników niezależnych na skalę satysfakcji z życia SWLS

Skala satysfakcji z życia – SWLS							
Zmienna niezależna – ANOVA rang Kruskala-Wallisa		N	M	SD	p	wyniki	
Choroba podstawowa	dyskopatia kręgosłupa lędźwiowego	95	21,11	6,25	0,67	ni	
	dyskopatia kręgosłupa szyjnego	11	20,64	5,94			
	dyskopatia wielopoziomowa	6	20,50	7,69			
Zmienna niezależna – test U – Manna-Whitneya		N	M	SD	z	p	wyniki
Czas trwania choroby	<= 5 lat	62	22,15	6,48	-1,99	0,05	***
	>= 6 lat i powyżej	50	19,64	5,69			
Płeć	kobieta	43	21,84	6,09	-1,00	0,32	ni
	mężczyzna	69	20,52	6,32			
Wiek	<= 50 lat	61	21,57	5,93	-1,14	0,25	ni
	>= 51 lat i powyżej	51	20,37	6,58			
Miejsce zamieszkania	wieś	25	21,72	5,76	-0,65	0,52	ni
	miasto	87	20,83	6,39			
Stan cywilny	zamężna/żonaty/związek partnerski	80	23,38	6,07	-2,60	0,01	***
	panna/kawaler/wolny	32	20,09	6,09			
Dochody	posiada	100	21,23	6,23	1,16	0,24	ni
	brak dochodów	12	19,33	6,31			
Aktywność zawodowa (lata pracy)	<= 20 lat	38	21,32	5,05	-0,71	0,47	ni
	>= 21 lat i powyżej	74	20,88	6,80			

Źródło: opracowanie własne.

Po przeprowadzeniu szczegółowej analizy stwierdzono, że w sposób istotny statystycznie na poziom satysfakcji z życia (SWLS) ma wpływ czas trwania choroby oraz stan cywilny. Im dłuższy czas trwania choroby, tym poziom satysfakcji z życia (SWLS) jest istotnie statystycznie niższy ($p < 0,05$). Natomiast osoby samotne osiągają istotnie statystycznie wyższy ($p < 0,01$) poziom satysfakcji z życia niż osoby pozostające w związku. Dla pozostałych wyróżnionych czynników niezależnych nie stwierdzono statystycznie istotnego wpływu na poziom satysfakcji z życia.

Skala akceptacji choroby AIS

Jak wynika z przeglądu literatury, przystosowanie się do choroby odgrywa ogromną rolę w chorobach przewlekłych, lecz jego konceptualizacja wymaga uwzględnienia wielorakich uwarunkowań, w tym również stopnia akceptacji własnej choroby [Juczyński 2009, ss. 128–132].

Zastosowana skala akceptacji choroby zawiera osiem stwierdzeń opisujących negatywne konsekwencje złego stanu zdrowia. Im wyższy stopień akceptacji choroby, tym lepsze przystosowanie i mniejsze poczucie dyskomfortu psychicznego. Suma wszystkich punktów jest miarą stopnia akceptacji choroby i mieści się w zakresie od 8 do 40 punktów. Niski wynik oznacza brak akceptacji, wysoki wynik świadczy o akceptacji własnego stanu chorobowego [Juczyński 2009, ss. 162–165]. W badanej grupie zakres uzyskanych punktów kształtował się od 11 do 39, a średnia ocena poziomu akceptacji choroby wynosiła 25,43 punktów z odchyleniem standardowym 7,04 punktu. Zestawienie wyników uzyskanych w AIS przedstawia tabela 3: wartości średnie (M) oraz odchylenia standardowe (SD).

Tabela 3. Akceptacja choroby (AIS)

Negatywne konsekwencje złego stanu zdrowia	M	SD
Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę (1–5)	2,29	1,15
Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię (1–5)	2,35	1,23
Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny (1–5)	3,41	1,63
Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę (1–5)	2,88	1,22
Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół (1–5)	3,29	1,62
Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem (1–5)	3,70	1,49
Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być (1–5)	3,59	1,44
Myszę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby (1–5)	3,93	1,38
Ogólny wskaźnik akceptacji choroby (8–40)	25,43	7,04

Źródło: opracowanie własne.

Zaprezentowane wyniki w tabeli 3 wskazują, że przeciętna akceptacja stwierdzeń dotyczących negatywnych konsekwencji złego stanu zdrowia oscyluje w granicach od 2,29 do 3,93 tzn. że większość pacjentów nie może się

zdecydować czy „zgadza się”, czy też „nie zgadza się” ze stwierdzeniami wchodzącymi w skład skali. Przeprowadzone badania wskazują, że chorzy z powodu swojego stanu zdrowia mają kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę ($2,29 \pm 1,15$), nie są w stanie robić tego, co najbardziej lubią ($2,35 \pm 1,23$), są bardziej zależni od innych niż tego chcą ($2,88 \pm 1,22$) – co oznacza, że w tych dziedzinach stopień akceptacji choroby jest niski. Stwierdzenie „Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby” uzyskało najwyższą wartość średnią ($3,93 \pm 1,38$), co oznacza, że w tej dziedzinie zarówno chorzy, jak i najbliższe osoby/rodzina lepiej akceptują skutki choroby. Z uwagi na brak odpowiedniej skali stenowej dla analizowanego testu, dla potrzeb tego badania oszacowano 95% przedział ufności dla średniego wskaźnika akceptacji i przyjęto, że wskaźnik należący do przedziału 24–26 może być traktowany jako przeciętny. Wartość średnia ogólnego wskaźnika akceptacji choroby uzyskana dla wszystkich 112 pacjentów wynosi $25,43 \pm 7,04$ i świadczy o przeciętnym stopniu akceptacji choroby przez pacjentów leczonych z powodu dyskopatii.

W dalszej części przeanalizowano wpływ czynników niezależnych na poziom akceptacji choroby stosując test ANOVA rang Kruskala-Wallisa (dla trzech grup) oraz test U-Manna-Whitneya (dla dwóch grup). Wyniki testów istotności wpływu zmiennych niezależnych na stopień akceptacji choroby zamieszczono w tabeli 4.

Tabela 4. Wyniki testów istotności wpływu czynników niezależnych na stopień akceptacji choroby AIS

Skala akceptacji choroby – AIS							
Zmienna niezależna – ANOVA rang Kruskala-Wallisa		N	M	SD	p	wyniki	
Choroba podstawowa	dyskopatia kręgosłupa lędźwiowego	95	25,17	7,12	0,98	ni	
	dyskopatia kręgosłupa szyjnego	11	25,27	6,92			
	dyskopatia wielopoziomowa	6	29,83	5,31			
Zmienna niezależna – test U – Manna-Whitneya		N	M	SD	z	p	wyniki
Czas trwania choroby	<= 5 lat	62	25,94	6,44	-0,83	0,41	ni
	>= 6 lat i powyżej	50	24,80	7,74			
Płeć	kobieta	43	26,84	6,76	-1,62	0,10	ni
	mężczyzna	69	24,55	7,12			
Wiek	<= 50 lat	61	25,67	6,07	0,30	0,76	ni
	>= 51 lat i powyżej	51	25,14	8,10			
Miejsce zamieszkania	wieś	25	25,68	6,77	-0,24	0,81	ni
	miasto	87	25,36	7,15			

Stan cywilny	zamężna/żonaty/ związek partnerski	80	24,94	6,29	0,95	0,34	ni
	panna/kawaler/ wolny	32	25,63	7,35			
Dochody	posiada	100	25,09	6,98	-1,53	0,12	ni
	brak dochodów	12	28,25	7,17			
Aktywność zawodowa (lata pracy)	<= 20 lat	38	26,58	5,38	-0,55	0,58	ni
	>= 21 lat i powyżej	74	24,84	7,72			

Źródło: opracowanie własne.

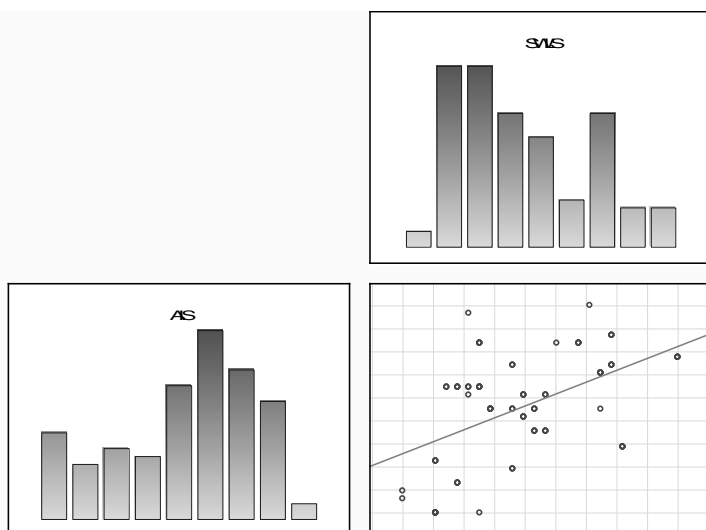
Po przeprowadzeniu szczegółowej analizy nie stwierdzono statystycznie istotnego wpływu wyróżnionych zmiennych niezależnych na poziom akceptacji choroby (AIS).

Akceptacja choroby a satysfakcja z życia

Aby poznać całokształt zagadnienia wykonano analizę badanej próby z punktu widzenia dwóch cech: stopnia akceptacji choroby (AIS) i poziomu satysfakcji z życia (SWLS) oraz sprawdzono, czy te cechy pozostają ze sobą w związku.

W celu sprawdzenia powiązania tych zmiennych oraz określenia siły, kształtu i kierunku związku zastosowano analizę korelacji. Aby wykryć związek korelacyjny, zastosowano analizę zależności w postaci wykresów rozrzutu (wykres 1).

Wykres 1. Macierzowy wykres rozrzutu dla zmiennych SWLS oraz AIS

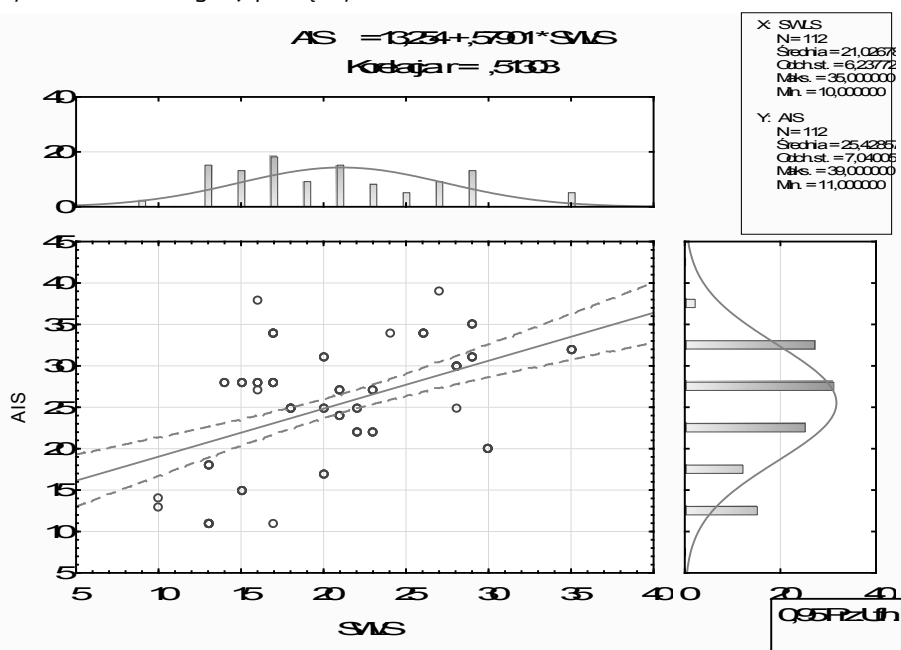


Źródło: opracowanie własne.

Po obrazowym przedstawieniu związku pomiędzy cechami do analizy przyjęto analizę zależności liniowej. Aby zbadać natężenie (siłę współzależności) współczynnika poziomu satysfakcji z życia SWLS i wielkości ogólnego wskaźnika poziomu akceptacji choroby AIS policzono współczynnik korelacji liniowej Pearsona. W opisanym przypadku współczynnik ten wynosi $r=0,51$ i jest istotny statystycznie na poziomie $p<0,00001$, co świadczy o wysokiej korelacji pomiędzy cechami. Znak współczynnika korelacji informuje o kierunku korelacji, co oznacza, że wyższy poziom wskaźnika satysfakcji z życia SWLS jest silnie ($r=0,51$) związany z wyższymi wynikami wskaźnika poziomu akceptacji choroby AIS, i odwrotnie wyższe wyniki wskaźnika poziomu akceptacji choroby AIS są silnie ($r=0,51$) związane z wyższymi wynikami poziomu wskaźnika satysfakcji z życia SWLS.

W celu zbadania mechanizmu powiązań pomiędzy zmiennymi zastosowano analizę regresji w celu odszukania funkcji regresji pomiędzy cechami (wykres 2).

Wykres 2. Analiza regresji pomiędzy cechami



Źródło: opracowanie własne.

W wyniku otrzymano równanie regresji: $AIS=13,254+0,57901 \cdot SWLS$

Zgodnie z tym równaniem pozostaje korelacja z wielkością współczynnika determinacji (kwadrat współczynnika korelacji) wynoszącym $r^2=0,26$ tj. 26% wyników.

Można zatem powiedzieć, że pomiędzy wartościami poziomu satysfakcji z życia SWLS a poziomem akceptacji choroby AIS istnieje silna korelacja ($r=0,51$), istotna statystycznie ($p=0,00001$). Wartość współczynnika r jest dodatnia, co oznacza, że jeśli będzie się zwiększać poziom satysfakcji z życia SWLS, to będzie się również zwiększać poziom akceptacji choroby AIS. Zgodnie ze współczynnikiem determinacji $r^2=0,26$, 26% wyników jest opisanych równaniem regresji: $AIS=13,254+0,57901*SWLS$

Dyskusja

Choroby przewlekłe, a do takich chorób należy dyskopatia, zmuszają osobę chorą do przystosowania się wraz z rodziną do nowej sytuacji. Z badań przeprowadzonych w Polsce i na świecie wiadomo, że ból pleców występuje u ok. 60–80% populacji [Zaniewska, Okurowska 2012, ss. 295–302, Bidziński 1981]. Uważa się że ok. 20–30% z tej grupy będzie cierpiało stale na ból dolnego odcinka kręgosłupa. Dotyczy to osób młodych, w okresie największej aktywności życiowej. Dolegliwości te mają charakter epizodyczny, jednak u 10% chorych przechodzą w stan przewlekłych bólów, które w dużym stopniu ograniczają sprawność fizyczną chorych. Dyskopatia kręgosłupa nie wywołuje dużych deficytów neurologicznych, jednakże biorąc pod uwagę nawrotny charakter choroby, należy ona do chorób wpływających na pogorszenie jakości życia [Zaniewska, Okurowska 2012, ss. 295–302, Bidziński 1981]. Choroba powoduje obniżenie pozycji społecznej, co wiąże się z przerwaniem pracy, utratą zdolności do pozyskiwania dochodów i zmiany na gorsze warunków materialnych rodziny, co istotnie wpływa na pogorszenie jakości życia. Dobre zdrowie jako komponent jakości życia warunkuje jego wysoką jakość [Bojczuk, Przysada, Strzepak 2010, ss. 66–72]. Podobne wnioski osiągnęli w swych badaniach Jabłońska i Beuth [2008, ss. 29–34].

Wyniki badań własnych dowiodły, że osoby z rozpoznaną dyskopatią zmagają się z wieloma problemami i trudnościami. Sposób zmagania się z chorobą wpływa na stopień akceptacji choroby i jakość życia. W przeprowadzonych badaniach średnia wartość akceptacji choroby (AIS) wyniosła $25,43 \pm 7,04$ w skali 8–40 punktów, co świadczy o przeciętnym stopniu akceptacji choroby przez pacjentów leczonych z powodu dyskopatii. Badania przeprowadzone przez Lisińskiego i in. [2005, ss. 361–365] wykazały, że przewlekłe dolegliwości bólowe kręgosłupa niekorzystnie wpływają na jakość życia pacjentów, a problem ten dotyczy coraz to młodszego społeczeństwa. Osoby chorujące na dyskopatię kręgosłupa borykają się z bólem, który budzi u chorych lęk, przerażenie oraz poczucie bezradności. Chorzy boją się uzależnienia od in-

nych osób, niezdolności do pracy związanych z niesprawnością, co może doprowadzić do zamknięcia i izolacji [Zaniewska, Kurowska 2012, ss. 295–302, Bidziński 1981]. W badaniach własnych ogólny wskaźnik poziomu satysfakcji z życia (SWLS) kształtował się na poziomie $21,34 \pm 6,17$ w skali 5–35. Okazało się, że 29% chorych jest zadowolona z życia i odczuwa satysfakcję z dotychczasowych osiągnięć na wysokim poziomie, 33% badanych wskazało na średni poziom satysfakcji, natomiast 38% na niski. Poziom satysfakcji z życia może być determinowany przez zmienne niezależne. Okazało się, że w badaniach własnych na poziom satysfakcji z życia (SWLS) miał wpływ czas trwania choroby oraz stan cywilny badanych. Im dłuższy czas trwania choroby, tym poziom satysfakcji z życia (SWLS) był istotnie statystycznie niższy ($p < 0,05$). Natomiast osoby samotne osiągały istotnie statystycznie wyższy ($p < 0,01$) poziom satysfakcji z życia niż osoby pozostające w związku. Pomiędzy wartościami poziomu satysfakcji z życia SWLS, a poziomem akceptacji choroby AIS istniała silna korelacja, jeśli zwiększał się poziom satysfakcji z życia SWLS, to również zwiększał się poziom akceptacji choroby AIS. W badaniach Kułak i Kondzior [2010, ss. 153–157], wśród pacjentów z dyskopatią kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego stwierdzono wysoką akceptację schorzenia (48% badanych).

Wnioski

1. W badanej grupie 29% chorych leczonych z powodu dyskopatii wskazało na wysoki poziom satysfakcji z życia, 38% na niski, a 33% na przeciętny.
2. Wartość średnia ogólnego wskaźnika akceptacji choroby wynosiła $25,43 \pm 7,04$ i świadczyła o przeciętnym stopniu akceptacji choroby przez pacjentów leczonych z powodu dyskopatii.
3. Na poziom satysfakcji z życia miał wpływ czas trwania choroby oraz stan cywilny badanych. Im dłuższy czas trwania choroby, tym niższy poziom satysfakcji z życia wśród badanych. Osoby samotne osiągały wyższy poziom satysfakcji z życia niż osoby pozostające w związku. Stopień akceptacji choroby nie był determinowany przez czynniki socjodemograficzne.
4. Istnieje dodatnia zależność „satysfakcji z życia” i „akceptacji choroby”. Wzrost akceptacji choroby powoduje wzrost satysfakcji z życia chorego, a i im większa satysfakcja z życia, tym większa szansa na akceptację choroby w grupie badanej.

Bibliografia

Bidziński J. (1981), *Neurochirurgia*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa.

Bojczuk T., Przysada G., Strzępek Ł., (2010), *Wpływ ćwiczeń leczniczych na wskaźniki jakości życia u pacjentów z bólem dolnego odcinka kręgosłupa*, „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rezeszowskiego”, nr 1.

Brzezińska A., Stolarska M., Zielińska J. (2001), *Poczucie jakości życia w okresie wczesnej i średniej i późnej dorosłości* [w:] K. Appelt, J. Wojciechowski (red.), *Zadania i role społeczne w okresie dorosłości*, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań.

Czaja E., Kózka M., Burda A. (2012), *Jakość życia pacjentów z dyskopatią odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa*, „Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne”, t. 1, nr 3.

Diener E., Lucas R.E., Oishi S. (2005), *Dobrostan psychiczny. Nauka o szczęściu i zadowoleniu z życia* [w:] J. Czapieński (red.), *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu i cnotach człowieka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
Diener E., Lucas R.E., Oishi S. (2002), *Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction* [w:] C.R. Snyder, S.J. Lopez (red.), *Handbook of positive psychology*, Oxford University Press, Oxford.

Dziewiecki M. (2002), *Dobrobyt a wychowanie*, „Wychowawca”, nr 12.

Jabłońska R., Beuth W. (2008), *Subiektywne wyznaczniki jakości życia chorych z dyskopatią*, „Pielęgniarstwo Polskie”, nr 1.

Juczyński Z. (2009), *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Pracownia testów Psychologicznych, Warszawa.

Kowalik S. (1995), *Jakość życia pacjentów w procesie leczenia* [w:] B. Waligóra (red.), *Elementy psychologii klinicznej*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań, t.4.
Kulak W., Kondzior D. (2010), *Dyskopatia kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego w korelacji z natężeniem bólu, depresją i akceptacją choroby*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, t.1, nr 91.
Leder S. (1997), *Jakość życia a psychiatria konsultacyjna i psychoterapia. Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wybrane zagadnienia*, red. J. Meyza, Centrum Onkologii Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa.

Lisiński P., Małgowska M. (2005), *Jakość życia a zespół bólowy kręgosłupa na tle przeciążeniowym*, „Chirurgia Narządów Ruchu Ortopedia Polska”, t.5, nr 70, ss. 361–365.

Nowak E., Nowak P., Zawadzka B. i in. (2003), *Jakość życia chorych neurologicznie*, Studia Medyczne Akademii Świętokrzyskiej, Kielce, nr 1.

Pop T., Austrup H., Preuss R. i in. (2010), *Wpływ elektrostymulacji prądami TENS na redukcję bólu u pacjentów z chorobą zwyrodnieniową kręzka międzykręgowego w odcinku lędźwiowo-krzyżowym kręgosłupa*, „Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja”, t. 4, nr 6.

WeiB J. (2005), *Zapobieganie bólom pleców*, Zakład Poligraficzno-Wydawniczy PO-ZKAL, Inowrocław.

WHOQOL Group (1995), *The World Health Organisation quality of life assessment (WHOQOL)*, Position paper from the world health organization, Soc. Sci. Med. nr 41.

Wrześniewski K., Skuza B. (2000), *Wybrane zagadnienia medycyny psychosomatycznej i psychologii chorego somatycznie*, Wydawnictwo Akademii Medycznej, Warszawa.

Zaniewska R., Kurowska-Zawada B., Kułak W. i in. (2012), *Analiza jakości życia pacjentów z zespołem bólowym dolnego odcinka kręgosłupa po zastosowaniu przez skórnej elektrycznej stymulacji nerwów – TENS*, „Medycyna Pracy”, t. 3, nr 63.

Mariola Ejdyś

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Olga Bielan

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Wiedza pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej w aspekcie chorób przewlekłych

Knowledge of primary health care of nurses in terms of chronic diseases

Abstract: Primary health care over the centuries underwent transformations resulting from the needs of modern society. Changes initiated by WHO implemented in many countries aimed at organizing modern health care focused on prevention and fight against chronic diseases. In case of the laws of Polish nurses and midwives profession is a profession alone, and exercise should be based on a sound of theoretical knowledge and practical skills and principles ethical and moral. The aim of the study was to assess the level of knowledge of nurses environmentally/family in the context of chronic diseases.

Therefore the article pays much attention to the role of environmentally-family nurses, who are an integral part of an effective health care. Although in family nurses work, except from nursing and medical benefits, they should spend the most of their time on preventing chronic diseases, health education supplemented by support for patients in advancing toward the highest possible quality of life.

Key-words: primary health care, environmentally nurse/family.

Wstęp

Podstawowa opieka zdrowotna na przestrzeni wieków ulegała przeobrażeniom wynikającym z potrzeb nowoczesnego społeczeństwa. Zmiany zainicjowane przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), wdrażane w wielu krajach,

mają na celu zorganizowanie nowoczesnej ochrony zdrowia, ukierunkowanej na profilaktykę i walkę z chorobami przewlekłymi [Taylor 2011, ss. 315–322]. Choroby cywilizacyjne, w tym i choroby przewlekłe, rozwinęły się w czasie intensywnego uprzemysłowienia i urbanizacji, wraz z poprawą warunków życia i żywienia oraz zmianami w życiu społecznym. Ich masowe występowanie w krajach rozwiniętych – gdzie stanowią przyczynę niemal 80% zgonów – jest efektem zmiany stylu życia i nadmiernego korzystania z dóbr cywilizacyjnych [Stefanowicz 2010, s. 496].

Ogólnie biorąc, choroba przewlekła to zawsze sytuacja trudna i stresująca dla pacjenta, a także dla jego najbliższej rodziny. W zdecydowanej większości przypadków zagraża dobrostanowi człowieka, naruszając jego najbardziej cenną wartość, jaką jest zdrowie, a niekiedy i życie. Niewątpliwie, często dotyczy wszystkich sfer życia człowieka, prowadząc do zaburzeń w obrazie własnego ciała [Pieczyrak-Brhel 2010, s. 17]. WHO definiuje chorobę przewlekłą jako chorobę, której czas trwania jest długi, a jej progresja następuje powoli [Król, Rutkowski 2006, ss. 1–6]. Wśród grupy chorób przewlekłych można wyróżnić: astmę, alergię, choroby serca, cukrzycę, nadciśnienie tętnicze, udar mózgu, nowotwory, choroby nerek, stwardnienie rozsiane, choroby zwyrodnieniowe stawów i choroby psychiczne. Naturalnie, niepokojącym zjawiskiem są także konsekwencje tych chorób, które bywają złożone i dotyczą różnych sfer funkcjonowania oraz poziomów organizacji życia jednostek i zbiorowości [Płaszewska-Żywko 2010, ss. 45–50]. W większości stwarzają również określone problemy praktyczne, albowiem generują koszty opieki medycznej i zwiększają poziom świadczeń z zakresu zabezpieczenia społecznego.

Aby możliwie jak najlepiej identyfikować potrzeby pacjenta przewlekłe chorego, pielęgniarka powinna poznać oczekiwania pacjenta, jego sposób myślenia i nastawienie do własnej choroby [Marzec 2011, s. 27]. W tym względzie ważne są również działania z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki, realizowane w podstawowej opiece zdrowotnej przez pielęgniarkę środowiskowo-rodzinną. W ramach organizacji tych zadań, pielęgniarka powinna realizować szeroko rozumianą edukację zdrowotną, m.in. propagować właściwe nawyki żywieniowe, zachęcać do zwiększenia aktywności fizycznej, brać udział w zwalczaniu palenia tytoniu oraz nadużywania alkoholu, a także motywować pacjentów do udziału w badaniach screeningowych.

Na marginesie warto dodać, że częste wizyty środowiskowe w miejscu zamieszkania pacjentów dają pielęgniarkom duże możliwości działania w tym zakresie. Jest to zgodne zarówno z standardami obowiązującymi w Polsce, jak i w Europie. Albowiem, w myśl ustawodawstwa polskiego, zawód pielęgniarki i położnej jest zawodem samodzielnym, a jego wykonywanie powinno być oparte na solidnej wiedzy teoretycznej i umiejętnościach praktycznych.

Uwarunkowania te w istotny sposób przyczyniają się do poprawy jakości życia pacjentów z chorobami przewlekłymi.

W tym kontekście, celem pracy była ocena poziomu wiedzy pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych w procesie edukacji zdrowotnej pacjentów z chorobami przewlekłymi.

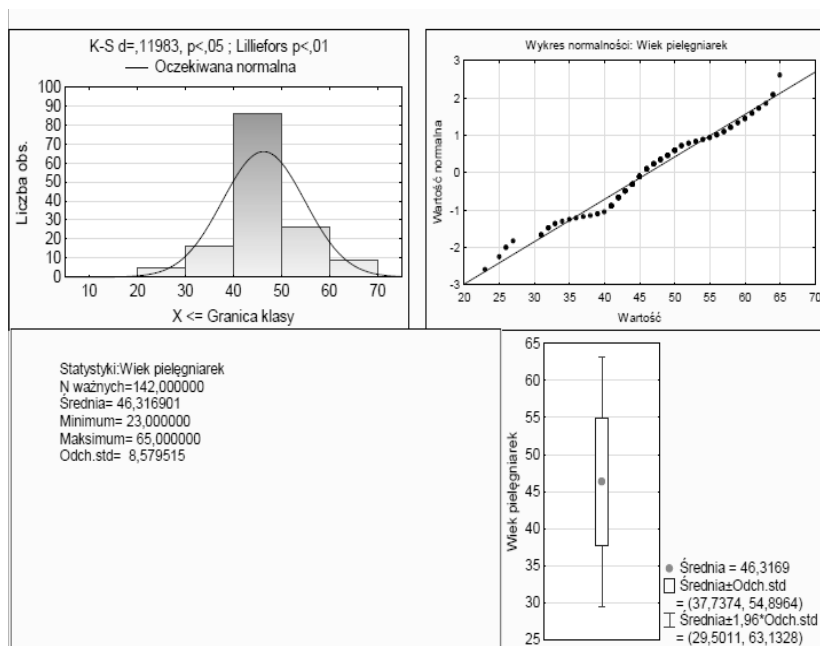
Materiał i metody

Badania dla celów pracy przeprowadzono w grupie losowo wybranych 142 pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych, zatrudnionych w niepublicznych, jak i publicznych zakładach podstawowej opieki zdrowotnej województwa warmińsko-mazurskiego. Badania prowadzono od stycznia 2013 do maja 2014 roku. Udział w badaniach był dobrowolny i anonimowy. W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, natomiast techniką badawczą była ankieta. Jako narzędzie badawcze wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety skonstruowany specjalnie do tego celu badania. Poza tym, zebrany materiał badawczy został poddany analizie statystycznej, opartej na miarach położenia i zmienności oraz asymetrii i koncentracji. Zaś całość materiału została opracowana z użyciem pakietu podstawowego *Statistica 10* firmy StatSoft. Do prezentacji wyników badań wykorzystano w głównej mierze statystyczną metodę opisową uzupełnioną wykresami, opracowanymi na podstawie danych rzeczywistych. Z uwagi na ograniczone ramy artykułu przedstawiono jedynie te, które w opinii autorek są kluczowe dla zrozumienia celu i istoty prowadzonych analiz oraz interpretacji uzyskanych wyników. Podporządkowano przy tym wykorzystanie utrwalonego w dziedzinie aparatu formalnego dążenia do przejrzystości i przystępności rozważań oraz analizy literatury źródłowej, dostosowanej do aktualnie omawianego zagadnienia.

Wyniki badań

Badaną grupę stanowiły pielęgniarki, których wiek zawierał się w przedziale od 23 do 65 lat. Najliczniejszą grupę, aż 84 (59,2%), stanowiły badane w przedziale wiekowym między 41 a 50 r.ż. Drugą grupę (26%) stanowiło 37 respondentek między 51 a 65 r.ż. Trzecią grupę 16 (11,3%) respondentek stanowiły między 31 a 40 r.ż. Ostatnią najmniejszą grupą, 5 (3,5%) osób były respondentki między 23 a 30 r.ż. Stąd też, średnia wieku pielęgniarek wyniosła 46,3 lat z odchyleniem standardowym 8,6 roku. Graficzną interpretację struktury wiekowej pielęgniarek przedstawiono szczegółowo na rysunku 1.

Rysunek 1. Struktura wiekowa pielęgniarek



Źródło: opracowanie własne.

Dane te wskazują, że rozkład zmiennej pokazanej na rysunku 1 charakteryzuje się asymetrią prawostronną. Natomiast mniejsza wartość mediany (równa 45,00) od średniej wskazuje na to, że ponad połowa pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych ma mniej lat niż wynosi średnia w całej grupie.

Z dokonanej analizy wynika, że w badaniu brało udział 56% pielęgniarek pracujących w mieście i 44% pracujących na wsi. Tylko 21 pielęgniarek, tj. 14,8% badanej grupy, ukończyło studia II stopnia, w tym 11 na kierunku pielęgniarstwo i 10 na innych kierunkach, np. prawo, administracja i zarządzanie czy też pedagogika. Taką samą grupę stanowiły pielęgniarki, które ukończyły studia licencjackie, z czego 16 z nich posiadało tytuł licencjata pielęgniarstwa, zaś pozostałe 5 pielęgniarek posiadały tytuł z innej dyscypliny. W tym kontekście największą grupę stanowiły pielęgniarki, które ukończyły liceum lub studium medyczne – odpowiednio 70 pielęgniarek tj. 49,3% badanej grupy i 30 tj. 21,1% respondentek.

Ukończenie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa to najbardziej pożądana i doceniana przez pracodawców forma kształcenia podyplomowego

obszaru ochrony zdrowia. Biorąc zatem pod uwagę kwalifikacje zawodowe badanych pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych, można stwierdzić, że tylko 35 z nich, tj. 24,7% całej grupy posiadało jakąkolwiek specjalizację; w tym pięć, tj. 3,5% całej grupy z pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego. Natomiast 30 pielęgniarek posiadało inną specjalizację, np. w opiece długoterminowej, co stanowi 21,2% badanych. Pozostała grupa pielęgniarek nie posiadała żadnej specjalizacji. Ponadto, kurs kwalifikacyjny z pielęgniarstwa środowiskowego ukończyło 16,2% pielęgniarek, a inne kursy specjalistyczne np. kurs szczepień ochronnych, leczenia ran, EKG i opieki długoterminowej 45,8% tj. 65 pielęgniarek. Niepokojącym jest jednak fakt, że aż 45 pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych – tak więc prawie jedna trzecia całej grupy 31,7% – nie ukończyła zarówno żadnej specjalizacji, jak i kursu kwalifikacyjnego. Co więcej tylko 25 pielęgniarek z całej grupy legitymizowało się ukończonym kursem lub też specjalizacją z pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego. Co ważne, ponad jedna trzecia grupy badanych pielęgniarek, które nie posiadały żadnej specjalizacji, jak i kursu kwalifikacyjnego nie zamierza w przyszłości podnosić swoich kwalifikacji zawodowych. Jest to wynikiem ich trudnej sytuacji finansowej, w której się znalazły. Natomiast pracodawcy niezbyt chętnie finansują szkolenia i kursy podnoszące kwalifikacje zawodowe pielęgniarek. Jest to zapewne spowodowane złą sytuacją finansową ich organizacji, często niegospodarnością, a także zbyt dużą liczbą potrzeb z zakresu ochrony zdrowia.

Aby odpowiedzieć na pytanie, czy istnieje związek między ogólnym poziomem wiedzy pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych a ich wiekiem, latami pracy, wykształceniem i kwalifikacjami zawodowymi tj. ukończonymi kursami i kwalifikacjami zawodowymi, zbadano istotność współczynnika korelacji. Wydruk komputerowy określił wartość współczynników korelacji odpowiednio na poziomie 0,1454 dla wieku, 0,0148 dla lat pracy, 0,0792 dla wykształcenia i 0,1328 oraz 0,0532 dla kursów kwalifikacyjnych i ukończonych kwalifikacji. Widać zatem wyraźnie, że korelacja jest dodatnia i charakteryzuje się małą siłą oraz relatywnie wysokim błędem oceny. Weryfikacja hipotez zerowych przy poziomie istotności $\alpha = 0,05$ prowadzi do odczytu przy 140 stopniach swobody, krytycznej wartości testu istotności jako: $|t_{0,05;140}| = 1,977$. Ponieważ przedział odrzuceń został określony dwustronnie jako $(-\infty; -1,977)$ oraz $(1,977; \infty)$, a obliczone wartości testów (odpowiednio dla: wieku – 1,739, wykształcenia – 0,940, specjalizacji – 0,630, kursu kwalifikacyjnego – 1,585 i lat pracy – 0,174) znajdują się poza granicami przedziałów krytycznych, dlatego też nie ma podstaw do jednoznacznego odrzucenia hipotezy zerowej o całkowitym braku korelacji między ogólnym poziomem wiedzy a ww. komponentami. Niemniej jednak, ww. oceny korelacyjne oka-

zały się statystycznie nieistotne i jako oceny przypadkowe powinna być interpretowane na poziomie $E(R_{xy}) = 0$. Można zatem uznać, że powyższa hipoteza została potwierdzona, co oznacza, że ogólny poziom wiedzy wśród pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych jest niezależny od ich wieku, stażu pracy, wykształcenia czy też kwalifikacji zawodowych. Powyższe zależności zostały przedstawione w tabeli 1.

Tabela 1. Wybrane wyniki analizy korelacji między poziomem wiedzy a wiekiem, wykształceniem, specjalizacją, kursami i latami pracy pielęgniarek

Zmn. X & Zmn. Y	Korelacje - Oznaczone wsp. korelacji są istotne z $p < ,05000$ (Braki danych usuwano przypadkami)										
	Śred-nia	Odch. st.	r(X,Y)	r ²	t	p	Waż-nych	Stała zal: Y	Na-chyle zal: Y	Stała zal: X	Na-chyle zal: X
Wiek pielęgniarek	46,317	8,5795									
Ogólny poziom wiedzy	3,831	0,6628	0,1454	0,0211	1,7392	0,0842	142	3,3106	0,0112	39,105	1,8824
Wykształcenie	1,789	1,3413									
Ogólny poziom wiedzy	3,831	0,6628	0,0792	0,0063	0,9402	0,3487	142	3,7610	0,0391	1,175	0,1603
Specjalizacja	0,275	0,5211									
Ogólny poziom wiedzy	3,831	0,6628	0,0532	0,0028	0,6305	0,5294	142	3,8124	0,0677	0,114	0,0418
Kursy kwalifikacyjne	0,782	0,7058									
Ogólny poziom wiedzy	3,831	0,6628	0,1328	0,0176	1,5856	0,1151	142	3,7335	0,1247	0,240	0,1414
Lata pracy	25,669	8,0122									
Ogólny poziom wiedzy	3,831	0,6628	0,0148	0,0002	0,1747	0,8615	142	3,7996	0,0012	24,985	0,1785

Źródło: opracowanie własne.

Kolejny poddany analizie problem dotyczył oceny poziomu wiedzy pielęgniarek środowisko-rodzinnych w zakresie przygotowania do edukacji zdrowotnej. Na pytanie, jak pani ocenia swoje przy-

gotowanie do rozpoznania zapotrzebowania na edukację zdrowotną w profilaktyce chorób przewlekłych (tab. 2), ponad połowa ankietowanych, tj. 54,2%, dokonała oceny na poziomie dobrym. Natomiast 27,5% oceniła swoje przygotowanie na poziomie dostatecznym. Zaś 9,9% badanych określiła swój poziom przygotowania w stopniu bardzo dobrym. Pozostały odsetek ankietowanych określiło swoje przygotowanie do rozpoznawania zapotrzebowania na edukację zdrowotną w stopniu niedostatecznym lub też wskazało na problem z poprawnym wskazaniem jego stopnia, odpowiednio: 7,7% i 0,7% badanej grupy.

Tabela 2. Rozkład ocen poziomu wiedzy w zakresie przygotowania do rozpoznania zapotrzebowania na edukację zdrowotną w profilaktyce chorób przewlekłych

Klasa	Tabela liczności: Ocena przygotowania do rozpoznania zapotrzebowania na edukację zdrowotną K-S d=,31258, p<,01 ; Lilliefors p<,01					
	Liczba	Skumulow. Liczba	Procent Ważnych	Skumul. % Ważnych	% ogółu Przypadki	Skumulow. % Ogółu
0,000000<x<=1,000000	1	1	0,70423	0,7042	0,70423	0,7042
1,000000<x<=2,000000	11	12	7,74648	8,4507	7,74648	8,4507
2,000000<x<=3,000000	39	51	27,46479	35,9155	27,46479	35,9155
3,000000<x<=4,000000	77	128	54,22535	90,1408	54,22535	90,1408
4,000000<x<=5,000000	14	142	9,85915	100,0000	9,85915	100,0000
Braki	0	142	0,00000		0,00000	100,0000

Źródło: opracowanie własne.

Następny komponent poddany analizie dotyczył przygotowania pielęgniarek do planowania edukacji zdrowotnej. Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że 47,9% pielęgniarek oceniło swoje przygotowanie w tym względzie na poziomie dobrym. Kolejną co do wielkości grupą były pielęgniarki z przygotowaniem dostatecznym – 35,2%. Zaś 9,2% grupy oceniło swoje przygotowanie w stopniu bardzo dobrym. Natomiast 5,6% ankietowanych wskazało na niedostateczne przygotowanie do planowania. Reszta grupy, 2,1% tj. 3 pielęgniarki, miała problem z poprawnym wskazaniem jego stopnia. Powyższe dane prezentuje tabela 3.

Tabela 3. Rozkład ocen poziomu wiedzy w zakresie przygotowania do planowania edukacji zdrowotnej w profilaktyce chorób przewlekłych

Klasa	Tabela licznosci: Ocena przygotowania do planowania edukacji zdrowotnej (Arkusz1) K-S d=,27310, p<,01 ; Lilliefors p<,01					
	Liczba	Skumulow. Liczba	Procent Ważnych	Skumul. % Ważnych	% ogółu Przypadki	Skumulow. % Ogółu
0,000000<x<=1,000000	3	3	2,11268	2,1127	2,11268	2,1127
1,000000<x<=2,000000	8	11	5,63380	7,7465	5,63380	7,7465
2,000000<x<=3,000000	50	61	35,21127	42,9577	35,21127	42,9577
3,000000<x<=4,000000	68	129	47,88732	90,8451	47,88732	90,8451
4,000000<x<=5,000000	13	142	9,15493	100,0000	9,15493	100,0000
Braki	0	142	0,00000		0,00000	100,0000

Źródło: opracowanie własne.

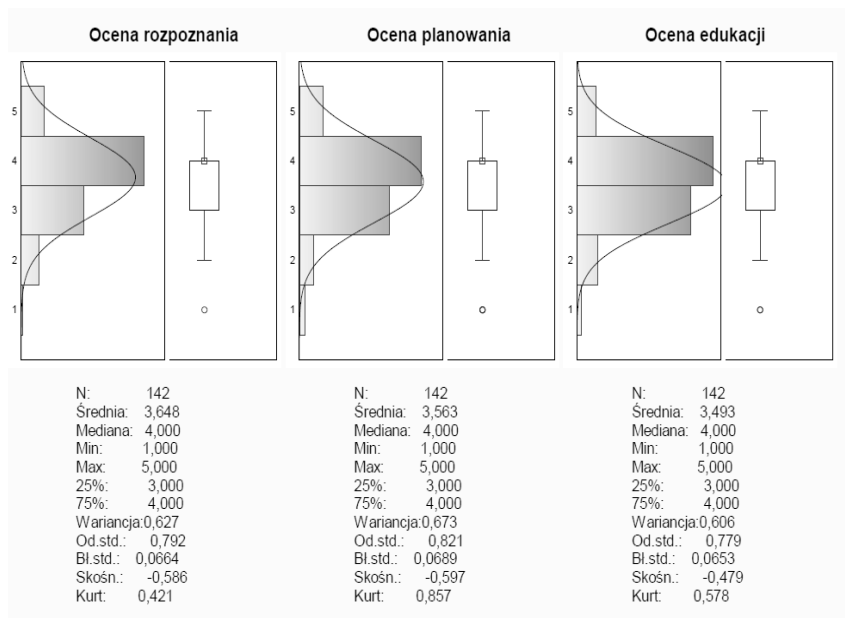
Przeprowadzone badania pozwalają również twierdzić, że 46,5% badanych pielęgniarek ocenia swoje przygotowanie w zakresie oceny edukacji zdrowotnej w profilaktyce chorób przewlekłych w stopniu dobrym. Natomiast 38,7% określiło je na poziomie dostatecznym. W tym aspekcie, pozostały odsetek badanych określił swoje przygotowanie następująco: niedostatecznie 7%, bardzo dobrze 6,3% oraz 1,4% nie potrafiło poprawnie go ocenić. Dane te zawiera tabela 4. Natomiast skumulowany rozkład ocen powyższych komponentów przedstawiono na rysunku 2.

Tabela 4. Rozkład ocen poziomu wiedzy w zakresie przygotowania do oceny edukacji zdrowotnej w profilaktyce chorób przewlekłych

Klasa	Tabela licznosci: Ocena przygotowania do oceny edukacji zdrowotnej (Arkusz1) K-S d=,27070, p<,01 ; Lilliefors p<,01					
	Liczba	Skumulow. Liczba	Procent Ważnych	Skumul. % Ważnych	% ogółu Przypadki	Skumulow. % Ogółu
0,000000<x<=1,000000	2	2	1,40845	1,4085	1,40845	1,4085
1,000000<x<=2,000000	10	12	7,04225	8,4507	7,04225	8,4507
2,000000<x<=3,000000	55	67	38,73239	47,1831	38,73239	47,1831
3,000000<x<=4,000000	66	133	46,47887	93,6620	46,47887	93,6620
4,000000<x<=5,000000	9	142	6,33803	100,0000	6,33803	100,0000
Braki	0	142	0,00000		0,00000	100,0000

Źródło: opracowanie własne.

Rysunek 2. Statystyczny rozkład ocen przygotowania do rozpoznania, planowania i oceny edukacji zdrowotnej



Źródło: opracowanie własne.

Z analizy uzyskanych danych, dotyczących oceny poziomu wiedzy w zakresie przygotowania do ewaluacji procesu edukacji zdrowotnej w profilaktyce chorób przewlekłych, wynika, że 51,4% respondentek oceniło swoje przygotowanie w stopniu dobrym. Natomiast 29,6% grupy wskazało na ocenę dostateczną. Zaś 9,9% na niedostateczną. Bardzo dobrą ocenę swego przygotowania w tym względzie wskazało 4,9% badanej grupy. Aż 4,2% badanej grupy nie potrafiło dokonać stosownej oceny. Powyższe wyniki prezentuje tabela 5.

Tabela 5. Rozkład ocen poziomu wiedzy w zakresie przygotowania do ewaluacji procesu edukacji zdrowotnej w profilaktyce chorób przewlekłych

Klasa	Tabela licznosci: Ocena przygotowania do ewaluacji procesu edukacji zdrowotnej (Arkusz1) K-S d=,30157, p<,01 ; Lilliefors p<,01					
	Liczba	Skumulow. Liczba	Procent Ważnych	Skumul. % Ważnych	% ogółu Przypadki	Skumulow. % Ogółu
0,000000<x<=1,000000	6	6	4,22535	4,2254	4,22535	4,2254
1,000000<x<=2,000000	14	20	9,85915	14,0845	9,85915	14,0845
2,000000<x<=3,000000	42	62	29,57746	43,6620	29,57746	43,6620
3,000000<x<=4,000000	73	135	51,40845	95,0704	51,40845	95,0704
4,000000<x<=5,000000	7	142	4,92958	100,0000	4,92958	100,0000
Braki	0	142	0,00000		0,00000	100,0000

Źródło: opracowanie własne.

Analiza materiału badawczego wskazuje, że rozkład ocen poziomu wiedzy pielęgniarek w zakresie przygotowania do realizacji edukacji zdrowotnej w profilaktyce chorób przewlekłych przedstawiał się następująco. 9,2% ankietowanych oceniło swoje przygotowanie na poziomie bardzo dobrym. Natomiast 46,5% wskazało na ocenę dobrą, zaś 38% na ocenę dostateczną. Pozostała grupa pielęgniarek oceniła przygotowanie do realizacji edukacji zdrowotnej niedostatecznie lub też wskazała na problem z poprawnym określeniem jego stopnia, odpowiednio: 3,5% i 2,8%. Przedstawione wyniki zamieszczono w tabeli 6.

Tabela 6. Rozkład ocen poziomu wiedzy w zakresie przygotowania do realizacji edukacji zdrowotnej w profilaktyce chorób przewlekłych

Klasa	Tabela licznosci: Ocena przygotowania do realizacji edukacji zdrowotnej (Arkusz1) K-S d=,26187, p<,01 ; Lilliefors p<,01					
	Liczba	Skumulow. Liczba	Procent Ważnych	Skumul. % Ważnych	% ogółu Przypadki	Skumulow. % Ogółu
0,000000<x<=1,000000	4	4	2,81690	2,8169	2,81690	2,8169
1,000000<x<=2,000000	5	9	3,52113	6,3380	3,52113	6,3380
2,000000<x<=3,000000	54	63	38,02817	44,3662	38,02817	44,3662
3,000000<x<=4,000000	66	129	46,47887	90,8451	46,47887	90,8451
4,000000<x<=5,000000	13	142	9,15493	100,0000	9,15493	100,0000
Braki	0	142	0,00000		0,00000	100,0000

Źródło: opracowanie własne.

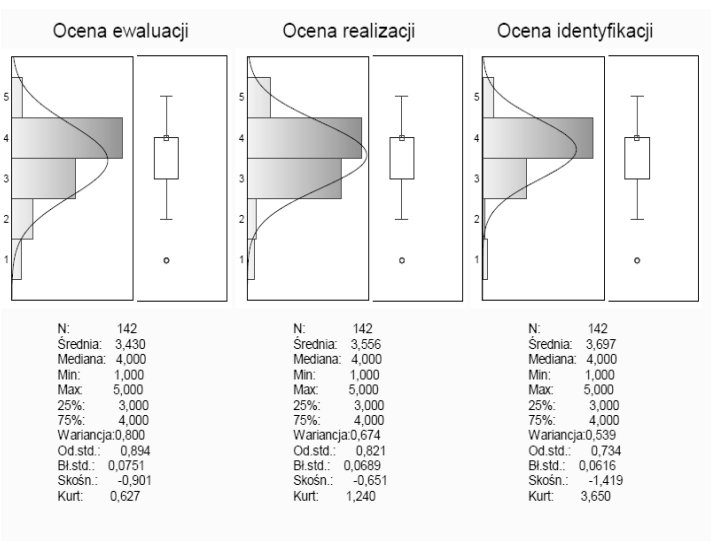
W badaniu analizowano również przygotowanie pielęgniarek do identyfikacji czynników ryzyka chorób przewlekłych. W tym kontekście stwierdzono, że 64% pielęgniarek identyfikuje czynnika ryzyka chorób przewlekłych na poziomie dobrym. Natomiast 25%, na poziomie dostatecznym. Zaś 6% na poziomie bardzo dobrym. Niepokojącym w tym względzie jest fakt, że 2,8% badanej grupy nie potrafiła poprawnie identyfikować czynników ryzyka, a 1,4% respondentek identyfikowała czynniki ryzyka na poziomie niedostatecznym, co przedstawia tabela 7. Formę graficzną ww. trzech komponentów prezentuje rysunek 3.

Tabela 7. Rozkład ocen poziomu wiedzy w zakresie przygotowania do identyfikacji czynników ryzyka chorób przewlekłych

Klasa	Tabela licznosci: Ocena przygotowania do identyfikacji czynników ryzyka (Arkuszy)					
	Liczba	Skumulow. Liczba	Procent Ważnych	Skumul. % Ważnych	% ogółu Przypadki	Skumulow. % Ogółu
0,000000<x<=1,000000	4	4	2,81690	2,8169	2,81690	2,8169
1,000000<x<=2,000000	2	6	1,40845	4,2254	1,40845	4,2254
2,000000<x<=3,000000	36	42	25,35211	29,5775	25,35211	29,5775
3,000000<x<=4,000000	91	133	64,08451	93,6620	64,08451	93,6620
4,000000<x<=5,000000	9	142	6,33803	100,0000	6,33803	100,0000
Braki	0	142	0,00000		0,00000	100,0000

Źródło: opracowanie własne.

Rysunek 3. Statystyczny rozkład ocen przygotowania do ewaluacji i realizacji procesu edukacji zdrowotnej oraz identyfikacji czynników ryzyka chorób przewlekłych



Źródło: opracowanie własne.

Reasumując, suma wartości poszczególnych komponentów stała się fundamentem ogólnej oceny poziomu wiedzy w procesie edukacji zdrowotnej pacjentów z chorobami przewlekłymi. Szczegółowa analiza otrzymanych wyników pozwala na stwierdzenie, że prawie dwie trzecie badanych pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych, tj. 64,1%, oceniło swoją wiedzę na poziomie dobrym, natomiast 25,4% na poziomie dostatecznym. Zaś 6,3% badanych określiła swój poziom przygotowania w stopniu bardzo dobrym. Pozostały odsetek ankietowanych, tj. 4,2%, określił swoją wiedzę jako dostateczną.

Rozpatrując natomiast zależność między ogólnym poziomem wiedzy pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych a ich oceną przygotowania do rozpoznawania zapotrzebowania na edukację zdrowotną w profilaktyce chorób przewlekłych (ROZ), planowania edukacji zdrowotnej w profilaktyce chorób przewlekłych (PLA), oceny edukacji zdrowotnej w profilaktyce chorób przewlekłych (OCE), ewaluacji procesu edukacji zdrowotnej w profilaktyce chorób przewlekłych (EWA), realizacji edukacji zdrowotnej w profilaktyce chorób przewlekłych (REA) i identyfikacji czynników ryzyka chorób przewlekłych (IDE), należy stwierdzić, że istnieje wysoka współzależność tych komponentów (odpowiednio: $ROZ-r_{xy} = 0,72$, $PLA-r_{xy} = 0,75$, $OCE-r_{xy} = 0,75$, $EWA-r_{xy} = 0,66$, $REA-r_{xy} = 0,74$ i dla $IDE-r_{xy} = 0,72$). Zależności te są statystycznie istotne nawet dla poziomu istotności wynoszącego $p = 2 \times 10^{-12}$ (w tabeli przed-

stawiono tylko wartości do czterech miejsc po przecinku). Należy więc uznać, że pomiędzy ww. składnikami a ogólnym poziomem wiedzy pielęgniarek występuje istotna zależność. Oznacza to, że w miarę wzrostu poziomu ogólnej wiedzy będzie się zwiększać poziom poszczególnych jej komponentów. Powyższe zależności zostały przedstawione w tabeli 8.

Tabela 8. Wybrane wyniki analizy korelacji między poziomem wiedzy a jej komponentami

Zmn. X & Zmn. Y	Korelacje (Arkusz1_(Odzyskany)) Oznaczone wsp. korelacji są istotne z $p < ,05000$ (Braki danych usuwano przypadkami)										
	Średnia	Odch.st.	r(X,Y)	r ²	t	p	Waż nych	Stała zał: Y	Nachyle zał: Y	Stała zał: X	Nachyle zał: X
Ocena rozpoznania	3,6479	0,7918									
Ogólny poziom wiedzy	3,8310	0,6628	0,7237	0,5237	12,407	0,0000	142	1,6211	0,6058	0,3361	0,8645
Ocena planowania	3,5634	0,8205									
Ogólny poziom wiedzy	3,8310	0,6628	0,7501	0,5627	13,421	0,0000	142	1,6718	0,6059	0,0059	0,9286
Ocena edukacji	3,4930	0,7787									
Ogólny poziom wiedzy	3,8310	0,6628	0,7535	0,5677	13,559	0,0000	142	1,5908	0,6414	0,1019	0,8852
Ocena ewaluacji	3,4296	0,8944									
Ogólny poziom wiedzy	3,8310	0,6628	0,6617	0,4378	10,442	0,0000	142	2,1493	0,4904	0,0089	0,8929
Ocena realizacji	3,5563	0,8210									
Ogólny poziom wiedzy	3,8310	0,6628	0,7474	0,5587	13,312	0,0000	142	1,6851	0,6034	0,0093	0,9259
Ocena identyfikacji	3,6972	0,7341									
Ogólny poziom wiedzy	3,8310	0,6628	0,7249	0,5255	12,452	0,0000	142	1,4110	0,6546	0,6214	0,8029

Źródło: opracowanie własne.

Aby rozpoznać zależność – siłę, kierunek oraz kształt powiązań zmiennych niezależnych – wśród ww. komponentów wysunięto hipotezę, że istnieje związek między nimi. Zastosowanie dalej rutynowej procedury weryfikacji hipotezy zerowej pozwala stwierdzić, że otrzymane wyniki wskazują na istnienie wysokiej współzależności między powyższymi komponentami. Pełniejszy opis zależności przedstawiono w tabeli 9.

Tabela 9. Raport z korelacji między składnikami wiedzy ogólnej

Zmienna	Korelacje (Arkusz1) Oznaczone wsp. korelacji są istotne z $p < ,05000$ N=142 (Braki danych usuwano przypadkami)							
	Srednia	Odch.std	Przygotowa nie do rozpoznania	Przygotow anie do planowania	Przygotow anie do oceny	Przygotow anie do ewaluacji	Przygotow anie do realizacji	Przygotowan ie do identyfikacji
Przygotowanie do rozpoznania	3,647887	0,791777	1,000000	0,667757	0,617128	0,415402	0,619856	0,400957
Przygotowanie do planowania	3,563380	0,820524	0,667757	1,000000	0,761073	0,576296	0,721059	0,532519
Przygotowanie do oceny	3,492958	0,778674	0,617128	0,761073	1,000000	0,589914	0,743875	0,585605
Przygotowanie do ewaluacji	3,429577	0,894410	0,415402	0,576296	0,589914	1,000000	0,570424	0,534398
Przygotowanie do realizacji	3,556338	0,821041	0,619856	0,721059	0,743875	0,570424	1,000000	0,575689
Przygotowanie do identyfikacji	3,697183	0,734069	0,400957	0,532519	0,585605	0,534398	0,575689	1,000000

Źródło: opracowanie własne.

Dyskusja

Zgodnie z zapisem ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej, zawód pielęgniarki jest zawodem samodzielnym. Świadomość pielęgniarek na ten temat sprawdziły Glińska i wsp., które zbadały wiedzę 200 pielęgniarek zatrudnionych na terenie Łodzi. Autorki stwierdziły, że pielęgniarki posiadają niską świadomość, iż reprezentują wolny zawód. Ww. autorki wykazały dodatkowo, że większą wiedzę w procesie edukacji zdrowotnej chorób przewlekłych posiadały pielęgniarki z wyższym wykształceniem oraz z krótszym stażem pracy [Glińska 2010, ss. 477–482]. Niemniej jednak tak postawiona hipoteza badawcza nie znalazła odzwierciedlenia w przeprowadzonym badaniu. Z badań wynika, że poziom wiedzy wśród pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych jest niezależny od ich wieku, stażu pracy, wykształcenia czy też kwalifikacji zawodowych.

W świetle obowiązujących przepisów, pielęgniarka ma obowiązek aktualizowania swojej wiedzy zawodowej poprzez realizowanie różnych form kształcenia podyplomowego. Opinie 95 czynnych zawodowo pielęgniarek na ten temat zebrali Cisoń, Apanasewicz i wsp. Badani przez autorów ankietowani znali ustawowy zapis mówiący o konieczności podejmowania kształcenia podyplomowego i podkreślili, że przyczynia się ono do podnoszenia prestiżu zawodu w społeczeństwie [Cisoń 2009, ss. 32–37]. Z badań jednak wynika, że 11,3% badanej grupy nie zamierza w przyszłości podnosić swoich kwalifikacji zawodowych. Jest to wynikiem trudnej sytuacji finansowej, w której znalazły się pielęgniarki. Co ważne, jak stwierdziła Krupińska, doskonalenie swojej wiedzy to dla pielęgniarek polskich nie tylko obowiązek wynikający z zapisów ustawy, ale i potrzeba [Krupińska 2011, ss. 321–326]. Propozycją intensyfikacji rozwoju naukowego i praktycznego współczesnego pielęgniarstwa jest wprowadzenie w Polsce systemu kontynuowania profesjonalnego rozwoju (CPD, Continuing Professional Development), rekomendowanego przez Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie.

Światowy Raport Zdrowia z 2008 r. zwraca uwagę na bardzo dużą rolę podstawowej opieki, zwłaszcza w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób przewlekłych. Podstawowa opieka zdrowotna postrzegana jest w raporcie jako fundament efektywnej opieki zdrowotnej. Przyszłość opieki podstawowej to wyzwanie stawiane przez pacjentów ze schorzeniami przewlekłymi, wymagających regularnych kontaktów z lekarzem rodzinnym i pielęgniarką środowiskowo-rodzinną, wykonywania dodatkowych badań i systematycznego zażywania leków, a przede wszystkim podwyższenia poziomu zachowań zdrowotnych, akceptacji choroby, spełnionych potrzeb, czego efektem ma być stałe podwyższanie poziomu efektywności opieki nad chorymi przewlekle [Martin 214, ss. 201–208]. Wobec szerokiego zakresu kompetencji i zadań, pielęgniarki powinny zwrócić uwagę na działania z zakresu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia oraz profilaktyki chorób przewlekłych, do działań tych należy: poradnictwo dotyczące zdrowego stylu życia, diety, aktywności fizycznej oraz interwencje antynikotynowe. W swojej pracy pielęgniarki rodzinne, oprócz świadczeń pielęgnacyjno-leczniczych, większość czasu powinny poświęcić na profilaktykę chorób przewlekłych, edukację zdrowotną uzupełnioną wsparciem dla pacjentów na drodze zmierzającej ku najwyższej możliwej jakości życia.

Ciekawym problemem badawczym jest analiza wartości poszczególnych komponentów (rozpoznanie zapotrzebowania na edukację zdrowotną, planowanie, ewaluacja, realizacja oraz identyfikacja czynników ryzyka chorób przewlekłych), które stały się bazą ogólnej oceny poziomu wiedzy w procesie edukacji zdrowotnej pacjentów z chorobami przewlekłymi. Analiza otrzymanych wyników pozwala na stwierdzenie, że występują wysokie dodatnie zależności między poziomem wiedzy a jej komponentami oraz między nimi samymi. Zależności te są statystycznie istotne nawet dla poziomu istotności wynoszącego $p = 0,000002$. W zakończeniu należy podkreślić zatem, że wzrost któregokolwiek z komponentów powoduje wzrost ogólnego poziomu wiedzy pielęgniarki.

Czynnikiem, który zdaniem pielęgniarek POZ w największym stopniu utrudnia prowadzenie edukacji, jest brak czasu, potwierdza to 28,7% respondentów. Z badań Matusiaka przeprowadzonych w województwie śląskim, wynika, że najwięcej czasu w ciągu 8-godzinnego dnia pracy poświęcają na innych stanowiskach pracy. Tymczasem głównym miejscem pracy pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej powinien być dom pacjenta. Dużą część czasu pracy pochłania również prowadzenie dokumentacji medycznej, w tym obsługa systemu informatycznego. Dopiero w dalszej kolejności pielęgniarki wykonują zadania, które powinny być priorytetowe w ich działalności, m.in. świadczenia z zakresu profilaktyki chorób przewlekłych i promocji

zdrowia. Ponadto nie wszystkie świadczenia z zakresu edukacji zdrowotnej są dodatkowo płatne, tak więc brak motywacji finansowej może dodatkowo zniechęcać do wykonywania tych świadczeń, wskazało na to aż 31,7% badanych. Niedostatek działań profilaktycznych podejmowanych przez pielęgniarki może wynikać z czynników organizacyjnych, na które pielęgniarki środowiskowo-rodzinne nie mają wpływu.

Wnioski

1. Poziom wiedzy wśród pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych jest niezadowalający, zwłaszcza w grupie osób nieposiadających żadnej specjalizacji oraz kursu kwalifikacyjnego.
2. Do prowadzenia skutecznej edukacji zdrowotnej konieczne wydaje się zapewnienie odpowiednich środków finansowych na dodatkowe podnoszenie kwalifikacji zawodowych.

Bibliografia

- Cisoń-Apanasewicz U., Gawel G., Ogonowska D. i wsp. (2009), *Opinie pielęgniarek na temat kształcenia podyplomowego*, „Problemy Pielęgniarstwa”, nr 17.
- Glińska J., Nowak A., Brosowska B., Lewandowska M., (2010), *Analiza poziomu świadomości pielęgniarek w zakresie autonomii zawodowej*, „Problemy Pielęgniarstwa”; nr 18.
- Krupińska E. (2011), *Kształcenie podyplomowe pielęgniarek – potrzeba czy obowiązek*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne” nr 1.
- Matusiak H., *Ocena sytuacji środowiska pielęgniarskiego na przykładzie pielęgniarek rodzinnych. Nasze Sprawy* – Biuletyn Informacyjny Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Katowicach 2003, III, 12–13, 19–23.
- Martin L, Leveritt MD, Desbrow B, Ball LE. (2014), *The self-perceived knowledge, skills and attitudes of Australian practice nurses in providing nutrition care to patients with chronic disease*, “Family Practice”, Apr 4.
- Pieczyrak-Brhel U. (2010), *Choroba i hospitalizacja jako sytuacja trudna* [w:] M. Kózka, L. Płaszewska-Żywko (red.), *Modele opieki pielęgniarskiej nad chorym dorosłym*, Wydawnictwo PZWL, Warszawa.
- Stefanowicz A., Kulik T., Żołnierczyk-Kieliszek B. i in. (2010), *Działalność edukacyjna pielęgniarek środowiskowych w zakresie zapobiegania chorobom cywilizacyjnych*, „Medycyna Ogólna”, z.16 (XLV), nr 4.
- Sęk H. (2011), *Psychologia zdrowia i choroby*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
- Topór-Mądry R. (2011), *Choroby przewlekłe. Obciążenie jakością życia i konsekwencje ekonomiczne*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, t. IX, nr 1.
- Taylor C.A., Shaw R.L., Dale J., French D.P. (2011), *Enhancing delivery of health behaviour change interventions in primary care: a meta-synthesis of views and experiences of primary care nurses*, “Patient Education and Counseling”, 85, 2.
- Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej – akt prawny (Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz.1039 ze zm.).

Katarzyna Witkowska

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Ewa Kupcewicz

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Wpływ wybranych czynników socjodemograficznych na jakość życia chorych z cukrzycą typu 2

**The influence of the selected sociodemographic factors on the
quality of life of type 2 diabetic patients**

Abstract:

Introduction: Most of the researchers assume that the quality of life is a multidimensional concept, taking into consideration a subjective assessment of one's own life in the physical, mental, and social spheres.

The purpose of the paper was to evaluate the influence of the selected sociodemographic factors on the quality of life of type 2 diabetic in different spheres of life.

Material and methods: The study involved 98 patients diagnosed with type 2 diabetes. In order to perform the study, the author's own questionnaire was used, containing socio-demographic data, and the WHOQOL-BREF questionnaire to assess the quality of life.

Study results and conclusions: The research showed that the quality of life of type 2 diabetic patients is influenced by the duration of illness in the somatic, psychological, and social domains. The respondents whose duration of illness was less than five years had a significantly higher level of the quality of life ($p=0.01$) in the somatic domain (12.3) than the patients whose duration of illness was 11-20 years (10.5). Age has a significant effect on functioning in the somatic domain, while education – in the social domain. The patients at the age of 40 and less had a statistically significant ($p=0.03$) higher average in the somatic domain than the respondents in the age group of 51-60 years (11).

Key-words: quality of life, chronic illness, diabetes.

Wstęp

Liczne badania nad jakością życia doprowadziły do pojawienia się definicji „jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia” – HRQL (*health related quality of life*) [Turska, Skowron 2009, ss. 572–580]. Jak podaje Jaeschke i in. [1999, ss. 77–82], według Schipperera [1990, ss. 171–185] jest to funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia odbierany przez pacjenta. Zawiera cztery podstawowe aspekty funkcjonowania chorego: sprawność fizyczną, stan psychiczny, sytuację społeczną oraz doznania somatyczne [Trzebiatowski 2011, ss. 25–31]. Jakość życia w ujęciu medycznym rozumiana jest jako wpływ choroby na wszystkie znaczące aspekty życia pacjenta, zarówno w ujęciu obiektywnym, jak i subiektywnym, obejmującym samoocenę pacjenta i ocenę otoczenia [Heszen, Sęk 2007, ss. 56–171]. Większość badaczy przyjmuje, że jakość życia to pojęcie wielowymiarowe, uwzględniające subiektywną ocenę własnego życia w sferze fizycznej, psychicznej i społecznej. Obejmuje ono zarówno reakcje emocjonalne na zdarzenia, jak i poznanie opinii dotyczącej poczucia zadowolenia i spełnienia. Jakość życia jednostki odnosi się do rozległego zakresu ludzkiego doświadczenia i zależy od wielu czynników, takich jak: sytuacja finansowa i zawodowa, stan zdrowia, warunki mieszkaniowe, relacje osobiste, poglądy polityczne i kulturowe, czynniki środowiskowe i wiele innych [Jaracz 2002, ss. 28–37]. W medycynie coraz częściej, obok obiektywnych parametrów klinicznych, ocenia się wpływ terapii i choroby na jakość życia pacjenta, co pozwala uwzględnić w ocenie również jego punkt widzenia [Jaeschke 1999, ss. 155–162, Turska, Skowron 2009, ss. 572–580]. Analiza literatury przedmiotu wskazuje, że badanie jakości życia chorych z cukrzycą powinno stanowić stały element holistycznej opieki nad pacjentem, gdyż cukrzyca, jako przewlekła choroba metaboliczna, obciążona licznymi chorobami współistniejącymi i powikłaniami, powoduje wiele zaburzeń zarówno w sferze psychicznej, jak i fizycznej [Anderson, Freedland i in. 2001, ss. 1069–1078, Engum, Mykletun i in. 2005, ss. 1904–1909] a zdaniem Rose i in. [2002, ss. 35–42], im gorszy stan somatyczny chorego, tym niższa jakość życia. Cukrzyca jest chorobą cywilizacyjną, występującą głównie u ludzi starszych i w średnim wieku. Typ 2 cukrzycy najczęściej występuje na świecie i tym samym stanowi około 95% wszystkich przypadków [Dąbrowska, Jurkowska i in. 2012, ss. 128–133]. W Polsce na cukrzycę choruje ok. 3,1 miliona osób, czyli 10,6% dorosłej populacji [Cichocka 2013, s.38]. Cukrzyca typu 2 jest schorzeniem, które wywołuje znaczne ograniczenia w stylu życia człowieka, wiąże się z ryzykiem inwalidztwa, a czasem stanowi przyczynę przedwczesnego zgonu [Karnafel 2005, ss. 13047–13051]. To choroba przewlekła, która często rozwija się podstępnie przez wiele lat, bez objawów klinicznych, a w momencie rozpoznania towarzyszy jej szereg poważnych powikłań. U du-

żej części chorych występują choroby współistniejące tj: choroba wieńcowa, neuropatia, nefropatia i retinopatia [Wiedermann 2001, ss. 4–5]. Leczenie cukrzycy jest złożoną procedurą, wymagającą holistycznego podejścia do choroby, wymagającą od pacjentów pełnego zaangażowania, poznania i akceptacji choroby, zrozumienia fachowej terminologii, olbrzymiej chęci współpracy z personelem medycznym i stosowania przez chorych strategii radzenia sobie z chorobą. Przy braku tych umiejętności następuje przeciążenie i przytłoczenie pacjenta, co skutkuje zmniejszoną samokontrolą, a w efekcie pojawieniem się zaburzeń metabolicznych i poważnych powikłań. Konsekwencją zaś jest znaczne obniżenie jakości życia, prowadzące do zwiększenia kosztów społecznych [Pietrzykowska, Zozulińska i in. 2007, ss. 311–314].

W niniejszej pracy podjęto próbę odpowiedzi na pytanie: Jakie czynniki determinują jakość życia chorych z cukrzycą typu 2 w grupie badanej?

Celem pracy była ocena wpływu wybranych czynników socjodemograficznych na jakość życia chorych z cukrzycą typu 2 w poszczególnych domenach życia.

Materiał i metoda

Badanie przeprowadzono w pierwszym kwartale 2014 roku w grupie 98 chorych hospitalizowanych w szpitalu w Mławie, u których rozpoznano cukrzycę typu 2. W pracy posłużono się metodą sondażu diagnostycznego. Materiał badawczy zebrano za pomocą kwestionariusza ankiety własnej konstrukcji, który zawierał pytania o dane socjodemograficzne tj: płeć, wiek badanych, miejsce zamieszkania, wykształcenie, status społeczno-zawodowy. Zapytano także badanych o czas trwania choroby, choroby współistniejące i powikłania cukrzycy oraz przestrzeganie zaleceń dietetycznych. Do oceny jakości życia zastosowano polskiej wersji skalę WHOQOL-Bref. Skala ta składa się z 26 pytań i umożliwia otrzymanie profilu jakości życia w zakresie czterech dziedzin: fizycznej, psychologicznej, społecznej i środowiskowej. Punktacja pytań zawierała się w przedziale od 1 do 5 i miała kierunek pozytywny – im większa liczba punktów, tym lepsza była jakość życia [Jaracz, Wołowicka i in. 2001, ss. 291–302, Jaracz, Kalfoss i in. 2006, ss. 251–260]. Do oceny wyników zastosowano analizę opisową – parametry mierzalne charakteryzowano podając wartość średnią i odchylenie standardowe, a parametry niemierzalne przy pomocy liczności i frekwencji pacjentów w klasach. Zebrany materiał poddano analizie statystycznej za pomocą pakietu statystycznego Statistica 10 PL [Stanisz 2006]. Przyjęto 5% błąd wnioskowania i związany z nim poziom istotności $p < 0,05$ wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic bądź zależności.

Wyniki

Badaniem objęto grupę 98 chorych na cukrzycę typu 2, w tym 56 kobiet (57,14%) i 42 mężczyzn (42,86%). Najbardziej liczną grupą byli respondenci w klasie wiekowej 71 lat i powyżej – 43 osoby, co stanowi 43,9% ogółu badanych. Natomiast 22 osoby (22,4%) znalazły się w przedziale od 61 do 70 lat. Poniżej 40 roku życia były 4 osoby. Największy odsetek badanych wskazał, że jest w związku małżeńskim – 70,41% ($n=69$), następnie 24,49% ($n=24$) to osoby owdowiałe. W badaniu najliczniejszą grupę stanowili respondenci z wykształceniem zasadniczym zawodowym – 35 osób (35,7%), a ¼ ankietowanych posiadała tylko wykształcenie podstawowe, podobny odsetek (24,5%) badanej grupy deklarował wykształcenie średnie. Wyniki pokazały, że największy odsetek badanych stanowili emeryci 57,14% ($n=56$), a osoby pracujące zawodowo – 21,43%. Ponad połowa badanych 51,02% ($n=50$) to mieszkańcy miast do 50 tys. mieszkańców. Drugą co do wielkości grupą byli respondenci mieszkający na wsi 39,80% ($n=39$).

Analiza oceny jakości życia chorych z cukrzycą typu 2

Na podstawie analizy zebranego materiału badawczego (tab. 1) stwierdzono, że średnia jakość życia w domenie socjalnej osiągnęła najwyższy poziom w badanej grupie i wynosiła $14,27 \pm 2,80$ z medianą 14,67. Kolejno respondenci wskazali domenę związaną z relacjami społecznymi i środowiskiem z wartością średniej $13,92 \pm 2,14$ i medianą 14,00; następnie domenę psychologiczną ($13,78 \pm 2,61$). Najniżej została oceniona domena somatyczna, średnia jakość życia kształtowała się na poziomie $11,43 \pm 2,63$ i medianą 11,43.

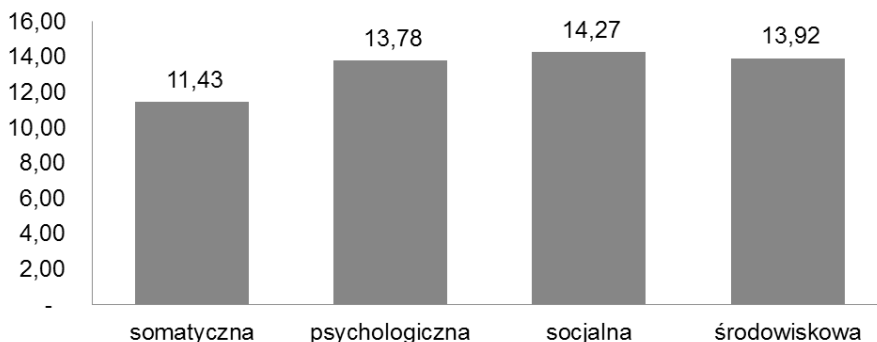
Tabela 1. Domeny jakości życia

Domeny jakości życia	M	Me	Min.	Max.	Percentyl 10	Percentyl 90	SD
somatyczna	11,43	11,43	4,00	18,29	8,00	14,86	2,63
psychologiczna	13,78	14,00	6,00	18,67	10,67	17,33	2,61
socjalna	14,27	14,67	4,00	20,00	10,67	17,33	2,80
środowiskowa	13,92	14,00	6,00	19,00	11,50	16,50	2,14

Źródło: badania własne.

Na rysunku 1 przedstawiono formę graficznego porównania wyników średnich poziomów jakości życia w poszczególnych domenach życia.

Rysunek 1. Porównanie średnich poziomów funkcjonowania dla poszczególnych domen jakości życia - WHOQOL-Bref



Źródło: badania własne.

Chcąc poznać profil jakości życia chorych z cukrzycą typu 2, dokonano analizy wpływu czynników niezależnych (socjodemograficznych) na poszczególne domeny jakości życia, stosując analizę wariancji ANOVA (F) oraz testy nieparametryczne ANOVA rang Kruskala-Wallisa (H) w zależności od rozkładu wyników. Do analizy szczegółowej zastosowano test NIR. Przy weryfikacji hipotez przyjęty został poziom istotności $p \leq 0,05$.

W tab. 2 zamieszczono dane szczegółowe dotyczące istotności czynników socjodemograficznych w obszarze domeny somatycznej, w grupie badanej. Należy wskazać, że domena somatyczna obejmuje funkcjonowanie fizyczne w zakresie czynności życia codziennego, zależność od leków i leczenia, energie i zmęczenie, mobilność, ból i dyskomfort, wypoczynek i sen, zdolność do pracy. Okazało się, że wiek respondentów oraz czas trwania choroby w sposób istotny statystycznie wpływają na jakość życia w obszarze somatycznej domeny funkcjonowania. W celu znalezienia, które grupy wiekowe wpływają w sposób istotny na różnicowanie się wskaźników, dokonano pogłębionej analizy. Stwierdzono, że osoby w wieku 40 lat i poniżej mają istotnie statystycznie ($p=0,03$) wyższy poziom średniej w obszarze domeny somatycznej niż respondenci z grupy 51–60 lat, a także istotnie statystycznie ($p=0,01$) wyższy poziom średniej niż osoby w wieku 61–70 lat. W dalszej analizie stwierdzono istotny wpływ na jakość życia w domenie somatycznej zmiennej czas trwania choroby. Osoby, u których czas trwania choroby wynosił 5 lat i mniej, miały istotnie wyższy ($p=0,01$) poziom jakości życia w obszarze domeny somatycznej niż respondenci, u których czas trwania choroby wynosił 11–20 lat. Osoby zmagające się z chorobą 5 lat i krócej miały wyższy ($p<0,01$) poziom jakości życia w obszarze domeny somatycznej niż te, u których czas trwania choroby wynosił 21 lat i więcej.

Tabela 2. Istotność czynników socjodemograficznych w obszarze domeny somatycznej

Domena somatyczna		N	M	SD
Płeć	F=1,28, p=0,25			
kobieta		56	11,2	2,57
mężczyzna		42	11,8	2,70
Wiek	F=2,57, p=0,04			
40 lat i poniżej		4	14,14	3,83
41-50		9	11,81	3,14
51-60		20	11,00	2,61
61-70		22	10,36	2,41
71 lat i powyżej		43	11,85	2,34
Miejsce zamieszkania	F=1,59, p=0,19			
wieś		39	11,0	2,61
miasto do 50 tys. mieszkańców		50	11,5	2,67
miasto od 51 tys. do 100 tys. mieszkańców		6	13,5	2,13
miasto od 101 tys. i powyżej		3	11,4	2,29
Wykształcenie	F=0,59, p=0,66			
podstawowe		25	11,5	2,64
zasadnicze zawodowe		35	11,1	2,94
średnie		24	11,5	1,88
pomaturalne, policealne		5	12,8	2,67
wyższe		9	11,9	3,29
Sytuacja zawodowa	F=0,62, p=0,68			
osoba zawodowo pracująca		21	12,1	3,45
osoba bezrobotna (bez zasiłku)		5	11,7	1,70
emeryt		56	11,4	2,40
rencista		13	10,6	2,66
gospodarstwo rolne		2	12,3	0,40
na utrzymaniu rodziny		1	9,7	0,00
Czas trwania choroby	F=4,69, p=0,004			
5 lat i poniżej		33	12,3	2,6
6-10		28	11,9	2,0
11-20		25	10,5	3,0
21 lat i powyżej		12	9,8	2,0
Przestrzeganie zaleceń żywieniowych	F=0,13, p=0,71			
tak, zawsze		11	11,1	2,48
raczej tak		58	11,4	2,53
raczej nie		24	11,3	2,90
nigdy		5	13,1	3,00

Źródło: opracowanie własne.

W dalszej części pracy poddano analizie wpływ zmiennych niezależnych na funkcjonowanie w obszarze domeny psychologicznej, która obejmuje zakres funkcjonowania psychicznego, wygląd zewnętrzny, negatywne uczucia, pozytywne uczucia, samoocenę, duchowość, religię, osobistą wiarę, myślenie, uczenie się, pamięć, koncentrację. W wyniku analizy stwierdzono, że jedynie czas trwania choroby w sposób istotny statystycznie wpływa na jakość życia chorych z cukrzycą typu 2, w obszarze psychologicznej domeny funkcjonowa-

nia (tab. 3). Osoby, u których czas trwania choroby wynosił 5 lat i mniej, mają istotnie wyższy poziom jakości życia w obszarze domeny psychologicznej niż respondenci, u których czas trwania choroby był znacznie dłuższy i wynosił 11–20 lat.

Tabela 3. Istotność czynników socjodemograficznych w obszarze psychologicznej domeny funkcjonowania

Domena psychologiczna	N	M	SD
Płeć F=0,62, p=0,43			
kobieta	56	13,6	2,62
mężczyzna	42	14,0	2,60
Wiek F=2,79, p=0,53			
40 lat i poniżej	4	14,8	2,85
41–50	9	14,9	3,04
51–60	20	13,5	2,77
61–70	22	13,3	2,69
71 lat i powyżej	43	13,8	2,41
Miejsce zamieszkanie F=0,48, p=0,69			
wieś	39	13,5	2,69
miasto do 50 tys. mieszkańców	50	13,9	2,59
miasto od 51 tys. do 100 tys. mieszkańców	6	14,7	2,60
miasto od 101 tys. i powyżej	3	13,1	2,69
Wykształcenie F=2,38, p=0,06			
podstawowe	25	13,3	2,45
zasadnicze zawodowe	35	13,6	2,80
średnie	24	13,6	2,42
pomaturalne, policealne	5	16,8	1,85
wyższe	9	14,7	2,24
Sytuacja zawodowa F=0,49, p=0,79			
osoba zawodowo pracująca	21	14,4	3,04
osoba bezrobotna (bez zasiłku)	5	14,0	2,87
emeryt	56	13,7	2,50
rencista	13	13,1	2,43
gospodarstwo rolne	2	14,3	3,30
na utrzymaniu rodziny	1	14,7	0,00
Czas trwania choroby F=4,61, p=0,004			
5 lat i poniżej	33	14,81	2,34
6–10	28	14,05	2,08
11–20	25	12,56	2,42
21 lat i więcej	12	12,83	3,60
Przestrzeganie zaleceń żywieniowych F=0,44, p=0,50			
tak, zawsze	11	13,5	1,72
raczej tak	58	13,7	2,77
raczej nie	24	13,7	2,52
nigdy	5	15,6	2,69

Źródło: opracowanie własne.

Kolejna domena jakości życia to domena socjalna, która obejmuje związki osobiste, wsparcie społeczne i aktywność seksualną. W wyniku analizy stwierdzono istotny wpływ na jakość życia w domenie socjalnej dla zmiennej wykształcenie i czas trwania choroby (tab. 4). W celu odpowiedzi na pytanie: *Które grupy wykształcenia wpływają w sposób istotny na różnicowanie się wskaźników?*, dokonano szczegółowej analizy zmiennej wykształcenie. Stwierdzono, że osoby z wykształceniem wyższym mają istotnie statystycznie ($p=0,03$) wyższy poziom średniej w obszarze domeny socjalnej niż z wykształceniem podstawowym. Z przeprowadzonej analizy wynika, że osoby z wykształceniem wyższym mają istotnie statystycznie ($p=0,03$) wyższy poziom średniej niż respondenci z wykształceniem zasadniczym zawodowym. Cukrzyca jest chorobą przewlekłą, a to oznacza, że systematycznie wpływa na życie chorego, staje się jego stałym elementem, może powodować długotrwały dyskomfort, cierpienie, przemiany osobowości, w konsekwencji doprowadzić do izolacji społecznej. W badaniach własnych okazało się, że czas trwania choroby w sposób istotny wpływa na jakość życia chorych w domenie socjalnej. Osoby, które chorowały od 11 do 20 lat, miały istotnie statystycznie ($p=0,03$) niższy poziom jakości życia w obszarze domeny socjalnej niż respondenci, u których czas trwania choroby wynosił 5 lat i krócej, a także niższy poziom średnich ocen niż osoby chorujące 6–10 lat.

Tabela 4. Istotność czynników socjodemograficznych w obszarze socjalnej domeny

Domena socjalna		N	M	SD
Płeć	H=0,34, p=0,85			
kobieta		56	14,4	2,59
mężczyzna		42	14,1	3,08
Wiek	H=6,34, p=0,17			
40 lat i poniżej		4	16,7	2,78
41–50		9	15,4	2,22
51–60		20	13,7	2,56
61–70		22	14,2	3,14
71 lat i powyżej		43	14,1	2,78
Miejsce zamieszkanie	H=1,80, p=0,61			
wieś		39	14,7	2,91
miasto do 50 tys. mieszkańców		50	13,9	2,61
miasto od 51 tys. do 100 tys. mieszkańców		6	14,0	3,65
miasto od 101 tys. i powyżej		3	14,7	3,53
Wykształcenie	H=11,30, p=0,03			
podstawowe		25	14,56	2,49
zasadnicze zawodowe		35	13,52	2,88
średnie		24	14,00	2,86
pomaturalne, policealne		5	14,67	2,31
wyższe		9	16,89	2,11
Sytuacja zawodowa	H=5,39, p=0,36			
osoba zawodowo pracująca		21	15,4	2,75

osoba bezrobotna (bez zasiłku)	5	14,7	1,89
emeryt	56	14,0	3,02
rencista	13	13,7	2,06
gospodarstwo rolne	2	15,3	0,94
na utrzymaniu rodziny	1	12,0	0,00
Czas trwania choroby	H=8,42, p=0,03		
5 lat i poniżej	33	14,59	3,00
6-10	28	15,14	2,27
11-20	25	13,01	3,11
21 lat i więcej	12	14,00	1,84
Przestrzeganie zaleceń żywieniowych	H=1,20, p=0,27		
tak, zawsze	11	14,3	3,43
raczej tak	58	14,5	2,81
raczej nie	24	13,8	2,69
nigdy	5	14,4	2,19

Źródło: opracowanie własne.

W dalszej kolejności sprawdzono, jakie zmienne socjodemograficzne mają istotny wpływ na poziom jakości życia w obszarze domeny środowiskowej, której zakres funkcjonowania w środowisku obejmuje: zasoby finansowe, wolność, bezpieczeństwo fizyczne i psychiczne, zdrowie i opiekę zdrowotną, dostępność i jakość opieki, środowisko domowe, możliwości zdobywania nowych informacji i umiejętności, możliwości i uczestnictwo w rekreacji i wypoczynku, środowisko fizyczne (zanieczyszczenia, hałas, ruch uliczny, klimat), transport. Pominęto prezentację wyników domeny środowiskowej, ponieważ żadna z wybranych zmiennych niezależnych nie wpływała w sposób istotny statystycznie na poziom jakości życia chorych z cukrzycą typu 2 w omawianej domenie.

Cukrzyca jest chorobą prowadzącą do rozwoju wielu powikłań i chorób współistniejących. Rozwój tych powikłań przyczynia się z jednej strony do pogorszenia jakości życia chorych, z drugiej prowadzi zaś do skrócenia czasu przeżycia osób cierpiących z powodu cukrzycy. Na podstawie danych zawartych w tabeli 5 można zauważyć, że badani, zapytani o występowanie powikłań i chorób współistniejących, najczęściej wskazywali nadciśnienie tętnicze 70% (n=69), ból kończyn dolnych 57% (n=56), taki sam odsetek ankietowanych 57% (n=56) wskazał mrowienie i drętwienie kończyn, chorobę wieńcową podało 45% (n=44), choroby oczu i upośledzenie ostrości wzroku z powodu retinopatii cukrzycowej (43%) n=42, stopę cukrzycową 16% (n=16), zawał mięśnia sercowego przeżyło 15% (n=15), uszkodzenie nerek (nefropatia, dializoterapia) 14% (n=14), zmiany skórne, świąd skóry, owrzodzenia 8% (n=8), amputację kończyn (8%) n= 8, udar mózgu (6%) n=6. Z analizy danych wynika, że u części badanych wystąpiło więcej niż jedno powikłanie cukrzycy i więcej niż jedna choroba współistniejąca.

Tabela 5. Występowanie powikłań cukrzycy i chorób współistniejących w grupie badanej

Występowanie powikłań cukrzycy i chorób współistniejących	N	%
udar mózgu	6	6
amputacja kończyn	8	8
zmiany skórne, świąd skóry, owrzodzenia	8	8
uszkodzenie nerek (nefropatia, dializoterapia)	14	14
zawał serca	15	15
stopa cukrzycowa	16	16
choroby oczu, upośledzenie ostrości wzroku z powodu retinopatii cukrzycowej	42	43
choroba wieńcowa	44	45
mrowienie, drętwienie kończyn	56	57
ból kończyn dolnych	56	57
nadciśnienie tętnicze	69	70

Źródło: opracowanie własne.

Na zakończenie rozważań nad jakością życia chorych z cukrzycą typu 2 dokonano oceny wpływu powikłań i chorób współistniejących na funkcjonowanie badanych w poszczególnych sferach ich życia. Wyniki ujęte statystycznie wykazały, że istnieje znaczna zależność między określoną grupą powikłań cukrzycowych i chorób współistniejących a poziomem jakości życia badanych. Chorzy, u których jako powikłania wystąpiły choroby oczu, upośledzenie ostrości wzroku z powodu retinopatii cukrzycowej, wykazali istotnie ($p=0,05$) niższy poziom jakości życia w obszarze domeny somatycznej (10,8) niż osoby niedoświadczające tego rodzaju powikłań (11,9). Osoby z chorobą wieńcową wykazały istotnie statystycznie ($p=0,0001$) niższy poziom jakości życia w obszarze domeny somatycznej (10,3). Podobnie chorzy, którzy przebyli zawał mięśnia sercowego, wykazali także istotnie ($p=0,005$) niższy poziom jakości życia w obszarze domeny somatycznej (9,7) niż osoby, które nie przebyły zawału mięśnia sercowego (11,7). Jak wynika z analizy, ankietowani po amputacji kończyn wykazali istotnie statystycznie ($p=0,05$) niższy poziom jakości życia w obszarze domeny somatycznej (9,7) niż osoby bez tego rodzaju powikłań (11,6). Oceniając wpływ powikłań na sferę psychologiczną, po wnikliwej analizie można stwierdzić, że osoby, które dodatkowo borykają się z chorobą wieńcową ($p=0,04$), wykazują istotnie statystycznie niższy poziom jakości życia w obszarze domeny psychologicznej (13,2) niż osoby bez choroby wieńcowej (14,3). Również ta sama grupa ma istotnie statystycznie ($p=0,05$) niższy poziom jakości życia w obszarze domeny socjalnej (13,6). Respondenci

po przebytym zawale mięśnia sercowego mają niższy poziom ($p=0,05$) jakości życia w obszarze domeny socjalnej (13,0) niż osoby, które nie przeżyły zawału serca (14,5). Analiza zebranego materiału pozwoliła stwierdzić, że w takim samym stopniu choroby oczu, upośledzenie ostrości wzroku z powodu retinopatii cukrzycowej oraz występowanie choroby wieńcowej mają wpływ na funkcjonowanie respondentów w domenie środowiskowej. Ta grupa chorych wykazuje niższy poziom jakości życia w domenie środowisko (13,4) aniżeli osoby bez tych powikłań (14,5). Analiza badań własnych nie wykazała istotnie statystycznego wpływu pozostałych powikłań i chorób współistniejących na funkcjonowanie ankietowanych w domenie środowisko.

Dyskusja

Z zebranego materiału i dokonanej analizy wynika, że średnia jakość życia w domenie socjalnej osiągnęła najwyższy poziom w badanej grupie i wynosiła 14,27. Na drugim miejscu respondenci wskazali domenę związaną z relacjami społecznymi i środowiskiem, z wartością średniej 13,92 i nieco niżej została oceniona domena psychologiczna – 13,87. Natomiast domena somatyczna w opinii badanych uzyskała najniższą ocenę i wynosiła 11,43. Badania prowadzone przez Majde, Walas i in. [2013, ss. 195–203] w grupie 101 chorych z cukrzycą typu 2, leczonych w szpitalu uzdrowiskowym dowiodły, że wiek, aktywność zawodowa i stan cywilny miały istotny wpływ na jakość ich życia. Wyższą jakość życia odczuwały osoby aktywne zawodowo i żyjące w związku małżeńskim lub będące w stanie wolnym. Natomiast wraz z wiekiem jakość życia osób z cukrzycą typu 2 była coraz niższa. W innych badaniach prowadzonych przez Pufal i in. [2004, ss. 138–142] stwierdzono, iż istotny wpływ na ocenę jakości życia chorych na cukrzycę typu 2 mają zarówno czynniki społeczno-demograficzne, jak i kliniczne, tj.: wiek pacjenta, status materialny, wykształcenie oraz czas trwania choroby i sposób leczenia. Na podstawie własnych badań stwierdzono, że czynnikami determinującymi jakość życia chorych w domenie somatycznej był wiek badanych i czas trwania choroby oraz powikłania cukrzycowe związane z występowaniem chorób oczu i upośledzeniem ostrości wzroku z powodu retinopatii cukrzycowej. Jak pokazały analizy statystyczne w badaniach własnych, choroby współistniejące tj: choroba wieńcowa, przebyty zawał mięśnia sercowego oraz amputacja kończyn dolnych, znacznie pogorszyła jakość życia badanych związaną ze sferą fizyczną. Wykazano także związek czasu trwania choroby z poziomem jakości życia respondentów. W prowadzonych badaniach przez Kurowską i Szomszor [2011, ss. 142–149] potwierdzono, że im dłuższy czas trwania choroby, tym

niższy poziom jakości życia. Było to spowodowane występowaniem schorzeń współtowarzyszących, a także większym ryzykiem rozwoju późnych powikłań cukrzycowych. Autorzy badań wskazali, że wraz z wiekiem, samoocena dotycząca jakości życia się obniżała, co było związane z pogorszeniem się sprawności funkcjonalnej w życiu codziennym. Z kolei Błaszczyk, Cislak i in. [2004, ss. 162–168] w grupie 156 pacjentów, w tym: 48 z cukrzycą typu 1 i 108 z cukrzycą typu 2 dowiedli, że prawie 75% ankietowanych z cukrzycą typu 2 odczuwało pogorszenie funkcjonowania w codziennym życiu, a blisko 60% deklarowało, iż są w mniejszym lub większym stopniu uzależnieni od bliskich i otoczenia. Wyniki badań ujawniły także stopniowe obniżanie jakości życia jako następstwo długotrwałego przebiegu cukrzycy.

Podsumowując rozważania, można powiedzieć, że analiza oceny jakości życia chorych z cukrzycą typu 2 pozwoliła w części poznać problemy (opis stanu zdrowia) badanej grupy chorych i daje podstawę do dalszych rozważań naukowych oraz doskonalenia działań praktycznych w opiece diabetologicznej.

Wnioski

1. Wiek badanych miał wpływ na poziom jakości życia jedynie w zakresie somatycznej. Osoby starsze wskazały na niższą jakość życia niż osoby młodsze.
2. Wykształcenie badanych miało wpływ na poziom jakości życia w zakresie socjalnej. Osoby posiadające wykształcenie zasadnicze zawodowe oceniły jakość ich życia najniżej spośród badanych.
3. Poziom jakości życia chorych z cukrzycą typu 2 w zakresie somatycznej, psychologicznej i socjalnej determinowany był przez czas trwania choroby. Im dłuższy czas zmagania się z chorobą, tym niższy poziom jakości życia odczuwali.
4. Powikłania cukrzycy i choroby współistniejące znacznie obniżają poziom jakości życia chorych z cukrzycą typu 2 w sferze somatycznej, psychologicznej, socjalnej i środowisku.

Bibliografia

- Anderson R.J., Freedland K.E., Clouse R.E. i in. (2001), *The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a metaanalysis*, "Diabetes Care", t. 16.
- Błaszczak R., Cislak P., Ciota M. i in. (2004), *Życie z cukrzycą w rodzinie i społeczeństwie*, Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Lublin.
- Cichocka A. (2013), *Cukrzyca typu 2 Cz. I. Epidemia naszych czasów. Choroby cywilizacyjne*, Wydaw. SIGMA-NOT, Warszawa.
- Dąbrowska A., Jurkowska B., Nowicki G. i in. (2012), *Ocena wybranych elementów psychicznej jakości życia*, "Current Problems of Psychiatry", t. 13, nr 2.
- Engum A., Mykletun A., Midthjell K. i in. (2005), *Depression and diabetes: A large populationbased study of sociodemographic, lifestyle, and clinical factors associated with depression in type 1 and type 2 diabetes*, "Diabetes Care", t. 28.
- Heszen I., Sęk H. (2007), *Psychologia zdrowia*, Wydaw. PWN, Warszawa.
- Jaeschke R. (1999), *Evidence based medicine (EBM), czyli praktyka medyczna oparta na wiarygodnych i aktualnych publikacjach (POWAP). Odcinek 8: Określanie i mierzenie jakości życia związanej ze zdrowiem*, "Medycyna Praktyczna", t. 4.
- Jaracz K., Wołowicka L., Kalfos M. (2001), *Analiza walidacyjna polskiej wersji WHO-QOL-100* [w:] L. Wołowicka (red.), *Jakość życia w naukach medycznych*, Wydawnictwo Uczelniane AM w Poznaniu, Poznań.
- Jaracz K. (2002), *Jakość życia – wymiar obiektywny i subiektywny*, "Pielęgniarka Polska", nr 1.
- Jaracz K., Kalfoss M., Górna K., Bączek G. (2006), *Quality of life Polish respondents: psychometric properties of the Polish WHOQOL-Bref*, "Scandinavian Journal of Caring Sciences", t. 20.
- Karnafel W. (2005), *Dlaczego obserwujemy epidemię otyłości i cukrzycy typu 2 na początku XXI wieku?*, Nowa Klinika, t.12.
- Kurowska K., Szomszor M. (2011), *Wpływ zachowań zdrowotnych na jakość życia u osób z rozpoznaniem cukrzycy typu 2*, "Diabetologia Praktyczna", t.12(4).
- Majda A., Walas K., Morawa J. (2013), *Jakość życia osób z cukrzycą typu 2 leczonych w szpitalu uzdrowiskowym*, "Problemy pielęgniarstwa", t. 21, nr 2.
- Pietrzykowska E., Zozulińska D., Wierusz-Wysocka B. (2007), *Jakość życia chorych na cukrzycę*, "Polski Merkuriusz Lekarski", t. 23, nr 136.
- Pufal J., Gierach M., Pufal J. i in. (2004), *Wpływ czynników społeczno-demograficznych i klinicznych na jakość życia chorych na cukrzycę typu 2*, "Diabetologia Doświadczalna i Kliniczna", t. 4, nr 2.
- Rose M., Fliege H., Hildebrandt M. i in. (2002), *The network of psychological variables in patients with diabetes and their importance for quality of life and metabolic control*, "Diabetes Care", t. 1.
- Schipper H. (1990), *Quality of life: principles of the clinical paradigm*, "Journal of Psychological Oncology", nr 8.

Stanisz A. (2006), *Przystępny kurs statystyki z zastosowaniem STATISTICA PL na przykładach z Medycyny*, StatSoft Polska, Kraków.

Trzebiatowski J. (2011), *Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych*, „Hygeia Public Health”, t. 46, nr 1.

Wiedermann G. (2001), *Edukacja podstawą leczenia cukrzycy*, „Gazeta o cukrzycy”, t. 26.

Wołowicka L., Jaracz K. (2001), *Jakość życia w naukach medycznych*, Wydawnictwo Uczelniane Akademii Medycznej w Poznaniu, Poznań.

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

Prawo do informacji w podmiotach leczniczych niezbywalnym prawem pacjenta

The right to information in health care entities as an inalienable patients' right

Abstract: Patients' right to all information upon medical treatment has been an integrated part of human rights in a broad sense. The aim of this research was to evaluate communication process between patients and medical staff. A diagnostic survey through questionnaire was conducted in the research. The results indicate high level of patients' satisfaction with information received upon admission to hospital and hospitalization.

Key-words: right to information, patients' rights, patients' satisfaction.

Wstęp

Każdy pacjent bez względu na wiek, stan zdrowia czy rodzaj choroby ma prawo do informacji o swojej osobie, o rodzaju i zakresie udzielanych mu świadczeń oraz o osobach udzielających tych świadczeń. Prawo pacjenta do wszelkich informacji stanowi integralną część szeroko rozumianych praw człowieka.

Człowiek często boi się nowych dla niego sytuacji, zwłaszcza gdy nie rozumie do końca, co się wokół niego dzieje. Taką sytuacją jest niewątpliwie

pobyt w szpitalu. Pacjent leży na szpitalnym łóżku, a personel medyczny co chwila przynosi jakieś leki, podłącza kroplówki, pobiera próbki do badań. Nie posiadając wiedzy na temat dokonywanych czynności można czuć się co najmniej niekomfortowo. Dlatego też, na personelu medycznym ciąży obowiązek informowania pacjenta o wszelkich aspektach jego leczenia. Obowiązek ten ciąży głównie na lekarzach i pielęgniarzach bezpośrednio zajmujących się danym pacjentem. Przekazywane informacje powinny w sposób prosty i zrozumiały tłumaczyć każde posunięcie i etapy mającego się odbyć lub odbywającego się zabiegu czy innej czynności medycznej [Siemianowska 2014]. Jasny przekaz i umiejętnie pozyskanie do współpracy pacjenta są bezcennymi i niezastąpionymi narzędziami pracy personelu medycznego.

Celem podjętych badań była ocena przekazanych pacjentom przez personel medyczny informacji podczas przyjęcia do szpitala oraz w trakcie hospitalizacji w wybranym podmiocie leczniczym.

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.

Badania ankietowe przeprowadzono w okresie od listopada 2012 do marca 2013 roku. W procedurze badawczej wykorzystano standaryzowane narzędzie badawcze PASAT, skonstruowane przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, służące diagnozowaniu poziomu satysfakcji pacjentów hospitalizowanych. 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) wyjaśnienia i informacje udzielane pacjentom o przysługujących im prawach, rozmieszczeniu/lokalizacji pomieszczeń, harmonogramie dnia i zasadach funkcjonowania oddziału, terminach planowanych zabiegów/badań, sposobie przygotowania do zabiegu/badań; (b) informacje o stanie zdrowia, sposobach leczenia, ryzyku związanym z podejmowanym leczeniem-zabiegiem/operacją, skutkach ubocznych lekarstw oraz przebiegu operacji lub zabiegu.

Ocena przekazanych pacjentom informacji podczas przyjęcia do szpitala

W ocenie 89,81% respondentów (tak 80%, raczej tak 9,81%) byli oni wyczerpująco informowani przez personel pielęgniarski o przysługujących im prawach. Jednak dla 4,53% osób (5,17% mężczyzn i 4,03% kobiet) przekazane informacje w tym zakresie nie były wystarczające. Nie zaobserwowano istotnych różnic w zależności od płci pacjentów (test U Manna-Whitneya $p=0,432$; test Chi2 $p=0,405$). Najwyższy odsetek (93,75%) dla odpowiedzi „tak” i brak odpowiedzi „nie” (0%) zaobserwowano u ankietowanych z wykształceniem pomaturalnym. Natomiast najniższy odsetek odpowiedzi „tak” (80%) i najwyższy dla odpowiedzi „nie” (10,91%) – u pacjentów z wykształceniem wyższym. Przy czym zaobserwowane różnice nie były istotne statystycznie (współczynnik korelacji Gamma = -0,014, $p=0,881$; test Chi2 $p=0,162$). Niskie współczynniki korelacji wskazują na brak związków oceny przekazania informacji o Prawach Pacjenta z wcześniejszym pobytem (test Kruskala-Wallisa $p=0,275$; test Chi2 $p=0,519$), z wiekiem respondentów (współczynnik korelacji Gamma = 0,110, $p=0,196$; test Kruskala-Wallisa $p=0,461$) oraz stosunkiem do czynności zawodowych (test Kruskala-Wallisa $p=0,106$; test Chi2 $p=0,216$).

Wyniki badań wskazują, że 89,47% ankietowanych pacjentów zostało wyczerpująco poinformowanych o rozmieszczeniu/lokalizacji pomieszczeń przez personel pielęgniarski (tak 78,57%, raczej tak 10,9%). W ocenie ośmiu ankietowanych przekazane informacje w tym zakresie nie były wyczerpujące (3,01%). Płeć pacjentów nie była cechą, która istotnie ten aspekt warunkowała (test U Manna-Whitneya $p=0,586$; test Chi2 $p=0,726$). Wykształcenie respondentów również nie było cechą, która istotnie warunkowała ocenę przekazania informacji w tym zakresie (współczynnik korelacji Gamma = 0,102, $p=0,303$ i test Chi2 $p=0,118$). Przy czym najwyższy odsetek odpowiedzi „tak” (96,77%)

i najniższy dla odpowiedzi „raczej tak” (3,23%) przy braku odpowiedzi „nie” (0%) odnotowano u ankietowanych z wykształceniem pomaturalnym. Postrzeganie przekazania tych informacji było podobne wśród pacjentów bez względu na to, czy hospitalizowani byli po raz pierwszy czy kolejny raz (test Kruskala-Wallisa $p=0,317$ i test Chi2 $p=0,221$). Test statystyczny nie wykazał również istotnych zależności z wiekiem (test Kruskala-Wallisa $p=0,106$; współczynnik korelacji Gamma= $0,107$, $p=0,225$) i czynnościami zawodowymi respondentów (test Kruskala-Wallisa $p=0,399$ i test Chi2 $p=0,261$).

Podczas przyjęcia na oddział poinformowano wyczerpująco o harmonogramie dnia i zasadach funkcjonowania oddziału zdaniem 91,42% ankietowanych (tak 74,63%, raczej tak 16,79%). Jednak dla 4,48% osób (3,20% mężczyzn i 6,67% kobiet) przekazane informacje nie okazały się wyczerpujące. Płeć pacjentów nie była cechą, która istotnie ten aspekt warunkowała (test U Manna-Whitneya $p=0,376$; test Chi2 $p=0,437$). Współczynnik korelacji Gamma= $-0,15$, $p=0,063$ oraz test Chi2 $p=0,055$ (bliskie istotności statystycznej) wskazuje, że pacjenci z wykształceniem wyższym różnili się od pozostałych, czuli się gorzej poinformowani w tym zakresie (najniższy odsetek odpowiedzi „tak” – 67,8% i najwyższy dla odpowiedzi „nie” – 11,9%). Brak istotnych związków oceny z wcześniejszym pobytem (test Kruskala-Wallisa $p=0,652$ i test Chi2 $p=0,440$), wiekiem respondentów (współczynnik korelacji Gamma= $-0,068$, $p=0,352$; test Kruskala-Wallisa $p=0,385$) oraz czynnościami zawodowymi ankietowanych (test Kruskala-Wallisa $p=0,691$ i test Chi2 $p=0,931$).

Następne oceniane zagadnienie dotyczyło przekazania informacji o terminach planowanych zabiegów/badań. W ocenie 93,59% respondentów (tak 81,89%, raczej tak 11,7%) byli oni wyczerpująco poinformowani w tym zakresie. Przy czym dla 2,26% osób (2,54% mężczyzn i 2,44% kobiet) przekazane informacje nie okazały się wystarczające. Nie odnotowano różnic istotnych statystycznie w ocenach kobiet i mężczyzn (test U Manna-Whitneya $p=0,451$; test Chi2 $p=0,684$). Nie zaobserwowano również istotnych różnic w zależności od wykształcenia pacjentów (współczynnik korelacji Gamma= $0,025$, $p=0,797$; test Chi2 $p=0,533$). Najwyższy odsetek zarówno dla odpowiedzi „tak” (94,74%), jak i odpowiedzi „nie” (5,26%) odnotowano u respondentów z wykształceniem podstawowym. Brak istotnych związków oceny z wcześniejszym pobytem pacjentów (test Kruskala-Wallisa $p=0,153$ i test Chi2 $p=0,227$), wiekiem respondentów (test Kruskala-Wallisa $p=0,908$) oraz czynnościami zawodowymi ankietowanych (test Kruskala-Wallisa $p=0,299$ i test Chi2 $p=0,616$).

Podczas przyjęcia na oddział poinformowano wyczerpująco o sposobie przygotowania do zabiegu/badań (dieta, toaleta) w ocenie 87% ankietowanych pacjentów (90,68% mężczyzn i 84,68% kobiet) i raczej tak 10,9% osób (9,32% mężczyzn i 12,90% kobiet). Natomiast zdaniem trzech kobiet (1,1%),

nie były one w tym zakresie wyczerpująco poinformowane. Test statystyczny nie wykazał istotnych zależności z płcią respondentów (test U Manna-Whitneya $p=0,143$; test Chi2 $p=0,15$). Biorąc pod uwagę wykształcenie ankietowanych również nie odnotowano żadnych istotnych korelacji w analizowanym aspekcie (współczynnik korelacji Gamma= $-0,103$, $p=0,314$ i test Chi2 $p=0,252$). Brak istotnych związków oceny z wcześniejszym pobytem pacjentów (test Kruskala-Wallisa $p=0,428$; test Chi2 $p=0,716$), wiekiem (test Kruskala-Wallisa $p=0,653$) oraz czynnościami zawodowymi ankietowanych (test Kruskala-Wallisa $p=0,724$ i test Chi2 $p=0,41$).

Ocena przekazanych pacjentom informacji w trakcie hospitalizacji

Udzielenie wyczerpujących informacji o stanie zdrowia potwierdziło 83,94% ankietowanych pacjentów (85,71% mężczyzn i 88,14% kobiet) i raczej tak 12,85% osób (14,29% mężczyzn i 11,02% kobiet). W ocenie dwóch kobiet (0,8%) z wykształceniem wyższym (3,57%), hospitalizowanych po raz pierwszy w badanym szpitalu (jedna 24 lata, druga – brak danych) nie udzielono wyczerpujących informacji w tym zakresie. Przy czym 2,41% badanych nie potrzebowało takich informacji (3,25% mężczyzn i 0,84% kobiet). Poczucie pacjentów co do pełnego informowania w badanym aspekcie nie było istotnie statystycznie od płci (test U Manna-Whitneya $p=0,601$; test Chi2 $p=0,461$) i wykształcenia (współczynnik korelacji Gamma= $-0,124$ $p=0,233$; test Chi2 $p=0,409$). Przy czym gorzej poinformowani byli ankietowani z wykształceniem wyższym (najniższy odsetek odpowiedzi tak – 82,14% i najwyższy dla odpowiedzi nie – 3,57%). Nie odnotowano różnic istotnych statystycznie u pacjentów pierwszorazowych i wcześniej hospitalizowanych (test Kruskala-Wallisa $p=0,695$; test Chi2 $p=0,625$). Również wiek respondentów (współczynnik korelacji Gamma= $0,036$, $p=0,700$) i stosunek do czynności zawodowych (test Kruskala-Wallisa $p=0,618$; test Chi2 $p=0,51$) nie były cechami, które istotnie ten aspekt warunkowały.

Udzielenie wyczerpujących informacji o sposobach leczenia potwierdziło 85,54% ankietowanych pacjentów (86,67% mężczyzn i 86,55% kobiet) i raczej tak 12,85% osób (12,50% mężczyzn i 13,45% kobiet). W ocenie 66. letniego mężczyzny (0,4%) z wykształceniem wyższym (1,75%) hospitalizowanego po raz pierwszy (0,86%) nie udzielono wyczerpujących informacji w tym zakresie. Przy czym 1,2% badanych nie potrzebowało takich informacji (2,44% mężczyzn). Poczucie pacjentów co do pełnego informowania o sposobach leczenia nie było istotnie statystycznie zależne od płci (test U Manna-Whitneya

$p=1,00$; test Chi2 $p=0,597$) i wykształcenia (współczynnik korelacji Gamma = $-0,178$, $p=0,080$; test Chi2 $p=0,811$). Jednak gorzej poinformowani czuli się ankietowani z wykształceniem wyższym (najniższy odsetek odpowiedzi tak – $80,70\%$ i najwyższy dla odpowiedzi nie – $1,75\%$). Korelacja oceny udzielonych informacji o sposobach leczenia ze wcześniejszym pobytem pacjenta wskazuje na brak istotnego związku obu czynników (test Kruskala-Wallisa $p=0,627$; test Chi2 $p=0,793$). Przy czym bardziej krytyczni byli pacjenci po raz pierwszy hospitalizowani w badanym szpitalu (najniższy odsetek odpowiedzi tak – $85,34\%$, najwyższy raczej tak – $13,79\%$ i nie – $0,86\%$). Wiek ankietowanych pacjentów (współczynnik korelacji Gamma = $-0,031$, $p=0,734$) i stosunek do czynności zawodowych (test Kruskala-Wallisa $p=0,634$; test Chi2 $p=0,781$) nie były cechami, które istotnie ten aspekt warunkowały.

Udzielenie wyczerpujących informacji o ryzyku związanym z podejmowanym leczeniem – zabiegiem/operacją potwierdziło $74,29\%$ ankietowanych pacjentów ($86,92\%$ mężczyzn i $82,18\%$ kobiet) i raczej tak $10,2\%$ osób ($11,21\%$ mężczyzn i $12,87\%$ kobiet). Nie udzielono wyczerpujących informacji w tym zakresie zdaniem $2,86\%$ respondentów ($11,21\%$ mężczyzn i $12,87\%$ kobiet), a $12,65\%$ badanych nie potrzebowało takich informacji ($12,30\%$ mężczyzn i $12,93\%$ kobiet). Choć gorzej poinformowane czuły się kobiety (niższy odsetek odpowiedzi tak – $82,18\%$ i wyższy dla odpowiedzi nie – $4,95\%$) oraz ankietowani z wykształceniem wyższym (najniższy odsetek odpowiedzi tak – 80% i najwyższy dla odpowiedzi nie – 8%), to niskie współczynniki korelacji wskazują na brak związków ocen z płcią (test U Manna-Whitneya $p=0,316$; test Chi2 $p=0,423$) i wykształceniem (współczynnik korelacji Gamma = $-0,072$, $p=0,487$; test Chi2 $p=0,409$). Oceny były podobne wśród pacjentów pierwszorazowych i ponownie hospitalizowanych w badanym podmiocie leczniczym (test Kruskala-Wallisa $p=0,524$; test Chi2 $p=0,552$). Niskie współczynniki korelacji wskazują również na brak związków z wiekiem respondentów (współczynnik korelacji Gamma = $0,083$, $p=0,374$) i ich stosunkiem do czynności zawodowych (test Kruskala-Wallisa $p=0,197$; test Chi2 $p=0,313$).

Udzielenie wyczerpujących informacji o skutkach ubocznych leków potwierdziło $69,8\%$ ankietowanych pacjentów ($81,48\%$ mężczyzn i 79% kobiet) i raczej tak $13,06\%$ osób ($15,74\%$ mężczyzn i 13% kobiet). Nie udzielono wyczerpujących informacji w tym zakresie zdaniem $4,49\%$ respondentów ($2,78\%$ mężczyzn i 8% kobiet). Przy czym $12,65\%$ badanych nie potrzebowało takich informacji ($11,48\%$ mężczyzn i $13,79\%$ kobiet). Analiza ocen wykazała, że gorzej poinformowane czuły się kobiety (niższy odsetek odpowiedzi tak – 79% i wyższy dla odpowiedzi nie – 8%), jednak nie odnotowano różnic istotnych statystycznie (test U Manna-Whitneya $p=0,544$; test Chi2 $p=0,224$). Również wykształcenie pacjentów nie było cechą, która istotnie ten aspekt

warunkowała (współczynnik korelacji Gamma= -0,089, $p=0,335$; test Chi2 $p=0,099$). Nie odnotowano istotnego związku z wcześniejszym pobytem pacjenta lub nie (test Kruskala-Wallisa $p=0,516$; test Chi2 $p=0,839$), przy czym gorzej poinformowani w tym zakresie czuli się pacjenci hospitalizowani po raz pierwszy w badanym podmiocie leczniczym (najniższy odsetek odpowiedzi tak – 78,35% i najwyższy dla odpowiedzi nie – 6,19%). Niskie współczynniki korelacji wskazują na brak związków ocen z wiekiem respondentów (współczynnik korelacji Gamma= 0,039, $p=0,634$) i ich stosunkiem do czynności zawodowych (test Kruskala-Wallisa $p=0,538$; test Chi2 $p=0,623$).

Udzielenie wyczerpujących informacji o przebiegu operacji lub zabiegu potwierdziło 67,65% ankietowanych pacjentów (86,87% mężczyzn i 78,65% kobiet) i raczej tak 11,76% osób (12,12% mężczyzn i 16,85% kobiet). Nie udzielono wyczerpujących informacji w tym zakresie zdaniem 2,1% respondentów (1,01% mężczyzn i 4,49% kobiet), a 12,65% – nie potrzebowało takich informacji (16,81% mężczyzn i 20,54% kobiet). Wprawdzie gorzej poinformowane w tym zakresie czuły się kobiety (niższy odsetek odpowiedzi tak – 78,65% i wyższy dla odpowiedzi nie – 4,49%), to niskie współczynniki korelacji wskazują na brak związków ocen z płcią pacjentów (test U Manna-Whitneya $p=0,120$; test Chi2 $p=0,197$). Również wykształcenie pacjentów nie było cechą, która istotnie ten aspekt warunkowała (współczynnik korelacji Gamma= -0,046, $p=0,655$; Chi2 $p=0,508$). Wprawdzie korelacja ocen wskazuje na brak związków istotnych statystycznie (test Kruskala-Wallisa $p=0,604$; test Chi2 $p=0,208$), to zaobserwowano że najmniej usatysfakcjonowani w tym zakresie byli pacjenci hospitalizowani kolejny raz na tym samym oddziale (najniższy odsetek odpowiedzi tak – 81,25% i najwyższy dla odpowiedzi nie – 6,25%). Zaobserwowano, że rysuje się pewien trend wskazujący na słabsze poczucie poinformowania u osób starszych (współczynnik korelacji Gamma= 0,14 i $p=0,128$ – czyli nieistotne). Niskie współczynniki korelacji wskazują na brak związków ocen ze stosunkiem do czynności zawodowych (test Kruskala-Wallisa $p=0,899$; test Chi2 $p=0,759$).

Odsetek pacjentów uznających, że nie potrzebowali wyczerpującego informowania o ich stanie zdrowia, sposobach leczenia, ryzyku związanym z podejmowanym leczeniem oraz skutkach ubocznych leków był podobny w poszczególnych kategoriach wykształcenia. Jedynie w przypadku informowania o przebiegu operacji lub zabiegu, częściej nie potrzebowali tego pacjenci z wykształceniem średnim (29,0%) i zawodowym (21,6%) niż z wykształceniem wyższym (13,0%) i pomaturalnym (3,6%). Wszyscy pacjenci z wykształceniem podstawowym uznali, że potrzebowali informacji w analizowanym zakresie.

Dyskusja

Badanie poziomu satysfakcji jest dobrym przykładem rozpoznawania oczekiwań pacjentów oraz najpowszechniejszą metodą oceny jakości usług medycznych [Kos i inni 2013, s. 122; Meehan i inni 2002, s. 807]. 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 przeprowadzone wśród mieszkańców Giżycka przez Grupę Nowy Szpital w szpitalu, za pośrednictwem strony internetowej oraz podczas ulicznych sond realizowanych w kwietniu 2013 r., wskazują, że to, na co najbardziej skarżą się pacjenci, to niewłaściwa komunikacja z personelem medycznym. Brak zrozumienia oraz empatii sprawiały, że pobyt w szpitalu stawał się jeszcze bardziej nieprzyjemny. Niewystarczające zainteresowanie, używanie specjalistycznych terminów czy niezrozumiały opis procedur medycznych przez lekarzy tylko pogłębiały poczucie wyobcowania¹.

Badanie własne wskazuje na wysoki poziom zadowolenia pacjentów z otrzymanych informacji o sposobie przygotowania do zabiegu/badań (odsetek skumulowany 97,9%), terminach planowanych zabiegów/badań (odsetek skumulowany 93,59%) oraz o harmonogramie dnia i zasadach funkcjonowania oddziału (odsetek skumulowany 91,42%). Pozytywnie oceniono również przekazanie przez personel medyczny informacji o przysługujących pacjentom prawach (odsetek skumulowany 89,81%) oraz o rozmieszczeniu/lokalizacji pomieszczeń (odsetek skumulowany 89,47%). W odniesieniu do oceny informacji udzielanych pacjentowi przy przyjęciu nie zaobserwowano istnienia korelacji zarówno z płcią, wykształceniem, wcześniejszym pobytem, wiekiem oraz czynnościami zawodowymi respondentów. Jedynie w przypadku informowania o harmonogramie dnia i zasadach funkcjonowania oddziału pacjenci z wykształceniem wyższym różnili się od pozostałych, czując się gorzej poinformowanymi w tym zakresie (bliskie istotności statystycznej).

Z badań innych autorów wynika, że najbardziej krytyczne oceny pacjentów dotyczą przepływu informacji na temat stanu zdrowia chorego pomiędzy personelem medycznym a pacjentem. Przekaz tej informacji niejednokrotnie jest zaburzony, co powoduje poczucie niepewności i lęku wśród chorych [Strzelecka 2011, s. 153; Rybarczyk, Marczak 2011, ss. 115–116].

Odsetek skumulowany pozytywnych odpowiedzi wskazuje, że w badanym podmiocie leczniczym udzielenie wyczerpujących informacji o stanie

1. http://zdrowie.gazeta.pl/Zdrowie/1,130513,14177391,Przyjazny_szpital__Czy_to_mozliwe_.html, dostęp: 10 kwietnia 2014.

zdrowia potwierdziło 96,79% respondentów, o sposobach leczenia – 98,39% osób, o ryzyku związanym z podejmowanym leczeniem/ zabiegiem/operacją – 84,89% osób, o skutkach ubocznych leków – 83,4% osób, natomiast o przebiegu operacji lub zabiegu potwierdziło 79,41% ankietowanych pacjentów. Analiza ocen po wykluczeniu osób, które nie potrzebowały informacji, dowodzi, że poczucie respondentów co do pełnego informowania ich we wszystkich badanych aspektach było niezależne od ich płci, wykształcenia, wcześniejszego pobytu lub nie, również wieku i stosunku do czynności zawodowych. Przy czym zaobserwowano, że w przypadku informacji dotyczących przebiegu operacji lub zabiegu rysuje się pewien trend wskazujący na słabsze poczucie poinformowania u osób starszych. Natomiast w przypadku informacji o stanie zdrowia, o sposobach leczenia, ryzyku związanym z podejmowanym leczeniem, o skutkach ubocznych leków, gorzej poinformowanymi czuli się ankietowani z wykształceniem wyższym, jednak nie były to różnice znamienne statystycznie.

Mimo wysokiej oceny usług medycznych świadczonych w badanej placówce, przy ocenie analizowanych aspektów respondenci oddali 63 nieprzychylnie głosy. W opinii 4,53% pacjentów przekazane informacje o przysługujących im prawach nie były wyczerpujące. Natomiast podczas przyjęcia na oddział, zdaniem 4,48% ankietowanych, nie poinformowano wyczerpująco o harmonogramie dnia i zasadach funkcjonowania oddziału. W ocenie 4,49% respondentów nie udzielono wyczerpujących informacji o skutkach ubocznych leków, 3,01% osób o rozmieszczeniu/lokalizacji pomieszczeń, 2,26% o terminach planowanych zabiegów/badań, 2% o przebiegu operacji, a 1,1% o sposobie przygotowania do zabiegu/badań.

Zaobserwowano znaczne różnice w odniesieniu do wyników badań przeprowadzonych wśród pacjentów specjalistycznych placówek lecznictwa zamkniętego na terenie Wielkopolski. Główną przyczyną negatywnych odczuć pacjentów było również niewystarczające przekazanie informacji o prawach pacjenta, dotyczyło to jednak 36,4% ankietowanych. Podczas przyjęcia na oddział 30,7% osób nie poinformowano wyczerpująco o harmonogramie dnia i zasadach funkcjonowania oddziału, 30,3% o skutkach ubocznych leków, 29% o rozmieszczeniu/lokalizacji pomieszczeń, 12,7% o terminach planowanych zabiegów/badań, 17,3% o sposobie przygotowania do zabiegu/badań. Ponadto 17% ankietowanych nie otrzymało informacji na temat przebiegu operacji [Jakubek, Głowacka, Matecka 2012, ss. 167–182].

Odwołując się do wyników badań Jakubek prowadzonych w 17 szpitalach, w tym 57% z funkcjonującym systemem zarządzania jakością i 43% nieposiadających żadnego wdrożonego systemu zarządzania, na uwagę zasługuje fakt, że pacjenci szpitali certyfikowanych lepiej oceniają poziom otrzymanych in-

formacji podczas pobytu w szpitalu ($p=0,022$). Istotne różnice między placówkami certyfikowanymi i nieposiadającymi systemów zarządzania jakością (na niekorzyść tych drugich) zauważono w takich obszarach, jak: przekazywanie informacji dotyczących stanu zdrowia ($p=0,027$), sposobu leczenia ($p=0,002$) oraz ryzyka związanego z leczeniem ($p=0,001$) [Jakubek 2012, s. 92, 115].

Pacjent w relacji z personelem medycznym oczekuje pełnych i rzetelnych informacji, co też reguluje obowiązujące ustawodawstwo². Mechanizmem zmniejszającym zagrożenia związane z pobytem w szpitalu są niewątpliwie systemy zarządzania, które wymuszają spełnienie wymagań wdrożonych norm. W badanym podmiocie leczniczym proces informowania pacjenta na temat stanu zdrowia i różnych aspektów jego pobytu w szpitalu reguluje 20 instrukcji postępowania, których przestrzeganie skutkuje wysokim poziomem satysfakcji pacjentów.

Wnioski

1. Zarządzanie w oparciu o Zintegrowany System Zarządzania w badanym podmiocie leczniczym przełożyło się na wysoki poziom satysfakcji pacjentów z zakresu informacji, które otrzymują przy przyjęciu do szpitala oraz podczas hospitalizacji.
2. Wyniki badania umożliwiły ocenę satysfakcji pacjentów z zakresu udzielanych informacji przez personel medyczny oraz określenie przyczyn braku tego zadowolenia w celu wdrożenia działań naprawczych służących poprawie jakości świadczonych usług.

2. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r., poz. 159).

Bibliografia

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.

Jakubek E., Głowacka M.D., Matecka M. (2012), *Komunikacja jako element kompetencji zawodowych pracowników służby zdrowia* [w:] R. Lewandowski, M. Kautsch (red.), *Przekształcenia strukturalne i społeczne w ochronie zdrowia*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie”, t. 13, z. 5, Łódź.

Kos M., Dziewa A., Drop B. (2013), *Ocena satysfakcji pacjentów przeprowadzona w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w Kraśniku*, „Zdrowie Publiczne”, nr 123(2).

Levine AS, Plume SK, Nelson EC. (1997), *Transforming patient feedback into strategic action plans*, „Qual Manag Health Care”, nr 5.

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

Siemianowska A., *Prawo pacjenta do informacji* 2014 [online]

<http://kancelariaknmp.blogspot.com/2014/03/prawo-pacjenta-do-informacji.html>, dostęp: 27 kwietnia 2014.

Strzelecka A., *Ocena jakości usług zdrowotnych w wybranej jednostce medycznej w Polsce* [online] http://mail.lac.lviv.ua/doc/Visnyk_Ekonomika_Vypusk37.pdf#page=148, dostęp: 27 kwietnia 2014.

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

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

System ochrony resortowej MSW w systemie opieki zdrowotnej

Health care entities subject to the Ministry of the Interior system

Abstract: Legal foundations of Health Care Centers subject to the Minister of the Interior do not differ substantially from those of other health care centers in Poland. The aim of this thesis is to analyze how a health care entity functions within the Ministry of the Interior system. The research has been based on a case study. Operations of the health care center under research are of two different sorts: the Ministry's health care center, and oncology center.

Key-words: health care, health care system, case study.

Wstęp

Obowiązujące uregulowania prawne, dotyczące funkcjonowania podmiotów leczniczych w Polsce, nie wyróżniają w sposób szczególny jednostek podległych ministrowi spraw wewnętrznych. Świadczy to o tym, że ustawodawca w sposób celowy i planowany stara się zrównywać status podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami, niezależnie od tego, jaki podmiot jest ich podmiotem tworzącym. Podstawy prawne ich działania nie różnią się bo-

wiem w jakikolwiek znaczący sposób od podstaw prawnych działania innych podmiotów, a co więcej, są w bardzo dużym zakresie ze sobą zbieżne.

System obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych gwarantuje formalnie dostęp do szerokiego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej. NFZ jest wyłącznym ubezpieczycielem, a polscy obywatele mają obowiązek ubezpieczyć się w NFZ. Współudział pacjenta w ponoszeniu kosztów świadczeń zdrowotnych jest ograniczony. Dotyczy on głównie leków, produktów leczniczych, środków pomocniczych, leczenia uzdrowiskowego oraz wybranych zabiegów i materiałów dentystycznych.

Szeroki wachlarz ustawowo zagwarantowanych uprawnień w praktyce często okazuje się niedostępny. Polski system ochrony zdrowia od dawna boryka się z problemem braku równowagi, zarówno pomiędzy wpływami i wydatkami (co znajduje odzwierciedlenie w stałym zadłużeniu i stratach ponoszonych przez świadczeniodawców), jak i pomiędzy poziomem wpływów a potrzebami zdrowotnymi (na co wskazują bardzo długie listy oczekujących na świadczenia planowe w porównaniu ze standardami przyjętymi w innych krajach europejskich) [Golinowska 2012, ss. 95–96]. Nierzadko pacjent wpada w „dziurę” kontraktowo-usługową i leczenie staje w miejscu: zaprotezowano biodro, a rehabilitacja dostępna za 6–8 miesięcy, brak miejsca na kontrolne wizyty u specjalisty itd. Wszystko to widzimy na co dzień. Jednak nawet przy pomocy tych niewielkich funduszy, którymi dysponujemy, przy mądrym zarządzaniu można znacząco wpłynąć na jakość świadczonych usług medycznych.

Celem niniejszego opracowania jest analiza funkcjonowania podmiotu leczniczego w systemie resortowej służby zdrowia.

W procedurze badawczej wykorzystano metodę studium przypadku w oparciu o analizy dokumentów prawnych i normatywnych, dokumentów źródłowych pozyskanych z olsztyńskiego Szpitala MSW oraz archiwum Komendy Wojewódzkiej Policji w Olsztynie.

Uwarunkowania prawne, strukturalne i finansowe systemu opieki zdrowotnej w Polsce

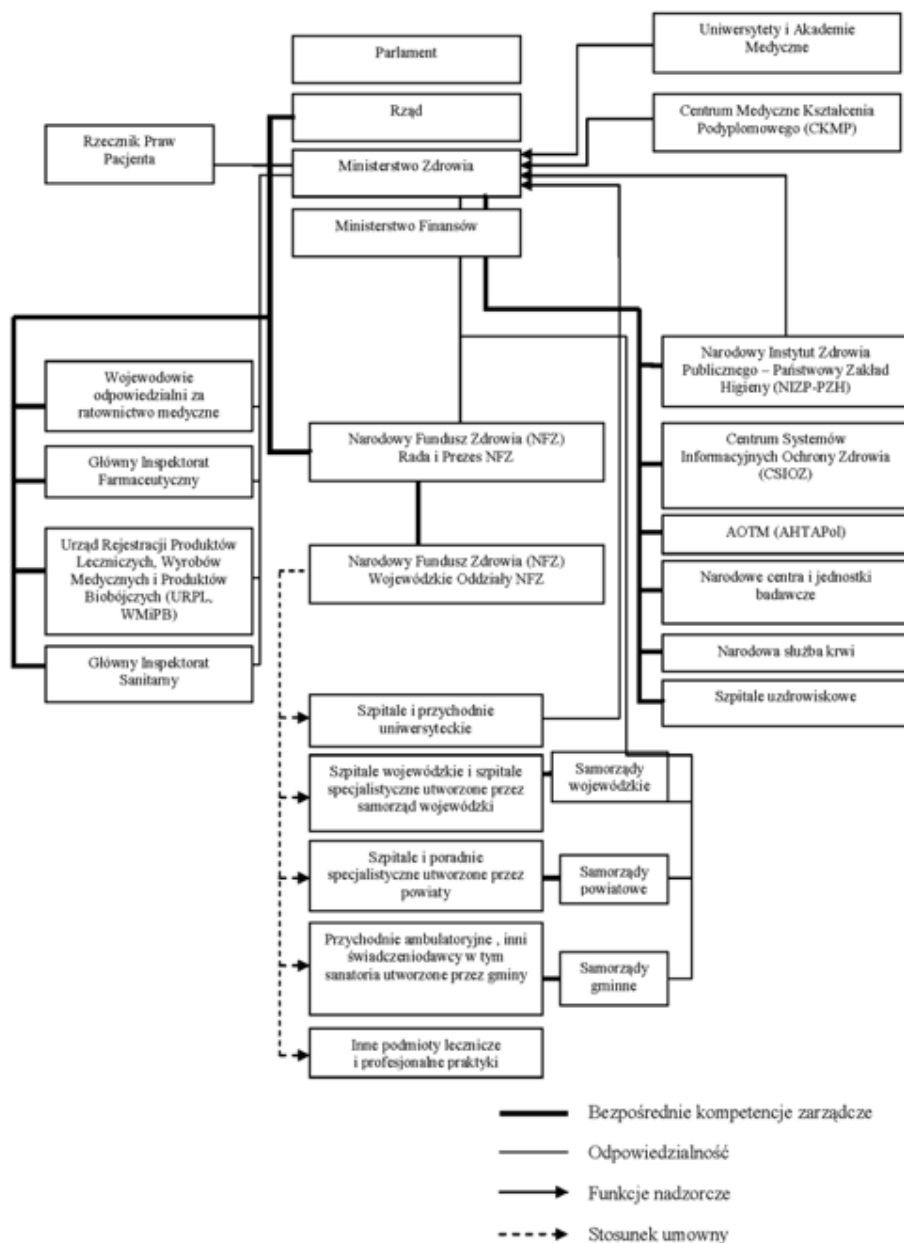
Prawo do ochrony zdrowia oraz prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych to podstawowe prawa zagwarantowane w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Przepis art. 68 stanowi, iż każdy obywatel ma prawo do ochrony zdrowia, a władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Ramy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oparte są na kilku podstawowych regulacjach prawnych: Ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r.

o działalności leczniczej [Dz. U. z 2011r. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.], Ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz. U. z 2004r. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.] oraz na przepisach harmonizujących prawo polskie z prawem UE.

Funkcje zarządcze, finansowania oraz nadzoru i kontroli rozdzielone są pomiędzy Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) oraz samorządy terytorialne (JST). NFZ finansuje świadczenia opieki zdrowotnej i kontraktuje je z publicznymi i niepublicznymi świadczeniodawcami. Nadzór nad działalnością NFZ sprawuje Ministerstwo Zdrowia, natomiast nadzór w zakresie gospodarki finansowej Funduszu sprawuje Ministerstwo Finansów. Ministerstwo Zdrowia jest odpowiedzialne za wytyczanie polityki zdrowotnej, finansowanie i wdrażanie programów zdrowotnych, finansowanie wybranych świadczeń wysokospecjalistycznych i większych inwestycji, badania naukowe oraz kształcenie kadr medycznych. Pełni ponadto liczne funkcje nadzorcze, a także (w stosunku do niektórych podmiotów) bezpośrednie funkcje kierownicze. Na każdym szczeblu administracji terytorialne władze samorządowe są odpowiedzialne za identyfikowanie potrzeb zdrowotnych swoich mieszkańców, planowanie podaży świadczeń zdrowotnych, promocję zdrowia, a w stosunku do publicznych jednostek opieki zdrowotnej, dla których są organami założycielskimi, pełnią pewne funkcje związane z zarządzaniem kadrami placówek, finansowaniem inwestycji oraz funkcje nadzorcze i kontrolne w tym zakresie [Golinowska 2012, ss. 43–44]. Zarys struktury systemu ochrony zdrowia w Polsce przedstawia rysunek 1.

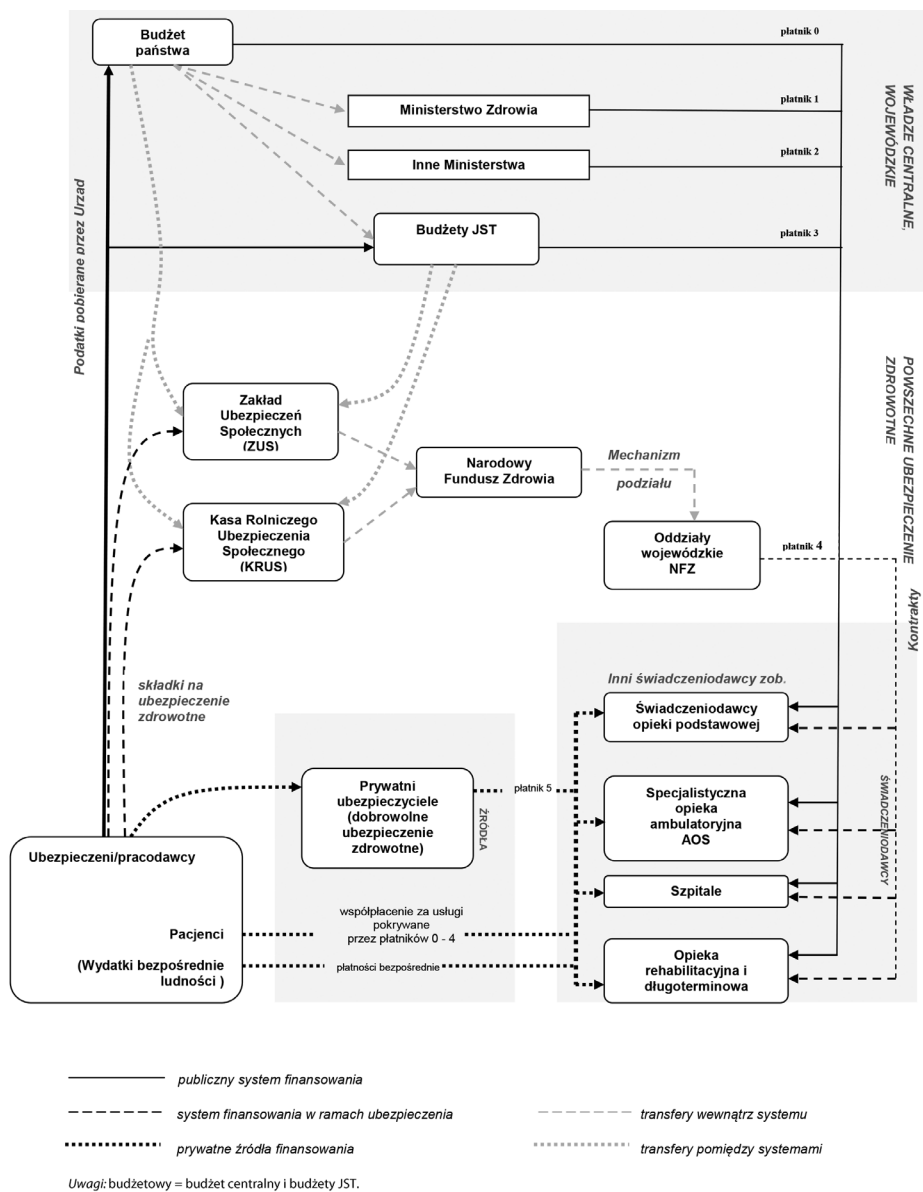
Zarys przepływów środków pieniężnych w systemie prezentuje rysunek 2. Rozróżnione są przepływy w ramach finansowania z budżetu państwa i JST, społecznego ubezpieczenia zdrowotnego oraz w zakresie źródeł prywatnych, a także transfery wewnętrzne pomiędzy tymi źródłami [Golinowska 2012, ss. 91–94].

Rysunek 1. Zarys struktury systemu ochrony zdrowia w Polsce



Źródło: S. Golinowska (red.), Zarys systemu ochrony zdrowia, Warszawa 2012, s. 45.

Rysunek 2. Przepływy finansowe



Źródło: S. Golinowska (red.), Zarys systemu ochrony zdrowia, Warszawa 2012, s. 93.

Składki zdrowotne, zebrane wcześniej przez ZUS i KRUS, są następnie gromadzone przez centralę NFZ i rozdzielane pomiędzy oddziały wojewódzkie NFZ. Są one całkowicie odpowiedzialne za zawieranie kontraktów na świadczenia opieki zdrowotnej na terenie danego województwa. Podstawowym trybem zmierzającym do zawarcia umowy z NFZ jest konkurs ofert. Umowa z NFZ może być ponadto zawarta w trybie rokowań, zawierania umów ze świadczeniodawcami w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (na podstawie wniosku), zawierania umów z realizatorami zaopatrzenia w środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne (na podstawie wniosku).

NFZ finansuje podmioty lecznicze na podstawie różnych mechanizmów finansowania:

- z wykorzystaniem Jednorodnych Grup Pacjentów – w opiece szpitalnej i ambulatoryjnej opiece specjalistycznej,
- według stawki kapitałowej – w podstawowej opiece zdrowotnej i ratownictwie medycznym,
- według osobodni – w opiece paliatywnej i hospicyjnej, stacjonarnej opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień,
- według punktów – w ambulatoryjnej opiece psychiatrycznej, w programach profilaktycznych,
- za produkt – np. w zaopatrzeniu ortopedycznym.

Rocznie Fundusz dysponuje kwotą ok. 33–35 miliardów złotych¹. Według stanu na dzień 30 grudnia 2010 r. ubezpieczonych w NFZ było 37,2 mln osób (97,6% ludności kraju), w tym prawie 28,6 mln (około 77%) obowiązkowo, a 8,6 mln (około 23%) osób było współubezpieczonych jako członkowie rodzin będący na utrzymaniu osób ubezpieczonych. Dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym objętych było 25 721 osób (0,07% wraz z członkami rodzin będącymi na utrzymaniu) [Golinowska 2012, s. 95].

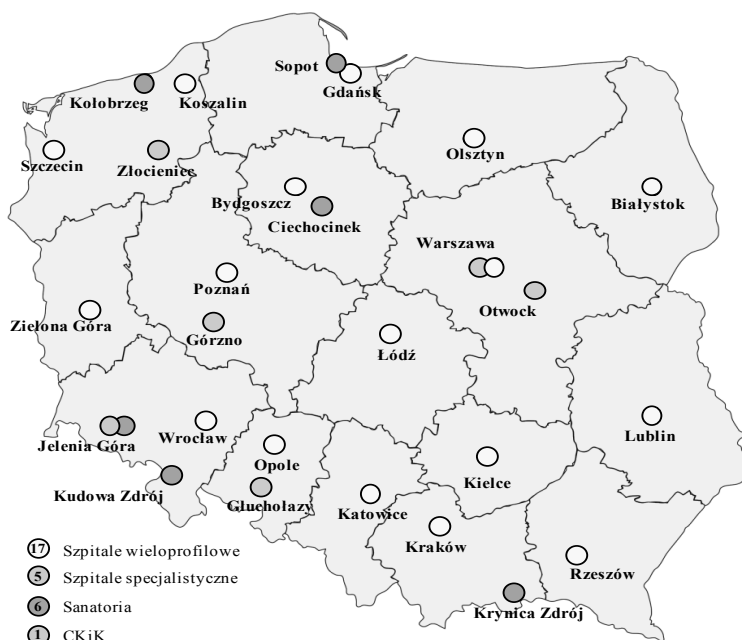
System ochrony resortowej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych

Resortowa służba zdrowia to dobrze zorganizowana sieć jednostek o różnym profilu, potencjale i strukturze. Świadczenia obejmują: podstawową opiekę zdrowotną, leczenie szpitalne, uzdrowiskowe, opiekę psychiatryczną, ambulatoryjne leczenie specjalistyczne, stomatologię, ratownictwo i transport medyczny. Organem, który z ramienia ministra spraw wewnętrznych prowadzi, nadzoruje, koordynuje i kontroluje całą sieć resortowych jednostek służby zdrowia MSW w Polsce, jest Departament Zdrowia MSW.

1. http://wolnomularstwo.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=217&Itemid=45 data dostępu 01.07.2013.

We wszystkich miastach wojewódzkich kraju zlokalizowane są jednostki leczenia stacjonarnego wielospecjalistycznego, dodatkowo jedna w Koszalinie. Łącznie siedemnaście szpitali wieloprofilowych. Ponadto w strukturze znajduje się pięć szpitali specjalistycznych, sześć sanatoriów oraz Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Warszawie (mapa 1).

Mapa 1. Rozmieszczenie w kraju placówek służby zdrowia MSW



Źródło: J.S. Chełchowski, Model procesu restrukturyzacji resortowej służby zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Polsce, Szczytno 2012, s. 79.

Szpitaly specjalistyczne obejmują swoją działalnością różne profile medyczne:

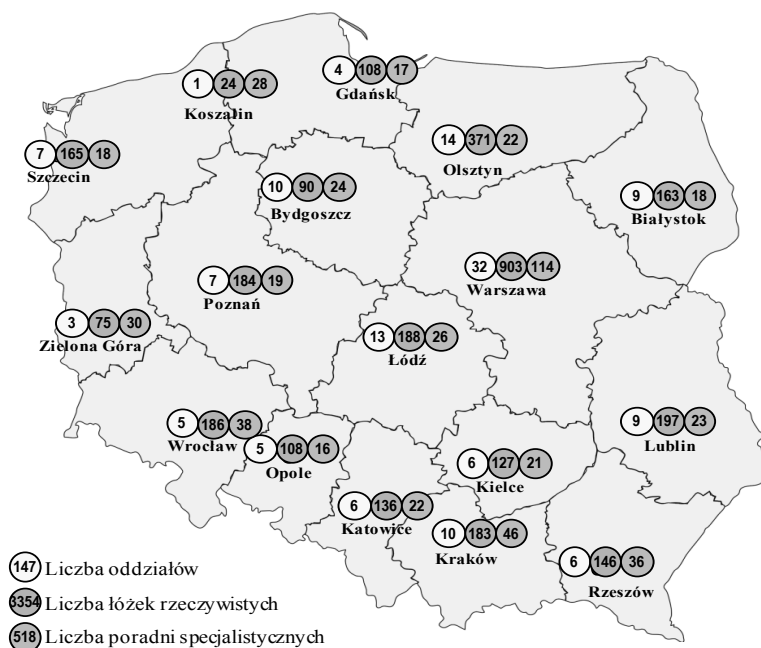
- szpital w Głucholazach specjalizuje się w diagnostyce, leczeniu oraz rehabilitacji schorzeń układu oddechowego, a także prowadzeniu wczesnej rehabilitacji kardiologicznej;
- szpital w Górznie specjalizuje się w rehabilitacji neurologicznej, ogólnoustrojowej i pulmonologicznej dzieci i dorosłych.
- szpital w Jeleniej Górze jest szpitalem specjalizującym się w leczeniu i profilaktyce czynnościowych zaburzeń nerwicowych, a także ostrych reakcji na stres;
- szpital w Złocińcu jest szpitalem rehabilitacyjnym specjalizującym się w rehabilitacji kardiologicznej, ortopedycznej i neurologicznej;

- szpital w Otwocku specjalizuje się w terapii i leczeniu problemów psychogennych oraz dolegliwości somatycznych w oddziałach rehabilitacji medycznej, leczenia zaburzeń nerwicowych oraz leczenia uzależnień i detoksykacji alkoholowej.

Mimo faktu, że funkcjonariuszy w sposób specjalny selekcjonuje się do pełnienia służby, to jej specyfika po kilku latach powoduje problemy zdrowotne wymagające działań zmierzających do przywrócenia stanu zdrowia, umożliwiającego kontynuację służby. Wymagają oni zatem szczególnego nadzoru i profilaktyki, które zapewniają im świadczenia uzdrowiskowe, w tym:

- Sanatorium w Ciechocinku ukierunkowane jest na choroby układu krążenia, układu oddechowego, ortopedyczno-urazowe, reumatyczne, układu nerwowego i otyłość;
- Sanatorium w Jeleniej Górze specjalizuje się w leczeniu schorzeń układu ruchu oraz chorób nerek i dróg moczowych;
- Sanatorium w Kudowie-Zdroju specjalizuje się w kompleksowej rehabilitacji schorzeń narządu ruchu oraz chorób układu krążenia;
- Profil leczenia uzdrowiskowego sanatorium w Krynicy-Zdroju: choroby przewodu pokarmowego, choroby nerek i dróg moczowych, choroby przemiany materii, choroby narządu ruchu, wybrane schorzenia układu krwiotwórczego i krążenia;
- Sanatorium w Kołobrzegu ukierunkowane jest na leczenie schorzeń narządu ruchu i reumatologicznych, górnych dróg oddechowych, kardiologicznych, chorób przemiany materii, układu nerwowego. Specjalnością sanatorium jest profilaktyka antystresowa i wczesna interwencja.
- Profil leczenia uzdrowiskowego sanatorium w Sopocie: choroby kręgosłupa i stawów obwodowych, reumatyczne, układu oddechowego, układu krążenia oraz rehabilitacji kardiologicznej.

Mapa 2. Baza lecznicza szpitali wieloprofilowych MSW



Źródło: J.S. Chełchowski, Model procesu restrukturyzacji resortowej służby zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Polsce, Szcztyno 2012, s. 79.

Jednostki wielospecjalistyczne i monospecjalistyczne posiadają bardzo zróżnicowaną bazę medyczną (mapa 2). Zdecydowanie wielkością dominuje szpital warszawski, a następnie w Olsztynie, Poznaniu, Krakowie.

Zakres działalności resortowej służby zdrowia nie ogranicza się do wykonywania jedynie działalności leczniczej w standardowym zakresie, ale wykracza poza ten zakres. Dzieje się tak na skutek wykonywania przez te podmioty określonych zadań, obejmujących medyczne zabezpieczenie działań służb podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, medyczne zabezpieczenie zadań obronnych, prowadzenie działalności w zakresie orzecznictwa lekarskiego funkcjonariuszy resortu spraw wewnętrznych oraz wykonywanie zadań nałożonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych w razie wystąpienia sytuacji kryzysowych, zaistnienia zagrożenia bezpieczeństwa państwa i w czasie wojny².

2. Statut Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie z dnia 15.05.2012 r., wprowadzony zarządzeniem nr 30 Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 15 maja 2012 r.

Miejsce SP Zakładu Opieki Zdrowotnej MSW z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w systemie resortowej służby zdrowia

Rodowód resortowej służby zdrowia sięga 1945 roku. Utworzenie jej podyktowane było ówczesną sytuacją polityczną kraju oraz narażeniem zawodowym funkcjonariuszy, wynikającym ze specyfiki służby. W końcu czerwca 1945 roku uruchomiono ambulatorium Wojewódzkiego Urzędu Bezpieczeństwa Publicznego przy ulicy Dąbrowszczaków 44, załączek przyszłej Polikliniki. Małe i skromnie wyposażone, nie mogło jednak podołać wszystkim zadaniom. Dlatego też rok później, jesienią 1946, w budynku przy ul. Jagiellońskiej 73 otwarto Szpital i Poliklinikę Wojewódzkiego Urzędu Bezpieczeństwa Publicznego ze 120 łózkami, podzieloną na oddziały: internistyczny, chirurgiczny, ginekologiczny i skórny. Uruchomiono również pracownię: analityczną i rentgenowską oraz aptekę. Pierwszego pacjenta przyjęto 26 października 1946 r.

Wobec nasilenia potrzeb leczniczych i wzrastającej liczby podopiecznych w październiku 1947 r. Szpital i Poliklinikę Wojewódzkiego Urzędu Bezpieczeństwa Publicznego przeniesiono do gmachu przy Al. Wojska Polskiego 37, gdzie mieści się do dnia dzisiejszego.

W powojennej historii jednostka wielokrotnie zmieniała nazwę i podległość organizacyjną, a często w ślad za tym strukturę i zadania:

1. Szpital i Poliklinika Wojewódzkiego Urzędu Bezpieczeństwa Publicznego (1945),
2. Szpital i Poliklinika Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (1955),
3. Zarząd Zdrowia Komendy Wojewódzkiej Milicji Obywatelskiej (1969),
4. Zarząd Zdrowia i Spraw Socjalnych Komendy Wojewódzkiej Milicji Obywatelskiej (1972),
5. Zarząd Zdrowia i Spraw Socjalnych Wojewódzkiego Urzędu Spraw Wewnętrznych (1983),
6. Zarząd Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (1991),
7. Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Zarządu Służby Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (1993),
8. Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Zarządu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji (1997),
9. Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Zarządu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji (1999),
10. Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji (2002),
11. Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Admi-

nistracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie (2004),
12. SP Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie (2012).

Czasami zmiana była formalna i dotyczyła jedynie nazwy (np. pkt 8 czy 12), częściej jednak wiązała się z głębszymi zmianami w jej funkcjonowaniu. Przede wszystkim na przełomie roku 1999, kiedy zaczęły obowiązywać nowe zasady organizacji i finansowania ochrony zdrowia, na podstawie Ustawy o powszechnym ubezpieczeniu społecznym oraz w roku 2004, kiedy podpisano porozumienie, na mocy którego Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji zobowiązał się do prowadzenia w strukturach ZOZ MSWiA w Olsztynie, w ramach statutowej działalności, leczenia onkologicznego.

Aktualnie badana placówka medyczna jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, działającym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Na strukturę organizacyjną składa się przedsiębiorstwo szpital, ambulatorium oraz przedsiębiorstwo udzielające innych świadczeń zdrowotnych³. Na 356 łóżkach stacjonarnych i 69 pobytu dziennego rocznie leczonych jest około 42 tys. pacjentów.

Oferta Zakładu w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych dotyczy: medycyny ratunkowej, chirurgii onkologicznej, chemioterapii, anestezjologii i intensywnej terapii, radioterapii z pododdziałem onkologii, chirurgii ogólnej, w tym chirurgii plastycznej i chirurgii onkologicznej piersi, chirurgii urazowo-ortopedycznej z pododdziałem chirurgii klatki piersiowej, chorób wewnętrznych, w tym diagnostyki onkologicznej i kardiologii, ginekologii i ginekologii onkologicznej, otolaryngologii, rehabilitacji z pododdziałem rehabilitacji neurologicznej, neurologii z pododdziałem udarowym, hematologii oraz bloku operacyjnego. Natomiast w zakresie udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych dotyczy: podstawowej opieki zdrowotnej, zdrowia psychicznego, poradnictwa psychoonkologicznego, stomatologii, okulistyki, ginekologii, rehabilitacji, otolaryngologii, chirurgii ogólnej, onkologii, reumatologii, urologii, kardiologii, gastroenterologii, endokrynologii, neurologii, chirurgii onkologicznej, genetyki, radioterapii, chemioterapii, chirurgii urazowo-ortopedycznej, logopedii, chirurgii plastycznej, diabetologii, brachyterapii, fizyki medycznej, badań profilaktycznych, medycyny pracy, poradnictwa psychologicznego, badań psychologicznych, hematologii, pulmonologii oraz badań diagnostycznych w zakresie: diagnostyki laboratoryjnej, endoskopii onkologicznej, endoskopii, badań molekularnych, diagnostyki nieinwazyjnej, mikrobiologii, rentgenodiagnostyki, ultrasonografii, tomografii

3. Statut Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie z dnia 15.05.2012 r., wprowadzony zarządzeniem nr 30 Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 15 maja 2012 r.

komputerowej, mammografii, mammografii screeningowej, rezonansu magnetycznego, cytologii, histopatologii, bronchoskopii, rehabilitacji dziennej.

Świadczenia inne niż szpitalne udzielane są w zakresie: pomocy doraźnej, sterylizacji, transportu medycznego oraz pobierania i magazynowania krwi. Prowadzone jest również leczenie chorych w ramach badań klinicznych oraz programów lekowych.

Badany podmiot leczniczy jest realizatorem programów zdrowotnych MSW (Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii, Krajowy Program Zwalczania AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV, Program Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce, Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego) oraz Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych (Prewencja Pierwotna Nowotworów, Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy, Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi, Program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego, Program profilaktyczny wczesnego wykrywania raka w rodzinach wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe, Poprawa działania systemu radioterapii onkologicznej w Polsce – doposażenie i modernizacja zakładów radioterapii).

„Szpital Przyjazny Pacjentom” misją placówki

Działania pozamedyczne olsztyńskiego Szpitala MSW, podejmowane z myślą o podnoszeniu poziomu satysfakcji pacjenta i systematycznym podnoszeniu jakości świadczeń zdrowotnych, zgodnie z przyjętą misją „Szpital Przyjazny Pacjentom”, zostały odniesione do trzech obszarów, a mianowicie:

1. Zasad postępowania pracownika;
2. Relacji pomiędzy personelem i pacjentem;
3. Relacji pomiędzy szpitalem a mieszkańcami Warmii i Mazur.

Rozwijaniu stanu świadomości pracownika, że przyszłość Zakładu zależy od lojalności pacjentów, ta zaś w dużej mierze od jakości ich obsługi przez poszczególnych pracowników, ma sprzyjać opracowany dekalog życzliwego traktowania pacjentów⁴, umieszczony we wszystkich gabinetach lekarskich, punktach pielęgniarskich, gabinetach zabiegowych, na www.poliklinika.net. Stanowi również stały element kwartalnika szpitalnego pn. Poliklinika. Zgodnie z jego zapisami, pacjenci:

1. Są najważniejszymi osobami w naszej działalności.

4. por. <http://www.crm.pl/druk.php?kategoria=1&rodzaj=6&id=226>, data dostępu 07.08.2013.

2. Nie są zależni od nas. To my jesteśmy zależni od nich.
3. Nie zakłócają naszej pracy. Są jej celem.
4. Są częścią naszej organizacji, a nie osobami z zewnątrz.
5. Nie są tylko częścią statystyki. Są ludźmi z krwi i kości, którzy czują i reagują jak my, traktujemy ich tak, jak sami chcielibyśmy być traktowani.
6. Zaslugują na tyle uprzejmości i uwagi, ile tylko możemy im poświęcić.
7. Staraj się przekazać informację pacjentowi w taki sposób, aby zrozumiał, co do niego mówisz.
8. Zastanów się nad sugestiami pacjenta, one nie zawsze są pozbawione sensu. W końcu nikt nie zna lepiej swojej choroby niż sam chory.
9. Na powitanie uśmiechnij się. Krzywy grymas na twarzy źle wpływa na poziomy glikemii Twojego pacjenta.
10. Są istotą naszej pracy. Bez nich nie byłoby nas. Zawsze o tym pamiętaj!

W badanym podmiocie leczniczym dużą wagę przywiązuje się do zarządzania personelem w celu wyzwolenia całego jego potencjału w staraniach o jakość i zadowolenie pacjentów. Dlatego też realizowany jest projekt szkoleniowy pn. Doskonalenie kompetencji pracowników w zakresie zapobiegania niekorzystnym zjawiskom w środowisku zawodowym, w zakresie kształtowania postaw i etyki postępowania oraz kompleksowe szkolenia w zakresie profesjonalnej obsługi pacjenta, dotyczące w szczególności trudnych sytuacji z pacjentem zdenerwowanym i pacjentem o zwiększonych wymaganiach i roszczeniach. Projekt opracowany i realizowany jest przez psychologa klinicznego, psychoterapeutę, trenera NLP Zakładu Usług Psychologicznych. W latach 2011–2013 przeszkolono 80% pracowników.

Szukając metod dotarcia do pacjentów, zdecydowano się na wykorzystanie elementów marketingu rekomendacji, gdzie punktem wyjścia jest osobiste doświadczenie z produktem bądź usługą. Wyselekcjonowanej grupie pacjentów (nazywanych ekspertami) przekazane są informacje na temat usług świadczonych przez szpital np. z zakresu rehabilitacji, chirurgii plastycznej, czy bezpłatnych badań profilaktycznych. Dawana jest możliwość ich wykonania również „osobom poleconym” przez ekspertów (pacjentów, odwiedzających), którzy ją oceniają. Społeczność ekspertów to pacjenci w różnym wieku, mających różne zainteresowania, których hospitalizacja planowana jest na okres co najmniej 7. dniowy.

Lekarze badanego podmiotu opracowali, a następnie zrealizowali kompleksowy program szkoleń dla 120 lekarzy rodzinnych (w latach 2012–2013 oraz 2013–2014). Obejmował on 18 bloków tematycznych, ściśle związanych z wykrywaniem i leczeniem nowotworów. Program spotkań dotyczył m.in. zagadnień epidemiologii i profilaktyki nowotworów, a także podstawy diagnostyki onkologicznej, leczenia przeciwbólowego, opieki paliatywnej oraz

objawy niepożądane w chemioterapii i radioterapii. Poza tym uczestnicy poznali najnowsze osiągnięcia medycyny w zakresie leczenia nowotworów piersi, prostaty, płuca, przewodu pokarmowego, czerniaka i mięsaka tkanek miękkich i kości oraz chłoniaków i innych nowotworów układu krwiotwórczego. Dodatkowym 19. elementem szkoleń było przeprowadzenie warsztatów z zakresu przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu lekarzy.

W obszarze relacji pomiędzy szpitalem a mieszkańcami województwa warmińsko-mazurskiego organizowanych jest wiele akcji prozdrowotnych, finansowanych ze środków Ministerstwa Zdrowia w ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych, w tym:

1. Akcja „Warmia i Mazury krainą edukacji dla zdrowia i bezpieczeństwa” – kompleksowy projekt dotyczący promocji bezpiecznych zachowań zarówno w życiu codziennym, jak i w czasie wypoczynku. Edukacja jest skoordynowana i obejmuje wszystkie potencjalne źródła zagrożenia;
2. Akcja „Na chorobę nieznającą granic – profilaktyka bez ograniczeń – ulotka w każdym paszporcie”. Łamanie barier komunikacyjnych, propagowanie zapisów Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem wśród podróżnych przekraczających polsko-rosyjską granicę państwową, mieszkańców strefy nadgranicznej, osób kontrolowanych w ruchu drogowym, cudzoziemców umieszczonych w Ośrodku Strzeżonym dla cudzoziemców, słuchaczy Centrum Szkolenia Straży Granicznej, funkcjonariuszy i pracowników Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Straży Granicznej.
3. Kampania „Rak to nie wyrok. Trzymaj życie w swoich rękach”. Celem kampanii jest w szczególności wdrażanie zasad zdrowego stylu życia na co dzień, wyrabianie odpowiedzialności za zdrowie i systematyczności w postępowaniu, rozwijanie zainteresowań aktywnymi metodami spędzania czasu, kształtowanie nawyków higienicznego trybu życia oraz wyrobienie w mieszkańcach Warmii i Mazur przekonania i chęci poddania się badaniom profilaktycznym.
4. Warsztaty „Uczyń się wirtuozem zdrowia. Stwórz melodię smaków” na rzecz popularyzacji zdrowej diety jako czynnika zapobiegającego zachorowaniom na nowotwory.
5. Happening profilaktyczny „Wolę mentosa od papierosa” organizowany w szkołach Warmii i Mazur, mający na celu popularyzację idei walki z czynnym i biernym paleniem tytoniu wśród dzieci i młodzieży.
6. Działania informacyjno-edukacyjne nt. skutków nadmiernego opalania się oraz korzystania z solariów w trakcie spotkań na koloniach i obozach letnich.
7. Międzynarodowy turniej szachowy w strefie wolnej od dymu tytoniowego. Warunkiem uczestnictwa było podpisanie deklaracji o niepaleniu papierosów lub chęci rzucenia papierosów.

8. Akcja „Spacery – Rowery”, która jest elementem ogólnopolskiej akcji prowadzonej pod tym samym hasłem. Trasy przygotowano z myślą o miłośnikach marszów Nordic Walking, amatorów biegania, rowerzystach lubiących spokojne przejażdżki i spacerowiczach chcących poznać uroki Lasu Miejskiego w Olsztynie.

9. Akcja prozdrowotna „Bez dymu do celu” realizowana w ramach „Programu Ograniczenia Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu”.

10. Działania prowadzone w placówkach nauczania i wychowania. Upowszechnianie treści Europejskiego Kodeksu Walki z Rakim, propagowanie mody na niepalenie, edukacja dzieci i młodzieży w zakresie zysków płynących z niepalenia oraz zagrożeń wynikających z czynnego i biernego palenia, kreowanie wizerunku człowieka, który nie pali papierosów oraz przebywa w pomieszczeniach wolnych od dymu tytoniowego.

Łącznie w latach 2007–2013 działaniami z zakresu prewencji pierwotnej nowotworów objęto ponad 200 tys. mieszkańców Warmii i Mazur.

Świadczenie czysto medyczne stanowi integralny, ale niejedyny element działalności Szpitala MSW w Olsztynie (jest jej rdzeniem). Misja „Szpital Przyjazny Pacjentom”, rozumiana jako oferowanie najwyższej jakości świadczeń zdrowotnych opartych na zaufaniu, zrozumieniu i empatii, to istota funkcjonowania jednostki. Przy czym pełna orientacja na jakość i zadowolenie pacjentów jest możliwa przy zaangażowaniu wszystkich zatrudnionych w celu nie tylko pozyskania pacjentów, lecz także ich utrzymania oraz stworzenia warunków i okoliczności do ponownego nawiązania kontaktu. Jednocześnie wymaga od szpitala wysokiej jakości usług, dużej transparentności działania, otwarcia i przejścia z monologu do dialogu z pacjentem.

Dyskusja

Nadrzędnym celem działania państwa w dziedzinie bezpieczeństwa wewnętrznego według Strategii Bezpieczeństwa Narodowego jest utrzymanie zdolności do reagowania w razie wystąpienia zagrożeń bezpieczeństwa publicznego oraz powszechnego, związanych z ochroną porządku prawnego, życia i zdrowia obywateli oraz majątku narodowego przed bezprawnymi działaniami oraz skutkami klęsk żywiołowych, katastrof naturalnych i awarii technicznych⁵. Sformułowane tu działania są podstawowymi dla zapewnienia bezpieczeństwa państwa, a resortowa służba zdrowia jest ważnym elementem tego systemu, co potwierdzają m.in. badania Chełchowskiego. W opinii 80,28% ankier-

5. file:///C:/Documents%20and%20Settings/brygida.kolendo/Moje%20dokumenty/Downloads/SBN_RP%20(1).pdf, dostęp: 03.05.2014.

towanych do zapewnienia bezpieczeństwa wewnętrznego państwa niezbędna jest również właściwie funkcjonująca resortowa służba zdrowia MSW.

Uzyskane w badaniu ankietowym wyniki wskazują jednoznacznie, że zdecydowana większość funkcjonariuszy (89,41%) widzi potrzebę funkcjonowania resortowej służby zdrowia priorytetowo obsługującej funkcjonariuszy resortu MSW, jednak nie w obecnym kształcie i przy tak sformułowanych zdaniach (58,82%). W ocenie 83,63% badanych funkcjonariusze MSW powinni być obsługiwani w pełnym zakresie ambulatoryjnym, diagnostycznym i szpitalnym, w trybie natychmiastowym, poza kolejnością. Natomiast w opinii 90,59% respondentów akcje specjalne powinny być zabezpieczane w sposób szczególny, dając gwarancję natychmiastowej pomocy medycznej [Chelchowski 2012, ss. 171–173].

Natura procesu pracy oraz szeroko pojęte warunki pracy w coraz większym stopniu determinują indywidualny potencjał zdrowotny. Służba zawodowa funkcjonariuszy, szczególnie związana z działaniami operacyjnymi, wiąże się z wyjątkowym ryzykiem zawodowym. Niestety, niekorzystne warunki pracy tych służb nie mogą zostać całkowicie wyeliminowane, dlatego tak ważnym wydaje się prowadzona przez badany podmiot leczniczy profilaktyka zdrowotna.

Funkcjonariusze służb mundurowych w okresie pełnienia służby podlegają w zasadzie wszystkim czynnikom szkodliwym uszeregowanym w wytycznych Ministerstwa Zdrowia ds. przeprowadzania badań profilaktycznych, ale dodatkowo występują w ich służbie zawodowej inne, rzadko spotykane w innych grupach zawodowych, czynniki ryzyka, takie jak: służba w narażeniu na jednoczesowe występowanie różnych zagrożeń zawodowych, przy wykonywaniu której istnieje ciągle zagrożenie dla zdrowia i życia. Służba wymagająca stałej dyspozycyjności oraz zmiennego rytmu dobowego pracy, stałej i pełnej sprawności psychofizycznej. Służba pełniona często w ekstremalnych warunkach atmosferycznych. wymagająca dużej samodyscypliny, konieczności prawidłowych reakcji w sytuacjach przewlekłego stresu i pełnej sprawności psychoruchowej. Służba w warunkach napięcia psychicznego, zwiększonej odpowiedzialności za zdrowie i życie własne oraz innych ludzi. Służba z bronią. Przez nałożenie się wszystkich szkodliwości występujących w zawodach cywilnych na ww. narażenia typowe dla służb mundurowych, powstają zagrożenia zawodowe rzutujące na wczesne powstawanie schorzeń i wczesnego inwalidztwa u funkcjonariuszy⁶. Dlatego też tocząca się dyskusja publiczna na temat potrzeby i zasadności istnienia oraz zakresu działania resortowej służby zdrowia w Polsce wydaje się merytorycznie i naukowo nieuzasadniona.

6. http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/plan_smundurowych_2004.pdf, dostęp: 03.05.2014

Wnioski:

1. Resortowa służba zdrowia MSW stanowi jeden z elementów szeroko rozumianego bezpieczeństwa wewnętrznego, będąc gwarantem bezpieczeństwa medycznego państwa.
2. Działalność olsztyńskiego Szpitala MSW ma charakter dwubiegunowy, tj. w kierunku zabezpieczenia resortowej służby zdrowia, uwzględniając zabezpieczenie stanów nagłych oraz ośrodka skojarzonego leczenia chorób nowotworowych, zgodnie z przyjętą misją „Szpital Przyjazny Pacjentom”.

Bibliografia

Chelchowski J.S. (2012), *Model procesu restrukturyzacji resortowej służby zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Polsce*, Szczytno, ss. 78–89, 171–173.

Golinowska S. (red.) (2012), *Zarys systemu ochrony zdrowia*, Warszawa, ss. 43–45, 91–96.

Plan zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych dla służb mundurowych na rok 2004, Warszawa 2003 [online] http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/plan_smundurowych_2004.pdf, dostęp: 03.05.2014.

Strategia Bezpieczeństwa Narodowego Rzeczypospolitej Polskiej [online] file:///C:/Documents%20and%20Settings/brygida.kolendo/Moje%20dokumenty/Downloads/SBN_RP%20(1).pdf, dostęp: 03.05.2014.

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011r. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2004r. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.).

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

Zintegrowany system zarządzania podmiotem lecniczym na przykładzie olsztyńskiego Szpitala MSW

**Integrated system of managing a health care entity exemplified by
the Ministry of the Interior Hospital in Olsztyn**

Abstract: Since 2014, certified systems have become crucial criteria of evaluating service providers. The aim of this thesis is to analyze how systematic management functions in a health care entity. A case study has been a basis of the research. ZSZ (Integrated Systematic Management), i.e.: simultaneous quality, environment, OHS, and information management, as well as preventing corruption in a health care entity confirm its orderly organizational and medical functioning.

Key-words: Integrated Systematic Management, process management, case study.

Wstęp

Funkcjonują w Polsce szpitale, kliniki, przychodnie, osiągnięcia naukowe praktycznie w wielu dziedzinach, które budzą podziw na całym świecie. A organizacja systemu ochrony zdrowia – „ile ją zmienić trzeba, ten tylko się dowie, kto stracił zdrowie”. Obywatel, potencjalny pacjent i jedyny płatnik, w tym systemie nie ma wpływu na kształt opieki zdrowotnej. Świadczenio-

.....

dawca może ocenić potrzeby pacjenta i bez konieczności uzyskania jego zgody odmówić¹ lub ograniczyć leczenie pomimo opłacenia przez niego wszystkich składek. Tak stanowi prawo i odpowiednie przepisy regulujące funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Jednak bez względu na to, jak nie-sprzyjająca jest rzeczywistość, racjonalne działania zapewnią lepsze wyniki niż proste zaniechanie. Dlatego też kierownictwo placówek opieki zdrowotnej powinno mieć 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 (ZSZ), integrujący kluczowe obszary zarządzania podmiotem leczniczym.

Wymagania dotyczące tworzenia systemów zarządzania można znaleźć w normach i międzynarodowych standardach. Przy czym dla systemu zintegrowanego dotychczas nie wypracowano we wzorcach międzynarodowych koncepcji integracji systemu ani nie określono wymagań. W związku z tym w praktyce certyfikacja Zintegrowanego Systemu Zarządzania polega na potwierdzeniu zgodności zastosowanych w tym systemie wymagań w stosunku do wymagań zawartych w odpowiednich normach, których wymagania stanowiły podstawę dla systemu zintegrowanego.

Celem niniejszego opracowania był przegląd i podsumowanie 10. letnich doświadczeń funkcjonowania zarządzania systemowego w wybranym podmiocie leczniczym.

W praktyce badawczej wykorzystano metodę studium przypadku. Na podstawie obserwacji i badania dokumentacji systemowej przeanalizowano procesy Zintegrowanego Systemu Zarządzania, zakres integracji obszarów zarządzania, poziom wsparcia informatycznego oraz ocenę funkcjonowania SP Zakładu Opieki Zdrowotnej MSW z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie w zakresie ZSZ.

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

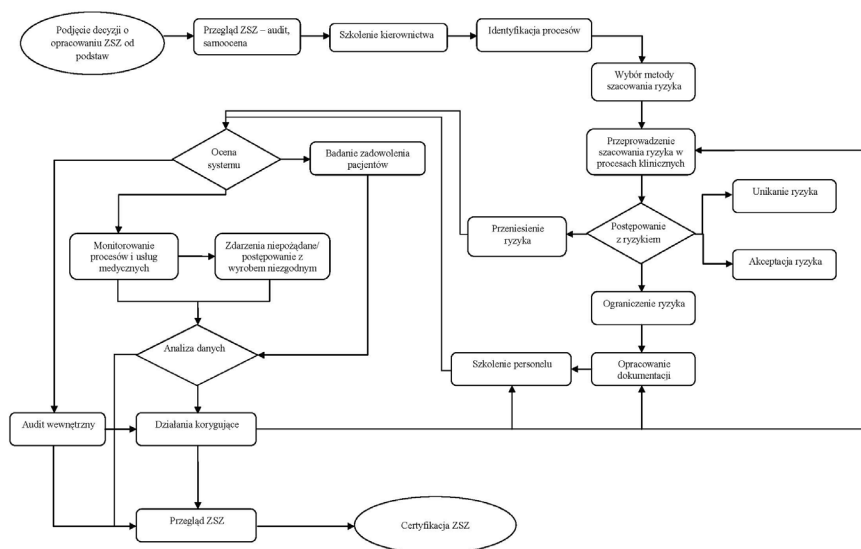
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie to centrum opieki zdrowotnej oferujące zawansowane leczenie w kierunku zabezpieczenia resortowej służby zdrowia i medycyny ratunkowej, ośrodka skojarzonego leczenia chorób nowotworowych, z pomostem w postaci pod-
1. Poza świadczeniami ratującymi życie.

stawowej opieki zdrowotnej, wielospecjalistycznej medycyny naprawczej realizowanej w trybie ambulatoryjnym oraz krótkotrwałych hospitalizacji. Oferta świadczeń zdrowotnych dotyczy: medycyny ratunkowej, chirurgii onkologicznej, chemioterapii, anestezjologii i intensywnej terapii, radioterapii, chirurgii ogólnej, w tym chirurgii plastycznej i chirurgii onkologicznej piersi, chirurgii urazowo-ortopedycznej i chirurgii klatki piersiowej, chorób wewnętrznych, w tym diagnostyki onkologicznej i kardiologii, ginekologii i ginekologii onkologicznej, otolaryngologii, rehabilitacji, neurologii z pododdziałem udarowym oraz hematologii. Prowadzone jest leczenie chorych w ramach badań klinicznych i terapeutycznych programów lekowych. Na 356 łóżkach stacjonarnych i 69 pobytu dziennego rocznie leczonych jest około 42 tys. pacjentów. Ponadto realizowane są zadania w ramach programów zdrowotnych Ministerstwa Zdrowia oraz Ministerstwa Spraw Wewnętrznych. Szpital stale podnosi jakość swoich usług, a doskonalenie realizowanych procesów ma charakter ciągły od września 2004 roku, kiedy podjęto decyzję o wdrożeniu Systemu Zarządzania Jakością według normy ISO 9001:2000.

Zintegrowany System Zarządzania

Certyfikat uznający System Zarządzania Jakością w badanym szpitalu za zgodny z normą ISO 9001:2000 przyznano 14 maja 2005 roku. W miarę doskonalenia metod realizacji usług dla pacjentów i rozszerzania zakresu usług medycznych, system był modyfikowany zgodnie z cyklem Deminga. W kolejnych latach rozszerzano zarówno zakres certyfikacji, jak i ilość wdrożonych i certyfikowanych systemów zarządzania. System doskonalono samodzielnie, bez współpracy z firmą konsultingową. Do roku 2012 budowa systemu zarządzania związana była z Systemem Zarządzania Jakością jako podstawową strukturą, w którą równolegle lub etapowo wdrażano pozostałe systemy. W roku 2012 w efekcie zorganizowanej interdyscyplinarnej pracy zespołowej podjęto próbę zbudowania od nowa Zintegrowanego Systemu Zarządzania według poniższego schematu.

Rysunek 1. Schemat doskonalenia ZSZ w latach 2012–2013



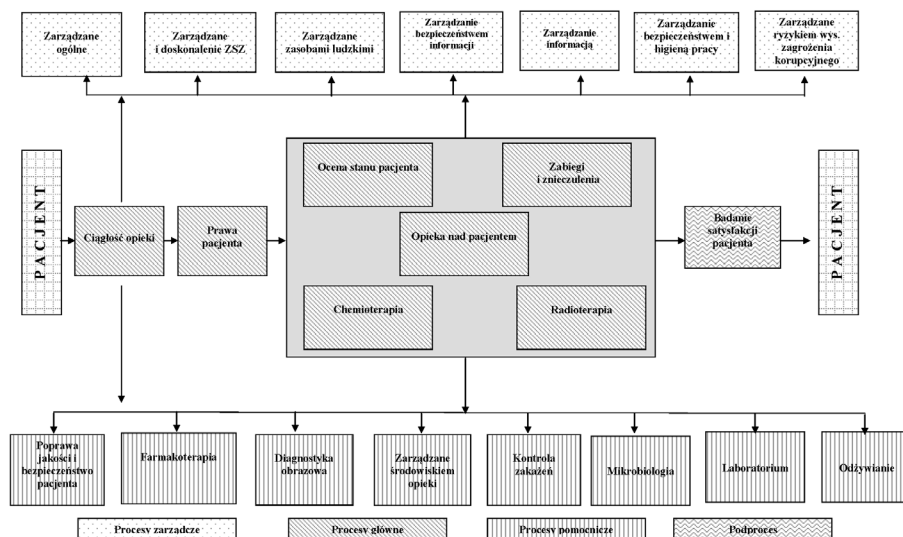
Źródło: opracowanie własne.

Aktualnie ZSZ w badanym podmiocie leczniczym to jednoznacznie określony, udokumentowany i spójny system, który umożliwia skuteczne i równoczesne zarządzanie wieloma aspektami: jakością, środowiskiem, bezpieczeństwem i higieną pracy, bezpieczeństwem informacji oraz przeciwdziałaniem zagrożeniom korupcyjnym, poprzez ustanawianie i realizację jednolitej polityki i wynikających z niej celów, zgodnie z wymaganiami norm: PN-EN ISO 9001:2009, PN-EN ISO 14001:2005, PN-N 18001:2004, OHSAS 18001:2007, PN-ISO/IEC 27001:2007, Systemu przeciwdziałania zagrożeniom korupcyjnym i standardów akredytacyjnych dla lecznictwa szpitalnego. To wachlarz instrumentów, które przy wykorzystaniu z jednej strony gwarantują wzrost efektywności pracy, poprawę komunikacji wewnętrznej, z drugiej przekładają się w logicznym ciągu na bezpieczeństwo i zadowolenie pacjentów, pracowników i innych interesariuszy.

Płaszczyzną dla integracji wdrożonych systemów zarządzania jest podejście procesowe. W obowiązującej Księdze ZSZ przedstawiona została struktura procesów wraz z przyporządkowanymi numerami procedur oraz opisem osób odpowiedzialnych za ich realizację. Procesy i mechanizmy systemowe identyfikowane w systemie zintegrowanym podzielono na grupy: procesy za-

rzędce, procesy główne, procesy pomocnicze i podproces. Wszystkie procesy na każdym szczeblu zarządzania są ze sobą powiązane. Współzależność i relacje procesów tworzą jakość funkcjonowania organizacji (rys. 2).

Rysunek 2. Mapa procesów Zintegrowanego Systemu Zarządzania



Źródło: Księga Zintegrowanego Systemu Zarządzania SP ZOZ MSW z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie.

Dla realizacji 22 procesów opracowano 353 procedury i instrukcje postępowania.

Wdrożone w Szpitalu MSW w Olsztynie systemy zarządzania postrzegane są jako świadomość. W przypadku systemu zarządzania jakością – świadomość dotycząca potrzeb i oczekiwań pacjentów i pracowników, w przypadku systemu zarządzania środowiskowego – świadomość dotycząca wpływu działalności szpitala na środowisko, w przypadku systemu zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy – świadomość dotycząca warunków pracy pracowników, w przypadku systemu bezpieczeństwa informacji – świadomość oparta na podejściu wynikającym z ryzyka biznesowego, odnosząca się do ustanawiania, wdrażania, stosowania, monitorowania, przeglądania, utrzymywania i udoskonalania bezpieczeństwa informacji, w przypadku systemu przeciwdziałania zagrożeniom korupcyjnym – świadomość dotycząca kultury organizacyjnej, której istotą jest ograniczenie ryzyka wystąpienia zjawisk o charakterze korupcyjnym. Jest filozofią zarządzania, która bazuje na sposobie myślenia całego personelu. Zakłada podporządkowanie idei

kompleksowej jakości wszystkich podstawowych płaszczyzn funkcjonowania organizacji i w ten sposób udoskonalenia jej efektywności, elastyczności i konkurencyjności. [por. Reed i in. 1996, s. 90; Karaszewski 2009, s. 134; Chelchowski, Kondracka 2012, ss. 257–258].

Poziom wsparcia informatycznego ZSZ

Zarządzanie informacją w badanym podmiocie leczniczym odbywa się głównie poprzez Intranet. Aktualny stan informatyzacji, to 520 stacji roboczych, ok. 110 drukarek i urządzeń drukujących, ok. 40 urządzeń sieciowych, 15 serwerów².

Zintegrowany System Zarządzania wspierany jest przez systemy informatyczne:

- szpitalny system InfoMedica do obsługi ruchu chorych, prowadzenie dokumentacji medycznej oraz rozliczenia świadczeń,
- system finansowo księgowy oraz kadrowo-płacowy,
- system do obsługi zaopatrzenia – gospodarka materiałowa, zaopatrzenie, środki trwałe.
- system do obsługi laboratorium,
- system do wyceny procedur medycznych,
- system do obsługi apteki oraz apteczek oddziałowych,
- system do obsługi zakładu radioterapii,
- system transkrypcji głosowej,
- systemy do obsługi radiologii Orion – w ramach którego są podłączone cyfrowo tomografy oraz rezonans, zintegrowany z system InfoMedica, Syngo.via – analiza zdjęć radiologicznych, Maxima – teleradiologia,
- system do obsługi grafików zintegrowany z systemem szpitalnym,
- system do rejestracji czasu pracy,
- lecznictwo otwarte moduł – gabinet,
- usługa e-pacjent.

Ponadto w sieci szpitalnej działa system do kontroli i nadzoru uprawnień w oparciu o Active Directory oraz stworzoną domenę szpitalną poliklinika. W skład tego systemu wchodzi zasoby udostępnione poszczególnym jednostkom organizacyjnym oraz system do archiwizowania i backupowania tych danych. Całość jest kierowana przez urządzenia sieciowe i routery w taki sposób, aby maksymalnie wydzielić i ograniczyć do poszczególnych podsieci dostęp jedynie do zasobów potrzebnych danej jednostce do pracy. Zabezpieczenie dostępu do sieci publicznej Internet realizowane jest przez system firewalli oraz bramek Proxy. Dzięki odpowiednim zabezpieczeniom możliwe

2. Dane na dzień 15.04.2014.

jest zestawianie transmisji dla potrzeb Teleradiologii oraz diagnostyki zdalnej urządzeń działających w zakładzie radioterapii.

Administracja dokumentacji systemowej Zintegrowanego Systemu Zarządzania, obowiązujące akty prawne, dokumentacja statutowa, ankiety, cennik procedur medycznych, certyfikaty, instrukcja przeciwpożarowa, harmonogram edukacji zdrowotnej, ocena ryzyka zawodowego, ocena ryzyka zagrożenia korupcyjnego, polityka ZSZ, polityka antymobbingowa, polityka bezpieczeństwa systemów informatycznych, plan auditu i szkoleń, Program poprawy jakości, wyniki badań pracowników i pacjentów oraz Strategia rozwoju odbywa się poprzez <http://iso.kolibeer.net>. Jest to system opracowany przez zespół informatyków badanego podmiotu leczniczego na potrzeby Zintegrowanego Systemu Zarządzania.

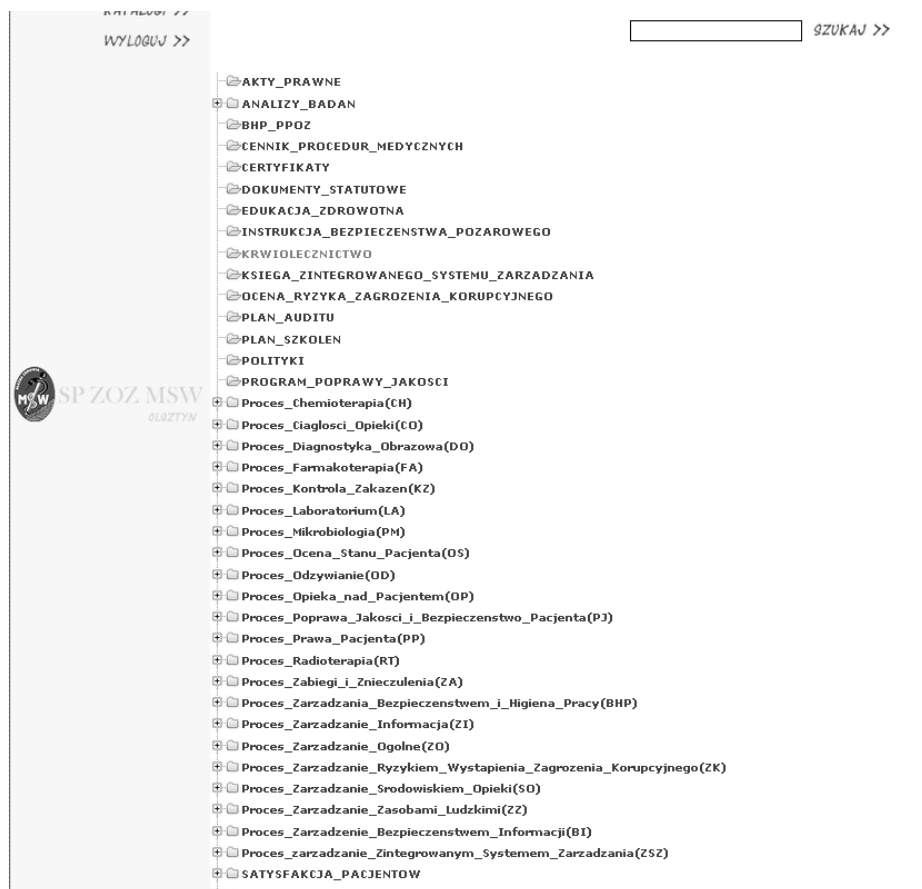
Pracownik po zalogowaniu się do systemu ma możliwość wyszukania dokumentu (rys. 3) bądź przejścia do katalogu głównego (rys. 4).

Rysunek 3. Wyszukiwanie dokumentu ZSZ

The screenshot shows a web interface for searching documents. On the left, there is a vertical menu with three options: 'SZUKAJ >>' (highlighted), 'KATALOG! >>', and 'WYŁOŻUJ >>'. The main area is titled 'SZUKANIE DOKUMENTÓW'. Below the title, there is a text box containing instructions: 'Proszę wpisać szukany fragment tekstu, który znajduje się w opisie dokumentu, jego ID-ISO lub w nazwie Procesu. Np. wpisując "Proces Odżywianie" wyświetlone będą wszystkie dokumenty znajdujące się w tym procesie. Jeżeli wpisujemy np. F-00 to system wyszuka wszystkich dokumentów które są załącznikami w Procesie Odżywiania.' Below this text box is a search input field. To the right of the input field is a button labeled 'SZUKAJ >>'. In the bottom left corner, there is a logo for 'SP ZOZ MSW OLSZTYN'.

Źródło: <http://iso.kolibeer.net>.

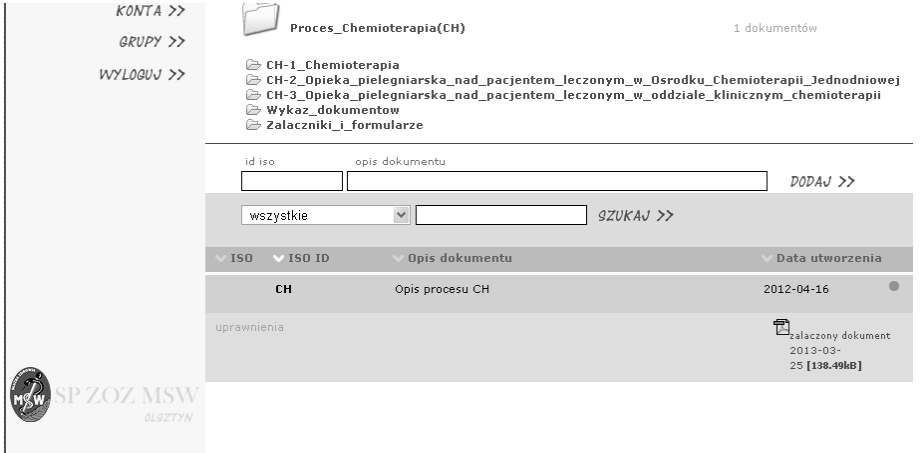
Rysunek 4. Katalog główny ZSZ



Źródło: <http://iso.kolibeer.net>.

Dokumentacja systemowa w ramach ZSZ dostępna jest w wersji elektronicznej wszystkim pracownikom na <http://iso.kolibeer.net>. Kierownicy komórek organizacyjnych (jeśli uznają za słuszne) pobierają dokument z systemu informatycznego <http://iso.kolibeer.net>. Fakt ten sygnalizowany jest przez system Pełnomocnikowi ds. ZSZ, co umożliwia właściwy nadzór nad dokumentem wydrukowanym.

Rysunek 5. Struktura folderu procesu



Źródło: <http://iso.kolibeer.net>.

Dla każdego procesu przyjęto stały schemat. Zawiera on precyzyjny opis procesu, wykaz dokumentów danego procesu, procedury, instrukcje oraz załączniki i formularze. Przykładową strukturę folderu procesu przedstawiono na rysunku 5 i 6.

Rysunek 6. Dostęp do dokumentów ZSZ



Źródło: <http://iso.kolibeer.net>.

Administracja systemu polega na udostępnianiu dokumentacji pracownikom zgodnie z uprawnieniami, nadzorze nad jej aktualnością oraz nadzorze statystyki zapoznania się pracowników z dokumentacją.

Ucyfrowienie jednostki umożliwiło komunikację wewnętrzną drogą elektroniczną. Szpitalny system InfoMedica, strona www.poliklinika.net, <http://iso.kolibeer.net>, zarządzenia wewnętrzne dyrektora od 2010r., informacja o zmianach w dokumentacji systemowej, zgłaszanie innowacji, bilans apteczek szpitalnych oraz wybrane linki dostępne są poprzez Intranet (rys. 7).

Rysunek 7. Panel informacyjny SP ZOZ MSW z WMCO w Olsztynie

Bla nr Apteczki Oddziałowych Innowacje

amms
ASSEC MEDICAL MANAGEMENT SOLUTIONS

ISO.KOLIBEEER.NET

Zaloguj się do poczty [poliklinika.net](mailto:jan.kowalski@poliklinika.net)

Adres e-mail:

Hasło:

☐ Zapamiętaj moje hasło na tym komputerze!

SZPITAL PRZYJAZNY PACJENTOM

Ważna Informacja

OSTATNIE ZMIANY W DOKUMENTACJI ISO

Z-KZ-1-10-4 Wykaz zakażeń i chorób zakaźnych podlegających zgłoszeniu do Państwowej Inspekcji Sanitarnej

Z-KZ-1-4-1 Plan dezynfekcji 2013

Ostatnie Zarządzenia

Zarządzenie nr 142/2013

Zarządzenie nr 142 w sprawie: zmiany Załącznika nr 1 do Zarządzenia nr 55/2010 z dnia 09.07.2012r....

Zarządzenie nr 141/2013

ZP w sprawie: powołania komisji przetargowej na dzierżawę analizatorów do laboratorium w zakresie immunologii i elektroforezy) wraz z dostawą odczynników i testów laboratoryjnych do mikrobiologii ...

Zarządzenie nr 139/2013

ZP w sprawie: powołania komisji przetargowej w trybie zamówienia z wolnej ręki na dostawę i wymianę Źródeł radioaktywnych Ir-192 do aparatu HDR microelectron HDR V3 firmy NUCLETRON wraz z obsługą ser...

Zarządzenie nr 138/2013

ZP w sprawie: powołania Komisji Przetargowej na docieplenie dachu płaskiego na części budynku "D" SP ZOZ MSW z WMCO w Olsztynie ...

Zarządzenie nr 137/2013

BSK w sprawie: określenia procedury zawierania i wykonywania umów o przeprowadzenie badania klinicznego w SP ZOZ MSW z WMCO w Olsztynie...

Edison Polikliniki

Subskrybuj przez RSS

Szukaj

Kategorie

Zarządzenia 2010 (134)

Zarządzenia 2011 (125)

Zarządzenia 2012 (183)

Zarządzenia 2013 (134)

Odnosińki

Naczelna Izba Lekarska

Portal Zakładów Opieki Zdrowotnej

Receptariusz szpitalny

REGON

SIMP

SZOI

© 2013 Panel Informacyjny | Powered by Zespół Informatyków

Źródło: <http://iso.kolibeer.net>.

Szpital realizuje politykę jawności i dostępności do informacji publicznej. Informacje dotyczące Zakładu są systematycznie publikowane na stronie www.poliklinika.net oraz na stronie Biuletynu Informacji Publicznej. Szpital udostępnia na zewnątrz wszystkie dane z zakresu struktury organizacyjnej, osiągnięć naukowych, nagród i wyróżnień oraz informacje istotne dla pacjentów.

Ocena funkcjonowania ZSZ

Kluczem do sukcesu każdego podmiotu leczniczego jest zdolność jego i jego pracowników do tworzenia wartości, z której pacjenci oraz płatnik będą chcieli skorzystać. Usługa, na którą nie ma nabywcy, nie ma żadnej wartości niezależnie od ilości pracy, pieniędzy i innych nakładów zużytych na jej przygotowanie. Dlatego też prowadzony jest analityczny i systematyczny pomiar potrzeb zdrowotnych regionu oraz działalności badanej placówki, tym samym efektów funkcjonowania ZSZ. Służy temu:

- analiza finansowa działalności Zakładu (4x w roku);
- analiza realizacji kontraktu (4x w roku);
- kwartalna analiza funkcjonowania oddziałów szpitalnych (4x w roku);
- analiza ekonomiczna wybranych metod leczenia (2x w roku);
- analiza i ocena istotnych zdarzeń związanych z hospitalizacją, w tym: analiza przyczyn odmów hospitalizacji (2x w roku), przebieg i skutki znieczuleń (4x w roku), badania powtórzone (4x w roku), skutki zabiegów w trakcie hospitalizacji (4x w roku), odległe skutki zabiegów (2x w roku), przedłużony pobyt (2x w roku), zgony (stany nieterminalne) (4x w roku), zgony okołoperacyjne (2x w roku), powtórne hospitalizacje (2x w roku), reoperacje (4x w roku), częstość i skuteczność podjętych czynności reanimacyjnych (4x w roku), odczyny popromienne (4x w roku), odleżyny (2 x w roku), zakażenia szpitalne i biologiczne czynniki chorobotwórcze (4x w roku).
- analiza zdarzeń niepożądanych oraz skarg pacjentów (4x w miesiącu);
- analiza poziomu satysfakcji pacjentów i pracowników (1x w roku);
- ocena pracownika oraz przełożonego (w cyklu dwuletnim);
- badanie klimatu organizacyjnego oraz konfliktu w organizacji (w cyklu dwuletnim);
- wyniki auditów wewnętrznych i zewnętrznych;
- wyniki kontroli NFZ, MSW, Głównego Inspektora Ochrony Danych Osobowych, NIK, PIS, PIP, CBA, i in. organów;
- bieżąca kontrola dokumentacji medycznej;
- samoocena kontroli zarządczej (1x w roku);
- analiza stanu bhp i środowiska (2x w roku);

- analiza przyczyn awarii, wypadków przy pracy, zdarzeń potencjalnie wypadkowych i chorób zawodowych (2x w roku);
- ocena przez kadrę zarządzającą ryzyka wystąpienia nieprawidłowości w procesach (1x w roku);
- wyniki prac zespołów zadaniowych, w tym: Zespołu ds. jakości, Zespołu ds. kontroli dokumentacji medycznej, Zespołu Oceny Przyjęć, Komisji analizująca przyczynę zgonów, Zespołu ds. żywienia dojelitowego i pozajelitowego, Komitetu ds. przetaczania krwi, Zespołu ds. kontroli zakażeń szpitalnych, Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych, Zespołu ds. antybiotykoterapii, Komitetu terapeutycznego, Zespołu ds. profilaktyki i pielęgnacji odleżyn, Zespołu interdyscyplinarnego ds. jakości opieki pielęgniarstwa, Zespołu etycznego, Komisji analizującej częstość i skuteczność podjętych czynności reanimacyjnych, Komisji BHP, Komisji ds. orzekania śmierci osobniczej, Zespołu ds. monitorowania i leczenia bólu, Zespołu ds. farmakoterapii, Zespołu ds. zdarzeń niepożądanych, Zespołu ds. HACCP, Komisji ds. oceny ryzyka zawodowego, Komisji sprawującej nadzór nad kształceniem podyplomowym lekarzy, Komitetu ds. doskonalenia Systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji;
- benchmarking ogólnopolskiego badania poziomu satysfakcji pacjentów (1x w roku),
- benchmarking szpitali MSW,
- benchmarking wyników w ramach ogólnopolskiego rankingu szpitali „Bezpieczny szpital”,
- aktualne doniesienia naukowe,
- zebrane informacje podczas rozmów z klientami, spotkań z władzami lokalnymi i centralnymi.

Ocena funkcjonowania ZSZ prowadzona jest w oparciu o Kartę monitorowania celów, ujętych w czterech perspektywach charakterystycznych dla metodologii BSC:

1. Perspektywa interesariuszy: pacjentów, organu założycielskiego, płatnika i uczelni wyższych. Wykorzystano tu mierniki, które odzwierciedlają udział badanego podmiotu leczniczego w obsłudze interesariuszy i poziom ich zadowolenia.
2. Perspektywa procesów wewnętrznych: procesy regulacyjne, społeczne, zarządzania operacyjnego, innowacyjne, logistyczne oraz zarządzanie obsługiwanyimi rynkami. Perspektywa mówiąca o priorytetowych, z punktu widzenia dostarczania wartości dla interesariuszy, procesach wewnętrznych w badanej placówce zdrowotnej.

3. Perspektywa rozwoju: zasobów organizacyjnych, infrastruktury, technologicznych, ludzkich oraz informacyjnych. Monitorowana jest za pomocą mierników, pokazujących podstawy długoterminowego rozwoju i doskonalenia.

4. Perspektywa finansowa: efektywność działania, sprawność działania, gospodarowanie zasobami, budżet operacyjny i strategiczny. Wykorzystano tu mierniki finansowe, umożliwiające ocenę efektów finansowych funkcjonującego ZSZ.

Karta ta pozwala na określenie adekwatności (Czy cele ZSZ odpowiadają potrzebom interesariuszy?) i stopnia osiągnięcia celów ZSZ, efektywności (Czy cele ZSZ osiągnięto najniższym możliwym kosztem?), skuteczności (Czy to co osiągnięto, jest tym co planowano?), użyteczności (Czy spełniono oczekiwania interesariuszy?) i trwałości (Czy efekty działania są trwałe, długookresowe?), umożliwiając ocenę racjonalności podejmowanych działań. Dostarcza wiarygodnych i przydatnych informacji, pozwalając na wykorzystanie zdobytych w ten sposób wniosków w procesie podejmowania decyzji. Ewaluacja prowadzona jest w trzech momentach:

- w fazie wstępnej, gdy dokonywana jest analiza przyjętych rozwiązań pod kątem potencjalnej zdolności do osiągnięcia efektów;
- w trakcie realizacji: w cyklu miesięcznym, kwartalnym, półrocznym lub rocznym;
- po zakończeniu roku kalendarzowego, dostarczając odpowiedzi na pytania: Czy cele ZSZ zostały osiągnięte, wdrożony ZSZ skuteczny, a pracownicy którym delegowano uprawnienia poprawnie wypełnili przypisane im zadania? Czy wyniki działalności szpitala w minionym roku spełniły oczekiwania interesariuszy, a efekty działań szpitala są trwałe i długookresowe? Dostarcza też informacji na temat czynników, które przyczyniły się do sukcesu lub niepowodzenia przy realizacji określonego celu. Wyniki badania są punktem wyjścia do opracowania Karty monitorowania celów strategicznych i operacyjnych na kolejny rok.
- Do procesu oceny i doskonalenia ZSZ wykorzystana jest też samoocena organizacji prowadzona w oparciu o standardy kontroli zarządczej. Ocenie podlegają poszczególne elementy systemu³:
- środowisko wewnętrzne jednostki, w tym: przestrzeganie wartości etycznych, kompetencje zawodowe pracowników, powierzanie uprawnień, struktura organizacyjna, identyfikacja zadań wrażliwych;
- cele i zarządzanie ryzykiem, w tym: misja, określanie celów i zadań, identyfikacja ryzyka, analiza ryzyka, reakcja na ryzyko;

3. Komunikat Nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych.

- mechanizmy kontroli, w tym: dokumentowanie systemu kontroli zarządczej, nadzór, ciągłość działalności, ochrona zasobów, mechanizmy operacji finansowych i gospodarczych, mechanizmy kontroli systemów informatycznych;
- informacja i komunikacja, w tym: informacja bieżąca, komunikacja wewnętrzna, komunikacja zewnętrzna,
- monitorowanie i ocena, w tym: monitorowanie systemu kontroli zarządczej, samoocena, audyt wewnętrzny, uzyskanie zapewnienia o stanie kontroli zarządczej.

Corocznie prowadzona jest przez kadrę zarządzającą ocena ryzyka wystąpienia nieprawidłowości w procesach, uwzględniająca następujące kryteria: znaczenie zadań wykonywanych w komórce dla skutecznego i efektywnego realizowania celów całej organizacji, kwalifikacje i doświadczenie pracowników, obieg informacji (właściwy zakres, czas, forma), środowisko prawne (przepisy prawne: kompletne, adekwatne, stabilne).

Ocena funkcjonowania Zintegrowanego System Zarządzania prowadzona jest również w oparciu o samoocenę organizacji na podstawie „Powszechnego Modelu Oceny dla Jednostek Administracji Publicznej – CAF (Common Assessment Framework)”. Jest on kompatybilny z Modelem Polskiej Nagrody Jakości, który bazuje na Modelu Doskonałości EFQM. Samooceny dokonano w 2010 oraz 2011 roku. W wyniku czego badany podmiot leczniczy został laureatem XVI edycji konkursu Polskiej Nagrody Jakości w kategorii zespołowej „Organizacje publiczne i opieka zdrowotna”. Wdrożony i certyfikowany Zintegrowany System Zarządzania olsztyńskiego Szpitala MSW uznano za modelowy przykład jakości zarządzania, będący wzorem i źródłem inspiracji dla innych podmiotów. Ponadto Prezydium Komitetu Polskiej Nagrody Jakości przyznało Pełnomocnikowi ds. Zintegrowanego System Zarządzania Dyplom Finalisty konkursu „Znakomity Pełnomocnik Systemów Zarządzania”.

Dyskusja

Działania badanego podmiotu leczniczego nie ograniczają się tylko do ustalania zasad współpracy z płatnikiem, zatwierdzania planów budżetowych, poprawy warunków strukturalnych, czy poszerzania diagnostyczno-terapeutycznych możliwości szpitala. Zgodnie z wymogami wdrożonych i certyfikowanych systemów zarządzania istotna jest tu identyfikacja głównych obszarów wymagających poprawy, wiedza na temat klinicznej działalności szpitala w zakresie uzyskiwanych wyników opieki (wskaźników jakości), realizowanych projektach poprawy jakości, informacja o rezultatach badań opinii pacjentów i personelu, klimatu organizacyjnego oraz konfliktu w organizacji.

Z badań Ewy Jakubek wynika, że umiarkowaną i dużą przydatność certyfikowanego systemu zapewnienia jakości w podmiotach leczniczych potwierdziło 92,6% kierowników oraz 87,4% pracowników badanych 17 szpitali ($p=0,117$). Przy czym 7% kierowników i 13% pracowników uznało, że przydatność systemu dla funkcjonowania szpitala jest niewielka lub całkowicie bez znaczenia [Jakubek 2012, ss. 101–102].

Zwiększenie poziomu efektywności i produktywności organizacji, w których istniał system zarządzania jakością, zaobserwowano m.in. w badaniach W.A. Taylora [Taylor 1995, ss. 10–28]. Pozytywny wpływ systemu zarządzania jakością na efektywność i skuteczność pracy udokumentowały także badania prowadzone przez zespół: C. Fleming i F. Armes [Fleming, Armes 2001, ss. 17–22].

W ogólnopolskim badaniu kadry kierowniczej szpitali podjęto się oceny wpływu implementacji systemu zarządzania jakością na funkcjonowanie placówek. Ocenę efektywności rozpoczęto od weryfikacji, czy i w jaki sposób systemy zarządzania jakością wpływają na koszty funkcjonowania placówki oraz racjonalne gospodarowanie zasobami.

Redukcja kosztów jest jednym z najbardziej pożądanых rezultatów wprowadzenia systemu zarządzania jakością. Tu jednak rodzi się pewna wątpliwość. Jak wiadomo, fakt, że podmiot leczniczy ma płynność finansową, nie musi być dowodem prawidłowego zarządzania, może natomiast świadczyć o podejmowaniu niepokojących oszczędności kosztem infrastruktury, wyposażenia w sprzęt, spełnienia norm zatrudnienia itp. Jak wynika z badania, redukcja kosztów jest najslabiej ocenionym przez kadrę kierowniczą efektem wdrożenia systemu zarządzania jakością. Kadra kierownicza szpitali niepublicznych zdecydowanie częściej niż dyrektorzy szpitali publicznych upatruje w systemach zarządzania jakością możliwości redukcji kosztów, jednak bez względu na formę własności co czwarty dyrektor uważa, że system negatywnie wpływa na koszty. Przy czym z zebranych danych wynika, że trzy czwarte kadry kierowniczej uczestniczącej w badaniu uważa, że wprowadzenie systemu pozytywnie wpływa na racjonalne gospodarowanie zasobami, 15% nie dostrzega zależności, a 2% jest zdania, że adaptacja zasad projakościowych wpływa na efektywność gospodarowania negatywnie. Około 85% respondentów wskazało pozytywny wpływ systemu zarządzania jakością na wzrost zaangażowania pracowników, realną poprawę jakości świadczeń oraz większą satysfakcję pacjentów [Skrzypczyńska 2012, s. 206].

Istotnym podkreślenia jest również fakt, że Narodowy Fundusz Zdrowia, jako publiczny płatnik, zaczyna przywiązywać coraz większą wagę do posiadanych przez placówki medyczne systemów zarządzania. Efektem tego jest wzmocnienie kryterium jakości w ocenie ofert podczas kontraktowania na

2014 rok i następne lata. Premiowane jest posiadanie systemu akredytacji i certyfikatów ISO, wdrożone procedury postępowania w zakresie zakażeń szpitalnych oraz posiadanie polityki antybiotykowej.

Na podstawie wyników badań własnych, studiów literaturowych oraz wiedzy praktycznej, będącej pochodną doświadczeń zawodowych autorów, można przyjąć, że opracowany, wdrożony i doskonalony Zintegrowany System Zarządzania, zgodny z wymaganiami Systemu Zarządzania Jakością, Systemu Zarządzania Środowiskowego, Systemu Zarządzania Bezpieczeństwem i Higieną Pracy, Systemu Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji, Systemu Przeciwdziałania Zagrożeniom Korupcyjnym oraz standardów akredytacyjnych, pozwolił:

1. Zwiększać efektywność działań – pozwala na optymalizację procesów zachodzących w organizacji, tym samym na znalezienie punktu równowagi między konkurującymi celami, takimi jak pacjent i ekonomia. W szczególności przekłada to się na kompromis pomiędzy podwyższaniem standardów jakości a kontrolą kosztów.
2. Zapewnić stabilność i przewidywalność procesów – pozwolił na „poukładanie” czynności wykonywanych przez pracowników. Stworzone w ten sposób procesy zostały zapisane i stale dostępne dla osób z nich korzystających.
3. Podnosić reputację – wdrożenie norm jasno dowodzi wszystkim zainteresowanym stronom fakt przywiązania jednostki do najwyższych standardów i dążenia do ciągłego doskonalenia.
4. Zmniejszać koszty – poznając oczekiwania klienta, skracając formalne środki komunikacji, redukując liczbę niezgodności i działań niepożądanych czy choćby dobierając odpowiednich dostawców, badany podmiot leczniczy jest w stanie ograniczać koszty przeznaczane na funkcjonowanie (np. brak kar finansowych, roszczenia pacjentów rozwiązane w formie ugody).
5. Podnosić gotowość na reakcję – jest narzędziem do skutecznego monitorowania niezgodności i działań niepożądanych, określania ich przyczyn, a także wypracowania rekomendacji i zaleceń dla poprawy bezpieczeństwa pacjenta.
6. Definiować cele – za pomocą jasnego przypisania odpowiedzialności do występujących stanowisk, określone są cele wytyczone dla poszczególnych szczebli organizacji. Dodatkowo system przedstawia narzędzia optymalnego monitorowania celów, a także sposobów ich osiągania.
7. W sposób prawidłowy spełniać wymagania prawne – usprawnia prezentowanie organom kontroli fakt zachowywania zgodności działalności z przepisami prawa⁴.

4. Zgodnie z wykazem aktów prawnych w badanym podmiocie leczniczym obowiązuje 219 aktów prawnych – dane na dzień 30 stycznia 2014 r.

8. Minimalizować negatywne skutki oddziaływania na środowisko – organizacja może zademonstrować pacjentom, dostawcom i innym interesariuszom dbałość o środowisko naturalne.
9. Zmniejszać liczbę wypadków zachodzących w przedsiębiorstwie – za pomocą poprawnego przeprowadzenia identyfikacji zagrożeń, a także oceny ryzyka można zminimalizować liczbę potencjalnych wypadków podczas pracy.
10. Zadeklarować wolę uczciwości i rzetelności w działaniu – daje możliwość zminimalizowania wystąpienia zagrożeń związanych z korupcją.
11. Zapewnić optymalne bezpieczeństwo informacji – zapewnia dbałość o dostęp do informacji jedynie dla osób uprawnionych, integralność, a w tym spójność informacji i systemów, które je przetwarzają oraz ochronę poufności danych.
12. Zaspokajać potrzeby klientów – gwarantuje, że potrzeby klientów są starannie rozważane i zaspokajane.

Nadużyciem byłoby stwierdzenie, że ZSZ posiada tylko zalety. Literatura przedmiotu wymienia wiele zagrożeń wynikających z wdrożenia ZSZ, do których można zaliczyć niebezpieczeństwo, że poziom ZSZ będzie dostosowywany do poziomu systemu najmniej rozwiniętego lub wymagania jednego z systemów będą preferowane. Z pewnością przeprowadzenie audytów ZSZ jest trudniejsze niż pojedynczych systemów, choćby dlatego, że wymaga od audytorów szerszej wiedzy na temat zarządzania oraz więcej czasu na ich przeprowadzenie [Fresner i Engelhardt 2004, ss. 623–31; Jorgensen i in. 2005, ss. 713–722].

Warto powiedzieć, za Kamilą Skrzypczyńską, że skuteczne i efektywne wykorzystywanie systemów zarządzania jakością opartych na normach ISO i/lub wymogach akredytacyjnych w polskich szpitalach wymaga przezwyciężenia wielu problemów organizacyjnych oraz zmiany mentalności pracowników i uwrażliwienia ich na konieczność permanentnego doskonalenia wszystkich procesów. Jednak jak pokazuje rzeczywistość, już dzisiaj istnieją placówki, które sprostały tym realiom i spełniają najwyższe wymagania w zakresie jakości. Szpitale te testując wiele nowych rozwiązań projakościowych przecierają szlaki pozostałym podmiotom leczniczym, które chcą doskonalić jakość świadczonych usług [Skrzypczyńska 2012, ss. 204–207]. Przykładem takiego szpitala jest badany podmiot leczniczy.

Wnioski:

- 1.** Zarządzanie systemowe – w oparciu o standardy akredytacyjne, ISO 9001, System przeciwdziałania zagrożeniom korupcyjnym oraz normy regulujące i standaryzujące obszary funkcjonowania podmiotów leczniczych, tj. środowisko, bezpieczeństwo i higiena pracy oraz bezpieczeństwo informacji – jest wyznacznikiem wysokiej jakości usług, bezpieczeństwa świadczeń i uzasadnionym narzędziem ekonomicznym.
- 2.** Zarządzanie w oparciu o Zintegrowany System Zarządzania w badanym podmiocie leczniczym przełożyło się na usprawnienie podejmowania działań dla zapewnienia realizacji celów i zadań w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy.
- 3.** Ocena funkcjonowania ZSZ prowadzona w oparciu o Kartę monitorowania celów, zgodną z metodologią BSC, dostarcza wiarygodnych i przydatnych informacji, pozwalając na wykorzystanie zdobytych w ten sposób wniosków w procesie podejmowania decyzji.

Bibliografia

Chelchowski J.S., Kondracka B. (2012), *System przeciwdziałania zagrożeniom korupcyjnym w doskonaleniu zarządzania organizacją* [w:] R. Lewandowski (red.), *Zarządzanie kosztami, informacją jakością w ochronie zdrowia*, Przedsiębiorczość i Zarządzanie, t.13, z. 4, Łódź, ss. 257–258.

Fleming C.M., Armes F.M. (2001), *The suitability of IS 9001 as a quality system for a medical illustration department*, „Journal of Audiovisual Media in Medicine”, 24, ss. 17–22.

Fresner J., Engelhardt G. (2004), *Experiences with integrated management systems for two small companies in Austria*, „Journal of Cleaner Production”, 12 (6), ss. 623–631.

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, ss. 101–102.

Jorgensen T.H., Remmen A., Mellado M.D. (2005), *Integrated management systems-three different levels of integration*, „Journal of Cleaner Production”, 14 (8), ss. 713–722.

Karaszewski R. (2001), *TQM, Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Dom Organizatora, Toruń, s. 134.

Reed R., Lemak D.J. (1996), *Beyond Process: TQM content and firm performance*, „Academy of Management Review”, 1, s. 90.

Skrzypczyńska K. (2012), *Zarządzanie jakością w polskich szpitalach – wpływ systemów zarządzania jakością na funkcjonowanie szpitala* [w:] R. Lewandowski (red.), *Zarządzanie kosztami, informacją jakością w ochronie zdrowia*, Przedsiębiorczość i Zarządzanie, Tom XIII, Zeszyt 4, Łódź, ss. 196–208.

Taylor W.A. (1995), *Organisational differences in ISO 9000 implementation practices*, „International Journal of Quality and Reliability Management”, 12, ss. 10–28.

Alina Kędzia

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Justyna Gniedziejko

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Wiedza na temat praw pacjenta wśród pielęgniarek

What nurses know about patients' rights

Abstract: Both system changes in our country and the dynamic development in medicine accompanied by the progress achieved in medical services sector that has occurred in recent years created the need of enacting legal regulations to safeguard the rights of those who use medical services. It had its impact on the quality improvement of services rendered as well as on the creation of a great deal of legal acts on patients' rights. The rights concern outpatient care as well as hospital care. The rule of autonomy – 'self-rule' and the right to take decisions concerning oneself – 'self-determination', as the basic right of an individual, change when one falls ill and when a healthy person contacts a patient. The situation that a patient does not have adequate knowledge and information to let him/her decide is not rare. In such cases patients are protected by patients' rights. The Act on Patients' Rights and Patients' Ombudsman was adopted almost 6 years ago. Thanks to the collection of the rights in a single document as well as thanks to the document's clarity and its availability accompanied by patients' rights awareness rising campaigns, the knowledge concerning the rights one is entitled to has increased substantially. Thus, the knowledge of medical services rendered as well as the one which concerns patients' rights and their respecting, plays a crucial role in the nurses' environment.

Key-words: knowledge/awareness, patients' rights, nurse.

Wstęp

Wraz z rozwojem wiedzy, nauki, technik i technologii medycznych, inżynierii genetycznej dostrzeżono wpływające z nich zagrożenia dla poszanowania człowieka oraz potrzebę prawnej ochrony pacjenta [Karkowska 2009, s. 18]. W systemie ochrony praw człowieka w ogóle, widoczna jest tendencja do szukania rozwiązań zwiększenia stopnia ochrony nie osoby jako takiej, ale człowieka charakteryzowanego jako osoby niepełnosprawnej, kobiety, dziecka, ludzi psychicznie chorych czy ludzi w podeszłym wieku. W związku z tym uzasadniony jest pogląd, że prawa pacjenta stanowią integralną część szeroko rozumianych praw człowieka [Karkowska 2004, s. 37]. Przemiany ustrojowe w naszym kraju oraz dynamiczny rozwój medycyny i postęp, który dokonał się w sektorze usług medycznych w ostatnich latach, zapoczątkowały konieczność utworzenia regulacji prawnych chroniących prawa osób korzystających ze świadczeń medycznych [Astramowicz-Leyk 2009 ss. 13–16]. W istotny sposób wpłynęło to na wzrost jakości świadczeń, a także na powstanie wielu aktów prawnych chroniących pacjenta zarówno podczas opieki ambulatoryjnej, jak i hospitalizacji. Katalog praw pacjenta w Polsce określa Ustawa o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 roku. Dzięki spisaniu praw w jednym dokumencie, przejrzystości i dostępności jego informacji, kampaniom poświęconym prawom pacjenta, świadomość społeczeństwa odnośnie przysługujących mu przywilejów znacznie wzrosła. Według rocznych sprawozdań Rzecznika Praw Pacjenta, dotyczących przestrzegania praw pacjenta na obszarze Rzeczypospolitej Polski, stale rośnie liczba zgłaszanych naruszeń prawa. W 2010 r. wpłynęło 28 735 zgłoszeń, w 2011r. – 36 228 zgłoszeń, w 2012r. – 63 913 zgłoszeń [Sprawozdanie z realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159) oraz przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Obejmuje okres od dnia 1 stycznia 2011 r. do dnia 31 grudnia 2011, ss. 4–12]. W województwie warmińsko-mazurskim w 2012 roku zanotowano 1022 zgłoszeń telefonicznych, co w skali całego kraju stanowiło 3%. Za naruszające prawo incydenty uznano 1% wszystkich wszczętych postępowań [Sprawozdanie Stenograficzne z 11. posiedzenia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 28 marca 2012 r.].

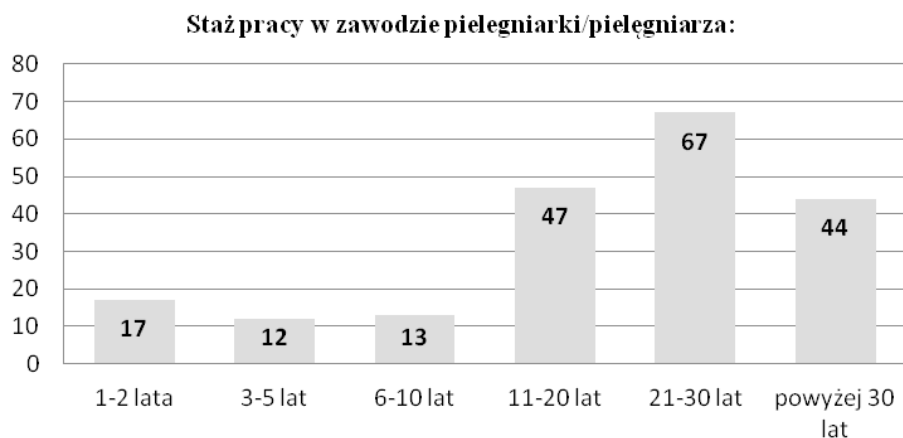
Z tego wynika, że świadczenia medyczne poświęcone osobie pacjenta, a także jego prawa i ich przestrzeganie, stanowią niebagatelną rolę w środowisku pielęgniarskim. Na pielęgniarce, zgodnie z zapisem Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, spoczywa obowiązek edukowania pacjenta w tym zakresie. Aby móc realizować zapisy ustawy, niezbędna jest szczegółowa wiedza. Dlatego też podjęto badanie w celu określenia stanu wiedzy pielęgniarek

na temat praw pacjenta. Pomiar przeprowadzono wśród 200 pielęgniarek pracujących w dwóch olsztyńskich szpitalach, w których odbywają się zajęcia praktyczne i praktyki zawodowe studentów Kierunku Pielęgniarstwa Wydziału Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.

W celu uzyskania odpowiedzi na pytania badawcze, posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, kwestionariuszem ankiety jako narzędziem badawczym. W ankiecie zawarto 26 pytań, z czego 5 pytań dotyczyło danych socjodemograficznych badanych pielęgniarek: 2 sprawdzały subiektywną ocenę poziomu wiedzy przed wypełnieniem ankiety oraz po jej wypełnieniu, 18 dotyczyło zapisów ustawy z zakresu praw pacjenta oraz jedno chęci i potrzeby zgłębiania przez respondentów wiedzy na powyższy temat. Kwestionariusz zawierał wyłącznie odpowiedzi zamknięte, jednokrotnego wyboru. Ankieta zapewniała anonimowość respondentów. Badania przeprowadzono po otrzymaniu zgody dyrekcji obu szpitali w terminie od kwietnia do czerwca 2014 roku. W badaniu sprawdzono wiedzę teoretyczną, bez jej praktycznego zastosowania w życiu zawodowym. Kolejnym celem było uzyskanie odpowiedzi na pytanie czy pielęgniarki widzą potrzebę dalszego pogłębiania wiedzy w zakresie znajomości i interpretacji praw pacjenta.

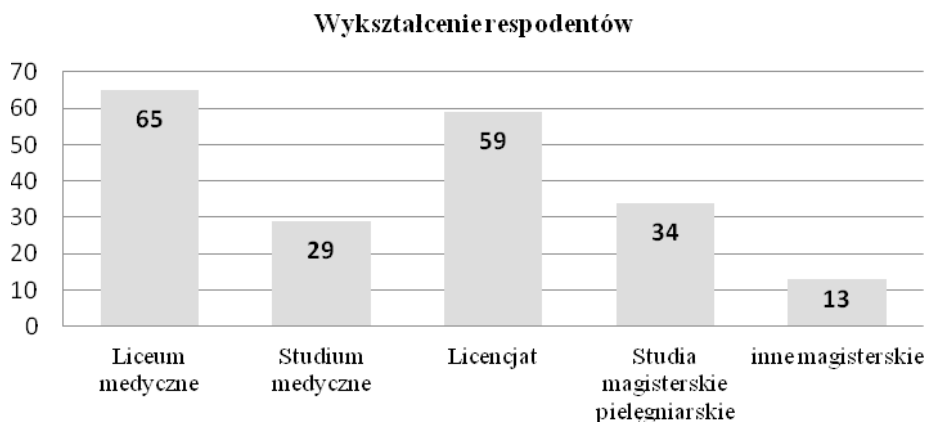
W grupie badanej wszyscy respondenci posiadali prawo wykonywania zawodu. Z 200 osób, 102 pracowało na oddziałach zabiegowych, a 98 na oddziałach zachowawczych. Respondenci byli zróżnicowani pod względem pracy na różnych oddziałach, posiadanego wykształcenia, stażu pracy, charakteru oddziału, liczby odbytych szkoleń z zakresu praw pacjenta oraz czasu, jaki upłynął od ostatniego szkolenia. W badaniu nie brano pod uwagę wieku, stanowiska pracy, rodzaju i liczby placówek, w których są lub byli zatrudnieni, jednostek, które organizowały szkolenia czy konferencje. Respondenci z 21–30 letnim stażem pracy stanowili najliczniejszą grupę obejmującą 67 osób, co stanowi 34% badanych (ryc. 1). Jak wskazuje ryc. 2, ankietowani byli zróżnicowani pod względem zdobytego wykształcenia. Najliczniejszą grupę stanowili absolwenci szkół wyższych (106 osób – 53%), zaś najmniej liczną absolwenci studium medycznego (29 osób – 14,5%).

Ryc. 1. Liczba respondentów z przepracowanym stażem pracy



Źródło: opracowanie własne.

Ryc. 2. Rodzaj wykształcenia pielęgniarstwa respondentów



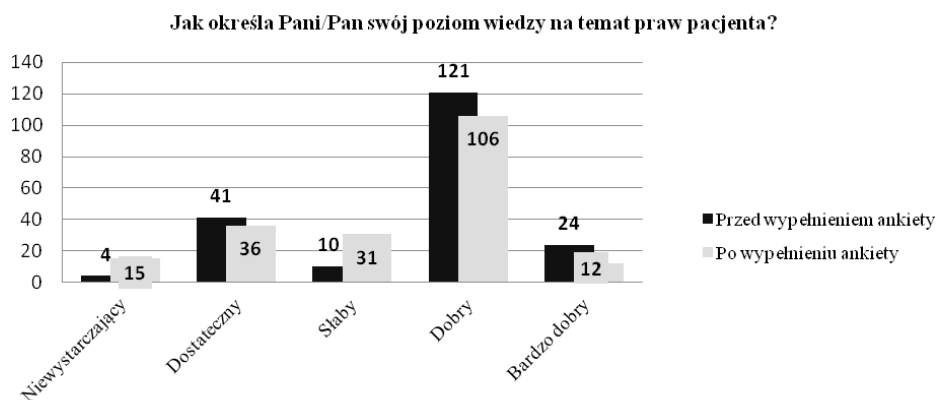
Źródło: opracowanie własne.

Wyniki i ich omówienie:

Głównym problemem badawczym było określenie stanu wiedzy pielęgniarek na temat praw pacjenta. Analiza rozkładu zaznaczonych przez respondentów odpowiedzi wykazała, iż pielęgniarki udzieliły 70% prawidłowych odpowiedzi. Jedna osoba udzieliła średnio 12,6 prawidłowych odpowiedzi na 18 pytań. Wynik taki świadczy o niewystarczającej wiedzy badanych pielęgniarek z zakresu praw pacjenta.

Zauważono, iż przed wypełnieniem kwestionariusza respondenci oceniali swój zakres wiedzy na wyższy niż po jego wypełnieniu (dobry poziom wiedzy: przed – 121 osób, po – 106 osób, bardzo dobry – 24 osoby przed, a po wypełnieniu ankiety o 50% mniej (ryc. 3). Po udzieleniu odpowiedzi zauważalnie wzrosła subiektywna ocena niewystarczającej znajomości zagadnienia (z 4 osób na 15). Można stwierdzić spadkową zależność subiektywnej oceny poziomu wiedzy przed udzieleniem odpowiedzi na pytania zawarte w kwestionariuszu oraz po jego wypełnieniu.

Ryc. 3. Stosunek subiektywnego określenia wiedzy ankietowanych przed wypełnieniem kwestionariusza oraz po jego wypełnieniu



Źródło: opracowanie własne.

Analiza danych przedstawiona w tabelach (tab. 1 i tab. 2) wskazuje, że stan wiedzy pielęgniarek na badany temat nie jest zależny od liczby przebytych szkoleń/konferencji tematycznie związanych z prawami pacjenta ani też w wyrażnie znaczący sposób nie zależy on od liczby lat przepracowanych w zawodzie.

Tabela 1. Średnia poprawnie udzielonych odpowiedzi w zależności od liczby odbytych szkoleń

Liczba odbytych szkoleń, konferencji itp. na temat praw pacjenta	Średnia prawidłowo zaznaczonych wszystkich odpowiedzi sprawdzających wiedzę o prawach pacjenta
1	12,17
2-3	13,04
4-5	12,5
6-7	13,71
8-10	13,00
Powyżej 10	13,5

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 2. Średnia poprawnie udzielonych odpowiedzi w zależności od stażu pracy w zawodzie

Staż pracy w zawodzie pielęgniarki pielęgniarza (lata)	Średnia prawidłowo zaznaczonych wszystkich odpowiedzi sprawdzających wiedzę o prawach pacjenta
1-2	10,88
3-5	13,17
6-10	12,46
11-20	12,74
21-30	13,04
Powyżej 30	12,39

Źródło: opracowanie własne.

Analizując dane z tabeli 3 oraz rozkład udzielanych przez respondentów odpowiedzi stwierdzono niewielką zależność wykształcenia zawodowego do poziomu wiedzy na temat praw pacjenta. Osoby deklarujące ukończenie studiów wyższych magisterskich udzieliły średnio 13,2 poprawnych odpowiedzi. Respondenci, którzy nie uzyskali tytułu magistra, udzielili prawidłowych odpowiedzi poniżej średniej badanej grupy <12,6.

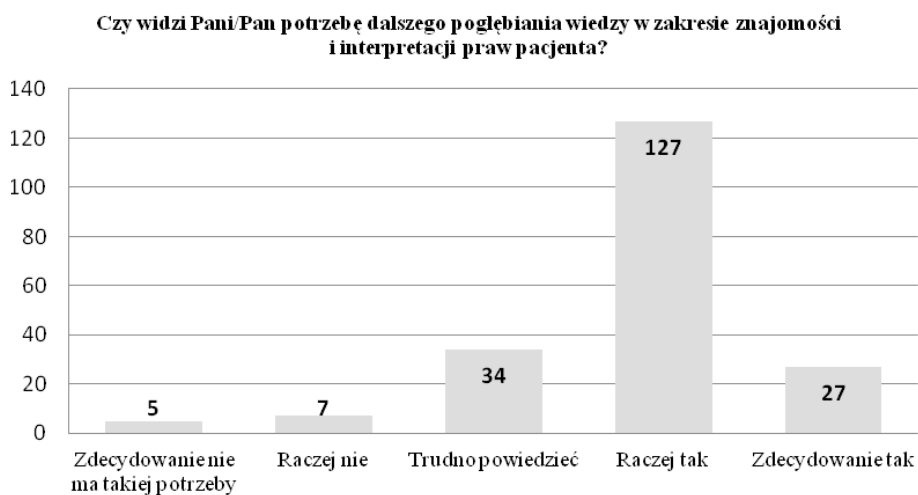
Tabela 3. Średnia poprawnie udzielonych odpowiedzi w zależności od wykształcenia grupy badanej

Wykształcenie	Średnia prawidłowo udzielonych wszystkich odpowiedzi sprawdzających wiedzę o prawach pacjenta
Liceum medyczne	12,77
Studium medyczne	12,17
Licencjat	12,25
Studia magisterskie pielęgniarские	13,03
Inne magisterskie	13,38

Źródło: opracowanie własne.

Na pytanie, czy pielęgniarki widzą potrzebę pogłębiania wiedzy z zakresu praw pacjenta uzyskano 154 odpowiedzi – raczej tak i zdecydowanie tak, co stanowiło 77% wszystkich badanych respondentów. Takiej potrzeby nie odczuwa 12 ankietowanych – 6%. Pielęgniarki, pomimo wcześniejszego deklarowania dobrej znajomości praw pacjenta, wykazują chęć poszerzania zakresu wiedzy na powyższy temat.

Ryc. 4. Potrzeba pogłębiania wiedzy na temat praw pacjenta



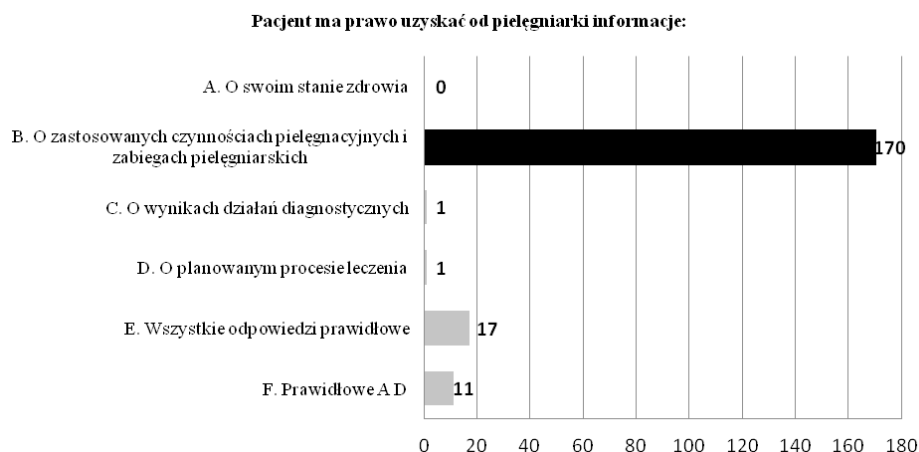
Źródło: opracowanie własne.

Planowanie i sprawowanie profesjonalnej opieki pielęgniarской wiąże się z obowiązkiem udzielania pacjentowi istotnych informacji. Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej, w rozdziale 2 dotyczącym zasad wykonywania zawo-

du, w art. 16 ust. 2, stanowi, że *pielęgniarka i położna są obowiązane udzielić pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu albo osobie wskazanej przez pacjenta informacji o stanie zdrowia, w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgniarstwa* [Dz. U. 2011 nr 174 poz. 1039 s.7/52].

Zgodnie z Ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentysty w rozdziale 5 art. 31 udzielanie informacji traktowanie jest jako obowiązek, a udzielone przez niego informacje stanowią podstawę podjętych przez pacjenta decyzji [Dz. U. 2008 Nr 136 poz. 857, ss. 83–84/98].

Ryc. 9. Prawo pacjenta do informacji



Źródło: opracowanie własne.

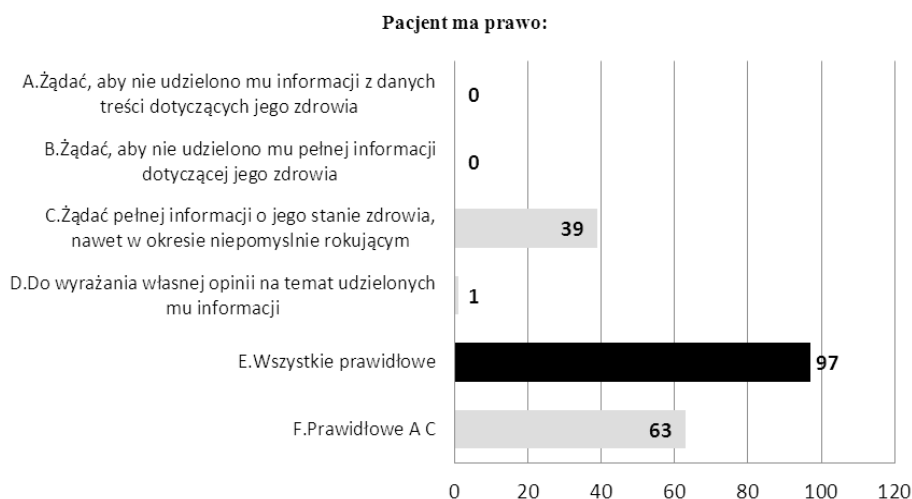
Wydawać by się mogło, że zapisy dotyczące zakresu udzielania informacji pacjentowi, ujęte zarówno w Ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej, jak i Ustawie o prawach pacjenta, tak długo funkcjonują w zawodowej rzeczywistości, że odpowiedź na takie pytanie nie powinna sprawić respondentom żadnych trudności. 28 osób (14%) uznało, że pacjent powinien otrzymać od pielęgniarki informację o stanie zdrowia oraz o planowanym procesie leczenia. 85% badanych udzieliło prawidłowej odpowiedzi.

Pacjent, jako autonomiczna jednostka, korzystająca z działań medycznych i świadoma swoich praw, może nie życzyć sobie, aby lekarz lub pielęgniarka udzielali mu wyjaśnień czy informacji dotyczących procesu leczenia i pielęgnowania. Zgodnie z Ustawą o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 roku pacjent ma prawo do zrzeczenia się prawa do informacji. Zrzeczenie takie musi mieć charakter wyraźny i stanowczy, ukazujący zdecydowanie pacjenta. Pacjent ma także prawo do cofnięcia w każdej chwili

decyzji o zrzeczeniu się prawa do informacji. Od momentu cofnięcia decyzji o rezygnacji, pacjent powinien być informowany zgodnie z ogólnymi zasadami.

Jedno z pytań sprawdzających wiedzę respondentów dotyczyło właśnie prawa pacjenta do informacji o jego stanie zdrowia. Tylko 97 osób z grupy badanej, czyli 48,5%, udzieliło poprawnej odpowiedzi. 39 respondentów (19,5%) uznało, iż pacjent ma prawo uzyskać pełną informację o stanie swojego zdrowia nawet w okresie niepomyślnie rokującym, nie uwzględniając innych możliwości, jakie daje pacjentowi ustawa. Ponad połowa osób biorących udział w badaniu zakwestionowała prawo pacjenta do wyrażania własnej opinii na temat udzielonych informacji.

Ryc. 5. Prawo pacjenta do informacji o stanie zdrowia

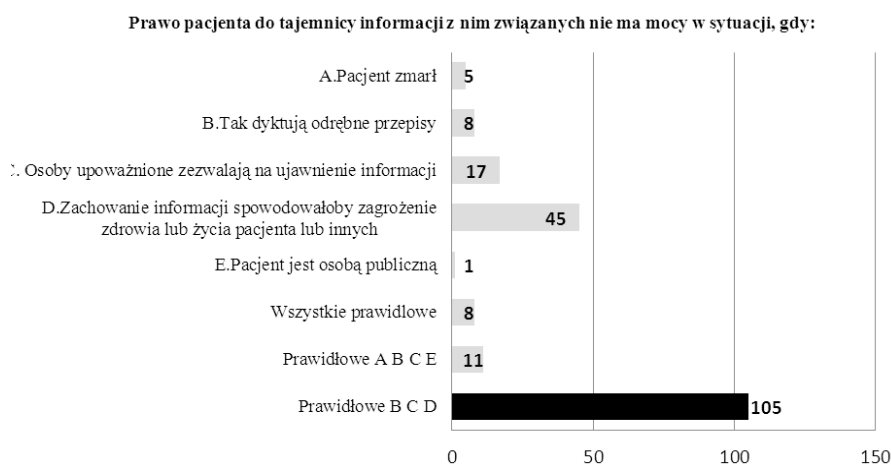


Źródło: opracowanie własne.

Pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawody medyczne i udzielające mu świadczeń medycznych, informacji z nim związanych, uzyskanych w toku wykonywania zawodu, a związanych z osobą chorego, w szczególności ze stanem jego zdrowia, diagnostyki, rodzajem leczenia i rokowań. Obowiązek dochowania tajemnicy zawodowej ciąży na wszystkich osobach wykonujących zawody medyczne, również po śmierci pacjenta. Osoby udzielające świadczeń medycznych mogą być zwolnione z zachowania tajemnicy w sytuacji, gdy pacjent/przedstawiciel ustawowy zezwalają na ujawnienie informacji, gdy nakazują tak odrębne przepisy oraz gdyby jej zachowanie spowodowało zagrożenie dla życia lub zdrowia pacjenta lub osób mających z nim kontakt.

Jedno z pytań, na które prawidłowej odpowiedzi udzieliła niewiele ponad połowa badanych, dotyczyło sprawdzenia wiedzy respondentów na temat sytuacji, w której pielęgniarz nie obliguje zachowanie tajemnicy zawodowej. 5 osób (2,5%) uznało, iż tajemnica zawodowa nie obowiązuje w przypadku informacji o osobie, która zmarła, 45 osób (22,5%) uważało, iż do zwolnienia z tajemnicy informacji o pacjencie upoważnia wyłącznie sytuacja niosąca zagrożenie życia i zdrowia pacjenta oraz osób trzecich. Prawidłowej odpowiedzi udzieliło 105 ankietowanych (52,5%).

Ryc. 6. Prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych



Źródło: opracowanie własne.

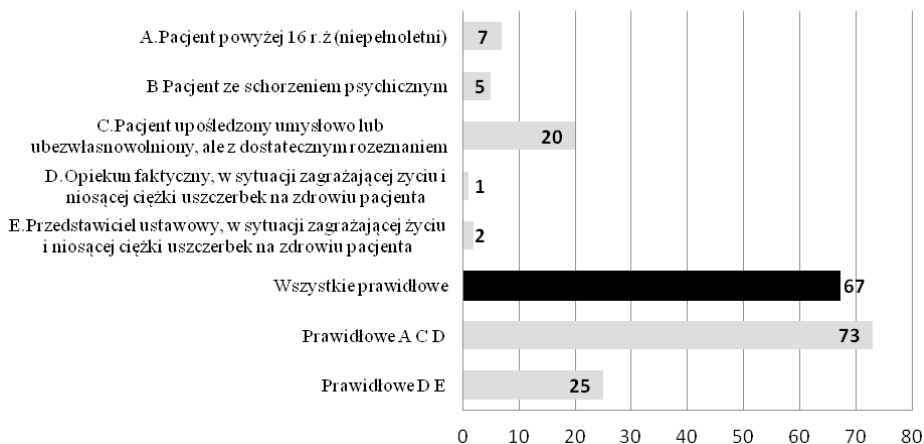
Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych zawarte jest w rozdziale V Ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 roku. Pacjent, poprzez wyrażenie zgody personelowi medycznemu na wykonywanie czynności medycznych, udziela również zgody na swobodne dysponowanie a zarazem naruszenie jego dóbr osobistych, czyli zdrowia i życia. Zgoda powinna być świadoma i podjęta przez pacjenta dobrowolnie. Zapis ustawy przewiduje sytuację, kiedy zgodę zastępczą wyraża opiekun faktyczny, przedstawiciel ustawowy czy sąd opiekuńczy.

Pytanie odnoszące się do sytuacji, w której wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego na wykonanie świadczenia zdrowotnego sprawiło respondentom najwięcej problemów – zapis tego prawa był najmniej znany ankietowanym. Tylko co trzecia osoba biorąca udział w badaniu udzieliła poprawnej odpowiedzi, iż we wszystkich przedstawionych w kwestionariuszu ankiety sytuacjach, do udzielenia świadczenia zdrowotnego potrzebna jest zgoda sądu opiekuńczego. Zdecydowana większość badanych, co uwidacznia ryc. 7,

wskazywała jako poprawną odpowiedź jednostkowe sytuacje, w jakich znalazł się pacjent, opiekun faktyczny czy przedstawiciel urzędowy.

Ryc. 7. Sytuacje wymagające zgody sądu opiekuńczego na wykonanie świadczenia zdrowotnego

Zgoda sądu opiekuńczego na wykonanie świadczenia zdrowotnego jest konieczna w przypadku, gdy sprzeciw wyraził:

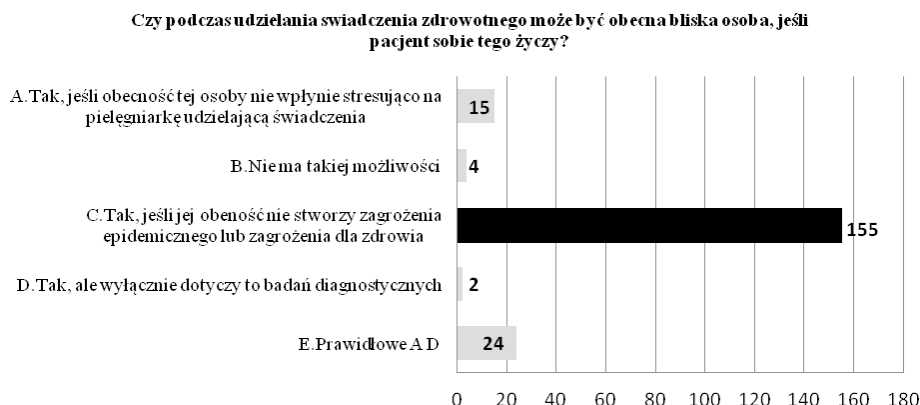


Źródło: opracowanie własne.

Przy każdym pacjencie, bez względu na wiek, stan zdrowia fizycznego i psychicznego, może być obecna osoba bliska w trakcie udzielania świadczenia zdrowotnego [art. 21 ust. 1 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta]. Jest to możliwe w każdym przypadku, gdy obecność osoby bliskiej nie powoduje zagrożenia epidemicznego lub z uwagi na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta. Towarzystwo w czasie udzielania świadczenia zdrowotnego to prawo pacjenta, a nie rodziny czy jego znajomych. Jeżeli pacjent chce z tego prawa skorzystać, osoby udzielające mu świadczenia zdrowotnego co do zasady nie mogą mu odmówić jego realizacji [Karkowska 2004, s. 373].

Podczas badania 77,5% respondentów słusznie stwierdziło, że w czasie udzielania świadczenia zdrowotnego może być obecna bliska osoba, jeśli nie stworzy ona zagrożenia epidemiologicznego lub zagrożenia dla zdrowia pacjenta. 15 ankietowanych uznało, iż taka osoba może być obecna, jeśli nie wpłynie stresująco na pielęgniarkę udzielającą świadczenia. 4 pielęgniarki wybrały z kafeterii odpowiedź, iż pacjent nie może zażądać obecności bliskiej osoby w żadnym przypadku.

Ryc. 8. Obecność bliskiej osoby podczas udzielania świadczeń zdrowotnych



Źródło: opracowanie własne.

Wiedza pielęgniarek, dotycząca zakresu zagadnień związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, postępowania z dokumentacją medyczną, opieką duszpasterską oraz prawem do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie, oscylowała w granicach 89%–93% prawidłowych odpowiedzi.

Podsumowanie

Zagadnienia obejmujące samoocenę wiedzy pielęgniarek z zakresu praw pacjenta są ważne i niewystarczająco zbadane w środowisku zawodowym. Liczba publikacji jest nieadekwatna do powagi problemu. Opisywane w literaturze wyniki badań, dotyczące zakresu znajomości praw pacjenta przez pielęgniarki, przedstawiają sytuację zdecydowanie niekorzystną i świadczą o częściowej ich znajomości wśród tej grupy zawodowej. Badania przeprowadzone przez Iwanowicz-Palus w 1998 r., czyli dwa lata po wprowadzeniu przez Ministerstwo Zdrowia dokumentu, jakim była Karta Praw Pacjenta, wskazują, że stopień upowszechniania wiedzy o prawach pacjenta jest dalece niewystarczający. Tylko 26,5% pielęgniarek i 24,5% położnych z 772 badanych zadeklarowało częściową znajomość praw pacjenta [Gotlib 2014 s. 91]. W badaniach własnych przed wypełnieniem kwestionariusza respondenci oceniali swój zakres wiedzy na wyższy niż po jego wypełnieniu. Po udzieleniu odpowiedzi zauważalnie wzrosła subiektywna ocena niewystarczającej znajomości zagadnienia. Badania Hajduka, Binkowskiej-Bury, Jacek, przeprowadzone wśród m.in. 120 pielęgniarek i położnych podkarpackich szpitali, potwierdziły także częściową znajomość praw pacjenta przez tę grupę zawodową oraz nie wykazały

zależności pomiędzy znajomością praw przysługujących pacjentom a stażem pracy [Hajduk i wsp. 2011 ss. 353–358]. Analiza przeprowadzonych badań własnych także wskazuje, że stan wiedzy pielęgniarek na temat praw pacjenta nie jest zależny ani od liczby przebytych szkoleń/konferencji tematycznie związanych z prawami pacjenta, ani też w wyraźnie znaczący sposób nie zależy on od liczby lat przepracowanych w zawodzie (tab. 1 i 2). Niedostateczną wiedzę w zakresie praw pacjenta mają także studenci kierunków medycznych. Z badań Wdowiaka i in. z udziałem 124 studentów Akademii Medycznej w Lublinie wynika, że ich wiedza na temat Karty Praw Pacjenta jest wysoce niezadowolająca. Co piąty badany określił jej poziom jako „żaden” [Wdowiak 2004, ss. 405–411]. Potwierdzają to kolejne badania 194 studentów ostatniego roku różnych kierunków Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku [Sobolewska i in. 2008, ss. 406–411]. Gotlib [2014, s. 92] powołuje się na badania z 2006 roku wśród studentów medycyny na Barbadosie, sprawdzających znajomość regulacji prawnych. Okazało się, że większość badanych studentów (76,4%) przyznała się do ograniczonej wiedzy w kwestii praw pacjenta, 16,4% nie miała żadnej wiedzy, a 7,2% uważała, że ich wiedza jest niewystarczająca. Konieczna jest zatem intensyfikacja kształcenia nie tylko studentów, ale i personelu medycznego. Grochans i in. [2011, ss. 464–466] przeprowadzili badania w latach 2008–2009. Objęto nimi grupę 366 czynnych zawodowo pielęgniarek, zamieszkujących wybrane rejony Polski, których celem była ocena znajomości prawa medycznego przez pielęgniarki czynne zawodowo oraz określenie wpływu wykształcenia na poziom posiadanej wiedzy. Wnioski dotyczące tych badań podkreślają niską znajomość zagadnień prawnych przez magistrów pielęgniarstwa, według autorów może to wynikać z różnych form kształcenia, w wyniku których pielęgniarki mogą uzyskać tytuł magistra. Wnioski zwracają również uwagę na konieczność stałego aktualizowania przez pielęgniarki wiedzy z zakresu pielęgniarstwa przez uczestniczenie w różnych formach kształcenia i doksztalcania.

Badania własne pokazują, że sami ankietowani widzą potrzebę udoskonalenia systemu szkoleń w kwestii praw pacjenta i objęcia nimi zarówno już pracujących, jak i nowo zatrudnionych pracowników.

Nowicka [2002 ss. 33–37] jest zdania, iż prawa pacjenta, prawo do godnego traktowania, zachowania tajemnicy lekarskiej oraz prawo do informacji (...), powinny zostać zaakceptowane i realizowane przez pracowników służby zdrowia.

Zgodnie z Ustawą o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz Ustawą o zawodach pielęgniarki i położnej, pacjentowi przysługuje prawo zatrzymania w tajemnicy (przez personel medyczny sprawujący opiekę medyczną) informacji o jego stanie zdrowia i procesie leczniczym. W związku z tym pielęgniarka ma obowiązek pozostawienia w tajemnicy informacji o pa-

cji oraz jego rodzinie, zdobytych w trakcie świadczenia usług zdrowotnych, także po śmierci pacjenta.

Wyniki uzyskane z „Monitoringu przestrzegania praw pacjenta na oddziałach położniczych”, przeprowadzonego w 2004 roku przez Fundację Rodzic po Ludzku, wskazały, że prawo do przestrzegania tajemnicy zawodowej bywa łamane zarówno przez lekarzy, jak i położne. Powołując się na raport CBOS z 2004 roku, w opinii 88% Polaków zawód pielęgniarki i położnej należy uznać za zawód zaufania publicznego; respondenci uznali, że osoba wykonująca zawód zaufania publicznego powinna się cechować nienaganną postawą moralną i etyczną (80%). Niemal 70% uważa, że tego rodzaju profesja zobowiązuje do przestrzegania tajemnicy zawodowej. Tymczasem Jara [2005, ss. 47–51] w swoich badaniach wykazała, że według 13% respondentów pielęgniarki nie przestrzegają tajemnicy zawodowej, a 33% ankietowanych uznało, że pielęgniarki praktykują tę zasadę jedynie czasami.

Rozwadowska i in. [2010, ss. 447–448] przeprowadzili badania wśród 129 studentów kierunku pielęgniarstwo, położnictwo oraz czynnych zawodowo pielęgniarek i położnych. Celem była ocena znajomości ustawy o zawodzie, a jednym z zadań, które poddano analizie, ustanie obowiązku tajemnicy zawodowej. Oceniając zdanie, że: „Obowiązek tajemnicy zawodowej pielęgniarki/położnej ustaje z chwilą śmierci pacjenta”, 96% położnych słusznie odpowiedziało, że jest to fałsz, podobnie jak 95% pielęgniarek, 88% studentek położnictwa (81% z I r., 100% z II r. i 86% z III r.) oraz 86% studentek pielęgniarstwa (84% z I r., 93% z II r. i 69% z III r.).

Z analizy wypowiedzi dotyczącej badań własnych wynika, że wiedza respondentów na temat sytuacji, w której pielęgniarki nie obliguje zachowanie tajemnicy zawodowej, nie jest ugruntowana, 22,5% uważało, iż do zwolnienia z tajemnicy informacji o pacjencie upoważnia wyłącznie sytuacja niosąca zagrożenie życia i zdrowia pacjenta oraz osób trzecich. Prawidłowej odpowiedzi udzieliło 105 ankietowanych (52,5%).

Kostrzanowska i wsp. [2008, s. 264] w 2007 roku przeprowadzili próbę badawczą wśród 100- osobowej grupy pielęgniarek, której celem było poznanie wiedzy na temat zasad etycznych i stopnia ich respektowania w pracy zawodowej. Analiza danych empirycznych wykazała, że zasadę poufności pielęgniarki łączą z zakazem rozpowszechniania danych o pacjencie osobom trzecim (71%), 61,0% stwierdziła, że jest to zachowanie w tajemnicy wszystkich informacji o pacjencie, które mogą poniżyć jego godność a 59,0% uznała, że jest to zachowanie w tajemnicy informacji o stanie zdrowia pacjenta i wiąże tę regułę z dotrzymaniem tajemnicy zawodowej.

Podsumowując, można stwierdzić, że wyniki badań własnych, dotyczące wiedzy pielęgniarek na temat praw pacjenta są porównywalne w wielu kwe-

stiach z badaniami innych autorów. Natomiast w dyskusji nie zostały ujęte zagadnienia dotyczące sytuacji wymagających zgody sądu opiekuńczego na wykonanie świadczenia zdrowotnego oraz obecność bliskiej osoby podczas udzielania świadczeń zdrowotnych, ponieważ obszar ten nie był przedmiotem badań innych autorów.

Wnioski:

1. Wiedza badanych na temat praw pacjenta jest niewystarczająca,
2. Przed wypełnieniem kwestionariusza respondenci oceniali swój zakres wiedzy jako wyższy niż po jego wypełnieniu,
3. Nie zauważono zależności wpływu czasu pracy w zawodzie na znajomość zagadnienia.
4. 77% ankietowanych widzi potrzebę poszerzania i uaktualnienia wiedzy z zakresu praw pacjenta.

Bibliografia

- Astramowicz-Leyk T. (2009), *Międzynarodowe systemy ochrony praw i wolności człowieka*, Olsztyńska Szkoła Wyższa im. Józefa Rusieckiego, Olsztyn.
- Gotlib J., Dykowska G., Sienkiewicz Z. i in. (2014), *Ocena wiedzy i postaw personelu medycznego Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. Prof. Orłowskiego w Warszawie wobec praw pacjenta*, „Annales Academiae Medicae Silesiensis”, t. 68, nr 2.
- Grochans E., Głowacka T., Szkup-Jabłońska M. i in. (2011), *Znajomość prawa medycznego przez pielęgniarki*, „Problemy Pielęgniarstwa”, t. 19 z. 4.
- Hajduk Ł., Binkowska-Bury M., Jacek A. (2011), *Informowanie o prawach pacjenta przez personel medyczny*, „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie”, nr 3.
- Jara K. (2005), *Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarki* [w:] M. Kosińska, L. Niebrój (red.), *Poszerzenie Unii Europejskiej: polskie pielęgniarstwo w czasie zmian*, Wyd. ŚAM, Katowice.
- Karkowska D. (2009) *Prawa Pacjenta*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa.
- Karkowska D. (2004) *Prawa Pacjenta*, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa.
- Kostrzanowska Z., Małek K. (2008), *Respektowanie zasad etycznych w pracy zawodowej pielęgniarek*, „Problemy Pielęgniarstwa”, t. 16, nr 3.
- Kubicki L. (2003), *Prawo Medyczne*, Urban & Partner, Wrocław.
- Nowicka W. (2002), *Prawa pacjenta: konflikt interesów czy wspólna sprawa?* [w:] B. Chołuj (red.), *System opieki zdrowotnej – efekty zmian w Polsce i krajach sąsiednich*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
- Opinia społeczna na temat zawodów zaufania publicznego. Komunikat z badań. CBOS, Warszawa 2004.
- Raport z monitoringu wybranych oddziałów położniczych województwa mazowieckiego. Przestrzeganie praw pacjenta w oddziałach położniczych watchdog.org.pl/wwwdane/files/raportrlp.pdf dostęp: 19.08.2014.
- Rozwadowska E., Krajewska-Kulać E., Kropiwnicka E. i in. (2010), *Ocena znajomości ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej przez studentów pielęgniarstwa i położnictwa oraz pielęgniarki i położne*, „Problemy Pielęgniarstwa”, t. 18 nr 4.
- Sobolewska K., Jacek A., Pietkiewicz A. i in. (2008), *Wiedza studentów ostatniego roku studiów niektórych kierunków UM w Białymstoku o prawach pacjenta*, „Zdrowie Publiczne”.
- Sprawozdanie Stenograficzne z 11. posiedzenia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 28 marca 2012 r., sejm.gov.pl dostęp: 13.08.2014.
- Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, Dz. U. 2008 nr 136 poz. 857.
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta Dz. U. z 2009 r., Nr 52, poz. 417.
- Wdowiak L., Bronikowska-Kolasa A., Szewc I. i in. (2004), *Prawa pacjenta w programach edukacyjnych uczelni medycznej*, „Zdrowie Publiczne”, t.114.

Agnieszka Strahl

Zespół Szkół Gastronomicznych w Bydgoszczy

Sebastian Wagner

Zespół Szkół Gastronomicznych w Bydgoszczy

Anna Andruszkiewicz

Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Aldona Kubica

Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Mariola Banaszkiewicz

Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Związek odczuwanego stresu w pracy a wybrane aspekty życia pielęgniarek czynnych zawodowo

Relevance of stress experienced and chosen aspects of career nurses lives

Abstract: The research employed the Occupational Stress Indicator questionnaire which contains social-demographic variables and questions concerning the issue of stress occurrence in workplaces. The above mentioned questionnaire was used to analyse stress within the group of 428 career persons working as nurses.

Key-words: stress, workplace stress, felt stress, lifestyle and stress.

Wstęp

Stres to zjawisko typowe dla naszego stulecia, którego podstawą jest rozwój cywilizacyjny. Wraz z nagromadzeniem się środowiskowych czynników

stresogennych poziom odczuwalnego stresu wzrasta. Stres można określić jako reakcję emocjonalną, behawioralną i fizjologiczną na bodźce negatywne [Lazarus, Cohen 1977]. Według Simmla [1957] i Planta [1957] stres jest stanem powstającym u danego człowieka pod wpływem określonych czynników środowiskowych, tzw. stresorów. Brak umiejętności dostosowania się do warunków stresujących może spowodować u człowieka reakcję, która niekorzystnie wpłynie na dalsze życie, a w szczególności zdrowie człowieka. Ocena wielkości i stopnia stresu zależy od psychiki człowieka, jak i cech poznawczych bodźca [Lazarus 1966]. Jeżeli poziom stresu przewyższa indywidualną odporność człowieka na stres, jednostka przestaje reagować normalnie [Milgram 1970]. Zmuszona jest zastosować strategię, umożliwiającą wyeliminowanie lub obniżenie poziomu stresu.

W powszechnej opinii praca pielęgniarek uchodzi za zajęcie silnie obciążające psychicznie i fizycznie, dowodzą tego badania [Klisz, Nowicka-Sauer, Trzeciak, Sadowska, 2004]. Zawód pielęgniarki należy do zawodów, w których bliski kontakt interpersonalny, procesy zaangażowania i wymiany emocjonalnej, odgrywają istotną rolę. Realizowane w poczuciu ciągłej odpowiedzialności za zdrowie i życie pacjentów zadania oraz wykonywanie obowiązków w systemie zmianowym wielokrotnie odciskają piętno na zdrowiu psychicznym i fizycznym pielęgniarek [Andruszkiewicz 2008]. Duża liczba stresorów powoduje napięcia, a ich dalszą konsekwencją są różnorodne zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu. W stosunku do pielęgniarek istnieje bardzo dużo oczekiwań społecznych, implikując narastające długotrwałe napięcia, podnosząc poziom lęku i agresji w tej grupie zawodowej [Kliszcz i wsp. 2004]. Publikowane badania wskazują, że najczęściej wymieniane stresory to: niejasność roli zawodowej, niski autorytet zawodu, zbyt mała liczba personelu, przekraczająca możliwości fizyczne wielogodzinna praca, niskie wynagrodzenie oraz konflikty w środowisku pracy [Basińska 1998, Muraczyńska 1998, Tobiasz-Adameczyk 2002, Płotka, Guty 2002, Andruszkiewicz 2008].

Tak więc kluczowym staje się racjonalne zarządzanie stresem, polegające na obniżaniu poziomu napięć bądź ich eliminacji. Jednym z wielu sposobów jest wzmożona aktywność ruchowa, która w dużym stopniu wpływa na poprawę samopoczucia człowieka. Stanowi jedną z podstawowych metod zapobiegania chorobom psychosomatycznym [Wójcik 2010]. Częstym przejawem nieumiejętnego radzenia sobie ze stresem jest picie alkoholu i palenie papierosów.

Biorąc pod uwagę powyższe przesłanki, głównym celem podjętych badań była ocena związku między poziomem odczuwanego stresu a wybranymi aspektami stylu życia (tj.: aktywnością fizyczną, piciem alkoholu i paleniem papierosów) w grupie pielęgniarek zatrudnionych w szpitalu.

Materiał i metody

Badaniami objęto 428 osoby czynne zawodowo na stanowisku pielęgniarki / pielęgniarskiej, które różniły się między sobą: płcią, stażem pracy, wykształceniem, czasem pracy, satysfakcją i oceną wynagrodzenia oraz stylem życia. Wśród nich było 413 (96,5%) kobiet i 15 (3,5%) mężczyzn w średnim wieku 39,35 lat (przy $SD=8,06$). Najmłodsza osoba miała 22 lata, a najstarsza 62. Najwięcej badanych osób pozostawało w związku małżeńskim (tabela 1).

Tabela 1. Stan cywilny badanych pielęgniarek (n=428)

Stan cywilny	n	licz. skumul.	%	% skumul.
zamężna/żonaty	317	317	74,07	74,07
konkubinat	20	337	4,67	78,74
wdowa/wdowiec	11	348	2,57	81,31
rozwidziona/ny	36	384	8,41	89,72
wolny	44	428	10,28	100,00

Źródło: opracowanie własne.

Osoby pozostające w związkach sformalizowanych i nieformalnych mają na ogół pracujących partnerów (n=329; 96%). Średnia liczba dzieci w związkach wynosi $M=1,23$ ($SD=0,92$). Najwięcej posiada troje dzieci, dzieci badanych najczęściej są w wieku szkolnym (tabela 2).

Tabela 2. Liczebność badanych w zależności od wieku dzieci

Wiek dzieci	n	licz. skumul.	%	% skumul.
Nie dotyczy	105	105	24,53	24,53
Przedszkolny	24	129	5,61	30,14
Przedszkolny i szkolny	43	172	10,05	40,19
Szkolny	172	344	40,19	80,37
Szkolny i poszkolny	32	376	7,48	87,85
poszkolny	49	425	11,45	99,30

Źródło: opracowanie własne.

Poziom wykształcenia badanych był zróżnicowany. Najwięcej osób miało ukończone liceum medyczne, a najmniej studia magisterskie pielęgniarskie (tabela 3).

Tabela 3. Liczebność badanych w zależności od poziomu wykształcenia

wykszałcenie	n	licz. skumul.	%	% skumul.
Średnie	291	291	67,99	67,99
Licencjat	80	371	18,69	86,68
Magisterskie	57	428	13,32	100,00

Źródło: opracowanie własne.

Osoby badane wykazywały się różnym stażem pracy. Najkrócej poniżej roku, najdłużej 42 lata, średnio $M=13,09$ lat ($SD=9,3$). Większość jest zatrudniona na pełnym etacie (tabela 4). U pięciu osób (2%) odnotowano brak danych.

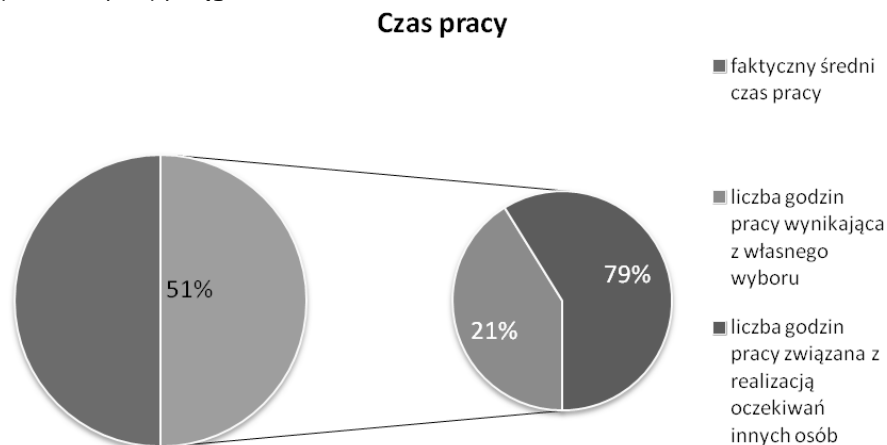
Tabela 4. Liczebność badanych w zależności od formy zatrudnienia

Forma zatrudnienia	n	licz. skumul.	%	% skumul.
Na niepełnym etacie	8	8	1,87	1,87
Na pełnym etacie	387	395	90,42	92,29
Na kontrakcie	28	423	6,54	98,83
Brakujące	5	428	1,17	100,00

Źródło: opracowanie własne.

Pośród badanych tylko 17% pracuje na stanowiskach kierowniczych ($n=71$), pozostałe (81%, $n=348$) nie pełni takiej funkcji. W placówkach mniejszych liczebnie (do 100 pracowników) 40% ($n=171$), w placówkach dużych 58% ($n=249$) w przypadku 2% ($n=8$) brakowało danych. Zakładany średni czas pracy badanych wynosi 41,07 godziny ($SD=6,4$), przy rozpiętości od 17 do 84 godzin. Jednakże faktyczny średni czas pracy wynosi 42,04 godziny ($SD=7,74$), przy rozpiętości od 8 do 84 godzin. Część z nich 41% ($n=174$) pracuje tyle godzin z własnego wyboru, a pozostali 59% ($n=254$), ponieważ się od nich tego oczekuje (rys. 1).

Rys. 1. Czas pracy pielęgniarek



Źródło: opracowanie własne.

W ostatnich 3 miesiącach badane osoby opuściły z powodu choroby różną liczbę dni w pracy, maksymalnie 84 dni. Średnio liczba wizyt u lekarza była także zróżnicowana (tabela 5).

Zakładana średnia liczba dni nieobecnych w pracy z powodu choroby jest niewielka i wynosi 1,31 (SD=6.74) (tabela 5).

Tabela 5. Liczba dni nieobecnych w pracy w ostatnich 3 miesiącach deklarowana przez badanych

	N	Średnio	Min.	Maks.	Sd
dni niepracowania	426	1,72	0	84	7,56
dni chorowania	426	1,31	0	84	6,74
lekarz	426	0,58	0	10	1,20

Źródło: opracowanie własne.

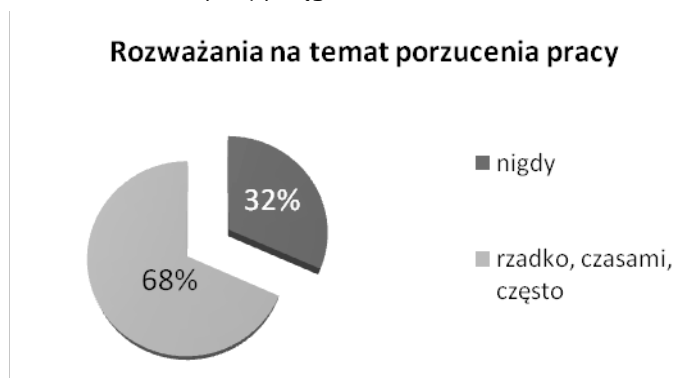
Najwięcej osób chciało porzucić swoją obecną pracę czasami, a najmniej niezwykle często (tabela 6). Badani rozważający porzucenie pracy stanowią ponad 68% wszystkich badanych (rys. 2).

Tabela 6. Liczebność badanych w zależności od częstości rozważań o porzuceniu pracy

	n	licz. skumul.	%	% skumul.
Nigdy	135	135	31,54	31,54
Rzadko	93	228	21,73	53,27
Czasami	146	374	34,11	87,38
Dość często	32	406	7,48	94,86
Całkiem często	13	419	3,04	97,90
Niezwykłe często	8	427	1,87	99,77
Braki	1	428	0,23	100,00

Źródło: opracowanie własne.

Rys. 2. Poziom zadowolenia z pracy pielęgniarek



Źródło: opracowanie własne.

Styl życia badanych analizowany był w oparciu o wybrane elementy między innymi aktywność fizyczną – ćwiczenia, stosowanie używek – picie alkoholu, palenie papierosów, liczba dni przechorowanych.

Większość badanych nie stosuje idealnego programu ćwiczeń (rys. 3).

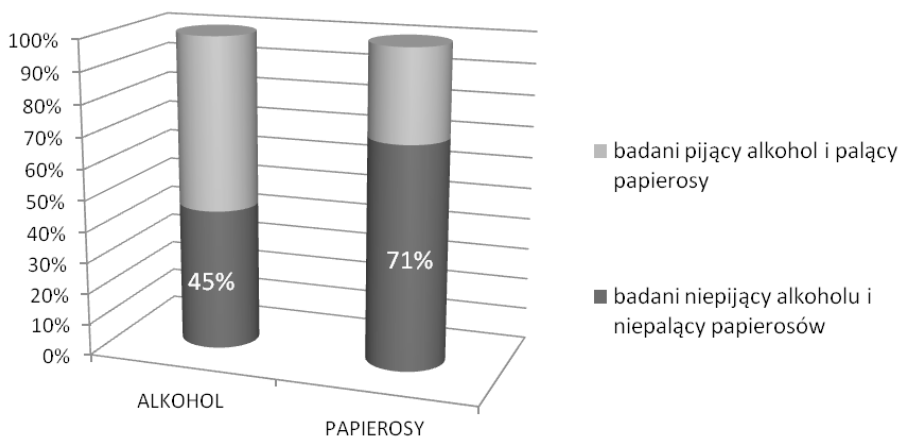
Rys. 3. Aktywność fizyczna badanych osób



Źródło: opracowanie własne.

Większość badanych osób 71% (n=304) nie pali tytoniu, spośród badanych pali 29% (n= 123). Alkohol pije 237 osób (55%), a nie pije go 191 osób (45%) (rys. 4).

Rys. 4. Picie alkoholu i palenie papierosów deklarowane przez badanych



Źródło: opracowanie własne.

W celu weryfikacji postawionych problemów badawczych zastosowano określone metody, pozwoliły one ocenić związek między poziomem odczuwanego stresu a wybranymi aspektami stylu życia pielęgniarek/pielęgniarzy zatrudnionych w szpitalu.

Kwestionariusz OSI – (OccupationalStressIndicator) obejmuje zmienne społeczno-demograficzne oraz pytania dotyczące problemu istnienia stresu w miejscu pracy.

Formułując OSI przyjęto trzy założenia dotyczące natury stresu:

- Stres jest zjawiskiem negatywnym. W środowisku pracy bardzo ważnym jest negatywny aspekt stresu.
- Stres jest zjawiskiem subiektywnie spostrzeganym przez jednostkę. Wielkość stresu i stopień jego neutralizacji zależy od indywidualnej odporności człowieka na stres. Postawy ludzkie w odniesieniu do tej samej sytuacji stresogennej mogą być różne, w niektórych wywołuje to lęk i frustrację u innych podekscytowanie i możliwość zaspokojenia własnych ambicji.
- Stres, którego doświadczamy, jest wynikiem niewłaściwego sposobu radzenia sobie z problemami. Jeżeli stres przedłuża się i narasta, oznacza to, że jednostka nieumiejętnie zarządza stresem. OSI skupia się właśnie na stresie długoterminowym.

Stresogenność zawodów użyteczności społecznej jest wysoka. Natężenie stresorów i brak umiejętnego radzenia sobie z nimi wywołuje pogorszenie stanu fizycznego, psychicznego, wpływa na relację rodzinne oraz na ocenę zadowolenia zawodowego z wykonywanej pracy. Umiejętne zarządzanie stresem może zatem wpłynąć korzystnie na zdrowie i relacje społeczno-zawodowe.

Kwestionariusz składa się z następujących skal i podskal:

- **Źródła napięcia w pracy**

Zawarte w nim 40 pozycji, mierzących 8 kategorii stresorów w pracy: obciążenie pracą, stosunki z ludźmi, równowagę praca – dom, rolę kierownika odpowiedzialność osobistą, codzienne kłopoty, uznanie i klimat organizacyjny. Badani wskazują, czy kwestia której dotyczy badana pozycja, jest dla nich źródłem napięcia. Odpowiedzi podane są na 6-punktowych skalach typu Liekerta, gdzie 1 oznacza: „bardzo zdecydowanie nie jest to źródło stresu”, a 6 oznacza: „bardzo zdecydowanie jest to źródło stresu”. Duża liczba punktów oznacza duży stres.

- **Skala zadowolenia z pracy**

Obejmuje 12 pozycji tworzących dwie podskale: zadowolenia z samej pracy i zadowolenia z organizacji. Odpowiedzi podawane są na 6-punktowej skali Liekerta, gdzie 1 oznacza, że dana kwestia jest źródłem bardzo dużego niezadowolenia, a 6 oznacza bardzo duże zadowolenie. Wysoka liczba punktów świadczy o dużym zadowoleniu.

- **Skala zdrowia psychicznego**

Zawiera 12 pozycji poprzedza ją pytanie ogólne: „co czujesz i jak się zachowujesz?”. Badani proszeni są o wzięcie pod uwagę swoich odczuć z ostat-

nich 3 miesięcy. Odpowiedzi podawane są na 6-stopniowych skalach o słownie oznaczonych końcach, oznaczenia są różne, do „często” do „nigdy” lub od „zdecydowanie martwię się” do „zdecydowanie nie martwię się”. Skala ta składa się z 3 podskal: zadowolenia, prężności i spokoju umysłu. Duża liczba punktów oznacza dobry stan zdrowia psychicznego.

- **Skala zdrowia fizycznego**

Uwzględnia 6 pozycji dotyczących występowania w ciągu ostatnich 3 miesięcy fizycznych objawów stresu: uczucia niewytłumaczalnego zmęczenia, drżenia mięśni, zawrotów głowy. Odpowiedzi podane są w 6-stopniowej skali, gdzie 1 oznacza „nigdy”, a 6 „bardzo często”. Odpowiedzi wymagają przekodowania, a wtedy duża liczba punktów wskazuje na dobre zdrowie fizyczne.

- **Skala wzoru A**

Składa się z 6 pytań, które poprzedza pytanie ogólne „w jaki sposób na ogół się zachowujesz?”. Skala ta ma 2 podskale: cierpliwości i napędu. Odpowiedzi podawane są w 6-stopniowych skalach. Podskala „napędu” wymaga przekodowania i w efekcie duża liczba punktów oznacza typ A.

- **Skala poczucia kontroli**

Obejmuje 4 pozycje, a odpowiedzi podawane są w 6-stopniowej skali od „nie zgadzam się bardzo zdecydowanie” do „zgadzam się bardzo zdecydowanie”.

- **Skala radzenia sobie ze stresem**

Zawiera 10 pozycji poprzedzonych pytaniem ogólnym „jak radzisz sobie ze stresem, którego doświadczasz?”. Odpowiedzi podane są na 6-punktowej skali od „nigdy nie stosuję” (1) do „bardzo często stosuję” (6). Wysoka liczba punktów oznacza częste stosowanie danej strategii [Widerszal-Bazyl 2001].

Wykonano badania w oparciu o model korelacyjny. Posłużono się testami statystycznymi: do opisu zmiennych w grupach średnią (M) i odchylenie standardowe (SD) oraz liczebność (n) i procent (%); do określenia kierunku i siły związku pomiędzy zmiennymi test korelacji liniowej r-Pearsona (zmienne na skali ilościowej) lub test nieparametryczny R Spearmana, gdy zmienne miały charakter porządkowy, do oceny istotności różnic między średnimi test parametryczny t-Studenta. 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

Analiza otrzymanych wyników wskazuje występowanie zależności między odczuwanym stresem a wybranymi aspektami stylu życia w badanej grupie. Czynniki, które poddano analizie, to związki między stanem zdrowia (określo-

nym liczbą dni nieobecności w pracy z powodu choroby oraz częstotliwością wizyt lekarskich), rozważaniami nad możliwością porzucenia pracy, aktywnością fizyczną rozumianą jako „stosowanie idealnego programu ćwiczeń”, paleniem papierosów i piciem alkoholu.

Badania wykazują korelację między zadowoleniem z organizacji pracy liczbą dni nieobecnych. Im mniejsze zadowolenie z pracy, tym więcej dni nieobecności. Liczba dni opuszczonych w pracy koreluje ze skalami spokój i energia oraz poczucie kontroli. Pozwala to stwierdzić, że osoby z większą liczbą nieobecności, odczuwają większy spokój oraz mają wyższe poczucie kontroli (tabela 7).

Tabela 7. Związek stresu z liczbą dni opuszczonych, wizyt lekarskich

	dni niepracowania	dni chorowania	lekarz
globalne zadowolenie z pracy	-,0840	-,0558	-,1047
	p=,090	p=,260	p=,034
zadowolenie z samej pracy	-,0463	-,0268	-,0981
	p=,350	p=,589	p=,047
zadowolenie z organizacji	-,1058	-,0736	-,0974
	p=,032	p=,137	p=,049
globalne zdrowie psychiczne	-,0680	-,0488	,0032
	p=,170	p=,325	p=,949
zadowolenie i spokój umysłu	-,0402	-,0192	-,0155
	p=,418	p=,698	p=,754
prężność	-,0469	-,0537	,0386
	p=,345	p=,279	p=,436
spokój i energia	,1295	,1533	,2191
	p=,009	p=,002	p<,001
poczucie kontroli	,0988	,1352	,1378
	p=,046	p=,006	p=,005
źródła napięcia	,0574	,0544	,0626
	p=,247	p=,273	p=,206
obciążenie pracą	,0343	,0284	,0200
	p=,489	p=,567	p=,687
stosunki z ludźmi	,0607	,0548	,0621
	p=,221	p=,269	p=,210
równowaga praca-dom	,0380	,0492	,0505
	p=,443	p=,321	p=,309
rola kierownika	,0361	,0328	,0361
	p=,466	p=,508	p=,467
odpowiedzialność osobista	,0244	,0170	,0806
	p=,622	p=,732	p=,104
codzienne kłopoty	,0802	,0638	,0523
	p=,105	p=,198	p=,291

uznanie	,0809 p=,102	,0837 p=,091	,0732 p=,139
klimat organizacyjny	,0376 p=,448	,0342 p=,490	,0549 p=,268
radzenie sobie	-,0264 p=,594	-,0506 p=,307	,0401 p=,418
radzenie sobie przez kontrolę	-,0210 p=,672	-,0506 p=,307	-,0063 p=,899

Źródło: opracowanie własne.

Interesujące wyniki uzyskano analizując współzależności między częstotliwością rozważania porzucenia obecnej pracy a odczuwalnym stresem. Okazało się, że im częściej respondenci analizowali możliwość porzucenia pracy, tym bardziej byli spokojni, energiczni, prężni, wzrastało ich poczucie kontroli, silniej odczuwali większe obciążenie pracą, źródła napięcia, codzienne kłopoty oraz klimat organizacji. Malowało ich globalne zadowolenie z pracy, zadowolenie z samej organizacji pracy, zadowolenie i spokój umysłu, poczucie zdrowia psychicznego (tabela 8).

Tabela 8. Związek stresu i radzenia sobie z rozważaniami porzucenia pracy

	badano korelację r-Spearmana	poziom p
globalne zadowolenie z pracy	-0,474	<0,001
zadowolenie z samej pracy	-0,434	<0,001
zadowolenie z organizacji	-0,459	<0,001
globalne zdrowie psychiczne	-0,126	0,009
zadowolenie i spokój umysłu	-0,180	<0,001
prężność	0,157	0,001
spokój i energia	0,321	<0,001
poczucie kontroli	0,227	<0,001
źródła napięcia	0,145	0,003
obciążenie pracą	0,174	<0,001
stosunki z ludźmi	0,161	0,001
równowaga praca-dom	0,117	0,017
rola kierownika	0,015	0,763
odpowiedzialność osobista	0,045	0,356
codzienne kłopoty	0,104	0,034
uznanie	0,090	0,067
klimat organizacyjny	0,158	0,001
radzenie sobie	-0,008	0,877
radzenie sobie przez kontrolę	-0,038	0,435

Źródło: opracowanie własne.

Badane osoby podejmujące rozważania nad zmianą pracy cechują się obniżonym poczuciem zdrowia psychicznego, przyczyną może być stres wywołany: rozważaniami na temat zmian życiowych, związany z utratą pracy i koniecznością poszukiwania nowej pracy lub całkowitej zmiany zawodu, problemem utraty płynności finansowej. Jednocześnie respondenci skłonni do powyższych rozważań są energiczni i prężni, wskazuje to na umiejętne zarządzanie stresem i choć wpływa na subiektywną ocenę swego stanu psychicznego, jest rodzajem „lęku przed zmianą”.

Posługując się miernikiem „stosowania idealnego programu ćwiczeń” można było wywnioskować, że osoby ćwiczące z większą częstotliwością są bardziej zadowolone z pracy i jej organizacji, lepiej radzą sobie, wskazują wyższe zadowolenie, spokój (tabela 9).

Tabela 9. Związek stresu z aktywnością fizyczną rozumianą jako stosowania idealnego programu ćwiczeń

	Korelacja r-Spearmana	poziom p
globalne zadowolenie z pracy	0,189	<0,001
zadowolenie z samej pracy	0,173	<0,001
zadowolenie z organizacji	0,184	<0,001
globalne zdrowie psychiczne	0,053	0,278
zadowolenie i spokój umysłu	0,115	0,018
prężność	-0,183	<0,001
spokój i energia	-0,153	0,002
poczucie kontroli	-0,033	0,495
źródła napięcia	-0,130	0,008
obciążenie pracą	-0,123	0,012
stosunki z ludźmi	-0,109	0,026
równowaga praca-dom	-0,072	0,144
rola kierownika	-0,115	0,018
odpowiedzialność osobista	-0,127	0,009
codzienne kłopoty	-0,103	0,035
uznanie	-0,088	0,072
klimat organizacyjny	-0,141	0,004
radzenie sobie	0,215	<0,001
radzenie sobie przez kontrolę	0,145	0,003

Źródło: opracowanie własne.

Zaznacza się w badaniach trafność tezy o korzystnym wpływie na samopoczucie człowieka, systematycznego wysiłku fizycznego. Wysiłek fizyczny znacząco wspomaga racjonalne zarządzanie stresem.

Spośród elementów stylu życia zbadano różnice w grupie osób deklarujących, że palą papierosy i piją alkohol. Analiza danych umożliwiła stwierdzenie, że osoby palące wykazywały wyższe wyniki w skalach radzenia sobie i radzenia sobie przez kontrolę niż osoby niepalące (tabela 10).

Tabela 10. Różnice w odczuwaniu stresu i radzeniu sobie w grupie osób palących i niepalących

	Śr. niepalący	Śr. palący	t	p	N np.	N p.
globalne zadowolenie z pracy	3,78	3,77	0,16	0,875	301	122
zadowolenie z samej pracy	4,05	4,01	0,61	0,544	301	122
zadowolenie z organizacji	3,51	3,54	-0,25	0,805	301	122
globalne zdrowie psychiczne	3,20	3,14	1,19	0,233	301	123
zadowolenie i spokój umysłu	3,37	3,23	1,50	0,135	301	123
prężność	2,87	2,94	-0,82	0,412	301	123
spokój i energia	3,18	3,42	-2,45	0,015	303	122
poczucie kontroli	4,14	4,12	0,13	0,894	299	123
źródła napięcia	4,02	4,14	-1,48	0,140	299	119
obciążenie pracą	4,01	4,15	-1,42	0,157	299	119
stosunki z ludźmi	4,39	4,52	-1,48	0,139	299	119
równowaga praca-dom	3,84	3,95	-0,90	0,367	299	119
rola kierownika	3,86	4,03	-1,63	0,105	299	119
odpowiedzialność osobista	4,23	4,31	-0,78	0,435	299	119
codzienne kłopoty	3,75	3,87	-1,37	0,173	299	119
uznanie	3,95	4,04	-0,97	0,330	299	119
klimat organizacyjny	3,85	3,97	-1,30	0,196	299	119
radzenie sobie	4,03	3,79	3,11	0,002	303	123
radzenie sobie przez kontrolę	4,07	3,85	2,61	0,009	303	123

Źródło: opracowanie własne.

Osoby spożywające alkohol odznaczały się wyższymi wynikami w skalach spokój i energia, poczucie kontroli i stosunki z ludźmi niż osoby niepijące alkoholu (tabela 11).

Tabela 11. Różnice w odczuwaniu stresu i radzeniu sobie w grupie osób pijących i niepijących alkoholu

	Śr. niepijące	Śr. pijące	t	p	N np.	N p.
globalne zadowolenie z pracy	3,78	3,79	-0,09	0,932	236	188
zadowolenie z samej pracy	4,06	4,02	0,48	0,630	236	188
zadowolenie z organizacji	3,50	3,55	-0,56	0,576	236	188
globalne zdrowie psychiczne	3,17	3,20	-0,49	0,627	237	188
zadowolenie i spokój umysłu	3,31	3,35	-0,51	0,607	237	188
prężność	2,89	2,88	0,14	0,892	237	188
spokój i energia	3,16	3,37	-2,31	0,021	237	189
poczucie kontroli	4,06	4,23	-2,17	0,031	234	189
źródła napięcia	4,00	4,12	-1,55	0,121	234	185
obciążenie pracą	3,99	4,14	-1,62	0,107	234	185
stosunki z ludźmi	4,33	4,54	-2,55	0,011	234	185
równowaga praca-dom	3,82	3,94	-1,17	0,241	234	185
rola kierownika	3,87	3,95	-0,75	0,451	234	185
odpowiedzialność osobista	4,21	4,31	-1,08	0,281	234	185
codzienne kłopoty	3,78	3,79	-0,23	0,815	234	185
uznanie	3,92	4,05	-1,52	0,129	234	185
klimat organizacyjny	3,88	3,90	-0,24	0,808	234	185
radzenie sobie	3,91	4,02	-1,53	0,128	236	191
radzenie sobie przez kontrolę	3,98	4,05	-0,85	0,395	236	191

Źródło: opracowanie własne.

Badania pozwalają stwierdzić, że osoby pijące nawiązują lepsze stosunki z ludźmi i uważają, że większe jest u nich poczucie kontroli, osiągają wyższy spokój i energię niż osoby niepijące alkoholu.

Wyniki badań z pozoru wydają się sprzeczne z takimi aksjomatami, jak negatywny wpływ używek (alkoholu, papierosów) na stosunki międzyludzkie, radzenie sobie z problemami, uzyskiwanie spokoju i energii. Powyższe wskazuje na nieefektywne, pozorne, zarządzanie stresem. Być może oczekiwana jest natychmiastowa ulga od licznych stresorów. Używki pełnią wówczas rolę „antystresową”.

Dyskusja

Uzyskane w badaniach wyniki potwierdzają wcześniejsze doniesienia, że praca pielęgniarek jest obciążająca psychicznie i naraża osoby ją wykonujące na stres [Andruszkiewicz, Basińska 2000, Kliszcz i wsp. 2004]. Jednocześnie

badając związek odczuwanego stresu w pracy z wybranymi aspektami życia pielęgniarek można stwierdzić, że funkcjonują różne sposoby radzenia sobie ze stresem. Literatura przedmiotu wskazuje na strategie pozytywne, do których zalicza m.in.: aktywność fizyczną rozumianą jako czynnik silnie minimalizujący stres zarazem podnoszący samoocenę, zmniejszającą lęk i depresję [Kicia 2012]. W przeprowadzonych badaniach aspekt pozytywnego wpływu na psychikę respondentów silnie się zaznaczył poprzez zwiększenie u osób aktywnych fizycznie poczucia zadowolenia, spokoju i radzenia sobie. Reakcja na stres może pobudzać często do działań negatywnych, określanych jako niecelowe, nieskoordynowane, wyzwalające poczucie bezradności, obniżając motywację do pracy [Kicia 2012]. Osoby nieefektywnie zarządzające stresem cechuje większa skłonność do używek, w szczególności do palenia papierosów i picia alkoholu. Te sposoby rozładowania napięcia przynoszą natychmiastową poprawę nastroju. Radzenie sobie ze stresem wskazały również wyniki badań własnych: osoby palące odznaczały się wyższymi wynikami w skalach radzenia sobie i kontroli niż osoby niepalące, natomiast osoby spożywające alkohol cechował większy spokój, poczucie kontroli i lepsze stosunki w porównaniu do osób niepijących alkoholu. Kolejnym istotnym elementem jest zależność między poziomem odczuwalnego stresu a stanem zdrowia, liczbą dni chorowania i wizyt lekarskich. Badania stanu zdrowia pielęgniarek w aspekcie psychofizycznym oraz wpływu stresu na stan zdrowia pielęgniarek podejmowały Teresa Bernadetta Kulik i Teresa Modzelewska [2002], wskazując na powiązania stresu z syndromem wypalenia zawodowego. Analiza wpływu stresu skupiała się na określaniu fizycznych reakcji na stres, podatności na stres. Aspekt wypalenia zawodowego i jego związek ze stresem podejmuje Kicia [2012] w opisie syndromu burnout. Wyniki przeprowadzanych badań własnych pozwalają stwierdzić, że osoby z większą liczbą nieobecności odczuwają większy spokój oraz mają wyższe poczucie kontroli. Zauważa się silną korelację wyników badań z teorią Kici [2012], że poprzez „przerwę w pracy jednostka oddziela się od źródła stresu, lecz jej problemy emocjonalne pozostają nierozwiązane”.

W zmaganiu się z narastającymi problemami i związanymi z nimi oczekiwaniami w życiu zawodowym pielęgniarek i pielęgniarzy, koniecznym staje się wdrażanie metod skutecznego zarządzania stresem przez zwiększanie wsparcia psychologicznego.

Wnioski

Analiza materiału badawczego pozwala sformułować następujące wnioski:

1. Aktywność fizyczna rozumiana jako stosowanie „idealnego programu ćwiczeń”, dbałość o zdrowie wyrażona wizytami u lekarza i częściowo rozważania na temat porzucenia pracy wpływają pozytywnie, częściowo neutralizując odczuwalny stres.
2. Wyniki badań wskazują na konieczność zwiększenia aktywności fizycznej i wsparcia w grupie pielęgniarek, co pozwoli na lepsze zarządzanie stresem w grupie pielęgniarek.

Bibliografia

- Andruszkiewicz A., Basińska M. (1999), *Subiektywna ocena poziomu stresowości pracy zawodowej a stosowane style radzenia sobie ze stresem i strategię radzenia sobie z problemami w pracy. Zarządzanie w ochronie zdrowia*, red. M.D. Głowacka, Materiały Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej, Poznań.
- Andruszkiewicz A. (2008), *Psychospołeczne uwarunkowania stresu w pracy pielęgniarek*, Materiały Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej, Katedra i Zakład Promocji Zdrowia Collegium Medicum UMK, Toruń.
- Basińska M. (1998), *Czynniki wyzwalające stres w pracy pielęgniarki*, *Forum psychologiczne*, T. III (2), Instytut Psychologii WSP, Bydgoszcz.
- Basińska M., Andruszkiewicz A. (2000), *Kontrola emocjonalności u pielęgniarek, Problemy Pielęgniarstwa*, Międzynarodowa Konferencja Naukowa „Pielęgniarstwo na przełomie tysiącleci”, 16–18 XI 2000, Lublin.
- Kicia M., Kachaniuk H. (2012), *Syndrom burnout w pracy pielęgniarki – jak radzić sobie z nieuniknionym stresem?*, Warszawa.
- Klisz J., Nowicka-Sauer K., Trzeciak B., Sadowska A. (2004), *Poziom lęku, depresji i agresji u pielęgniarek, a ich satysfakcja z życia i z pracy zawodowej*, Instytut Medycyny Pracy, Łódź.
- Lazarus R.S., Cohen J.B. (1977), *Environmental stress* [w:] *Human Behaviour and Environment*, Plenum, New York, U.S.A.
- Lazarus R.S. (1966), *Psychological Stress and the Coping Process*, New York, U.S.A.
- Milgram S. (1970), *The experience of living in cities*, „Science”, 167, New York.
- Modzelewska T., Kulik T.B. (2002), *Zachowania prozdrowotne pielęgniarek a zespół wypalenia zawodowego*, „Pielęgniarka i Położna”, 10/501, Lublin.
- Muraczyńska B. (1998) *Stres zawodowy pielęgniarki w pracy z człowiekiem umierającym*, Praca doktorska, UMCS, Lublin.
- Plant J.S. (1967), *The personality and an Urban area* [w:] *Cities and Society*, „Free Press”, New York, U.S.A.
- Płotka A., Guty E. (2002), *Czynniki stresogenne a syndrom wypalenia zawodowego w pracy pielęgniarek środowiskowo rodzinnych*, Materiały Konferencyjne, ss. 212–222, *Pielęgniarstwo wobec zagrożenia wartości*, 100-lecie urodzin Hanny Chrzanowskiej, Kraków.
- Płotka A., Krasowicz A. (2002), *Stres a zespół wypalenia zawodowego w grupie pielęgniarek operacyjnych*, *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska*, Lublin.
- Simmel G. (1957), *The metropolis and mental life* [w:] *Cities and Society*, red. P.K. Hatta, A.J. Reiss, New York, U.S.A.
- Tobiasz-Adamczyk B. (2002), *Wyznaczniki roli zawodowej pielęgniarki jako podstawa relacji z pacjentem* [w:] *Relacja lekarz – pacjent w perspektywie socjologii medycyny*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Widerszal-Bazyl M. (2001), *Podręcznik do testu „Stres w pracy”*, CIOP, Warszawa.

Kinga Kulczycka

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Anna Kowalczyk

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Analiza chorób zawodowych występujących w województwie lubelskim w roku 2012 z uwzględnieniem specyfiki zatrudnienia w regionie

**The analysis of occupational diseases occurring in Lublin
Voivodeship in 2012 with regard to the specific character of
employment in the region**

Abstract: Introduction: Occupational diseases reflect the influence of factors that are harmful for workers and form a crucial indicator of working conditions as well. They may also provide a basis for preventive and informative actions taken on certain workplaces. Conducting the analysis of epidemiological situation in the region allows to precise recommendations necessary to form a local health policy. The aim of the study: The aim of study is to analyze the data allowing to identify a type and number of occupational diseases occurring in Lublin Voivodeship in 2012 as well as to compare epidemiological situation in the country with the situation from previous years. Results: In 2012 in the region of Lublin Voivodeship 95 occupational diseases were noted. The morbidity rate per 100,000 workers was 12.2. Nearly the third part (30%) of general morbidity in the region of Lublin Voivodeship occurs in the group of education and upbringing specialists. Conclusions: Over the last ten years the number of workers employed in dangerous working conditions and the number of cases of morbidity have been decreasing. The structure of morbidity is dominated by infectious or parasitic diseases, chronic speech organ disorders and pneumoconiosis.

Key-words: work, working conditions, occupational disease, working environment, occupational group.

Wstęp

Polaków charakteryzuje stosunkowo duża liczba dyspozycyjnych godzin pracy w odniesieniu do innych członków Unii Europejskiej [Kłos 2013, s. 57]. Czas pracy zasadniczo wpływa na stan zdrowia pracującej populacji. Choroby zawodowe są odzwierciedleniem tego, w jakich warunkach jest on spędzany, ponadto pozostają w związku z rozwojem gospodarczym i stosowanymi rozwiązaniami, zarówno technologicznymi, jak i organizacyjnymi na poszczególnych stanowiskach pracy.

W myśl ustawy z 2009 r. pojęcie choroby zawodowej rozumiane jest jako choroba, która wystąpiła u pracownika lub byłego pracownika, zgodnie z określonym czasem pomiędzy narażeniem a pojawieniem się objawów. Choroba ta ujęta jest w wykazie chorób zawodowych, a jej przyczynę bezspornie lub z wysokim prawdopodobieństwem można skorelować z działaniem czynników szkodliwych dla zdrowia, występujących w środowisku pracy albo w związku ze sposobem wykonywania pracy [Dz.U. 2009 nr 99, poz. 825].

Procedury stwierdzania chorób zawodowych, w tym również podmioty właściwe w sprawie rozpoznawania, ujęte są w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 roku w sprawie chorób zawodowych, z uwzględnieniem zmian wprowadzonych rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 8 maja 2012 r., zmieniającym Rozporządzenie w sprawie chorób zawodowych. Załącznik 1. do rozporządzenia stanowi wykaz chorób zawodowych wraz z okresem, w którym wystąpienie udokumentowanych objawów chorobowych upoważnia do rozpoznania choroby zawodowej pomimo wcześniejszego zakończenia pracy w narażeniu. Jednostki chorobowe wymienione w wykazie sklasyfikowano w obrębie 26 grup [Dz.U. 2009 nr 105, poz. 869, Dz.U. 2012 nr 0, poz. 662].

Ustawodawstwo europejskie nakłada na Polskę obowiązek prowadzenia monitoringu i analizy występowania chorób zawodowych [Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady, nr.1338/2008, poz. 3]. Ministerstwo Zdrowia w drodze rozporządzenia zobowiązuje Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera w Łodzi do utworzenia i prowadzenia Centralnego Rejestru Chorób Zawodowych, realizując tym samym powyższe zalecenie [Dz.U. 2002 nr132, poz. 1121]. Dane z rejestru umożliwiają dokonanie analiz będących podstawą do podejmowania działań prewencyjnych. Celem pracy jest analiza danych identyfikująca liczbę i rodzaj chorób zawodowych występujących w województwie lubelskim w roku 2012 oraz porównanie sytuacji z danymi dla kraju i z lat ubiegłych.

Materiał i metoda

Podstawą dokonania analizy były dane o zachorowalności na choroby zawodowe zgromadzone w Centralnym Rejestrze Chorób Zawodowych Instytutu Medycyny Pracy im. prof. dr. med. Jerzego Nofera w Łodzi. Tworzenie rejestru odbywa się z wykorzystaniem informacji ujętych w indywidualnych kartach stwierdzenia choroby zawodowej oraz w zawiadomieniach o skutkach choroby zawodowej. Obowiązek sporządzenia i przesłania kart do instytutu w nieprzekraczającym terminie 14 dni od dnia, w którym decyzja o stwierdzeniu choroby zawodowej stała się ostateczna, ciąży na jednostkach stwierdzających tj. Państwowym Powiatowym Inspektorze Sanitarnym lub Państwowym Wojewódzkim Inspektorze Sanitarnym. Z kolei zobligowanym do przesłania zawiadomienia bezpośrednio po zakończeniu postępowania, mającego na celu ustalenie uszczerbku na zdrowiu lub niezdolności do pracy w związku ze stwierdzoną chorobą zawodową pracownika lub byłego pracownika, jest sam pracodawca [Dz.U. 2012 nr 0, poz. 663].

W prezentowanej pracy wykorzystano także dane dotyczące charakterystyki zatrudnienia oraz warunków pracy, pochodzące z bazy Głównego Urzędu Statystycznego. Każdy pracodawca, wypełniając nałożony przez prawo wymóg przekazania danych statystycznych, składa roczne sprawozdanie o pracujących, wynagrodzeniach i czasie pracy (Z-06). Natomiast obowiązek przekazania sprawozdania o warunkach pracy (Z-10) dotyczy osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej oraz osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, zatrudniających 10 osób i więcej [Dz.U. 1995 nr 88, poz. 439 z późn. zm., Dz.U. 2011 nr 173, poz. 1030].

Dla uzupełnienia niniejszego opracowania dokonano analizy aktów prawnych oraz dostępnej literatury przedmiotu. Bazę danych i opracowania statystyczne przeprowadzono w oparciu o arkusz kalkulacyjny Excel.

Wyniki badań

W roku 2012 w województwie lubelskim pracowało 793 177 osób, z czego 49% stanowiły kobiety. Względem roku poprzedniego odnotowano spadek liczby pracujących o ponad 10 tysięcy osób (1,1%). Mieszkańcy Lubelszczyzny blisko trzy i pół razy częściej pracowali w sektorze prywatnym aniżeli w sektorze publicznym. Ponad połowa pracujących swą pracę wykonywała w zakładach pracy zatrudniających poniżej 50 pracowników. Z kolei w porze nocnej pracowało 27 139 osób, w tym 43% stanowiły kobiety.

Działy gospodarki narodowej dominujące pod względem liczby zatrudnionych w regionie to: przemysł, handel oraz edukacja. Spośród ogółu zatrudnionych 7,8% stanowili niepełnozatrudnieni, były to głównie kobiety. Problem zatrudnienia w niepełnym wymiarze czasu pracy dotyczył najczęściej działalności w: edukacji, przemyśle, handlu i naprawach pojazdów samochodowych oraz opiece zdrowotnej i pomocy społecznej [Główny Urząd Statystyczny 2013, s. 86].

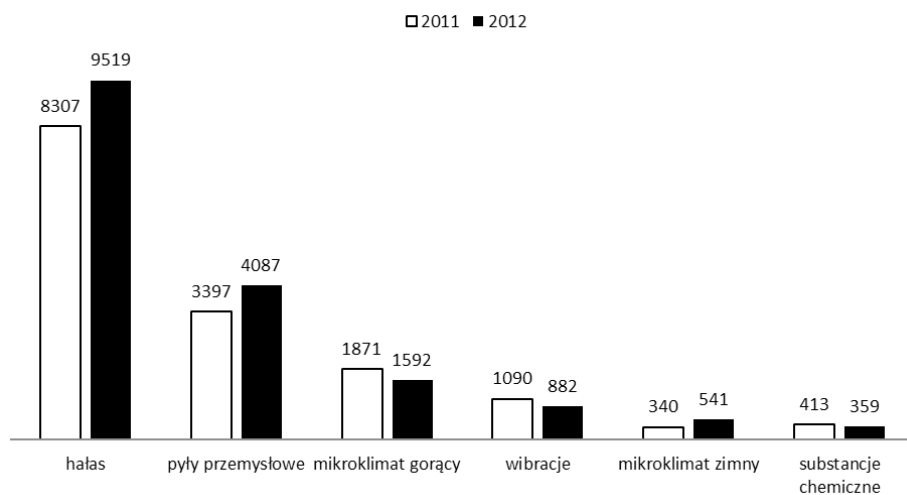
W ramach realizacji programu badań statystycznych statystyki publicznej na 2012 r. z terenu województwa lubelskiego badaniem specyfiki świadczenia pracy pod względem jej warunków objęto 190 447 osób, dla których głównym miejscem pracy była jednostka sprawozdawcza. Są to zarówno osoby: pełnozatrudnione, niepełnozatrudnione, zatrudnione dorywczo bądź sezonowo, a także zatrudnione w celu przygotowania zawodowego.

W warunkach zagrożenia środowiskiem pracy, uciążliwością pracy bądź też czynnikami mechanicznymi (licząc jeden raz w grupie czynnika przeważającego) pracowało 20 058 osób, z czego 18,8% stanowiły kobiety. Sytuacja ta przedstawia się podobnie w stosunku do ogółu kraju, gdzie co dziesiąta osoba pracowała w warunkach zagrożenia dla zdrowia [Dz.U. 2011 nr 173 poz. 1030, Główny Urząd Statystyczny 2013, ss. 80–86].

Zagrożenia związane ze środowiskiem pracy odgrywają najistotniejszą rolę pod względem rozwoju chorób zawodowych. Na tego rodzaju niebezpieczeństwa narażonych było 14 759 osób z terenu województwa lubelskiego. Współczynnik narażenia na tysiąc zatrudnionych wynosił 77,5 (w tym dla kobiet 15,2) i w porównaniu do 55,3 dla ogółu kraju był dość niepokojący.

Analizując warunki zatrudnienia warto mieć na uwadze możliwość występowania wielu zagrożeń na tym samym stanowisku pracy. W celach statystycznych przyjęto termin „osobozagrożeń”, rozumiany jako liczbę działających czynników przypadających na jedną osobę. Wg stanu na dzień 31 grudnia 2012 r. liczba osobozagrożeń czynnikami środowiska pracy wynosiła 18 625, z czego ponad połowę stanowił hałas. Względem roku ubiegłego odnotowano wzrost występowania szkodliwych czynników tj. hałas, pyły przemysłowe, mikroklimat zimny. Dominujące osobozagrożenia przedstawia rys. 1.

Rys. 1. Liczba osobozagrażeń w województwie lubelskim w latach 2011–2012



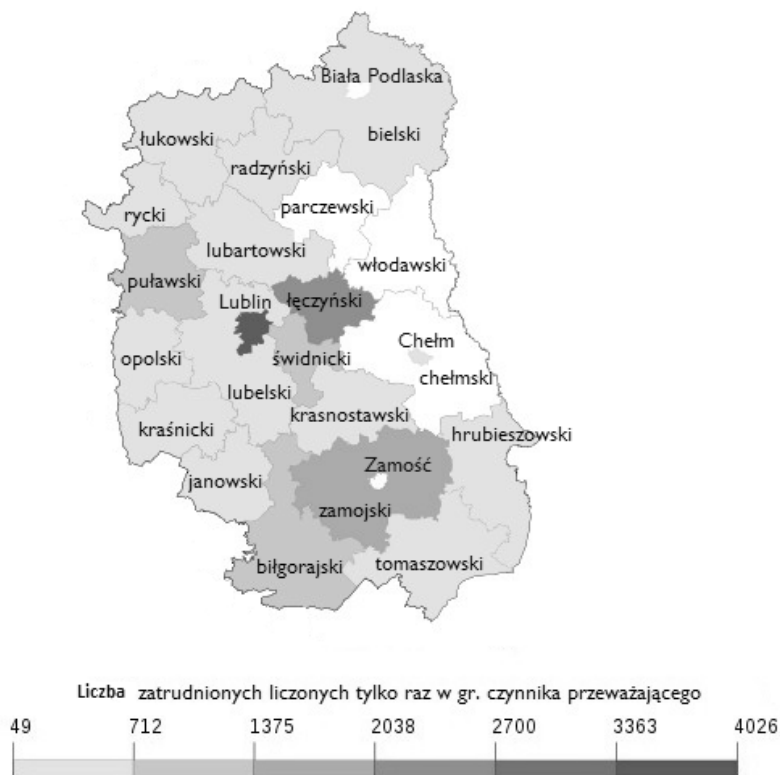
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych uzyskanych z Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi.

Charakterystyka procesów likwidacji, ograniczenia lub ujawnienia zagrożeń na stanowisku pracy pozwala wyodrębnić obszary, w których wystąpiła poprawa bądź pogorszenie warunków pracy. Na terenie Lubelszczyzny w ciągu roku 2012 zlikwidowano lub ograniczono do poziomu zgodnego z normą 2 tys. osobozagrażeń związanych ze środowiskiem pracy, jednocześnie ujawniono 4 209 nowych osobozagrażeń, do których należą zagrożenia nowo powstałe oraz istniejące, lecz dotychczas nierozpoznane. Pomimo ogólnego wzrostu liczby zagrożeń w trzech kategoriach odnotowano wyższy odsetek ich likwidacji nad zarejestrowaniem nowych. Były to: zagrożenia polami elektromagnetycznymi, substancjami chemicznymi i mikroklimatem zimnym. Największe zmiany zaobserwowano w odniesieniu do mikroklimatu gorącego. Niemal 40 razy częściej ujawniano nowe osoby nań narażone aniżeli likwidowano lub skutecznie ograniczano narażenie w odniesieniu do jednostek, u których takowe zagrożenie było dotychczas znane. Podobna zależność odnosi się do następujących czynników środowiska pracy: pyły przemysłowe ogółem (ujawniano blisko 5 razy częściej), hałas i promieniowanie (2 razy częściej), wibracje (blisko półtora raza częściej) [Główny Urząd Statystyczny 2013, ss. 40–41].

Występowanie zagrożeń związanych ze środowiskiem pracy jak również zachorowalność na choroby zawodowe różnicuje się terytorialnie. Czynniki szkodliwe dla zdrowia, ich rodzaj i natężenie, zależą od koncentracji i specyfiki zakładów pracy.

Do powiatów ze znaczną przewagą liczby zatrudnionych w warunkach zagrożenia czynnikami środowiska pracy należą miasto Lublin, oraz powiaty: łęczyński, zamojski i puławski (rys. 2).

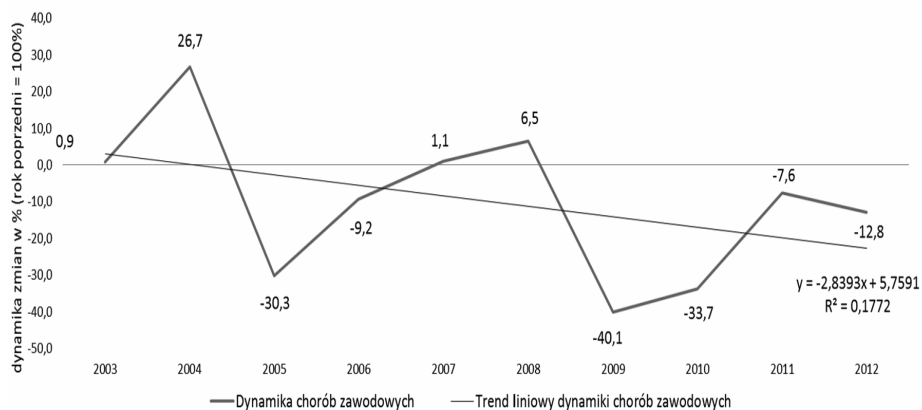
Rys. 2. Terytorialne zróżnicowanie liczby zatrudnionych w warunkach zagrożenia czynnikami środowiska pracy w województwie lubelskim w 2012 roku



Źródło: Główny Urząd Statystyczny, Warunki pracy w 2012 roku, Warszawa 2013.

Choć Lublin nie należy do miast typowo przemysłowych, posiada liczne zakłady, fabryki i przetwórnice (głównie spożywcze). Kluczową rolę przemysłową powiatu łęczyńskiego pełni kopalnia węgla kamiennego, na Zamojszczyźnie od lat działają liczne zakłady meblarskie, budowlane i spożywcze, zaś Puławy stanowią ośrodek przemysłu chemicznego.

Rys. 3. Dynamika chorób zawodowych w województwie lubelskim w latach 2003–2012



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych uzyskanych z Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi.

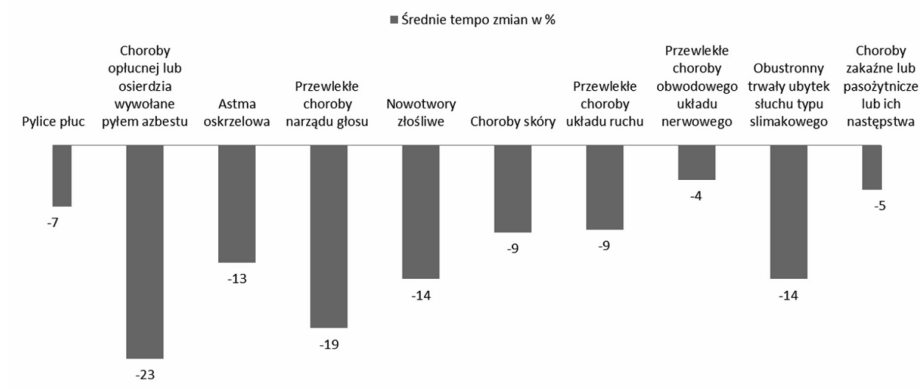
Analiza zapadalności na choroby zawodowe wskazuje na utrzymywanie się pozytywnego trendu, jakim jest malejąca liczba stwierdzanych jednostek chorobowych. Na rys. 3 przedstawiono różnicę w zachorowalności w poszczególnych latach ubiegłej dekady. Obliczeń dokonano na podstawie indywidualnych łańcuchowych indeksów dynamiki, a w celu wizualizacji danych wyniki przedstawiono w postaci przyrostu względnego w %.

Na ujemną wartość współczynnika zmiennej x ($-2,8393$) wpłynęła regresja liczby orzekanych chorób począwszy od roku 2009, kiedy to zaobserwowano największy spadek poziomu badanego zjawiska ($-40,1\%$) w stosunku do poziomu okresu będącego podstawą porównania tj. roku ubiegłego. W analizowanym odcinku czasu wzrost zachorowalności odnotowano w latach 2004, 2007, 2008. Maksymalny pułap został osiągnięty w roku 2004, stwierdzono wówczas 436 choroby zawodowe. Załączony na wykresie współczynnik determinacji liniowej R^2 , będący liczbą z przedziału $<0, 1>$, wskazuje, jaka część ogólnej zmienności zmiennej zależnej została wyjaśniona przez regresję liniową. Zatem im wyższa wartość wskaźnika, tym linia trendu jest lepiej dopasowana do danych rzeczywistych. Osiągnięta wartość $R^2 = 0,1772$ dowodzi znacznego rozrzutu danych względem linii trendu, co w konsekwencji skutkuje słabym odzwierciedleniem tendencji towarzyszących rozkładowi danych rzeczywistych.

Średnie tempo zmian zachorowalności na choroby zawodowe w latach 2003–2012, wyznaczone jako średnia geometryczna indywidualnych jednopodstawowych indeksów dynamicznych, dowodzi, iż w ciągu 10 lat liczba

chorób zawodowych w województwie lubelskim malała średnio z roku na rok o 13,32%. W celu określenia jednostek chorobowych, w przypadku których dokonała się największa zmiana ich liczebności, podobnej analizie statystycznej poddano najczęściej orzekane choroby zawodowe w regionie. Porównania dokonano w odniesieniu do roku 2003 jako okresu podstawowego (bazowego). Wyniki w postaci procentowej przedstawiono na rys. 4.

Rys. 4. Średnie tempo zmian zachorowalności na choroby zawodowe w woj. lubelskim w latach 2003–2012



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych uzyskanych z Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi.

Nie odnotowano choroby zawodowej, która charakteryzowałaby się wzrostem zapadalności. Największym spadkiem częstości występowania charakteryzowały się kolejno: choroby opłucnej lub osierdza wywołane pyłem azbestu (średni spadek każdego roku o 23%), przewlekłe choroby narządu głosu, spowodowane nadmiernym wysiłkiem głosowym (spadek o 19%), nowotwory złośliwe powstałe w następstwie działania czynników występujących w środowisku pracy, uznane za rakotwórcze u ludzi (o 14%) oraz obustronny trwały ubytek słuchu typu ślimakowego spowodowany hałasem (o 14 %).

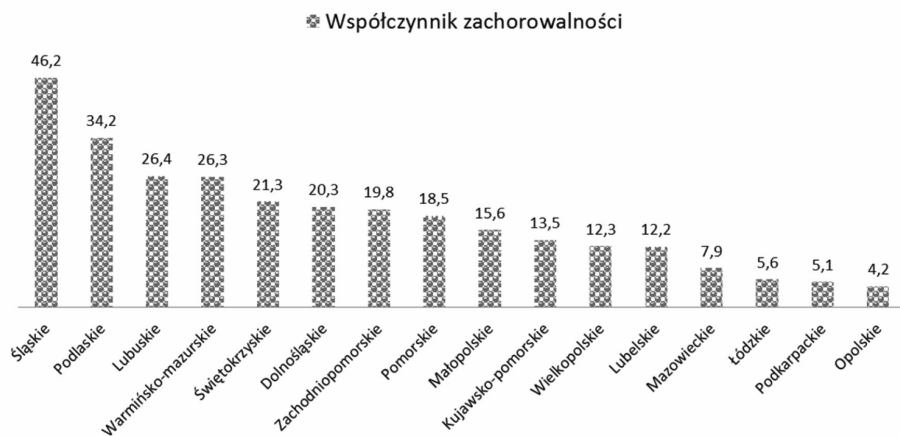
Dość kontrowersyjną kwestią pod względem orzecznictwa stanowią przewlekłe choroby narządu głosu. Co prawda obserwuje się znaczny spadek ich liczby względem lat ubiegłych (ze 162 w roku 2003 do 23 w roku 2012), jednakże nadal istotnie wpływają na zachorowalność ogólną, zarówno w regionie jak i w kraju. Uwagę zwraca znaczne zróżnicowanie pod względem zapadalności u pracowników edukacji w obrębie kraju. Współczynnik zachorowalności na 10 tys. pracujących waha się w granicach od 0,3 w województwie zachodniopomorskim do 12,4 w województwie wielkopolskim [Szeszenia-Dąbrowska 2012, s. 28].

Pomimo znacznej przewagi hałasu nad innymi zagrożeniami w środowisku pracy, w analizowanym przedziale czasowym nie stanowił on dominującej przyczyny stwierdzanych chorób zawodowych. Obustronny trwały ubytek słuchu typu ślimakowego spowodowany hałasem jest chorobą orzeczną niemal wyłącznie u mężczyzn. Najczęściej bowiem dotyczy następujących sekcji PKD (Polskiej Klasyfikacji Działalności): górnictwo i wydobywanie, przetwórstwo przemysłowe, budownictwo oraz transport i gospodarka magazynowa [Szeszenia-Dąbrowska 2012, s. 50].

W roku 2012 do organów inspekcji sanitarnej województwa lubelskiego wpłynęło 267 zgłoszeń podejrzeń chorób zawodowych, a w trakcie prowadzonych postępowań wydano 95 decyzji z wynikiem pozytywnym [Państwowa Inspekcja Sanitarna 2013, ss. 47–48]

Pod względem zachorowalności na choroby zawodowe, uwzględniając liczbę pracujących, województwo lubelskie plasowało się na 12 pozycji (z wynikiem 12,2 przypadków na 100 tys. pracujących). Świadczy to o dobrym wskaźniku epidemiologicznym dla tego obszaru (rys. 5).

Rys. 5. Współczynnik zachorowalności w 2012 r. na choroby zawodowe w województwie lubelskim na 100 tys. pracujących, na tle innych województw



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych uzyskanych z Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi.

W regionie najczęściej stwierdzano następujące choroby: choroby zakaźne lub pasożytnicze oraz ich następstwa ($n=33$), przewlekłe choroby narządu głosu spowodowane nadmiernym wysiłkiem głosowym ($n=23$), pylice płuc ($n=12$). Stanowiły one 72% ogólnej zachorowalności. Wśród chorób zakaźnych lub pasożytniczych zdecydowanie przeważała borelioza (27 przypadków, 82%

ogółu zachorowalności w tej grupie). Istnieją również grupy chorób, których występowania nie odnotowano lub ich poziom był minimalny. Alergiczny nieżyt nosa, nowotwory złośliwe, choroby układu wzrokowego to choroby, które w analizowanym roku wystąpiły tylko po jednym razie.

Tab. 1. Choroby zawodowe występujące w województwie lubelskim na tle kraju w 2012 roku według sekcji PKD i płci

Seksja	Liczba przypadków							
	Województwo lubelskie				Polska			
	Ogółem		Męż- czyźni	Kobiety	Ogółem		Męż- czyźni	Kobiety
	n	%			n	%*		
A – Rolnictwo, leśnictwo, łowiectwo i rybactwo	28	29%	22	6	569	24%	397	172
B – Górnictwo i wydobywanie	2	2%	2	-	505	21%	499	3
C – Przetwórstwo przemysłowe	28	29%	22	6	634	26%	451	183
F – Budownictwo	3	3%	3	-	95	4%	94	1
H – Transport i gospodarka magazynowa	2	2%	2	-	34	1%	28	6
P – Edukacja	24	25%	3	21	208	9%	33	175
Q – Opieka zdrowotna i pomoc społeczna	6	6%	1	5	196	8%	19	177
S – Pozostała działalność usługowa	2	2%	-	2	24	1%	2	22

*nie sumuje się do 100%, gdyż w tabeli przedstawiono jedynie sekcje, w obrębie których w województwie lubelskim wystąpiły choroby zawodowe

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych uzyskanych z Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi.

Zestawienie danych o zachorowalności pod względem rodzajów działalności społeczno-gospodarczej, przedstawione w tabeli 1, różnicuje orzeczone choroby pod kątem specyfiki zatrudnienia w regionie, a także niejednorodnej struktury zagrożeń w poszczególnych branżach. Obszar działalności firmy w obrębie poszczególnych sekcji PKD wpływa istotnie na różnicę w zachorowalności u kobiet i mężczyzn. Prawidłowość ta wynika bezpośrednio z odmienności prac i obowiązków przydzielanych pracownikom obydwu płci.

Do sekcji PKD, w których odnotowano najwyższą zachorowalność na choroby zawodowe w województwie lubelskim, należą: sekcja A – Rolnictwo, leśnictwo, łowiectwo i rybactwo (28 przypadków), sekcja C – Przetwórstwo przemysłowe (28 przypadków), sekcja P – Edukacja (24 przypadki). W pierwszej i drugiej kategorii działalności stwierdzone choroby dotyczyły głównie mężczyzn. Na jedną orzeczoną chorobę u kobiet przypadało 3,7 chorób u mężczyzn. Zapadalność w obrębie trzeciej kategorii kształtowała się prawie wyłącznie wśród płci żeńskiej (88% ogólnej zapadalności w edukacji).

W województwie lubelskim w roku 2012 najczęściej decyzje orzekające o chorobie otrzymywały osoby po 45 roku życia (77% wszystkich pozytywnych decyzji w regionie). W skali kraju odsetek osób starszych był jeszcze wyższy i wynosił 85 % (tab. 2)

Tabela 2. Choroby zawodowe występujące w województwie lubelskim w roku 2012 na tle kraju wg wieku i płci

Wiek (w latach)	Liczba przypadków							
	Województwo lubelskie				Polska			
	Ogółem		Mężczyźni	Kobiety	Ogółem		Mężczyźni	Kobiety
	n	%			n	%		
24	-	0%	-	-	8	0%	4	4
25-34	7	7%	6	1	88	4%	51	37
35-44	14	15%	10	4	276	11%	166	110
45-54	27	28%	17	10	758	32%	473	285
55-59	28	29%	12	16	604	25%	379	225
60-64	16	17%	9	7	381	16%	293	88
65	3	3%	1	2	287	12%	235	52

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych uzyskanych z Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi.

Zróznicowanie chorób zawodowych pod względem okresu narażenia osób, u których zostały stwierdzone, wynika z charakteru działania poszczególnych zagrożeń na stanowisku pracy (tab. 3).

Tab.3. Choroby zawodowe występujące w województwie lubelskim w roku 2012 wg okresu narażenia i płci

Okres narażenia w latach	Liczba przypadków			
	Ogółem		Mężczyźni	Kobiety
	n	%		
≤ 4	43	45%	30	13
od 5 do 9	6	6%	5	1
od 10 do 14	3	3%	2	1
od 15 do 19	5	5%	3	2
≥20	38	40%	15	23

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych uzyskanych z Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi.

Populacja osób z orzeczoną chorobą zawodową to pracownicy z krótkim okresem narażenia (do 4 lat) bądź z bardzo długim (ponad 20 lat). Pierwszy przypadek odnosi się w głównej mierze do mężczyzn i stanowi 45% ogólnej liczby chorych w województwie lubelskim. Drugi zaś półtora raza częściej dotyczy kobiet (40 % ogółu chorych w regionie).

Zakończenie

Analizując literaturę przedmiotu w ostatnich latach, nie natrafiono na opracowania poświęcone zapadalności na choroby zawodowe w województwie lubelskim. Instytut Medycyny Pracy Im. Prof. J. Nofera wydaje rokrocznie biuletyny poświęcone sytuacji całego kraju [Szeszenia-Dąbrowska 2012, ss. 15–31]. Zawierają one część informacji o zachorowalności w poszczególnych województwach. Niestety brakuje pełniejszych raportów tworzonych przez lokalne instytucje. Autorzy niniejszej pracy podjęli próbę wypełnienia tejże luki.

Zaprezentowane wyniki analiz winny znaleźć odzwierciedlenie w działaniach zmierzających do poprawy stanu zdrowia populacji pracującej, jak i osób, które pracowały w narażeniu na szkodliwe czynniki środowiska pracy. Oprócz inicjatyw podejmowanych w skali kraju uzasadnione jest tworzenie programów profilaktycznych ukierunkowanych na specyfikę zatrudnienia w regionie, a także w poszczególnych zakładach pracy czy też w odniesieniu do zawodów charakteryzujących się wysoką zapadalnością na choroby zawodowe. Stąd też należy dołożyć starań, by w opracowywaniu i wdrażaniu działań zapobiegawczych udział brali eksperci doskonale znający lokalne potrzeby w tej właśnie kwestii. W trosce o zmniejszenie zachorowalności wskazane jest stałe monitorowanie i analizowanie zarówno warunków pracy, jak i występowania chorób zawodowych we wszystkich obszarach działalności zawodowej, zatem także tam, gdzie dotychczas choroby te nie występowały, zostały zminimalizowane lub zredukowane do zera. Znacznym ograniczeniem jest fakt, iż obowiązkowi sprawozdawczości w zakresie warunków pracy podlegają zakłady zatrudniające 10 osób i więcej [Dz.U. 1995 nr 88, poz. 439 z późn. zm., Dz.U. 2011 nr 173 poz. 1030]. Tworzone opracowania statystyczne nie obejmują zatem miejsc pracy, które ze względu na niskie zasoby finansowe ich właścicieli, należą do najbardziej niebezpiecznych i szkodliwych [Hład i in. 2014, ss. 505–510]. Konieczne jest rozszerzenie badań na całą populację zatrudnionych. Charakterystyka zachorowalności wymaga również pogłębienia o kolejne aspekty. Zakład Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia oraz Szpitalnictwa Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego dokonał analizy ekonomicznej chorób zawodowych stwierdzonych w okresie od 1 lipca do 31

grudnia 2011 roku z terenu całej Polski. Koszty medyczne procedur w związku ze stwierdzoną chorobą zawodową oszacowano na kwotę 467106 zł [Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny 2013, s. 48].

Konkluzją powyższych wyników niech będzie stwierdzenie państwa Karczewskich, iż najbardziej przemawiającym argumentem za inwestowaniem w bezpieczeństwo firmy dla pracodawców i osób zarządzających pracownikami jest wymiar finansowy potencjalnych strat, których udało się uniknąć [Karczewski, Karczewska 2012, s. 475].

Tylko sprawnie działający system prewencyjny, będący w stanie szybko reagować w miejscu, gdzie zaistnieje ku temu potrzeba, może uchronić pracownika, jego rodzinę, zakład pracy, a także państwo i całe społeczeństwo przed zbędnymi stratami w wymiarze zdrowotnym, społecznym oraz ekonomicznym.

Wnioski:

1. W roku 2012 stwierdzono 95 chorób zawodowych. Pod względem zachorowalności (z uwzględnieniem liczby pracujących) wynik ten uplasował województwo lubelskie na 12 pozycji.
2. Na przestrzeni dziesięciu lat utrzymuje się pozytywna tendencja do zmniejszania liczby zachorowań oraz liczby zatrudnionych w warunkach zagrożenia czynnikami środowiska pracy.
3. Największy spadek zachorowalności odnotowano w odniesieniu do chorób opłucnej lub osierdza wywołanych pyłem azbestu, przewlekłych chorób narządu głosu, nowotworów złośliwych oraz obustronnych trwałych ubytków słuchu typu ślimakowego.
4. Podobnie jak w latach ubiegłych, dominującymi jednostkami chorobowymi były kolejno: choroby zakaźne lub pasożytnicze, przewlekłe choroby narządu głosu, pylice płuc.
5. Największą różnicę w strukturze zachorowalności względem ogółu kraju zaobserwowano wśród przewlekłych chorób narządu głosu. W województwie lubelskim wystąpiły one blisko trzykrotnie częściej.
6. Grupy zawodowe o podwyższonej zapadalności na choroby zawodowe w makroregionie lubelskim to: specjaliści nauczania i wychowania, robotnicy (przetwórstwo spożywcze, obróbka drewna, produkcja wyrobów tekstylnych) oraz rolnicy pracujący na własne potrzeby.
7. Jeżeli chodzi o okres narażenia na stwierdzone choroby zawodowe wśród mężczyzn, był on znacznie krótszy aniżeli okres narażenia na choroby zawodowe kobiet.

Bibliografia

Główny Urząd Statystyczny (2012), Pracujący w gospodarce narodowej w 2012 r., Warszawa 2013 [online], www.stat.gov.pl, dostęp 15 lipca 2014.

Główny Urząd Statystyczny (2013), Warunki pracy w 2012 r., Warszawa 2013 [online], www.stat.gov.pl, dostęp 15 lipca 2014.

Hład A., Jasińska J., Dyja H. (2014), Aktualne kierunki poprawy stanu bezpieczeństwa pracy w mikroprzedsiębiorstwach [w:] R. Knosali (red.), *Innowacje w zarządzaniu i inżynierii produkcji*, Oficyna Wydawnicza Polskiego Towarzystwa Zarządzania Produkcją, t. 2, Opole.

Karczewski J.T., Karczewska K.W. (2012), O zarządzaniu zagrożeniami i ryzykiem, *Aspekty ekonomiczne. Zarządzanie bezpieczeństwem pracy*, Ośrodek Doradztwa i Doskonalenia Kadr, Gdańsk.

Kłos B., Gryczuk A. (2013), Czas pracy w Polsce na tle innych państw członkowskich Unii Europejskiej, *Studia BAS*, www.orka.sejm.gov.pl, dostęp 14 lipca 2014.

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (2013), Wypadki przy pracy i choroby zawodowe – jak liczyć koszty medyczne?, Warszawa, www.pzh.gov.pl, dostęp 10 maja 2014.

Państwowa Inspekcja Sanitarna (2013), Ocena stanu bezpieczeństwa sanitarnego województwa lubelskiego za rok 2012, Lublin, www.lubelskie.pl, dostęp 10 lipca 2014.

Rozporządzenie Rady Ministrów (2009) z dnia 30 czerwca 2009 roku w sprawie chorób zawodowych, Dz.U. 2009 nr 105, poz. 869, www.isap.sejm.gov.pl, dostęp 11 czerwca 2014.

Rozporządzenie Rady Ministrów (2012) z dnia 8 maja 2012 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie chorób zawodowych, Dz.U. 2012 nr 0, poz. 662, www.isap.sejm.gov.pl, dostęp 11 czerwca 2014.

Rozporządzenie 1338/2008 Parlamentu Europejskiego i Rady (2008) w sprawie statystyk wspólnoty w zakresie zdrowia publicznego oraz bezpieczeństwa i higieny pracy z dnia 16 grudnia 2008 r., www.isap.sejm.gov.pl, dostęp 11 czerwca 2014.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia (2002) z dnia 1 sierpnia 2002 r. w sprawie sposobu dokumentowania chorób zawodowych i skutków tych chorób, Dz.U. 2002 nr 132, poz. 1121, www.isap.sejm.gov.pl, dostęp 11 czerwca 2014.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia (2012) z dnia 24 maja 2012 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie sposobu dokumentowania chorób zawodowych i skutków tych chorób, Dz.U. 2012 nr 0, poz. 663, www.isap.sejm.gov.pl, dostęp 11 czerwca 2014.

Rozporządzenie Rady Ministrów (2011) z dnia 11 lipca 2011 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2012, Dz.U. 2011 nr 173 poz. 1030, www.isap.sejm.gov.pl, dostęp 11 czerwca 2014.

Szeszenia-Dąbrowska N., Wilczyńska U., Sobala W. (2012), *Choroby zawodowe w Polsce w 2012 r.*, Oficyna wydawnicza MA, Łódź.

Ustawa (2009) z dnia 22 maja 2009 r. o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz o zmianie niektórych innych ustaw, Dz.U. 2009 nr 99, poz. 825, www.isap.sejm.gov.pl [11 czerwiec 2014]

Ustawa (1995) z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej, Dz.U. 1995 nr 88, poz. 439 z późn. zm., www.isap.sejm.gov.pl [11 czerwiec 2014].

Danuta Kunecka

Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Zmiany w strukturze zatrudnienia w grupie zawodowej pielęgniarek a potrzeby rynku pracy – na przykładzie województwa zachodniopomorskiego

Changes in the employment structure in professional group of nurses and needs of labor market – on the example of Western Pomeranian voivodeship

Abstract: Growing health needs as a result of demographic changes, both in Poland and in the world, in the next few years will determine the functioning of the labor market in the area of care services. In Polish conditions, due to the fact that the identification of the area, from the perspective of the main tasks and responsibilities of nursing staff, this will be reflected in the structure of employment in this occupational group. The author of the studies tries to answer the question whether it is already possible to see the mutual relationship between the changing needs of the labor market and the structure of employment in the professional group of nurses in Poland, with the objective of this paper being as follows: to assess changes over the last years in the employment structure of nursing group, in relation to the changing needs of the labor market, on the example of the Western Pomeranian region.

Key-words: nurse, nurse administrator, contracts, employment.

Wstęp

W ostatnim dziesięcioleciu w funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej w Polsce można dostrzec istotne zmiany, które są już widoczne także w strukturze zatrudnienia w grupie pielęgniarskiej. Bezpośrednią przyczyną zmian zachodzących w sektorze opieki zdrowotnej w naszym kraju jest konieczność

racjonalizacji wydatków ponoszonych na rzecz świadczeń medycznych oraz działania systemowe, mające na celu urynkowienie sektora ochrony zdrowia i dostosowanie zasad funkcjonowania rynku usług zdrowotnych do rosnących potrzeb społeczeństwa polskiego. Tak niejako „wymuszane” na uczestnikach rynku zmiany zachowań w dalszej perspektywie czasu prowokują często burzliwe dyskusje społeczne. Zdaniem autorki, zmiany, których konsekwencje będzie można obserwować w niedalekiej przyszłości zachodzą już obecnie. Są one dostrzegane między innymi w strukturze zatrudnienia pielęgniarek/ pielęgniarzy w Polsce i stanowią wynik współczesnego potrzeb rynku pracy, nie tylko w sektorze opieki zdrowotnej, ale i innych gałęzi gospodarki. Przejawiają się zwiększonym odsetkiem elastycznych form zatrudnienia, w tym także wśród przedstawicieli kadry pielęgniarstwa. Podejmując tematykę poniższego opracowania, autorka chciała uzyskać odpowiedź na pytanie: czy potrzeby rynku pracy w odniesieniu do sektora opieki zdrowotnej w Polsce mają na tyle znaczący wpływ, że widoczny jest on już obecnie w strukturze zatrudnienia w grupie pielęgniarstwa. Chcąc uzyskać odpowiedź na tak sformułowane pytanie, za **cel opracowania** przyjęto dokonanie oceny zmian zachodzących na przełomie ostatnich lat w strukturze zatrudnienia w grupie pielęgniarstwa, w odniesieniu do zmieniających się potrzeb rynku pracy. Ze względu na znaczne zróżnicowanie w dynamice opisywanych zjawisk na terenie kraju, ocenie poddano jedynie województwo zachodniopomorskie. Dominującą **metodą badawczą** była analiza materiałów źródłowych, w tym danych statystycznych, zarówno w ujęciu retrospektywnym, jak i prospektywnym. Istotne dla omawianych kwestii były regulacje prawne obowiązujące w odniesieniu do zawodowego funkcjonowania grupy zawodowej pielęgniarek/ pielęgniarzy w Polsce [Ustawa z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej, Ustawa z dnia 1 lipca 2011r. o samorządzie pielęgniarek i położnych, Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej] i UE oraz fakt, iż w odniesieniu do Samorządu Pielęgniarskiego zachowano wcześniej obowiązujący podział administracyjny kraju. Dla celów poniższego opracowania w odniesieniu do województwa zachodniopomorskiego posłużono się danymi z lat 2004–2012, zgromadzonymi w dwóch Okręgowych Izbach, znajdujących się na tym terenie, tj. szczecińskiej i koszalińskiej oraz Naczelnej Izbie Pielęgniarek i Położnych.

Struktura zatrudnienia w grupie pielęgniarstwa na przykładzie województwa zachodniopomorskiego

Charakterystyka obecnej struktury zatrudnienia w pielęgniarstwie grupie zawodowej w województwie zachodniopomorskim odnosi się do stanu z końca

2012 roku [dane NIPiP 2004 – 2012, dane SIPIp 2004 – 2013]. Aktualnie w województwie zachodniopomorskim zarejestrowanych jest 10 042 pielęgniarek/pielęgniarzy, z czego w izbie szczecińskiej 7 253 osób; w izbie koszalińskiej 2 789 osób, co stanowi ok. 5% ogółu posiadających prawo wykonywania zawodu w Polsce. Istotny dla opracowania jest fakt, iż liczba osób zatrudnionych w zawodzie pielęgniarki/pielęgniara nieco odbiega od liczby osób posiadających uprawnienia zawodowe. W województwie zachodniopomorskim zatrudnionych na stanowiskach pielęgniarskich jest 8 444 osób, co stanowi 84% posiadających uprawnienia zawodowe. Jest to sytuacja kuriozalna w skali międzynarodowej, ponieważ przy obecnie odnotowywanych już w wielu krajach UE i świata deficytach kadry pielęgniarskiej, nigdzie indziej wskaźnik ten, podobnie jak i skala zjawiska bezrobocia wśród pielęgniarek/pielęgniarzy, nie przekracza wartości błędu obliczeń statystycznych. W Polsce sytuacja taka może świadczyć o nieumiejętnym wykorzystywaniu posiadanego potencjału kadrowego w tym zakresie, tym samym marnotrawieniu publicznych pieniędzy wydatkowanych na wykształcenie wyższe osób, które nie podejmują w przyszłości pracy zawodowej. Przyczyną takiego stanu rzeczy może być także bardzo złożony problem warunków pracy w zawodzie pielęgniarki/pielęgniara w Polsce, jednak nie jest on przedmiotem poniższego opracowania. Na uwagę zasługuje fakt, iż w województwie zachodniopomorskim na przełomie lat 2005–2011 liczba osób bezrobotnych w zawodzie pielęgniarka/pielęgniarz [dane WUP w Szczecinie] znacząco spadła z 368 do 168. Zdecydowana większość przedstawicieli środowiska pielęgniarskiego w województwie zachodniopomorskim zatrudniona jest w publicznych zakładach opieki zdrowotnej [dane NIPiP 2012] (ok. 6 300 osób, w tym w izbie szczecińskiej ok. 4 700 osób, zaś w koszalińskiej ok. 1 700 osób). Istotny wzrost liczby osób zatrudnionych w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej, przy zachowanym w miarę stałym przyroście liczby posiadających prawo wykonywania zawodu w ogóle (wzrost o ok. 300 osób), odnotowano na przełomie lat 2008–2011 w izbie szczecińskiej. Można to tłumaczyć nie tylko nagłym wzrostem zainteresowania wśród pielęgniarek/pielęgniarzy pracodawcą niepublicznym, ale przede wszystkim zmianami reorganizacyjnymi w jednostkach istotnych dla lokalnego rynku pracy, podmiotach zatrudniających pielęgniarki/pielęgniarzy. Istotnym, o ile nie najważniejszym dla omawianego tematu odniesieniem, jest liczba praktyk pielęgniarskich [dane SIPIp, dane NIPiP]. Na przełomie lat 2008–2011 w izbie szczecińskiej zarejestrowanych było kolejno 1620–1786 praktyk pielęgniarskich (w tym znalazły się zarówno praktyki grupowe, indywidualne oraz specjalistyczne). W izbie koszalińskiej natomiast w tożsamym czasie zarejestrowanych było kolejno 545–745 praktyk pielęgniarskich. Odsetek praktyk pielęgniarskich w odniesieniu do ogółu

posiadających uprawnienia zawodowe w kraju wynosi ok. 8%. Województwo zachodniopomorskie natomiast uzyskuje najwyższy w kraju odsetek w tym względzie. Jest on na poziomie 25%. Należy uznać, iż co czwarty przedstawiciel grupy zawodowej pielęgniarzkiej zatrudniony w województwie zachodniopomorskim, pracuje w ramach prowadzonej działalności gospodarczej. Jest to w pełni zrozumiałe w odniesieniu do grupy zawodowej, która poprzez istnienie swojego samorządu ma dawać gwarancję wysokiej profesjonalizacji swoich działań. Samorządność zawodowa to jednak przywilej okupiony ogromną odpowiedzialnością, co nabiera jeszcze większego znaczenia w odniesieniu do grup zawodów medycznych. Gwarantowana przez ustawodawcę samorządność i autonomia zawodowa powoduje, że niejednokrotnie w przypadku pielęgniarek/pielęgniarzy forma zatrudnienia w praktyce jest narzucana przez „pracodawców” – jedną ze stron umowy na świadczenie usług pielęgniarzskich. Zarówno tych funkcjonujących w strukturze publicznej, jak i niepublicznej placówki. Jest to o tyle istotne, że stwarza problemy kolejnym grupom wchodzącym do tego zawodu. Regulacja prawna zakłada, w myśl obowiązujących przepisów prawa, że praktykę pielęgniarzką prowadzić może osoba posiadająca minimum dwuletni staż pracy na stanowisku pielęgniarki/pielęgniarza, dlatego osobom niespełniającym ww. kryterium proponuje się jedynie umowy zlecenie. Stwarza to kolejną absurdalną sytuację. Absolwent kierunku pielęgniarstwo tym samym ma znacznie ograniczoną możliwość zdobycia wymaganego przez ustawodawcę stażu pracy, gdy proponuje mu się jedynie umowy zlecenie, z jednoczesnym niepełnym wymiarem czasu pracy, w porównaniu do wymiaru etatu wynikającego z umowy o pracę. Czego skutkiem są między innymi niezadowolające nabory na ten deficytowy kierunek studiów [Stanowisko PTP 2009]. I malejąca z roku na rok liczba pielęgniarek/pielęgniarzy uzyskujących po raz pierwszy prawo wykonywania zawodu [dane SIPiP] (na przełomie lat 2004–2012 spadek z 220 wydanych dokumentów do 70).

Charakterystyka rynku pracy w obszarze usług pielęgniarzskich na przykładzie województwa zachodniopomorskiego

Rynek pracy w myśl definicji [Kotlorz 2010, s. 11; Sadowski 2009, s. 55] powinien być kształtowany zarówno przez podaż, jak i popyt. Podaż to zaś „siły roboczej”. Czyli osoby już posiadające uprawnienia zawodowe i już pracujące w zawodzie pielęgniarek czy pielęgniarzy. Popyt to zgłaszana przez pracodawców liczba osób, którą byliby gotowi zatrudnić, oferując w zamian określone wynagrodzenie. Najistotniejszymi czynnikami wpływającymi na popyt są koszty pracy oraz wydajność pracy, dyktowane zapotrzebowaniem

na dane dobra, w tym przypadku usługi pielęgniarские. Jak zatem scharakteryzować rynek, który w każdym z ww. punktów wymyka się z powszechnie przyjętych reguł logiki. Jak inaczej odnieść się do aktualnej sytuacji, gdzie wszelkie opracowania dotyczące danych demograficznych, nie tylko te dotyczące mieszkańców województwa zachodniopomorskiego, ale już i Europy czy świata są alarmujące ze względu na nasilające się zjawisko „starzenia się społeczeństwa” [Kancelaria Senatu, 2011]. Lawinowo rosnące potrzeby w zakresie usług pielęgniarских, przy obecnie już dostrzeganych niedoborach kadry pielęgniarskiej w krajach UE [Dykowska 2010], wymagają zdecydowanych kroków na poziomie rozwiązań systemowych. W województwie zachodniopomorskim mamy do czynienia ze swoistym „cudem zarządczym”. Jest ono wskazywane jako jedno z nielicznych (obok województw z grupy, tych z najwyższym odsetkiem liczby pielęgniarek na 1 000 mieszkańców w Polsce), w których absolwenci kierunku pielęgniarstwo nie znajdują zatrudnienia. Przyczyną takiej sytuacji nie jest niechęć młodych adeptów pielęgniarstwa do podjęcia pracy w ogóle, ale brak popytu na ich pracę. Wydaje się to niezrozumiałe, ponieważ przy wzroście liczby łóżek szpitalnych nie odnotowuje się jednoczesnego wzrostu zatrudnienia. Jak zatem oceniać jakość świadczonych usług? Charakteryzując wcześniej strukturę zatrudnienia opisywanej grupy zawodowej w województwie zachodniopomorskim, autorka zwróciła uwagę na znacząco wyższy odsetek zarejestrowanych praktyk pielęgniarских. Nierzadko umowy, podpisywane z placówkami ochrony zdrowia przez takie podmioty, zawierane są na większe – w odniesieniu do standardowych umów o pracę – wymiarów godzinowych. Prowadzi to do tego, że w praktyce zatrudnia się mniejszą liczbę pielęgniarek/ pielęgniarzy. Nie zważając na konsekwencje takiego stanu rzeczy, czyli zmęczenia, spadku wydajności pracownika, a pośrednio niezaspokajanie elementarnej potrzeby każdego pacjenta, jaką jest potrzeba bezpieczeństwa. Jak w takiej sytuacji odnosić się do jakości świadczonej usługi?

Istotnym elementem pozwalającym na kompleksowe ujęcie charakterystyki opisywanego rynku pracy jest przywołanie struktury wieku przedstawicieli środowiska pielęgniarского. Podobnie jak całe społeczeństwo, tak i w tej grupie zawodowej odnotowuje się „zjawisko starzenia się”. Przy obecnej średniej wieku pielęgniarzki/ pielęgniarza w Polsce na poziomie ok. 45 lat, czyli wieku charakteryzującego się potrzebą względnej stabilizacji życiowej, trudno oczekiwać entuzjazmu od jej przedstawicieli w odniesieniu do jakichkolwiek zmian czy też „elastyczności”, którą proponuje, a niejednokrotnie narzuca, ówczesny zarządzający – pracodawca. Zdaniem autorki to właśnie czynnik wieku jest główną determinantą niewykorzystywania możliwości płynących z korporacyjności pielęgniarstwa w Polsce. Pomimo,

iż jest to jeden z „wolnych zawodów” i można by domniemywać wyższe, w porównaniu do ogółu społeczeństwa polskiego, poczucie „przedsiębiorczości” czy „zaradności”, przypisywanych innym grupom zawodów korporacyjnych, to w przypadku pielęgniarstwa w Polsce odczytywane są one niekiedy jako wręcz naganne. Zdaniem autorki wpływ na to miały w dużym stopniu uwarunkowania tworzenia się podwalin pielęgniarstwa w Polsce, przypisanie mu jednoznacznej roli pomocowej, co współcześnie utrudnia sprawną adaptację zawodową osobom młodym, a względy mentalne osób uczestniczących w procesie świadczenia usługi niekiedy skutecznie uniemożliwiają odejście od takiego stereotypu.

Potrzeby rynku pracy a struktura zatrudnienia w grupie pielęgniarstwie – próba określenia kierunku zmian

Niedobory kadry pielęgniarstwie, z którymi już od kilkunastu lat borykają się kraje rozwinięte, powinny zwracać uwagę decydentów także i w Polsce. Niestety sytuacja w sektorze opieki zdrowotnej w Polsce zdaje się znajdować w punkcie, w którym jedynym wyznacznikiem przy podejmowaniu jakichkolwiek decyzji, w tym także tych dotyczących funkcjonowania sektora na rynku pracy, ogranicza się jedynie do sfery finansowej, a właściwie ograniczania nakładów nań ponoszonych. Niestety dla nas wszystkich, jako potencjalnych ostatecznych beneficjentów tego rynku, czyli usługobiorców, nie zważa się zupełnie na konsekwencje tak krótkowzrocznej polityki. W połączeniu ze wskazywanymi przez innych autorów [Golinowska i in. 2004] przyczynami niedoborów kadrowych w tej grupie zawodowej tj.: słabą lub pełnym brakiem reakcji systemu edukacyjnego na rosnący popyt na tego typu usługi, z relatywnie trudniejszymi warunkami pracy niż w innych zawodach medycznych oraz ograniczaniem możliwości rozwoju kariery zawodowej, mogą doprowadzić do zupełnej zapaści w tej branży. Wprawdzie pierwsze komunikaty dotyczące dość śmiałych tez, że przedstawicielki innych krajów będą wykazywały zainteresowanie podjęciem pracy jako pielęgniarki/pielęgniarze w Polsce, już prezentowano, to jednak znajomość procedury uzyskania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza w naszym kraju, podobnie sformułowanego jak w krajach UE, w myśl obowiązujących zapisów prawa, w połączeniu z „otwartością” na inne nacje przeciętnego Kowalskiego – pacjenta, każą je traktować jako zupełnie niepoważne. Odnosi się to także do kontekstu potencjalnych migracji zarobkowych wśród czynnych zawodowo w naszym kraju pielęgniarek/pielęgniarszy. Utrzymujący się od kilku lat zbli-

zony odsetek osób zwracających się o wydanie zaświadczeń potwierdzających uprawnienia zawodowe na terenie UE, nie świadczy o masowych wyjazdach, ale i nie jest bez znaczenia dla zasobów kadrowych w pielęgniarstwie polskim. Największe niebezpieczeństwo wzmożonej migracji zarobkowej, przy jednocześnie skuteczności tych decyzji, istnieje w grupie osób wchodzących do zawodu, czyli najmłodszych przedstawicieli środowiska. Jest to o tyle groźne dla funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w kraju, że na przełomie najbliższych lat nie będzie następowała naturalna wymiana pokoleniowa. Mniej osób będzie uzyskiwać dyplomy licencjata na kierunkach pielęgniarstwie, aniżeli tych uzyskujących uprawnienia emerytalne. Nietrudno w takiej sytuacji przewidywać konsekwencje dla pacjentów. Prowadzić to będzie, zdaniem autorki, do już obecnie dostrzeganych zmian, zachodzących w strukturze zatrudnienia w grupie zawodowej pielęgniarek/pielęgniarzy w województwie zachodniopomorskim. Przeciążenie pracownika, wynikające z nadmiernego wydłużania czasu pracy, warunkowanego zapisami umów cywilno-prawnych, prowadzić będzie do spadku wydajności tych osób, a tym samym spowoduje obniżenie jakości świadczonych usług. Wprowadzone w 2011 roku zmiany regulacji prawnych, w ramach tzw. rządowego pakietu ustaw [Kunecka 2013, s. 811] stworzyły możliwość określenia skali rzeczywistych, samodzielnie podejmowanych działań środowiska pielęgniarstwa w ramach prowadzonej działalności gospodarczej. W oparciu o dane szczecińskiej izby pielęgniarek i położnych, uzyskane w okresie po wprowadzeniu tych zmian, należy uznać, iż w zdecydowanej większości praktyki pielęgniarstwa swoje zadania realizują wyłącznie w przedsiębiorstwach będących podmiotem leczniczym na podstawie umowy z tym podmiotem (1 333 spośród 1 845 zarejestrowanych praktyk pielęgniarstwa w Szczecińskiej Izbie Pielęgniarek i Położnych, stan na 30.06.2013 r.) [dane SIPI]. Należy zatem uznać, iż nie jest to jedynie wynik w pełni świadomych, dobrowolnych decyzji przedstawicieli grupy zawodowej, a dość często to także konsekwencja narzuconej woli wcześniejszego pracodawcy, który chce jedynie zredukować koszty wynagradzania pracownika zatrudnionego w oparciu o umowy o pracę, zastępując je w tym przypadku umową cywilno-prawną. Takie „wymuszanie” na pracowniku zmiany formy zatrudnienia dość szybko znajduje odzwierciedlenie w poziomie uzyskiwanej satysfakcji zawodowej i niejednokrotnie przyspiesza proces „wypalenia zawodowego”, prowadząc do wzrostu frustracji przedstawicieli tej grupy zawodowej. Wpływa negatywnie na wydajność pracy pracownika i zespołu, w którym przychodzi mu pracować, a tym samym finalnie przyczynia się to do wzrostu kosztów pracy. Brak możliwości rzeczywistego wyboru formy zatrudnienia przez samego pracownika może w perspektywie czasu obrócić się przeciwko stronie zatrudniającej – narzucającej jakąś konkretną formułę. Autorka

dostrzega takie symptomy na gruncie szczecińskim, w grupie osób uzyskujących tytuł licencjata pielęgniarstwa na przełomie ostatnich trzech lat. Absolwenci, chcąc podjąć pracę w szpitalach szczecińskich, poza nielicznymi wyjątkami w propozycji pracy, o ile w ogóle ona była, uzyskiwali wskazanie jako jedynej – formę umowy zlecenia, nierzadko z limitem godzin pracy, na poziomie niepełnego etatu, a zatem niestwarzającej możliwości samodzielności finansowej. Skutkiem tego było „negatywne nastawienie się” kolejnego rocznika studentów kierunku pielęgniarstwo. Uznają oni poszukiwanie pracy na terenie Szczecina za bezcelowe. Brak zainteresowania ofertami szczecińskich placówek zbiega się z istotnymi dla płynności świadczenia usług, odejściami z zawodu osób w wieku emerytalnym. Nieodpowiedzialni pracodawcy – zarządzający, nie zapewniają naturalnej wymiany kadry w zespołach pielęgniarstwie. Może to skutkować w przyszłości brakiem kadry pielęgniarstwie, przez co pacjenci pozostaną pozbawieni opieki. Skutecznym, niemniej jednak krótkotrwałym rozwiązaniem, mogą okazać się zwiększone limity czasu pracy w przypadku pojedynczych umów pielęgniarstwie. Co jednak zrobić, gdy już wcześniej limity te były zwiększone? W sytuacji ich stosowania zawsze należy się liczyć z negatywnymi konsekwencjami takich rozwiązań.

Zakończenie

Wielość czynników, mających wpływ na funkcjonowanie rynku pracy pielęgniarstwie/pięgniarków w Polsce, przy jednoczesnej niejednoznaczności co do ich rzeczywistego wpływu na sprawne funkcjonowanie zawodowe tej grupy, na przykładzie województwa zachodniopomorskiego, pozwala uznać, iż jest to rynek niespecyficzny. Ilekroć w pracach dotyczących sektora opieki zdrowotnej w Polsce pojawia się ta cecha, w podsumowaniach znaleźć można sugestie zmian mentalności ludzi, jako elementu niezbędnego do zainicjowania drogi do osiągnięcia zakładanych celów. Tak też jest w tym przypadku. Ponadto autorka dodałaby konieczność partnerskiego traktowania się przez wszystkich uczestników rynku pracy. W oparciu o zgromadzony materiał sformułowano następujący wniosek końcowy:

- aktualne potrzeby rynku pracy w obszarze usług pielęgniarstwie w województwie zachodniopomorskim determinują już obecnie dostrzegalne zmiany w strukturze zatrudnienia w grupie zawodowej pielęgniarstwie/pięgniarków. Niestety stosunkowo krótki okres trwania opisywanych zjawisk w praktyce uniemożliwia jednoznaczną ocenę potencjalnych ich konsekwencji dla dalszego funkcjonowania ww. rynku pracy.

Bibliografia

- Dykowska G. (2010), *Jakość, ekonomika zdrowia, a personel medyczny*, Materiały konferencyjne, „Zarządzanie personelem a jakość w pielęgniarstwie”, FRPP, Warszawa.
- Kotlorz D. (red.) (2007), *Ekonomia rynku pracy*, Wyd. UE, Katowice.
- Kunecka D. (2013) *Restrukturyzacja zatrudnienia w sektorze zdrowia konsekwencją wprowadzenia rządowego pakietu ustaw* [w:] A. Czech, A. Szplit (red.), *Nauki o zarządzaniu dla przedsiębiorstw i biznesu*, Wyd. UE, Katowice.
- Sadowski J. (2009), *Koncepcja flexicurity jako sposób reagowania na zmiany w polskiej rzeczywistości gospodarczej* [w:] W. Matwiejczuk (red.), *Zarządzanie organizacją w nowej rzeczywistości gospodarczej*, Wyd. Difin, Warszawa.
- Szczecińska Izba Pielęgniarek i Położnych, niepublikowane dane statystyczne z lat 2004–2013, udostępnione na pisemną prośbę autorki.
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011 nr 112, poz. 654).
- Ustawa z dnia 1 lipca 2011r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. 2011 nr 174, poz. 1038).
- Ustawa z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. 2011 nr 174, poz. 1039).

Źródła internetowe

- Golinowska S., Kozierekiewicz A., Sowada C. (2004) (red.), *Pożądanie kierunki zmiany systemu ochrony zdrowia w Polsce. Między racjonowaniem a racjonalizacją*, http://www.case-research.eu/upload/publikacja_plik/3758301_goli1.pdf [14 lipca 2014].
- Kancelaria Senatu, Biuro analiz i dokumentacji (2011), *Starzenie się społeczeństwa polskiego i jego skutki*, <http://www.senat.gov.pl/gfx/senat/pl/senatopracowania/15/plik/ot-601.pdf> [14 lipca 2014r.].
- Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, *Analizy i raporty statystyczne* (dane z lat 2006 – 2011) <http://www.izbapiel.org.pl/index.php/aktualnosci/stat> [14 lipca 2014].
- Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie (2009), *Stanowisko XV Krajowego Zjazdu Delegatów w sprawie umieszczenia na liście kierunków studiów objętych Programem „Kierunki zamawiane” kierunku pielęgniarstwo*, [http://www.ptp.na1.pl/pliki/PTP_Stanowiska/o4_PTP_STAN_01_12_2009.pdf](http://www.ptp.na1.pl/pliki/PTP_St Stanowiska/o4_PTP_STAN_01_12_2009.pdf) [14 lipca 2014].
- Wojewódzki Urząd Pracy w Szczecinie Statystyka, *Analizy i Badania* (dane z lat 2006 – 2011), <http://www.wup.pl/pl/dla-instytucji/statystyka-badania-i-analiza> [14 lipca 2014].

Paweł Skoczylas

Spółeczna Akademia Nauk

Opracowanie strategii konkurencji w procesach restrukturyzacji placówek ochrony zdrowia

Developing competition strategies in reorganization of health care centres

Abstract: This work presents benefits of developing efficient competition strategies during reorganization processes for health care centres. Reorganization of a health care centre will not result in expected effects, such as improvement of the centre's financial situation, increase in the number of provided services, and the improvement of quality and availability of services, unless the centre's own efficient competition strategy is developed. The reorganization process of a health care centre should lead to the selection and application of one type of a competition strategy understood in accordance with the Porter model; using several types of competition strategies at the same time does not bring expected results in the opinion of most authors.

Key-words: competition strategy, health care, reorganization of health care centres.

Wstęp

Rosnąca konkurencja na rynku usług medycznych powoduje, że coraz większa liczba placówek poszukuje dodatkowych źródeł finansowania – poza kontraktem z NFZ. Sytuacja wygląda odmiennie w przypadku placówek niepublicznych – mają one niemal nieograniczone możliwości wykonywania świadczeń finansowanych poza systemem NFZ i w placówkach publicznych, w przypadku których obowiązujące przepisy, a przede wszystkim ich interpretacja ze strony Ministerstwa Zdrowia, możliwości takie znacznie ograniczają. Z powo-

du złej sytuacji finansowej niektórych publicznych placówek ochrony zdrowia – wdraża się w nich tzw. programy naprawcze, będące w istocie procesem restrukturyzacji, polegającym na zmianie formy organizacyjno-prawnej – z organizacji non-profit na spółkę prawa handlowego. Ustawa o działalności leczniczej, która weszła w życie w 2011 r., miała ten proces przyspieszyć. Niestety z danych publikowanych przez Ministerstwo Zdrowia wynika, iż tempo procesów restrukturyzacyjnych w polskich szpitalach w roku 2013 wyraźnie spadło. W ubiegłym roku procedurze tej poddano jedynie 27 szpitali publicznych. Jednym z powodów takiego stanu rzeczy jest zapewne fakt, iż w części placówek poddanych procedurze restrukturyzacji sytuacja finansowa nie uległa znaczącej poprawie. Nie zwiększyła się także liczba wykonywanych świadczeń, ani też ich jakość i dostępność. Celem niniejszej pracy jest ukazanie korzyści, jakie niesie dla placówki ochrony zdrowia opracowanie skutecznej strategii konkurencji podczas prowadzenia procesów restrukturyzacyjnych.

Opracowanie strategii konkurencji

Opracowanie strategii konkurencji polega na stworzeniu ogólnej formuły, w jaki sposób placówka zamierza konkurować, jakie są jej cele oraz zasady postępowania niezbędne do ich realizacji [Porter 2010, s. 14]. Strategia konkurencji stanowi połączenie celów, do których zmierza organizacja i środków, za pomocą których zamierza do nich dojść. W zależności od charakteru organizacji – zasady postępowania można przedstawiać w sposób bardziej lub mniej szczegółowy. Ogólne sformułowanie strategii konkurencji wymaga uwzględnienia czynników, wyznaczających granice możliwe do osiągnięcia przez placówkę. Jej silne i słabe strony wyznaczają profil aktywów i umiejętności w porównaniu z konkurentami. W połączeniu z wartościami, określają one wewnętrzne granice strategii konkurencji, którą dana organizacja może stosować. Granice zewnętrzne są wyznaczane przez dany sektor i jego otoczenie.

Pojęcie strategii konkurencji

Skuteczna strategia konkurencji [Porter 2010, s. 52] jest to podejmowanie przez placówkę ataku lub obrony przed pięcioma siłami konkurencji (wejściem nowych konkurentów, siłą przetargową dostawców, siłą przetargową nabywców, zagrożeniem ze strony substytutów i rywalizacją pomiędzy organizacjami funkcjonującymi w sektorze), których celem jest:

- utrzymanie pozycji w danym sektorze w celu zapewnienia możliwości skutecznego radzenia sobie z siłami konkurencyjnymi,

- wpływ na równowagę sił konkurencyjnych w celu poprawy sytuacji placówki,
- uprzedzanie i wykorzystanie zmian czynników, które leżą u podłoża sił konkurencyjnych

W podejściu pierwszym słabe i silne strony placówki dostosowuje się do struktury sektora. Ich analiza pozwala ponadto na wskazanie tych dziedzin, w których placówka powinna podjąć działania konkurencyjne oraz takich, w których konkurencji powinna unikać. W przypadku zastosowania strategii zaczepnych, placówka nie tylko może radzić sobie z siłami konkurencyjnymi, ale także próbować wpływać na ich źródła. Równowaga sił konkurencyjnych będzie efektem nie tylko oddziaływania czynników zewnętrznych, ale także tych, które są pod kontrolą organizacji. Do identyfikacji podstawowych czynników mających wpływ na konkurencję w danym sektorze wykorzystać można analizę strukturalną. Pozwala ona na określenie tych obszarów, w których strategiczne oddziaływanie na równowagę sił konkurencyjnych przyniesie najlepsze efekty. Porter opisał trzy klasyczne rodzaje strategii konkurencji:

- przywództwo kosztowe,
- różnicowanie,
- koncentrację,

zaznaczając jednocześnie, iż możliwe jest ich stosowanie samodzielnie lub w różnych kombinacjach – choć jest to czasem trudne i zdaniem części autorów – mało skuteczne. Strategie łączone (kombinowane) w ochronie zdrowia są wykorzystywane przez duże i rozbudowane organizacje [Swayne 2012, s. 322]. Dzieje się tak, gdy wcześniej żadna pojedyncza strategia nie przyniosła pożądanego efektu. W takim przypadku różne strategie łączy się i dopasowuje różne podejścia, realizując je równocześnie lub sekwencyjnie. Najczęściej spotykanym łączeniem strategii w przypadku placówek ochrony zdrowia jest integracja pionowa i pozioma. Celem takiego postępowania jest tworzenie systemów opieki medycznej, świadczących szeroką paletę usług i posiadających duży udział w rynku. Opisana powyżej sytuacja dotyczy jednoczesnego łączenia kilku strategii. Czasami dokonuje się tego w kilku etapach – placówka może zastosować strategię wycofywania się z określonego segmentu rynku w pierwszym etapie, a następnie strategię dywersyfikacji w kolejnych etapach. Placówki ochrony zdrowia mogą obsługiwać cały rynek lub jedynie jego segment – wykorzystując w tym celu strategię koncentracji. W pierwszym przypadku, cała paleta świadczeń medycznych jest kierowana do szerokiego grona pacjentów. Szpital znajdujący się na danym obszarze działania może wykonywać świadczenia medyczne dla wszystkich mieszkańców – służyć całemu rynkowi, oferując pełen zakres usług. W takim przypadku, przedmiotowe świadczenia nie są kierowane do określonego segmentu populacji

(dzieci, kobiety, chorzy na określone choroby, etc.). Strategia pozycjonowania, obejmująca cały rynek usług medycznych na danym obszarze działania, może opierać się na różnicowaniu lub przywództwie kosztowym. Placówka może starać się wyróżniać spośród konkurencji wysoką jakością świadczeń, wysoką dostępnością lub konkurować jako dostawca tanich usług medycznych. Strategie, które obejmują jedynie segment rynku, są adresowane do zaspokajania specjalnych potrzeb, bardzo dobrze zdefiniowanych populacji pacjentów (chirurgia naczyniowa, onkologia, ginekologia i położnictwo, etc.). Strategia taka identyfikuje specyficzną i bardzo dobrze zdefiniowaną niszę rynkową, na której jest skoncentrowana działalność placówki medycznej. Wszystkie świadczenia medyczne oferowane przez placówkę – kierowane są właśnie do tej niszy rynkowej. Podobnie jak w przypadku strategii kierowanych do całego rynku, także strategie koncentracji mogą opierać się na różnicowaniu i przywództwie kosztowym. Z uwagi na ogromny rozwój nauk medycznych, ich złożoność i ścisłe specjalizacje – strategie koncentracji są na rynku usług medycznych bardzo często stosowane. Przykładem mogą być wysokospecjalistyczne jednostki – oferujące zarówno świadczenia szpitalne, jak i ambulatoryjne w zakresie onkologii, reumatologii, psychiatrii i wielu innych. Placówki te mogą być następnie pozycjonowane w oparciu o różnicowanie lub przywództwo kosztowe.

Konkurencja za pomocą kosztów polega w znacznym uproszczeniu na ich obniżeniu poniżej poziomu reprezentowanego przez konkurentów w danym sektorze [Rymarczyk 2004, s. 86]. Wiąże się to najczęściej z osiągnięciem poważnego udziału w rynku. Produkt lub usługa są często wystandaryzowane w celu utrzymania kosztów na niskim poziomie. Prowadzenie tej strategii wymaga wysokich nakładów inwestycyjnych na nowoczesne technologie. Przywódca kosztowy posiada jednak przewagę nad konkurentami w pozycji negocjacyjnej z dostawcami – duże zakupy dają możliwość uzyskania wysokich upustów cenowych. Strategia ta obarczona jest oczywiście ryzykiem przejęcia przywództwa kosztowego przez nową placówkę, naśladującą strategię dotychczasowego przywódcy lub dysponującą nowocześniejszą i bardziej wydajną technologią. Innym zagrożeniem związanym ze stosowaniem tej strategii jest niedostrzeganie konieczności dokonywania zmian w wykonywanych świadczeniach na skutek zbytnej uwagi poświęconej analizie kosztów oraz inflacja kosztów, która w znacznej mierze ogranicza możliwość utrzymania różnicy cen równoważącej prestiż znaków firmowych i innych sposobów różnicowania usług [Porter 2010, s. 69]. Zdaniem większości autorów, przywództwo kosztowe jest szczególnie odpowiednie dla placówek świadczących usługi w zakresie POZ oraz opieki długoterminowej [Swayne 2012, s. 321].

Konkurencja za pomocą różnicowania wymaga z kolei stworzenia takiego produktu, który przez nabywców postrzegany będzie jako wyjątkowy, „jedy-ny w swoim rodzaju”. Niepowtarzalność produktu może dotyczyć także usług dodatkowych, sposobów obsługi pacjentów, kanałów dystrybucji etc. Produkt lub usługa mogą być różnicowane przez wysoką jakość, dostępność świadczeń czy wygodę dla pacjentów. Istnieje wiele sposobów różnicowania usług medycznych, ale atrybuty wyróżniające lub unikalne muszą być dla pacjentów istotne. Placówki korzystające ze strategii różnicowania opierają się na lojalności wobec marki, unikalności świadczeń i braku substytutów. W sektorze ochrony zdrowia takimi substytutami dla świadczeń specjalistycznych są usługi w zakresie POZ, natomiast substytutami dla usług szpitalnych są świadczenia ambulatoryjne. Najczęściej stosowanymi formami różnicowania świadczeń w ochronie zdrowia są jakość świadczenia i marka placówki [Swayne 2012, s. 321]. Wiele placówek podkreśla bardzo wysoką jakość swoich świadczeń, mającą odróżniać je od konkurencji. Pacjenci oczekują jednak zawsze wysokiej jakości świadczeń medycznych, co powoduje, iż jest to trudny czynnik różnicowania [Sułkowski, Seliga 2012, rozdz. 5]. Drugim czynnikiem różnicowania często stosowanym w sektorze ochrony zdrowia jest marka placówki. Dotyczy to zwłaszcza leczenia szpitalnego – stosującego nowoczesne technologie i urządzenia oraz posługującego się afiliacjami uczelni medycznych. Szansa na sukces tej strategii jest tym większa, im produkt jest bardziej unikalny. Prowadzenie strategii różnicowania jest zazwyczaj kosztowne, znajduje więc uzasadnienie tylko wówczas, gdy umożliwia uzyskanie przez placówkę wyższych przychodów. Strategia ta niesie za sobą kilka rodzajów ryzyka – występują one, gdy np. różnica kosztów między konkurentami o niskich kosztach a placówką zróżnicowaną jest zbyt duża. Pacjenci wówczas – pomimo przywiązania do placówek zróżnicowanych – wybierają duże oszczędności. Innym rodzajem ryzyka jest zmniejszenie zapotrzebowania na zróżnicowane świadczenia w miarę zwiększania się wyrafinowanych potrzeb pacjentów [Porter 2010, s. 70]. Dodatkowo strategia ta, jak żadna inna, narażona jest na ryzyko piractwa markowego produktu.

Trzecim rodzajem strategii konkurencji wg Portera jest koncentracja na konkretnej grupie nabywców, określonym produkcie lub rynku. Podczas gdy strategie przywództwa kosztowego i różnicowania zmierzają do realizacji celu w skali całego sektora [Porter 2010, s. 62], to strategia koncentracji sprowadza się w zasadzie do szczególnie dobrej obsługi określonego segmentu rynku. Zagrożeniem dla tej strategii jest oczywiście zmniejszenie się różnic w cenach lub jakości w stosunku do produktów oferowanych przez konkurentów oraz pojawienie się konkurencji skupionej na tej samej lub jeszcze węższej niszy rynkowej.

Wg Pierścionka [Pierścionek 2003, s. 275] strategia konkurencji placówki oznacza: „bazujący na określonej koncepcji konkurencyjności zespół posunięć na rynku, wyrażających się określoną strukturą rynkowych czynników konkurencyjności” lub „zespół działań polegających na rozwoju istniejących źródeł konkurencyjności, tj. zbiorów określonych, specyficznych zasobów, umiejętności i struktur”.

Pierścionek wyróżnia cztery podstawowe rodzaje strategii konkurencji:

- strategię najniższych cen,
- strategię jakości produktu,
- strategię jakości obsługi,
- strategię renomy firmy [Pierścionek 1996, s. 179].

Podobnie jak Porter, także Pierścionek uważa, iż możliwe jest stosowanie różnych kombinacji opisanych powyżej „klasycznych” strategii konkurencji. Decyzje dotyczące wybranej strategii dotyczyć mogą: obszaru, na jakim konkurencja jest prowadzona, sposobu uzyskania przewagi konkurencyjnej, a także typu zachowań konkurencyjnych, przyjętych przez organizację [Gołębiowski 2001, s. 23].

Obłój [Obłój 2000, s. 56] wyróżnia trzy rodzaje „czystych” strategii konkurencji:

- sposób dostarczania produktu,
- cenę,
- jakość produktu.

Zgodnie z koncepcją K. Ohmae [Pierścionek 2003, s. 266], strategię konkurencji, zmierzającą do poprawy pozycji konkurencyjnej, podzielić można na strategię prowadzącą do lepszego dostosowania oferty do potrzeb pacjentów oraz strategię polegającą na zmianach kluczowych czynników sukcesu placówki. Wg tej koncepcji przewagę konkurencyjną organizacji tworzą: koncentracja zasobów na wybranych funkcjonalnych polach jej działalności, właściwe wykorzystanie różnic w zasobach strategicznych, wykorzystanie słabości konkurentów, zmiana kluczowych czynników sukcesu oraz wdrażanie nowych produktów.

Obszary działań konkurencyjnych w sektorze ochrony zdrowia

Na rynku usług medycznych o rozwoju placówek i wzroście ich konkurencyjności decyduje przede wszystkim identyfikacja i znajomość potrzeb zdrowotnych pacjentów. Szansą, szczególnie dla małych placówek, może być wybór takiej niszy rynkowej, która nie jest atrakcyjna dla silniejszych konkurentów.

Warunkiem opracowania skutecznej strategii konkurencji placówki ochrony zdrowia jest stworzenie takich mechanizmów, dzięki którym zdobyta przewaga konkurencyjna może być utrzymana przez długi okres czasu. Wymaga to maksymalnego wykorzystania unikalnych cech placówki. Z małymi wyjątkami, placówki ochrony zdrowia w naszym kraju nie posiadają zdolności kształtowania otoczenia, w którym funkcjonują. Przeciwnie – zmuszone są do ciągłego dostosowywania się do jego wymagań. Dlatego też strategia konkurencji placówki medycznej polega na ciągłym dostosowywaniu się do zmian zachodzących w jej otoczeniu. Odzwierciedla sposób, w jaki organizacja wykorzystuje istniejące mechanizmy, aby sprostać przemianom następującym w otoczeniu, realizując jednocześnie własne cele [Janiuk 2004, s. 108].

Postawa strategiczna placówek ochrony zdrowia

Placówki ochrony zdrowia, podobnie jak inne organizacje, mogą być klasyfikowane w oparciu o ich postawę strategiczną, czyli sposób zachowania się w segmentach rynku lub sektorach, w których działają [Swayne 2012, s. 315]. Można zatem wyróżnić cztery typowe postawy strategiczne organizacji: obronne, aktywne, analityczne i reaktywne. Podstawowym celem postawy obronnej jest uzyskanie stabilności. Postawa ta koncentruje się na wąskim segmencie rynku z niewielką paletą świadczeń i na agresywnych działaniach, mających za cel obronę segmentu rynku przed konkurencją. Placówki stosujące obronną postawę strategiczną, stosunkowo rzadko poszukują innych możliwości wzrostu poprzez stosowanie nowoczesnych technologii czy zmian organizacyjnych. Główny nacisk kładą one na zwiększenie wydajności wykonywanych usług – podstawowym elementem sukcesu jest w tym przypadku efektywność kosztowa. Częstym rozwiązaniem jest także integracja pionowa – sprzyjająca obronie segmentu rynku, kontroli przepływu pacjentów oraz stabilności funkcjonowania placówki, a także strategii penetracji rynku i rozwoju produktu. Aktywna postawa strategiczna polega na ciągłym poszukiwaniu nowych możliwości rynkowych. Postawę taką stosują przede wszystkim placówki wykorzystujące nowoczesne technologie medyczne – operujące w segmentach rynku czy kategoriach usług, które podlegają częstym zmianom. Placówki takie, oprócz strategii dywersyfikacji, rozwoju produktu i rozwoju rynku, często stosują strategię wycofywania się z określonych sektorów rynku lub niektórych rodzajów działalności. Podstawową przewagą konkurencyjną placówek wykorzystujących ten rodzaj strategii jest kreowanie zmiany w obszarze kategorii lub rodzaju wykonywanych świadczeń. Analityczna postawa strategiczna stanowi połączenie opisanych poprzednio postaw – obronnej

i aktywnej. Placówki stosujące taką postawę strategiczną – zazwyczaj opierają się na stabilnej działalności w segmentach rynku, stanowiących podstawę ich funkcjonowania, jednocześnie poszukując nowych możliwości rozwoju. Cechą charakterystyczną jest ciągle śledzenie i analizowanie poczynąń konkurencji oraz przejmowanie koncepcji strategicznych o największym potencjale. Placówki takie z powodzeniem wykorzystują strategie penetracji w odniesieniu do kluczowych segmentów rynku oraz strategie dywersyfikacji przy wchodzeniu do nowych segmentów, rozwoju produktu i rynku. Placówki stosujące postawę reaktywną, dostrzegają możliwości i zmiany zachodzące w otoczeniu, ale nie potrafią w sposób efektywny się do nich zaadaptować. Dokonują one zmian w odpowiedzi na presję otoczenia, ale brakuje im konsekwencji w podejściu do strategii i struktury [Swayne 2012, s. 317]. Preferowana przez placówkę postawa strategiczna stanowi podstawę do podejmowania decyzji oraz kształtuje kulturę organizacji.

Strategie konkurencji placówek medycznych

Strategie konkurencji placówek ochrony zdrowia mogą być nastawione na:

- przewyżczanie słabości,
- naturalne przewagi,
- poszukiwanie nisz rynkowych, na których ujawnią się walory placówki,
- dopasowanie mocnych stron placówki do pojawiających się w otoczeniu okazji oraz unikanie zagrożeń [Pierścionek 2003, s. 321].

Wybory strategiczne, przed którymi stoi placówka ochrony zdrowia, dokonują się zasadniczo w trzech obszarach – pola działania, typu relacji z konkurentami oraz rodzaju przewagi konkurencyjnej.

Z pewnym uproszczeniem przyjąć można, iż przed placówką do wyboru jest jeden z dwóch rodzajów strategii, mianowicie strategia koncentracji lub strategia dywersyfikacji.

Strategia koncentracji polega na zawężeniu prowadzonej działalności. Prowadzi to do osiągnięcia wysokiego poziomu specjalizacji, co na rynku lokalnym jest często łatwe do realizacji i stanowi podstawę istotnej przewagi nad konkurentami. Strategia koncentracji polegać może zarówno na „okopywaniu się” na wcześniej zajmowanych już pozycjach, jak i wchodzeniu na nieznane dotąd obszary. Zdaniem większości autorów, zdecydowanie bardziej komfortowa jest sytuacja pierwsza, gdy placówka może cały swój wysiłek skupić na umacnianiu wcześniej już posiadanej pozycji i potencjału. Związane jest to niejednokrotnie z redukcją części dotychczasowej działalności i skupieniem na obszarze uznanym przez kierownictwo placówki za najbar-

dziej atrakcyjny. Taki rodzaj prowadzonej strategii konkurencji jest związany z umacnianiem przewagi konkurencyjnej nad dotychczasowymi uczestnikami rynku oraz budowaniem skutecznych barier wejścia dla nowych rywali.

Znacznie bardziej skomplikowana jest droga polegająca na wyborze nowych specjalności dla swojej działalności. W dłuższej perspektywie jest to oczywiście możliwe, ale wiąże się ze znacznym wysiłkiem, związanym początkowo z przełamywaniem barier wejścia, pokonywaniem oporu ze strony obecnych na rynku konkurentów oraz obroną przed potencjalnymi nęśladowcami. Czynnikiem znacznie ułatwiającym prowadzenie takiej strategii jest na pewno wcześniejsza, choćby niewielka obecność na rynku w specjalnościach uznanych za przyszłościową domenę placówki, a także dokonanie tzw. akwizycji, czyli przejęcie istniejących już wcześniej, specjalizujących się w danej dziedzinie placówek.

Strategia koncentracji placówki może być realizowana jako: penetracja rynku lub zejście w jego niszę [Kaleta 2000, s. 136]. Pierwsza opcja oznacza agresywną postawę wobec konkurentów, walkę o powiększenie udziału w rynku, chyba, że dynamiczny rozwój całego sektora pozwala na uniknięcie walki konkurencyjnej. Placówki, które nie są zainteresowane walką z konkurencją, mogą natomiast ulokować swoją działalność na małych rynkach, gdzie konkurencja jest niewielka. Może to dotyczyć specjalizacji geograficznej na rynku lokalnym lub też wąskiej specjalizacji globalnej [Drucker 1992, s. 253]. Oczywiście znacznie częściej mamy do czynienia z pierwszym przypadkiem, kiedy placówka specjalizuje się w udzielaniu świadczeń zdrowotnych dla pacjentów ze „swojego rejonu” działania, czyli najczęściej najbliższej okolicy.

Alternatywne rozwiązanie wobec strategii koncentracji stanowią strategie dywersyfikacyjne. Istotą takiej strategii w przypadku placówki ochrony zdrowia jest poszerzanie pola działania o nowe specjalności, rynki etc. Strategie te mogą być prowadzone poprzez rozwój rynków, rozwój produktów, przenoszenie zdobytych dotychczas doświadczeń i umiejętności na nowe specjalności. Mogą także przybierać formę ekspansji na zupełnie nowe rynki, niezwiązane z dotychczasową działalnością placówki. Strategie dywersyfikacji, które polegają na poszerzaniu dotychczasowego obszaru działalności są zwykle najmniej ryzykowne. Najbardziej powszechnym rodzajem takiej strategii jest ekspansja terytorialna – na nowe rynki lokalne, regionalne, krajowe, a nawet międzynarodowe. Powiększając geograficzny obszar swojej działalności, placówka ma możliwość lepszego wykorzystania efektu skali, swojego dotychczasowego doświadczenia, potencjału marketingowego oraz swojej marki. Konkurencyjność rozwijających się w ten sposób organizacji może być bardzo wysoka, zwłaszcza w porównaniu z konkurencją ograniczającą się do rynków lokalnych. Szczególnie atrakcyjne możliwości rozwoju osiągają placówki, któ-

re działają na rynkach o dużej dynamice wzrostu – wykorzystujące najnowocześniejsze technologie medyczne, innowacyjne schematy leczenia oparte na nowo zsyntetyzowanych substancjach czynnych etc.

Kolejnym rodzajem strategii dywersyfikacyjnej jest integracja pionowa, polegająca na zastępowaniu dotychczasowych dostawców towarów czy usług (podwykonawców) – integracja wstecz, czy też wydłużająca dotychczasowy cykl działalności – integracją przód. Taki sposób postępowania pozwala placówce na skuteczne uniezależnienie się od partnerów biznesowych oraz wytworzenie znacznej przewagi konkurencyjnej w stosunku do rywali, którzy nie prowadzą tak kompleksowej działalności.

Jeszcze innym rodzajem strategii dywersyfikacyjnej, coraz częściej stosowanym przez placówki ochrony zdrowia – jest strategia rozwoju oferowanego produktu. Zdobyte podczas dotychczasowej działalności wiedza i umiejętności praktyczne, mogą być z powodzeniem wykorzystywane w całkiem odmiennych obszarach działalności.

Wszystkie opisane powyżej rodzaje strategii dywersyfikacji otwierają przed stosującymi je placówkami szereg nowych możliwości, sprowadzających się do dwóch obszarów. Po pierwsze – stanowią oczywisty sposób zmniejszenia ryzyka prowadzonej przez firmę działalności. Ryzyko uzależnienia się od wąskiej specjalności obszaru działania, wobec często mało przewidywalnego otoczenia organizacji, jest niemałe. Dywersyfikacja działalności ryzyko to zmniejsza w oczywisty sposób. Drugi obszar korzyści płynących ze stosowania opisanych powyżej rodzajów strategii dywersyfikacyjnych polega na intensyfikacji procesów rozwoju. Strategia dywersyfikacyjna pozwala bowiem na ciągłe rekonstruowanie organizacji, dostosowywanie jej do ciągle zmieniających się warunków otoczenia. **Podsumowanie** Restrukturyzacja placówki ochrony zdrowia nie przyniesie oczekiwanych efektów w postaci poprawy sytuacji finansowej placówki, zwiększenia liczby i poprawy jakości oraz dostępności wykonywanych świadczeń, jeśli nie opracuje się własnej skutecznej strategii konkurencji. Większość publicznych placówek ochrony zdrowia, które poddane zostały restrukturyzacji, realizuje strategię inkrementalną, wynikającą z poszukiwania kompromisu pomiędzy regulacjami prawnymi, konkurencją oraz okazjami rynkowymi. Szczegółowo zaplanowany i prawidłowo przeprowadzony proces restrukturyzacji placówki ochrony zdrowia powinien prowadzić do wyboru i aplikacji jednego typu strategii konkurencji rozumianej zgodnie z modelem Portera. Pamiętać jednak należy, iż sektor ochrony zdrowia nie kieruje się wyłącznie zasadami konkurencyjności, zatem zastosowanie modelu 5 sił Portera napotyka na pewne ograniczenia.

Bibliografia:

Drucker P.F. (1992), *Innowacje i przedsiębiorczość. Praktyka i zasady*, PWE, Warszawa.

Gołębiowski T. (2001), *Zarządzanie strategiczne. Planowanie i kontrola*, Difin, Warszawa.

Janiuk I. (2004), *Strategiczne dostosowanie polskich małych i średnich przedsiębiorstw do konkurencji europejskiej*, Difin, Warszawa.

Kaleta A. (2000), *Strategia konkurencji w przemyśle*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. Oscara Langego we Wrocławiu, Wrocław.

Oblój K. (2000), *Strategia sukcesu firmy*, PWE, Warszawa.

Pierścionek Z. (1996), *Strategie rozwoju firmy*, PWN, Warszawa.

Pierścionek Z. (2003), *Strategie konkurencji i rozwoju przedsiębiorstwa*, PWN, Warszawa.

Porter M.E. (2010), *Strategia konkurencji. Metody analizy sektorów konkurentów*, MT Biznes Sp. z o.o., Warszawa.

Rymarczyk J. (2004), *Internacjonalizacja i globalizacja przedsiębiorstwa*, PWE, Warszawa.

Sułkowski Ł., Seliga R. (2012), *Kulturowe determinanty zarządzania szpitalami w Polsce*, Difin, Warszawa.

Swayne L.E., Duncan W.J., Ginter P.M. (2012), *Zarządzanie strategiczne w ochronie zdrowia*, Wolters Kluwer Polska sp. z o.o., Warszawa.

Paweł Skoczylas

Spółeczna Akademia Nauk

Zastosowanie analizy strategicznej w procesach restrukturyzacji placówek ochrony zdrowia

Strategic analysis in reorganization of health care centres

Abstract: This work presents possibilities of using strategic analysis in reorganization of health care centres. Strategic analysis of a health care centre enables identification of its weaknesses and strengths, recognition of opportunities and threats in its environment, definition of the position of the centre in the medical services market, identification of tasks leading to gaining competitive advantage, planning of strategy for the reorganization period, and adaptation to changes occurring constantly in the environment. It should be remembered that not all strategic analysis models are appropriate for the health care industry, as the medical services market does not operate based on principles of the free market only. Some health care centres are managed as independent companies which operate in market conditions according to rights of economy; therefore, they use strategic analysis in their day-to-day operations. Other centres, mainly public hospitals, which apply for funds for paying off a part of their debt from the Treasury, start to use this tool out of necessity.

Key-words: strategic analysis, health care, reorganization of health care centres.

Wstęp

Zarządzanie strategiczne w systemie ochrony zdrowia na świecie jest stosowane od ok. 30 lat [Swayne 2012, s. 9]. W Polsce do końca ubiegłego stulecia – praktycznie nie istniało [Kautsch 1996, s. 8], niewielu bowiem menedżerów zdawało sobie sprawę, jak wielkie może ono mieć znaczenie przy kierowaniu placówką oraz jakie oszczędności może przynieść [Drażek 2003, s. 27]. Zgod-

nie z klasyczną definicją zarządzania, jest to proces obejmujący grupę działań (planowanie, organizowanie, motywowanie i kontrolowanie), zorientowanych na zasoby organizacji – ludzkie, finansowe, rzeczowe i informacyjne [Griffin 2005, s. 6]. Zarządzanie publicznymi placówkami ochrony zdrowia wymaga dodatkowo uwzględnienia specyfiki organizacji publicznych [Frączkiewicz-Wronka 2009, s. 31]. W chwili obecnej, prowadzenie placówki medycznej jest skomplikowanym projektem, wykorzystującym narzędzia i metody stosowane w biznesie. Oczywiście nie wszystkie rozwiązania strategiczne mogą być w placówkach systemu ochrony zdrowia zastosowane. Panuje w nich bowiem pewna specyficzna kultura organizacyjna, która wpływa istotnie na możliwości zastosowania metod analizy strategicznej [Głowacka 2009, ss. 30–33]. Ponadto, ze względu na specjalne oczekiwania i wymagania stawiane placówkom ochrony zdrowia, są one poddawane – jak żadne inne organizacje – ścisłej kontroli zewnętrznej [Ginter 2006, s. 33]. Prowadzenie procesu restrukturyzacji placówki ochrony zdrowia odbywa się zazwyczaj pod silną presją ze strony otoczenia politycznego i prawnego [Stępniewski 2011, s. 18].

Celem niniejszej publikacji jest przedstawienie możliwości zastosowania analizy strategicznej przy restrukturyzacji placówek ochrony zdrowia.

Koncepcja Henrego Mintzberga

Istnieje wiele sposobów myślenia o procesie zarządzania strategicznego [Swayne 2012, s. 13]. Mintzberg wyróżnił dziesięć sposobów na opisanie strategii organizacyjnej [Mintzberg 1990, ss. 170–190] – trzy o charakterze normatywnym i analitycznym – projektowanie, planowanie i pozycjonowanie, sześć opisowych i dynamicznych – podejście przedsiębiorcze, kognitywne, polityczne, uczenia się, kulturowe i środowiskowe. Ostatnie, dziesiąte podejście opisane przez Henrego Mintzberga – nazwane przez niego podejściem konfiguracyjnym, dzieli proces zarządzania na kolejne, następujące po sobie etapy. Pierwszym, podstawowym etapem zarządzania strategicznego jest myślenie strategiczne, które wymaga próby spojrzenia na całość organizacji, akceptacji zmian, analizy ich przyczyn i rezultatów. Prowadzi do tworzenia założeń dotyczących przyszłości placówki. Aby zarządzanie strategiczne było procesem skutecznym, myślenie strategiczne nie może dotyczyć jedynie kadry zarządzającej, ale wszystkich zatrudnionych w niej pracowników [Głowacka 2009, s. 80]. Analiza strategiczna sprowadza się do trzech oddzielnych działań myślenia strategicznego: analizy otoczenia zewnętrznego, analizy otoczenia wewnętrznego i opracowania lub udoskonalenia strategii kierunkowych organizacji. Te trzy powiązane ze sobą procesy, stanowią podstawę do opracowania strategii organizacji. Siły oddziałujące w otoczeniu zewnętrznym

nym warunkują „co powinna ona zrobić”. Zasoby wewnętrzne, kompetencje i umiejętności wskazują z kolei na jej możliwości. Strategie kierunkowe, będące efektem analizy przeprowadzonej przez kierownictwo placówki, warunkują chęci organizacji. Wprowadzanie zmian w każdej organizacji, także z sektora ochrony zdrowia, staje się koniecznością, ponieważ żadna strategia czy plan postępowania nie są rozwiązaniem uniwersalnym i ostatecznym. Z tego powodu placówki ochrony zdrowia muszą być otwarte na zmiany i traktować je jako szansę, a nie jako zagrożenia [Penc 1999, s. 217]. W ciągu ostatnich kilku lat w wielu placówkach ochrony zdrowia, przede wszystkim szpitalnych, wprowadzono tzw. programy naprawcze, polegające de facto na procesie restrukturyzacji – zmianie formy organizacyjno-prawnej z organizacji non-profit na działalność w formie spółki prawa handlowego. Proces taki jest często jedyną szansą na utrzymanie płynności finansowej i zachowanie ciągłości świadczenia usług medycznych. Szczegółowo zaplanowany program restrukturyzacji powinien być wynikiem dokładnych analiz i odzwierciedleniem faktycznych potrzeb placówki. Prawidłowo przeprowadzona analiza strategiczna powinna doprowadzić do opracowania odpowiedniej strategii postępowania w okresie restrukturyzacji placówki. Niestety z doświadczenia życiowego wynika, iż często organy założycielskie publicznych placówek ochrony zdrowia analizę strategiczną traktują bardzo marginalnie.

Analiza otoczenia zewnętrznego

Każda placówka działająca w sektorze ochrony zdrowia podlega wielu czynnikom ze środowiska zewnętrznego – zarówno bezpośrednim, jak i pośrednim. Na ich zidentyfikowanie i ocenę poświęca się wiele sił i środków [Sutcliffe 2003, s. 75]. Poprzez środowisko zewnętrzne – makrootoczenie placówki, rozumie się wszelkie uwarunkowania, w których ona funkcjonuje, w określonym miejscu, czasie, układzie systemowym, politycznym czy gospodarczym [Klich 1998, s. 29]. Cechą charakterystyczną funkcjonowania placówki ochrony zdrowia w swoim makrootoczeniu jest uzależnienie od zachodzących w nim transformacji oraz brak możliwości zmiany panujących warunków, co w sposób oczywisty ma wpływ na funkcjonowanie i rozwój [Marciniak 2008, s. 55]. Dzięki zastosowaniu odpowiednich narzędzi jest możliwe uzyskanie przez organizację odpowiedniej równowagi pomiędzy procesami w niej zachodzącymi i otoczeniem [Głowacka 2009, s. 54]. Badając wpływ otoczenia zewnętrznego na funkcjonowanie placówki medycznej, należy brać pod uwagę także pewne grupy interesariuszy nastawionych do placówki w sposób pozytywny lub negatywny. Interesariuszami są osoby fizyczne lub prawne, które angażują się w sposób dynamiczny w działania placówki, lub których przychody są od niej

uzależnione. Interesariusze w dużej mierze kształtują wizerunek placówki, dlatego też niezwykle istotne jest ich zidentyfikowanie i zdefiniowanie wpływu na placówkę. Tworząc mapę interesariuszy, w pierwszej kolejności wyznacza się grupy wpływu, a następnie określa ich typ i siłę oddziaływania na placówkę [Oblój 1998, s. 113].

Placówki kierowane przez menedżerów, którzy nie posiadają umiejętności przewidywania zmian lub im się opierają, ignorują wpływ czynników zewnętrznych na organizację – tracą kontakt z potrzebami rynku i skazane są na porażkę, te zaś, których liderzy dostrzegają istotne czynniki zewnętrzne i modyfikują odpowiednio swoje działania – mają wysokie szanse na osiągnięcie sukcesu. Spośród wielu czynników otoczenia zewnętrznego, największe znaczenie mają te, które znajdują się w obszarach: prawno-politycznym, ekonomicznym, społeczno-demograficznym, technologicznym i konkurencyjnym [Swayne 2012, s. 49]. Kwestie prawno-polityczne dotyczą wszelkich regulacji legislacyjnych związanych z funkcjonowaniem sektora ochrony zdrowia. W Polsce przepisy te bywają niezrozumiałe dla kierujących placówkami medycznymi, a przede wszystkim zmieniają się bardzo często, powodując brak stabilności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Czynniki ekonomiczne otoczenia zewnętrznego związane są z rosnącymi ciągle kosztami prowadzenia placówek medycznych, przy malejących przychodach z ich działalności. Zmiany społeczne i demograficzne są związane ze starzeniem się społeczeństwa polskiego, co spowodowane jest zmniejszonym przyrostem naturalnym i zwiększającą się sukcesywnie średnią długością życia Polaków. Na zmiany te nakładają się dodatkowo nierówności w zdrowiu bardzo wyraźnie zarysowane w polskim społeczeństwie. Stan zdrowia Polaków w znacznej mierze jest związany z ich statusem społeczno-ekonomicznym, poziomem wykształcenia oraz miejscem zamieszkania. Czynniki technologiczne, mające wpływ na funkcjonowanie placówki medycznej, związane są z ciągłym rozwojem medycyny. Nowe technologie medyczne, często oparte na automatyzacji i cyfryzacji prowadzonych procedur, rozwiązania związane z telemedycyną, czy szerzej z e-zdrowiem są coraz bardziej powszechne. Ogromny postęp technologiczny miał miejsce w ostatnich latach i trwa nieustannie w przemyśle farmaceutycznym – przy projektowaniu nowych leków i szczepionek. Nowoczesne technologie wykorzystywane są także przy badaniach genetycznych i terapii genowej. Zmiany konkurencyjne w otoczeniu placówek medycznych są związane z procesami przekształceń wielu ośrodków [Sułkowski 2013].

Placówki – zarówno publiczne, jak i niepubliczne – działają pod presją obniżania kosztów i zwiększenia rentowności działalności. W Polsce, przy zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, coraz większe znaczenie zaczyna odgrywać podstawowa opieka zdrowotna, a w zakresie specjali-

styki – lecznictwo ambulatoryjne. Zyskują na znaczeniu działania z zakresu szeroko pojętej promocji zdrowia, poprzez prowadzenie różnego rodzaju programów profilaktycznych i lansowanie zdrowego stylu życia. Czynniki otoczenia dalszego placówek ochrony zdrowia są różnie definiowane przez różnych autorów, w zależności od potrzeb zarządzania strategicznego organizacji, która dokonuje analizy strategicznej otoczenia [Swayne 2012, s. 67]. Można jednak zaliczyć do nich: jednostki rządowe i samorządowe, organizacje biznesowe, naukowo-badawcze i edukacyjne, organizacje pozarządowe, religijne i osoby fizyczne. Natomiast bezpośrednio w systemie ochrony zdrowia funkcjonują [Longest 1990, ss. 12-28]: świadczeniodawcy, organizacje dostarczające dla nich zasoby, organizacje reprezentujące świadczeniodawców, pacjenci – świadczeniobiorcy. Pierwszym etapem analizy strategicznej otoczenia placówki medycznej jest obserwacja otoczenia zewnętrznego. Jest to proces polegający na przeglądzie i porządkowaniu informacji o organizacjach zewnętrznych, które znajdują się w otoczeniu dalszym lub otoczeniu ochrony zdrowia – w celu poszukiwania aktualnych lub przyszłych trendów. Analiza ta opiera się przede wszystkim na wtórnych źródłach informacji – publikowanych w fachowym piśmiennictwie, różnego rodzaju zestawieniach i rocznikach. Zdaniem wielu autorów, obserwacja otoczenia jest najważniejszą składową jego analizy, stanowiąc podstawę dla pozostałych procesów. W trakcie skanowania informacji, są identyfikowane zachodzące w otoczeniu zmiany oraz ich przyczyny i źródła. Powstała na tej podstawie baza danych służy następnie menedżerom do podejmowania decyzji.

Kolejnym etapem analizy otoczenia zewnętrznego placówki ochrony zdrowia jest jego monitorowanie. Proces ten polega na śledzeniu zagadnień, które zostały określone w procesie obserwacji [Swayne 2012, s. 77]. Spełnia on kilka niezwykle istotnych funkcji, takich jak identyfikacja i analiza dodatkowych źródeł informacji – pierwotnych i wtórnych dla konkretnych, wytyczonych w procesie obserwacji zagadnień, które są istotne lub choćby potencjalnie istotne dla placówki. Proces ten ponadto daje możliwość uzupełnienia bazy danych dotyczących otoczenia placówki, potwierdzania lub odrzucania oraz określania stopnia zjawisk, trendów, etc., wykrytych w procesie obserwacji. Proces monitorowania zajmuje się tylko wycinkiem informacji uzyskanych podczas obserwacji, jego zadaniem jest stworzenie bazy danych wokół konkretnego zagadnienia. Intensywność monitorowania jest uzależniona od stopnia zrozumienia konkretnych zagadnień przez kadrę zarządzającą – jest mniejsza, jeśli zagadnienia te są dobrze znane i zidentyfikowane. Etapem następującym po monitorowaniu otoczenia placówki jest prognozowanie pewnych wydarzeń czy trendów, które były przedmiotem monitorowania. Na etap ten składają się trzy następujące po sobie procesy: prognozowania, identyfi-

kowania związków występujących pomiędzy analizowanymi zagadnieniami a kategoriami otoczenia oraz opracowanie scenariuszy alternatywnych. Ocena zmiany otoczenia, następująca po prognozowaniu, jest etapem subiektywnym i w znacznym stopniu niepoliczalnym [Swayne 2012, s. 78]. Na proces ten składają się: ocena znaczenia prognozowanego zagadnienia, opracowanie wizji i misji placówki oraz sformułowanie dla niej planu strategicznego. Bywa, że różni menedżerowie całkiem odmiennie dokonują oceny znaczenia tych samych zagadnień. Zasadnicze znaczenie odgrywa tu kreatywność i zdrowy rozsądek menedżera. Nowoczesne technologie, które każdego dnia wkraczą do użytku, dostarczają nam nowych źródeł informacji, wymagających umiejętności wychwytywania ich kontekstu. Liderzy strategiczni muszą posiadać umiejętność nadania tym danym znaczenia, odnajdywania połączeń między niezgodnymi danymi, aby mogły powstać sygnały przyszłych wydarzeń. Kolejnym etapem analizy strategicznej otoczenia jest analiza konkurentów w obszarze świadczenia usług. Jest to proces, który polega na zrozumieniu rynku oraz identyfikacji i ocenie konkurentów [Swayne 2012, s. 111]. Na wstępie należy określić rodzaje lub kategorie usług, jakie placówka świadczy dla swoich pacjentów, a następnie określić obszar świadczenia usług dla różnych ich kategorii. W dalszej kolejności dokonuje się oceny struktury obszaru świadczenia usług oraz dynamiki konkurencji. Analiza dotyczy konkurentów, którzy dostarczają takich samych usług lub tych samych ich kategorii i działają na tym samym obszarze świadczenia usług. Etapem ostatnim jest analiza wyników i określenie ich skutków. Wiele placówek ochrony zdrowia zajmuje się świadczeniem różnych usług, znajdujących się w różnych kategoriach, obsługując przy tym różne obszary – geograficzne i demograficzne.

Za obszar świadczenia usług medycznych przyjmuje się geograficzny obszar, z którego pochodzi większość pacjentów danej placówki. Dla pacjentów mieszkających poza tym obszarem, świadczenia danej placówki mogą być trudno dostępne, ze względu na wysokie koszty związane z dojazdem, długi czas dojazdu, etc. Wyznaczenie granic geograficznych obszaru świadczenia usług opiera się głównie na wywiadzie z pacjentami – pomocna przy jego wyznaczaniu może być definicja społeczności [Swayne 2012, s. 123]. W tym znaczeniu społeczność rozumieć należy jako konkurencyjne środowisko, reprezentujące pewien zestaw cech o charakterze społeczno-demograficznym, które z kolei mają wpływ na zaspokajanie potrzeb zdrowotnych mieszkańców, jakość i dostępność świadczeń medycznych, strategię ich finansowania. Profil obszaru świadczenia usług obejmuje czynniki ekonomiczne, demograficzne, psychograficzne oraz inne – mające wpływ na stan zdrowia ludności, które mają znaczenie dla konkurencyjności. Czynniki ekonomiczne obejmują wysokość dochodów ludności, wskaźnik rozwoju gospodarczego, dane o bezro-

bociu, głównych pracodawcach, etc. Wskaźnikami demograficznymi, które służą do opisu obszaru świadczenia usług są płeć, wiek, stan cywilny, poziom wykształcenia, zawód i mobilność populacji. Dobrymi prognozykami zachowań zdrowotnych pacjentów są wskaźniki psychograficzne, obejmujące wartości, postawy, grupy społeczne i styl życia ludności. Pacjenci mogą być na przykład konserwatywni lub innowacyjni pod względem rodzaju świadczonych usług zdrowotnych. Pacjenci konserwatywni preferują klasyczne metody diagnozowania i leczenia chorób, natomiast pacjenci innowacyjni decydują się często na metody alternatywne. Przy opisie obszaru świadczenia usług zdrowotnych wykorzystuje się także wskaźniki stanu zdrowia populacji. Podzielić je można na pozytywne i negatywne. Pierwsze mogą dotyczyć budowy fizycznej ciała (np. wzrost, masa, wskaźnik BMI), czynności ciała (np. wyniki prób wysiłkowych, pojemności płuc), czy też składu tkanek i płynów ustrojowych (np. morfologia krwi, poziom cholesterolu całkowitego i jego frakcji). Do wskaźników negatywnych zalicza się wskaźniki ilościowe, takie jak zachorowalność, chorobowość, umieralność i śmiertelność oraz jakościowe, takie jak oczekiwana długość życia w zdrowiu i inne.

Analiza sektorowa M.E. Portera

Do analizy strukturalnej obszaru świadczenia usług medycznych może posłużyć model pięciu sił stworzony przez Portera [Porter 2006, ss. 53–55]. Umożliwia on ocenę atrakcyjności sektora oraz jego przyszłej rentowności. Model ten był już stosowany do analizy sektora w wielu gałęziach, jednak ze względu na charakter konkurencji w systemie ochrony zdrowia, trafniejsze wydaje się jego zastosowanie do kategorii obszaru świadczenia usług medycznych [Swayne 2012, s. 132]. Takie zastosowanie modelu można określić jako analizę strukturalną obszaru świadczenia usług medycznych. Wg Portera, poziom nasilenia konkurencji w sektorze jest kluczowym czynnikiem zewnętrznego otoczenia placówki medycznej. Zgodnie z modelem Portera, nasilenie konkurencji jest funkcją zagrożenia wejściem na rynek nowych podmiotów, poziomu konkurencji między placówkami obecnymi na rynku, zagrożeniem usługami substytucyjnymi, siłą przetargową pacjentów oraz siłą przetargową dostawców. Wejście na rynek nowych placówek zwiększa w oczywisty sposób intensywność konkurencji. Niejednokrotnie nowe placówki dysponują znacznymi zasobami i starają się w krótkim czasie uzyskać znaczący udział w rynku. Stopień zagrożenia dla aktualnych uczestników rynku wejściem nowych konkurentów uzależniony jest w dużej mierze od obecności barier wejścia do sektora lub obszaru świadczenia usług. Do takich barier zaliczyć należy: ograniczenia prawne i administracyjne, przewagę kosztową podmiotów o ustalo-

nej pozycji, dostęp do kanałów dystrybucji, wielkość zasobów niezbędnych do podjęcia konkurencji czy zróżnicowanie istniejących na rynku produktów. W systemie ochrony zdrowia bariery wejścia mogą mieć dla nowych jednostek poważne znaczenie. Niejednokrotnie nowe placówki mają trudności z zaistnieniem na rynku wobec obecności silnych graczy posiadających wyraźne przewagi kosztowe. Wszystkie placówki ochrony zdrowia działające w konkretnym sektorze lub obszarze świadczenia usług są od siebie uzależnione – strategia jednej placówki wpływa na strategię pozostałych. Różnego rodzaju fuzje obecnych na rynku placówek powodują, iż w obszarze świadczenia usług może powstać kilka dużych podmiotów wzajemnie ze sobą konkurujących. Wiele świadczeń zdrowotnych realizowanych przez podmioty z danego sektora posiada swoje substytuty. Ograniczają one w sposób istotny przychody sektora, gdyż przy pewnym poziomie cen pacjenci korzystają ze świadczeń alternatywnych. Głównym substytutem dla usług szpitalnych są świadczenia ambulatoryjne, a dla usług wykonywanych przez specjalistów – świadczenia realizowane przez POZ. Dodatkowo coraz większy udział w rynku zyskują usługi „paramedyczne” czy „około medyczne” wykonywane przez różnego rodzaju „uzdrowicieli”, specjalistów „medycyny alternatywnej”, podologów, kosmetologów, etc. Pacjenci, co oczywiste, usiłują uzyskać świadczenia o możliwie najwyższej jakości po najniższej cenie. Jeśli siła nabywcza pacjentów na danym rynku jest duża, wówczas konkurencja będzie ostra. Dzieje się tak, kiedy pacjenci nabywają znaczną liczbę świadczeń standardowych, mało zróżnicowanych i nie mają wysokich wymagań co do ich jakości. Rosnąca siła nabywców – pacjentów, zdaniem niektórych autorów, jest istotną zmianą, jaka zaszła w systemie ochrony zdrowia w ciągu ostatnich lat. Podobnie jak pacjenci – także świadczeniodawcy mogą w istotny sposób wpływać na konkurencję w danym sektorze lub obszarze świadczenia usług. Dokonują tego dzięki polityce cenowej i jakościowej realizowanych świadczeń. Dzięki tym mechanizmom, dostawcy usług mogą wywierać istotny wpływ na sektor. Dysponują oni dużą siłą, jeśli: są nieliczni w danym sektorze lub obszarze świadczenia usług, istnieje niewielka liczba substytutów usług, świadczenia są zróżnicowane oraz istotne z punktu widzenia pacjentów. W systemie ochrony zdrowia grupą istotnych i silnych dostawców świadczeń są lekarze, odgrywający ważną rolę w procesie dokonywania wyborów przez pacjentów. Dostawcy różnego rodzaju materiałów, leków i produktów medycznych nie wywierają tak istotnego wpływu na sektor.

Ocenę konkurentów w obszarze świadczenia usług medycznych rozpoczyna się od ich określenia oraz oceny słabych i silnych stron. Postępowanie takie dostarcza wiedzy odnośnie przyszłych strategii i obszarów, w których jest możliwe osiągnięcie przewagi konkurencyjnej. Do oceny wykorzystuje się

zarówno dane ilościowe, jak i jakościowe pochodzące ze stron www, prasy lokalnej i specjalistycznej, różnego rodzaju zestawień i analiz tworzonych przez konsultantów i ekspertów. Określenie mocnych i słabych stron konkurentów ułatwia wnioskowanie co do ich posunięć strategicznych. Analiza obszaru świadczenia usług skupia się na określonym geograficznie rynku, natomiast analiza grup strategicznych (organizacji w ramach tej samej kategorii usług, które podejmują podobne decyzje strategiczne) dotyczy strategii organizacji konkurujących w konkretnym obszarze świadczenia usług medycznych. Grupy strategiczne były w przeszłości przedmiotem wielu badań w różnych sektorach, z których wynika, iż w ramach danego obszaru świadczenia usług często występuje kilka grup strategicznych. Placówki skupione w jednej grupie strategicznej – konkurują głównie pomiędzy sobą i nie konkurują z placówkami spoza tej grupy. Wykorzystują one podobne zasoby w celu obsługi podobnych rynków. Szczegółowa analiza grup strategicznych może ujawnić nisze rynkowe, które nie zostały zagospodarowane przez innych graczy. Określenie strategii ukierunkowane jest na przyszłość i wymaga przewidywania kolejnych posunięć strategicznych konkurentów poprzez ocenę ich słabych i silnych stron, przynależność do grupy strategicznej, czy charakterystykę wcześniej stosowanych strategii.

Analiza otoczenia wewnętrznego

Po dokonaniu oceny otoczenia zewnętrznego oraz charakterystyce konkurentów, analiza strategiczna skupia się na placówce ochrony zdrowia oraz sposobach, jakimi może ona uzyskać przewagę konkurencyjną. Zadanie to jest czasem trudne do osiągnięcia i nie zawsze kończy się sukcesem. Przewaga konkurencyjna wymaga od organizacji osiągnięcia odrębności, której konkurenci nie posiadają i której nie będą w stanie naśladować. Określenie tej odrębności wymaga od menedżerów dokonania przeglądu organizacji, który umożliwi odpowiedź na drugie istotne pytanie analizy strategicznej: „Co może zrobić organizacja?”. Placówki ochrony zdrowia odnoszą sukces, jeśli dla swoich pacjentów tworzą wartość. Definiowana jest ona jako zadowolenie pacjenta z wykonanego świadczenia medycznego w porównaniu do ceny, jaką pacjent za świadczenie zapłacił [Swayne 2012, s. 174]. Wartość to odczuwany stosunek satysfakcji pacjenta do ceny świadczenia medycznego i nie opiera się ona wyłącznie na cenie [Hart 2003, s. 56]. Placówki ochrony zdrowia mają szerokie pole do popisu w zakresie tworzenia wartości dla swoich pacjentów. Sposób ich obsługi, uprzejmość personelu, brak kolejek i niepotrzebnej biurokracji – istotnie wpływają na stopień satysfakcji pacjentów. Tworzenie

wartości podczas wykonywania świadczeń w zakresie ochrony zdrowia można w sposób istotny poprawić poprzez różnego rodzaju działania wspierające związane z kulturą organizacyjną placówki.

Celem analizy strategicznej otoczenia wewnętrznego jest wskazanie oraz ocena mocnych i słabych stron organizacji, które mają znaczenie konkurencyjne. Niektóre z nich są łatwe do identyfikacji i oczywiste. Czasem jednak mogą być one oceniane wyłącznie w odniesieniu do mocnych i słabych stron konkurentów. Przewaga konkurencyjna placówki ochrony zdrowia może wynikać z posiadania rzadkich lub licznych zasobów, szczególnych kompetencji, umiejętności, etc. Podobnie słabości konkurencyjne mogą być związane z brakiem zasobów, kompetencji lub potencjału. Zasoby to zapasy dóbr materialnych, które są dostępne do wykorzystania podczas wytwarzania towarów i usług. Mogą to być wartości materialne – kapitał, nieruchomości, środki transportu, jak i niematerialne – wartość intelektualna, reputacja placówki, etc. [Dean 2007, s. 573]. Tych ostatnich nigdy nie należy lekceważyć – zdaniem niektórych autorów zasoby wartości niematerialnych są trudne do naśladowania, mogą być więc źródłem trwałej przewagi konkurencyjnej [Kaplan 2004, ss. 52–64]. Mogą być nim także kompetencje, które opierają się na wiedzy teoretycznej i umiejętnościach praktycznych lekarzy i innych pracowników placówki medycznej. Coraz częściej bowiem w przypadku placówek ochrony zdrowia przewaga konkurencyjna oparta jest na intelektualnym know-how. Aby wejść na określony rynek usług medycznych placówki ochrony zdrowia muszą posiadać pewne kompetencje progowe – np. zatrudniać określoną liczbę wykwalifikowanego personelu. Umiejętne równoczesne wykorzystanie zasobów, takich jak np. posiadanie nowoczesnego sprzętu diagnostycznego i terapeutycznego oraz kompetencji – doświadczonego i dobrze wykształconego personelu jest źródłem trwałej przewagi konkurencyjnej, stanowiąc potencjał strategiczny. Dla stworzenia przewagi konkurencyjnej mocne strony placówki muszą być trwałe, trudne do skopiowania, rzadkie i posiadać wartość dla pacjentów. Znaczenie strategiczne słabych stron placówki ocenia się w podobny sposób jak znaczenie mocnych stron. Słabe strony stanowią poważne słabości konkurencyjne, jeśli posiadają wartość dla pacjentów, nie występują u konkurentów, nie mogą być łatwo poprawione lub wyeliminowane, a konkurenci mogą utrzymać swoje mocne strony. Szczegółowa analiza otoczenia wewnętrznego placówki medycznej, pozwala określić na jakich aspektach powinni skupić swoje wysiłki zarządzający nią menedżerowie. Niemożliwe jest bowiem robienie wszystkiego dla wszystkich – placówka musi skupić swoje wysiłki na tym co robi najlepiej [Swayne 2012, s. 208].

Opracowanie strategii kierunkowych

Jako strategie kierunkowe organizacji określa się jej misję, wizję, wartości oraz cele strategiczne [Swayne 2012, s. 220]. Nazwa „strategie kierunkowe” sugeruje, iż ukazują one kierunek dla menedżerów podejmujących decyzje strategiczne, o znaczeniu kluczowym dla organizacji. Misja placówki określa powód jej istnienia [Gierszewska 2000, s. 5]. Wizja jest obrazem tego, co liderzy organizacji chcieliby, aby zostało osiągnięte w przyszłości poprzez realizację jej misji. Wartości to zasady przewodnie, które przyświecają kierownictwu i pracownikom placówki. Będą ich oni przestrzegać, dochodząc do celów strategicznych i realizując misję organizacji. Cele strategiczne to efekt końcowy, do którego dąży placówka, realizując swoją misję.

Misja nie jest jedynie wyrazem nadziei liderów, jest to trwała deklaracja w formie pisemnej, dotycząca celu, który wyróżnia konkretną placówkę ochrony zdrowia spośród innych placówek. Z badań przeprowadzonych w USA wynika, iż sformułowaną misję posiada ponad 80% placówek ochrony zdrowia. W Polsce coraz więcej szpitali, przede wszystkim tych, które posiadają certyfikaty zarządzania jakością, akredytacje lub też starają się o nie, swoją misję także posiada. Prawidłowo sformułowana misja placówki ochrony zdrowia posiada ogromny wpływ na jej funkcjonowanie [Forbes 2006, s. 410]. Powinna być ona skierowana do pacjentów, wskazywać do kogo adresowane są świadczenia. Wg niektórych autorów [Stępniewski 2005, s. 134], należy sformułować dwie misje – jedną dla potrzeb klientów/pacjentów, drugą na potrzeby pracowników. Koncepcja taka wynika z faktu, iż pacjenci oczekują innej satysfakcji niż pracownicy. Oczekują mianowicie zadowolenia z wykonanego świadczenia, zaś pracownicy chcą, aby placówka sprawnie funkcjonowała, przynosiła zyski, a dla nich wysokie przychody. Wizja placówki ochrony zdrowia polega na tworzeniu obrazu jej przyszłości, jest wyrazem oczekiwań, jakie stoją przed placówką. Wielu autorów określa tworzenie wizji organizacji jako „poszukiwanie drogi”, „wytaczanie szlaków” – zorientowane na długi okres czasu. Aby wizja placówki medycznej była źródłem jej sukcesu, powinna być jasna, spójna i konsekwentna. Powinna także być elastyczna i posiadać moc przekazu [Swayne 2012, s. 243]. Wizja jest spójna, jeśli jest zgodna z pozostałymi strategiami kierunkowymi, w tym z misją i wartościami organizacji. Jest konsekwentna, jeśli znajduje odzwierciedlenie w podejmowanych przez organizację kluczowych decyzjach. Posiada moc przekazu, jeśli jest podzielana przez innych, jest elastyczna, jeśli pozostaje otwarta na zmiany, w miarę jak zmienia się obraz przyszłości.

Wizje powinny być inspirujące, ambitne i dotyczyć doskonałości, a nie stanowić jedynie ilościowych celów do osiągnięcia. Wartości, to podstawowe za-

sady, które określają zarówno organizację, jak i jej pracowników. Razem z misją i wizją placówki, mogą sprawić, że jest ona wyjątkowa i niepowtarzalna. Wartości i przekonania to strategie kierunkowe, które pozwalają skupić się na celach strategicznych. Stanowią one podstawę skuteczności organizacji. Cele strategiczne zapewniają kierunek dla realizacji misji i wizji organizacji. Powinny one dotyczyć działań kluczowych, aby nie odciągać uwagi menedżerów i nie marnować energii pracowników. Powinny być one ograniczone pod względem ilościowym i wyrażone w sposób zrozumiały przez wszystkich pracowników.

Podsumowanie

W ciągu ostatnich kilkunastu lat w sektorze ochrony zdrowia zdecydowanie wzrosło zainteresowanie myśleniem oraz planowaniem strategicznym. W celu poprawy sytuacji finansowej publicznych placówek, ich organy założycielskie decydują się na wprowadzanie programów restrukturyzacyjnych. Wymaga to przeprowadzenia gruntownej analizy funkcjonowania placówek i ich otoczenia. Cechą charakterystyczną dla publicznych placówek ochrony zdrowia jest funkcjonowanie w zmieniającym się nieustannie otoczeniu – przede wszystkim politycznym i prawnym. Między innymi z tego powodu znaczenie prawidłowo przeprowadzonej analizy strategicznej jest nie do przecenienia. Nie wszystkie jednak modele analizy strategicznej w przypadku sektora ochrony zdrowia są adekwatne. Rynek usług medycznych nie kieruje się bowiem wyłącznie zasadami wolnego rynku. Część placówek medycznych jest zarządzana jak samodzielne firmy, które funkcjonują w warunkach rynkowych, zgodnie z prawami ekonomii i z tego powodu analizę strategiczną stosują na co dzień. Inne, głównie publiczne szpitale, które starają się o środki z budżetu państwa na pokrycie części ich zadłużenia, narzędziem tym zaczynają posługiwać się z konieczności. Placówki publiczne, aby utrzymać się na rynku usług medycznych, zmuszone są do szybkiej adaptacji do zachodzących w ich otoczeniu zmian. Szczegółowo i rzetelnie przeprowadzona analiza strategiczna pozwala na [Wielicka 2012, ss. 393–394]:

- zidentyfikowanie słabych i silnych stron placówki,
- rozpoznanie szans i zagrożeń pojawiających się w otoczeniu, - określenie pozycji placówki na rynku usług medycznych,
- zidentyfikowanie zadań zmierzających do uzyskania przewagi konkurencyjnej,
- zaplanowanie strategii na czas procesu restrukturyzacji,
- dostosowanie się do zmian zachodzących nieustannie w otoczeniu.

Bibliografia:

Dean A., Kretschmer M. (2007), *Can Ideas Be Capital? Factors of Production in the Postindustrial Economy: A Review and Critique*, "Academy of Management Review", vol. 32, no. 2.

Drażek Z., Niemczynowicz B. (2003), *Zarządzanie strategiczne przedsiębiorstwem*. PWE, Warszawa.

Forbes D.J., Seena S. (2006), *The Value of a Mission Statement in an Association of Not-for-Profit Hospitals*, "International Journal of Health Care Quality Assurance", vol. 19, no. 5.

Frączkiewicz-Wronka A. (2009), *Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce ochrony zdrowia* Wolters Kluwer Polska sp. z o.o., Warszawa.

Gierszewska G. (2000), *Zarządzanie strategiczne*, WSPiZ im. L. Koźmińskiego, Warszawa.

Ginter P.M., Swayne L.E. (2006), *Moving Toward Strategic Planning Unique to Healthcare*, "Frontiers of Health Services Management", vol. 23, no. 2.

Głowacka M.D., Galicki J., Mojs E. (2009), *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej*. Wolters Kluwer Polska sp. z o.o., Warszawa.

Griffin R.W. (2005), *Podstawy zarządzania organizacjami*, PWN, Warszawa.

Hart S.L., Milstein M.B. (2003), *Creating Sustainable Value*, "Academy of Management Executive", vol. 17, no. 2.

Kaplan R.S., Norton D.P. (2004), *Measuring the Strategic Readiness of Intangible Assets*, "Harvard Business Review", vol. 82, no. 2.

Kautsch M., Klich J., Mazur A. (1996), *Procesy planowania w jednostkach opieki zdrowotnej*, „Antidotum”, nr 11–12.

Klich J., Kautsch M. Campbell P. (1998), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej: Planowanie*, Wydawnictwo Vesalius, Kraków.

Longest B.B. (1990), *Practices for the Health Professional*, Appleton&Lange, Norwalk.

Marciniak R. (2008), *Analiza strategiczna w formułowaniu strategii szpitala – studium przypadku*. „Organizacja i Zarządzanie” nr 2.

Mintzberg H. (1990), *The Design School: Reconsidering the Basic Premises of Strategic Management*, "Strategic Management Journal" vol. 11, no. 3.

Oblój K. (1998), *Strategia organizacji*, PWE, Warszawa.

Penc J. (1999), *Strategia zarządzania*, Placet, Warszawa.

Porter M.E. (2006), *Strategia konkurencji. Metody analizy sektorów i konkurentów*. Wydawnictwo MT Biznes, Warszawa.

Stępniewski J. (2005), *Zarządzanie szpitalem – kompendium menedżera*, Wydawnictwo Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.

Stępniewski J., Karniej P., Kęsy M. (2011), *Innowacje organizacyjne w szpitalach*, Wolters Kluwer Polska sp. z o.o., Warszawa.

Sułkowski Ł., *Organizational culture and identity in the process of change management*

– *results of empirical research*, “Journal of Health Policy, Insurance and Management”, Vol. XII/II, 2013.

Sutcliffe K.M., Weber K. (2003), *The High Cost of Accurate Knowledge*, “Harvard Business Review”, vol. 81, no. 5.

Swayne L.E., Duncan W.J., Ginter P.M. (2012), *Zarządzanie strategiczne w ochronie zdrowia*, Wolters Kluwer Polska sp. z o.o., Warszawa.

Wielicka K. (2012), *Analiza strategiczna samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej dla potrzeb jego restrukturyzacji – studium przypadku*, „Zeszyty naukowe Politechniki Śląskiej. Seria: Organizacja i zarządzanie”, z. 60, nr kol. 1871.