

Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia Zdrowie Publiczne i Zarządzanie

2016
tom 14, nr 1

<p>Maria Kózka wprowadzenie 1</p>	<p>usługi zdrowotne i opieka społeczna</p>
<p>Kierunki rozwoju pielęgniarstwa</p>	<p>Mirosława Dzikowska, Maria Kózka, Maria Merklinger-Soma, Krzysztof Gajda Risk of Decubitus Ulcers and their Occurrence in the Group of Patients Admitted to Hospital for Treatment at Conservative Wards38</p>
<p>Danuta Zarzycka Current Trends in Vocational Training of Nurses and Health Needs of the Society3</p>	<p>Anna Andruszkiewicz, Aldona Kubica, Marta Nowik, Piotr Michalski, Halina Idczak Ocena gotowości do wypisu pacjentów z chorobami przewlekłymi44</p>
<p>Barbara Ślusarska Implementacje praktyczne wybranych klasyfikacji diagnoz i interwencji pielęgniarskich dla pielęgniarstwa polskiego 11</p>	<p>Ilona Kuźmicz, Tomasz Brzostek, Maciej Górkiewicz The Functional Condition and Physical Mobility among Patients Provided with Long-Term Institutional Care53</p>
<p>Paul De Raeve, Dorota Kilańska Public Health Nurses Building Resilient Health and Social Ecosystems in the EU23</p>	<p>Joanna Białkowska, Dorota Mroczkowska, Magdalena Osowicka-Kondratowicz Specyfika rehabilitacji i opieki geriatrycznej pacjentów po 60. roku życia58</p>
<p>wybrane czynniki satysfakcji zawodowej</p>	<p>Agnieszka Sowa Usługi zdrowotne i społeczne wobec populacji starszej, przewlekle chorej i niepełnosprawnej realizowane w pomocy społecznej. Podstawy regulacyjne i praktyka63</p>
<p>Danuta Kunecka Determinanty satysfakcji zawodowej kadry pielęgniarstwa w Polsce26</p>	
<p>Ewa Wilczek-Rużyczka, Irena Iskra-Golec Occupational Burnout and Stress in the Context of the Attitude towards Shiftwork and Work Satisfaction amongst Nurses32</p>	

Przewodnicząca**Prof. dr hab. Stanisława Golinowska**

Kierownik Zakładu Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego,
Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Prof. dr hab. Antoni Czupryna

Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej,
Wydział Lekarski, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Prof. dr hab. Józef K. Gierowski

Zakład Psychologii Lekarskiej, Katedra Psychiatrii,
Wydział Lekarski, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Prof. dr hab. Tomasz Grodzicki

Kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych i Geriatrii,
Wydział Lekarski, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Wim Groot, PhD

Professor of health economics, Department of Health Services Research,
Maastricht University, Netherlands

Prof. dr. med. Ulrich Laaser

Head of the Section of International Public Health at the Faculty
of Health Sciences, School of Public Health, University of Bielefeld, Germany

Doc. MUDr., PhD Vladimír Pohanka

Director of Srobar's Institute for Respiratory Diseases and TB
in Dolný Smokovec, Slovakia

Prof. dr hab. n. med. Bolesław Samoliński

Kierownik Zakładu Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych, Warszawski
Uniwersytet Medyczny

Prof. dr hab. Stanisław Tarkowski

Zakład Środowiskowych Zagrożeń Zdrowia, Instytut Medycyny Pracy
im. Prof. J. Nofera, Łódź

Prof. dr hab. Beata Tobiasz-Adamczyk

Kierownik Katedry Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej,
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Prof. dr hab. Mirosław J. Wysocki

Dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego
– Państwowy Zakład Higieny, Warszawa

Prof. dr hab. Tomasz Zdrojewski

Zakład Prewencji i Dydaktyki, Gdański Uniwersytet Medyczny

■ **komitet redakcyjny****Redaktor Naczelny****Prof. dr hab. Cezary W. Włodarczyk**

Dyrektor Instytutu Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Prof. dr hab. Stanisława Golinowska

Kierownik Zakładu Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego,
Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Prof. dr hab. Jolanta Jaworek

Kierownik Zakładu Fizjologii Medycznej, Instytut Fizjoterapii, Wydział
Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków



UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI
Collegium Medicum
Wydział Nauk o Zdrowiu



Instytut Zdrowia Publicznego
ul. Grzegorzeczka 20, 31-531 Kraków
tel. 12-433-28-06, e-mail: mxerys@cyf-kr.edu.pl

*Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia.
Zdrowie Publiczne i Zarządzanie.
Pismo Instytutu Zdrowia Publicznego
Wydziału Nauk o Zdrowiu UJ CM*

Scientific Issues of Health Protection. Public Health and Governance

■ **redaktorzy naukowci**

Dr hab. Maria Kózka, prof. UJ
Dr Alicja Domagała

■ **redaktor statystyczny**

Ewa Kocot

■ **sekretarz redakcji**

Elżbieta Ryś

■ **wydawca**

Instytut Zdrowia Publicznego WNZ UJ CM

■ **współwydawca**

Wydawnictwo UJ

■ **redaktor językowy**

Dorota Węgierska

■ **korektor**

Małgorzata Zelek

ADRES REDAKCJI

Instytut Zdrowia Publicznego WNZ UJ CM
ul. Grzegorzeczka 20
31-531 Kraków
tel. 12-433-28-06
e-mail: mxerys@cyf-kr.edu.pl

© Copyright by Instytut Zdrowia Publicznego & Wydawnictwo
Uniwersytetu Jagiellońskiego
Wydanie I, Kraków 2016
All rights reserved

Przedruk i powielanie tekstów zamieszczonych na łamach pisma wyłącznie
za zgodą redakcji.

Pierwotną wersją czasopisma „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie
Publiczne i Zarządzanie” (ISSN 2084-2627) jest wersja online publikowana
kwartalnie w Internecie na stronie www.ejournals.eu.

ISSN 1731-7398 (wersja papierowa)
ISSN 2084-2627 (wersja elektroniczna)

Nakład: 200 egz.

Druk i oprawa: Drukarnia Alnus Sp. z o.o.

Wprowadzenie

W Polsce podobnie jak w innych krajach świata obserwowany jest wzrost wydatków na opiekę zdrowotną. Do głównych czynników tego zjawiska należy zaliczyć starzenie się społeczeństw, wzrost liczby osób z chorobami przewlekłymi, zwiększoną dostępność do opieki medycznej, postęp technologiczny i innowacyjne produkty.

Z danych Eurostat wynika, że w 2020 roku osoby po 60. roku życia będą stanowić 25% ludności społeczeństwa polskiego. Jedną z konsekwencji starzenia się społeczeństw jest wzrost liczby osób z ograniczoną samodzielnością w wyniku wielochorobowości, chorób przewlekłych i niepełnosprawności. Starzenie się ludności determinuje wzrost zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską i świadczenia opiekuńcze.

Pielęgniarki jako najliczniejsza grupa pracowników opieki zdrowotnej, pełniące różne role i podejmujące każdego dnia w ramach wykonywania swoich obowiązków różne decyzje, mogą mieć istotny wpływ na wydajność i skuteczność całego systemu opieki zdrowotnej. Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN) w roku 2015 wydała publikację pt. *Pielęgniarki są siłą na rzecz zmian – efektywna opieka i racjonalne koszty*. W publikacji podkreślono, że nie jest możliwe rozwiązanie kwestii zdrowia na świecie bez udziału pielęgniarek, które mogą mieć istotny wpływ na redukcję kosztów świadczonej opieki zdrowotnej oraz poprawę jakości i bezpieczeństwa opieki. Jednakże osiągnięcie celu wymaga zapewnienia odpowiedniej liczby dobrze wykształconych pielęgniarek, poprawy efektywności kształcenia, racjonalnego wykorzystania posiadanych zasobów kadrowych, zmniejszenia obciążenia pracą pielęgniarek, tworzenia pozytywnego środowiska pracy i zdefiniowania roli pielęgniarek w skutecznym i efektywnym kosztowo systemie opieki zdrowotnej. Ponadto w publikacji zwrócono uwagę na konieczność większego zaangażowania samych pielęgniarek w tworzenie polityki i procesy decyzyjne w zakresie opieki zdrowotnej.

Bieżący numer „Zeszytów Naukowych Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” jest skoncentrowany na opiece pielęgniarskiej i świadczeniach opiekuńczych. Biorąc pod uwagę, że na jakość świadczonej opieki istotny wpływ mają pielęgniarki, zdecydowana większość artykułów została poświęcona różnym aspektom tego zawodu. Pozostałe artykuły dotyczą istotnych problemów zdrowotnych i opiekuńczych osób z ograniczoną aktywnością ruchową, chorych przewlekle i starszych.

Pierwsza praca prezentuje aktualne tendencje w kształceniu zawodowym pielęgniarek z uwzględnieniem potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Zmiany w kształceniu pielęgniarek zostały przedstawione na tle uwarunkowań prawnych obowiązujących w Unii Europejskiej i w Polsce. Regulacje prawne wprowadzone

na poziomie Parlamentu Europejskiego i Rady umożliwiają absolwentom studiów pielęgniarskich automatyczną uznawalność kwalifikacji we wszystkich krajach członkowskich Unii Europejskiej. Natomiast regulacje krajowe określają podstawę programową kształcenia zarówno przed-, jak i podyplomowego pielęgniarek oraz zakres uprawnień w zależności od poziomu ukończonego kształcenia. W artykule wskazano, że przygotowanie pielęgniarki kompetentnej, kreatywnej, umiejącej pracować w zespole wymaga wykorzystania w kształceniu nowoczesnych technologii, w tym nauczania symulowanego. W odniesieniu do potrzeb zdrowotnych autorka przyjęła trzy grupy potrzeb według Bradshawa, uznając wpływ ich wszystkich na kształcenie pielęgniarek.

Drugi artykuł opisuje wybrane klasyfikacje diagnoz i interwencji pielęgniarskich. Termin diagnoza pielęgniarska został uznany za istotny dla zawodu dopiero w latach 50. XX wieku przez Amerykańskie Stowarzyszenie Pielęgniarek. Diagnoza pielęgniarska jest jednym z etapów naukowej metody pracy pielęgniarki i wiąże się z oceną stanu zdrowia podmiotu opieki, z podejmowaniem decyzji i wyborem interwencji prowadzących do osiągnięcia określonego celu opieki. Współcześnie uznaje się, że diagnoza pielęgniarska porządkuje terminologię, określa zakres i charakter działań pielęgniarskich, świadczy o autonomii i rozwoju zawodu oraz ukazuje relacje zachodzące pomiędzy pojedynczymi diagnozami a jej klasyfikacją (taksonomią). W artykule autorka opisuje dwie najbardziej znane diagnozy pielęgniarskie. Pierwszą – opracowaną przez Północnoamerykańskie Towarzystwo Diagnoz Pielęgniarskich (North American Nursing Diagnosis Association – NANDA) i drugą – Międzynarodową Klasyfikację Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP) opracowaną przez Międzynarodową Radę Pielęgniarską (ICN). Znajomość klasyfikacji diagnoz w pielęgniarstwie polskim nabiera szczególnego znaczenia w sytuacji wdrażania elektronicznej dokumentacji w ochronie zdrowia, w tym również w pielęgniarstwie.

Na uwagę zasługuje kolejny artykuł opracowany przez sekretarza generalnego Europejskiej Federacji Stowarzyszeń Pielęgniarek [EFN] oraz członka zarządu tej organizacji prezentujący rozwój zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej jako sposób dostarczenia opieki opłacalnej oraz spełniającej wyzwania systemów opieki zdrowotnej w krajach europejskich. Podejście autorów jest spójne z rekomendacjami ICN, która uważa, że jest to właściwy kierunek rozwoju pielęgniarstwa, wykorzystania zasobów oraz zapewnienia dostępności do opieki zdrowotnej. Pielęgniarka zaawansowanej praktyki (APN – Advanced Practice Nurse) powinna posiadać ukończone co najmniej studia magisterskie na kierunku Pielęgniarstwo z jednoczesnym przygotowaniem specjalistycznym. Dobre kliniczne przygotowanie pielęgniarskie

ki, jej doświadczenie zawodowe, wykorzystanie zasad praktyki opartej na faktach (EBNP) daje szansę na trafne rozpoznanie potrzeb zdrowotnych i podjęcie działań lub zapewnienie pomocy odpowiedniego specjalisty. Pojęcie APN funkcjonuje w USA od 1960 roku, w Anglii, Irlandii, Danii, Norwegii od lat 80. XX wieku. Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie (PTP) w 2011 roku ogłosiło stanowisko w sprawie wprowadzenia kształcenia Pielęgniarki Zaawansowanej Praktyki na studiach drugiego stopnia. Wymaga to jednak zmiany świadomości zarówno decydentów w ochronie zdrowia, jak i samego środowiska pielęgniarskiego oraz wprowadzenia wielu regulacji prawnych.

Kolejne dwa artykuły prezentują wyniki badań przeprowadzonych w grupie zatrudnionych pielęgniarek i dotyczą satysfakcji zawodowej z pracy, wypalenia zawodowego i stresu. Dobrze udokumentowane badania, prowadzone w ramach projektów międzynarodowych, tj. NEXT i RN4CAST, wykazały, że niski poziom satysfakcji z pracy, stres i wypalenie zawodowe to czynniki związane z zamiarem opuszczenia pracy lub rezygnacji z pracy w zawodzie pielęgniarki. Ponadto wykazano, że wymienione czynniki istotnie wpływają na jakość świadczonej opieki i bezpieczeństwo pacjentów.

W artykule poświęconym satysfakcji pielęgniarek z pracy zawodowej wyjaśniono różnicę między *zadowoleniem a satysfakcją z pracy* i przedstawiono determinanty satysfakcji, przyjmując jeden z czterech modeli. W kolejnym wykazano związek pomiędzy pracą zmianową pielęgniarek i satysfakcją z pracy a stresem i wypaleniem zawodowym.

Jednym z głównych problemów medycznych, społecznych i ekonomicznych we współczesnym systemie opieki zdrowotnej są odleżyny. Dotyczą przede wszystkim chorych leżących i ciężko chorych przebywających zarówno na oddziałach szpitalnych, jak i w instytucjach opieki długoterminowej i w środowisku domowym. Ocenie ryzyka odleżyn u chorych przyjmowanych do leczenia szpitalnego na oddziałach zachowawczych poświęcono kolejny artykuł. W pracy autorzy prezentują wyniki badań własnych, którymi objęli ponad 10 tysięcy chorych. Badania potwierdzają, że wczesne rozpoznanie odleżyn, wdrożenie działań profilaktycznych i terapeutycznych może zmniejszyć częstość ich występowania, poprawić jakość opieki i obniżyć jej koszty.

Trzy kolejne artykuły zamieszczone w tym numerze poświęcono ocenie gotowości do wypisu pacjentów

z chorobami przewlekłymi, analizie stanu funkcjonalnego i sprawności ruchowej osób objętych stacjonarną opieką długoterminową i ocenie opieki medycznej i rehabilitacji chorych po 60. roku życia.

Różne organizacje, w tym Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) i ICN, podkreślają znaczenie edukacji chorego, szczególnie w chorobach przewlekłych, w przygotowaniu go do samokontroli i samoopieki. Jednocześnie instytucje te zwracają uwagę na częste nieprzestrzeganie przez chorego zaleceń w zakresie przyjmowania leków, przestrzegania diety i aktywności, co skutkuje brakiem oczekiwanych efektów terapeutycznych, pogorszeniem jakości życia pacjentów i wzrostem częstości hospitalizacji i kosztów leczenia. Wyniki badań przeprowadzonych przez autorów kolejnej pracy potwierdzają niewystarczające przygotowanie chorych do wypisu ze szpitala i wskazują na konieczność podjęcia intensywnych działań mających na celu definiowanie grup wymagających szczególnego wspierania procesu terapeutycznego poprzez ukierunkowaną edukację.

Dwa kolejne artykuły skoncentrowane są na opiece nad osobami starszymi w Polsce. Pierwszy – badawczy – dotyczy osób z zaburzeniami poznawczymi przebywających w instytucjonalnych formach opieki długoterminowej i społecznej. Zapewnienie opieki tej grupie chorych wymaga oceny ich stanu funkcjonalnego z uwzględnieniem zmiennych socjodemograficznych. Przeprowadzone badania wykazały, że na stan funkcjonalny osób z zaburzeniem procesów poznawczych ma wpływ ich sprawność ruchowa i okres pobytu w zakładzie opieki.

Drugi artykuł o charakterze przeglądowym przedstawia krytyczną analizę zarówno instytucjonalnych form, jak i zasobów kadrowych w odniesieniu do opieki medycznej i rehabilitacyjnej nad osobami starszymi w Polsce.

Ostatni artykuł zamykający numer czasopisma poświęcony jest analizie zakresu i uwarunkowań usług zdrowotnych, pielęgnacyjnych i opiekuńczych świadczonych w systemie pomocy społecznej dla osób z ograniczoną sprawnością fizyczną, chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnymi. Na uwagę zasługuje krytyczna analiza barier w korzystaniu z usług opiekuńczych w sektorze pomocy społecznej oraz koordynacji działań pomiędzy sektorem pomocy społecznej i opieki zdrowotnej.

Maria Kózka

Current Trends in Vocational Training of Nurses and Health Needs of the Society

Danuta Zarzycka

Department of Pediatric Nursing, Faculty of Health Sciences, Medical University of Lublin

Address for correspondence: Danuta Zarzycka, Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Pediatricznego, ul. Antoniego Gębali 6 (UszD), 20-093 Lublin, tel. 81 718-53-75, danuta.zarzycka@umlub.pl

Abstract

Introduction. The current time perception has become a metaphor of remarkable challenges and possibilities available for nursing and for academic institutions responsible for the preparation of the next generations of nurses.

Methodology. Trends in vocational training of nurses will be presented on the basis of a thematic review of literature which allows to indicate the directions of transformation in the training of nurses around the world including Polish nursing. It will also enable a comparison of these changes with the health needs of the Polish people – both current and forecasted.

Results. In the review, the attention is drawn to a detailed and quite extensive analysis of the usefulness of the training method of nurses in the conditions of high-fidelity simulation and accompanying conclusions that indicate its effectiveness in creating skills and knowledge of nursing students. At the same time, only a few studies show that this method forecasts a safer care provided by the same students in clinical conditions.

In providing cultural safety in the process of globalization, the significance of national minorities is emphasized and transcultural training is expected from nursing.

Conclusions. Summing up, the directions of changes in nursing training are based on indicators built on socio-demographic and psychosocial processes relating to both individuals and the whole communities. However, in Polish nursing, the same process is usually related to biomedical indicators.

Key words: transformations of nursing training, society health needs, determinants of changes in training

Słowa kluczowe: kształcenie pielęgniarek, potrzeby zdrowotne społeczeństwa, zmiany w systemie kształcenia



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

Przygotowanie i edycja anglojęzycznych wersji publikacji finansowane w ramach umowy 914/P-DUN/2016 ze środków Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego przeznaczonych na działalność upowszechniającą naukę.

Introduction

Dynamic changes in nursing and the educational system of nurses, constitute a current indicator of civilizational development and a specific consonance of nursing with other occupations providing personnel for health care and consequently – the quality of health care.

At the turn of the century, vocational training of nurses in Poland and also in the EU countries, underwent significant system changes resulting from the implementation of recommendations of the Bologna Declaration and the corresponding documents which provide the quality of education [1–3], as well as the recognition of occupa-

tional qualifications on the Bachelor's Degree in nursing level in the countries of the European Union [4, 5].

Another significant condition creating the working environment and indicating directions for the development of vocational training system, are legal regulations relating to the training programmes, to their formation process and to the assessment criteria [6, 7]. The work legislation is very significant for training nurses. It defines the range of vocational independence of a nurse, the determinants of vocational undergraduate, graduate and postgraduate education, as well as the method of ensuring its quality [8, 9].

The directions of changes in the vocational training of nurses and the emerging regularities in the development

of nursing in future, are based on single, mostly negative, quantity indicators concerning a decrease in the number of nurses in the health care system, the average nurse's age, the number of nursing students or the number of graduates undertaking the nursing profession [10].

At the same time, the report of the Supreme Council of Nurses and Midwives indicates that the changes in the educational systems of nurses and midwives caused a significant decrease in the number of nurses (between 1998–2009 by 36 thousand).

The average age of Polish nurses and midwives is currently 44, and according to forecasts of the Supreme Chamber of Nurses and Midwives¹, over 80 thousand of nurses will reach the retirement age, and only 20 thousand of them will work in the nursing profession in Poland, in the years 2010–2020. Consequently, in 2020 there will be a shortage of 60 thousand nurses [10].

One of the measures combining the social health needs together with the potential of nursing care in the time perspective directly connected with the educational system and presented in the report of the Supreme Council of Nurses and Midwives "The protection of the Polish society in the provision of services by nurses and midwives" [10] is the indicator of the number of nurses per 1 thousand inhabitants. In Poland in 2015, on average there were 4.82 nurses per 1 thousand inhabitants, while in the OECD countries there were on average 8.8 nurses per 1 thousand inhabitants. The forecasts for 2025 are even less optimistic as it is predicted that this indicator will fall to 4.35 nurses per 1 thousand Polish people.

The aim of the article is to present the selected trends in the transformation of the nursing vocational training system including their origin, and in particular their health needs.

In the study, the method of subject literature review and its analysis including legal acts and statistical data was used, which covers the last 15 years.

Current trends in the changes in nursing, including vocational training, are getting the subject of increasing interest within the domestic professional environment which is reflected in the conference topics and publications. The analysis of topics covered during conferences organized by the academic nursing centers only in 2015 allows to highlight the importance attached to the development of nursing in the area of practice, education and scientific studies: "Modern nursing and health care in the selected European countries", 29.05.2015 Bydgoszcz; "Nursing in the process of changes »who are we and where are we going«", 10–11.09.2015 Rzeszów; "Innovation in the training of nurses, nursing practice and scientific studies. 90th anniversary of the University School of Nurses and Health Carers in Kraków", 11–12.09.2015 Kraków; "The reality and future in nursing and midwifery", 10.10.2015 Gdańsk. However, a detailed analysis of the conference meeting programmes urges us to claim that the majority of speeches is related to the analysis of the current state of nursing whereas the definition of trends for future changes requires individual classification based on the integration of the presented content.

Further research into the direction of changes in the development of nursing and vocational training of nurses is described in relatively few articles written by the nurses themselves, dedicated to a vision of changes in this area and presented in a form of outline based on individual considerations [11–13].

The significant individualization revealed in the perception of changes in nursing requires the development of an expert document of a strategic character comprising the healthcare system and nursing as well as the changes in the training of nurses, in order to increase the effectiveness of these changes.

Such challenge, directed to experts or scientific societies, needs transition from daily problems to a global look on the operating area of nursing, based on sound empirical analyses, and having in mind common welfare.

The system of training nurses

The most important element in the educational system of nurses is the training programme which should be attractive enough to engage students in the cognitive process, to reflect the practice based on scientific evidence instead of on tradition, which should be innovative. Only such characteristics of the program are able to provide education to future graduates who professionally will find themselves in a complicated, differentiated, and constantly changing healthcare environment. Among the general assumptions about the changes in the educational system of nurses, the necessity to acknowledge the differentiation of students must be indicated. This is expressed among others in the individualization of the learning pace and the awareness of the fact that education perceived as a means of personal development, will reach success if students' – not teachers' – goals are achieved (Teacher-Centered and Learner Centered Environments). **Table I** presents the differences between the teacher-oriented system and the student-orientated system as well as the training programme [14].

Currently, in training nurses, we move away from the Teaching System in the direction of the Learning System, but as Fullan [15] indicates "the effective change requires time" [15, s. 123]. Pfeffer and Sutton [16] describe another tendency of teachers that is not easy to overcome as they indicate that for some teachers "memory is the substitute for thinking" [16, s. 69]. Memory can be a barrier to change in activities as people easily do what they have always been doing and such an activity takes place without giving a thought why they act this way [17].

Dalley et al. [17] suggest that the traditional attitude to teaching and learning is still dominating as teachers have a tendency to teach in the way they were taught themselves, which was mostly based on teaching via lectures.

In the approach focused on a student, the aim of teaching with the involvement of the teacher, is to facilitate the student learning process instead of taking part in traditional class run by a teacher. The emphasis in the study process is on how a student understands and thinks in the area of specified topics; it is not focused on the student

Table I. Comparison of nurse training systems

Teaching System	Learning System
Teacher – the most important, with strong position	Teacher as a leader
System focused on the teacher	System directed to a student
All teaching activities are specified by the teacher	Focused on learning; not on teaching and getting to know the content
Teacher is the authority and the source of knowledge	Didactic value is presented by a question, discovery and student's creativity which emphasize overall personal development
Teaching is perceived as more important than learning; Rationality, control and discipline as the determinant features of the system	Students back up the learning process in order to get to know how to learn and/or learn from many sources
Focus on information	Focus on processes and results
Isolation of topics (e.g. care for the patient after an ischemic stroke) and nursing practice	Integration of concepts (e.g. pain) and team work
Focus on emergency, life-threatening condition and hospital care	Focus on health promotion, disease risk factors and community care
Passive attitude of the student	Active, searching attitude of the student
System assumes that only a few students can achieve the desired competences	It is assumed that all students can be effectively taught if they have adequate guidelines, motivation and support
Students are perceived as a collective; not individuals	Personalized approach to teaching and learning
Gaining knowledge outside university is ignored	Education may take place anywhere, any time
All students have to accomplish the same programme and at the same time; structured programme	Flexible programme; final competences can be achieved by differentiated indirect forms
Learning environment is deprived of emotions and it is ethnocentric	Emotions are expressed; not hidden; cultural diversity and sensitivity

Source: Own description based on Valiga T.M., *Nursing education trends: future implications and predictions*, "Nursing Clinics of North America" 2012; 47 (4): 423–443 [14].

mastering these topics. In education, lecturers are encouraged to create the kind of environment that concentrates on the learning process and enables students to engage in studying. Student-orientated attitude ensures the possibility to equip learners in meta-competence of critical thinking and the ability to learn, but also promotes the ability to understand and use knowledge in real life situations [18]. Teachers also have to adopt a technique of describing and assessing progress in critical thinking, making correct judgments/clinical decisions and their impact on improving patient's care [14].

In the Johnson Foundation Report by Robert Wood, a recommendation for forming competences of Quality and Safety Education for Nurses – QSEN was formulated as of key importance for all medical occupations. The competence includes a well-known structure favoured by the National Qualifications Framework described by knowledge, skills and social competences/attitudes KSAs (Know, Skills and Attitude). In the area of the complex QSEN competence, the model of professional behavior is included – Patient in the Center of Care, where the patient plays the role of the source of control and partner in providing compassionate and coordinated care based on respect for the patient's preferences, values and needs. In the model of team work and cooperation, the value of effective functioning in the nurse teams was emphasized, as well as professional support of open communication,

mutual respect and joint decision-making in order to achieve high quality care for the patient. On the other hand, the model of practice based on evidence stresses the integration of the best, specialized, current clinical knowledge supported by evidence based on research as well as the patients' (and their families') preferences with a value of providing optimal health care [19].

In an updated concept of quality improvement of QSEN it is recommended to use data from the care processes to monitor the results and to use methods of design improvements and test changes (test implementations) to continuously improve the quality and safety of the health care systems [20].

The development of QSEN ensures the acknowledgment of safety culture and the minimalization of the risk of damage resulting from mistakes. This is thanks to the effectiveness of the system as well as the results of individual activities.

The IT model has proposed the IT development and called for the use of information and technology for communication, knowledge management, mitigating errors and support in decision making. Support for QSEN competence development in each separate model can be planned by preparing testing questions relating to descriptive situations where a student looking for an answer needs to go through the consecutive stages of critical thinking [21–24].

In an open student-orientated model, learning is perceived as an enjoyable, wide-range flexible activity in which future perspectives prevail. It means, that teachers here are not gurus in relations with students, but rather moderators in the process of learning. Hence, teachers often feel uncomfortable because the content range of classes becomes unpredictable as a result of students' questions who in this way discover new perspectives of learning activities. Teachers and students co-operate in order to gain experience in the process of studying. In this model it is assumed that students can learn in many different places and from many different sources, which in the reality of nursing education was used in vocational training in undergraduate complementary studies, the so-called "bridges" dedicated to nurses and midwives.

Shaping social competences, including the affective ones, and quality assessment is perceived as important. The attention is drawn to many forms of assessment and impact in order to look at the dynamics of an individual process of shaping competences. The effect of the open education process focused on students and their process of learning comprises the following: understanding by students the complexities of nursing practice, responsibility for the patient and performing the nursing profession [14].

The transformation of teaching programmes in Taiwan was researched within the project of teachers' considerations about changing the teaching programme. Research findings in the form of transcripts of teachers' speeches from 21 meetings was subject to a paradigmatic analysis of narration in accordance with inductive and deductive approach [25].

The statement below given by a teacher taking part in the project, which indicates the possible reasons for problems in the change of the training model and ways of supporting this change, seems to be the most interesting for a Polish recipient:

"I don't think that we can teach students everything. The key concepts are sufficient, while some content can be omitted. We should get rid of weeds and preserve the flower of knowledge" (Mrs Chiu) [25].

Summing up, the experience of nurses-teachers taking part in this study, suggest that the change of the training model from *Teaching-centered* to *Learner-centered* in teaching and learning is difficult, and in some aspects even very difficult. The change itself does not have to happen, because it is the thinking that needs to be changed, and "thinking" is not the same as "doing".

This study indicates that having sufficient pedagogical knowledge was of deep significance as it was a fundamental condition for the introduction and understanding of the change [25].

Access to knowledge versus guidelines and reports

Without any doubt, knowledge in the area of nursing and health sciences is growing very quickly. Nursing teachers are constantly including new detailed contents to the training programmes instead of focusing on broad

definitions which would allow students to learn thoroughly relatively universal competences applicable in different situations. Nursing teachers are still presenting detailed information about caring for patients with different diseases instead of focusing on knowledge integration. Many teachers provide isolated information about each separate disease and they assume that students will be able to perform hard work of consolidating facts on their own. Rather than focusing on helping students in modelling thinking, teachers concentrate on the possibility of finding detailed information and then on executing it from learners.

Many lecturers are still presenting information in the form of lectures and assigning specific pages of textbooks to read but they do not focus on helping students so that they could develop independent learning skills that would serve well throughout their professional careers. The future trend in training nurses is grounded on decentralization of learning while the time spent by the teacher with their students will be devoted to the development of integrative thinking [14].

The specific factor determining the development of nursing training system, as well as nursing care, is the guidelines and/or recommendations by expert groups for the management of complex health situations of patients. They constitute a summary and assessment of the reliability of scientific evidence relating to a specific topic in order to help to choose the best possible therapeutic strategies considering not only treatment results but also potential benefits and risk relating to professional conduct, e.g. the European guidelines on preventing heart and vascular diseases in clinical practice for 2012 (*Europejskie wytyczne dotyczące zapobiegania chorobom serca i naczyń w praktyce klinicznej na 2012 rok*); Recommendations of the International Society of Hypertension and World Health Organization on treatment of hypertension. Many of these publications do not have a direct influence on nursing training, but a number of times every day teachers and nursing students need to be ready to act according to many recommendations as they are expected to provide safe and high quality nursing care as members of an interdisciplinary team.

The report Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching highlights "relieving of the overloaded nursing curriculum". It was also emphasized that the process of teaching nursing care requires from the teachers vast nursing knowledge and the ability to create the learning environment effectively. It clearly shows that teachers need to engage themselves in research work and develop evidence on which practice can mature [26].

In the report *The Future of Nursing Leading Change Advancing Health*, one of the recommendations is to increase the number of nurses with a university degree through the changes in the educational system which promotes trouble-free progress in learning. Education of nurses has to provide the learners with better understanding and experience in nursing care, management in care, methods of quality improvement, managing changes on the system level and the change in the nurse role concept in the reformed, complex health care system [27].

Modern technologies in education

Educating nurses should not be resistant to modern technologies. Universities make a mistake if they do not change the teaching model based on direct participation of students in lectures. Modern students expect the learning environment to be available for studying online, through mobile applications, games, movies, etc.

Ensuring nursing care in the health care system also means a wide use of complex communication technologies coming with telemedicine or e-Health project. Clinical diagnosis, health advice, checking on therapy results or giving guidelines, can be all conducted with the use of modern information technology and visual solutions. Telecommunication technologies create many possibilities for students and nurses to get easy access to knowledge by e-documents, i.e. guidebooks, magazines, books or expert guidelines. On the basis of telecommunication technologies, many regular didactic activities are run. Modern technology also means the administrative service for student (e.g. keeping records of student's achievements) [28].

One of the ways of using modern technology is the simulation which aims at increasing students' professional experience. Using low accuracy simulators in the training process of nurses allows them to acquire basic skills and get introduced into the nursing role in the secure environment. High accuracy simulators allow students to improve their clinical thinking skills, increase their ability to set priorities in nursing and cooperation with other therapeutic team members in order to ensure health care [14]. Simulation in education is an opportunity to improve communication skills – although not all reliable studies confirm such function [29] – and also the ability to manage complex situations and increase in self-efficacy, team effectiveness and understanding human relationships [30]. Realistic and creative scenarios are required in the teaching process making use of simulations or a standardized patient. Hence teaching staff should have access to catalogue/repository of simulation scenarios for teaching nurses which would be complementary with the learning goals of students. Apart from having technical knowledge how to use the tool, teachers should develop skills in designing simulations and also know how and when to intervene in the process and when to leave the development of the scenario without intervention. They should also conduct effective debriefing sessions.

A teacher conducting a class using high accuracy simulations should have a set of teaching aids for each scenario including the basics: a description of the patient including a diagnosis, questions for students, which will help determine the clinical situation of the patient, the order cards, test results, the equipment and all medical supplies, a set of objective symptoms, a scenario divided into roles and the duration of each sequence, a list of critical events, the criteria of task evaluation, questions for debriefing, suggestions for students for the future and suggestions for future scenarios [31].

Currently in Poland in the majority of medical universities, modern simulation centers will be created within

the development programmes (EU funds, Programme Knowledge, Education, Development 2014–2020 (PO WER), V priority axis: Support for health area. Activity 5.3. High quality of teaching on medical courses). Hence, it seems to be interesting from the cognitive and practical point of view to get familiarized with the effectiveness of this method in shaping professional competences of nursing students.

The results of meta-analysis based on quantity evidence published in electronic database: EBSCO, Medline, Science Direct and ERIC (20 of them) seem to offer a reliable empirical argument. The analysis indicates that the average difference between students' learning outcomes with the use of simulation in comparison with a control group taught by traditional methods is 0.71, which is quite high. A more detailed analysis points out to the area of teaching in which the biggest differences of impact of compared teaching methods were shown, which is shaping the competences in a psychomotor domain (0.94). A higher impact of simulations on the teaching effects was obtained among 3rd and 4th year students (0.86) and graduates (1.14), as well as in the clinical modules (1.96). Meta-analysis also indicated that a medium accuracy simulation has more advantages than a high accuracy simulation. These results should be interpreted with precaution, though. The latest studies show that the level of realism of the required simulation is a function of learning the task and the context, and that the results of learning differ depending on what simulation accuracy is used [32].

Another crucial benefit resulting from the use of the simulation method in teaching, is ensuring safety conditions of the patient and student during the simulation session, which is particularly important in pediatric nursing [29, 33].

One limitation in unconditional acceptance of the simulation value in vocational training of nurses is the lack of undisputable evidence about the transfer of teaching effects in simulating conditions to the natural conditions in the professional nursing practice. The power of evidence is often weakened by an inappropriate choice of a group or the number of observations made [34].

Social health needs and the development of the teaching system of nurses

Education of nurses does not take place in isolation from the health care system or from the society and its needs.

In defining the essence of health needs it was emphasized that they result from the disruption in health condition or social well-being and they require an intervention of the health care system (medical, rehabilitation, prevention and health promotion). For the needs of the study, the following classification of health needs into 3 groups, according to Bradshaw, was used:

- Normative needs, i.e. accepted as needs by experts, objectively estimated, and supported by epidemiological and demographic data.

- Felt needs, i.e. defined by an individual; thus subjective and often expressed as expectations.
- Expressed needs, which are satisfied, and directly connected with the health care [35].

Almost all the indicators of health needs have impact on the changes in the system of teaching nursing staff, but some of them were pointed out as the most important ones: life expectancy of potential recipients of health care, morbidity or one's subjective assessment of their health condition [36].

According to the Central Statistical Office, each year the percentage of the elderly in need of health care is increasing. In accordance with the demographic analyses, in 2020 every fourth person in Poland will be over 65 [37, 38]. Similar tendencies also occur in other EU-28 countries, where in 2013 the average life expectancy was estimated at 80.6, where women will be 83.3 years old and men 77.8 years old. In the period of over 10 years, between 2002 (the first year for which the data for all the EU member states are available) and 2013, the average life expectancy in the EU-28 increased by 2.9 years – from 77.7 to 80.6. The increase for women was 2.4 years and for men – 3.3. The average life expectancy is still increasing. However, in health policy, attention must be paid to the quality of life indicator that is measured in the number of years in health, i.e. without limitations in functioning or in disability. According to forecasts, it is expected that an average woman born in 2012 will be free from disability until the age of 62.1, whereas the equivalent for men is only 0.6 years lower [39].

Social health needs are also described by the indicators of morbidity and mortality. Cardiovascular diseases, cancer, respiratory diseases, injuries and accidents have been dominating in the morbidity structure in Poland for many years. In the EU in 2011 about 1% of inhabitants died because of 3 main reasons: cardiovascular diseases (368 deaths per 100 000 inhabitants); cancers (253 deaths per 100 000 inhabitants); and respiratory diseases (75 deaths per 100 000 inhabitants). In the same year (2011) in the EU-28 there were 146 thousand deaths caused by mental disorders and behavioral disorders, which constitutes up to 3% of all deaths [40].

Simultaneously, as the analyses of WHO Regional Office for Europe indicate, the mortality in the main disease groups (cardiovascular diseases, cancer, respiratory diseases, infectious diseases and injuries) has a decreasing tendency, except for gastrointestinal diseases. However, forecasts for the period of up to 2020 for cancer and the resulting mortality have unfortunately an increasing tendency in comparison to 2010 [41].

Individual health needs are often revealed as social expectations of the professional group of nurses. Thus, patients on surgical wards expect from nurses manual skills, alertness and the ability to provide medical information, courtesy, kindness and consideration [42]. Patients hospitalized on oncology wards on the other hand, expect mainly information from the medical personnel [43].

Patients under basic health care expect that nurses measure their the fundamental life parameters – blood pressure, the level of blood glucose (86%) and exercise

the informative function by giving them comprehensive information on the disease (71%), educating the patients in order to obtain the prevention effect (78%), giving them advice on healthy life style (60%) [44].

Families of chronically ill patients listed the following as the most significant tasks within nursing care: keeping the body clean (100%), teaching self-service in the daily life activities (72%), preventing the effects of prolonged immobilization (71%), as well as motivating to become independent (69%), monitoring the measures of vital signs (76%) and administrating drugs (70%) [45].

The Polish social health needs are also determined by ethnic/national origin which is contained within the holistic care competence. The Polish society is not much ethnically, nationally and culturally diversified. Ethnic/national minorities are just over 1% of the inhabitants and they are mostly represented by the Silesian, Kashubian German, Belarusian, Ukrainian and Romany people.

In 2012, 10, 761 people applied for a political asylum in Poland, and 106 persons obtained a refugee status. The majority of persons seeking for an asylum so far come from the Russian Federation, Georgia, Armenia, Kazakhstan, and increasingly – from Syria [46].

Summary

In the 21st century the requirements set for the teaching system of nurses are constantly changing, starting from the decreasing the number of nurses, smaller interest in learning this profession and the increasing need for health care in relation to the intensity of chronic diseases and the aging population. Hence, the teaching system of nurses from the previous century would not meet the expectations of the present health care system.

Among the trends bringing changes, in line with the world tendencies, in the teaching system of nurses in Poland the necessity of the following should be distinguished:

- A change in the teaching model from teacher-orientated to student-orientated and their individual course of learning; in an attempt to fascinate a student with the process of grasping the essence and the mechanisms of nursing care based on scientific evidence. This means the necessity to change the proportions in teaching methods and checking students' knowledge so that students could achieve meta-competence in critical thinking. The process of teaching nursing care requires from the teacher vast nursing knowledge so teachers should get engaged in scientific research and develop the evidence on which safe practice could be developed.
- The use of high accuracy simulation in teaching nurses as a teaching tool in order to ensure proper conditions for shaping the desired professional competences, which is related to the necessity of creating a set of teaching aids complementary to the appropriate methodology.
- In line with the social needs, the competences of risk factor detection, disease prevention and safe (evidence-based) care for people with chronic diseases

in the place of residence should be shaped among students.

- Implementing transcultural nursing module into the teaching programmes of postgraduate nursing courses and increasing ethnic and cultural diversity of health-care workers by the introduction of an intentional incentive system so that it would take into account the diversity of the society it serves.

Note

¹ In the Polish language Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych (NRPiP).

References

1. Ministers responsible for Higher Education in the countries participating in the Bologna Process, *Leuven/Louvain-la-Neuve Communiqué*, April 2009, www.ond.vlaanderen.be/hogeronderwijs/bologna/; accessed: 6.09.2015.
2. Kula E., Pękowska M., *Joint Declaration of European Ministers of Education gathered in Bologna on 19 June 1999*, in: *European Area of Higher Education. Anthology of Documents and Materials*, Kielce 2006.
3. Europejskie Stowarzyszenie na rzecz Zapewniania Jakości w Szkolnictwie Wyższym, *Standards and Guidelines Regarding Ensuring Quality of Education in the European area of Higher Education*, Helsinki 2005.
4. European Parliament, *System of Acknowledging Professional Qualifications*. Directive 2005/36 WE from 7 September 2005 with later changes, 2005, <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/?uri=uriserv:c11065>; accessed: 4.09.2015.
5. European Parliament, *Directive of the European Parliament and the Council of the European Union 2013/55/UE from 20 November 2013 changing the directive 2005/36/WE on the recognition of professional qualifications and Regulation (EU) No 1024/2012 on administrative cooperation through the information exchange system in the internal market*, "Official Journal of the European Union" 2013; L354: 132–170.
6. Ministry of Science and Higher Education, *Regulation of the Minister of Science and Higher Education on 9 October 2014. on conditions for conducting studies in a certain course and level of education*, 2014, Dz. U. 2014 poz. 1370, <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=W DU20140001370>; accessed: 4.09.2015.
7. Ministry of Science and Higher Education, *Regulation of the Minister of Science and Higher Education of 3 October 2014 on the basic criteria and scope of the program assessment and institutional assessment*, 2014, Dz. U. 2014 poz. 1356.
8. Polish Parliament, *The Act of 22 July 2014 amending the Act on professions of nurse and midwife and on some other legal acts*, 2014, Dz. U. 2014 poz. 1136, <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20140001136>; accessed: 4.09.2015.
9. Minister of Health, *Regulation of the Minister of Health of 12 December 2013 on the list of areas of nursing and areas applicable in health care, in which specialization and qualification courses can be carried*, 2013, www2.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m0&ms...pl; accessed: 5.09.2015.
10. The report of the Supreme Council of Nurses and Midwives, *Protection of Polish society in the provision of nurses and midwives*, May 2015, www.nipip.pl/index.php/samorzad/stat/3368-raport-naczelnaj-rady-pielegniarek-i-poloznych-zabezpieczenie-spoleczenstwa-polskiego-w-swadczenia; accessed: 4.09.2015.
11. Cieśla D., *Future of nursing in Poland*, "Modern Nursing and Midwifery" 2008; 2 (1), Website of Nurses and Midwives, <http://www.pielegniarki.info.pl/>; accessed: 5.09.2015.
12. Czerniak J., *Future visions of Polish nursing*, "Modern Nursing and Midwifery" 2008; 2 (1), Website of Nurses and Midwives, www.pielegniarki.info.pl/; accessed: 5.09.2015.
13. Tomaszewska M., *Future of Polish nursing*, "Modern Nursing and Midwifery" 2008; 2 (1), Website of Nurses and Midwives, www.pielegniarki.info.pl/; accessed: 5.09.2015.
14. Valiga T.M., *Nursing education trends: future implications and predictions*. "Nursing Clinics of North America" 2012; 47 (4): 423–434.
15. Fullan M., *The New Meaning of Educational Change*, 4th ed., Teachers College Press, New York 2007.
16. Pfeffer J., Sutton R I., *The Knowing-doing Gap: How Smart Companies Turn Knowledge into Action*, Harvard Business School Press, Boston 2000.
17. Dalley K., Candela L., Benzel-Lindley J., *Learning to let go: the challenge of de-crowding the curriculum*, "Nurse Education Today" 2008; 28 (1): 62–69.
18. Candela L., Dalley K., Benzel-Lindley J., *A case for learning-centered curricula*, "Journal of Nurse Education" 2006, 45 (2): 59–66.
19. Institute of Medicine of The National Academies, *The Future of Nursing: Focus on Education*, 2010, <http://iom.nationalacademies.org/Reports/2010/The-Future-of-Nursing/Report-Brief-Education.aspx#sthash.wyXhLzUA.dpuf>; accessed: 9.09.2015.
20. Pauly-O'Neill S., Prion S., Nguyen H., *Comparison of Quality and Safety Education for Nurses (QSEN)-Related student experiences during pediatric clinical and simulation rotations*, "Journal of Nursing Education" 2013; 52 (9): 534–553, doi: 10.3928/01484834-20130819-02; accessed: 8.09.2015.
21. Armstrong G., Spencer T., Lenburg C., *Using Quality and Safety Education of Nurses to enhance competency outcome performance assessment: A synergistic approach that promotes patient safety and quality outcomes*, "Journal of Nursing Education" 2009; 48 (12): 686–693, doi: 10.3928/01484834-20091113-02; accessed: 10.09.2015.
22. McKown T., McKeon L., Weeb S., *Using Quality and Safety Education for Nurses to guide clinical teaching on a new dedicated education unit*, "Journal of Nursing Education" 2011; 50 (12): 706–710, doi: 10.3928/01484834-20111017-03; accessed: 10.09.2015.
23. Preheim G., Armstrong G., Barton A., *The new fundamentals in nursing: Introducing beginning Quality and Safety Education for Nurses' competencies*, "Journal of Nursing Education" 2009; 48 (12): 694–697, doi: 10.3928/01484834-20091113-10; accessed: 27.09.2015.
24. Schaar G., Ostendorf M., Kinner T., *Simulation: Linking Quality and Safety Education for Nurses competencies to the observe role*, "Clinical Simulation in Nursing" 2012; 9 (9):

- e401–e404, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2012.07.209>; accessed: 27.09.2015.
25. Ching-Kuei C., Chapnan H., Elder R., *Changing to learner-centered education: Challenges experienced by nurse educators in Taiwan Chiang*, "Nurse Education Today" 2010; 30 (8): 816–820.
 26. Benner P., Sutphen M., Leonard V., Day L., *Educating Nurses: A Call for Radical Transformation*, Jossey-Bass/Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, San Francisco 2009.
 27. IOM (Institute of Medicine, National Academies), *The Future of Nursing Leading Change Advancing Health*, 2010, www.iom.nationalacademies.org/Reports/2010/The-Future-of-Nursing-Leading-Change-Advancing-Health/Report-Brief; accessed: 8.09.2015.
 28. Bińkowska-Bury M., Nagórska M., Januszewicz P., *Modern vision of nurse in a system e-Health*, "Nursing Problems" 2010; 18 (3): 242–247.
 29. Shearer J., *High-Fidelity simulation and safety: An integrative review*, "Journal of Nursing Education" 2013; 52 (1), doi: 10.3928/01484834-20121121-01; accessed: 8.09.2015.
 30. Kim J., Park I., Shin S., *Systematic review of Korean studies on simulation within nursing education*, "Journal of Korean Academy of Nursing" 2013; 19(3): 307–319, <http://dx.doi.org/10.5977/jkasne.2013.19.3.307>; accessed: 6.09.2015.
 31. Campbell S., Daley K., *Simulation Scenarios for Nursing Educators. Making it Real*, Springer Publishing Company LLC, New York 2013.
 32. Pok-Ja O., Kyeong D., Myung Suk K., *The effects of simulation-based learning using standardized patients in nursing students: A meta-analysis*, "Nurse Education Today" 2015; 35 (5): 6–15, <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2015.01.019>; accessed: 8.09.2015.
 33. Parker R., McNeill J., Pelayo L. et al., *Pediatric clinical simulation: A pilot project*, "Journal of Nursing Education" 2011; 50 (2): 105–111, doi: 10.3928/01484834-20101230-05; accessed: 10.09.2015.
 34. Yuan H., Williams B., Fang J., Ye Q., *A systematic review of selected evidence on improving knowledge and skills through high-fidelity simulation*, "Nurse Education Today" 2012; 32 (3): 294–298, doi: 10.1016/j.nedt.2011.07.010; accessed: 9.09.2015.
 35. Topór-Mądry R., Gilis-Januszewska A., Kurkiewicz J. et al., *Estimating Health Needs*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2002.
 36. Kunecka D., *Structure of employment in nursing group and social needs in Poland*, "Economic Studies of Economic University in Katowice" 2013; 161: 73–83.
 37. Central Statistical Office, *Health and Health Protection in 2013*, Warszawa 2014.
 38. Central Statistical Office, *Health State of Polish Society in 2009*, Warszawa 2011.
 39. *Health statistics at regional level*, <http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php>; accessed: 9.09.2015.
 40. *Mental health and related issues statistics*, <http://ec.europa.eu/eurostat/statistics.explained/index>; accessed: 6.09.2015.
 41. WHO Regional Office for Europe, *The European Health Report 2012. Charting the Way to Well-Being*, Copenhagen 2013.
 42. Kapała W., *Pielęgniarstwo w chirurgii*, Czelej, Lublin, 2006
 43. Zieniuk A., *Expectations of oncology patient to medical staff*, "Psycho-Oncology" 2009; 13 (1–2): 17–27.
 44. Wołosewicz I., Kupcewicz E., Szypulska A. et al., *Expectations of patients to the doctor and nurses in primary care*, "Entrepreneurship and Management" 2013; XIV, 10 (II): 293–322.
 45. Gugala B., Iwanicka-Maciura A., Mryczko E., *Expectation of chronically ill patients' familie in terms of nursing care*, "General and Health Science Medicine" 2012; 18 (3): 225–228, www.monz.pl; accessed: 6.09.2015.
 46. Gudaszewski G., *Belonging to the national-ethnic population – results of population and housing census in 2011*, 2013, http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/Przynaloznosc_narodowoetniczna_w_2011_NSP.pdf; accessed: 9.09.2015.

Implementacje praktyczne wybranych klasyfikacji diagnoz i interwencji pielęgniarских dla pielęgniarstwa polskiego

Barbara Ślusarska

Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Adres do korespondencji: Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny, ul. Staszica 4/219, 20-081 Lublin, tel. 81 448 6812, barbaraslusarska@umlub.pl

Abstract

Practical implementations of selected classification of nursing diagnoses and interventions for Polish nursing

In nursing oriented on autonomous problem solving of care in nursing practice while taking into account the strengthening of the nursing profession and promoting quality of nursing care, the value of alternative classifications of diagnoses and nursing interventions should be considered: ICNP – International Classification for Nursing Practice and NANDA – North American Nursing Diagnosis Association.

The aim of this study is identification of assessment criteria significant for classification systems of nursing diagnoses and showing their practical value in classifications ICNP® and NANDA.

Expert analysis of evidence gathered in literature indicates that classification system of NANDA fulfills majority of detailed criteria included in the structure of requirements for classification. In detailed reference of classifications NANDA and ICNP to conditions of Polish nursing practice, it requires further studies. It also calls for comparisons of possibilities and benefits of using those classifications with taking into account the stage of development, practical solutions developed and tradition of Polish nursing.

Key words: classification systems, nursing diagnoses, ICNP, NANDA, practical implementations

Słowa kluczowe: systemy klasyfikacji, diagnozy pielęgniarские, ICNP, NANDA, implementacje praktyczne

Wstęp

Opieka pielęgniarська stanowi znaczącą część działalności w dziedzinie ochrony zdrowia, co implikuje potrzebę integrowania pojęć opisujących praktykę pielęgniarскую używanych w terminologii medycznej [1]. Istnieje globalne wyzwanie uniwersalizacji terminologii pielęgniarской wykorzystywanej do identyfikacji i oceny pacjentów, interwencji oraz wyników opieki, z myślą o zwiększonej rozpoznawalności zakresu opieki pielęgniarской jako *nursing know-how*, czyli konkretnej wiedzy z dziedziny pielęgniarstwa, opartej na pragmatyce

działania oraz oceny jej wyników w układzie sprawdzalnych naukowo kompetencji.

W pielęgniarstwie zorientowanym na autonomiczne rozwiązywanie problemów opieki w praktyce przy jednoczesnym uwzględnieniu wzmocnienia zawodu pielęgniarکی oraz promowaniu jakości opieki pielęgniarской należy rozważyć wartość alternatywnych klasyfikacji diagnoz i interwencji pielęgniarских do celów rozwoju pielęgniarstwa polskiego, głównie systemu klasyfikacji ICNP® – International Classification for Nursing Practice oraz NANDA – North American Nursing Diagnosis Association.

Rozwój wiedzy o systemach klasyfikacyjnych w pielęgniarstwie na świecie

W pielęgniarstwie światowym działania w celu wspierania spójności terminologii zawodowej rozwijały się od początku 1970 roku. Bez znormalizowanej nomenklatury pielęgniarstwo staje się niewidoczne w systemie opieki zdrowotnej, trudne są do oszacowania nakłady i wyniki opieki pielęgniarskiej, a brak lub nieczytelność pielęgniarskiej dokumentacji elektronicznej w tym systemie determinuje stagnację zarówno w zakresie rozwoju profesjonalnej wiedzy, jak i swoistych interwencji pielęgniarskich, opóźniając w ten sposób integrację opartą na wiarygodnych dowodach naukowych [2].

Taksonomie i systemy klasyfikacyjne odpowiadają za uporządkowanie wiedzy w taki sposób, że elementy zakresu tematycznego są zorganizowane w grupy lub podstawowe klasy ze względu na ich podobieństwa [3]. Zastosowanie systemów klasyfikacji w pielęgniarstwie znacząco przyczyniło się do rozwoju profesjonalnej praktyki, w tym: lepszej komunikacji między pielęgniarkami oraz między pielęgniarkami a innymi specjalistami zespołu medycznego; tworzenia pełniejszych rejestrów danych bazowych, co pozwala na ocenę rezultatów opieki i wybór najlepszych interwencji oraz opracowania oprogramowania do poprawy praktyki pielęgniarskiej, które bezpośrednio określają wyższą jakość dostarczanej opieki [4, 5].

W ostatnich dziesięcioleciach ujednoczenie systemów językowych stało się priorytetem dla międzynarodowych organizacji i stowarzyszeń pielęgniarskich. Standaryzowane słowniki kontrolowane są środkiem do rozwoju, wyrażania i rozumienia zjawisk opieki oraz działań pielęgniarskich poprzez przypisanie im określonych pojęć.

Korzystanie z elektronicznych kart zdrowia i systemów komunikacji elektronicznej na wszystkich poziomach systemu opieki zdrowotnej jest obecnie szeroko rozpowszechnione na całym świecie jako metoda wymiany informacji medycznej. W celu optymalizacji skuteczności tych rejestrów i systemów oraz ułatwienia wymiany informacji między specjalistami i instytucjami muszą być one oparte na znormalizowanych słownikach kontrolowanych. Müller-Staub i wsp. [6] wskazują, że „znormalizowana komputerowo-kompatybilna terminologia zawodowa (w tym pielęgniarska) staje się wymogiem, zwłaszcza dla instytucji i systemów opieki zdrowotnej, które ponoszą koszty opieki zdrowotnej”.

Istnieją różne systemy klasyfikacji pielęgniarskich pretendujących do miana znormalizowanych słowników. Do tej pory dwanaście systemów klasyfikacji terminologii pielęgniarstwa i zestawy danych zostały uznane przez American Nurses Association (ANA) jako spójne metody wspierania praktyki pielęgniarskiej:

1. North American Nursing Diagnosis Association – International Taxonomy (NANDA-I).
2. Nursing Interventions Classification (NIC).
3. Nursing Outcomes Classification (NOC).
4. Clinical Care Classification (CCC).
5. Omaha System.

6. Nursing Management Minimum Data Set (NMMDS).
7. Perioperative Nursing Data Set (PNDS).
8. SNOMED Clinical Terms.
9. Nursing Minimum Data Set (NMDS).
10. International Classification for Nursing Practice (ICNP) from the International Council of Nurses.
11. ABC codes.
12. Logical Observation Identifiers Names and Codes (LOINC) [7, 8].

Taksonomia diagnoz pielęgniarskich według NANDA-I jest uważana za najbardziej powszechną i najlepiej zbadaną w zakresie terminologii diagnoz pielęgniarskich [6]. Jednak stosowanie tej taksonomii nie ma charakteru uniwersalnego, a wcześniejsze badania wykazały wiele zagadnień, które wpłynęły na deficyty rozpropagowania jej w praktyce klinicznej. Po pierwsze, w celu udokumentowania problemów i reakcji pacjenta pielęgniarki mogą wykorzystywać warunki inne, niż są opisane w taksonomii NANDA-I, czynniki diagnostyczne diagnoz pielęgniarskich w tej taksonomii są często skomplikowane, zbyt abstrakcyjne lub zbyt dokładne, by odzwierciedlać realne oceny pielęgniarek w zakresie statusu pacjenta [9, 10]. Po drugie, twórcy, którzy byli pionierami budowy taksonomii, nie dążyli do projektowania komputerowego słownictwa kontrolowanego i kompatybilnego, ale do wykazania autonomii zawodu pielęgniarki i odróżnienia go od innych dziedzin medycyny i opieki zdrowotnej. Przez wiele lat stanowiło to podstawę tej terminologii. Wśród innych celów rozwoju i poprawy tej taksonomii były zachęty do krytycznego myślenia wśród pielęgniarek i wprowadzenie systematycznych metod w celu odzwierciedlenia indywidualnego podejścia do pacjenta w opiece pielęgniarskiej. Jednak prawie 40 lat później zarówno stosowanie tych metod, jak również korzystanie z systemu diagnoz pielęgniarskich NANDA w praktyce klinicznej są nadal niewystarczające, a ich przydatność była obszernie dyskutowana w ramach międzynarodowej społeczności pielęgniarskiej [8, 11]. Pomimo tych trudności potrzebne są koncepcje diagnoz pielęgniarskich do prowadzenia praktyki pielęgniarskiej w celu zwiększenia spójności w opisach opieki pielęgniarskiej, aby podkreślić wpływ usług pielęgniarskich na wyniki stanu pacjentów oraz wyjaśnić, co i dlaczego pielęgniarki robią dla pacjentów i ich rodzin [12].

Systemy informacyjne w pielęgniarstwie i ich interoperacyjność

Powszechne korzystanie z dostępu do informacji elektronicznej we wszystkich prawie sferach życia staje się koniecznością informatyzacji, także w systemie ochrony zdrowia, w tym również w pielęgniarstwie. Komputeryzacja systemów informacyjnych jest ważnym sposobem zwiększenia sprawności działania systemu zarządzania w ochronie zdrowia oraz w pielęgniarstwie. Pomimo początkowych wydatków na szkolenia, oprogramowanie i wdrożenie system informatyczny umożliwi formalizację struktury organizacyjnej, zwiększenie rozpiętości kierowania, automatyzowanie zadań, dostarcza niezwłocznie

żądanych informacji oraz ułatwia pracę grupową w przedsięwzięciach posiadających wiele oddziałów [13].

Elektroniczne systemy informacyjne obsługujące potrzeby sfery ochrony zdrowia, ze względu na przedmiot działań w tej sferze, jakim jest zdrowie i życie człowieka, powinny cechować się: wiarygodnością (w tym szczególne znaczenie ma bezpieczeństwo przechowywania i transmisji danych, ich poufność i ochrona danych wrażliwych), precyzją (rozbudowane narzędzia wyszukiwania zaawansowanego, pozwalające na zawężenie kryteriów na potrzeby użytkownika) oraz możliwością regularnej aktualizacji danych (zarówno zasobów, jak i narzędzi służących ich porządkowaniu i wyszukiwaniu) [14]. Konieczność zapewnienia precyzji terminologicznej w systemach informacyjnych w dziedzinie nauk o zdrowiu powoduje, że współczesne systemy klasyfikacji terminologii wymuszają tworzenie bardziej złożonych narzędzi o charakterze ontologii. Ontologia jest formalną reprezentacją pewnej dziedziny wiedzy, na którą składa się zapis zbiorów pojęć i relacji między nimi. Utworzony zapis tworzy schemat pojęciowy, który będąc opisem danej dziedziny wiedzy, może służyć jednocześnie jako podstawa do wnioskowania o właściwości opisywanych ontologią pojęć [15].

Najpopularniejszym przykładem narzędzia ontologicznego o szerokim zakresie w naukach medycznych i naukach o zdrowiu jest Systemized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms (SNOMED CT). SNOMED CT jest jednym z pakietów taksonomicznych stosowanych w systemach elektronicznej wymiany informacji na temat zdrowia i kompleksowej terminologii klinicznej, który spełnia standardy interoperacyjności obiegu informacji elektronicznej w systemie ujednoczonej terminologii medycznej (The Unified Medical Language System – UMLS) [16]. SNOMED CT jest najbardziej kompletną wielojęzyczną terminologią medyczną na świecie, będącą klasyfikacją (taksonomią) oraz systemem kodowania. Wersja z 2012 roku zawiera 311 tys. pojęć, około 1 mln opisów oraz 1,4 mln relacji między pojęciami [17]. W zgromadzonej terminologii posiada wskaźnik interoperacyjności w zakresie dobrego „dopasowania” w ponad 90% typowych przypadków oraz zapewnia „trwałość” zakodowanych danych (zapewnienie zgodności z wcześniejszymi wersjami).

SNOMED CT jako system terminologii klinicznej został stworzony przez amerykańskich patologów, a od 2007 roku własność, utrzymanie i dystrybuowanie odbywa się przez organizację typu non-profit International Health Terminology Standards Development Organisation (IHTSDO). SNOMED CT funkcjonuje w USA, a na podstawie kontraktu z IHTSDO dostarcza produkty i usługi związane z SNOMED CT jako licencjobiorca terminologii i jest również wdrażany jako standard w innych krajach członkowskich IHTSDO, w tym także w Polsce [16].

Ważnym zagadnieniem z punktu widzenia obiegu informacji elektronicznej w systemie opieki zdrowotnej jest **interoperacyjność** jako zdolność systemów (lub komponentów) do wymiany informacji oraz użycia z pakietu istniejących informacji. Aby ten cel osiągnąć,

należy zaimplementować standardy zapewniające prawidłową interpretację informacji przez system docelowy, zgodnie z zakładanym sensem tych danych w systemie źródłowym. Istnieją trzy poziomy interoperacyjności:

- techniczny – niezależny od dziedziny oraz dotyczący przenoszenia danych z jednego systemu do drugiego systemu bez względu na odległość między nimi. Jest to warstwa transportowa, w której nie jest istotny zakres rozumienia wymienianych danych;
- semantyczny – specyficzny dla dziedziny i kontekstu wymiany informacji, zwykle wymaga użycia kodów i identyfikatorów, aby informacja była jednoznacznie zrozumiała dla obu lub wielu systemów. Systemy (lub komponenty) mogą wówczas przetwarzać te same informacje w zgodny i jednolity sposób;
- procesowy – koordynacja procesów umożliwiającą organizacjom posiadającym dane systemy współpracę w ramach określonych procesów biznesowych [18].

Elektroniczne repozytorium danych medycznych pacjenta w standardach technologii informacyjnych powinno zapewniać zarówno funkcjonalną interoperacyjność (techniczną i procesową, tj. przesyłane dane są „czytelne” dla ludzi), jak i semantyczną interoperacyjność (systemy komputerowe poprawnie interpretują przesyłane dane i mogą je częściowo automatycznie przetwarzać) [19].

Precyzyjne opisy rzeczywistości opieki pielęgniarstwa w języku systemów informatycznych stanowią domenę ważną w dostosowaniu się do wymagań uniwersalnych formatów danych do systemu elektronicznej dokumentacji medycznej. W pielęgniarstwie rozwijają się liczne elektroniczne systemy informacyjne jako zasoby źródłowe zestawów danych pielęgniarstwa wyposażone w słownictwo specjalistyczne i uporządkowane w strukturach klasyfikacyjnych, do których należą:

- International Council for Nurses: International Classification for Nursing Practice (ICNP®), [20];
- NANDA International 2015 (NANDA-I), <http://www.nanda.org/> [21];
- Nursing Interventions' Classification (NIC), <http://www.nursing.uiowa.edu/cncce/nursing-interventions-classification-overview> [22];
- Nursing Outcomes' Classification (NOC), <http://www.nursing.uiowa.edu/cncce/nursing-outcomes-classification-overview> [23];
- Clinical Care Classification (CCC), <http://www.sabacare.com/> [24];
- Omaha System, <http://omahasystemmn.org/data.php> [25].

Źródła wiedzy o systemach klasyfikacyjnych diagnoz pielęgniarstwa w Polsce

Ujmowanie w ramy terminologiczne profesji staje się podstawową potrzebą także praktyki pielęgniarstwa w Polsce. Stosowanie systemów klasyfikacyjnych wzbogaca praktykę zawodową w opis diagnoz pielęgniarstwa, tj. orzeczenia o stanie zdrowia pacjenta, za które bierze odpowiedzialność pielęgniarka, oraz klasyfikację działań/interwencji pozostających w jej autonomii zawodowej, a także określa wyniki opieki pielęgniarstwa.

Transponowanie wiedzy źródłowej o systemach klasyfikacyjnych w Polsce opisujących praktykę zawodową, w tym diagnoz pielęgniarstkich, interwencji i wyników, ma nieodległą historię. Historiografia prac nad pierwszą upowszechnianą klasyfikacją ICNP® sięga starań Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, które od ponad 20 lat rozwijało klasyfikację, tłumacząc jej pierwsze wersje przy wsparciu ekspertów w oprogramowanie terminologii [26, s. 53]. Uwieńczeniem tych prac było wydanie książkowe pt. *Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej ICNP® wersja 1.0*. Oficjalne tłumaczenie PTP w 2009 roku [27] oraz przeprowadzenie pierwszej konferencji i warsztatów pt. „Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej ICNP® jako narzędzie profesjonalnej opieki” (w dniach 29–30.09.2009 r. w Warszawie) dla liderów pielęgniarstwa polskiego z udziałem dyrektorów projektu International Council of Nurses (ICN).

Kolejne działania związane z propagowaniem wiedzy o klasyfikacji oraz prace wdrożeniowe były związane z działalnością Akredytowanego Centrum Badania i Rozwoju (ACBiR) Międzynarodowej Klasyfikacji Pielęgniarskiej (ICNP®), które w roku 2010 decyzją Międzynarodowej Rady Pielęgniarek zostało powołane przy Wydziale Pielęgniarstwa i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi jako pierwsze w Polsce i w tej części Europy. Zadaniem centrum jest czuwanie nad rozwijaniem ICNP w kształceniu, praktyce i nauce [28]. W kolejnych latach z inicjatywy ACBiR podjęto starania nad ewaluacją terminologii ICNP® dla polskiej praktyki pielęgniarstkich oraz systematycznie w różnych regionach Polski prowadzono szkolenia pielęgniarek dotyczące taksonomii ICNP®. Ważnym źródłem wiedzy o klasyfikacji ICNP w Polsce są liczne publikacje o charakterze poglądowym m.in.: Kisilowska [29]; Kilańska [30, 31]; Zarzycka, Górąjek-Jóźwik [32]; Grabowska i wsp. [33]; Babska [34] oraz prace oryginalne ukazujące możliwości zastosowania tego systemu w praktyce pielęgniarstkich, m.in. Habel i wsp. [35]; Ikwanty i Dobrowolska [36]; Kozłowska i wsp. [37]; Grabowska i Grabowski [38]; Kilańska i wsp. [39, 40]; Grabowska [41]; Grabowska i wsp. [42]; Głowacka, Kalinowska [43]; Kilańska i wsp. [44, 45].

W roku 2014 ukazała się kolejna pozycja zwarta pod redakcją naukową dr D. Kilańskiej pt. *Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej® w praktyce pielęgniarstkich* [28]. Dostępne są także katalogi specjalistyczne ICNP w pracach zbiorowych pod redakcją D. Kilańskiej:

- *Opieka nad chorymi terminalnie. Towarzystwo w godnym umieraniu. Katalog Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej ICNP®*. Wyd. PTP, Warszawa 2009 [46];
- *Współpraca z pacjentami i ich rodzinami – w trosce o przestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Katalog pojęć ICNP®*. MakMed, Lublin 2010 [47];
- *Pielęgniarstwo środowiskowe. Katalog ICNP®*. Wyd. PTP, Łódź 2014 [48].

Głównym źródłem wiedzy w Polsce o systemie klasyfikacji NANDA i jej elementach składowych – taksonomii diagnoz pielęgniarstkich (NANDA-I), klasyfi-

kacji interwencji pielęgniarstkich (NIC) oraz wynikach opieki (NOC) jest książka B.J. Ackley i G.B. Ladwig w polskim wydaniu z 2011 roku pod redakcją naukową D. Zarzyckiej i B. Ślusarskiej pt. *Podręcznik diagnoz pielęgniarstkich. Przewodnik planowania opieki opartej na dowodach naukowych* [49]. W roku 2014 w Lublinie odbyło się I Forum Dyskusyjne Pielęgniarstwa pod nazwą „Diagnozowanie stanu pacjenta w praktyce pielęgniarstkich. Dyskusja wokół klasyfikacji ICNP® i NANDA”, w którym uczestniczyło ponad 200 osób, a podczas spotkania podjęto próbę wymiany poglądów na temat wartości praktycznej systemów klasyfikacji pielęgniarstkich dla pielęgniarstwa polskiego [50]. Pojawiły się także pierwsze publikacje naukowe pokazujące możliwości wykorzystania systemu klasyfikacji NANDA w wybranej grupie pacjentów: Ślusarska i wsp. [51] oraz poglądowe na temat diagnozy pielęgniarstkich w koncepcji NANDA: Majda i Kózka [52].

Istniejące w literaturze rodzimej źródła wiedzy o systemach klasyfikacyjnych w pielęgniarstwie według ICNP i NANDA stanowią zatem rzetelną podstawę do bardziej szczegółowej analizy w zakresie możliwości, jakie stwarzają powyższe taksonomie w kontekście rozwoju praktyki pielęgniarstkich.

■ Cel pracy

Celem pracy jest identyfikacja obszarów różnicujących wybrane systemy klasyfikacji w pielęgniarstwie (ICNP® i NANDA) poprzez:

1. weryfikację użyteczności praktycznej powyższych systemów w rodzimym pielęgniarstwie w analizie wybranego przypadku;
2. analizę wyników interoperacyjności wybranych systemów klasyfikacji praktyki pielęgniarstkich na podstawie dostępnych publikacji naukowych.

Do zrealizowania celu pracy zastosowano metodę przeglądu i analizy piśmiennictwa.

Struktura systemów klasyfikacji NANDA i ICNP®

Taksonomia NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)

Taksonomia NANDA jest międzynarodowym systemem klasyfikacji diagnoz pielęgniarstkich opartym na dowodach naukowych, który został opracowany przez North American Nursing Diagnosis Association. Stowarzyszenie rozpoczęło pracę nad taksonomią w 1973 roku i od tego czasu ze względu na zwiększone zainteresowanie międzynarodowej terminologii pielęgniarstwa taksonomia NANDA została przetłumaczona na kilka języków [53].

System klasyfikacji NANDA ma układ trójczłonowy: klasyfikacja diagnoz pielęgniarstkich (NANDA-I), klasyfikacja interwencji pielęgniarstkich (NIC) oraz klasyfikacja wyników opieki (NOC). W systemie klasyfikacji NANDA każda diagnoza pielęgniarstkich, która jest akceptowana jako część w tej taksonomii, opiera się na

dowodach naukowych i udokumentowanym doświadczeniu w praktyce pielęgniarstwa.

Diagnoza pielęgniarstwa według NANDA jest to kliniczny osąd dotyczący określonej reakcji na problemy zdrowotne lub procesy życiowe osoby, rodziny lub wspólnoty i stanowi podstawę do wyboru interwencji pielęgniarstwa, aby uzyskać zakładane wyniki opieki, za które jest odpowiedzialna pielęgniarka [49]. Diagnozy pielęgniarstwa w taksonomii NANDA są zbudowane według modelu PES. Struktura modelu PES służy do formułowania diagnoz pielęgniarstwa na arenie międzynarodowej. PES oznacza: problem/stan (P), jego przyczyny lub etiologię (E) oraz objawy/symptomy (S). Diagnozy pielęgniarstwa opisują związek przyczynowy, identyfikując przyczyny i problemy, które doprowadziły do danego stanu u pacjenta. Aktualny system klasyfikacji diagnoz NANDA-I (2015–2017) zawiera 235 diagnoz określonych w definicjach, do których przyporządkowane są cechy definiujące i czynniki powiązane lub czynniki ryzyka. System klasyfikacyjny porządkuje diagnozy pielęgniarstwa, dzieląc je na 13 domen i 47 klas. Niektóre diagnozy mogą być umieszczone w wielu domenach i klasach [21]. System diagnoz pielęgniarstwa ma konkretne odniesienia do stanów klinicznych, proponuje możliwe rozpoznania pielęgniarstwa dla ponad 1400 stanów klinicznych obejmujących objawy przedmiotowe i podmiotowe, rozpoznania medyczne, stany zaburzeń relacji matka–dziecko, zaburzeń psychicznych oraz geriatrycznych [49].

Klasyfikacja interwencji pielęgniarstwa (NIC) jest to system, który opisuje działania podejmowane przez pielęgniarkę w fazie planowania procesu pielęgniarstwa i jest związany z tworzeniem planu opieki pielęgniarstwa. System NIC aktualnie oferuje 554 interwencje pielęgniarstwa, które są pogrupowane w 7 domenach i 47 klasach w celu ułatwienia użytkownika. Pogrupowanie interwencji w 7 domenach obejmuje obszary:

1. Fizjologiczny: podstawowy (opieka wspomagająca fizjologiczne funkcjonowanie pacjenta).
2. Fizjologiczny: złożony (opieka wspomagająca regulację homeostatyczną organizmu).
3. Behawioralny (opieka wspomagająca funkcjonowanie psychospołeczne i ułatwiająca zmiany stylu życia).
4. Bezpieczeństwo (opieka wspomagająca ochronę przed urazami).
5. Rodzina (opieka wspomagająca rodzinę).
6. System opieki zdrowotnej (opieka wspomagająca efektywne korzystanie z systemu opieki zdrowotnej).
7. Środowisko lokalne (opieka wspomagająca zdrowie w środowisku lokalnym) [22, 54].

Klasyfikacja NIC może być stosowana we wszystkich dziedzinach opieki (od stanów zagrożenia życia pacjentów na oddziałach intensywnej terapii do opieki domowej, hospicjum i podstawowej opieki zdrowotnej) oraz we wszystkich specjalnościach (od intensywnej terapii do opieki ambulatoryjnej oraz opieki długoterminowej).

Klasyfikacja wyników opieki (NOC) to kompleksowa, ujednolicona klasyfikacja opisująca zmiany stanu/problemu pacjenta opracowana w celu ewaluacji kon-

sekwencji interwencji pielęgniarstwa. Znormalizowane wyniki opieki są istotne w pielęgniarstwie dokumentacji elektronicznej i w klinicznych systemach informatycznych oraz służą rozwojowi wiedzy pielęgniarstwa i edukacji zawodowej pielęgniarek. Wyniki zostały opracowane w sposób uniwersalny i mogą być stosowane w całym kontinuum opieki do monitorowania wyników leczenia pacjentów w przebiegu choroby lub przez dłuższy okres opieki. Ponieważ wyniki opisują stan pacjenta, inne dyscypliny mogą je także uznać za przydatne do oceny ich działań. Są one wymienione w kolejności alfabetycznej. Każdy wynik ma definicję i wykaz wskaźników, które mogą być wykorzystane do oceny stanu pacjenta w odniesieniu do rezultatu, w ocenie wyników docelowego leczenia, do skal, do pomiaru stanu pacjenta oraz krótkiej listy referencji wykorzystywanych w ocenie i poprawie wyniku. Pięciostopniowa skala Likerta jest wykorzystywana we wszystkich wynikach i wskaźnikach. Wyniki NOC są zgrupowane w zakodowanej taksonomii, która jest uporządkowana w ramach koncepcyjnych ułatwiających identyfikację tych wyników [23, 49].

Taksonomia ICNP® (Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej)

Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®) jest systemem ujednoliconej terminologii pielęgniarstwa, która umożliwia standaryzację dokumentacji pielęgniarstwa w placówkach opieki zdrowotnej [55]. Klasyfikacja ICNP® powstała i jest rozwijana jako specjalny projekt Międzynarodowej Rady Pielęgniarek i opisuje praktykę pielęgniarstwa w układzie wieloosiowym. System klasyfikacji składa się z siedmiu osi obejmujących: przedmiot opieki, działanie, beneficjenta (klienta), osąd (ocenę, diagnozę), lokalizację, czas, stosowane środki działania, i umożliwia formułowanie wyrażeń nazywających zarówno diagnozy, jak i działania (interwencje) pielęgniarstwa czy uzyskiwane wyniki opieki. W charakterystyce kolejnych osi odnajdujemy następujące:

1. Przedmiot – obszar uwagi, istotny z punktu widzenia pielęgniarstwa (np. ból, bezdomność, wydalanie, odwodnienie, duszność, komfort, żywienie, sen itp.).
2. Ocena/Osąd – opinia lub orzeczenie w związku z przedmiotem praktyki pielęgniarstwa (np. spadający poziom, ryzyko, zwiększony, nieprawidłowość itp.).
3. Środki – sposób lub metoda pomyślnego zakończenia działania (np. bandażowanie, technika treningu pęcherza, konsultacja dietetyka).
4. Działanie – celowe działanie podejmowane w stosunku do klienta (np. poinstruowanie, zmiana opatrunku, podanie leków, kontrola parametrów).
5. Czas – punkt, okres, przerwa lub okres trwania zdarzenia (np. przyjęcie, przewlekły, urodzenie).
6. Lokalizacja – anatomiczne lub przestrzenne zorientowanie diagnozy lub działania (np. tylny, brzuch, szkoła, ośrodek zdrowia).

7. Klient – podmiot, do którego odnosi się diagnoza i który jest odbiorcą działania (np. noworodek, rodzina, społeczność, opiekun) [27, s. 33–34].

ICNP® [27, s. 34] definiuje diagnozę pielęgniarstwa jako określenie nadane przez pielęgniarki zjawiskom (problemom, statusowi, potrzebom, wytrzymałości), które spostrzega w stanie zdrowia pacjenta i które wymagają podjęcia interwencji. W modelu referencyjnym do tworzenia diagnoz pielęgniarstwa według ISO z wykorzystaniem katalogów ICNP® wskazywane są dwie główne osie, tj. Przedmiot i Ocena, które mogą być uszczegółowione w konkretnych sytuacjach o terminy z innych osi, np. Klient, Lokalizacja itp. [26, s. 25–35]. Wytyczne do tworzenia fraz opisujących interwencje pielęgniarstwa według standardu ISO określają, iż obowiązkowo należy wybrać termin z osi Działania oraz co najmniej jeden termin określający Cel/Przedmiot działania, pochodzący z dowolnej osi z wyłączeniem osi Osąd [27, s. 32]. Prospektywnie istnieją wskazania do tego, aby w praktyce zawodowej pielęgniarka miała możliwość korzystania z gotowych planów opieki, czemu służą aktualnie realizowane działania przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek w zakresie budowania gotowych specjalistycznych katalogów.

W roku 2015 w Polsce zostały opracowane *Materiały dydaktyczne. Planowanie opieki według międzynarodowego standardu ICNP®*, które rozwijają możliwości systemu na potrzeby praktyki pielęgniarstwa w ujęciu diagnozy pozytywnej, negatywnej, interwencji ICNP oraz wskaźników jakości wyników opieki pielęgniarstwa (C-HOBIC), a także udostępniają pełną listę terminów ujętych w systemie klasyfikacji ICNP w ujęciu alfabetycznym [61].

Analiza porównawcza możliwości opisu praktyki pielęgniarstwa z użyciem dostępnej terminologii w systemie ICNP i NANDA na wybranym przykładzie

Przedstawiona struktura obu klasyfikacji stanowi podstawę do dokonania krótkiej charakterystyki opisowej możliwości użytkowych powyższych taksonomii poprzez analizę podstawowych elementów tworzących system terminologii, tj. diagnoz pielęgniarstwa, interwencji oraz wyników opieki w zakresie ich spójności i odrębności. Weryfikacja użyteczności praktycznej powyższych systemów zostanie przeprowadzona na **przykładzie jednej wybranej diagnozy pielęgniarstwa** dostępnej w opublikowanym artykule Grabowska i wsp. [33], z analizą porównawczą zakresu interwencji i wyników opieki w obu systemach, jako dostępnych produktów terminologicznych możliwych do wykorzystania w praktyce pielęgniarstwa.

Dyskusja wyników analizy

Zaprezentowana terminologia opisu stanu pacjenta z cukrzycą w kontekście wybranej diagnozy pielęgniarstwa z użyciem taksonomii ICNP® i NANDA pozwala na wyodrębnienie kilku kwestii wartych przedyskutowania.

Pierwsza dotyczy zakresu treściowego diagnoz pielęgniarstwa w obu systemach, w którym widoczne są różnice w sposobie wyodrębnienia stanu pacjenta będącego przedmiotem rozpoznania pielęgniarstwa. Diagnoza pielęgniarstwa „hipoglikemia” sformułowana według wytycznych systemu ICNP zamyka w jednym określeniu zróżnicowane stany pacjenta związane z hipoglikemią, tj. zarówno utratę przytomności, jak i stan upośledzenia czynności poznawczych, który poprzedza utratę przytomności. Diagnozą przypisaną do stanu hipoglikemia w systemie NANDA jest „Ostre splątanie związane z niedoborem glukozy we krwi dopływającej do mózgu”, co ukierunkowuje uwagę odbiorcy na stan pacjenta, w którym w zależności od etapu rozwoju zaburzeń hipoglikemii docelowo dochodzi do utraty przytomności.

Druga kwestia dyskusji dotyczy zakresu definicyjnego proponowanych diagnoz i idącej za tym ich interoperacyjności w stosunku do uniwersalnej nomenklatury medycznej. Określenie pojęcia hipoglikemia w terminologii ICNP® jako „zachwianie równowagi elektrolitowej lub gospodarki płynami” według [27, s. 77] oraz w wersji zrewidowanej z roku 2015 „10027513 F hipoglikemia – zaburzony proces układu regulacyjnego” [61, s. 21] jest opisem nadal niepełnym w stosunku do definicji, jaką znajdujemy w ujednoliconym systemie terminologii medycznej (The Unified Medical Language System – UMLS) [16]. Hipoglikemia według słownika terminów medycznych to: „Syndrom nienormalnie niskiego poziomu glikemii. Hipoglikemia kliniczna ma różne etiologie. Ciężka hipoglikemia może doprowadzić do pozbawienia ośrodkowego układu nerwowego dowozu glukozy, w wyniku głodu organizmu rozwijają się: pocenie; parestezje; zaburzenia funkcji umysłowych; napady padaczkowe; śpiączka; a nawet śmierć” [56]. Przedstawiona definicja „Ostrego stanu splątania” w systemie NANDA wpisuje się w zakres semantyczny pojęcia hipoglikemia, stąd jej interoperacyjność w stosunku do ujednoliconego słownika terminów medycznych jest poprawnie odczytywana w elektronicznej wymianie informacji między systemami.

Trzecia kwestia dotyczy dostępności w obu systemach opisu **czynników związanych ze stanem** będącym przedmiotem diagnozy pielęgniarstwa i **czynników ryzyka** jako wsparcia pielęgniarki w podejmowaniu decyzji prawidłowego rozpoznania rzeczywistego stanu pacjenta (zob. **Tabela I**: Zakres opisu praktyki pielęgniarstwa/Czynniki powiązane ze stanem/Czynniki ryzyka). System ICNP nie przedstawia takich opisów w swojej ofercie klasyfikowania pojęć na potrzeby praktyki pielęgniarstwa. System NANDA szczegółowo je określa, a przez to stwarza szansę rozwoju pełnej autonomii diagnozowania stanu pacjenta i ewaluacji zmian w indywidualnym planie opieki pacjenta. Powyższa kwestia różnicuje zatem oba systemy ze względu na poziom rzetelności odniesienia diagnozy pielęgniarstwa do realnego stanu pacjenta.

Punktem czwartym omawianych zagadnień staje się oferta zakresu interwencji swoistych dla danego stanu pacjenta. System klasyfikacji działań według ICNP umożliwia w ogólnym ujęciu zaplanowanie przez pielęgniarkę interwencji, których autorem musi stać się

Tabela 1. Terminologia opisu praktyki pielęgniarstwa na przykładzie pacjenta z cukrzycą w zakresie wybranej diagnozy pielęgniarstwa sformułowanej w sposób tradycyjny (Zaburzenia świadomości spowodowane hipoglikemią*) z wykorzystaniem systemu klasyfikacji ICNP® i NANDA

Diagnoza pielęgniarstwa (tradycyjny sposób formułowania): Zaburzenia świadomości spowodowane hipoglikemią	
Zakres opisu praktyki pielęgniarstwa	Terminologia według systemu klasyfikacji ICNP®
<p>1. Diagnoza pielęgniarstwa</p> <p>Hipoglikemia [10027566] (przedmiot)¹ ocena (brak)² ¹diagnoza zaproponowana w opracowaniu Grabowska i wsp. [33, s. 38] ²w sformułowaniu diagnozy brakuje terminu z osi: ocena</p> <p>Propozycja weryfikacji zapisu diagnozy³: Utrata przytomności [10007508] lub senność [10018512] (przedmiot) stan rzeczywisty [10000420] (ocena) hipoglikemia [10027566] ³według autora pracy (B. Ślusarska)</p> <p>Wykaz innych diagnoz pielęgniarstwa zaproponowany w opracowaniu [33, s. 38–40]:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hiperglikemia [10027550] • odwodnienie [10025808] • brak wiedzy o reżimie diety [10021939] lub • nieprzestrzeżenie reżimu diety [10022117] lub • zaburzona zdolność do radzenia sobie z reżimem diety [10022592] lub • konfliktowa postawa wobec reżimu diety [10024969] • ryzyko zaburzenia procesu obwodowego układu nerwowo-naczyniowego [10015228] 	<p>Terminologia według systemu klasyfikacji NANDA</p> <p>Ostre splątanie związane z niedoborem glukozy we krwi dopływającej do mózgu*</p> <p>*Diagnoza przypisana do stanu hipoglikemia według Ackley, Ladwig [49, s. 38]</p> <p>Wykaz innych diagnoz pielęgniarstwa przypisanych do stanu hipoglikemia [49, s. 38]:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ryzyko wahań poziomu glukozy we krwi • zaburzenia równowagi w odżywianiu: mniej, niż potrzebuje organizm r/t zaburzeniami równowagi pomiędzy poziomem glukozy a poziomem insuliny we krwi • nieefektywność w zachowaniu zdrowia r/t brakiem wiedzy na temat procesu chorobowego i samoopieki <p>Ostry stan splątania (majaczenie) – jest to zespół zaburzeń świadomości powstających na podłożu organicznym, o ostrym przebiegu, z globalnym upośledzeniem czynności poznawczych. Nagły początek odwracalnych zaburzeń świadomości, uwagi, czynności poznawczych i postępowania, który rozwija się w krótkim czasie [49, s. 585].</p> <p>Cukrzyca Nadużywanie alkoholu Zażywanie narkotyków Zaburzenia cyklu sen-czuwanie Wiek powyżej 60. r.ż. Polipragmatyzacja [49, s. 585]</p> <p>Wybrane:</p> <ul style="list-style-type: none"> • brak wiedzy pacjenta na temat leczenia cukrzycy • brak współpracy pacjenta w zakresie leczenia cukrzycy • niestosowanie zalecanej diety • nieprawidłowy sposób przyjmowania leków • brak akceptacji choroby [49, s. 206]
Definicja	Hipoglikemia – zachwianie równowagi elektrolitowej lub gospodarki płynami [27, s. 77]
Czynniki powiązane ze stanem	Brak
Czynniki ryzyka	Brak

<p>2. Wybrane interwencje</p>	<p>1. Monitorowanie oznak życia [10032113] (+ świadomość [10003083], tętno [10008833], rytm oddechowy [10016915], ciśnienie tętnicze [10003335] (z osi: przedmiot opieki), [33, s. 38–40]</p> <p>2. Monitorowanie glukozy we krwi [10032034] (+ urządzenie monitorujące [10012177] (z osi: środki, narzędzia), [33, s. 38–40]</p> <p>3. Administrowanie lekiem [10025444], [33, s. 38–40]</p> <p>4.</p> <p>5.</p> <p>6.</p> <p>7.</p> <p>8.</p> <p>9.</p> <p>Pełny wykaz interwencji w powyżej analizowanej diagnozie dostępny [33, s. 38].</p>	<p>Przykład czynności NIC w zakresie orientacji co do osoby, miejsca i czasu [49, s. 586]: Przeprowadź dokładną ocenę stanu psychicznego obejmującą następujące działania:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ocena wyglądu ogólnego, sposobu bycia i postawy • charakterystyka zachowania i poziom aktywności psychoruchowej • czynności poznawcze, poświadczone takimi cechami jak: poziom przytomności, orientacja (co do osoby, miejsca i czasu), procesy i treści myślenia • poziom koncentracji uwagi (EBM: Cole et al., 2006) <p>Przykład czynności NIC w zakresie monitorowania poziomu glukozy oraz dostarczania cukrów prostych [49, s. 206–207]:</p> <ul style="list-style-type: none"> • kontroluj poziom glikemii co 4–6 godzin u pacjentów ze statusem „nie doustnie” lub którzy są odżywiani w sposób ciągły (ADA, 2009) • ocena poziomu hemoglobiny A1c, który pozwoli na uzyskanie informacji na temat kontroli glukozy w ciągu 2–3 miesięcy poprzedzających badanie (ADA, 2009) • zgodnie z protokołem obowiązującym w danym ośrodku podaj dożylnie 50% dekstrozę lub glukagon domięśniowo (jeśli pacjent nie może przyjmować węglowodanów drogą doustną) (EBM: Tomky, 2005) <p>Pełny wykaz interwencji w powyżej analizowanej diagnozie dostępny [49, s. 206–209, 585–588].</p>
<p>3. Wyniki opieki</p>	<p>Prawidłowy poziom glukozy we krwi [10033685] [33, s. 40]</p>	<p>Wyniki stanu pacjenta [49, s. 206–207]:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wykaże powrót czynności poznawczych do poziomu przed zaburzeniami • będzie zorientowany co do miejsca, czasu i przestrzeni • utrzyma zdolności funkcjonowania • będzie utrzymywał poziom glukozy oznaczony na czczo na poziomie 70–130 mg/dl (ADA, 2009) • będzie się konsultował z lekarzem pierwszego kontaktu, by ustalić dostosowane do jego potrzeb cele terapeutyczne • będzie utrzymywał poziom hemoglobiny A1c na poziomie < 7% (norma, 4–6%) (ADA, 2009)

* Opracowanie autorskie na podstawie Grabowska H., Grabowski W., Gaworska-Krzemińska A., *Mapowanie fraz opisujących diagnozy i interwencje pielęgniarstwa w opiece nad chorym z cukrzycą z wykorzystaniem ICNP®*, „Pielęg. XXI wieku” 2014; 3 (48): 37–41 [33].

Źródło: Opracowanie własne.

sama pielęgniarka. Tworzony w ten sposób plan opieki zawiera działania opierające się na wiedzy i doświadczeniu pielęgniarki i nie uwzględnia najczęściej dowodów naukowych lub wytycznych praktyki klinicznej w danym stanie pacjenta. Klasyfikacja interwencji pielęgniarstwa (NIC) proponuje pełną ofertę szczegółowych interwencji poklasyfikowanych w pewne grupy i klasy działań, np. w analizowanym przykładzie: „w zakresie orientacji co do osoby, miejsca i czasu” czy „w zakresie monitorowania poziomu glukozy oraz dostarczania cukrów prostych”. Ponadto zawiera działania, których skuteczność była potwierdzona w przeprowadzonych badaniach naukowych obejmujących pacjentów w wybranym stanie (w analizowanym przypadku w grupie pacjentów z cukrzycą będących w stanie hipoglikemii). Lista interwencji jest pełna i czytelna dla pielęgniarki, która może z niej korzystać jak z przewodnika, przenosząc ją do praktyki.

Ostatni zakres porównania dotyczy możliwości opisu praktyki pielęgniarstwa w obu systemach w zakresie wyników opieki. Proponowane określanie wyniku opieki w klasyfikacji ICNP® na wybranym przykładzie „Prawidłowy poziom glukozy we krwi” jest ponownie zbyt ogólną propozycją bez wyodrębnienia elementów składowych. Pełny zakres wyników opieki został zaproponowany do wyboru przez pielęgniarkę w systemie NANDA.

Podsumowując, należy stwierdzić, że istnieją znaczące różnice w terminologii opisu praktyki pielęgniarstwa w obu systemach. Bardziej dojrzałą, przemyślaną i gotową do stosowania w praktyce propozycją jest klasyfikacja NANDA, która stanowi także wartość edukacyjną dla polskich pielęgniarek, pragnących rozwijać swój profesjonalizm.

Uniwersalność wybranych systemów klasyfikacyjnych w pielęgniarstwie w układzie ich interoperacyjności semantycznej do systemu UMLS

Od 1986 roku UMLS służy jako kompendium wiedzy wielu słowników kontrolowanych w zakresie nauk biomedycznych oraz społeczności informatycznych. System UMLS zapewnia strukturę mapowania wśród słowników, tj. pozwala integrować dane i metody w jednym systemie wspomagającym wieloaspektową analizę porównawczą w procesie decyzyjnym, tworząc wspólny słownik terminologii (metatezaurus danych). Jest to możliwe dzięki ontologii. Ontologie klasyfikują wszystkie sfery odpowiadające konkretnym pojęciom, dostarczają kompletnego opisu zjawisk oraz dowodów wymaganych do wykazania prawidłowości twierdzeń. Ontologie definiują pojęcia i relacje między nimi. Dzięki ontologiom możliwa jest komunikacja bez konieczności operowania wspólną bazą wiedzy oraz wcześniej zdefiniowanymi słownikami. Umożliwiają także efektywny dostęp do informacji zawartych w wielu odrębnych repozytoriach, przez co integrują dane, funkcjonalności, platformy, dziedziny, itp. Integracja heterogenicznych źródeł danych oparta na ontologiach jest procesem dwuetapowym. Na etapie pierwszym każde integrowane źródło danych jest

odwzorowywane w tzw. ontologię cząstkową, a na etapie drugim następuje integracja wielu ontologii cząstkowych w jedną ontologię, tzw. ontologię globalną [57].

Podstawę UMLS stanowi metatezaurus jako źródło wiedzy tworzonej przez pojęcia, a każde pojęcie ma określone atrybuty określające jego znaczenie i wiąże się z odpowiednimi nazwami koncepcyjnymi w różnych słownikach źródłowych. Aktualnie metatezaurus zawiera ponad dwa miliony pojęć złożonych z ponad 130 słowników źródłowych, takich jak: ICD-9, ICD-10, ICF, SNOMED CT, MeSH, DSM-IV, WHO Adverse Drug Reaction Terminology, UK Clinical Terms, LOINC, CCC, NANDA-I oraz ICNP [58]. Zestawy automatycznych i półautomatycznych technik są wykorzystywane do integracji słownictwa źródłowego w systemie ujednoczonej terminologii UMLS, z równoległym przeglądem dokonywanym przez ludzi. W tym procesie integracji każda jednostka koncepcyjna jest przypisana do pojęcia unikatowym identyfikatorem (CUI). Jeśli pojęcie ze słownika źródłowego istnieje w innym słownictwie źródłowym, terminy o tym samym znaczeniu uważa się za identyczne i zostają one przypisane do tej samej CUI. Na przykład pojęcie *acute pain* (ostry ból) pojawia się w wielu terminologiach i jest związane z tym samym CUI (C0184567) w ramach UMLS; podobnie jest z pojęciem *przewlekłego bólu* (C0150055) [59].

W badaniach nad interoperacyjnością semantyczną wybranych systemów klasyfikacyjnych w pielęgniarstwie w dopasowaniu do systemu UMLS dokonano **mapowania krzyżowego** pomiędzy systemami CCC a ICNP, NANDA-I i ICNP, CCC i SNOMED CT, NANDA-I i SNOMED CT oraz ICNP i SNOMED CT. Uzyskane dane stały się źródłem do oceny w systemie UMLS semantycznych krzyżowych odwzorowań między wybranymi koncepcjami diagnostycznymi w opiece pielęgniarstwa. W badaniach Kim i wsp. [60] przeanalizowano łącznie 857 pojęć pochodzących z różnych systemów, w tym z systemu CCC włączono 182 pojęcia, z systemu NANDA-I 167 pojęć, z klasyfikacji ICNP 239 pojęć oraz z SNOMED CT 269 pojęć. Wybrane wyniki mapowania semantycznego powyższych pojęć w tych systemach prezentuje **Tabela II**.

Uzyskane wyniki badań Kim i wsp. [60] wskazują, że poziom zgodności dokonany przez unikatowe identyfikatory (CUI-s) w systemie UMLS i oceny dokonane przez ekspertów ludzi w zakresie mapowania CCC i NANDA-I był wysoki, wahał się bowiem od 89 do 98%. Można zatem uznać UMLS za wiarygodne źródło wiedzy z perspektywy domen terminologii pielęgniarstwa CCC i NANDA-I. Jednak tylko 28% pojęć z systemu ICNP zostało zmapowanych do SNOMED CT w UMLS przez CUI-s, co było znacząco różne od odwzorowania dokonane przez ekspertów ludzi, stanowiły one bowiem aż 93% dopasowania między dwoma systemami w podgrupie stosowanej w tym badaniu. Nie jest zatem jasne, dlaczego poziom zgodności w analizie dopasowania pojęć przez CUI-s pomiędzy UMLS w porównaniu z odwzorowaniami ekspertów ludzi jest tak niski (około 30%) w odniesieniu do terminologii ICNP. W celu zapoznania się ze szczegółowymi wynikami

Tabela II. Odzworowanie semantyczne pielęgniarstkich pojęć diagnostycznych do systemu SNOMED CT

Źródło terminologii	Ilość badanych pojęć	Krzyżowe odzworowywanie przez ekspertów (%)	Krzyżowe odzworowywanie przez CUI-s w UMLS (%)	Zgodność mapowania semantycznego w UMLS
CCC i SNOMED CT	182	182 (100,0)	162 (89,0)	89%
NANDA-I i SNO-MED CT	167	167 (100,0)	163 (97,6)	98%
ICNP i SNOMED CT	239	222 (92,8)	66 (27,6)	30%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Kim T.Y., Coenen A., Hardiker N., *Semantic mappings and locality of nursing diagnostic concepts in UMLS*, „J. Biomed. Inform.” 2012; 45(1): 93–100. doi:10.1016/j.jbi.2011.09.00 [60].

tego ciekawego badania autorka odsyła do pełnego opracowania Kim i wsp. [60].

Wnioski

Ujednoczenie terminologii pielęgniarstwa polskiego w zakresie głównych domen działalności praktycznej, tj. diagnoz pielęgniarstkich, interwencji i wyników opieki, jest koniecznym determinantem autonomicznego rozwoju. Przeprowadzona w pracy krótka analiza porównawcza systemów ICNP i NANDA jako alternatywnych klasyfikacji porządkujących terminologię pielęgniarstwą na potrzeby rynku polskiego wskazuje na wyższą wartość użytkową i edukacyjną systemu taksonomii NANDA. Niewątpliwie jest jednak to, że na arenie międzynarodowej aktualnie trwają intensywne prace nad unifikacją terminologii pielęgniarstkiej pomiędzy różnymi systemami klasyfikacyjnymi, co w perspektywie czasowej może dać szansę na wyrównanie widocznych i ukazanych w powyższej pracy deficytów w terminologii tworzącej system ICNP.

Piśmiennictwo

- Hwang J., Cimino J., Bakken S., *Integrating nursing diagnostic concepts into the medical entities dictionary using the ISO Reference Terminology Model for Nursing Diagnosis*, „J. Am. Med. Inform. Assoc.” 2003; 10 (4): 382–388.
- Hardiker N.R., *Developing Standardized Terminologies to Support Nursing Practice*, w: McGonigle D., Mastrian K. (red.), *Nursing Informatics and the Foundation of Knowledge*, 2nd ed., Jones and Bartlett Publishers LLC, Boston, USA, 2011: 111–120.
- Gordon M., *Nursing nomenclature and classification system development*, „J. Issues Nurs.” 1998; 3 (2), <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol31998/No2Sept1998/NomenclatureandClassification.aspx>; dostęp: 22.02.2011.
- Rutherford M., *Standardized nursing language: what does it mean for nursing practice?* „J. Issues Nurs.” 2008; 13 (1), <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/>
- vol132008/No1Jan08/ArticlePreviousTopic/Standardized-NursingLanguage.aspx; dostęp: 15.02.2011.
- Santos S.R., *Computers in nursing: development of free software application with care and management*, „Rev. Esc. Enferm. USP” 2010; 44 (2): 295–301, http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/en_08.pdf; dostęp: 5.04.2011.
- Müller-Staub M., Lavin M.A., Needham I., van Achterberg T., *Meeting the criteria of a nursing diagnosis classification: evaluation of ICNP, ICF, NANDA and ZEPF*, „Int. J. Nurs. Stud.” 2007; 44 (5): 702–713.
- American Nurses Association (ANA), *ANA Recognized Terminologies and Data Elements Sets*, 2012, <http://www.nursingworld.org/npii/terminologies.htm>; dostęp: 23.09.2015.
- Udina M.J., Samartino M.G., Calvo C.M., *Mapping the diagnosis axis of an interface terminology to the NANDA International Taxonomy*, „Int. Sch. Res. Network” ISRN Nursing, 2012, Article ID 676905: 6, doi:10.5402/2012/676905.
- Hogston R., *Nursing diagnosis and classification systems: a position paper*, „J. Adv. Nurs.” 1997; 26 (3): 496–500.
- Bakken S., Cashen M.S., Mendonca E.A., O'Brien A., Zieniewicz J., *Representing nursing activities within a concept-oriented terminological system: Evaluation of a type definition*, „J. Am. Med. Inform. Assoc.” 2000; 7 (1): 81–90.
- Spitzer A., *Moving into the information era: Does the current nursing paradigm still hold?* „J. Adv. Nurs.” 1998; 28 (4): 786–793.
- Mason G.M.C., Attree M., *The relationship between research and the nursing process in clinical practice*, „J. Adv. Nurs.” 1997; 26 (5): 1045–1049.
- Jabnoun N., Sahraoui S., *Enabling a TQM structure through information technology*, „Competitiv. Rev” 2004; 14 (1–2): 72–81.
- Kisilowska M., *Systemy informacyjne w ochronie zdrowia – zarys problemu*, w: Kilańska D. (red.), *Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej ICNP® w praktyce pielęgniarstkiej*, PZWL, Warszawa 2014: 1–18.
- Cybulka J., *OWL – język definiowania ontologii w semantycznej sieci WWW*, „ProDialog” 2004; 18: 71–82.
- UMLS® – *Unified Medical Language System® Systemized Nomenclature of Medicine Clinical Terms® (SNOMED CT)*, http://www.nlm.nih.gov/research/umls/Snomed/snomed_main.html CT®; dostęp: 25.08.2015.
- Benson T., *Principles of Health Interoperability. HL7 and SNOMED*. Springer, London 2012.

18. Chojnacki M., Gastecka A., *Informatyzacja opieki zdrowotnej w Polsce jako kierunek poprawy efektywności kosztowej systemu*. „PES” 2014; 1: 179–192, <http://dx.medra.org/10.14595/PIES/01/014>; dostęp: 29.03.2015.
19. Chluski A., *Elektroniczny Rekord Pacjenta*, „Roczniki KAE” 2013; 29: 523–537.
20. *International Classification for Nursing Practice (ICNP®)*, <http://www.icn.ch/what-we-do/international-classification-for-nursing-practice-icnpr/>; dostęp: 20.08.2015.
21. *NANDA International 2015 (NANDA-I)*, <http://www.nanda.org/>; dostęp: 20.08.2015.
22. *Nursing Interventions' Classification (NIC)*, <http://www.nursing.uiowa.edu/cnce/nursing-interventions-classification-overview>; dostęp: 20.08.2015.
23. *Nursing Outcomes' Classification (NOC)*, <http://www.nursing.uiowa.edu/cnce/nursing-outcomes-classification-overview>; dostęp: 20.08.2015.
24. *Clinical Care Classification (CCC)*, <http://www.sabacare.com/>; dostęp: 20.08.2015.
25. *Omaha System*, <http://omahasystemmn.org/data.php>; dostęp: 20.08.2015.
26. Kilańska D., Grabowska H., *Rozwój ICNP w Polsce*, w: Kilańska D. (red.), *Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej ICNP® w praktyce pielęgniarskiej*, PZWL, Warszawa 2014: 53–55.
27. *ICNP® Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej wersja 1.0*. Oficjalne tłumaczenie PTP, MakMed, Warszawa–Lublin 2009.
28. Kilańska D. (red.), *Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej ICNP® w praktyce pielęgniarskiej*, PZWL, Warszawa 2014.
29. Kisilowska M., *Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej – narzędzie zarządzania wiedzą w opiece zdrowotnej*, „EBiB” 2005; 8: 69, <http://www.ebib.pl/2005/69/kisilowska.php>; dostęp: 18.09.2015.
30. Kilańska D., *Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej. Historia powstania*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” 2007; 4: 5, http://www.nursing.com.pl/ArchiwumMagazynuPiP_Międzynarodowa_Klasyfikacja_Praktyki_Pielęgniarskiej_Historia_powstania_61.html; 10.08.2009; dostęp: 18.09.2015.
31. Kilańska D., *Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®) – aktualny stan na świecie i etap prac przygotowawczych do wdrożenia w Polsce*, „Probl. Piel.” 2009; 17 (3): 235–245.
32. Zarzycka D., Górajek-Jóźwik J., *ICNP® w skali Polski*, www.pzwl.pl/pdf.php?kid=632; 10.08.2009; dostęp: 20.09.2015.
33. Grabowska H., Grabowski W., Gaworska-Krzemińska A., *Mapowanie fraz opisujących diagnozy i interwencje pielęgniarskie w opiece nad chorym z cukrzycą z wykorzystaniem ICNP®*, „Pielęg. XXI wieku” 2014; 3 (48): 37–41.
34. Babska K., *Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej – ICNP® – przyszłość polskiego pielęgniarstwa nefrologicznego*, „Forum Nefrol.” 2015; 1: 49–54.
35. Habel A., Cierzniańska K., Grabowska H., Książek J., Leyk M., Kozłowska E., *Propozycja realizacji diagnoz pielęgniarskich z wykorzystaniem Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej u chorego operowanego z powodu przepukliny pachwinowej*, „Pielęg. Chir. Angiol.” 2011; 4: 187–202.
36. Ikwanty K., Dobrowolska B., *Wykorzystanie Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®) w diagnozowaniu pacjenta Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej*, „Pielęg. XXI wieku” 2012; 1 (38): 67–71.
37. Kozłowska E., Cierzniańska K., Szewczyk M.T., *Wybrane diagnozy i działania pielęgniarskie u chorych z oparzeniem termicznym*, „Pielęg. Chir. Angiol.” 2013; 1: 28–35.
38. Grabowska H., Grabowski W., *Zakres interwencji pielęgniarskich w opiece nad chorym w okresie okołoperacyjnym z wykorzystaniem Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej*, „Probl. Piel.” 2014; 22 (3): 385–389.
39. Kilańska D., Staszewska M., Urbanek N., Andrzejak A., Purgał J., *Planowanie opieki według międzynarodowego standardu ICNP® w Podstawowej Opiece Zdrowotnej – studium przypadku*, „Probl. Piel.” 2014; 4 (22): 539–545.
40. Kilańska D., Staszewska M., Urbanek N., Andrzejak A., Purgał J., *Planowanie opieki według międzynarodowego standardu ICNP® w Podstawowej Opiece Zdrowotnej – studium przypadku jednostki i rodziny. Część II*, „Probl. Piel.” 2014; 4 (22): 546–552.
41. Grabowska H., *Mapowanie pojęć ICNP® w procesie pielęgnowania pacjentów z przewlekłą niewydolnością serca. Część I – problemy somatyczne chorego*, „Probl. Piel.” 2015; 23 (1): 104–109.
42. Grabowska H., Grabowski W., Gaworska-Krzemińska A., *Wykorzystanie ICNP® w opiece pielęgniarskiej nad pacjentem z nadciśnieniem tętniczym*, „Probl. Piel.” 2015; 22 (1): 107–112.
43. Głowacka M., Kalinowska A., *Kształtowanie pielęgniarskich umiejętności zawodowych z wykorzystaniem metody procesu pielęgnowania oraz diagnoz i interwencji pielęgniarskich według ICNP zorientowanych na pacjentkę ze stwardnieniem rozsianym*, „PNN” 2015; 4 (2): 76–84.
44. Kilańska D., Niemiec L., Brosowska B., *Studium przypadku dziecka z ostrą białaczką limfoblastyczną w czasie chemioterapii. Część I – zastosowanie ICNP®*, „Probl. Piel.” 2015; 1 (23): 81–86.
45. Kilańska D., Brosowska B., Niemiec L., *Studium przypadku dziecka z ostrą białaczką limfoblastyczną w czasie chemioterapii. Część II – zastosowanie ICNP®*, „Probl. Piel.” 2015; 1 (23): 87–93.
46. Kilańska D. (red.), *Opieka nad chorymi terminalnie. Towarzystwo w godnym umieraniu. Katalog ICNP®*, Wyd. PTP, Warszawa 2009.
47. Kilańska D. (red.), *Współpraca z pacjentami i ich rodzinami w trosce o przestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Katalog ICNP®*, Wyd. PTP, Lublin 2010.
48. Kilańska D. (red.), *Pielęgniarstwo środowiskowe. Katalog ICNP®*, Wyd. PTP, Łódź 2014.
49. Ackley B.J., Ladwig G.B. (red.), *Podręcznik diagnoz pielęgniarskich. Przewodnik planowania opieki opartej na dowodach naukowych*, Zarzycka D., Ślusarska B. (red. nauk. wyd. polskiego), Wyd. Media House Sp. z oo., Warszawa 2011.
50. Charzyńska-Guła M., Domżał-Drzewicka R., Ślusarska B., *Forum Dyskusyjne Pielęgniarstwa w Lublinie*, „Alma Mater” 2014; 24 (2/3): 82–85.

51. Ślusarska B., Fijałkowska B., Zarzycka D., Zboina B., *Diagnozowanie dla potrzeb opieki pielęgniarzkiej stanu bólu ostrego przy użyciu systemu klasyfikacji diagnoz North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) w grupie pacjentów po zabiegu wszczępienia endoprotezy stawu biodrowego*, „Pielęg. Chir. Angiol.” 2014; 8 (4): 163–169.
52. Majda A., Kózka M., *Diagnoza pielęgniarzka w koncepcji NANDA*, „Pielęgniarki i Położne. Pismo Małopolskiej OI-PiP” 2015; 15: 13–17.
53. NANDA International, *Nursing Diagnoses – Definitions and Classification 2015–2017*, Wiley-Blackwell, Mountain, WI, 2014.
54. Ziegman M., Wójcik G., *Klasyfikacja działań pielęgniarzskich*, http://www.igichp.edu.pl/Marek/Klaspoz/Klasyfikacja_analiza.htm; dostęp: 15.07.2015.
55. Kisiłowska M., *Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej – narzędzie zarządzania wiedzą w opiece zdrowotnej*, „Biuletyn EBIB” 2005; 8: 69, <http://ebib.oss.wroc.pl/2005/69/kisilowska.php>; dostęp: 18.07.2015.
56. *MeSH (Medical Subject Headings)*, 2015, <http://sloownik.mesh.pl/index.php?go=inf>; dostęp: 18.07.2015.
57. Dudek T., *Integracja metod i danych w otwartym systemie wieloaspektowej analizy porównawczej*, „MIBE” 2010; XI (2): 120–129.
58. National Library of Medicine, *UMLS Source Release Documentation*, 2015, <http://www.nlm.nih.gov/research/umls/sourcereleasedocs/>; dostęp: 20.08.2015.
59. McCray A.T., Bodenreider O., *A Conceptual Framework for the Biomedical Domain*, w: Green R., Bean C.A., Myaeng S.H. (red.), *The Semantics of Relationships: An Interdisciplinary Perspective*, Kluwer Academic Publishers, Boston 2002: 181–198.
60. Kim T.Y., Coenen A., Hardiker N., *Semantic mappings and locality of nursing diagnostic concepts in UMLS*, „J. Biomed. Inform.” 2012; 45 (1): 93–100.
61. Kilańska D., *Materiały dydaktyczne. Planowanie opieki według międzynarodowego standardu ICNP®*, ACBIR ICNP® UM w Łodzi, <http://www.umed.pl/pl/index1.php?dir=icnp&mn=tresc-icnp&txt=3245>; dostęp: 25.08.2015.

Public Health Nurses Building Resilient Health and Social Ecosystems in the EU

Paul De Raeve¹, Dorota Kilańska²

¹R.N., M.Sc., Ph.D., Secretary General of European Federation of Nurses Associations (EFN), efn@efn.be; ²R.N., M.Sc., Ph.D., Medical University of Lodz and Director of European Nursing Research Foundation (ENRF), dorota.kilanska@umed.lodz.pl

Address for correspondence: Dr Paul De Raeve, European Federation of Nurses Associations, efn@efn.be, www.efnweb.eu

Abstract

Nurses are the largest professional group in the health sector, mainly being frontline, 24 hours/7 days in a roll, 365 days a year. Nurses are frontline to coordinate care and empower patients and citizens. The present paper is intended at guiding decisions about how public health services can be usefully deployed in the introduction and development of advanced roles for nurses. Advanced roles are seen as the way forward in order to improve access to care and patient outcomes, contain provider related costs and improve recruitment and retention rates through enhanced career prospects. In Poland many nurses developed their skills to deliver high quality of care using the autonomy and independent practice in Primary Health Care. Introducing Advanced Practice Nursing role poses a challenge which is new in Polish health system and it is recommended by nursing authorities such as Polish Nurses Association.

Key words: advanced practice nursing, public health, professional competence, policy, professional autonomy

Słowa kluczowe: pielęgniarstwo zaawansowanej praktyki, zdrowie publiczne, kompetencje zawodowe, polityka, autonomia zawodowa



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

Przygotowanie i edycja anglojęzycznych wersji publikacji finansowane w ramach umowy 914/P-DUN/2016 ze środków Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego przeznaczonych na działalność upowszechniającą naukę.

European Federation of Nursing Association (EFN) is the authoritative political voice of the nursing profession in the European Union (EU) representing 3 million nurses at the European Institutions, advocating the advancement of nursing to the betterment of health and social care ecosystem – both in terms of recognition of qualifications (Directive 2013/55/EU) [1] and scope of practice. This organization participates in being a sustained priority, culminating in the development of the EFN Workforce Matrix, EFN Competency Framework underpinning article 31 of Directive 55 and the design, together with key alliances, of EU guidelines on Advanced Practice, Prevention and e-Prescribing. These innovations are part of the European Commission Growth Strategy. The outcomes delivered in Poland since EU accession (2004), show the progress nurses made for the society.

Advanced practice is a new way of delivering cost-effective care, which also increases patient access to

experienced healthcare practitioners. For the EFN, an advanced nurse practitioner is authorized for practice at an advanced level of nursing and healthcare delivery, including public health and prevention. Across the developed world, the EFN observes rapid developments of advanced roles for nurses in response to the population's increase and changing healthcare needs that need addressing within restricted budgets [2]. Advanced roles are a way to improve access to care, contain provider related costs and improve nurse recruitment and retention rates through enhanced career prospects [3]. There are also clear patient benefits, since high-quality health and social care relies on a highly educated, dedicated and skilled workforce. Specifically, the promotion of advanced roles for nurses can boost quality, safety and cost-effectiveness of the healthcare delivered [4]. These roles have made an enormous difference for the governance and management of the health and social care ecosystem,

and shown to improve efficiency, enhance patient care and improve patient outcomes; contributing ultimately to the sustainability of the health and social care ecosystem. For example, nurse prescribing is an evolving area of advanced professional development intended to enhance professional capacity and development of new skills that lead to services that are more patient-focused and produce better outcomes.

It is in this context that the Directive, article 31 on nurse competencies in particular, is key to an organized and collective strengthening of the nursing workforce, which has been shown to improve outcomes [5]. With a view to ensuring clear and consistent developments in this area, the EFN members led the development of the EFN Matrix which sets the scene for discussions on the three categories of nursing care, clarifying definitions, competencies and qualifications between the: general care nurse; specialist nurse; and the advanced practice nurse. Knowledge of public health is one of the transversal skills that all nurses are expected to have, next to the importance of eSkills.

Consistent translation of educational requirements described in the Directive is crucial in leveling out variances in quality and safety of healthcare in the EU. To this effect the EFN Competency Framework was developed in collaboration with leading experts in education. It analyses the key nursing competencies expected out of a EU nurse and translates them in a user-friendly guide complete with descriptors for what is to be achieved, the necessary education to be covered in the curricula, and a list of potential learning outcomes that would prove the acquisition of such competences.

A parallel initiative involved the development of Guidelines for Advanced Practice Roles, fully appreciates that changes in education must be accompanied by changes in practice, organization and policy. This guidelines offer an evidence-based pathway to the deployment of eHealth services for the introduction and development of advanced roles. It identifies the key steps to be taken and main issues to be considered. Importantly, it highlights the main context and process factors that are likely to act as barriers and facilitators to the process. The Guideline on Nurse Prescribing is as such a good example of an advanced practice, especially when it comes to combating AMR. The innovation needs to respond to societal challenges confronted with [6].

It is within this context that the Guideline on Prevention plays a crucial role in Public Health. Public health nurses are key within the modernization of the European health and social ecosystems in which community care will get the top location. According to the WHO Public Health “refers to all organized measures (whether public or private) to prevent disease, promote health, and prolong life among the population as a whole. Its activities aim to provide conditions in which people can be healthy and focus on entire populations, not on individual patients or diseases. Thus, public health is concerned with the total system and not only the eradication of a particular disease” [7].

It is important highlighting the general character of public health in which close interprofessional cooperation and collaboration is needed. For the promotion of public health the entirety of the health and social care workforce needs to work together and be able to understand the strengths and limits of each separate profession that is active in the ecosystem. Nurses, physicians, pharmacists, physiotherapists, social workers all contribute in their own different way and with their own different expertise to educating and coaching the public towards healthier life and well-being. However, somebody needs to lead, to manage, to make sure continuity of care is at the centre of integrated care, 24 on 24 hours, 7 on 7 days, 365 days/year [8].

The Polish case can illustrate how nurses with appropriate qualifications are needed for the design of an integrated health and social care ecosystem, in which better promotion of public health is a key milestone. Between 2005 and 2015, over 40.000 nurses in Poland upgraded their level of education, using European Funds (about 170.000.000 PLN), and developed advanced skills to provide care in collaboration with other healthcare professionals such as physicians, and independently as nursing professionals. In the area of Public Health, nurses work independently in many places, and as such comply with art 31 of the European Directive 55. On average each Family Nurse delivers services to 2750 clients in various settings while each public health school nurse takes care of 880 students/pupils.

During last 15 years the budget of MoH spent on developing nurses' skills using CPD reached above 80 million PLN. In Poland there are nurses with high qualifications but without competencies to work with/ in the “Health Team” as an autonomous partner. Since 1999 Poland has been experiencing continuous changes in health care, and today it is time to use nurses' competencies to develop public health policy. Advancing nurses' role in Poland is therefore key to develop cost-effective and high quality services in the entire health and social ecosystem, including the public health sector. Advanced Nurse Practitioners in primary care settings provide care equivalent to that provided by physicians in these settings, which influenced positively the patient satisfaction and empowerment.

Another example are the school nurses, promoters of actions in favor of health protection and promotion, spokespeople for health issues of all the pupils, especially those who are ill and disabled. The school nurse is a coordinator of actions undertaken in favor of pupils' health. The nurse, in the fulfillment of tasks, cooperates with members of the interdisciplinary team. These nurses' independent interventions have taken place for about eighteen years now (this refers to the period of individual contracts with the National Health Fund) and provided the evidence it works well. A school nurse' works autonomously, makes all the decisions independently without any support from physicians, taking full responsibility for nursing care plan, and maintaining health of young people and sometimes fulfilling mothers' role in the new environment.

Over the years we have been observing an increase in the number of school children with health problems. The number of injuries has increased significantly. We have noted an increasing number of posture defects, sight defects, bronchial asthma, and children with child cerebral palsy, diabetes, epilepsy, behavior disorders, ADHD and pupils who overdose pain killers and have contact with drugs. That is why the continuous updating of the nurses' knowledge and upgrading professional qualifications is so important [9].

To conclude, the nursing profession can and will contribute to the EU Growth Agenda and making innovation the solution for the societal challenges we are all confronted with. Governments and policy-makers need to embrace these innovations to build resilient ecosystems for the health and social care sector. Nurses' autonomy, as set out in Directive 55, is the cornerstone for moving towards resilient systems, empowering women to lead change. The EFN sees these developments as pressing, given the increasing and changing health and social needs of EU citizens that demand better ways of organizing and delivering health and social care. Within a context of tighter health and social budgets and rising demands for high-quality and safe care, advanced roles for nurses are the key to making best use of resources and improving outcomes.

References

1. Directive 2013/55/EU of the European Parliament and of the Council, <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32013L0055&from=EN>; accessed: 20.11.2015.
2. DiCenso A., Bryant-Lukosius D., Bourgeault I. et al., *Clinical Nurse Specialists and Nurse Practitioners in Canada: A Decision Support Synthesis*, 2010, http://www.chsrf.ca/migrated/pdf/10-CHSRF-0362_Dicenso_EN_Final.pdf; accessed: 23.09.2015.
3. Buchan J., Temido M., Fronteira I., Lapao L., Dussault G., *Nurses in advanced roles: a review of acceptability in Portugal*, "Rev. Latino-Am. Enfermagem" 2013; 21(Spec): 38–46.
4. Delamair M., Lafortune G., *Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries*, OECD Health Working Paper 2010, No. 54, www.oecd.org/els/health/workingpapers; accessed: 04.08.2014.
5. Aiken L.H., Sloane D. M., Bruyneel L. et al., *Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study*, "Lancet" 2014; 383 (9931): 1824–1830.
6. ENS4Care, *Evidence Based Guidelines for Nursing and Social Care on eHealth Services. Guideline on Advance Practice Roles*, 2015, <http://www.ens4care.eu/wp-content/uploads/2015/12/Final-ENS4Care-Guideline-3-Advanced-Roles-pv.pdf>; accessed: 03.03.2016.
7. WHO, *Trade, Foreign Policy, Diplomacy and Health*, <http://www.who.int/trade/glossary/story076/en/>; accessed: 03.03.2016.
8. De Raeve P., Gomez S., Hughes P., Lyngholm T., Sipila M., Kilańska D. et al., *Enhancing the provision of health and social care in Europe through eHealth*, "International Nursing Review" 2016; Mar 11, doi: 10.1111/inr.12266; accessed: 15.04.2016
9. Zajac J., *Current Situation of School Medicine in Poland and Suggested Future Changes to Prevent and Solve the Present Problems*, District Chamber of Nurses and Midwives in Gdańsk, 2016, Report unpublished.

Determinanty satysfakcji zawodowej kadry pielęgniarskiej w Polsce

Danuta Kunecka

Katedra i Zakład Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Adres do korespondencji: Danuta Kunecka, Katedra i Zakład Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, ul. Żołnierska 48, 71-210 Szczecin, danuta.kunecka@pum.edu.pl

Abstract

Determinants of professional satisfaction of nursing staff in Poland

Introduction and aim of the study. Professional satisfaction is one of the most important elements determining the quality of life of every human being. Its level can be determined by a number of different factors. The aim of this study has been to identify the most important ones in relation to the nursing environment in Poland.

Material and methods. A study has been conducted with a method of diagnostic survey using a standardized questionnaire in a group of 1066 economically active Polish nurses.

Results. Results of track modeling in the studied group testify to the fact that among Polish nurses the greatest impact on the level of professional satisfaction have: the company's image, the atmosphere in the workplace and performed tasks. The level of remuneration does not have a direct impact on the job satisfaction in studied environment. Instead, it has a significant impact on displeasure perceived by nurses.

Conclusions. Due to the fact that the level of professional satisfaction in a group of Polish nurses is significantly affected by parts characterized as real motivators, in order to raise its level managers should primarily skillfully choose management style from among those that are based on the thesis that the employee is the most important asset for any, viable and functional organization.

Key words: job satisfaction, nurses, work, quality of life

Słowa kluczowe: satysfakcja zawodowa, pielęgniarki, praca, jakość życia

Wstęp

Zainteresowanie problematyką satysfakcji z pracy sięga lat 30. ubiegłego wieku [1] i ma swoje źródła we wczesnych koncepcjach *human relations*, koncentrujących się przede wszystkim na analizie czynników ją kształtujących [2]. Współcześnie z uwagi na to, że praca przestaje mieć już wartość instrumentalną, a staje się wartością autoteliczną, inne znaczenie nadaje się także badaniom nad problematyką satysfakcji z pracy [3]. Mimo upływu lat to temat cieszący się nadal dużym zainteresowaniem, który pomimo wielu prób usystematyzowania definicyjnego nadal pozostaje kategorią wielowątkową [4], przez to trudną do jednoznacznego określenia, również znaczenia pojęć podstawowych: „zadowolenie”

i „satysfakcja”, które dość często traktowane są – zarówno w powszechnym przekazie, jak i w literaturze przedmiotu – jako synonimy. Autorka opracowania proponuje ich rozgraniczanie z kilku powodów, tj. różnic powodowanych nieco innymi czynnikami je wywołującymi, odmiennych ich skutków oraz po prostu nieco różniących się ich znaczeń [5]. Ponadto podstaw teoretycznych do rozdzielenia obu pojęć dostarcza teoria motywacji według F. Herzberga [6], w której wymiary niezadowolenia i satysfakcji wyodrębniono na dwóch różnych kontinuumach, przyjmując, że jeżeli człowiek odczuwa zadowolenie, to nie jest to jednoznaczne z odczuwaniem przez niego satysfakcji [5]. Elementem różnicującym oba pojęcia jest również czas ich występowania – zadowolenie może być chwilowe, natomiast satysfakcja, rozumiana

jako „silne uczucie zadowolenia” [7], odczuwana jest zazwyczaj dopiero po długotrwałym okresie zadowolenia [8]. „Satysfakcję zawodową można więc określić jako wyższy poziom zadowolenia z pracy” [5]. „Satysfakcja zawodowa” to szersza kategoria nie tylko z perspektywy czasowej, ale posiadająca także zdecydowanie obszerniejszy kontekst zewnętrzny, wykraczający poza bezpośrednie środowisko organizacji [4]. Nie jest ona już jedynie skutkiem zaspokajania sfery materialnej pracowników, ale dotyczy również, a może przede wszystkim, kwestii zaspokajania ich potrzeb wyższego rzędu: przynależności, uznania (prestżu) czy samorealizacji [9]. Według M. Juchnowicz „satysfakcja zawodowa oznacza pozytywny stosunek pracowników do powierzonych im zadań, warunków pracy oraz przełożonych i współpracowników, wymagający, by praca stwarzała intelektualne wyzwania, poczucie sukcesu, radości z rozwoju zawodowego i samorealizacji oraz pełnej identyfikacji z wykonywaną pracą i/lub organizacją” [5]. Zatem satysfakcję zawodową osiąga się w związku z wykonywaniem danego zawodu w dłuższej perspektywie czasu dopiero wówczas, gdy jest możliwe skonfrontowanie swoistych uwarunkowań wykonywanego zawodu z możliwościami, jakie stwarza nam dana organizacja w swojej strukturze oraz poza nią [4]. Aktualnie satysfakcja zawodowa jako zjawisko wzbudza wśród badaczy większe zainteresowanie w kontekście jej aspektów socjopsychologicznych. Niemniej w warunkach polskich w odniesieniu jej do praktyki uwaga zarządzających nadal koncentrowana jest głównie na aspektach ekonomicznych, szczególnie na jej powiązaniu z poziomem produktywności/wydajności indywidualnej pracowników [5]. Za odejściem od takiego wybiórczego postrzegania znaczenia satysfakcji zawodowej przemawia fakt, że współcześnie ekonomiczne rezultaty działań, pomimo że są wciąż bardzo ważne, przestają być główną determinantą zachowań pracowników. Dotyczy to grup pracowniczych, które w swych wyborach w coraz większym stopniu uwzględniają korzyści natury psychospołecznej. Dzieje się tak szczególnie często w przypadku przedstawicieli grup zawodów misyjnych [10], do których zaliczane jest środowisko pielęgniarskie. Wówczas praca ma wartość nie tylko instrumentalną, ale przede wszystkim autoteliczną. Staje się ona źródłem samorealizacji, możliwości ciągłego rozwoju, samodzielności czy wykazywania własnej inicjatywy. W przypadku takich osób do trwałego ich zaangażowania w pracę bezwzględnie konieczne staje się uzyskanie wysokiego jej poziomu [5]. Satysfakcja zawodowa może być determinowana licznymi różnorodnymi czynnikami, które w literaturze przedmiotu grupowane są według jednego z czterech modeli [11]: opierający się na cechach danej osoby, determinowany przez czynniki środowiskowe, warunkowany dopasowaniem danej osoby do środowiska pracy lub najczęściej stosowany tzw. model trójczynnikiowy, w którym podstawą jest złożoność zjawiska satysfakcji zawodowej, zakładająca, że jest ona wynikiem relacji zachodzących pomiędzy człowiekiem a otoczeniem, w którym on funkcjonuje. Prezentowany w niniejszej pracy materiał stanowi fragment badań autorki nad zjawiskiem satysfakcji zawodowej w grupie

zawodowej polskich pielęgniarek/pielęgniarzy, skoncentrowany jedynie na jej determinantach specyficznych dla przedstawicieli tej profesji.

■ Cel pracy

Poznanie grupy czynników wpływających w istotny sposób na poziom uzyskiwanej satysfakcji zawodowej w grupie polskich pielęgniarek/pielęgniarzy.

■ Materiał i metoda

Próba

Dobór próby nastąpił na drodze celowo-losowo-przypadkowej. Autorka, opierając się na posiadanej wiedzy o badanej populacji (środowisku pielęgniarskim), wykluczyła dokonanie pomiaru w miejscach pracy respondentów. Powodem takiej decyzji były przede wszystkim: brak możliwości zorganizowania tego typu pomiarów w placówkach ochrony zdrowia, znajdujących się na terenie całej Polski, przy tak ograniczonych zasobach ludzkich, jakimi dysponowała autorka, oraz uwarunkowania organizacyjne towarzyszące codziennej pracy pielęgniarek/pielęgniarzy w Polsce. Zdecydowano o realizacji badań wśród osób reprezentujących środowisko pielęgniarskie w Polsce, które poza faktem „bycia osobą aktywną zawodowo” jednocześnie realizują narzucony przez ustawodawcę obowiązek ustawicznego kształcenia się [12]. Zwrotnie uzyskano 1066 kwestionariuszy ankiet (co stanowi 75,6% ogółu badanych/według list studentów/uczestników kursu). W zdecydowanej większości były to kobiety (prawie 97% ogółu badanych), najczęściej zatrudnione w placówkach opieki stacjonarnej (ponad 80% ogółu badanych), na podstawie umowy o pracę na czas nieokreślony (przeszło 50% ogółu badanych), pracujące w zawodzie ponad 16 lat (ponad połowa ogółu badanych), stosunkowo rzadko podejmujące decyzję o zmianie miejsca pracy (dla prawie połowy ogółu badanych ich obecne miejsce pracy stanowi jednocześnie pierwsze miejsce pracy, a na obecnym stanowisku prawie 30% ogółu badanych pracuje ponad 20 lat). W większości były to osoby będące w stałym związku i posiadające dzieci (przeszło 50% ogółu badanych). Ze względu na to, że realizacja badań odbywała się wśród osób aktualnie „wypełniających” obowiązek doksztalcenia, fakt ten w dość istotny sposób wpłynął na uzyskane wyniki w zakresie zmiennych: wiek oraz wykształcenie badanych pielęgniarek/pielęgniarzy.

■ Metoda

Dominującą metodą badawczą w badaniach był sondaż diagnostyczny. Za narzędzie posłużył kwestionariusz ankiety, przygotowany na podstawie polskiej wersji *Indeksu Satysfakcji i Motywacji Pracowników ISMP* [13], skonstruowany na potrzeby systematycznych badań satysfakcji zawodowej z uwzględnieniem zależności przyczynowo-skutkowych badanych elementów pracy, przez agencję badawczą Total Effect [14]. Kwestionariusz ISMP oparto na *American Customer Satisfaction Index*

– *ACSI* [15], *European Performance Satisfaction Index* – *EPSI* [16] oraz na europejskim modelu badania satysfakcji pracowników *The European Employee Index* [17]. Kwestionariusz w wersji papierowej składał się z trzech zasadniczych części, wśród których druga zawierała pytania dotyczące poszczególnych elementów mogących stanowić czynnik warunkujący poziom satysfakcji zawodowej respondenta, a związanych z wykonywaną pracą (w ujęciu zawodu oraz samego miejsca pracy). Zostały one podzielone na 5 płaszczyzn problemowych, wśród których wyodrębniono łącznie 15 obszarów tematycznych, mogących stanowić potencjalne czynniki warunkujące poziom odczuwanej satysfakcji zawodowej:

- wpływ pracy na życie osobiste i społeczne (w tym: rozwój zawodowy, stanowisko pracy, zgodność z wartościami, miejsce w organizacji – łącznie 15 pytań/stwierdzeń badawczych);
- jakość stosunków interpersonalnych (w tym: atmosfera w miejscu pracy, akceptacja, komunikacja i kompetencje – łącznie 15 pytań/stwierdzeń badawczych);
- jakość organizacji pracy (w tym: warunki pracy, kontrola, wsparcie organizacji, zadania – łącznie 19 pytań/stwierdzeń badawczych);
- system ocen pracowniczych, nagród (także wynagrodzeń), kar oraz proces awansu zawodowego (łącznie 13 pytań/stwierdzeń badawczych);
- wizerunek firmy (5 pytań/stwierdzeń badawczych).

Ponadto uwzględniono dodatkowy obszar tematyczny: „satysfakcja z pracy” – w ujęciu ogólnym, rozumiana jako stosunek pracownika – respondenta do firmy i pracy (15 pytań/stwierdzeń badawczych, stanowiących składowe zjawiska satysfakcji z pracy) oraz dodatkowo 2 pytania/stwierdzenia podsumowujące.

W celu dokonania pełnej charakterystyki badanych zjawisk w analizie statystycznej zgromadzonego materiału zastosowano metody opisowo-wyjaśniające. Umożliwiło to osiągnięcie założonego na wstępie celu. Zastosowano: analizę wskaźników Alfa-Cronbacha oraz determinacji R^2 , a następnie model ścieżkowy, w celu jego weryfikacji zaś regresję liniową. We wstępnej fazie badań przeprowadzono symulację budowy różnych modeli analitycznych. Główną cechą różnicującą budowane modele była liczba niezależnych obszarów analitycznych (5 lub 15 w zależności od punktu odniesienia – płaszczyzny problemowe i/lub obszary tematyczne ww.). W celu doprecyzowania związków relacyjnych, występujących pomiędzy poszczególnymi obszarami modelu badawczego, przeprowadzono dodatkowo analizę korelacji dwustronnych Pearsona.

Wyniki analiz

Celem opracowania było wyłonienie determinant satysfakcji zawodowej w grupie polskich pielęgniarek/rzy. Jest to niezbędny element kompleksowej diagnozy satysfakcji zawodowej [5]. Aby móc tego dokonać, w początkowej fazie analiz statystycznych zgromadzony materiał badawczy poddano weryfikacji pod względem rzetelności oraz dokładności uzyskanych pomiarów, posiłkując się przy tym wskaźnikami miar dopasowania:

wskaźnikiem Alfa Cronbacha oraz współczynnikiem determinacji R^2 . Uzyskane wyniki świadczą o wysokim stopniu dokładności i rzetelności pomiarów, czego potwierdzeniem jest także uzyskana wartość współczynnika $R^2 = 0,666$ dla badanego zjawiska (zob. **Tabela I**).

Następnie zastosowano metodę modelowania ścieżkowego, uzyskując wyniki wskazujące jednoznacznie, iż kluczową rolę w procesie budowania „satysfakcji zawodowej” w badanej grupie zawodowej odgrywają zagadnienia opisujące obszar „wizerunek firmy” (siła relacji ścieżkowej wynosi 0,369). Jako drugi, ze względu na poziom istotności badanego procesu, można wyróżnić obszar „atmosfera w miejscu pracy”. Należy jednak pamiętać, iż jego siła oddziaływania na omawiane zagadnienie jest ponad dwukrotnie mniejsza niż omawianego powyżej obszaru „wizerunek firmy” (siła relacji ścieżkowej wynosi 0,143). W dalszej kolejności respondenci wskazali na obszary oceny „zgodności z wartościami” (siła relacji 0,112) oraz „wykonywane zadania” (siła relacji 0,108). Ostatnim obszarem, który w istotny statystycznie sposób wpływa na kształtowanie poziomu „satysfakcji zawodowej” (w perspektywie uzyskanych wyników badań empirycznych) jest ocena „stanowiska pracy”. Pozostałe obszary mogą jedynie w sposób marginalny kształtować omawiane zjawisko. Potwierdzeniem wyników modelowania ścieżkowego są rezultaty analizy regresji liniowej, na których podstawie należy jednoznacznie uznać, iż priorytetowe znaczenie dla „satysfakcji zawodowej” środowiska pielęgniarskiego w Polsce mają: „wizerunek firmy”, „atmosfera w miejscu pracy”, „wykonywane zadania”, „stanowisko pracy” oraz „komunikacja i kompetencje”. Nie potwierdziły one natomiast istotności wpływu na odczuwaną przez badanych satysfakcję obszaru „zgodność z wartościami”. Szczegółowe wyniki wybranych analiz statystycznych oraz modelowania ścieżkowego zaprezentowano w **Tabeli I**.

Uzupełnieniem zaprezentowanych powyżej wyników modelowania ścieżkowego oraz regresji liniowej są zilustrowane na **Rysunku 1** wartości indeksów uzyskane w obszarach determinujących poziom satysfakcji zawodowej w grupie polskich pielęgniarek/rzy. Wartość średnia dla wszystkich badanych aspektów, odnosząca się do poziomu satysfakcji zawodowej badanej grupy, wyniosła 7,1 w dziesięciostopniowej skali.

W celu doprecyzowania siły związków występujących pomiędzy poszczególnymi obszarami przeprowadzono dodatkowo analizę korelacji dwustronnych Pearsona. Uzyskane wyniki pozwalają na wyciągnięcie następującego wniosku: analiza korelacji Pearsona potwierdza główne wyniki analizy modelowania ścieżkowego dla badanego zjawiska „satysfakcji zawodowej” w badanej grupie.

Najsilniejsze wzajemne oddziaływanie wykazują obszary: „wizerunek firmy”, „wykonywane zadania” oraz „atmosfera w miejscu pracy”. Dodatkowym potwierdzeniem wyników analizy modelowania ścieżkowego jest fakt, iż obszar „wizerunek firmy” wykazuje bardzo silne związki korelacyjne (poziom 0,68) jedynie z obszarem wynikowym modelu („satysfakcja z pracy”). Warto podkreślić, iż obszary: „rozwój zawodowy”, „stanowisko

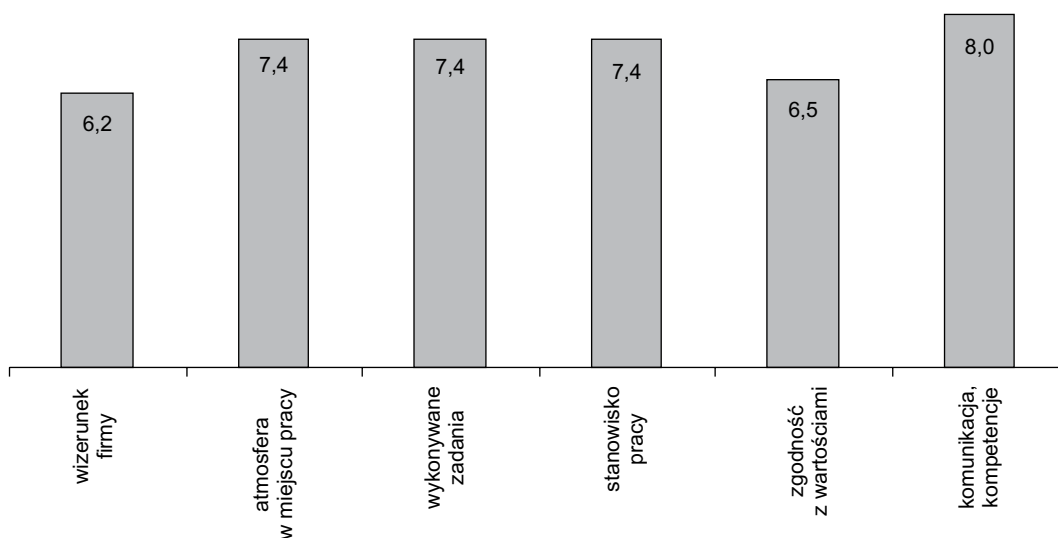
Tabela I. Wyniki wybranych analiz statystycznych

Obszary modelu	Miary dopasowania		Wartość PLS	Wartość WNB**
	R ²	Alfa-Cronbacha		
Rozwój zawodowy		0,782	0,029	0,011
Stanowisko pracy		0,727	0,085	0,096
Zgodność z wartościami		0,824	0,112	0,042
Miejsce w organizacji		0,627	-0,006	-0,007
Atmosfera w miejscu pracy		0,833	0,143	0,175
Akceptacja		0,768	0,057	0,038
Komunikacja i kompetencje		0,811	0,024	0,074
Warunki pracy		0,669	0,047	0,007
Kontrola		0,660	-0,001	-0,047
Wsparcie organizacyjne		0,389	0,018	-0,015
Zadania		0,784	0,108	0,144
Wynagrodzenia i nagrody		0,874	0,039	0,031
System kar		0,834	-0,005	0,023
Proces awansu zawodowego		0,723	0,023	0,028
Wizerunek		0,835	0,369	0,242
SATYSFAKCJA Z PRACY*	0,666	0,896	-----	

* – oznacza odrębny obszar tematyczny, odnoszący się w sposób bezpośredni do badanego zjawiska, ** – oznacza wartość współczynnika niestandardyzowanego B (wynik analizy regresji liniowej).

Źródło: Opracowanie własne.

Rysunek 1. Wartości indeksów w obszarach tematycznych determinujących satysfakcję zawodową polskich pielęgniarek/pielęgniarzy



Źródło: Opracowanie własne.

pracy”, „miejsce w organizacji”, „wynagrodzenie i nagrody”, „system kar” oraz „proces awansu zawodowego” nie wykazały w analizie korelacji Pearsona żadnych,

bardzo silnych w ujęciu statystycznej istotności, związków korelacyjnych z pozostałymi obszarami przyjętego w procesie badawczym modelu.

Dyskusja

Na podstawie danych uzyskanych w badaniach będących przedmiotem tego opracowania za determinanty kształtowania satysfakcji zawodowej polskich pielęgniarek/rzy należy uznać:

1. Wizerunek firmy.
2. Atmosferę w miejscu pracy.
3. Wykonywane zadania.
4. Stanowisko pracy.

Na ten stan rzeczy zapewne istotny wpływ miał wzrost poziomu wykształcenia środowiska polskich pielęgniarek/rzy. Ten zaś pociąga za sobą wzrost oczekiwań środowiska względem wykonywanej pracy. „Rozbudza” potrzeby, które dotychczas były nieodczuwane bądź nieokazywane. Praca postrzegana jest również jako miejsce, w którym pracownikom stwarza się możliwości samorealizacji czy samospełnienia.

Wyniki uzyskane w grupie pielęgniarskiej są potwierdzeniem, że na znaczeniu zyskują cechy pracy związane ze społecznym funkcjonowaniem pracownika w danej organizacji. Ich rola w budowaniu satysfakcji zawodowej jest niepodważalna w miejscach pracy, w których zapewnia się pracownikowi optymalne – ergonomiczne warunki pracy, a te w warunkach polskich niestety są odległe od tych charakteryzowanych jako przyjazne środowisko pracy [18, 19]. Wśród czynników z tej samej grupy (środowiskowych), mających wpływ na proces kształtowania satysfakcji zawodowej, w literaturze wskazywane są także: prawidłowa komunikacja, właściwa organizacja pracy oraz prestiż pracy [20], które mogą być identyfikowane i zestawiane z wizerunkiem firmy. Ten natomiast w znacznym stopniu wpływa na identyfikację pielęgniarki/rza – pracownika z własną firmą i odczuwaną przez nich dumą z wykonywanej pracy, wynikającą z prozaicznej możliwości wykorzystania swojej wiedzy i umiejętności oraz stosunkowo dużej dozy samodzielności w wykonywaniu zadań zawodowych [21]. Prawdopodobnie wieloznaczność pojęć „prestiż” i „wizerunek” jest przyczyną, że dotychczas nie zostały one dość dokładnie i w jednoznaczny sposób scharakteryzowane w odniesieniu do potencjalnego ich wpływu na poziom uzyskiwanej przez pracowników satysfakcji zawodowej.

Satysfakcja to wynik liczących, pozytywnych emocji, tj.: radość, błogość, zachwyty, oszołomienie, wesołość. Przeżywając je, człowiek ma „przedsmak” tego, co w subiektywnym jego odczuciu będzie identyfikowane i uznawane za szczęście, postrzegane przez niego jako cel czy wręcz sens życia. Odczuwana satysfakcja powoduje u człowieka silne wzmocnienie zachowań, które ją wywołały, skłania do ich powtarzania, a niekiedy stymuluje do jeszcze lepszego ich wykonywania. Ma ona wpływ na szereg aspektów sfery psychofizycznej człowieka.

Niepodważalnym jej warunkiem jest panująca w miejscu pracy atmosfera [22], klimat organizacyjny czy kultura organizacyjna. Są one ściśle związane z panującymi w zespołach relacjami interpersonalnymi [23]. Należy podkreślić, że to, czy pracownik jest usatysfakcjonowany, zależy także od jego poczucia że w miejscu pracy traktowany jest sprawiedliwie i uczciwie, co wpły-

wa na uzyskiwany poziom satysfakcji zawodowej wśród polskich pielęgniarek/pielęgniarzy.

Charakter pracy pielęgniarskiej i zakres realizowanych zadań mają wpływ na poziom odczuwanej przez pracowników satysfakcji jedynie na podstawie postrzeżenia przez nich sensu pracy, z jednoczesnym ponoszeniem za nią umiarkowanej odpowiedzialności [24, 25]. Aspiracje związane z pracą czy też zajmowanym stanowiskiem, realizowane poprzez możliwość podnoszenia kwalifikacji i/lub awansu, dają szansę na osobisty rozwój jednostki, mogąc determinować poziom satysfakcji zawodowej, ale w przypadku ich braku czy wówczas, gdy obowiązujące zasady w organizacji w tym zakresie są niejasne, satysfakcja pracowników może ulec znacznemu obniżeniu. Jej zupełny brak może skutkować m.in.: wypaleniem zawodowym, obniżeniem aspiracji, spadkiem zainteresowań, obawą przed pracą, poczuciem porażki, obojętnością, wycofaniem, izolacją, dystansem emocjonalnym względem odbiorcy usług – pacjentów czy współpracowników, może sprzyjać częstszemu występowaniu konfliktów w pracy, ale i w życiu osobistym pracownika [26]. Ma ona ścisły związek z procesem motywacji do pracy, przyszłym zaangażowaniem w pracę oraz kształtowaniem wizerunku firmy i lojalnością wobec niej. Satysfakcja zawodowa pracowników znajduje odzwierciedlenie w procesie rozwoju całej firmy [27], a uzyskane w toku procedury jej pomiaru informacje mogą skutecznie wspierać proces zarządzania organizacją, kierując działania pomiarowe między innymi na doskonalenie procesów organizacyjnych [28]. Obecnie pomiar satysfakcji zawodowej pracowników to pozyskanie ważnej informacji zarządczej. Satysfakcja rozpatrywana jako cecha może oznaczać postawę będącą predykatorem późniejszego zachowania się pracowników, którego pierwotnym skutkiem jest entuzjazm, lojalność, identyfikacja z pracą i organizacją, a te składają się na kluczową postawę, jaką stanowi zaangażowanie lub jego brak [26]. Należy zatem uznać, że współcześnie jest ona zatem niezbędnym elementem sprawnego zarządzania zasobami ludzkimi, istotnym w procesie kształtowania odpowiedniego poziomu zaangażowania pracowników [29], co obecnie nabiera szczególnego znaczenia w odniesieniu do środowiska pielęgniarskiego, w dobie zmian socjodemograficznych oraz rosnących potrzeb społecznych na usługi opiekuńczo-pielęgnacyjne.

Wniosek końcowy

Na podstawie uzyskanych wyników badań przeprowadzonych w grupie polskich pielęgniarek/pielęgniarzy za determinanty kształtowania satysfakcji zawodowej należy uznać: wizerunek firmy, atmosferę w miejscu pracy, wykonywane zadania oraz stanowisko pracy. Są to elementy charakteryzowane jako rzeczywiste motywatory, co potwierdza słuszność stwierdzenia, że na znaczeniu zyskują cechy pracy związane ze społecznym funkcjonowaniem pracownika w organizacji, tym samym należy je uwzględnić nie tylko w celu podniesienia poziomu satysfakcji zawodowej, ale i w procesie budowania „przyjaznego środowiska pracy”. Zarządzający powinni

przede wszystkim umiejętnie dobierać styl zarządzania, wybierając spośród takich, które opierają się na tezie, że to pracownik jest najważniejszym zasobem każdej sprawnie funkcjonującej organizacji oraz w zdecydowanie większym stopniu koncentrować swoją uwagę na aspektach niematerialnych, jakże skutecznie wspierających proces zarządzający.

Piśmiennictwo

- Białas S., Litwin J., *Kierunki badań nad satysfakcją z pracy*, „Organizacja i Kierowanie” 2013; 3: 161–170.
- Andrałojć M., Szambelańczyk J., *Satysfakcja z pracy w zarządzaniu zasobami ludzkimi*, w: M. Juchnowicz (red.), *Kulturowe uwarunkowania zarządzania kapitałem ludzkim*, Wyd. Oficyna a Wolters Kluwer business, Kraków 2009: 183.
- Juchnowicz M., *Satysfakcja z pracy determinantą jakości kapitału ludzkiego oraz kapitału relacyjnego*, „Zarządzanie i Finanse” 2013; 1 (4): 101–110.
- Wudarczewski G., *Satysfakcja z pracy – konceptualizacja pojęcia w świetle badań literaturowych*, „Zeszyty Naukowe WSB we Wrocławiu” 2013; 5 (37): 323–344.
- Juchnowicz M., *Satysfakcja zawodowa pracowników. Kreator kapitału ludzkiego*, Wyd. PWE, Warszawa 2014.
- Herzberg F., Mausner B., Snyderman B., *The Motivation to Work*, John Wiley, New York 1959: 113–119.
- Olechnicki K., Załęcki P., *Słownik socjologiczny*, Wyd. Graffiti BC, Toruń 1997: 184–185.
- Kunecka D., Kamińska M., Karakiewicz B., *Analiza czynników wpływających na zadowolenie z wykonywanej pracy w grupie zawodowej pielęgniarek. Badanie wstępne*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2007; 15 (2–3): 192–196.
- Bartkowiak G., *Człowiek w pracy. Od stresu do sukcesu organizacji*, Wyd. PWE, Warszawa 2009.
- Bajcar B., Borkowska A., Czerw A., Gąsiorowska A., *Satysfakcja zawodowa z pracy w zawodach z misją społeczną. Psychologiczne uwarunkowania*, Wyd. GWP, Gdańsk 2011.
- Zalewska A.M., *Rodzaj wykonywanego zawodu i reaktywność a zadowolenie z pracy*, „Psychologia – Etiologia – Genetyka” 2007; 15: 87–110.
- Dz. U. 2011 Nr 174, poz. 1039 Ustawa z dn. 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, art. 61.
- Skowron Ł., *Indeks ISMP jako nowoczesna metoda pomiaru poziomu satysfakcji i motywacji pracowników*, „Prace Naukowe UE we Wrocławiu” 2011; 223: 90–98.
- Agencja Badawcza „Total Effect”, <http://www.totaleffect.pl/index.php>; dostęp: 28.10.2015.
- American Customer Satisfaction Index – ACSI*, <http://www.theacsi.org>; dostęp: 28.10.2015.
- European Performance Satisfaction Index – EPSI*, <http://www.epsi-rating.com/en/>; dostęp: 28.10.2015.
- Ennova Consulting Agency, *The European Employee Index. Attract, retain, and develop engaged and talented people*, <http://int.ennova.com/home.aspx>; dostęp: 28.10.2015.
- Kilańska D., *Środowisko pracy i jego wpływ na bezpieczeństwo pracy i opieki – wybrane zagadnienia*, w: D. Kilańska, A. Trzcńska (red.), *Ekspozycja zawodowa w praktyce*, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2013: 48.
- Lu H., While A., Barriball L., *Job satisfaction among nurses: A literature review*, „International Journal of Nursing Studies” 2004; 42 (2): 211–227.
- Wosińska W., Sosinka-Pietras M., *Psychologiczne problemy funkcjonowania człowieka w sytuacji pracy. Postawy i zachowania ludzi w sytuacji pracy*, Wyd. Uniw. Śląskiego, Katowice 1984.
- Juchnowicz M., *Paradygmat człowieka usatysfakcjonowanego w polskich realiach*, w: M. Juchnowicz (red.), *Postawy Polaków wobec pracy w zarządzaniu kapitałem ludzkim*, Wyd. Oficyna a Wolters Kluwer business, Kraków 2009: 121–147.
- Goldman A., Tabak N., *Perception of ethical climate and its relationship to nurses' demographic characteristics and job satisfaction*, „Nursing Ethics” 2010; 17 (2): 233–246.
- Wild P., Parsons V., Dietz E., *Nurse practitioner's characteristics and job satisfaction*, „Journal of the Academy of Nurse Practitioners” 2006; 18 (11): 544–549.
- Hackman J.R., Oldham G.R., *Motivation through the design of work: test of a theory*, „Organizational Behavior and Human Performance” 1976; 16: 250–279.
- Katz R., *The Influence of job longevity on employee reactions to task characteristics*, „Human Relations” 1978; 8 (31): 703–725.
- Juchnowicz M., *Satysfakcja z pracy determinantą jakości kapitału ludzkiego oraz kapitału relacyjnego*, „Zarządzanie i Finanse” 2013; 1 (4): 101–110.
- Kulczycka L., Bukowska U., *Satysfakcja z pracy w kontekście kultury organizacji*, „Zeszyty Naukowe AE w Krakowie” 2003; 597: 85–96.
- Pocztowski A., *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Wyd. PWE, Warszawa 2007.
- Zatzick C.D., Iverson R.D., *Putting employee involvement in context: A cross – level model examining job satisfaction and absenteeism in high – involvement work system*, „The International Journal of Human Resource Management” 2011; 22 (17): 3462–3476.

Occupational Burnout and Stress in the Context of the Attitude towards Shiftwork and Work Satisfaction amongst Nurses

Ewa Wilczek-Rużyczka¹, Irena Iskra-Golec²

¹ Cracow University of Andrzej Frycz Modrzewski, Faculty of Psychology and Humanities, Cracow, Poland; ² Jagiellonian University, Faculty of Management and Social Communication, Cracow, Poland

Address for correspondence: Ewa Wilczek-Rużyczka, Cracow University of Andrzej Frycz Modrzewski, Faculty of Psychology and Humanities, ul. Herlinga-Grudzińskiego 1, 30-705 Kraków, Poland, ewaroz0@poczta.onet.pl

Abstract

Introduction. An effort-reward imbalance during shiftwork may result in occupational burnout of nurses. The aim of this study is to analyze the relationship between occupational burnout and stress in the context of the attitude towards shiftwork and work satisfaction.

The material and methods. The study comprises 250 nurses aged between 22 and 54 with an average of 12 years' work experience. The following research methods were used: Burnout Inventory (MBI), Effort – Reward Imbalance, Attitude Towards Shiftwork Scale (ATSS) and Manual for Minnesota Satisfaction Questionnaire.

The results. The effort invested in work turned out to be the only significant predictor of emotional exhaustion. It is responsible for up to 31% of the variance in emotional exhaustion in a group of both low work satisfaction and negative attitude towards shiftwork.

The conclusion. The study shows that more attention needs to be paid to the effort invested in work and to the reward, as well as to the balance between the reward and effort in a group of low work satisfaction and negative attitude towards the shiftwork system.

Key words: occupational burnout, occupational stress, shiftwork, job satisfaction, nurses

Słowa kluczowe: wypalenie zawodowe, praca zmianowa, satysfakcja z pracy, pielęgniarstwo, stres zawodowy



Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego

Przygotowanie i edycja anglojęzycznych wersji publikacji finansowane w ramach umowy 914/P-DUN/2016 ze środków Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego przeznaczonych na działalność upowszechniającą naukę.

Introduction

Maslach [1] defined professional burnout as a syndrome of emotional exhaustion (EEX), depersonalization (DEP) and a lowered sense of personal achievement (PAR), which may appear in case of people working with others in a specific way. Maslach's point of view assumed that excessive and long-lasting emotional engagement, together with the impossibility to fulfil emotional demands of other people lead to fatigue and burnout. According to Wilczek-Rużyczka [2, 3], the main causes of the burnout syndrome include environmental factors, professional stress, and personal characteristics of the

subject. The causes may be divided into three groups: (1) individual (low self-esteem, uncertainty, defensiveness, dependence, passivity), (2) interpersonal (relations with a carer – the type of carer's services, relations with co-workers, and supervisors), and (3) environmental (the environment and the working methods, responsibility, professional development) [4].

The Effort-Reward Imbalance (ERI) model has been widely reviewed in connection with occupational health research, due to the fact that it carries reasonable predictive power as far as adverse health and wellbeing are concerned. According to this model, the reciprocal relationship between the effort put into work and the reward gained out

of it is the factor determining work related benefits. The lack of reciprocity between costs and gains (high efforts/low rewards) define a state of emotional distress. The model represents a framework around the job situation [5]. The effort-reward imbalance was predictive of two dimensions of burnout: the emotional exhaustion and depersonalization among nurses [6]. In another study the effort-reward interactions were associated with job satisfaction and sickness absenteeism, but not with exhaustion and psychosomatic complaints. Both effort and reward show additive effects in the explanation of exhaustion [7].

Bennett et al. [8] and Nachreiner [9] come into conclusion that using various variables in assessing the attitude towards shiftwork can only be of limited effectiveness. According to them, it results from the fact that inconsistency in numerous studies on the issue can be observed. Sergean [10] points out that a variety of interactions between personal, social and organizational factors that affect the attitude towards shiftwork, may be the main cause of such a state of affairs. However, in the same study the problems with measurement itself have been stressed. Nachreiner [9] notices that there is a strong tendency to measure the attitude towards shiftwork either by means of interviewing the subjects with open questions, or using a single item indicator.

Fatigue at work and occupational burnout are two interrelated, but distinct phenomena [11]. Tiredness is connected with the shift-work system and limited time of rest. Moreover, insufficient amount of sleep performs an indirect role between stress and burnout [11].

The aim of this study was to analyze the relationship between occupational burnout and stress in the context of the attitude towards shiftwork and work satisfaction. The following research hypotheses were stated: (1) Occupational stress consisting of three components, i.e. effort, reward and the balance between the reward and effort constitutes a predictor of occupational burnout in the dimension of emotional exhaustion and depersonalization as well as the sense of self-achievement among nurses; and (2) work satisfaction and the attitude towards shiftwork are related to the increasing occupational burnout caused by occupational stress.

Methods

The research was carried out in Southern Poland on a group of 250 nurses aged between 22 and 54 (the average age of 34) with the average of 12 years' work experience. The participants were selected on a random basis, but each of them was required to have some experience in shiftwork and to give consent to take part in the study. Most of the nurses, i.e. 178, work on hospital wards; 157 of them in a day-night shiftwork system and the remaining 72 work in medical centers on a daytime basis. The sample group consisted of 170 nurses with secondary level education and 80 with tertiary level education. In order to obtain more detailed analysis of the relationship between the variables, the analysis was also carried out with the division (by median) into groups of nurses with either low or high occupational satisfaction, and with

negative or positive attitude towards shiftwork. As a result, four groups have been created based on an effort-reward imbalance and the relationship of thereof with the three dimensions of occupational burnout: (1) group I – a group dissatisfied with work and with a negative attitude towards day-night shiftwork, (2) group II – a group dissatisfied with work and with a positive attitude towards day-night shiftwork, (3) group III – a group satisfied with work and with a negative attitude towards day-night shiftwork, and (4) group IV – a group satisfied with work and with a positive attitude towards day-night shiftwork.

The following research methods were used:

1. Maslach Burnout Inventory (MBI).
2. The Polish version of Effort-Reward Imbalance (ERI).
3. The Polish version of Attitude Towards Shiftwork Scale (ATSS).
4. Manual for Minnesota Satisfaction Questionnaire.

Maslach Burnout Inventory (MBI) consists of 22 items which define situations and emotions [12]. All of them are used in a description of the three dimensions of burnout: emotional exhaustion (EEX – 9 items; Cronbach's alpha 0.89), depersonalization (DEP – 5 items; Cronbach's alpha 0.71) and the loss of the sense of personal achievement (PAR – 8 items; Cronbach's alpha 0.83). All of the items are measured on a 7 point-rated scale, on which 0 is "never" and 6 is "daily".

According to the theoretical model, the Effort-Reward Imbalance questionnaire by Siegrist et al. [5] (adapted to the Polish conditions by Pająk) [13] was used for the assessment of occupational stress. The aim of the questionnaire was to measure two variables: the effort put into work (6 questions) and the reward gained out of it (11 items). The answers were placed on a 5 point-rated scale. The higher the result, the more effort had to be put into work and the less satisfactory reward was gained. The lack of balance between effort and reward (ERI) was calculated from the proportion of the variables, scale length correction (value 0.2–5.0) included [14]. If effort is not balanced with reward, the ERI rate is greater than 1. The transaction between high costs and small reward greater than 1.5 is assessed as a high risk factor as far as well-being, physical and psychological health are concerned [15]. On the other hand, if the reward compensates for the effort, the rate is lower than 1. It is a kind of balance interpreted as the lack of occupational stress. In the above mentioned research, the Cronbach's alpha rate, or the scale of efforts and rewards, equals 0.80.

The Attitude Towards Shiftwork Scale (ATSS) in the Polish version [16,17] measures an evaluative component of the attitude towards shiftwork and consists of 16 statements (11 of them scored) concerning positive and negative aspects of working in shifts. For each item two choices, "agree" or "disagree", were available. The statements were chosen as representative for "general problems of shiftwork". The scale has a single factor structure, the reliability of 0.88, and a reasonable total item correlation (0.48 to 0.66) [9].

A short form of the Minnesota Satisfaction Questionnaire [18] with 20 items was used for the examination of

satisfaction with professional life. The self-administered questionnaire was distributed to all people in their workplaces. Responses of 4 (satisfied) or 5 (very satisfied) were classified as “satisfied”; those of 1 (very dissatisfied) or 2 (dissatisfied) as “dissatisfied”. The internal consistency of the questionnaire (0.85), was obtained using Cronbach’s alpha coefficient.

Statistical analysis

To verify the study hypotheses, Pearson’s product moment correlation and the multiple regression analysis (stepwise method) were implemented to evaluate the data obtained from the research carried out on the groups of nurses. All calculations were carried out with SPSS for Windows package, with the threshold of statistical significance set at $p = 0.01$.

Results

As no statistically valid differences were observed in case of any of the analyzed variables between the group of nurses working on day–night shifts and those

working on day shifts only, all the analyses were performed on both groups as a whole. However, one has to be aware, that the day–night shift workers outnumbered those working day shifts only (157 to 93). It should be also mentioned, that the day shift workers were also researched on the Attitude Towards Shiftwork Scale.

The mean value of occupational burnout, as can be seen from **Table I**, is 18.89 and can be assessed as of average degree. Depersonalization reaches the value of 6.78 and the loss of the sense of personal achievement amounts to 33.97. The statistical analysis of the Effort-Reward Imbalance data brings us to a conclusion that the researched group of nurses is suffering from occupational stress.

Out of the three occupational stress-related factors (“the reward”, “the effort” and “the balance between reward and effort”) included in the regression model, the only significant predictor of emotional exhaustion is the effort invested in work. It enables us to predict to the highest degree (up to 31%) the results of emotional exhaustion in groups of both low work satisfaction and a negative attitude towards shiftwork (**Table II**). In the remaining groups the percentage of the explained variance of the variables is hovering at about 20%.

Table I. Results (mean and standard deviation) of score in the sample group

Score	Number	Mean	Standard deviation
Maslach Burnout Inventory (MBI)	250		
emotional exhaustion (EEX)		18.89	9.62
depersonalization (DEP)		6.78	4.58
loss of sense of personal achievements (PAR)		33.97	7.34
Effort–Reward Imbalance (ERI)	250		
effort		12.28	4.93
reward		16.99	9.22
Attitude Towards Shiftwork Scale (ATSS)	250	9.33	7.12
Manual for Minnesota Satisfaction Questionnaire	250	63.83	12.62

Source: Own elaboration.

Table II. Statistically significant results of the stepping regression analysis of the relationship between occupational burnout in the dimension of emotional exhaustion among nurses (dependent variable) and occupational stress in different groups regarding work satisfaction and attitude towards shiftwork

Group	R	R-squared	Adjusted R-squared	Non-standardized Coefficients	Standard Error	Standardized Beta Coefficients	T	Relevance
I	.563 ^a	.317	.308	6.803	1.184	.563	5.745	.000
II	.437 ^a	.191	.175	4.857	1.388	.437	3.500	.001
III	.449 ^a	.201	.186	4.683	1.294	.449	3.619	.001
IV	.456 ^a	.208	.193	5.334	1.416	.456	3.767	.000

^a Predictors: (Constant), efforts

I – a group dissatisfied with work and with a negative attitude towards day-night shiftwork

II – a group dissatisfied with work and with a positive attitude towards day-night shiftwork

III – a group satisfied with work and with a negative attitude towards day-night shiftwork

IV – a group satisfied with work and with a positive attitude towards day-night shiftwork

Source: Own elaboration.

For the sense of depersonalization, the key predictor turned out to be the reward and the balance between reward and effort, excluding the group with low work satisfaction and a negative attitude towards shiftwork (**Table III**). Those variables can explain variations in the results (between 15% and 23% for depersonalization).

The analysis does not show any significant relationship between the assumed predictors within the third dimension of occupational burnout, i.e. the sense of self-achievement.

Work satisfaction and the attitude towards shiftwork related to occupational burnout (**Table IV**).

It can be seen from **Table V**, that the widely observed relations between the levels of occupational burnout dimensions and the independent variables, such as age, and especially the length of service, are in a direct proportion (i.e. the longer professional experience and more advanced age, the higher occupational burnout rate) for groups I and II, while for group IV (satisfied with work and with positive attitude towards day-night shiftwork), the relationship between age, length of service and depersonalization is also visible, but it is inversely proportional. Therefore, it should be assumed that being satisfied with work protects from burnout as the years of work go by.

Discussion

We can see from the results of this study, that out of the three occupational stress-related factors such as “reward”, “effort” and “the balance between reward and effort” included in the regression model, the only significant predictor of emotional exhaustion is the one connected with the efforts invested in work. It enables to predict to the highest degree that for the results of emotional exhaustion and a relatively high sense of depersonalization the key predictors are the reward and the balance between the reward and effort in a group of low work satisfaction and negative attitude towards shiftwork. Work satisfaction and the attitude towards shiftwork are related to occupational burnout. The only significant predictor of emotional exhaustion was effort related to work, which is responsible for up to 31% of the variance in the dependent variable at an extremely high significance level. The analysis did not show any significant relationship between the hypothesized prognostic factors and personal accomplishments.

It should be emphasized that the lack of balance between effort and reward is a key factor for the development of the burnout syndrome among nurses. Due to this reason, the intervention programs founded for supporting

Table III. Statistically significant results of a stepping regression analysis of the relationship between occupational burnout in the dimension of depersonalization among nurses (dependent variable) and occupational stress in different groups regarding work satisfaction and the attitude towards shiftwork

Group	R	R-squared	Adjusted R-squared	Non-standardized Coefficients	Standard error	Standardized Beta Coefficients	t	Relevance
II	.383 ^b	.146	.130	1.287	.431	.383	2.986	.004
III	.292 ^a	.085	.068	1.459	.662	.292	2.204	.032
IV	.474 ^b	.225	.210	1.464	.370	.474	3.957	.000

^a Predictors: (Constant), awards

^b Predictors: (Constant), balance

II – a group dissatisfied with work and with a positive attitude towards day-night shiftwork

III – a group satisfied with work and with a negative attitude towards day-night shiftwork

IV – a group satisfied with work and with a positive attitude towards day-night shiftwork

Source: Own elaboration.

Table IV. Relationship between work satisfaction as well as the attitude towards shiftwork and occupational burnout

		EEX	DEP	PAR
Work Satisfaction Average	Pearson Correlation	-.365**	-.184**	.367**
	Significance (bilateral)	.000	.004	.000
	N	248	248	248
Attitude Towards Shiftwork Average	Pearson Correlation	-.273**	-.226**	.192**
	Significance (bilateral)	.000	.000	.003
	N	239	239	239

**Correlation is significant at 0.01 (bilateral).

Source: Own elaboration.

Table V. Intercorrelations between the professional burnout levels and independent variables with consideration of “satisfaction with work and attitude towards day-night shiftwork”

Group	Maslach Burnout Inventory (MBI)		Correlation with independent variables			
			Age	Number of children	Length of service	Length of service in shiftwork
I	EEX	Pearson Correlation	.234*	.172	.292*	.144
		Significance	.049	.146	.013	.263
	DEP	Pearson Correlation	.087	.064	.061	.062
		Significance	.472	.588	.611	.634
	PAR	Pearson Correlation	-.174	-.007	-.259*	-.156
		Significance	.147	.953	.028	.227
II	EEX	Pearson Correlation	.412**	.286*	.293*	.186
		Significance	.003	.036	.035	.200
	DEP	Pearson Correlation	.143	.050	.065	.044
		Significance	.317	.720	.649	.766
	PAR	Pearson Correlation	-.018	.090	-.038	-.014
		Significance	.902	.517	.788	.925
III	EEX	Pearson Correlation	-.249	.031	-.131	.097
		Significance	.079	.826	.349	.533
	DEP	Pearson Correlation	-.452**	-.104	-.346*	-.141
		Significance	.001	.454	.011	.360
	PAR	Pearson Correlation	.158	-.056	.098	.258
		Significance	.269	.689	.485	.091
IV	EEX	Pearson Correlation	-.081	.082	-.005	-.150
		Significance	.565	.546	.970	.288
	DEP	Pearson Correlation	-.372**	-.325*	-.264*	-.099
		Significance	.006	.015	.049	.484
	PAR	Pearson Correlation	.019	-.223	.141	-.001
		Significance	.893	.098	.301	.992

* Correlation is significant at 0.05 (bilateral).

** Correlation is significant at 0.01 (bilateral).

I – a group dissatisfied with work and with a negative attitude towards day-night shiftwork

II – a group dissatisfied with work and with a positive attitude towards day-night shiftwork

III – a group satisfied with work and with a negative attitude towards day-night shiftwork

IV – a group satisfied with work and with a positive attitude towards day-night shiftwork

Source: Own elaboration.

prevention or reduction of professional burnout should focus on achieving a balance between those factors. It can be done by either lowering the effort or by increasing the reward [6].

Occupational stress influenced the emotional exhaustion and depersonalization, but not personal accomplishment. After controlling the length of shifts, fatigue at work was a fully mediated link between stress and emotional exhaustion. The effort-reward imbalance increased fatigue at work, and intensified fatigue was draining forces. Sleep difficulties had a partial indirect effect on depersonalization and together with stress it had the main effect on the emotional exhaustion among surgical nurses [19].

Another research shows that the level of burnout among nurses working in the Regional University Hospital can be assessed as mediocre. The emotional exhaus-

tion can be related to the day-night shift work. Depersonalization, on the other hand, may lead to difficulty in interdisciplinary collaboration. Both of the mentioned factors may result in a final decision to leave the working environment. Finally, a relatively low degree of personal accomplishment can be connected with the decreased social esteem of the nursing profession [20]. Our study does not show any relationship between effort, reward and personal accomplishment although the examined nurses experienced the effort-reward imbalance (physical strain, time pressure, low salary, the lack of recognition and occupational safety). Consequently, they were exposed to occupational stress, and, as presented, with higher levels of emotional exhaustion and were predisposed to cynical attitudes, such as depersonalization, as shown in the previous studies conducted in Europe [5].

Other studies focus on means of finding a solution to the current problems related to low levels of burnout [21, 22].

Working in shifts, including night shifts, and the constantly increasing length of work during day shifts have been proved to be the burnout factors not only in this case, but also in previous studies [23].

The presented results lead to the conclusion that an intervention which would prevent burnout and the falling job satisfaction to the very low values should be of major concern [24].

Conclusions

1. This study confirms that occupational stress modulates job burnout but solely in terms of emotional exhaustion and depersonalization.
2. As the majority of nurses work in a day-night shift-work system, the research indicates that more attention needs to be paid to the effort invested in work as well as the reward and the balance between the reward and effort in a group of low work satisfaction and of negative attitude towards the shiftwork system, as these are fundamental predictors of occupational burnout in the dimension of emotional exhaustion and depersonalization.

References

1. Maslach C., Burnout, *A Social Psychological Analysis*, in: Jones J. (ed.), *The Burnout Syndrome*, House Press, London 1980: 30–53.
2. Wilczek-Rużyczka E., *Wypalenie zawodowe a empatia u lekarzy i pielęgniarek*, Wydawnictwo UJ, Kraków 2008.
3. Maslach C., Leiter L.P., *Prawda o wypaleniu zawodowym*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011.
4. Bilaska E., *Jak Feniks z popiołów, czyli syndrom wypalenia zawodowego*, "Niebieska Linia" 2004; 4, <http://www.pismo.niebieskalinia.pl/index.php?id=253>; accessed: 3.10.2014.
5. Siegrist J., *Adverse health effects of high effort – low reward conditions at work*, "Journal of Occupational Health Psychology" 1996; 1: 27–43.
6. Bakker A.B., Killmer C.H., Siegrist J., Schaufeli W.B., *Effort-reward imbalance and burnout among nurses*, "Journal of Advanced Nursing" 2000; 31: 884–891.
7. Van Vegchel N., De Jonge J., Landsbergis P.A., *Occupational stress in (inter)action: The interplay between job demands and job resources*, "Journal of Organizational Behavior" 2005; 26: 535–560.
8. Bennett P., Smith P., Wedderburn A., *Towards a synthesis of research findings for application with shiftworkers*, "Journal of Human Ergology" 1982; 11: 13–19.
9. Nachreiner F., *Einstellung zur Schichtarbeit*, "Zeitschrift für Arbeitswissenschaft" 1977; 31: 152–159.
10. Sergean R., *Managing Shiftwork*, Gower Press, London 1971.
11. Armon G., Shirom A., Shapira I., Melamed S., *On the nature of burnout – insomnia relationships. A prospective study of employed adults*, "Journal of Psychosomatic Research" 2008; 65: 5–12.
12. Maslach C., Jackson S.E., Leiter M.P., *Maslach Burnout Inventory Manual*, 3rd ed., Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA, 1996.
13. Pająk A., *Psychospołeczne i żywieniowe czynniki ryzyka chorób układu krążenia. Założenia i cele projektu oraz metody badania przekrojowego*, "Przegląd Lekarski" 2002; 59: 993–998.
14. Hasselhorn H.M., Tackenberg P., Peter R., *NEXT-Study Group. Effort–reward imbalance among nurses in stable countries and in countries in transition*, "International Journal of Occupational and Environmental Health" 2004; 10: 401–408.
15. Hasselhorn H.M., Li J., Peter R., Müller B.H., *The NEXT-Study Group. Effort–Reward Imbalance: is 1/2 as bad as 2/4? Results from the European NEXT-Study*. 3rd ICOH International Conference on Psychosocial Factors and Health. Quebec, Canada, 1–4 September 2008.
16. Iskra-Golec I., *The relationship between circadian, personality, and temperament characteristics and attitude towards shiftwork*, "Ergonomics" 1993; 36: 149–153.
17. Iskra-Golec I., *Factor structure and internal psychometric properties of a Polish version of the Attitude Towards Shiftwork Scale (ATSS)*, "Ergonomics" 1993; 36: 177–181.
18. Weiss D.J., Dawis R.V., England G.W., Lofquise L.H., *Minnesota Studies in Vocational Rehabilitation: Manual for Minnesota Satisfaction Questionnaire, Vocational Psychology Research*, University of Minnesota, Minneapolis, MN, 1967.
19. Wilczek-Rużyczka E., Basińska B., *The effect of fatigue and insomnia on the relationship between stress and burnout among surgical nurses*. 25th European Health Psychology Conference "Engaging with Other Health Professions Challenges and Perspectives". Crete, Greece, 20–24 September 2011.
20. Malliarou M.M., Moustaka E.C., Konstantinidis T.C., *Burnout of nursing personnel in a Regional University Hospital*, "Health Science Journal" 2008; 2: 140–152.
21. Maslach C., *Burnout. The Cost of Caring*, Prentice-Hall Inc., New Jersey 1982.
22. Armstrong-Stassen M., *The influence of prior commitment on the reactions of layoff survivors to organizational downsizing*, "Journal of Occupational Health Psychology" 2004; 9: 46–60.
23. Shimizu T., Feng Q., Nagata S., *Relationship between turnover and burnout among Japanese hospital nurses*, "Journal of Occupational Health" 2005; 47: 334–336.
24. Piko B.F., *Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionnaire survey*, "International Journal of Nursing Studies" 2006; 43: 311–318.

Risk of Decubitus Ulcers and their Occurrence in the Group of Patients Admitted to Hospital for Treatment at Conservative Wards

Mirosława Dzikowska¹, Maria Kózka¹,
Maria Merklinger-Soma², Krzysztof Gajda³

¹Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków; ²Instytut Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Sączu; ³Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Address for correspondence: Mirosława Dzikowska, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, ul. Kopernika 25, 31-501 Kraków, (+48) 124294872, mirosława.dzikowska@uj.edu.pl

Abstract

Introduction. Present scientific research indicates that the occurrence of decubitus ulcers among hospitalized patients is still a great medical problem, which has the influence on both, the quality and cost of medical care. In Poland, for years, some actions have been taken within the scope of decubitus ulcers' prevention and modern methods of their treatment. The effectiveness of those activities can be influenced by early diagnosis of the risk of occurrence of decubitus ulcers.

Research aim. The aim of the research was the assessment of risk and occurrence of decubitus ulcers in the group of patients accepted for hospital treatment on conservative wards.

Material and method. The research comprised of 10,507 patients on admission day for treatment to the following wards: Allergology, Gastroenterology, Geriatrics, Cardiology, Neurology, Rheumatology and Rehabilitation. In order to collect data the following methods were used: analysis of medical records, Norton scale for assessment of decubitus ulcers' risk and Torrance scale for assessment of ulcer's degree. Data analysis was conducted on the basis of program "Statistica – version 8".

Results. The risk of decubitus ulcers development was observed in 12% of all the patients admitted for treatment. It was the highest among patients admitted to Rehabilitation Ward (50%) and Neurology Ward (34%). Occurrence of decubitus ulcers was confirmed among 7% of all the examined patients, including above 3% of II/2nd degree. The highest percentage (27%) of decubitus ulcers was confirmed among the patients accepted to Rehabilitation Ward.

Conclusions. Diagnosing occurrence of decubitus ulcers at admittance to hospital and proper assessment of the risk of their occurrence allows for implementation of appropriate prophylactic procedures and treatment.

Key words: risk of decubitus ulcers, decubitus ulcer, prevention, treatment

Słowa kluczowe: odleżyny, zapobieganie odleżynom, leczenie odleżyn



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

Przygotowanie i edycja anglojęzycznych wersji publikacji finansowane w ramach umowy 914/P-DUN/2016 ze środków Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego przeznaczonych na działalność upowszechniającą naukę.

Introduction

In the second half of the 20th century, the research on etiology and pathogenesis of decubitus ulcers began but that topic is still open for researchers because of its many aspects referring to the origin and healing of decubital wounds [1].

Decubitus ulcer, according to international EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel), “is damage of skin and the cells under it caused by compression, cutting, friction, and/or combination of the factors mentioned before” [2].

Research conducted in 1980s on 37 million of the patients hospitalized by American Center of Research and Education on Bedsores showed that the risk of decubitus ulcer development occurred at 20% of the patients [3]. Present research also proves that the problem of decubitus ulcer occurrence still refers to many countries, including Poland. In the research done in 2005 in Germany on 16 million of the hospitalized patients, decubitus ulcer was the basic clinical diagnosis for 0.06%, and for 1.19% decubitus ulcer was diagnosed as a concomitant problem. The same research showed that the mortality of the patients with decubitus ulcers amounted to 10.9% and was higher among women [4]. Decubitus ulcers, depending on the medical centre, disease entity and patient’s age, occur among approximately 5–25% of the hospitalized patients [5]. The analysis of the literature indicates that the development of decubitus ulcers takes place during the first two weeks of hospitalization, “More than 30–40% develop during the first week, whereas about 70% during the second week of patient’s immobilization” [6]. For advanced stage of malignant disease, decubitus ulcers pose a problem in treatment of 12–24% of the patients [7]. The research on the elderly showed that 11% of the patients in elderly care homes suffered from decubitus ulcers [8].

Decubitus ulcers are of multifold etiology and the complexity of this medical problem led to the division of decubitus ulcers’ risk factors into the following groups: external factors depending on a patient and internal independent factors [1, 9]. High incidence of decubitus ulcers causes increased interest in risk factors, particularly in those which can be prevented. The dependence between risk factors and occurrence of decubitus ulcers cannot be easily estimated, however, there are a few interrelations, which can be distinguished. Among them: the level of albumen in blood serum, state of nutrition, concomitant diseases and age. Measurement methods used for those factors enable to get objective results [10–13]. According to American researchers, the occurrence of decubitus ulcers is the highest among people with BMI below 18.5 (27.3% of the examined) and decreases with the increase of the factor [11]. Almost 80% of decubitus ulcers’ occurrence is joined with deaths above the age of 75 in the course of disease entities and symptoms such as: multiple sclerosis, Parkinson disease, osteoporosis, paralysis and sepsis [4].

The risk of decubitus ulcers’ development due to chosen factors, which contribute to their occurrence are assessed by means of many scales. The most often used scales are: Norton, Douglas, Waterlow, Braden and the

scale according to Dutch Consensus Prevention of Bedsores (CBO). In the way of thoroughness, the scales Norton, Douglas and Braden were assessed. It is difficult to say unambiguously which tool is the most effective and universal because the appropriate choice depends on the features of the population under research, clinical conditions and characteristics of a ward [6, 9].

Decubitus ulcer wounds as a serious therapeutic problem pose a challenge of nursing, curative and economic character [14]. Decubitus ulcers are also the cause of pain and suffering, they can lead to dangerous complications of general health condition, at the same time extending the period of hospitalization [9]. Individualized nursing care means identifying the patients with risk of decubitus ulcers in order to introduce proper preventive and therapeutic measures.

The aim of research

Assessment of the risk of decubitus ulcers and their occurrence in the group of patients accepted for hospital treatment on conservative wards.

Material and method

The research was done on a group of patients admitted for hospital treatment on conservative wards (**Table 1**) in the year 2014. In total, 10507 patients were examined.

According to the research model (**Figure 1**), the number of patients with decubitus ulcers admitted to hospital for diagnosis or treatment was assessed, as well as the group of patients with the risk of their occurrence.

The risk criteria of decubitus ulcers’ development was the result obtained according to Risk Assessment Scale of Decubitus Ulcer Development Norton. Doreen Norton Scale is based on the factors leading to the development of decubitus ulcers. The tool assesses the parameters of somatic condition, consciousness condition, mobility and urinary and fecal incontinence. The obtained score 14 or lower shows the risk of decubitus ulcers’ occurrence. This scale constitutes a simple, non-invasive screening tool, which enables to assess the risk of decubitus ulcers’ development of all the hospitalized [15].

Moreover, the percentage of patients with decubitus ulcers which came into being during hospitalization was recognized, also with the degree of ulcer. The assessment criterion of the degree of ulcers was done on the basis of Classification of Decubitus Ulcers according to Torrance. Five-grade scale according to Torrance enables the assessment of ulcer bed. The grades of the scale, determined and described in detail, enable to qualify appropriately the changed tissues with their depth of lesion. The grades used in the tool (1–5) increase with the skin lesion where I° indicates reversible pale reddening, and V° advanced necrosis a bone [1, 9].

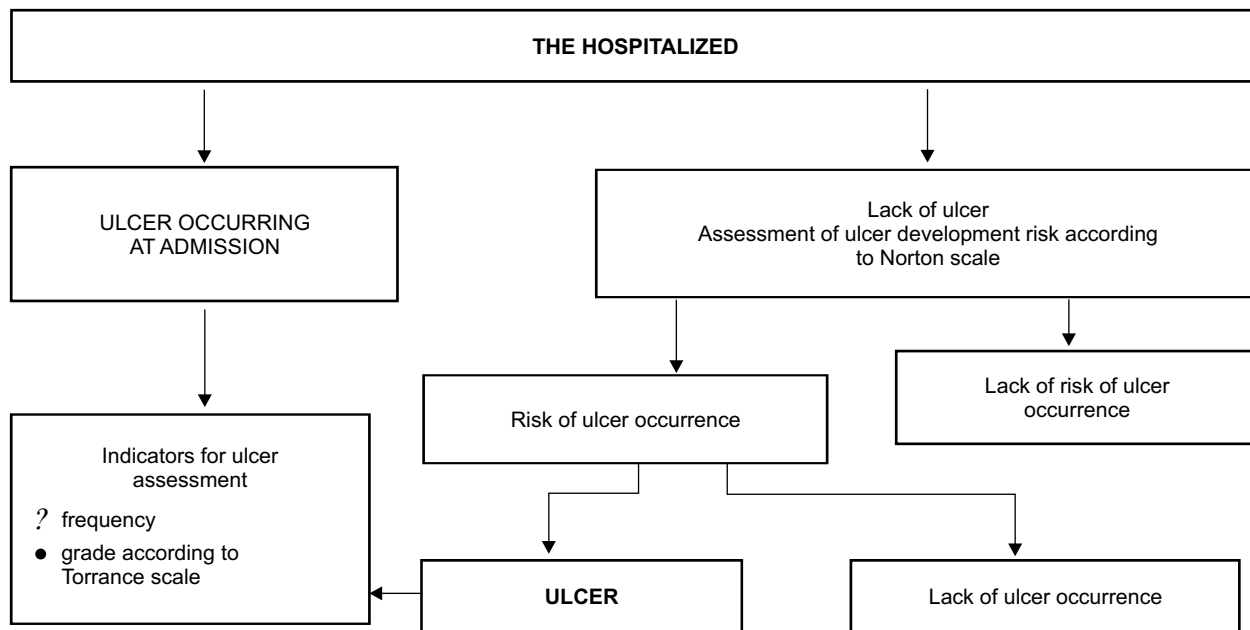
Data analysis in view of the characteristics of particular wards was made by means of statistics packet “STATISTICA 8”. To describe variables descriptive statistics were used in the form of standard deviation (SD) and medians (Me).

Table I. Ulcer occurring at admission for hospital treatment according to Torrance scale

Ward	The hospitalized N	Relation of accepted patients with ulcer to all the hospitalized according to Torrance scale																																			
		I°						II°						III°						IV°						V°						Total					
		N	%	Me	SD	N	%	Me	SD	N	%	Me	SD	N	%	Me	SD	N	%	Me	SD	N	%	Me	SD	N	%	Me	SD								
I Ward of Internal Diseases and Allergy	2003	49	2.45	2.14	1.31	95	4.74	4.19	2.26	43	2.15	1.90	1.18	18	0.9	0.63	0.83	9	0.45	0.00	0.64	214	10.68	1.90	0.76												
II Ward of Internal Diseases and Gastroenterology	2104	51	2.42	1.97	2.05	59	2.8	2.891	1.637	25	1.19	0.79	1.24	15	0.71	0.62	1.02	12	0.57	0.24	0.69	162	7.7	0.79	0.72												
III Ward of Internal Diseases and Geriatrics	1888	27	1.43	0.68	2.04	111	5.88	4.11	3.76	29	1.54	1.25	1.19	23	1.22	1.20	1.31	16	0.85	0.60	0.94	206	10.91	1.20	1.27												
Cardiology Ward	1743	15	0.86	0.73	0.85	49	2.81	2.45	1.95	22	1.26	1.01	1.21	12	0.69	0.66	0.87	3	0.17	0	0.45	101	5.79	0.73	0.66												
Neurology Ward	682	6	0.88	0.68	0.93	17	2.49	1.84	2.25	3	0.44	0	1.19	3	0.44	0	0.78	0	0	0	0	29	4.25	0	0.84												
Rheumatology Ward	1967	2	0.1	0	0.23	2	0.1	0	0.24	3	0.15	0	0.38	0	0	0	0	1	0.05	0	0.18	8	0.41	0	0.15												
Systemic Rehabilitation Ward	59	3	5.08	0	12.09	5	8.4	0	12.26	4	6.78	0	14.75	2	3.39	0	10.12	2	3.39	0	0	16	27.12	0	5.47												
Apoplexy Rehabilitation Ward	61	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1.64	0	4.81	1	1.64	0	4.81	0	0	0	0	2	3.28	0	2.48												
Total	10 507	153	1.46	1.39	0.78	338	3.22	3.18	0.89	130	1.24	1.06	0.50	74	0.7	0.61	0.39	43	0.41	0.50	0.22	738	7.02	1.06	0.33												

Source: Authors' own elaboration.

Figure 1. Research Model



Source: Authors' own elaboration.

Results

The patients admitted to hospital with decubitus ulcers made up 7.02% of all the hospitalized. Though, in wards of Internal Diseases and Allergology, Internal Diseases and Geriatrics the percentage of the patients admitted to a ward with ulcers, in relation to all the patients hospitalized in a ward, amounted to 10.68% and 10.91%. The most numerous group of patients (27%) with ulcers occurrence while accepting to hospital in relation to all the patients hospitalized in a ward, were the patients of Systemic Rehabilitation Ward, where decubitus ulcers of 2nd degree were confirmed for more than 8% of the patients. The smallest percentage, in comparison with the other wards, of patients accepted with ulcers (0.41%) referred to Rheumatology Ward. The complete results of the research referring to accepting a patient with ulcer in all wards are illustrated in Table I.

The patients with risk of ulcer occurrence amounted to 12.73% of all the hospitalized, 6.05% of them developed decubitus ulcers of 2nd degree. The highest percentage of the patients with risk of ulcer occurrence in relation to all the patients accepted to a ward referred to Systemic Rehabilitation Ward (50.85%) and Apoplexy (55.74), and Neurology (34.31%) (Table II). Rheumatology Ward presented a slight percentage (0.92%) of the patients with risk of ulcers, only one patient developed decubitus ulcer of 2nd degree in this group. Other Wards of Internal Diseases and Cardiology had a similar percentage of patients with risk of ulcers from 12.45% to 14.02%. The above research results are illustrated in Table II and Table III.

Ward I of Internal Diseases and Allergology, and Ward III of Internal Diseases and Geriatrics had the highest percentage of the patients whose ulcers occurred during hospitalization – 15.26% of 1st degree and 12% of 2nd degree (in the group of patients with risk of ulcer) (Table III). In Apoplexy Rehabilitation Ward no patient with ulcer occurrence was recorded during hospitalization. Neurology Ward presented a low percentage of patients with ulcers occurring after admission to hospital and of all the grades in Torrance scale, 3rd grade was the highest (1.28%). In the group of patients with risk of ulcer occurrence in all the wards under research, the highest percentage of ulcers developed at 1st grade (5.98%) and 2nd (6.05%). Advanced ulcers at 4th grade were observed in 0.67% of the patients, but 5th grade ulcers were not recorded (Table III).

The median referring to ulcer occurrence in the hospital under research in relation to all the patients with risk of ulcers in all wards amounted to 5.56 for 1st and 2nd grades (Table III).

Discussion

On the basis of the research results on decubitus ulcers' risk and their occurrence in the group of patients admitted for treatment in conservative wards, it can be observed that the highest percentage of the patients whose ulcers developed after admission to hospital was in I Ward of Internal Diseases and Allergology, more than 15% at 1st degree, and in III Ward of Internal Diseases and Geriatrics, 12% of 2nd degree. In these wards, the relation of the patients with ulcer occurrence risk to all

Table II. Patients endangered with ulcer occurrence

Ward	Hospitalized		Relation of patients endangered with ulcer occurrence to all the hospitalized according to Norton scale			
	N	N	%	Me	SD	SD
I Ward of Internal Diseases and Allergology	2003	249	12.43	11.23	6.28	6.28
II Ward of Internal Diseases and Gastroenterology	2104	295	14.2	15.4	5.27	5.27
III Ward of Internal Diseases and Geriatrics	1888	250	13.24	12.20	3.11	3.11
Cardiology Ward	1743	228	13.08	12.06	7.38	7.38
Neurology Ward	682	234	34.31	35.28	2.98	2.98
Rheumatology Ward	1967	18	0.92	2.23	4.31	4.31
Ward of Systemic Rehabilitation	59	30	50.85	46.82	3.29	3.29
Ward of Apoplexy Rehabilitation	61	34	55.74	45.16	4.84	4.84
Total	10 507	1338	12.73	12.97	1.14	1.14

Source: Authors' own elaboration.

Table III. Patients whose ulcers occurred in a ward according to Torrance scale to the ones endangered with ulcer occurrence

Ward	Patients endangered with ulcers according to Norton scale		Relation of patients whose ulcers occurred in a ward according to Torrance scale to the ones endangered with ulcer occurrence															
	N	Norton scale	I°			II°			III°			IV°			V°			
			N	%	Me	SD	N	%	Me	SD	N	%	Me	SD				
I Ward of Internal Diseases and Allergology	249		38	15.26	12.59	11.33	8.03	5.93	8.94	3	1.2	0	2.80	2	0.8	0	3.21	-
II Ward of Internal Diseases and Gastroenterology	295		13	4.41	6.80	3.86	3.73	12.96	5.50	6	2.03	0.79	1.24	6	2.03	0.62	1.02	-
III Ward of Internal Diseases and Geriatrics	250		18	7.2	6.11	9.74	12	12.92	11.16	5	2	0.00	3.26	1	0.4	0	1.92	-
Cardiology Ward	228		6	2.63	1.92	2.88	7.46	7.03	6.33	1	0.44	0.00	1.92	0	0	0.00	0.00	-
Neurology Ward	234		2	0.85	0.00	2.05	0.43	0.00	1.44	3	1.28	0.00	2.99	0	0	0.00	0.00	-
Rheumatology Ward	18		1	5.56	0.00	9.62	5.56	0.00	9.62	1	5.56	0.00	4.81	0	0	0.00	0.00	-
Ward of Systemic Rehabilitation	30		2	6.67	0.00	15.05	3.33	0.00	14.43	1	3.33	0.00	7.22	0	0	0.00	0.00	-
Ward of Apoplexy Rehabilitation	34		0	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	0	0	0.00	0.00	-
Total	1338		80	5.98	5.56	4.56	6.05	5.56	3.94	20	1.49	0.80	1.88	9	0.67	0.00	2.09	-

Source: Authors' own elaboration.

the hospitalized amounted respectively to 12.43% and 13.24%. Neurology Ward presented higher percentage of the patients with ulcer occurrence risk (34.31%), whereas the ratio of the patients whose ulcers occurred during hospitalization to those with ulcer occurrence risk was definitively lower and amounted for 1st degree to 0.85% and 0.43% for 2nd grade. The above analysis shows that the research should be broadened with the issues referring to risk factors of ulcer occurrence among patients.

In news bulletins about the frequency of decubitus ulcers' occurrence, different data is presented – depending on a medical centre, disease entity and patient age. It is estimated that ulcers occur among approximately 5–25% of the hospitalized patients, most often in intensive care units and long-term care units as well as among patients after injury or in the course of spinal cord diseases [5]. The percentage of ulcers occurrence based on own study in internal wards was between 2 to 15% (Table III).

In the research conducted in the years 2004–2009 in Municipal Hospital in Olsztyn, in the course of 6 years 97194 patients were hospitalized, out of whom a group of 10762 patients with ulcer occurrence risk was marked off, which was 13.75% of all the patients admitted to that hospital. During the research period, ulcers occurred among 4.84% of all the hospitalized [16]. The results obtained during own study referring to the group endangered with ulcer occurrence are similar and amount to 12.73% (Table II). The percentage of ulcers occurrence in all the wards under research amounted to (5.98%) of 1st degree and (6.05%) of 2nd degree, and referred to the group of patients with ulcer occurrence risk (Table III).

Epidemiologic data from the USA estimate frequency of ulcers occurrence in the wide range from 0.4 to 38% for emergency cases, 2.2–23.9% for inpatient health service, from 0 to 17% for the bed-ridden in chronic home care [17]. In own study, the patients admitted with ulcers amounted from 0.41% in Rheumatology Ward to 27.12% in Systemic Rehabilitation Ward (Table I).

Due to multi-factor etiology of decubitus ulcers occurrence, they cannot be eliminated completely, but they should be controlled and their occurrence diminished by prophylaxis and treatment.

Conclusions

The results obtained in the presented research show the scale of the health problem caused by the risk of decubitus ulcers and their occurrence in the group of patients admitted to hospital in conservative wards. Diagnosing occurrence of decubitus ulcers at admittance to hospital and proper assessment of the risk of their occurrence allows for implementation of appropriate prophylactic procedures and treatment.

References

1. Szewczyk M. et al., *Zalecenia profilaktyki i leczenia odleżyn*, "Leczenie Ran" 2010; 7 (3–4): 79–106.
2. Budynek M., Nowacki C., *Opatrywanie ran*, Wydawnictwo Makmed, Lublin 2008: 31.
3. Szerbińska K., *Profilaktyka odleżyn jako przykład działań w ramach poprawy jakości usług medycznych*, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków 1998: 41.
4. Kröger K., Niebel W., Maier I., Stausberg J., Gerber V., Schwarzkopf A., *Prevalence of pressure ulcers in hospitalized patients in Germany in 2005: Data from the Federal Statistic Office*, "Gerontology" 2009; 55: 281–287.
5. Cwajda J., Szewczyk M., Cierzniańska K., Głowiak J., Sotkowicz A., Jawień A., *Odleżyna – postępowanie leczniczo-pielęgnacyjne w chirurgii*, "Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne" 2007, 4: 171–174.
6. Szewczyk M.T., Cwajda J., Cierzniańska K., *Zasady prowadzenia skutecznej profilaktyki ran odleży nowych*, "Wiadomości Lekarskie" 2006; 59 (11–12): 842–847.
7. Sopata M., Łuczak J., *Profilaktyka i leczenie zachowawcze odleżyn cz. II*, "Zakażenia" 2004; 1: 105–111.
8. Park-Lee E., Caffrey C., *Pressure ulcers among nursing home residents: Unite State, 2004*, "NCHS Data Brief" 2009; 14: 1–8.
9. Kózka M., *Odleżyny – występowanie, profilaktyka i leczenie*, "Rehabilitacja Medyczna" 2004; 8 (4): 29–38.
10. Mino Y., Morimoto S., Okaishi K., Sakurai S., Onishi M., Okuro M., Matsuo A., Ogihara T., *Risk factors for pressure ulcers in bedridden elderly subjects: Importance of turning over in bed and serum albumin level*, "Geriatrics and Gerontology International" 2001; 1: 38–44.
11. Compher C., Kinoshian B.P., Ratcliffe S.J., Baumgarten M., *Obesity reduces the risk of pressure ulcers in elderly hospitalized patients*, "The Journals of Gerontology" 2007; 11 (62A): 1310–1312.
12. Correa G.I., Fuentes M., Gonzalez X., Cumsille F., Piñeros J.L., Finkelstein J., *Predictive factors for pressure ulcers in the ambulatory stage of spinal cord injury patients*, "Spinal Cord" 2006; 44: 734–739.
13. Baumgarten M., Margolis D.J., Localio R.A., Kagan S.H., Lowe R.A., Kinoshian B., Holmes J.H., Abbuhl S.B., Kavesh W., Ruffin A., *Pressure ulcer among elderly patients early in the hospital stay*, "The Journals of Gerontology" 2006; 7 (61A): 749–754.
14. Krasowski G., Kruk M., *Leczenie odleżyn i ran przewlekłych*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
15. Romanelli M., Clark M., Cherry G., Colin D., Defloor T., *Science and Practice of Pressure Ulcer Management*, Springer-Verlag, London 2006.
16. Kielbasa L., *Procedura profilaktyki odleżyn jako narzędzie do oceny jakości opieki pielęgniarstwa*, "Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne" 2010; 3: 85–89.
17. Zieliński M., Majewski W., *Odleżyny – etiopatogeneza, profilaktyka i leczenie*, "Zakażenia" 2009; 2: 71–75.

Ocena gotowości do wypisu pacjentów z chorobami przewlekłymi

Anna Andruszkiewicz, Aldona Kubica, Marta Nowik, Piotr Michalski, Halina Idczak

Katedra i Zakład Promocji Zdrowia Collegium Medicum Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Adres do korespondencji: Katedra i Zakład Promocji Zdrowia UMK w Toruniu, ul. Łukasiewicza 1, 85-821 Bydgoszcz
anna.andruszkiewicz@cm.umk.pl

Abstract

Assessment of readiness for discharge of patients with chronic diseases

Introduction. The most common cause of ineffectiveness in the treatment of chronic diseases is a lack of cooperation between the patient and the therapeutic team. An important factor that could change the situation is education of the patient, which would allow the patient to assume the role of an expert and become an active participant in the therapeutic process.

The main purpose of the study: The main purpose was to assess the readiness for discharge of hospitalized patients.

Material and methods. The study evaluated 325 chronically ill patients who were hospitalized. On the day of release from the hospital, the patients assessed their preparedness for discharge.

Results. Studies showed that in all analyzed aspects of readiness for discharge there are statistically significant differences depending on the type of diagnosed chronic illness in a patient.

Conclusions. The readiness for discharge of patients hospitalized because of chronic disease is insufficient.

Key words: the readiness to discharge, chronic diseases

Słowa kluczowe: gotowość do wypisu, choroby przewlekłe

Badania finansowane z grantu nr 980 na utrzymanie potencjału badawczego w 2015 roku Katedry i Zakładu Promocji Zdrowia Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu na temat „Ocena przygotowania pacjentów przewlekle chorych do samoopieki”.

Wstęp

Najnowsze dane epidemiologiczne wskazują na wzrost liczby chorych przewlekle, schorzenia te stają się poważnym problemem współczesnej medycyny. Ponad połowa zgonów na świecie jest spowodowana chorobami przewlekłymi i dotknięta jest nimi coraz większa liczba osób w wieku produkcyjnym [1]. Zatem choroby przewlekłe są najpoważniejszym problemem społecznym i zdrowotnym społeczeństw, a jednocześnie wyzwaniem dla współczesnych systemów ochrony zdrowia. Jak wynika z definicji Światowej Organizacji Zdrowia, są to schorzenia trwa-

jące długo, a ich progresja następuje powoli [2]. Współcześnie podkreśla się znaczenie edukacji terapeutycznej w procesie leczenia pacjentów przewlekle chorych. Celem edukacji powinno być przekazanie pacjentowi wiedzy, umiejętności oraz motywacji niezbędnych do świadomej samokontroli i samoopieki. Takie podejście powinno dać pacjentowi poczucie wpływu na przebieg własnej choroby i pozwolić, aby to on stał się aktywną stroną w procesie terapeutycznym [3]. Należy podkreślić, że w wielu krajach europejskich szpitale są postrzegane jako ośrodki, które mogą odgrywać istotną rolę w edukacji pacjentów przewlekle chorych [4]. Pobyt w szpitalu wiąże się nie

tylko z możliwością diagnozowania i leczenia, ale jest również szansą na prowadzenie skutecznej edukacji przygotowującej do życia z chorobą przewlekłą.

Światowa Organizacja Zdrowia umieściła nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych w gronie najważniejszych problemów zdrowotnych ludzkości, uznając je za jedną z głównych przyczyn niemożności uzyskania prawidłowych efektów terapii [5]. Z badań WHO wynika, że w krajach rozwiniętych tylko 50% pacjentów chorych przewlekłe przestrzega zaleceń lekarskich [6]. W Polsce co czwarty pacjent nie stosuje się do zaleceń terapeutycznych [7, 8]. Nieprzestrzeganie zaś zaleceń niesie z sobą poważne konsekwencje społeczne, ekonomiczne, a przede wszystkim wpływa negatywnie na stan zdrowia osób przewlekłe chorych [9]. Niezwykle istotny wpływ na nieprzestrzeganie zaleceń, a tym samym nieskuteczność terapii jako całości, ma brak odpowiedniej motywacji do kontynuowania leczenia oraz brak informacji dotyczących schorzenia i zasad leczenia u chorych [10].

Stopień przygotowania pacjenta do samoopieki jest traktowany w pielęgniarstwie zarówno jako proces, jak i wskaźnik działań pielęgniarstwa w tym zakresie. Samoopieka odnosi się do zdolności, możliwości inicjowania i wykonywania czynności, które zmierzają do zachowania zdrowia, zarządzania objawami, które towarzyszą chorobie, oraz przywrócenia prawidłowego funkcjonowania pacjenta. Ocena samoopieki powinna dotyczyć zdolności człowieka do jej realizacji w następujących kategoriach: przyjmowania leków zgodnie ze zleceniem, rozpoznania objawów i zarządzania nimi, wykonywania czynności życia codziennego i zarządzania zmianą w stanie zdrowia. Analiza zagadnienia wskazuje, że gotowość pacjenta powinna być monitorowana przy wypisie ze szpitala [11]. Biorąc pod uwagę powyższe przesłanki, celem prowadzonych analiz było zbadanie gotowości do wypisu pacjentów hospitalizowanych z powodu chorób przewlekłych.

■ Materiał i metody

Do badania włączono 325 pacjentów hospitalizowanych z powodu chorób przewlekłych, w tym 136 (41,85%) kobiet i 187 (57,54%) mężczyzn, 2 osoby nie oznaczyły płci. Wiek badanych wahał się od 20 do 88 lat ($M = 61,66$; $SD = 12,40$). Badani najczęściej ($n = 115$; 35,38%) posiadali wykształcenie zawodowe, najmniej było osób z wykształceniem podstawowym ($n = 50$; 15,38%). Najwięcej badanych osób ($n = 125$; 38,46%) jako miejsce zamieszkania wskazało duże miasto liczące od 100 do 500 tysięcy mieszkańców, a najmniej liczna grupa ($n = 10$; 6,15%) miasto do 100 tys. mieszkańców. W grupie najwięcej osób było na emeryturze ($n = 144$; 44,31%), najmniej było bezrobotnych ($n = 20$; 6,15%). Poproszeni o ocenę swojego statusu materialnego pacjenci na skali 7-stopniowej (7 oznaczało zdecydowanie dobrze, a 0 zdecydowanie źle) wskazali $M = 4,45$ ($SD = 1,22$).

Większość ($n = 225$; 69,23%) badanych wskazywała dodatkowo na przynajmniej jedną chorobę współistniejącą. Średnia liczba wcześniejszych hospitalizacji wynosiła $M = 3,44$ ($SD = 4,31$). Średni czas chorowania wynosił

$M = 8,53$ lat ($SD = 9,68$). 67,08% ($n = 218$) badanych była na stałe pod opieką przynajmniej jednej poradni specjalistycznej. 80,62% ($n = 262$) przyjmowało leki na stałe. Analizy były prowadzone w grupie pacjentów przewlekłe chorych. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby hospitalizowane z powodu ostrego incydentu wieńcowego – 21,54% ($n = 70$ osób), które miały rozpoznaną chorobę wieńcową, równoliczne były grupy pacjentów z nadciśnieniem tętniczym, miażdżycą kończyn dolnych, zaćmą i astmą oskrzelową, stanowiły one 15,38% ($n = 50$) badanych. Najmniej liczna grupa pacjentów to osoby z nowotworem jelita grubego, u których wyłoniono stomię – 14,77% ($n = 48$), oraz po transplantacji nerek, których było tylko siedmioro (2,15%). W związku z tym z analiz dotyczących porównania poszczególnych grup wykluczono tych pacjentów z uwagi na zbyt małą liczebność grupy.

Kryterium włączenia pacjentów do badania było: rozpoznanie choroby przewlekłej, hospitalizacja nie krótsza niż 3 dni. Z badań wykluczono pacjentów z zaburzeniami poznawczymi, którzy nie byli zdolni do samodzielnej odpowiedzi na pytania.

Do przeprowadzenia badań wykorzystano Kwestionariusz Gotowości do Wypisu oceniający zdolność pacjenta do podejmowania codziennej aktywności. Narzędzie to zostało opracowane przez kanadyjskie pielęgniarki w ramach projektu HOBIC [11]. W procesie adaptacji narzędzia obliczono rzetelność mierzoną za pomocą miary zgodności wewnętrznej Alfa Cronbacha = 0,816, co oznacza, że jest bardzo wysoka i wystarczająca do porównań międzyosobniczych. Trafność oceniano metodą sędziów kompetentnych i tu również uzyskano satysfakcjonujący wskaźnik.

W skład kwestionariusza wchodzi osiem kategorii:

1. Wiedza na temat leków (*Czy wie Pan/Pani, jakie leki, o jakich porach, ile razy dziennie będzie musiał/a Pan/Pani przyjmować?*).
2. Wiedza na temat przyczyn przyjmowania leków (*Czy wie Pan/Pani, dlaczego należy te leki przyjmować?*).
3. Zdolność do przyjmowania przepisanych leków (*Czy uważa Pan/Pani, że jest Pan/Pani w stanie przyjmować zlecone leki?*).
4. Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem (*Czy potrafi Pan/Pani zauważyć niepokojące symptomy związane ze zdrowiem?*).
5. Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem (*Czy uważa Pan/Pani, że zalecenia przekazane przez lekarza prowadzącego jest Pan/Pani w stanie przestrzegać?*).
6. Wiedza związana z osobami, do których można się zgłosić po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności życiowych (*Czy wie Pan/Pani, do kogo może Pan/Pani się zgłosić, gdy będzie potrzebna pomoc np. w kąpaniu, robieniu zakupów, przygotowaniu posiłków?*).
7. Wiedza związana z osobami/instytucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku (*Czy wie Pan/Pani, do kogo trzeba się zgłosić/pod jaki numer zadzwonić w razie nagłego wypadku?*).
8. Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej (*Czy jest Pan/Pani w stanie sam/a się wy-*

kąpać, zrobić zakupy, przygotować posiłek, odwiedzić przyjaciół?).

Do każdego obszaru przyporządkowana została jednakowa skala punktowa możliwych odpowiedzi (0 – nieprzygotowany; 1 – słabo przygotowany; 2 – częściowo przygotowany; 3 – umiarkowanie przygotowany; 4 – dobrze przygotowany; 5 – bardzo dobrze przygotowany). Badanie było przeprowadzone w przeddzień lub w dzień wypisu. Chorzy byli poproszeni o samodzielną ocenę swojego przygotowania w poszczególnych kategoriach. Pytania zgodnie z kwestionariuszem zadawali przeszkoleni ankieterzy (pielęgniarki, które nie pracowały na oddziałach, gdzie były prowadzone badania) [11].

Analizy statystyczne w niniejszej pracy zostały przeprowadzone za pomocą programu STATISTICA 10. Do zbadania istotności różnic pomiędzy wyodrębnionymi grupami badanych wykorzystano test nieparametryczny Kruskala-Wallisa. W celu zlokalizowania różnic wykorzystano test porównań wielokrotnych. 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

Pierwszy etap miał na celu analizę samooceny pacjentów w zakresie gotowości do wypisu. Badani największą wiedzę mają na temat osób/instytucji, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku ($M = 4,63$; $SD = 0,85$). Najmniejszą wiedzę mają zaś na temat leków, które powinni przyjmować ($M = 3,28$; $SD = 1,72$). Wyniki przedstawiono w **Tabeli I**.

Kolejny etap miał za zadanie odpowiedzieć na pytanie, czy pacjenci różnią się między sobą w zakresie przygotowania do wypisu w poszczególnych kategoriach. Z uwagi na skalę pomiarową zmiennej zależnej (porządkowa) posłużono się testem nieparametrycznym

Kruskala-Wallisa. Analiza wykazała, że we wszystkich ocenianych kategoriach gotowości do wypisu oraz w wyniku ogólnym, który wskazuje na globalny poziom przygotowania pacjenta do wypisu, występują statystycznie istotne różnice w grupach chorych w zależności od rodzaju schorzenia. Wyniki prezentuje **Tabela II**.

W celu zlokalizowania różnic dokonano porównań *post-hoc*. Zastosowano test porównań wielokrotnych. Kolejne tabele zawierają wyniki analiz dla poszczególnych kategorii.

Porównania *post-hoc* wykazały, że pacjenci dzielą się na dwie różniące się od siebie grupy. Pacjenci z miażdżycą kończyn dolnych, astmą oskrzelową i zaćmą wykazują wyższą wiedzę na temat leków, które powinni przyjmować, niż pacjenci z nadciśnieniem tętniczym, po ostrym incydencie wieńcowym i z nowotworem jelita grubego. Wyniki przedstawia **Tabela III**.

Porównania *post-hoc* wykazały różnicę istotną statystycznie pomiędzy poszczególnymi grupami chorych. Pacjenci po ostrym incydencie wieńcowym i z nowotworem jelita grubego deklarują, że mają najmniejszą wiedzę na temat przyczyny przyjmowania leków, najwyższy poziom wiedzy w tym zakresie mieli pacjenci z miażdżycą kończyn dolnych, astmą oskrzelową i zaćmą. Wyniki zawiera **Tabela IV**.

Porównania *post-hoc* wykazały różnicę istotną statystycznie pomiędzy poszczególnymi grupami chorych. Pacjenci z miażdżycą kończyn dolnych deklarują istotnie wyższy poziom zdolności do przyjmowania zapisanych leków niż pacjenci z nadciśnieniem tętniczym, po ostrym incydencie wieńcowym i z nowotworem jelita grubego. Wyniki prezentuje **Tabela V**.

Porównania *post-hoc* wykazały różnicę istotną statystycznie pomiędzy poszczególnymi grupami chorych. Największą zdolność rozpoznawania niepokojących objawów deklarowali pacjenci z miażdżycą kończyn dolnych, astmą oskrzelową i zaćmą. Natomiast najniżej w tej kategorii ocenili się pacjenci z nadciśnieniem tętniczym i nowotworem jelita grubego. Wyniki przedstawia **Tabela VI**.

Tabela I. Charakterystyka gotowości do wypisu pacjentów z chorobami przewlekłymi

Kategoria oceny gotowości do wypisu	N	M	SD	Minimum	Maksimum
1. Wiedza na temat leków	325	3,28	1,72	0	5
2. Wiedza o przyczynach przyjmowania leków	325	3,67	1,55	0	5
3. Zdolność do przyjmowania zapisanych leków	325	4,24	1,07	0	5
4. Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem	325	3,95	1,23	0	5
5. Zdolność do przestrzegania zaleceń	325	4,10	1,09	0	5
6. Wiedza związana z osobami, do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności	325	4,21	1,25	0	5
7. Wiedza związana z osobami/instytucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku	325	4,63	0,85	0	5
8. Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej	325	4,42	1,04	0	5
Ogólna ocena gotowości do wypisu	325	32,50	6,62	9	40

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela II. Wyniki średnie w poszczególnych kategoriach gotowości do wypisu dla analizowanych grup chorych oraz istotność różnic między nimi

Kategoria oceny gotowości do wypisu	Średnie wartości w grupach						H	p
	Nadciśnienie tętnicze	Ostre incydenty wieńcowe	Nowotwory jelita grubego	Miażdżycy kończyn dolnych	Astma oskrzelowa	Zaćma		
1. Wiedza na temat leków	2,80	2,50	2,48	4,12	4,12	3,80	66,05	< 0,001
2. Wiedza o przyczynach przyjmowania leków	3,70	2,97	2,46	4,54	4,29	4,22	74,61	< 0,001
3. Zdolność do przyjmowania zapisanych leków	4,16	3,89	3,81	4,82	4,43	4,44	37,77	< 0,001
4. Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem	3,54	3,49	3,52	4,5	4,43	4,32	64,16	< 0,001
5. Zdolność do przestrzegania zaleceń	3,2	3,74	3,87	4,78	4,57	4,54	99,64	< 0,001
6. Wiedza związana z osobami, do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności	4,74	3,70	3,38	4,90	4,48	4,20	82,46	< 0,001
7. Wiedza związana z osobami/instytucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku	4,8	4,39	4,54	4,9	4,73	4,66	16,68	0,005
8. Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej	4,66	4,77	3,98	4,26	4,00	4,62	35,66	< 0,001
Suma gotowości do wypisu	31,6	29,4	28	36,8	35,2	34,8	80,63	< 0,001

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela III. Poziomy istotności analiz wykonanych testem porównań wielokrotnych w zakresie wiedzy na temat leków ze względu na rodzaj schorzenia

Wiedza na temat leków	{1} R:124,49	{2} R:123,21	{3} R:116,05	{4} R:213,60	{5} R:205,37	{6} R:184,81
Nadciśnienie tętnicze {1}		1,000	1,000	< 0,001	< 0,001	0,015
Ostry incydent wieńcowy {2}	1,000		1,000	< 0,001	< 0,001	0,004
Nowotwory jelita grubego {3}	1,000	1,000		< 0,001	< 0,001	0,003
Miażdżycy tętnic kończyn dolnych {4}	< 0,001	< 0,001	< 0,001		1,000	1,000
Astma oskrzelowa {5}	< 0,001	< 0,001	< 0,001	1,000		1,000
Zaćma {6}	0,015	0,004	0,003	1,000	1,000	

Źródło: Opracowanie własne.

Porównania *post-hoc* wykazały różnicę istotną statystycznie pomiędzy poszczególnymi grupami chorych. Najwyżej swoją zdolność do przestrzegania zaleceń terapeutycznych ocenili pacjenci z miażdżycą kończyn dolnych, astmą oskrzelową i zaćmą. Natomiast najniżej

ocenili się w tej kategorii pacjenci z nadciśnieniem tętniczym i nowotworem jelita grubego. Wyniki prezentuje **Tabela VII.**

Porównania *post-hoc* wykazały różnicę istotną statystycznie pomiędzy poszczególnymi grupami chorych. Pa-

Tabela IV. Poziomy istotności analiz wykonanych testem porównań wielokrotnych w zakresie wiedzy o przyczynach przyjmowania leków ze względu na rodzaj schorzenia

Wiedza o przyczynach przyjmowania leków	{1} R:147,47	{2} R:129,51	{3} R:89,781	{4} R:220,41	{5} R:193,02	{6} R:183,51
Nadciśnienie tętnicze {1}		1,000	0,028	0,001	0,201	0,739
Ostry incydent wieńcowy {2}	1,000		0,311	< 0,001	0,003	0,022
Nowotwory jelita grubego {3}	0,028	0,311		< 0,001	< 0,001	< 0,001
Miażdżycza tętnic kończyn dolnych {4}	0,001	< 0,001	< 0,001		1,000	0,662
Astma oskrzelowa {5}	0,201	0,003	< 0,001	1,000		1,000
Zaćma {6}	0,739	0,022	< 0,001	0,662	1,000	

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela V. Poziomy istotności analiz wykonanych testem porównań wielokrotnych w zakresie zdolności do przyjmowania zapisanych leków ze względu na rodzaj schorzenia

Zdolność do przyjmowania zapisanych leków	{1} R:142,71	{2} R:147,84	{3} R:113,77	{4} R:210,76	{5} R:167,70	{6} R:163,10
Nadciśnienie tętnicze {1}		1,000	1,000	0,003	1,000	1,000
Ostry incydent wieńcowy {2}	1,000		0,669	0,003	1,000	1,000
Nowotwory jelita grubego {3}	1,000	0,669		0,000	0,058	0,105
Miażdżycza tętnic kończyn dolnych {4}	0,003	0,003	0,000		0,307	0,132
Astma oskrzelowa {5}	1,000	1,000	0,058	0,307		1,000
Zaćma {6}	1,000	1,000	0,105	0,132	1,000	

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela VI. Poziomy istotności analiz wykonanych testem porównań wielokrotnych w zakresie umiejętności zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem ze względu na rodzaj schorzenia

Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem	{1} R:111,53	{2} R:143,56	{3} R:113,56	{4} R:217,75	{5} R:194,72	{6} R:177,94
Nadciśnienie tętnicze {1}		0,886	1,000	0,000	0,000	0,004
Ostry incydent wieńcowy {2}	0,886		1,000	0,000	0,041	0,642
Nowotwory jelita grubego {3}	1,000	1,000		0,000	0,000	0,008
Miażdżycza tętnic kończyn dolnych {4}	0,000	0,000	0,000		1,000	0,448
Astma oskrzelowa {5}	0,000	0,041	0,000	1,000		1,000
Zaćma {6}	0,004	0,642	0,008	0,448	1,000	

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela VII. Poziomy istotności analiz wykonanych testem porównań wielokrotnych w zakresie zdolności do przestrzegania zaleceń ze względu na rodzaj schorzenia

Zdolność do przestrzegania zaleceń	{1} R:81,570	{2} R:139,67	{3} R:122,82	{4} R:225,99	{5} R:194,50	{6} R:189,15
Nadciśnienie tętnicze {1}		0,008	0,368	0,000	0,000	0,000
Ostry incydent wieńcowy {2}	0,008		1,000	0,000	0,022	0,049
Nowotwory jelita grubego {3}	0,368	1,000		0,000	0,002	0,004
Miażdżycza tętnic kończyn dolnych {4}	0,000	0,000	0,000		1,000	0,637
Astma oskrzelowa {5}	0,000	0,022	0,002	1,000		1,000
Zaćma {6}	0,000	0,049	0,004	0,637	1,000	

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela VIII. Poziomy istotności analiz wykonanych testem porównań wielokrotnych w zakresie wiedzy związanej z osobami, do których można się zgłosić o pomoc ze względu na rodzaj schorzenia

Wiedza związana z osobami, do których można zgłosić się po pomoc w codziennych czynnościach	{1} R:198,10	{2} R:131,96	{3} R:86,240	{4} R:212,30	{5} R:176,77	{6} R:154,09
Nadciśnienie tętnicze {1}		0,001	0,000	1,000	1,000	0,240
Ostry incydent wieńcowy {2}	0,001		0,114	0,000	0,133	1,000
Nowotwory jelita grubego {3}	0,000	0,114		0,000	0,000	0,004
Miażdżycza tętnic kończyn dolnych {4}	1,000	0,000	0,000		0,815	0,022
Astma oskrzelowa {5}	1,000	0,133	0,000	0,815		1,000
Zaćma {6}	0,240	1,000	0,004	0,022	1,000	

Źródło: Opracowanie własne.

cyjenci z miażdżyczą kończyn dolnych, astmą oskrzelową i zaćmą deklarowali, że posiadają wiedzę na temat osób, do których należy się zgłosić w celu uzyskania pomocy w wykonywaniu codziennych czynności. Natomiast najniżej ocenili się w tej kategorii pacjenci z nowotworem jelita grubego i po ostrych incydentach wieńcowych. Wyniki zawiera **Tabela VIII**.

Porównania *post-hoc* nie wykazały różnic istotnych statystycznie pomiędzy poszczególnymi grupami chorych w zakresie wiedzy związanej z osobami, instytucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku.

Porównania *post-hoc* wykazały różnicę istotną statystycznie pomiędzy poszczególnymi grupami chorych. Największą zdolność do podejmowania codziennej aktywności deklarowali pacjenci po ostrych incydentach wieńcowych i z nadciśnieniem tętniczym, najniżej w tej kategorii ocenili się pacjenci z nowotworem jelita grubego i astmą oskrzelową. Wyniki przedstawia **Tabela IX**.

Porównania *post-hoc* wykazały różnicę istotną statystycznie pomiędzy poszczególnymi grupami chorych. Najlepiej przygotowani do wypisu w swojej ocenie byli pacjenci z miażdżyczą kończyn dolnych, astmą oskrzelową

i zaćmą, najmniej przygotowani do wypisu czuli się pacjenci z nowotworem jelita grubego i po ostrych incydentach wieńcowych. Wyniki prezentuje **Tabela X**.

Dyskusja

Analiza uzyskanych wyników wykazała, że pacjenci po wyłonieniu stomii z powodu nowotworu jelita grubego oraz po ostrym incydencie wieńcowym najniżej oceniali swój stopień przygotowania do wypisu. Potwierdzają to badania innych autorów, którzy wykazali, że chorzy po wyłonieniu stomii wymagają bardziej aktywnego przygotowania do wypisu ze względu na zarówno specyfikę schorzenia, jak i metodę leczenia, która powoduje, że pacjent musi wprowadzić wiele zmian w swoim codziennym funkcjonowaniu [12]. Być może ma na to wpływ również postęp w metodach operacyjnych, który skrócił czas przebywania pacjentów na oddziale i tym samym czas, jaki ma personel, aby przygotować pacjenta do wypisu [13, 14]. Również pacjenci kardiologiczni wypisywani ze szpitala mieli poczucie braku informacji dotyczących dalszego leczenia, ewentualnych powikłań,

Tabela IX. Poziomy istotności analiz wykonanych testem porównań wielokrotnych w zakresie zdolności do podejmowania codziennej aktywności ze względu na rodzaj schorzenia

Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej	{1} R:180,95	{2} R:189,96	{3} R:118,24	{4} R:153,23	{5} R:132,69	{6} R:164,39
Nadciśnienie tętnicze {1}		1,000	0,011	1,000	0,132	1,000
Ostry incydent wieńcowy {2}	1,000		< 0,001	0,457	0,012	1,000
Nowotwory jelita grubego {3}	0,011	< 0,001		0,883	1,000	0,191
Miażdżycza tętnic kończyn dolnych {4}	1,000	0,457	0,883		1,000	1,000
Astma oskrzelowa {5}	0,132	0,012	1,000	1,000		1,000
Zaćma {6}	1,000	1,000	0,191	1,000	1,000	

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela X. Poziomy istotności analiz wykonanych testem porównań wielokrotnych w zakresie wyniku ogólnego gotowości do wypisu ze względu na rodzaj schorzenia

Wynik ogólny gotowości do wypisu	{1} R:133,15	{2} R:122,50	{3} R:94,135	{4} R:228,70	{5} R:194,65	{6} R:184,59
Nadciśnienie tętnicze {1}		1,000	0,493	0,000	0,013	0,067
Ostry incydent wieńcowy {2}	1,000		1,000	0,000	0,000	0,003
Nowotwory jelita grubego {3}	0,493	1,000		0,000	0,000	0,000
Miażdżycza tętnic kończyn dolnych {4}	0,000	0,000	0,000		1,000	0,230
Astma oskrzelowa {5}	0,013	0,000	0,000	1,000		1,000
Zaćma {6}	0,067	0,003	0,000	0,230	1,000	

Źródło: Opracowanie własne.

koniecznych zmian stylu życia oraz źródeł wsparcia [15, 16]. Badania prowadzone przez Kubicę [17] pokazały, że edukacja prowadzona w szpitalu w odniesieniu do pacjentów po zawale serca jest niewystarczająca lub nie odpowiada na potrzeby pacjentów [18].

Grupa pacjentów z miażdżycą kończyn dolnych i astmą oskrzelową w swojej ocenie była najlepiej przygotowana do wypisu. Być może wynika to z faktu, że schorzenia te były przyczyną częstych hospitalizacji i chorzy zdobyli już niezbędny zakres wiedzy podczas wcześniejszych pobytów na oddziale lub w trakcie korzystania z usług poradni specjalistycznych.

Niepokojący jest fakt, że badani najniżej oceniali swoje przygotowanie w zakresie kluczowych rokowniczo kategorii: wiedza na temat leków (M = 3,28), wiedza na temat przyczyn przyjmowania leków (M = 3,67), umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem (M = 3,95). Na oddziałach, gdzie były prowadzone badania, przygotowania do wypisu pacjentów były oparte na indywidualnych rozmowach pacjenta z lekarzem oraz na informacjach przekazywanych przez pielęgniarki w trakcie wykonywania czynności pielęgnacyjnych. Nie było opracowanych programów. Nie funkcjonowały żadne dodatkowe formy wspomagające

proces przygotowania pacjentów do wypisu, np. broszury edukacyjne czy spotkania grupowe pacjentów. Bardzo istotnym czynnikiem wpływającym na skuteczność edukacji jest zaangażowanie wszystkich członków zespołu terapeutycznego i ich merytoryczne przygotowanie do pełnienia funkcji edukatora. Niestety, aktualny system opieki szpitalnej umniejsza rolę często bardzo przecież czasochłonnej edukacji pacjenta w zakresie jego przygotowania do funkcjonowania z chorobą [19].

Analiza różnic w zakresie poszczególnych kategorii, które wchodziły w skład oceny gotowości do wypisu pacjentów, pokazała interesujące zależności. Badani pacjenci z miażdżycą kończyn dolnych, astmą oskrzelową i zaćmą najczęściej różnili się na poziomie istotnym statystycznie w swoich ocenach od pozostałych grup chorych. Być może, jak wspomniano wcześniej, specyfika przebiegu schorzenia, na które cierpieli, wcześniejsza edukacja w trakcie hospitalizacji czy korzystania z poradni specjalistycznych, miały na to wpływ. Trzeba też pamiętać, że być może indywidualne oczekiwania tej grupy pacjentów w zakresie uzyskanych informacji w szpitalu pozwoliły im na taką ocenę swojego przygotowania do wypisu [20]. Biorąc pod uwagę uzyskane wyniki, warto pamiętać, że samoocena pacjentów w zakresie wiedzy

dotyczącej choroby jest czynnikiem o bardzo dużym potencjale modyfikującym skuteczność edukacji. Osoby, które są przekonane, że ich wiedza jest wystarczająca, nie mają motywacji do jej pogłębiania, w odróżnieniu od pacjentów, którzy odczuwają niedobór informacji i mogą być potencjalnie silniej zmotywowani do aktywnego uczestnictwa w proponowanych formach edukacji terapeutycznej [18].

Według danych opublikowanych przez Kardasa [8, 21] z powodu nieprzestrzegania zaleceń polski system ochrony zdrowia traci rocznie około 6 miliardów złotych. Natomiast niewymierne są koszty życia i cierpienia związanego z chorobą, które ponoszą pacjenci i ich rodziny. Dzięki edukacji terapeutycznej można zwiększyć świadomość pacjentów co do zasad stosowanej terapii, jej celowości oraz zwiększyć umiejętności z zakresu samokontroli. Niezbędnym warunkiem do osiągnięcia tego celu jest relacja pacjent – zespół terapeutyczny i traktowanie chorego jak partnera w procesie leczenia. Jednocześnie badania potwierdzają znaczenie i potrzebę prowadzenia edukacji terapeutycznej w grupie pacjentów przewlekle chorych [22].

Ograniczenia badania

Przeprowadzone przez nasz zespół badanie dostarcza ważnych informacji wskazujących dziedziny wymagające szczególnie intensywnych działań edukacyjnych u pacjentów przewlekle chorych, jednakże relatywnie niewielka liczebność badanej grupy nakazuje ostrożność w zakresie interpretacji uzyskanych wyników. Niezbędne są dalsze badania w celu uzyskania precyzyjnej diagnozy stanu obecnego, co pozwoli dobrze zaprojektować, skutecznie wdrożyć i wiarygodnie ocenić działania edukacyjne z chorymi przewlekle, realizowane w szpitalach.

Wnioski

Przygotowanie do wypisu pacjentów hospitalizowanych z powodu chorób przewlekłych jest niewystarczające. Konieczne są intensywne działania mające na celu definiowanie grup wymagających szczególnego wspierania procesu terapeutycznego poprzez ukierunkowaną edukację.

Edukacja realizowana w trakcie hospitalizacji pacjentów powinna być zaplanowana, monitorowana i, co warto podkreślić, prowadzona przez wszystkich członków zespołu terapeutycznego zgodnie z posiadanymi przez nich kompetencjami.

Piśmiennictwo

- World Health Organization, 2015, http://who.int/topic/chronic_diseases/en/; dostęp: 29.06.2015.
- World Health Organization, 2011, *The Atlas of Heart Disease and Stroke*, http://www.who.int/carsease_and_stroke/; dostęp: 29.06.2015.
- Szyndler A., Gąsowski J., Wizner B. et al., *Edukacja pacjentów – integralna część postępowania w nadciśnieniu tętniczym*, „Przewodnik Lekarza” 2004; 7: 90–97.
- Visser S., Deccache A., Bensing J., *Patient education in Europe: united differences*, „Patient Education and Counseling” 2001; 44 (1): 1–5.
- Sabate E. (red.), *Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action*, World Health Organization, Geneva 2003.
- Osterberg L., Blaschke T., *Adherence to medication*, „N. Engl. J. Med.” 2005; 353: 487–497.
- Postawy pacjentów wobec zaleceń lekarskich w terapii chorób przewlekłych. Raport z badań*, Warszawa 2010, http://www.polpharma.pl/gfx/polpharma/pl/polpharmakatalog-fleshowy/334/2/1/raport_z_badania_screen.pdf; dostęp: 26.06.2015.
- Gaciong Z., Kardas P. (red.), *Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Od przyczyny do praktycznych rozwiązań*, Naukowa Fundacja Polfarmy, Warszawa 2015.
- Grabańska K., Bogdański P., *Miejsce leczenia niefarmakologicznego w prewencji i terapii nadciśnienia tętniczego*, „Forum Zaburzeń Metabolicznych” 2010; 2: 115–122.
- Januszkiewicz A., *Nadciśnienie tętnicze – aspekty kliniczne*, Czelej, Warszawa 2006: 21–98.
- Andruszkiewicz A., Biercewicz M., Felsmann M., Marzec A., *Skale oceny stanu pacjenta/klienta według HOBIC i ich wykorzystanie w podstawowej ocenie stanu pacjenta*, w: Kilańska D. (red.), *Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej ICNP® w praktyce pielęgniarskiej*, PZWL, Warszawa 2014: 122–123.
- Rossi G., Vaccarezza H., Vaccaro C.A., Mentz R.E., Im V., Alvarez A. et al., *Two-day hospital stay after laparoscopic colorectal surgery under an Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) pathway*, „World J. Surg.” 2013; 37 (10): 2483–2489, doi: 10.1007/s00268-013-2155-x.
- Lv L., Shao Y.F., Zhou Y.B., *The Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) pathway for patients undergoing colorectal surgery: An update of meta-analysis of randomized controlled trials*, „Int. J. Color Dis.” 2012; 27 (12): 1549–1554, doi: 10.1007/s00384-012-1577-5.
- Lithner M., Klefsgard R., Johansson J., Andersson E., *The significance of information after discharge for colorectal cancer surgery – a qualitative study*, „BMC Nursing” 2015; 14: 36, doi:10.1186/s12912-015-0086-6.
- Smith J., Liles C., *Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients: A comparative, descriptive study*, „J. Clin. Nurs.” 2007; 16: 662–671.
- Oterhals K., Hanestad B.R., Eide G.E., Hanssen T.A., *The relationship between in-hospital information and patient satisfaction after acute myocardial infarction*, „Eur. J. Cardiovasc. Nurse” 2006; 5: 303–310.
- Kubica A., *Edukacja zdrowotna na tle wybranych czynników a skuteczność terapii antyagregacyjnej u pacjentów po zawale serca*, Wydawnictwo Naukowe UMK, Toruń–Bydgoszcz 2012.
- Kubica A., Jurek A., Olejarczyk E., Magielski P., Araszkiewicz A., Dabrowska J., Budzbon D., Michalski A., Wisniewska-Szymt J., Sukiennik T., Zabielska E., Król A., Koziński M., Dobosiewicz R., Sinkiewicz W., Grabczewska Z., Sukiennik A., Kubica J., *Wybrane czynniki demograficzno-społeczne a skuteczność edukacji zdrowotnej prowadzonej na podstawie broszury edukacyjnej u osób z ostrym zawałem serca*, „Folia Cardiologica Excerpta” 2008; 3: 199–207.

19. Sidani S., *Self-care*. w: D. Doran, *Nursing Outcomes: The State of the Science*, Jones & Bartlett Learning, Ontario 2011.
20. Marcolongo R., Bonadiman L., *Therapeutic patient education in Italy: A critical outline*, „International Review of Asthma” 2004; 6 (3): 52–61.
21. Kardas P., *ABC nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych*, „Puls Medycyny” 2012; 1: 6–10.
22. Kubica A., Andruszkiewicz A., Grzešek G. et al., *Edukacja zdrowotna jako metoda poprawy realizacji programu terapeutycznego*, „Folia Cardiologica” 2010; 2: 93–99.

The Functional Condition and Physical Mobility among Patients Provided with Long-Term Institutional Care

Ilona Kuźmicz¹, Tomasz Brzostek¹, Maciej Górkiewicz²

¹ Department of Internal and Environmental Nursing Institute of Nursing and Midwifery, Faculty of Health Science, Jagiellonian University Medical College; ² Epidemiology and Population Studies Department, Faculty of Health Science, Jagiellonian University Medical College

Address for correspondence: Ilona Kuźmicz, Department of Internal and Environmental Nursing, Institute of Nursing and Midwifery, Faculty of Health Science, Jagiellonian University Medical College, ul. Kopernika 25, 31–501 Kraków, ilona.kuzmicz@uj.edu.pl

Abstract

Introduction. The increase of dysfunction in the functional condition and a decrease in physical mobility lead to independence limitation and increased demand for health care services.

Aim of the study. The aim of the research was to evaluate the association between functional condition and physical mobility and selected demographic variables of patients provided with long-term institutional care.

Material and methods. The study group consisted of persons provided with long-term institutional care. The following standardized research tools were used in this study: the Cognitive Assessment Scale, the Edmonton Functional Assessment Tool and the Barthel Index.

Results. Studies have shown that with increasing dysfunction of the functional condition of mobility decreases patients. The analysis showed no significant correlation of functional condition with age and gender of the respondents.

Conclusions. The results indicate a need systematic assessment of the functional condition of patients, which determines adjustment of care to the capabilities and needs of the patients.

Key words: functional condition, mobility, long-term care

Słowa kluczowe: stan funkcjonalny, sprawność ruchowa, opieka długoterminowa



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

Przygotowanie i edycja anglojęzycznych wersji publikacji finansowane w ramach umowy 914/P-DUN/2016 ze środków Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego przeznaczonych na działalność upowszechniającą naukę.

Introduction

In compliance with the binding legal regulations in Poland, the services provided in the healthcare sector within the stationary long-term care are provided by care institutions which include care and treatment facilities as well as nursing and care facilities. This form of care is available only to chronically ill persons who need round-the-clock provision of nursing, care or rehabilitation services and continuous treatment, but at the same time do not require hospitalization on a hospital ward [1] and who obtained up to 40 points on the Barthel Index [2].

An important role in the provision of care to chronically ill patients is played by the social welfare sector in which are functioning social welfare homes [3]. These institutions are dedicated to people who require full-time care because of age, illness or disability and who are dysfunctional in daily life [4].

Literature analysis shows that persons covered by long-term care are characterized by a diversified degree of independence, out of which a substantial number is fully or partially dependent [5–8]. A higher incidence of individual deterioration rather than mobility improvement was reported [5].

The knowledge of patient functional condition enables the choice of appropriate interventions, which can help improve their functional condition and retain independence [9]. Dependence on other people is sometimes a vital necessity, however it can also become the cause of many problems associated with the loss of autonomy. That is why this phenomenon should be considered holistically [10]. One of the basic tasks of health care is to detect risk factors affecting the ability of the elderly to live independently and also to take preventive and therapeutic action against building up disability and dependence upon carers and caring institutions [11, 12].

The aim of the study

The evaluation of the correlation between functional condition and mobility as well as with the selected demographic variables of inpatients with cognitive disorders provided with long-term care.

The materials and methods

Observational studies were conducted in long-term care institutions in Cracow by means of standardized research tools. All the participants in the study were the people over 60 who obtained up to 10 points on the Cognitive Assessment Scale (CAS)[13], which points out to the occurrence of cognitive dysfunction [14]. The Edmonton Functional Assessment Tool (EFAT) [15] was used to evaluate the functional condition of the participants in the study. EFAT assesses the extent to which patients are able to stimulate themselves when confronted with limitations resulting from an illness [16]. The tool consists of several domains enabling to assess, among others, dysfunctions in terms of communication, mental condition, the ability to keep balance, daily activity, tiredness and motivation as well as the occurrence of pain and breathlessness [15, 16]. Each individual domain is assessed on a 4-point scale from 0 to 3 (0 = full functional condition, 1= slight dysfunction, 2 = medium dysfunction, 3= complete loss of functional competence). In individual domains the assessment is based on the description of a particular behaviour or activity [14]. To assess mobility, on the other hand, the Barthel Index was used [17]. It is possible to score from 0 to 100 points in the Barthel Index assessment, where the higher the score, the better mobility [18].

If the subject of the assessment is not the patient's subjective impression about their condition, but psycho-

physical competence – the assessment by an outsider which can be directly observed - it will be more objective from the self-assessment made by the patient [19]; in particular, when the persons under examination display communicative or cognitive competence dysfunctions [20]. Therefore, the data referring to the functional condition and physical mobility presented in this study were gathered on the basis of the patients' behaviour observed by the researcher in co-operation with medical staff directly providing care to the patients taking part in the study as well as the analysis of medical documentation. The study was conducted without the intervention into the process of treatment, care or rehabilitation of the patients.

The presented research findings are part of a larger research project which was positively assessed by the Bioethical Commission of the Jagiellonian University in Cracow (KBET/43/B/2005 dated 24 February 2005).

The statistical analysis

The method of measurement applied in the study does not reveal any lack of data. The gathered material was encoded and saved in the *Excel* programme. The obtained results underwent a statistical analysis with the application of *Statistica* statistical batch. The quantitative factors, such as the level of functional condition and mobility, age (measured in years) and the duration of stay in a caring facility (measured in months) were presented by means of average, minimum and maximum standard deviation. To define the correlation between functional condition with age, the duration of stay and mobility, Spearman's correlation was used. To assess the differences in the functional condition of patients depending on gender, U Mann-Whitney's Test was adopted with the value of $p < 0,05$ as statistically vital in all the tests.

Results

Altogether 160 people took part in the study, out of whom 80 were inmates of caring/therapeutic facilities while the remaining people were residents of a social welfare home. Over ¾ of the participants in the study (N = 125; 78.2%) were women. Men made up 21.8% (N = 35) of the examined population. The average age of the participants was 82.1 year (SD = 7.7), while the average duration of stay in the caring institution – 41.9 months (Table I).

The average results for the functional condition and mobility were presented in Table I.

Table I. Descriptive statistics

Variable	N Number of participants	Average	Minimum	Maximum	SD Standard deviation
Age	160	82,06	61,00	100,00	7,67
Duration of stay	160	41,91	6,00	288,00	56,59
Functional condition	160	17,44	5,00	30,00	5,75
Mobility	160	32,81	0,00	95,00	26,01

Source: Author's own elaboration.

The analysis of the impact of the chosen demographic factor did not reveal any significant correlation between the functional condition and the age of the patients ($r = 0.002$; $p > 0.05$). Gender was the consecutive demographic factor which underwent the analysis. The gathered results allow us to conclude that there is no interaction between gender and the functional condition of the examined, either ($p > 0.05$; $Z = -0.352$).

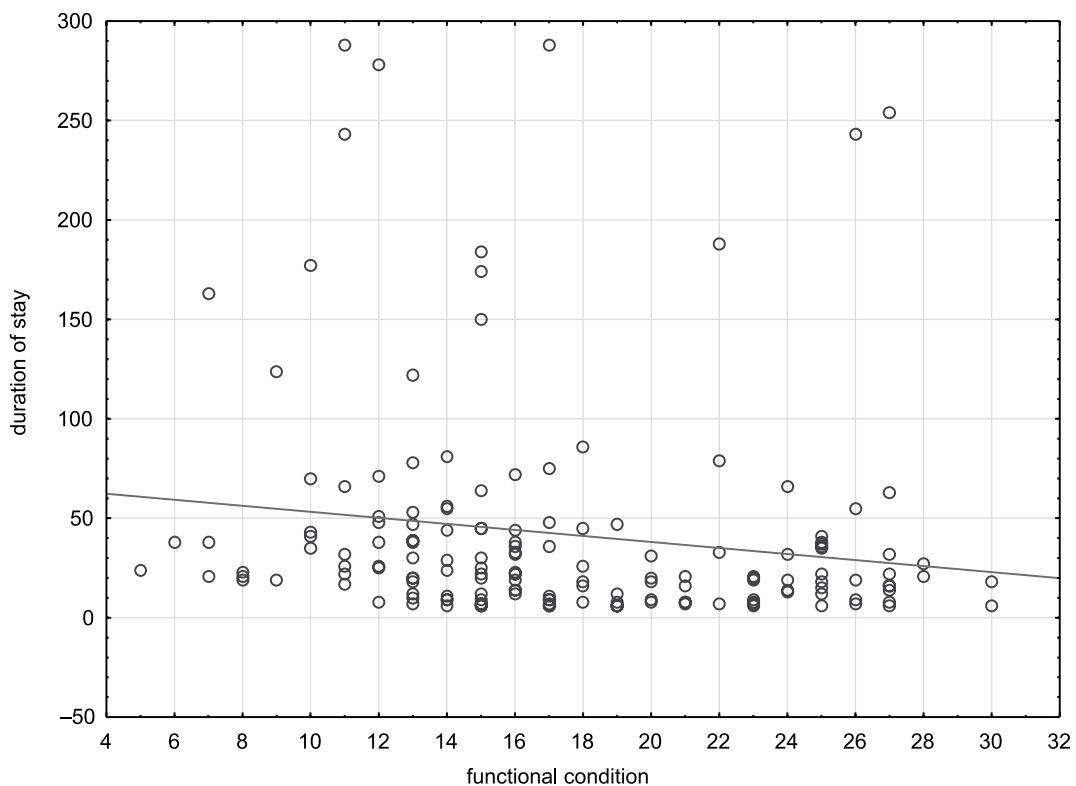
There is, however, a slight but significant coefficient of correlation between functional condition and the duration of stay ($r = -0.297$; $p = 0.000$), (**Figure 1**). Patients who stayed in a care facility for a longer time displayed a milder functional condition dysfunction. An important statistical correlation ($r = -0.866$; $p = 0.00$) was confirmed (**Figure 2**) between functional condition and mobility, as it was established that the increase in functional condition impairment is accompanied by the decrease in mobility.

Discussion

According to some authors, functional condition (functional competence) is understood as self-efficacy and independence in daily life [21, 22]. It is conditioned by many factors which include, among others, physical, intellectual and sensory performance [21]. Specialist literature gives access to research findings which confirm the correlation between the occurrence of limitations in

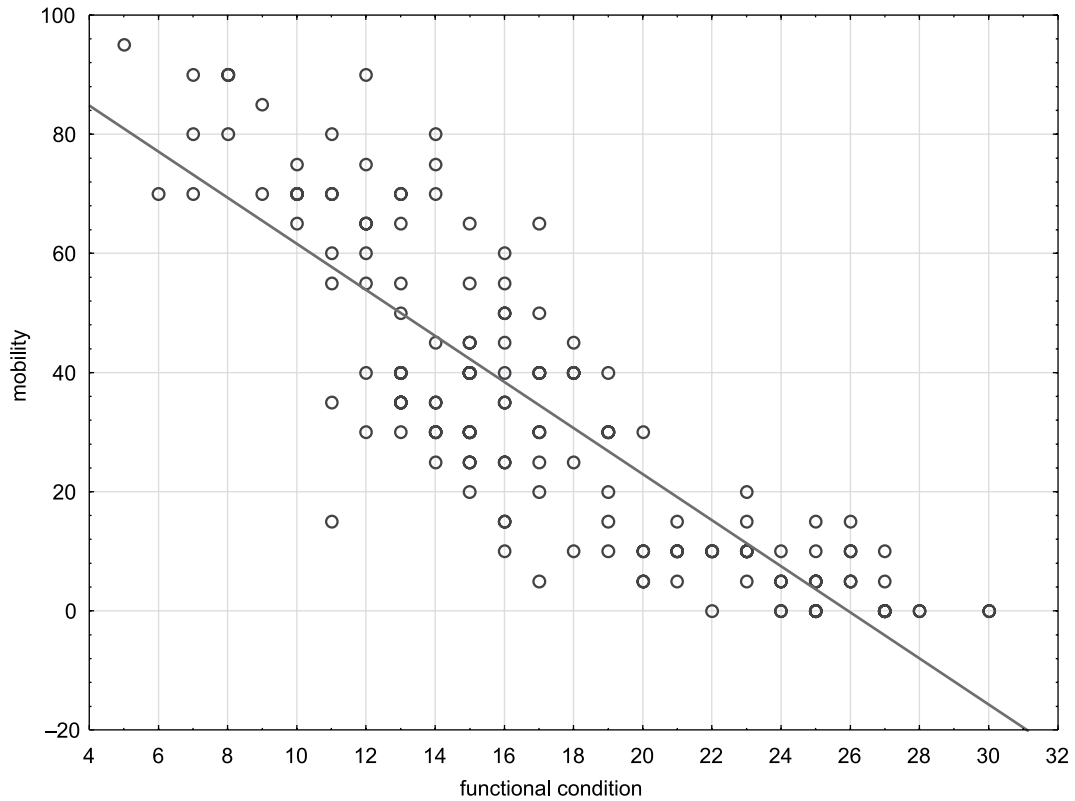
daily performance and lower physical or cognitive ability, as well as with the chosen demographic and social variables [21, 23–27]. Own research confirms the correlation between mobility and functional condition of the participants in the study. However, there is no correlation between age or gender of the participants and the increase in the dysfunction of the functional condition. It is possible, that the lack of this correlation resulted from the low number of the members of the study group; in particular, the low number of men. These correlations were confirmed in another study which was conducted in a geriatric clinic and in social welfare homes on the territory of the towns of Bydgoszcz and Koronowo. The results show that the older the person, the more deteriorated their mobility in daily life is [25]. In the same way, a study carried out among the residents of the social welfare home in Olsztyn on their subjective opinion about their health condition showed that mobility limitations are more frequent among older people than the younger ones [26]. In turn, research conducted among a group of 130 patients from care facilities in Western Poland showed not only a correlation between age and mobility, but also between gender and mobility. Having carried out an assessment by means of the Barthel Index, the authors proved that women obtained a lower average score than men, which means that they were less mobile in terms of daily activity performance and had more deficiencies in this respect, thus displaying greater need for

Figure 1. Correlation between functional condition and the duration of stay



Source: Author's own elaboration.

Figure 2. Correlation between functional condition and mobility



Source: Author's own elaboration.

nursing care. The people belonging to the 65 to 74 age group, on the other hand, were characterized by a lower degree of disability than people aged between 75 and 89 [27]. Other research conducted among a group of 292 patients from the rural environment who were the residents of caring facilities, showed that the quality of life of the participants reached the lowest estimate in terms of physical domain, while health condition was a significant factor in shaping the quality of life of the patients. [28]. Research carried out in the Geriatric Department and the Geriatric Clinic of Collegium Medicum in Bydgoszcz shows that medical and health factors which had impact upon the functional condition assessed on the FACIT-F scale comprised the following: the risk of developing decubitus ulcer, the occurrence of decubitus ulcer, body mass index, type of illness, self-assessment of health condition as well as simple and complex daily activity performance index. The authors noticed that the persons who obtained more points on the FACIT-F scale performed better when it comes to simple and complex daily activities [29]. It is also interesting to examine the results of the analysis of the descriptions of patients under long-term nursing care. On the basis of the analysis of 575 qualification cards for this form of care, it was demonstrated that almost half of the inmates were fully dependent in terms of basic daily activities and obtained 0 points on the Barthel Index [30].

The results of own research findings, as well as the results of other authors, reveal that the essential problem limiting the performance of persons being under long-term care, geriatric care is caused by mobility impairments, while the aim of care provided to this group should be targeting at maintaining the highest possible level of independence and quality of life. What is more, research conducted so far has been highlighting the sense of undertaking activities aiming at the improvement of physical fitness in the context of improving daily performance [21], as the existing scientific evidence confirms that the appropriately planned therapy including physical rehabilitation can improve independence of persons under long-term care [31].

Conclusions

1. Own research results did not reveal any interaction between age and gender, and the functional condition of the examined. It was ascertained that the increase in the impairment of functional condition is accompanied by the decrease in mobility.
2. A better understanding of the factors determining the level of functional condition deficits may improve the planning of the effective and efficient strategy for the prevention of, or slowing down in disability of inmates from long-term care facilities.

References

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. 2013 poz. 1480).
- Zarządzenie Nr 69/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 listopada 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.
- Szczerbińska K., Czarniecka K., *Wpływ rozwoju stacjonarnej opieki długoterminowej na jej dostępność dla osób starszych*, in: Szczerbińska K. (ed.), *Dostępność opieki zdrowotnej i pomocy społecznej dla osób starszych w Polsce*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006: 227–249.
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. Nr 64, poz. 593).
- Kuźmicz I., Brzostek T., Górkiewicz M., *Zmiany sprawności ruchowej pacjentów z zaburzeniami funkcji poznawczych, objętych długoterminową opieką stacjonarną w Polsce*, "Problemy Pielęgniarstwa" 2014; 22 (2): 154–158.
- Kuźmicz I., Brzostek T., Górkiewicz M., *Zróżnicowanie stanu funkcjonalnego pacjentów objętych stacjonarną opieką długoterminową w Polsce*, in: Świderek Z., Wróbel W., Kryński A. (eds), *Zdrowie publiczne: współczesne uwarunkowania i trendy rozwoju*, Wydawnictwo Akademii Polonijnej w Częstochowie "Educator", Częstochowa 2010: 269–277.
- Bońkowski K., Klich-Rączka A., *Ciężka niesprawność czynnościowa osób starszych wyzwaniem dla opieki długoterminowej*, "Gerontologia Polska" 2007; 15 (3): 97–103.
- Hancock G.A., Woods B., Challis D. et al., *The needs of older people with dementia in residential care*, "International Journal of Geriatric Psychiatry" 2006; 21: 43–49.
- Bangen K.J., Jak A.J., Schiehser D.M. et al., *Complex activities of daily living vary by mild cognitive impairment subtype*, "Journal of the International Neuropsychological Society" 2010; 16 (4): 630–639.
- Zaczyk I., *Social and Psychological Problems in Functioning of the Elderly People*, in: Fidecki W., Wysokiński M. (eds), *Selected Problems of the Ageing Population*, Radomska Szkoła Wyższa, Radom 2009: 19–28.
- Doroszkiwicz H., Bień B., *Podstawowa opieka geriatryczna na świecie*, "Pielęgniarstwo XXI wieku" 2005; 1/2 (10/11): 94–97.
- Jachimowicz V., Kostka T., *Ocena poczucia własnej skuteczności u pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej*, "Gerontologia Polska" 2009; 17 (1): 23–31.
- Pattie A.H., *A survey version of the Clifton Assessment Procedures for the Elderly (CAPE)*, "British Journal of Clinical Psychology" 1981; 20: 173–178.
- De Walden-Gałuszko K., Majkowicz M., *Model oceny jakości opieki paliatywnej realizowanej w warunkach stacjonarnych*, Akademia Medyczna, Gdańsk 2001.
- Kaasa T., Wessel J., *The Edmonton Functional Assessment Tool: Further development and validation for use in palliative care*, "Journal of Palliative Care" 2001; 17: 5–11.
- Kaasa T., Wessel J., Darrach J. et al., *Inter-rater reliability of formally trained and self-trained raters using the Edmonton Functional Assessment Tool*, "Palliative Medicine" 2000; 14: 509–517.
- Mahoney F.I., Barthel D.W., *Functional evaluation: The Barthel Index*, "Maryland State Medical Journal" 1965; 14: 61–65.
- Brunherotti M.A., Sobreira C., Rodrigues-Junior A.L. et al., *Correlations of Egen Klassifikation and Barthel Index scores with pulmonary function parameters in Duchenne muscular dystrophy*, "Heart and Lung" 2007; 36 (2): 132–139.
- Kuźmicz I., Brzostek T., Górkiewicz M., *Kwestionariusz Barthel jako narzędzie pomiaru zakresu samodzielności fizycznej osób w podeszłym wieku*, "Studia Medyczne" 2008; 12: 17–21.
- Frankfort-Nachmias Ch., Nachmias D., *Metody badawcze w naukach społecznych*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Kraków 2000.
- Skalska A., *Ograniczenie sprawności funkcjonalnej osób w podeszłym wieku*, "Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie" 2011; IX (1): 50–59.
- Tobiasz-Adamczyk B., Brzyski P., *Czynniki warunkujące zmiany w stanie funkcjonalnym w wieku starszym na podstawie 12-letniej obserwacji*, "Gerontologia Polska" 2002; 10 (1): 23–29.
- Gill T.M., Williams Ch.S., Richardson E.D. et al., *Impairments in physical performance and cognitive status as predisposing factors for functional dependence among non-disabled older persons*, "Journal of Gerontology" 1996; 51 (6): 283–288.
- Bidzan L., Marcinkiewicz M., *Ocena funkcjonowania osób z otępieniem zamieszkujących w domach opieki*, "Psychiatria Polska" 2005; 2 (4): 349–360.
- Humańska M.A., Kędziora-Kornatowska K., Wrońska I., *Age and Functional Efficiency of Geriatric Patients*, in: Saracen A. (ed.), *Holistic Care of the Elderly*, Radomska Szkoła Wyższa, Radom 2009: 247–256.
- Loda M., Muszałik M., *Jakość życia związana ze zdrowiem osób w starszym wieku*, in: Krajewska-Kułak E., Szczepański M., Łukaszuk C. (eds), *Problemy terapeutyczno-pielęgnacyjne od poczęcia do starości*. Tom I, Akademia Medyczna w Białymstoku, Białystok 2007: 385–392.
- Fidecki W., Wysokiński M., Wrońska I. et al., *Niesprawność osób starszych wyzwaniem dla opieki pielęgniarstwa*, "Problemy Pielęgniarstwa" 2011; 19 (1): 1–4.
- Fidecki W., Wysokiński M., Wrońska I. et al., *Jakość życia osób starszych ze środowiska wiejskiego objętych opieką długoterminową*, "Problemy Higieny i Epidemiologii" 2011; 92 (2): 221–225.
- Muszałik M., Ćwikła A., Kędziora-Kornatowska K., Kornatowski T., *Ocena wpływu czynników socjodemograficznych i medycznych na poziom sprawności funkcjonalnej pacjentów geriatrycznych*, "Pielęgniarstwo XXI wieku" 2010; 1–2 (30–31): 9–15.
- Mojsa W., Chlabicz S., Małyżko J., *Charakterystyka pacjentów pielęgniarstwa opieki długoterminowej w latach 2004–2008 w województwie podlaskim*, "Gerontologia Polska" 2013; 21 (1): 18–24.
- Crocker T., Young T., Forster A et al., *The effect of physical rehabilitation activities of daily living in older residents of long-term care facilities: Systematic review with meta-analysis*, "Age and Ageing" 2013; 42: 682–688.

Specyfika rehabilitacji i opieki geriatrycznej pacjentów po 60. roku życia

Joanna Białkowska¹, Dorota Mroczkowska²,
Magdalena Osowicka-Kondratowicz³

¹ Wydział Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie; ² Pracownia Rehabilitacji Zaburzeń Funkcji Behawioralno-Poznawczych, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Olsztynie; ³ Wydział Humanistyczny Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie

Adres do korespondencji: Joanna Białkowska, Oddział Kliniczny Rehabilitacji Neurologicznej i Ogólnoustrojowej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Olsztynie, aleja Warszawska 30, 11-041 Olsztyn, biaalkowska.j@gmail.com

Abstract

Rehabilitation and Geriatric Care Management in the Population 60+

Aging of the population in the highly developed countries brings an increasing interest in the organization of the geriatric care. Efforts are undertaken towards the development of a geriatric care management model which would fulfill the following criteria: continuity, complexity and availability. Such model would focus on the early diagnosis of health disorders, what should decrease the need for the hospitalization of persons at the advanced age and therefore reduce the cost of medical care. The calendar age not always corresponds to the biological age of a person, and there is no agreement as to what year of life should be considered as the border of an "old age" of the given person. Medical care should therefore be adapted to the individual needs of each patient. A goal of this report is to define rehabilitation and areas of functioning of aging persons which should be considered while developing strategies for the geriatric care management in the aging population.

Key words: geriatric care management, geriatrics, rehabilitation

Słowa kluczowe: opieka geriatryczna, geriatryka, rehabilitacja

Wstęp

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, World Health Organization) starość dzieli się na trzy okresy: wiek podeszły (60–75 lat), starość (75–90 lat) i wiek sędziwy (powyżej 90. roku życia). Pacjent geriatryczny to osoba, która osiągnęła wiek co najmniej 60 lat i została skierowana do geriatry. Zazwyczaj jest to pacjent w późnej starości, z wielochorobowością, u którego z racji wieku lub współistniejących chorób pojawia się ryzyko nagłego pogorszenia stanu zdrowia lub zgonu [1]. Prognozy GUS wskazują, że w Polsce w 2020 roku będzie 18,4% populacji po 65. roku życia, a w 2035 roku – 23,2%. Przewiduje się wyraźny wzrost liczby osób w tzw. późnej starości (fenomen „podwójnego starzenia”

– w 1999 roku w grupie osób w wieku powyżej 60 lat 12% ukończyło 80. rok życia, w 2050 roku udział ten wzrośnie do 29%). Obserwowana na świecie od lat 90. XX wieku zmiana struktury chorób i prognozy na 2020 rok wskazują, że o połowę mniejsza będzie zachorowalność na choroby zakaźne, wzrośnie natomiast liczba przypadków chorób neuropsychiatrycznych i niezakaźnych przewlekłych [2].

Opieka geriatryczna w Polsce

W 2013 roku w Polsce opublikowano standardy postępowania w opiece geriatrycznej opracowane przez Ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia. Mimo prac nad projektem rozporządzenia

ministra zdrowia w sprawie standardów postępowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu geriatry rozporządzenie to nie weszło w życie [3]. Zgodnie z opracowaniami tego zespołu standardy postępowania z pacjentem powinny być realizowane przez zespół geriatryczny w ramach: poradni geriatrycznej (ambulatoryjna opieka geriatryczna), geriatrycznych wizyt domowych (domowa opieka geriatryczna), oddziału geriatrycznego (leczenie szpitalne), dziennego geriatrycznego oddziału szpitalnego (dzienny ośrodek opieki geriatrycznej), konsultacyjnych wizyt geriatrycznych w zakładach leczniczych. W skład zespołu geriatrycznego udzielającego świadczeń z zakresu opieki geriatrycznej powinni wchodzić: lekarz geriatry; pielęgniarka z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego lub z tytułem specjalisty w dziedzinach pielęgniarstwa rodzinnego, zachowawczego, psychiatrycznego, neurologicznego, paliatywnego i opieki długoterminowej, jak również pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinach pielęgniarstwa rodzinnego, zachowawczego lub opieki długoterminowej oraz fizjoterapeuta [3].

W 2014 roku liczba polskich lekarzy specjalistów w dziedzinie geriatry wynosiła 321 osób. W trakcie kształcenia było 119 lekarzy. Według raportu NIK z 2015 roku współczynnik tych specjalistów na 10 tysięcy mieszkańców w wieku 65+ w Polsce wynosi 0,16, gdy tymczasem w Szwecji 4,2, Słowacji 2,6, Danii 2,0. Oznacza to, że w Polsce brakuje lekarzy geriatrów [1]. Ustalenia NIK z marca 2015 roku wskazują, że w Polsce nie ma dobrze zorganizowanego systemu geriatrycznej opieki medycznej nad osobami w podeszłym wieku. Dostępność tej opieki jest niewystarczająca, brakuje powszechnych, kompleksowych i wystandaryzowanych procedur postępowania w opiece medycznej nad osobami w podeszłym wieku. Nie są realizowane Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej.

W Polsce brakuje miejsc, które prowadziłyby specjalistyczną opiekę nad osobami wypisywanymi ze szpitala. Zauważalny jest ponadto brak opieki instytucjonalnej, która zapobiegałaby przedwczesnej hospitalizacji chorych. Pomimo działania różnych form pomocy społecznej, zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjnych, domów dziennego pobytu, brak jest powiązania funkcjonalnego pomiędzy tymi placówkami a samorządem lokalnym. Celem nadrzędnym powinno być jak najdłuższe utrzymywanie człowieka starzejącego się w jego środowisku domowym.

Bardzo duże doświadczenie w terapii pacjentów po 60. roku życia mają lekarze specjaliści rehabilitacji pracujący w stacjonarnych oddziałach rehabilitacji i w ambulatoryjnej opiece rehabilitacyjnej, dlatego powinni oni znaleźć się w składzie zespołu leczącego. W zależności od schorzeń pacjenta w pracach zespołu geriatrycznego powinni uczestniczyć także: neurolog, psychiatra, ortopeda, psycholog, opiekun medyczny, terapeuta zajęciowy, logopeda, dietetyk, farmaceuta, pracownik socjalny, stomatolog.

W badaniach Bień wykazano, że 46% osób powyżej 65. roku życia wymaga pomocy opiekuna przynajmniej przy jednej czynności życia codziennego, a 28% chorych

wykazuje znaczny poziom niepełnosprawności [4]. W interesie osoby starszej jest więc, żeby zespół geriatryczny współpracował nie tylko z nią samą, ale i jej opiekunami prawnymi lub faktycznymi, specjalistami różnych dyscyplin medycznych, lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkami, instytucjami pomocy społecznej, a także wolontariuszami oraz lokalnymi władzami samorządowymi.

Badanie pacjentów po 60. roku życia

W programowaniu usprawniania bardzo istotne jest dokładne badanie podmiotowe i przedmiotowe pacjenta. Wywiad geriatryczny powinien uwzględniać takie zdarzenia, jak: upadki, omdlenia, wahania masy ciała w czasie, dysfunkcje zwieraczy oraz występowanie zaburzeń funkcji wykonawczych i poznawczych, zaburzeń komunikacyjnych i językowych. Konieczna jest dokładna weryfikacja aktualnie przyjmowanych leków, suplementów zleczanych przez lekarza i przyjmowanych z własnej inicjatywy, analiza ilości spożywanych płynów i pokarmów. Badanie podmiotowe pacjenta powinno zawierać wywiad z rodziną lub opiekunami. Badanie przedmiotowe powinno być poszerzone o ogólne badanie neurologiczne, próbę ortostatyczną, sprawdzenie stanu skóry i orientacyjną ocenę wzroku, słuchu, stanu emocjonalnego, funkcji poznawczych, w tym także badanie przesiewowe w kierunku ośpienia. Można w tym celu wykorzystać: Skrócony Test Sprawności Umysłowej (AMTS, *Abbreviated Mental Test Score*), test Blessed'a, badanie MiniCog, kwestionariusz *Mini Mental State Examination* (MMSE) według Folsteina, Test Rysowania Zegara. W badaniu przedmiotowym należy uwzględnić ocenę chodu i równowagi, np. przy użyciu testu Tinetti, testu „wstań i idź” wykonanego na czas, prędkości chodu w m/s, testu Pileta i Swinea, próby Romberga. Konieczne jest oszacowanie stanu odżywienia za pomocą testów MNA (*Mini Nutritional Assessment*) lub SCALES (*Sadness-Cholesterol-Albumin-Loss of Weight-Eating Problems-Shopping*) [3].

Ewaluacji zdolności seniora do radzenia sobie w otoczeniu i czynnościach życia codziennego można dokonać za pomocą skali Katza, Barthel czy Lawtona [5]. Badanie pacjenta geriatrycznego wymaga określenia sytuacji środowiskowej i zakresu otrzymywanego wsparcia od opiekuna. Ustalanie sposobu leczenia, modyfikacja farmakoterapii powinny być omawiane z pacjentem geriatrycznym, jego rodziną lub opiekunami. W celu zrozumienia sposobu leczenia ważne jest wyraźne zapisywanie zaleceń wydawanych pacjentom geriatrycznym i powtórzenie tych zaleceń w razie potrzeby z uwzględnieniem instrukcji rehabilitacyjnych i zaleceń dietetycznych.

Rehabilitacja ruchowa

Ruch jest nieodzownym elementem życia każdego człowieka. Towarzyszy mu przy wykonywaniu najprostszyc czynności. Niewłaściwie wykonywany ruch może spowodować upadek, a w konsekwencji uraz. Im starszy organizm, tym trudniej się regeneruje. Planowanie

szczególowego przebiegu procesu fizjoterapii powinno być więc prowadzone przez lekarza specjalistę rehabilitacji medycznej. Dysfunkcje chorego z wielochorobowością wymagają ustalenia indywidualnych programów rehabilitacji.

Właściwie dobrana rehabilitacja wykazuje korzystne oddziaływanie zdrowotne, umożliwiając „pomyślnie starzenie się” (*successful ageing*) [6]. Prowadząc rehabilitację ruchową z osobami starszymi, trzeba pamiętać o odpowiednim dawkowaniu wysiłku. Usprawnianie powinno się rozpoczynać od krótkich ćwiczeń, przechodząc stopniowo do dłuższych i bardziej obciążających wysiłków. Należy pamiętać, że udział w określonych zajęciach ruchowych powinien być uzależniony od aktualnego stanu zdrowia, sprawności ruchowej, wydolności wysiłkowej, doświadczenia oraz motywacji. Z kolei wielkość i rodzaj obciążeń wysiłkiem fizycznym powinny być uzależnione od chorób współistniejących. W rehabilitacji ruchowej osób starszych z nadciśnieniem i chorobą niedokrwienną serca przeciwwskazaniem są ćwiczenia izometryczne. U osób z zaburzeniami koncentracji nie należy wprowadzać ćwiczeń o zbyt dużej liczbie złożonych ruchów. Kinezyterapia seniorów powinna skupiać się na ćwiczeniach: aerobowych–wytrzymałościowych, siłowych oraz rozciągających, wykonywanych w pozycjach bezpiecznych. Udowodniono, że w przypadku osób starszych już jeden trening w ciągu tygodnia może przynieść korzyści [7]. W planowaniu kinezyterapii należy unikać wysiłków beztlenowych oraz ćwiczeń statycznych. Większą urazowość mogą powodować ćwiczenia wymagające rywalizacji, sprinty, gry zespołowe. Za niesprzyjające uważa się ćwiczenia w zbyt dużym zakresie ruchu (szczególnie w odcinku szyjnym kręgosłupa). Ponadto niewskazane są ćwiczenia ze zbyt długim uniesieniem kończyn górnych ponad głowę. Szczególną uwagę należy zwracać na dobór zadań z wykorzystaniem przyrządów gimnastycznych [8]. Wieczorkowska-Tobis opisuje rolę edukacji chorych pod kątem zwracania uwagi na określone aspekty codziennej aktywności [9]. Według cytowanej autorki coraz popularniejsze stają się ćwiczenia dla seniorów zawierające elementy jogi czy tańca.

Występowanie deficytów ruchowych u chorych wymaga zalecania pacjentom odpowiedniego zaopatrzenia ortopedycznego i środków pomocniczych oraz nauki korzystania ze sprzętu medycznego i wyrobów medycznych. Przy wypisywaniu wniosków na zaopatrzenie ortopedyczne trzeba pamiętać, że unieruchomienie czy ograniczenie ruchu w stawach może prowadzić do zaników mięśniowych i nieodwracalnych przykurczów stawowych. Nie wystarczy samo zlecenie sprzętu, trzeba nauczyć chorego korzystania z niego.

Terapia funkcji poznawczych

Na rehabilitację chorego negatywny wpływ mogą mieć: wydłużenie czasu reakcji, spowolnienie szybkości ruchów dowolnych oraz zaburzenia pamięci [11]. Według Jasielskiej wraz z wiekiem następuje wzrost częstości występowania objawów depresyjnych u starszych osób oraz spadek ich kondycji fizycznej [12]. W przy-

padku zaburzeń depresyjnych również sprawność funkcji poznawczych ulega znacznemu osłabieniu [13]. Istotne jest więc diagnozowanie depresji u pacjentów geriatrycznych, a co za tym idzie, włączanie w uzasadnionych przypadkach do kompleksowej rehabilitacji leczenia przeciwdepresyjnego.

Rehabilitacja kognitywna ma na celu odbudowę zaburzonej funkcji lub wprowadzenie strategii kompensacyjnych zastępujących bezpowrotnie utraconą funkcję. Pacjent, u którego występują zaburzenia behawioralne, z reguły jest mało krytyczny, źle rozumie instrukcje słowne, nie jest świadomy swoich deficytów neurologicznych. Rehabilitacja neuropsychologiczna jest oparta na założeniu, że kontrolowana stymulacja behawioralna doprowadzi do wzmożenia procesu tworzenia nowych połączeń w uszkodzonej sieci neuronalnej, co z kolei wpłynie na poprawę funkcjonowania psychoruchowego.

W ostatnich latach zauważa się coraz większe zainteresowanie metodami usprawniania opartymi na biologicznym sprzężeniu zwrotnym. Biofeedback stosuje się z powodzeniem również u osób starszych z wielochorobowością [10].

Aspekt logopedyczny

Proces starzenia się człowieka w istotny sposób wpływa na jego funkcjonowanie w różnych sferach życia, w tym w sferze zdolności językowych. Model pełnej opieki geriatrycznej powinien więc uwzględniać aspekt zaburzeń komunikacji związanych z wiekiem¹. Zaburzenia te jawią się jako złożony mechanizm stopniowych zmian ilościowych i jakościowych na poziomie językowym, konwersacyjnym i pragmatycznym, z towarzyszącymi im zabiegami adaptacyjno-kompensacyjnymi [20, 21]. Obserwowane wraz z wiekiem przekształcenia sfery posługiwania się językiem wiążą się z obniżeniem percepcji bodźców językowych (spadek ostrości słuchu i wzroku), a także z pogorszeniem produkcji językowej w aspekcie wykonawczym (zachodzące na skutek starzenia się zmiany w aparacie mowy skutkujące pogorszeniem fonacji i artykulacji) oraz w aspekcie systemowym (zmiany w sferze fonologicznej, syntaktycznej i leksykalno-semantycznej). Wszystko to obniża jakość komunikowania się osoby starszej z otoczeniem, zmniejszając wartość i skuteczność komunikacji. U osób w wieku senioralnym obserwuje się m. in. drżenie głosu, trudności z wytworzeniem wysokich dźwięków, zwolnione tempo mowy, trudności w odnajdywaniu właściwych słów, postępujące deficyty rozumienia mowy, spadek złożoności gramatycznej i poprawności oraz spójności wypowiedzi [22, 23]. Zjawiska te mogą mieć istotny wpływ na codzienne funkcjonowanie osób starszych, w szczególności wchodzenie w interakcję z innymi osobami, stanowiąc źródło frustracji tak dla osoby w wieku senioralnym, jak i dla rodziny czy opiekunów pacjenta. Zmiany w zakresie kompetencji językowych i komunikacyjnych u osób starszych przebiegają różnie, w zależności od tego, czy są związane z fizjologicznym starzeniem się czy współwystępują np. z procesami neurodegradacyjnymi [22]. W tym ostatnim wypadku zmiany mogą prowadzić do

całkowitego rozpadu zdolności posługiwania się językiem. Degradacja jest nieodwracalna, ale odpowiednia opieka medyczna, psychologiczna oraz logopedyczna może ją w znacznym stopniu spowolnić. W aspekcie sprawności komunikacyjnej, zarówno w fizjologicznie przebiegającym, jak i patologicznie obciążonym procesie starzenia się należy zwrócić uwagę na odpowiedni dobór i stałe korzystanie z aparatu słuchowego oraz protezy zębów, a także na trening sprawności językowych i komunikacyjnych. Oprócz terapii bezpośredniej ważne jest usprawnianie komunikacji poprzez kontakt logopedy z rodziną lub opiekunami pacjenta [24]. Tak w czasie diagnozy, jak i terapii powinno się uwzględnić wcześniejsze doświadczenia i sprawność językową pacjenta, decydując w każdym indywidualnym przypadku, co stanowi normę osobniczą, a co wymaga już fachowej ingerencji [21]. Należy również pamiętać, że efektywność terapii zależy w dużej mierze od doświadczenia językowego pacjenta, zawczasu podejmując działania mające na celu dbałość o wysoką sprawność językowej komunikacji. Podejmowanie działań mających na celu uaktywnianie seniorów w sferze języka, w których logopeda staje się „życzliwym partnerem” [21] interakcji komunikacyjnej, może stanowić dobry sposób opóźnienia naturalnych i patologicznych procesów starzenia się, tym samym zapewniając seniorom lepszą jakość życia.

Terapia zajęciowa

Terapia zajęciowa jest istotną składową opieki nad osobami starszymi [25].

W powszechnym odbiorze społecznym terapia zajęciowa jest często niedoceniana, traktowana marginalnie, sprowadzana do roli wypełniania wolnego czasu zajęciami artystycznymi lub drobnymi pracami ręcznymi. W rzeczywistości działania terapeuty zajęciowego obejmują: szkolenie pacjenta z zakresu wykonywania codziennych czynności, trening funkcji motorycznych ze szczególnym uwzględnieniem funkcji kończyn górnych, trening funkcji poznawczych, wspomaganie komunikacji interpersonalnej, co między innymi chroni przed osamotnieniem komunikacyjnym. Wszystko to zapobiega wykluczeniu społecznemu, poprawiając dobrostan pacjenta. Terapia zajęciowa ma między innymi wartość poznawczą oraz wpływa na stan emocjonalny pacjenta, co może przekładać się na rozwój jego osobowości oraz na relacje w grupie, rodzinie, szerszym środowisku. Dlatego zastosowanie różnorodnych technik i form terapeutycznych, odpowiednio dobranych do możliwości psychomotorycznych pacjenta, wpływa na poprawę jego samodzielności.

Działania środowiskowe

Sprawność osób starszych wpływa na ich funkcjonowanie psychiczne. Możliwość życia w środowisku bezpiecznym, wśród bliskich, wpływa na nastrój, motywację, samoocenę, radzenie sobie z emocjami. Nie bez znaczenia jest kwestia samorealizacji, dostęp do edukacji, kultury, rekreacji. Poczucie własnej zaradności, możliwość spotykania się ze znajomymi mającymi podobne

problemy, zdają się zapewniać odpowiednią stymulację psychospołeczną, która jest istotnym aspektem prawidłowego funkcjonowania seniorów.

Upadki osób starszych stanowią poważny problem społeczny pociągający za sobą istotne skutki medyczne i ekonomiczne. Niezwykle ważne jest poszukiwanie ich przyczyn i możliwości zapobiegania, a nie tylko ograniczenie się do rozpoznania problemu, który pozostawiony jest bez właściwej interwencji. Odpowiednio dobrane, pozbawione barier architektonicznych i terenowych przestrzenie, zachęcają osoby starsze do częstszego z nich korzystania. Ergonomiczne projektowanie umożliwia „wyzwolenie potrzeby ruchu”, co ma istotne znaczenie profilaktyczne [26].

Do działań władz lokalnych na rzecz poprawy warunków bytowych osób starszych powinny należeć: organizowanie pomocy przy pracach domowych, przeprowadzanie adaptacji mieszkań umożliwiające np. poruszanie się na wózkach, instalowanie w mieszkaniach urządzeń alarmowych, organizowanie dostaw posiłków do domu, utrzymywanie regularnych kontaktów między pracownikami socjalnymi a podopiecznymi. Działania te winny być dostosowane do wymogów starzejącego się społeczeństwa i mieć pozytywny wpływ na jakość życia seniorów.

Podsumowanie

Wobec znacznego wydłużenia życia ludzkiego celem polityki zdrowotnej powinna być poprawa jakości życia ludzi starszych, czyli spowodowanie, aby mogli oni jak najdłużej funkcjonować w miarę samodzielnie we własnym środowisku. W celu właściwej realizacji programu leczenia niezbędny jest kontakt chorego z interdyscyplinarnym zespołem specjalistów i przedstawicieli środowiska lokalnego. Informacje i zalecenia wynikające z udzielonych świadczeń powinny być przekazane lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej, który powinien koordynować działania na rzecz chorego. Właściwe ustalenie programu postępowania z pacjentem ukierunkuje proces leczniczy i umożliwi zintegrowaną terapię, co przyczyni się do poprawy stanu zdrowia, jakości życia i niezależności osób starszych.

Przypis

¹ Zaburzenia mowy u osób starszych coraz częściej stają się przedmiotem zainteresowania logopedów praktyków i teoretyków. Zwiększa się liczba publikacji naukowych podejmujących tę problematykę z perspektywy logopedii, tworzone są studia podyplomowe i specjalizacje w zakresie logopedii senioralnej, ukazują się w coraz większej liczbie pomoce do diagnozy i terapii logopedycznej zaburzeń mowy osób w podeszłym wieku [14–19].

Piśmiennictwo

1. *Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym*, Departament Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, Raport kontroli NIK KZD-4101-003/2014, Nr ewid.2/2015/P/14/062/KZD, Warszawa 2015, www.nik.gov.pl.

2. Murray C.J., Lopez A.D., *Evidence-based health policy – lessons from the Global Burden of Disease Study*, „Science” 1996; 274 (5288): 740–743.
3. Bień B., Błędowski P., Broczek K., Derejczyk J., Grodzicki T., Kędziora-Kornatowska K., Kokoszka-Paszko J., Przygucka-Gawlik M., Klich A., Kostka T., Machaj Z., Szczerbińska K., Wieczorowska-Tobis K., Żak M., *Standardy postępowania w opiece geriatrycznej*, „Gerontologia Polska” 2013; 21 (2): 33–47.
4. Bień B., Wojszel Z.B., Doroszkiewicz H., *Poziom niepełnosprawności osób w starszym wieku jako wskazanie do wspierania opiekunów rodzinnych*, „Gerontologia Polska” 2008; 16 (1): 25–34.
5. Kołodziejczyk P., *Upadki osób starszych – przyczyny, ocena ryzyka*, „Gerontologia Współczesna” 2013; 4.
6. Kostka T., *Potrzeby zdrowotne osób starszych – możliwości i zasadność interwencji zapobiegawczej*, Ogólnopolska Konferencja Naukowa „Starzejące się społeczeństwa: nowe dziedziny opieki medycznej – potrzeby i rozwiązania systemowe”, Katowice, 2–3 marca 2006.
7. Żołądź J., Majerczak J., Duda K., *Starzenie się a wydolność fizyczna człowieka*, w: Górski J. (red.), *Fizjologia wysiłku i treningu fizycznego*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011: 157–164.
8. Gieremek K., *Przeszkody w skutecznej fizjoterapii osób starszych*, Ogólnopolska Konferencja Naukowa „Starzejące się społeczeństwa: nowe dziedziny opieki medycznej – potrzeby i rozwiązania systemowe”, Katowice, 2–3 marca 2006.
9. Wieczorowska-Tobis K., Rajska-Neumann A., *Kompleksowa ocena geriatryczna jako narzędzie do analizy stanu funkcjonalnego pacjenta starszego*, „Geriatrics Polska” 2006; 1: 38–40.
10. Białkowska J., Mroczkowska D., *Specyfika rehabilitacji pacjentów geriatrycznych z wielochorobowością – opis przypadku 82-letniego pacjenta*, „Geriatrics” 2014; 8: 196–200.
11. Luk J., *Rehabilitation in older people: Know more, gain more. Medical practice*, „Hong Kong Medical Journal” 2012; 18 (1): 56–59.
12. Jasielska A., *Funkcjonowanie emocjonalne osób w wieku 60–85 lat na przykładzie regulacji emocji*, „Gerontologia Polska” 2011; 19 (2): 112–118.
13. Jatczak-Stańczyk A., Nowakowska K., Kocur J., *Współwystępowanie zaburzeń poznawczych i depresyjnych u osób z organicznym uszkodzeniem mózgu*, „Geriatrics” 2013; 7: 86–90.
14. Domagała A., *Zachowania językowe w demencji. Struktura wypowiedzi w chorobie Alzheimera*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2007.
15. Domagała A., *Standardy postępowania logopedycznego w przypadku zaburzeń mowy w otępieniu alzheimerowskim*, „Logopedia” 2008; 37: 297–311.
16. Domagała A., *Knowledge of Rehabilitation of Patients with Alzheimer’s Dementia in University Training of Logopedics*, „ICERI”, Madrid 2011: 4966–4973.
17. Domagała A., *The Fading cues method in logopedic diagnosis and therapy of dementia patients*, „Logopedia” 2011; 39/40: 207–218.
18. Domagała A., *Narracja i jej zaburzenia w otępieniu alzheimerowskim*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2015.
19. Domagała A., *„Teraz i dawniej” – propozycja ćwiczeń logopedycznych dla pacjentów z otępieniem alzheimerowskim*, „Logopedia” 2007; 36: 239–248.
20. Tłokiński W., *Mowa ludzi u schyłku życia*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1990.
21. Tłokiński W., Olszewski H., *Praktyczna ocena mowy osób w wieku senioralnym: aspekty metodologiczne*, w: Milewski S., Kaczorowska-Bray K. (red.), *Metodologia badań logopedycznych z perspektywy teorii i praktyki*, Wydawnictwo Harmonia Universalis, Gdańsk 2015: 237–247.
22. Tłokiński W., Olszewski H., *Zaburzenia mowy związane z wiekiem*, w: Milewski S., Kuczkowski J., Kaczorowska-Bray K. (red.), *Biomedyczne podstawy logopedii*, Wydawnictwo Harmonia Universalis, Gdańsk 2014: 410–428.
23. Kielar-Tumska M., Byczewska-Konieczny K., *Specyficzne właściwości posługiwania się językiem przez osoby w wieku senioralnym*, w: Milewski S., Kuczkowski J., Kaczorowska-Bray K. (red.), *Biomedyczne podstawy logopedii*, Wydawnictwo Harmonia Universalis, Gdańsk 2014: 429–443.
24. Domagała A., *Sprawności narracyjne w otępieniu alzheimerowskim – postępowanie terapeutyczne*, w: Milewski S., Kaczorowska-Bray K. (red.), *Logopedia: wybrane aspekty historii, teorii i praktyki*, Wydawnictwo Harmonia Universalis, Gdańsk 2016: 257–265.
25. Rottermund J., *Dysfunkcja funkcjonalna a możliwość korzystania z terapii zajęciowej*, w: Klinik A. (red.), *Wybrane problemy rehabilitacji osób niepełnosprawnych*, PTSR o/Skoczów 2003: 34–39.
26. Labus A., *Rehabilitacja dzięki przestrzeni miejskiej*, „Rehabilitacja w Praktyce” 2011; 4: 45–47.

Usługi zdrowotne i socjalne wobec populacji starszej, przewlekle chorej i niepełnosprawnej realizowane w pomocy społecznej. Podstawy regulacyjne i praktyka

Agnieszka Sowa

Instytut Pracy i Spraw Socjalnych

Adres do korespondencji: Agnieszka Sowa, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, ul. Bellottiego 3B, 01–022 Warszawa, a.sowa@ipiss.com.pl

■ Abstract

Health and social services towards older, chronically ill and disabled population provided in the social assistance. Regulation and practice

The article provides an overview of the scope and main problems related to utilization of medical and social long-term care services in the social assistance sector in Poland. According to the legal regulations medical and social care services can be provided to older dependent people if the family support for a dependent person is found insufficient. However, the number of people receiving care from the social assistance is still relatively small. Based two qualitative studies, the article overviews main barriers related to care provision: lack of adequate information on medical, nursing and care services, tensions between health and social sector in provision of care and nursing, negative perception of social assistance and lack of ageing policies at the local level.

Key words: population ageing, illness, disability, care needs, social assistance

Słowa kluczowe: starzenie się populacji, choroba, niepełnosprawność, potrzeby opiekuńcze, pomoc społeczna

■ Wprowadzenie

Zmieniająca się struktura populacji związana z wydłużaniem się przeciętnego trwania życia i niskim poziomem dzietności jest kluczowym procesem demograficznym zachodzącym obecnie w Polsce. W rezultacie rośnie udział osób starszych w populacji. Jest to grupa o specyficznych problemach zdrowotnych (choroby przewlekłe, wielochorobowość, ograniczenia funkcjonalne i niepełnosprawność), często prowadzących do niesamodzielności, co przyczynia się do zwiększającego się zapotrzebowania na usługi o charakterze opiekuńczym i zdrowotnym [1, 2]. Tradycyjnie, w społeczeństwie polskim opieka świadczona jest w sposób nieformalny w środowisku rodzinnym [2, 3]. Jest to pierwsze i podstawowe źródło wsparcia dla osób niesamodzielnych [4]. Niemniej z uwagi na rosnące

potrzeby opiekuńcze osób starszych i ograniczone możliwości świadczenia opieki przez rodzinę w epoce odejścia od pełnienia tradycyjnych ról rodzinnych [5] oraz zaangażowanie w życie zawodowe rośnie presja na działanie instytucji wspierających rodzinę w jej funkcjach opiekuńczych [1]. W Polsce świadczenia socjalne i zdrowotne o charakterze opiekuńczym skierowane do populacji starszej, przewlekle chorej i niepełnosprawnej dostępne są w systemie opieki zdrowotnej oraz w systemie pomocy społecznej, przy czym w systemie opieki zdrowotnej uwaga skierowana jest na funkcje medyczne i rehabilitacyjne, a w systemie pomocy społecznej na funkcje opiekuńcze, rehabilitacyjne i integracyjne [3]. Istotną grupą odbiorców świadczeń opiekuńczych są osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności, w tym osoby z zaburzeniami psychicznymi. Warto wspomnieć, że wedle badań istnieje

jące sieci pomocy zarówno nieformalnej (rodzinnej), jak i formalnej nie są wystarczające, w szczególności wobec potrzeb zgłaszanych przez osoby starsze. Według szacunków P. Błędowskiego i wsp. [1] w 2009 roku około 1,3 miliona osób w Polsce potrzebowało opieki z uwagi na ograniczone możliwości samodzielnego funkcjonowania. Jednocześnie 47% osób potrzebujących takiej pomocy w wieku 70–79 lat i 43% osób powyżej 80. roku życia opieki nie otrzymywało.

Celem prezentowanej analizy jest pokazanie zakresu i uwarunkowań realizowania usług o charakterze opiekuńczym ulokowanych w systemie pomocy społecznej. Artykuł koncentruje się na usługach kierowanych do populacji o znacznych potrzebach opiekuńczych, pielęgnacyjnych i zdrowotnych w związku z wiekiem i niejednokrotnie postępującym ograniczeniem sprawności fizycznej, długotrwałą chorobą lub niepełnosprawnością. Analizą natomiast nie są objęte usługi o charakterze opiekuńczym związane z zapewnieniem schronienia osobom niemającym potrzeb pielęgnacyjno-medycznych, a więc np. osobom bezdomnym czy samotnym rodzicom. Przedstawione są charakterystyki świadczeń opiekuńczych i zdrowotnych realizowanych w systemie pomocy społecznej zarówno o charakterze opieki środowiskowej, jak i stacjonarnej oraz poddane dyskusji są uwarunkowania lokalne, społeczne i instytucjonalne świadczenia usług wynikające z podziałów kompetencji samorządowych i sektorowych.

Metody badawcze

Metody badawcze wykorzystane w artykule obejmują analizę dokumentów prawnych, analizę dostępnych danych statystycznych Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (MRPiPS) oraz omówienie wybranych wyników dwóch badań o charakterze jakościowym: badania przeprowadzonego na zlecenie Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej¹ w 2010 roku oraz badania w ramach 7. projektu ramowego Komisji Europejskiej – MoPAct (*Mobilizing the Potential of Active Ageing in Europe*²) w 2015 roku.

Pierwsze z badań pt. „Działania samorządów lokalnych w opiece i integracji niesamodzielnymi osobami starszymi” zostało zrealizowane w Instytucie Pracy i Spraw Socjalnych i miało na celu rozpoznanie instytucjonalnych możliwości samorządów lokalnych prowadzenia polityki zapobiegania wykluczeniu osób starszych, wymagających opieki [6]. W ramach badania zrealizowane zostały studia przypadków w czterech powiatach na terenie województw mazowieckiego i małopolskiego (powiat warszawski, powiat sokołowski – województwo mazowieckie oraz powiat krakowski, powiat miechowski – województwo małopolskie). W wybranych powiatach przeprowadzono wywiady pogłębione z przedstawicielami instytucji odpowiedzialnych za kreowanie i realizowanie działań opiekuńczych: urzędów gminy, powiatowych centrów pomocy rodzinie, ośrodków pomocy społecznej oraz domów pomocy społecznej. Wywiady przeprowadzono z osobami na stanowiskach kierowniczych.

Drugie z przywołanych badań zostało zrealizowane przez Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych

CASE i miało na celu zbadanie uwarunkowań lokalnych organizowania działań stymulujących aktywność osób starszych, a w szczególności osób przewlekle chorych [7]. Ponownie badanie realizowane było na terenie województwa mazowieckiego i małopolskiego. Przeprowadzone zostały dwa wywiady fokusowe – w Warszawie i w Krakowie z przedstawicielami organizacji publicznych (ośrodków pomocy społecznej, centrów aktywności lokalnej przy ośrodkach pomocy społecznej) i organizacji pozarządowych działających na rzecz osób starszych i osób z ograniczeniami związanymi z chorobami bądź niepełnosprawnością w obu regionach.

Zakres usług opiekuńczych realizowanych w pomocy społecznej

Zakres świadczeń o charakterze opiekuńczym realizowanych w pomocy społecznej jest określony w Ustawie o Pomocy Społecznej z 2004 roku z późniejszymi zmianami³. Usługi te obejmują zarówno świadczenia opieki domowej, jak i świadczenia z zakresu opieki instytucjonalnej.

Do świadczeń opieki domowej należą usługi opiekuńcze oraz specjalistyczne usługi opiekuńcze, w tym usługi skierowane do osób z zaburzeniami psychicznymi. Usługi te przysługują osobom samotnym, które ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność wymagają pomocy innych osób, a są jej pozbawione (art. 50). W ustawie przyjęte jest założenie, że przede wszystkim za zaspokojenie potrzeb osób starszych, chorych lub niepełnosprawnych odpowiedzialna jest rodzina, natomiast usługi mogą być świadczone jedynie wobec osób, którym pomoc ze strony rodziny, a więc małżonka, rodziców lub dzieci/wnuków, nie może być zapewniona. Usługi opiekuńcze obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną zaleconą przez lekarza, pielęgnację oraz – na ile jest to pożądane i możliwe – zaspokojenie kontaktów z otoczeniem. Specjalistyczne usługi opiekuńcze są dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności i powinny być świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym (np. fizjoterapeutów, rehabilitantów). Zakres usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych oraz miejsce ich świadczenia ustalane jest indywidualnie, zależnie od potrzeb i możliwości ich realizacji przez ośrodek pomocy społecznej. Poziom realizacji usług zależy jednak w dużej mierze od posiadanych przez samorządy zasobów, a w gminach o mniejszych zasobach finansowych i kadrowych usługi opiekuńcze mogą nie być rozwijane w wystarczającym stopniu [8]. Gminy organizują usługi z wykorzystaniem zasobów własnych (głównie w ośrodkach pomocy społecznej) lub przy wykorzystaniu zasobów organizacji pozarządowych lub instytucji prywatnych. Usługi opiekuńcze mogą być udzielane bezpośrednio w miejscu zamieszkania podopiecznego pomocy społecznej, jak też w instytucjach działających w ramach systemu pomocy społecznej, w tym w ośrodkach wsparcia, dziennych domach pomocy, klubach samopomocy czy środowiskowych domach samopomocy, gdzie udzie-

lane jest wsparcie dla osób z zaburzeniami psychicznymi, ale też i w domach pomocy społecznej. Usługi mają charakter odpłatny, a wysokość odpłatności ustalana jest przez radę gminy, w której są one realizowane. Liczba osób korzystających z usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych nieznacznie w ostatnim okresie zmalała – z ponad 92 tysięcy w 2008 roku do niespełna 89 tysięcy w 2014. Zaledwie 5% usług stanowią specjalistyczne usługi opiekuńcze. Liczba korzystających z tego rodzaju świadczeń wzrosła w ostatnich latach z 10,2 tysięcy do 12,3 tysięcy osób (**Tabela I**).

Ważnym elementem systemu wsparcia dla osób samotnych i/lub niesamodzielnymi są usługi opieki dziennej świadczone w ośrodkach wsparcia. Pełnią one nie tylko, już wspomnianą, funkcję opiekuńczą, ale nade wszystko integracyjną i aktywizacyjną. Usługi opieki dziennej prowadzą samorządy za pośrednictwem ośrodków pomocy społecznej, ale istotną funkcję pełnią również organizacje pozarządowe współpracujące z samorządami. Ogółem z usług opieki dziennej ośrodków wsparcia korzystały w 2014 roku 132 tysiące osób, a liczba korzystających wzrosła o 38,2 tysiąca osób w latach 2008–2014 (**Tabela II**). Najwięcej świadczeń (poza noclegowniami dla osób bezdomnych oraz jadłodajniami, które oferują usługi o charakterze bytowym, a nie zdrowotno-socjalnym, w związku z czym pozostają poza zasięgiem zainteresowań niniejszego artykułu) udzielanych jest w dziennych domach pomocy oraz w ośrodkach wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Liczba osób korzystających z usług dziennych domów pomocy wzrosła w latach 2008–2014, ale ich udział w stosunku do wszystkich beneficjentów ośrodków wsparcia zmalał z ponad 20% do 16%. Usługi świadczone w dziennych domach pomocy kierowane są głównie do osób starszych i osób z ograniczoną sprawnością, w tym również osób posiadających orzeczenie o niepełnosprawności. Działania podejmowane w dziennych domach pomocy obejmują m.in. edukację zdrowotną, pomoc w uzyskaniu dostępu do świadczeń zdrowotnych i rehabilitacyjnych, działania z zakresu edukacji kulturalnej, spotkania integracyjne. W kolejnych latach może nastąpić wzrost liczby ośrodków oferujących usługi opiekuńcze w związku z działaniami podejmowanymi w ramach rządowego programu Senior-Wigor, którego jednym z celów jest aktywizacja i opieka nad osobami starszymi. W konkursach ogłaszanych w ramach programu w 2015 roku zostało sfinansowane stworzenie 994 ośrodków dziennej opieki Senior-Wigor, a w następnych latach planowane są kolejne ośrodki.

Usługi świadczone w ośrodkach wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi (środowiskowych domach samopomocy i klubach samopomocy) nakierowane są na zwiększenie zaradności i samodzielności podopiecznych oraz na ich integrację społeczną. Świadczenia opieki dziennej obejmują opiekę, terapię ruchową, pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych, ale także trening interpersonalny i pomoc w wykonywaniu codziennych czynności. Liczba osób korzystających z usług ośrodków

Tabela I. Liczba osób korzystających z usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych w latach 2008–2014

Świadczenie	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Usługi opiekuńcze	92 470	91 311	89 298	87 212	85 545	86 967	88 880
w tym: specjalistyczne	5619	5127	4754	4972	4045	4191	4410
<i>Udział (%) usług specjalistycznych w ogóle usług opiekuńczych</i>	6,1	5,6	5,3	5,7	4,7	4,8	5,0
Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi	10 238	10 117	10 138	10 577	11 150	11 612	12 330

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych statystycznych MPiPS-03 2008–2014.

Tabela II. Liczba osób korzystających z usług opieki dziennej w ośrodkach wsparcia, 2008–2014

Świadczenie	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ośrodki wsparcia,	94 366	101 792	130 513	120 216	122 569	126 892	132 642
w tym:							
dzienne domy pomocy	18 935	19 166	19 698	19 756	19 710	19 278	21 209
<i>udział w ogóle (%)</i>	20,1	18,8	15,1	16,4	16,1	15,2	16,0
Ośrodki wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi	b.d.	b.d.	b.d.	18 114	19 219	29 043	30 500
<i>udział w ogóle (%)</i>	b.d.	b.d.	b.d.	15,1	15,7	22,9	23,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych statystycznych MPiPS-03 2008–2014.

wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi w latach 2011–2014 znacznie wzrosła (o 40%).

Usługi opieki instytucjonalnej o charakterze całodobowym świadczone są w domach pomocy społecznej (DPS), rodzinnych domach pomocy oraz – w ograniczonym zakresie – w ośrodkach wsparcia. Usługi te mogą być świadczone wobec osób wymagających opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności i niemogących samodzielnie funkcjonować, które nie mają możliwości uzyskania usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania.

Podstawową formą usług całodobowych świadczonych w pomocy społecznej są usługi w domach pomocy społecznej (DPS, art. 54). Przy czym, w miarę możliwości, osobie ubiegającej się o miejsce w domu pomocy społecznej usługa powinna być zapewniona jak najbliższej miejsca zamieszkania. Świadczenia DPS obejmują usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązujących w DPS standardów oraz wedle indywidualnych potrzeb mieszkańców. Jednocześnie osoby, które z powodu złego stanu zdrowia wymagają wzmoczonej opieki medycznej powinny być kierowane do funkcjonujących w ramach systemu opieki zdrowotnej zakładów opiekuńczo-leczniczych (ZOL) i zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZPO), jako że w DPS nie są świadczone usługi o charakterze medycznym, chociaż domy pomocy społecznej mają obowiązek wsparcia swoich mieszkańców w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych. Zgodnie z zapisami ustawy o pomocy społecznej (art. 56) domy pomocy społecznej w zależności od typów świadczonej pomocy dzielą się na następujące typy: dla osób w podeszłym wieku, dla osób przewlekle somatycznie chorych, dla osób przewlekle psychicznie chorych, dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie, dla osób niepełnosprawnych fizycznie oraz dla osób uzależnionych od alkoholu. Przy czym wybrane typy domów mogą być prowadzone łącznie: dla osób w podeszłym wieku oraz osób przewlekle somatycznie chorych, dla osób przewlekle somatycznie chorych oraz osób niepełnosprawnych fizycznie, dla osób w podeszłym wieku oraz osób niepełnosprawnych fizycznie oraz dla osób dorosłych, dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie. Domy pomocy społecznej prowadzone są przez samorządowe podmioty publiczne (591 domów, co stanowi 73,5% ogółu DPS w 2014 roku) lub podmioty niepubliczne (213 domów, co stanowi 26,5% ogółu DPS w 2014 roku). Podmioty niepubliczne to organizacje trzeciego sektora, niejednokrotnie organizacje religijne. Pobyt w domu pomocy społecznej jest odpłatny, a opłatę za pobyt powinna ponieść bezpośrednio osoba korzystająca ze świadczeń DPS, małżonek, rodzice lub dzieci osoby korzystającej z DPS, a w przypadku gdy nie jest to możliwe, odpowiedzialność za finansowanie pobytu powinna ponieść gmina, z której terenu osoba została skierowana do DPS. Wysokość odpłatności ustalana jest relatywnie do możliwości finansowych osób ponoszących koszty, wynosząc nie więcej niż 70% dochodów mieszkańców, a przypadku osób samotnie gospodarujących lub osób w rodzinie (kiedy koszty ponosi małżonek, rodzice lub dzieci/wnuki) opłaty ponoszone są, jeśli posiadany dochód na osobę w rodzinie

jest wyższy niż 300% kryterium dochodowego na osobę, a kwota dochodu pozostająca po wniesieniu opłaty nie jest niższa niż 300% kryterium dochodowego na osobę w rodzinie (art. 61, pkt. 2). W przypadku gdy wpłaty nie wyrównują kosztów utrzymania mieszkańca DPS, różnica ta pokrywana jest przez gminę. Częściowe lub całkowite zwolnienia z ponoszenia opłat za pobyt w DPS przysługują osobom, które ponoszą opłaty za pobyt innych członków rodziny w domu pomocy społecznej, ośrodka wsparcia lub innej placówce lub kiedy występują dodatkowe okoliczności uniemożliwiające pokrycie finansowe opłaty, takie jak: niepełnosprawność, długotrwała choroba, bezrobocie, śmierć członka rodziny, straty materialne powstałe w wyniku klęski żywiołowej lub innych zdarzeń losowych. Wedle statystyk MRPiPS w 2014 roku w 60% przypadków odpłatność (częściową lub całkowitą) za pobyt świadczeniobiorcy w DPS ponosił samorząd lokalny (MPiPS-03, 2015).

Liczba osób korzystających z opieki w domach pomocy społecznej utrzymuje się od lat na poziomie 76–77 tysięcy (**Tabela III**). Znaczną grupę beneficjentów stanowią osoby przebywające w domach dla osób starszych i dla osób przewlekle chorych (39% mieszkańców DPS) oraz mieszkańcy domów dla przewlekle psychicznie chorych (25%).

Usługi opiekuńcze i bytowe świadczone są również w rodzinnych domach pomocy (art. 52). Są to placówki prowadzone przez osobę fizyczną lub organizację pożytku publicznego dla nie mniej niż trzech, a nie więcej niż ośmiu zamieszkujących wspólnie osób potrzebujących opieki z uwagi na wiek, chorobę lub niesprawność. Mimo że liczba osób korzystających z tej formy usług wzrosła trzykrotnie od 2008 roku, kiedy to rodzinne domy pomocy rozpoczęły działalność, w skali kraju wciąż nie jest ona znaczna (175 osób w 2014 roku).

Zgodnie z ustawą o pomocy społecznej usługi o charakterze całodobowym dla osób starszych, niepełnosprawnych lub przewlekle chorych mogą być również świadczone w placówkach opieki całodobowej prowadzonych przez podmioty prywatne, po uzyskaniu zezwolenia wojewody (art. 67). Placówki te powinny zapewniać usługi opiekuńcze, w tym pomoc w czynnościach życia codziennego (ubieraniu się, kąpaniu, myciu), organizację czasu wolnego, pomoc w zakupie odzieży i obuwia oraz pielęgnację w chorobie i pomoc w uzyskaniu świadczeń medycznych. Opieka w placówkach powinna być zorganizowana wedle ścisłych standardów określonych w ustawie o pomocy społecznej.

Lokalne uwarunkowania świadczenia usług opiekuńczych i zdrowotnych w sektorze pomocy społecznej

Ocena uwarunkowań świadczenia usług opiekuńczych i zdrowotnych w sektorze pomocy społecznej sformułowana jest na podstawie doświadczeń zebranych w trakcie badań przeprowadzonych w województwach mazowieckim i małopolskim oraz dostępnych danych statystycznych i materiałów badawczych w wybranych obszarach (wskazanych w badaniach jakościowych).

Tabela III. Liczba osób korzystających z usług opieki całodobowej w placówkach systemu pomocy społecznej w latach 2008–2014

Świadczenie	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Struktura (%) w DPS dla 2014 roku
Domy pomocy społecznej* ,	84 675	84 031	77 376	76 219	77 286	77 279	77741	100,0
w tym:								
dla osób w podeszłym wieku	b.d.	b.d.	10 252	8353	8818	8364	7740	10,0
dla osób przewlekle somatycznie chorych	b.d.	b.d.	15 728	15 497	15 035	14 809	13 810	17,8
dla osób przewlekle psychicznie chorych	b.d.	b.d.	20 208	20 595	21 066	21 229	20 133	25,9
dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	b.d.	b.d.	12 504	12 238	11 595	12 471	11 475	14,8
dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	b.d.	b.d.	5448	5344	5471	3928	3908	5,0
dla osób niepełnosprawnych fizycznie	b.d.	b.d.	927	891	891	894	908	1,2
dla osób w podeszłym wieku oraz przewlekle somatycznie chorych	b.d.	b.d.	6778	7239	7813	8337	8929	11,5
dla osób przewlekle somatycznie chorych oraz osób niepełnosprawnych fizycznie	b.d.	b.d.	1174	1246	1267	1169	1168	1,5
dla osób w podeszłym wieku oraz niepełnosprawnych fizycznie	b.d.	b.d.	1245	1381	1412	1422	1422	1,8
dla dorosłych, dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	b.d.	b.d.	3112	3435	3908	4656	4646	6,0
Rodzinne domy pomocy	53	122	115	120	159	168	175	–

* gminne oraz ponadgminne DPS

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych statystycznych MPiPS-03, MPiPS-05 2008–2014.

Planowanie usług kierowanych do osób niesamodzielnych, rozpoznanie potrzeb opiekuńczych

Jednym z istotniejszych problemów kreowania polityki zorientowanej na zaspokojenie potrzeb opiekuńczych i pielęgnacyjnych osób starszych, długotrwale chorych i niepełnosprawnych jest prawidłowa ocena potrzeb opiekuńczych i planowanie działań prowadzących do ich zaspokojenia. Ocena potrzeb opiekuńczych i zdrowotnych spoczywa na barkach administracji rządowej w zakresie planowania środków na sfinansowanie świadczeń oraz samorządów lokalnych (powiatowych i gminnych) w zakresie opracowania strategii rozwiązywania problemów społecznych na danym terenie, i – bezpośrednio – jednostkach świadczących usługi opiekuńcze w zakresie rozpoznania potrzeb socjalnych i prowadzenia usług, w tym usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych adekwatnych do potrzeb mieszkańców [6].

W badanych lokalizacjach, zarówno w 2010, jak i w 2015 roku, prowadzenie skoordynowanej polityki wobec osób niesamodzielnych, potrzebujących pomocy i opieki nie było priorytetem działań samorządów lokalnych. Wprawdzie na poziomie województwa for-

mułowane były strategie dotyczące osób starszych czy niesamodzielnych [9], jednak analogiczne strategie nie były formułowane na poziomie gminy. Samorządy lokalne nie prowadziły systematycznego rozpoznania potrzeb osób starszych, ani ogólnie problemów socjalnych w gminie. Ich rola w znacznej mierze ograniczała się do dystrybuowania środków finansowych przekazywanych przez administrację rządową z budżetu państwa. Zadania oszacowania potrzeb cedowane były najczęściej na jednostki świadczące usługi opiekuńcze (ośrodki pomocy społecznej, domy pomocy społecznej itp.), które mają bezpośredni kontakt ze świadczeniobiorcami. Rozpoznanie potrzeb w zakresie pomocy osobom starszym, długotrwale chorym i niepełnosprawnym realizowane było przez ośrodki pomocy społecznej na bieżąco, poprzez analizy wywiadów środowiskowych, a nie z wyprzedzeniem, w ramach wystandaryzowanej procedury planistycznej. W jednym z badanych OPS w dużym ośrodku miejskim w ramach dostępnych środków przeprowadzono specjalne badanie potrzeb osób starszych. Było to jednak działanie jednorazowe, bez zamiaru stworzenia trwałego instrumentu prowadzenia lokalnej polityki społecznej. Zarówno przeprowadzone badania [6, 7], jak

i analizy innych autorów [1, 10] pokazują, że pracownicy ośrodków pomocy społecznej i instytucji opiekuńczych w swoich działaniach kierują się przede wszystkim zapisami ustawowymi i wynikającymi z nich uprawnieniami, bez sformułowania długofalowej strategii opartej na diagnozie potrzeb opiekuńczych i wymagających zaangażowania środków własnych. Jak wskazują Błędowski i wsp. [1], może być to działanie uzasadnione z uwagi na dobrą znajomość sytuacji lokalnej przez pracowników OPS – w szczególności pracowników socjalnych. Jednak tworzy ono też ogromną presję związaną z potrzebą podejmowania odpowiednich decyzji bez pełnej znajomości uwarunkowań związanych z zasobami będącymi do dyspozycji na terenie gminy, a te stanowią o możliwościach tworzenia polityki społecznej i opiekuńczej wobec osób starszych [1, 8].

Bariery korzystania z usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych w sektorze pomocy społecznej

Zgodnie z zapisami ustawy o pomocy społecznej usługi opiekuńcze powinny być świadczone zgodnie z kryterium zaistnienia potrzeby opiekuńczej i w sytuacji, gdy rodzina nie jest w stanie zapewnić opieki na adekwatnym poziomie. W praktyce funkcjonowania instytucji pomocy społecznej można jednak zidentyfikować bariery korzystania z usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych.

Dostęp do informacji o usługach

Jedną z ważniejszych barier realizowania usług o charakterze opiekuńczym jest brak informacji o możliwości ich uzyskania. W małych miejscowościach informacja o możliwości uzyskania usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania przekazywana jest osobom potrzebującym najczęściej w sposób nieformalny, dzięki pomocy sąsiedzkiej [6, 7]. Często informacja o dostępnych usługach przekazywana jest potencjalnym klientom przez osoby, które już z usług opiekuńczych danej instytucji korzystają. Jednocześnie należy pokreślić, że osoby starsze, w tym w szczególności osoby z ograniczeniami sprawności, niejednokrotnie są słabo poinformowane o możliwościach uzyskania pomocy, a brak mobilności dodatkowo przyczynia się do niemożności uzyskania tej informacji i zgłoszenia potrzeb opiekuńczych do adekwatnego ośrodka [7]. Jak stwierdza pracownik OPS w województwie mazowieckim: „Bariery korzystania... To, że nie są doinformowani dobrze, bo oni [osoby starsze – przyp. red.] się nie poruszają w ogóle po lokalnym terenie. Mieszkają tylko w domu, nigdzie nie wychodzą, brak kontaktu. No, mało się interesują. Trzeba do nich docierać, przekonywać. Są to ludzie zamknięci, bez kontaktu. Dopiero jak się do nich dotrze, zobaczą kogoś, zobaczą, że się coś dzieje u jakiejś koleżanki, kolegi, wtedy koleżanka, kolega w to wciąga. Ale są gdzieś tak oddaleni, samotnie zamknięci” [6].

Pejoratywne postrzeganie pomocy społecznej i opieki długoterminowej

Jako ograniczenie korzystania z usług sektora pomocy społecznej wskazywany jest też wstyd związany z przyznaniem się do zaistnienia potrzeby pomocy i niemożności świadczenia jej przez rodzinę. Ponadto ośrodek pomocy społecznej często kojarzony jest z pomocą osobom ubogim i zmarginalizowanym, a nie osobom starszym czy niepełnosprawnym. Warto też podkreślić, że osoby starsze zgłaszają większe potrzeby w zakresie usług medycznych i pielęgnacyjnych niż opiekuńczych, natomiast rola ośrodków pomocy społecznej niejednokrotnie ogranicza się do pomocy w ich zrealizowaniu. W badaniach jakościowych prowadzonych przez IPiSS dyrektorzy DPS wskazywali na bariery korzystania z instytucjonalnej opieki długoterminowej związane z negatywnym postrzeganiem tej formy opieki. W tradycyjnym społeczeństwie, opierającym się na relacjach rodzinnych, opieka instytucjonalna przez lata postrzegana była pejoratywnie jako forma opieki ostatniej instancji. Jednak zdaniem dyrektorów DPS i pracowników PCPR ta sytuacja się zmienia wraz z rosnącymi potrzebami opiekuńczymi populacji starszej i ograniczonymi możliwościami ich zaspokojenia przez rodzinę nuklearną, zaangażowaną zawodowo i niejednokrotnie mieszkającą w innym miejscu niż starsze pokolenie: „Problem odwieczny to złe konotacje pojęcia oddawania (...) kogoś do domów pomocy. [W przeszłości – przyp. red.] najgorszym przekleństwem było oddać kogoś do domu pomocy. To było wręcz jakby się wyrzuciło ojca, matkę poza nawias rodziny. Więc te opory istnieją, aczkolwiek się zmieniają” [6].

Bariery podaży usług opiekuńczych: procedury, współpłacenie, kolejki

Bariery korzystania z usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych leżą również po stronie ośrodków pomocy społecznej. Badania wskazują na przeszkody związane z nadmierną formalizacją dostępu do usług związaną m.in. z potrzebą zrealizowania wywiadu środowiskowego. Procedury te często są – w szczególności dla osób starszych – niezrozumiałe i uciążliwe. Jak stwierdza pracownica OPS w dużym ośrodku miejskim: „Udzielanie pomocy jest też niesłychanie sformalizowane. To jest procedura wywiadu środowiskowego, zbierania niezbędnych dokumentów do postępowania administracyjnego, postępowanie dowodowe, decyzja administracyjna” [6]. Badania wskazują bariery podaży usług opiekuńczych, podkreślając małą wiedzę prawną pracowników socjalnych w zakresie możliwości świadczenia usług opieki domowej, ograniczone zasoby finansowe pomocy społecznej oraz konieczność współpłacenia za realizowane świadczenia, jak również małą liczbę specjalistów będących w stanie świadczyć usługi opiekuńcze o charakterze pielęgnacyjnym i rehabilitacyjnym [6, 11]. Według ogólnopolskich badań sondażowych zrealizowanych przez PBS w 2015 roku w ośrodkach pomocy społecznej ponad 80% OPS deklaruje brak zarejestrowanych osób oczekujących na świadczenie, 66% realizuje usługi opiekuńcze na bieżąco, a 10% w ciągu tygodnia od zgłoszenia się do ośrodka [12]. O ile w przy-

padku opieki środowiskowej w zasadzie nie ma kolejek oczekujących na świadczenie, to są one raportowane w przypadku opieki instytucjonalnej. Wedle danych MRPiPS rocznie około 10 tysięcy osób otrzymuje miejsce w domu pomocy społecznej. Liczba osób oczekujących na świadczenia w domach pomocy społecznej znacznie zmalała w 2004 roku w związku z wprowadzeniem odpłatności za świadczenie DPS i od tego czasu utrzymuje się na poziomie 6–8 tysięcy osób rocznie. W latach 2011–2014 liczba osób oczekujących na usługi w DPS zmniejszyła się z 8225 do 7228 (**Wykres 1**).

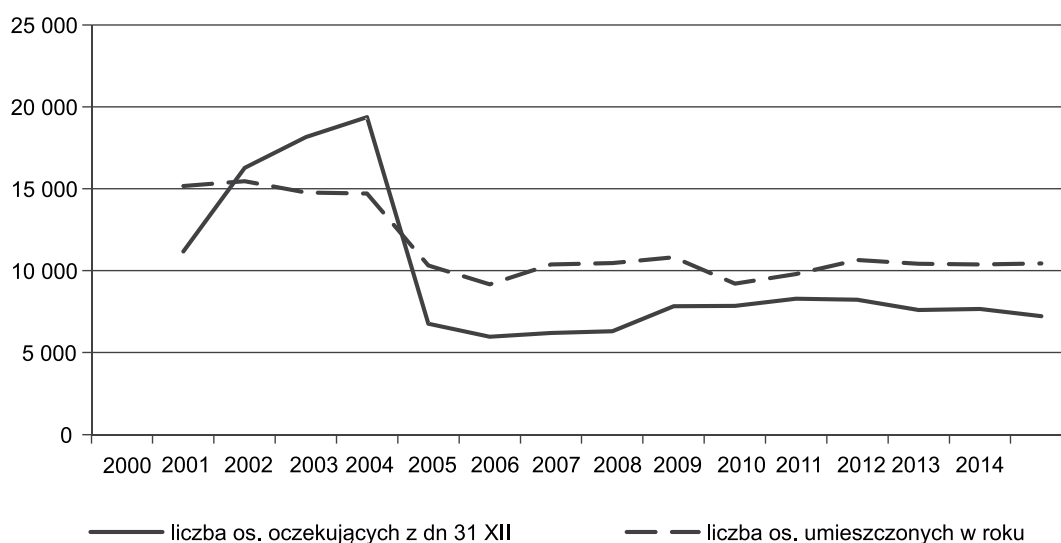
W przywołanych już badaniach PBS 62% dyrektorów DPS deklaruje istnienie w ich placówkach kolejki osób oczekujących na miejsce w instytucji [12], przy czym przeciętnie lista osób oczekujących na miejsce w DPS sięga 13 osób. Co czwarty badany DPS deklaruje przyjmowanie nowych mieszkańców na bieżąco (25%), ale też i w co czwartym (22%) czas oczekiwania jest dłuższy niż rok. Jest to związane z faktem, że spośród wszystkich instytucji stacjonarnych o charakterze opiekuńczym i pielęgnacyjnym systemu pomocy społecznej i opieki zdrowotnej rotacja świadczeniobiorców w DPS jest najniższa. 78% mieszkańców przebywa w domach pomocy społecznej dłużej niż rok, a 25% powyżej pół roku (i krócej niż rok). Kolejki oczekujących na świadczenia są z jednej strony wynikiem długiego okresu pobytu mieszkańców w placówkach i niewystarczającej podaży usług, z drugiej natomiast strategii przyjmowanych przez osoby ubiegające się o miejsce w DPS. Badania Z. Szwedy-Lewandowskiej prowadzone w Łodzi [13] wskazują, że część seniorów oczekujących na miejsce w DPS nie decyduje się na zamieszkanie w nim mimo przydzielonego miejsca. Są to osoby o nieco lepszym

stanie zdrowia, które zgłosiły się do DPS, przewidując potencjalne pogorszenie się ich sytuacji zdrowotnej i niemożność zapewnienia opieki w domu.

Łączenie funkcji opiekuńczych, zdrowotnych i integracyjnych

Choć w statystykach nie wyglądają imponująco, formą opieki niezwykle istotną z punktu widzenia aktywizacji osób starszych, przewlekle chorych czy niepełnosprawnych są miejsca opieki dziennej świadczące usługi opiekuńcze i rehabilitacyjne, ale również pełniące funkcje integracyjne i aktywizacyjne. Badania pokazują, że ośrodki pomocy społecznej stanowią centrum organizacji lokalnych sieci wsparcia dla osób o potrzebach opiekuńczych, które są realizowane w ramach działalności dziennych domów pomocy, centrów aktywności lokalnej oraz w organizacjach trzeciego sektora [6, 7]. Podstawową formą opieki na szczeblu lokalnym są usługi świadczone w dziennych domach pomocy, w ramach których organizowane są działania kulturalno-oświatowe, prowadzone są usługi rehabilitacyjno-usprawniające dla osób o ograniczonej sprawności fizycznej (w tym usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze), świetlica, organizowane są wycieczki dla osób starszych oraz niepełnosprawnych, czy warsztaty tematyczne (plastyczne, komputerowe, muzyczne, kulinarne itp.) i okolicznościowe spotkania integracyjne (np. spotkania wigilijne). W dziennych domach pomocy organizowane są również zajęcia z zakresu profilaktyki zdrowotnej, a podopieczni tych ośrodków niejednokrotnie mają również ułatwiony dostęp do opieki pielęgniarstwa, lekarskiej czy psychologicznej. Jak mówi pracownica OPS i centrum aktywności lokalnej, prowadząca również stowarzyszenie działające

Wykres 1. Liczba osób umieszczonych w DPS oraz oczekujących na świadczenia w latach 2000–2014



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

na rzecz osób starszych i niesprawnych: „Próbujemy znaleźć dla tych naszych seniorów, żeby się gdzieś przebadali, żeby nie musieli płacić kasy za to, nie czekać bardzo długo” [7]. Ważnym elementem działalności dziennych domów pomocy, centrów aktywności lokalnej i działających przy nich instytucji jest prowadzenie aktywności z zakresu edukacji zdrowotnej i profilaktyki, w tym np. prowadzenie warsztatów dotyczących zdrowego żywienia, umożliwienie telemonitoringu zdrowia. Podobny profil działalności mają nowo organizowane domy Senior-Wigor. Dla osób niepełnosprawnych (w tym niepełnosprawnych intelektualnie) tego typu funkcje pełnią rosnące w liczbie ośrodki wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym środowiskowe domy samopomocy.

Na szczeblu lokalnym niezwykle aktywne są organizacje trzeciego sektora, które niejednokrotnie prowadzą dzienne domy opieki czy inne ośrodki wsparcia. Są to fundacje i stowarzyszenia działające na rzecz społeczności lokalnej, a w szczególności osób starszych, długotrwale chorych czy niepełnosprawnych, najczęściej powołane do życia przez pracowników OPS, potencjalnych odbiorców świadczeń lub ich krewnych. Organizacje te obejmują kluby seniora, uniwersytety trzeciego wieku oraz fundacje czy stowarzyszenia lokalne, prowadzące projekty przeznaczone dla określonej grupy odbiorców: osób starszych, osób niepełnosprawnych intelektualnie, itp. Organizacje te niejednokrotnie pełnią ważne funkcje wsparcia osób o ograniczonej mobilności, a ich działalność jest dobrze odbierana przez społeczność lokalną, unikając negatywnej percepcji związanej z ulokowaniem usług w systemie pomocy społecznej skierowanym na osoby ubogie i społecznie wykluczone. Informacja o ich działalności najczęściej przekazywana jest drogą nieformalną, poprzez osoby, które już miały kontakt z daną organizacją. Bariery działania lokalnych organizacji opiekuńczych i aktywizujących trzeciego sektora obejmują niestabilność finansową związaną z funkcjonowaniem opartym na dotacjach samorządu lokalnego oraz środkach projektowych, przeznaczonych na realizację konkretnych działań, a także – niezwykle częste w tego typu działaniu – oparcie aktywności na osobie silnego lidera, jego pomysłach i indywidualnym zaangażowaniu [7].

Koordinacja międzysektorowa funkcji opiekuńczych i zdrowotnych

Wyzwaniem dla instytucji opiekuńczych szczebla lokalnego jest koordynacja funkcji opiekuńczych i zdrowotnych. Instytucje opiekuńcze, rehabilitacyjne i świadczące opiekę zdrowotną podlegają z jednej strony różnym szczeblom administracji samorządowej (gmina, powiat), a z drugiej strony podzielone są sektorowo (sektor pomocy społecznej i opieki zdrowotnej) w zakresie organizacji i finansowania, jednocześnie świadcząc usługi dla jednej populacji – osób o potrzebach opiekuńczych i pielęgnacyjnych związanych z wiekiem, chorobą i niepełnosprawnością. Ten podział, utrwalony w przepisach prawnych, powoduje, że koordynacja, często konieczna ze względu na potrzebę całościowego rozwiązania problemu mającego

charakter zdrowotny, socjalny i rodzinny, nie jest sformalizowana i nie ma w tym zakresie określonych procedur.

Szczególnie wymagająca jest współpraca instytucji sektora pomocy społecznej, zarówno świadczących usługi opieki dziennej, jak i całodobowej, z sektorem opieki zdrowotnej. Podstawowym miejscem dla współpracy jest styk instytucji opiekuńczych i podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Pracownik OPS o współpracy tej opowiada w następujący sposób: „Mamy dwa ośrodki służby zdrowia, dwie placówki to są prywatne, no i na naszą interwencję czy na nasz telefon, na naszą tam obecność reagują i jadą do chorego, my wskazujemy i później nas informują, jakie zostały podjęte decyzje, jakie są ustalenia. (...) zwykle dogadujemy się, dobra współpraca. Bo były przypadki nawet, że mieliśmy przemoc w rodzinie, syn matkę pobił, no ale wtedy tak zorganizowaliśmy jej policję i lekarza. Pojechała, dokonała oględzin i został ten człowiek ukarany. Za to, że bił matkę na karę zawieszona. To wtedy lekarz był, opisał, zbadał. No i lekarze też nas informują. Jeżeli ktoś się do nich zgłosi, to nas informują, jaka sytuacja jest” [6]. Współpraca ta ma charakter nieformalny, polegający głównie na wymianie informacji o osobach potrzebujących pomocy i możliwych działaniach. W badanym ośrodku pomocy społecznej w Warszawie współpraca między OPS a instytucjami sektora zdrowotnego zinstytucjonalizowała się w formie spotkań: „(...) my jesteśmy w stałej współpracy ze służbą zdrowia. Nawet czasem robimy sobie takie »zebrania robocze«, organizujemy z pielęgniarkami środowiskowymi, żeby ta wymiana informacji w dwie strony [była – przyp. red.], bo często jest tak, że trafia konkretna pielęgniarka środowiskowa i może zgłosić konkretny przypadek tutaj do nas, do ośrodka, do konkretnego pracownika, czasami jest tak, że wspieramy się też pomocą ze strony pielęgniarek środowiskowych, czy też w zakresie zamawiania wizyt domowych lekarza pierwszego kontaktu. Także tutaj jesteśmy w stałym kontakcie” [6].

Niektóre ośrodki pomocy społecznej nie wytworzyły nieformalnych sieci współpracy z instytucjami opieki zdrowotnej. Wówczas w miejsce współpracy z POZ często pojawia się współpraca z konkretnymi osobami: lekarzem czy pielęgniarką. W badaniach podkreślana była szczególna rola pełniona przez pielęgniarki środowiskowe, które są „łączniczkami” między OPS i POZ, dobrze znając przy tym sytuację w środowisku lokalnym i potrzeby osób starszych, przewlekle chorych czy niepełnosprawnych. Jak podkreśla pracownik OPS: „Dobrze nam się współpracuje z pielęgniarkami środowiskowymi. Tu bym skrzywdził, gdybym powiedział inaczej. Mamy tu kilka świetnych kobiet i wiele nam pomogły, i są tu niektóre panie, że znają teren od strony i zdrowotnej, i społecznej, profesjonalistki. One czasami lekarza przekonują, żeby jechał, czy żeby podjął taką, a nie inną decyzję. Ale to jest w przypadku pielęgniarek środowiskowych, bo one pracują w środowisku, ta współpraca jest dobra i ona jest taka na telefon, taka nieoficjalna, nie to, że piszemy pisma do siebie, tylko dzwoniemy, że trzeba szybko załatwić, i to jest tak. Natomiast ciężko bardzo się pracuje ze szpitalem, wie pan, z poradniami specjalistycznymi to już w ogóle, z psychiatrą to już w ogóle” [6].

W przypadku domów pomocy społecznej kontakty z usługami sektora opieki zdrowotnej mają miejsce w związku z potrzebą zapewnienia opieki zdrowotnej mieszkańcom DPS. W przeciwieństwie do świadczeń opieki stacjonarnej w zakładach opiekuńczo-leczniczych i zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych sektora zdrowotnego, domy pomocy społecznej nie prowadzą usług medycznych wobec swoich podopiecznych, z wyjątkiem usług rehabilitacyjnych prowadzonych w ramach specjalistycznych usług opiekuńczych. W rezultacie dobra współpraca w zakresie zapewnienia dostępu do usług medycznych mieszkańcom DPS zależy w dużej mierze od uwarunkowań lokalnych i nieformalnych sieci współpracy. W niektórych DPS zapewniona jest stała współpraca z lekarzami POZ: mieszkańcy DPS są umawiani na wizyty lekarskie i w ustalonym dniu przywożeni do zakładu opieki zdrowotnej, gdzie udzielane są świadczenia. Inną praktyką jest umawianie wizyt lekarskich bezpośrednio w DPS. Czasem jednak powstają problemy komunikacyjne i interpretacyjne dotyczące funkcji i zadań opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. Jak relacjonuje dyrektor DPS w dużym ośrodku miejskim: „To jest taka sytuacja, że świadomość ZOZ [zakładów opieki zdrowotnej] czy lekarzy tam pracujących, szefów tych ZOZ – oni są święcie przekonani, że DPS-y powinny zapewniać opiekę zdrowotną, mieć zatrudnionego lekarza, mieć zatrudnione pielęgniarki itd. itd. I tutaj właśnie konflikty z tego powodu się rodzą. My im tłumaczymy, że nie zatrudniamy lekarzy, że nie świadczymy usług zdrowotnych, ponieważ zabrania nam tego ustawa o pomocy społecznej. No i tutaj jest taki zgrzyt, że pacjenci DPS nie są zbyt chętni przyjmowani przez lekarzy” [6].

Pewne napięcia mają miejsce pomiędzy instytucjami świadczącymi usługi opieki stacjonarnej w sektorze pomocy społecznej i w sektorze opieki zdrowotnej. Wynikają one z niespójnych regulacji prawnych dotyczących kierowania osób niesprawnych do poszczególnych instytucji stacjonarnej opieki długoterminowej. Do zakładów opieki długoterminowej w sektorze opieki zdrowotnej kierowane są osoby o złym stanie zdrowia i znacznym stopniu niesprawności (poniżej 40 pkt. na skali oceny funkcjonalnej Barthel). Niemniej w przypadku braku miejsc w ZOL i ZPO osoby o podobnym stanie zdrowia, niesprawne funkcjonalnie, o znacznych potrzebach nie tylko opiekuńczych, ale też rehabilitacyjnych i medycznych, są przyjmowane również do DPS. W takim przypadku osoby te nie mają zapewnionej odpowiedniej opieki medycznej. Jak opowiada dyrektor DPS: „W wielu aspektach moim zdaniem jest nierówne traktowanie osób starszych. To już z punktu widzenia, no, państwa, dlatego że są DPS i ZOL. Jest już taka sytuacja, że w przypadku domów dla osób przewlekle chorych i dla osób starszych my realizujemy tak naprawdę te same zadania co ZOL, w tej opiece podstawowej. My mamy plus jeszcze, że tam jakieś wspomagające, czyli terapia zajęciowa, psycholog, kulturalno-oświatowe, a jesteśmy finansowani z dwóch różnych źródeł. To jest na takiej zasadzie, że tak: powiedzmy, że taka osoba, która już naprawdę wymaga tej opieki, ta, która trafia do ZOL, jest finansowana z NFZ i ona nic do tego nie dopłaca. Czyli nie płaci za to, a ma

podstawową opiekę zdrowotną, na której jej najbardziej zależy, czyli tego lekarza, tę pielęgniarkę, badania i tak dalej. A ta która trafia do DPS (...) nie ma tego lekarza, nie ma tej pielęgniarki, nie ma takich rzeczy, tak, na których jej najbardziej zależy” [6].

Kolejnym ze zgłaszanych w badaniach problemów jest kwestia nierówności dostępu do opieki instytucjonalnej sektora pomocy społecznej i sektora opieki zdrowotnej związana z ponoszeniem kosztów związanych z pobytem [6]. Seniorzy często zgłaszają się do ZOL lub ZPO z uwagi nie tyle na potrzeby zdrowotne, ile niższe koszty indywidualne związane z pobytem w instytucji, aniżeli z mieszkaniem w DPS. Problemy związane z nierównym dostępem do instytucji opieki całodobowej znajdują potwierdzenie w wynikach kontroli NIK prowadzonej w latach 2012–2014 [14]. Wskazuje ona na malejące zainteresowanie pobytem w domach pomocy społecznej z uwagi na znaczne koszty ponoszone przez rodzinę mieszkańca DPS lub gminę i rosnące zainteresowanie pobytem w zakładach opiekuńczo-leczniczych lub zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, gdzie koszty indywidualne są znacznie mniejsze.

Wnioski

W sektorze pomocy społecznej w formie domowych usług opiekuńczych, w tym usług specjalistycznych oraz całodobowych usług stacjonarnych, realizowane są funkcje opiekuńcze wobec populacji starszej, przewlekle chorej i niepełnosprawnej. W nadchodzących dekadach, które będą charakteryzowały się wzrostem liczby osób starszych w populacji, nieunikniona wydaje się potrzeba rozbudowy tego typu świadczeń. W chwili obecnej obserwujemy, pod wpływem działań prowadzonych w programie rządowym Senior-Wigor, wzrost instytucji świadczących opiekę dzienną, niemniej będzie wzrastało również zapotrzebowanie na usługi opieki całodobowej.

Wnioski z przeprowadzonych badań jakościowych [6, 7] wskazują na słabości realizowania usług opiekuńczych w realiach lokalnych wynikające z sektorowego rozdziału zadań opiekuńczych i medycznych między pomoc społeczną i sektor opieki zdrowotnej. Podkreślają potrzebę wzmocnienia funkcji opiekuńczych pomocy społecznej jako instytucji znającej potrzeby lokalne związane nie tylko z ubóstwem i wykluczeniem społecznym, ale również ze świadczeniem usług socjalno-opiekuńczo-zdrowotnych dla populacji starszej i niesamodzielnej. Badania przeprowadzone w gminach wskazują na potrzebę wytworzenia lokalnych, formalnych sieci współpracy pomiędzy instytucjami sektora pomocy społecznej i sektora opieki zdrowotnej w zakresie świadczenia usług na rzecz osób starszych i niepełnosprawnych. W chwili obecnej koordynacja działań, choć niejednokrotnie przynosząca dobre rezultaty, opiera się na dobrej woli zaangażowanych stron i umiejętności współpracy. Formalizacja współpracy mogłaby przynieść dobre skutki tam, gdzie umiejętności i dobra wola są niewystarczające.

Istotną rolę w świadczeniu usług opiekuńczych pełnią instytucje trzeciego sektora, często współpracujące z ośrodkami i domami pomocy społecznej oraz dzien-

nymi domami pomocy. Ich działania powinny być prowadzone w sposób skoordynowany i stabilny, ze stałymi źródłami finansowania, tak by korzyści dla odbiorców usług były jak największe. Wreszcie wyniki badań wskazują na potrzebę wzmocnienia świadomości i kompetencji planistycznych samorządów lokalnych w zakresie tworzenia spójnej, kompleksowej i odpowiadającej potrzebom lokalnej społeczności polityki opiekuńczej i zdrowotnej.

Przypisy

¹ Obecnie Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

² <http://mopact.group.shef.ac.uk>.

³ Dz.U. 2004 Nr 64 poz. 593; Dz.U. z 2015 r. poz. 163, 693, 1045, 1240, 1310, 1359, 1607 i 1616, 1830, 1839.

⁴ Informacja uzyskana w Departamencie Polityki Senioralnej MRPiPS.

Piśmiennictwo

- Błędowski P., Szatur-Jaworska B., Szweda-Lewandowska Z., Kubicki P., *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce*, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2012.
- Kotowska I., Sztanderska U., Wóycicka I., *Między domem a pracą. Rekomendacje*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2007.
- Golinowska S., *The LTC System for the Elderly in Poland*, ENEPRI-ANCIEN Research Report 83, 2010.
- Szweda-Lewandowska Z., *Logika systemu opieki nad osobami starszymi*, „Polityka Społeczna” 2013; 10: 1–4, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2013.
- Giza-Poleszczuk A., *Rodzina a system społeczny. Reprodukcyjność i kooperacja w perspektywie interdyscyplinarnej*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2005.
- Golinowska S., Sowa A., *Działania samorządów lokalnych w opiece i integracji niesamodzielnych osób starszych*, IPiSS raport na zlecenie MPiPS, Warszawa 2010.
- Sowa A., Beaumont K., *Good Practices and Policies Fostering Social Engagement of Older People with Health Limitations. The Case of Poland*, MoPAct Research Report (materiały dotychczas niepublikowane), Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych CASE, 2015.
- Mejsner B., *Lokalne inicjatywy na rzecz ustalania kryteriów jakości i standaryzacji usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania – przykłady dobrych praktyk*, <http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/Ekspertyza%20ZE%20OS.pdf>; dostęp: 15.01.2016.
- Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego, Departament Polityki Regionalnej, *Srebrna Gospodarska Szansa dla Małopolski. Poradnik*, Kraków 2015.
- Zalewska J., „Szufładowanie nie jest dobre. Ludzie starsi nie mogą żyć we własnym getcie”. *Wzorce działań na rzecz osób starszych w gminie A*, w: M. Raclaw (red.), *Publiczna troska, prywatna opieka. Społeczności lokalne wobec osób starszych*, Fundacja Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2011, <https://depot.ceon.pl/handle/123456789/6287>; dostęp: 15.01.2016.
- Błędowski P., Maciejasz M., *Rozwój opieki długoterminowej w Polsce – stan i rekomendacje*, „Nowiny Lekarskie” 2013; 82: 61–69.
- Pracownia Badań Społecznych PBS, *Raport podsumowujący wyniki badań ogólnopolskich. Projekt: Formalne i nieformalne instytucje opieki w Polsce, Etap I prac*, Sopot/Warszawa 2015.
- Szweda-Lewandowska Z., *Domy pomocy społecznej i sieci wsparcia seniorów*, „Polityka Społeczna” 2009; 7: 17–21, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2009.
- Najwyższa Izba Kontroli, *Informacja o wynikach kontroli. Świadczenie pomocy osobom starszym przez gminy i powiaty*, Warszawa 2016.

Akty prawne

Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz.U. 2004 Nr 64 poz. 593; Dz.U. z 2015 r. poz. 163, 693, 1045, 1240, 1310, 1359, 1607 i 1616, 1830, 1893.

Dane statystyczne

MPiPS (2008–2014), dane statystyczne pomocy społecznej: MPiPS-03 i MPiPS-05, <http://www.mpips.gov.pl/pomoc-spoleczna/raporty-i-statystyki/statystyki-pomocy-spolecznej/>; dostęp: 14.01.2016.