

Uniwersytet Jagielloński  
Collegium Medicum  
Wydział Nauk o Zdrowiu

Zuzanna Radosz-Knawa

Środowisko pracy personelu pielęgniarskiego  
oddziałów internistycznych a satysfakcja  
pacjentów z opieki pielęgniarskiej

*Praca doktorska*

Promotor: dr hab. Agnieszka Gniadek, prof. UJ

Promotor pomocniczy: dr Iwona Malinowska-Lipień

Pracę wykonano: w Zakładzie Zarządzania Pielęgniarstwem i  
Pielęgniarstwa Epidemiologicznego

Kierownik jednostki: dr hab. Piotr Pierzchalski, prof. UJ

Kraków 2022

## **Podziękowania**

### ***Pani Profesor Agnieszce Gniadek***

*Promotorowi mojej pracy doktorskiej bez której moja praca doktorska nie mogłaby powstać. Składam serdeczne podziękowania za nieocenioną pomoc, poświęcony czas i cenne uwagi, motywację do krytycznego spojrzenia na problematykę badawczą.*

*Dziękuję za całą przekazaną mi przez te lata wiedzę, niezliczone godziny konsultacji, wiele minut rozmów telefonicznych, przede wszystkim za umiejętność stawiania wymagań, oceniania pracy i wsparcia w niepowodzeniach przy zbieraniu materiału badawczego.*

### ***Moim rodzicom***

*Za nigdy niegasnącą wiarę we mnie. Za ich wsparcie na całej drodze mojej edukacji: od trudnych początków w szkole podstawowej, aż do dzisiaj, kiedy to składam moją pracę doktorską.*

### ***Mojemu bratu***

*Za motywację, zaufanie i optymizm. Pamiętaj proszę, że ciężką pracą można osiągnąć wszystko.*

### ***Mojemu mężowi***

*Za anielską cierpliwość i wytrwałość do mojej osoby oraz wiarę w moje możliwości nawet wtedy, kiedy sama w siebie wątpiłam.*

## Spis treści

Wstęp.....	5
Rozdział 1 Środowisko pracy personelu pielęgniarskiego.....	8
1.1 Czynniki oddziałujące na środowisko pracy pielęgniarek .....	9
1.1.1. Zasoby kadrowe personelu i obciążenie pracą pielęgniarek .....	10
1.1.2 Satysfakcja pielęgniarek z wykonywanego zawodu .....	11
1.1.3 Wypalenia zawodowe .....	13
1.1.4 Ryzyko zdarzeń niepożądanych w pracy pielęgniarek.....	15
1.1.5 Możliwości rozwoju zawodowego .....	16
1.1.6 Relacje pielęgniarka-lekarz .....	17
1.1.7 Wykształcenie i motywacja do podnoszenia kwalifikacji.....	18
1.1.8 Praca personelu niedyplomowanego w oddziałach szpitalnych .....	21
1.2 Racjonowanie opieki pielęgniarskiej.....	21
1.3 Satysfakcja pacjentów z opieki pielęgniarskiej .....	23
1.4 Charakterystyka oddziałów internistycznych.....	25
Rozdział 2 Metodologiczne podstawy badań własnych.....	28
2.1 Cel pracy i problemy badawcze .....	28
2.2 Hipotezy badawcze .....	29
2.2.1 Opis badanej grupy.....	30
2.3 Metody i narzędzia badawcze .....	30
2.4 Materiał badawczy .....	34
2.4.1 Kryteria włączenia i wykluczenia z badania .....	37
2.5 Opracowanie statystyczne wyników .....	37
Rozdział 3 Wyniki badań .....	38
3.1 Charakterystyka badanej grupy .....	38
3.2 Charakterystyka zmiennej zależnej .....	40
3.3 Charakterystyka zmiennych niezależnych .....	42
3.3.1 Zasoby kadrowe personelu pielęgniarskiego .....	42
3.3.2 Obciążenie pracą .....	42
3.3.3. Praca w oddziale niedyplomowanego personelu zajmującego się opieką nad chorymi .....	49
3.3.4. Środowisko pracy .....	50
3.3.5. Satysfakcja z pracy .....	53
3.3.6. Możliwości rozwoju zawodowego i motywacja do kształcenia .....	55

3.3.7. Występowanie zdarzeń niepożądanych.....	55
3.3.8. Wypalenie zawodowe .....	60
3.4. Oceny satysfakcji pacjentów oddziałów internistycznych w zależności od poszczególnych zmiennych niezależnych .....	61
Rozdział 4 Dyskusja.....	71
4.1 Satysfakcja pacjentów z opieki pielęgniarstwa.....	71
4.2 Środowisko pracy i satysfakcja pielęgniarek z wykonywanego zawodu.....	72
4.2 Zasoby kadrowe personelu, obciążenie pracą pielęgniarek .....	75
4.3 Wypalenia zawodowe.....	79
4.4 Zdarzenia niepożądane .....	80
4.5 Racjonowanie opieki pielęgniarstwa .....	83
4.6 Ograniczenia badania .....	85
Rozdział 5 Wnioski .....	87
Rozdział 6 Streszczenie.....	89
Rozdział 7 Summary .....	93
Rozdział 8 Piśmiennictwo .....	97
Rozdział 9 Wykaz tabel.....	114
Rozdział 10 Wykaz rycin .....	116
Rozdział 11 Aneks .....	117

## Wstęp

Zgodnie z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. (Dz.U. z dnia 31 marca 2009 r.) pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych [1], a jakość opieki pacjent ocenia na podstawie własnej subiektywnej opinii [2]. W Polsce, badania dotyczące środowiska pracy personelu pielęgniarskiego są stosunkowo nowym tematem zainteresowań naukowców w porównaniu do badań prowadzonych w innych krajach europejskich [3]. Wynika to także z faktu, że wraz ze zmianami gospodarczymi oraz demograficznymi panującymi na świecie w ostatnim dziesięcioleciu znacząco wzrosło w Polsce zapotrzebowanie na personel pielęgniarski. Niestety, perspektywa ekonomiczna, która od wielu lat jest obserwowana w Polsce w zakresie nakładów na opiekę zdrowotną spowodowała, że zarządy szpitali powodują ograniczenie zatrudnienia liczby personelu pielęgniarskiego mimo że zapotrzebowanie na tych pracowników stale rośnie. Dodatkowo liczba pielęgniarek w Polsce z roku na rok spada (zarówno tych które wchodzi do zawodu jak i tych które opuszczają go poprzez przejście na emeryturę). Największy liczbowo przedział wiekowy wśród pielęgniarek to 51–60 lat, który obejmuje 83 129 pielęgniarek, co stanowi 35,8% liczby zatrudnionych. Mimo nabycia uprawnień emerytalnych ciągle pracuje w zawodzie aż 63 120 pielęgniarek (przedziały 61–70 i przedział pow. 70 lat). Stanowi to 27,2% ogółu zatrudnionych. Jak wskazują dane Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w 2012 r. liczba zarejestrowanych pielęgniarek wynosiła 278 496 tysięcy, a w roku 2016 wzrosła do 288 395 tysięcy, jednak średnia wieku dla tych osób także podniosła się z 46,94 lat (w 2012 roku) do 53,2 lat (w 2021 roku). Należy dodać, że do wyżej wymienionych danych wliczone są osoby zarówno aktywnie wykonujące zawód, jak i również bezrobotne, przebywające na urloпах macierzyńskich i wychowawczych oraz te, które posiadają aktualne prawo do zawodu pielęgniarki lub zawodu położnej, ale nie pracują w zawodzie. Zaobserwowano, że w ciągu ostatniej dekady sytuacja gospodarcza i demograficzna, między innymi panująca w Polsce, wpłynęła zarówno na podaż, jak i popyt na osoby wykonujące zawód pielęgniarki, co doprowadziło między innymi do niedoborów personelu pielęgniarskiego, szczególnie w szpitalach. Jednocześnie strategie cięcia kosztów mające na celu powstrzymanie eksplodujących kosztów opieki zdrowotnej, szczególnie w szpitalach, podniosły progi dla przyjęć do zakładów opieki zdrowotnej i skrócenia czasu pobytu chorych w tych jednostkach. Zwiększyło to średnią liczbę hospitalizowanych pacjentów w ciężkich stanach, wraz z intensywnością potrzebnych im usług pielęgniarskich. Jednak obawy budżetowe menadżerów szpitali zazwyczaj ograniczały liczbę personelu pielęgniarskiego,

zarówno przyjęć nowych absolwentów jak i adekwatnego wynagradzania już tam zatrudnionych [3, 4].

W przypadku niedoborów kadrowych pielęgniarki są zmuszone do zminimalizowania lub pominięcia niektórych zadań, co zwiększa ryzyko negatywnych wyników leczenia [5]. Takie działania to racjonowanie opieki pielęgniarskiej. Zagadnienie to nie jest często podejmowane przez naukowców ale na arenie międzynarodowej w licznych badaniach wykazano znaczące związki między obniżoną jakością środowiska pracy pielęgniarek, oraz większą liczbą zdarzeń niepożądanych (błędy w stosowaniu leków, upadki pacjentów, zakażenia szpitalne, odleżyny, zdarzenia "nieprzestrzegania zaleceń", wskaźniki umieralności) [6-8]. Ponadto, negatywne cechy środowiska pracy przez personel pielęgniarski wskazują na znaczący związek w tej grupie zawodowej z niezadowolaniem z pracy, wypaleniem zawodowym, urazami ciała powstałymi na stanowisku pracy i rotacją pracowników [5]. W rzeczywistości, są to zagadnienia tożsame z racjonowaniem opieki pielęgniarskiej, zdefiniowanej jako "wstrzymanie lub niewykonanie niezbędnych zadań pielęgniarskich z powodu nieodpowiedniego czasu, poziomu zatrudnienia i/lub kombinacji umiejętności". Sytuacja ta może być bezpośrednią obserwowalną konsekwencją niskiego poziomu zatrudnienia i niesprzyjających warunków wykonywania zawodu. Badania naukowe potwierdzają występowanie zależności pomiędzy racjonowaniem opieki pielęgniarskiej a występowaniem negatywnych wyników leczenia (zwiększonej śmiertelności, występowania upadków, odleżyn czy zakażeń szpitalnych) [9-13].

Jako kluczowy wskaźnik jakości i skuteczności opieki pielęgniarskiej wskazuje się zadowolenie pacjenta. Jest ono związane z opieką pielęgniarską oraz środowiskiem organizacyjnym. W 2006 roku Spetz opisał czynniki, które utrudniają pielęgniarkom wykonywanie ich pracy i zostały one uznane za zakłócające osiągnięcie lepszych wyników w kompetentnej opiece opartej na dowodach naukowych [11]. Do czynników organizacyjnych utrudniających opiekę należą: złe warunki pracy, duże obciążenie pracą, brak uczestnictwa w podejmowaniu decyzji klinicznych, ograniczenie możliwości rozwoju kariery zawodowej [12, 13].

Dynamiczny rozwój medycyny, ale i starzenie się społeczeństwa to także przesłanki wszczęcia badań na temat wpływu środowiska pracy personelu pielęgniarskiego na satysfakcję pacjentów z opieki. Według Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (ICN- ang. International Council of Nurses) właściwe środowisko pracy jest wymogiem obecnych czasów. W różnych krajach na świecie dochodzi do zmian w organizacji systemu ochrony zdrowia poprzez

ukierunkowanie działań na wzmocnienie znaczenia zdrowia dla jednostki. Aby osiągnąć ten cel niezbędne są środki pieniężne i finansowanie świadczeń, które nie jest ograniczane limitowaniem kosztów usług, wzmocniające infrastrukturę i zasoby ludzkie oraz umożliwiające wysoką jakość świadczonych usług, mierzącą przede wszystkim bezpieczeństwem pacjenta i personelu medycznego oraz ich satysfakcją z realizowanych usług i wykonywanej pracy. Ponadto pojęcia dotyczące pracy pielęgniarstwa i obciążenia pracą są definiowane i mierzone na różne, ale zarazem często sprzeczne sposoby. Zrozumienie tych różnic jest niezwykle ważne przy wyborze narzędzi do pomiaru obciążenia pracą pielęgniarki. Pomiar obciążenia pracą pielęgniarstwa może przyczynić się do wydajnego i efektywnego zarządzania szpitalami i placówkami opieki zdrowotnej.

## Rozdział 1

### Środowisko pracy personelu pielęgniarskiego

Wielu badaczy próbowało zdefiniować środowisko pracy. W najprostszej postaci może być ono definiowane jako sytuacje, warunki i okoliczności, w jakich ludzie pracują. Briner określa je szeroko, jako czynniki fizyczne (np. ciepło, sprzęt itp.), charakterystykę samej pracy (np. obciążenie pracą, złożoność zadania), cechy organizacyjne jednostki, a nawet aspekty dodatkowego otoczenia organizacyjnego (np. warunki na lokalnym rynku pracy, sektor przemysłu, relacje między pracą a domem) [14]. Yusuf i Metiboba definiują środowisko pracy jako kompozycję trzech głównych podśrodków, które obejmują: środowisko techniczne, środowisko ludzkie i środowisko organizacyjne. Środowisko techniczne odnosi się do narzędzi, sprzętu, infrastruktury technologicznej i innych fizycznych lub technicznych elementów miejsca pracy. Otoczenie człowieka obejmuje zespół i grupy robocze, kwestie interakcji, przywództwo i zarządzanie. Środowisko ludzkie można interpretować jako sieć formalnych i nieformalnych interakcji między współpracownikami. Trzeci rodzaj środowiska pracy, środowisko organizacyjne, obejmuje systemy, procedury, praktyki, wartości i filozofie, które mają miejsce pod kontrolą kierownictwa. Wszystkie te aspekty środowiska w znacznym stopniu wpływają na psychikę i stosunek ludzi do pracy [15].

Inna definicja środowiska pracy określa je jako całokształt warunków, w jakich odbywa się proces pracy [16], w tym czynniki materialne i czynniki społeczne. Warunki pracy można określić jako „ogół fizycznych (materialnych) oraz psychospołecznych czynników mających swoje źródło w środowisku pracy i wpływających na osoby wykonujące pracę” [17].

Środowisko pracy jest integralną częścią funkcjonowania zawodowego każdego pracownika. Stanowi kontekst, który należy uwzględniać przy analizowaniu różnych zagadnień związanych z wykonywaniem pracy. Badania dotyczące kształtowania środowiska pracy i dostosowywania go do potrzeb pracowników, relacji zachodzących w układzie człowiek – środowisko pracy są przedmiotem zainteresowań wielu dyscyplin naukowych w różnych aspektach [18].

Materialne środowisko pracy tworzy „układ czynników sprzyjających (lub niesprzyjających) wydajności pracy i zarazem gwarantujących (lub przeciwnie) pracownikowi odpowiednie warunki higieny, zdrowia, bezpieczeństwa i estetyki” [19]. Grupa czynników



fizycznych związana z materialnym środowiskiem pracy obejmuje np. lokalizację miejsca pracy, wyposażenie stanowiska, wystrój wnętrz, oświetlenie, hałas, czas i godziny pracy, czyli głównie te elementy, które wynikają z przepisów BHP. Czynniki materialne powodują różne reakcje organizmu człowieka, dlatego są przedmiotem badań mających na celu ustalenie pewnych norm i opracowanie regulacji zapewniających możliwość ich przestrzegania. Odnoszą się do warunków pracy, o które powinien zadbać pracodawca i na które pracownik ma niewielki wpływ, jednak oddziałują na jego wydajność i produktywność–oraz komfort pracy, mają też znaczenie dla tworzenia dobrej atmosfery i odczuwania satysfakcji zawodowej [20].

Personel pielęgniarski jest ważny dla zapewnienia wysokiej jakości opieki nad pacjentem [10]. Niewystarczająca kadra pielęgniarska dotyczy sytuacji, w których pracuje mniej pielęgniarek niż powinno być zaplanowane podczas zmiany roboczej, aby zapewnić jakość i bezpieczeństwo opieki nad pacjentem. Niewystarczający poziom zatrudnienia przyczynia się do nadmiernego obciążenia pracą i wysokiego stresu, co prowadzi do negatywnych wyników takich, jak wypalenie zawodowe, niezadowolenie z pracy, rotacja oraz niższa jakość opieki nad pacjentem. Aiken wraz z zespołem [10] stwierdzili, że pielęgniarki pracujące na dyżurach ze zmniejszoną obsadą pielęgniarską były ponad dwukrotnie bardziej narażone na wypalenie i niezadowolenie z pracy, co ostatecznie zwiększyło chęć pielęgniarek do odejścia z pracy w ciągu roku.

## **1.1 Czynniki oddziałujące na środowisko pracy pielęgniarek**

Ryzyko zawodowe związane z wykonywaną pracą wynika z narażenia pracownika na działanie wielu czynników szkodliwych, niebezpiecznych i uciążliwych występujących na stanowisku pracy. Stąd środowisko pracy pielęgniarek należy rozpatrywać w trzech wymiarach: materialnym, społecznym i organizacyjnym [21].

Czynniki materialne warunków pracy to cechy fizyczne środowiska pracy: temperatura, wilgotność, hałas, oświetlenie, oraz promieniowanie. To również czynniki biologiczne i chemiczne (np. preparaty do dezynfekcji). W związku z koniecznością przebywania w jednej pozycji przez długi czas (np. instrumentariuszki na bloku operacyjnym) osoby wykonujące tą profesję narażone są na przeciążenia układu mięśniowo-kostnego [22]. Wymiar społeczny sprowadza się do relacji interpersonalnych (pielęgniarka-pacjent, pielęgniarka-pielęgniarka, pielęgniarka-lekarz, pielęgniarka-inny pracownik opieki zdrowotnej), co może rodzić m.in.

konflikty, narażenie na agresywne zachowania pacjentów [22]. Organizacyjne warunki pracy to czynniki występujące w środowisku pracy, które wynikają z procesu pracy i jej wykonywania [23]. Jednak jednym z najważniejszych czynników, które wpływają na środowisko pracy pielęgniarek jest ich satysfakcja z wykonywanego zawodu [24].

### **1.1.1. Zasoby kadrowe personelu i obciążenie pracą pielęgniarek**

Jednym z głównych wyzwań dla systemów opieki zdrowotnej na całym świecie jest zapewnienie wykwalifikowanej kadry i unikanie negatywnych konsekwencji niedoborów personelu. Obecnie na rynek pracy w opiece zdrowotnej wpływa wiele czynników, w tym zmiany wymagań kadrowych w oparciu o zmiany w charakterystyce pacjentów, zmiany w zakresie refundacji świadczeń, starzenie się personelu, nieoptymalne planowanie szkoleń zawodowych i ścieżek kariery, zaostrzenie warunków pracy i zmiany wartości pracy pracowników i ich preferencje. W Polsce coraz większa liczba szpitali zgłasza trudności z obsadzeniem wolnych stanowisk z powodu braku wykwalifikowanych kandydatów [25]. Większość badań dotyczących niedoborów personelu szpitalnego koncentruje się na wskaźnikach zatrudnienia. Jednak badania wskazują, że niskie indeksy zatrudnienia są wynikiem polityki kadrowej szpitali, a nie niedoborów personelu medycznego na rynku pracy [26, 27]. Stąd niskie wskaźniki zatrudnienia niekoniecznie muszą wynikać z braku wykwalifikowanej kadry na rynku pracy; mogą być również wynikiem środków ograniczania kosztów. W związku z tym wyznaczniki zatrudnienia mogą nie być celową miarą niedoborów personelu i mogą zapewniać jedynie ograniczony wgląd w te niedobory [25].

Pojęcie niedoborów kadrowych w ochronie zdrowia jest wszechobecne. [26]. Postępuje się zgodnie z wcześniejszą definicją w literaturze dotyczącej niedoboru personelu szpitalnego. Definiuje się ten niedobór jako sytuację, w której szpitale nie są w stanie zatrudnić personelu za obowiązujące wynagrodzenie, aby osiągnąć wymaganą liczbę obsady [26, 28]. Trzy z najczęściej stosowanych i bardziej bezpośrednich mierników niedoboru personelu to: raporty własne szpitali, wolne miejsca pracy (wakaty) oraz fakt, czy szpitale dostrzegają trudności w rekrutacji i/lub zatrzymaniu personelu. Wszystkie trzy mierniki zapewniają wgląd w trudności związane z rekrutacją do szpitali i/lub utrzymaniem personelu. Wykazano, że zdolność szpitali do rekrutacji i zatrzymywania personelu różni się w zależności od czynników środowiskowych i organizacyjnych takich, jak lokalizacja, środowisko konkurencyjne lub własność szpitala [28-

30]. W istniejącej literaturze brakuje przeglądu czynników wyjaśniających różnice w niedoborach personelu szpitalnego oraz kompleksowej analizy z wykorzystaniem szerokiego zestawu czynników determinujących i miar niedoboru personelu.

### 1.1.2 Satysfakcja pielęgniarek z wykonywanego zawodu

Satysfakcja z pracy to pojęcie, które istnieje w literaturze od ponad 100 lat. Frederick Taylor w 1911 r. zapoczątkował ruch związany z pomiarem pracy, który zainspirował przyszłe badania nad satysfakcją z pracy [31]. Satysfakcja z pracy pozostaje złożoną koncepcją, której odzwierciedleniem jest wiele zmiennych, które w przebiegu wielu badań badano w związku z tym zjawiskiem. Zmienne te obejmują między innymi satysfakcję pacjenta z opieki, wypalenie zawodowe, zamiar pozostania w zawodzie, wynagrodzenie, stres, środowisko pracy, przywództwo, edukację, czynniki organizacyjne, wzmocnienie pozycji i płynność kadry [32-35]. Zadowolenie z pracy jest badane jako ważna wartość w organizacjach opieki zdrowotnej przy założeniu, że zwiększanie satysfakcji z pracy poprawi wydajność pielęgniarską i wyniki pacjentów [36]. Zadowolenie z pracy zostało zdefiniowane przez Misener, Haddock, Gleaton i Ajamieh w 1996 roku, jako „wielopłaszczyznowy konstrukt obejmujący określone aspekty satysfakcji związane z wynagrodzeniem, pracą, nadzorem, możliwościami zawodowymi, pakietem benefitów i relacji ze współpracownikami” [37]. Hayes i wsp. starali się zidentyfikować czynniki wpływające na satysfakcję z pracy pielęgniarki w oparciu o czynniki intrapersonalne (w obrębie zespołu pielęgniarskiego), interpersonalne (między pielęgniarką a współpracownikami) i pozapersonalne (zewnętrzne w stosunku do pielęgniarki). Ich przegląd systematyczny piśmiennictwa zakłada, że satysfakcja z pracy pielęgniarskiej jest wielopłaszczyznowa, złożona i wysoce subiektywna [38]. Utriainen i Kyngas w przeprowadzonym przez nich przeglądzie systematycznym kierowali się dwoma pytaniami. Pierwsze z nich dotyczyło czynników, jakie wpływają na satysfakcję z pracy pielęgniarek. Drugie natomiast, co wywołuje satysfakcję z pracy wśród pielęgniarek pracujących w szpitalach. Krytyczna ocena 21 badań przeanalizowanych przez Utriainen i Kyngas wykazała, że główne czynniki, jakie wpływają na satysfakcję z pracy pielęgniarki to: relacje międzyludzkie i opieka nad pacjentem [39]. W systematycznym przeglądzie piśmiennictwa Lu i wsp., dotyczącym satysfakcji z pracy pielęgniarek stwierdzono, że ważne są interakcje między pacjentami, współpracownikami i menedżerami, a także obciążenie pracą, wynagrodzenie i awans, autonomia i styl przywództwa oraz polityka organizacyjna [40]. Misener i Cox [41]

zidentyfikowali elementy, które otrzymały najwyższe oceny satysfakcji pielęgniarek z pracy: rzeczywisty czas spędzony bezpośrednio na opiece nad pacjentami, jak trudna jest praca, możliwość zapewnienia opieki wysokiej jakości, poczucie sukcesu i dostęp do mentorów. Pozycje, które uzyskały najniższe wyniki satysfakcji to zaangażowanie w badania, procesy rozwiązywania konfliktów, rozdział nagród oraz możliwość otrzymywania premii oprócz wynagrodzenia.

Pielęgniarki i pielęgniarze mają kluczowe znaczenie dla systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Im mniejsza satysfakcja z wykonywanego zawodu tym większa szansa, że dana pielęgniarka zrezygnuje z wykonywania tej profesji. Ważne jest, aby wziąć pod uwagę czynniki, które wpływają na satysfakcję z pracy lub niezadowolenie wśród personelu pielęgniarskiego, aby określić, w jaki sposób mogą przyczynić się do zamiaru rezygnacji z aktualnego miejsca pracy [42].

Wiele pielęgniarek preferuje pracę bezpośrednio z pacjentami, chcą stawiać czoła wyzwaniom, pracować w stanach wymagających doraźnej opieki i szybkiej oceny, diagnozy i interwencji. Praca na „najwyższym poziomie” i autonomia zostały zbadane w odniesieniu do satysfakcji z pracy. Athey i wsp. [43] wykazali, że poziom autonomii był powiązany z miejscem pracy, a szpitalny personel pielęgniarski zgłaszał mniejszą autonomię niż pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej.

Na satysfakcję z pracy ma również możliwość rozwoju zawodowego. Na rozwijanie zdolności pracowników mają wpływ programy wprowadzające dla nowych pracowników, mentoringu dla absolwentów kierunku pielęgniarstwo, przyjazna atmosfera w pracy oraz możliwość wsparcia ze strony przełożonych. Absolwenci kierunku pielęgniarstwa mogą być sfrustrowani warunkami pracy, a ich doświadczenie zawodowe może być ograniczone. Narasta w nich niepewność siebie w obliczu stresującego i wymagającego środowiska pracy. Stres, jakiego doświadczają absolwenci może rozwinąć się w wyniku złych relacji ze współpracownikami i menedżerowie, braku nagród i pochwał oraz wsparcia organizacyjnego [44].

Mentoring to termin używany do opisanego procesu udzielania ustrukturyzowanego wsparcia nowym absolwentom. Mentorem jest osoba posiadająca doświadczenie, ciesząca się szacunkiem, niekoniecznie z formalnymi kwalifikacjami nauczycielskimi. Możliwość dostępu do mentorów w nowym miejscu pracy jest jednym z elementów określonych przez personel pielęgniarski jako bardzo potrzebny. Perspektywa ta jest szczególnie ważna dla młodych

pielęgniarek rozpoczynających prace, aby mogły się zaadaptować się do nowych wyzwań. Dla doświadczonych pielęgniarek, które przebywają w nowym otoczeniu, pielęgniarka-mentor pomaga we wdrażaniu i nauczaniu zasad i procedur w nowej organizacji. Doświadczone pielęgniarki w miejscu pracy mogą skorzystać z opieki mentorskiej przygotowanej przez pielęgniarkę z dłuższym stażem w celu dalszego rozwoju zawodowego i możliwości udziału w badaniach naukowych. Te działania związane z rozwojem zawodowym mogą zwiększyć satysfakcję z pracy pielęgniarek [44].

Skuteczne przywództwo jest kluczowym elementem zdrowego środowiska pracy, a obecność i działania lidera mogą być najważniejszymi czynnikami w środowisku pracy opieki zdrowotnej.

### 1.1.3 Wypalenia zawodowe

Opisany po raz pierwszy w 1974 r. zespół wypalenia zawodowego jest zespołem objawów wynikających z ciągłej reakcji na przewlekłe stresory interpersonalne w pracy. Ogólny opis wypalenia definiuje go jako stan wyczerpania fizycznego i psychicznego związanego z pracą [45]. Syndrom wypalenia zawodowego zarówno wśród lekarzy, jak i pielęgniarek, osiągnął poziom epidemii, z częstością prawie 50% wśród pracowników opieki zdrowotnej [46]. Sytuacje emocjonalnego wyczerpania w środowisku pracy mogą prowadzić do rozwoju wielu problemów o podłożu psychicznym, w tym również wypalenia, które charakteryzuje się wyczerpaniem emocjonalnym, depersonalizacją i obniżoną realizacją osobistą [47].

Wyczerpanie emocjonalne (EE) odnosi się do uczucia przeciążenia i wyczerpania zasobów emocjonalnych. Depersonalizacja (DP) to negatywna reakcja na innych ludzi, takich jak koledzy i pacjenci, w cyniczny i izolowany sposób. Ograniczone osiągnięcia osobiste (PA), występuje, gdy podmiot czuje się mniej kompetentny w swojej roli [47]. Konsekwencje wypalenia są potencjalnie poważne dla opiekunów, pacjentów i instytucji opieki zdrowotnej i obejmują ryzyko błędów medycznych, depresji i niekorzystnych skutków dla bezpieczeństwa pacjentów [48]. Przegląd systematyczny z 2014 r., obejmujący analizę wyników 20 międzynarodowych badań, sugeruje, że wypalenie zawodowe dotyczy również pracowników podstawowej opieki zdrowotnej i prowadzi do dużego stresu, presji czasu i obciążenia pracą, a także braku wsparcia organizacyjnego [49].

Do oceny wypalenia zawodowego służą różne narzędzia stosowane w diagnostyce wypalenia zawodowego, m.in.: Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego Maslach (MBI), Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego LBQ, Kwestionariusz do Badania Klimatu Organizacyjnego, Kwestionariusz do Badania Subiektywnego Dopasowania Człowiek–Organizacja P–O, Kwestionariusz Człowiek w Pracy, Bochumski Inwentarz Osobowościowych Wyznaczników Pracy Rudigera Hossiepa i Michaela Paschena BIP [13, 46-48, 50].

Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego Maslach (MBI) jest najczęściej stosowanym kwestionariuszem do oceny wypalenia zawodowego, ponieważ wykazuje większą trafność i większą wiarygodność w odniesieniu do wielu wymiarów zespołu niż inne, mniej powszechne narzędzia. Został zaprojektowany w celu oceny trzech podwymiarów i składa się z 22 pozycji podzielonych na trzy podskale. Podskala EE (wyczerpanie emocjonalne) ocenia skargi dotyczące uczucia bólu i wyczerpania pracą. Podskala DP (depersonalizacja) mierzy bezosobowe reakcje i brak empatii podczas aktywności zawodowej, a podskala PA (ograniczone osiągnięcie osobiste) ocenia poczucie kompetencji i osiąganie sukcesu w pracy [51].

W opiece zdrowotnej negatywne skutki wypalenia zawodowego są daleko idące, wpływając na pracowników i organizacje zdrowotne oraz zagrażając jakości opieki i bezpieczeństwu pacjentów. Młode pielęgniarki, które jednocześnie studiują na studiach drugiego stopnia i pracują, doświadczają wysokiego poziomu stresu w pracy [52] i są szczególnie narażone na wypalenie zawodowe na wczesnym etapie kariery, gdy uczą się radzić sobie z wymaganiami związanymi z nową rolą zawodową. Wczesne wypalenie zawodowe w pielęgniarstwie wiąże się ze słabymi wynikami pracy pielęgniarek, w tym niezadowoleniem z pracy, pogorszeniem zdrowia psychicznego i fizycznego [13]. Wypalenie zawodowe pielęgniarek ma również negatywny wpływ na wyniki leczenia, w tym zakażenia związane z opieką zdrowotną oraz jakość opieki i zdarzenia niepożądane [53].

Cechy środowiska pracy takie, jak pozytywne przywództwo i wzmocnienie struktur pielęgniarskich, zostały zidentyfikowane jako ważne czynniki wpływające na rozwój wypalenia zawodowego wśród młodych dyplomowanych pielęgniarek [2]. Aiken wraz z zespołem [10] zidentyfikowali nieadekwatność kadrową (z ang. staffing inadequacy) jako ważną cechę środowisk pracy opieki zdrowotnej, która przyczynia się do wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek i ma negatywny wpływ na wyniki opieki nad pacjentem.

### 1.1.4 Ryzyko zdarzeń niepożądanych w pracy pielęgniarek

W połowie lat osiemdziesiątych w literaturze zaczęły pojawiać się publikacje, w których pojawiły się liczne osobiste historie pielęgniarek przedstawiające intensywne poczucie niekompetencji, nieadekwatności lub poczucia winy po popełnieniu błędu medycznego [54, 55]. Po osobistych historiach pielęgniarek pojawiły się relacje deklarujące potrzebę wsparcia instytucjonalnego dla pielęgniarek. Pracownicy opieki zdrowotnej są często dotknięci błędami medycznymi jako „druga ofiara” i doświadczają wielu takich samych emocji, jak pacjenci i członkowie rodziny pierwszych ofiar. Termin „druga ofiara” została początkowo zdefiniowana przez Wu [56] w jego opisie wpływu błędów na profesjonalistów. Inni badacze sugerowali, że „drugie ofiary” doświadczają zespołu stresu pourazowego [56,58]. Wolf wraz z zespołem [59] opisali wyjątkową traumatyczną reakcję drugich ofiar pod względem cech emocjonalnych, społecznych, kulturowych, duchowych i fizycznych. Badanie przeprowadzone wśród ponad 3000 lekarzy potwierdziło, że w przypadku popełniania błędów medycznych przeważa stres emocjonalny. Crigger opisał intensywne zmagania personelu medycznego, biorąc pod uwagę tradycyjny obraz doskonałości wśród pracowników opieki zdrowotnej [60]. Dwie dekady po tym, jak ten problem został po raz pierwszy opisany, White wraz z zespołem podkreślili potrzebę zaangażowania instytucjonalnego i wsparcia, aby zaspokoić emocjonalne potrzeby drugiej ofiary [61].

Zdarzenia niepożądane w placówkach opieki zdrowotnej mogą prowadzić do dwóch ofiar. Pierwsza ofiara to pacjent i jego rodzina, a druga ofiara to zaangażowany pracownik służby zdrowia. W ostatnim dziesięcioleciu szpitale i pracownicy służby zdrowia lepiej zaznajomili się z błędami medycznymi i szkodami, jakie mogą powodować. W rezultacie dochodzenie w sprawie incydentu stało się rutynową częścią reakcji szpitala na zdarzenie niepożądane. Po wyjaśnieniu sekwencji zdarzeń niepożądanych należy wziąć pod uwagę trzy główne kwestie: problemy w opiece zdrowotnej, kontekst kliniczny każdego z tych problemów oraz czynniki przyczyniające się do ich wystąpienia. Następnie przeprowadzane są wywiady z pracownikami zaangażowanymi w wydarzenie, pytając, co się stało, jak to się stało i dlaczego. Zdarzenia niepożądane są w oczywisty sposób niepokojące dla pacjentów i ogółu społeczeństwa i chociaż są one mniej widoczne, mają również znaczący wpływ na zaangażowanych pracowników opieki zdrowotnej, którzy zostali zidentyfikowani jako drugie ofiary zdarzeń niepożądanych. Jednak bardzo mało uwagi poświęcono pracownikom opieki zdrowotnej zaangażowanym w zdarzenia niepożądane, aby pomóc im radzić sobie z reakcjami

na błędy medyczne i/lub niepożądane zdarzenia medyczne [56]. Oznaki i objawy są podobne do objawów zespołu ostrego stresu, w tym początkowe odrętwienie, oderwanie, a nawet depersonalizacja, dezorientacja, lęk, żal i depresja, wycofanie lub pobudzenie i ponowne przeżywanie zdarzenia. Dodatkowe objawy związane z błędami medycznymi obejmują wstyd, poczucie winy, złość i zwątpienie w siebie [57].

Uczenie się pracowników opieki zdrowotnej na podstawie zdarzeń niepożądanych ma znaczenie dla poprawy bezpieczeństwa pacjentów i jakości opieki, może też usprawnić zarządzanie, skutecznie ograniczając występowanie szkód u pacjentów w wyniku incydentów, którym można zapobiec. Konieczne jest ustanowienie efektywnych i ciągłych systemów zgłaszania zdarzeń niepożądanych w warunkach klinicznych, aby poprawić bezpieczeństwo pacjentów. Jednak niedostateczne zgłaszanie pozostaje istotnym problemem. Stronnicze interpretacje będą przedstawiać niedokładny lub niekompletny obraz bezpieczeństwa pacjentów, co może ograniczać zdolność jednostki opieki zdrowotnej do analizowania danych, a tym samym uczenia się na błędach medycznych [62].

### **1.1.5** **Możliwości rozwoju zawodowego**

Najważniejszą regulacją prawną dotyczącą wykonywania zawodu pielęgniarek i położnych jest Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z dnia 23 sierpnia 2011 r.). W Polsce, pielęgniarki uzyskują kwalifikacje zawodowe po ukończeniu szkoły pielęgniarskiej (studia pierwszego stopnia). Aby otrzymać prawo wykonywania zawodu, pielęgniarka musi uzyskać wpis do Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych prowadzonego przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych poprzez struktury regionalne tj. Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych. Z chwilą zatrudnienia w opiece zdrowotnej pielęgniarka i położna powinny/mają obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych oraz prawo do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego, w tym w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia ( Art. 61. 1. i 2) [63]. Rozwój zawodowy pielęgniarek i położnych wynika także z zasad Kodeksu Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej. W punkcie 6 kodeksu napisano: „Uroczycie przyrzekam wdrażać do praktyki nowe zdobycze nauk medycznych, społecznych i humanistycznych oraz systematycznie doskonalić swoje umiejętności i wiedzę dla dobra zawodu” [64].



Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2016 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych obowiązuje w Polsce znowelizowany system kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych. Obejmuje on szkolenia specjalizacyjne zwane specjalizacjami, kursy kwalifikacyjne, kursy specjalistyczne i kursy doszkalające [65]. Organem odpowiedzialnym za nadzór nad organizacją kształcenia podyplomowego, ustaleniem ramowych programów kształcenia, kontrolą nad podmiotami realizującymi kształcenie podyplomowe oraz przeprowadzaniem egzaminu państwowego, w drodze zarządzenia Ministra Zdrowia jest Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych (CKPPiP) z siedzibą w Warszawie [66].

Jednak to zakład pracy powinien stwarzać możliwości rozwoju zawodowego. Często jednak to sam zakład pracy nakłada na pielęgniarki konieczność ukończenia dodatkowych szkoleń, ale nie jest on w stanie zapewnić im warunków do ich ukończenia. Bardzo często pielęgniarki same finansują dodatkowe kursy i szkolenia. W nowoczesnym zarządzaniu zasobami ludzkimi przyjmuje się, że należy zachęcać pracowników do rozwoju zawodowego poprzez organizowanie i umożliwienie udziału w szkoleniach oraz partycypowanie w ich kosztach [67].

### **1.1.6 Relacje pielęgniarka-lekarz**

Obecnie model holistycznej opieki nad pacjentem wymaga współpracy i współodpowiedzialności zawodowej wszystkich członków zespołu terapeutycznego. Podstawą efektywnej współpracy powinna być świadomość wszystkich jego członków zakresu ich kompetencji, roli i zadań, gdyż prawidłowo pracujący zespół z precyzyjnie postawionymi celami i zasadami działania może przyczynić się do poprawy jakości opieki nad pacjentem i jego rodziną [68]. Oczekuje się, że zarówno pielęgniarki, jak i lekarze będą ze sobą ściśle współpracować w celu osiągnięcia wspólnego dobra jakim jest zdrowie i dobre samopoczucie pacjentów. Szczególną uwagę zwraca się na „relację lekarz-pielęgniarka”, stereotypowy wzorzec interakcji, opisany po raz pierwszy w latach 60. XX wieku, w którym pielęgniarki ucza się wykazywać inicjatywę i udzielać porad, jednocześnie zdając się biernie podporządkować się autorytetowi lekarza. Ten wzorzec interakcji wydaje się mniej powszechny w dzisiejszej praktyce klinicznej, ale nadal pozostaje problem, gdzie każdy zawód ma wobec siebie wygórowane oczekiwania, które nieuchronnie zawodzą w wyniku różnych poglądów na cechy

cenionych lekarzy i pielęgniarek [69]. Komunikacja pomiędzy lekarzem a pielęgniarką jest jednym z najważniejszych atrybutów w opiece zdrowotnej. Relacje pomiędzy obiema grupami zawodowymi opisuje się jako nieskuteczną komunikację wpływającą na dobro pacjenta. Umiejętność prawidłowego komunikowania się jest priorytetem pielęgniarek i lekarzy, który powinien być udoskonalany przez obie grupy zawodowe. Leczenie czy pielęgnowanie nie jest możliwe jeżeli nie nastąpi choćby częściowy proces komunikowania się. Porozumiewanie się jest niezbędnym elementem, choćby z powodu uzyskania zgody od pacjenta na wykonywanie jakichkolwiek czynności, czy są to zabiegi lecznicze czy pielęgnacyjne [70].

W badaniach przeprowadzonych w 2016 r. przez Babską i wsp. ponad połowa pielęgniarek biorących udział w badaniu własnym stwierdziła, iż lepiej współpracuje się z młodszymi lekarzami (58,45%). W grupie lekarzy blisko 60% ankietowanych podkreśliło, iż preferuje pracę ze starszymi pielęgniarkami. Blisko 30% lekarzy uznało, że ich relacja z pielęgniarką jest na zasadzie partnerskiej. Zgadza się z tym twierdzeniem blisko 15% pielęgniarek [70]. Włodarczyk i Tobolską przeprowadziły badania, z których wynika, że lekarze oceniają cechy zawodowe pielęgniarek w zakresie zaradności, samodzielności, dynamiki, kreatywności, dążenia za postępem i rzetelności niżej niż pielęgniarki, oceniając siebie. Niżej niż pielęgniarki ocenili lekarze cechy osobiste (cierpliwość, wrażliwość, uczuciowość, opanowanie) i interpersonalne (opiekuńczość, zainteresowanie, wyrozumiałość, współczucie). W tych samych badaniach oceniona została pozycja zawodu w hierarchii społecznej i hierarchii zawodów medycznych. Same pielęgniarki stawiają się na niższej pozycji, niż czynią to lekarze i pacjenci. Wynika z tego, że pielęgniarki postrzegają swój zawód bardzo nisko [71]. Problem braku współpracy lekarzy i pielęgniarek opisuje również Kapała. Zwróciła ona uwagę, że „lekarze nie wydają się być zadowoleni z usamodzielnienia się środowiska pielęgniarskiego” [72]. Do ciekawych wniosków doszedł Waszkiewicz i wsp. Stwierdzili oni, że stres u lekarzy może być spowodowany m.in. brakiem ścisłego podporządkowania się ze strony podległych im pracowników, w tym pielęgniarek [73]. Z analizy powyższych opracowań wynika, że relacje między pielęgniarkami a lekarzami nie są zadowalające [74].

### **1.1.7 Wykształcenie i motywacja do podnoszenia kwalifikacji**

Każdego roku Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych publikuje raport odnośnie wykształcenia pielęgniarek. W 2019 r. w Polsce było 215 600 pielęgniarek posiadających

wykształcenie średnie medyczne, 53 493 posiadających wykształcenie wyższe zawodowe licencjata oraz 30 526 posiadających wykształcenie wyższe magisterskie. Analizując dane z poprzednich lat, można wywnioskować, że pielęgniarki dążą do podnoszenia swoich kwalifikacji i wykształcenia. W roku 2013 r. 280 039 pielęgniarek posiadało tytuł zawodowy magistra, w roku 2014 282 522, w roku 2017 291 791, a w roku 2018 już 295 437 [75]. Według ostatnich danych z dnia 19 kwietnia 2021 r. liczba uczelni, które posiadają akredytację Ministra Zdrowia na kierunku pielęgniarstwo, wynosiła 117. Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego zapewnia, że sukcesywnie zwiększa limity przyjęć na kierunku pielęgniarstwo, biorąc pod uwagę możliwości dydaktyczne uczelni oraz zapotrzebowanie na absolwentów tych studiów [76].

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych dokładnie opisuje w raporcie, jakie możliwości ma pielęgniarka, która po ukończeniu właściwych form kształcenia podyplomowego uzyskuje dodatkowe kompetencje zawodowe uprawniające do zajmowania stanowisk. Pielęgniarka specjalista w poszczególnych dziedzinach pielęgniarstwa oraz posiadająca tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo i/lub studia podyplomowe, posiadająca tytuł licencjata pielęgniarstwa może być zatrudniona w podmiotach leczniczych na stanowiskach pracy: kierownika lub zastępcą kierownika komórki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, przełożonej pielęgniarek, pielęgniarki oddziałowej, pielęgniarki koordynującej nadzorującej pracę innych pielęgniarek oraz na stanowisku specjalista pielęgniarka, starszej pielęgniarki, a także nauczać zawodu oraz wykonywać pracę na rzecz doskonalenia zawodowego pielęgniarek lub położnych, prowadzić pracę naukowo-badawczą w zakresie pielęgniarstwa [77].

Należy jednak pamiętać, że oprócz tzw. formalnego doskonalenia zawodowego, wynikającego z ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej, takiego jak: kursy dokształcające, specjalistyczne, kwalifikacyjne czy wreszcie szkolenie specjalizacyjne, istnieje szkolenie nieformalne [78]. Przykładem są szkolenia wewnątrzzakładowe i wszelkiego rodzaju konferencje szkoleniowe organizowane dla pielęgniarek poza miejscem pracy. To wszystko stwarza znakomite warunki do rozwoju i doskonalenia zawodowego pielęgniarek.

Kosińska przedstawiła model kariery zawodowej pielęgniarki-licencjata. Według niej, pielęgniarka po skończeniu studiów licencjackich potrzebuje 2-3 lat, aby wdrożyć się do zawodu. Następnie przez 3 do 5 lat decyduje się na kursy kwalifikacyjne, studia magisterskie. Potem następuje etap stabilizacji zawodowej, gdzie pielęgniarka decyduje się na prowadzenie badań naukowych i ich opublikowanie. Jako dopełnienie kwalifikacji zawodowych może być

wszczęcie przewodu doktorskiego lub rozpoczęcie studiów podyplomowych [79]. Prezentowana propozycja jest z pewnością niezwykle oczekiwanym standardem, który powinien obowiązywać we wszystkich jednostkach ochrony zdrowia.

Jednak bez motywowania ze strony kadry kierowniczej osobiste dążenia, pragnienia i potrzeby szybko mogą się stać niemożliwe do osiągnięcia. Brak pozytywnych skutków działań podejmowanych w kierunku dalszego rozwoju może również zaowocować postępującym wypaleniem zawodowym, niskim prestiżem zawodowym, niepożądanymi zdarzeniami [79].

Rozwój zawodowy pielęgniarcom utrudniają nie tylko czynniki ludzkie, ale również systemowe. Bidzińska i wsp. [80] prezentują wytyczne, które mogą motywować pielęgniarki do podejmowania kształcenia podyplomowego. Do tych wytycznych należą:

1. Opracowanie przez zakład regulaminu szkoleń dla pracowników.
2. Wypracowanie przez zakład pracy polityki stałego podnoszenia kwalifikacji zawodowych zatrudnionego personelu.
3. Zapewnienie warunków ułatwiających proces kształcenia pielęgniarcom, np. urlopy szkoleniowe, zabezpieczenie obsady pielęgniarskiej na czas urlopu.
4. Zapewnienie warunków do systematycznego doskonalenia zawodowego pielęgniarek (baza lokalowa, zbiory biblioteczne, czasopisma).
5. Udostępnienie ofert z zakresu kształcenia podyplomowego z informacją o ich koszcie.
6. Posiadanie przez zakład pracy planu rozwoju kwalifikacji zawodowych kadry pielęgniarskiej, określającego potrzeby w zakresie specjalizacji, kursów kwalifikacyjnych oraz szkoleń wewnątrzzakładowych.
7. Posiadanie przez zakład pracy wyodrębnionego budżetu przeznaczonego na kształcenie i doskonalenie zawodowe pielęgniarek.

Odpowiedzialna pielęgniarka, pełniąca swoje funkcje, powinna uznać za swoją osobistą potrzebę dążenie do podnoszenia poziomu swojego wykształcenia [81]. Jednak bez motywowania ze strony kadry kierowniczej osobiste dążenia, pragnienia i potrzeby szybko mogą się stać niemożliwe do osiągnięcia [82].

### 1.1.8 Praca personelu niedyplomowanego w oddziałach szpitalnych

W 2011 r. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych opublikowała dokument „Planowanie obsad pielęgniarskich w oddziałach zachowawczych i zabiegowych o różnym profilu”. Zaznaczono w nim „że liczba pacjentów przypadających na jedną pielęgniarkę w lecznictwie stacjonarnym w Polsce powinna być ustalana w oparciu o badania naukowe i uwzględniać zatrudnienie personelu pomocniczego tzn. opiekunów medycznych” [83].

W Polsce w oddziałach szpitalnych dopuszczalna jest praca opiekuna medycznego, który ukończył szkołę policealną (posiada dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie opiekun medyczny). Zawód opiekuna medycznego pojawił się na rynku polskim w 2008 roku, czyli jest on stosunkowo nową profesją. Kwalifikacje są nabywane na poziomie zasadniczego kształcenia zawodowego, a do kompetencji opiekuna należy podstawowa pielęgnacja, co oznacza pomoc osobie niesamodzielnej w zaspokajaniu jej podstawowych potrzeb życiowych takich, jak jedzenie, wydalanie, utrzymanie higieny osobistej i poruszanie się. Czynności pielęgnacyjne nie są czynnościami medycznymi, ale ich wykonywanie jest niezbędne dla życia, musi towarzyszyć leczeniu pacjentów niesamodzielnych. Z tego powodu opiekun medyczny w klasyfikacji zawodów usytuowany jest jako medyczny zawód pomocniczy [84].

Zawód opiekuna medycznego należy do grupy zawodów społecznych, w których przy definiowaniu roli, jaką ma pełnić dany pracownik w zespole, poza kompetencjami zawodowymi powinno się również oceniać kompetencje społeczne, które nawiązują do umiejętności budowania i utrzymania relacji międzyludzkich, czyli zarówno relacji z pacjentem, jak i relacji w zespole. Wobec powyższego do najważniejszych cech opiekuna medycznego powinny należeć empatia, zdolności komunikacyjne, umiejętność pracy w zespole oraz elastyczność [85].

## 1.2 Racjonowanie opieki pielęgniarskiej

Pojęcie utraty czy racjonowania opieki pielęgniarskiej (Missed Nursing Care) zostało po raz pierwszy zidentyfikowane w 2006 r. przez amerykańską pielęgniarkę Beatrice J. Kalisch i wsp. [12]. W rzeczywistości racjonowanie opieki pielęgniarskiej, definiowane jest jako

„wstrzymanie się lub niewykonanie niezbędnych zadań pielęgniarских z powodu niewystarczającego czasu, poziomu personelu i/lub umiejętności” może być bezpośrednio zauważalną konsekwencją niskiego poziomu zatrudnienia i złego środowiska pracy pielęgniarek [5]. Racjonowanie opieki pielęgniarской zostało pierwotnie zbadane przez Schuberta i wsp. [5, 86] w kontekście projektu badawczego Rationing of Nursing Care in Switzerland (RICH). Aby zmierzyć racjonowanie opieki pielęgniarской szwajcarscy naukowcy opracowali instrument Kwestionariusz do oceny racjonowania opieki pielęgniarской (BERNCA). Polskiej adaptacji skali dokonała Uchmanowicz i wsp. w 2019 roku [87].

Praktyka pielęgniarская obejmuje szeroki zakres codziennych zadań. Gdy zasoby są ograniczone, pielęgniarki są zmuszone do racjonalizacji pracy wśród pacjentów, wykorzystując własną ocenę kliniczną do ustalania priorytetów ocen i interwencji [88]. W oddziałach z niedoborem personelu, pielęgniarki są przypuszczalnie zmuszane do minimalizowania lub pomijania niektórych zadań, zwiększając tym samym ryzyko negatywnych wyników opieki pielęgniarской. Badacze konsekwentnie zgadzają się, że w wielu szpitalach liczba personelu pielęgniarского nie jest optymalna [89-91], podczas gdy rosnąca baza dowodów łączy brak personelu pielęgniarского z negatywnymi wynikami pacjentów (z ang. *patient outcomes*). W skali międzynarodowej, badania wykazały znaczące związki między obniżoną jakością środowiska pracy pielęgniarek, poziomem zatrudnienia/umiejętności pielęgniarek oraz zwiększoną liczbą zdarzeń niepożądanych lub wyników (błędy w leczeniu, upadki, zakażenia szpitalne, nieprawidłowe wartości ciśnienia, zdarzenia typu „nieudane ratownictwo”, śmiertelność) [6, 13, 92-96]. Ponadto negatywne cechy środowiska pracy pielęgniarek wykazują istotne powiązania z niezadowoleniem z pracy, wypaleniem zawodowym, urazami zawodowymi i rotacją personelu [10, 13, 97]. Schubert i wsp. [5] wymieniają czynności pielęgniarские, które obejmują działania rozpoznawcze, prowadzenie terapii, prewencję, rehabilitację i wsparcie emocjonalne. Zespół badawczy uważa, że wszystkie te czynności są równoważne i umożliwiają osiągnięcie przez pacjentów oczekiwanych wyników. Pomimo dowodów na to, że zwiększanie liczby personelu pielęgniarского jest interwencją opłacalną [98-99] obecna sytuacja polityczna i gospodarcza w krajach europejskich może utrudniać osiągnięcie tego celu. W niektórych krajach, pomimo zasobów finansowych jednostek opieki zdrowotnej, pielęgniarki nie chcą podjąć pracy ze względu na złe warunki pracy. W obliczu faktu, że nie są w stanie zapewnić pacjentom wszelkiej niezbędnej opieki, pielęgniarki traktują priorytetowo zapewnienie możliwie najlepszej opieki przy wykorzystaniu dostępnych zasobów [9].

Dokonując przeglądu piśmiennictwa w tym zakresie stwierdzono, że niewiele badań dotyczyło procesu podejmowania przez pielęgniarki decyzji, które czynności opiekuńcze są wykonywane lub nie w sytuacjach niedoborów kadrowych. Ostatnio jednak uznano potrzebę zbadania relacji pacjent-pielęgniarka, zwracając uwagę na to, w jaki sposób pielęgniarki intelektualnie i fizycznie organizują i zapewniają niezbędną opiekę pielęgniarską [90]. W ciągu ostatniej dekady trzy koncepcje dotyczące zaniedbania opieki pielęgniarskiej zostały opisane w literaturze:

1. zaniechanie opieki pielęgniarskiej [100],
2. pominięcie opieki pielęgniarskiej [16],
3. ukryte racjonowanie opieki pielęgniarskiej [5].

Pomimo różnic w definiowaniu, wszystkie te trzy pojęcia stanowią próbę zrozumienia, które czynności pielęgniarskie są częściowo lub całkowicie pomijane, gdy niedobory środków uniemożliwiają zapewnienie całej niezbędnej opieki. W przeglądzie systematycznym z 2018 roku wykazano, że pominięta opieka jest obiecującym wskaźnikiem norm zatrudnienia personelu pielęgniarskiego, jednak należy zauważyć, że jak dotąd wciąż niewiele jest dowodów na to, że dołączenie pracowników pomocniczych do zespołu zmniejszyło ryzyko utraty opieki [101].

### **1.3 Satysfakcja pacjentów z opieki pielęgniarskiej**

Satysfakcja pacjenta z opieki pielęgniarskiej jest ważnym i powszechnie stosowanym wskaźnikiem do pomiaru jakości opieki zdrowotnej. Zadowolenie pacjentów wpływa na wyniki kliniczne, długość pobytu pacjenta na danym oddziale i skargi na błędy medyczne. Wpływa na terminowe, wydajne i zorientowane na pacjenta świadczenie wysokiej jakości usług medycznych. Zadowolenie pacjentów jest zatem zastępczym, ale bardzo skutecznym wskaźnikiem do pomiaru sukcesu personelu medycznego i szpitali [102]. W opiece medycznej satysfakcja pacjentów jest kluczowym wskaźnikiem jakości opieki. Wiele badań jest zgodnych co do tego, że pomiar satysfakcji pacjentów jest użytecznym narzędziem do określania skuteczności świadczenia opieki zdrowotnej i jakości świadczonej opieki medycznej [103]. Satysfakcja pacjentów jest specyficznym wskaźnikiem instrumentalnych (technicznych) i interpersonalnych aspektów opieki. Satysfakcja może być większa, gdy lekarz lub pielęgniarka kieruje się oczekiwaniami psychospołecznymi prezentowanymi przez pacjentów i potrafi

połączyć umiejętności i kompetencje zawodowe z okazywaniem szacunku, empatii i zainteresowania osobistymi problemami osób starszych [104].

Pojęcie satysfakcji pacjenta jest postrzegane jako wielowymiarowy konstrukt społeczny obejmujący kilka podejść teoretycznych, które były intensywnie rozwijane w ciągu ostatnich dziesięcioleci. Pierwszy opierał się o ogólne psychospołeczne teorie satysfakcji (jednostka ocenia różne aspekty opieki - oprócz dokonania ogólnej oceny opieki zdrowotnej jako systemu) [105]. Kolejny oceniał jako funkcje preferencji pacjentów i warunków zapewnianych przez pracowników opieki zdrowotnej. Trzecie podejście opierało się na wyważonej ocenie ewentualnych różnic między doświadczeniami a oczekiwaniami (stopień, w jakim usługi zaspokajają pragnienia pacjentów) [106]. W obecnym podejściu satysfakcja pacjenta jest rozumiana jako dynamiczny proces przebiegający w różnych wymiarach, w zależności od konkretnych wartości pacjenta, przekonań, oczekiwań, wcześniejszych doświadczeń zdrowotnych i czynników socjodemograficznych [106]. Satysfakcja pacjenta opiera się na „doświadczeniach” oraz „potrzebach” jednostek w odniesieniu do usług opieki zdrowotnej, przy czym potrzeby są określane jako „oczekiwania” w odniesieniu do trzech wymiarów: jakości opieki, opieki szpitalnej i czasu, który lekarz poświęca pacjentowi [107]. Dobrze udokumentowane dane pokazują, że pacjenci są w stanie rozróżnić różne aspekty opieki, a na oczekiwania pacjentów silny wpływ mają wcześniejsze doświadczenia i opinie innych ważnych osób. Sixma i wsp. w 1998 roku [108] wspomnieli, że jakość opieki z perspektywy pacjenta jest postrzegana jako całość cech i cech produktu lub usługi opieki zdrowotnej. Satysfakcja pacjenta jest uważana za główny cel zapewnienia jakości i może służyć jako miara wyniku jakości opieki zdrowotnej oraz zapewnia perspektywę konsumenta, która może przyczynić się do pełnej, wyważonej oceny struktury procesu i wyników usług. Dlatego też, aby skutecznie ocenić satysfakcję pacjentów z różnych środowisk kulturowych, należy pamiętać, że poszczególne aspekty mogą być brane pod uwagę w różny sposób w zależności od tego, co te normy kulturowe nakładają na pacjenta. Dlatego każdy wybrany kwestionariusz do oceny satysfakcji musi zostać wcześniej przetłumaczony, dostosowany kulturowo i zweryfikowany w populacji docelowej [108].

Zadowolenie pacjentów z opieki pielęgniarskiej, mają kluczowe znaczenie dla całościowej satysfakcji z pobytu w szpitalu pacjentów. Zadowolenie z usług pielęgniarskich jest jedyną usługą szpitalną, która ma bezpośredni związek z ogólną satysfakcją pacjenta i jest częścią szerszej koncepcji zadowolenia pacjenta z ogólnego doświadczenia szpitalnego. Zadowolenie z doświadczenia szpitalnego jest złożone i wieloczynnikowe, w tym relacje z



personalem medycznym, otoczeniem fizycznym lub samą organizacją opieki zdrowotnej, co wymaga rozróżnienia między satysfakcją pacjenta z opieki pielęgniarskiej a innymi dziedzinami [109].

Obecnie badania satysfakcji pacjentów w oddziałach szpitalnych z opieki są dostępne w większości szpitali. Pacjent uzupełnia kwestionariusz ankiety za pośrednictwem Internetu oraz bezpośrednio w oddziałach, co sprawia, że pomiar zadowolenia pacjentów z opieki pielęgniarskiej jest priorytetem w badaniach pielęgniarskich. Dlatego też dla pielęgniarstwa kluczowe znaczenie ma opracowanie odpowiednich i wiarygodnych narzędzi do pomiaru satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej. Dalsze wyjaśnienie znaczenia tego pojęcia jest niezbędnym prekursorem w rozwoju instrumentów i dlatego jest przedmiotem zainteresowania współczesnej praktyki pielęgniarskiej w celu dalszego rozwoju wiedzy pielęgniarskiej, a także zbadania jej wpływu na dzisiejszą opiekę zdrowotną.

#### **1.4 Charakterystyka oddziałów internistycznych**

W piśmiennictwie naukowym nie występuje ścisła definicja oddziału internistycznego. Na stronie internetowej szpitala we Włodawie można znaleźć informację, że „zajmuje się diagnostyką i leczeniem pacjentów ze schorzeniami układu krążenia (choroba niedokrwienna serca, nadciśnienie tętnicze, niewydolność krążenia sercowopochodna), przewodu pokarmowego, schorzeniami układu oddechowego, układu moczowego, schorzeń reumatologicznych, chorób endokrynologicznych. Ponadto prowadzi diagnostykę i leczenie zaburzeń przemiany materii (np. cukrzyca, zaburzenia lipidowe, zaburzenia wodno-elektrolitowe). Współpracując z pracownikami szpitala, oddział internistyczny zapewnia pacjentom pełne zaplecze diagnostyczne, które obejmuje diagnostykę radiologiczną, badania USG, kompleksową diagnostykę laboratoryjną oraz diagnostykę endoskopową” [110]. Praca w takim oddziale wymaga znajomości przebiegu i leczenia wielu chorób układu pokarmowego, układu krążenia, chorób metabolicznych. Z kolei SP ZOZ w Świdnicy Regionalny Szpital Specjalistyczny "Latawiec" podaje definicję oddziału chorób wewnętrznych „na oddziale chorób wewnętrznych (potocznie zwany interną) zajmujemy się leczeniem oraz diagnostyką chorób internistycznych, chorób przewlekłych, jak również stanów wymagających diagnostyki czy leczenia w warunkach szpitalnych. Realizujemy diagnostykę oraz leczenie w szerokim zakresie chorób wewnętrznych” [111].

Oddział internistyczny charakteryzuje się przede wszystkim szeroką gamą jednostek chorobowych przybywających tam pacjentów. Stąd też pielęgniarki tam pracujące muszą mieć obszerną wiedzę począwszy od kardiologii, a skończywszy na endokrynologii. Praca w oddziałach szpitalnych odbywa się w systemie zmianowym, 12-godzinnym, co jest dodatkowym stresem dla orgazmu. Obowiązki zawodowe pielęgniarki na takich oddziałach wynikają z Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej [112] i polegają na:

- „przyjęciu chorego do oddziału i pomocy z zaadoptowaniu się do warunków i nowej roli w jakiej znalazł się pacjent;
- pomocy w utrzymaniu higieny ciała lub wykonanie wszelkich czynności z tym związanych, gdy stan pacjenta utrudnia bądź uniemożliwia zadbanie o higienę samemu choremu;
- zapewnieniu potrzeby oddychania oraz wykonywanie zabiegów wspierających tę funkcję jak np. gimnastyki oddechowej, mikroklimatu sali, udziału w tlenoterapii;
- pomocy w spożywaniu posiłków, doborze diety, udziale w edukacji i poradnictwie dietetycznym;
- zapewnieniu warunków do realizacji potrzeby wydalania lub bezpośrednią pomoc przez podanie basenu, kaczki, zmianę pieluch majtek, higienę krocza, obserwację pod kątem ilości i jakości wydaliny;
- stworzeniu warunków do wypoczynku i snu;
- obserwacji pacjenta i oceny bieżącego stanu zdrowia;
- realizacji zleceń lekarskich;
- współpracy w zespole terapeutycznym;
- zapewnieniu choremu wsparcia emocjonalnego, aktywizowaniu i mobilizowaniu do czynnego udziału w procesie powrotu do zdrowia;
- przygotowaniu pacjenta i udziale w specjalistycznych badaniach diagnostycznych i terapeutycznych;
- współpracy z rodziną lub opiekunami pacjenta, czynne włączenie ich w proces pielęgnowania, przygotowanie do wypisu ze szpitala”.

Poza wyżej wymienionymi czynnościami w oddziale internistycznym związanymi z przygotowaniem do badań i udziałem w diagnostyce, realizacji zleceń lekarskich, w dużej mierze skupiają się na edukacji oraz pomocy choremu w utrzymaniu samodzielnego funkcjonowania w otoczeniu. Z uwagi na zwiększanie się populacji osób starszych fakt ten w

połączeniu ze schorzeniami internistycznymi, często chorobami przewlekłymi - wyznacza zakres obowiązków dla pielęgniarek internistycznych. W dużej mierze w oddziałach internistycznych praca polega również na zmniejszeniu deficytów samopielęgnacji u pacjentów z różnymi chorobami przewlekłymi dotyczącymi układu krążenia, oddechowego, chorób metabolicznych.

## Rozdział 2

### Metodologiczne podstawy badań własnych

#### 2.1 Cel pracy i problemy badawcze

Celem pracy była ocena wpływu środowiska pracy personelu pielęgniarskiego oddziałów internistycznych na satysfakcję pacjentów z opieki pielęgniarskiej.

#### Problemy badawcze

1. W jakim stopniu środowisko pracy wpływa na satysfakcję pacjentów z opieki pielęgniarskiej w oddziałach internistycznych?
2. Jaki jest związek pomiędzy liczbą personelu a zdarzeniami niepożądanymi występującymi wśród pacjentów hospitalizowanych w oddziałach internistycznych? Jak pacjenci oceniają poziom swojej satysfakcji w trakcie hospitalizacji?
3. Jaki jest związek pomiędzy rekomendacją pielęgniarek oddziału szpitalnego jako miejsca hospitalizacji osobie najbliższej a liczbą pielęgniarek?
4. Jaka jest opinia pacjentów na temat wpływu środowiska pracy personelu pielęgniarskiego na ich satysfakcję ze sprawowanej opieki pielęgniarskiej w trakcie hospitalizacji?
5. Jaki jest związek pomiędzy sposobem zarządzania personelem pielęgniarskim oddziału a relacjami członków personelu?
6. Jaka jest zależność pomiędzy środowiskiem pracy personelu pielęgniarskiego a racjonowaniem opieki pielęgniarskiej w oddziale?
7. W jakim stopniu na niezadowolenie pacjentów i ich rodzin ma wpływ liczba pacjentów, którzy znajdują się pod opieką jednej pielęgniarki?
8. Jaka jest zależność pomiędzy liczbą dni hospitalizacji a satysfakcją pacjentów ze sprawowanej opieki pielęgniarskiej?
9. Jaka jest zależność pomiędzy zjawiskiem wypalenia zawodowego wśród personelu pielęgniarskiego a racjonowaniem opieki pielęgniarskiej w oddziale?
10. Jaka jest zależność pomiędzy racjonowaniem opieki pielęgniarskiej w oddziale a częstością występowania zdarzeń niepożądanych wśród pacjentów.

## 2.2 Hipotezy badawcze

1. Im lepsze środowisko pracy w oddziale internistycznym tym lepsze satysfakcja pacjentów z opieki pielęgniarskiej.
2. Na liczbę zdarzeń niepożądanych występujących wśród pacjentów ma wpływ środowisko pracy personelu pielęgniarskiego.
3. Personel pielęgniarski jest w stanie zarekomendować oddział jako miejsce hospitalizacji osobie najbliższej, gdzie jest większa liczba pielęgniarek.
4. W opinii pielęgniarek zła organizacja i warunki pracy na oddziale negatywnie wpływają na satysfakcję pacjentów z opieki pielęgniarskiej.
5. Sposób zarządzania personelem oddziału oraz relacje członków personelu mają wpływ na poczucie satysfakcji pacjenta.
6. Częstość racjonowania opieki pielęgniarskiej jest wyższa im gorsze jest środowisko pracy personelu pielęgniarskiego.
7. Im więcej pacjentów znajduje się pod opieką jednej pielęgniarski tym większe niezadowolenie pacjentów i ich rodzin.
8. Im dłuższa hospitalizacja pacjenta w oddziale tym mniejsza satysfakcja pacjenta z opieki pielęgniarskiej.
9. Im częstsze racjonowanie opieki pielęgniarskiej tym częściej występuje zjawisko wypalenia zawodowego wśród personelu pielęgniarskiego.
10. Im częstsze racjonowanie opieki pielęgniarskiej tym częściej występują zdarzenia niepożądane.

W prezentowanym badaniu **zmienną zależną** była satysfakcja pacjentów oddziałów internistycznych z opieki pielęgniarskiej, uzyskana na podstawie wyników ze Skali zadowolenia z pielęgnacji New Castle, po przeanalizowaniu odpowiedzi na pytanie „*Jak ocenilibyś opiekę pielęgniarską otrzymaną na tym oddziale*”? **Zmiennymi niezależnymi** były natomiast: racjonowanie opieki pielęgniarskiej, wiek i staż pracy pielęgniarek w

oddziale, liczba osób sprawujących opiekę nad pacjentem, satysfakcja z pracy pielęgniarek, występowanie zjawiska wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek, wykształcenie personelu pielęgniarskiego, udział w opiece nad chorym personelu niedyplomowanego, sposób i zakres prowadzenia dokumentacji pielęgniarskiej, liczba zdarzeń niepożądanych, liczba zakażeń szpitalnych, poważanie pielęgniarek jako specjalistów przez lekarzy, współpraca między lekarzami a pielęgniarkami, wsparcie dla pielęgniarek ze strony przełożonych, możliwości rozwoju dla pielęgniarek.

### 2.2.1 Opis badanej grupy

Przedmiotem badań były pielęgniarki pracujące w szpitalu w oddziałach internistycznych oraz dorośli pacjenci hospitalizowani w tych oddziałach. Do udziału w badaniach zaproszono wszystkie pielęgniarki pracujące w danym oddziale internistycznym. Dobór grupy do badań był celowy. Ostatecznie grupę badaną stanowiło 209 pielęgniarek (spośród 221 ) oraz 533 pacjentów. Zaproszenie do udziału w badaniu rozesłano do 18 szpitali z czego zwrotną odpowiedź pozytywną otrzymano od 11 jednostek.

### 2.3 Metody i narzędzia badawcze

Badanie miało charakter wielośrodkowy, przekrojowy, obserwacyjny. Dobór do badania był celowy. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankiety. W badaniu użyto następujących narzędzi: ankieta satysfakcji zawodowej pielęgniarki [113], skalę BERNCA, skalę satysfakcji z pielęgnacji New Castle [114] oraz autorski kwestionariusz ankiety.

Kwestionariusz *Ankiety satysfakcji zawodowej pielęgniarki*, składał się z trzech części: skali Środowiska Pracy PES-NWI (The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index), Kwestionariusza Wypalenia Zawodowego MBI (Maslach Burnout Inventory) oraz jednego pytania zaczerpniętego z kwestionariusza (Medical Office Survey on Patient Safety) opracowanego przez AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) [115-117]. Pierwszą część ankiety zatytułowano: warunki pracy, zadowolenie z zawodu wykonywanego i wypalenie zawodowe i użyto w niej skalę PES-NWI i Kwestionariusz wypalenia zawodowego MBI. Arkusz zawierał pięć aspektów oceniających: adekwatność zatrudnienia, współpracę pielęgniarka-lekarz, wsparcie otrzymywane przez pielęgniarki od kadry kierowniczej, udział pielęgniarek w zarządzaniu

szpitalem, wsparcie dla jakości opieki pielęgniarskiej. Respondenci proszeni byli o zaznaczenie przy każdym stwierdzeniu jednej odpowiedzi. Obciążenie pracą pielęgniarską w oddziale zostało określone na podstawie liczby zatrudnionych pielęgniarek, liczby pacjentów w oddziale i pacjentów powierzonych bezpośredniej opiece jednej pielęgniarki, ale również obciążenie obowiązkami zawodowymi oraz nieprofesjonalnymi, jakie pielęgniarki wykonywały podczas ostatniego dyżuru. Analizując zadowolenie z pracy w obecnym szpitalu oceniano warunki pracy w szpitalu, na które składały się: wystarczająca liczba personelu, środki techniczne, wsparcie zwierzchników i relacje ze współpracownikami. Oceniając zasoby kadrowe użyto sumarycznej oceny czterech pytań stanowiących podskale PES-NWI oceniającą adekwatność zasobów personelu pielęgniarskiego. Wzięto tu pod uwagę opinię: czy zdaniem pielęgniarek jest odpowiednia liczba personelu do zapewnienia właściwej opieki, czy szpital dysponuje personelem pomocniczym i technicznym, co pozwala maximum czasu poświęcić opiece nad pacjentami i planowaniu opieki, a także wymianie informacji medycznych. W dalszej części ankiety oceniano dziewięć aspektów zadowolenia z pracy: elastyczność harmonogramu, niezależność w pracy, status zawodowy i szanse na awans, zarobki, możliwości kształcenia, urlopy roczne i szkoleniowe, możliwość korzystania z chorobowych zwolnień lekarskich. Pytano też o potencjalne intencje odejścia z pracy wynikające z braku satysfakcji i ewentualne preferencje przy wyborze nowego miejsca pracy. Kolejną z analizowanych kwestii dotyczyła rekomendacji jakiej pielęgniarki udzieliłyby szpitalowi jako miejscu pracy i miejscu leczenia chorych. Pierwszą część ankiety kończyło pytanie dotyczące wypalenia zawodowego. Do zbadania zjawiska wypalenia w *Ankiecie satysfakcji zawodowej pielęgniarki* użyto Kwestionariusza Wypalenia Zawodowego Maslach (The Maslach Burnout Inventory - MBI) [114, 118].

Druga część *Ankiety satysfakcji zawodowej pielęgniarki*, miała za zadanie ocenić: jakość opieki pielęgniarskiej i bezpieczeństwo opieki. Część ta składała się z siedmiu grup pytań mających za zadanie poznać ogólną ocenę jakości opieki nad pacjentami, stopień w jakim pielęgniarki mogły być pewne, że pacjenci poradzą sobie z samoopieką po wypisie ze szpitala. W tej części ankiety użyto kwestionariusza (Medical Office Survey on Patient Safety), który powstał jako narzędzie badawcze Amerykańskiej Agencji Badań Jakości Opieki Zdrowotnej AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) na potrzeby Amerykańskiego Departamentu Zdrowia i Usług Społecznych. Jest to narzędzie służące do oceny kultury bezpieczeństwa i jakości opieki w aspektach: efektywności, terminowości, wydajności, adekwatności opieki, ogólnego postrzegania bezpieczeństwa. Dla potrzeb Ankiety satysfakcji zawodowej pielęgniarki wykorzystano jedno pytanie - respondenci proszeni byli o zaznaczenia w jakim stopniu od 1 do 5, gdzie 1 oznacza - całkowicie się nie zgadzam, natomiast 5 -

całkowicie zgadzam się, ankietowani utożsamiają się z zaproponowanymi tezami dotyczącymi bezpieczeństwa chorych [119].

Trzecia część *Ankiety satysfakcji zawodowej pielęgniarki* zawierała informacje na temat ostatniego dyżuru jaki pełniły pielęgniarki. Ta część kwestionariusza została wykorzystana w niniejszej pracy do oceny obciążenia pracą, udziału w opiece personelu niedyplomowanego, wykonywanych przez pielęgniarki czynności nieprofesjonalnych oraz oceny skali czynności jakie pielęgniarki nie zdążyły wykonać w trakcie dyżuru z powodu braku czasu. Ankietowane osoby miały zaznaczyć jedną z trzech pór dyżuru: dzień, popołudnie bądź wieczór lub dyżur nocny. Czwarta część kwestionariusza zawierała dane społeczne oraz demograficzne.

Racjonowanie opieki pielęgniarskiej mierzono za pomocą narzędzia BERNCA pierwotnie opracowanego i zatwierdzonego w ramach badania Racjonowanie opieki pielęgniarskiej w Szwajcarii. Kwestionariusz BERNCA-R zawierał 32 pozycje, wyszczególniając niezbędne zadania pielęgniarskie, w tym codzienne czynności, wsparcie emocjonalne lub psychospołeczne, opiekę edukacyjno-rehabilitacyjną, warunki bezpieczeństwa i dokumentację. Stosując 5-punktową skalę typu Likerta [0 = nie było takiej potrzeby, 1 = nigdy, 2 = rzadko, 3 = czasami, 4 = często], respondentów (pielęgniarki) poproszono o ocenę, jak często w ciągu ostatnich siedmiu dni roboczych nie byli w stanie wykonać 32 zadania z powodu niewystarczającego czasu, poziomu zatrudnienia i / lub umiejętności. Aby obliczyć średni poziom domniemanego racjonowania opieki pielęgniarskiej, wyniki dla każdej pielęgniarki zostały uśrednione dla wszystkich 32 pozycji; wynik sumaryczny wahał się od 0 do 60, a średnie od 0 do 3,0 [87].

NSNS (skala zadowolenia z pielęgnacji Newcastle) to instrument zweryfikowany statystycznie, skonstruowany na podstawie aspektów opieki pielęgniarskiej ważnych dla pacjentów. Autorzy wyodrębnili aspekty związane z opieką pielęgniarską od całości opieki oferowanej w szpitalu i zdefiniowali kryteria ich pomiaru. Przygotowane narzędzie jest odpowiednio rzetelne i czułe w wykrywaniu różnic w poziomie opieki pielęgniarskiej widzianej z punktu widzenia pacjenta, a nie personelu. NSNS (skala zadowolenia z pielęgnacji Newcastle) ma przede wszystkim na celu wykrycie różnic między oddziałami i grupami pacjentów pod względem całkowitego doświadczenia i satysfakcji z opieki pielęgniarskiej. Analiza koncentruje się przede wszystkim na sumarycznych wynikach skali. Polska wersja NSNS składa się z trzech części: Część I skali - doświadczenia związane z opieką pielęgniarską - zawiera 26 stwierdzeń (15 pozytywnych i 11 negatywnych) z opcją odpowiedzi opartą na 7-



stopniowej skali Likerta. Analiza odpowiedzi pomaga określić ogólny wynik „doświadczenia” w przedziale 0–100, przy czym 100 punktów oznacza najlepsze możliwe doświadczenie opieki pielęgniarskiej, a 0 punktów oznacza najgorsze możliwe doświadczenie.

Część II skali - zadowolenie z opieki pielęgniarskiej - zawierała 19 stwierdzeń z opcją odpowiedzi na 5-stopniowej skali Likerta od „całkowicie zadowolony” do „całkowicie niezadowolony”. Analiza odpowiedzi pozwala określić ogólny wynik „satysfakcji” w przedziale 0–100, przy czym 100 punktów oznacza pełne zadowolenie ze wszystkich aspektów opieki pielęgniarskiej, a 0 punktów oznacza brak satysfakcji z dowolnego aspektu opieki pielęgniarskiej.

Część III skali - zawierała pytania dotyczące demografii pacjentów i pobytu w szpitalu oraz dwa pytania dotyczące ogólnego zadowolenia z opieki pielęgniarskiej w całym okresie hospitalizacji.

NSNS (skala zadowolenia z pielęgnacji Newcastle) pozwala ocenić doświadczenia i satysfakcję pacjenta z opieki pielęgniarskiej. Wynik obu podskal NSNS jest liczbą z zakresu 0-100, gdzie wyższa liczba punktów oznacza bardziej pozytywne doświadczenia i większą satysfakcję z opieki pielęgniarskiej. Nie istnieją normy pozwalające stwierdzić od ilu punktów można uznać wyniki wskazujące na zadowolenie z pielęgnacji jako niskie, średnie czy wysokie. Można jednak, dla każdej z podskal, obliczyć średnią liczbę punktów przypadającą na pytanie i zinterpretować zgodnie z kluczem do pojedynczego pytania.

Na skali doświadczeń:

- 1 oznacza doświadczenia całkowicie nieprzyjemne;
- 2 oznacza doświadczenia bardzo nieprzyjemne;
- 3 oznacza doświadczenia trochę nieprzyjemne
- 4 oznacza doświadczenia neutralne (ani przyjemne ani nieprzyjemne)
- 5 oznacza doświadczenia trochę przyjemne
- 6 oznacza doświadczenia bardzo przyjemne
- 7 oznacza doświadczenia całkowicie przyjemne

Natomiast na skali satysfakcji:

- 1 oznacza całkowite niezadowolenie
- 2 oznacza lekkie zadowolenie

- 3 oznacza trochę zadowolenia
- 4 oznacza duże zadowolenie
- 5 oznacza całkowite zadowolenie

Dodatkowo na końcu ankiety dla pacjentów przygotowano rubrykę z prośbą o uwagi, zachęcano pacjentów do wyrażania opinii dotyczących poszczególnych pozycji i sposobów udzielania odpowiedzi. Opinie te zostały wpisane przez respondentów w części 3 ankiety [105].

Autorski kwestionariusz ankiety dla personelu pielęgniarskiego zawierał 5 pytań oraz metryczkę z dokładnymi danymi na temat posiadanego wykształcenia oraz specjalizacja a także pełnienia funkcji kierowniczej.

## 2.4 Materiał badawczy

W badaniu jednostką badawczą był szpital i poszczególne rodzaje oddziałów internistycznych. W oparciu o dobór celowy, badanie było realizowane w 11 szpitalach, w których wybrano oddziały:

1. Zakład Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej (ul. Szpitalna 22, 34-200 Sucha Beskidzka) - Oddział Wewnętrzny – przebadano: 18 pielęgniarek i 60 pacjentów.
2. Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach (ul. Karmelicka 5, 34-100 Wadowice) - Oddział Chorób Wewnętrznych I oraz Oddział Chorób Wewnętrznych II przebadano: 20 pielęgniarek i 58 pacjentów.
3. 5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie (ul. Wrocławska 1-3, 30-901 Kraków) - Klinika Chorób Wewnętrznych - przebadano: 12 pielęgniarek i 35 pacjentów.
4. Szpital Specjalistyczny im. J. Dietla w Krakowie (ul. Skarbowa 4, 31-121 Kraków) - I Oddział Chorób Wewnętrznych, II Oddział Chorób Wewnętrznych oraz III Oddział Chorób Wewnętrznych przebadano: 25 pielęgniarek i 65 pacjentów.
5. Zespół Opieki Zdrowotnej w Kazimierzy Wielkiej (ul. Partyzantów 12, 28-500 Kazimierza Wielka) - Szpital Powiatowy (Oddział Internistyczny) – przebadano: 29 pielęgniarek i 59 pacjentów.
6. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bochni „Szpital Powiatowy” im. bł. Marty Wieckiej (ul. Krakowska 31, 32-700 Bochnia) - Oddział Chorób

- Wewnętrznych I z Pododdziałem Kardiologicznym oraz Oddział Chorób Wewnętrznych II– przebadano: 24 pielęgniarki i 56 pacjentów.
7. Szpital Powiatowy w Limanowej Imienia Miłosierdzia Bożego (ul. Józefa Piłsudskiego 61, 34-600 Limanowa) – Oddział Chorób Wewnętrznych i Pulmonologii– przebadano: 21 pielęgniarek i 27 pacjentów.
  8. SPZOZ Szpital im. dr. J. Dietla w Krynicy-Zdroju (ul. Kraszewskiego 142, 33-380 Krynica-Zdrój) – Oddział Chorób Wewnętrznych– przebadano: 16 pielęgniarek i 51 pacjentów.
  9. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Krakowie (ul. Kronikarza Galla 25, 30-053 Kraków) – Oddział Chorób Wewnętrznych i Geriatrii – przebadano: 20 pielęgniarek i 49 pacjentów.
  10. Szpital Uniwersytecki w Krakowie (ul. Mikołaja Kopernika 36, 31-501 Kraków) – Oddział Kliniczny Endokrynologii przebadano: 11 pielęgniarek i 48 pacjentów,
  11. Szpital Uniwersytecki w Krakowie (ul. Mikołaja Kopernika 36, 31-501 Kraków) – Oddział Kliniczny Chorób Wewnętrznych przebadano: 25 pielęgniarek i 25 pacjentów.

Dla przejrzystości zapisu w niniejszym opracowaniu przyjęto uproszczony zapis poszczególnych jednostek wybranych do badania. Opisując materiał badawczy przyjęto następujący zapis:

- Zakład Opieki Zdrowotnej w Suchoj Beskidzkiej (ul. Szpitalna 22, 34-200 Sucha Beskidzka) - Oddział Wewnętrzny – **Szpital 1.**
- Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach (ul. Karmelicka 5, 34-100 Wadowice) - Oddział Chorób Wewnętrznych I oraz Oddział Chorób Wewnętrznych II – **Szpital 2.**
- 5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie (ul. Wrocławska 1-3, 30-901 Kraków) - Klinika Chorób Wewnętrznych – **Szpital 3.**
- Szpital Specjalistyczny im. J. Dietla w Krakowie (ul. Skarbowa 4, 31-121 Kraków) - I Oddział Chorób Wewnętrznych, II Oddział Chorób Wewnętrznych oraz III Oddział Chorób Wewnętrznych – **Szpital 4.**

- Zespół Opieki Zdrowotnej w Kazimierzy Wielkiej (ul. Partyzantów 12, 28-500 Kazimierza Wielka) - Szpital Powiatowy (Oddział Internistyczny) – **Szpital 5.**
- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bochni „Szpital Powiatowy” im. bł. Marty Wieckiej (ul. Krakowska 31, 32-700 Bochnia) - Oddział Chorób Wewnętrznych I z Pododdziałem Kardiologicznym oraz Oddział Chorób Wewnętrznych II– **Szpital 6.**
- Szpital Powiatowy w Limanowej Imienia Miłosierdzia Bożego (ul. Józefa Piłsudskiego 61, 34-600 Limanowa) – Oddział Chorób Wewnętrznych i Pulmonologii– **Szpital 7.**
- SPZOZ Szpital im. dr. J. Dietla w Krynicy-Zdroju (ul. Kraszewskiego 142, 33-380 Krynica-Zdrój) – Oddział Chorób Wewnętrznych– **Szpital 8.**
- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Krakowie (ul. Kronikarza Galla 25, 30-053 Kraków) – Oddział Chorób Wewnętrznych i Geriatrii – **Szpital 9.**
- Szpital Uniwersytecki w Krakowie (ul. Mikołaja Kopernika 36, 31-501 Kraków) – Oddział Kliniczny Endokrynologii – **Szpital 10.**
- Szpital Uniwersytecki w Krakowie (ul. Mikołaja Kopernika 36, 31-501 Kraków) – Oddział Kliniczny Chorób Wewnętrznych – **Szpital 11.**

Po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej (opinia nr: 1072.6120.11.2019 z dn. 31 stycznia 2019 r.) zawnioskowano do Dyrektorów placówek o zgodę na przeprowadzenie badań w podległych im jednostkach. Dobór placówek do badania był celowy - badanie przeprowadzono w szpitalach, w których uzyskano zgody dyrekcji na jego realizację.

Podstawą celowego doboru były założenia projektu odnośnie funkcji szpitala oraz oddziałów i przewidywanych zwrotów ankiet od pielęgniarek. Szpitale zostały wybrane tak by zróżnicować grupę badaną. W badanej grupie były zarówno szpitale powiatowe o niższym stopniu referencyjności, jak i takie z wysokim stopniem referencyjności. Większość szpitali znajdowało się w województwie małopolskim zarówno w dużych jak i małych miastach. Jedna placówka oznaczona jako Szpital 5 zlokalizowana była w województwie świętokrzyskim. Badania prowadzono od czerwca 2019 roku do stycznia 2020 roku.

### 2.4.1 Kryteria włączenia i wykluczenia z badania

Uwzględniając zmianowy charakter pracy większości pielęgniarek pracujących w szpitalach w Polsce (głównie 12-godzinne dyżury dzienne i nocne) oraz średni czas hospitalizacji w oddziałach internistycznych, wynoszący 3 dni, ustalono kryterium hospitalizacji trwającej minimum 4 doby jako jeden z warunków włączenia uczestnika (pacjenta) do niniejszego badania. Czas ten daje możliwość dokonania oceny dotyczącej opieki realizowanej przez co najmniej kilku członków zespołu pielęgniarskiego. Nie rekrutowano grupy kontrolnej do badania. Personel pielęgniarski włączony do badania, musiał pracować na danym oddziale minimum jeden rok w pełnym wymiarze czasu pracy. Pielęgniarki i pacjenci zostali ustanie poinformowani o celu i zasadach badania oraz wyrazili zgodę na udział w badaniu. Badanie zostało przeprowadzane zgodnie z zasadami Deklaracji Helsińskiej oraz obowiązującymi regulacjami prawnymi. Na prowadzenie badania otrzymano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego Bioetycznej (opinia nr: 1072.6120.11.2019 z dn. 31 stycznia 2019 r.) oraz dyrekcji szpitali.

### 2.5 Opracowanie statystyczne wyników

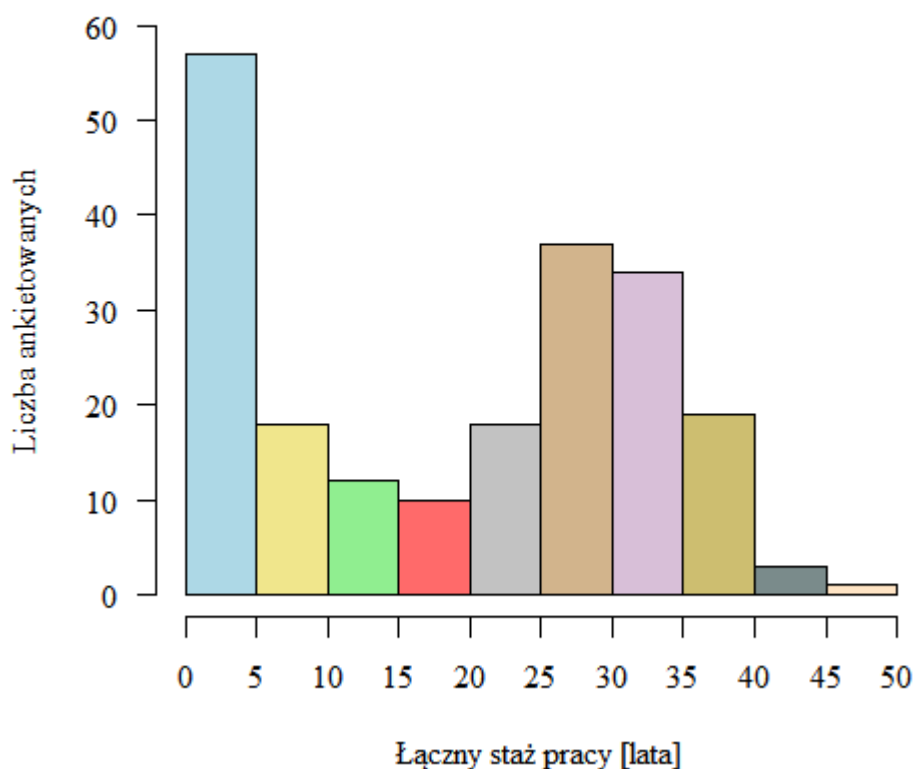
Analizę zmiennych ilościowych (tj. wyrażonych liczbą) przeprowadzono wyliczając średnią, odchylenie standardowe, medianę oraz kwartyle. Analizę zmiennych jakościowych (tj. niewyrażonych liczbą) przeprowadzono wyliczając liczbę i procent wystąpień każdej z wartości. Porównanie wartości zmiennych jakościowych w grupach wykonano za pomocą testu chi-kwadrat (z korektą Yatesa dla tabel 2x2) lub dokładnego testu Fishera tam, gdzie w tabelach pojawiały się niskie licznosci oczekiwane. Porównanie wartości zmiennych ilościowych w dwóch grupach wykonano za pomocą testu Manna-Whitney'a. Porównanie wartości zmiennych ilościowych w trzech i więcej grupach wykonano za pomocą testu Kruskala-Wallisa. Korelacje między zmiennymi ilościowymi analizowano za pomocą współczynnika korelacji Spearmana. W analizie przyjęto poziom istotności 0,05. A więc wszystkie wartości p poniżej 0,05 interpretowano jako świadczące o istotnych zależnościach. Analizę wykonano w programie R, wersja 4.0.3 [106].

## Rozdział 3

### Wyniki badań

#### 3.1 Charakterystyka badanej grupy

Badanie sondażowe przeprowadzono w grupie 209 osób wykonujących zawód pielęgniarki. W analizowanym badaniu w większości respondentami były kobiety 83,7% (n=175), mężczyźni stanowili 16,3% (n=34) badanych. Ze względu na małą liczbę mężczyzn w badanej grupie, w dalszej części pracy dla określenia respondentów, przyjęto określenie „pielęgniarki”, które odnosić się będzie do grupy pielęgniarek i pielęgniarzy uczestniczących w badaniu. Najmłodsza uczestnicząca w badaniu osoba miała 22 lata, a najstarsza 56 lat. Jako miejsce zamieszkania „wieś” zadeklarowało 51,2% (n=107) pielęgniarek, a miasto 48,8% (n=102) badanych. Zdecydowana większość pielęgniarek 97,6% (n=204) posiadała wykształcenie wyższe. Jedynie 2,4% pielęgniarek (n=5) legitymowała się wykształceniem średnim medycznym. Najkrótszy staż pracy wśród badanych osób wynosił 1 rok, a najdłuższy wynosił 46 lat (Ryc. 1). Spośród badanej grupy 62,7% (n=131) pielęgniarek podejmowało dodatkowe zatrudnienie na stanowisku pielęgniarki.



Ryc. 1. Łączny staż pracy pielęgniarek biorących udział w badaniu.

Staż pracy na stanowisku pielęgniarki w szpitalu, w którym pielęgniarki były zatrudnione w chwili przeprowadzania badania wynosił średnio 15,89 lat (SD = 13,72). Łączny (we wszystkich badanych szpitalach) staż pracy pielęgniarek wynosił średnio 19,86 lat (SD = 13,6; Me=24; Min=1; Max=46; Q1=5; Q3=31) (Tab. I).

Tab. I Staż pracy pielęgniarek w danym szpitalu [lata]

Staż pracy w danym szpitalu [lata]							
N	Średnia	SD	Me	Min	Max	Q1	Q3
209	15,89	13,72	12	0	46	3	30

Legenda: N – łączna liczba badanych, SD – odchylenie standardowe, Me – mediana, Min – wartość minimalna, Max – wartość maksymalna, Q1 - Kwartył pierwszy (dolny), Q3 - Kwartył trzeci (górny)

Analizując ostatni dyżur pełniony przez pielęgniarkę, średnio miała ona pod swoją opieką 11,2 pacjentów (mediana=10). Opisuując swój ostatni dyżur 5,4% pielęgniarek (n=11) wskazało, że był on dyżurem pojedynczym.

### 3.2 Charakterystyka zmiennej zależnej

Ocenę satysfakcji pacjentów oddziałów internistycznych z opieki pielęgniarskiej, uzyskano z NSNS (skala zadowolenia z pielęgnacji Newcastle) po przeanalizowaniu odpowiedzi na pytanie „*Jak ocenilibyś opiekę pielęgniarską otrzymaną na tym oddziale?*”. Tabela II przedstawia wyniki badania zmiennej zależnej. Łącznie odpowiedzi udzieliło 533 pacjentów oddziałów internistycznych. Pacjenci oddziałów internistycznych doświadczenia z opieki pielęgniarskiej oceniali średnio na 70,90 punktów, natomiast samą satysfakcję z opieki na 77,85 punktów (SD=19,84; Me=81,58; Min=0; Max=100; Q1=68,42; Q3=94,74).

Tab. II NSNS (Skala Zadowolenia z Pielęgnacji Newcastle) – łączny wynik dla wszystkich 11 szpitali (wyrażony punktach).

NSNS	N	Średnia	SD	Średnia na pytanie	Me	Min	Max	Q1	Q3
Doświadczenia z opieki pielęgniarskiej	533	70,90	11,23	5,25	71,15	24,36	98,72	63,46	80,13
Satysfakcja z opieki pielęgniarskiej	533	77,85	19,84	4,11	81,58	0,00	100,00	68,42	94,74

Legenda: N – łączna liczba badanych, SD – odchylenie standardowe, Me – mediana, Min – wartość minimalna, Max – wartość maksymalna, Q1 - Kwartył pierwszy (dolny), Q3 - Kwartył trzeci (górny)

Tabela III oraz Rycina 2 przedstawiają satysfakcję pacjentów z opieki pielęgniarskiej. Pacjenci najwyżej ocenili opiekę pielęgniarską w Szpitalu 5 (SD=17,39; Me=96,05; Q1=82,24; Q3=100), a najniżej w Szpitalu 8 (SD=23,43; Me=52,63; Q1=42,76; Q3=69,74). Szpital 8 zdecydowanie wyróżniał się negatywnie w tej kategorii i odstawał od pozostałych badanych szpitali.

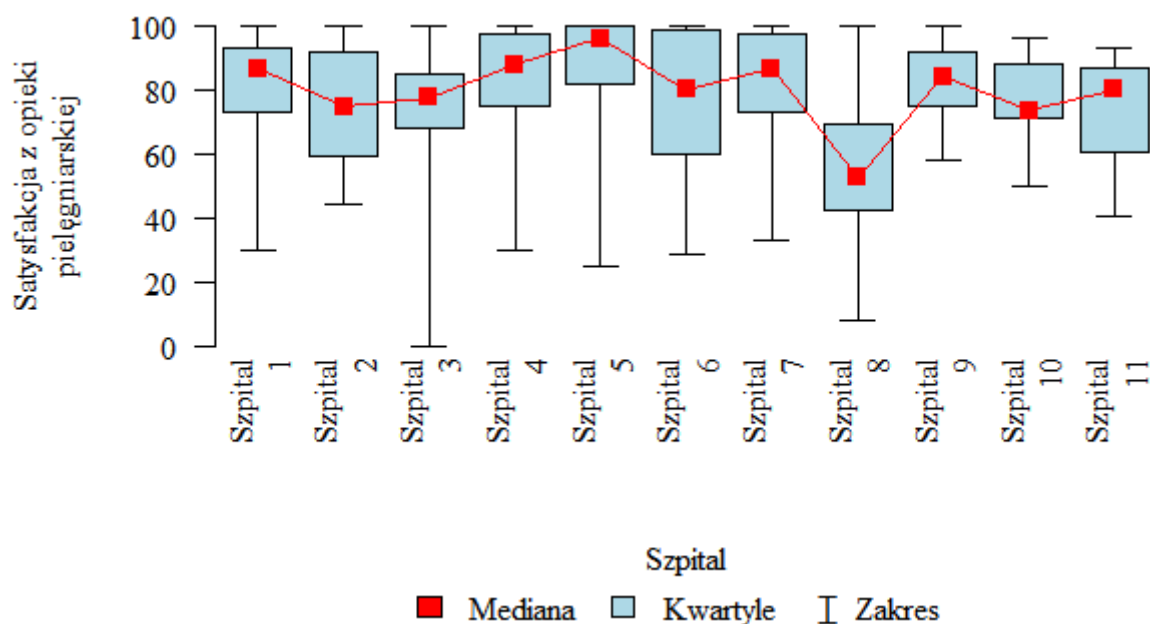


Tab. III Satysfakcja z opieki pielęgniarskiej w opinii pacjentów oddziałów internistycznych

Szpital (liczba pacjentów)	Satysfakcja z opieki pielęgniarskiej			P
	$\bar{X} \pm SD$	Me	Q1-Q3	
Szpital 1 (N=59)	81,2±17,84	86,84	73,03 - 93,42	p<0,001
Szpital 2 (N=58)	74,43±18,02	75,00	59,21 - 92,11	
Szpital 3 (N=35)	73,53±22,73	77,63	68,42 - 84,87	
Szpital 4 (N=65)	83,90±17,02	88,16	75 - 97,37	
Szpital 5 (N=59)	87,80±17,39	96,05	82,24 - 100	
Szpital 6 (N=56)	77,73±21,00	80,26	60,2 - 98,68	
Szpital 7 (N=28)	83,08±17,12	86,84	73,36 - 97,70	
Szpital 8 (N=51)	54,93±23,43	52,63	42,76 - 69,74	
Szpital 9 (N=49)	84,53±11,31	84,21	75,00 - 92,11	
Szpital 10 (N=48)	77,25±11,35	73,68	71,05 - 88,16	
Szpital 11 (N=25)	73,95±16,60	80,26	60,53 - 86,84	

Legenda: p - test Kruskala-Wallisa

$\bar{X} \pm SD$  – średnia±odchylenie standardowe, Me - mediana, Q1-Q3 - kwartył dolny - kwartył górny

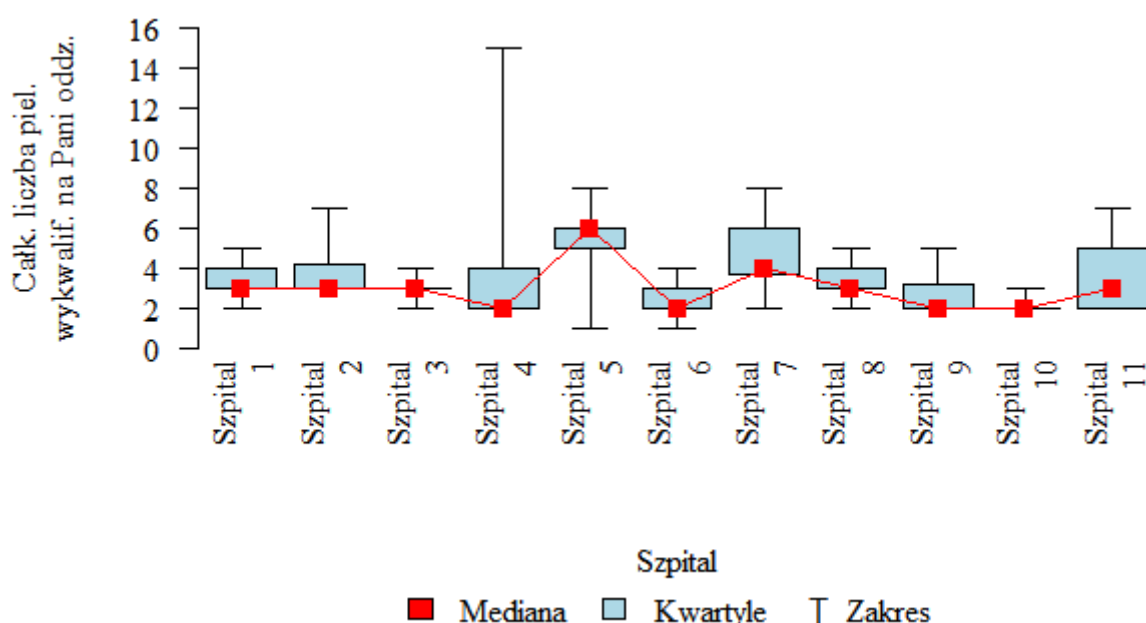


Ryc. 2 Satysfakcja z opieki pielęgniarskiej w opinii pacjentów.

### 3.3 Charakterystyka zmiennych niezależnych

#### 3.3.1 Zasoby kadrowe personelu pielęgniarskiego

Pielęgniarki, w niniejszym badaniu, oceniły, że średnio na dyżurze w oddziale przebywało 3 pielęgniarki na ostatnim dyżurze. Całkowita liczba pielęgniarek posiadających studia wyższe i specjalizację była największa w Szpitalu 5 (Me=6; Q1=5; Q3=6), a najmniejsza w Szpitalu 4 (Me=2; Q1=2; Q3=3). W Szpitalu 5 (Kazimierza Wielka) dyżur pełniło 6 pielęgniarek (Me=6; Q1=5; Q3=6) (Ryc. 3).



Ryc. 3 Zróznicowanie pielęgniarek podczas ostatniego dyżuru (w chwili badania). pracujących w oddziale, w zależności od stopnia wykształcenia i posiadanej specjalizacji.

#### 3.3.2 Obciążenie pracą

W opinii pielęgniarek całkowita liczba pacjentów przebywających w oddziale w czasie ostatniego dyżuru, na którym pracowały ankietowane pielęgniarki, wynosiła średnio 27,3 chorych (SD=9,71; Me=28; Q1=21; Q3=33). Średnio, pielęgniarka miała pod swoją opieką 14,88 pacjentów (SD=9,89; Me=12; Q1=8; Q3=20) (Tab. IV). Dla ponad połowy 61,72% (n=129) pielęgniarek było to, w ich opinii typowe obciążenie.

Tab. IV Liczba pacjentów, za których była odpowiedzialna jedna pielęgniarka podczas ostatniego dyżuru

Szpital	Liczba pacjentów będących pod opieką jednej pielęgniarki podczas jej ostatniego dyżuru			p
	X <sub>śr</sub> ±SD	Me	Q1-Q3	
Szpital 1	22,72±11,90	25,5	11,25 – 30	p<0,001
Szpital 2	23,85±13,39	15	13 - 39,25	
Szpital 3	19,58±10,93	15	12 – 24	
Szpital 4	16,60±9,08	13	10 – 15	
Szpital 5	8,03±5,40	6	5 – 10	
Szpital 6	13,42±8,61	10	5 - 22,25	
Szpital 7	11,80±7,37	10	7,75 – 15	
Szpital 8	14,88±8,27	15	10 - 17,75	
Szpital 9	11,60±7,40	9	6 - 13,75	
Szpital 10	13,18±4,75	10	10 – 18	
Szpital 11	11,77±4,60	12	8 – 14	
Łącznie	14,88±9,89	12	8 – 20	

Legenda: p - test Kruskala-Wallisa

X<sub>śr</sub> ±SD – średnia±odchylenie standardowe, Me - mediana, Q1-Q3 - kwartył dolny - kwartył górny

Ankietowane pielęgniarki odpowiedziały, że liczba pacjentów wymagających pomocy we wszystkich codziennych czynnościach była największa w Szpitalu 1, a najmniejsza w Szpitalu 10. Średnio, na wszystkie badane jedenaście szpitali 7,97 pacjentów potrzebowało pomocy przy czynnościach dnia codziennego (SD=6,54; Me=6; Q1=4; Q3=10). Liczba pacjentów wymagających monitorowania lub zabiegów co godzinę lub częściej była największa w Szpitalu 6, gdzie wynosiła ona średnio 7,29 pacjentów (SD=8,35; Me=5; Q1=4,75; Q3=6,5) a najmniejsza w Szpitalu 5 – średnio 1,72 pacjentów wymagało monitorowania lub zabiegów co godzinę lub częściej (SD=1,53; Me=1; Q1=1; Q3=3) (Tab. V).

Tab. V Liczba pacjentów, którzy wymagali pomocy przy czynnościach dnia codziennego w zależności od badanego szpitala w opinii pielęgniarek.

Szpital	Liczba pacjentów wymagających pomocy przy wszystkich codziennych czynnościach			P
	$\bar{x}_{sr} \pm SD$	Me	Q1-Q3	
Szpital 1	13,17±9,53	10	6 - 17,5	p<0,001
Szpital 2	11,65±8,32	9,5	5 - 16,25	
Szpital 3	7,17±4,26	6	4,75 - 9	
Szpital 4	9,48±5,88	8	6 - 10	
Szpital 5	3,76±2,36	3	2 - 5	
Szpital 6	10,71±6,70	8	5 - 16,25	
Szpital 7	6,70±4,08	5,5	4 - 8,5	
Szpital 8	6,50±7,90	4,5	2,75 - 6	
Szpital 9	5,75±4,25	5	3 - 6	
Szpital 10	3,27±3,29	3	0,5 - 4	
Szpital 11	8,38±3,43	9	6 - 10	
Łącznie	7,97±6,54	6	4 - 10	

Legenda: p - test Kruskala-Wallisa

$\bar{x}_{sr} \pm SD$  – średnia±odchylenie standardowe, Me - mediana, Q1-Q3 - kwartył dolny - kwartył górny

Pielęgniarki pracowały na ostatnim dyżurze w różnym wymiarze czasu pracy, ale najczęściej 87,08% (n=182) w systemie równoważnym na zmianach trwających 12 godzin. Dla 198 (94,74%) pielęgniarek, które udzieliły odpowiedzi, ostatni dyżur był typowym pod względem czasu pracy, a dla 4,78% (n=10) pielęgniarek była to praca ponad zakontraktowane godziny. Większość pielęgniarek biorących udział w badaniu pracowała na ostatnim dyżurze w ciągu dnia 68,42%, (n=143). Pracę na dyżurze nocnym zadeklarowało 25,36%, (n=53) pielęgniarek (Tab. VI). Największy odsetek pielęgniarek pracujących na dyżurach nocnych był w Szpitalach: 4 i 9 a najmniejszy w Szpitalu 5. Największy odsetek pielęgniarek, które pełniły dyżury dzień był w Szpitalu 5 a najmniejszy w Szpitalu 6.

Tab. VI Ostatni dyżur, jaki pełniła pielęgniarka w chwili badania

Szpital	Ostatni dyżur w szpitalu			p
	Dzień	Popołudnie, wieczór	Noc	
Szpital 1	11 (61,11%)	1 (5,56%)	6 (33,33%)	p=0,002
Szpital 2	12 (60,00%)	5 (25,00%)	3 (15,00%)	
Szpital 3	7 (58,33%)	0 (0,00%)	5 (41,67%)	
Szpital 4	14 (56,00%)	1 (4,00%)	10 (40,00%)	
Szpital 5	26 (89,66%)	0 (0,00%)	3 (10,34%)	
Szpital 6	13 (54,17%)	5 (20,83%)	6 (25,00%)	
Szpital 7	18 (85,71%)	0 (0,00%)	3 (14,29%)	
Szpital 8	14 (87,50%)	0 (0,00%)	2 (12,50%)	
Szpital 9	11 (55,00%)	1 (5,00%)	8 (40,00%)	
Szpital 10	8 (72,73%)	0 (0,00%)	3 (27,27%)	
Szpital 11	9 (69,23%)	0 (0,00%)	4 (30,77%)	
Łącznie	143 (68,42%)	13 (6,22%)	53 (25,36%)	

Legenda: p - dokładny test Fishera

Na obciążenie pracą pielęgniarek w badanej grupie wpływało wykonywanie czynności nieprofesjonalnych. Jako często wykonywane czynności nieprofesjonalne respondentki wskazały: odbieranie telefonów i wykonywanie obowiązków administracyjnych w ciągu dyżuru dziennego 34,93% (n=73) czasami oraz 56,46% (n=118) często. Najczęściej czynności te wykonywały pielęgniarki w Szpitalu 10 a najrzadziej w Szpitalu 2 (Tab. VII).

Tab. VII Opinia pielęgniarek na temat czynności nieprofesjonalnych (Odbieranie telefonów i wykonywanie administracyjnych obowiązków)

Szpital	Odbieranie telefonów i wykonywanie administracyjnych obowiązków				p
	Nigdy	Czasami	Często	Brak odpowiedzi	
Szpital 1	3 (16,67%)	3 (16,67%)	12 (66,67%)	0 (0,00%)	p=0,006
Szpital 2	1 (5,00%)	8 (40,00%)	11 (55,00%)	0 (0,00%)	
Szpital 3	2 (16,67%)	2 (16,67%)	8 (66,67%)	0 (0,00%)	
Szpital 4	5 (20,00%)	5 (20,00%)	15 (60,00%)	0 (0,00%)	
Szpital 5	0 (0,00%)	8 (27,59%)	21 (72,41%)	0 (0,00%)	
Szpital 6	1 (4,17%)	9 (37,50%)	14 (58,33%)	0 (0,00%)	
Szpital 7	2 (9,52%)	12 (57,14%)	6 (28,57%)	1 (4,76%)	
Szpital 8	2 (12,50%)	4 (25,00%)	10 (62,50%)	0 (0,00%)	
Szpital 9	1 (5,00%)	10 (50,00%)	9 (45,00%)	0 (0,00%)	
Szpital 10	0 (0,00%)	2 (18,18%)	9 (81,82%)	0 (0,00%)	
Szpital 11	0 (0,00%)	10 (76,92%)	3 (23,08%)	0 (0,00%)	
Łącznie	17 (8,13%)	73 (34,93%)	118 (56,46%)	1 (0,48%)	

Legenda: p - dokładny test Fishera

O poziomie obciążenia pracą można też wnioskować z faktu niewykonania przez pielęgniarki, z powodu braku czasu - czynności, które były konieczne. Spośród czynności najczęściej zgłaszanych jako niewykonane pielęgniarki wskazały na: edukację pacjentów i ich rodzin 51,2 % (n=107), higienę jamy ustnej 47,37% (n=99), częste zmienianie pozycji pacjenta 37,32% (n= 78), tworzenie lub uaktualnianie planu opieki pielęgniarskiej/wytucznych opieki pielęgniarskiej 35,89% (n=75), planowanie opieki 34,45% (n=72). Tabela VIII przedstawia wyniki łączne wykonania lub niewykonania czynności pielęgniarskich ze wszystkich badanych szpitali.

Tab. VIII Niewykonanie czynności pielęgniarских z podziałem na poszczególne szpitale

Czynność	Częstość pomijania										
	Szpital 1 (N=18)	Szpital 2 (N=20)	Szpital 3 (N=12)	Szpital 4 (N=25)	Szpital 5 (N=29)	Szpital 6 (N=24)	Szpital 7 (N=21)	Szpital 8 (N=16)	Szpital 9 (N=20)	Szpital 10 (N=11)	Szpital 11 (N=13)
Zgodne z zasadami monitorowanie pacjenta	5 (27,78%)	3 (15,00%)	3 (25,00%)	7 (28,00%)	2 (6,90%)	2 (8,33%)	5 (23,81%)	1 (6,25%)	2 (10,00%)	0 (0,00%)	3 (23,08%)
Pielęgnacja skóry	5 (27,78%)	6 (30,00%)	6 (50,00%)	1 (4,00%)	1 (3,45%)	10 (41,67%)	4 (19,05%)	2 (12,50%)	4 (20,00%)	1 (9,09%)	6 (46,15%)
Higiena jamy ustnej	11 (61,11%)	11 (55,00%)	9 (75,00%)	15 (60,00%)	10 (34,48%)	14 (58,33%)	8 (38,10%)	2 (12,50%)	6 (30,00%)	5 (45,45%)	8 (61,54%)
Łagodzenie bólu	2 (11,11%)	4 (20,00%)	1 (8,33%)	0 (0,00%)	1 (3,45%)	2 (8,33%)	4 (19,05%)	1 (6,25%)	2 (10,00%)	0 (0,00%)	3 (23,08%)
Uspokojenie/rozmowa z pacjentami	6 (33,33%)	9 (45,00%)	3 (25,00%)	8 (32,00%)	2 (6,90%)	9 (37,50%)	7 (33,33%)	5 (31,25%)	5 (25,00%)	7 (63,64%)	5 (38,46%)
Edukacja pacjentów i ich rodzin	10 (55,56%)	12 (60,00%)	5 (41,67%)	18 (72,00%)	10 (34,48%)	10 (41,67%)	10 (47,62%)	8 (50,00%)	7 (35,00%)	9 (81,82%)	8 (61,54%)
Leczenie i zabiegi	2 (11,11%)	5 (25,00%)	1 (8,33%)	0 (0,00%)	2 (6,90%)	3 (12,50%)	2 (9,52%)	1 (6,25%)	2 (10,00%)	0 (0,00%)	2 (15,38%)
Podawanie leków punktualnie na czas	2 (11,11%)	8 (40,00%)	2 (16,67%)	1 (4,00%)	1 (3,45%)	2 (8,33%)	2 (9,52%)	2 (12,50%)	2 (10,00%)	2 (18,18%)	2 (15,38%)
Przygotowanie pacjentów i ich rodziny do wypisu	10 (55,56%)	8 (40,00%)	5 (41,67%)	7 (28,00%)	7 (24,14%)	6 (25,00%)	6 (28,57%)	5 (31,25%)	1 (5,00%)	1 (9,09%)	3 (23,08%)
Właściwe prowadzenie dokumentacji opieki pielęgniarской	5 (27,78%)	3 (15,00%)	2 (16,67%)	1 (4,00%)	2 (6,90%)	3 (12,50%)	4 (19,05%)	2 (12,50%)	2 (10,00%)	3 (27,27%)	5 (38,46%)
Tworzenie lub uaktualnianie planu/wytycznych opieki pielęgniarской	11 (61,11%)	9 (45,00%)	5 (41,67%)	10 (40,00%)	8 (27,59%)	13 (54,17%)	3 (14,29%)	5 (31,25%)	3 (15,00%)	3 (27,27%)	5 (38,46%)
Planowanie opieki	7 (38,89%)	11 (55,00%)	6 (50,00%)	10 (40,00%)	6 (20,69%)	11 (45,83%)	3 (14,29%)	3 (18,75%)	2 (10,00%)	8 (72,73%)	5 (38,46%)
Częste zmienianie pozycji pacjenta	11 (61,11%)	10 (50,00%)	7 (58,33%)	8 (32,00%)	2 (6,90%)	11 (45,83%)	6 (28,57%)	3 (18,75%)	11 (55,00%)	2 (18,18%)	7 (53,85%)

Legenda: p - dokładny test Fishera; N – liczba pielęgniarerek

Tab. IX Pomijane czynności pielęgniarskie we wszystkich szpitalach (wynik łączny)

Pomijane czynności	n	%
Zgodne z zasadami monitorowanie pacjenta	33	15,79%
Pielęgnacja skóry	46	22,01%
Higiena jamy ustnej	99	47,37%
Łagodzenie bólu	20	9,57%
Uspokojenie/rozmowa z pacjentami	66	31,58%
Edukacja pacjentów i ich rodzin	107	51,20%
Leczenie i zabiegi	20	9,57%
Podawanie leków punktualnie na czas	26	12,44%
Przygotowanie pacjentów i ich rodziny do wypisu	59	28,23%
Właściwe prowadzenie dokumentacji opieki pielęgniarskiej	32	15,31%
Tworzenie lub uaktualnianie planu/wytycznych opieki pielęgniarskiej	75	35,89%
Planowanie opieki	72	34,45%
Częste zmienianie pozycji pacjenta	78	37,32%

Legenda: N - liczba

Oceniając obciążenie pracą pod względem indywidualnego nakładu pracy 60,77% (n=127) pielęgniarek, które musiało wykonywać wszystkie czynności samodzielnie, 20,57% (n=43) pielęgniarek nadzorowało pracę innych i częściowo wykonywało ją samodzielnie, a tylko 18,18% (n=38) pielęgniarek kontrolowało opiekę wykonywaną przez innych, same skupiając się na czynnościach instrumentalnych, takich jak podawanie leków, czy zmiana opatrunków. W Tab. X. przedstawiono udział pielęgniarek w opiece nad chorymi w zależności od szpitalu, w którym pracowały.



Tab. X Rola pielęgniarek w opiece nad chorymi w trakcie ostatniego dyżuru w zależności od badanego szpitala

Szpital	Rola pielęgniarek w opiece nad pacjentem podczas ostatniego dyżuru				P
	Większość opieki wykonałam sama	Nadzorowałam opiekę wykonywaną przez innych i trochę wykonałam sama	Wykonałam tylko ograniczoną opiekę, większość bezpośredniej opieki była wykonana przez innych	Brak odpowiedzi	
Szpital 1	9 (50,00%)	3 (16,67%)	6 (33,33%)	0 (0,00%)	p=0,016
Szpital 2	10 (50,00%)	5 (25,00%)	5 (25,00%)	0 (0,00%)	
Szpital 3	6 (50,00%)	3 (25,00%)	3 (25,00%)	0 (0,00%)	
Szpital 4	21 (84,00%)	4 (16,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Szpital 5	21 (72,41%)	7 (24,14%)	1 (3,45%)	0 (0,00%)	
Szpital 6	18 (75,00%)	5 (20,83%)	1 (4,17%)	0 (0,00%)	
Szpital 7	12 (57,14%)	2 (9,52%)	6 (28,57%)	1 (4,76%)	
Szpital 8	7 (43,75%)	3 (18,75%)	6 (37,50%)	0 (0,00%)	
Szpital 9	12 (60,00%)	3 (15,00%)	5 (25,00%)	0 (0,00%)	
Szpital 10	6 (54,55%)	5 (45,45%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Szpital 11	5 (38,46%)	3 (23,08%)	5 (38,46%)	0 (0,00%)	
Łącznie	127 (60,77%)	43 (20,57%)	38 (18,18%)	1 (0,48%)	

Legenda: p - dokładny test Fishera

### 3.3.3. Praca w oddziale niedyplomowanego personelu zajmującego się opieką nad chorymi

Pielęgniarki wskazały, że w szpitalach, w których pracował personel pomocniczy jest nieliczny: Istnieje zależność statystyczna pomiędzy badanymi szpitalami a pracą w oddziale niedyplomowanego personelu zajmującego się opieką nad chorymi ( $p=0,001$ ). Analiza odpowiedzi wszystkich ankietowanych pielęgniarek wykazała, że mediana liczby zatrudnionego personelu niedyplomowanego wynosiła 2 ( $SD=2,24$ ;  $Me=2$ ;  $Q1=1$ ;  $Q3=3$ ) co oznacza, że ponad połowa ankietowanych pielęgniarek pracowała w szpitalu zatrudniającym personel pomocniczy. Całkowita liczba innego personelu była największa w Szpitalu 7 a najmniejsza w Szpitalu 4. Dokładne dane przedstawiono w Tabeli XI.

Tab. XI Całkowita liczba innego personelu w Pani oddziale podczas ostatniego dyżuru

Szpital	Całkowita liczba innego personelu w Pani oddziale podczas ostatniego dyżuru			p
	$\bar{x}_{sr} \pm SD$	Me	Q1-Q3	
Szpital 1	2,67±1,94	2	1 - 4	p=0,001
Szpital 2	2,45±2,44	2	0 - 4,25	
Szpital 3	2,25±1,42	2	1 - 3	
Szpital 4	1,00±1,29	0	0 - 2	
Szpital 5	3,21±1,52	3	2 - 4	
Szpital 6	1,79±1,41	1	1 - 2,25	
Szpital 7	4,45±3,83	4,5	1 - 8	
Szpital 8	2,12±1,63	2	1 - 3	
Szpital 9	2,35±2,35	2	0,75 - 3,25	
Szpital 10	1,82±1,47	2	1 - 2,5	
Szpital 11	2,69±2,46	1	1 - 3	
Łącznie	2,45±2,24	2	1 - 3	

Legenda: p - test Kruskala-Wallis

$\bar{x}_{sr} \pm SD$  – średnia±odchylenie standardowe, Me - mediana, Q1-Q3 - kwartył dolny - kwartył górny

### 3.3.4. Środowisko pracy

W ocenie środowiska pracy pielęgniarek uwzględniono - relacje zawodowe: pielęgniarek, lekarzy, przełożonych, wpływ pielęgniarek na zarządzanie szpitalem, ale także dostępność personelu i środków technicznych koniecznych na stanowisku pracy. Relacje zawodowe między pielęgniarkami, a lekarzami zostały ocenione najlepiej w Szpitalu 5 (Kazimierza Wielka), a najgorzej w Szpitalu 10 (SU w Krakowie, oddział endokrynologii). W szpitalu w Kazimierzy Wielkiej średni wynik wynosił 3 w skali od 1 do 4 (SD=0,69; Me=3; Q1=2,86; Q3= 3,43). W tym samym szpitalu wsparcie otrzymywane przez pielęgniarki ze strony przełożonych zostało przez nie ocenione wysoko (ale nie najwyżej w badanej grupie),

przeciętnie na 3,1 (SD=0,71; Me=2,5; Q1=2; Q3=3). Najwyższe wsparcie otrzymywały pielęgniarki ze Szpitala 8 (Szpital w Krynicy Zdrój), które oscylowało na poziomie 3,23 (SD=0,59; Me=3,25; Q1=3,19; Q3=3,5). Średni wynik na skali "Wsparcie przełożonych" wynosi 2,85 punktu, a więc respondentki zgadzały się, że takie zjawisko występuje w ich miejscu pracy (Tab. XII).

Tab. XII Wsparcie przełożonych we wszystkich badanych jednostkach

Szpital (liczba pielęgniarek)	Wsparcie przełożonych			p
	$\bar{x}_{sr} \pm SD$	Me	Q1-Q3	
Szpital 1 (N=18)	2,89±0,67	2,75	2,75 - 3,25	p<0,001
Szpital 2 (N=20)	2,72±0,94	2,75	2,31 - 3,38	
Szpital 3 (N=12)	2,69±0,63	2,75	2,44 - 3,06	
Szpital 4 (N=25)	2,33±0,67	2,25	2 - 2,75	
Szpital 5 (N=29)	3,10±0,71	3,25	2,5 - 3,5	
Szpital 6 (N=24)	2,88±0,76	3	2,25 - 3,56	
Szpital 7 (N=21)	2,71±0,63	2,75	2,25 - 3,25	
Szpital 8 (N=16)	3,23±0,59	3,25	3,19 - 3,5	
Szpital 9 (N=20)	3,22±0,53	3,38	3 - 3,5	
Szpital 10 (N=11)	2,45±0,64	2,25	2,12 - 2,75	
Szpital 11 (N=13)	2,98±0,77	3,25	2,5 - 3,5	

Legenda: p - test Kruskala-Wallisa

$\bar{x}_{sr} \pm SD$  – średnia±odchylenie standardowe, Me - mediana, Q1-Q3 - kwartył dolny - kwartył górny

Średni wynik na skali "Uczestnictwo pielęgniarek w procesie decyzyjnym" wynosił 2,59 punktu, a więc respondentki zgadzały się, że otrzymywały wsparcie w procesie decyzyjnym. Uczestnictwo pielęgniarek w procesie decyzyjnym najwyżej było ocenione w Szpitalu 5, gdzie wynik wynosił 3,11 (SD=0,58; Me=3,12; Q1=2,75; Q3=3,5) a najniżej w Szpitalu 3 – 2,01 (SD=0,57; Me=1,94; Q1=1,72; Q3=2,25).

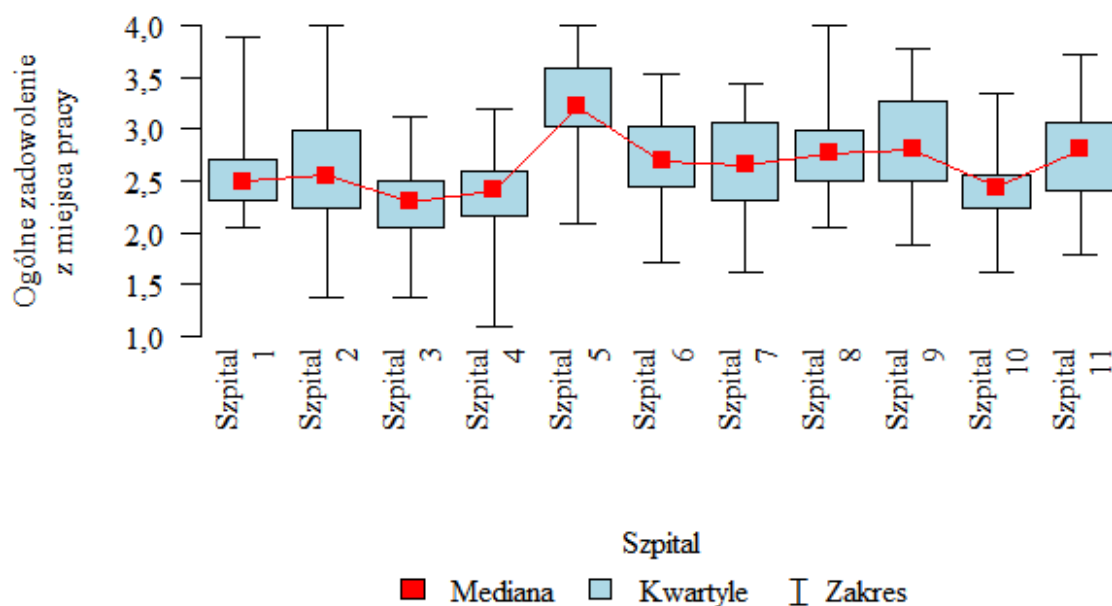
Tab. XIII Uczestnictwo pielęgniarek w procesie decyzyjnym w opinii pielęgniarek.

Szpital	Uczestnictwo pielęgniarek w procesie decyzyjnym			P
	$\bar{x} \pm SD$	Me	Q1-Q3	
Szpital 1 (N=18)	2,5±0,58	2,44	2,03 - 2,72	p<0,001
Szpital 2 (N=20)	2,41±0,75	2,25	1,94 - 2,91	
Szpital 3 (N=12)	2,01±0,57	1,94	1,72 - 2,25	
Szpital 4 (N=25)	2,18±0,48	2,12	2,00 - 2,38	
Szpital 5 (N=29)	3,11±0,58	3,12	2,75 - 3,50	
Szpital 6 (N=24)	2,76±0,61	2,62	2,34 - 3,16	
Szpital 7 (N=21)	2,48±0,62	2,62	2,00 - 3,00	
Szpital 8 (N=16)	2,84±0,61	2,81	2,38 - 3,19	
Szpital 9 (N=20)	2,71±0,72	2,75	2,06 - 3,28	
Szpital 10 (N=11)	2,34±0,69	2,38	2,06 - 2,69	
Szpital 11 (N=13)	2,75±0,68	2,88	2,25 - 3,12	

Legenda: p - test Kruskala-Wallis

$\bar{x} \pm SD$  – średnia±odchylenie standardowe, Me - mediana, Q1-Q3 - kwartył dolny - kwartył górny

Średni wynik na skali "Ogólne zadowolenie z miejsca pracy" wynosi 2,7 punktu. Ogólne zadowolenie z miejsca pracy było największe w Szpitalu 5 a najmniejsze w Szpitalu 3 (Ryc. 3).



Ryc. 4 Ogólne zadowolenie z miejsca pracy w opinii pielęgniarek.

### 3.3.5. Satysfakcja z pracy

Nie wykazano różnic istotnych statystycznie ( $p > 0,05$ ) pomiędzy pielęgniarkami pracującymi w badanych szpitalach pod względem satysfakcji z pracy. Najwyższy uzyskany wynik biorąc pod uwagę wartość mediany był w Szpitalu 8 a najmniejszy w Szpitalu 4 (Tab. XIV).

Tab. XIV Satysfakcja zawodowa pielęgniarek pracujących w oddziałach internistycznych

Szpital	Satysfakcja zawodowa w opinii pielęgniarek			p
	$\bar{x}_{sr} \pm SD$	Me	Q1-Q3	
Szpital 1 (N=18)	32,44±8,65	35	25,00 - 38,75	p=0,101
Szpital 2 (N=20)	31,65±9,39	31	25,75 - 36,5	
Szpital 3 (N=12)	30,50±9,59	33	26,75 - 36,50	
Szpital 4 (N=25)	28,04±7,56	27	23,00 - 35,00	
Szpital 5 (N=29)	33,24±10,55	36	27,00 - 41,00	
Szpital 6 (N=24)	33,62±10,87	36,5	26,25 - 40,75	
Szpital 7 (N=21)	34,38±9,12	36	31,00 - 40,00	
Szpital 8 (N=16)	34,44±9,66	37	31,00 - 40,25	
Szpital 9 (N=20)	29,35±8,55	30,5	23,75 - 34,25	
Szpital 10 (N=11)	30,55±7,24	33	25,00 - 37,50	
Szpital 11 (N=13)	33,31±10,04	35	33,00 - 39,00	

Legenda: p - test Kruskala-Wallis

$\bar{x}_{sr} \pm SD$  – średnia±odchylenie standardowe, Me - mediana, Q1-Q3 - kwartył dolny - kwartył górny; n-liczba pielęgniarek

Największy odsetek pielęgniarek bardzo niezadowolonych z zarobków był w Szpitalu 2 i wynosił 70% (n=14), a najmniejszy w Szpitalu 3 8,33% (n=1). Badana grupa podkreśliła swoje niezadowolenie z możliwości kształcenia („bardzo niezadowolona i trochę niezadowolona”) – 29,19 % badanych (n=61), ale również z możliwości awansu 40,67 % (n=85) oraz możliwości skorzystania z urlopów na studia 52,64% (n=110). Szczegółowe wyniki przedstawiono w Tab. XV.

Tab. XV Satysfakcja pielęgniarek pracujących w oddziałach internistycznych z różnych aspektów pracy.

Badane aspekty	Niezadowolona				Zadowolona				Ogółem	
	Bardzo niezadowolona		Trochę niezadowolona		Średnio zadowolona		Bardzo zadowolona			
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Elastyczność czasu pracy	4	1,91	22	10,53	120	57,42	63	30,14	209	100
Możliwość awansu	32	15,31	53	25,36	100	47,85	24	11,48	209	100
Niezależność w pracy	13	6,22	45	21,53	121	57,89	30	14,35	209	100
Status zawodowy	22	10,53	31	14,83	117	55,98	39	18,66	209	100
Zarobki	58	27,75	57	27,27	81	38,76	13	6,22	209	100
Możliwość kształcenia	21	10,05	40	19,14	99	47,37	49	23,44	209	100
Urlopy roczne	58	27,75	41	19,62	72	34,45	38	18,18	209	100
Zwolnienia lekarskie chorobowe	29	13,88	48	22,97	92	44,02	40	19,14	209	100
Urlopy na studia	62	29,67	48	22,97	63	30,14	36	17,22	209	100

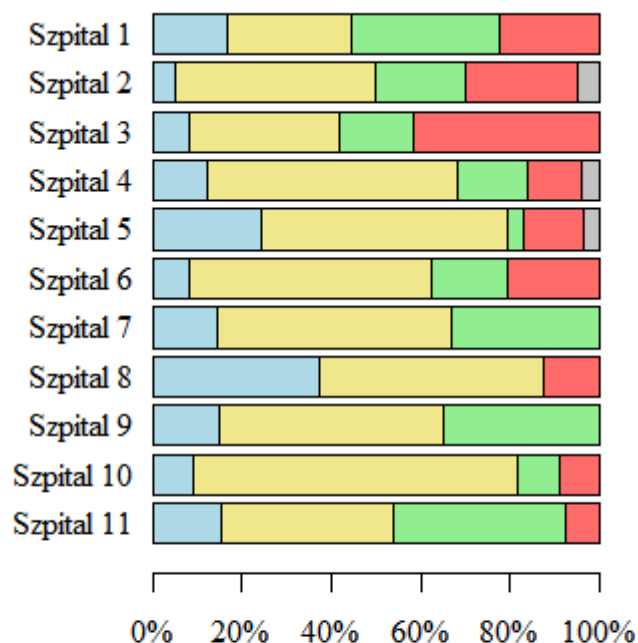
Największy odsetek pielęgniarek rozważających zwolnienie się z pracy z powodu braku satysfakcji zawodowej był w Szpitalu 2 a najmniejszy w Szpitalu 5 (Kazimierza Wielka). Łącznie, biorąc pod uwagę wszystkie szpitale, chętnych do odejścia z zawodu było ponad połowa badanych – 63,16% (n=132). Większość ankietowanych odpowiedziała, że jeśli szukały by innej pracy to również w zawodzenie pielęgniarki. Głównie byłaby to praca w innym szpitalu (61,84% badanych, n=47) lub w przychodni lub innym dziennym ośrodku (26,32 % badanych; n=20).

### 3.3.6. Możliwości rozwoju zawodowego i motywacja do kształcenia

Analiza wyników dotyczących czynników określających podstawy jakości opieki pielęgniarskiej, wyrażona w opinii samych pielęgniarek na podstawie *Ankiety satysfakcji zawodowej pielęgniarki* (wg kwestionariusza PES-NWI) wykazała, że pielęgniarki wysoko oceniły jakość opieki pielęgniarskiej w takich aspektach jak: ciągły dostęp do szkoleń, wymagania stawiane przez personel kierowniczy, sprecyzowane zasady opieki, objęcie nowozatrudnionych pielęgniarek programem adaptacyjnym oraz opiekę pielęgniarską opartą na modelu pielęgniarskim, a nie medycznym. Średni wynik na skali "Dbałość kierownictwa o jakość opieki pielęgniarskiej" wynosi 2,94.

### 3.3.7. Występowanie zdarzeń niepożądanych

Problematykę występowania zdarzeń niepożądanych oceniano na podstawie pytań zawartych w *Ankiecie satysfakcji zawodowej pielęgniarki*, które dotyczyły: opinii pielęgniarek w kwestii bezpieczeństwa pacjentów w szpitalu, zdarzeń niepożądanych występujących zarówno u pacjentów jak i u pielęgniarek. Spośród badanych, 14,35% (n=30) pielęgniarek przyznało, że w ich oddziale dochodziło, podczas zmiany dyżurów do utraty ważnych informacji o chorych (Ryc. 4).



Ważne informacje o pacjencie są często tracone podczas zmiany dyżurów

- Całkowicie się nie zgadzam
- Nie zgadzam się
- Ani się zgadzam, ani się nie zgadzam
- Zgadzam się
- Całkowicie się zgadzam

Ryc. 5 Opinia pielęgniarek na temat zdarzeń niepożądanych dotyczących przepływu informacji o chorych w szpitalu.

Fakt gubienia się rzeczy należących do pacjentów, podczas przenoszenia chorych pomiędzy oddziałami potwierdziło 5,74% (n=12) ankietowanych. Wykazano próby ograniczania tych niekorzystnych zjawisk: 57,89% (n=121) przyznało, że w ich oddziale dyskutuje się na temat zapobiegania podobnym zdarzeniom, a 69,86%, (n=146) pielęgniarek przyznało, że otrzymuje informacje na temat zarządzonych zmian wynikających z powstałych zaniedbań.

W badaniach oceniano też częstość innych zdarzeń niepożądanych. Należały do nich w opinii pielęgniarek m.in. podanie choremu niewłaściwego leku. Najczęściej działo się tak w Szpitalu 3, a najrzadziej w Szpitalu 8. Tendencja była jednak ogólnie niska i zdarzenie to występowało zdecydowanie rzadko (nigdy - 46,41%; kilka razy w roku lub rzadziej - 43,54%. Dokładne zestawienie przedstawiono w tabeli XVI.

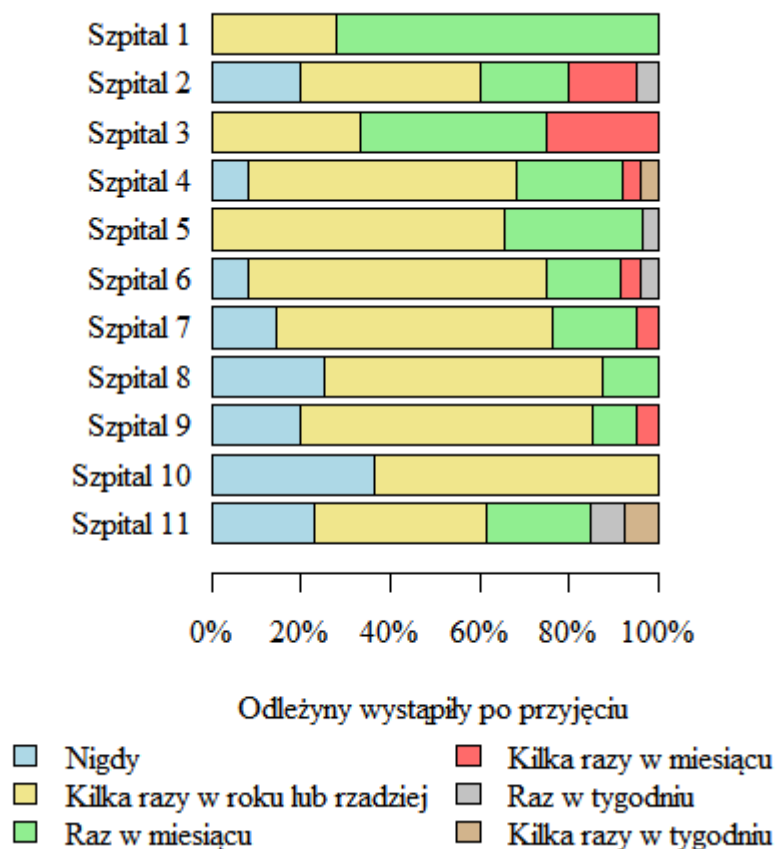


Tab. XVI Opinia pielęgniarek na temat zdarzeń niepożądanych dotyczących otrzymania niewłaściwego leku, o zły porze lub dawce przez pacjenta.

Szpital	Pacjent otrzymał niewłaściwy lek, o zły porze lub dawce					P
	Nigdy	Kilka razy w roku lub rzadziej	Raz w miesiącu	Kilka razy w miesiącu	Raz w tygodniu	
Szpital 1	5 (27,78%)	8 (44,44%)	5 (27,78%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p<0,001
Szpital 2	10 (50,00%)	7 (35,00%)	2 (10,00%)	1 (5,00%)	0 (0,00%)	
Szpital 3	2 (16,67%)	4 (33,33%)	6 (50,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Szpital 4	7 (28,00%)	14 (56,00%)	3 (12,00%)	0 (0,00%)	1 (4,00%)	
Szpital 5	22 (75,86%)	6 (20,69%)	1 (3,45%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Szpital 6	13 (54,17%)	11 (45,83%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Szpital 7	7 (33,33%)	13 (61,90%)	0 (0,00%)	1 (4,76%)	0 (0,00%)	
Szpital 8	11 (68,75%)	5 (31,25%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Szpital 9	10 (50,00%)	9 (45,00%)	0 (0,00%)	1 (5,00%)	0 (0,00%)	
Szpital 10	2 (18,18%)	9 (81,82%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Szpital 11	8 (61,54%)	5 (38,46%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Łącznie	97 (46,41%)	91 (43,54%)	17 (8,13%)	3 (1,44%)	1 (0,48%)	

Legenda: p - dokładny test Fishera

Fakt powstania odleżyn u pacjentów w trakcie pobytu w szpitalu kilka razy w roku lub rzadziej potwierdziło 55,92% (n=115) pielęgniarek. Najczęściej odleżyny powstawały w Szpitalu 3 a najrzadziej w Szpitalu 10 (wyniki oparto o wartość mediany) (Ryc. 5 ).



Ryc. 6 Częstość występowania odleżyn w trakcie pobytu pacjenta w szpitalu w opinii pielęgniarek

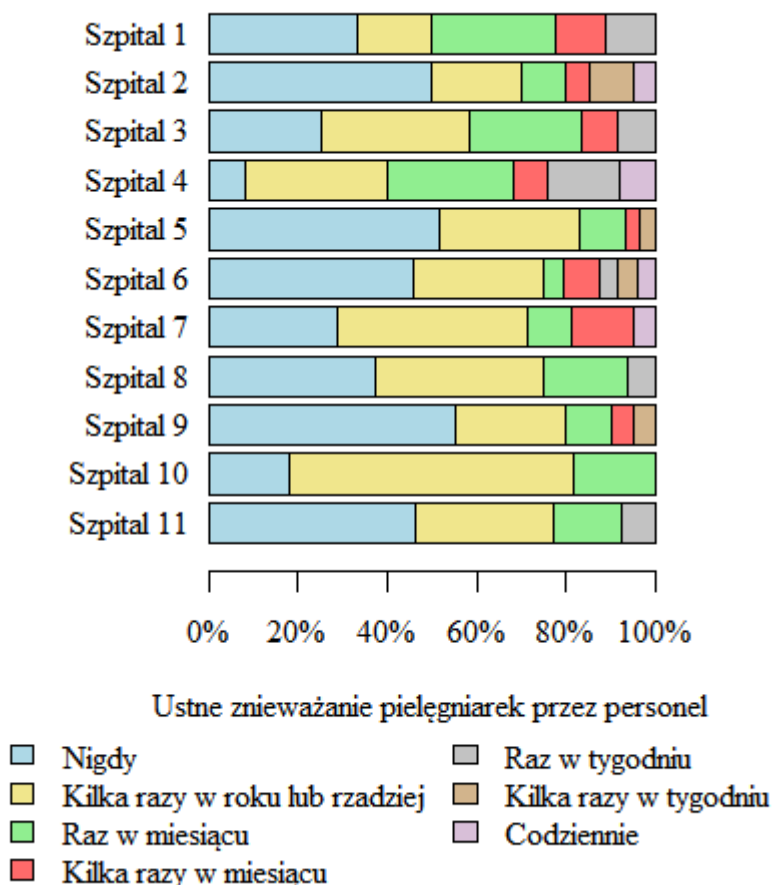
Na występowanie upadków i zranień u powierzonych opiece pacjentów wskazało 59,81% (n=125) pielęgniarek, które dodały, że zdarzenie to miało miejsce kilka razy w roku lub rzadziej. Najczęściej działo się tak w Szpitalu 11, a najrzadziej w Szpitalu 8. Zakażenia szpitalne spełniają również definicję zdarzeń niepożądanych. W opinii pielęgniarek częstość występowania: infekcji układu moczowego, zakażenia krwi oraz zapalenia płuc była związana z opieką i było miarą bezpieczeństwa pacjenta. Aż 48,8% (n=102) badanych pielęgniarek stwierdziło, że w ich oddziale dochodzi do infekcji dróg moczowych kilka razy w roku lub rzadziej, 22,97% (n=48) wskazało, że infekcje tego układu występowały u pacjentów raz w miesiącu. Zakażenia krwi, kilka razy do roku lub rzadziej potwierdziło 44,5% (n=93) badanych pielęgniarek, a 35,89% (n=75) pielęgniarek wskazało, że zakażenia krwi nigdy w ich pracy nie wystąpiły. Pielęgniarki w 48,8% (n=102) potwierdziło występowaniu w ich oddziale zapaleń płuc związanych z opieką, jednak 23,92% (n=50) zaprzeczyło ich występowaniu całkowicie. Szczegółowe dane dotyczące częstości wystąpienia zakażeń przedstawiono w Tab. XVII.

Tab. XVII. Opinia pielęgniarek na temat występowania zakażeń szpitalnych jako zdarzeńniepożądanych.

Częstość zakażeń	RODZAJ INFEKCJI					
	Infekcje układu moczowego związane z opieką		Infekcje krwi związane z opieką		Zapalenia płuc związane z opieką	
	n	%	n	%	n	%
<b>Nigdy</b>	44	21,05	75	35,89	50	23,92
<b>Kilka razy w roku lub rzadziej</b>	102	48,8	93	44,5	102	48,8
<b>Raz w miesiącu lub rzadziej</b>	48	22,97	34	16,27	41	19,96
<b>Kilka razy w miesiącu</b>	12	5,74	3	1,44	10	4,78
<b>Raz w tygodniu</b>	2	0,96	2	0,96	3	1,44
<b>Kilka razy u tygodniu</b>	1	0,48	2	0,96	3	1,44
<b>Ogółem</b>	209	100	209	100	209	100

Legenda: n - liczba pielęgniarek / % - wartość procentowa

Poza zdarzeniami niepożądanymi związanymi z opieką nad pacjentami badano także zdarzenia niepożądane dotyczące pielęgniarek, do których zaliczono narzekania pacjentów lub ich rodzin oraz ustne i fizyczne znieważenie pielęgniarek przez pacjentów lub przez personel. W Szpitalu 4 prawie wszystkie badane pielęgniarki, aż 88% (n=22) wskazały, że do narzekania pacjentów i ich rodzin dochodzi codziennie lub kilka razy w tygodniu. Również w tym samym szpitalu najczęściej dochodziło do ustnego znieważania pielęgniarek przez pacjentów i/lub rodziny. Taka sytuacja miała miejsce codziennie wg 28% badanych pielęgniarek (n=7) lub kilka razy w tygodniu – 24% (n=6) badanych. W tym samym szpitalu najczęściej dochodziło także do ustnego znieważenia pielęgniarek przez inny personel pracujący w szpitalu. Rycina 6 przedstawia, jak sytuacja miała miejsce w pozostałych badanych szpitalach.



Ryc. 7 Opinia pielęgniarek na temat ustnego znieważenia pielęgniarek przez personel.

Fizycznie znieważanie pielęgniarek przez pacjentów/ich rodziny/personel to zjawisko bardzo rzadko występujące we wszystkich badanych placówkach. Najczęściej występowało ono w Szpitalu 5, a najrzadziej w Szpitalu 10. Kilka razy w roku lub rzadziej chodzi o fizyczne znieważenie pielęgniarek związane z pracą - 55,5% badanych (n=116).

### 3.3.8. Wypalenie zawodowe

Spośród 209 respondentów u 43,54% (n=91) wykazano wysoki poziom wyczerpania emocjonalnego, u 29,19% ankietowanych (n=61) średni poziom wyczerpania emocjonalnego, a 27,27% pielęgniarek (n=57) niski poziom wyczerpania emocjonalnego. Spośród 209 uczestników badania 50,72% (n=106) miało niski poziom depersonalizacji, 25,36% pielęgniarek (n=53) miały średni poziom depersonalizacji, a 23,92% respondentek (n=50) wskazało na wysoki poziom depersonalizacji. Spośród 209 biorących udział w badaniu 42,11%

(n=88) prezentowało niski poziom satysfakcji zawodowej, 32,54% (n=68) średni poziom satysfakcji zawodowej, a 25,36% pielęgniarek (n=53) wysoki poziom satysfakcji zawodowej (Tab. XVIII).

Tab. XVIII Wyniki kwestionariusza wypalenia zawodowego Ch. Maslach (MBI) przeprowadzonego wśród badanych pielęgniarek

Aspekty wypalenia zawodowego (podskale)	Liczba punktów	Interpretacja	n	%
Satysfakcja zawodowa	0-31	Poziom niski	88	42,11%
	32-38	Poziom średni	68	32,54%
	Powyżej 38	Poziom wysoki	53	25,36%
Depersonalizacja	0-6	Poziom niski	106	50,72%
	7-12	Poziom średni	53	25,36%
	Powyżej 12	Poziom wysoki	50	23,92%
Wyczerpanie emocjonalne	0-16	Poziom niski	57	27,27%
	17-26	Poziom średni	61	29,19%
	Powyżej 26	Poziom wysoki	91	43,52%

Legenda: n-liczba pielęgniarek, %-wartość procentowa

### 3.4. Oceny satysfakcji pacjentów oddziałów internistycznych w zależności od poszczególnych zmiennych niezależnych

Pierwszym etapem analizy czynników, które mogą oddziaływać na satysfakcję pacjentów oddziałów internistycznych była ocena wybranych czynników mogących wpływać na pracę pielęgniarek (środowisko pracy w oddziale internistycznym). W badaniach wykazano, że wybrane czynniki (takie jak: liczba zatrudnionych pielęgniarek, średnia liczba pacjentów pod opieką pielęgniarską, ogólne zadowolenie z miejsca pracy pielęgniarek, uczestnictwo pielęgniarek w procesie decyzyjnym, dbałość kierownictwa o jakość opieki pielęgniarskiej, wsparcie

przełożonych, zapewnienie odpowiedniej obsady, pozytywne relacje z lekarzami) nie korelowały z oceną satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej we wszystkich badanych szpitalach (Tab. XIX).

Tab. XIX Wybrane cechy pracy pielęgniarek a satysfakcja pacjenta z opieki pielęgniarskiej w opinii pacjentów.

<b>Badane czynniki</b>	<b>Współczynnik korelacji Spearmana</b>	<b>p</b>
Liczba pielęgniarek i Satysfakcja z opieki pielęgniarskiej	0,064	p=0,852
Średnia liczba pacjentów pod opieką pielęgniarki i Satysfakcja z opieki pielęgniarskiej	-0,473	p=0,146
Ogólne zadowolenie z miejsca pracy i Satysfakcja z opieki pielęgniarskiej	0,327	p=0,327
Uczestnictwo pielęgniarek w procesie decyzyjnym i Satysfakcja z opieki pielęgniarskiej	0,145	p=0,673
Dbłość kierownictwa o jakość opieki pielęgniarskiej i Satysfakcja z opieki pielęgniarskiej	0,509	p=0,114
Wsparcie przełożonych i Satysfakcja z opieki pielęgniarskiej	0	p=1
Zapewnienie odpowiedniej obsady i Satysfakcja z opieki pielęgniarskiej	0,345	p=0,299
Pozytywne relacje z lekarzami i Satysfakcja z opieki pielęgniarskiej	0,164	p=0,634

Zbadano również czynniki wpływające na doświadczenia pacjentów z opieki pielęgniarskiej. W tym celu zanalizowano te same czynniki (liczba zatrudnionych pielęgniarek, średnia liczba pacjentów pod opieką pielęgniarską, ogólne zadowolenie z miejsca pracy pielęgniarek, uczestnictwo pielęgniarek w procesie decyzyjnym, dbłość kierownictwa o jakość opieki pielęgniarskiej, wsparcie przełożonych, zapewnienie odpowiedniej obsady, pozytywne relacje z lekarzami) mające wpływ na pracę pielęgniarek. Nie wykazano statystycznie istotnej zależności pomiędzy wybranymi czynnikami a doświadczeniem z opieki pielęgniarskiej w opinii pacjentów (Tab. XX).

Tab. XX Wybrane czynniki mające wpływ na pracę pielęgniarek a doświadczenia pacjenta z opieki pielęgniarskiej.

<b>Badane czynniki</b>	<b>Współczynnik korelacji Spearmana</b>	<b>p</b>
Zapewnienie odpowiedniej obsady i Doświadczenia z opieki pielęgniarskiej	-0,005	p=0,989
Pozytywne relacje z lekarzami i Doświadczenia z opieki pielęgniarskiej	-0,118	p=0,729
Wsparcie przełożonych i Doświadczenia z opieki pielęgniarskiej	-0,273	p=0,416
Dbłość kierownictwa o jakość opieki pielęgniarskiej i Doświadczenia z opieki pielęgniarskiej	0,091	p=0,79
Uczestnictwo pielęgniarek w procesie decyzyjnym i Doświadczenia z opieki pielęgniarskiej	-0,196	p=0,564
Średnia liczba pacjentów pod opieką pielęgniarki i Doświadczenia z opieki pielęgniarskiej	-0,014	p=0,968
Ogólne zadowolenie z miejsca pracy i Doświadczenia z opieki pielęgniarskiej	-0,077	p=0,821

Badane za pomocą skali PES-NWI aspekty środowiska pracy pielęgniarek skorelowano z jakością opieki pielęgniarskiej nad pacjentami na oddziale. Wykazano istotnie statystycznie zależności ( $p < 0,05$ ), w poniższych aspektach:

- im większe zadowolenie z elastyczności planu pracy, tym lepsza ocena ogólnej jakości opieki w oddziale,
- im większe zadowolenie z możliwości awansu, tym lepsza ocena ogólnej jakości opieki w oddziale,
- im większe zadowolenie z niezależności w pracy, tym lepsza ocena ogólnej jakości opieki w oddziale,
- im większe zadowolenie z własnego statusu zawodowego, tym lepsza ocena ogólnej jakości opieki w oddziale,
- im większe zadowolenie z możliwości kształcenia pielęgniarek, tym lepsza ocena ogólnej jakości opieki w oddziale.

Nie wykazano zależności statystycznej w aspektach zarobków, urlopów rocznych, zwolnień lekarskich i urlopów na studia a oceną ogólnej jakości opieki w oddziale.

Tabela XXI przedstawia częstość występowania zdarzeń niepożądanych w oddziałach, w których personel pielęgniarski nisko ocenił swoje środowisko pracy. Wartości p poniżej 0,05 wskazują istotne statystycznie różnice między badanymi grupami pielęgniarek, które oceniły warunki pracy słabo, średnio lub dobrze/świetnie. Im niższa ocena warunków pracy, tym częściej: pacjent otrzymał niewłaściwy lek, o zły porze lub dawce oraz odleżyny wystąpiły w trakcie pobytu pacjenta w oddziale.

Tab. XXI Częstość występowania zdarzeń niepożądanych a ocena warunków pracy personelu pielęgniarskiego

Parametr	Ocena warunków pracy			P	
	Słabe (N=26)	Średnie (N=85)	Dobre, świetne (N=97)		
Pacjent otrzymał niewłaściwy lek, o zły porze lub dawce	Nigdy	14 (53,85%)	31 (36,47%)	51 (52,58%)	p=0,008 *
	Kilka razy w roku lub rzadziej	7 (26,92%)	42 (49,41%)	42 (43,30%)	
	Raz w miesiącu	5 (19,23%)	10 (11,76%)	2 (2,06%)	
	Kilka razy w miesiącu	0 (0,00%)	2 (2,35%)	1 (1,03%)	
	Raz w tygodniu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (1,03%)	
Odleżyny wystąpiły po przyjęciu	Nigdy	4 (15,38%)	8 (9,41%)	14 (14,43%)	p=0,005 *
	Kilka razy w roku lub rzadziej	7 (26,92%)	46 (54,12%)	61 (62,89%)	
	Raz w miesiącu	11 (42,31%)	26 (30,59%)	15 (15,46%)	
	Kilka razy w miesiącu	4 (15,38%)	4 (4,71%)	2 (2,06%)	
	Raz w tygodniu	0 (0,00%)	1 (1,18%)	3 (3,09%)	
	Kilka razy w tygodniu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	2 (2,06%)	
Upadki pacjenta ze zranieniem	Nigdy	3 (11,54%)	9 (10,59%)	18 (18,56%)	p=0,25
	Kilka razy w roku lub rzadziej	18 (69,23%)	48 (56,47%)	58 (59,79%)	
	Raz w miesiącu	4 (15,38%)	24 (28,24%)	13 (13,40%)	
	Kilka razy w miesiącu	1 (3,85%)	4 (4,71%)	7 (7,22%)	
	Raz w tygodniu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
	Kilka razy w tygodniu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (1,03%)	



Parametr	Ocena warunków pracy			P	
	Slabe (N=26)	Średnie (N=85)	Dobre, świetne (N=97)		
Infekcja układu moczowego związana z opieką	Nigdy	6 (23,08%)	13 (15,29%)	25 (25,77%)	p=0,223
	Kilka razy w roku lub rzadziej	14 (53,85%)	40 (47,06%)	47 (48,45%)	
	Raz w miesiącu	4 (15,38%)	28 (32,94%)	16 (16,49%)	
	Kilka razy w miesiącu	2 (7,69%)	3 (3,53%)	7 (7,22%)	
	Raz w tygodniu	0 (0,00%)	1 (1,18%)	1 (1,03%)	
	Kilka razy w tygodniu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (1,03%)	
Infekcja krwi związana z opieką	Nigdy	11 (42,31%)	26 (30,59%)	38 (39,18%)	p=0,45
	Kilka razy w roku lub rzadziej	9 (34,62%)	41 (48,24%)	42 (43,30%)	
	Raz w miesiącu	5 (19,23%)	17 (20,00%)	12 (12,37%)	
	Kilka razy w miesiącu	1 (3,85%)	0 (0,00%)	2 (2,06%)	
	Raz w tygodniu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	2 (2,06%)	
	Kilka razy w tygodniu	0 (0,00%)	1 (1,18%)	1 (1,03%)	
Zapalenie płuc związane z opieką	Nigdy	6 (23,08%)	15 (17,65%)	29 (29,90%)	p=0,432
	Kilka razy w roku lub rzadziej	13 (50,00%)	39 (45,88%)	49 (50,52%)	
	Raz w miesiącu	6 (23,08%)	22 (25,88%)	13 (13,40%)	
	Kilka razy w miesiącu	1 (3,85%)	5 (5,88%)	4 (4,12%)	
	Raz w tygodniu	0 (0,00%)	2 (2,35%)	1 (1,03%)	
	Kilka razy w tygodniu	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (1,03%)	
	Codziennie	0 (0,00%)	2 (2,35%)	0 (0,00%)	

Legenda: p - test chi-kwadrat lub dokładny test Fishera; N-liczba

\* Różnica istotna statystycznie (p<0,05)

Nie wykazano zależności istotnej statystycznie pomiędzy liczbą pacjentów będących pod opieką jednej pielęgniarki podczas ostatniego dyżuru a poleceniem oddziału jako miejsca hospitalizacji osobie najbliższej (Tab. XXII).

Tab. XXII Polecenie przez pielęgniarkę oddziału jako miejsca hospitalizacji osobie najbliższej

Liczba pacjentów pod opieką podczas ostatniego dyżuru (na pielęgniarkę)	Polecenie przez pielęgniarkę oddziału jako miejsca hospitalizacji osobie najbliższej				P
	Zdecydowanie nie (N=12)	Prawdopodobnie nie (N=33)	Prawdopodobnie tak (N=130)	Zdecydowanie tak (N=34)	
śr±SD	14,75±12,94	10,61±4,16	11,19±6,83	10,12±5,01	p=0,708
Mediana	11,5	10	10	10	
Kwartyle	7,5 - 16,5	8 - 12	7 - 13	7 - 12	

Legenda: p - test Kruskala-Wallisa

Organizacja i warunki pracy w oddziale internistycznych negatywnie wpływały na ocenę satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej. Zależności, które były istotnie statystycznie to elastyczność planu pracy, możliwości awansu, niezależność w pracy, status zawodowy i możliwości kształcenia (Tab. XXIII).

Tab. XXIII Elastyczność planu pracy w opinii pielęgniarek względem oceny opieki pielęgniarskiej w opinii pacjentów.

Ocena opieki pielęgniarskiej	Elastyczność planu pracy				P
	Bardzo niezadowolona (N=4)	Trochę niezadowolona (N=22)	Średnio zadowolona (N=120)	Bardzo zadowolona (N=63)	
Słaba	1 (25,00%)	0 (0,00%)	1 (0,83%)	3 (4,76%)	p=0,009
Dostateczna	0 (0,00%)	2 (9,09%)	16 (13,33%)	5 (7,94%)	
Dobra	3 (75,00%)	19 (86,36%)	88 (73,33%)	39 (61,90%)	
Wspaniała	0 (0,00%)	1 (4,55%)	15 (12,50%)	16 (25,40%)	

Ocena opieki pielęgniarskiej	Możliwości awansu				P
	Bardzo niezadowolona (N=32)	Trochę niezadowolona (N=53)	Średnio zadowolona (N=100)	Bardzo zadowolona (N=24)	
Słaba	4 (12,50%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (4,17%)	p=0,001
Dostateczna	4 (12,50%)	10 (18,87%)	8 (8,00%)	1 (4,17%)	
Dobra	22 (68,75%)	35 (66,04%)	77 (77,00%)	15 (62,50%)	
Wspaniała	2 (6,25%)	8 (15,09%)	15 (15,00%)	7 (29,17%)	

Niezależność w pracy					P

Ocena opieki pielęgniarskiej	Elastyczność planu pracy				P
	Bardzo niezadowolona (N=4)	Trochę niezadowolona (N=22)	Średnio zadowolona (N=120)	Bardzo zadowolona (N=63)	
Słaba	3 (23,08%)	1 (2,22%)	1 (0,83%)	0 (0,00%)	p<0,001
Dostateczna	0 (0,00%)	8 (17,78%)	14 (11,57%)	1 (3,33%)	
Dobra	9 (69,23%)	33 (73,33%)	85 (70,25%)	22 (73,33%)	
Wspaniała	1 (7,69%)	3 (6,67%)	21 (17,36%)	7 (23,33%)	
Ocena opieki pielęgniarskiej	Status zawodowy				P
	Bardzo niezadowolona (N=22)	Trochę niezadowolona (N=31)	Średnio zadowolona (N=117)	Bardzo zadowolona (N=39)	
Słaba	3 (13,64%)	1 (3,23%)	0 (0,00%)	1 (2,56%)	p=0,019
Dostateczna	4 (18,18%)	2 (6,45%)	13 (11,11%)	4 (10,26%)	
Dobra	14 (63,64%)	25 (80,65%)	83 (70,94%)	27 (69,23%)	
Wspaniała	1 (4,55%)	3 (9,68%)	21 (17,95%)	7 (17,95%)	
Ocena opieki pielęgniarskiej	Możliwości kształcenia				P
	Bardzo niezadowolona (N=21)	Trochę niezadowolona (N=40)	Średnio zadowolona (N=99)	Bardzo zadowolona (N=49)	
Słaba	3 (14,29%)	1 (2,50%)	0 (0,00%)	1 (2,04%)	p=0,004
Dostateczna	1 (4,76%)	8 (20,00%)	13 (13,13%)	1 (2,04%)	
Dobra	15 (71,43%)	24 (60,00%)	71 (71,72%)	39 (79,59%)	
Wspaniała	2 (9,52%)	7 (17,50%)	15 (15,15%)	8 (16,33%)	

Legenda: p - dokładny test Fishera; N-liczba pielęgniarek

W badaniu nie wykazano zależności istotnej statystycznie pomiędzy oceną satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej a zarobkami, urlopami rocznymi, zwolnieniami lekarskimi oraz urlopami na studia personelu pielęgniarskiego. Ponadto nie wykazano zależności istotnej statystycznie, w aspekcie wpływu sposobu zarządzania personelem oddziału oraz relacjami członków personelu mającymi wpływ na satysfakcję pacjenta z opieki pielęgniarskiej (Tab. XXIV).

Tab. XXIV Badane elementy środowiska pracy skorelowane z satysfakcją pacjenta z opieki pielęgniarskiej.

<b>Badane elementy środowiska pracy skorelowane z Satysfakcją pacjenta z opieki pielęgniarskiej</b>	<b>Współczynnik korelacji Spearmana</b>	<b>p</b>
Ogólne zadowolenie z miejsca pracy	0,327	p=0,327
Uczestnictwo pielęgniarek w procesie decyzyjnym	0,145	p=0,673
Dbłość kierownictwa o jakość opieki pielęgniarskiej	0,509	p=0,114
Wsparcie przełożonych	0	p=1
Pozytywne relacje z lekarzami	0,164	p=0,634
Zapewnienie odpowiedniej obsady	0,345	p=0,299

W badaniu nie wykazano zależności istotnej statystycznie pomiędzy oceną satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej a zjawiskiem wypalenia zawodowego wśród personelu pielęgniarskiego, szczegółowe wyniki przedstawiono w Tab. XXV.

Tab. XXV Ocena satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej a zjawisko wypalenia zawodowego.

<b>Badane cechy</b>	<b>Współczynnik korelacji Spearmana</b>	<b>p</b>
Wyczerpanie emocjonalne i Satysfakcja z opieki pielęgniarskiej	-0,264	p=0,435
Depersonalizacja i Satysfakcja z opieki pielęgniarskiej	-0,136	p=0,694
Satysfakcja zawodowa i Satysfakcja z opieki pielęgniarskiej	-0,3	p=0,371

W celu określenia wpływu warunków środowiska pracy na racjonowanie opieki przeanalizowano zależność między tą zmienną, a charakterystyką warunków mierzoną za pomocą kwestionariusza PES-NWI. W badaniu wykazano istotną statystycznie zależność, pomiędzy środowiskiem pracy a racjonowaniem opieki pielęgniarskiej. Częstość racjonowania opieki był tym wyższa im gorsza była ocena warunków pracy (Tab. XXVI).

Tab. XXVI Ocena warunków pracy w opinii pielęgniarek a racjonowanie opieki pielęgniarskiej w opinii pielęgniarek.

BERNCA-R [punkty]	Ocena warunków środowiska pracy			p
	Słabe (N=26) - A	Średnie (N=85) - B	Dobre, świetne (N=97) - C	
$\bar{X} \pm SD$	2,48±0,78	2,12±0,67	1,63±0,67	p<0,001
Me	2,46	2,19	1,50	
Q1-Q3	2,25 - 2,96	1,5 - 2,62	1,16 – 2,00	A>B>C

Legenda: p - test Kruskala-Wallis

$\bar{x}_s \pm SD$  – średnia±odchylenie standardowe, Me - mediana, Q1-Q3 - kwartył dolny - kwartył górny; N-liczba

Wykazano, że niezadowolenie pacjenta miało związek z niską obsadą pielęgniarską. Zależność była istotna ( $p<0,05$ ), a korelacja miała dodatni kierunek, tzn. im więcej pacjentów znajdowało się pod opieką pielęgniarki, tym większe było niezadowolenie pacjentów i ich rodzin z opieki pielęgniarskiej (Tab. XXVII)

Tab. XXVII Liczba pacjentów pod opieką pielęgniarki a częstość narzekań pacjentów i ich rodzin.

Badane cechy	Współczynnik korelacji Spearmana	p
Liczba pacjentów pod opieką pielęgniarki i Częstość narzekań pacjentów i ich rodzin	0,243	p<0,001

Porównując długość hospitalizacji do satysfakcji pacjenta z opieki pielęgniarskiej wykazano zależność istotną ( $p<0,05$ ) i ujemną, tzn. im dłuższa była hospitalizacja, tym mniejsza była satysfakcja pacjentów z opieki pielęgniarskiej (Tab. XXVIII).

Tab. XXVIII. Długość hospitalizacji a satysfakcja pacjenta z opieki pielęgniarskiej.

Badane cechy	Współczynnik korelacji Spearmana	p
Liczba nocy na oddziale i Satysfakcja z opieki pielęgniarskiej	-0,191	p<0,001

Wyniki skali BERNCA-R korelowały istotnie statystycznie ( $p<0,05$ ) i dodatnio ( $r>0$ ) z podskalami kwestionariusza wypalenia zawodowego: wyczerpaniem emocjonalnym i

depersonalizacją. Im częstsze racjonowanie opieki tym większe wypalenie zawodowe w tych obszarach. Nie stwierdzono zależności istotnej statystycznie pomiędzy podskalą wypalenia zawodowego „satisfakcja zawodowa” a racjonowaniem opieki ( $p=0,897$ ). Wyniki przedstawiono w tabeli XXIX.

Tab. XXIX Wypalenie zawodowe a racjonowanie opieki.

MBI	BERNCA-R
	Współczynnik korelacji Spearmana
Wyczerpanie emocjonalne	$r=0,343, p<0,001 *$
Depersonalizacja	$r=0,394, p<0,001 *$
Satisfakcja zawodowa	$r=-0,009, p=0,897$

Legenda: \* zależność istotna statystycznie ( $p<0,05$ )

Wyniki skali BERNCA-R korelowały istotnie statystycznie ( $p<0,05$ ) i dodatnio ( $r>0$ ) z wszystkimi analizowanymi rodzajami zdarzeń niepożądanych, a więc im częstsze racjonowanie opieki tym częściej występowały tego typu zdarzenia niepożądane (Tab. XXX).

Tab. XXX Zdarzenia niepożądane a racjonowanie opieki.

Zdarzenie niepożądane	BERNCA-R
	Współczynnik korelacji Spearmana
Pacjent otrzymał niewłaściwy lek, o zły porządek lub dawce	$r=0,306, p<0,001 *$
Odleżyny wystąpiły po przyjęciu	$r=0,31, p<0,001 *$
Upadki pacjenta ze zranieniem	$r=0,199, p=0,004 *$
Infekcja układu moczowego związana z opieką	$r=0,249, p<0,001 *$
Infekcja krwi związana z opieką	$r=0,154, p=0,026 *$
Zapalenie płuc związane z opieką	$r=0,272, p<0,001 *$

Legenda: \* zależność istotna statystycznie ( $p<0,05$ )

## Rozdział 4

### Dyskusja

#### 4.1 Satysfakcja pacjentów z opieki pielęgniarskiej

Zapewnienie wysokiej jakości usług zdrowotnych jest jednym z najważniejszych problemów każdego podmiotu leczniczego [120]. Pomiar jakości opieki niesie ze sobą wiele komplikacji. Jak można regularnie, systematycznie mierzyć jakość opieki i porad medycznych? Wydaje się, że najprostszym, najbardziej bezpośrednim podejściem jest pytanie samych pacjentów. Badania satysfakcji pacjentów są coraz powszechniejszym elementem działań na rzecz oceny jakości opieki zdrowotnej i wielu badaczy korzysta z badania satysfakcji pacjentów. W krajach o wysokim dochodzie wyniki badań satysfakcji pacjentów są wykorzystywane do identyfikowania luk i opracowywania planów poprawy jakości w systemach opieki zdrowotnej [121]. Satysfakcja wynika ze spełnienia oczekiwań. Im wyższe oczekiwania, tym przeciętna wydajność usług może je spełnić lub przewyższyć, czego skutkiem jest często zmniejszenie zadowolenia, a nawet niezadowolenie. Satysfakcja pacjenta to termin, który może być różnie interpretowany przez pacjentów; jego znaczenie może również różnić się dla tego samego pacjenta w różnym czasie [122]. Satysfakcja pacjenta została zdefiniowana „jako postrzeganie przez pacjenta otrzymanej opieki w porównaniu z oczekiwaną opieką” [123]. Jednakże Szpakowski i wsp., proponują, aby także personel medycznym był źródłem, z którego pozyskuje się wiedzę na temat działającego systemu opieki zdrowotnej. Według badaczy to pracownicy ochrony zdrowia są w stanie obiektywnie ocenić system, w którym pracują. Zwracają oni jednak uwagę na potrzebę zbudowania centralnej bazy do pozyskiwania danych, analizowania ich i publikowania uzyskanych wniosków [124].

Wyniki wielu badań naukowych wskazują, że satysfakcja z opieki pielęgniarskiej jest najważniejszym wskaźnikiem zadowolenia pacjenta z całościowej opieki świadczonej w szpitalu [125], niezależnym od płci pacjenta [126]. Zarzycka wraz z zespołem [127] w swoich badaniach z 2019 roku w oparciu o skalę Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS) wykazała, że czas hospitalizacji nie ma związku z satysfakcją pacjenta z opieki pielęgniarskiej, co jest sprzeczne w wynikami badań własnych, gdzie wykazano, że im dłuższy czas hospitalizacji, tym mniejsza była satysfakcja pacjentów z opieki pielęgniarskiej. Wyniki własne są

spójne z wynikami Gutysz-Wojnickiej, gdzie najniższe oceny za doświadczenia związane z satysfakcjonującą opieką pielęgniarską były podawane przez pacjentów hospitalizowanych przez ponad 30 dni [112], a w badaniach własnych wykazano, że im dłuższy czas hospitalizacji tym najniższe były oceny za doświadczenia związane z opieką pielęgniarską. Warunki ogólne w szpitalu i większa liczba personelu pielęgniarskiego to główne wyznaczniki zadowolenie z opieki w Europie i USA. [128]. W badaniach własnych wykazano, że satysfakcja pacjentów z opieki (mierzona za pomocą NSNS - Skala Zadowolenia z Pielęgnacji Newcastle) wynosi 77,85 punktów na 100 punktowej skali (SD=19,84; Me=81,58; Min=0; Max=100; Q1=68,42; Q3=94,74). Pacjenci najwyżej ocenili opiekę pielęgniarską w Szpitalu 5, tj. Kazimierza Wielka (SD=17,39; Me=96,05; Q1=82,24; Q3=100), a najniżej w Szpitalu 8, tj. Krynica Zdrój (SD=23,43; Me=52,63; Q1=42,76; Q3=69,74). Szpital 8 zdecydowanie wyróżniał się negatywnie w tej kategorii i odstawał od pozostałych badanych szpitali – pacjenci nie byli zadowoleni z opieki pielęgniarskiej w tym Szpitalu. Wyniki poziomu satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej były zatem zróżnicowane w obrębie badanych szpitali.

Warunki pracy odgrywają ważną rolę w każdej organizacji niezależnie od jej wielkości, specyfiki czy miejsca lokalizacji. To właśnie od ich poziomu zależy, czy praca daje pracownikowi poczucie zadowolenia czy powoduje znużenie, a w wielu przypadkach nawet zniechęcenie, przy czym niewłaściwe warunki pracy mają negatywny wpływ na funkcjonowanie pracownika. Bez odpowiedniej obsady nie jest w stanie funkcjonować żaden szpital ani placówka medyczna. Na tym właśnie aspekcie (warunki, liczba personelu) skupiono się w niniejszej pracy. W badaniach własnych nie wykazano jednak, aby liczba pielęgniarek korelowała z satysfakcją pacjentów z opieki pielęgniarskiej ( $p=0,852$ ). Jest to sprzeczne z wynikami Aiello i wsp., którzy doszli do wniosku, że pacjenci opierają swoje oczekiwania na wcześniejszych doświadczeniach z opieką pielęgniarską [129]. Ocena pacjentów ich opieki zdrowotnej są obecnie stałym elementem oceny jakości, głównie poprzez badania satysfakcji pacjentów [112, 130].

## **4.2 Środowisko pracy i satysfakcja pielęgniarek z wykonywanego zawodu**

Bezpieczne środowisko pracy dla pielęgniarek charakteryzuje się m.in. dobrymi relacjami zawodowymi, wspierającym stylem zarządzania, zrównoważonym harmonogramem pracy, zgodnością między zwiększonym obciążeniem pracą pielęgniarek a ich kombinacją umiejętności, odpowiednim czasem na zaspokojenie potrzeb pacjentów, autonomią



i możliwością awansu zawodowego. Jednym z najistotniejszych wskaźników lojalności wobec pracodawcy i zaangażowania pielęgniarek w ich pracę jest ich zadowolenie ze środowiska pracy [131]. Jest to szczególnie ważne, ponieważ może znaleźć odzwierciedlenie w zapewnieniu wyższej jakości opieki [132]. Niezadowolone pielęgniarki będą raczej koncentrować się na wypełnianiu swoich obowiązków, a nie na pacjencie, bez względu na jakość świadczonej opieki. Niezadowolone pielęgniarki również mają tendencję do odchodzenia z pracy, co niewątpliwie wpływa na jakość opieki ze względu na powstające niedobory kadrowe [133]. W badaniach własnych wykazano, że im wyższe ogólne zadowolenie pielęgniarek z miejsca pracy, tym wyższa satysfakcja pacjentów z opieki pielęgniarskiej (Współczynnik korelacji Spearmana = 0,327). Wyniki te są spójne z metaanalizą 59 badań przeprowadzoną w 2019 r. przez Hung Lu i wsp. W ich badaniach wykazano, że satysfakcja zawodowa pielęgniarek jest ściśle związana z satysfakcją pacjenta, ale również z środowiskiem pracy, upodmiotowieniem strukturalnym (nieprawidłowe relacje lekarz-pielęgniarka), zaangażowaniem organizacyjnym, stresem zawodowym, satysfakcją pacjenta, liczbą pacjentów jaką ma pod opieką jedna pielęgniarka podczas dyżuru [134]. Szereg badań dotyczących środowiska pracy pielęgniarek i ujawniło wiele aspektów, które mogą wpływać na ich satysfakcję [135-137]. Niemal wszystkie te badania wskazywały na silny związek między środowiskiem pracy a satysfakcją pielęgniarek z pracy. Te obserwacje potwierdzono w badaniach własnych, gdzie wykazano, że niezadowolone pielęgniarki mają mniejszy zamiar pozostania w swojej pracy niż te zadowolone. Największy odsetek pielęgniarek rozważających zwolnienie się z pracy z powodu braku satysfakcji zawodowej był w Szpitalu 2 (Wadowice) a najmniejszy w Szpitalu 5 (Kazimierza Wielka). Łącznie, biorąc pod uwagę wszystkie szpitale, chętnych do odejścia z zawodu było ponad połowa badanych – 63,16% (n=132). Większość ankietowanych odpowiedziała, że jeśli szukałaby innej pracy to również w zawodzenie pielęgniarki. Głównie byłaby to praca w innym szpitalu (61,84% badanych, n=47) lub w przychodni lub innym dziennym ośrodku (26,32 % badanych; n=20). Szpital w Wadowicach to szpital powiatowy, który boryka się z dużymi problemami zarówno finansowymi, jak i kadrowymi. Może to być przyczyną chęci odejścia z pracy personelu pielęgniarskiego. Czynniki, takie jak młodszy wiek pielęgniarek, posiadanie mniejszego doświadczenia, i/lub tytułu licencjata, pozytywne przywództwo i zarządzanie były jednymi z czynników zgłaszanych w tych badaniach, które sprzyjały zadowoleniu pielęgniarek z pracy. Wsparcie współpracowników ze strony zespołu pielęgniarskiego były również istotnymi czynnikami wpływającymi na satysfakcję z pracy pielęgniarek w badaniach Lambrou i wsp. z 2014 roku

[138]. W badaniach z 2002 roku Aiken i wsp. zbadali, w jaki sposób zmiany w środowisku pracy wpływają na ich praktykę zawodową, ze szczególnym uwzględnieniem samych pielęgniarek i cech organizacyjnych w pracy. Badania wykazały, że ogólnie zdrowe środowisko pracy, tak jak i upodmiotowienie pielęgniarki, satysfakcja z pracy, autonomia, zaangażowanie i poczucie własnej skuteczności, a także cechy organizacyjne, wpływają na doświadczenia pacjenta z opieki, ocenę opieki przez pielęgniarki oraz organizację pracy [13]. W badaniach Malinowskiej-Lipień wykazano silne powiązanie oceny bezpieczeństwa pacjenta ze środowiskiem pracy pielęgniarek w aspekcie adekwatności zatrudnienia, współpracy pielęgniarek z lekarzami, wsparcia pielęgniarek ze strony kadry zarządzającej, możliwości udziału w zarządzaniu oraz awansu zawodowego zatrudnionych pielęgniarek w szpitalu. Czynniki środowiska pracy, takie jak odpowiedni personel, dobra współpraca z lekarzami, wsparcie ze strony kierownictwa, a także samodzielność zawodowa mają istotny wpływ na ocenę bezpieczeństwa pacjentów przez pielęgniarki. [139]. Podobne wnioski zostały wysunięte w niniejszych badaniach, gdzie wykazano, że wsparcie przełożonych istotnie wpływa na satysfakcję z pracy pielęgniarek, a tym samym pozytywnie oddziałuje na satysfakcję pacjentów z opieki pielęgniarskiej.

W Kanadzie przebadano 393 pielęgniarki i na podstawie tych wyników stwierdzono, że zadowolenie z pracy i zatrzymanie nowych pielęgniarek w miejscu pracy jest związana z czynnikami środowiska pracy, które mogą wspierać ich praktykę zawodową/karierę i wpływać na wysokiej jakości opiekę nad pacjentem [140]. Pozytywne postrzeganie środowiska pracy (przez pracownika) wiąże się z szeregiem zapewnienia odpowiednich warunków pracy, takich jak wsparcie społeczne, obciążenie pracą i wsparcie kierownicze. Ponadto istotną rolę w tym zakresie odgrywają niektóre cechy pielęgniarek, między innymi takie jak ich wiek i poziom wykształcenia. Stresujący charakter opieki pielęgniarskiej często prowadzi do wypalenia zawodowego, niskiej produktywności, absencji, a w dłuższej perspektywie przyczynia się do niedoboru personelu, co dodatkowo pogłębia problem [141]. W kilku badaniach stwierdzono, że pozytywne środowisko pracy wiąże się z mniejszą liczbą chorób zawodowych, mniejszym wypaleniem i zwiększoną satysfakcją z pracy [142, 143]. W badaniach własnych spośród 209 pielęgniarek biorących udział w badaniu 42,11% (n=88) miało niski poziom satysfakcji zawodowej, 32,54% respondentek (n=68) określiło swój poziom satysfakcji zawodowej na średni, a 25,36% pielęgniarek (n=53) uzyskało wysoki poziom satysfakcji zawodowej.

## 4.2 Zasoby kadrowe personelu, obciążenie pracą pielęgniarek

W 2005 r. American Association of Critical-Care Nurses opublikowało przełomową publikację określającą 6 standardów (wykwalifikowana komunikacja, współpraca, skuteczne podejmowanie decyzji, odpowiedni personel, uznanie i przywództwo) niezbędnych do ustanowienia i utrzymania zdrowego środowiska pracy w opiece zdrowotnej. Autentyczne przywództwo zostało opisane jako „klej” potrzebny do utrzymania zdrowego środowiska pracy [144]. W wynikach badań własnych średni wynik na skali "wsparcie przełożonych" wynosił 2,85 punktu, zatem respondentki zgadzały się, że taka sytuacja występuje w ich miejscu pracy. Najwyższe wsparcie otrzymywały pielęgniarki ze Szpitala 8 (Szpital w Krynicy Zdrój), które oscylowało na poziomie 3,23 (SD=0,59; Me=3,25; Q1=3,19; Q3=3,5). W tej kwestii najgorsze wyniki uzyskał Szpital 10 (SU w Krakowie, oddział endokrynologii). Wyniki uzyskane z tego Szpitala również były najgorsze wyniki w kwestii relacji zawodowych między pielęgniarkami, a lekarzami. Do podobnych wniosków doszedł Milisen z zespołem w badaniach przeprowadzonych w Belgii. Według tych badań znaczna część pielęgniarek uważała, że lekarze nie dostrzegali znaczenia interwencji pielęgniarskich. Godny uwagi jest fakt, że prawie połowa pielęgniarek (54,3%) rozważała odejście z zawodu w pewnym momencie swojej kariery [145]. W tym samym badaniu poruszono kwestie personelu niedyplomowanego pracującego w szpitalach. Według respondentów personel niedyplomowany miał wpływ (poprawiał opiekę nad tymi pacjentami w oddziale - 43,3%), podczas w przypadku 41,6% opieka pozostała taka sama. Tylko 15,1% respondentów zgłosiło pogorszenie jakości opieki. W badaniach własnych wykazano, że pielęgniarki zwracały uwagę na niewystarczającą liczbę personelu niedyplomowanego w szpitalu. Istnieje zależność statystyczna pomiędzy badanymi szpitalami a pracą w oddziale niedyplomowanego personelu zajmującego się opieką nad chorymi. Analiza odpowiedzi wszystkich ankietowanych pielęgniarek wykazała, że mediana liczby zatrudnionego personelu niedyplomowanego wynosiła 2 (SD=2,24; Me=2; Q1=1; Q3=3) co oznacza, że ponad połowa ankietowanych pielęgniarek pracowała w szpitalu zatrudniającym personel pomocniczy. Warto zwrócić uwagę na fakt, że porównując szpitale Polskie do krajów Europy Zachodniej nadal jest to wynik wysoce odbiegający od tychże krajów, gdyż w szpitalach Europy Zachodniej praca personelu niedyplomowanego jest standardem opieki. W Polsce mimo iż jest to standard, to nadal nie do końca realizowany.

Nakład pracy pielęgniarskiej jest definiowany jako iloczyn średniej dziennej liczby przyjmowanych pacjentów, skorygowanej o stopień uzależnienia i rodzaj opieki, średni czas opieki dla każdego pacjenta, w zależności od uzależnienia i rodzaju świadczonej opieki [146]. Badania nad narzuconymi przez prawo (odmiennymi w zależności od kraju) minimalnymi wskaźnikami obsady pielęgniarek zostały przeanalizowane przez Lang i wsp. w 2004 roku, którzy doszli do wniosku, że nie ma poparcia dla minimalnego wskaźnika liczby pielęgniarek zatrudnionych w szpitalach. W analizowanym przeglądzie systematycznym nie ma bezpośredniego pomiaru obciążenia pracą ani środowiska pracy, ponieważ autorzy zakładają, że korzystniejszy (niższy) stosunek pielęgniarka-pacjent pośrednio tworzy bardziej pozytywne miejsce pracy [147]. Podobne wnioski wysnuto w badaniach własnych, gdzie nie wykazano zależności istotnej statystycznie pomiędzy liczbą pacjentów będących pod opieką jednej pielęgniarki podczas ostatniego dyżuru a poleceniem oddziału jako miejsca hospitalizacji osobie najbliższej przez pielęgniarkę przez pielęgniarkę tam pracującą. Wykazano jednak, że niezadowolenie z opieki pielęgniarskiej pacjenta miało związek z niską obsadą pielęgniarską. Zależność była istotna statystycznie ( $p < 0,05$ ) i dodatnia, tzn. stwierdzono że im więcej pacjentów znajdowało się pod opieką pielęgniarki, tym większe było niezadowolenie pacjentów i ich rodzin z opieki pielęgniarskiej. Ma to poparcie w badaniach prowadzonych przez Aiken i wsp. w 2001 roku. Wraz z zespołem przeprowadziła ona badania sondażowe wśród pielęgniarek w pięciu krajach i stwierdziła, że jednym ze skutków zwiększonego obciążenia pracą pielęgniarek było niewykonanie podstawowych interwencji pielęgniarskich. Niemożność zapewnienia wymaganego poziomu opieki nad pacjentem wiązała się z niższą satysfakcją z pracy i zwiększoną rotacją personelu pielęgniarskiego [148].

Niedobory kadrowe i wynikające z nich zwiększone obciążenie pracą doprowadziły do obaw o jakość opieki zdrowotnej świadczonej pacjentom, co przedstawiono w wielu badaniach sondażowych skierowanych do pielęgniarek i jak opisano w przeglądach piśmiennictwa naukowego [148-150]. W jednym z badań wykazano, że obciążenie pracą i niewystarczająca liczba personelu mogą czasami być równoważone przez pozytywne środowisko pielęgniarskie w zespole [151]. W badaniach tych nie mierzono bezpośrednio obciążenia pracą personelu pielęgniarskiego. Do podobnych wniosków doszedł w swoich badaniach Duffield wraz z zespołem. Tam, gdzie pielęgniarki postrzegały środowisko pracy jako niekorzystne, gdzie brakowało zasobów w postaci kierownictwa i personelu niedyplomowanego, gdzie odsetek pielęgniarek z tytułem licencjata pielęgniarstwa był niższy, opieka uległa pogorszeniu. Ponadto

zadania pielęgniarskie pozostawały niewykonane (zwłaszcza te wspierające/edukujące) [152]. W badaniach własnych nie wykazano jednak zależności istotnie statystycznej pomiędzy liczbą pielęgniarek pracującą w oddziale (współczynnik korelacji Spearmana= 0,064; p=0,852) wyrażoną średnią liczbą pacjentów będącą pod opieką jednej pielęgniarki (Współczynnik korelacji Spearmana= -0,473, p=0,146) a satysfakcją pacjentów z opieki pielęgniarskiej. Pielęgniarki, w niniejszym badaniu, oceniły, że średnio na ostatnim dyżurze w oddziale przebywało ich 3. Całkowita liczba pielęgniarek posiadających studia wyższa i specjalizację (które przebywały na ostatnim dyżurze czasie które prowadzono badania) była największa w Szpitalu 5 (Kazimierza Wielka) (Me=6; Q1=5; Q3=6), a najmniejsza w Szpitalu 4 (Szpital im. Dietla w Krakowie) (Me=2; Q1=2; Q3=3). W Szpitalu 5 (Kazimierza Wielka) dyżur pełniło 6 pielęgniarek posiadających równocześnie studia wyższa i specjalizację (Me=6; Q1=5; Q3=6).

W badaniach własnych, w opinii pielęgniarek całkowita liczba pacjentów przebywających w oddziale w czasie ostatniego dyżuru, na którym pracowały ankietowane pielęgniarki, wynosiła średnio 27,3 chorych (SD=9,71; Me=28; Q1=21; Q3=33). Średnio, pielęgniarka miała pod swoją opieką 14,88 pacjentów (SD=9,89; Me=12; Q1=8; Q3=20). Dla ponad połowy 61,72% (n=129) pielęgniarek było to, w ich opinii typowe obciążenie.

W piśmiennictwie naukowym zidentyfikowano już czynniki, które wskazują na obciążenie pielęgniarek pracą. Do tych czynników zalicza się wskaźnik pielęgniarka – pacjent lub godziny opieki w ciągu doby nad pacjentem. Istnieją jednak dowody na to, że te wskaźniki nie pozwalają dokładnie przewidzieć obciążenia pracą pielęgniarek [153], ponieważ nie uwzględniają one różnych potrzeb pacjentów ani różnic w doświadczeniu i poziomie wykształcenia personelu pielęgniarskiego. Twigg i Duffield twierdzą, że opieranie się na opinii ekspertów przy ustalaniu standardów obciążenia pracą pielęgniarek, nie jest optymalne i zalecają stosowanie standaryzowanego pomiaru stanu zdrowia pacjenta [154]. Spójne z tymi doniesieniami stają się niniejsze badania w których badane pielęgniarki odpowiedziały, że liczba pacjentów wymagających pomocy we wszystkich codziennych czynnościach była największa w Szpitalu 1 (Sucha Beskidzka), a najmniejsza w Szpitalu 10 (Szpital Uniwersytecki w Krakowie, Oddział Kliniczny Endokrynologii). Średnio, na wszystkie badane jednaście szpitali 7,97 pacjentów przebywających na jednym dyżurze w badanych oddziałach internistycznych potrzebowało pomocy przy czynnościach dnia codziennego (SD=6,54; Me=6; Q1=4; Q3=10). Liczba pacjentów wymagających monitorowania lub zabiegów co godzinę lub częściej była największa w Szpitalu 6 (Bochnia), gdzie wynosiła ona średnio 7,29 pacjentów (SD=8,35; Me=5; Q1=4,75; Q3=6,5) a najmniejsza w Szpitalu 5 (Kazimierza Wielka). Średnio 1,72

pacjentów w badanych oddziałach wymagało monitorowania lub zabiegów co godzinę lub częściej (SD=1,53; Me=1; Q1=1; Q3=3).

Niektóre aspekty wpływające na obciążenie pracą pielęgniarek wykraczają poza zakres obecnych badań. W niektórych badaniach zbadano bowiem związek między obciążeniem pracą pielęgniarek a cechami oddziału, takimi jak układ oddziału i liczba pojedynczych pokoi na oddziale, czy też charakterystyką samego miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych [155]. W tym badaniu postanowiono jednak skupić się na jednym rodzaju oddziału (internistyczny), aby dokładniej można było porównać dane.

Na obciążenie pracą pielęgniarek (w ich opinii) wpływać miało także wykonywanie czynności nieprofesjonalnych. Jako często wykonywane czynności nieprofesjonalne respondentki wskazały: czasami odbieranie telefonów i wykonywanie obowiązków administracyjnych w ciągu dyżuru dziennego 34,93% (n=73) vs często 56,46% (n=118). Najczęściej czynności te wykonywały pielęgniarki w Szpitalu 10 (Szpital Uniwersytecki w Krakowie, Oddział Kliniczny Endokrynologii), a najrzadziej w Szpitalu 2 (Wadowice). W badaniach Cisek i wsp. [156] analiza statystyczna zebranego materiału wykazała, że wykwalifikowane pielęgniarki, które *samodzielnie opiekowały się pacjentami*, były w największym zakresie obciążane dodatkowymi czynnościami niewymagającymi kwalifikacji zawodowych, takimi jak: transportowanie pacjentów w obrębie szpitala (56,8%), wykonywanie niepielęgniarskiej opieki (46,1%), sprzątanie pokoju pacjenta i sprzętu (35,2%), przygotowanie wypisu i transportu (19,1%); podawanie i wynoszenie tac na jedzenie (27,3%), odbieranie dostawy lub sprzętu (28,3%). Opisane sytuacje wynikały z braku w szpitalach personelu pomocniczego, na dyżurach bowiem pracowały średnio 1–2 sanitariuszki, stąd pielęgniarki nie miały wyboru i powszechnie wykonywały czynności niewymagające kwalifikacji zawodowych.

O poziomie obciążenia pracą można też wnioskować z faktu niewykonania przez pielęgniarki, z powodu braku czasu (z ang. missed nursing) - czynności, które były konieczne. Znaczna część pielęgniarek biorących udział w badaniu zgłosiła, że nie dokończyła niezbędnych czynności pielęgniarskich, ponieważ brakowało im czasu na ich wykonanie. Spośród czynności najczęściej zgłaszanych jako niewykonane pielęgniarki wskazały na: edukację pacjentów i ich rodzin 51,2 % (n=107), higienę jamy ustnej 47,37% (n=99), częste zmienianie pozycji pacjenta 37,32% (n= 78), tworzenie lub uaktualnianie planu opieki pielęgniarskiej/wytucznych opieki pielęgniarskiej 35,89% (n=75), planowanie opieki 34,45% (n=72). Niepokojące dane dotyczące

czynności niewykonanych przez pielęgniarki, mimo iż zgłaszane w mniejszym odsetku, dotyczyły również uspokojenia i rozmowy z pacjentami. W badaniach Aiken i wsp. [97] odsetek pielęgniarek dyplomowanych, które zgłosiły, że nie zrealizowano każdej potrzeby związanej z opieką pielęgniarską, był bardzo zróżnicowany. Zgłoszono pozostawienie 2 z 7 niezbędnych czynności związanych z opieką pielęgniarską niezrealizowanych podczas ich ostatniej zmiany.

Chociaż wpływ personelu pielęgniarskiego na wyniki (np. śmiertelność pacjentów, długość ich pobytu w szpitalu i zdarzenia niepożądane) jest konsekwentnie dokumentowany w badaniach międzynarodowych [10, 95, 157], przyczynowy związek łączący personel pielęgniarski z tymi wynikami nie jest dobrze poznany. W najnowszym przeglądzie systematycznym z 2021 roku wykazano, że proces pomijania opieki pielęgniarskiej jest częstym zjawiskiem w szpitalach na całym świecie. Pielęgniarstwo jest uważane za holistyczną dyscyplinę, która uwzględnia i troszczy się o całego pacjenta, jednak brak opieki psychospołecznej, takiej jak interakcja z pacjentami, edukacja pacjenta i zapewnienie wsparcia emocjonalnego, są częstymi pozycjami na liście opuszczonych elementów opieki. Biorąc pod uwagę etos pielęgniarstwa, nie dziwi fakt, że pielęgniarki zgłaszają słabą satysfakcję z pracy, a nawet chęć odejścia z pracy [158].

### 4.3 Wypalenia zawodowe

Dane opublikowane w artykule który został opracowany w ramach badania RN4CAST, w którym zbadano, 352 szpitale, ponad 2000 oddziałów i prawie 23 500 pielęgniarek pracujących w 11 krajach, wykazał związek między niekorzystnym postrzeganiem przez pielęgniarkę środowiskiem pracy a doświadczeniami wypalenia zawodowego zarówno na poziomie oddziału pielęgniarskiego, jak i szpitala [161]. Badania prowadzone w innych krajach (na poziomie oddziałów) wykazały, że wyczerpanie emocjonalne i depersonalizacja są odwrotnie proporcjonalne do satysfakcji pacjenta, podczas gdy osobiste osiągnięcia były pozytywnie powiązane z satysfakcją pacjenta [159-160]. Na wypalenie zawodowe wg Maslach składa się: wyczerpanie emocjonalne, depersonalizacja oraz satysfakcja zawodowa [47]. W badaniach własnych spośród 209 uczestniczek objętych analizą 43,54% (n=91) miało wysoki poziom wyczerpania emocjonalnego, 29,19% ankietowanych (n=61) miało średni

poziom wyczerpania emocjonalnego, natomiast 27,27% pielęgniarek (n=57) uzyskało niski poziom wyczerpania emocjonalnego. Spośród 209 uczestniczek badania 23,92% respondentek (n=50) miało wysoki poziom depersonalizacji 50,72% (n=106), 25,36% pielęgniarek (n=53) w kwestionariuszu wskazało na średni poziom depersonalizacji, a niski poziom depersonalizacji miało 25,36% pielęgniarek (n=53). Spośród 209 biorących udział w badaniu 25,36% pielęgniarek (n=53) uzyskało wysoki poziom satysfakcji zawodowej, 32,54% respondentek (n=68) określiło swój poziom satysfakcji zawodowej na średni, a 42,11% (n=88) miało niski poziom satysfakcji zawodowej.

W badaniach własnych nie wykazano zależności istotnej statystycznie pomiędzy oceną satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej a zjawiskiem wypalenia zawodowego wśród personelu pielęgniarskiego. W badaniach Aiken i jej zespołu [13], wykazano, że wyższe wyczerpanie emocjonalne i większe niezadowolenie z pracy pielęgniarek były silnie i istotnie związane ze stosunkiem pacjenta do pielęgniarek, co nie pokrywa się z wynikami badań własnych. W badaniach z 2014 roku wykazano, że miejsce pracy jest niezwykle istotnym czynnikiem rozwoju wypalenia zawodowego pielęgniarek. Jednakże, to badanie obejmowało pielęgniarki z różnych środowisk klinicznych. Badacze porównali wyniki wypalenia zawodowego: pielęgniarki, które pracowały w szpitalnych oddziałach ratunkowych i oddziałach intensywnej opieki medycznej miały wyniki wypalenia zawodowego znacznie wyższe niż pielęgniarki, które pracowały w oddziałach ortopedycznych i w stacjach dializ [162]. Przepuszczalnie, na oddziałach internistycznych pielęgniarki, nie odczuwają wysokiego poziomu wypalenia zawodowego, jednak te hipotezy należy poprzeć dodatkowymi badaniami w tym zakresie. Nie można jednoznacznie odpowiedzieć na pytanie, dlaczego nie stwierdzono takiej zależności, zwłaszcza, iż w wielu innych badaniach badacze doszli do podobnych wniosków co Aiken [46, 48-49, 53, 139].

#### **4.4 Zdarzenia niepożądane**

W 1999 r. powstał przełomowy raport Instytutu Medycyny Jakości Opieki Zdrowotnej w Ameryce na temat jakości opieki w szpitalach, który wykazał wysoki odsetek urazów u pacjentów i możliwych do uniknięcia zgonów związanych z błędami medycznymi [163]. Od czasu tego raportu zarządzanie jakością w środowiskach opieki szpitalnej stało się wysokim



priorytetem. Czynniki organizacyjne – takie jak polityka instytucjonalna, personel pielęgniarski i inne procesy – mogą nieumyślnie przyczynić się do gorszych wyników i błędów medycznych [164]. Istnieje kilka metod gromadzenia danych o zdarzeniach niepożądanych, takich jak przeglądy dokumentacji medycznej lub pielęgniarskiej, bezpośrednia obserwacja, systemy raportowania, szacunki i obserwacje raportowane przez pielęgniarki, wywiady z pacjentami itd. [165-167]. Każda metoda ma swoje mocne i słabe strony. Na przykład przegląd dokumentacji medycznej lub pielęgniarskiej oraz bezpośrednia obserwacja mogą dostarczyć dokładnych informacji o zdarzeniach poprzedzających i skutkach zdarzeń niepożądanych, ale wdrożenie ich może kosztować więcej nakładu pracy personelu [166]. System raportowania jest akceptowaną, przydatną metodą zbierania informacji o zdarzeniach niepożądanych, ale wysoki wskaźnik nieodebranych zgłoszeń jest jego słabością [168]. Szacunki i obserwacje pielęgniarek mogą nie tylko zebrać dużo danych w krótkim czasie przy niewielkiej ilości pieniędzy i personelu, ale także zbierać dokładniejsze informacje [169]. Chociaż ta metoda zbierania danych może podlegać stronniczości respondentów i stronniczości przypominania Cina-Tschumi wraz z zespołem [165] wykazali, że szacowane przez pielęgniarki częstości „upadków pacjentów” w okresie jednego roku były zgodne z systematycznie ocenianymi danymi i były bardziej dokładne niż te zbierane na podstawie danych z jednego miesiąca. Metoda ta wykazała przydatność w innych badaniach [148, 170]. Z tych powodów podjęto próbę wykorzystania tych szacunków za pomocą skali PES-NWI o częstości występowania zdarzeń niepożądanych.

Pielęgniarki wyróżniają się jako członkowie zespołów opieki zdrowotnej, ponieważ odgrywają kluczową rolę w bezpośredniej opiece nad pacjentem oraz ważną rolę w wykrywaniu i zapobieganiu zdarzeniom niepożądanym. Zdarzenie niepożądane odpowiada każdemu niezamierzonemu urazowi lub powikłaniu wynikającemu z opieki zdrowotnej. Zdarzenia niepożądane są wskaźnikami bezpieczeństwa pacjenta i jakości opieki [171]. Najczęstszymi wskaźnikami zdarzeń niepożądanych związanymi z opieką pielęgniarską są błędy w podawaniu leków, upadki, odleżyny, niepowodzenia w resuscytacji, niepowodzenia ratunkowe, infekcje szpitalne i kontynuacja procedur [172]. Fakt powstania odleżyn u pacjentów w trakcie pobytu w szpitalu kilka razy w roku lub rzadziej potwierdziło 55,92% (n=115) pielęgniarek. W przeprowadzanych obecnie badaniach fakt gubienia się rzeczy należących do pacjentów, podczas przenoszenia chorych pomiędzy oddziałami, potwierdziło 5,74% (n=12) ankietowanych pielęgniarek. Wykazano próby ograniczania tych niekorzystnych zjawisk: 57,89% (n=121) przyznało, że w ich oddziale dyskutuje się na temat zapobiegania podobnym

zdarzeniom, a 69,86%, (n=146) pielęgniarek przyznało, że otrzymuje informacje na temat zarządzonych zmian wynikających z powstałych zaniedbań. W badaniach oceniano też częstość innych zdarzeń niepożądanych. Należały do nich w opinii pielęgniarek m.in. podanie choremu niewłaściwego leku. Tendencja była ogólnie niska i zdarzenie to występowało zdecydowanie rzadko (nigdy - 46,41%; kilka razy w roku lub rzadziej - 43,54%). Na występowanie upadków i zranień u powierzonych opiece pacjentów wskazało 59,81% (n=125) pielęgniarek, które dodały, że zdarzenie to miało miejsce kilka razy w roku lub rzadziej. Najczęściej działo się tak w Szpitalu 11 (Szpital Uniwersytecki w Krakowie, Oddział Kliniczny Chorób Wewnętrznych i Geriatrii), a najrzadziej w Szpitalu 8 (Krynica Zdrój). Zakażenia szpitalne spełniają również definicję zdarzeń niepożądanych. W opinii pielęgniarek częstość występowania: infekcji układu moczowego, zakażeń krwi oraz zapalenia płuc było związana z opieką i było miarą bezpieczeństwa pacjenta. Aż 48,8% (n=102) badanych pielęgniarek stwierdziło, że w ich oddziale dochodzi do infekcji dróg moczowych kilka razy w roku lub rzadziej, 22,97% (n=48) wskazało, że infekcje tego układu występowały u pacjentów raz w miesiącu. Zakażenia krwi, kilka razy do roku lub rzadziej potwierdziło 44,5% (n=93) badanych pielęgniarek, a 35,89% (n=75) pielęgniarek wskazało, że zakażenia krwi nigdy w ich pracy nie wystąpiły. Pielęgniarki w 48,8% (n=102) potwierdziły występowaniu w ich oddziale zapalen płuc związanych z opieką, jednak 23,92% (n=50) zaprzeczyło ich występowaniu całkowicie.

Poza zdarzeniami niepożądanymi związanymi z opieką nad pacjentami badano także zdarzenia niepożądane dotyczące pielęgniarek, do których zaliczono narzekania pacjentów lub ich rodzin oraz ustne i fizyczne znieważenie pielęgniarek przez pacjentów lub przez personel. Nie znaleziono jednak badań, z którymi można porównać otrzymane wyniki. Warto jednak przytoczyć kilka danych. Nieoczekiwanym odkryciem jest to, że blisko 90% niekorzystnych zdarzeń zgłaszane przez pielęgniarki dotyczą narzekania pacjentów i ich rodzin. W Szpitalu 4 (Szpital im. Dietla w Krakowie) prawie wszystkie badane pielęgniarki, aż 88% (n=22) wskazały, że do narzekania pacjentów i ich rodzin dochodzi codziennie lub kilka razy w tygodniu. Również w tym samym szpitalu najczęściej dochodziło do ustnego znieważania pielęgniarek przez pacjentów i/lub rodziny. Taka sytuacja miała miejsce codziennie według 28% badanych pielęgniarek (n=7) lub kilka razy w tygodniu – 24% (n=6) badanych. Badania Eriksson i wsp. z 2007 roku wykazały, że brak szacunku do pacjentów i ich rodzin personelu medycznego jest częstym powodem, dla którego pacjenci i krewni wyrazili niezadowolenie z opieki pielęgniarskiej. Wyniki tych badań pokazują, że doświadczenia negatywnych relacji z pielęgniarką zostały opisane jako mające poważne konsekwencje dla pacjentów i krewnych [173]. Potwierdza to systematyczny przegląd

przeprowadzony przez Bridges wraz z zespołem, w którym badacze stwierdzili, że doświadczenia pacjentów i ich krewnych przebywających na ostrym dyżurze częściej dotyczą aspektu relacji w opiece zdrowotnej, niż technicznej strony leczenia i przebiegu badań diagnostycznych [174]. W niniejszym opracowaniu fizycznie znieważanie pielęgniarek przez pacjentów/ich rodziny/personel to zjawisko bardzo rzadko występujące we wszystkich badanych placówkach. Najczęściej występowało ono w Szpitalu 5 (Kazimierza Wielka), a najrzadziej w Szpitalu 10 (Szpital Uniwersytecki w Krakowie, Oddział Kliniczny Endokrynologii). Kilka razy w roku lub rzadziej chodzi o fizyczne zranienie pielęgniarek związane z pracą - 55,5% badanych (n=116). W przeprowadzonych badaniach wykazano, im niższa ocena warunków pracy, tym częściej: pacjent otrzymał niewłaściwy lek, o złej porze lub dawce oraz częściej odleżyny wystąpiły w trakcie pobytu pacjenta w oddziale. W pozostałych aspektach nie wykazano zależności istotnych statystycznie, również pomiędzy satysfakcją pacjenta z opieki pielęgniarskiej a zdarzeniami niepożądanymi. Główne ustalenia z przeprowadzonych badań wskazują, że pacjenci doświadczają zdarzeń niepożądanych w opiece pielęgniarskiej w związku z brakiem uczestnictwa, oceny klinicznej i interwencji pielęgniarskich, które doprowadzają do zarówno fizycznych, jak i psychicznych zdarzeń niepożądanych. Dlatego ważne jest, aby pamiętać, że zdarzenia niepożądane mogą być spowodowane: brakiem opieki pielęgniarskiej lub błędami w tej opiece.

#### **4.5 Racjonowanie opieki pielęgniarskiej**

Przyczynami racjonowania opieki pielęgniarskiej są między innymi: redukcje personelu medycznego, zwiększone zapotrzebowanie pacjentów na opiekę ze względu na postęp technologiczny, więcej możliwości leczenia i bardziej poinformowani użytkownicy usług zdrowotnych. Pacjent, który trafia do szpitala ma większe oczekiwania a zarazem ma świadomość że instytucja powinna im sprostać, a to nie tylko w zakresie profesjonalnej opieki ale także dobrych usług np. bezpiecznych usług hotelowych. Takie spojrzenie wymaga jednak większej uwagi specjalistów a zarazem zmiany świadomości użytkowników systemu, że w procesie zdrowienia nie tylko lek jest ważny która poprzez właściwą diagnoza ale także inne aspekty warunkujące zdrowie. Obecna sytuacja pandemii uzmysłowiła to niezwykle wymiernie wskazując jak powinna być opieka i że nawet najnowocześniejszy lek nie zadziała gdy nie będzie miał kto go podać i nie będzie miejsca gdzie ten lek mógłby pacjent otrzymać.

Racjonowanie opieki pielęgniarskiej następuje podczas procesu opieki na styku relacji pielęgniarka-pacjent. Ograniczenie można postrzegać jako końcowy produkt oceny klinicznej i procesów podejmowania decyzji, gdy zasoby nie są wystarczające, aby zapewnić wszelką niezbędną opiekę pielęgniarską wszystkim pacjentom. W takim przypadku odpowiedzialna pielęgniarka nie ma innego wyjścia niż racjonowanie pewnych aspektów niezbędnej opieki [5]. Dowody naukowe wskazują, że na racjonowanie opieki pielęgniarskiej duży wpływ mają decyzje podejmowane przez pielęgniarki, wykorzystujące ich osąd kliniczny i wiedzę o tym, jak alokować i tak już ograniczone zasoby, a także szersze wartości związane z opieką w Polsce [175-176]. Ponadto jakość środowiska pracy pielęgniarskiej (tj. odpowiedni personel i zasoby, praca zespołowa, przywództwo i autonomia) oraz bezpieczeństwo pacjentów mają wpływ na poziom racjonowanej opieki [8].

Wiele badań dostarczyło dowodów na to, że niedobór personelu pielęgniarskiego i nieprzyjazne środowisko pracy mogą prowadzić do niekorzystnych wyników dla pacjentów, oprócz wyższych kosztów opieki także zwiększona zachorowalność i śmiertelność, [177-180]. Tą obserwację potwierdzono w badaniach własnych, gdzie wykazano, istotną statystycznie zależność, pomiędzy środowiskiem pracy a racjonowaniem opieki pielęgniarskiej. W celu określenia wpływu warunków środowiska pracy na racjonowanie opieki przeanalizowano zależność między tą zmienną, a charakterystyką warunków mierzoną za pomocą kwestionariusza PES-NWI (pytanie A3: Jak Pani/ Pan ocenia warunki swojej pracy w tym szpitalu (wystarczający personel i środki techniczne, relacje ze współpracownikami, wsparcie zwierzchników)?). Z analizowanych badań wynika, że istnieje istotny związek między racjonowaniem opieki pielęgniarskiej a satysfakcją z pracy pielęgniarskiej i ryzykiem wypalenia zawodowego [181]. Badania wskazują na silną korelację między satysfakcją z pracy pielęgniarek a satysfakcją pacjentów z opieki zdrowotnej [182]. Wykazano, że niższa satysfakcja z pracy zwiększała brak opieki pielęgniarskiej [183]. Wykazano także, że mniej sukcesów zawodowych i więcej niepowodzeń zgłaszanych przez pielęgniarki wynikało z bliskiego kontaktu interpersonalnego z pacjentem oraz nadmiernego zaangażowania w opiekę pielęgniarską [184]. Podobne wnioski wysunięto w badaniach własnych. Wyniki uzyskane ze skali BERNCA-R korelowały istotnie statystycznie ( $p < 0,05$ ) i dodatnio ( $r > 0$ ) z wynikami uzyskanymi z podskalami kwestionariusza wypalenia zawodowego: wyczerpaniem emocjonalnym i depersonalizacją. Im częstsze racjonowanie opieki tym większe było ryzyko wypalenia zawodowego w tych obszarach. Nie stwierdzono zależności istotnej statystycznie pomiędzy podskala wypalenia zawodowego

„satysfakcja zawodowa” a racjonowaniem opieki ( $p=0,897$ ). Wyniki skali BERNCA-R korelowały istotnie ( $p<0,05$ ) i dodatnio ( $r>0$ ) z wszystkimi analizowanymi rodzajami zdarzeń niepożądanych, a więc im częstsze racjonowanie opieki tym częściej występowały tego typu zdarzenia niepożądane.

W dostępnych pozycjach naukowych autorzy podejmowali próby ustalenia związków między wypaleniem zawodowym a racjonowaniem opieki pielęgniarskiej [185-186]. Wydaje się, że badania analizujące konkretne determinanty łączące niezadowolenie z pracy, wypalenie zawodowe i wyczerpanie są niewystarczające. Wciąż istnieje luka w badaniach dotyczących wypalenia zawodowego, biorąc pod uwagę konkretne organizacje opieki zdrowotnej i uwarunkowania kulturowe w tych krajach. Stwierdzenia dotyczące wypalenia zawodowego i braku opieki pielęgniarskiej nie dają się łatwo uogólnić, ponieważ dotychczasowe badania obejmują różne placówki opieki zdrowotnej zatrudniające pielęgniarki i uwzględniają bardzo specyficzne środowiska medyczne. Dodatkowo, pojęcie racjonowania opieki zdrowotnej jest stosunkowo pojęciem nowym, a w Polsce dopiero niedawno zostało zwalidowane narzędzie do zbadania tego zjawiska [87].

#### 4.6 Ograniczenia badania

Jednym z najważniejszych celów współczesnych systemów zarządzania opieką zdrowotną jest zapewnienie wysokiej jakości usług medycznych [187]. Wyniki badania własnego oraz rezultaty otrzymane przez innych autorów [25, 35, 100, 105188,] potwierdzają znaczenie oceny interpersonalnego wymiaru opieki oraz czynników środowiska pracy pielęgniarek w subiektywnej opinii świadczeniobiorców o otrzymanych usługach. W prezentowanym badaniu własnym nie udało się jednak wskazać, która z analizowanych zmiennych niezależnych miała dominujący wpływ na satysfakcję pacjentów z opieki pielęgniarskiej. W niniejszym badaniu dokonano doboru celowego, wśród szpitali które wyraziły zgodę na udział w badaniu. W badaniu brała udział mała grupa ( $n = 209$ ) pielęgniarek wyselekcjonowana z jednego regionu Polski (Polska południowa). Wymaga to ostrożności w uogólnianiu niniejszych wyników na ogólną populację pielęgniarek na całym Polskę. Jednak pomimo tych ograniczeń znaczenie obecnego badania są spójne z wynikami odnotowanymi w innych badaniach i publikacjach. W ocenie Autora niniejsze badanie mogą przyczynić się do

lepszego zrozumienia jak środowisko pracy pielęgniarek wpływa na satysfakcję z opieki pielęgniarskiej pacjentów. Z pewnością potrzebne są dalsze badania, aby zgromadzić więcej grup pielęgniarek w warunkach wielośrodkowych, z doborem losowym.

## Rozdział 5

### Wnioski

1. Organizacja i warunki pracy w oddziale internistycznych negatywnie wpływały na ocenę satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej.
2. Im więcej pacjentów znajdowało się pod opieką pielęgniarki, tym większe było niezadowolenie pacjentów i ich rodzin z opieki pielęgniarskiej.
3. Liczba pacjentów pozostających pod opieką jednej pielęgniarki podczas ostatniego dyżuru nie determinowała polecenia oddziału jako miejsca hospitalizacji osobie najbliższej.
4. Wybrane czynniki mogące wpływać na pracę pielęgniarek w tym między innymi: liczba zatrudnionych pielęgniarek, średnia liczba pacjentów będących pod opieką pielęgniarską, ogólne zadowolenie z miejsca pracy pielęgniarek, ich uczestnictwo w procesie decyzyjnym, dbałość kierownictwa o jakość opieki pielęgniarskiej, wsparcie przełożonych, zapewnienie odpowiedniej obsady, pozytywne relacje z lekarzami nie miały wpływu na ocenę satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej niemniej jednak niektóre z aspektów środowiska pracy (elastyczność planu pracy, możliwość awansu, niezależność w pracy, status zawodowy, możliwości kształcenia) miały wpływ na poziom jakości opieki pielęgniarskiej świadczonej nad pacjentami w oddziałach internistycznych.
5. Wystąpienie zdarzeń niepożądanych takich, jak pomyłki w zakresie przygotowywania i podania leku (niewłaściwy: lek, pora lub dawka) oraz powstania odleżyn w trakcie pobytu pacjenta w oddziale korelowały z niską oceną warunków pracy przez pielęgniarki.
6. Warunki środowiskowa pracy pielęgniarek determinują ocenę satysfakcji pacjentów z opieki, którą otrzymują a istotny negatywny wpływ na tą ocenę ma zła organizacja i warunki pracy pielęgniarek w oddziale internistycznych, pozostałe czynniki takie jak: elastyczność planu pracy, możliwości awansu, niezależność w pracy, status zawodowy i możliwości kształcenia nie miały znaczenia w tej ocenie.
7. Ocena satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej nie była determinowana czynnikami związanymi z zabezpieczeniem socjalnym pielęgniarek (zarobkami, urlopami rocznymi, zwolnieniami lekarskimi czy urlopami szkoleniowymi), ponadto

nie determinował satysfakcji z opieki sposób zarządzania personelem oddziału a także relacje pomiędzy członkami personelu.

8. Częstość racjonowania opieki był tym wyższa im gorsza była ocena warunków pracy przez pielęgniarki, a tym samym częstsze racjonowanie opieki determinowała częstsze występowanie zdarzeń niepożądanych. Im częstsze racjonowanie opieki tym częściej występują tego typu zdarzenia niepożądane. Im częstsze było racjonowanie opieki tym większe było ryzyko wystąpienia wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek, a satysfakcja zawodowa mierzona w obrębie skali wypalenia zawodowego nie miała wpływu na racjonowaniem opieki.
9. Im dłuższa była hospitalizacja pacjentów, tym mniejsza była satysfakcja pacjentów z opieki pielęgniarskiej.



## Rozdział 6

### Streszczenie

#### **Wstęp**

Ocena satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej stanowi kluczowy element ewaluacji jakości opieki w oddziałach internistycznych. Satysfakcja pacjentów z opieki pielęgniarskiej traktowana całościowo, winna uwzględniać - ocenę środowiska pracy personelu medycznego, liczbę profesjonalnego personelu, jego kwalifikacje (wykształcenie i umiejętności praktyczne), satysfakcję z pracy i motywację do podnoszenia kwalifikacji. Na satysfakcję pacjentów z opieki pielęgniarskiej składa się również profesjonalizm relacji rozumiany jako stała obecność personelu przy chorym, poświęcenie czasu, zrozumiałe informowanie, okazywanie empatii, edukowanie, dobre wzajemne relacje między personelem medycznym i pacjentami. Pielęgniarki jako najliczniejsza grupa spośród członków zespołu terapeutycznego, spędzają z chorymi najwięcej czasu, stąd ważne jest poznanie opinii grupy pacjentów na temat satysfakcji z opieki pielęgniarskiej oraz czynników, które na nią wpływają stało się inspiracją dla niniejszych badań.

#### **Cel**

Celem pracy była ocena wpływu środowiska pracy personelu pielęgniarskiego oddziałów internistycznych na satysfakcję pacjentów z opieki pielęgniarskiej.

#### **Material i metody**

Badanie zostało zrealizowane w okresie od czerwca 2019 roku do stycznia 2020 roku. Przedmiotem badań były pielęgniarki pracujące w oddziale internistycznym oraz dorośli pacjenci hospitalizowani w tych oddziałach. Planowano, aby wszystkie pielęgniarki (lub jak największa ich liczba) pracujące w danym oddziale wzięły udział w niniejszym badaniu. Dobór grupy do badań był celowy. Ostatecznie grupę badaną stanowiło 209 pielęgniarek oraz 533 pacjentów. W badaniu jednostką badawczą był szpital i poszczególne rodzaje oddziałów internistycznych. W oparciu o dobór celowy, badanie było realizowane w 11 szpitalach, zlokalizowanych w Polsce południowej, w których wybrano oddziały internistyczne. Badanie miało charakter wieloośrodkowy, przekrojowy, obserwacyjny. Dobór do badania był celowy. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankiety. W badaniu użyto następujących narzędzi: ankieta satysfakcji zawodowej pielęgniarki, skalę BERNCA, skalę satysfakcji z pielęgnacji New Castle oraz autorski kwestionariusz ankiety.

Analizę zmiennych ilościowych (tj. wyrażonych liczbą) przeprowadzono wyliczając średnią, odchylenie standardowe, medianę oraz kwartyle. Analizę zmiennych jakościowych (tj. niewyrażonych liczbą) przeprowadzono wyliczając liczbę i procent wystąpień każdej z wartości. Porównanie wartości zmiennych jakościowych w grupach wykonano za pomocą testu chi-kwadrat (z korektą Yatesa dla tabel 2x2) lub dokładnego testu Fishera tam, gdzie w tabelach pojawiały się niskie licznosci oczekiwane. Porównanie wartości zmiennych ilościowych w dwóch grupach wykonano za pomocą testu Manna-Whitney'a. Porównanie wartości zmiennych ilościowych w trzech i więcej grupach wykonano za pomocą testu Kruskala-Wallisa. Korelacje między zmiennymi ilościowymi analizowano za pomocą współczynnika korelacji Spearmana. W analizie przyjęto poziom istotności 0,05.

Na prowadzenie badania otrzymano zgody Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego (opinia nr: 1072.6120.11.2019), dyrektorów szpitali oraz kierowników/ordynatorów oddziałów.

## **Wyniki**

W analizowanym badaniu w większości respondentami były kobiety 83,7% (n=175), mężczyźni stanowili 15,3% (n=34) badanych. Spośród badanej grupy aż 62,7% (n=131) pielęgniarek podejmowało dodatkowe zatrudnienie na stanowisku pielęgniarki. Najmłodsza uczestnicząca w badaniu osoba miała 22 lata, a najstarsza 56 lat. Jako miejsce zamieszkania „wieś” zadeklarowało 51,2% (n=107) pielęgniarek, a miasto 48,8% (n=102) badanych. Zdecydowana większość pielęgniarek 97,6% (n=204) posiadała wykształcenie wyższe. Jedynie 2,4% pielęgniarek (n=5) legitymowała się wykształceniem średnim medycznym. Najkrótszy staż pracy wśród badanych osób wynosił 1 rok, a najdłuższy wynosił 46 lat.

Pacjenci oddziałów internistycznych doświadczenia z opieki pielęgniarskiej oceniali średnio na 70,90 punktów, natomiast samą satysfakcję z opieki na 77,85 punktów. Pacjenci najwyżej ocenili opiekę pielęgniarską w Szpitalu 5 (SD=17,39; Me=96,05; Q1=82,24; Q3=100), a najniżej w Szpitalu 8 (SD=23,43; Me=52,63; Q1=42,76; Q3=69,74).

Pielęgniarki wskazały, że w szpitalach, w których pracują - personel pomocniczy jest nieliczny: Istnieje zależność statystyczna pomiędzy badanymi szpitalami a pracą w oddziale niedyplomowanego personelu zajmującego się opieką nad chorymi. Analiza odpowiedzi wszystkich ankietowanych pielęgniarek wykazała, że mediana liczby zatrudnionego personelu niedyplomowanego wynosiła 2 (SD=2,24; Me=2; Q1=1; Q3=3) co oznacza, że ponad połowa ankietowanych pielęgniarek pracowała w szpitalu zatrudniającym personel pomocniczy. W ocenie środowiska pracy pielęgniarek uwzględniono - relacje zawodowe: pielęgniarek,

lekarzy, przełożonych, wpływ pielęgniarek na zarządzanie szpitalem, ale także dostępność personelu oraz dostępność środków technicznych koniecznych na stanowisku pracy. Średni wynik na skali "Wsparcie przełożonych" wynosi 2,85 punktu, a więc respondentki zgadzały się, że takie zjawisko występuje w ich miejscu pracy. Średni wynik na skali "Uczestnictwo pielęgniarek w procesie decyzyjnym" wynosił 2,59 punktu, a więc respondentki zgadzały się, że otrzymują wsparcie w procesie decyzyjnym. Wykazano różnice istotne statystycznie ( $p < 0,05$ ) pomiędzy pielęgniarkami pracującymi w badanych szpitalach pod względem satysfakcji z pracy. Najwyższy uzyskany wynik biorąc pod uwagę wartość mediany był w Szpitalu 8 a najmniejszy w Szpitalu 4. Badana grupa personelu pielęgniarskiego podkreśliła swoje niezadowolenie z możliwości kształcenia („bardzo niezadowolona i trochę niezadowolona”) – 29,19 % badanych ( $n=61$ ), ale również z możliwości awansu 40,67 % ( $n=85$ ) oraz możliwości skorzystania z urlopów na studia 52,64% ( $n=110$ ). Pielęgniarki wysoko oceniły jakość opieki pielęgniarskiej w takich aspektach jak: ciągły dostęp do szkoleń, wymagania stawiane przez personel kierowniczy, sprecyzowane zasady opieki, objęcie nowozatrudnionych pielęgniarek programem adaptacyjnym oraz opiekę pielęgniarską opartą na modelu pielęgniarskim, a nie medycznym. Średni wynik na skali "Dbałość kierownictwa o jakość opieki pielęgniarskiej" wynosi 2,94. Spośród badanych, 14,35% ( $n=30$ ) pielęgniarek przyznało, że w ich oddziale dochodziło, podczas zmiany dyżurów do utraty ważnych informacji o chorych.

### **Wnioski**

1. Organizacja i warunki pracy w oddziale internistycznych negatywnie wpływały na ocenę satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej.
2. Im więcej pacjentów znajdowało się pod opieką pielęgniarki, tym większe było niezadowolenie pacjentów i ich rodzin z opieki pielęgniarskiej.
3. Liczba pacjentów pozostających pod opieką jednej pielęgniarki podczas ostatniego dyżuru nie determinowała polecenia oddziału jako miejsca hospitalizacji osobie najbliższej.
4. Wybrane czynniki mogące wpływać na pracę pielęgniarek w tym między innymi: liczba zatrudnionych pielęgniarek, średnia liczba pacjentów będących pod opieką pielęgniarską, ogólne zadowolenie z miejsca pracy pielęgniarek, ich uczestnictwo w procesie decyzyjnym, dbałość kierownictwa o jakość opieki pielęgniarskiej, wsparcie przełożonych, zapewnienie odpowiedniej obsady, pozytywne relacje z lekarzami nie miały wpływu na ocenę satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej niemniej jednak niektóre z aspektów środowiska pracy (elastyczność planu pracy, możliwość awansu, niezależność w pracy, status zawodowy,

możliwości kształcenia) miały wpływ na poziom jakości opieki pielęgniarskiej świadczonej nad pacjentami w oddziałach internistycznych.

5. Wystąpienie zdarzeń niepożądanych takich, jak pomyłki w zakresie przygotowywania i podania leku (niewłaściwy: lek, pora lub dawka) oraz powstania odleżyn w trakcie pobytu pacjenta w oddziale korelowały z niską oceną warunków pracy przez pielęgniarki.

6. Warunki środowiskowa pracy pielęgniarek determinują ocenę satysfakcji pacjentów z opieki, którą otrzymują a istotny negatywny wpływ na tą ocenę ma zła organizacja i warunki pracy pielęgniarek w oddziale internistycznych, pozostałe czynniki takie jak: elastyczność planu pracy, możliwości awansu, niezależność w pracy, status zawodowy i możliwości kształcenia nie miały znaczenia w tej ocenie.

7. Ocena satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej nie była determinowana czynnikami związanymi z zabezpieczeniem socjalnym pielęgniarek (zarobkami, urlopami rocznymi, zwolnieniami lekarskimi czy urlopami szkoleniowymi), ponadto nie determinował satysfakcji z opieki sposób zarządzania personelem oddziału a także relacje pomiędzy członkami personelu.

8. Częstość racjonowania opieki był tym wyższa im gorsza była ocena warunków pracy przez pielęgniarki, a tym samym częstsze racjonowanie opieki determinowała częstsze występowanie zdarzeń niepożądanych. Im częstsze racjonowanie opieki tym częściej występują tego typu zdarzenia niepożądane. Im częstsze było racjonowanie opieki tym większe było ryzyko wystąpienia wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek, a satysfakcja zawodowa mierzona w obrębie skali wypalenia zawodowego nie miała wpływu na racjonowaniem opieki.

9. Im dłuższa była hospitalizacja pacjentów, tym mniejsza była satysfakcja pacjentów z opieki pielęgniarskiej.

### **Słowa kluczowe**

satysfakcja z opieki, opieka pielęgniarska, hospitalizacja.

## Rozdział 7

### Summary

#### **Introduction**

Assessing patient satisfaction with nursing care is a key element in evaluating the quality of care in internal medicine departments. Patients' satisfaction with nursing care treated as a whole should take into account - assessment of the working environment of medical personnel, the number of professional staff, their qualifications (education and practical skills), job satisfaction and motivation to improve qualifications. Patients' satisfaction with nursing care also includes professional relationships understood as the constant presence of staff with patients, devoting time, comprehensible information, showing empathy, education, and good relations between medical staff and patients. Nurses, as the largest group among the members of the therapeutic team, spend the most time with patients, therefore it is important to learn the opinions of a group of patients about the satisfaction with nursing care and the factors that influence it, which inspired this research.

#### **Aim**

The aim of the thisis was to assess the impact of the work environment of nursing staff of internal medicine departments on patient satisfaction with nursing care.

#### **Material and methods**

The study was carried out in the period from June 2019 to January 2020. The subject of the research were nurses working in the internal medicine ward and adult patients hospitalized in these wards. It was planned that all nurses (or as many nurses as possible) working in a given unit would participate in this study. The selection of the group for the research was deliberate. Ultimately, the study group consisted of 209 nurses and 533 patients. The research unit in the study was the hospital and individual types of internal medicine departments. Based on targeted selection, the study was carried out in 11 hospitals located in southern Poland, where internal medicine departments were selected. The study was multicenter, cross-sectional and observational. The selection for the study was deliberate. The diagnostic survey method and the survey technique were used. The following tools were used in the study: nurse professional satisfaction survey, BERNCA scale, New Castle care satisfaction scale and the original questionnaire.

The analysis of quantitative variables (i.e. expressed in number) was performed by calculating the mean, standard deviation, median and quartiles. The analysis of qualitative (ie, non-numeric) variables was performed by calculating the number and percentage of occurrences of each value. The comparison of the values of the qualitative variables in the groups was performed using the chi-square test (with Yates's correction for 2x2 tables) or the Fisher's exact test where low expected frequencies appeared in the tables. The comparison of the values of quantitative variables in two groups was performed using the Mann-Whitney test. The comparison of the values of quantitative variables in three and more groups was performed using the Kruskal-Wallis test. Correlations between quantitative variables were analyzed using the Spearman correlation coefficient. A significance level of 0.05 was adopted in the analysis. The study was approved by the Bioethics Committee of the Jagiellonian University (opinion no. : 1072.6120.11.2019), hospital directors and ward managers / chiefs.

## **Results**

In the analyzed study, the majority of respondents were women 83.7% (n = 175), and men constituted 15.3% (n = 34) of the respondents. Out of the surveyed group, as many as 62.7% (n = 131) of nurses took up additional employment as a nurse. The youngest person participating in the study was 22 years old and the oldest one was 56 years old. 51.2% (n = 107) of nurses declared their place of residence as a "village", and 48.8% (n = 102) of the respondents declared a city. The vast majority of nurses, 97.6% (n = 204), had higher education. Only 2.4% of nurses (n = 5) had secondary medical education. The shortest work experience among the respondents was 1 year, and the longest - 46 years.

Patients of internal medicine departments assessed the experience of nursing care at an average of 70.90 points, while the satisfaction with care alone at 77.85 points. Patients rated nursing care the highest in Hospital 5 (SD = 17.39; Me = 96.05; Q1 = 82.24; Q3 = 100), and the lowest in Hospital 8 (SD = 23.43; Me = 52.63; Q1 = 42.76; Q3 = 69.74).

Nurses indicated that in the hospitals in which they work - auxiliary staff is sparse: There is a statistical dependence between the examined hospitals and work in the ward of non-qualified staff dealing with the care of patients. The analysis of the responses of all surveyed nurses showed that the median number of employed non-qualified personnel was 2 (SD = 2.24; Me = 2; Q1 = 1; Q3 = 3), which means that more than half of the surveyed nurses worked in a hospital employing auxiliary staff. The assessment of the work environment of nurses took into account - professional relations: nurses, doctors, superiors, the influence of nurses on hospital management, but also the availability of staff and the availability of technical means necessary

at the workplace. The average score on the "Superiors Support" scale is 2.85 points, so the respondents agreed that such a phenomenon occurs in their workplace. The mean score on the scale "Nurses participation in the decision-making process" was 2.59 points, so the respondents agreed that they receive support in the decision-making process. There were statistically significant differences ( $p < 0.05$ ) between nurses working in the surveyed hospitals in terms of job satisfaction. The highest obtained result, taking into account the median value, was in Hospital 8 and the lowest in Hospital 4. The surveyed group of nurses emphasized their dissatisfaction with the possibility of education ("very dissatisfied and a little dissatisfied") - 29.19% of respondents ( $n = 61$ ), but also with the possibility of promotion 40.67% ( $n = 85$ ) and the possibility of taking study leave 52.64% ( $n = 110$ ). Nurses highly rated the quality of nursing care in such aspects as: continuous access to training, requirements set by managerial staff, precise rules of care, inclusion of newly employed nurses in the adaptation program and nursing care based on the nursing, not medical model. The mean score on the "Management's commitment to the quality of nursing care" scale is 2.94. Among the respondents, 14.35% ( $n = 30$ ) of nurses admitted that in their ward there was a loss of important information about patients during the shift of duty hours.

### **Conclusions**

1. Organization and working conditions in the internal medicine ward had a negative impact on the patients' satisfaction with nursing care.
2. The more patients were cared for by a nurse, the greater was the dissatisfaction of patients and their families with nursing care.
3. The number of patients under the care of one nurse during the last shift did not determine the order of the department as a place of hospitalization for the closest person.
4. Selected factors that may affect the work of nurses, including, among others: the number of employed nurses, the average number of patients under nursing care, general satisfaction with the nurses' workplace, their participation in the decision-making process, management's care for the quality of nursing care, superiors' support, appropriate staffing, positive relationships with doctors did not affect the assessment of patients' satisfaction with nursing care, however, some aspects of the work environment (flexibility of the work schedule, possibility of promotion, independence at work, professional status, educational opportunities) had an impact on the quality of nursing care provided over patients in internal medicine departments.

5. The occurrence of adverse events, such as mistakes in the preparation and administration of the drug (wrong drug, time or dose) and the formation of pressure ulcers during the patient's stay in the ward correlated with the low assessment of working conditions by the nurses.
6. The environmental conditions of the work of nurses determine the assessment of patients' satisfaction with the care they receive, and a significant negative impact on this assessment is due to bad organization and working conditions of nurses in the internal medicine ward, other factors such as: flexibility of the work plan, promotion opportunities, independence at work, status vocational and educational opportunities were irrelevant in this assessment.
7. The assessment of patients' satisfaction with nursing care was not determined by factors related to the social security of nurses (earnings, annual leaves, sick leave or training leaves), moreover, it did not determine the satisfaction with care, the way of managing the ward staff and the relations between staff members.
8. The frequency of care rationing was the higher the worse the assessment of working conditions by the nurses, and thus the more frequent rationing of care determined the higher incidence of adverse events. The more frequent the rationing of care, the more frequently such adverse events occur. The more frequent care rationing was, the greater was the risk of occupational burnout among nurses, and job satisfaction measured within the burnout scale had no effect on care rationing.
9. The longer hospitalization of patients was, the lower was the satisfaction of patients with nursing care.

**Keywords**

satisfaction with care, nursing care, hospitalization.



## Rozdział 8

### Piśmiennictwo

1. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417.).
2. Laschinger H., McGills Hall L., Almost J. A Psychometric Analysis of the Patient Satisfaction With Nursing Care Quality Questionnaire. An Actionable Approach to Measuring Patient Satisfaction. *J Nurs Care Qual.* 2005; 20(3):220-30.
3. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM. Hospital restructuring: does it adversely affect care and outcomes? *J Nurs Adm.* 2000; 30(10):457-65.
4. McCloskey BA, Diers DK. Effects of New Zealand's health reengineering on nursing and patient outcomes. *Medical Care.* 2005; 43(11): 1140-6.
5. Schubert M, Glass TR, Clarke SP, Aiken LH, Schaffert-Witvliet B, Sloane DM, De Geest S. Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study. *Int J Qual Health Care.* 2008; 20(4):227-37.
6. Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *N Engl J Med.* 2002; 346(22):1715-22.
7. Clarke SP, Aiken LH. Registered Nurse Staffing and Patient and Nurse Outcomes in Hospitals: A Commentary. *Policy, Politics, & Nursing Practice.* 2003; 4(2):104-111.
8. Rafferty AM, Clarke SP, Coles J, Ball J, James P, McKee M, Aiken LH. Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records. *Int J Nurs Stud.* 2007; 44(2):175-82.
9. Kalisch BJ, Xie B. Errors of omission: missed nursing care. *Western Journal of Nursing Research* 2014; 36(7):875–90.
10. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM. Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *Nursing Outlook* 2002; 50(5): 187–194.
11. Spetz J. California's minimum nurse-to-patient ratios: the first few months. *J Nurs Adm.* 2004; 34(12):571-578.

12. Kalisch BJ. Missed nursing care: a qualitative study. *J Nurs Care Qual.* 2006; 21: 306–15.
13. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. *JAMA.* 2002; 288(16):1987–1993.
14. Briner, R. B. Relationships between work environments, psychological environments and psychological well-being: in-depth review. *Occup. Med.* 2000; 50(5): 299-303.
15. Yusuf N, Metiboba S. Work environment and job attitude among employees in a Nigerian work organization. *Journal of Sustainable Society* 2012; 1(2): 36-43.
16. Korpus J. Ocena jakości środowiska pracy w przedsiębiorstwach produkcyjnych, [w:] J. Jakubowski, J. Wątroba (red.), *Zastosowania metod statystycznych w badaniach naukowych III.* StatSoft Polska, Kraków 2008: 67-87.
17. Poczowski A. Zarządzanie zasobami ludzkimi. Strategie – procesy – metody. Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2008: 57-63.
18. Jakimiuk B, Środowisko pracy jako obszar budowania poczucia własnej wartości i relacji z innymi. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska* 2016; 29(4): 43-54.
19. Wiatrowski Z. Podstawy pedagogiki pracy. Wydawnictwo Uczelniane WSP, Bydgoszcz 2000: 377.
20. Schultz D.P., Schultz S.E. Psychologia a wyzwania dzisiejszej pracy. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006: 34-56.
21. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, Diomidous M, Kinnunen J, Kózka M, Lesaffre E, McHugh MD, Moreno-Casbas MT, Rafferty AM, Schwendimann R, Scott PA, Tishelman C, van Achterberg T, Sermeus W; RN4CAST consortium. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet.* 2014; 383(9931):1824-30.
22. Frąckowiak A. Zagrożenia w pracy pielęgniarki środowiskowej. *Zeszyty Naukowe WSZOP* 2010; 1(6): 56-59.
23. Kułagowska E. Warunki pracy na salach operacyjnych. *Medycyna Pracy* 2007; 58(1):1.

24. Ogata Y. Characteristics of the nursing practice environment related to creating healthy work environments for nurses. *Presented at In Creating Healthy Work Environments 2017*, Indiana, USA: Sigma Theta Tau International (STTI).
25. Winter V, Schreyögg J, Thiel A. Hospital staff shortages: Environmental and organizational determinants and implications for patient satisfaction. *Health Policy*. 2020; 124(4):380-388.
26. Blegen MA, Vaughn T, Vojir CP. Nurse staffing levels: impact of organizational characteristics and registered nurse supply. *Health Serv Res*. 2008; 43(1):154-73.
27. Unruh L, Hofler R. Predictors of Gaps in Patient Safety and Quality in U.S. Hospitals. *Health Serv Res*. 2016; 51(6):2258-2281.
28. Grumbach K, Ash M, Seago JA, Spetz J, Coffman J. Measuring shortages of hospital nurses: How do you know a hospital with a nursing shortage when you see one? *Medical Care Research and Review*. 2001;58(4): 387-403.
29. Buchan J, Aiken L. Solving nursing shortages: a common priority. *J Clin Nurs*. 2008; 17(24): 3262-3268
30. E.M. Oppel, V. Winter, J. Schreyögg. Examining the relationship between strategic HRM and hospital employees' work attitudes: an analysis across occupational groups in public and private hospitals. *Int. J. Hum. Resour*. 2019; 30(5):794-814.
31. Dugguh, Stephen I., Ayaga Dennis. Job satisfaction theories: Traceability to employee performance in organizations. *IOSR journal of business and management* 2014; 16(5): 11-18.
32. Coomber B, Barriball K. L. Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: A review of the research literature. *Int J Nurs Stud*. 2007; 44(2):297-314.
33. Garon M, Ringl K. Job satisfaction of hospital-based registered nurses. *Online Journal of Clinical Innovations* 2004; 7(2):1-48.
34. Larrabee JH, Janney MA, Ostrow CL, Withrow ML, Hobbs GR, Barrant C. Predicting registered nurse job satisfaction and intent to leave. *J Nurs Adm*. 2003; 33:271-283.
35. Raup, G. H. The impact of ED nurse manager leadership style on staff nurse turnover and patient satisfaction in academic health center hospitals. *J Emerg Nurs*. 2008; 34(5):403-409.

36. Kelly, Lesly A, McHugh D, Aiken LH. Nurse outcomes in Magnet® and non-Magnet hospitals *J Nurs Adm.* 2012; 42(10): 44.
37. van der Wal MA, Schönrock-Adema J, Scheele F, Schripsema NR, Jaarsma AD, Cohen-Schotanus J. Supervisor leadership in relation to resident job satisfaction. *BMC Med Educ.* 2016; 1(16):194.
38. Hayes G, Bonner A, Pryor J. Factors contributing to nurse job satisfaction in the acute care hospital setting: A review of recent literature. *J Nurs Manag.* 2010; 18(18): 804–814.
39. Utriainen K, Kyngas H. Hospital nurses' job satisfaction: A literature review. *J Nurs Manag.* 2009; 17(8): 1002–1010.
40. Lu H, While AE, Barriball KL. Job satisfaction among nurses: a literature review. *Int J Nurs Stud.* 2005; 42(2): 211-227.
41. Misener TR, Cox DL. Development of the Misener Nurse Practitioner Job Satisfaction Scale. *J Nurs Meas.* 2001;9(1):91–108.
42. Han RM, Carter P, Champion JD. Relationships among factors affecting advanced practice registered nurses' job satisfaction and intent to leave: A systematic review. *J Am Assoc Nurse Pract.* 2018;30(2):101-113.
43. Athey EK, Leslie MS, Briggs LA. How important are autonomy and work setting to nurse practitioners' job satisfaction? *J Am Assoc Nurse Pract.* 2016;28(6):320–326.
44. Arthur E, Brom H, Browning J, Bell S, Schueler A, Rosselet R. Supporting Advanced Practice Providers' Professional Advancement: The Implementation of a Professional Advancement Model at an Academic Medical Center. *J Nurse Pract.* 2020;16(7):504-508.
45. Bakker, Arnold B, Demerouti E, Sanz-Vergel AI. Burnout and work engagement: The JD–R approach. *Annu. Rev. Organ. Psychol. Organ. Behav.* 2014; 1(1): 389-411.
46. Rothenberger DA . Physician Burnout and Well-Being: A Systematic Review and Framework for Action. *Dis Colon Rectum.* 2017; 60(6):567–76.
47. Maslach C , Jackson S . The measurement of experienced Burnout . *J Occup Behav.* 1981; 2(2): 99 – 113.
48. Ishak, W. W, Lederer S, Mandili C, Nikravesh R, Seligman L, Vasa M, Ogunyemi D, Bernstein CA. (2009). Burnout during residency training: a literature review. *J Grad Med Educ.* 2009;1(2):236-242.

49. Dugani S, Afari H, Hirschhorn LR, Ratcliffe H, Veillard J, Martin G, Lagomarsino G, Basu L, Bitton A. Prevalence and factors associated with burnout among frontline primary health care providers in low- and middle-income countries: A systematic review. *Gates Open Res.* 2018; 2(11):4.
50. Lipowska J. Wypalenie zawodowe a motywacja do pracy i czynniki ją wzmacniające u kadry pedagogicznej instytucji opiekuńczo-wychowawczych. *Rozprawa doktorska.* Poznań 2016. [opublikowane online, data dostępu 11.11.2021 r. : <https://repozytorium.amu.edu.pl/bitstream/10593/14625/1/Lipowska%20Joanna%20%20Praca%20Doktorska.pdf>]
51. Maslach C, Jackson S , Leiter M . The Maslach Burnout Inventory: Manual . *CPP Inc.* 1996:191–218.
52. Parker V, Giles M, Lantry G, McMillan M. New graduate nurses' experiences in their first year of practice. *Nurse Educ. Today* 2014; 34(1):150–156.
53. Van Bogaert P, Timmermans O, Weeks SM, van Heusden D, Wouters K, Franck E. Nursing unit teams matter: impact of unit-level nurse practice environment, nurse work characteristics and burnout on nurse reported job outcomes and quality of care and patient adverse events – a cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud.* 2014; 51(8): 1123–1134.
54. Burlison JD, Scott SD, Browne EK, Thompson SG, Hoffman JM. The Second Victim Experience and Support Tool: Validation of an Organizational Resource for Assessing Second Victim Effects and the Quality of Support Resources. *J Patient Saf.* 2017;13(2):93-102.
55. Helo S, Moulton CE. Complications: acknowledging, managing, and coping with human error. *Transl Androl Urol.* 2017; 6(4):773-782.
56. Wu A, Steckelberg R. Medical error, incident investigation and the second victim: Doing better but feeling worse? *BMJ Qual Saf.* 2012; 21(4):267-70.
57. Schwappach DL, Boluarte TA. The emotional impact of medical error involvement on physicians: a call for leadership and organizational accountability. *Swiss Med Wkly* 2009;139:9–15.

58. Rassin M, Kanti T, Silner D. Chronology of medication errors by nurses: accumulation of stresses and PTSD symptoms. *Issues Ment Health Nurs* 2005; 26:873 -6.
59. Wolf ZR. Stress management in response to practice errors: critical events in professional practice. *PA-PSRS Patient Safety Advisory* 2005;2:1–4.
60. Crigger NJ. Always having to say you're sorry: an ethical response to making mistakes in professional practice. *Nurs Ethics* 2004;11:568–76.
61. White AA, Waterman A, McCotter P. Supporting health care workers after medical error: considerations for healthcare leaders. *J Clin Outcomes Manag* 2008;15:240–7.
- Abbasi T, Adornetto-Garcia D, Johnston PA, Segovia JH, Summers B. Accuracy of harm scores entered into an event reporting system. *J Nurs Adm.* 2015 Apr;45(4):218-25.
62. Ścieżka rozwoju zawodowego dla pielęgniarki. Opracowano w CIiPKZ Nowy Sącz, we wsp. z ABK PWSZ. Wojewódzki Urząd pracy w Krakowie. Styczeń 2015. [opublikowane online, data dostępu 02.11.2021 r. : <https://wupkrakow.praca.gov.pl/documents/67976/5926451/%C5%9Acie%C5%BCka%20rozwoju%20zawodowego%20dla%20piel%C4%99gniarki/f1e63559-c5a8-4e6d-aa4e-14f204ccf177> ]
63. Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej. [opublikowane online, data dostępu 02.11.2021 r. : <https://nipip.pl/prawo/samorzadowe/krajowy-zjazd-pielegniarek-i-poloznych/kodeks-etyki-zawodowej-pielegniarki-i-poloznej-rzeczypospolitej-polskiej/> ]
64. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2016 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz.U. 2016 poz. 1761).
65. Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 marca 2012 r. w sprawie Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych (Dz. U. MZ. z 2012 roku, poz. 10).
66. Radosz Z, Paplacyk M. Zawód pielęgniarka – jakie możliwości mają młodzi absolwenci kierunku pielęgniarstwo we współczesnej Polsce. *Pielęgniarstwo XXI wieku.* 2017; 4(61): 31-35.
67. Babska K, Tkaczyk M, Nowicki M: Współpraca w zespole terapeutycznym– Podstawowa zasada profesjonalnej opieki nad chorym dializowanym otrzewnowo – założenia a rzeczywistość. *Pol Merk Lek* 2008; 14(12): 12-14.

68. Sweet SJ, Norman IJ. The nurse-doctor relationship: a selective literature review. *J Adv Nurs*. 1995;22(1):165-70.
69. Nalepa D, Weber D, Guz E, Mianowana V, Czekirda M. Communication and teamwork in the therapeutic team is the basis of High quality medical services. *Journal of Education, Health and Sport*. 2017;7(7):141-153.
70. Włodarczyk D, Tobolska B: Wizerunek zawodu pielęgniarki z perspektywy lekarzy, pacjentów i pielęgniarek. *Medycyna Pracy* 2011; 62(3): 269-279
71. Kapała W: Lekarze i pielęgniarki – w stronę aktywnego współdziałania. *Nowoczesne Pielęgniarstwo i Położnictwo* 2007; 1(1).
72. Waszkiewicz L, Bolanowski W, Jasiak-Pałczyńska E. Stres u lekarzy. *Now Lek* 2004; 5: 376-380.
73. Fejfer-Wirbał E, Gładczuk J, Marcinowicz L. Relacje lekarz-pielęgniarka w polskiej literaturze medycznej. *Medycyna Rodzinna* 2013;1: 19-22.
74. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych. Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych. Warszawa 2017.
75. Lista uczelni, które uzyskały akredytację Ministra Zdrowia dla kierunku pielęgniarstwo.  
[opublikowane online, data dostępu 02.11.2021 r. :  
<https://www.gov.pl/web/zdrowie/lista-uczelni-ktore-uzyskaly-akredytacje-dla-kierunku-pielęgniarstwo> ]
76. Raport Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych: Wykształcenie pielęgniarek.  
[opublikowane online, data dostępu 02.11.2021 r. :  
<https://nipip.pl/wyksztalcenie-pielęgniarek/> ]
77. Szwałkiewicz E., Rola opiekuna medycznego w zespole opiekuńczym i terapeutycznym, w: D. Talarska, K. Wieczorowska-Tobis , E. Szwałkiewicz (red.), *Opieka nad osobami przewlekle chorymi, w wieku podeszłym i niesamodzielnymi. Podręcznik dla opiekunów medycznych*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010: 32, 33–34.
78. Kosińska M.: Doskonalenie zawodowe. W: Ksykiewicz-Dorota A. (red.) *Zarządzanie w pielęgniarstwie*, Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2005: 252–253

79. Bidzińska E, Sobczak M, Rakowska K. Motywy podnoszenia kwalifikacji przez pielęgniarki Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu. *Problemy Pielęgniarstwa* 2007; 2–3: 197-202.
80. Buczkowska E. Kompetencje i profesjonalizm. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 2006; 6: 5.
81. Tomaszewska M, Cieśla D, Czerniak J, Dykowska G. Możliwości doskonalenia zawodowego pielęgniarek - potrzeby a rzeczywistość. *Nursing Problems/Problemy Pielęgniarstwa*. 2008;16(1):40-47.
82. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych. Planowanie obsad pielęgniarskich w oddziałach zachowawczych i zabiegowych o różnym profilu. Międzynarodowa Rada Pielęgniarek - odpowiednia obsada pielęgniarska ratuje życie pacjentów. Warszawa, marzec 2011,  
[opublikowane online, data dostępu 02.11.2021 r. :  
[www.oipip.zgora.pl/pdf/planowanie-obsad-pielegniarskich.doc](http://www.oipip.zgora.pl/pdf/planowanie-obsad-pielegniarskich.doc) ]
- ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup> z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami. (Dz. U. nr 151, poz. 896).
- Szwałkiewicz E, Rola opiekuna medycznego w zespole opiekuńczym i terapeutycznym, w: D. Talarska, K. Wieczorowska-Tobis , E. Szwałkiewicz (red.), *Opieka nad osobami przewlekle chorymi, w wieku podeszłym i niesamodzielnymi*. Podręcznik dla opiekunów medycznych, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010: 32, 33–34.
83. Schubert M, Glass TR, Clarke SP, Schaffert-Witvliet B, De Geest S. Validation of the Basel Extent of Rationing of Nursing Care instrument. *Nurs Res*. 2007;56: 416–424.
84. Uchmanowicz I, Kirwan M, Riklikiene O, Wolfshaut-Wolak R, Gotlib J, Schubert M. Validation of Polish version of the Basel Extent of Rationing of Nursing Care revised questionnaire. *PLoS One*. 2019;14(3):e0212918.
85. West E, Barron DN, Reeves R. Overcoming the barriers to patient-centred care: time, tools and training. *J Clin Nurs*. 2005; 14(4):435-43.
86. McCloskey BA, Diers DK. Effects of New Zealand's health reengineering on nursing and patient outcomes. *Med Care*. 2005;43:1140–6.



87. Clarke SP. Research on nurse staffing and its outcomes: the challenges and risks of grasping at shadows. *The Complexities of Care: Nursing Reconsidered*. Ithaca, NY: Cornell University Press 2006; 161–84.
88. Lang TA, Hodge M, Olson V, Romano PS, Kravitz RL. Nurse-patient ratios: a systematic review on the effects of nurse staffing on patient, nurse employee, and hospital outcomes. *J Nurs Adm*. 2004;34(7-8):326-37.
89. Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM, Silber JH. Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *JAMA*. 2003;290(12):1617-23.
90. Blegen MA, Goode CJ, Reed L. Nurse staffing and patient outcomes. *Nurs Res*. 1998;47:43–50.
91. Clarke SP, Rockett JL, Sloane DM, Aiken LH. Organizational climate, staffing, and safety equipment as predictors of needlestick injuries and near-misses in hospital nurses. *Am J Infect Control*. 2002; 30(4):207-16.
92. Van den Heede K, Simoens S, Diya L, Lesaffre E, Vleugels A, Sermeus W. Increasing nurse staffing levels in Belgian cardiac surgery centres: a cost-effective patient safety intervention? *J Adv Nurs*. 2010 Jun;66(6):1291-6.
93. Rothberg MB, Abraham I, Lindenauer PK, Rose DN. Improving nurse-to-patient staffing ratios as a cost-effective safety intervention. *Med Care*. 2005 Aug;43(8):785-91.
94. Lucero RJ, Lake ET, Aiken LH. Variations in nursing care quality across hospitals. *J Adv Nurs*. 2009;65: 2299–310.
95. Griffiths P, Recio-Saucedo A, Dall'Ora C, Briggs J, Maruotti A, Meredith P, Smith GB, Ball J; Missed Care Study Group. The association between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review. *J Adv Nurs*. 2018 Jul;74(7):1474-1487.
96. Prakash B.-J. Patient satisfaction. *J. Cutan Aesthet Surg*. 2010;9:151–155.
97. Ahmad E, Itrat M. Patient Satisfaction With Medical Services Provided at Unani Medicine Hospital, Bengaluru: A Cross-Sectional Study. *J Patient Exp*. 2020;7(6):1432-1437.
98. Hayran O, Özer O. Organizational health literacy as a determinant of patient satisfaction. *Public Health* 2018;163: 20-26.
99. Goula A, Stamouli MA, Alexandridou M, Vorreakou L, Galanakis A, Theodorou G, Staurooulos E, Kelesi M, Kaba E. Public Hospital Quality Assessment. Evidence

- from Greek Health Setting Using SERVQUAL Model. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Mar 25;18(7):3418.
100. Al-Abri R, Al-Balushi A. Patient satisfaction survey as a tool towards quality improvement. *Oman Med J*. 2014;29(1):3-7.
  101. Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel J.W. Ageing populations: the challenges ahead. *The Lancet*. 2009; 374:1196-1208.
  102. Debra W, Mary B. Patient satisfaction with nursing care: a concept analysis within a nursing framework. *J Adv Nurs*. 2008;9:692–701.
  103. Okuda M, Yasuda A, Tsumoto S. An approach to exploring associations between hospital structural measures and patient satisfaction by distance-based analysis. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(1):63.
  104. Johansson P, Oléni M, Fridlund B. Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2002;16: 337–344.
  105. Sixma HJ, Kerssens JJ, van Campen C, Peters L. Quality of care from the patients' perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument. *Health Expect*, 1998;1(2): 82-95,
  106. Elder R, Neal C, Davis BA, Almes E, Whitley L, Littlepage N. Patient satisfaction with triage nursing in a rural hospital emergency department. *Journal of Nursing Care Quality* 2004; 19: 265–268.
  107. Oddział internistyczny.[opublikowane online, data dostępu 07.03.2021 r. : <https://spzoz.wlodawa.pl/oddzialy/oddzial-internistyczny> ]
  108. Oddział chorób wewnętrznych. [opublikowane online, data dostępu 07.03.2021 r. : <http://www.szpital.swidnica.pl/oddzialy/oddzial-chorob-wewnetrznych/> ]
  109. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (Dz. U. nr 174, poz. 1039).
  110. Warshawsky NE, Havens DS. Global use of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Nurs Res*. 2011;60(1):17-31.
  111. Dyk D, Gutysz-Wojnicka A, Cudak EK, Talarska D. Cultural adaptation and psychometric evaluation of the Polish version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale. *Arch Med Sci*. 2014;10(4):782-790.

112. Kasper M. Wybrane czynniki bezpieczeństwa pacjentów objętych opieką pielęgniarską w oddziałach internistycznych i chirurgicznych szpitali polskich uczestniczących w projekcie RN4CAST. 2018. Rozprawa doktorska
113. Przewoźniak L., Kózka M., Cisek M., Gajda K., Brzyski P., Ogarek M., Gabrys T., Brzostek T.: Organizacja i zakres badań RN4CAST (Registered Nurse Forecasting) dotyczących planowania zatrudnienia w pielęgniarstwie w Polsce, *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 2012; 10 (2): 267-276.
114. Wagner CM, Cheryl M. Is Your Nursing Staff Ready for Magnet Hospital Status? An Application of the Revised Nursing Work Index. *J Nurs Adm.* 2004; 34 (10): 463-468.
115. Pasikowski T.: Polska adaptacja kwestionariusza Maslach Burnout Inventory. [W:] Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie. Sęk H. (red). Wydawnictwo naukowe PWN, Warszawa; 2009: 135-149.
116. Gorman P.N., O'Malley J.P., Fagnanb J.: The Relationship of Self-Report of Quality to Practice Size and Health Information Technology. *Journal of American Board of Family Medicine* 2012; 2 5(5): 614-624.
117. Czerw A., Religioni U., Olejniczak D. Metody pomiaru oraz oceny jakości świadczonych usług w podmiotach leczniczych. *Probl Hig Epidemiol.* 2012; 93(2): 269-273.
118. Dunsch F, Evans DK, Macis M, Wang Q. Bias in patient satisfaction surveys: a threat to measuring healthcare quality. *BMJ Glob Health.* 2018; 3.
119. Alasad J, Abu Tabar N, AbuRuz ME. Patient Satisfaction With Nursing Care: Measuring Outcomes in an International Setting. *J Nurs Adm.* 2015;45(11):563-568.
120. Ho Siew E, Gurbinder K, Syed RW, Syed-Zulkifli Z, Omar R. Post-cardiac surgery patient satisfaction with quality nursing care at Institute Jantung Negara. *Med Health.* 2006; 1(1): 14-19.
121. Szpakowski P., Zajac P.: Bezpieczeństwo pacjenta z perspektywy pielęgniarki. *Pielęgniarstwo Zdrowie Publiczne* 2015; 5(1): 33-39.
122. Fabich E. Analiza czynników wpływających na racjonowanie opieki pielęgniarskiej oraz wypalenie zawodowe pielęgniarek pracujących w oddziałach zachowawczych.
- [opublikowane online, data dostępu 07.03.2021 r. :  
[https://opac.bg.umed.wroc.pl/cgi-bin/wspdcgi.sh/wo\\_ropis.p?IDRek=0093100811714](https://opac.bg.umed.wroc.pl/cgi-bin/wspdcgi.sh/wo_ropis.p?IDRek=0093100811714)

123. Majerski Ł. Satysfakcja pacjentów z opieki pielęgniarskiej realizowanej w Izbie Przyjęć. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu* 2016; 2(1).
124. Zarzycka D, Bartoń E, Mazur A, Turowski K. Socio-demographic and medical factors associated with patients' satisfaction with nursing care and their perception of pain. *Annals for Agricultural and Environmental Medicine*. 2019;26(2):298-303.
125. Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M, Bruyneel L, Rafferty AM, Griffiths P, Moreno-Casbas MT, Tishelman C, Scott A, Brzostek T, Kinnunen J, Schwendimann R, Heinen M, Zikos D, Sjetne IS, Smith HL, Kutney-Lee A. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ* 2012; 344.
126. Aiello A, Garman A, Morris SB. Patient satisfaction with nursing care; a multi-level analysis. *Qual Manag Health Care*. 2003; 12(3): 187–191.
127. Bowling A, Rowe G, Lambert N, Waddington M, Mahtani KR, Kenten C, Howe A, Francis SA. The measurement of patients' expectations for health care: a review and psychometric testing of a measure of patients expectations. *Health Technol Assess*. 2012; 16(30): 1–509.
128. Suliman M, Aljezawi M. Nurses' work environment: indicators of satisfaction. *J Nurs Manag*. 2018;26:525–530
129. Backhaus R, Rossum EV, Verbeek H, Halfens RJ, Tan FE, Capezuti E, Hamers JP. Work environment characteristics associated with quality of care in Dutch nursing homes: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*. 2017;66:15-22.
130. Mrayyan MT. Jordanian nurses' job satisfaction, patients' satisfaction and quality of nursing care. *Int Nurs Rev*. 2006;53(3):224-30.
131. Lu H, Zhao Y, While A. Job satisfaction among hospital nurses: A literature review. *Int J Nurs Stud*. 2019;94:21-31.
132. Cox KS, Teasley SL, Lacey SR, Carroll CA, Sexton KA. Work environment perceptions of pediatric nurses. *J Pediatr Nurs*. 2007;22(1):9-14.
133. Mrayyan MT. Nurse job satisfaction and retention: comparing public to private hospitals in Jordan. *J Nurs Manag*. 2005;13(1):40-50.
134. Baernholdt M, Jennings BM, Merwin E, Thornlow D. What does quality care mean to nurses in rural hospitals? *J Adv Nurs*. 2010;66(6):1346-55.

135. Lambrou P, Merkouris A, Middleton N, Papastavrou E. Nurses' perceptions of their professional practice environment in relation to job satisfaction: a review of quantitative studies. *Health Science Journal* 2014; 8(3) 14–15.
136. Malinowska-Lipień I, Micek A, Gabryś T, Kózka M, Gajda K, Gniadek A, Brzostek T, Fletcher J, Squires A. Impact of the Work Environment on Patients' Safety as Perceived by Nurses in Poland—A Cross-Sectional Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2021; 18(22):12057.
137. Spence Laschinger HK, Zhu J, Read E. New nurses' perceptions of professional practice behaviours, quality of care, job satisfaction and career retention. *J Nurs Manag.* 2016;24(5):656-65.
138. Shirey MR. Authentic leaders creating healthy work environments for nursing practice. *Am J Crit Care* 2006; 15(3): 256 – 6
139. Gershon RR, Stone PW, Zeltser M, Faucett J, MacDavitt K, Chou SS. Organizational climate and nurse health outcomes in the United States: a systematic review. *Ind Health* 2007; 45(5): 622 – 36
140. Hanrahan NP, Kumar A, Aiken LH. Adverse events associated with organizational factors of general hospital inpatient psychiatric care environments. *Psychiatr Serv* 2010; 61(6): 569 - 74.
141. Anwar A, Abid G, Waqas A. Authentic Leadership and Creativity: Moderated Meditation Model of Resilience and Hope in the Health Sector. *Eur J Investig Health Psychol Educ*. 2019;10(1):18-29.
142. Barden C, Distrito C. Toward a healthy work environment. *Health Prog.* 2005;86(6):16-20.
143. Milisen K, Abraham I, Siebens K, Darras E, Dierckx de Casterlé B; BELIMAGE group. Work environment and workforce problems: a cross-sectional questionnaire survey of hospital nurses in Belgium. *Int J Nurs Stud*. 2006;43(6):745-54.
144. Schmoeller R, Trindade LL, Neis MB, Gelbcke FL, Pires DP. Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011;32(2):368–377
145. Lang TA, Hodge M, Olson V, Romano PS, Kravitz RL. Nurse-patient ratios: a systematic review on the effects of nurse staffing on patient, nurse employee, and hospital outcomes. *J Nurs Adm*. 2004;34(7-8):326-37.

146. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski JA, Busse R, Clarke H, Giovannetti P, Hunt J, Rafferty AM, Shamian J. Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Aff (Millwood)*. 2001;20(3):43-53.
147. Haberfelde M., Bedecarre D., Buffum M. Nurse-sensitive patient outcomes: An annotated bibliography *J Nurs Adm*. 2005;35(6): 293-299.
148. Lankshear AJ, Sheldon TA, Maynard A. Nurse staffing and healthcare outcomes: a systematic review of the international research evidence. *ANS Adv Nurs Sci*. 2005;28(2):163-74.
149. Sexton JB, Holzmueller CG, Pronovost PJ, Thomas EJ, McFerran S, Nunes J, Thompson DA, Knight AP, Penning DH, Fox HE. Variation in caregiver perceptions of teamwork climate in labor and delivery units. *J Perinatol*. 2006;26(8):463-70.
150. Duffield C, Diers D, O'Brien-Pallas L, Aisbett C, Roche M, King M, Aisbett K. Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. *Appl Nurs Res*. 2011;24(4):244-55.
151. Upenieks VV, Kotlerman J, Akhavan J, Esser J, Ngo MJ. Assessing nursing staffing ratios: variability in workload intensity. *Policy Polit Nurs Pract* 2007;8:7–19.
152. Twigg D, Duffield C. A review of workload measures: a context for a new staffing methodology in Western Australia. *Int J Nurs Stud* 2009;46:131–9.
153. Mynyn D, Van Hecke A, De Bacquer D, Verhaeghe S, Gobert M, Defloor T, Van Goubergen D. Determining a set of measurable and relevant factors affecting nursing workload in the acute care hospital setting: a cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*. 2012; 49(4):427-36
154. Cisek M, Przewoźniak L, Kózka M, Brzostek T, Brzyski P, Ogarek M, Gabryś T, Gajda K, Ksykiewicz-Dorota A. Obciążenie pracą podczas ostatniego dyżuru w opiniach pielęgniarek pracujących w szpitalach objętych projektem RN4CAST. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2013; 11(2): 210–224
155. Rafferty AM, Clarke SP, Coles J, Ball J, James P, McKee M, Aiken LH. Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records. *Int J Nurs Stud*. 2007;44(2):175-82.
156. Chaboyer W, Harbeck E, Lee BO, Grealish L. Missed nursing care: An overview of reviews. *Kaohsiung J Med Sci*. 2021;37(2):82-91.

157. Li B, Bruyneel L, Sermeus W, Van den Heede K, Matawie K, Aiken L, Lesaffre E. Group-level impact of work environment dimensions on burnout experiences among nurses: a multivariate multilevel probit model. *Int J Nurs Stud.* 2013 Feb;50(2):281-91.
158. Schlak AE, Aiken LH, Chittams J, Poghosyan L, McHugh M. Leveraging the Work Environment to Minimize the Negative Impact of Nurse Burnout on Patient Outcomes. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(2):610.
159. Vahey DC, Aiken LH, Sloane DM, Clarke SP, Vargas D. Nurse burnout and patient satisfaction. *Med Care.* 2004;42(2):57-66.
160. Ahmadi O, Azizkhani R, Basravi M. Correlation between workplace and occupational burnout syndrome in nurses. *Adv Biomed Res* 2014; 3:44.
161. To Err Is Human: Building a Safer Health System Institute of Medicine. Washington, DC: National Academies Press; 1999.
162. Transforming the Work Environment of Nurses. Institute of Medicine. Washington, DC: National Academies Press; 2003.
163. Cina-Tschumi B, Schubert M, Kressig RW, De Geest S, Schwendimann R. Frequencies of falls in Swiss hospitals: concordance between nurses' estimates and fall incident reports. *Int J Nurs Stud.* 2009;46(2):164-71.
164. Flynn EA, Barker KN, Pepper GA, Bates DW, Mikeal RL. Comparison of methods for detecting medication errors in 36 hospitals and skilled-nursing facilities. *Am J Health Syst Pharm.* 2002;59(5):436-46.
165. Olsen S, Neale G, Schwab K, Psaila B, Patel T, Chapman EJ, Vincent C. Hospital staff should use more than one method to detect adverse events and potential adverse events: incident reporting, pharmacist surveillance and local real-time record review may all have a place. *Qual Saf Health Care.* 2007;16(1):40-4.
166. Grenier-Sennelier C, Lombard I, Jeny-Loeper C, Maillet-GouretMC, Minvielle E. Designing adverse event prevention programs using quality management methods: the case of falls in hospital. *Int J Qual Health Care* 2002;14(5):419-426.
167. Stratton KM, Blegen MA, Pepper G, Vaughn T. Reporting of medication errors by pediatric nurses. *J Pediatr Nurs.* 2004;19(6):385-92.
168. Sochalski J. Is more better?: the relationship between nurse staffing and the quality of nursing care in hospitals. *Med Care.* 2004;42(2):67-73.

169. D'Amour D, Dubois CA, Tchouaket E, Clarke S, Blais R. The occurrence of adverse events potentially attributable to nursing care in medical units: cross sectional record review. *Int J Nurs Stud.* 2014;51(6):882-91.
170. Planas-Campmany C, Icart-Isern MT. Nursing-sensitive indicators: An opportunity for measuring the nurse contribution. *Enferm Clin.* 2014;24(2):142–147.
171. Eriksson U, Svedlund M. Struggling for confirmation--patients' experiences of dissatisfaction with hospital care. *J Clin Nurs.* 2007;16(3):438-46.
172. Bridges J, Flatley M, Meyer J. Older people's and relatives' experiences in acute care settings: systematic review and synthesis of qualitative studies. *Int J Nurs Stud.* 2010;47(1):89-107.
173. Papastavrou E, Andreou P, Vryonides S. The hidden ethical element of nursing care rationing. *Nurs Ethics.* 2014;21(5):583-93.
174. Papastavrou E, Andreou P, Tsangari H, Schubert M, De Geest S. Rationing of nursing care within professional environmental constraints: a correlational study. *Clin Nurs Res.* 2014; 23(3):314-35.
175. Rochefort CM, Clarke SP. Nurses' work environments, care rationing, job outcomes, and quality of care on neonatal units. *J Adv Nurs.* 2010;66(10):2213-24.
176. Rochefort CM, Rathwell BA, Clarke SP. Rationing of nursing care interventions and its association with nurse-reported outcomes in the neonatal intensive care unit: a cross-sectional survey. *BMC Nurs.* 2016;15:46.
177. McGahan M, Kucharski G, Coyer F; Winner ACCCN Best Nursing Review Paper 2011 sponsored by Elsevier. Nurse staffing levels and the incidence of mortality and morbidity in the adult intensive care unit: a literature review. *Aust Crit Care.* 2012;25(2):64-77.
178. Brennan CW, Daly BJ, Jones KR. State of the science: the relationship between nurse staffing and patient outcomes. *West J Nurs Res.* 2013;35(6):760-94. 180.
179. Ntantana A, Matamis D, Savvidou S, Giannakou M, Gouva M, Nakos G, Koulouras V. Burnout and job satisfaction of intensive care personnel and the relationship with personality and religious traits: An observational, multicenter, cross-sectional study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2017;41:11-17.
180. Liu X, Zheng J, Liu K, Baggs JG, Liu J, Wu Y, You L. Hospital nursing organizational factors, nursing care left undone, and nurse burnout as predictors of patient safety: A structural equation modeling analysis. *Int J Nurs Stud.* 2018;86:82-89.



181. Blackman I, Henderson J, Willis E, Hamilton P, Toffoli L, Verrall C, Abery E, Harvey C. Factors influencing why nursing care is missed. *J Clin Nurs*. 2015;24(1-2):47-56.
182. Rizo-Baeza M, Mendiola-Infante SV, Sepehri A, Palazón-Bru A, Gil-Guillén VF, Cortés-Castell E. Burnout syndrome in nurses working in palliative care units: An analysis of associated factors. *J Nurs Manag*. 2018;26(1):19-25.
183. Kalisch B, Tschannen D. Does missed nursing care predict job satisfaction? *J Healthc. Manag*. 2011;56(2):117–131.
184. Uchmanowicz I, Kubiela G, Serzysko B, Kołcz A, Gurowiec P, Kolarczyk E. Rationing of Nursing Care and Professional Burnout Among Nurses Working in Cardiovascular Settings. *Front Psychol*. 2021;12:726318.
185. Chen Q, Beal EW, Okunrintemi V, Cerier E, Paredes A, Sun S, Olsen G, Pawlik TM. The Association Between Patient Satisfaction and Patient-Reported Health Outcomes. *J Patient Exp*. 2019 Sep;6(3):201-209.
186. Smoleń E., Ksykiewicz-Dorota A. Nurses' professionalism as a component of evaluation of parents/caregivers satisfaction with nursing care. *Med Pr*. 2015; 66(4): 549- 556.

## Rozdział 9

### Wykaz tabel

Tab. I Staż pracy pielęgniarek w danym szpitalu [lata].....	39
Tab. II NSNS (Skala Zadowolenia z Pielęgnacji Newcastle)– łączny wynik dla wszystkich 11 szpitali (wyrażony punktach).....	40
Tab. III Satysfakcja z opieki pielęgniarskiej w opinii pacjentów oddziałów internistycznych .....	41
Tab. IV Liczba pacjentów, za których była odpowiedzialna jedna pielęgniarka podczas ostatniego dyżuru.....	43
Tab. V Liczba pacjentów, którzy wymagali pomocy przy czynnościach dnia codziennego w zależności od badanego szpitala w opinii pielęgniarek.....	44
Tab. VI Ostatni dyżur, jaki pełniła pielęgniarka w chwili badania.....	45
Tab. VII Opinia pielęgniarek na temat czynności nieprofesjonalnych (Odbieranie telefonów i wykonywanie administracyjnych obowiązków).....	46
Tab. VIII Niewykonanie czynności pielęgniarskich z podziałem na poszczególne szpitale.....	47
Tab. IX Pomijane czynności pielęgniarskie we wszystkich szpitalach (wynik łączny).....	48
Tab. X Rola pielęgniarek w opiece nad chorymi w trakcie ostatniego dyżuru w zależności od badanego szpitala .....	49
Tab. XI Całkowita liczba innego personelu w Pani oddziale podczas ostatniego dyżuru.....	50
Tab. XII Wsparcie przełożonych we wszystkich badanych jednostkach.....	51
Tab. XIII Uczestnictwo pielęgniarek w procesie decyzyjnym w opinii pielęgniarek.....	52
Tab. XIV Satysfakcja zawodowa pielęgniarek pracujących w oddziałach internistycznych...53	
Tab. XV Satysfakcja pielęgniarek pracujących w oddziałach internistycznych z różnych aspektów pracy.....	54
Tab. XVI Opinia pielęgniarek na temat zdarzeń niepożądanych dotyczących otrzymania niewłaściwego leku, o złej porze lub dawce przez pacjenta.....	57
Tab. XVII. Opinia pielęgniarek na temat występowania zakażeń szpitalnych jako zdarzeń niepożądanych.....	59

Tab. XVIII Wyniki kwestionariusza wypalenia zawodowego Ch. Maslach (MBI) przeprowadzonego wśród badanych pielęgniarek.....	61
Tab. XIX Wybrane cechy pracy pielęgniarek a satysfakcja pacjenta z opieki pielęgniarskiej w opinii pacjentów. ....	62
Tab. XX Wybrane czynniki mające wpływ na pracę pielęgniarek a doświadczenia pacjenta z opieki pielęgniarskiej.....	63
Tab. XXI Częstość występowania zdarzeń niepożądanych a ocena warunków pracy personelu pielęgniarskiego.....	64
Tab. XXII Polecenie przez pielęgniarkę oddziału jako miejsca hospitalizacji osobie najbliższej.....	66
Tab. XXIII Elastyczność planu pracy w opinii pielęgniarek względem oceny opieki pielęgniarskiej w opinii pacjentów.....	66
Tab. XXIV Badane elementy środowiska pracy skorelowane z satysfakcją pacjenta z opieki pielęgniarskiej.....	68
Tab. XXV Ocena satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej a zjawisko wypalenia zawodowego. ....	68
Tab. XXVI Ocena warunków pracy w opinii pielęgniarek a racjonowanie opieki pielęgniarskiej w opinii pielęgniarek. ....	69
Tab. XXVII Liczba pacjentów pod opieką pielęgniarki a częstość narzekań pacjentów i ich rodzin. ....	69
Tab. XXVIII. Długość hospitalizacji a satysfakcja pacjenta z opieki pielęgniarskiej.....	69
Tab. XXIX Wypalenie zawodowe a racjonowanie opieki. ....	70
Tab. XXX Zdarzenia niepożądane a racjonowanie opieki.....	70

## Rozdział 10

### Wykaz rycin

Ryc. 1. Łączny staż pracy pielęgniarek biorących udział w badaniu.....	39
Ryc. 2. 2 Satysfakcja z opieki pielęgniarskiej w opinii pacjentów.....	41
Ryc. 3 Zróżnicowanie pielęgniarek podczas ostatniego dyżuru (w chwili badania). pracujących w oddziale, w zależności od stopnia wykształcenia i posiadanej specjalizacji. ....	42
Ryc. 4 Ogólne zadowolenie z miejsca pracy w opinii pielęgniarek.....	52
Ryc. 5 Opinia pielęgniarek na temat zdarzeń niepożądanych dotyczących przepływu informacji o chorych w szpitalu.....	56
Ryc. 6 Częstość występowania odleżyn w trakcie pobytu pacjenta w szpitalu w opinii pielęgniarek.. ....	58
Ryc. 7 Opinia pielęgniarek na temat ustanego znieważenia pielęgniarek przez personel.....	60

## **Rozdział 11**

### **Aneks**

Załącznik 1. Ankieta satysfakcji zawodowej pielęgniarki

Załącznik 2. Skala zadowolenia z pielęgnacji New Castle

Załącznik 3. BERNCA Kwestionariusz dotyczący racjonowania opieki pielęgniarskiej

4. Autorski kwestionariusz ankiety

Załącznik 1.

## ANKIETA SATYSFAKCJI ZAWODOWEJ PIEŁĘGNIARKI

Proszę o zaznaczenie znakiem "X", w kratkach znajdujących się przy każdym stwierdzeniu swojej odpowiedzi lub wpisanie wymaganej informacji.

### A. O Pani/Pana PRACY

1. Proszę ocenić, w jakim stopniu każde z poniżej wymienionych stwierdzeń odnosi się do Pani /Pana obecnej pracy. Odpowiedź proszę zaznaczyć znakiem "X" w stosownej kratce, przy każdym stwierdzeniu.

	Całkowicie się nie zgadzam	Częściowo się nie zgadzam	Częściowo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1. Odpowiednia obsługa techniczna i personel pomocniczy pozwala mi na poświęcenie czasu moim pacjentom	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2. Relacje zawodowe między lekarzami i pielęgniarkami są dobre.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
3. Personel kierowniczy wspomaga pielęgniarki w pracy.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
4. Szkolenia lub programy kształcenia są dostępne dla	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

	Całkowicie się nie zgadzam	Częściowo się nie zgadzam	Częściowo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
--	----------------------------------	---------------------------------	-----------------------------	------------------------------

pielęgniarek w systemie ciągłym.

5. Istnieje możliwość rozwoju i awansu.

1  2  3  4

6. Istnieje możliwość uczestniczenia pielęgniarek dyplomowanych w decyzjach organizacyjnych.

1  2  3  4

7. Lekarze doceniają obserwacje i opinie pielęgniarek.

1  2  3  4

8. Jest wystarczająca ilość czasu i możliwości dyskusowania z innymi pielęgniarkami o problemach związanych z opieką nad pacjentem.

1  2  3  4

9. Jest wystarczająca liczba pielęgniarek dyplomowanych, dla zapewnienia pacjentowi dobrej opieki.

1  2  3  4

10. Pielęgniarka oddziałowa jest dobrym menedżerem i organizatorem.

1  2  3  4

11. Pielęgniarka naczelna jest obecna i dostępna dla personelu.

1  2  3  4

12. Jest wystarczająca ilość personelu, aby wykonać prawidłowo pracę.

1  2  3  4

	Całkowicie się nie zgadzam	Częściowo się nie zgadzam	Częściowo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
13. Lekarze doceniają udział pielęgniarek w opiece nad pacjentem.	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>3</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>4</sup> <input type="checkbox"/>
14. Dobrze wykonana praca jest chwalona i doceniana.	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>3</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>4</sup> <input type="checkbox"/>
15. Wysokie standardy opieki pielęgniarskiej są wymagane przez personel kierowniczy.	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>3</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>4</sup> <input type="checkbox"/>
16. Pielęgniarka naczelna ma pozycję i władzę równą innym osobom z najwyższego szczebla zarządzającego.	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>3</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>4</sup> <input type="checkbox"/>
17. Dużo pracy zespołowej jest wykonywanej <b>wspólnie</b> przez pielęgniarki i lekarzy.	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>3</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>4</sup> <input type="checkbox"/>
18. Istnieją możliwości awansu.	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>3</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>4</sup> <input type="checkbox"/>
19. Są jasno sprecyzowane zasady opieki nad pacjentem.	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>3</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>4</sup> <input type="checkbox"/>
20. Praca jest wykonywana z pielęgniarkami kompetentnymi zawodowo.	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>3</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>4</sup> <input type="checkbox"/>
21. Lekarze doceniają i szanują pielęgniarki jako profesjonalistów.	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>3</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>4</sup> <input type="checkbox"/>
22. Pielęgniarka oddziałowa wspiera personel pielęgniarski nawet, w sytuacji konfliktu z lekarzem.	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>3</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>4</sup> <input type="checkbox"/>



	Całkowicie się nie zgadzam	Częściowo się nie zgadzam	Częściowo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
23. Zwierzchnicy słuchają i reagują na sprawy pracowników.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
24. Jest prowadzony program zapewniający jakość opieki.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
25. Pielęgniarki dyplomowane są włączone w wewnętrzne zarządzanie szpitalem (np. praktyka, komitety zarządzające).	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
26. Jest współpraca między pielęgniarkami i lekarzami.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
27. Jest program adaptacyjny dla nowo przyjętych pielęgniarek.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
28. Opieka pielęgniarska oparta jest bardziej na modelu pielęgniarskim niż medycznym.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
29. Pielęgniarka dyplomowana ma możliwość pracy w komitetach szpitalnych i pielęgniarskich.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
30. Lekarze szanują i bardzo poważają pielęgniarki.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
31. Prowadzone są pisemne, aktualne plany opieki dla wszystkich pacjentów.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
32. Opieka jest tak zorganizowana, że zapewnia jej kontynuację (tzn. ta sama pielęgniarka zajmuje się pacjentem przez pewien czas).	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

**2. Czy jest Pani/Pan zadowolona/y z pracy w tym szpitalu?**

<sup>1</sup> Bardzo niezadowolona/y     
  <sup>2</sup> Trochę niezadowolona/y     
  <sup>3</sup> Średnio zadowolona/y     
  <sup>4</sup> Bardzo zadowolona/y

**3. Jak Pani/ Pan ocenia warunki swojej pracy w tym szpitalu (wystarczający personel i środki techniczne, relacje ze współpracownikami, wsparcie zwierzchników)?**

<sup>1</sup> Słabe     
  <sup>2</sup> Średnie     
  <sup>3</sup> Dobre     
  <sup>4</sup> Świetne

**4. Proszę określić swój poziom zadowolenia z różnych aspektów związanych z wykonywaną pracą:**

Bardzo niezadowolona     
 Trochę niezadowolona     
 Średnio zadowolona     
 Bardzo zadowolona

	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>3</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>4</sup> <input type="checkbox"/>
1. Elastyczność planu pracy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Możliwości awansu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Niezależność w pracy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Status zawodowy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Zarobki.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Możliwości kształcenia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Urlopy roczne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Zwolnienia lekarskie chorobowe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Urlopy na studia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5a) Czy zwolniłaby się Pani / Pan z obecnego szpitala, gdyby to było możliwe, w ciągu najbliższego roku, z powodu braku satysfakcji zawodowej?**

<sup>1</sup> Tak                      <sup>2</sup> Nie      —————>    **Jeśli nie, proszę przejść do pytania 6**

**b) Jeśli tak, jakiego rodzaju pracy szukałaby Pani/ Pan?**

<sup>1</sup> Jako pielęgniarka w innym szpitalu                      <sup>2</sup> Jako pielęgniarka, ale nie w szpitalu                      <sup>3</sup> Nie w zawodzie pielęgniarki

**6. Jeśli by Pani/ Pan szukał/a innej pracy, czy sądzi Pani/Pan, że mogłaby znaleźć odpowiednią pracę w zawodzie pielęgniarki?**

<sup>1</sup> Bardzo trudno              <sup>2</sup> Dość trudno              <sup>3</sup> Dość łatwo              <sup>4</sup> Bardzo łatwo

**7. Czy poleciłaby Pani/Pan swój szpital koleżance pielęgniarce jako dobre miejsce do pracy?**

<sup>1</sup> Zdecydowanie nie              <sup>2</sup> Prawdopodobnie nie              <sup>3</sup> Prawdopodobnie tak              <sup>4</sup> Zdecydowanie tak

**8. Czy poleciłaby Pani/Pan swój szpital przyjaciołom i rodzinie gdyby potrzebowali opieki szpitalnej?**

<sup>1</sup> Zdecydowanie nie              <sup>2</sup> Prawdopodobnie nie nie              <sup>3</sup> Prawdopodobnie nie tak              <sup>4</sup> Zdecydowanie tak

---

**9. Proszę zaznaczyć „X” w odpowiedniej kratce przy każdym pytaniu wskazując która najlepiej opisuje jak często ma Pani/Pan następujące odczucia w odniesieniu obecnej pracy w tym szpitalu.**

---

	Nigdy	Kilka razy w roku lub rzadziej	Raz w miesiącu lub rzadziej	Kilka razy w miesiącu	Raz w tygodniu	Kilka razy w tygodniu	Codziennie
1. Czuję się emocjonalnie "wypompowana" pracą.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
2. Czuję się wykończona pod koniec dnia pracy.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
3. Czuję się zmęczona, kiedy wstaję rano i czeka mnie następny dzień pracy.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
4. Mogę łatwo zrozumieć, jak moi pacjenci czują się ze swoimi problemami.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
5. Czuję, że traktuję niektórych pacjentów, jak bezosobowe przedmioty.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
6. Praca z ludźmi przez cały dzień jest dużym obciążeniem dla mnie.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
7. Radzę sobie bardzo dobrze z problemami moich pacjentów.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
8. Czuję się wypalona moją pracą.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
9. Czuję, że pozytywnie wpływam na życie innych ludzi.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
10. Stałam się bardziej nieczuła na problemy innych ludzi od kiedy podjęłam tę pracę.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

11. Martwię się, że ta praca zubożęnia mnie emocjonalnie.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
12. Czuję się bardzo energiczna.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
13. Czuję się sfrustrowana moją pracą.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
14. Czuję, że pracuję zbyt ciężko w mojej pracy.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
15. Naprawdę jest mi obojętne, co dzieje się z niektórymi moimi pacjentami.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
16. Bezpośredni kontakt z ludźmi w pracy jest zbyt stresujący dla mnie.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
17. Mogę łatwo stworzyć relaksującą atmosferę dla moich pacjentów.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
18. Wykonuję wiele interesujących zajęć w pracy	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
19. Bliski kontakt z pacjentami sprawia mi radość.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
20. Czuję się jak bym była u kresu sił.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
21. Radzę sobie z emocjonalnymi problemami w pracy bardzo spokojnie.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
22. Czuję, że pacjenci obwiniają mnie o niektóre ze swoich problemów.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

1

Tłumaczenie dla badań naukowych wykonane przez Ewę Donesch-Jeżo dnia 15.03.2009. Tłumaczone i powielane za specjalną zgodą Wydawcy, CPP, Inc. Mountain View, CA 94043 z Maslach Burnout Inventory-HSS przez Christina Maslach i Susan E. Jackson. Copyright 1985 przez CPP, Inc. Wszystkie prawa zastrzeżone. Dalsza reprodukcja jest zakazana bez pisemnej zgody Wydawcy.

## B. JAKOŚĆ I BEZPIECZEŃSTWO

**1. Ogólnie, jak opisałaby Pani/Pan jakość opieki pielęgniarskiej nad pacjentami na swoim oddziale?**

<sup>1</sup> Słaba                      <sup>2</sup> Dostateczna                      <sup>3</sup> Dobra                      <sup>4</sup> Wspaniała

**2. Jak jest Pani/Pan pewna, że Pani/Pana pacjenci dadzą sobie radę z samoopieką po wypisaniu ze szpitala?**

<sup>1</sup> W ogóle nie jestem pewna      <sup>2</sup> Jestem trochę pewna                      <sup>3</sup> Jestem pewna                      <sup>4</sup> Jestem bardzo pewna

**3. Jak pewna jest Pani/Pan, że zarząd szpitala rozwiąże problemy związane z opieką nad pacjentami, które Pani/ Pan zgłosi?**

<sup>1</sup> W ogóle nie jestem pewna      <sup>2</sup> Jestem trochę pewna                      <sup>3</sup> Jestem pewna                      <sup>4</sup> Jestem bardzo pewna

**4. Proszę podać całościową ocenę Pani/Pana oddziału w kwestii bezpieczeństwa pacjentów.**

<sup>1</sup> Niedostateczna                      <sup>2</sup> Słaba                      <sup>3</sup> Akceptowalna                      <sup>4</sup> Bardzo dobra                      <sup>5</sup> Wspaniała

**5. Czy uważa Pani/Pan, że w ostatnim roku jakość opieki nad pacjentami w Pani/Pana szpitalu:**

<sup>1</sup> Pogorszyła się    <sup>2</sup> Pozostała na tym samym poziomie    <sup>3</sup> Poprawiła się

**6. Następujące pytania dotyczą opinii Pani/Pana w sprawie bezpieczeństwa pacjentów w Pani/Panym miejscu pracy w tym szpitalu.**

	Całkowicie się nie zgadzam	Nie zgadzam się	Ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	Zgadzam się	Całkowicie się zgadzam
1. Personel czuje, że za swoje błędy jest surowo karany bez wybaczenia.	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>3</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>4</sup> <input type="checkbox"/>	
2. Ważne informacje o pacjencie są często tracone podczas zmiany dyżurów.	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>3</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>4</sup> <input type="checkbox"/>	
3. Rzeczy "gdzieś znikają" podczas przenoszenia pacjenta z jednego oddziału na drugi.	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>3</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>4</sup> <input type="checkbox"/>	
4. Personel czuje, że może zakwestionować decyzje lub działania zwierzchników.	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>3</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>4</sup> <input type="checkbox"/>	
5. Na tym oddziale dyskutujemy sposoby zapobiegania ponownym błędom.	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>3</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>4</sup> <input type="checkbox"/>	
6. Jesteśmy informowani o zmianach wprowadzonych na podstawie raportów o popełnionych zaniedbaniach i błędach.	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>3</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>4</sup> <input type="checkbox"/>	
7. Działania zarządu szpitala pokazują, że bezpieczeństwo pacjenta jest sprawą priorytetową.	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>3</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>4</sup> <input type="checkbox"/>	

**7. Jak często Pani/Pana zdaniem, ma miejsce każde z następujących wydarzeń w odniesieniu do Pani/Pana lub Państwa pacjentów?**

	Nigdy	Kilka razy w roku lub rzadziej	Raz w miesiącu lub rzadziej	Kilka razy w miesiącu	Raz w tygodniu	Kilka razy w tygodniu	Codzień
1. Pacjent otrzymał niewłaściwy lek, o złej porze lub dawce.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
2. Odleżyny wystąpiły po przyjęciu	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
3. Upadki pacjenta ze zranieniem	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
4. Wystąpiła Infekcja związana z opieką							
1. Infekcja układu moczowego	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
2. Infekcja krwi	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
3. Zapalenie płuc	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
5. Narzekania pacjentów lub ich rodzin	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
6. Ustne znieważanie pielęgniarek							
1. Przez pacjentów i/lub ich rodziny	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
2. Przez personel	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
7. Fizyczne znieważanie pielęgniarek							
1. Przez pacjentów i/lub rodziny	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>



2. Przez personel	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
8. Fizyczne zranienia pielęgniarek związane z pracą	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

### **C. INFORMACJE O PANI/PANA OSTATNIM DYŻURZE W TYM SZPITALU**

**1. Które z poniższych stwierdzeń najlepiej opisuje ostatni Pani/Pana dyżur w tym szpitalu?**

1  Dzień      2  Popołudnie/wieczór      3  Noc

**2. Proszę napisać w kwadracie liczbę godzin, które Pani/Pan przepracował/a na ostatnim dyżurze w tym szpitalu.**

**3. Czy podczas ostatniego dyżuru w tym szpitalu pracował/a Pani/Pan ponad swoje zakontraktowane godziny?**

1  Tak      2  Nie

**4. Za ilu pacjentów była Pani/Pan bezpośrednio odpowiedzialna/y na swoim ostatnim dyżurze?**

**5. Czy liczba pacjentów w poprzednim pytaniu (C4) jest Pani/Pana normalnym obciążeniem?**

1  Mniejsza      2  Taka sama      3  Większa

**6. Ze wszystkich pacjentów, za których była Pani/Pan bezpośrednio odpowiedzialna/y podczas ostatniego dyżuru:**

a. ilu wymagało Pani/Pana pomocy przy wszystkich rutynowych czynnościach życia codziennego?

b. ilu wymagało monitorowania lub zabiegów co godzinę lub częściej?

7. Jak opisałaby Pani/Pan swoją rolę w opiece nad większością pacjentów podczas ostatniego dyżuru.

Proszę zaznaczyć jedną najlepszą opcję.

- <sup>1</sup>  Większość opieki wykonałam sam/a  
<sup>2</sup>  Nadzorowałam opiekę wykonywaną przez innych i trochę wykonałam sam/a  
<sup>3</sup>  Wykonałam tylko ograniczoną opiekę, taką jak zmiany opatrunku, podanie leku, większość bezpośredniej opieki była wykonana przez innych

8. Jaka była całkowita liczba pacjentów na oddziale na Pani/Pana ostatnim dyżurze?

9. Oceniając samodzielnie, jaka była całkowita liczba pielęgniarek wykwalifikowanych zapewniających bezpośrednią opiekę pacjentom na Pana/Pani oddziale podczas Pani/Pana ostatniego dyżuru?

Liczba dyplomowanych pielęgniarek:

10. Jaka była całkowita liczba innego personelu zapewniającego bezpośrednią opiekę pacjentom na Pani/Pana oddziale podczas Pani/Pana ostatniego dyżuru?

Inny personel:

11. Proszę wskazać jak często wykonywała Pani/Pan poniższe czynności podczas swojego ostatniego dyżuru:

	Nigdy	Czasami	Często
1. Podawanie i wynoszenie tac na jedzenie	<input type="checkbox"/>	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>
2. Wykonywanie opieki nie-pielęgniarskiej	<input type="checkbox"/>	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>
3. Przygotowywanie wypisu i transportu (włączając opiekę długoterminową)	<input type="checkbox"/>	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>
4. Rutynowe pobieranie krwi do badań	<input type="checkbox"/>	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>
5. Transport pacjenta w obrębie szpitala	<input type="checkbox"/>	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>

6. Sprzątanie pokoju pacjenta i sprzętu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wypełnianie czynności niezwiązanych z opieką pielęgniarską niemożliwych do wykonania po godzinach pracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Odbieranie dostaw lub sprzętu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Odbieranie telefonów i wykonywanie administracyjnych obowiązków	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**12. Proszę wskazać, które z następujących koniecznych czynności NIE zostały wykonane podczas ostatniego Pana/Pani dyżuru z powodu braku czasu na ich wykonanie.**

**Proszę zaznaczyć wszystkie, których to dotyczyło.**

1. Zgodne z zasadami monitorowanie pacjenta
2. Pielęgnacja skóry
3. Higiena jamy ustnej
4. Łagodzenie bólu
5. Uspokojenie/rozmowa z pacjentami
6. Edukacja pacjentów i ich rodzin
7. Leczenie i zabiegi
8. Podawanie leków punktualnie na czas
9. Przygotowanie pacjentów i ich rodziny do wypisu
10. Właściwe prowadzenie dokumentacji opieki pielęgniarskiej

11. Tworzenie lub uaktualnianie planu opieki pielęgniarskiej/wytycznych opieki pielęgniarskiej

12. Planowanie opieki

13. Częste zmienianie pozycji pacjenta

#### D. O PANI/PANU

##### 1. PŁEĆ

<sup>1</sup> Kobieta      <sup>2</sup> Mężczyzna

2. Wiek w latach:

3a. Czy otrzymał/a Pani/Pan wykształcenie pielęgniarskie w kraju, w którym obecnie Pani/Pan pracuje, jako pielęgniarka?

<sup>1</sup> Tak      <sup>2</sup> Nie

3 b. Jeśli nie, w jakim kraju otrzymała Pani/Pan swoje pielęgniarskie wykształcenie?

4. Wyłączywszy kraj, w którym obecnie Pani/Pan pracuje, proszę podać ostatnie trzy kraje, (i lata), w których pracowała Pani/Pan jako pielęgniarka dyplomowana).

a. Kraj

Liczba lat:

b. Kraj

Liczba lat:

c. **Kraj**  **Liczba lat:**

5. W jakim wieku uzyskała Pani/Pan dyplom pielęgniarki?

6. Czy posiada Pani/Pan dyplom licencjata pielęgniarstwa?

<sup>1</sup> Tak    <sup>2</sup> Nie

7. W jakim stopniu jest Pani/Pan zadowolona/y ze swego wyboru zawodu pielęgniarki?

<sup>1</sup> Bardzo niezadowolona    <sup>2</sup> Trochę niezadowolona    <sup>3</sup> Średnio zadowolona    <sup>4</sup> Bardzo zadowolona

8. Czy w tym szpitalu pracuje Pani/Pan na pełnym etacie?

<sup>1</sup> Tak    <sup>2</sup> Nie

9. Ile lat przepracował/a Pani/Pan jako pielęgniarka/pielęgniarsz dyplomowana/y?

a. w swojej karierze    liczba lat:     b. w tym szpitalu    liczba lat:

10. Czy wypełniał/a Pan/Pani taką ankietę wcześniej tj. przy realizacji 8 lat temu projektu RN4Cast ?

<sup>1</sup> Tak    <sup>2</sup> Nie

**Dziękuję za czas poświęcony na wypełnianie i zwrot tej ankiety.**

## Załącznik 2.

Szpital .....

Oddział .....

Pacjent .....

Czas .....

### SKALA ZADOWOLENIA Z PIELEGNACJI NEWCASTLE

### TWOJE POGLĄDY NA OPIEKĘ PIELEGNIARSKĄ

Pytania zawarte w ankiecie dotyczą opieki pielęgniarskiej świadczonej przez pielęgniarki podczas pobytu w szpitalu oraz Twoich poglądów na tę opiekę. W zakończeniu kilka pytań dotyczy Ciebie.

Chcielibyśmy, abyś dokładnie zastanowił/a się nad każdym pytaniem i odpowiedział/a na tyle uczciwie, na ile to możliwe. Nie spędzaj zbyt dużo czasu nad żadnym z pytań. Twoja pierwsza reakcja będzie prawdopodobnie lepsza niż długo rozważana odpowiedź. Jeżeli nie jesteś pewny/a, jak odpowiedzieć na którekolwiek z pytań, odpowiedz tak, jak potrafisz najlepiej i dodaj komentarz obok pytania.

TWOJE NAZWISKO I IMIĘ NIE UKAŻĄ SIĘ W ŻADNYM MIEJSCU TEJ ANKIETY. Informacje,

## Część 1: Twoje doświadczenia dotyczące opieki pielęgniarskiej (PRZYKŁAD)

Pierwszy zestaw pytań, zaczynający się na następnej stronie, dotyczy Twoich doświadczeń związanych z opieką pielęgniarską podczas Twojego pobytu na tym oddziale. Pytania składają się ze stwierdzenia, po którym następuje siedem możliwych odpowiedzi. Zakreśl numer odpowiedzi, która najlepiej opisuje Twoje doświadczenia. Poniżej podajemy dwa przykłady odpowiedzi.

### Przykład 1

Jeśli pielęgniarki zawsze zachowywały się cicho w nocy, to odpowiesz zakreślając numer 7, co oznacza „całkowicie się zgadzam”. Twoja odpowiedź będzie wyglądała następująco:

Pytanie: PIELĘGNIARKI ZACHOWYWAŁY SIĘ BARDZO CICHO W NOCY.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	<u>7</u>

### Przykład 2

Jeśli pielęgniarki nie były elegancko ubrane, możesz odpowiedzieć „bardzo się zgadzam”. Twoja odpowiedź będzie wyglądała następująco:

Pytanie: PIELĘGNIARKI NIE BYŁY ELEGANCKO UBRANE.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	<u>6</u>	7

Jeśli pielęgniarki zawsze były elegancko ubrane, możesz odpowiedzieć zakreślając odpowiedź numer 1, co oznacza „całkowicie nie zgadzam się”.

Twoja odpowiedź będzie wyglądała następująco:

Pytanie: PIELĘGNIARKI NIE BYŁY ELEGANCKO UBRANE.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
<u>1</u>	2	3	4	5	6	7

Jeśli nie jesteś pewien, jak odpowiedzieć na pytanie, odpowiedz tak, jak najlepiej potrafisz i dodaj swój komentarz uwagi obok pytania.

## CZĘŚĆ 1: TWOJE DOŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ

Proszę zakreślić jedną odpowiedź przy każdym pytaniu

1. Można było pożartować z pielęgniarkami.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

2. Pielęgniarki faworyzowały niektórych pacjentów.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

3. Pielęgniarki nie udzielały mi wystarczających informacji.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

4. Pielęgniarki nie wysiły się zbytnio i były zbyt swobodne.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

5. Przybycie na wezwanie zabierało pielęgniarkom dużo czasu.

Całkowicie zgadzam się	Bardzo się zgadzam	Trochę się zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Bardzo się nie zgadzam	Całkowicie się nie zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

6. Pielęgniarki udzielały mi informacji dokładnie wtedy, gdy ich potrzebowałem/-am.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7



Proszę zakreślić jedną odpowiedź przy każdym pytaniu

7. Wydawało mi się, że pielęgniarki lekcewały moje cierpienie.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

8. Pielęgniarki gasiły światła zbyt późno w nocy.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

9. Pielęgniarki kazały mi wykonywać różne czynności, zanim byłem do nich przygotowany.

Całkowicie zgadzam się	Bardzo się zgadzam	Trochę się zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Bardzo się nie zgadzam	Całkowicie się nie zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

10. Pielęgniarki, niezależnie od tego jak były zajęte, znajdowały dla mnie czas.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

11. Widziałem/-am w pielęgniarkach swoich przyjaciół.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

12. Pielęgniarki pocieszały pacjentów, którzy byli przygnębieni.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

13. Pielęgniarki regularnie sprawdzały, czy u mnie wszystko w porządku.

Całkowicie zgadzam się	Bardzo się zgadzam	Trochę się zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Bardzo się nie zgadzam	Całkowicie się nie zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

Proszę zakreślić jedną odpowiedź przy każdym pytaniu

14. Pielęgniarki nie ze wszystkim dawały sobie radę.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

15. Pielęgniarki nie interesowały się mną.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

16. Pielęgniarki tłumaczyły mi, co mi dolega.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

17. Przed zabiegiem pielęgniarki wyjaśniały mi, na czym on polega.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

18. Pielęgniarki przekazywały następnej zmianie informacje dotyczące mojego stanu.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

19. Pielęgniarki wiedziały, co robić, nie czekały na polecenia lekarzy.

Całkowicie zgadzam się	Bardzo się zgadzam	Trochę się zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Bardzo się nie zgadzam	Całkowicie się nie zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

Proszę zakreślić jedną odpowiedź przy każdym pytaniu

20. Zdarzało się, że pielęgniarki odchodziły i zapominały, o co prosił je pacjent.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

21. Pielęgniarki dbały o prywatność pacjentów.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

22. Pielęgniarki miały czas, by usiąść i porozmawiać ze mną.

Całkowicie zgadzam się	Bardzo się zgadzam	Trochę się zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Bardzo się nie zgadzam	Całkowicie się nie zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

23. Lekarze i pielęgniarki pracowali dobrze jako zespół.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

24. Wydawało się, że jedna pielęgniarka jakby nie wiedziała, co robi druga.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

25. Pielęgniarki wiedziały, co robić, aby było jak najlepiej.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

26. Dzięki pielęgniarkom na oddziale panowała miła atmosfera.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

## Część 2 : TWOJE OPINIE NA TEMAT OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ

W tej części, pytamy o Twoje opinie na temat opieki pielęgniarskiej. Przy każdym pytaniu zaznacz odpowiedź, która najbardziej opisuje Twoją opinię.

Pomyśl o swoim pobycie w oddziale.

Lp	Co myślałeś na temat?	Całkowicie niezadowolony	Lekko zadowolony	Dość zadowolony	Bardzo zadowolony	Całkowicie zadowolony
1	Ilości czasu, jaki pielęgniarki spędzały z Tobą	1	2	3	4	5
2	Jak sprawne były pielęgniarki w wykonywaniu swojej pracy?	1	2	3	4	5
3	Obecności pielęgniarki w pobliżu, gdy była taka potrzeba	1	2	3	4	5
4	Wiedzy pielęgniarek na temat Twojej choroby i opieki nad Tobą	1	2	3	4	5
5	Jak szybko pielęgniarki przychodziły na Twoje wezwanie / dzwonki?	1	2	3	4	5
6	Sposobu, w jaki pielęgniarki dbały o to byś czuł się jak w domu	1	2	3	4	5
7	Ilości informacji, jakie dostałeś od pielęgniarek na temat Twojego stanu i opieki	1	2	3	4	5
8	Jak często pielęgniarki sprawdzały czy u Ciebie wszystko w porządku?	1	2	3	4	5
9	Gotowości pielęgniarek do pomocy	1	2	3	4	5
10	Sposobu, w jaki pielęgniarki wyjaśniały Ci różne rzeczy	1	2	3	4	5
11	Jak pielęgniarki uspokajały Twoją rodzinę i przyjaciół?	1	2	3	4	5
12	Zachowania się pielęgniarek w pracy	1	2	3	4	5
13	Rodzaju informacji, jakie pielęgniarki udzielały Tobie na temat Twojego stanu i opieki	1	2	3	4	5
14	Sposobu traktowania Cię przez pielęgniarki	1	2	3	4	5
15	Jak pielęgniarki słuchały Twoich obaw i zmartwień?	1	2	3	4	5
16	Ilości swobody, jaką miałeś w oddziale	1	2	3	4	5
17	Jak chętne pielęgniarki były do spełniania Twoich próśb?	1	2	3	4	5
18	Zapewniania Ci prywatności przez pielęgniarki	1	2	3	4	5
19	Świadomości pielęgniarek odnośnie Twoich potrzeb	1	2	3	4	5

### CZĘŚĆ 3: PYTANIA DOTYCZĄCE CIEBIE

Te pytania dotyczą Ciebie. Aby zrozumieć Twoje odpowiedzi na wcześniejsze pytania, potrzebujemy informacji o tym, kim jesteś. Jeżeli nie jesteś pewny, jak odpowiedzieć na którekolwiek z pytań, proszę, podaj odpowiedź najlepszą jaką potrafisz i swoje uwagi wpisz obok pytania.

#### 1. Twoja płeć:

Zakreśl jedną odpowiedź

Mężczyzna	1
Kobieta	2

#### 2. Twój wiek.

Wpisz swój wiek w latach (ukończone): \_\_\_\_\_

#### 3. Twoje wykształcenie.

Zakreśl swoje wykształcenie:

podstawowe, zasadnicze zawodowe, średnie, wyższe

Zakreśl jedną odpowiedź:

Czy nadal się uczysz?	Tak	1
	Nie	2

Wpisz swój wiek, w którym zakończyłeś edukację w pełnym wymiarze czasu: ....

#### 4. Wliczając ostatnią noc, ile nocy spędziłeś na tym oddziale, podczas tego pobytu?

Wpisz liczbę nocy. Liczba nocy: \_\_\_\_\_

#### 5. Czy miałeś wyznaczoną konkretną pielęgniarkę odpowiedzialną za opiekę nad Tobą w oddziale?

Zakreśl jedną odpowiedź

Tak	1
Nie	2
Nie jestem pewien	3

6. Jak ocenilibyś opiekę pielęgniarską otrzymaną na tym oddziale?

Okropna	Bardzo zła	Zła	Wystarczająca	Dobra	Bardzo dobra	Wyśmienita
1	2	3	4	5	6	7

7. Całościowo, jak ocenilibyś swój obecny pobyt w tym oddziale?

Okropnie	Bardzo źle	Źle	Wystarczająco	Dobrze	Bardzo dobrze	Wyśmienicie
1	2	3	4	5	6	7

8. Czy są jakieś sposoby, dzięki którym opieka pielęgniarska mogła być lepsza podczas Twojego obecnego pobytu w szpitalu?

9. Inne uwagi / komentarze.

BARDZO DZIĘKUJEMY ZA WSPÓŁPRACĘ

Data: \_\_\_\_\_

DZIEŃ    MIESIĄC    ROK

Wypełniony kwestionariusz włóż do koperty i zaklej.

Zostaw kopertę w wyznaczonym miejscu.

Wszystkie informacje będą wykorzystane z zachowaniem największej poufności.

**UNIVERSITÄT BASEL**

Institut für Pflegewissenschaft

Bernoullistrasse 28

Tel. +41 (0)61 267 30 40

CH-4056 Basel

Fax +41 (0)61 267 09 55

[nursing@unibas.ch](mailto:nursing@unibas.ch) [www.nursing.unibas.ch](http://www.nursing.unibas.ch)

<b>BERNCA Kwestionariusz dotyczący racjonowania opieki pielęgniarskiej PYTANIA DOTYCZĄCE ZADAŃ PIELEŃNIAREK I OKREŚLANIA PRIORYTETÓW</b>					
<b>Jak często w ciągu ostatnich 7 dni pracy...</b>	<b>nie było takiej potrzeby</b>	<b>nigdy</b>	<b>rzadko</b>	<b>czasami</b>	<b>często</b>
1) nie mogłaś/eś przeprowadzić u pacjentów koniecznej kąpieli całego ciała w łóżku ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) nie mogłaś/eś przeprowadzić u pacjentów koniecznej toalety w łóżku?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) nie mogłaś/eś wykonać u pacjentów wymaganych czynności związanych z pielęgnacją skóry?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) nie mogłaś/eś wykonać u pacjentów wymaganych czynności związanych z higieną jamy ustnej?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) nie mogłaś/eś wykonać u pacjentów wymaganych czynności związanych z higieną zębów?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) nie mogłaś/eś należycie pomóc pacjentom niejedzącym samodzielnie przy spożywaniu pokarmów?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) nie mogłaś/eś pomóc pacjentowi o ograniczonym/utrudnionym poruszaniu lub unieruchomionemu w przemieszczaniu się ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) nie mogłaś/eś zmienić pozycji pacjentowi o ograniczonym/utrudnionym poruszaniu lub unieruchomionemu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) nie mogłaś/eś w odpowiednim czasie zmienić pacjentom pościeli zabrudzonej moczem, kałem lub wymiocinami?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) nie mogłaś/eś zaproponować pacjentowi wsparcia emocjonalnego lub psychospołecznego, mimo że w twojej ocenie było ono konieczne : np. w poczuciu zagrożenia, strachu, utraty niezależności związanej z chorobą?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11) nie mogłaś/eś odbyć wymaganej rozmowy z pacjentem lub jego rodziną?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) nie mogłaś/eś przekazać pacjentom wystarczających informacji na temat zbliżających się badań lub leczenia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) nie mogłaś/eś nauczyć pacjentów korzystania z toalety lub utrzymania moczu, co było związane z koniecznością użycia pieluchy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) nie mogłaś/eś nauczyć pacjentów korzystania z toalety lub utrzymania moczu, co było związane z koniecznością założenia cewnika ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) nie mogłaś/eś przeprowadzić czynności aktywujących lub zabiegów rehabilitacyjnych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





Jak często w ciągu twoich ostatnich 7 dni pracy...	nie było takiej potrzeby	nigdy	rzadko	czasami	często
16) nie mogłaś/eś przeprowadzić szkoleń i/lub edukacji pacjentów i/lub rodziny np. w zakresie podawania insuliny, przyzwyczajień lub radzenia sobie ze specyficznymi objawami chorobowymi (np. hipoglikemia lub duszność) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) nie mogłaś/eś w pełni przygotować pacjenta lub jego rodziny do opuszczenia przez niego szpitala?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) nie mogłaś/eś kontrolować stanu pacjentów tak dokładnie, jak zalecił to lekarz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) nie mogłaś/eś kontrolować stanu pacjentów tak dokładnie, jak było to w twojej ocenie wymagane?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) nie mogłaś/eś wystarczająco uważnie obserwować splątanych pacjentów i konieczne było ich unieruchomienie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21) nie mogłaś/eś wystarczająco uważnie obserwować splątanych pacjentów i konieczne było podanie im środków uspakajających ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22) musiałaś/eś zwlekać z podjęciem niezbędnych działań w przypadku pacjentów, u których wystąpiła nieprzewidziana, ostra lub nagła zmiana stanu zdrowia, z powodu długiego oczekiwania na wezwanego lekarza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23) nie mogłaś/eś podać zaleconego leku lub wlewu we właściwym czasie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24) nie mogłaś/eś założyć lub zmienić opatrunku pacjentom, którzy tego wymagali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25) nie mogłaś/eś przygotować pacjentów do zbliżających się badań lub leczenia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26) pacjenci, którzy użyli sygnalizatora do wezwania pielęgniarki, musieli czekać więcej niż 5 minut na jej przybycie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27) nie mogłaś/eś przeprowadzić higienicznego mycia rąk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28) nie mogłaś/eś należyście przeprowadzić dezynfekcji?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29) brakowało ci czasu na zapoznanie się z sytuacją poszczególnych pacjentów i planami opieki przy rozpoczęciu dyżuru?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30) nie mogłaś/eś należycie przeprowadzić oceny potrzeb nowo przyjętych pacjentów?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31) nie mogłaś/eś opracować planów opieki nad pacjentami?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32) nie mogłaś/eś należycie udokumentować i ocenić wykonanych czynności pielęgniarских?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

© BERNCA (Basel Extent of Rationing of Nursing Care Instrument) wersja poprawiona, Schubert i in., 2009. Kontakt: maria.schubert@unibas.ch

## Załącznik 4.

### ANKIETA

Szanowni Państwo,

Nazywam się Zuzanna Radosz i jestem studentką studiów doktoranckich na Wydziale Nauk o zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Zwracam się do Państwa z prośbą o wypełnienie poniższej ankiety, która jest elementem realizowanych przeze mnie badań w ramach mojej pracy doktorskiej. Celem ankiety jest poznanie Pani/Pana subiektywnej opinii na temat sprawowanej opieki na oddziale.

Ankieta jest anonimowa, a jej wyniki zostaną wykorzystane jedynie w celach naukowych. Przy pytaniu należy zaznaczyć jedną – wybraną odpowiedź, w przeznaczony do tego kratce obok, znakiem „X”.

1. Czy pracuje Pani/Pan w drugiej pracy jako pielęgniarz/pielęgniarka? Jeśli tak to na jaką umowę (zlecenie/kontrakt/część etatu)	Tak – umowa.....	
	Nie	

2. Czy pracuje Pani/Pan w systemie zmianowym w obecnym miejscu pracy?	Tak	
	Nie	

3. Czy pracuje Pani/Pan w tym miejscu na tzw. kontrakcie?	Tak	
	Nie	

4. Czy ostatni dyżur był dyżurem pojedynczym?	Tak	
	Nie	

5. Ile pacjentów miała Pani/Pan pod swoją opieką podczas swojego ostatniego dyżuru ( w przeliczeniu na jedną pielęgniarkę)	.....	
--	-------	--

## METRYCZKA

1. Płeć	Kobieta	
	Mężczyzna	
2. Rok urodzenia	.....	
3. Wykształcenie	Średnie – liceum medyczne	
	Wyższe	
	Specjalizacja (proszę zaznaczyć jeśli Pani/Pan posiada)	
4. Pełnienie funkcji kierowniczej	Tak	
	Nie	
5. Miejsce zamieszkania	Wieś	
	Miasto	

Proszę sprawdzić, czy odpowiedzieli Państwo na wszystkie pytania.

Dziękuję za wypełnienie ankiety i poświęcony czas.