

Małgorzata Ługin-Dąbrowska

Wpływ pracy zawodowej w ponadnormatywnym
wymiarze czasu pracy, na życie osobiste pielęgniarek
i pielęgniarzy

Spis treści

Wstęp	7
1. Wpływ pracy zawodowej pielęgniarek i pielęgniarzy na życie osobiste w świetle literatury przedmiotu	9
1.1. Historyczne uwarunkowania samodzielności zawodowej	9
1.2. Ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej pierwszym krokiem do autonomii zawodu	11
1.3. Kompetencje i uprawnienia zawodowe pielęgniarek i pielęgniarzy	14
1.4. Zdrowie pielęgniarek	16
1.5. Życie osobiste pielęgniarek i pielęgniarzy aktywnych zawodowo	18
1.6. Systemy wsparcia pielęgniarek i pielęgniarzy czynnych zawodowo	20
2. Metodyka badań	23
2.1. Cel badań.	23
2.2. Szczegółowe problemy i hipotezy badawcze	23
2.3. Metody i narzędzia badawcze	24
2.4. Organizacja i przebieg badań	25
2.5. Charakterystyka grupy badanej	25
Wiek	25
Płeć	26
Wykształcenie	26
Stan cywilny	27
Miejsce zamieszkania	27
2.6. Opis metod analizy statystycznej	28
Wyniki badań	31
Badania właściwe dla stawianych hipotez	37
Hipoteza 1 - Własne zdrowie, nie jest priorytetem dla pielęgniarek pracujących w ponadnormatywnym czasie pracy.	37
Hipoteza 2 - Pielęgniarki/arze mają wsparcie w godzeniu życia zawodowego i rodzinnego.	38
Hipoteza 3 - Poziom wykształcenia kadry pielęgniarzkiej ma istotne znaczenie, dla redukcji skutków traumatyzacji, wynikających z trudnych sytuacji w pracy.	39

Hipoteza 4 - Satysfakcja zawodowa pielęgniarek i pielęgniarzy, wynika z kultury organizacji oraz nabywania kolejnych uprawnień.	39
Hipoteza 5 - System Opieki Zdrowotnej nie spełnia oczekiwań, w zakresie promocji, przyszłości i autonomii pielęgniarstwa.	40
Wnioski	41
Dyskusja	42
hipoteza 1:	42
hipoteza 2:	44
hipoteza 3:	46
hipoteza 4:	47
hipoteza 5:	49
Streszczenie	51
Słowa kluczowe	51
Summary	53
Keywords	53
Bibliografia	55
Spis tabel	63
Spis rysunków	65
A. Pytania ankietowe	67

Wykaz skrótów

APA	Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne (ang. American Psychological Association)
CBOS	Centrum Badania Opinii Społecznej
Dz. U.	Dziennik Ustaw
EBM	medycyna oparta na faktach (ang.: evidence-based medicine)
MZ	Ministerstwo Zdrowia
NIPIP	Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych
OIPIP	Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
POZ	Podstawowa Opieka Zdrowotna
PTSD	zespół stresu pourazowego (ang. post-traumatic stress disorder)
SOZ	system ochrony zdrowia
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia (ang. World Health Organization)
ZNPZ	zespół nietolerancji pracy zmianowej

Wstęp

Pielęgniarstwo jest tak stare jak ludzkość. Zawsze ludziom towarzyszyły choroby i zawsze były osoby, które rozwiązywały problem na miarę własnych możliwości i na miarę czasów, w których żyły. Postęp naukowy i technologiczny, zmienił postrzeganie pielęgniarstwa z zawodu opiekuńczego, na zawód samodzielny - obejmujący pacjenta w integralności biopsychospołecznej. Pielęgniarstwo, w Polsce od 1996 roku jest autonomicznym zawodem[1]. Jest także profesją zaufania publicznego, a pielęgniarki i pielęgniarze są chronieni prawnie, w trakcie wykonywania swoich obowiązków zawodowych jak funkcjonariusze publiczni [2].

Pielęgniarstwo, to obecnie dyscyplina naukowa dotycząca rozważań teoretycznych, badań *in vitro*, *in vivo*, które można wykorzystać w praktyce. Są to doniosłe osiągnięcia pielęgniarek i pielęgniarzy, którzy prowadzą badania na uczelniach, w klinikach, laboratoriach badawczych na całym świecie [3].

Pielęgniarstwo to zaszczyt, prestiż, ale i wyzwanie. Ustawiczne kształcenie, wyrzeczenia w życiu osobistym, stres, traumatyzacja, trudne warunki pracy są dalekie od pojęcia dobrostanu. Niepokojące zjawiska, które dotyczą organizacji pielęgniarstwa, zwłaszcza konsekwencje zdrowotne, wynikające z pracy w ponadnormatywnym wymiarze, stanowią obszar zainteresowań tego opracowania.

Celem głównym niniejszej pracy jest określenie wpływu pracy zawodowej na życie osobiste pielęgniarek i pielęgniarzy. Cel ten przybliżyły cele szczegółowe, dotyczące godzenia ról społecznych, świadomości pielęgniarek i pielęgniarzy, na temat zagrożeń wynikających z pracy ponadnormatywnym czasem, poziomu satysfakcji zawodowej oraz oceny Systemu Opieki Zdrowotnej w zakresie promocji , przyszłości pielęgniarstwa.

Część teoretyczna przybliża: rozwój pielęgniarstwa na świecie i w Polsce, drogę do samodzielności zawodowej. Ukazuje dynamikę zmian w zakresie kompetencji i uprawnień. Rozważania na temat pełnienia ról społecznych: zawodowej i rodzinnej, a także na temat zdrowia i systemów wsparcia pielęgniarek i pielęgniarzy.

Część badawcza składa się z części metodologicznej opisuje metody, narzędzia i techniki badawcze. Przedstawia organizację i przebieg badania, zastosowane metody analizy statystycznej i graficznie prezentowane dane i wyniki. W dalszej kolejności występują wnioski oraz dyskusja z innymi badaczami.

Ostatnia część zawiera streszczenie, słowa kluczowe w języku polskim i angielskim, spisy tabel oraz załączniki.

1. Wpływ pracy zawodowej pielęgniarek i pielęgniarzy na życie osobiste w świetle literatury przedmiotu

Zawód pielęgniarki należy do najbardziej prestiżowych profesji na świecie. W wydanym przez WHO i Międzynarodową Radę Pielęgniarek raporcie o stanie światowego pielęgniarstwa w roku 2020, podkreśla się szczególne znaczenie pielęgniarstwa, w każdym systemie ochrony zdrowia. Pielęgniarki pełnią kluczową rolę w sytuacji światowego zagrożenia zdrowotnego [4]. Również w Polsce coroczne rankingi najbardziej szanowanych zawodów, umieszczają tę grupę zawodową na wysokich pozycjach [5]. Mimo tego, od lat, obserwuje się znaczną dysproporcję między powszechną opinią o szacunku, a kojarzeniem zawodu z niskim wynagrodzeniem, ciężką pracą fizyczną i umysłową oraz nieustannymi wyrzeczeniami w życiu osobistym. Fenomen pogłębia fakt, iż pielęgniarki w większości, nie żałują wyboru zawodu, podkreślają, że daje im wiele satysfakcji.

1.1. Historyczne uwarunkowania samodzielności zawodowej

Pielęgniarstwo ewoluowało na przestrzeni wieków, od spontanicznego odruchu serca, do autonomii wysokiego poziomu. Już w starożytności, nad cierpiącymi, czuwały osoby, wykonujące czynności pielęgnacyjne. Istnieją źródła historyczne, dotyczące organizacji opieki pielęgnacyjnej w starożytnych Indiach, Rzymie, Chinach, Japonii czy Grecji. Choć początkowo role te pełnili mężczyźni, to z czasem zawód stał się domeną kobiet [6]. Od czasów średniowiecza pielęgnowaniem chorych zajmowały się siostry zakonne. Tradycyjne zwracanie się do pielęgniarek „siostry”, tam ma, swój początek. Przez wiele wieków pielęgniarki, kojarzono ze złą reputacją [7]. Fakt ten, związany był z zatrudnianiem do pielęgnowania chorych osób z marginesu społecznego. Dopiero Florence Nightingale w połowie XIX w. pokonując liczne przeszkody, otworzyła szkołę dla pielęgniarek. Główny nacisk oprócz typowych umiejętności pielęgniarzkich położono, na nienaganne zachowanie w pracy i poza nią. Jej działalność na rzecz podniesienia prestiżu zawodu, jest niepodważalna [8]. Wychowała wiele pokoleń pielęgniarek. Jej uczennice niosły kaganek zmian, nawet na inne kontynenty. Przykładem może być Linda'e Richards, znana jako pierwsza wyszkolona pielęgniarka USA, która promowała pielęgniarstwo, również w Japonii [9].

Niezwykle istotne, dla przyszłości światowego pielęgniarstwa, było utworzenie w Stanach Zjednoczonych Ameryki, na przełomie wieków, Międzynarodowej Rady Pielęgniarek [10]. Organizacji zrzeszającej profesjonalistów. Ścisłe współpracującej z takimi instytucjami jak WHO, Czerwony Krzyż czy UNICEF. Choć pielęgniarki polskie, włączone zostały do jej struktur, dopiero 1948 roku, czynnie uczestniczyły w licznych projektach, dotyczących zdrowia i współpracy między tymi organizacjami.

W końcu nadszedł ten moment, w historii naszego zawodu, gdzie z poświęcenia i miłości bliźniego, przyszedł czas pielęgniarstwa zawodowego, opartego na wiedzy naukowej. Cytowane słowa, wybitnej pielęgniarki i nauczycielki Marii Minczewskiej, podkreślają znaczenie zawodu, u którego podstawy, leży ochrona najważniejszych wartości ludzkich – życia i zdrowia. Co zawarte jest w postulatach, takich ikon pielęgniarstwa jak Dorota Orem, Virginia Henderson, Madelaine Leininger [11].

Nie bez znaczenia dla jakości pielęgniarstwa, są kamienie milowe pionierek zawodu z Kanady – kształcenie na uczelniach wyższych, idee promocji zdrowia.

Podwaliny pod profesjonalny, prestiżowy zawód były solidne. I wydawać by się mogło, że pielęgniarstwo w Polsce, będzie się rozwijało, kwitło. Tak się nie stało. Na pewno wpływ na to miało położenie geopolityczne Polski. Sam fakt, że, przez ponad wiek kraj był pod zaborami, nie sprzyjał budowaniu tej istotnej dla państwa dziedziny. Wojny Światowe przerywały działalność szkół pielęgniarских: lwowskiej, krakowskiej, warszawskiej, jednak pielęgniarki ratowały i pielęgnowały ludzi pod auspicjami Czerwonego Krzyża.

Najbardziej znane i zasłużone pionierki polskiego pielęgniarstwa rozumiały, że tylko nauka prowadzi do właściwego pełnienia tej roli zawodowej. Korzystały z kursów prowadzonych przez pielęgniarki Czerwonego Krzyża w Polsce, wyjeżdżały za granicę. Miały otwarte umysły i chętnie dzieliły się wiedzą, tworzyły szkoły, uczyły. Wyznawały pogląd, że żeby się dzielić, trzeba coś posiadać [12]. I to, czyniły ze swoim potencjałem intelektualnym i materialnym. Wśród wielu, koniecznie wymienić trzeba Hannę Chrzanowską, Zofię Szlenkier, Elżbietę Rabowską, Annę Rydlównę. Pamiętać należy, w jak trudnych czasach przyszło im żyć, z jakim poświęceniem zdobywały wiedzę nie zważając na ostracyzm, przeciwności losu. Tym bardziej, te przykłady powinny inspirować do świadomego wyboru i wykonywania zawodu pielęgniarki. Cieszy fakt, że ich rola była doceniana nagrodami np. medalem Florence Nightingale, stypendiami np. Fundacji Rockefellera [14].

Po II Wojnie Światowej powrócono do kształcenia w zawodzie pielęgniarki. Nauka była prowadzona przez szkoły świeckie, pomaturalne. Istniały także krótkie ścieżki zawodowe. Powstała szkoła dla instruktorek pielęgniarstwa.

W kolejnych latach pojawiały się branżowe magazyny: Pielęgniarka Polska, Położna, a w efekcie połączenia tych periodyków w 1958 roku, Pielęgniarka i Położna. Wydawane przez Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie [15].

W 1968 roku Ministerstwo Zdrowia przyjęło zaproponowany system wyodrębnionych dziedzin pielęgniarstwa. I tak pojawiło się pielęgniarstwo pediatryczne, psychiatryczne, zachowawcze, środowiskowe, operacyjne i chirurgiczne. Szkolenie w tych kierunkach prowadzone było w systemach stacjonarnych i zaocznych i trwało dwa lata. W 1971 roku w Lublinie pierwsze pielęgniarki mogły się kształcić również, w ramach studiów dziennych na Akademii Medycznej. Kolejne uczelnie medyczne otworzyły swoje podwoje dla tego kierunku wkrótce po tym [16].

Od 2007 roku, aby zostać pielęgniarką, nie wystarczy ukończyć Liceum czy Studium Medycznego. Należy podjąć studia na Uniwersytetach Medycznych lub Wyższych Uczelniach Zawodowych, w celu zdobycia tytułu zawodowego Licencjata czy Magistra Pielęgniarstwa. Samorząd Zawodowy Pielęgniarek i Położnych umożliwił osobom wykształconym w poprzednim systemie nauczania tzw. studia pomostowe, po ukończeniu, których absolwent otrzyma tytuł zawodowy Licencjata Pielęgniarstwa oraz możliwość zdobycia kolejnego tytułu zawodowego – Magistra Pielęgniarstwa [17].

1.2. Ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej pierwszym krokiem do autonomii zawodu

Determinantami każdego niezależnego zawodu, są: regulacje prawne i organizacyjne, wiedza, doświadczenie, autorytet, profesjonalizm i określony system wartości [18].

Pierwsze załączki rodzącej się autonomii zawodowej pojawiają się jeszcze przed II Wojną Światową. Długofalowe działania na rzecz ustawodawstwa są zasługą pielęgniarek m.in. Marii Babickiej-Zachert, Heleny Nagórskiej, Zofii Zawadzkiej, Elżbiety Rabowskiej, Zofii Szlekier piastujących kierownictwa Referatu Pielęgniarstwa w Departamencie Zdrowia kierownictwa szkół pielęgniarstwa, szkół PCK i wielu innych wybitnych postaci ze środowiska medycznego.

Ustawa ostatecznie weszła w życie w lipcu 1935 roku [19]. Stanowiła akt ramowy. Dający ogólne wytyczne i ustalenia najważniejszych kwestii. Mimo, to sam fakt jej uchwalenia był dowodem na rangę zawodu, wysoką ocenę społeczną i państwową. Była wykładnikiem dążeń do podniesienia jakości polskiego pielęgniarstwa. Z chwilą wejścia w życie, zmniejszyła się liczba osób niedostatecznie wykwalifikowanych w zawodzie. Stworzono dla nich okresy przejściowe, warunki otrzymania uprawnień. Pielęgniarki zyskały ochronę swoich praw zawodowych. Wprowadzono rejestr, w celu ewidencji, racjonalnego zarządzania kadrami, nakaz okazania świadectwa zdrowia, zagadnienie tajemnicy zawodowej. Na uwagę zasługuje fakt, iż pielęgniarki zaliczono do pracowników umysłowych. Ustawa zawierała wytyczne dotyczące szkół pielęgniarstwa, symboli, umundurowania, a także postanowienia karne [20].

Ustawą, która trwale zmieniła postrzeganie zawodu pielęgniarki jako zawodu wykonawczego dla kadry lekarskiej, jest ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej

z 1996 roku [21]. Już na początku aktu normatywnego wyraźnie podkreśla, że zawody pielęgniarstwa i położnictwa, są samodzielnymi zawodami medycznymi. Rodzi to określone konsekwencje. Pielęgniarka posiada niezależność podczas realizacji zadań, tzn. planuje pracę własną, dobiera metody pracy, dokonuje ewaluacji. Równocześnie podejmując decyzje, ponosi za nie, odpowiedzialność. To osoba pracująca z zespołem terapeutycznym, a nie dla lekarza. Ukierunkowana na pacjenta, a nie na jego chorobę. Aby móc sprostać tym wymaganiom ustawa daje jasne wskazówki dotyczące drogi zawodowej, konieczności ustawicznego kształcenia. Dodatkowo ustawa daje możliwość do realizowania się jako pielęgniarstwo, na stanowiskach nie, stricte pielęgniarstwach np. związanych z procesem edukacji, administrowaniem w placówkach ochrony zdrowia, podmiotach typu żłobek, dom pomocy społecznej, czy pełnieniem funkcji w samorządzie zawodowym i związkach zawodowych.

Wszystkie zagadnienia tej ustawy były niezwykle ważne, choć w dużej mierze ogólnikowe. Kolejna ustawa z 2011 roku w swoich 104 artykułach, jest już bardziej precyzyjna we wszystkich kwestiach. Zwiększyła się liczba potencjalnych instytucji, w których pielęgniarstwo mogłaby być zatrudniona, bez ryzyka utraty prawa zawodu np., pełnienie służby na stanowiskach służbowych w Ministerstwie Obrony Narodowej, na których wykonuje się czynności związane z ochroną zdrowia i opieką zdrowotną, podobnie w więziennictwie, instytucjach samorządowych [22].

Na rangę zawodu wpływa posiadanie własnego organu usankcjonowanego prawnie. W przypadku pielęgniarstwa i położnictwa jest to samorząd zawodowy. W jego skład wchodzi Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Warszawie, oraz okręgowe izby pielęgniarstwa i położnictwa z siedzibami w miastach wojewódzkich. Statut organizacji, jej zadania zawarte są w ustawie z dnia 1 lipca 2011 roku o samorządzie pielęgniarstwa i położnictwa. Samorząd tworzą pielęgniarki/arze i położne/i posiadający czynne prawo wykonywania zawodu i wpisani do rejestru danej Izby Pielęgniarskiej. Przynależność do samorządu jest obowiązkowa dla wszystkich zarejestrowanych. Przedstawiciele wybierani są na okres 4 lat. Ich zadaniem jest reprezentowanie środowiska pielęgniarstwa i położnictwa, w szczególności sprawowanie pieczy nad należytym wykonywaniem zawodu poprzez przyznawanie prawa wykonywania zawodu i pociąganie do odpowiedzialności zawodowej swych członków [23].

Narastające stale tempo życia, stres, postęp technologiczny, nadmierne eksploatowanie surowców naturalnych oraz wydłużenie życia ludzi prowadzi do nieuniknionych zmian. Dlatego rośnie rola zawodów medycznych, w tym pielęgniarstwa. Następuje przesunięcie zadań z chorób, na promocję zdrowia, co wyraża się usystematyzowaniem pełnionych przez pielęgniarkę funkcji :

- zapewnia swoją pomoc, stosownie do potrzeb i problemów zdrowotnych człowieka, rodziny, grup społecznych w zakresie promowania zdrowia, zapobiegania chorobom

- i przywracania zdrowia, uczy i oddziałuje wychowawczo, wspiera, pomaga, organizuje, kieruje, zastępuje;
- kształtuje współpracę z człowiekiem, z ludźmi, którym zapewnia swoją pomoc;
- podejmuje działania na rzecz ciągłego podnoszenia jakości i efektywności pielęgnowania.

Wraz z rosnącą samodzielnością pielęgniarstwa zostały objęte ustawową ochroną przewidzianą dla funkcjonariuszy publicznych [24]. Przepisy mają za zadanie chronić godność i nietykalność cielesną pielęgniarek i położnych, w związku z pełnieniem przez nie obowiązków zawodowych. To jest niezwykle istotne, w świetle coraz częściej występujących incydentów agresji słownej i fizycznej.

Samodzielność zawodowa sukcesywnie ewoluje dzięki kolejnym Rozporządzeniom Ministra Zdrowia [25]:

- w sprawie recept wystawianych przez pielęgniarki i położne;
- w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń udzielanych przez pielęgniarkę, albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego;
- w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych ordynowanych przez pielęgniarki i położne oraz wykazu badań diagnostycznych, na które mają prawo wystawić skierowania pielęgniarki i położne;
- w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Dotyczące porady pielęgniarskiej w AOS i POZ.

Wszystkie te możliwości prawne zwiększają autonomię i niezależność pielęgniarek. Mogą one, bez zlecenia lekarskiego wykonywać świadczenia profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze i rehabilitacyjne. Samodzielnie ordynować leki i wyroby medyczne. Wypisywać recepty, po uzyskaniu specyficznych uprawnień i kompetencji. Liczba procedur i kompetencji pielęgniarskich wzrasta proporcjonalnie do potrzeb zdrowotnych. Widoczne jest to, szczególnie teraz, gdy istnieje realne zagrożenie epidemiczne rozprzestrzeniającym się i stale mutującym wirusem SarsCov 2. Na mocy kolejnych rozporządzeń pielęgniarki kwalifikują do szczepień, udzielają teleporad, wykonują badania fizykalne.

Przyjęta przez Radę Ministrów strategia dotycząca rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce w październiku 2019 roku, zawiera ambitne plany zwiększenia liczby pielęgniarek i położnych, powstrzymanie emigracji zarobkowej, zmotywowanie absolwentów szkół średnich do podejmowania studiów pielęgniarskich i kariery w zawodzie, utrzymanie na rynku pracy pielęgniarek i położnych, w tym nabywających uprawnienia emerytalne. Te działania planowane są na najbliższe 15 lat i będą weryfikowane co 5 lat [26].

Niezależność, samodzielność zawodową uważa się za kluczowy czynnik rozwoju, a zarazem motywację do pracy. Autonomia decyduje o satysfakcji zawodowej, a jej brak skutkuje mniejszym zaangażowaniem. Fedrerice Laloux przekonuje, że ludzie najlepiej pracują w warunkach wolności, partnerstwa, zaufania i współpracy. W takich warunkach, są kreatywni, zmotywowani i efektywni. Nie ma potrzeby ich kontrolować. Nie podejmują nieprzemyślanych decyzji, konsultują swoje pomysły z członkami zespołu i dzięki zaufaniu, którym są obdarzani stają się odpowiedzialni za własne działania [27]. Takie mogą i powinny być pielęgniarki. Ale czy pielęgniarki są otwarte na nowoczesne pielęgniarstwo? Pielęgniarstwo na światowym poziomie, poparte dowodami naukowymi? Czy raczej zmęczone świadczeniem usług pielęgniarstkich w kilku placówkach, dbaniem o mir domowy, nie są zainteresowane niezależnością zawodową, popartą wiedzą i kompetencjami? Przedstawicielki zawodu w Polsce uważają, że potrzebna będzie przebudowa mentalna, ale te zmiany są wartościowe i potrzebne dla obecnych i przyszłych pokoleń pielęgniarek. Pozytywne zmiany odczuwają także pacjenci, a to jest sedno pielęgniarstwa.

1.3. Kompetencje i uprawnienia zawodowe pielęgniarek i pielęgniarzy

Pielęgniarstwo w Polsce, nigdy nie było profesją, w którą inwestowaliby rządzący, niezależnie jaką opcję polityczną by reprezentowali. Wszystkie osiągnięcia zawdzięcza ciężkiej pracy swych przedstawicielek oraz licznych grup pielęgniarek i pielęgniarzy organizujących marsze, strajki, monitujących pielęgniarek- posłanek w Sejmie, roboczych grupach komisji zdrowia. Nigdy nie postawiły one na szali, życia i zdrowia pacjenta [29]. Mimo tego, że zawód, jest trudny i w porównaniu z innymi profesjami nie jest atrakcyjny pod względem finansowym, funkcjonujące w systemie pielęgniarki spełniają wymogi ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej w zakresie ustawicznego kształcenia [22]. Łącznie liczba pielęgniarek i położnych posiadających tytuł licencjata i magistra pielęgniarstwa, oraz tytuł licencjata i magistra położnictwa to połowa zarejestrowanych aktywnych zawodowo pielęgniarek i położnych [28]. Pielęgniarki w Polsce podejmują również studia doktoranckie, prowadzą badania oparte na dowodach naukowych EBM, są cenionymi naukowcami w strukturach światowych organizacji. Polskie pielęgniarki są kreatywne, otrzymują wyróżnienia, nagrody. W 2021 roku Nagrodę Pielęgniarską Królowej Szwecji Queen Silvia Nursing Award zdobyła Julia Osiecka, za projekt- powrót do młodych lat. Laureatka zachęca do wykorzystania wirtualnej rzeczywistości do przedstawienia i doświadczania aktywności, które w młodości były codziennością obecnych seniorów [30]. Wszystkie propozycje zgłoszone do nagrody były innowacyjne i warte rozwoju. Nie promuje się jednak pielęgniarstwa

i nie pomaga w tym narracja w mediach - seriale fabularne i paradokumenty fałszują obraz pielęgniarki [31].

Kompetencje, to ranga, nobilitacja, ale również odpowiedzialność i nierozzerwalnie z nią związane roszczenia pacjentów. Środowisko pielęgniarskie, boi się konsekwencji i niechętnie korzysta ze swoich uprawnień. Widać to szczególnie w ilości wystawianych recept przez uprawnione pielęgniarki. W pierwszej połowie 2019 roku receptę wystawiło 2150 pielęgniarek [17]. Za przyczyny tego faktu podaje się brak wymogów formalnych, dynamiczny system refundacji leków, trudności proceduralne takie jak dostęp do systemu E-wuś, podpis certyfikowany, zakładanie konta na platformie P1, konieczne jest zaplecze sprzętowe, spełniające określone wymagania techniczne. Nie bez znaczenia jest także odpowiedzialność, także finansowa. Poza tym za nowymi kompetencjami, czyli kolejnymi obowiązkami, nie następuje wzrost wynagrodzeń za usługę. Niewykorzystana szansa systemu, gdzie w czasach zagrożenia epidemicznego, pacjenci muszą się narażać pobytem w placówce ochrony zdrowia, w celu wypisania czy przedłużenia recepty. Podobne dylematy dotyczą pozostałych nabytych kompetencji pielęgniarskich. Rzeczywiste wykonywanie tych czynności zmieniłoby postrzeganie pielęgniarki przez społeczeństwo jako służącej pana doktora, na korzyść pielęgniarki profesjonalistki, która z powodzeniem dokona badania fizykalnego, zleci i dokona analizy badań i jeśli będzie to konieczne zaordynuje odpowiednie leki. Profesjonalizm przekłada się na prestiż, którego wykładnią są adekwatne wynagrodzenia.

To wszystko budzi frustrację i nie sprzyja homeostazie zawodowo rodzinnej. Te same bariery dotyczą badań fizykalnych w codziennej praktyce pielęgniarskiej. Niewiele pielęgniarek korzystających ze stetoskopu, można spotkać na oddziałach. I mimo, iż badania fizykalne są przedmiotem w programie edukacji studiów pielęgniarskich, przystąpienie do szkolenia specjalizacyjnego z danej dziedziny wymaga świadectwa ukończenia wyżej wymienionego kursu, to nie przekłada się to na pracę zawodową. W literaturze zagadnienia dotyczącego skali światowej, podkreśla się, że sytuacja jest lepsza w krajach, gdzie na oddziałach szpitalnych jest mniejsza liczba lekarzy, specjalistów. To brak kadry lekarskiej spowodował przesunięcie tego rodzaju kompetencji na pielęgniarki. Badaniem fizykalnym w pełnym zakresie zarówno manualnym i sprzętowym posługują się tam pielęgniarki pielęgniarstwa zachowawczego, kardiologiczne, nefrologiczne, anestezjologiczne i dializacyjne. W mniejszym stopniu ze swoich uprawnień korzystają pielęgniarki innych specjalności [32]. W Polsce niestety nie mamy się czym chwalić w tym zakresie, chociaż pojawiają się pionierzy, w postaci pielęgniarzy młodego pokolenia, którzy widzą w tym szansę na rozwój, prestiż. Chętnie o tym mówią i propagują nowoczesne pielęgniarstwo. Prowadzą oni swoje blogi, podcasty, strony internetowe, a co najważniejsze propagują treści zgodne z aktualną wiedzą. Pokazują rzeczywistość, szukają rozwiązań, zapraszają gości, którzy

dzielią się swoją wiedzą i poszerzają horyzonty przepracowanych pielęgniarek, promują pielęgniarstwo [33].

Niewykorzystanie kompetencji, jest ogromną stratą dla pielęgniarstwa, dla pacjenta. Powszechnie wiadomo, że zaciera się granica między pielęgniarstwem, a medycyną. Ukierunkowanie działań medycznych już od dawna zmierza, ku holizmowi. Aspekt biopsychospołeczny jest podstawą w indywidualnym planie opieki pielęgniarzkiej [34]. Piękne założenia, idee, ale rzeczywistość pielęgniarek jest trudna. Oprócz oczywistych powodów jak wynagrodzenie wynikające z dodatkowych kompetencji, obserwuje się jeszcze niechęć środowiska lekarskiego oraz mniejsze zaufanie pacjentów, do pielęgniarek wykorzystujących nowe uprawnienia. Mimo to pielęgniarzki rozumieją ideę i konieczność zmiany systemu i pojawiające się możliwości, co obrazują petycje kierowane do Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych w sprawie poszerzenia kompetencji dla grupy zawodowej magistrów, licencjatów i specjalistów pielęgniarstwa i położnictwa [35]. Współpraca w ramach zespołu do zmian w podstawowej opiece zdrowotnej POZ, przy Ministrze Zdrowia również świadczy o powadze zawodu i prestiżu [36].

1.4. Zdrowie pielęgniarek

Do czynników wpływających na stan zdrowia pielęgniarek należą ogólne warunki pracy, zasoby ludzkie i materiałowe, organizacja czasu pracy, praca zmianowa, ale także fizyczne czynniki środowiskowe: temperatura, wilgotność, ruch powietrza, hałas, oświetlenie, promieniowanie jonizujące, materiał biologiczny czy substancje chemiczne. Znaczenie ma także tzw. kultura organizacji, stosunki panujące wewnątrz niej, rodzaj, specyfika i natężenie pracy [38].

Ostatnie badania na temat długości życia kobiet w Polsce jasno pokazują, że długość życia pielęgniarek jest zdecydowanie krótsza, niż średnia kobiet i sukcesywnie się zmniejsza. I tak w według danych Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych przeciętna długość życia pielęgniarek w Polsce wynosiła w 2020 roku 63,8 lat, przy przeciętnym wieku kobiet w Polsce 81.8 lat. Łączna średnia z lat 2016-2020 jest jeszcze niższa i wynosi 61,4 lata [39].

W roku 2021 umieralność wśród pielęgniarek wyniosła aż 1,6 tysiąca pielęgniarek. Prezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych uzasadnia, iż jest to wynikiem ciężkiej pracy zmianowej, bez odpowiedniej ilości odpoczynku, regeneracji. Pielęgniarka z 25 letnim stażem, pracująca na nocne zmiany nie przespała we własnym łóżku w domu pięciu lat. To musi się odbić na zdrowiu fizycznym, psychicznym, funkcjonowaniu psychospołecznym. Zmęczenie, bezsenność, zwiększenie ryzyka urazów i wypadków, brak kontaktów towarzyskich, aktywności fizycznej innej niż zawodowa, kłopoty z pamięcią, trudności w uczeniu się, liczne choroby, zwiększone ryzyko nagłych stanów [40].

Pandemia Covid 19 miała kolosalny wpływ na wzrost występowania zaburzeń snu, wśród pracowników ochrony zdrowia. Połączenie stresu i deprivacji snu stanowi ryzyko myśli samobójczych, depresji i ogólnie pojętej złej jakości życia, było przedmiotem badań pielęgniarek w szpitalach w Ottawie. Wyniki tych badań są istotnie znaczące klinicznie.[41].

Te przygnębiające statystyki pogłębia fakt, że z każdym rokiem coraz więcej pielęgniarek odchodzi na emerytury. Wiele z nich zmuszonych jest pracować nadal, głównie ze względów finansowych. Największy liczbowo przedział wiekowy tej grupy zawodowej to 51-60 lat. Co stanowi blisko 36% ogólnej liczby wszystkich przedstawicieli zawodu. Nowy dopływ personelu pielęgniarskiego, nie jest wystarczający, by zabezpieczyć w pełni etaty w placówkach świadczących usługi zdrowotne. Co oznacza, że pracujące wciąż w systemie pielęgniarstwa, dźwigają ciężar opieki nad pacjentem na swoich barkach nie rzadko ponad dobę, wypracowując nawet 300 godzin miesięcznie. Osoby, które podejmują dodatkową pracę, wykonują niejako pracę od 1,5 do 2,6 etatu [43]. Aby to zobrazować, podaje się przykład, gdzie w wyniku zaprzestania pracy dodatkowej oraz zaprzestania pracy przez emerytowane pielęgniarki dochodzi do zamknięcia kilkudziesięciu szpitali w Polsce. W samym województwie Kujawsko-Pomorskim 11. Raport NIPP dotyczący sytuacji kadrowej w zawodzie podkreśla, brak zastępowalności pokoleń w zawodzie [39]. Ciężar pracy wykonywanej ponad normę ma ścisłe odzwierciedlenie w stanie psychicznym, jakości odpoczynku, relacjach międzyludzkich – tak ważnych w komunikacji z pacjentem, członkami zespołu terapeutycznego. Jak to odbija się na powierzanych zadaniach? Za błąd ludzki ceną jest życie człowieka – pacjenta, jego rodziny jak również pielęgniarki i jej bliskich. Jak można edukować, promować zdrowie, kiedy samemu się nie jest wzorem do naśladowania? Czy to przejaw hipokryzji, czy po prostu życiowa konieczność? Takie pytania powinny sobie postawić pielęgniarki i pielęgniarze czynni zawodowo.

W literaturze przedmiotu obciążenia stanowiska pracy określa się stopniem zaangażowania pracownika w wykonywaną pracę lub liczbą występujących skutków tego zaangażowania [44]. Tym czasem realia w polskich jednostkach zdrowia, nie zostawiają najmniejszych złudzeń w tym względzie. Praktyka jest odległa od teorii, a przeciążony pracą personel nie jest skuteczny w działaniu, popełnia błędy, nie jest empatyczny w stosunku do chorych i koleżanek, kolegów. Prowadzi to, do konfliktów, złej atmosfery w pracy, co przekłada się na zaburzenia, snu, opóźnia procesy myślowe, wywołuje objawy somatyczne takie jak bóle głowy, nudności, bóle brzucha, biegunki czy zaparcia. Pojawiają się choroby przewlekłe takie jak depresja, cukrzyca, choroby autoimmunologiczne [37].

Wszechobecny stres i brak możliwości użycia wentyli bezpieczeństwa, występujące zjawisko wtórnej traumatyzacji oraz zespół stresu pourazowego sprzyja chorobom nowotworowym i i układu krążenia [45]. Natomiast deficyty w stosowaniu

zbilansowanej, wartościowej diety, nadużywanie używek: kawa, napoje energetyczne, nierzadko środki pobudzające prowadzą do chorób układu pokarmowego [46]. Przeciążenia wynikające z niestosowania się do przepisów BHP w zakresie podnoszenia, przesuwania skutkują chorobami układu ruchu, obniżeniem narządów miednicy i kolejnymi niekorzystnymi zmianami. Co znamienne większość chorób występujących w Wykazie Chorób Zawodowych dotyczy personelu medycznego [47]. Faktyczny obraz współczesnej polskiej pielęgniarki odbiega znacznie od tych, które prezentowane są w zagranicznych serialach telewizyjnych i niestety mijają się z profesjonalizmem, do którego osoby pracujące w zawodzie pretendują.

Jednak mimo krytycznej sytuacji w Systemie Ochrony Zdrowia istnieją narzędzia, które można i należy wykorzystać dla zachowania własnego zdrowia. Jednym z nich jest poczucie własnej skuteczności [48]. Ma ono szczególne znaczenie dla pielęgniarek i pielęgniarzy czynnych zawodowo. Ponieważ im wyższe poczucie własnej sprawczości, zaradności i skuteczności, tym wyższa homeostaza emocjonalna, łatwość w radzeniu sobie w sytuacjach stresujących [50]. Poczucie własnej skuteczności jest swoistym płaszczem ochronnym, gdyż zapobiega wypaleniu zawodowemu. To umiejętność, która polega na pozytywnym podejściu do stresu (jako czynnika rozwoju, motywacji), rozumieniu mechanizmu stresu, sposobów niwelowania napięć. Wymaga zatem pogłębiania wiedzy, treningu i praktyki. Ostatecznie przekłada się na wysoką odporność psychiczną, zdrowie, zaradność, efektywność w działaniu, a w rezultacie profesjonalizm i wzrost opieki pielęgniarskiej [49].

1.5. Życie osobiste pielęgniarek i pielęgniarzy aktywnych zawodowo

Równowaga w życiu człowieka, to cel, do którego powinno się dążyć. Im więcej aktywności, zadań, które się podejmuje, tym trudniej tę równowagę osiągnąć. Powstały systemy filozoficzne, religijne, nauki, gałęzie treningu personalnego, mentalnego, które skupiają się na poczuciu równowagi w życiu. Od czasów starożytnych, Hipokratesa, Buddy, mędrców kultury chińskiej, słynnego yin/yang, po teorie Antonovskiego o poczuciu koherencji, osiągnięciu status quo na kontinuum zdrowia, system work-life balance, poszukuje się homeostazy [50].

W pracy pielęgniarskiej jest to niezwykle trudne z powodów ogólnie znanych: praca w kilku miejscach, nadmierne obciążenie obowiązkami, brak regularności w przyjmowaniu posiłków, stres, lista jest bardzo długa. Kiedy do tego dochodzą obowiązki wynikające z funkcjonowania w związku, opieką nad dziećmi, rodzicami, utrzymać równowagę jest praktycznie niemożliwe. Może pojawić się konflikt interesów na linii praca- rodzina czy rodzina-praca. Mówi o tym tzw. hipoteza niedostatku, gdzie zakłada się, że zasoby człowieka, mają charakter ograniczony. Realizacja jednej

funkcji społecznej, wyczerpuje i zubaża zasoby niezbędne do realizacji drugiej funkcji społecznej [51]. Konflikt dotyczący pracy i rodziny jest typowym konfliktem ról społecznych i pojawia się wówczas, gdy realizacja jednej z ról, utrudnia realizację zadań drugiej [52]. Dla niektórych znacznym ułatwieniem jest praca zmianowa, pod warunkiem pracy na jednym etacie. Taka możliwość wpływu na harmonogram pracy i niweluje negatywne konsekwencje pracy zmianowej. Ale jak pokazują wyniki badań istotnie wyższy jest poziom konfliktu praca/dom u osób pracujących na zmiany, w stosunku do osób wykonujących pracę jednozmianową. Te konflikty wynikają z działania następujących stresorów: praca występuje w czasie zwyczajowo zarezerwowanym dla rodziny, występuje napięcie, zmęczenie, drażliwość i przeciążenie [53].

Dla osób, które planują karierę zawodową, macierzyństwo może opóźnić awans. Kobiety obecnie rzadziej decydują się na macierzyństwo, często odwołują te decyzje w czasie. Według danych Eurostatu dotyczących najnowszych statystyk dotyczących dzietności Polek, średnia wieku to około 30 lat. Coraz częstszym modelem staje się model 2+1, a w 2020 roku, więcej ludzi zmarło niż się urodziło [54]. Mimo, że czas urlopu macierzyńskiego został znacznie wydłużony, a wracającej do pracy karmiącej matce przysługuje skrócony czas pracy, w praktyce zdarza się, że nie jest ona wykorzystywana z przyczyn tak prozaicznych jak braki kadrowe. W czasach, gdy pielęgniarek było pod dostatkiem, nierzadko normą był kilkuletni urlop wychowawczy [55].

Nie można też zapominać o obecnej sytuacji- życiu w pandemii. Każdy pielęgniarz, pielęgniarka codziennie się zastanawia: czy wróci do domu po dyżurze, czy będzie musiał zostać w pracy, bo źle się poczuje, uzyska dodatni wynik testu na Sars Cov 2, czy przyniesie chorobę do domu, zarazi bliskich, może przyczyni się do ciężkiej choroby i śmierci. Setki pielęgniarek wozi w aucie torbę z podstawowymi rzeczami, gdyby nie mogły wrócić do domu. Pandemia, trwa już ponad dwa lata, jej skutki odbijają się na życiu każdej rodziny. W wielu wywiadach polscy medycy opowiadają o lęku wszystkich członków własnej rodziny. Jak przerażone są ich dzieci, nawet te najmłodsze. Boją się o mamę, tatę. Muszą wdrażać własne mechanizmy obronne w postaci rytuałów dających poczucie bezpieczeństwa [56].

Badania prowadzone przez Massachusetts General Hospital, oraz Harvard Medical School mówią, że ryzyko rozpadu małżeństwa w związkach pielęgniarek, wynosi 33% [57]. Wśród personelu medycznego oddziałów intensywnej opieki, pielęgniarek, anestezjologów i ratowników jest zdecydowanie więcej rozwodów niż w innych specjalnościach. Nie jest tajemnicą, że mijanie się w drzwiach ze swoim partnerem nie jest dobre, dla relacji w związku. Psycholog Leszek Melibruda dowodzi na podstawie badań i własnej praktyki, że mężczyzna lepiej sobie radzi z życiem w dwóch

przestrzeniach, niż kobieta. Pielęgniarka będąc w pracy często sobą dominującą, nie jest w stanie być partnerką w domu. Ta dominacja przenosi się na związek [58].

Praca zawodowa, nie musi jednak wyłącznie negatywnie wpływać na życie rodzinne. Model wzajemnego wzbogacania pracy i rodziny zakłada, iż oba te obszary, mogą na siebie pozytywnie wpływać. Doświadczenia jednej roli, poprawiają działanie w drugiej. Zbudowane zasoby w jednej ze sfer, są wykorzystywane w drugiej. Osoby, które wchodzi w związki z pielęgniarkami/pielęgniarzami prowadzą szczęśliwsze życie: w związku jest lepsza komunikacja, pielęgniarki posiadają umiejętność planowania i zarządzania życiem codziennym, współczucie i altruizm to również ważna cecha w związku, radzenie sobie z nagłymi, nieprzewidywanymi sytuacjami, świadczy o dojrzałości i pomaga w trudach życia rodzinnego. Rodziny pielęgniarek są nastawione na zdrowie, zaopiekowane w chorobie. Wynika to ze specyfiki pracy w ochronie zdrowia. Niestety, o samych przedstawicielach zawodu, nie można tego powiedzieć. Stwierdzenie, że pielęgniarką jest się zawsze: w pracy, w domu, na urlopie, w autobusie, w szpitalu, gdzie przebywa jako pacjent, dobrze obrazuje, tę kwestię.

Z kolei pielęgniarki mające doświadczenie cierpliwości wobec własnych dzieci, korzystają z tych umiejętności w relacjach z pacjentem czy członkiem zespołu terapeutycznego [59].

1.6. Systemy wsparcia pielęgniarek i pielęgniarzy czynnych zawodowo

Wsparcie to nie tylko instytucje. To również kultura organizacji, bezpieczeństwo jej członków [60]. Wytworzone własne mechanizmy wsparcia, takie jak prężność poznawcza, czy też w postaci rodzin, przyjaciół, sportu, pasji [61]. Pielęgniarek, które tworzą piękne przedmioty, rzeczy użytkowe, biżuterię, piszą książki, malują czy muzykują. jest bardzo wiele. Dzięki nowoczesnym technologiom, internetowi można te prace, podziwiać, kupić [62]. Jeśli chodzi o uprawianie sportu wśród grupy pielęgniarek i pielęgniarzy, badania pokazują, że najwięcej osób trenuje regularnie wśród najmłodszych i najstarszych pracowników [63].

Również Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych zapewniają wsparcie swoim członkom w wielu obszarach: edukacji – (kursy, szkolenia warsztaty, ale także dostęp do bibliotek wirtualnych, serwisów prawnych), działania pomocowe – (zapomogi finansowe, pomoc, w przypadku trudnej sytuacji życiowej), oferują karty do klubów fitness, doradztwo, w wielu problemach [64].

Wszystkie te metody, są uznanymi sposobami wsparcia. Jednak często, konieczne jest wdrożenie profesjonalnej pomocy. Pandemia obnażyła System Opieki Zdrowotnej w tym względzie. Nie tylko pacjenci, często nie są objęci opieką psychologiczną, ale także personel, który doświadcza zespołu stresu pourazowego czy wtórnej traumatyzacji.

Wyniki przeprowadzonych już badań są zatrważające, jeśli chodzi o skutki pracy medyków w pandemii. „Kryzys, to nie jest jakaś sytuacja. To wyraz percepcji, tego zdarzenia przez człowieka i jego reakcji na zagrażającą sytuację. W tym procesie, człowiek zdaje sobie sprawę, że posiadane przez niego strategie radzenia sobie, nie mogą być tak efektywne jak do tej pory.” [42].

Na pomoc tym zjawiskom wychodzi szereg organizacji pozarządowych, uczelni, również Ministerstwo Zdrowia oferuje pomoc psychologiczną, oddziały Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych, ale także dyrektorzy placówek medycznych, urzędy miast. Istnieją akcje prowadzone w mediach takie jak: Ulga dla medyka, SOS- bezpłatna pomoc psychologiczna dla pielęgniarek i położnych, , #DawkaWsparcia, #NieDamySię Wsparcie psychologiczne dla służby zdrowia. Można nawiązać kontakt i uzyskać wsparcie psychologiczne wykwalifikowanych terapeutów [65].

Na szczególną uwagę zasługuje projekt Kliniki Terapii Poznawczo-Behawioralnej Uniwersytetu SWPS w Warszawie. To praca na platformie internetowej Med.-Stres SOS. Dedykowana jest przedstawicielom zawodów medycznych. Jego celem jest wsparcie, w radzeniu sobie ze stresem w pracy zawodowej. Treści i treningi, zawarte w programie służą wzmocnieniu własnych zasobów wewnętrznych, obniżeniu napięcia. Oparte są na badaniach naukowych i opracowane we współpracy z terapeutami. Składa się z ośmiu modułów: jak się dzisiaj czujesz?, twoje doświadczenia, doświadczenia innych, proszenie o pomoc- pułapki myślowe, proszenie o pomoc- jak to zrobić?, mindfuness, relaksacja, drobne przyjemności. Program dostępny jest w całości online i jest bezpłatny [66].

Trwająca sytuacja rodzi pytania o uruchomienie mechanizmów adaptacyjnych, wśród polskich pielęgniarek i pielęgniarzy. W grupie pielęgniarek z Azji czy Włoch zaobserwowano, że zasoby własne są wystarczające, do radzenia sobie z sytuacją kryzysową. Polskie pielęgniarki, w obliczu zmian, które następowały w ostatnich latach wypracowały własne strategie radzenia sobie ze skutkami stresu psychologicznego [42]. Dodatkowo ustawiczne kształcenie, podnosi zdolności własne prężności poznawczej, czyli skutecznego radzenia sobie ze stresem, negatywnymi emocjami, adaptacją do nowych, zmiennych warunków mimo przeciwności, czy straty [61].

Praca pielęgniarza/pielęgniarki to odpowiedzialność osobista, zawodowa. Dynamiczne zmiany w ochronie zdrowia, wymagają uwagi w zakresie szeroko pojętego prawa medycznego. Kolejne ustawy, rozporządzenia, nadają uprawnienia, prawa pacjenta w czasie pandemii ulegają ograniczeniu. Warto mieć wsparcie w tym względzie, korzystać z webinarów, pomocy prawników w Izbach Pielęgniarek i Położnych. Strona MedLaw prawo dla medycyny, powstała, aby upowszechniać wiedzę z dziedziny prawa i medycyny. Prowadzona jest przez dr n. prawniczych Anitę Gałęską - Śliwkę. Doświadczoną i praktykującą prawniczkę [67].

2. Metodyka badań

2.1. Cel badań.

Przedmiot i cel badań społecznych obejmują wiele przestrzeni życia społecznego. Zarówno te materialne jak i niematerialne np. idee, wierzenia. Krystyna Lutyńska podkreśla, że w analizie przedmiotu, należy rozpatrzyć następujące kwestie: jakie konkretne zjawisko, dostępne doświadczeniu, w jakim społecznym obiekcie (systemach, procesach, zbiorowościach) będzie badane? W jakich granicach czasowych? Co będzie badane bezpośrednio i na co z dużym prawdopodobieństwem będzie można rozszerzyć wnioski [68].

Przedmiotem prowadzonej analizy jest zjawisko oddziaływania pracy zawodowej na życie osobiste pielęgniarek i pielęgniarzy aktywnych zawodowo.

Michał Łobocki podaje, że cel badań to rodzaj efektu, jaki w wyniku badań, chcemy uzyskać, a także czynności, z którymi efekty te będą się wiązać [69].

Celem głównym niniejszej pracy jest: określenie wpływu pracy zawodowej na życie osobiste pielęgniarek i pielęgniarzy aktywnych zawodowo. Na podstawie celu ogólnego wyodrębniono następujące cele szczegółowe:

1. Określenie poziomu świadomości pielęgniarek i pielęgniarzy na temat zagrożeń wynikających z ponadnormatywnego czasu pracy.
2. Określenie znaczenia wpływu pracy zawodowej na relacje międzyludzkie, rodzinne, towarzyskie, własne zdrowie.
3. Określenie sposobów radzenia sobie z traumatyzacją wynikającą z działań zawodowych.
4. Określenie poziomu satysfakcji zawodowej, na podstawie nabytych uprawnień i kompetencji przez respondentów.
5. Ocena Systemu Opieki Zdrowotnej w dziecinie pielęgniarstwa: jego promocji, przyszłości i autonomii wyrażona opiniami respondentów.

2.2. Szczegółowe problemy i hipotezy badawcze

Według Janusza Szumskiego problemem badawczym nazywamy to, co jest przedmiotem wysiłków badawczych, czyli co orientuje przedsięwzięcia poznawcze [70].

Główny problem badawczy niniejszej pracy dotyczy zagadnienia czy wpływ pracy zawodowej na życie osobiste, istnieje w świadomości aktywnej zawodowo grupy

pielęgniarskiej i jak jest przez nią postrzegane. Ze względu na złożoność problemu wyłoniono problemy szczegółowe:

1. Czy istnieje konflikt interesów na płaszczyźnie rodzina-praca, praca rodzina?
2. Czy można się realizować zawodowo i prowadzić szczęśliwe życie osobiste?
3. Czy empatia pomaga, czy przeszkadza w wykonywaniu tego zawodu?
4. Jakie niebezpieczeństwa niesie wykonywanie zawodu pielęgniarki/arza?

Hipotezy badawcze są uszczegółowieniem celów i problemów badawczych. Stanowią nowe twierdzenia, co do których istnieje pewne prawdopodobieństwo, że są właściwym rozwiązaniem sformułowanych problemów badawczych [70].

Główna hipoteza badawcza brzmi: praca zawodowa, w ponadnormatywnym czasie pracy, zaburza życie osobiste w wymiarze biopsychospołecznym.

Sformułowano hipotezy szczegółowe:

1. Własne zdrowie nie jest priorytetem, dla pielęgniarek pracujących w ponadnormatywnym czasie pracy.
2. Pielęgniarki/arze mają wsparcie w godzeniu życia zawodowego i rodzinnego.
3. Poziom wykształcenia kadry pielęgniarskiej ma istotne znaczenie, dla redukcji skutków traumatyzacji, wynikających z trudnych sytuacji w pracy.
4. Satysfakcja zawodowa pielęgniarek i pielęgniarzy, wynika z kultury organizacji oraz nabywania kolejnych uprawnień.
5. System Opieki Zdrowotnej nie spełnia oczekiwań, w zakresie promocji, przyszłości i autonomii pielęgniarstwa.

2.3. Metody i narzędzia badawcze

Tadeusz Pilch o metodzie badawczej mówi, że jest to zespół czynności i zabiegów zmierzających do poznania określonego przedmiotu. To pewnego rodzaju charakterystyczne działanie, które podejmujemy, w celu zdobycia interesujących nas danych [71]. Dla celów pracy wybrano metodę sondażu diagnostycznego, analizę i krytykę piśmiennictwa.[68]

O technice badawczej autor mówi, iż jest wykładnią naczelnym problemów badawczych [71].

W pracy ze względu na ograniczony dostęp do wybranej grupy badanej, zastosowano autorski kwestionariusz ankietowy oraz techniki statystyczne. Tworząc narzędzie diagnostyczne do badania istotnych dla tego opracowania (kwestionariusz ankiety dla pielęgniarek i pielęgniarzy) wykorzystano formę pytań i odpowiedzi nazywaną skalą ocen lub pytaniem typu Likerta, w skrócie określaną skalą Likerta. Jest to skala o wyższym stopniu standaryzacji. Do oceny stwierdzeń wybrano wariant 5. punktowy.

Zawiera on tzw. neutralny punkt środkowy ("nie mam zdania"). Trzeba pamiętać, że respondenci wykazują tendencję do wyboru tych kategorii, które są najbliższe środka.

Skala Likerta jest najczęściej wykorzystywaną skalą do pomiaru postaw, odczuć, przekonań. Badany określa, w jakim stopniu zgadza się z określonym stwierdzeniem. Pozwala ona nie tylko poznać opinię respondentów na dany temat, ale również ocenić ich zdecydowanie w danej kwestii. Ponieważ „zdecydowanie tak”, to więcej niż „raczej tak”, a „raczej tak” to więcej niż „nie mam zdania” itd., to skala Likerta ma charakter poziomu porządkowego. Odczucia, postawy, przekonania daje się mierzyć - co do zasady - jedynie na poziomie porządkowym. Kategoria tych, którzy nie umieją określić swoich odczuć, jest opcją neutralną w środku skali. Ważne jest też miejsce wobec pozostałych. Ci, którzy nie są pewni, nie mają zdania to „mniej” niż poparcie, ale jednak więcej niż przeciwstawianie się prezentowanym odczuciom.

Narzędzie badawcze wg Wincentego Okonia, to materiały, narzędzia techniczne służące do prowadzenia badań i opracowania ich wyników [72]. W niniejszej pracy użyto kreator formularzy online google.

2.4. Organizacja i przebieg badań

Badania przeprowadzono wśród byłych i obecnych studentów studiów niestacjonarnych Wyższej Szkoły Medycznej w Legnicy, na kierunku pielęgniarstwo w okresie od 01.11.2021 do 01.03.2022. Kryterium włączenia stanowiły osoby czynnie pracujące zawodowo.

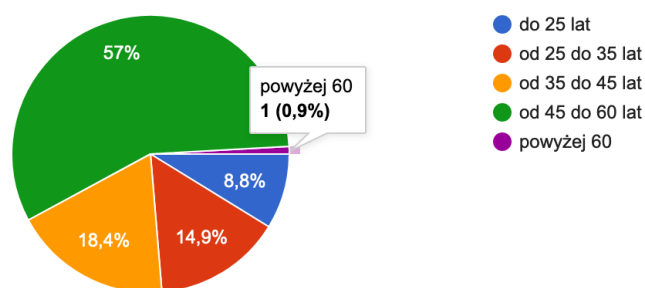
2.5. Charakterystyka grupy badanej

W badaniu sondażowym, wzięło udział 115 obecnych i byłych studentów na kierunku pielęgniarstwo w Wyższej Szkole Medycznej w Legnicy. Badanie przeprowadzono on-line.

Wiek

Badanie ankietowe przeprowadzono wśród 115 osób w wieku od 18 do 65 lat. Najliczniejszą grupę 57% (65 osób) stanowili respondenci w wieku od 45 do 60 lat. Ilustrację rozkładu wieku osób biorących udział w badaniu przedstawia rys. 2.1.

Opis statystyczny przedstawia tabela I.



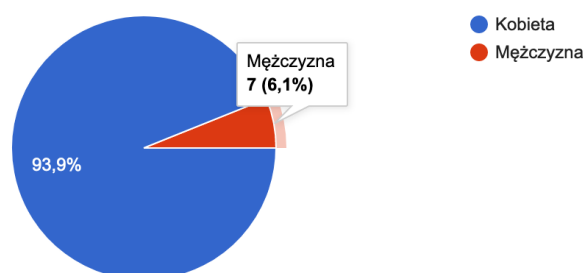
Rysunek 2.1. Wiek osób ankietowanych. Badania własne 2021/2022 r.

Tabela I. Statystyki opisowe wieku grupy badanej

Statystyka	Symbol	Wartość
Test Shapiro-Wilk	p	<0,001
liczność danych	n	114
Średnia	\bar{x}	43.9
Odchylenie standardowe	S	10.7

Płeć

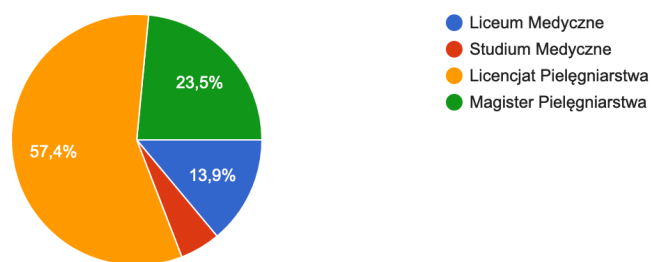
Badaną grupę przedstawioną na rysunku 2.2 stanowi 93,9% (108 kobiet) i 6,1% (7 mężczyzn). Widoczna dysproporcja jest typowa dla rozkładu płci osób zatrudnionych jako pielęgniarki/arze.



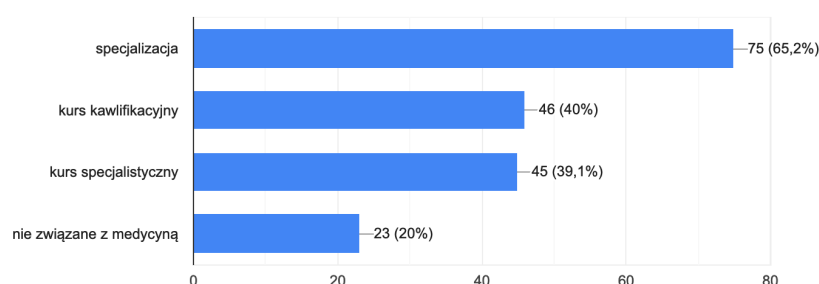
Rysunek 2.2. Płeć osób ankietowanych. Badania własne 2021/2022 r.

Wykształcenie

Wśród ankietowanych najliczniejszą grupę reprezentowało 57,4%) (66 osób) z wykształceniem wyższym - Licencjat Pielęgniarstwa oraz 23,5% (27 osób) z tytułem Magistra Pielęgniarstwa. Niektóre osoby zaznaczyły również opcję Liceum Medyczne i Studium Medyczne. Graficzną reprezentację rozkładu wykształcenia przedstawia rys. 2.3. Dodatkowo, rys. 2.4 ilustruje kształcenie podyplomowe, podejmowane przez badaną grupę.



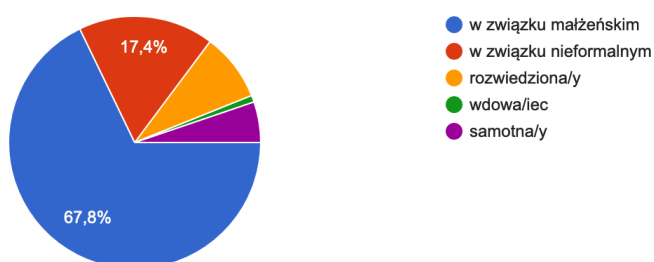
Rysunek 2.3. Wykształcenie osób ankietowanych. Badania własne 2021/2022 r.



Rysunek 2.4. Wykształcenie podyplomowe osób ankietowanych. Badania własne 2021/2022

Stan cywilny

Zdecydowana większość ankietowanych pozostaje w związku małżeńskim 67,8% (78 osób), w związku nieformalnym 17,4% (20 osób). 15 % to osoby nie żyjące w związku, w tym 8,7% (10 osób) rozwiedzione, 5,2% (6 osób) samotne i 0,9% (1 osoba) to wdowa. Rozkład ankietowanych pod względem stanu cywilnego ilustruje rys. 2.5.

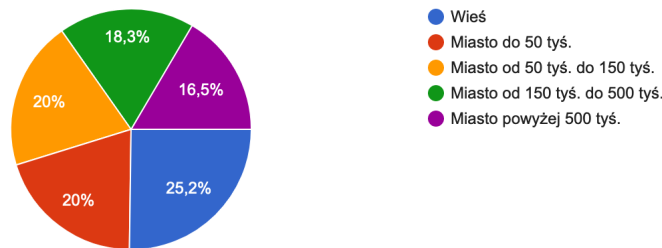


Rysunek 2.5. Stan cywilny ankietowanych. Badania własne 2021/2022 r.

Miejsce zamieszkania

Rozkład ankietowanych pod względem miejsca zamieszkania przedstawiono na rys. 2.6. Rozkład ten okazał się być dość równomierny. Niewiele powyżej średniej stanowiła grupa 25,2% (29 osób) zamieszkująca wieś. Miasta do 50 tys. mieszkańców reprezentowała grupa 20% (23 osoby). Tak samo liczna grupa zamieszkiwała w miastach

od 50 do 150 tys. Nieco mniejsza grupa 18,3% (21 osób) pochodziła z miast powyżej 150 tys, natomiast z miast powyżej 500 tys. 16,5% (19 osób).



Rysunek 2.6. Miejsce zamieszkania ankietowanych. Badania własne 2021/2022 r.

2.6. Opis metod analizy statystycznej

Analizy wykonano w programie GNU PSPP, wer.: 1.4.1, oraz w programie Microsoft Excel, wer 16.60. Konwersję wyników ankiety Google do postaci tabelarycznej wykonano przy pomocy skryptu wykonanego w programie PyCharm, wer.: 2022.1.1.

Wyniki testów statystycznych podano w standardzie APA [73]:

$$\chi^2(lss, n) = x, p = y \quad (2.1)$$

gdzie:

lss -liczba stopni swobody

n - licznosc zbioru danych

x - obliczona wartosc testu χ^2

y - wartosc prawdopodobienstwa p

Metody statystyczne, którymi się posłużono, to:

- Test Shapiro – Wilka, służy do testowania podobieństwa rozkładu danej zmiennej do rozkładu normalnego. Za pomocą tego testu, sprawdzamy czy interesujące nas zmienne mają rozkłady zbliżone do rozkładu normalnego. Test Shapiro-Wilka testuje hipotezę zerową mówiącą, że rozkład naszej zmiennej jest zbliżony do normalnego. Z tego wynika, że istotny wynik testu Shapiro-Wilka świadczy o tym, że rozkład zmiennej obserwowanej nie jest podobny do rozkładu normalnego [74].
- Test Pearsona χ^2 , to test nieparametryczny, służący do oceny zależności pomiędzy rozkładem częstości odpowiedzi w zakresie jednej zmiennej, w odniesieniu do drugiej zmiennej.

- Współczynnik korelacji liniowej Pearsona R , określający poziom zależności liniowej między zmiennymi losowymi. Jego wartość może przyjmować wartości od -1 do 1. Na podstawie wartości liczbowej wnioskować możemy o sile związku – im wartość jest bliższa zera, tym siła związku jest słabsza. Wartość dodatnia określa korelację wprost proporcjonalną podczas gdy wartość ujemna określa korelację odwrotnie proporcjonalną.
- Test trendu Mantel-Haenshel χ^2 (Linear-by-Linear association)[75], wykorzystano do oszacowania wspólnego ilorazu szans oraz do sprawdzenia, czy ogólny stopień powiązania jest istotny.

Wyniki badań

Poniżej przedstawiono odpowiedzi respondentów na pytania ankietowe zawarte w załączniku A. Wyniki w postaci tabel przedstawiono w kolejności, w jakiej ich dane wykorzystane były w badaniach prawdziwości założonych hipotez.

Tabela II. Ilość równoległych etatów

odpowiedź	liczność	procent
jeden	75	65.2%
dwa	32	27.8%
więcej niż dwa	8	7.0%

Tabela III. Korzysta ze zwolnienia lekarskiego, gdy są do tego wskazania

odpowiedź	liczność	procent
zdecydowanie tak	18	15.7%
raczej tak	46	40.0%
nie mam zdania	6	5.2%
raczej nie	34	29.6%
zdecydowanie nie	11	9.6%

Tabela IV. Czynnie uczestniczy w życiu rodzinnym i imprezach okolicznościowych przyjaciół

odpowiedź	liczność	procent
zdecydowanie tak	33	28.7%
raczej tak	52	45.2%
nie mam zdania	3	2.6%
raczej nie	25	21.7%
zdecydowanie nie	2	1.7%

Tabela V. Zdarza się, że pracuje mimo wystąpienia własnej choroby lub choroby członka rodziny

odpowiedź	liczność	procent
zdecydowanie tak	35	30.4%
raczej tak	57	49.6%
nie mam zdania	3	2.6%
raczej nie	17	14.8%
zdecydowanie nie	3	2.6%

Tabela VI. Miesięczny wymiar godzin pracy

odpowiedź	liczność	procent
do 149 godzin	15	13.0%
od 150 do 169 godzin	50	43.5%
od 170 do 199 godzin	28	24.3%
od 200 do 239 godzin	14	12.2%
od 240 do 259 godzin	5	4.3%
powyżej 260 godzin	3	2.6%

Tabela VII. Zmianowy system pracy

odpowiedź	liczność	procent
jednozmianowy	34	29.6%
dwuzmianowy	64	55.7%
jedno i dwuzmianowy	17	14.8%

Tabela VIII. Przynosi „pracę” do domu, w postaci emocji i myśli

odpowiedź	liczność	procent
zdecydowanie tak	26	22.6%
raczej tak	47	40.9%
nie mam zdania	7	6.1%
raczej nie	26	22.6%
zdecydowanie nie	9	7.8%

Tabela IX. Doświadcza traumatyzacji wtórnej (odczuwanie, objawów psychicznych - smutek, żal, poczucie bezradności, stres) oraz objawów somatycznych, po wystąpieniu trudnej, dramatycznej sytuacji w pracy, powyżej 30 dni

odpowiedź	liczność	procent
zdecydowanie tak	7	6.1%
raczej tak	37	32.2%
nie mam zdania	12	10.4%
raczej nie	46	40.0%
zdecydowanie nie	13	11.3%

Tabela X. Sięga po używki w celu radzenia sobie ze stresem związanym z pracą zawodową

odpowiedź	liczność	procent
zdecydowanie tak	2	1.7%
raczej tak	14	12.2%
nie mam zdania	7	6.1%
raczej nie	44	38.3%
zdecydowanie nie	48	41.7%

Tabela XI. Odczucie wypalenia zawodowego

odpowiedź	liczność	procent
zdecydowanie tak	8	7.0%
raczej tak	20	17.4%
nie mam zdania	16	13.9%
raczej nie	52	45.2%
zdecydowanie nie	19	16.5%

Tabela XII. Występowanie chorób

odpowiedź	liczność	procent
choroby przewlekłe	50	43.5%
choroby współistniejące	4	3.5%
choroby przewlekłe; choroby współistniejące	2	1.7%
nie choruję na w.w choroby	59	51.3%

Tabela XIII. Toksyczne środowisko pracy (występuje mobbing, hejt)

odpowiedź	liczność	procent
zdecydowanie tak	8	7.0%
raczej tak	32	27.8%
nie mam zdania	16	13.9%
raczej nie	42	36.5%
zdecydowanie nie	17	14.8%

Tabela XIV. Ma poczucie bezpieczeństwa w pracy w zagrożeniu koronawirusem

odpowiedź	liczność	procent
zdecydowanie tak	13	11.3%
raczej tak	40	34.8%
nie mam zdania	9	7.8%
raczej nie	30	26.1%
zdecydowanie nie	23	20.0%

Tabela XV. Odczuwa potrzebę korzystania ze wsparcia psychologicznego dla pracowników medycznych

odpowiedź	liczność	procent
zdecydowanie tak	31	27.0%
raczej tak	23	20.0%
nie mam zdania	15	13.0%
raczej nie	35	30.4%
zdecydowanie nie	11	9.6%

Tabela XVI. Odczuwa presję społeczną, wynikającą z oczekiwań wobec Systemu Ochrony Zdrowia

odpowiedź	liczność	procent
zdecydowanie tak	34	29.6%
raczej tak	41	35.7%
nie mam zdania	10	8.7%
raczej nie	26	22.6%
zdecydowanie nie	4	3.5%

Tabela XVII. Odczuwa dylemat wewnętrzny, wynikający z konieczności ciągłego podnoszenia kwalifikacji i wiążącymi się z nim ograniczeniami w życiu osobistym

odpowiedź	liczność	procent
zdecydowanie tak	13	11.3%
raczej tak	41	35.7%
nie mam zdania	8	7.0%
raczej nie	38	33.0%
zdecydowanie nie	15	13.0%

Tabela XVIII. Konflikty związane z pracą

odpowiedź	liczność	procent
konflikt praca - rodzina	12	10.4%
konflikt rodzina - praca	11	9.6%
nie ma konfliktu	92	80.0%

Tabela XIX. Potrafi niwelować objawy traumatyzacji, za pomocą technik psychologicznych

odpowiedź	liczność	procent
zdecydowanie tak	7	6.1%
raczej tak	36	31.3%
nie mam zdania	33	28.7%
raczej nie	35	30.4%
zdecydowanie nie	4	3.5%

Tabela XX. Praca w zawodzie powodem rozpadu związku

odpowiedź	liczność	procent
zdecydowanie tak	17	14.8%
raczej tak	23	20.0%
nie mam zdania	12	10.4%
raczej nie	43	37.4%
zdecydowanie nie	20	17.4%

Tabela XXI. Praca zawodowa jest powodem niezgody z życiowym partnerem

odpowiedź	liczność	procent
zdecydowanie tak	4	3.5%
raczej tak	13	11.3%
nie mam zdania	14	12.2%
raczej nie	42	36.5%
zdecydowanie nie	42	36.5%

Tabela XXII. Zadowolenie z wyboru drogi zawodowej

odpowiedź	liczność	procent
zdecydowanie tak	33	28.7%
raczej tak	65	56.5%
nie mam zdania	9	7.8%
raczej nie	5	4.3%
zdecydowanie nie	3	2.6%

Tabela XXIII. Wspierające środowisko pracy

odpowiedź	liczność	procent
zdecydowanie tak	6	5.2%
raczej tak	56	48.7%
nie mam zdania	14	12.2%
raczej nie	31	27.0%
zdecydowanie nie	8	7.0%

Tabela XXIV. Odczuwa satysfakcję wynikającą z autonomii zawodu - nabywania kompetencji, uprawnień, prowadzenia badań naukowych

odpowiedź	liczność	procent
zdecydowanie tak	26	22.6%
raczej tak	38	33.0%
nie mam zdania	25	21.7%
raczej nie	21	18.3%
zdecydowanie nie	5	4.3%

Tabela XXV. Uważa, że nowe kompetencje pielęgnarskie nie są właściwie wykorzystane w Systemie Ochrony Zdrowia

odpowiedź	liczność	procent
zdecydowanie tak	38	33.0%
raczej tak	38	33.0%
nie mam zdania	21	18.3%
raczej nie	11	9.6%
zdecydowanie nie	7	6.1%

Tabela XXVI. Zakład pracy stosuje systemy motywacyjne

odpowiedź	liczność	procent
zdecydowanie tak	0	0.0%
raczej tak	16	13.9%
nie mam zdania	10	8.7%
raczej nie	47	40.9%
zdecydowanie nie	42	36.5%

Badania właściwe dla stawianych hipotez

Hipoteza 1 - Własne zdrowie, nie jest priorytetem dla pielęgniarek pracujących w ponadnormatywnym czasie pracy.

Test statystyczny wykazał istotną statystycznie różnicę w korzystaniu ze zwolnień lekarskich gdy jest ku temu powód, tab. III od ilości etatów, na których pracuje pielęgniarz/arka, tab. II. Wartość Mantel-Haenshel ($\chi^2(1, 115) = 3,87, p = 0,049$). Współczynnik korelacji liniowej Pearsona ($R = -0,2, p = 0,049$). Wartość ujemna tego współczynnika określa tę zależność jako odwrotnie proporcjonalną: im większa ilość etatów tym rzadsze korzystanie ze zwolnień lekarskich, pomimo iż są do tego wskazania.

Również istotną statystycznie okazała się odwrotnie proporcjonalna zależność uczestnictwa w życiu rodzinnym i przyjaciół, tab. IV od ilości etatów, tab. II, Mantel-Haenshel ($\chi^2(1, 115) = 4,02, p = 0,045$), ($R = -0,2, p = 0,045$).

Praca mimo choroby, tab. V, koreluje z ilością godzin pracy, tab. VI ($R = 0,20, p = 0,038$), z pracą w systemie zmianowym, tab. VII ($R = 0,26, p = 0,006$), z "przynoszeniem" do domu emocji, tab. VIII, ($R = 0,33, p < 0,001$) oraz z odczuwaniem traumatyzacji wtórnej, tab. IX, ($R = 0,21, p = 0,022$).

Testy statystyczne wykazały, że osoby doświadczające zjawiska traumatyzacji częściej rozpoznają u siebie objawy wypalenia zawodowego, tab. XI, Pearson ($\chi^2(16, 115) = 30,31, p = 0,016$), ($R = 0,29, p = 0,002$).

Natomiast osoby korzystające ze zwolnień lekarskich, gdy są ku temu wskazania, tab. III w rzadziej doświadczają traumatyzacji, tab. IX, Pearson ($\chi^2(16, 115) = 40,93, p = 0,001$), ($R = -0,27, p = 0,005$).

Istotna statystycznie korelacja zachodzi pomiędzy przynoszeniem do domu emocji z pracy, tab. VIII a częstością występowania chorób, tab. XII, Mantel-Haenshel ($\chi^2(1, 115) = 6,91, p = 0,009$), ($R = 0,25, p = 0,009$).

Test statystyczny Pearsona χ^2 wykazał istotne statystycznie różnice w sięganiu po używkę w celu radzenia sobie ze stresem związanym z pracą zawodową, tab. X w zależności od ilości godzin pracy miesięcznie, tab. VI, Pearson ($\chi^2(2, 115) = 6,1152, p =$

0,047). Jednak, co ciekawe, współczynnik korelacji Pearsona ($R = -0,24, p = 0,008$) ma wartość ujemną co implikuje wniosek, że im więcej godzin pracy, tym rzadziej respondenci sięgają po używki.

Hipoteza 2 - Pielęgniarki/arze mają wsparcie w godzeniu życia zawodowego i rodzinnego.

Zauważono korelację w postrzeganiu swojego środowiska pracy jako toksyczne, tab. XIII, a ilością stresu "przynoszonego" z pracy do domu w postaci myśli i emocji, tab. VIII. Test statystyczny Pearsona χ^2 określa tę korelację jako istotną na poziomie ($\chi^2(16, 115) = 35,4, p = 0,004$).

Postrzeganie swojego środowiska pracy jako toksycznego, tab. XIII, koreluje również z deficytem poczucia bezpieczeństwa w pracy w zagrożeniu koronawirusem, tab. XIV, Mantel-Haenshel ($\chi^2(1, 115) = 7,20, p = 0,007$), ($R = -0,3, p = 0,007$).

Istotną statystycznie korelację wykryto pomiędzy przynoszeniem myśli i emocji z pracy, tab. VIII, a odczuwaniem traumatyzacji wtórnej, tab. IX, Pearson ($\chi^2(16, 115) = 76,6, p < 0,001$).

Istotne statystycznie testy wykazały, że respondenci doświadczający zjawiska traumatyzacji wtórnej odczuwają potrzebę korzystania ze wsparcia psychologicznego, tab. XV, Pearson ($\chi^2(16, 115) = 31,37, p = 0,012$), ($R = 0,34, p < 0,001$).

Istotne statystycznie testy wykazały także, że osoby doświadczające zjawiska traumatyzacji wtórnej, częściej wskazują na problemy związane z presją społeczną wynikającą z oczekiwań wobec Systemu Ochrony Zdrowia, tab. XVI, ($R = 0,31, p = 0,001$), oraz na dylemat wewnętrzny, wynikający z konieczności ciągłego podnoszenia kwalifikacji i wiążącymi się z nim ograniczeniami w życiu osobistym, tab. XVII, Pearson ($\chi^2(16, 115) = 30,69, p = 0,015$), ($R = 0,32, p < 0,001$).

Badania statystyczne wskazują, że osoby, które lepiej radzą sobie z niwelowaniem stresu, tab. XIX:

- rzadziej przynoszą "pracę" do domu w postaci myśli i emocji, tab. VIII, Pearson ($\chi^2(16, 115) = 30,49, p = 0,016$), ($R = -0,26, p = 0,006$);
- w mniejszym stopniu odczuwają presję społeczną wynikającą z oczekiwań wobec Systemu Ochrony Zdrowia, tab. XVI, Pearson ($\chi^2(16, 115) = 34,77, p = 0,004$), ($R = -0,24, p = 0,010$);
- rzadziej chorują, tab. XII, Mantel-Haenshel ($\chi^2(1, 115) = 3,97, p = 0,046$), ($R = -0,20, p = 0,046$);
- rzadziej wskazują na wypalenie zawodowe, tab. XI, Pearson ($\chi^2(16, 115) = 44,98, p < 0,001$), ($R = -0,42, p < 0,001$);
- rzadziej sięgają po używki w celu niwelowania stresu, tab. X, Pearson ($\chi^2(16, 115) = 31,67, p = 0,011$), ($R = -0,24, p = 0,009$).

Test Pearsona χ^2 wykazał istotną zależność występowania konfliktów na płaszczyznach praca - rodzina, tab. XVIII, a zmianowym systemem pracy, tab. VII, Pearson ($\chi^2(2, 115) = 7,42, p = 0,024$). Współczynnik korelacji ($R = 0,25, p = 0,008$) określa, że jest to korelacja wprost proporcjonalna.

Występuje również zależność nasilenia konfliktów praca - rodzina, tab. XVIII, od średniej miesięcznej ilości godzin pracy, tab. VI, Mantel-Haenshel ($\chi^2(1, 115) = 6,37, p = 0,012$), ($R = 0,24, p = 0,011$).

Test statystyczny wskazuje na istotną statystycznie korelację pomiędzy występowaniem konfliktów praca-rodzina, tab. XVIII, a empatią jako głównym kryterium wyboru zawodu, tab. XVIII, Pearson ($\chi^2(4, 115) = 11,52, p = 0,021$), ($R = 0,26, p = 0,005$).

Test statystyczny wskazuje na istotną statystycznie korelację prawdopodobieństwa rozpadu związku, tab. XX, z występowaniem konfliktów praca-rodzina, tab. XVIII, Pearson ($\chi^2(4, 115) = 16,27, p = 0,003$), ($R = 0,29, p = 0,002$).

Istotną statystycznie korelację zaobserwowano pomiędzy przynoszenie "pracy" do domu w postaci myśli i emocji, tab. VIII, a wskazywaniem, że praca zawodowa jest powodem niezgody z partnerem, tab. XXI, Mantel-Haenshel ($\chi^2(1, 115) = 12,08, p = 0,001$), ($R = 0,33, p = 0,001$).

Hipoteza 3 - Poziom wykształcenia kadry pielęgniarskiej ma istotne znaczenie, dla redukowania skutków traumatyzacji, wynikających z trudnych sytuacji w pracy.

Test statystyczny wykazał że poziom wykształcenia, rys. 2.3, koreluje z poczuciem bezpieczeństwa w pracy wobec zagrożenia koronawirusem, tab. XIV, Mantel-Haenshel ($\chi^2(1, 115) = 5,72, p = 0,017$), ($R = 0,22, p = 0,017$).

Test statystyczny wykazał że poziom wykształcenia, rys. 2.3, koreluje odwrotnie proporcjonalnie z poczuciem wypalenia zawodowego, tab. XI, Pearson ($\chi^2(12, 115) = 29,18, p = 0,004$), ($R = -0,30, p = 0,002$).

Test statystyczny wykazał że osoby podejmujące więcej kursów podyplomowych i specjalizacyjnych, rys. 2.4, mają większe umiejętności niwelowania skutków traumatyzacji, tab. XIX, Mantel-Haenshel ($\chi^2(1, 115) = 4,82, p = 0,028$).

Hipoteza 4 - Satysfakcja zawodowa pielęgniarek i pielęgniarzy, wynika z kultury organizacji oraz nabywania kolejnych uprawnień.

Wynik testu pokazuje że istnieje istotna korelacja pomiędzy zadowoleniem pracownika z wyboru drogi zawodowej, XXII, a wspierającym środowiskiem pracy, XXIII, Mantel-Haenshel ($\chi^2(11, 115) = 4,50, p = 0,034$), ($R = 0,20, p = 0,034$).

Testy wykazują istotne statystycznie korelacje większego zadowolenia z wyboru drogi zawodowej, XXII, z:

- rzadszym odczuwaniem dylematu, wynikającego z konieczności podnoszenia kwalifikacji, tab. XVII, Mantel-Haenshel ($\chi^2(1, 115) = 3,97, p < 0,001$), ($R = -0,36, p < 0,001$);
- mniejszym odczuwaniem presji społecznej wynikającej z oczekiwań wobec Systemu Ochrony Zdrowia, tab. XVI, Mantel-Haenshel ($\chi^2(1, 115) = 7,38, p = 0,007$), ($R = -0,25, p = 0,007$);

Poziom satysfakcji wynikającej z autonomii zawodu - nabywania kompetencji, uprawnień, prowadzenia badań naukowych, tab. XXIV, istotnie statystycznie koreluje z poziomem wykształcenia, rys. 2.3, Mantel-Haenshel ($\chi^2(1, 115) = 5,94, p = 0,015$), ($R = 0,23, p = 0,015$);

Hipoteza 5 - System Opieki Zdrowotnej nie spełnia oczekiwań, w zakresie promocji, przyszłości i autonomii pielęgniarstwa.

Test statystyczny wykazuje istotną korelację braku poczucia właściwego wykorzystania kompetencji pracownika, tab. XXV, z presją społeczną wynikającą z oczekiwań wobec Systemu Ochrony Zdrowia, tab. XVI, Pearson ($\chi^2(16, 115) = 47,47, p < 0,001$), ($R = 0,24, p = 0,012$).

Test wskazuje również istotny wpływ braku poczucia właściwego wykorzystania kompetencji pracownika, tab. XXV, na odczuwanie wypalenia zawodowego, tab. XI, Pearson ($\chi^2(16, 115) = 27,61, p = 0,035$), ($R = 0,20, p = 0,043$).

Poczucie bezpieczeństwa w pracy, tab. XIV, istotnie statystycznie koreluje z postrzeganiem środowiska pracy jako wspierającego, tab. XXIII, Pearson ($\chi^2(16, 115) = 27,38, p = 0,037$), ($R = 0,26, p = 0,005$), oraz z systemami motywacyjnymi, tab. XXVI, Pearson ($\chi^2(16, 115) = 23,63, p = 0,023$), ($R = 0,25, p = 0,008$).

Wnioski

Prezentowane badania mają kilka ograniczeń. W związku z tym, że ankieta była przeprowadzana on-line, nie można mieć pewności, że, odpowiedzi udzielali tylko i wyłącznie studenci WSM w Legnicy. Chociaż, kwestionariusz badań jest anonimowy, nie można wykluczyć efektu oczekiwania autora. Również osobisty charakter pytań, może powodować tendencyjność odpowiedzi. Odpowiedzi na pytania mogą się różnić w zależności od własnych doświadczeń, czy obecnej sytuacji zawodowej i osobistej. Mimo tych ograniczeń, można uznać, iż wyniki badania są reprezentatywne i wnoszą istotne informacje na temat wpływu pracy zawodowej na życie osobiste pielęgniarek i położnych.

Implikacje i kierunki kolejnych badań. Niniejsza praca badawcza, zwraca uwagę, na niepokojące zjawiska tj. pracę w ponadnormatywnym czasie, niekorzystanie ze zwolnień lekarskich, gdy są do tego wskazania i wykonywanie działalności zawodowej w tym czasie, stosowanie używek, czy brak poczucia bezpieczeństwa w pracy zawodowej.

1. Uzyskane wyniki ewidentnie wskazują, iż pielęgniarzy są obciążeni pracą w ponadnormatywnym czasie. Aby zapobiegać obniżonej jakości pracy, należy wprowadzić skuteczne rozwiązania systemowe, sankcjonujące pracę w nadgodzinach. Zarządzający placówkami ochrony zdrowia powinni zmierzać do wprowadzenia odpowiednich procedur, które zapewnią bezpieczeństwo pracy personelowi i bezpieczeństwo pacjenta.

2. Zarządzający zasobami ludzkimi w zakładach opieki medycznej, powinni zapewnić szkolenia i możliwości rozwoju zawodowego w zakresie komunikacji, technik psychologicznych walki ze stresem. Powinni kształtować wspierające środowisko pracy, reagując na informacje zwrotne płynące od personelu i chronić go przed traumą. Działania te muszą być zgodne z harmonogramem pracy pracownika. W sytuacji niezwykle traumatycznej dla pracownika, zespołu powinno się udzielić krótkiego urlopu, a jeśli nie jest to możliwe, zapewnić przesunięcie do pracy, która wymaga zaangażowania na innym polu.

3. Powinno się dążyć do pozytywnego wzmocnienia personelu, stosowania systemów motywacyjnych, regularnego wspierania przez afirmację sukcesu: terapeutycznego, zawodowego i osobistego. 4. Powinno się do promować pielęgniarstwo jako prestiżowy zawód, zarówno lokalnie jak i globalnie w mediach, poprzez wywiady, akcje informacyjne z osobami z osiągnięciami w dziedzinie pielęgniarstwa, Powinno się podkreślać znaczenie EBM.

5. Powinno się dążyć, do maksymalnego wykorzystania uprawnień i kompetencji zawodowych pielęgniarek, by podnieść rangę zawodu. Należy, również skorzystać z doświadczenia zawodowego pielęgniarek z wieloletnim stażem, o wysokim poziomie satysfakcji zawodowej, a niskim poziomie wypalenia zawodowego, gdyż są cennym źródłem wiedzy o funkcjonowaniu w środowisku pracy.

Implikacje te wskazują na interesujące kierunki przyszłych dociekań naukowych.

Dyskusja

„Dyskusja jest częścią krytyki metodologicznej i stanowi swoistą metametodę, leżącą u podstaw współczesnego myślenia naukowego, jak i stały element metod, w ramach których można ją sensownie realizować”[76].

Celem badania własnego było określenie wpływu pracy zawodowej na życie osobiste pielęgniarek i pielęgniarzy czynnych zawodowo. To zagadnienie było obiektem zainteresowań badaczy różnych specjalności. Zarówno socjologów, psychologów jak i zarządzania w systemie ochrony zdrowia. Dzięki temu, możliwe jest szerokie spojrzenie na życie, specyficznej grupy zawodowej jaką są pielęgniarki. Możliwe jest zaobserwowanie pewnych zjawisk, np. wypalenia zawodowego, określenie przyczyn ich występowania, a następnie wdrożenie działań profilaktycznych, naprawczych czy protekcyjnych. Wyniki kolejnych badań wzbogacają wiedzę, służą rozwojowi pielęgniarstwa. Ze względu, iż temat jest rozległy i obejmuje wiele dziedzin życia społecznego, badacze nadal poszukują odpowiedzi na pytania : czy wykonując tak odpowiedzialny i wyczerpujący zawód, można prowadzić szczęśliwe życie osobiste? Czy empatia pomaga, czy przeszkadza w wykonywaniu tego zawodu? Jakie niebezpieczeństwa niesie wykonywanie tego zawodu? Niniejsza praca również podejmuje próbę odpowiedzi na te pytania.

hipoteza 1:

Poziom świadomości pielęgniarek i pielęgniarzy na temat zagrożeń, wynikających z pracy w ponadnormatywnym czasie pracy, powinien mieć istotne znaczenie na decyzję o podjęciu dodatkowej działalności zawodowej.

Jak wykazano w części teoretycznej, praca zawodowa pielęgniarek i pielęgniarzy, zwłaszcza praca w godzinach nocnych i ponadnormatywnym wymiarze pracy niesie niekorzystne skutki dla stanu biopsychospołecznego człowieka. Świadomość tego faktu jest niewystarczająca, lub schodzi na plan dalszy, wobec różnych potrzeb, które podlegają zmianom w trakcie życia. Tu musi być wynik istotności statystycznej

W czerwcu 2021 r Stowarzyszenie Pielęgniarki Cyfrowe przeprowadziło badanie sondażowe, w którym wzięło udział 2459 osób. 91,9% to pielęgniarki i pielęgniarze. 8,1% to położne/i. 94,3% osób ankietowanych w podstawowym miejscu pracy zatrudnionych

jest w pełnym wymiarze etatu. Pozostali wykonują zawód na podstawie innych form zatrudnienia. 45,4% pracuje dodatkowo: kontrakty, umowy zlecenia, a nawet cały etat. Osoby zatrudnione w ramach umowy o pracę deklarowały powyżej 200 godzin pracy w miesiącu. Zdecydowana większość respondentów podawała iż powodem dodatkowej pracy są względy ekonomiczne, plany życiowe - 25,7%, podstawowa egzystencja - 23,1%, 9,5%. godzi się na dodatkowe dyżury z powodu braków kadrowych. Pojawiły się również powody takie jak samotność, pracoholizm, chęć samorealizacji [43]. W badaniach własnych, w których wzięło udział 115 studentów i absolwentów Wyższej Szkoły Medycznej w Legnicy na kierunku pielęgniarstwo drugiego stopnia, wyniki przedstawiają się następująco: 65,2% (75 osób) pracuje w jednym miejscu pracy, 27,8% (32 osoby) w dwóch, a 7% (8 osób) w więcej niż dwóch. Ze 115 osób 14 osób pracuje powyżej 200 godzin miesięcznie, co stanowi, 12,2% ankietowanych. 8 osób deklaruje pracę powyżej 240 godzin miesięcznie.

Nie bez znaczenia jest fakt, że zagrożenia dla zdrowia, wynikające z pracy w ponadnormatywnym wymiarze mogą ulec intensyfikacji czy zniwelowaniu, poprzez kulturę organizacji. Wśród ankietowanym studentów Wyższej Szkoły Medycznej w Legnicy 34,8% (40 osób) uważa, że środowisko miejsca pracy jest toksyczne, występuje mobbing i hejt. 36,5% (42 osoby) podaje, że w miejscu ich pracy takie zjawiska nie występują. Pozostałe osoby są niezdecydowane w tej kwestii. Podobne wyniki obserwuje się w pracach innych badaczy. Na uwagę zasługują wnioski z badania „mobbing w środowisku pracy pielęgniarek” przeprowadzonego za pomocą sondażu diagnostycznego wśród pielęgniarek województwa świętokrzyskiego w 2010 roku. Gdzie zaobserwowano działania dyskryminacyjne i o charakterze mobbingowym wobec personelu podnoszącego swoje kwalifikacje i wykształcenie. W badaniu tym dokonano porównań z podobnymi w województwie śląskim, mazowieckim i zachodniopomorskim [83]. Z kolei Żuchowski w badaniach, przeprowadzonych na terenie województwa mazowieckiego i podlaskiego, w którym wzięło udział 140 respondentów, wykazuje, że zjawisko mobbingu kadry zarządzającej pielęgniarkami, w stosunku do podwładnych to liczba, rzędu 27,8% [81]. Z danych Ogólnopolskiego Klubu Antymobbingowego wynika, iż liczba pracowników Ochrony Zdrowia jest niedoszacowana i na pewno wyższa [82], mimo, iż termin mobbing wprowadzono do znowelizowanego Kodeksu Pracy w 2004 roku [84].

Wykonywanie obowiązków zawodowych w trakcie aktywnej choroby własnej, czy bliskiego, świadczy o prawdziwości założonej hipotezy. 49,6% (57 osób) badanych zaznacza, że raczej pracuje mimo wystąpienia choroby własnej czy członka własnej rodziny. 30,4% (35 osób) zdecydowanie wykonuje swoje obowiązki zawodowe w tym czasie. 68,8% (45 osób) nie korzysta ze zwolnienia lekarskiego, gdy są do tego wskazania. Jest to wysoce niepokojące zjawisko, gdyż aby wykonywać swoje zadania w pracy zawodowej, muszą one stosować leki, które np. zniwelują objawy przeziębienia

czy grypy. Abstrahując od etycznego wymiaru takich działań, ich konsekwencji dla pacjenta, placówki, to niosą one konkretne skutki dla zdrowia pielęgniarki. Metha i współpracownicy opublikowali w marcu 2022 wyniki ogólnokrajowego prospektywnego, kohortowego badania w USA. Czternaście tysięcy pięćset czterdzieści dwie pielęgniarki w wieku 25-42 lata uczestniczyło w badaniu Nurses Health Study II. W przedziale czasowym 1989 - 2018, co dwa lata monitorowano stosowanie przez nie antybiotyków i jednocześnie przeprowadzano testy poznawcze. Wyniki porównywano z danymi osób, które przyjmowały antybiotyków niewiele lub wcale. Wyniki były niepodważalne: Pielęgniarki, które często, czy długotrwale stosowały antybiotyki uzyskiwały zdecydowanie niższe parametry uczenia się, pamięci roboczej, szybkości motorycznej czy utrzymania uwagi. Sytuację taką autorzy opisują przyspieszonym starzeniem mózgu, nawet o 3-4 lata. Co dla pielęgniarki polskiej o średniej wieku - 53 lata, powinno mieć znaczenie [39]. Naukowcy wiążą zaburzenia poznawcze z kondycją mikrobiomu jelitowego [?]. Dane o chorobach przewlekłych i współistniejących badanej grupy studentów WSM w Legnicy również świadczą o prawidłowym założeniu hipotezy, gdyż aż 45,2% (52 osoby) choruje na choroby przewlekłe, a 5,2% (6 osób) na choroby współistniejące.

24,4% (28 osób) ankietowanych uważa, że jest wypalona zawodowo, a 13,9% (16 osób) respondentów nie ma zdania na ten temat. Jak wiadomo, wypalenie zawodowe jest ogromnym problemem pracowników ochrony zdrowia, jednocześnie, ta grupa zawodowa jest na nie najbardziej narażona, z pośród pracowników innych profesji [85]. Rezmerska i współautorki, w badaniach na temat specyfiki pracy, a wypalenia zawodowego w opinii pielęgniarek, przekonują, iż poziom wypalenia zawodowego, jest zróżnicowany w zależności od specyfiki oddziału. Jest on wyższy, w oddziałach zabiegowych, u pielęgniarek pracujących w systemie zmianowym [86]. Natomiast Breisert w badaniach przeprowadzonych w Poznaniu na grupie 138 pielęgniarek pokazuje, że najwięcej osób wypalonych zawodowo jest zatrudnionych na pediatrii, onkologii i psychiatrii, natomiast zdecydowanie mniej na internie. Wymagania dotyczące specyficznego kontaktu z chorym dzieckiem, czy chorym z nowotworem, nieustanne stykanie się z cierpieniem, nieustanny, przewlekły stres oraz brak poczucia sensu własnej działalności, obciążenie pracą, brak systemów motywacyjnych, nieodpowiednie zarobki składają się na stale zwiększającą się liczbę osób wypalonych zawodowo [87].

hipoteza 2:

Czy pielęgniarki/arze mają wsparcie w godzeniu życia zawodowego i rodzinnego? 43,4% (50 osób) ankietowanych badania własnego spędza w pracy od 170 do 260 godzin, co przekłada się np. przy 170 godzinach na około: 7 dyżurów dobowych, 14 dyżurów dwunastogodzinnych. Przy 260 godzinach te liczby to: około 10 dyżurów

dobowych, 20 dyżurów dwunastogodzinnych. Rekordzistki w trakcie indywidualnych rozmów przyznają się do 72 godzin nieprzerwanej pracy, bądź 2 dni wolnych w miesiącu [43]. Wykładnia prawa, wyraźnie mówi, że zasadnicze normy czasu pracy obowiązujące pracowników podmiotów leczniczych wynoszą na dobę 7 godzin i 35 minut na dobę, oraz 37 godzin i 55 minut na tydzień. Jest to średnia, której nie można przekraczać w trzymiesięcznym okresie rozliczeniowym [88]. Ustawa o działalności leczniczej nie reguluje jednak wprost limitu pracy w godzinach nadliczbowych. Pośrednio wynika to z maksymalnej normy czasu pracy w wymiarze 48 godzin tygodniowo [89]. 63,5% (73 osoby) twierdzi, że przynosi pracę do domu w postaci myśli i emocji. 38,3% (44 osoby) doświadcza traumatyzacji wtórnej. W badanej grupie 37,4% (43 osoby) potrafi niwelować objawy takie jak: smutek, żal, poczucie bezradności, przewlekły stres. 33,9% (39 osób) nie potrafi stosować technik psychologicznych do poradzenia sobie z sytuacją trudną, a 28,7% (33 osoby) nie opowiedziało się jednoznacznie za lub przeciw. 13,9% (16 osób) w celu rozładowania stresu sięga po używki. 47% (54 osoby) odczuwa dylemat wewnętrzny, wynikający z konieczności ciągłego podnoszenia kwalifikacji, co wiąże się z ograniczeniami w życiu osobistym. Przy tak kategorycznych danych 80% (92 osoby) ankietowanych stwierdza, że w ich życiu nie występuje konflikt na linii praca - rodzina i odwrotnie. 73 (84 osoby) uważa, że praca nie jest powodem niezgody z życiowym partnerem, 77,4% (89 osób) twierdzi, że są wspierane w godzeniu obowiązków domowych z pracą. 73,9% (85 osób) ma czas dla rodziny i czynnie uczestniczy w życiu rodzinnym i imprezach okolicznościowych. Tylko 16,5% (19 osób) kiedykolwiek rozważało rezygnację z zawodu, na rzecz szczęścia rodziny. Równie spektakularnym wynikiem jest odpowiedź na pytanie o pasję pozazawodową. Aż 72,2% (83 osoby) podało, iż rozwija pasję pozazawodową. W badaniach przeprowadzonych w Centrum Onkologii w Bydgoszczy, w 2011 roku, na grupie 72 pielęgniarek i pielęgniarzy, dotyczące analizy jakości życia pracowników ochrony zdrowia, Kurowska i Klatt wykazują, że w badanej grupie wystąpił wysoki poziom wsparcia ze strony partnera życiowego. Także ogólne wsparcie rodziny, było na poziomie wysokim, przy czym najwyżej oceniono wsparcie emocjonalne [90]. Natomiast w 2017 roku zespół badaczy Polskiego Pomiaru Postaw i Wartości przeprowadził badanie, w którym wzięło udział 1627 osób z zawodowej grupy pielęgniarzkiej. Zdecydowanie większa liczba osób deklarowała, że udaje się jej zachować równowagę między działalnością zawodową i rodzinną - 30,6% było zdecydowanych w tej kwestii, a 42,1% podało odpowiedź, że taką równowagę raczej zachowuje. Tylko 28% badanych osób, byłoby skłonnych zrezygnować z pracy, dla dobra rodziny. W tym badaniu 56,7% neguje wpływ pracy na życie rodzinne i twierdzi, że potrafi zachować dystans między pracą, a czasem z rodziną, ale 37% nie posiada takiej umiejętności. [91]. Podsumowując dyskusję na ten temat, należy wyrazić uznanie dla osób wybierających zawód wymagający ciągłego doskonalenia i niosący ogrom poświęceń w życiu osobistym, jednocześnie realizując obie role.

hipoteza 3:

Zawodowa grupa pielęgniarstwa, kształci się, aby niwelować skutki traumatyzacji, wynikające z trudnych sytuacji w pracy. Traumatyzacja wtórna określana do niedawna jako zmęczenie współczuciem, przypisywanym pielęgniarcom, a następnie innym zawodom pomocowym, spowodowała przeniesienie traumy z ofiary na terapeutę [92]. Na traumatyzację narażone są osoby o wysokim stopniu inteligencji emocjonalnej. Złuszcz jej składowej empatii. Natomiast Wilczek - Rużyczka twierdzi na podstawie wieloletnich badań własnych i analizy wyników badań innych badaczy, że empatia pełni rolę ochronną, a „wysoki poziom empatii, jest nie tylko wartością psychologiczną, terapeutyczną, lecz również powinnością moralną i staje się kryterium profesjonalizmu.” Pielęgniarka wchodząc w relację z pacjentem, odczuwa bliskość, która zaspokaja często potrzeby obu stron, jednocześnie nie traci własnej tożsamości [93]. Wśród osób, które wzięły udział w badaniu 15,7% (18 osób) odpowiedziało, że empatia była głównym kryterium wyboru przez nie zawodu, a 22,6% (26 osób) przychyliło się do tej odpowiedzi. Trening empatii oraz kształcenie się w rozpoznawaniu, niwelowaniu niekorzystnych skutków traumatyzacji, ma ogromne znaczenie dla życia osobistego pielęgniarki. Biorący udział w badaniu własnym, posiadają wykształcenie wyższe - 57,4% (66 osób) licencjat pielęgniarstwa, 23,5% (27 osób) to magister pielęgniarstwa. Znamienita większość zdała egzamin specjalizacyjny - 65,2% (72 osoby). Ankietowani wykazują posiadanie uprawnień zawodowych potwierdzonych zaświadczeniami, certyfikatami i dyplomami, również niezwiązanymi z zawodem wykonywanym, także magistra innego kierunku. Wśród wielu czynników ryzyka wtórnej traumatyzacji wymienia się poziom wykształcenia. Wyższe wykształcenie oraz poczucie satysfakcji z pracy pełni rolę ochronną, natomiast osoby o niższym stopniu wykształcenia są bardziej podatne, na zmęczenie współczuciem [94].

29,6% (34 osoby) badanych zdecydowanie czuje presję społeczną, wynikającą z oczekiwań wobec systemu ochrony zdrowia. 35,7% (42 osoby) zaznaczyło odpowiedź „raczej tak”. Ponadto 11,3% (13 osób) czuje dylemat wewnętrzny, a 35,7% (41 osób) przyznaje, że raczej czuje, dylemat związany z koniecznością ciągłego podnoszenia kwalifikacji. W przytaczanym wcześniej komunikacie z badań na temat życia rodzinnego i zawodowego. 79,9% uznało, że zawód wymaga od nich nieustannego podnoszenia kwalifikacji zawodowych [91]. W badaniu własnym 46% (53 osoby) ankietowanych doświadczyło przemocy słownej lub fizycznej ze strony pacjenta, a 33% (38 osób) uznało, że, „raczej tak”. Grudzień i współpracownicy w pracy oryginalnej - opinie personelu medycznego na temat agresywnych zachowań pacjentów przedstawiają wyniki badania sondażowego, w którym udział wzięło 115 przedstawicieli zawodów medycznych. Wyniki są zbliżone do badania własnego - 46,2% to kontakt z agresją w stosunku do pielęgniarek. Jest to zarówno agresja słowna, wulgaryzmy oraz lekceważące wypowiadanie się o personelu [?].

46,1% (53 osoby) nie czuje się bezpiecznie w pracy w zagrożeniu koronawirusem. Jest to niepokojący wynik, biorąc pod uwagę, że pandemia została znacznie ograniczona przez szczepienia antywirusowe. Zapewne jest to liczba zdecydowanie mniejsza, niż na początku epidemii, gdzie fundamentalne prawo pracownika, do bezpieczeństwa własnego w pracy i poza nią, utraciło moc.

37,4% (38 osób) potrafi niwelować objawy traumatyzacji wtórnej za pomocą technik psychologicznych, a 27% (31 osób) zdecydowanie czuje i 20% (23 osoby) raczej czuje potrzebę korzystania ze wsparcia psychologicznego dla pracowników medycznych. Pozostałe osoby zdecydowanie, nie potrzebują takiego wsparcia - 9,6% (11 osób) i 30,4% (35 osób) raczej nie potrzebują wsparcia w tym zakresie. Ogińska-Bulik w badaniach przeprowadzonych w 2019 roku na grupie 200 przedstawicieli personelu medycznego, w tym 35% stanowiły pielęgniarki, przedstawia wyniki wskazujące na wysokie i średnie nasilenie wtórnego stresu wśród pracowników po traumie. Wnioski zachęcają do „rozwoju umiejętności i korzystania ze wsparcia społecznego, w celu redukcji negatywnych i występowania pozytywnych konsekwencji wtórnej ekspozycji na traumę” [96].

hipoteza 4:

Satysfakcja zawodowa pielęgniarek i pielęgniarzy, wynika z kultury organizacji oraz nabywania kolejnych uprawnień. Hipotezę tę poddano weryfikacji osób badanych i aż, 55,6% (64 osoby) odczuwa satysfakcję, wynikającą z autonomii zawodu - nabywania kompetencji, uprawnień, prowadzenia badań naukowych. 85,2% (98 osób) jest zadowolona z wyboru drogi zawodowej. 71,3% (82 osoby) uważa z perspektywy czasu, że dokonało właściwego wyboru ścieżki zawodowej, a 56,5% (65 osób) ankietowanych wspierałoby własne dziecko, gdyby chciało się spełniać w pielęgniarstwie. Mimo to, 36,5% (42 osoby) podkreśla, że w zakładzie pracy, w którym pracuje, zdecydowanie nie stosuje się systemów motywacyjnych, 40,9% (47 osób), że raczej nie. Tylko 13,9% (16 osób) twierdzi, że raczej istnieją takie systemy. 5,2% (6 osób) ankietowanych uważa, że środowisko pracy jest wspierające i 48,7% (56 osób) uważa, iż jest raczej wspierające. Natomiast zdecydowanie toksyczne środowisko pracy występuje u 7% (8 osób) ankietowanych, a 27,8% (32 osoby) podało odpowiedź raczej tak. W badaniach Borowskiej i współpracowników na 130 aktywnych zawodowo pielęgniarkach Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku, 41,5% osób określiło własną satysfakcję zawodową jako wysoką, a 63% czuło się docenioną w pracy zawodowej. Zdaniem co trzeciej osoby, atmosfera w pracy ma kluczowe znaczenie dla poczucia satysfakcji zawodowej. Pielęgniarki - 60%, w tym badaniu określiły pozycję swojego zawodu, wśród innych zawodów na poziomie średnim. W pytaniu o prestiż zawodu, ankietowani - 45% uznało kwalifikacje zawodowe, 40% wykształcenie, 33% samodzielność i niezależność zawodu [97]. Interesujące są również

badania Skorupskiej i Machowicz, gdzie badani w 92% uważają, że pielęgniarka jest równorzędnym członkiem zespołu w w opiece nad pacjentem [98]. O ocenę poziomu satysfakcji zawodowej wśród pielęgniarek onkologicznych pokusiły się organizatorki 22 ogólnopolskiej konferencji pielęgniarek onkologicznych w Białymstoku w 2018 roku. Badaniu poddało się dobrowolnie 218 uczestniczek z ośrodków onkologicznych w kraju. Średnia wartość satysfakcji z pracy wyniosła 67,10 punktów. Uczestniczki podkreślały zadowolenie z umiejętności zawodowych swojego przełożonego, wagi własnej pracy. Co ciekawe nie wykazano zależności satysfakcji z wykształceniem, ani stażem pracy. Natomiast wyższy poziom satysfakcji prezentowały osoby w związkach małżeńskich [99]. Przekrojowy sondaż Aiken i współpracowników wśród 33 tysięcy 659 pielęgniarek w 488 szpitalach w 12 krajach europejskich wykazał niezadowolenie z pracy w 11-56% badanych, 19-49% planowała odejść z pracy [100]. Podobne wnioski płyną z wyników badań Dallora i współpracowników, gdzie 26% pielęgniarek i pielęgniarzy jest bardzo, albo raczej nieusatysfakcjonowanych pracą zawodową [101]. Wiedzę i postawy pielęgniarek na temat praktyki opartej na dowodach naukowych oceniała Gotlib i współautorzy Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w 2014 roku. Uczestnicy badania znali zaczenie terminu EBM w 42%, dla 34% to nowoczesne wykonywanie zawodu, 36% zamierza aktualizować wiedzę zgodnie z doniesieniami naukowymi, a 41% uważa, że są one przydatne w praktyce zawodowej [102]. Również Młynarska w swojej pracy doktorskiej Poszukiwanie czynników wpływających na wykorzystanie przez pielęgniarki Evidence-Based Nursing w praktyce zawodowej ocenia poziom wiedzy, postaw i umiejętności badanych 830 pielęgniarek/rzy z całej Polski w 2018/19 roku. Wykazała, że pielęgniarki z wykształceniem wyższym cechują się największą wiedzą i umiejętnościami związanymi z EBM, chętnie je pogłębiają i wykorzystują. w praktyce zawodowej [103]. Badania własne określają satysfakcję zawodową w oparciu o kulturę organizacji i kolejne stopnie wykształcenia, autonomię zawodu i możliwość prowadzenia prac badawczych. Inni badacze umieścili w kwestionariuszach pytania o wynagrodzenie, docenienie, prestiż środowiska zawodowego i uznanie wśród pacjentów. Całościowe spojrzenie na zjawisko satysfakcji zawodowej, ewaluuje wraz z postępem technologicznym, oczekiwaniami pielęgniarek i ich miejsca w systemie ochrony zdrowia. Szczególnie istotna powinna praktyka oparta na dowodach medycznych. Nowoczesne pielęgniarstwo, to prestiż wyrażony krytycznym myśleniem na każdym etapie kontaktu i pracy z pacjentem, własnych kompetencji, możliwości systemu ochrony zdrowia oraz działaniem popartym dowodami naukowymi, wiedzą ekspertów z danej dziedziny. Natomiast brak satysfakcji zawodowej skutkuje poważnymi konsekwencjami dla systemu opieki zdrowotnej jak i samej pielęgniarki.

hipoteza 5:

System Opieki Zdrowotnej nie spełnia oczekiwań, w zakresie promocji, przyszłości i autonomii pielęgniarstwa. W poprzednich rozważaniach przedstawiono dyskusję na temat środowiska pracy ankietowanych w zakresie wsparcia, bezpieczeństwa, systemów motywacyjnych, hejtu i agresji. Na tych polach występuje odczuwalny deficyt. Aż 74,8% (86 osób) popiera działania przedstawicieli zawodu zmierzające do poprawy sytuacji pielęgniarek i położnych w Polsce. 66% (76 osób) uważa, że kompetencje pielęgniarские, nie są właściwie wykorzystane w Systemie Ochrony Zdrowia. Wyniki badania przeprowadzonego w Szpitalu Specjalistycznym w Jasle w 2010 roku, w których wzięło udział 130 pracowników szpitala innych niż pielęgniarki pokazują uznanie szerokich kompetencji pielęgniarских, traktowanie pielęgniarstwa jako sztuki, samodzielnej nauki, rolę autonomicznych interwencji pielęgniarских, zaufanie oraz solidaryzowanie się z roszczeniami pielęgniarek [98]. Komunikat z badań - Opinie o protestach pielęgniarek z grudnia 2000 przedstawia bardzo wysokie - 90 poparcie społeczne dla protestujących pielęgniarek [104]. Natomiast w 2021 roku badanie przeprowadzone na próbie 1161 osób ukazało 49% poparcie dla strajku medyków, i aż 53% uważa, że oczekiwanie finansowe pielęgniarek są adekwatne, a 17%, że zbyt małe [105]. W 2019 roku firma Manpower Life Science we współpracy z Polską Federacją Szpitali stworzył raport - niedobór talentów w branży medycznej. Badanie objęło 71 szpitali w całej Polsce zrzeszonych w Polskiej Federacji Szpitali. W swoim opracowaniu wykazuje zapotrzebowanie na stanowiska pielęgniarek wszystkich specjalności, przez 72% szpitali. Podkreśla brak integralnej, przyszłościowej wizji kształcenia kadr medycznych, dostosowanej do zmieniających się okoliczności, wyzwań zdrowotnych. Naświetla zjawisko emigracji zawodowej, do krajów dobrze przygotowanych, do wykorzystania potencjału absolwentów kierunków medycznych polskich uczelni [106]. Oczekiwania pielęgniarek wobec SOZ, to nie tylko oczekiwania finansowe. Badania przeprowadzone przez studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, wśród pielęgniarek dotyczą oczekiwań personelu pielęgniarского w zakresie organizacji i realizacji edukacji zdrowotnej dla pacjentów. Pielęgniarki oczekują powstania zespołów edukacyjnych. W ich skład wchodziłoby by profesjonaliści różnych specjalności, w tym psycholog. Edukacja powinna się rozpocząć w poradni, na długo przed rozpoczęciem procedury na oddziale. Na oddziałach oczekiwane są poradniki i programy edukacyjne [107]. Belowska, w swojej pracy doktorskiej na temat: „Ocena wpływu kształcenia na odległość na wiedzę i postawy pielęgniarek wobec praktyki zawodowej opartej na dowodach naukowych”, dokonuje przeglądu i analizy polskiego piśmiennictwa naukowego z dziedziny EBM, ale także opracowuje narzędzie dydaktyczne i dokonuje ewaluacji działania kursu kształcącego z obszaru EBM na odległość. W swojej rozprawie doktorskiej ocenia wiedzę pielęgniarek w tym zakresie jako niewystarczającą i zgłasza potrzebę poprawy tej sytuacji. Zaproponowana

przez nią platforma e-learningowa, okazała się być skutecznym i satysfakcjonującym narzędziem, zarówno w kształceniu uniwersyteckim jak i podyplomowym [108].

Streszczenie

Wstęp opisuje rozwój pielęgniarstwa na przestrzeni wieków, pokazując jak z prostej opieki ewoluowało do rangi dziedziny badawczej i profesji zaufania publicznego.

Autor podejmuje próbę odpowiedzi na pytanie o cenę wykonywania tej profesji, w obliczu konieczności nieustannego rozwoju i niełatwych wyzwań, które niejednokrotnie prowadzą do deficytów w życiu osobistym i rodzinnym.

Cel niniejszej pracy to określenie wpływu pracy zawodowej na życie osobiste pielęgniarek i pielęgniarzy.

W toku pracy badawczej wykorzystano metodę analizy piśmiennictwa z wykorzystaniem klasycznych technik treściowych, oraz metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem techniki ankietowej – autorskiego formularza ankiety.

Badaniem objęto 115 studentów studiów niestacjonarnych na kierunku pielęgniarstwo Wyższej Szkoły Medycznej w Legnicy. Badanie przeprowadzono od 11.2021 do 02.2022.

Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej. Wykorzystano przy tym test niezależności χ^2 Pearsona.

Wnioski z badań poddano dyskusji, porównując je z wynikami uzyskanymi przez innych badaczy, prezentowanymi w literaturze.

Słowa kluczowe

pielęgniarka, praca, rodzina, satysfakcja zawodowa

Summary

The introduction describes the development of nursing over the centuries, showing how it has evolved from simple care to become a research field and a profession of public trust.

The author tries to answer the question about the price of practicing this profession, in the face of the fact of the necessity of constant development and difficult challenges, which often lead to deficits in personal and family life.

The aim of this study was presented as an attempt to determine the impact of professional work on the personal life of nurses.

In the course of the research work, the method of literature analysis with the use of classical content techniques, and the method of diagnostic survey with the use of survey technique - the author's questionnaire form was used.

The study involved 115 part-time students of nursing at the Medical University of Legnica. The study was conducted from 11.2021 to 02.2022.

The obtained results were subjected to statistical analysis. Pearson's *chi*² independence test was used in this process.

The conclusions of the study were discussed, comparing them with the results obtained by other researchers, presented in the literature.

Keywords

nursery, work, family, work satisfaction

Bibliografia

1. Art. 17 *Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997r*, Dz.U.1997.78.483
2. Art. 4, ust. 1, punkt 1-5, *Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej*, Dz.U.2022.0.551
3. *Nursing Research*. Official Journal of the Eastern Research Society and the Western Institute of Nursing; <https://journals.lww.com/nursingresearchonline/pages/viewallmostpopulararticles.aspx>. [dostęp 19.05.2022]
4. *Investing in education, job and leadership* State of Worlds Nursing 2020; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331677>. [dostęp 05.02.2022]
5. *Najbardziej poważane zawody przez Polaków w 2021*; <https://swresearch.pl/news/najbardziej-powazane-zawody-przez-polakow-w-2021>. [dostęp 05.02.2022]
6. *Historia medycyny*; <https://historiamedycyny.pl/> [dostęp 05.02.2022]
7. Maksymowicz A. *Zagadnienia zawodowe pielęgniarstwa na tle historycznym*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1977: 6-14
8. Bostridge M. *Florence Nightingale -The lady with lamp*; <https://www.bbc.co.uk/history/british/victorians/nightingale-01.shtml> [dostęp 05.02.2022]
9. Richards L. *Reminiscences of Linda Richards*. Americas firsttrained nurse. Boston: Whitcomb & Barrows; 2015
10. Poznańska S. *Pielęgniarstwo wczoraj i dziś*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL;1988: 13-25
11. Supady J. *Początek nowoczesnego pielęgniarstwa w XIX wieku*. Health Promotion and Physical Activity. 2019; 2(7): 1-4
12. Słosorz T. *Kształcenie pielęgniarek w ujęciu historycznym*. Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu. 2014; 4(41:298-304)
13. Iżycka-Kowalska A. *Powstanie Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa i jej rozwój w latach 1921-1928*. Warszawa; Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1989
14. Kaniewska-Iżycka J. *Rozwój pielęgniarstwa polskiego do 1950 roku*. Materiały pomocnicze do historii zawodu pielęgniarstwa cz.1. Centrum Metodyczne Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego; 1987
15. Wolska-Lipiec K. *Czasopisma*; <http://www.wmpp.org.pl/pl/wydawnictwa-pielengniarskie/czasopisma.html>. [dostęp 11.02.2022]
16. Hutner R. *Kuźnia koncepcji pielęgniarstwa*. Pielęgniarstwo 2000; 1992; 3:22

17. Ministerstwo Zdrowia. *Nowe kompetencje pielęgniarek i położnych*. Warszawa; Fundusze Europejskie. Wiedza Edukacja Rozwój; 2020:6
18. Sak-Skowron M. *Determinanty satysfakcji z pracy. Studium teoretyczne*. Marketing i zarządzanie. 2017; 2(48):243-253
19. Wilczewska L. *Rozwój zawodu pielęgniarskiego w ujęciu historycznym*. Biuletyn Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych. Warszawa; 1994
20. Gnich J. *Ustawa o zawodzie z 1935 r.*;
<http://www.wmpp.org.pl/pl/ustawa-o-zawodzie.html>. [dostęp 11.02.2022].
21. *Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.*;
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU19960910410>
[dostęp 11.02.2022]
22. *Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.*;
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu20111741039>
[dostęp 11.02.2022]
23. *Ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych.*;
<http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20111741038>
[dostęp 11.02.2022]
24. Karkowska D. *Prawo medyczne dla pielęgniarek*. Warszawa: Wolters Kluwer; 2020:48
25. *Akty prawne w dziedzinie pielęgniarstwa.*; <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/ByKeyWord.xsp?key=pielęgniarstwo> [dostęp 11.02.2022]
26. Ministerstwo Zdrowia. *Polityka wieloletnia państwa na rzecz pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce*. Warszawa; Fundusze Europejskie. Wiedza Edukacja Rozwój; 2020: 1-106
27. Laloux F. *Pracować inaczej. Nowatorski model organizacji inspirowany kolejnym etapem rozwoju ludzkiej świadomości*. Warszawa; Studio Emka; 2015
28. Strzelec P. *Nowe uprawnienia, nowe roszczenia-aspekty odpowiedzialności prawnej pielęgniarek i położnych*. Bydgoszcz; Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych; 2018;
<http://www.oipip.bydgoszcz.pl/public/system/files/articles/571/736-nowe-uprawnienia-nowe-rozszczenia-prezentacja.pdf> [dostęp 11.02.2022]
29. *Związek i jego historia*. Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych;
<https://ozzpip.pl/about/> [dostęp 11.02.2022].
30. Osiecka J. *Powrót do młodych lat.*;
<https://www.queensilvianursingaward.com/pl-stories/powrot-do-mlodych-lat> [dostęp 11.02.2022].
31. Aniśko P., Popławska M., Zajkowska N. et al. *Czy coś się zmienia w postrzeganiu zawodu pielęgniarki - wybrane aspekty problemu* w Pielęgniarstwo wczoraj i dziś, rok 2022 rokiem pielęgniarstwa. Białystok; Uniwersytet Medyczny w Białymstoku; 2019; 225-244
32. Felsmann M., Głowacka M., Haor B., Humańska M. et al. *Badania fizyczne jako integralny element pracy pielęgniarki*. W I Ogólnopolska Konferencja Naukowa-Europejski wymiar nauk o zdrowiu; Bydgoszcz; 2006; 20-21.IV.2006: 8-9
33. Latos M. *Krew i mózg.*;
<https://open.spotify.com/show/643Y5GdI7yGkqVxzPaBvSH> [dostęp 16.02.2022]

34. Kilańska D. *Nowe role i zadania pielęgniarki w XXI w*, Problemy Pielęgniarstwa; 2012; 7(8) 114-119
35. *Petycja. Rozszerzenie kompetencji pielęgniarek i położnych*.
<https://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Pielęgniarki-chca-szerszych-kompetencji-Wystawiania-L4-recept-i-skierowan-na-szczepienia,229508,14.html> [dostęp 20.02.2022]
36. *Pielęgniarki w zespole do spraw POZ*. <https://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Pielęgniarki-chca-pracowac-nad-zmianami-w-POZ-Chca-dolaczyc-do-zespołu-powolanego-przez-ministra,229668,14.html> [dostęp 20.02.2022]
37. Andruszkiewicz A., Nowik M. *Zachowania zdrowotne kobiet czynnych zawodowo*. Problemy Pielęgniarstwa. 2011; (19): 148-152
38. Ksykiewicz-Dorota A. *Podstawy organizacji pracy pielęgniarskiej*. Lublin; Czelej; 2004
39. Raport NIPIP: Katastrofa kadrowa pielęgniarek i położnych. Warszawa; NIPIP; 2021 [dostęp 16.02.2022]
40. Ile żyje polska pielęgniarka. Wyjaśniamy wątpliwości wokół danych NIPIP;
<https://demagog.org.pl/analizy-i-raporty/ile-zyje-polska-pielęgniarka-wyjasniamy-watpliwosci-wokol-danych-nipip/> [dostęp 18.02.2022].
41. Current psychiatry report. Medical College of Georgia at Augusta University. Frontiers Ottawa. 2021;
<https://www.mp.pl/covid19/covid19-aktualnosci/270418,pandemiczna-bezsennosc-medykow> [dostęp 18.02.2022]
42. Biegańska-Banaś J., Makara-Studzińska. Strategie radzenia sobie pielęgniarek podczas pandemii Covid-19. Problemy Pielęgniarstwa 2020; 28 (1): 1-11
43. Lewoniewska J. Zarobki i dodatkowe zatrudnienie pielęgniarek i położnych w Polsce. Raport Stowarzyszenia Pielęgniarki Cyfrowe; 2021;
<https://www.pielęgniarkicyfrowe.pl/2021/06/12/zarobki-i-dodatkowe-zatrudnienie-pielęgniarek-i-polozonych-w-polsce/> [dostęp 18.02.2022]
44. Bujanowska M., Żółtańska J. Zawodowe zagrożenia zdrowia pracowników ochrony zdrowia w miejscu pracy. Zeszyty Naukowe PWSZ. Legnica; 2010;(6): 47-73
45. Zużlewicz K. Skutki zdrowotne pracy w systemie w нефизjologicznym rytmie. Zeszyty Naukowe SGSP. 2017; nr 62 (1/2):127-139
46. Bilski B. Wpływ pracy zmianowej na sposób odżywiania się i patologię przewodu pokarmowego wśród pielęgniarek. Medycyna Pracy. Wyniki badania pilotażowego. 2006; 57 (1):15-19
47. Rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie chorób zawodowych z 2009 r. DZ.U.2013.1367.
<https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzu-dziennik-ustaw/choroby-zawodowe-17551901> [dostęp 18.02.2022]
48. Gromulska L., Cianciara D., Piotrowicz M. Własna skuteczność w modelach zachowań zdrowotnych oraz w edukacji zdrowotnej. Przegląd epidemiologiczny. 2009; (63):427-432.
49. Bartkowiak G. Człowiek w pracy. Od stresu do sukcesu w organizacji. Warszawa; Wydawnictwo Ekonomiczne; 2009

50. Heszen-Celińska I., Sęk H. Psychologia zdrowia. Warszawa; Wydawnictwo Naukowe PWN; 2021; 81-93
51. Tomaszewska-Lipiec R. Relacje praca-życie pozazawodowe. Bydgoszcz; Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego; 2014: 320
52. Lachowska B. Wzajemne oddziaływanie pracy i rodziny - perspektywa konfliktu i fali cytacji. Raport z badań pilotażowych. Łódź; Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego; 2008: 431-444
53. Siemiginowska P., Iskra-Golec I., Wątroba J. Relacja praca/rodzina, zadowolenie z pracy i życia oraz zdrowie u pielęgniarek zmianowych i dziennych. *Studia Psychologica*. 2014; VII: 138-152
54. Frączyk J. Pierwsze dziecko po trzydziestce.
<https://businessinsider.com.pl/finanse/makroekonomia/wiek-kobiet-przy-porodzie-pierwszego-dziecka-ciagle-rosnie-co-z-systemem-emerytalnym/c801ke5>
[dostęp 18.02.2022]
55. Podrażka M. Urlop macierzyński.
<https://www.gov.pl/web/rodzina/urlop-macierzynski> [dostęp 18.02.2022]
56. Kapusta P. Pandemia. Raport z linii frontu. Lubicz; Wydawnictwo Insignis; 2020
57. Lekarze rozwodzą się rzadziej niż prawnicy.
<https://pulsmedycyny.pl/lekarze-rozwodza-sie-rzadziej-niz-prawnicy-875944> [dostęp 18.02.2022]
58. Melibruda J. Ja - Ty - My. Warszawa; Instytut Psychologii Zdrowia PTP; 2003
59. Greenhaus J.H., Powell G.N. When work and family are allies; A theory of work-family enrichment. *Academy of Management Review*. 2006 (vol 31/1)
60. Jabłońska A. Bezpieczeństwo pracy w Polsce 2019. Mobbing, depresja, stres w miejscu pracy. Koalicja Bezpieczni w pracy. 2019;
<http://bezpieczniwpracy.pl/wp-content/uploads/2019/10/Raport-Bezpieczeństwo-Pracy-w-Polsce-2019.pdf> [dostęp 18.02.2022]
61. Falewicz A. Prężność osobowości i jej rola w procesach radzenia sobie ze stresem. *Studia Koszalińsko-Kołońskie*. 2016; 23:263-275
62. <https://pielegniarskiswa.pl/> [dostęp 18.02.2022]
63. Chuchra M., Gorbaniuk J. Aktywność fizyczna pielęgniarek. *Badania porównawcze. Roczniki teologiczne; T:LXVI*, 2019: zeszyt 10: 96-109
64. <https://www.doipip.wroc.pl/dla-pielegniarki-i-polozonej/> [dostęp 18.02.2022]
65. Rubinkowska A. Jak wesprzeć zdrowie psychiczne pracowników medycznych. Warszawa; Wiedza i Praktyka; 2021
66. <https://medstres.sos.pl/> [dostęp 18.02.2022]
67. <https://www.profinfo.pl/autorzy/anita-galeska-sliwka,9090.html>
[dostęp 18.02.2022]
68. Lutyńska K. Wywiad kwestionariuszowy. Kraków; Wydawnictwo PAN; 1984: 14
69. Łobocki M. Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych. Kraków; Wydawnictwo Impuls; 1999: 74

70. Sztumski J. Wstęp do metod i technik badań społecznych. Katowice; Wydawnictwo Śląsk; 1999:66
71. Pilch T. Metodologia pedagogicznych badań środowiskowych. Warszawa; Państwowe Wydawnictwo Naukowe, 1980:79
72. Okoń W. Nowy słownik pedagogiczny. Warszawa; Wydawnictwo Znak; 1999: 163
73. American Psychological Association. (2022). APA Style numbers and statistics guide. <https://apastyle.apa.org/instructional-aids/numbers-statistics-guide.pdf>
74. Statistics How To, <https://www.statisticshowto.com/shapiro-wilk-test/>
75. *Mantel-Hanshel Test*, <https://itl.nist.gov/div898/software/dataplot/refman1/auxillar/mantel.htm>, [dostęp 10.05.2022]
76. Piekarski J., Urbaniak-Zajac D. Pasikowski S. Krytyka metodologiczna w praktyce tworzenia wiedzy. Łódź; Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego; 2019:23
77. Żużewicz K., Prędecka A. Wymiar czasu pracy kontra zdrowie. Przegląd doniesień naukowych. Warszawa; Zeszyty Naukowe SGSP 2018; Nr 66 (Tom 1/2)
78. Trinkoff A.M., Johantgen M., Storr C.L. et al. Nurses work schedule characteristics, nurse staffing and patient mortality. Nursing Research 2011;
79. Zawilska J.B., Pólchłopek P., Wojcieszak J. et al. Chronobiologiczne zaburzenia snu: Obraz kliniczny, podejścia terapeutyczne. Farmacja Polska 2010; 66(3): 179-186
80. Żużewicz K. Nauka o pracy; bezpieczeństwo, higiena i ergonomia. Wydawnictwo CIOP; Warszawa; 2012; <http://archiwum.ciop.pl/15707.html> [dostęp 02.02.2022]
81. Żuchowski I. Zjawisko stosowania mobbingu wśród pielęgniarskiej kadry kierowniczej w opinii pielegniarki/ pielęgniarzy. Zeszyty Naukowe ZPSB Firma i Rynek; 2018; 1 (53): 59-70
82. Grabowski P. Mobbing - patologia zarządzania. Antidotum 2002; 5
83. Zdziebło K., Kozłowska E. Mobbing w środowisku pracy pielęgniarek. Problemy pielęgniarstwa 2010; tom 18/2:212-219
84. Kodeks Pracy 1974; Dz.U. z 2020. poz.1320. art 94(3) z późniejszymi zmianami;
85. Zbyrad T. Ryzyko wypalenia zawodowego służb społecznych. Kraków; Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin-Polonia; 2017; Vol XXX,4:87-101
86. Rezmerska L., Kochman D., Anaszkiewicz A. Specyfika pracy a wypalenie zawodowe w opinii pielęgniarek. Pielęgniarstwo; 2016;1(1):1-26
87. Sęk H. Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie. Warszawa; Państwowe Wydawnictwo Naukowe; 2004:182-215
88. Ustawa o działalności leczniczej z 2011; art. 93 ust.1-3, (15 kwietnia 2011)
89. Ustawa o działalności leczniczej z 2011; art 95 ust 4, (15 kwietnia 2011)
90. Kurowska K., Klatt A. Rola wsparcia w zmaganiu się z syndromem wypalenia zawodowego w grupie pielęgniarek onkologicznych. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne; 2019;(1):32-37
91. Kawińska M. Życie rodzinne i zawodowe pielęgniarek i pielęgniarzy - komunikat z badań. Uniwersyteckie Czasopismo Socjologiczne. 2018; 23(2):41-47
92. Figley CR. Compassionfatigue as secondary traumatic stres disorderin those who treat the traumatized. BrunnerMazel Publishers; New York; 1995

93. Wilczek-Rużyczka E. Wypalenie zawodowe, a empatia u lekarzy i pielęgniarek. Kraków; Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2008: s. 46
94. Ogińska-Bulik NJ. Negatywne skutki pracy związanej z pomaganiem osobom po doświadczeniach traumatycznych - zjawisko wtórnej traumatyzacji. *Sztuka Leczenia*; 2019; (2):39-47
95. Grudzień D., Zurzycka P., Radzik T. Opinie personelu medycznego na temat agresywnych zachowań pacjentów. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*; 2015; 4(45)
96. Ogińska-Bulik NJ. Negatywne i pozytywne skutki wtórnej ekspozycji na traumę wśród personelu medycznego - rola wsparcia społecznego. *Psychiatria*; 2021; 18 (3)
97. L. Borowska P., Doroszkiewicz H, Łukaszuk C. Czynniki wpływające na poziom prestiżu zawodowego pielęgniarek w Pielęgniarstwo wczoraj i dziś-rok 2020 rokiem pielęgniarstwa. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku; Białystok; 2020: 285-301
98. Skorupska A., Machowicz A. Wybrane aspekty pracowników ochrony zdrowia wobec pielęgniarek. *Problemy Pielęgniarstwa*; 2010; 18(1):53-59
99. Piotrkowska R., Jarzynkowski P., Książek J. Analiza poziomu satysfakcji z pracy wśród pielęgniarek onkologicznych - badanie wstępne. *Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej/ Long-term care nursing*; 2020; 5 (3):229-237
100. 10. Aiken LH, Sloane DM., et al. Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies* 2013
101. Dall'Ora C, et al. Association of 12 h shifts and nurses' job satisfaction, burnout and intention to leave: findings from a cross-sectional study of 12 European countries. *British Medical Journal Open* 2015; 5(9):e008331. doi: 10.1136/bmjopen-2015-008331. PMID: 26359284; PMCID: PMC4577950.
102. Gotlib J., Belowska J., Żmuda-Trzebiatowska H. et al. Ocena wiedzy i postaw pielęgniarek na temat praktyki zawodowej opartej na dowodach naukowych. *Problemy Pielęgniarstwa*; 2015;23(2):177-182
103. Gotlib J. Recenzja rozprawy na stopień doktora nauk o zdrowiu mgr.Katarzyny Agnieszki Młynarskiej. Warszawski Uniwersytet Medyczny; <https://old.pum.edu.pl/data/assets/pdf.file/0010/199126/prof.-dr-hab.-Joanna-Gotlib-18.10.2021.pdf> [dostęp 24.04.2022]
104. Derczyński W. Opinie o protestach pielęgniarek. Centrum Badania Opinii Społecznej; Warszawa; 2000
105. Umańska E. Społeczne poparcie dla protestu medyków. Centrum Badania Opinii Społecznej; Warszawa; 2021
106. Niedobór talentów w branży medycznej. Manpower Life Science. <http://www.pfsz.org/wp-content/uploads/2019/06/LSraport2019dystrybucja-PFSz.pdf> [dostęp 22.04.2022]
107. Balicka N., Kobos E., Dziedzic B. et al. Oczekiwania personelu pielęgniarskiego w zakresie organizacji edukacji zdrowotnej dla pacjentów po przeszczepieniu nerki; *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*; 2019;(3):113-120
108. Belowska J. Badania naukowe w praktyce pielęgniarstwa - ocena wpływu kształcenia na odległość na wiedzę i postawy pielęgniarek wobec praktyki zawodowej opartej na

dowodach naukowych.

[https://wnoz.wum.edu.pl/sites/wnoz.wum.edu.pl/files/BelowskaJaroslawa
streszczeniepracydoktorskiejwnozwumpl.pdf](https://wnoz.wum.edu.pl/sites/wnoz.wum.edu.pl/files/BelowskaJaroslawa%20streszczeniepracydoktorskiejwnozwumpl.pdf) [dostęp 02.05.2022]

Spis tabel

I. Statystyki opisowe wieku grupy badanej	26
II. Ilość równoległych etatów	31
III. Korzysta ze zwolnienia lekarskiego, gdy są do tego wskazania	31
IV. Czynnie uczestniczy w życiu rodzinnym i imprezach okolicznościowych przyjaciół	31
V. Zdarza się, że pracuje mimo wystąpienia własnej choroby lub choroby członka rodziny	32
VI. Miesięczny wymiar godzin pracy	32
VII. Zmianowy system pracy	32
VIII. Przynosi „pracę” do domu, w postaci emocji i myśli	32
IX. Doświadcza traumatyzacji wtórnej (odczuwanie, objawów psychicznych - smutek, żal, poczucie bezradności, stres) oraz objawów somatycznych, po wystąpieniu trudnej, dramatycznej sytuacji w pracy, powyżej 30 dni	33
X. Sięga po używki w celu radzenia sobie ze stresem związanym z pracą zawodową	33
XI. Odczucie wypalenia zawodowego	33
XII. Występowanie chorób	33
XIII. Toksyczne środowisko pracy (występuje mobbing, hejt)	34
XIV. Ma poczucie bezpieczeństwa w pracy w zagrożeniu koronawirusem	34
XV. Odczuwa potrzebę korzystania ze wsparcia psychologicznego dla pracowników medycznych	34
XVI. Odczuwa presję społeczną, wynikającą z oczekiwań wobec Systemu Ochrony Zdrowia	34
XVII. Odczuwa dylemat wewnętrzny, wynikający z konieczności ciągłego podnoszenia kwalifikacji i wiążącymi się z nim ograniczeniami w życiu osobistym	35
XVIII. Konflikty związane z pracą	35
XIX. Potrafi niwelować objawy traumatyzacji, za pomocą technik psychologicznych	35
XX. Praca w zawodzie powodem rozpadu związku	35
XXI. Praca zawodowa jest powodem niezgody z życiowym partnerem	35
XXII. Zadowolenie z wyboru drogi zawodowej	36
XXIII. Wspierające środowisko pracy	36
XXIV. Odczuwa satysfakcję wynikającą z autonomii zawodu - nabywania kompetencji, uprawnień, prowadzenia badań naukowych	36
XXV. Uważa, że nowe kompetencje pielęgnarskie nie są właściwie wykorzystane w Systemie Ochrony Zdrowia	36
XXVI. Zakład pracy stosuje systemy motywacyjne	37

Spis rysunków

2.1.	Wiek osób ankietowanych. Badania własne 2021/2022 r.	26
2.2.	Płeć osób ankietowanych. Badania własne 2021/2022 r.	26
2.3.	Wykształcenie osób ankietowanych. Badania własne 2021/2022 r.	27
2.4.	Wykształcenie podyplomowe osób ankietowanych. Badania własne 2021/2022	27
2.5.	Stan cywilny ankietowanych. Badania własne 2021/2022 r.	27
2.6.	Miejsce zamieszkania ankietowanych. Badania własne 2021/2022 r.	28

A. Pytania ankietowe

Ocena wpływu pracy zawodowej na życie osobiste pielęgniarek i pielęgniarzy czynnych zawodowo.

- (i) Płeć
 - Kobieta
 - Mężczyzna
- (ii) Wiek
 - do 25 lat
 - od 25 do 35 lat
 - od 35 do 45 lat
 - od 45 do 60 lat
 - powyżej 60 lat
- (iii) Wykształcenie
 - Liceum Medyczne
 - Studium Medyczne
 - Licencjat Pielęgniarstwa
 - Magister Pielęgniarstwa
- (iv) Kształcenie podyplomowe
 - specjalizacja
 - kurs kwalifikacyjny
 - kurs specjalistyczny
 - nie związane z medycyną
- (v) Stan cywilny
 - w związku małżeńskim
 - w związku nieformalnym
 - rozwiedziona/y
 - wdowa/iec
 - samotna/y
- (vi) Miejsce zamieszkania
 - wieś
 - Miasto do 50 tys.
 - Miasto od 50 tys. do 150 tys.
 - Miasto od 150 tys. do 500 tys.
 - Miasto powyżej 500 tys.

- 1) Jak długo pracuję Pan/i w zawodzie pielęgniarzki / pielęgniarza?
- krócej niż 2 lata
 - od 2 do 5 lat
 - od 5 do 10 lat
 - od 10 do 20 lat
 - powyżej 20 lat
- 2) W ilu miejscach pracy, obecnie Pan/i jest zatrudniony/a?
- jednym
 - dwóch
 - więcej niż dwóch
- 3) Ile, w przybliżeniu, wynosi miesięczny wymiar godzin Pana/i pracy?
- do 149 godzin
 - od 150 do 169 godzin
 - od 170 do 199 godzin
 - od 200 do 239 godzin
 - od 240 do 259 godzin
 - powyżej 260 godzin
- ... **TODO**