

Jakość życia pielęgniarek – badanie wstępne

Grażyna Dugiel¹, Katarzyna Kęcka², Maria Jasińska³

¹ Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Pedagogiki i Nauk o Zdrowiu, Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości, Ostrowiec Świętokrzyski

² Samodzielna Pracownia Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny, Szczecin

³ Zakład Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny, Szczecin

Dugiel G, Kęcka K, Jasińska M. Jakość życia pielęgniarek – badanie wstępne. Med Og Nauk Zdr. 2015; 21(4): 398–401. doi: 10.5604/20834543.1186913

Streszczenie

Wstęp. Jakość życia przejawia się w przystosowaniu biologicznym, społecznym, podmiotowym i duchowym. Z tej perspektywy pojęcie to utożsamiane jest zarówno z wartościami otaczającego świata, jak i z jakością funkcjonowania człowieka. Można powiedzieć, że jest to zespół elementów przenikających się w różnych proporcjach i z różnym nasileniem, wśród których znajdują się takie obszary jak: współdziałanie w życiu społecznym, dorobek twórczy, bogactwo przeżyć, poziom świadomości oraz poziom aktywności.

Materiał i metody. Jakość życia, uwarunkowana stanem zdrowia 145 pielęgniarek, została zbadana w oparciu o polską adaptację kwestionariusza EQ 5D. Poza danymi demograficznymi zawiera ona ocenę stanu zdrowia w 5 aspektach życia codziennego takich jak: możliwości ruchowe, samoobsługa, codzienna aktywność, stan psychiczny oraz globalna subiektywna ocena swojego zdrowia (tzw. EQ-VAS).

Wyniki. Umiarkowane problemy w zakresie co najmniej jednej domeny jakości życia zgłosiło 65,52% respondentów, skrajne problemy 1,4%. Ból lub dyskomfort odczuwało 48,97% ankietowanych, niepokój lub obniżenie nastojów – 50,3%. Problemy z chodzeniem zgłosiło 6,2%, z wykonaniem zwykłych czynności – 10,34%. Ból i lęk są najczęściej zgłaszanymi problemami, zwłaszcza wśród młodszej grupy badanych kobiet. Średnia ocena stanu zdrowia – według wizualnej skali analogowej (*visual analogue scale* VAS) – wynosiła 78,85 punktów (SD 13,85).

Wnioski. Niepokój i ból są częstymi problemami pielęgniarek, szczególnie młodszych. Średni wynik oceny stanu zdrowia obniżał się wraz z wiekiem. Nie stwierdza się istotnych różnic stanu zdrowia pielęgniarki w stosunku do stanu zdrowia populacji polskiej. Satysfakcja z pracy wpływa na jakość życia związaną ze stanem zdrowia, a stan zdrowia modyfikuje poziom satysfakcji z pracy.

Słowa kluczowe

jakość życia, pielęgniarki, satysfakcja zawodowa

WPROWADZENIE

Termin *jakość życia* wywodzi się z nauk humanistycznych. Pojawił się on w krajach zachodnich pół wieku temu jako określenie alternatywne dla *poziomu życia* oznaczającego stopień zaspokojenia potrzeb materialnych [1, 2]. Obecnie pojęcie to jest niezwykle popularne, używane w różnych kontekstach w środkach masowego przekazu, w języku urzędowym w wielu dokumentach czy aktach prawnych [1]. W najszerszym i najbardziej ogólnym rozumieniu jakość życia określają następujące kategorie: dobrobyt, pomyślność, satysfakcja życiowa, spełnienie pragnień, zaspokojenie potrzeb. Z tej perspektywy jakość życia zdefiniować można jako pewną wartość społeczną, na którą składają się obiektywne warunki poziomu życia oraz subiektywne zadowolenie z poziomu życia.

Pojęcie jakości życia formułowane jest przez niektórych teoretyków w odniesieniu do czterech głównych wymiarów życia ludzkiego (ze względu na przedmiot odniesienia): przeżyć, relacji, działań, rozwoju, oraz z uwzględnieniem praw rządzących przebiegiem procesów typowych dla każdego z tych wymiarów [3, 4, 5]. Odpowiednio do nich jakość życia przejawia się w przystosowaniu biologicznym, społecznym, podmiotowym (odniesienie do *ja*) i duchowym

(egzystencjalnym). Z tej perspektywy pojęcie to utożsamiane jest zarówno z jakością świata, jak i jakością człowieka. Zatem jakość życia to zbiór elementów przenikających się w różnych proporcjach i z różnym nasileniem, które można przyporządkować takim obszarom jak: współdziałanie w życiu społecznym, dorobek twórczy, bogactwo przeżyć, poziom świadomości oraz poziom aktywności [6].

Większość badaczy uważa, że badania nad jakością życia, służące celom medycznym i dążące do względnej porównywalności wyników, powinny uwzględniać takie kategorie jak: ocena samopoczucia, zmienne fizykalne, którymi są rodzaj i nasilenie objawu, sprawność ruchowa, jakość snu, ale i zmienne psychologiczne (odporność psychiczna, poczucie sprawstwa, lęk, depresja, optymizm, funkcje poznawcze), aktywność jednostki (praca, wypoczynek i codzienne zajęcia), kontakty społeczne (rodzina, przyjaciele, życie seksualne) oraz warunki ekonomiczne [7]. W badaniach jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia często badacze kładą nacisk na określanie związku obiektywnego stanu zdrowia i poziomu ogólnego dobrostanu odczuwanego przez jednostkę [8, 9]. Najnowsze kierunki badań koncentrują się również na procesie adaptacji. Uznaje się bowiem, że przystosowanie gwarantuje dobrą jakość życia, dobrostan, witalność i pozytywne emocje [10, 11]. Ten sposób ujmowania jakości życia, charakterystyczny jest dla medycyny, co odróżnia ją od dziedzin takich jak polityka, ekonomia, socjologia.

W ocenie jakości życia widać przesunięcie w kierunku subiektywnych wskaźników, co ma swoje źródło w nowej

Adres do korespondencji: Kęcka Katarzyna, Samodzielna Pracownia POZ, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie
e-mail: kasia.gaw@wp.pl

Nadesłano: 21 kwietnia 2014; zaakceptowano do druku: 6 lipca 2015

definicji tego pojęcia zaproponowanej przez WHO, w myśl której jakością życia to sposób postrzegania przez jednostki ich pozycji życiowej w kontekście kulturowym i systemu wartości, w którym żyją, oraz w odniesieniu do ich zadań, oczekiwań i standardów wyznaczonych uwarunkowaniami środowiskowymi. Zatem jakością życia to tyle, co kompleksowy sposób oceniania przez jednostkę jej zdrowia fizycznego, stanu emocjonalnego, samodzielności w życiu i stopnia niezależności od otoczenia, także w kontekście osobistych wierzeń i przekonań. Definicja ta skierowała uwagę badaczy na znaczenie przypisywane przez jednostkę różnym aspektom życia, na sens zachowań oraz znaczenie zmian zachodzących w zachowaniach czy interakcjach społecznych [13]. Subiektywne oceny dotyczące jakości życia w coraz większym stopniu dotyczyły poczucia bezpieczeństwa lub przewidywalności przyszłości. Takie ujęcie oznacza zdolność przystosowania do sytuacji życiowej, które jest równoznaczne z utrzymywaniem pozytywnego zdania o sobie samym, pozostawaniem w dobrych relacjach z otaczającym światem pomimo konfrontacji z problemami czy trudnościami życiowymi.

Dotychczasowe propozycje pomiaru różnych aspektów jakości życia stanowią powiązanie komponentów psychologicznych, socjologicznych, odwołują się do realizacji potrzeb, pełnienia ról społecznych, satysfakcji, dobrostanu społecznego, włączenia w sieć relacji społecznych i otrzymywanego wsparcia społecznego. W sferze psychologicznej, z kolei, do możliwości rozwoju jednostki, kontrolowania własnych zachowań i autonomii decyzji dotyczących różnych aspektów życia oraz rozwijania kompetencji i indywidualnych zdolności do adaptacji. [11]. Kompleksowe pomiary jakości życia i satysfakcji z życia stanowią zatem samoocenę własnej sytuacji skorelowanej z przyjętymi przez siebie standardami. Dotychczas przeprowadzane badania wskazują, iż dla przedstawicieli zawodów opiekuńczych w ocenie tej istotne znaczenie ma także organizacja i warunki pracy [12].

Reasumując, w ujęciu holistycznym jakością życia to wielowymiarowy obszar, który jest rezultatem interakcji zachodzących między osobą a środowiskiem [6, 14, 15]. Doświadczenia blisko czterech dekad procesów badawczych nad jakością życia i konceptualizacje tego pojęcia, pozwalają ujmować je jako konsekwencję procesu przystosowania i poszerzać jego analizy o wymiar duchowy. Zakres praktycznego zastosowania, np. w ewaluacji procesu terapeutycznego, umacnia model holistyczny patrzenia na człowieka. Przypisuje się szczególne znaczenie wskaźnikom subiektywnym jako ocenie efektów podjętych starań i strategii radzenia w sytuacji życiowej [10, 11].

Dostępne opracowania dotyczą raczej poziomu zadowolenia z pracy i satysfakcji zawodowej czy też czynników motywacyjnych, finansowych i pozafinansowych w grupie pielęgniarek. Niniejsza praca zaś poszerza rozważania o jakość życia.

CEL PRACY

Z uwagi na fakt, iż pielęgniarki, realizując zadania zawodowe i pełniąc swoją rolę, podlegają licznym obciążeniom psychofizycznym, można spodziewać się pogorszenia ich stanu zdrowia i jakości życia. Dlatego też celem pracy jest próba oceny jakości życia badanych pielęgniarek.

MATERIAŁ I METODY

Grupę badanych stanowiło 145 losowo wybranych pielęgniarek z województwa świętokrzyskiego, kończących studia tzw. pomostowe, których średnia wieku wynosiła 42,3 lat (SD=5,56). Całą grupę podzielono na trzy kategorie według wieku badanych. Wyróżniono przedziały wiekowe 30–39 lat, 40–49 lat, 50–59 lat. Podział miał na celu porównanie poziomu zdolności poruszania się, samoopieki, zwykłej działalności, bólu/dyskomfortu, niepokoju/przygnębienia, przy założeniu, że wpływ czasu jest czynnikiem modyfikującym powyższe zmienne.

W niniejszej pracy jakością życia zależną od stanu zdrowia została zbadana w oparciu o polską adaptację kwestionariusza EQ 5D. Kwestionariusz opracowany został przez międzynarodową grupę badaczy z siedmiu ośrodków naukowych w Europie (w Anglii, Finlandii, Norwegii, Holandii i Szwecji). Poza danymi demograficznymi zawiera on ocenę stanu zdrowia w 5 aspektach życia codziennego: możliwości ruchowych, samoobsługi, codziennej aktywności i stanu psychicznego oraz globalną subiektywną ocenę swojego zdrowia (tzw. EQ-VAS). Uzyskane wyniki w postaci wartości liczbowych świadczą o jakości życia w danym wymiarze: niskie – o większym natężeniu występujących problemów i niskiej jakości życia, wyższe – o wyższej jakości życia.

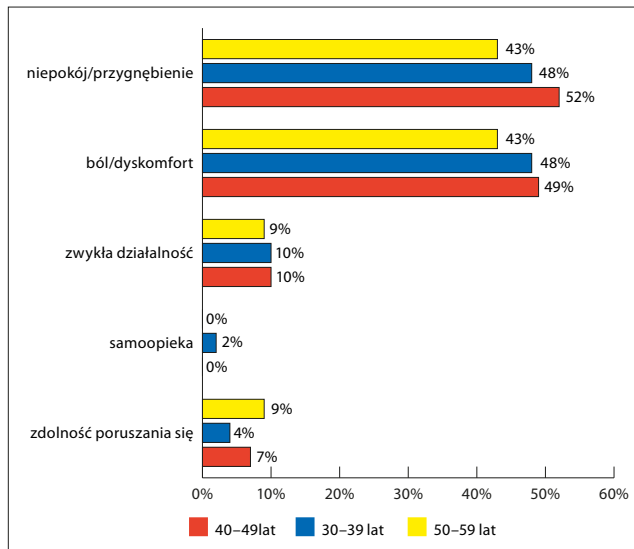
Z kolei satysfakcja z pracy została zbadana przy użyciu kwestionariusza *Moja praca*, składającego się z 12 pytań. Respondent oceniał stopień poczucia zadowolenia za pomocą pięciu stwierdzeń: zdecydowanie nie zgadzam się (oznaczone na skali jako 1), nie zgadzam się (oznaczone jako 2), nie mam zdania (3), zgadzam się (4), zdecydowanie zgadzam się (5). W badaniu skalą – satysfakcja z pracy – przyjęto dla większości odpowiedzi orientację pozytywną, odpowiednio punktując od 1 do 5.

Wszystkie zastosowane w pracy metody mają charakter samoopisu, co oznacza, że badany sam ocenia, w jakim stopniu poszczególne stwierdzenia są zgodne z jego odczuciami.

WYNIKI

Opracowanie wyników badań zostało wykonane z wykorzystaniem programu „STATISTICA 9.0”. Zmienne niezależne spełniające założenia dla testów parametrycznych analizowane były za pomocą testu t Studenta. Zmienne niezależne niespełniające założeń testów parametrycznych analizowane były za pomocą testów nieparametrycznych: testu U Manna-Whitneya oraz testu dokładności p Fishera. Istotność zależności pomiędzy badanymi cechami stwierdzono przy poziomie $p < 0,05$.

Umiarkowane problemy w zakresie co najmniej jednej domeny jakości życia zgłosiło 65,52% respondentów, skrajne problemy 1,4%. Ból lub dyskomfort odczuwało 48,97% ankietowanych, niepokój lub obniżenie nastroju – 50,3%. Problemy z chodzeniem zgłosiło 6,2%, natomiast z wykonaniem zwykłych czynności – 10,34%. Ból i lęk są najczęściej zgłaszanymi problemami, zwłaszcza wśród młodszej grupy badanych kobiet. Średnia ocena stanu zdrowia – według wizualnej skali analogowej (*visual analogue scale* VAS) wynosiła 78,85 punktów (SD 13,85). Uzyskane wyniki są zróżnicowane ze względu na wiek kobiet i potwierdzają wyższą jakość życia osób młodszych niż starszych (Ryc. 1).



Rycina 1. Jakość życia pielęgniarek uwarunkowana stanem zdrowia, w poszczególnych przedziałach wiekowych

Nieznaczne pogorszenie jakości życia następuje w grupie kobiet w wieku 50–59 lat, w której wartość średnia jest nieco niższa niż w pozostałych grupach (Tab. 1).

Tabela 1. Wpływ wieku na funkcjonowanie w wybranych obszarach

kryterium	waga	przedział wieku badanych		
		30-39 lat	40-49lat	50-59 lat
zdolność poruszania się	bez problemu	96,00%	93,15%	91,00%
	mały problem	4,00%	6,85%	9,00%
	duży problem	0,00%	0,00%	0,00%
samoopieka	bez problemu	98,00%	100,00%	100,00%
	mały problem	2,00%	0	0
	duży problem	0	0	0
zwykła działalność	bez problemu	90,00%	90,41%	91,00%
	mały problem	10,00%	9,56%	9,00%
	duży problem	0	0	0
ból/dyskomfort	bez problemu	52,00%	49,32%	57,00%
	mały problem	48,00%	49,32%	43,00%
	duży problem	0,00%	1,37%	0,00%
niepokój/przygnębienie	bez problemu	50,00%	47,95%	100,00%
	mały problem	48,00%	52,05%	43,00%
	duży problem	2,00%	0,00%	0,00%

Niedomagania zdrowia, które przejawiają się ograniczeniami ruchowych, w bólu i poprzez stany emocjonalne, powodują różne problemy w funkcjonowaniu w życiu codziennym oraz pełnieniu ról rodzinnych, społecznych i zawodowych przez kobiety. Średni wynik oceny stanu zdrowia obniżał się stopniowo, odpowiednio do wieku respondentów. Problemy występowały u 48% badanych, natomiast poważne problemy zdrowotne u 4,7%. Obserwowano istotnie wyższą punktację w przypadku młodszych respondentek w porównaniu do starszych pielęgniarek (0,969 vs 0,910 a 0,965 vs 0,894, $p=0,0019$). W większości problemy związane są z odczuwaniem bólu/dyskomfortu lub lęku/przygnębienia (Tab. 2).

Satysfakcja z pracy jest regulatorem zachowań ludzkich związanych z funkcjonowaniem jednostki w środowisku pracy. W badanej grupie pielęgniarek średnia wartość satysfakcji z pracy wynosiła 50,96, SD 8,64, mediana 51. W analizie statystycznej nie wykazano istotnych statystycznie zależności pomiędzy miejscem zamieszkania badanych, stażem pracy

Tabela 2. Problemy występujące w obszarze domen badanych pielęgniarek

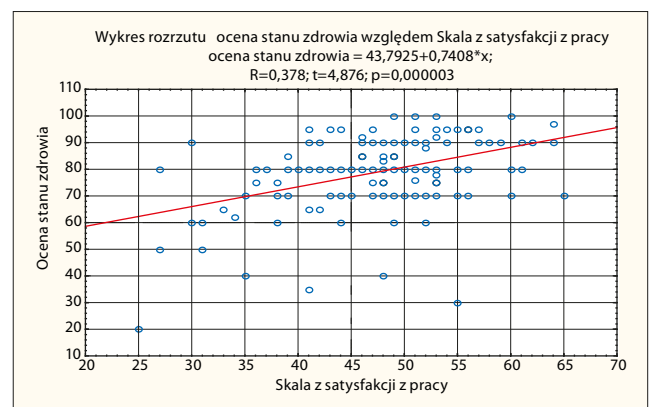
Domena	Grupa osób	
	pielęgniarki	populacja polska
zdolność poruszania się	6,60%	8,30%
samoopieka	2%	4,40%
zwykła działalność	10%	19,58%
ból/dyskomfort	48%	49,20%
niepokój/przygnębienie	48%	26,50%

oraz miejscem pracy a średnim poziomem satysfakcji z pracy. Wskaźniki satysfakcji z życia uzyskały poziom przeciętny (Tab. 3).

Tabela 3. Średnie, odchylenia standardowe, mediany wyników wszystkich respondentek uzyskanych w skali satysfakcji z pracy

Wskaźnik	Wynik średni			SD odchylenie standardowe			Me Mediana		
	30-39	40-49	50-59	30-39	40-49	50-59	30-39	40-49	50-59
	N=50	N=72	N=23	N=50	N=72	N=23	N=50	N=72	N=23
satysfakcja z pracy	50,86	51,28	49,63	9,38	8,63	6,98	52	51	51
subiektywna ocena stanu zdrowia	86,2	85,1	81,3	14,6	15,5	46,8	90	90	86

Analiza oceny związku lęku/przygnębienia z odczuwaną satysfakcją z pracy wskazuje na istnienie istotnego związku statystycznego ($r = -0,40$, $p=0,0001$). Ujemny wynik współczynnika odpowiadającego zmiennej lęk oznacza, że wzrost poziomu lęku zmniejszy prawdopodobieństwo osiągnięcia satysfakcji z pracy. Ocena wpływu stanu zdrowia na satysfakcję z pracy pozwala na stwierdzenie istotnego statystycznie związku $r = 0,378$, $p = 0,000003$ (Ryc. 2).



Ryc. 2. Wykres rozrzutu oceny stanu zdrowia względem skali satysfakcji z pracy

WNIOSKI

1. Niepokój i ból są częstymi problemami pielęgniarek, szczególnie młodszych. Średni wynik oceny stanu zdrowia, obniżał się wraz z wiekiem.

2. Większa satysfakcja z pracy wpływa na lepszą jakość życia związaną ze stanem zdrowia.
3. Lepszy stan zdrowia wpływa pozytywnie na poziom satysfakcji z pracy.
4. Doceniając wagę problemu jakości życia i satysfakcji z pracy, należałoby podkreślać te elementy w edukacji dotyczącej procesów zarządzania.
5. Nie stwierdza się istotnych różnic między stanem zdrowia badanych pielęgniarek a stanem zdrowia populacji polskiej.

PIŚMIENNICTWO

1. Dmoch T, Rutkowski J. Badanie poziomu i jakości życia. *Wiad Statyst.* 1985; 10: 27–31.
2. De Walden-Gałuszko K. Jakość życia — rozważania ogólne. W: De Walden-Gałuszko K, Majkiewicz M. (red.). *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994; 13–39. ISBN 83–7017–512–0.
3. Bańka A. *Psychologia jakości życia*. Wydaw. Stowarzyszenie Psychologia i Architektura, Poznań 2005, ISBN 83–916521–8–1.
4. Górna K. Obiektywny i subiektywny wymiar jakości życia chorych na schizofrenię po pierwszej hospitalizacji. *Rocz AM Białystok* 2005; 50 (suppl. 1): 225–227.
5. Raeburn JM, Rootman I. Quality of life and health promotion [w:] Renwick R, Brown I, Nagler M. (red.): *Quality of Life in Health Promotion and Rehabilitation: Conceptual approaches, issues, and applications* (75–88). Thousand Oaks, CA, Sage 1996.
6. Trzebiatowski J. Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych. *Hygeia Public Health.* 2011; 46(1): 25–31.
7. Tobiasz-Adamczyk B. Jakość życia w naukach społecznych i medycynie. *Sztuka Leczenia* 1996; 2: 33–40.
8. Gopalakrishnan N., Blane D. Quality of life in older ages. *Br Med Bull.* 2008; 1: 113–126.
9. Porensky EK, Dew MA, Karp JF, Skidmore E, Rollman BL, et al. The burden of late-life generalized anxiety disorder. Effects on disability, Health-related quality of life, and health care utilization. *Am J Geriatr Psychiat.* 2009; 6: 473–482.
10. Tobiasz -Adamczyk B. Geneza zdrowia, koncepcje i ewaluacja jakości życia. W: Kawęcka- Jaszcz K, Klocek M, Tobiasz-Adamczyk B. (red.): *Jakość życia w chorobach układu sercowo-naczyniowego. Metody pomiaru i znaczenie kliniczne*. Wydaw Med Termida, Poznań; 2006.
11. Tobiasz Adamczyk B. Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia. Nowe spojrzenie na chorego. W: Ostrowska A. (red.): *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy*. Wydaw IFiS PAN, Warszawa, 2009.
12. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995; 41: 1403–9.
13. Wysokiński M, Fidecki W, Walas L, Ślusarz R, Sienkiewicz Z, Sadurska A, Kachaniuk H. Satysfakcja z życia polskich pielęgniarek. *Probl Pielęg.* 2009; 17(3): 167–172.
14. Trzebińska E, Łuszczynska A. *Psychologia jakości życia*. *Psychologia Jakości Życia* 2002; 1: 5–8.
15. Oleś M. Jakość życia u dzieci, młodzieży i dorosłych – aspekty strukturalne, modele oceny i wyznaczniki. Referat. XXXII Zjazd Naukowy Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 22–25 września 2005, Kraków, s. 142.

Quality of life of nurses – preliminary study

Abstract

Introduction. The quality of life is manifested by biological, social, personal and spiritual adaptation. From this perspective, the concept is identified both with the values of the surrounding world, and the quality of human functioning. In one sentence, this is a set of elements mutually interpenetrating in various proportions and with various intensity, consisting of such areas as: co-participation in social life, creative output, wealth of experience, level of awareness and level of activity.

Material and methods. The quality of life conditioned by the state of health was examined among 145 nurses based on the Polish adaptation of the EQ 5D questionnaire. Apart from demographic data, the questionnaire contains an assessment of the state of health from 5 aspects of daily life: mobility capabilities, self-care, daily activity and psychological state, and global self-reported state of health (so-called EQ-VAS).

Results. Moderate problems within at least one domain of the quality of life were reported by 65.52% of respondents, while extreme problems – by 1.4%. Pain or discomfort were experienced by 48.97% of respondents, whereas anxiety or low mood – by 50.3%. Problems with walking were mentioned by 6.2%, and with performing simple activities – 10.34%. Pain and fear were the most frequently reported problems, especially among the younger group of women in the study. The mean evaluation of the state of health according to the visual analogue scale VAS was 78.85 scores (SD 13.85).

Conclusions. Anxiety and pain are frequent problems among nurses, especially those who were younger. The mean evaluation of the state of health decreased with age. No significant differences in the state of health were observed between nurses and the general Polish population. Job satisfaction affects health-related quality of life, while the health status modifies the level of job satisfaction.

Key words

quality of life, nurses, job satisfaction