

# WYWIERANIE WPŁYWU PRZEZ PACJENTÓW I ICH RODZINY NA POSTAWY I ZACHOWANIA PIELEŃNIAREK – FAKT CZY ILUZJA?

## Putting pressure by patients and their families on nurses' attitude and behaviour – fact or illusion?



Wojciech Kapata<sup>1</sup>, Anna Konieczny<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Oddział Chirurgii Ogólnej B i Urazów Wielonarządowych z Pododdziałem Chirurgii Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu, Wydział Zamiejscowy Nauk o Zdrowiu w Kołobrzegu Wyższej Szkoły Gospodarki Krajowej w Kutnie

<sup>2</sup>Oddział Neurologii z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru nad Chorymi z Udarem Mózgu i Zespołem ds. Stwardnienia Rozsianego Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2007; 2: 61–68

Adres do korespondencji:

mgr **Wojciech Kapata**, Oddział Chirurgii Ogólnej B, Szpital Wojewódzki, ul. Juraszów 7/19, 60-479 Poznań, tel. +48 61 821 24 06, e-mail: wokap@esculap.pl

### Streszczenie

**Cel pracy:** Celem pracy było poznanie wywierania wpływu przez pacjentów i ich rodziny na postawy i zachowania pielęgniarek.

**Materiał i metody:** Badania przeprowadzono w 2005 r. w grupie 96 pielęgniarek i pielęgniarzy, którzy pracują w zawodzie od co najmniej dwóch lat.

**Wyniki:** Wywieranie wpływu ze strony pacjentów i ich rodzin jest zjawiskiem dość częstym, realizowanym przede wszystkim poprzez wręczanie przez pacjentów lub ich rodziny korzyści materialnych pielęgniarkom oraz upominanie pielęgniarek.

**Wnioski:** Zdecydowana większość pielęgniarek osobiście doświadcza wywierania wpływu na ich postawy i zachowania względem chorego przez samego pacjenta i/lub jego rodzinę. Niemal wszystkie pielęgniarki spotykają się ze zjawiskiem wywierania wpływu na pracę personelu pielęgniarskiego wśród swoich koleżanek i kolegów z pracy.

**Słowa kluczowe:** wywieranie wpływu, pacjent, rodzina pacjenta, pielęgniarka.

### Summary

**Aim:** The purpose of the work was to study the phenomenon of patients and their families influencing nurses' attitude and behaviour.

**Material and methods:** The research was carried out on a group of 98 female and male nurses in 2005. They had worked for at least two years.

**Results:** The results show that patients and their families frequently exert an influence on nurses and that the phenomenon is associated with giving material benefits by patients and their families or admonishing nurses.

**Conclusions:** The results show that patients and/or their families influence the majority nurses' attitudes and behaviours. Almost all nurses have observed the phenomenon of influencing nurses' work among their colleagues from work.

**Key words:** influence, patient, patient's family, nurse.

### Wstęp

Pielęgniarka i lekarz należą do zawodów medycznych, których istotą jest praca wykonywana bezpośrednio na rzecz osób drugich, tj. pacjentów. Pielęgniarki i lekarze stają się tym samym swoistymi decydentami podziału dóbr (jakim jest także usługa medyczna), mając wpływ na to, jakie świadczenie medyczne i w jakim czasie będzie wykonane dla danego pacjenta. Praca pielęgniarek nabiera w tym ujęciu szczególnego znaczenia, część czynności realizowanych na rzecz konkretnego pacjenta jest bowiem realizowana właśnie przez pielęgniarki – wyko-

nują one m.in. iniekcje, pomagają w spożywaniu posiłków i podczas toalety, służą informacją i udzielają wsparcia. W dobie coraz większych oczekiwań od pracowników służby zdrowia w Polsce, także od pielęgniarek i pielęgniarzy, chorzy i ich rodziny oczekują i domagają się w ramach publicznej służby zdrowia coraz bardziej kompleksowej, rzetelnej i całościowej opieki nad chorym człowiekiem. Tym, jakże słusznym, oczekiwaniom stoi na przeszkodzie rzeczywistość, która jest determinowana m.in. niskimi nakładami na służbę zdrowia w Polsce (w tym niskimi uposażeniami personelu medycznego)

oraz małą (i coraz bardziej zmniejszającą się) liczebnością kadr pielęgniarskich, które wykonują więcej zawodowych czynności na rzecz chorego, przy mniejszej liczbie pielęgniarek, w krótszym czasie i na gorszym sprzęcie niż ma to miejsce w krajach zachodnich. Pielęgniarki wiedzą, że niektórzy chorzy i/lub ich rodziny domagają się większego zaangażowania członków zespołu pielęgniarskiego w opiece nad powierzonym im pacjentem, w porównaniu do innych (pozostałych) chorych. Wpływ samych pacjentów i/lub ich rodzin na pracę pielęgniarek nie był do tej pory w Polsce dyskutowany. W Polsce brak jest tzw. *koszyka medycznych świadczeń gwarantowanych*, który określałby zakres badań, zabiegów i pozostałych czynności, do których pacjent w ramach swego powszechnego ubezpieczenia ma prawo, a za które świadczenia i usługi, określone ponad standard, musi dopłacić. W tym *koszyku* powinny znaleźć się także zapisy mówiące o usługach i świadczeniach wykonywanych przez pielęgniarki, ponieważ brak jednoznacznego określenia podstawowych i ponadpodstawowych czynności, jakie wykonuje pielęgniarka, doprowadza do sytuacji, w której od pielęgniarek niektórzy chorzy domagają się

niekiedy niemal wszystkiego – wykonywania należnych z ich stanem zdrowia czynności pielęgniarskich, takich jak wykonywanie zleceń lekarskich związanych z podawaniem leków, zmianą opatrunków itp. Czasami sam chory (lub jego rodzina) doprowadza do sytuacji skupiania uwagi personelu, bez medycznego uzasadnienia tego zjawiska, na swojej osobie i powoduje zaburzenia w dysproporcji podziału dóbr, jakimi są usługi medyczne.

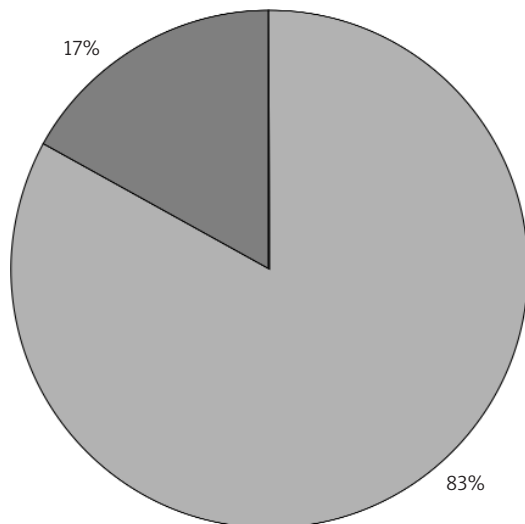
**Celem pracy** było określenie, czy istnieje problem wywierania wpływu na postawy i zachowania pielęgniarek przez chorych i ich rodziny? Czy jest on w ogóle przez nich dostrzegany, a jeśli tak, to jak go oceniają i jakie rozwiązania proponują?

## Materiał i metody

Badania przeprowadzono od grudnia 2005 r. do stycznia 2006 r. wśród studentów pielęgniarstwa dwóch uczelni, tj. studentów III roku zaocznych 3-letnich studiów licencjackich Pomorskiej Akademii Pedagogicznej w Słupsku oraz studentów I i II roku studiów pomostowych Wydzia-

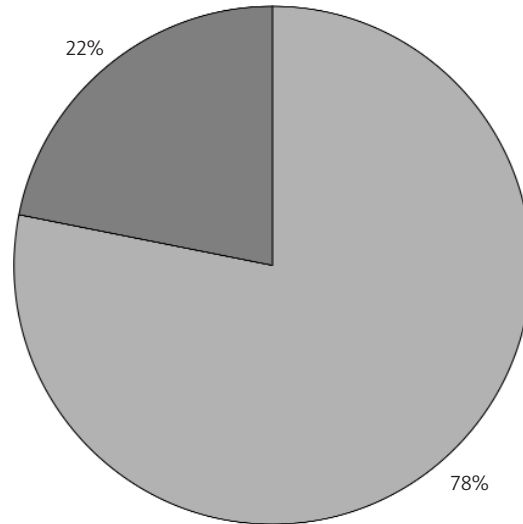
Tab. 1. Charakterystyka respondentów

Płeć respondentów	Rodzaj płci	% badanych
	kobieta	97
	mężczyzna	3
	suma	100
Liczba lat w zawodzie	Liczba lat	
	do 10	36
	11–20	45
	21–30	19
	powyżej 31	0
	suma	100
Pełniona funkcja	Rodzaj funkcji	
	pielęgniarka/pielęgniarszczyk odcinkowa/y	56
	pielęgniarka/pielęgniarszczyk starsza/y-koordynująca/y	38
	pielęgniarka/pielęgniarszczyk oddziałowa/y	6
	pielęgniarka/pielęgniarszczyk naczelna/y	0
	suma	100
Miejsce pracy	Nazwa miejsca pracy	
	szpital (oddział szpitalny, izba przyjęć, stacja dializ)	79
	dom pomocy społecznej	8
	pielęgniarstwo środowiskowe, podstawowa opieka zdrowotna	13
	suma	100



- spotkałam/em się ze zjawiskiem wywierania wpływu na pracę pielęgniarki ze strony chorego lub jego rodziny
- nie spotkałam/em się ze zjawiskiem wywierania wpływu na pracę pielęgniarki ze strony chorego lub jego rodziny

**Ryc. 1.** Znajomość zjawiska wywierania wpływu przez chorego lub jego rodziny na pracę pielęgniarek wśród ankietowanych pielęgniarek i pielęgniarzy (n=96)



- osobiście doświadczyłam/em wywierania wpływu przez chorego lub jego rodzinę na moją pracę
- osobiście nigdy doświadczyłam/em wywierania wpływu przez chorego lub jego rodzinę na moją pracę

**Ryc. 2.** Osobiste doświadczenie wywierania wpływu przez chorego lub jego rodzinę na własną pracę wśród ankietowanych pielęgniarek i pielęgniarzy (n=96)

tu Zamiejscowego Nauk o Zdrowiu Wyższej Szkoły Gospodarki Krajowej w Kutnie. Badaniami objęto w sumie 96 osób (w tym 93 kobiety i 3 mężczyzn), które wykonują zawód pielęgniarki lub pielęgniarza i które pracują w zawodzie pielęgniarstwie od co najmniej dwóch lat. Ankietowane osoby otrzymały kwestionariusz ankiety, której autorami byli pomysłodawcy badania.

Kwestionariusz ankiety, którym się posłużono, składał się z dwóch części:

1. Pytania ankiety w liczbie 8.
2. Metryczka w liczbie 4 pytań.

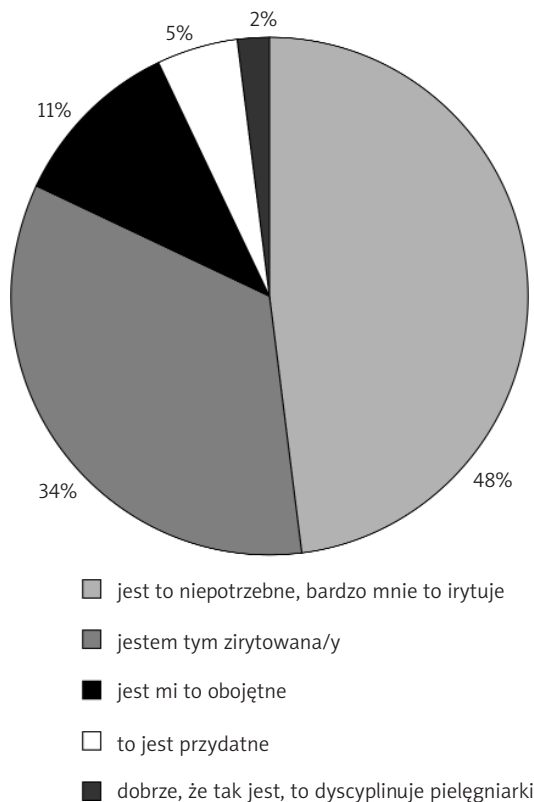
Kwestionariusz liczył w sumie 12 pytań. Udział w badaniu był dobrowolny, wszystkim ankietowanym zapewniono anonimowość. Wśród badanych najbardziej liczną grupę stanowiły osoby z liczbą lat w zawodzie 11–20 (45%), pełniące funkcję pielęgniarki/pielęgniarza, odcinkowej/odcinkowego (56%) lub pielęgniarki starszej/pielęgniarza starszego (38%) pracujące w szpitalu (79%). Szczegółową charakterystykę respondentów obejmującą płeć, liczbę lat w zawodzie, pełnioną funkcję oraz miejsce pracy badanych przedstawiono w tab. 1.

## Wyniki

Ankietowane osoby zapytane, czy spotkały się z wywieraniem wpływu na pracę pielęgniarki ze strony cho-

rego lub jego rodziny, w zdecydowanej większości przyznały, że spotkały się z takim zjawiskiem – odpowiedzi twierdzącej w tej kwestii udzieliło 83% badanej populacji, 17% udzieliło odpowiedzi przeczącej. Podobny odsetek odpowiedzi uzyskano w następnym pytaniu, w którym respondenci przyznali, że osobiście doświadczyli wywierania jakiegokolwiek wpływu przez chorego lub jego rodzinę na swoją pracę – w tym pytaniu odsetek odpowiedzi twierdzących był jednak nieco mniejszy, tj. 78% respondentów przyznało, że doświadczyło takiego wpływu, zaś pozostałe 22% temu zaprzeczyło (ryc. 1. i 2.).

Osoby, które udzieliły odpowiedzi twierdzącej (78% ogółu badanej grupy) i przyznały tym samym, że osobiście doświadczyły w swojej pracy wywierania wpływu przez chorego lub jego rodzinę, określiły także częstotliwość tego zjawiska. Wśród badanej populacji największą grupę stanowiły pielęgniarki i pielęgniarze, którzy doświadczają tego zjawiska *raz w tygodniu* (43% respondentów), nieco mniejszą grupę stanowiły pielęgniarki i pielęgniarze, którzy doświadczają tego zjawiska *raz w miesiącu* (33% respondentów), tylko niewielka liczba badanych osób przyznała, że doświadczają tego zjawiska codziennie (17% respondentów), a jeszcze mniejsza liczba badanych osób bardzo rzadko, tj. *raz na kilka miesięcy* (7% respondentów). Badane osoby zdefiniowały wywieranie wpływu przez chorych i ich rodziny na swoją pracę jako (respondenci mogli



Ryc. 3. Wywieranie wpływu na pracę pielęgniarek przez chorych i/lub ich rodziny w ocenie pielęgniarek i pielęgniarzy (n=96)

wybrać spośród trzech odpowiedzi zaproponowanych przez autorów badania oraz/lub wpisać inne własne określenia będące przykładami w tym temacie; można było zaznaczyć jednocześnie kilka odpowiedzi):

- zachęcanie do określonych postaw i czynności poprzez wręczanie korzyści materialnych – 57% badanych,
- upominanie – 43% badanych,
- grożenie, straszenie o powiadomieniu przełożonych i wyciągnięciu konsekwencji służbowych – 16% badanych,
- 6% badanych osób, które osobiście doświadczyły wywierania wpływu na ich pracę przez chorego lub jego rodzinę, scharakteryzowało ów wpływ własnymi słowami (przykłady wypowiedzi):
  - *strofowanie, mówienie pielęgniarkom, że ja wiem lepiej (słowa rodziny), jak należy się opiekować moim krewnym,*
  - *poprawianie pielęgniarki, tj. głośne mówienie na sali chorych przy obecnej pielęgniarce, jak chorym zajmowano się w domu, a jak teraz opiekują się nim pielęgniarki na oddziale – zdaniem rodziny źle,*
  - *przedstawianie własnych koncepcji dotyczących pielęgnacji i pielęgnowania chorego.*

Ankietowani określili także, jakich postaw i zachowań od pielęgniarek domagają się najczęściej chorzy

i/lub członkowie ich rodzin. Odpowiedzi na to pytanie były bardzo różne i niemal wszyscy ankietowani na nie odpowiedzieli – tylko 4% badanych pielęgniarek i pielęgniarzy nie udzieliło na to pytanie żadnej odpowiedzi. Zdaniem ankietowanych pacjenci i ich rodziny oczekują od pielęgniarek następujących postaw i zachowań: fachowości (46% wskazań), uległości (43%), służalczości (42%), punktualności (38%), dyspozycyjności (32%), sprawności manualnej (25%), uprzejmości (19%), informowania chorego i jego rodziny o stanie zdrowia pacjenta (18%). Pozostałe wypowiedzi (których nie da się zakwalifikować do żadnej z powyższych kategorii) były bardzo różne (w sumie 23% wśród wszystkich odpowiedzi respondentów) – wybrane przykłady:

- *rodzina chorego chce, abym niemal mechanicznie wykonywała każde ich polecenie,*
- *pacjent chce, aby tylko nim się opiekować, inni chorzy są mniej ważni,*
- *mam być miłą, uśmiechniętą i zawsze gotowa do pomocy,*
- *chorzy chcą opieki sprawowanej przez pielęgniarkę miłą, uprzejmą, kompetentną, doświadczoną, taktowną i grzeczną,*
- *pielęgniarka powinna być cicha, potulna i stać przed chorym niemal na baczność,*
- *mam być uśmiechnięta cokolwiek powie mi chory czy jego rodzina,*
- *w odczuciu pacjentów i ich rodzin pielęgniarki powinny być zawsze gotowe do pomocy – dziwię się, że pielęgniarka niekiedy musi odpocząć,*
- *pielęgniarka powinna wyręczać chorego w niemal wszystkich czynnościach – gdzie tu aktywizacja pacjenta? Zamiast uruchamiania chorego jest zastępowanie i wyręczanie go w niemal wszystkich czynnościach.*

Respondenci ocenili także wywieranie wpływu na pielęgniarki przez chorych i ich rodziny. Spośród pięciu możliwych zaproponowanych przez autorów ankiety odpowiedzi poddane badaniu pielęgniarki i pielęgniarze wypowiedzieli się następująco, tj. *zjawisko wywierania wpływu przez chorego i/lub jego rodzinę na pielęgniarkę oceniam następująco* (ryc. 3.):

- jest to niepotrzebne, bardzo mnie to irytuje – 48% badanych,
- jestem tym zyrutowana/zyrutowany – 34% badanych,
- jest mi to obojętne – 11% badanych,
- to jest przydatne – 5% badanych,
- dobrze, że tak jest, to dyscyplinuje pielęgniarki – 2% badanych.

Ankietowane pielęgniarki i ankietowani pielęgniarze zostali również poproszeni o wyjaśnienie przyczyny wywierania wpływu na niektóre postawy i zachowania w ich pracy przez chorych i ich rodziny. Jedna piąta badanych (20%) nie udzieliła żadnej odpowiedzi w tym te-

macie, zaś wśród pozostałych 80% respondentów uzasadnienia były różnorakie i dotyczyły:

- ubezpieczenia i związanych z tym praw – 36% (przykłady wypowiedzi):
    - *pacjenci mówią: płacę składkę na służbę zdrowia, więc wymagam,*
    - *płacę ubezpieczenie, to mi się należy,*
    - *chorzy są zdania, że opłacali składki na ubezpieczenie przez całe życie, to teraz proszą o bardzo dobre leczenie i opiekę pielęgniarską, która ma być szybka, rzetelna i zawsze uśmiechnięta;*
  - braku wiedzy i umiejętności części społeczeństwa w podstawowym postępowaniu z chorym w określonej chorobie – 20% (przykłady wypowiedzi):
    - *rodziny chorych nie potrafią niekiedy postępować ze swoimi bliskimi, gdy dotknie ich jakaś choroba,*
    - *rodziny boją się o swoją bliską osobę i chcą jej zapewnić najlepszą opiekę,*
    - *czasem rodziny chorych starają się dominować nad chorym i domagają się od pielęgniarek określonych czynności dla swego bliskiego,*
    - *obawa rodzin i chorego przed niedopilnowaniem ze strony pielęgniarek,*
    - *strach o własne zdrowie – przy pielęgniarence, na przykład po operacji, czują się bardziej bezpiecznie;*
  - małej wiedzy społeczeństwa na temat specyfiki pracy personelu medycznego, w tym przede wszystkim pracy pielęgniarek – 16% (przykłady wypowiedzi):
    - *chorzy i ich rodziny nie mają pojęcia, ile czasu na poszczególne działania może przeznaczyć personel (...),*
    - *niektórym się wydaje, że pielęgniarek na oddziale jest nie wiadomo ile i że dla każdego pacjenta każda z nas może poświęcić wiele czasu (...) – skąd to się bierze? Ludzie za dużo oglądają seriali medycznych, w których można zobaczyć uśmiechnięte pielęgniarki, które mają na wszystko czas,*
    - *kiedy mówię pacjentom, że jestem sama na dyżurze, to mi nie wierzą; jak mam więc tłumaczyć im to, że nie mogę być jednocześnie w kilku miejscach?*
  - utartego w polskim społeczeństwie wzorca pielęgniarki jako osoby zawsze niosącej pomoc – 7% (przykłady wypowiedzi):
    - *pielęgniarka w odczuciu chorego zawsze jest gotowa do niesienia pomocy i nie ma prawa odmówić,*
    - *pielęgniarka zdaniem chorego zawsze mu pomoże (...), pielęgniarka jest kobietą, więc zdaniem chorych jest z natury uległa – jeśli pacjent czegoś potrzebuje, to prosi, a pielęgniarka musi mu to przynieść, powiedzieć, zrobić itd.;*
  - trudnej sytuacji w polskiej służbie zdrowia i utrudnionego dostępu do niektórych świadczeń medycznych – 1% (wypowiedź respondenta):
    - *skoro pacjent czekał wiele miesięcy na operację, to później prosi o bardzo dobrą opiekę i twierdzi, że niemal wszystko mu się należy.*
- Poddani badaniu respondenci zostali poproszeni również o napisanie, co ich zdaniem należałoby zrobić (zmienić), aby uniknąć zjawiska wywierania wpływu i kreowania określonych postaw i zachowań w pracy pielęgniarki przez chorych i ich rodziny. Odpowiedzi na to pytanie nie udzieliła blisko jedna trzecia badanych, tj. 32%, a więc odpowiedzi dało 68% ankietowanych pielęgniarek i pielęgniarzy. Wśród wielu różnych odpowiedzi w tym temacie dotyczyły one najczęściej:
- większego niż do tej pory informowania chorego i jego rodziny o jego prawach, obowiązkach i roli w leczeniu – 23% (przykłady wypowiedzi):
    - *każdy pacjent i jego rodzina powinni być poinformowani o prawach i obowiązkach chorego,*
    - *pacjenci powinni być poinformowani, że mają prawa i obowiązki; powinni też być poinformowani, że od nich samych zależy bardzo wiele w procesie leczenia, więc także oni sami powinni starać się aktywizować, interesować własną chorobą, włączyć do procesu usprawniania, a nie być biernym i oczekiwać tylko pomocy z zewnątrz;*
  - edukowania i podnoszenia wiedzy (kształcenie) wśród członków zespołów pielęgniarskich – 14% (przykłady wypowiedzi):
    - *duża wiedza i kompetencje pielęgniarek (...),*
    - *należy się ciągle uczyć, w tym także tego, czego oczekują od nas ludzie. Dobrze jest też wiedzieć, jak rozmawiać z „trudnymi ludźmi” oraz jak być asertywnym,*
    - *kiedy człowiek wie więcej, łatwiej mu zrozumieć drugiego człowieka i łatwiej też przekazać mu swoją wiedzę; myślę, że jakbyśmy wszystkie prezentowały wysoki poziom wiedzy, to wówczas inaczej ludzie by na nas patrzyli;*
  - powszechnego wprowadzenia standardów i procedur postępowania zawodowego – 13% (przykłady wypowiedzi):
    - *należy wprowadzić standardy postępowania – wówczas będzie jasno i czytelnie wiadomo iloma chorymi może jednocześnie zajmować się pielęgniarka; bez standardów i wiarygodnych norm zatrudnienia powszechnie wydaje się, że jedna pielęgniarka może zajmować się wieloma pacjentami (ta liczba jest różna na różnorodnych oddziałach),*
    - *na dyżurze dziennym na oddziale ortopedii zajmuję się blisko 20 pacjentami, jak im wszystkim jednocześnie mam pomagać, pielęgnować? Chcę standardów, norm, wzorców;*
  - zwiększenia liczebności kadr pielęgniarskich – 13% (przykłady wypowiedzi):
    - *zwiększyć liczbę personelu do opieki nad chorym,*
    - *zwiększyć liczbę personelu pielęgniarskiego,*
    - *wprowadzić naprawdę, nie na papierze, minimalne normy zatrudnienia;*
  - informowania i swoistej edukacji społeczeństwa (reportaże, filmy dokumentalne itp.) o rzeczywistej pracy pielęgniarki, ukazującej jej blaski i cienie – 4% (przykłady wypowiedzi):

- często pacjenci mają mylne wyobrażenie o pracy pielęgniarki z mediów. Należy to zmienić; media powinny przedstawiać rzeczywisty obraz polskiej pielęgniarki, jak pracuje, za co jest odpowiedzialna,
- (...) myślę, że jeśli chorzy wiedzieliby, na czym polega moja praca i jak dużo muszę zrobić na jednym dyżurze, to nie mieliby niektórych wyimaginowanych życzeń, jakie niekiedy mają w tej chwili;
- większej motywacji pielęgniarek – 1% (wypowiedź spondenta):
  - podnieść pensje pielęgniarek tak, aby zmotywować je odpowiednio do ciężkiej pracy, jaką wykonują.

## Omówienie wyników

Czy rzeczywiście można mówić o zjawisku wywierania wpływu przez pacjentów i ich rodziny na postawy i zachowania pielęgniarek? Jak wskazują badania zjawisko wywierania wpływu przez chorych i/lub ich rodziny nie jest pielęgniarkom obce – 78% ankietowanych pielęgniarek i pielęgniarzy stwierdziło, że osobiście doświadcza wywierania określonego wpływu na ich postawy i zachowania przez chorych i/lub ich rodziny, aż 83% ankietowanych spotkało się z tym problemem wśród swoich koleżanek i kolegów z pracy. Problem ten wydaje się być znaczący, bowiem niemal połowa ankietowanych (43%) przyznała się, że odczuwa tego typu zachowania chorych i/lub ich rodzin najczęściej jeden raz w tygodniu. Wywieranie wpływu przez pacjentów i/lub ich rodziny na pracę personelu pielęgniarskiego jest zdaniem większości ankietowanych pielęgniarek (82%) oceniane jako niepotrzebne i w pewien sposób irytujące. Środowisko pracy, w jakim wykonują swój zawód pielęgniarki oraz jego charakter jest generalnie uznawany jako bardzo stresujący, co potwierdzają różne badania i publikacje [1, 2]. Źródła stresu w pracy pielęgniarki, która pracuje z chorym, mogą być różne i mogą wynikać m.in. z niskich zarobków pielęgniarek, poczucia stałej odpowiedzialności za drugiego człowieka, konieczności pracy w dni ustawowo wolne; mogą także wynikać z niedostatecznego okazywania uznania przez przełożonych pielęgniarek za ich rzetelną pracę [3]. Nie wielu badaczy zauważa jednak wpływ wywierania nacisku na pielęgniarki ze strony pacjentów i ich rodzin, i interpretuje je jako stresotwórczy. Problem ten dostrzegł na przykład H.H. Wheeler, który wyróżnił pięć głównych czynników stresujących pielęgniarki:

1. Obciążenie pracą i presja czasu.
2. Ubogie stosunki międzykoleżeńskie.
3. Problemy organizacyjne.
4. Dylematy związane z wyborem zawodu.
5. Duże wymagania i nacisk ze strony pacjentów [4].

Zjawisko wywierania wpływu przez chorych i/lub ich rodziny nie dotyczy tylko personelu pielęgniarskiego. L. Waszkiewicz napisał, że również lekarze często mają

do czynienia z uciążliwymi pacjentami lub uciążliwymi członkami rodzin pacjentów, co może być interpretowane jako źródło stresu u lekarzy [5].

Wywieranie wpływu na zachowania personelu medycznego ze strony pacjentów i/lub ich rodzin może mieć kilka źródeł. Jak zauważył B. Jankowiak, człowiek chorujący, przebywając w szpitalu ma wystarczająco wiele powodów do tego, by się bać. Jedni w takim przypadku zapadają w ochronne przygnębienie i depresję, inni podejmują walkę w obronie swojej godności i niezależności [2]. W tej walce o godność i niezależność pacjenta pojawia się także dostęp do usług świadczonych przez pielęgniarki – chorzy domagają się niekiedy większego zaangażowania pielęgniarek w opiekę wobec nich samych niż w stosunku do innych pozostałych pacjentów. Innym powodem jest często brak standardów postępowania określających zadania w konkretnej sytuacji ze strony personelu pielęgniarskiego. Brak sprecyzowania tej kwestii doprowadza do sytuacji, że niektórzy chorzy wykorzystują pielęgniarki, domagając się od nich wielu różnych czynności, które nie mają uzasadnienia w ich aktualnym stanie zdrowia, np. niektórzy pacjenci domagają się od pielęgniarki, żeby *zrobiła im herbaty*, podczas gdy sami mogliby to zrobić. Do innych przyczyn wywierania wpływu na zachowania pielęgniarek należy zaliczyć brak wiedzy części społeczeństwa o podstawowym postępowaniu z pacjentem w określonej chorobie oraz stosunkowo małą wiedzę społeczeństwa na temat specyfiki pracy personelu medycznego, w tym przede wszystkim pracy pielęgniarek – te dwie ostatnie przyczyny zostały potwierdzone konkretnymi wypowiedziami osób ankietowanych w omawianym tu badaniu. Ponadto, należy także pamiętać, że zawód pielęgniarki, należy do tzw. grupy *helping professions* i jest pojmowany w społeczeństwie w kategoriach pomagania, zaangażowania i poświęcenia. Jednocześnie pielęgniarki, w znacznej większości kobiety, są niejako zawodowo i społecznie przygotowane (w społecznym odczuciu) do tłumienia uczuć i zachowań negatywnych, w tym gniewu i agresji, napisał B. Jankowiak [2], co część pacjentów stara się wykorzystać, domagając się większej, lepszej i całościowej opieki *właśnie mnie*, bo *ja o to proszę*, a pielęgniarka *przecież mi nie odmówi*. Widać to na przykład w wypowiedziach ankietowanych pielęgniarek, które odpowiadając, czego najczęściej domagają się od nich chorzy, piszą, co prawda, że fachowości, ale zaraz za tym dodają także, że pacjenci domagają się i oczekują również szeroko rozumianej uległości.

Wywieranie wpływu na zachowania pielęgniarek może przybierać różne formy. Jak wynika z badań przeprowadzonych przez B. Jankowiak, 76% badanych przez nią pielęgniarek (n=100) stwierdziło, że co najmniej kilka razy w miesiącu styka się z pacjentami, którzy krzyczą na nie i starają się dochodzić swoich racji, używając pogroźek [2]. Groźenie i straszenie pielęgniarek powiadomieniem przełożonych i wyciągnięciem przez nich określonych konsekwencji służbowych zostało również potwierdzone jako

fakt w prezentowanym przez nas badaniu, gdzie 43% ankietowanych przyznało, że doświadcza upominania ze strony pacjentów, a 16%, że pacjenci i/lub ich rodziny grożą i straszą pielęgniarki, jeśli te nie będą wykonywać żądanych przez nich czynności. Inną formą wywierania wpływu na zachowania i postawy pielęgniarek jest wręczanie korzyści materialnych – w prezentowanym tu badaniu aż 57% ankietowanych podało właśnie taką formę wywierania na nich wpływu przez pacjentów i/lub ich rodziny jako najczęściej stosowaną. Reguła wzajemności, która jest wykorzystywana przez chorych i/lub ich rodziny, odwołuje się do potrzeby odwzajemnienia się za otrzymane dobra i przysługi; chcąc zyskać czyjąś uległość i przysługę (tutaj – pielęgniarki), najpierw coś tej osobie ofiaruj – powiedz komplement, daj kwiatki itp. Jak wynika z omawianego tu badania, ponad połowa ankietowanych podaje, że ta forma wywierania wpływu na pielęgniarki jest najczęstsza. Literatura podaje różne formy wywierania wpływu na członków personelu medycznego [6], jednak właśnie wywieranie wpływu przez pacjentów poprzez techniki i metody psychologiczne jest nagminne. E. Berne pisze o *programowaniu społecznym* i *programowaniu indywidualnym*, które można odnieść także do personelu medycznego. To pierwsze polega na stosowaniu uniwersalnych słów, gestów, zachowań, które mają na celu wywieranie określonego wpływu na wiele osób jednocześnie (grupa, zespół osób – np. wszyscy członkowie personelu pielęgniarskiego). To drugie jest ukierunkowane na indywidualne, pojedyncze osoby (np. konkretna pielęgniarka, która ma dziś dyżur), względem których pragniemy uzyskać określone względy, zachowania czy postawy [7]. *Programowanie* to dość często ma miejsce np. na oddziałach zabiegowych (chirurgia, ortopedia, ginekologia itp.), gdzie stosowane jest przez chorych (i/lub ich rodziny), którzy w danym dniu mają być poddani zabiegowi operacyjnemu. Wówczas sami chorzy lub ich rodziny zwracają się z *prośbą* o – używając słów pacjentów lub członków ich rodzin – *lepszą opiekę* nad operowanym pacjentem i dodają do tego stymulator w formie kwiatów, słodyczy itp.

Trzeba także rozważyć, jakie rozwiązania problemu wywierania wpływu na postawy i zachowania pielęgniarek widzą same zainteresowane. Pielęgniarki przede wszystkim postulują, aby w większym niż do tej pory zakresie informowano chorego i jego rodzinę o jego prawach, obowiązkach i roli w opiece. Wówczas – wydaje się intuicyjnie – pacjenci będą bardziej uświadomieni i o wiele aktywniej podejść do swojego leczenia i pielęgnacji, a ich rodziny w większym stopniu, niż ma to miejsce, będą mu w tym pomagać. Ważne jest także, zdaniem ankietowanych pielęgniarek, aby całe środowisko zawodowe pielęgniarek było bardziej wyedukowane, również w treści związane z obsługą pacjenta, w tym nauki zasad bycia asertywnym. Ponadto, wskazane jest – zdaniem ankietowanych – powszechne wprowadzenie standardów i procedur postępowania zawodowego oraz zwiększenie liczebności kadr pielęgniarskich.

Kończąc niniejsze rozważania, należy dodać jeszcze dwie myśli, tj. jedną o usługach, drugą o przepłacaniu czy gratyfikowaniu w różny sposób pielęgniarek przez chorych lub ich rodziny. Jak pisze K. Rogoziński *tkwimy w sieci usługowych relacji. Trywialność tego stwierdzenia ujawnia jednocześnie wielki paradoks, że owemu rosnącemu uwiktaniu nie towarzyszy pogłębiona refleksja nad tym, czym usługi były (...); czym w istocie są (...); i czym mogłyby być (...)* [8]. Podążając za myślami K. Rogozińskiego, można postawić następujące pytania: Na ile pacjent może być aktywny w świadczeniu usługi medycznej? Na ile, jako nieorientowany najczęściej w meandrach wiedzy medycznej, ma prawo dyskutować o zasadności podjętej u niego terapii czy konieczności przeprowadzenia zabiegu operacyjnego? W jaki sposób można określić prawo pacjenta do decydowania o podejmowanych u niego zabiegach pielęgniarskich – ich liczbie, rodzaju itp., zawsze bowiem jakiś chory może stwierdzić, że podczas pobytu w szpitalu *nie został należycie pielęgnowany* – jak to ocenić? I wreszcie – gdzie jest granica pomiędzy świadczeniem usługi a usługiwaniem? Należy pamiętać, że usługi medyczne należą do tzw. usług bezpośrednich i nieanonymowych, czyli realizowane są bezpośrednio przy i na rzecz pacjenta przez osoby, które zna i/lub widzi (w przeciwieństwie do usług pośrednich, anonimowych, które są realizowane przez osoby, których usługobiorca nie zna i nie widzi, np. naprawa sprzętu elektronicznego w zakładzie naprawczym). Owa bezpośredniość i nieanonymowość usług medycznych, w tym praca wykonywana przez pielęgniarkę, stwarza sytuację, w której pacjent (usługobiorca) ocenia ją i – co ważne w kwestii omawianego tu tematu – może wywierać na nią określony wpływ po to, aby osiągnąć pożądane przez niego oczekiwania. Gdzie jest granica między zwykłym proszeniem chorych o jakąś dodatkową opiekę ze strony pielęgniarki a manipulowaniem uczuciami i wywieraniem wpływu po to, aby osiągnąć określone i pożądane przez chorego i/lub jego rodzinę postawy i zachowania pielęgniarek? Czy tę granicę wyznaczają tylko pieniądze, które niektórzy chorzy chcą wręczać pielęgniarkom za dodatkową przy nich pracę?

Ostatnia kwestia, pośrednio związana z uprzednio omawianą, dotyczy gratyfikowania pielęgniarek bezpośrednio przez chorego lub członków jego rodziny za dodatkowe czynności realizowane na rzecz konkretnego pacjenta. Problem ten istnieje, bowiem jak zauważył B. Gramlewicz *za wód pielęgniarki należy do zaniedbanych dziedzin naszego życia społecznego. (...) Materialny poziom życia pielęgniarek i ich rodzin graniczy z minimum socjalnym* [9].

Przedstawione w niniejszej pracy problemy dotyczą szerokiego grona pielęgniarek i powinny być rozpatrywane również w kontekście Kodeksu Etyki Pielęgniarskiej.

## Wnioski

1. Zdecydowana większość pielęgniarek (78%) osobiście doświadcza wywierania wpływu na ich postawy i za-

- chowania względem chorego przez samego pacjenta i/lub jego rodzinę. Niemal wszystkie pielęgniarki (83%) spotykają się ze zjawiskiem wywierania wpływu na pracę personelu pielęgniarskiego wśród swoich koleżanek i kolegów z pracy.
2. Wywieranie wpływu przez pacjenta i/lub jego rodzinę na postawy i zachowania pielęgniarek jest doświadczane przez pielęgniarki najczęściej raz w tygodniu lub raz w miesiącu (odpowiednio: 43 i 33%).
  3. Wywieranie wpływu na postawy i zachowania pielęgniarek przez pacjentów i/lub ich rodziny dotyczy najczęściej zachęcania do określonych postaw i czynności poprzez wręczanie korzyści materialnych oraz upominanie pielęgniarek. Zdecydowanie rzadziej stosowane jest przez pacjentów i/lub ich rodziny grożenie i straszenie pielęgniarek powiadomieniem przełożonych i wyciągnięciem przez nich konsekwencji służbowych.
  4. Pacjenci i/lub ich rodziny, zdaniem pielęgniarek, pomagają się od personelu pielęgniarskiego przede wszystkim fachowości, ale także szeroko rozumianej uległości i służalczości.
  5. Większość pielęgniarek (82%) jest zdania, że wywieranie wpływu przez pacjentów i/lub ich rodziny na pracę personelu pielęgniarskiego jest niepotrzebne i w pewien sposób irytujące.
  6. Wśród przyczyn wywierania wpływu na niektóre postawy i zachowania pielęgniarek przez pacjentów i/lub ich rodziny ankietowani wymieniają podawany przez pacjentów fakt posiadania ubezpieczenia i związane z tym przywileje, brak wiedzy i umiejętności części społeczeństwa w podstawowym postępowaniu z pacjentem w określonej chorobie oraz stosunkowo małą wiedzę społeczeństwa na temat specyfiki pracy personelu medycznego, w tym przede wszystkim pracy pielęgniarek.
  7. Wśród postulowanych zmian, jakie należałoby wprowadzić, aby uniknąć w przyszłości wywierania przez pacjentów i/lub ich rodziny wpływu na postawy i zachowania pielęgniarek, pielęgniarki wymieniają przede wszystkim większe niż do tej pory informowanie chorego i jego rodziny o jego prawach, obowiązkach i roli w leczeniu, edukowanie i podnoszenie wiedzy (kształcenie) członków zespołów pielęgniarskich, powszechne wprowadzenie standardów i procedur postępowania zawodowego oraz zwiększenie liczebności kadr pielęgniarskich.

#### Pi miennictwo

1. Guzowska MM. Stres i jego przyczyny w pracy amerykańskich pielęgniarek. Zdr Publ 2000; 7-8: 286-8.
2. Jankowiak B, Krajewska-Kułak E, Rolka H i wsp. Agresja i przemoc w pracy pielęgniarki (doniesienie wstępne). Piel XXI wieku 2005; 3: 153-5.
3. Kimak K, Kimak K, Skorek K. Stres w środowisku pracy zawodowej pielęgniarki. Zdr Publ 2000; 12: 427-30.
4. Wheeler HH. Nurse occupational stress research. 5: Sources and determinants of stress. Br J Nurs 1998; 1: 34-8.
5. Waszkiewicz L, Bolanowski W, Jasiak-Patczyńska E. Stres u lekarzy. Nowiny Lek 2004; 5: 376-80.
6. Sitek M. Kwiaty, koniak, koperta. Opłaty nieformalne w Ochronie Zdrowia. Pol Społ 2001; 10: 34-7.
7. Berne E. W co grają ludzie. Psychologia stosunków międzyludzkich. PWN, Warszawa 1994.
8. Rogoziński K. Cywilizacja usługowa – samorealizujące się niespełnienie. Szkice z pogranicza epok. Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Poznań 2003.
9. Gramlewicz B. Socjologiczno-pedagogiczne aspekty wykonywania zawodu pielęgniarki. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1999.
10. Wosińska W. niesprawiedliwość w stosunkach interpersonalnych. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1989.

*Praca została przedstawiona na Symposium Naukowo-Szkoleniowym w Kołobrzegu dotyczącym Medycznych i prawnych zagrożeń związanych z pracą pielęgniarek i położnych (20 maja 2006 r.).*