PODPIS ZAUFANY
ZENON
HALABA
08.09.2023 10:32:47 [GMT+2]
Dokument podpisany elektronicznie
podpisem zaufanym

Zawada, 2023.09.08

Recenzja

rozprawy na stopień doktora w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu

w dyscyplinie nauki o zdrowiu magister Marzeny Anny Terpiłowskiej pt.:

Czynniki wpływające na racjonowanie opieki

w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka (OITN)

Utrata *(missed)* i/lub racjonowanie *(rationing)* opieki pielęgniarskiej ma miejsce w sytuacji, gdy pozostające do dyspozycji zasoby ludzkie i sprzętowe są niewystarczające do zapewnienia wymaganej opieki wszystkim pacjentom. Może to być spowodowane zarówno niedoborem personelu jak i użytkowaniem zaawansowanego technologicznie sprzętu, którego obsługa wymaga zwiększonego nakładu czasu, czy stosowaniem zaawansowanych procedur leczniczych. Istotnym czynnikiem jest również postawa personelu pielęgniarskiego na którą wpływa zarówno umiejętność alokacji posiadanych zasobów jak i cała gama uwarunkowań społeczno-kulturowych. W rezultacie tego potrzeby zdrowotne pacjenta nie są w pełni zaspakajane. Ma to negatywny wpływ na bezpieczeństwo pacjenta i ostateczne efekty leczenia. Zjawisko racjonowania opieki pielęgniarskiej jest błędem, który odnosi się do każdego segmentu wymaganej opieki pielęgniarskiej nad pacjentem. Występuje ono powszechnie we wszystkich krajach świata i we wszystkich kulturach.

Problem ten choć bardzo istotny, zaistniał w powszechnej świadomości niedawno i nie doczekał się do chwili obecnej dogłębnego opracowania. Po raz pierwszy próbę zdefiniowania

zjawiska utraty opieki pielęgniarskiej podjęła Beatrice J. Kalisch w 2006 r. Do chwili obecnej brak jest jednak zarówno powszechnie przyjętej definicji racjonowania opieki pielęgniarskiej, zdefiniowania najważniejszych czynników związanych z racjonowaniem opieki pielęgniarskiej jak również zdefiniowania obszarów dotyczących bezpieczeństwa pacjenta. Nadzieję na dogłębne przeanalizowanie problemu i znalezienie środków zaradczych daje realizowany w ramach Europejskiego Programu Współpracy w dziedzinie badań naukowo-technicznych, współfinansowany przez Unię Europejską, projekt badawczy „RANCARE rationing – Missed Nursing Care: and International and Multidimensional Problem", w którym biorą udział przedstawiciele 27 krajów świata. Głównym celem Projektu jest podjęcie dyskusji na temat wpływu niewystarczającej w większości krajów świata obsady pielęgniarskiej na praktykę pielęgniarską: jakość opieki i bezpieczeństwo pacjenta, jak również konsekwencji braku wystarczającej opieki pielęgniarskiej dla rozwoju zawodowego pielęgniarek.

Temat podjęty przez doktorantkę wpisuje się w jakże aktualny nurt eksploracji zjawiska racjonowania opieki pielęgniarskiej w środowisku polskich pielęgniarek i położnych pracujących w oddziałach intensywnej terapii noworodka, gdzie może mieć szczególnie groźne następstwa. Dlatego uważam wybór tematu podjętego przez doktorantkę za bardzo trafny i ważny tak z naukowego jak i klinicznego punktu widzenia.

Przedstawiona mi do oceny dysertacja obejmuje zwarty, 128-stronicowy manuskrypt, podzielony na 11 rozdziałów. Dysertacja rozpoczyna się spisem treści, następnie wykazem skrótów i akronimów, oraz streszczeniami w języku polskim i angielskim. Doktorantka kolejno omawia stan wiedzy w obszarze będącym przedmiotem jej badań, przedstawia założenia i cele pracy, materiał, metody i narzędzia badawcze, wyniki i ich omówienie, wnioski, spis 156 pozycji literaturowych, wykorzystanych przez doktorantkę w pracy, ułożonych w większości przypadków w kolejności ich cytowania w tekście oraz spis tabel i rycin i opinię Komisji

Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu. Rozprawa ma układ wymagany dla tego typu publikacji, zawiera ponadto 43 tabele i 17 rycin.

W rozdziale „Wstęp" poświęconym przeglądowi wiedzy w badanym obszarze, doktorantka przedstawiła na 23 stronach aktualne poglądy na temat racjonowania opieki pielęgniarskiej. Opisuje ona szczegółowo istniejące definicje i stosowane terminy określające utratę i/lub racjonowanie opieki pielęgniarskiej, jej przyczyny, wymienia czynniki mające wpływ na racjonowanie opieki i konsekwencje dla pacjentów. Stwierdzając już na wstępie, że zjawisko utraty lub/i racjonowania opieki pielęgniarskiej cechuje niespójność terminologiczna doktorantka sama nie posługuje się jednym terminem określającym badane zjawisko, ale używa naprzemiennie różnych terminów co wprowadza pewien element nieuporządkowania.

Opisując podstawowe dziewięć elementów utraty opieki pielęgniarskiej na stronie 18 jako jeden z nich doktorantka podaje „chodzenie" co wydaje się nieco kuriozalne. W mojej opinii jest to wynik dosłownego tłumaczenia angielskiego terminu *„ambulation",* który literalnie przekłada się na *„chodzenie, poruszanie się",* ale w kontekście opieki pooperacyjnej nad pacjentem oznacza pomoc w nauce chodzenia. Zbyt dużo miejsca w tej części pracy poświęca doktorantka problematyce stresu, wypalenia zawodowego i satysfakcji z życia i pracy, które to tematy choć mające niewątpliwie wpływ na racjonowanie opieki pielęgniarskiej, nie stanowią jednak przedmiotu badań doktorantki. Opisując zbyt szczegółowo moim zdaniem powyższe zagadnienia nie wspomina doktorantka jednak ani razu w kontekście radzenia sobie ze stresem i wypaleniem zawodowym o prężności psychicznej *(ang. resilience)*, która definiowana jest jako zdolność powrotu do stanu równowagi i pozytywnej adaptacji po doznaniu przez jednostkę, rodzinę lub grupę społeczną traumatycznych przeżyć lub/i narażeniu na stres. Problem prężności psychicznej wśród pielęgniarek, z uwagi na jej znaczenie, pojawił się już w latach 90 ubiegłego wieku i zaowocował szeregiem publikacji. Dyer i McGuinness prowadząc badania w tej grupie zawodowej zidentyfikowali umiejętność powrotu do poprzedniego stanu i

radzenia sobie w trudnej sytuacji, poczucie własnej wartości, determinację i nastawienie prospołeczne jako kluczowe przymioty osób o wysokiej prężności. Konsekwencją wysokiej prężności jest radzenie sobie w obliczu przeciwności losu, kontrola osobista, korzystna adaptacja i dostosowanie oraz rozwój osobisty *(Dyer, J.G., & McGuinness, T.M. (1996). Resilience: analysis of the concept. Archives of Psychiatric Nursing, 10, 276–282. https://doi.org/10.1016/S0883-9417(96)80036-7)*.

W odniesieniu do rozdziału „Wstęp" zastrzeżenia budzą naruszone proporcje dysertacji doktorskiej. Wstęp zajmuje bowiem przeszło dwukrotnie więcej miejsca (23 strony) w porównaniu z dyskusją konfrontującą doświadczenia własne doktorantki z doświadczeniami innych autorów (jedynie 9 stron). Jest to, poza wymienionymi powyżej zastrzeżeniami, również wynikiem zamieszczenia przez doktorantkę informacji nic nie wnoszących do meritum zagadnienia (np.: na str. 16 doktorantka podaje informacje dotyczące polskiego przedstawicielstwa w projekcie RANCARE, a na str. 21 niepotrzebnie rozwodzi się nad problemem braku zorganizowanej edukacji skierowanej do rodziców nowo narodzonych dzieci). Tego typu nieistotnych dla przedmiotu pracy informacji znajduje się w tej części dysertacji znacznie więcej. Proponowałbym zmienić powyższe proporcje w procesie przygotowania materiału do publikacji.

Część dysertacji „Cele i założenia pracy" zajmuje jedną stronę i prezentuje cel główny pracy i hipotezy badawcze. Za cel główny pracy mgr Marzena Anna Terpiłowska przyjęła określenie czynników mających wpływ na poziom racjonowania opieki pielęgniarskiej w oddziale intensywnej terapii noworodka i na jego podstawie sformułowała cele szczegółowe, którymi były:

- ocena związku wybranych zmiennych społeczno-demograficznych na poziom racjonowania opieki pielęgniarskiej w oddziale intensywnej terapii noworodka,

- ocena wpływu stopnia referencyjności oddziału, liczby pacjentów objętych opieką, formy zatrudnienia oraz czasu wolnego na poziom racjonowania opieki,
- ocena wpływu satysfakcji z pracy oraz satysfakcji z życia na poziom racjonowania opieki pielęgniarskiej,
- ocena wpływu składowych wypalenia zawodowego oraz poziomu odczuwalnego stresu na stopień racjonowania opieki pielęgniarskiej.

Doktorantka postawiła również pięć hipotez badawczych:

- personel pielęgniarski w oddziale intensywnej terapii noworodka racjonuje opiekę,
- wraz z wiekiem pielęgniarek oraz dłuższym stażem pracy w zawodzie poziom racjonowania opieki jest większy
- personel pielęgniarski, który doświadcza większego wymiaru pracy, obejmuje opieką większą liczbę noworodków częściej racjonuje opiekę pielęgniarską,
- personel pielęgniarski, który doświadcza wysokiego poziomu satysfakcji z życia oraz satysfakcji z pracy rzadziej racjonuje opiekę,
- na występowanie racjonowania opieki mają wpływ wyczerpanie emocjonalne, depersonalizacja, zadowolenie z osiągnięć zawodowych oraz wysoki poziom natężenia stresu.

Z szacunku do języka polskiego muszę nadmienić, że doktorantka z godną podziwu konsekwencją pisze dużą literą nazwę oddziału intensywnej terapii noworodka, która ma charakter nazwy gatunkowej a nie nazwy własnej, bowiem doktorantka nie pisze o konkretnym oddziale.

Doktorantka w realizacji nakreślonych celów posłużyła się poprawną z punktu widzenia warsztatu naukowego metodologią, a na przeprowadzenie badań uzyskała zgodę komisji bioetycznej. W sposób jasny i przystępny przedstawiła opis badanej grupy, kryteria włączenia do badań i wyłączenia, oraz użyte w badaniach kwestionariusze oceny. Pewne zdziwienie może

budzić fakt, że w przypadku polskiej adaptacji Kwestionariusza do oceny racjonowania opieki w oddziałach intensywnej terapii noworodka (NEWRI), kwestionariusza będącego zasadniczym narzędziem badawczym w pracy, doktorantka nie podaje wartości współczynnika zgodności wewnętrznej alfa Cronbacha, choć czyni to dla pozostałych skali oceny, za wyątkiem Skali odczuwanego stresu (PSS-10). W końcowej części rozdziału znajduje się opis stosowanych metod statystycznych, które dobrano w sposób prawidłowy.

Wyniki badań przedstawione zostały w trzech rozdziałach zawierających 39 tabel i 15 rycin ułatwiających analizę uzyskanych danych. Doktorantka przeanalizowała na wstępie dane demograficzne pielęgniarek i położnych biorących udział w badaniu. Najliczniejszą podgrupę stanowiły osoby w wieku 20 – 30 lat, z wykształceniem wyższym na poziomie magisterskim, ze stażem pracy do 5 lat lub powyżej 20 lat, pracujące w ośrodkach o III stopniu referencyjności, w 12-godzinnym systemie pracy, mieszkające w miastach powyżej 100 tysięcy mieszkańców. Ocena poziomu racjonowania opieki pielęgniarskiej w oddziałach intensywnej terapii noworodka przeprowadzona z wykorzystaniem Kwestionariusza NEWRI wykazała, że w najmniejszym stopniu racjonowane były czynności w podskalach: „podtrzymywania życia i opieki pielęgniarskiej przy pomocy aparatury medycznej" oraz „nadzór pacjenta", zaś najczęściej racjonowanymi czynnościami pielęgniarskimi były czynności związane z koordynowaniem opieki i planowaniem wypisu.

Niestety duże zastrzeżenie budzi brak wartości współczynnika zgodności wewnętrznej alfa Cronbacha dla badania przeprowadzonego przez doktorantkę. Pomimo że analiza rzetelności jest elementem procedury walidacyjnej każdego testu/kwestionariusza, powinna jednak zostać ona sprawdzona w każdym pojedynczym badaniu, bowiem wysoka rzetelność skal z próby normalizacyjnej nie gwarantuje rzetelnego pomiaru w każdym badaniu.

Ocena wypalenia zawodowego wykazała wysoki poziom wyczerpania emocjonalnego i niski poziom zadowolenia z osiągnięć zawodowych co zapewne miało także wpływ na wyniki

oceny satysfakcji z pracy. Wysoki poziom odczuwanego stresu deklarowało 48% uczestników badania. Pomimo tych negatywnych odczuć związanych z pracą zawodową i natężeniem stresu prawie połowa respondentów (46,09%) deklarowała jednak wysokie poczucie satysfakcji z życia, a jedynie 14,06 % cechowało niskie poczucie satysfakcji z życia. Ocena korelacji pomiędzy poziomem racjonowania opieki a satysfakcją z pracy, satysfakcją z życia, stopniem wypalenia zawodowego i odczuwanym stresem nie wykazały istotnych statystycznie zależności, z wyjątkiem podskali „podtrzymywanie życia i opieka pielęgniarska za pomocą aparatury", gdzie doktorantka uzyskała bardzo słabą (r=-0,182) ujemną, ale istotną statystycznie korelację z odczuwaną satysfakcją z wykonywanej pracy. W przeprowadzonej analizie regresji liniowej przydatnymi predykatorami do przewidywania poziomu zmiennej zależnej (wyniki podskali Kwestionariusza NEWRI) okazały się takie czynniki jak stopień referencyjności oddziału i liczba pacjentów nad którymi sprawuje się opiekę.

W rozdziale „Dyskusja" mgr Marzena Terpiłowska na 8 stronach skonfrontowała rezultaty swojej pracy z wynikami innych autorów. Wynika z niej, że podobne rezultaty uzyskali inni badacze eksplorujący ten temat.

Rezultaty badania podsumowane są w pięciu wnioskach, które odpowiadają celom pracy.

Bibliografia, która liczy 156 pozycji została dobrana prawidłowo i zawiera najnowsze doniesienia z literatury, nie została jednak umieszczona w całości w pracy i w kolejności cytowania. Brak jest w tekście odniesienia do pozycji piśmiennictwa numer 79, 101, 102, 108, 109, 124, 150, 151, a pozycje 111, 112, 117, 118, 123, 125, 129, 130, 132, 133, 134, 136, 137, pojawiają się w tekście przed publikacjami o niższej numeracji. Na stronie 104 występują odniesienia do pozycji 159 i 160, które nie znajdują się w spisie literatury (kończy się on na pozycji 156).

W podsumowaniu stwierdzam, że dysertacja doktorska mgr Marzeny Anny Terpiłowskiej, choć nie pozbawiona pewnych niedociągnięć, spełnia wymagania stawiane rozprawom na stopień doktora nauk o zdrowiu. Zatem mam zaszczyt przedstawić wysokiej Radzie Dyscypliny Nauki o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu wniosek o dopuszczenie pani mgr Marzeny Anny Terpiłowskiej do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

dr hab. n. med. Zenon Halaba