

DANUTA ZARZYCKA, IWONA ADAMSKA-KUŹMICKA, BARBARA ŚLUSARSKA

Zapotrzebowanie na działania edukacyjno-wspierające pacjentów wiejskiego zakładu opieki zdrowotnej

Needs for educational-supportive activities among patients of rural health care centres

Streszczenie

W literaturze dotyczącej zagadnienia z zakresu czynności edukacyjno-wspierających, działania badawcze najczęściej kierowane są na człowieka/pacjenta będącego w warunkach szpitalnych, z mniejszym nastawieniem na przeprowadzenie badań ukierunkowanych na odbiorców opieki pielęgniarskiej w naturalnym środowisku zamieszkania pacjenta.

Celem pracy było ustalenie zapotrzebowania na działania edukacyjno-wspierające poprzez określenie deficytu samoopieki (w powyższym zakresie) u osób, korzystających ze świadczeń wiejskiego zakładu opieki zdrowotnej.

Badania przeprowadzono w okresie od maja do września 2001 roku. Objęto nimi 45 pacjentów wiejskiego zakładu opieki zdrowotnej - ZOZ w Krzczonowie. Do przeprowadzenia badań wykorzystano Skalę Wydolności Pacjenta i Opiekuna (SWPiO) zawierającą 20 czteropoziomowych wyznaczników, które mają charakter dychotomiczny. Skala pozwala na diagnozowanie wydolności samoopiekuńczej pacjenta, wydolności opiekuńczej opiekuna oraz określenie deficytu opieki w tym układzie (pacjent-opiekun).

W grupie pacjentów, objętych badaniami największy deficyt w zakresie działań edukacyjnych wystąpił w następujących wyznacznikach: zmiana stylu życia - 25 wskazań (55,55%), uczenie się życia z następstwami choroby - 22 wskazania (48,88%), aktywność społeczna/towarzyska, znajomość wpływu następstw choroby na rozwój własny, każdy z wyznaczników po 21 wskazań (46,66%). W grupie opiekunów nieprofesjonalnych największy deficyt w zakresie edukacji pokrywał się z deficytem występującym u ich podopiecznych, co bezsprzecznie świadczy o przepływie informacji w relacji pacjent-opiekun i konieczność zajmowania się w edukacji obydwoma podmiotami w tej relacji.

Wyniki przeprowadzonych badań nad deficytem w zakresie edukacji zdrowotnej pacjentów wiejskiego zakładu opieki zdrowotnej, są zgodne z doniesieniami innych autorów, badających deficyty w zakresie edukacji u pacjentów hospitalizowanych.

Summary

In the literature concerning educational-supportive activities, the research studies are most often focused on individuals/patients in hospital setting, less often on recipients of nursing care in their natural environment.

The aim of the study was to determine the needs for educational-supportive activities by defining the deficiency in self-care among patients of rural health care centers.

The study was carried out between May and September, 2001 and involved 45 patients of the rural health care centre-ZOZ in Krzczonów. The study was conducted using the Scale of the Patient's and Carer's Efficiency consisting of 20 four-level determinants of dichotomic character. The scale allows to diagnose the efficiency of the patient's self-care, of the carer's care and to define the deficiency of care in this relation (patient-carer).

In the group of patients examined, the highest deficiency of educational activities was observed in the following determinants: changes of lifestyle - 25 (55.55%), learning how to live with the disease consequences - 22 (48.88%), social activities, knowledge about the effects of the disease consequences on the personal development - 21 (46.66%) each. In the group of non-professional carers, the highest educational deficiency corresponded to the deficiency among patients.

The results of the study of the deficiency in health education among patients of rural health care centres are compatible with the reports of other authors examining the education deficiency among hospitalized patients

Słowa kluczowe: promocja zdrowia, społeczność wiejska.

Key words: health promotion, rural community.

W literaturze poświęconej czynnościom edukacyjno-wspierającym, prezentowane kierunki działań badawczych najczęściej kierowane są na człowieka/pacjenta będącego w warunkach szpitalnych, z mniejszym nastawieniem na przeprowadzenie badań ukierunkowanych na odbiorców opieki pielęgniarstwa w naturalnym środowisku zamieszkania pacjenta. Tendencje badania tego obszaru w leczeniu zamkniętym, być może podyktowane są dostępnością do pacjenta i zaplecza medycznego. Nie mniej jednak należy pamiętać, iż człowiek i środowisko stanowią funkcjonalną jedność i nie powinno się wyizolować człowieka z jego naturalnego środowiska życia. Powyższe spojrzenie na te aspekty oraz zagadnienia samoopieki i deficytu samoopieki, bardzo szeroko omawiane są w teorii pielęgniarstwa autorstwa Dorothy Orem [1].

Szczególnie w środowisku swojego codziennego bytowania pacjent jest pozostawiony z własnymi problemami, niejednokrotnie nie wiedząc, gdzie powinien poszukiwać profesjonalnej porady w zakresie zwiększenia możliwości samoopieki, radzenia sobie z chorobą, czy nabycia umiejętności życia z dolegliwościami. Dlatego też pielęgniarki powinny starać się rozwijać w praktyce system zapewniania pomocy pielęgniarstwa. D. Orem wyróżnia trzy rodzaje systemu pielęgniarstwa: kompensacyjny, częściowo kompensacyjny i wspierająco-uczący [1]. Ten ostatni, czyli system wspierająco-uczący obejmuje działania edukacyjne i opiekuńcze jakie sprawuje w swojej pracy każda pielęgniarka [2]. Głównie odnoszą się one do osób/pacjentów, którzy są zdolni do samoopieki, ale wymagają wsparcia psychicznego, motywowania, uczenia, przekazania wiedzy i kształtowania umiejętności lub pomocy w podejmowaniu decyzji. Wszystkie te działania mają na celu zapewnienie optymalnego poziomu opieki dostosowanego do jego stanu i potrzeb [1, 2, 3].

Celem pracy było ustalenie zapotrzebowania na działania edukacyjno-wspierające poprzez określenie deficytu samoopieki w tym zakresie u osób znajdujących się w naturalnych warunkach bytowania człowieka (we własnym domu), a w momencie badania korzystających ze świadczeń wiejskiego zakładu opieki zdrowotnej. W pracy poszukiwano odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

1. W zakresie jakich potrzeb występują najczęściej deficyty w obszarze działań edukacyjnych pacjentów i ich opiekunów nieprofesjonalnych?

2. Czy wybrane zmienne niezależne mają wpływ na deficyt działań edukacyjno-wspierających pacjentów, przy założeniu, że współczynnik korelacji Pearsona R_p zawiera się w przedziale (0,3; 1,0) lub (-0,3; -1,0)?

MATERIAŁ I METODA

Badania przeprowadzono w okresie od maja do września 2001 roku. Objęto nimi 45 pacjentów wiejskiego zakładu opieki zdrowotnej - ZOZ w Krzczonowie. Dobór grupy dokonano na podstawie wyznacznika wieku osób korzystających z usług medycznych powyższego zakładu opieki zdrowotnej. Do badań zaklasyfikowano osoby, które ukończyły 60 rok życia, z czego największą grupę stanowiły osoby między 60–69 rokiem życia - 26 (57,78%) ankietowanych, kolejną grupę pod względem liczebności stanowiły osoby między 70–79 rokiem życia - 15 (33,33%) osób i między 80–89 rokiem życia - 4 (8,89%). Wśród osób obję-

tych badaniami - 33 (73,33%) stanowiły kobiety, a 12 (26,67%) - mężczyźni. Badani deklaruwali w następujący sposób stan cywilny, będący w związku - 22 (48,89%) osoby, w stanie wolnym 22 (48,89%) osoby, w tym 19 (42,22%) osób to wdowy i wdowcy, a 3 (6,67%) osoby badane to panny i kawalerowie; 1 (2,22%) osoba nie udzieliła odpowiedzi. Diagnoza pielęgniarstwa, red. Z. Kawczyńskiej-Butrym, PZWL W-wa 1999, s. 222–231, 252–271.

Grupa respondentów nie wykazywała zróżnicowania w odniesieniu do wykonywanego zawodu; znaczący wpływ na tę sferę miało środowisko zamieszkania badanych - 37 (82,22%) osób to rolnicy, często jeszcze czynnie uczestniczący w pracach rolnych. Natomiast 3 (6,67%) respondentów zadeklarowało się jako renciści i emeryci. Wśród innych zawodów prezentowanych w grupie badanych znalazły się: handlowiec, pomoc stomatologiczna, krawiec - każdy po 1 przedstawicielu, co łącznie stanowi 6,67%, 2 (4,44%) respondentów nie udzieliło odpowiedzi w tym zakresie. W podobny sposób przedstawiał się rozkład grupy pod względem wykształcenia. Najwięcej osób stanowiła grupa deklarująca wykształcenie podstawowe - 35 (77,78%) osób, druga co do liczebności, ale bardzo zróżnicowana była grupa z wykształceniem średnim - 5 (11,11%) osób, podobnie jak i z wykształceniem zawodowym - 2 (4,44%) osoby; spośród wszystkich badanych - 3 (6,67%) osoby nie udzieliły odpowiedzi.

Rozkład występowania chorób w grupie badanej jest zbliżony do ogólnych tendencji epidemiologicznych w Polsce. Najwięcej osób, bo 23 (51,11%) choruje na choroby układu sercowo-naczyniowego, kolejnych 12 (26,66%) osób na choroby układu kostno-stawowego. Należy pamiętać, że nie są to pojedyncze rozpoznania medyczne, przypisane jednej osobie, gdyż niejednokrotnie współistnieją obok siebie nawet bardzo złożone klinicznie dolegliwości. Obok wyżej wymienionych, w mniejszym stopniu nasilenia występują następujące choroby: układu oddechowego i metaboliczne - po 7 (15,55%) rozpoznania, układu moczowo-płciowego - 6 (13,33%), narządów zmysłów - 4 (8,89%), układu nerwowego - 3 (6,67%), układu pokarmowego 2 (4,44%) i skóry 1 (2,22%).

Pośród wskazywanych przez badanych opiekunów nieprofesjonalnych największą grupę stanowiły dzieci osób ankietowanych - 42 osoby, kolejna grupa to rodzeństwo 6 osób, sąsiedzi - 5 osób; współmałżonkowie, rodzice, dalsza rodzina - każda z grup po 4 osoby. Jedna osoba wśród ankietowanych nie udzieliła odpowiedzi.

Do przeprowadzenia badań wykorzystano Skalę Wydolności Pacjenta i Opiekuna (SWPiO, opr. D. Zarzycka 1998) [4] zawierającą 20 czteropoziomowych wyznaczników, które mają charakter dychotomiczny. Skala pozwala na diagnozowanie wydolności samoopiekuńczej pacjenta, wydolności opiekuńczej opiekuna oraz określenie deficytu opieki w układzie pacjent-opiekun. Zasady oceny są dokonywane w oparciu o 4-przedziałową skalę szacunkową w stosunku do szczegółowo zdefiniowanych przedziałów w odniesieniu do opiekuna i pacjenta. W opracowaniu SWPiO wykorzystano elementy teorii D. Orem, między innymi koncepcje potrzeb pacjenta (uniwersalne, rozwojowe i w zaburzeniach zdrowia) oraz koncepcje podejścia do opieki pielęgniarstwa: edukacyjno-wspierające, częściowo-wyrównujące, całkowicie wyrównujące [4, 5, 6]. Skala SWPiO jest skalą o określonych właściwościach psychometrycz-

TABELA 1. Deficyt wydolności opiekuńczej opiekuna i pacjenta według Skali Wydolności Pacjenta i Opiekuna

Charakter zachowań wg D. Orem	Odp. X - pacjent	Odp. Brak - pacjent	Odp. razem pacjent	Odp. X - opiekun	Odp. Brak - opiekun
1. Oddychanie	5 (11,11%)	40 (88,88%)	45	2 (4,44%)	43 (95,70%)
2. Zapewnienie wystarczającej ilości płynów	5 (11,11%)	40 (88,88%)	45	1 (2,22%)	44 (97,77%)
3. Zapewnienie prawidłowego pożywienia	4 (8,88%)	41 (91,11%)	45	4 (8,88%)	41 (91,11%)
4. Wydalanie	5 (11,11%)	40 (88,88%)	45	2 (4,44%)	43 (95,70%)
5. Utrzymanie równowagi pomiędzy aktywnością a odpoczynkiem	13 (28,88%)	32 (71,11%)	45	5 (11,11%)	40 (88,88%)
6. Zapobieganie sytuacjom zagrażającym życiu/zdrowiu	18 (40%)	27 (60%)	45	6 (13,33%)	39 (86,66%)
7. Dążenie do pełnego własnego rozwoju (w tym sprawności)	19 (42,22%)	26 (57,77%)	45	3 (6,66%)	42 (93,33%)
8. Zabezpieczenie pomocy medycznej w przypadku zagrożenia zdrowia/życia	18 (40%)	27 (60%)	45	5 (11,11%)	40 (88,88%)
9. Znajomość wpływu następstw choroby na rozwój własny	21 (46,66%)	24 (53,33%)	45	4 (8,88%)	41 (91,11%)
10. Przestrzeganie zaleceń pracowników ochrony zdrowia	10 (22,22%)	35 (77,77%)	45	3 (6,66%)	42 (93,33%)
11. Akceptacja wyglądu własnego ciała	6 (13,33%)	39 (86,66%)	45	2 (4,44%)	43 (95,70%)
12. Uczenie się życia z następstwami choroby	22 (48,88%)	23 (51,11%)	45	4 (8,88%)	41 (91,11%)
13. Zmiana stylu życia	25 (55,55%)	20 (44,44%)	45	5 (11,11%)	40 (88,88%)
14. Akceptacja zależności od innych	15 (33,33%)	30 (66,66%)	45	3 (6,66%)	42 (93,33%)
15. Zapewnienie higieny osobistej	7 (15,55%)	38 (84,44%)	45	2 (4,44%)	43 (95,70%)
16. Zapewnienie czystości i estetyki najbliższego otoczenia	9 (20%)	36 (80%)	45	0 (0%)	45 (100%)
17. Zapewnienie bezpieczeństwa psychofizycznego	10 (22,22%)	35 (77,77%)	45	1 (2,22%)	44 (97,77%)
18. Aktywność społeczna/ towarzyska	21 (46,66%)	24 (53,33%)	45	6 (13,33%)	39 (86,66%)
19. Aktywność seksualna	7 (15,55%)	38 (84,44%)	45	0 (0%)	45 (100%)
20. Aktywność religijna	14 (31,11%)	31 (68,88%)	45	4 (8,88%)	41 (91,11%)

nych, której współczynnik rzetelności Cronbacha przed standaryzacją wynosił 0,90, natomiast po standaryzacji przedstawiał wartość 0,91 [7].

Na potrzeby artykułu wykorzystano część zgromadzonego materiału badawczego, który odzwierciedla stan deficytu w zakresie działań wspierająco-uczących, czyli przeanalizowano jedynie przedziały oznaczane punktowo 1 i 2, gdyż pozwalają one na pełne określenie deficytu i zapotrzebowania na działania edukacyjno-wspierające. W ocenie opiekuna punkt 1 oznacza udzielanie przez opiekuna wskazówek, rad, motywowanie, wspieranie podopiecznego, 2 - pomaganie pacjentowi w wykonywaniu niektórych czynności, wpływanie na otoczenie pacjenta. Natomiast, gdy ocena dokonywana jest po stronie pacjenta punkt 1 wskazuje, iż pacjent wymaga pomocy w wykonywaniu większości czynności samoopiekuńczych, nie wpływa na otoczenie zgodnie z zapotrzebowaniem, 2 - pacjent wymaga udzielania rad, wskazówek i motywowania do samoopieki.

WYNIKI BADAŃ

W grupie pacjentów objętych badaniami, największy deficyt z zakresu działań edukacyjnych wystąpił w

następujących wyznacznikach: zmiana stylu życia - 25 wskazań (55,55%), uczenie się życia z następstwami choroby - 22 wskazania (48,88%), aktywność społeczna/towarzyska, znajomość wpływu następstw choroby na rozwój własny, każdy z dwóch ostatnich wyznaczników po 21 wskazań (46,66%). Najmniejsze oczekiwania edukacyjne w stosunku do opiekunów ankietowani posiadają w zakresie sfery biologicznej. W grupie opiekunów nieprofesjonalnych największy deficyt w zakresie edukacji w dużej części pokrywał się z deficytem występującym u ich podopiecznych. Przedstawiał się on jednakże na niższym poziomie wskazań, przyjmując najwyższe wartości w zakresie 6 wskazań: zapobieganie sytuacjom zagrażającym życiu/zdrowiu; aktywność społeczna/towarzyska. Kolejne zachowania prezentowane w tej grupie przedstawiały się na poziomie 5 wskazań: utrzymanie równowagi pomiędzy aktywnością a odpoczynkiem; zabezpieczenie pomocy medycznej w przypadku zagrożenia zdrowia/życia; zmiana stylu życia. Wyróżniającym się zachowaniem, które posiada brak jakichkolwiek wskazań jest sfera zachowań intymnych (aktywność seksualna), być może ma na to wpływ środowisko wiejskie, w jakim mieszkają ankietowani, a także bliskie pokrewieństwo z nieformalnymi opiekunami

TABELA 2. Współczynnik korelacji Pearsona dla zachowań edukacyjno-wspierających

Lp.	Zachowania pacjentów wg D. Orem	Płeć	Wiek	Stan cywilny	Warunki mieszkania	Ilość schorzeń	Kontakt z opiekunem	Odległość od opiekunów	Częstość odwiedzin
1.	5. Utrzymanie równowagi pomiędzy aktywnością a odpoczynkiem	-0,32	0,04	0,09	-0,06	-0,08	0,01	0,05	0,15
2.	6. Zapobieganie sytuacjom zagrażającym życiu/zdrowiu	0,11	-0,05	0,16	-0,25	0,26	-0,16	0,28	0,05
3.	7. Dążenie do pełnego własnego rozwoju (w tym sprawności)	0,11	0,18	-0,05	-0,07	0,10	0,002	0,08	0,05
4.	8. Zabezpieczenie pomocy medycznej w przypadku zagrożenia zdrowia/życia	0,08	0,10	-0,10	-0,33	0,27	0,002	0,19	-0,008
5.	9. Znajomość wpływu następstw choroby na rozwój własny	0,04	-0,09	0,07	-0,07	0,17	-0,03	-0,09	-0,01
6.	10. Przestrzeganie zaleceń pracowników ochrony zdrowia	0,12	-0,001	0,29	0,25	0,17	-0,24	0,10	-0,28
7.	12. Uczenie się życia z następstwami choroby	0,38	-0,25	0,38	0,26	0,27	-0,23	0,03	-0,03
8.	13. Zmiana stylu życia	0,17	-0,01	0,10	0,17	-0,17	0,008	-0,10	-0,10
9.	14. Akceptacja zależności od innych	-0,16	-0,01	-0,04	0,12	-0,03	-0,08	-0,02	0,35
10.	17. Zapewnienie bezpieczeństwa psychofizycznego	-0,04	-0,23	-0,08	-0,04	-0,21	-0,22	0,02	-0,13
11.	18. Aktywność społeczna/ towarzyska	-0,16	-0,01	0,09	0,11	-0,06	0,01	-0,04	-0,08
12.	20. Aktywność religijna	-0,12	-0,05	-0,15	-0,06	-0,08	-0,12	-0,07	0,08

(rodzice-dzieci). Szerszy zakres omawianych wyników przedstawia tabela 1.

Określając wpływ wyznaczników charakteryzujących zachowania, wybrano te, które posiadały wskazania powyżej 10 odpowiedzi, uznane za bardziej reprezentatywne dla tej grupy odbiorców. W zakresie tych obszarów sprawdzono, czy zmienne: płeć, wiek, stan cywilny, mieszkanie samodzielne lub z rodziną, ilość schorzeń, kontakt z opiekunem, odległość od opiekunów i częstość odwiedzin mają wpływ na deficyt działań edukacyjno-wspierających. Otrzymane dane wskazują na brak statystycznie istotnego związku pomiędzy wytypowanymi zmiennymi, co można wyjaśnić małą próbą badanych pacjentów oraz indywidualnym zapotrzebowaniem osób na zakres i charakter opieki. Na tle otrzymanych wyników uwidaczniają się następujące tendencje, mogące świadczyć o zwiększonej sile oddziaływania. Wśród korelacji dodatnich największą siłą zależności odznaczały się następujące cechy: uczenie się życia z następstwami choroby a płeć i stan cywilny ankietowanych (w obu przypadkach $R_p = 0,38$) oraz akceptacja zależności od innych a częstość odwiedzin ($R_p = 0,35$). Wszystkie przedstawione pary związków są logicznie spójne i ułatwiają pewne działania, jakie przed pacjentem, czy człowiekiem w wieku geriatrycznym stawia dana sytuacja, schorzenie. W przypadku korelacji ujemnych najwyższe wskazania miały następujące cechy: utrzymanie równowagi pomiędzy aktywnością a odpoczynkiem, według płci (obie $R_p = -0,32$); zabezpieczenie pomocy medycznej w przypadku zagrożenia życia/zdrowia a zamieszkanie razem z rodziną lub samotnie (obie $R_p = -0,33$), można jedynie przypuszczać, że obecność i bliskość drugiego człowieka wzmacnia u ankietowanych poczucie bezpieczeństwa i zmniejsza lęk przed niespodziewanymi wydarzeniami (tabela 2).

OMÓWIENIE

Wyniki przeprowadzonych badań nad deficytem w zakresie edukacji zdrowotnej pacjentów wiejskiego zakładu opieki zdrowotnej są wstępem do prac nad tym zagadnieniem w szerszym i zindywidualizowanym zakresie. Doniesienia innych autorów badających wpływ czynników demograficzno-społecznych na zachowania związane ze zdrowiem i chorobą, a także nierozzerwalnie związane z edukacją zdrowotną potwierdzają znaczenie indywidualnego podejścia do powyższej tematyki. Publikowane wyniki badań wskazują, iż czynniki takie jak stan cywilny, sytuacja rodzinna i mieszkaniowa mają wpływ na działania edukacyjno-wspierające [8]. Kolejny czynnik analizowany przez autorów pracy, a także opisywany w literaturze, jako istotna zmienna wpływająca na zachowania z zakresu edukacji zdrowotnej - to płeć. Przedstawiane wyniki przez innych autorów wskazują na większy deficyt w stosunku do działań samoopiekuńczych u mężczyzn niż u kobiet [9, 10]. Jednocześnie wskazują, że kobiety w większym stopniu niż mężczyźni przejawiają pozytywną postawę w stosunku do sprawowania opieki nad osobami chorymi z kręgu rodziny. Jest to najczęściej związane z głęboko zakorzenionymi funkcjami, jakie przypisuje się kobietom w środowisku rodzinnym [8, 9].

Analizując doniesienia z zakresu wpływu wieku na deficyt działań edukacyjnych jednoznacznie wynika, że jest on niski i średnio-niski oraz malejący proporcjonalnie do wieku badanych [8, 9]. W obszarze analizy dotyczącej opiekuna nieprofesjonalnego, zauważa się tendencję ukazującą, że częściej opiekę przejmują osoby młodsze, pozostające w relacjach rodzinnych dziecko-rodzic, wnuk-dziadkowie [9, 10]. Rodzina jako opiekun nieprofesjonalny odgrywa bardzo znaczącą rolę w działaniach edukacyjnych

prowadzonych w obszarze opieka profesjonalna - pacjent. Z badań Z. Kawczyńskiej-Butrym, M. Rodochońskiego, A. Titkow, M. Sokołowskiej wynika, że instytucjonalna pomoc świadczona pacjentom jest niewystarczająca i musi być uzupełniana przez rodzinę i inne bliskie osoby. Jednocześnie korzysta się w tym zakresie z funkcji, jakie pełni rodzina w stosunku do swoich członków, a mianowicie: funkcja zabezpieczająca na rzecz członków rodziny, funkcja opiekuńcza, nazywana niekiedy też usługowo-pielęgniacyjną [10, 11].

WNIOSKI

1. W grupie pacjentów objętych badaniami, największy deficyt w zakresie działań edukacyjnych wystąpił w wyznacznikach: zmiana stylu życia; uczenie się życia z następstwami choroby; aktywność społeczna/towarzyska; znajomość wpływu następstw choroby na rozwój własny.

2. Największą siłą związku odznaczały się następujące pary wskazań: uczenie się życia z następstwami choroby a płeć i posiadany stan cywilny ankietowanych; akceptacja zależności od innych a częstość odwiedzin; utrzymanie równowagi pomiędzy aktywnością a odpoczynkiem a płeć; zabezpieczenie pomocy medycznej w przypadku zagrożenia życia/zdrowia a mieszkanie razem z rodziną lub samodzielnie.

PIŚMIENNICTWO

1. Poznańska S, Płaszewska-Żywko L. Wybrane modele pielęgniarstwa. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2001.
2. Ciechaniewicz W. Pielęgniarstwo - ćwiczenia. Warszawa: PZWL; 2001.
3. Płaszewska-Żywko L, Wilczek-Różycka E. Teoria pielęgnowania Dorothea Orem. Pielęgniarstwo 2000 1996;1(24):10-12.
4. Kawczyńska-Butrym Z, red. Diagnoza pielęgnarska. Warszawa: PZWL; 1999.
5. Kozak E. Dynamika zmian poziomu samoopieki i opieki nieprofesjonalnej w badanej grupie pacjentów. Praca magisterska pisana pod kierunkiem D. Zarzyckiej. Akademia Medyczna im. prof. Feliksa Skubiszewskiego. Lublin 2003.
6. Zarzycka D. Obiektywizacja wydolności samoopiekującej pacjenta w pielęgnowaniu opartym o założenia D. Orem. Materiały z Konferencji Naukowej „Kształcenie podyplomowe i doskonalenie zawodowe pielęgniarzek i położnych”. Warszawa 19-20 marzec 1999.
7. Zarzycka D. Objective assessment of self-care and non-professional care a proposal. Annales UMCS. Sectio D. Medicina 2002. vol. LVII. N1. 502-512.
8. Tobiasz-Adamczyk B. Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby. Kraków: Collegium Medicum UJ; 1995.
9. Zarzycka D. Pomiar wsparcia społecznego w opiece nad pacjentem hospitalizowanym. Rozprawa doktorska. Akademia Medyczna; Lublin 1998.
10. Kotlarska-Michalska A. Funkcja opiekuńczo-zabezpieczająca wielkomiejskich rodzin pracowniczych. Uniwersytet im. A. Mickiewicza. Seria Socjologia nr 19. Poznań 1990.
11. Firkowska-Mankiewicz A. Rodzina a problemy zdrowia i choroby. Warszawa: CPBP; 1990.

Informacja o Autorach

Dr n. med. DANUTA ZARZYCKA, mgr IWONA ADAMSKA-KUŹMICKA, dr n. med. BARBARA ŚLUSARSKA - kierownik, Samodzielna Pracownia Umiejętności Pielęgniarskich, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Akademia Medyczna w Lublinie.

Adres do korespondencji

Samodzielna Pracownia Umiejętności Pielęgniarskich, Al. Raclawickie 1, 20-950 Lublin, tel. (0 81) 532 29 24, slusars@eskulap.am.lublin.pl