

# CIĘŻKOŚĆ PRACY W DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ W OPINII PERSONELU

## STAFF OPINION ON WORK ARDUOUSNESS IN THE SOCIAL WELFARE HOME

*Ewa Kułagowska*

*Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu  
Zakład Szkodliwości Fizycznych, Fizjologii Pracy i Ergonomii. Kierownik Zakładu: dr n. przyr. S. Marzec*

### Streszczenie

**Wstęp:** Celem niniejszych badań było poznanie opinii pracowników Domu Pomocy Społecznej na temat ciężkości pracy na ich stanowiskach.

**Materiał i metody:** W badaniach wykorzystano anonimowy kwestionariusz zawierający 27 pytań. Pytania dotyczyły zakresu wykonywanych prac, sposobu ich realizacji, wyposażenia, a także opinii personelu dotyczących warunków pracy, trudności w pracy, obciążenia fizycznego i jego przyczyn, propozycji sposobów zmniejszenia obciążenia fizycznego, oceny ciężkości wykonywanej pracy, ciężkości poszczególnych prac oraz odczuwanych w trakcie pracy dolegliwości. Do oceny ciężkości pracy oraz poszczególnych prac wykorzystano skalę Borga. Kwestionariusz i skalę Borga wypełniło 42 (89%) pracowników: 10 (71%) pielęgniarek, 20 (95%) opiekunów i 12 (100%) pokojowych.

**Wyniki i wnioski:** Uzyskane wyniki badań wskazują, że praca personelu Domu Pomocy Społecznej jest bardzo ciężka. Głównymi przyczynami obciążenia personelu były prace związane z ręcznym podnoszeniem i transportowaniem mieszkańców, w szczególności z powodu warunków ich realizacji – braku sprzętu pomocniczego i udogodnień, barier architektonicznych, zbyt małej liczby personelu w stosunku do liczby i stanu zdrowia mieszkańców. Uzyskane wyniki badań ujawniły także,

że ponad 90% respondentów odczuwa w pracy dolegliwości w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego – bóle mięśniowo-szkieletowe, obrzęk nóg, drętwienie rąk.

**Słowa kluczowe:** opieka długoterminowa, warunki pracy, obciążenie układu mięśniowo-szkieletowego, pozycja ciała, obciążenie fizyczne

### Abstract

**Background:** Acquaintance with staff opinions on work arduousness at Social Welfare Home

**Material and methods:** An anonymous questionnaire containing 27 questions was used as a major tool of this study. Questionnaires to be completed by the employees to collect information on scope of tasks, way of tasks performance, equipment; staff opinion about working conditions, difficulties at work, physical load and causes, ways of physical load abate, work and tasks arduousness and complaints at work. Borg's scale was used to evaluate the work and tasks arduousness. The questionnaires and Borg's scale were completed by 42 (89%) employees: 10 (71%) nurses, 20 (95%) guardians and 12 (100%) chambers-maids.

Nadesłano: 21.06.2011

Zatwierdzono do druku: 14.09.2011

**Results and conclusions:** The obtained results show that the work at the Social Welfare Home is very hard because of manual lifting or transporting the tenants, lack of auxiliary equipment and facilities, architectural barriers, inadequate number of employees in comparison with number of tenants and their health. The obtained

results showed that over 90% of respondents complained of musculoskeletal pains, oedema of legs, numbness of arms.

**Key words:** long-term care, working conditions, musculoskeletal system load, body posture, physical load

## Wstęp

Zgodnie z ustawą o pomocy społecznej, dom pomocy społecznej jest placówką świadczącą usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb przebywających w nim mieszkańców [1]. Wymagane jest przy tym, aby jego organizacja, zakres i poziom świadczonych usług uwzględniały wolność, intymność, godność, poczucie bezpieczeństwa oraz stopień fizycznej i psychicznej sprawności mieszkańców. Sposób funkcjonowania domów pomocy społecznej, obowiązujące standardy podstawowych świadczonych usług oraz tryb kierowania i przyjmowania osób ubiegających się o przyjęcie do tego typu placówek szczegółowo określa Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 19 października 2005 r. w sprawie domów pomocy społecznej [2].

Z danych Głównego Urzędu Statystycznego wynika, że w Polsce na dzień 31 grudnia 2009 r. działało 1398 stacjonarnych domów i zakładów pomocy społecznej, w których mieszkało łącznie 99,9 tys. osób. Stan ten nie zabezpiecza potrzeb w kraju. Pomimo wzrostu w ostatnich pięciu latach liczby tego typu placówek o 17%, a także 7% wzrostu liczby miejsc w domach i zakładach pomocy społecznej w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców, liczba oczekujących na umieszczenie w nich wzrosła w tym samym czasie aż o 19% i wynosi ponad 8 tys. osób [3]. Należy przypuszczać, że problem opieki nad osobami wymagającymi całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, które nie mogą samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, będzie narastał i wymagał przeprowadzenia analiz potrzeb oraz opracowania odpowiednich rozwiązań zapewniających odpowiednią ilość i jakość świadczonych w tym zakresie usług. Należy liczyć się z rosnącymi w związku z tym potrzebami i wymaganiami wobec placówek pomocy społecznej. Przyczynią się do tego m.in. postępujące w naszym kraju, podobnie jak w całej Europie, zmiany demograficzne, starzenie się społeczeństwa. Aktualne statystyki wykazują 2% wzrost liczby osób w wieku 65 lat i więcej w porównaniu z rokiem 2005, natomiast w najstarszej grupie wiekowej, 85 lat i więcej, wzrost odnotowano na poziomie aż 22% [3]. Prognozy demograficzne wskazują, że za pięć lat liczba osób

w wieku 65 lat i więcej wzrośnie o 15%, a za 10 lat (w 2020 r.) wzrost ten będzie na poziomie 35% i grupa ta będzie stanowiła blisko jedną piątą ogółu społeczeństwa naszego kraju [4].

Jedną z możliwości rozwiązania problemu opieki nad osobami nie mogącymi samodzielnie funkcjonować są domy pomocy społecznej. Ich mieszkańcami są głównie osoby w podeszłym wieku, ale też przewlekle somatycznie chore, przewlekle psychicznie chore, niepełnosprawne intelektualnie, niepełnosprawne fizycznie. W zależności od sprawności, samodzielności mieszkańców różne są ich potrzeby [5, 6]. Potrzeby te rozpoznają i zabezpieczają zespoły terapeutyczno-opiekuńcze, bezpośrednio zajmujące się wspieraniem mieszkańców [2]. Aby bezpiecznie wykonywać swoją pracę i zapewnić należytą jakość świadczeń, zespoły terapeutyczno-opiekuńcze powinny mieć zapewnione odpowiednie warunki pracy. To one bowiem w praktyce wpływają na sposób w jaki realizowane są poszczególne zadania, a tym samym decydują o rodzaju i wielkości obciążeń na poszczególnych stanowiskach i przekładają się bezpośrednio na ciężkość wykonywanej pracy. Informacje na temat ciężkości pracy i czynników na nią wpływających dostarczają zatem istotnych danych niezbędnych do działań kształtujących optymalne warunki pracy, tym samym z jednej strony zapewniając personelowi bezpieczną pracę, z drugiej, wymaganą jakość usług świadczonych na rzecz mieszkańców.

Nie można uogólniać oceny ciężkości pracy personelu w opiece nad osobami wymagającymi stałej opieki, ponieważ decydują o niej czynniki, które ulegają ciągłym zmianom, są trudne do przewidzenia, a w wielu wypadkach nie mamy na nie wpływu. To np. wyposażenie placówki, liczba mieszkańców znajdująca się pod opieką, ich stan zdrowia i potrzeby bezpośrednio wpływają na zakres i czas realizowanych zadań przez poszczególnych pracowników w zespołach. Wpływa to na ich obciążenie pracą, ale też na samopoczucie, ryzyko pojawiania się dolegliwości związanych bezpośrednio z wykonywaną pracą. Dlatego każde stanowisko pracy wymaga odrębnej, rzetelnej analizy i oceny.

Celem niniejszej pracy było przedstawienie oceny ciężkości pracy personelu tworzącego zespoły terapeutyczno-opiekuńcze zajmujące się opieką nad mieszkańcami poddanego badaniom Domu

Opieki Społecznej oraz identyfikacja czynników na nią wpływających.

## Materiał i metody

Badania przeprowadzono w jednym z Domów Pomocy Społecznej na terenie aglomeracji górnośląskiej. Placówka ta mieści się w trzy-kondygnacyjnym, 30-letnim budynku, w którym przemieszczanie się pomiędzy piętrami możliwe jest klatką schodową lub z wykorzystaniem windy osobowej. W trakcie badań w placówce przebywało w sumie 156 mieszkańców (pełne wykorzystanie miejsc), o zróżnicowanej kondycji fizycznej i psychicznej, w tym 63 leżących „na pampersach lub na wkładkach”, 59 poruszających się na wózkach a 4 z pomocą balkoników. W strukturze organizacyjnej placówki znajdują się trzy oddziały (na poszczególnych piętrach), a na każdym z nich są 52 łóżka.

Ocenę ciężkości pracy przeanalizowano w oparciu o wyniki anonimowych badań ankietowych przeprowadzonych wśród personelu placówki zajmującego się bezpośrednią opieką nad podopiecznymi, tworzących zespoły terapeutyczno-opiekuńcze, pełniące na oddziałach dyżury 12-godzinne. W skład każdego zespołu terapeutyczno-opiekuńczego na oddziale wchodziły, na dyżurze dziennym – dwie pielęgniarki,

w tym pielęgniarka koordynująca (7.00–15.00), dwie opiekunki, dwie pokojowe; na dyżurze nocnym – jedna pielęgniarka i trzy opiekunki w całej jednostce na trzech oddziałach. Ankietę wypełniły 42 osoby, 39 kobiet i 3 mężczyźni (pracujących w charakterze opiekunów), co stanowi 89% pracowników zatrudnionych na objętych badaniami stanowiskach pracy, w tym na poszczególnych stanowiskach: 10 pielęgniarek (71%), 17 opiekunek i 3 opiekunów (95%), 12 pokojowych (100%).

Były to osoby o zróżnicowanym doświadczeniu zawodowym, w tym także na obecnym stanowisku pracy. Średni staż pracy ogółem dla respondentów wynosił 20 lat (minimalny 1 rok, maksymalny 38 lat), na obecnym stanowisku 7 lat (minimalny 1 rok, maksymalny 29 lat), natomiast dla pielęgniarek średni staż pracy ogółem to 28 lat (minimalny 16 lat, maksymalny 34 lata), na obecnym stanowisku 13 lat (minimalny 3 lata, maksymalny 29 lat), dla opiekunek/ów staż pracy ogółem to 14 lat (minimalny 1 rok, maksymalny 38 lat), na obecnym stanowisku 4 lata (minimalny 1 rok, maksymalny 13 lat), dla pokojowych staż pracy ogółem to 22 lata (minimalny 5 lat, maksymalny 34 lata), na obecnym stanowisku 8 lat (minimalny 1 rok, maksymalny 22 lata) (tab. I).

Tabela I. Staż pracy  
Table I. Duration of employment

Stanowisko pracy	Czas trwania stażu pracy w latach															
	≤5		6–10		11–15		16–20		21–25		26–30		31–35		≥36	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Pielęgniarka (n = 10)																
Staż ogółem	–	–	–	–	–	–	1	10	1	10	5	50	3	30	–	–
Staż w DPS*	4	40	1	10	1	10	1	10	2	20	1	10	–	–	–	–
Opiekun (n = 20)																
Staż ogółem	4	20	6	30	3	15	2	10	3	15	–	–	1	5	1	5
Staż w DPS*	16	80	3	15	1	5	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Pokojowa (n = 12)																
Staż ogółem	1	8	–	–	1	8	2	17	3	25	4	34	1	8	–	–
Staż w DPS*	5	46	3	27	1	9	1	9	1	9	–	–	–	–	–	–
Ogółem (n = 42)																
Staż ogółem	5	12	6	14	4	10	5	12	7	17	9	21	5	12	1	2
Staż w DPS*	25	61	7	17	3	7	2	5	3	7	1	3	–	–	–	–

\* Dom Pomocy Społecznej

Wykorzystana w badaniach autorska, anonimowa ankieta zawierała w sumie 27 pytań. Pytania miały charakter zamknięty, półotwarty oraz otwarty. Dotyczyły zakresu wykonywanych prac, sposobu ich realizacji, wyposażenia, a także opinii personelu dotyczących warunków pracy, napotykanym trudności, obciążenia fizycznego i jego przyczyn, propozycji sposobów zmniejszenia obciążenia fizycznego, oceny ciężkości wykonywanej pracy, ciężkości poszczególnych prac oraz odczuwanych w trakcie pracy dolegliwości.

Do oceny odczucia przez personel ciężkości wykonywanej pracy, a także ciężkości wykonywania poszczególnych prac, posłużono się zaadaptowaną do tego celu punktowo-słowną skalą Borga, w zakresie

15 stopni punktowych i siedmiu kategorii ciężkości pracy: praca bardzo, bardzo lekka – 6, 7 punktów; bardzo lekka – 8, 9 punktów, lekka – 10, 11 punktów, dość ciężka – 12, 13 punktów, ciężka – 14, 15 punktów, bardzo ciężka – 16, 17 punktów, niezwykle ciężka – 18, 19, 20 punktów [7].

## Wyniki badań

Respondenci ocenili wykonywaną przez siebie pracę jako bardzo ciężką (średnia wartość punktowa w skali Borga zarówno dla całości jak i dla poszczególnych ocenianych stanowisk wynosiła 17 pkt  $\pm$  2), przy czym niemal co druga osoba oceniła pracę jako niezwykle ciężką (tab. II).

**Tabela II.** Ocena ciężkości pracy – opinia personelu (liczba i procent respondentów)  
**Table II.** Work arduousness assessed by the staff (number and percentage of respondents)

Stanowisko pracy	Kategoria ciężkości pracy							
	bardzo, bardzo lekka	bardzo lekka	lekka	dość ciężka	ciężka	bardzo ciężka	niezwykle ciężka	brak odpowiedzi
Pielęgniarka (n = 10)	–	–	–	–	30% (n = 3)	20% (n = 2)	50% (n = 5)	–
Opiekun (n = 20)	–	–	–	5% (n = 1)	25% (n = 5)	25% (n = 5)	40% (n = 8)	5% (n = 1)
Pokojowa (n = 12)	–	–	–	8% (n = 1)	17% (n = 2)	42% (n = 5)	33% (n = 4)	–
Ogółem (n = 42)	–	–	–	5% (n = 2)	24% (n = 10)	29% (n = 12)	40% (n = 17)	2% (n = 1)

Ocena ciężkości wykonywania poszczególnych prac rozpatrywana była osobno dla każdego z trzech stanowisk ze względu na różny zakres obowiązków pracowników i zróżnicowany udział we wspólnie realizowanych pracach.

Pielęgniarki, do prac lekkich (10–11 pkt.) zaliczyły – kontrolę parametrów życiowych podopiecznych, wykonywanie iniekcji, asystowanie przy konsultacjach, cewnikowanie, wykonywanie diagnozy pielęgniarskiej; do prac dość ciężkich (12–13 pkt.) – zmianę opatrunków, pobieranie materiału do badań, przygotowanie leków i ich podanie, prowadzenie dokumentacji, edukację w zakresie promocji zdrowia i higieny, integrowanie mieszkańców, zmianę bielizny pościelowej, czynności organizacyjne; do prac ciężkich (14–15 pkt.) – zmianę bielizny osobistej podopiecznego, karmienie i pojenie, usprawnianie fizyczne i psychiczne; do prac bardzo ciężkich (16–17 pkt.) – wykonywanie toalety przeciwoleżynowej,

kąpiel higieniczną, czynności pielęgnacyjno-higieniczne u obłożnie chorych; do prac niezwykle ciężkich (18–20 pkt.) – przenoszenie podopiecznego na wózek oraz na toaletę oraz spacer z podopiecznymi.

Opiekunowie, jako prace lekkie (10–11 pkt.) uznali – ścielenie łóżka; jako prace dość ciężkie (12–13 pkt.) – przewożenie podopiecznego, jego ubieranie, przygotowanie do posiłku i karmienie, aktywizację podopiecznych i organizowanie im czasu wolnego, spacer, golenie, obcinanie paznokci, porządkowanie szafek i stolików; jako prace ciężkie (14–15 pkt.) – toaletę poranną/wieczorną, zmianę pozycji podopiecznego, zmianę bielizny osobistej, pomoc przy zaspakajaniu potrzeb fizjologicznych, porozumiewanie się z mieszkańcami; jako prace bardzo ciężkie (16–17 pkt.) – kąpiel higieniczną; jako niezwykle ciężkie (18–20 pkt.) – podnoszenie/przenoszenie podopiecznego.

Pokojowe, do prac dość ciężkich (12–13 pkt.) zakwalifikowały – pomoc w zmianie bielizny pościelowej, przywożenie i wydawanie posiłków; do prac ciężkich (14–15 pkt.) – pomoc w zmianie bielizny osobistej, karmienie, wymianę bielizny w pralni, mycie okien i wieszanie firan; do prac bardzo ciężkich (16–17 pkt.) – utrzymywanie czystości w pomieszczeniach, pomoc przy zaspakajaniu potrzeb fizjologicznych, pomoc przy pracach pielęgnacyjno-higienicznych, pastowanie podłóg; do prac niezwykle ciężkich (18–20 pkt.) – mycie/szorowanie podłóg i tarasów, zbieranie śmieci, kompleksowe sprzątanie pomieszczeń, wykonywanie toalet.

To co w pracy sprawia respondentom najwięcej trudności to przede wszystkim konieczność podnoszenia, przenoszenia podopiecznych, tak twierdzi 52% spośród nich. Dla 83% podnoszenie, przenoszenie i zmiana pozycji podopiecznego jest także najbardziej obciążające pod względem fizycznym. Z uzyskanych danych wynika, że prace te wykonywane są przez personel w różny sposób, w tym również jednoosobowo przez 31% ankietowanych. Ponadto zwraca uwagę, iż w niewielkim stopniu deklarowane jest wykorzystywanie sprzętu pomocniczego (tab. III).

**Tabela III.** Sposób realizacji podnoszenia pacjenta – opinia personelu  
**Table III.** Way of patient lifting realization – assessed by the staff

Sposoby realizacji	Pielęgniarki (n = 10)		Opiekunowie (n = 20)		Pokojoye (n = 12)		Ogółem (n = 42)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Zawsze jednoosobowo	0	–	1	5	1	8	2	5
Zawsze z pomocą innej osoby	5	50	10	50	10	84	25	59
Samodzielnie/ z pomocą innej osoby	4	40	6	30	1	8	11	26
Z wykorzystaniem sprzętu pomocniczego	1	10	3	15	0	–	4	10

Jedynie 31% respondentów stwierdziło, że w jednostce dostępny jest sprzęt pomocniczy do podnoszenie, przenoszenia mieszkańców (podnośnik, mata, pasy podtrzymujące), przy czym 93% oceniło, że nie ma możliwości korzystania w swojej codziennej pracy ze sprzętu pomocniczego i udogodnień, ponieważ jest ich mało lub brak (do dyspozycji pracowników jest jeden podnośnik). W budynku brak

jest ponadto windy odpowiednich rozmiarów umożliwiającej transport podopiecznych leżących pomiędzy kondygnacjami, a pomieszczenia mieszkalne podopiecznych (pokoje, łazienki) są tak małe, że stanowią w wielu wypadkach istotną barierę architektoniczną dla prac transportowych i wymuszają ręczne dźwiganie (brak swobodnego przejazdu i wjazdu wózkami z pokoju do łazienki) (tab. IV).

**Tabela IV.** Wyposażenie placówki w sprzęt pomocniczy – opinia personelu  
**Table IV.** Facility provide with helpful equipment – assessed by staff

		Pielęgniarki (n = 10)		Opiekunowie (n = 20)		Pokojoye (n = 12)		Ogółem (n = 42)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Wyposażenie oddziałów w sprzęt pomocniczy	tak	5	50	6	30	2	17	13	31
	nie	5	50	14	70	10	83	29	69
Możliwość użycia sprzętu pomocniczego	tak	0	–	1	5	1	8	2	5
	nie	10	100	19	95	10	84	39	93
Brak odpowiedzi		0	–	0	–	1	8	1	2

Sugestie respondentów odnośnie sposobów zmniejszenia obciążenia fizycznego na ich stanowiskach pracy dotyczyły przede wszystkim wyposażenia stanowisk pracy w sprzęt pomocniczy i udogodnienia (95%), wprowadzenie zmian likwidu-

jących bariery architektoniczne (74%), a także wprowadzenie zmian organizacyjnych, w tym szczególnie podkreślane przez ankietowanych, zwiększenie obsady kadrowej (90%) (tabela V).

**Tabela V.** Zmniejszenie obciążenia fizycznego – opinia personelu  
**Table V.** Abate of physical load– assessed by the staff

Sposoby realizacji	Pielęgniarki (n = 10)		Opiekunowie (n = 20)		Pokojowe (n = 12)		Ogółem (n = 42)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Zmiany architektoniczne	9	90	13	65	9	75	31	74
Zmiana organizacji pracy	1	10	7	35	2	17	10	24
Wyposażenie w udogodnienia	9	90	19	95	12	100	40	95
Zwiększenie obsady kadrowej	10	100	16	80	12	100	38	90

Konsekwencją obciążenia wysiłkiem fizycznym, w tym szczególnie spowodowanego ręcznymi pracami transportowymi, przyjmowaniem wymuszonych pozycji ciała, są pojawiające się u pracowników dolegliwości w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego. W objętym badaniach Domu Pomocy

Społecznej, 95% personelu tworzącego zespoły terapeutyczno-opiekuńcze, zgłaszało występowanie w trakcie pracy dolegliwości bólowych układu mięśniowo-szkieletowego, obrzęków kończyn dolnych (50%) oraz drętwienia kończyn górnych (60%) (tabela VI).

**Tabela VI.** Dolegliwości układu mięśniowo-szkieletowego deklarowane przez personel w trakcie pracy  
**Table VI.** Musculoskeletal system complaints reported by the staff at work

Dolegliwości	Pielęgniarki (n = 10)		Opiekunowie (n = 20)		Pokojowe (n = 12)		Ogółem (n = 42)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ból kręgosłupa – odcinek szyjny	7	70	12	60	10	83	29	69
Ból kręgosłupa – odcinek piersiowy	5	50	10	50	7	58	22	52
Ból kręgosłupa – odcinek krzyżowo-lędźwiowy	9	90	15	75	7	58	31	74
Ból ramion	5	50	10	50	9	75	24	57
Drętwienie rąk	7	70	11	55	7	58	25	60
Ból nadgarstków	6	60	12	60	9	75	27	64
Ból łydek	4	40	12	60	9	75	25	60
Ból stóp	4	40	11	55	10	83	25	60
Obrzęk podudzia, stóp	5	50	9	45	7	58	21	50
Ból pleców	9	90	16	80	12	100	38	90
Bóle mięśni całego ciała	3	30	12	60	8	67	23	55

## Dyskusja

Praca zespołów terapeutyczno-opiekuńczych w Domu Pomocy Społecznej wiąże się głównie z bezpośrednią opieką nad mieszkańcami, których liczba, stan zdrowia, ograniczenia w zakresie aktywności fizycznej i umysłowej, w znacznym stopniu decydują o obciążeniu personelu pracą.

W przeprowadzonych badaniach zwraca uwagę podobne odczucie ciężkości wykonywanej pracy niezależnie od stanowiska pracy respondentów i zróżnicowania zakresu obowiązków. Zarówno pielęgniarki, opiekunowie jak i pokojowe podkreślają znaczne obciążenie fizyczne towarzyszące wykonywaniu prac związanych z podnoszeniem, przenoszeniem czy podtrzymywaniem podopiecznych. Prawdopodobnie z tego też powodu respondenci w większości zaliczyli do prac bardzo ciężkich, a nawet niezwykle ciężkich, czynności pielęgnacyjno-higieniczne, kąpiel higieniczną, toaletę ciała podopiecznego, toaletę przeciwodleżynową, przenoszenie podopiecznego na wózek oraz na toaletę, które to prace związane są właśnie z dużym obciążeniem fizycznym. O tym, że prace te wymagają użycia znacznej siły, wymuszonej pozycji ciała i nadmiernie obciążają układ mięśniowo-szkieletowy decydują zarówno warunki jak i sposób realizacji poszczególnych zadań.

Niepokojący jest fakt, iż podnoszenie, przenoszenie podopiecznych wykonywane jest przez część personelu jednoosobowo, pomimo wyraźnych instrukcji ze strony służby bhp, o konieczności zespołowego wykonywania tego rodzaju prac. To zapewne pośpiech realizacji prac spowodowany opieką nad znaczną liczbą podopiecznych, przy ograniczeniu kadrowym, wymusza tego typu działania. Sami respondenci zwracają zresztą uwagę na zbyt małą obsadę kadrową w stosunku do liczby podopiecznych i koniecznych do wykonania świadczeń. Na każdym oddziale jest ponad pięćdziesięciu mieszkańców, w tym część ze znacznymi ograniczeniami w zakresie aktywności fizycznej i umysłowej, wymagającymi szczególnej uwagi i czasu. Praktycznie, większość prac pielęgnacyjno-leczniczych, pielęgnacyjno-higienicznych, wykonują opiekunowie, którym co prawda pomagają pielęgniarki i salowe, ale muszą one wykonać szereg innych prac wchodzących w zakres ich obowiązków, dla pielęgniarek są to m.in.: diagnostyka, pobieranie materiału do analiz, opatrywanie ran i owrzodzeń, iniekcje, natomiast dla pokojowych to przede wszystkim obowiązki dbania o czystość w pomieszczeniach, ubrania podopiecznych i przywóz oraz przygotowanie i podanie posiłków. Czy w związku z tym dwóch opiekunów na dyżurze dziennym i jeden na dyżurze nocnym, stanowią wystarczającą obsadę na oddziale liczącym

ponad pięćdziesięciu podopiecznych. Jak w sytuacjach nagłych, na dyżurze nocnym, zespołowo podnieść czy przenieść podopiecznego, skoro na oddziale jest fizycznie jeden opiekun. Przecież pomoc ze strony opiekuna z innego oddziału, po pierwsze, wymaga czasu na skomunikowanie się i przejście, a po drugie, na jednym z oddziałów w tym czasie mieszkańcy praktycznie pozostają bez opieki.

Należy również uwzględnić, że ciężar ciała podopiecznego jest znacznie wyższy niż masa ręcznie podnoszonych i przenoszonych obiektów (w tym ludzi) dopuszczalna w prawodawstwie z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy [8, 9]. Poza tym dźwiganie, przenoszenie podopiecznych w większości wypadków wykonywane jest w pochyleniu i w skręcie. O sposobie wykonywania prac decydują w większości warunki bytowe mieszkańców. Respondenci podkreślają w ankietach istnienie barier architektonicznych w postaci zbyt małych pomieszczeń, do których nie można wjechać podnośnikiem, jak również ograniczona jest możliwość przejazdu wózkiem. Nie można np. wjechać swobodnie wózkiem do łazienki i przenieść mieszkańca na toaletę, do wanny bez przyjmowania wymuszonej, pochylonej i skręconej pozycji ciała ze względu na usytuowanie urządzeń sanitarnych i ograniczony do nich dostęp.

Niepokoi również kwestia dostępności sprzętu pomocniczego i udogodnień przy pracach transportowych. To, że prawie 70% ankietowanych twierdzi, iż brak takiego wyposażenia, a ponad 90% nie ma możliwości jego wykorzystania w pracy, świadczy niewątpliwie o niewłaściwym ukształtowaniu warunków pracy w jakich funkcjonują zespoły terapeutyczno-opiekuńcze.

Obciążenia jakim podlegają respondenci spowodowane podnoszeniem znacznych ciężarów, często ponadnormatywnych, w nieergonomiczny sposób, zwiększa ryzyko pojawiania się u nich dolegliwości układu mięśniowo-szkieletowego. Potwierdzają to wyniki przeprowadzonych badań, w których dolegliwości w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego zgłasza 90% pielęgniarek, 95% opiekunów i 100% pokojowych. Dlatego w trosce o kondycję zdrowotną personelu jak i jakość ich pracy, należałoby zadbać o poprawę warunków realizacji zadań przez zespoły terapeutyczno-opiekuńcze ograniczając przede wszystkim obciążenie układu mięśniowo-szkieletowego w trakcie ręcznych prac transportowych. Sugestie respondentów wyznaczają w zasadzie niezbędne działania w tym zakresie, a mianowicie umożliwienie prawidłowego i bezpiecznego wykonywania prac transportowych poprzez wyposażenie oddziałów w odpowiednią ilość, dostosowanego do potrzeb sprzętu pomocniczego i udogodnień, usunięcie barier architekto-

nicznych ograniczających zastosowanie sprzętu i zapewnienie większej liczby personelu przy bezpośredniej opiece nad mieszkańcami.

## Wnioski

Wyniki przeprowadzonych badań pozwalają na sformułowanie następujących wniosków:

- Pracownicy tworzący zespoły terapeutyczno-opiekuńcze w objętym badaniami Domu Pomocy Społecznej oceniają opiekę nad mieszkańcami jako pracę bardzo ciężką.
- Najbardziej obciążające pod względem fizycznym a zarazem sprawiające największe trudności w pracy jest dla pracowników podnoszenie, przenoszenie i zmiana pozycji podopiecznych.
- Najistotniejszymi przyczynami obciążenia fizycznego wpływającymi na ciężkość pracy zespołów terapeutyczno-opiekuńczych w ocenianej placówce jest brak sprzętu pomocniczego i udogodnień do wykonywania prac transportowych, występowanie barier architektonicznych oraz zbyt mała liczba personelu w stosunku do liczby podopiecznych i koniecznych do wykonania świadczeń.
- Pracownicy tworzący zespoły terapeutyczno-opiekuńcze odczuwają dolegliwości w różnych segmentach układu mięśniowo-szkieletowego będące konsekwencją obciążeń związanych z wykonywaną przez nich pracą.

## Wykaz piśmiennictwa

1. Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. (jednolity tekst ustawy o pomocy społecznej Dz U z 2008 r. nr 115, poz. 728 ze zm.).
2. Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 19 października 2005r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz U z 2005 r. nr 217, poz.1837).
3. Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2010.
4. Rocznik Demograficzny. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2010.
5. Zysnarska M., Biskupska M.: Ocena sprawności mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w aspekcie skali Barthel. Zdr Publ 2006;116(2):337-339.
6. Fidecki W., Wysokiński M., Kachaniuk H., Sadurska A., Dobrowolska B., Adamska-Kuźmicka I., Walas L., Czekirda M., Bartoszek A.: Samodzielność osób w podeszłym wieku przebywających w zakładach opieki długoterminowej. Zdr Publ 2007;117(3):361-363.
7. Kosińska M., Kułagowska E., Niebrój L.: Subjective evaluation of the workload of nurses caused by their professional work. In: Molisa 2. Medicinsko – osetrovateľske listy Sarisa, Fakulta Zdravotnictva Presovskej Univerzity v Presove, Presov 2005;37– 42.
8. Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 10 września 1996 r. w sprawie wykazu prac szczególnie uciążliwych lub szkodliwych dla zdrowia kobiet (Dz U z 1996 r. nr 114, poz. 545 ze zm.).
9. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 marca 2000 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy ręcznych pracach transportowych (Dz U z 2000 r. nr 26, poz. 313 ze zm.).

*Adres do korespondencji:*

*Ewa Kułagowska  
Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego,  
41-200 Sosnowiec, ul. Kościelna 13  
tel. 32 266 08 85 wew. 264; fax. 32 266 11 24;  
e-mail: e.kulagowska@imp.sosnowiec.pl*