

Lista kontrolna do oceny warunków pracy w opiece długoterminowej domowej – praktyczne zastosowanie

A checklist for the assessment of working conditions in long-term home care – practical use

Ewa Kułagowska^{1 (a, b, c, d)}, Maria Kosińska^{2 (a, b, d)}, Izabela Karolak^{1 (c)}

¹ Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu
Zakład Szkodliwości Fizycznych Fizjologii Pracy i Ergonomii
Kierownik: prof. dr hab. n. chem. Wojciech Marczak

² Górnośląska Wyższa Szkoła Handlowa im. Wojciecha Korfańskiego w Katowicach
Dziekan: dr J. Strzelczyk-Łucka

^(a) koncepcja

^(b) zebranie materiału

^(c) opracowanie danych

^(d) opracowanie tekstu i piśmiennictwa

STRESZCZENIE

Specyfika opieki długoterminowej domowej ogranicza zarówno możliwość poznania jak i kształtowania warunków pracy. W praktyce brak jest rozpoznania tego typu stanowisk i kontroli nad warunkami pracy pielęgniarek. W artykule zaprezentowano listę kontrolną do oceny warunków pracy w opiece długoterminowej domowej oraz ocenę jej przydatności w opinii pielęgniarek. Lista ta:

– jest łatwym do zastosowania w praktyce narzędziem, dostosowanym do specyfiki analizowanego stanowiska pracy,

– umożliwia szczegółową ocenę warunków pracy, identyfikację występujących w procesie pracy zagrożeń oraz wskazanie ich przyczyn,

– daje podstawę do wyznaczenia działań korekcyjnych w obszarze bezpieczeństwa i ochrony zdrowia grupy zawodowej pielęgniarek opieki długoterminowej domowej.

Słowa kluczowe: pielęgniarka, opieka długoterminowa, lista kontrolna, warunki pracy, bezpieczeństwo pracy

ABSTRACT

The specificity of long-term home care restricts the opportunity both to learn about and to shape working conditions. In practice, little is known about this kind of workplaces and there is a lack of control over working conditions of nurses.

The article presents a checklist for the assessment of working conditions in long-term home care and also contains nurses' opinions about its usefulness. The proposed checklist:

– is an easy-to-apply, practical tool, tailored to the specifics of the working stations;

– allows a detailed assessment of the working conditions, identification of risks in the work process, and indication of their reasons; and

– gives the basis to determine corrective actions in the area of safety and health of professional nurses in long-term home care.

Keywords: nurse, long-term care, checklist, working conditions, safety of work

WSTĘP

Świadczenia opieki długoterminowej domowej, realizowane są w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy, zwanym środowiskiem domowym. Bezpośrednim świadczeniodawcą jest pielęgniarka opieki długoterminowej legitymująca się odpowiednim

wykształceniem, stażem pracy i kwalifikacjami określonymi w przepisach, po przeprowadzeniu procedur przetargowych i podpisaniu kontraktu na realizację świadczeń [1, 2]. Miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, środowisko, staje się tym samym stanowiskiem pracy pielęgniarki opieki długoterminowej domowej. Jest to stanowisko niestacjonarne –

o zmieniającej się lokalizacji miejsca wykonywania zadań opiekuńczych [3].

Zgodnie z obowiązującymi uregulowaniami prawnymi, świadczenia gwarantowane w ramach opieki długoterminowej udzielane są świadczeniobiorcy, który w ocenie skalą poziomu samodzielności „skala Barthel”, otrzymał nie więcej niż 40 punktów i w ocenie lekarza rodzinnego wymaga pomocy pielęgniarki opieki długoterminowej. Oceniana jest sprawność chorego w czynnościach samoobsługowych dnia codziennego tj.: przygotowywanie i spożywanie posiłków; przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie; utrzymywanie higieny osobistej; korzystanie z toalety; mycie, kąpiel całego ciała; poruszanie się po powierzchniach płaskich; wchodzenie i schodzenie po schodach; ubieranie się i rozbieranie; kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu; kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego [1, 2]. Ponadto chory nie może być objęty opieką przez hospicjum domowe, inny zakład opiekuńczy udzielający świadczeń gwarantowanych w warunkach stacjonarnych, zespół długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie i nie jest w ostrej fazie choroby psychicznej. Co miesiąc stan zdrowia świadczeniobiorcy opieki długoterminowej domowej podlega ocenie przez pielęgniarkę realizującą świadczenia w danym środowisku domowym, w celu określenia, czy świadczeniobiorca nadal spełnia kryteria objęcia opieką.

Przy zawieraniu kontraktów w ramach opieki długoterminowej domowej i rozliczaniu czasu pracy pielęgniarek nie uwzględnia się zróżnicowania środowisk pod kątem trudności i warunków realizacji w nich świadczeń opiekuńczych. Nie bierze się pod uwagę sprawności umysłowej pacjenta, możliwości nawiązania z nim kontaktu oraz współpracy z pielęgniarką. Brak też rozpoznania, kontroli oraz możliwości kształtowania warunków pracy z uwagi na miejsce realizacji świadczeń, którym jest mieszkanie świadczeniobiorcy. Przy tym należy podkreślić, że sposób realizacji świadczeń przez poszczególne pielęgniarki, zależny jest głównie od warunków bytowych i stanu posiadania objętych świadczeniami podopiecznych, gdzie zakres realizowanych zadań wynika bezpośrednio z ich stanu zdrowia. W praktyce warunki pracy poszczególnych pielęgniarek zmieniają się, tak jak zmieniają się środowiska i pacjenci, nad którymi sprawują opiekę. W ciągu dnia zdarza się to nawet do sześciu razy [1, 4].

Biorąc pod uwagę charakter pracy, jej specyfikę oraz potrzebę podjęcia działań w obszarze bezpieczeństwa i ochrony zdrowia grupy zawodowej pielęgniarek opieki długoterminowej domowej, praco-

wano narzędzie, umożliwiające zobrazowanie i ocenę warunków w jakich wykonywana jest praca pielęgniarki w środowiskach domowych. Narzędzia dającego możliwości identyfikacji zakresu wykonywanych prac i występujących w procesie pracy obciążeń, zagrożeń, uciążliwości oraz wskazania ich przyczyn i możliwości podejmowania działań korekcyjnych. Narzędzia możliwego do wykorzystania zarówno przez same pielęgniarki jak i osoby odpowiedzialne za ich bezpieczeństwo w miejscu pracy. Identyfikacja warunków pracy pielęgniarek opieki długoterminowej domowej miałyby również znaczenie w określaniu stawek wynagrodzenia za realizowane świadczenia. W wielu przypadkach warunki w jakich wykonywane są świadczenia pielęgniarskie w domach pacjentów należałoby uznać za warunki szkodliwe, mające wpływ również na jakość świadczeń.

Celem pracy było uzyskanie opinii pielęgniarek realizujących świadczenia opieki długoterminowej w domu pacjenta na temat praktycznej użyteczności opracowanej listy kontrolnej oraz uzyskanie ewentualnych sugestii dotyczących kształtu i zakresu proponowanego narzędzia.

LISTA KONTROLNA DO OCENY WARUNKÓW PRACY

Listę kontrolną opracowano w oparciu o wyniki badań własnych, dane w literaturze oraz obowiązujące uregulowania prawne [1, 2, 4–14]. Jej arkusz został opublikowany w *Medycynie Środowiskowej* w artykule „Ocena warunków pracy pielęgniarek opieki długoterminowej domowej – projekt listy kontrolnej” [15]. W liście założono wieloaspektowe podejście do oceny warunków pracy pielęgniarki opieki długoterminowej domowej. Uwzględniono specyfikę procesu pracy wynikającą: ze zmiennej lokalizacji stanowiska, konieczności przemieszczania się pomiędzy środowiskami domowymi pacjentów, braku możliwości kształtowania warunków pracy z uwagi na zlokalizowanie stanowiska pracy na terenie prywatnym, charakteru wykonywanych świadczeń i objętych nimi podopiecznych, jednoosobowego realizowania świadczeń w środowisku i wynikających z tego konsekwencji, a także dużego zróżnicowania obciążenia towarzyszącego codziennej pracy pielęgniarki z uwagi na zmienność i nieprzewidywalność objętych świadczeniami środowisk i zakresu realizowanych w nich świadczeń. Listę kontrolną podzielono na sześć części.

Część I zawiera pytania ogólne na temat stanowiska pracy pielęgniarki (pytania 1–11), odnoszące

się do formy zatrudnienia, wymiaru czasu pracy, posiadanych kwalifikacji, odbytych szkoleń bhp, wypadków w pracy, stażu pracy, liczby podopiecznych, instytucji z którymi pielęgniarka współpracuje w realizacji świadczeń.

Część II listy zawiera wykaz dolegliwości odczuwanych przez pielęgniarkę w czasie pracy, z możliwością jego uzupełnienia (pytania 12–34). Wykaz ten obejmuje występowanie m.in. dolegliwości układu kostno-mięśniowego, serca i układu krążenia, układu pokarmowego.

Część III listy kontrolnej (pytania 35–70), przeznaczona jest do przeprowadzenia szczegółowej analizy warunków pracy w danym środowisku domowym pod kątem obciążeń i bezpieczeństwa realizacji świadczeń. Wśród zagadnień analizowanych w tej części listy uwzględniono między innymi: lokalizację środowiska w terenie, lokalizację w budynku, konieczność wchodzenia po schodach, sytuację lokalową w środowisku, wyposażenie środowiska, samodzielność pacjenta m.in. w oparciu o czynności uwzględnione w skali Barthel, dostępność udogodnień, obciążenie ręcznymi pracami transportowymi, sposób zabezpieczenia i usuwania materiału zakaźnego.

Część IV (pytania 72–118), to otwarta lista wykonywanych świadczeń/prac/czynności w danym środowisku, tych objętych umową kontraktową oraz tych, które ze względu na sytuację pacjenta, wykonywane są poza kontraktem.

Część V – zawiera informacje na temat zidentyfikowanych czynników obciążających, stanowiących zagrożenie dla zdrowia pielęgniarek lub w istotny sposób utrudniających realizację zadań w danym środowisku.

Część VI – zawiera podsumowanie oceny środowiska pracy ze wskazaniem możliwych do przeprowadzenia działań korekcyjnych umożliwiających poprawę istniejących warunków pracy.

WYKORZYSTANIE LISTY KONTROLNEJ W PRAKTYCE

Ocenę warunków pracy w opiece długoterminowej domowej przeprowadzono we współpracy z trzema niepublicznymi placówkami pielęgniarskiej opieki długoterminowej z województwa śląskiego. W sumie poddano ocenie warunki pracy w 66 środowiskach domowych. Świadczeniobiorcami w objętych badaniami środowiskach były osoby zakwalifikowane do opieki długoterminowej domowej o znacznie ograniczonej sprawności samoobsługowej:

- 65% nie poruszało się samodzielnie po płaskich powierzchniach,
- 92% nie wchodziło/schodziło samodzielnie po schodach,
- 61% nie przemieszczało się samodzielnie z łóżka na krzesło i z powrotem/ siadanie,
- 73% nie przemieszczało się z łóżka na wózek i z powrotem/ siadanie,
- 59% nie korzystało samodzielnie z toalety (WC),
- 82% nie utrzymywało samodzielnie higieny osobistej,
- 80% nie ubierało się / rozbierało samodzielnie,
- 83% nie przygotowywało samodzielnie posiłków,
- 29% nie spożywało samodzielnie posiłków.

W ocenianych środowiskach domowych 56% świadczeniobiorców pozostawało przez całą dobę w łóżkach, 35% przenoszonych było przez opiekunów z łóżka na wózek. W 53% środowisk warunki lokalowe uniemożliwiały dostęp do łóżka pacjenta z trzech stron w tym dwóch dłuższych, a w 41% płaszczyzna leżąca łóżka nie była dostosowana do ergonomicznego realizowania świadczeń i nie było możliwości zmiany jej wysokości. W 67% środowisk pielęgniarki same bez niczyjej pomocy podnosiły/przenosiły pacjentów, przy czym jedynie 23% środowisk wyposażonych było w sprzęt pomocniczy tj. drabinki łóżkowe, wysięgniki z uchwytami. Z kolei masa ciała pacjentów oscylowała od 38 do 140 kg, przy czym 35% chorych ważyło ponad 75 kg, a blisko 10% powyżej 100 kg. Ponadto w 52% środowisk stan fizyczny pacjentów uniemożliwiał ich współpracę przy realizacji świadczeń, a w 35% przypadków stan psychiczny pacjentów uniemożliwiał zarówno ich współpracę jak i porozumiewanie się z nimi. Z kolei w 17% środowisk były zwierzęta stwarzające zagrożenie dla pielęgniarek, a jedynie 6% środowisk było rozpoznanych pod kątem chorób zakaźnych (gruźlica, wirusowe zapalenie wątroby).

Pielęgniarki oceniały warunki pracy bezpośrednio w odwiedzanych środowiskach domowych pacjentów, korzystając z dostarczonych arkuszy listy kontrolnej. Dodatkowo, zostały poproszone o ocenę dostarczonego narzędzia pod kątem jego praktycznego zastosowania oraz o sugestie dotyczące ewentualnych niejasności, braków, propozycji zmian czy też uzupełnień.

Oceniając listę kontrolną pielęgniarki wskazywały na jej szczegółowość. Ich zdaniem zaletą stosowania listy jest zwrócenie uwagi na występujące w czasie pracy obciążenia, zagrożenia, uciążliwości, a także inspiracja do zastanowienia się nad możliwościami ich wyeliminowania czy ograniczenia.

W opiniach pojawiły się też propozycje rozszerzenia listy:

- o dolegliwości odczuwane przez personel po pracy,
- o szczegółowy opis stanu zdrowia pacjenta,
- o występowanie czynników stresujących, relacji z rodziną, braku poszanowania pracy pielęgniarki przez pacjenta i jego rodzinę, roszczenia rodzin, presję ponoszonej odpowiedzialności,
- o rodzaj i jakość wyposażenia stanowiska pracy.

Poniżej przedstawiono przykłady podsumowania oceny warunków pracy w środowisku i propozycje sformułowanych przez pielęgniarki możliwości działań naprawczych.

Przykład 1

W ocenie środowiska domowego pielęgniarka wskazała, że podnoszenie pacjenta (masa ciała 80 kg) z łóżka wymaga dużej siły. Pacjent przechodzi samodzielnie do drugiego pomieszczenia, jednak podczas zaburzeń równowagi trzeba użyć siły, aby się nie przewrócił. Z kolei podczas kąpieli (pod prysznicem) posadzka w łazience jest bardzo śliska i istnieje ryzyko upadku.

Proponowane przez pielęgniarkę działania korekcyjne dotyczą wyposażenia środowiska w łóżko rehabilitacyjne oraz maty antypoślizgowe.

Przykład 2

Oceniając środowisko domowe pielęgniarka zwróciła uwagę, że swobodny dostęp do łóżka pacjenta jest tylko z jednej strony, dostęp z drugiej strony możliwy jest po odsunięciu łóżka od ściany.

Proponowane przez pielęgniarkę działania korekcyjne dotyczą zmiany ustawienia łóżka i przemeblowania pokoju. W praktyce brak jednak możliwości zrealizowania tej propozycji.

Przykład 3

Pielęgniarka wskazała, że w ocenianym środowisku domowym dostęp do łóżka jest tylko z jednej strony. Meble są ciasno ustawione utrudniając wykonanie ćwiczeń usprawniających naukę chodzenia.

Proponowane przez pielęgniarkę działania korekcyjne dotyczą zmiany ustawienia łóżka i przemeblowania pokoju. W praktyce brak jednak możliwości zrealizowania tej propozycji.

Przykład 4

W ocenie środowiska podkreślono braki w zakresie środków pielęgnacyjnych, odpowiedniego łóżka i materaca przeciwodleżynowego.

Pielęgniarka wskazała na trudną sytuację finansową pacjenta i jego rodziny.

Przykład 5

Przeprowadzona ocena środowiska domowego pacjenta z porażeniem kończyn dolnych wykazała trudne warunki socjalno-bytowe pacjenta. Opiekunem pacjenta jest jego matka, nieporadna życiowo, z objawami demencji. W pokoju, w którym przebywa pacjent jest bardzo brudno. Pacjent nie kontroluje/nie sygnalizuje potrzeb fizjologicznych – oddaje mocz i stolec zanieczyszczając pościel. Tapczan, na którym leży jest zniszczony, z dziurami.

W swojej ocenie pielęgniarka wskazała na konieczność wyposażenia środowiska w podnośnik i łóżko rehabilitacyjne, a także podjęcie działań w celu zorganizowania stałej całodobowej opieki dla pacjenta.

Przykład 6

Oceniając środowisko domowe pielęgniarka wskazała, że pacjent ze spastycznymi skurczami kończyn dolnych przebywa w łóżku, do którego dostęp jest tylko z jednej strony. Znacznie utrudnia to jego przemieszczanie w łóżku. Stwierdziła ponadto, że z powodu dużych kosztów, które rodzina ponosi na zakup opatrunków przeciwodleżynowych dla chorego musi bardzo oszczędnie ich używać. Pielęgniarka podkreśliła też bardzo duże obciążenie psychiczne z powodu stanu pacjenta.

Proponowane działania korekcyjne dotyczą przesunięcia łóżka na środek pokoju, naprawy bocznej bariery. Niemniej jednak konieczne jest wsparcie finansowe na zakup środków pielęgnacyjnych.

PODSUMOWANIE

Zaprezentowana lista kontrolna jest pierwszym narzędziem, które umożliwia ocenę warunków pracy, ale też prowadzenie badań w zakresie pielęgnarskiej opieki długoterminowej domowej. W literaturze tematyka ta jest rzadko podejmowana i skupia się głównie na charakterystyce świadczeniobiorców oraz kwestiach organizacji i funkcjonowaniu opieki. Brak natomiast opracowań odnoszących się do sytuacji zawodowej pielęgniarek, warunków i bezpieczeństwa ich pracy [16].

Praca pielęgniarki opieki długoterminowej domowej odbywa się w zmieniających się, niekontrolowanych przez pracodawców i wyspecjalizowane służby bhp warunkach. Różna jest przy tym liczba i stan zdrowia świadczeniobiorców odwiedzanych przez nią w środowiskach domowych, które zmieniają się w zależności od aktualnego zapotrzebowania. Przy jednoosobowej realizacji świadczeń pielęgnarskich zachodzi konieczność rozpoznania ob-

ciążeń występujących w trakcie ich wykonania oraz poznania czynników warunkujących jakość świadczeń. Sprawność funkcjonalna i poznawcza podopiecznych oraz warunki ich bytowania to kolejne elementy wskazujące na konieczność poznania uwarunkowań jakości pracy i obciążeń jakie występują podczas realizacji przez pielęgniarki świadczeń w poszczególnych środowiskach domowych [4, 11, 13, 17–19]. Umożliwia to opracowana „Lista kontrolna do oceny warunków pracy pielęgniarek w opiece długoterminowej domowej”. Dzięki wyznaczeniu obszarów istotnych z punktu widzenia specyfiki wykonywanej pracy i jej zróżnicowania, lista ta może być przydatna zarówno w zapewnieniu bezpieczeństwa pracy pielęgniarek i ocenie ich ryzyka zawodowego, jak również przy wartościowaniu pracy i wycenie realizowanych przez pielęgniarki procedur. Daje ponadto podstawy do wyznaczenia działań korekcyjnych w obszarze bezpieczeństwa i ochrony zdrowia grupy zawodowej pielęgniarek tej specjalności.

Argumentem przemawiającym za stosowaniem listy kontrolnej jest także gromadzenie informacji o warunkach pracy na wypadek zgłaszanych roszczeń przez pacjenta, rodzinę, opiekunów osób chorych. Pacjent/opiekun prawny pacjenta ma prawo do złożenia zażalenia/skargi w przypadku niesatysfakcjonująco udzielanych świadczeń, na jakość świadczeń. W sytuacjach gdy wpływ na wykonanie świadczeń mają warunki pracy, niski stan ekonomiczny pacjenta, wydolność opiekuńcza rodziny, pielęgniarka nie ma dowodu, że świadczenie wykonała tak jak jej na to pozwalały warunki. Za pośrednictwem listy istnieje też możliwość zainteresowania rodzin świadczeniobiorców wymogami bezpieczeństwa i higieny pracy pielęgniarek. Na dzień dzisiejszy nie ma w tym zakresie uregulowań prawnych i odpowiedzi na pytanie „Kto powinien zapewnić pielęgniarcie opieki długoterminowej domowej bezpieczne warunki pracy?”

Propozycje przedstawione w ocenie narzędzia przez stosujące ją pielęgniarki, czy to w odniesieniu do dolegliwości występujących po pracy, szczegółowego opisu stanu zdrowia pacjenta, czynników stresujących, czy jakości wyposażenia, można uwzględnić w miejscu przeznaczonym na uwagi w poszczególnych częściach listy w zależności od charakteru uzyskanych danych. Opracowane narzędzie może być także wykorzystane jako źródło informacji do dalszych szczegółowych ocen warunków pracy w środowiskach. Na przykład po uzyskaniu za pomocą listy kontrolnej wykazu czynności wykonywanych w danym środowisku w opiece nad pacjentem, dla każdej z nich można przeprowadzić ocenę

obciążenia układu mięśniowo-szkieletowego metodą OWAS. Pozwoli to na uzyskanie informacji, czy istnieje potrzeba działań zmniejszających obciążenie i jakie są w danym przypadku możliwości przeprowadzenia interwencji ergonomicznej.

PIŚMIENNICTWO

- [1] Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. z 2015 r., poz. 1658).
- [2] Zarządzenie Nr 45/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.
- [3] PN-N-18002:2011 Systemy zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy – Ogólne wytyczne do oceny ryzyka zawodowego.
- [4] Kułagowska E, Kosińska M.: Warunki pracy pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych. *Med. Pr.* 2010; 61(6): 641-647.
- [5] Kułagowska E, Kosińska M., Nowak-Kapusta Z.: Opieka długoterminowa domowa w Polsce. *Medycyna Środowiskowa – Environmental Medicine* 2011; 14(2): 64-69.
- [6] Kułagowska E, Kosińska M.: Czynniki ryzyka zawodowego na stanowisku pracy pielęgniarki środowiskowej. *Nasze Sprawy* 2010; lipiec/sierpień: 17-19.
- [7] Kosińska M., Kułagowska E.: Opieka długoterminowa – założenia teoretyczne, praktyka, problemy. *Nasze Sprawy* 2010; grudzień: 15-16.
- [8] Palczewska A.: System opieki długoterminowej a zapotrzebowanie na ten rodzaj świadczeń. *Problemy Pielęgniarstwa* 2010; 18 (2): 198-206.
- [9] Zaczek I., Brzycka M., Stypuła A., Tobiasz-Adamczyk B.: Zadania pielęgniarki środowiskowej związane z potrzebami ludzi starszych na podstawie wyników grup fokusowych przeprowadzonych w ramach projektu europejskiego PROGRESS: „Zwiększenie dostępu do środowiskowych form opieki dla osób starszych, mieszkających we własnych gospodarstwach domowych”. *Problemy Pielęgniarstwa* 2011; 19(2): 239-243.
- [10] Skalska A.: Ograniczenie sprawności funkcjonalnej osób w podeszłym wieku. *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2011; IX (1): 50-59.
- [11] Kułagowska E, Kosińska M.: Opieka długoterminowa w Polsce – potrzeby, organizacja, bezpieczeństwo, jakość. *Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego, Sosnowiec* 2014.
- [12] Frąckowiak A.: Zagrożenia w pracy pielęgniarki środowiskowej. *Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Zarządzania Ochroną Pracy w Katowicach* 2010; 1(6): 53-70.
- [13] Studnik A., Pierchała A., Wójta-Kempa, M.: Porównanie wybranych elementów pracy i sytuacji zawodowej pielęgniarek opieki długoterminowej i pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2013; 3(2): 143-153.
- [14] Pluta A., Basinska-Drozd H., Budnik-Szymoniuk M., Humańska M., Faleńczyk K.: Zagrożenia w pracy pielęgniarek rodzinnych. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2015; 96, 1: 115-119.

- [15] Kułagowska E, Kosińska M.: Ocena warunków pracy pielęgniarek opieki długoterminowej domowej – projekt listy kontrolnej. *Medycyna Środowiskowa – Environmental Medicine* 2016; 19(3): 36-46.
- [16] Ziembicka D.M., Marcinowicz L.: Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa – stan polskich badań naukowych. *Family Medicine & Primary Care Review* 2015; 17, 3: 232-236.
- [17] Cebulak M., Markiewicz I., Guty E.: Ocena funkcji poznawczych u chorych objętych domową długoterminową opieką pielęgniarską. *Problemy Pielęgniarstwa* 2014; 22, 1: 20-26.
- [18] Markiewicz I., Cebulak M.: Sprawność funkcjonalna pacjentów objętych domową długoterminową opieką pielęgniarską. *Problemy Pielęgniarstwa* 2014; 22, 1: 42-51.
- [19] Nowak-Kapusta Z., Irzyniec T., Franek G, Drzazga B.: Pielęgniarki i pielęgniarze opieki długoterminowej domowej. *Pielęgniarstwo Polskie* 2017; 3, 65: 409-415.

*Adres do korespondencji:**Ewa Kułagowska**Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego**ul. Kościelna 13, 41-200 Sosnowiec**e.kulagowska@imp.sosnowiec.pl**tel. 32 266 08 85 w. 264*