

Zakres badań naukowych w pielęgniarstwie rodzinnym. Przegląd piśmiennictwa z lat 1995–2015

The scope of scientific research in family nursing. Review of literature from 1995–2015

Ewa Taranta¹✉, Ludmiła Marcinowicz¹, Barbara Ślusarska²

¹Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej, ul. Mieszka I 4B, 15-054 Białystok
Medical University of Białystok, Department of Primary Health Care

²Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, ul. Staszica 4–6, 20-081 Lublin
Medical University of Lublin, Department of Family Medicine and Community Nursing, Chair of Oncology and Environmental Health
✉ ewa.taranta@umb.edu.pl

ABSTRACT

Introduction: Family nursing is a developing specialty in nursing that is undergoing a rapid transformation due to reforms in primary health care in Poland implemented in 1995. The wide autonomy of family nurses in providing health services requires their lifelong learning as well as applying scientific findings in their regular practices.

The objective of the following paper was to summarize empirical research into family nursing conducted in Poland from 1995–2015.

Materials and methods: The method of critical analysis of published literature was applied. The Polish Medical Bibliography, PubMed database and Google Scholar search engine were used as a base for data collection. Literature collection was limited to articles published between 1995–2015 concerning services performed by family nurses in Poland.

Results: It was established that over the 21 year period the highest number of empirical papers were published between 2010–2015. The vast majority of them were quantitative research studies using a questionnaire technique. The published articles concerned the following research groups: 1) patients – recipients of the services; 2) services providers – family nurses; 3) family doctors and informal carers of people under the care of a family nurse, taking into account the nurse–patient relationship.

Conclusions: 1. There was an evident lack of methodological variety in the reviewed literature. 2. The role of family nurses in health prevention in children and people of a productive age was marginalized in the analyzed papers. 3. Despite their competences, family nurses perform few independent tasks.

Keywords: family nurse; primary health care; health benefits.

ABSTRAKT

Wstęp: Pielęgniarstwo rodzinne jest rozwijającą się specjalizacją pielęgniarstwa podlegającą szybkim przemianom związanym z zapoczątkowaną w 1995 r. reformą podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce. Szeroki zakres samodzielności pielęgniarek rodzinnych w realizacji świadczeń zdrowotnych wymaga od nich ustawicznego kształcenia oraz konieczności wykorzystania w codziennej praktyce wyników badań naukowych.

Celem pracy jest określenie rodzaju i zakresu badań empirycznych w obszarze pielęgniarstwa rodzinnego prowadzonych w Polsce w latach 1995–2015.

Materiały i metody: Zastosowano metodę analizy i krytyki piśmiennictwa. Bazę do wyszukiwania danych stanowiła Polska Bibliografia Lekarska, baza PubMed oraz wyszukiwarka Google Scholar. Poszukiwanie prac było ograniczone do artykułów opublikowanych w latach 1995–2015 i dotyczących świadczeń realizowanych przez pielęgniarki rodzinne w Polsce.

Wyniki: Ustalono, że w analizowanych pracach przewagę stanowiły badania ilościowe z wykorzystaniem techniki ankiety. Opublikowane prace mieściły się w następujących grupach badawczych: 1) pacjenci – odbiorcy świadczeń; 2) realizatorzy świadczeń, tj. pielęgniarki rodzinne; 3) lekarze rodzinni oraz opiekunowie nieformalni osób objętych opieką pielęgniarki rodzinnej z uwzględnieniem relacji pielęgniarka–pacjent.

Wnioski: 1. Widoczny jest brak różnorodności metodologicznej w badaniu roli pielęgniarki rodzinnej. 2. W pracach zmarginalizowana jest rola pielęgniarki rodzinnej w opiece nad osobami w wieku rozwojowym i produkcyjnym. 3. Pielęgniarki rodzinne wykonują niewiele zadań samodzielnych wynikających z posiadanych kompetencji.

Słowa kluczowe: pielęgniarka rodzinna; opieka podstawowa; świadczenia zdrowotne.

WSTĘP

Pielęgniarstwo rodzinne jest rozwijającą się specjalizacją pielęgniarstwa podlegającą szybkim przemianom związanym z zapoczątkowaną w 1995 r. reformą podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w Polsce [1]. Szeroki zakres samodzielności

pielęgniarek rodzinnych w realizacji świadczeń zdrowotnych wymaga od nich ustawicznego kształcenia oraz konieczności wykorzystania w codziennej praktyce wyników badań naukowych. W polskiej literaturze pielęgniarstwa funkcjonują takie pojęcia jak „pielęgniarstwo oparte na dowodach naukowych” (*evidence-based nursing*) czy „praktyka oparta na dowodach

naukowych” (*evidence-based practice*) [2]. Rozwój badań pielęgniarstwa wymaga jednak odpowiedniej liczby prac przygotowanych do prowadzenia badań naukowych, mających czas i możliwości ich realizacji [3]. Można przypuszczać, że to, jaką uwagę przypisują badacze pielęgniarstwa rodzinnej, będzie przekładać się na jej postrzeganie w społeczeństwie.

Celem pracy było określenie rodzaju i zakresu badań empirycznych w obszarze pielęgniarstwa rodzinnego prowadzonych w Polsce w latach 1995–2015.

MATERIAŁY I METODY

Zastosowano metodę analizy i krytyki piśmiennictwa. Bazę przedmiotową stanowiła Polska Bibliografia Lekarska (PBL) i anglojęzyczna baza PubMed. Ponadto skorzystano z wyszukiwarki Google Scholar, a także zastosowano tzw. przeszukiwanie ręczne. Strategia poszukiwania prac była ograniczona do artykułów opublikowanych w latach 1995–2015 oraz tych badań, które były przeprowadzone w Polsce.

W PBL, wykorzystując słowa kluczowe: „pielęgniarstwo środowiskowe”, „pielęgniarstwo rodzinne”, „opieka pielęgniarska podstawowa”, odnaleziono 288 rekordów, z czego do ostatecznej analizy zakwalifikowano 20 prac. W anglojęzycznej bazie PubMed, stosując hasło: „community nurse” and „Poland”, odnaleziono 45 rekordów, z czego do ostatecznej analizy zakwalifikowano 9 prac. Korzystając z przeglądarki Google Scholar, po zastosowaniu słów kluczowych: „pielęgniarka rodzinna”, „pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej”, „podstawowa opieka zdrowotna”, odnaleziono 12 prac, z czego w analizie wykorzystano 6 prac. W wyniku „przeszukiwania ręcznego” innych źródeł do analizy włączono 5 prac związanych z tematem.

Selekcja danych

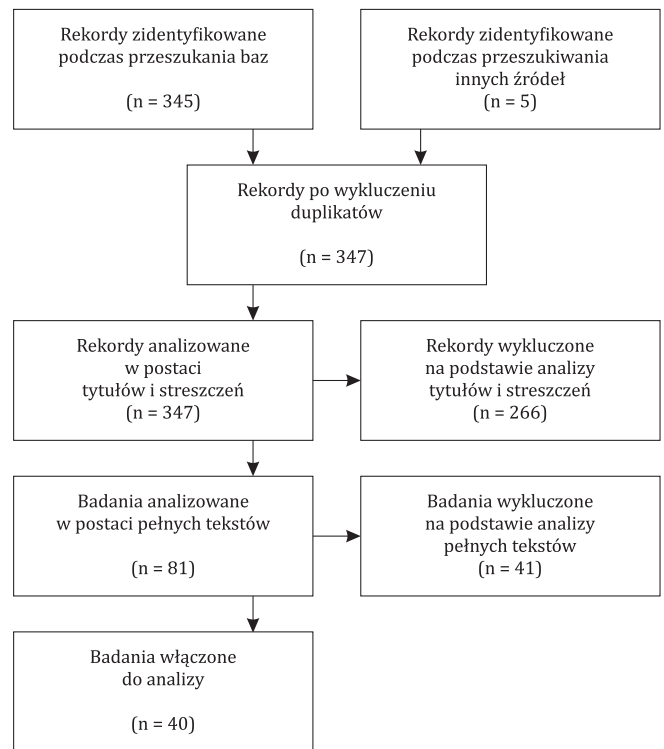
Pierwszy autor przeprowadzał selekcję danych na wszystkich włączonych publikacjach. Drugi autor potwierdził ekstrakcję danych w zakresie przyjętych do oceny publikacji. Dane z każdego artykułu zostały uzyskane w przeglądzie przez dwóch niezależnych autorów. Różnice były rozstrzygane po zasięgnięciu opinii trzeciego autora artykułu. W procesie przeglądu wyodrębniono następujące elementy: wielkość próby, okres zbierania danych, narzędzia badawcze, wyniki badania, hipotezy zmienne niezależne, zmienne zależne i skale pomiaru, dokonane analizy oraz uzyskane wnioski mające znaczenie dla przeglądu.

Kryteria włączenia

Przegląd obejmował badania opublikowane w latach 1995–2015, wg następujących kryteriów: 1) prace oryginalne; 2) badania naukowe prowadzone w Polsce; 3) prace związane z realizacją świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki rodzinne.

Kryteria wyłączenia

W procesie analizy wykluczone zostały: prace pogładowe, kazuistyczne, podręczniki dotyczące programów kształcenia podyplomowego, zachowań zdrowotnych pacjentów, pielęgniarki



RYCINA 1. Schemat etapów selekcji rekordów według konwencji PRISMA

szkolnej i położnej POZ, sektora opieki społecznej, prace magisterskie/doktorskie, doniesienia zjazdowe, broszury informacyjne, a także badania, które nie były prowadzone w Polsce. Etapy selekcji rekordów wg konwencji PRISMA przedstawiono na rycinie 1 [4].

Ostatecznie przedmiotem analizy objęto 40 prac oryginalnych [5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44]. Szczegółowo przeanalizowano cele badawcze, metodę i technikę badań oraz główne wyniki. Przeglądu literatury dokonano na przełomie 2016 i 2017 r.

WYNIKI

Spośród 40 prac oryginalnych opublikowanych na przestrzeni 21 lat 16 (40%) powstało w latach 2010–2015. Wyniki badań empirycznych dotyczące pielęgniarstwa rodzinnego były publikowane w następujących czasopismach: *Problemy Pielęgniarstwa* – 5 (12,5%); *Gerontologia Polska* – 5 (12,5%); *Problemy Higieny i Epidemiologii* – 4 (10%); *Przegląd Lekarski* – 3 (7,5%); *Medycyna Ogólna* – 3 (7,5%); *Zdrowie Publiczne* – 3 (7,5%); *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska* – 3 (7,5); *Family Medicine & Primary Care* – 2 (5%). Poza tym po jednej pracy (2,5%) opublikowano w takich czasopismach, jak: *Pielęgniarstwo Polskie*, *Pielęgniarstwo XXI Wieku*, *Clinical Interventions in Aging*, *Polski Przegląd Kardiologiczny*, *Hygea Public Health*, *Advances in Medical Sciences*, *Roczniki Akademii Medycznej w Białymstoku*, *Medycyna Pracy*, *Problemy Medycyny*

TABELA 1. Przegląd badań empirycznych w obszarze pielęgniarstwa rodzinnego w grupie pacjentów – odbiorców świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w latach 1995–2015

Lp.	Autorzy	Cel pracy	Grupa i liczba badanych	Metoda / narzędzie badawcze	Główne wyniki badań
1.	Oskędra i wsp., 2015 [5]	ocena satysfakcji pacjentów w starszym wieku z opieki środowiskowej świadczonej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej	pacjenci; n = 100	sondaż diagnostyczny / autorski kwestionariusz ankiety	1) 47% ankietowanych wysoko ocenia opiekę środowiskową, 2) o możliwości korzystania z opieki środowiskowej ankietowani dowiadawali się od pielęgniarek i lekarzy
2.	Derkacz i wsp., 2010 [6]	ocena wybranych aspektów satysfakcji pacjentów z leczenia w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej wsi i małych miast Polski południowo-wschodniej	pacjenci; n = 794	autorski kwestionariusz ankiety	1) 51,3% badanych przyznało, że wizyty umawiane są na określoną godzinę, 2) 37,7% ankietowanych jakość usług oceniło jako dobrą, 11,5% jako bardzo dobrą, 5% jako złą
3.	Leszczyńska i wsp., 2007 [7]	poznanie opinii pacjentów na temat świadczeń lekarzy i pielęgniarek środowiskowo-rodzinych	pacjenci; n = 1057	badanie surveyowe / autorski kwestionariusz ankiety	1) 48% ankietowanych miało kontakt z pielęgniarką rodzinną podczas wizyty w poradni, 2) 95% badanych oceniło pracę pielęgniarki rodzinnej jako dobrą lub bardzo dobrą, 3) ¼ respondentów nie korzystało z wizyt pielęgniarek rodzinnych w domu z powodu braku takiej potrzeby
4.	Brodzińska i wsp., 2010 [8]	poznanie czynników, jakie determinują opinie o jakości opieki pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej	pacjenci; n = 100	autorski kwestionariusz ankiety	1) 54% badanych korzystających więcej niż 6x z opieki pielęgniarki POZ oceniło opiekę jako bardzo dobrą, 2) czynnikiem wpływającym na ocenę opieki był czas oczekiwania (67%), cechy charakteru pielęgniarki – uprzejmość, takt (83%), fachowość (59%)
5.	Piotrowski i Polakowska, 2010 [9]	uzyskanie wiedzy nt. dostępności usług medycznych w opinii pacjentów zamieszkujących w gminach małych, średnich, dużych i w miastach wojewódzkich	pacjenci; n = 21 600	kwestionariusz ankiety	1) 84,04% kobiet i 83,01% badanych mężczyzn korzystało w ciągu ostatniego roku z porad udzielanych w POZ, 2) im większa liczebność gminy, tym mniej osób korzystało z usług POZ
6.	Marcinowicz i wsp., 2004 [10]	uzyskanie odpowiedzi na pytania: 1) jaki odsetek starszych pacjentów korzysta z usług domowych lekarza rodzinnego, a jaki z usług domowych pielęgniarki rodzinnej; 2) czy korzystanie z wizyt domowych lekarskich i pielęgniarskich jest zależne od wieku badanych	pacjenci; n = 470 I badanie n = 217 II badanie n = 253	kwestionariusz wywiadu	1) 53,3% pacjentów powyżej 75. r.ż. korzystało z wizyt domowych pielęgniarek rodzinnych w ciągu ostatnich 12 miesięcy w I badaniu, 56,1% w II badaniu, 2) głównym celem wizyt pielęgniarek u pacjentów powyżej 75. r.ż. były zabiegi lecznicze w 32% w I badaniu oraz w 51% w II badaniu
7.	Doroszkiwicz i Bień, 2003 [11]	przedstawienie demograficznie uwarunkowanej nierówności w dostępie do świadczeń opiekuńczych pielęgniarek środowiskowych oraz określenie zakresu i intensywności domowych wizyt pielęgniarskich w zależności od potencjalnego zapotrzebowania na opiekę	pacjenci powyżej 75. r.ż.; n = 230	badanie epidemiologiczne / standaryzowane kwestionariusze	1) pielęgniarki najczęściej odbywały wizyty u osób samotnych – 50%, 2) zaobserwowano większą intensywność wizyt domowych lekarza – 53% badanych w stosunku do wizyt pielęgniarskich – 28%, 3) pielęgniarki zrealizowały 5 i więcej wizyt domowych w ciągu roku u pacjentów obłożnie chorych – 25%
8.	Bień, 2002 [12]	porównanie opieki zdrowotnej nad ludźmi starymi w Polsce w wiejskim i miejskim środowisku zamieszkania	pacjenci powyżej 65. r.ż.; n = 1821	populacyjne badanie reprezentatywne / wywiad kwestionariuszowy	1) 21,6% badanych na wsi i 18,4% w mieście uzyskało wizytę domową pielęgniarki przynajmniej raz, 2) w ciągu ostatnich 12 miesięcy 62,3% osób na wsi i 72,7% w mieście nie uzyskało wizyty pielęgniarki środowiskowej w domu, 3) tylko 1,5% badanych na wsi i 0,3% w mieście korzystało z samodzielnych porad pielęgniarskich
9.	Borowiak i wsp., 2015 [13]	analiza porównawcza oczekiwań osób starszych ze środowisk miejskich, wiejskich i przebywających w instytucjach opiekuńczych dotyczących opieki pielęgniarskiej w odniesieniu do opieki realizowanej z uwzględnieniem elementów całościowej oceny geriatrycznej	pacjenci powyżej 65. r.ż.; n = 2627	badanie przekrojowe / kwestionariusz, skale	1) 56,6% osób badanych ze środowisk miejskich i 54,7% ze środowisk wiejskich uzyskiwało opiekę przede wszystkim od członków rodziny, 2) 30,3% respondentów mieszkających samotnie liczyło na opiekę pielęgniarki
10.	Wojszel i Bień, 2002 [14]	ocena występowania wielkich problemów geriatrycznych u osób powyżej 75. r.ż.	pacjenci; n = 463	przekrojowe badanie surveyowe / kwestionariuszowe instrumenty oceny sprawności	1) 17,1% ankietowanych posiadało ograniczenia sprawności motorycznej, 2) 18,4% badanych osób w podeszłym wieku pielęgniarka odwiedziła w domu w ciągu ostatnich 12 miesięcy (27,8% w mieście i 9% na wsi)

Lp.	Autorzy	Cel pracy	Grupa i liczba badanych	Metoda / narzędzie badawcze	Główne wyniki badań
11.	Kurowska i Wrońska, 2005 [15]	zorientowanie się, na ile dokumentacja prowadzona przez pielęgniarki środowiskowe jest pomocna w zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych badanej populacji	pacjenci; n = 132	wywiady kwestionariuszowe	1) wśród 59,1% badanych występowała zwiększona masa ciała, 2) 58,3% respondentów jako zagrożenie zdrowia wskazało nadmierne picie kawy, 56,8% nadmierny stres, 47,7% obniżoną aktywność fizyczną, 3) 82% badanych nie zdawało sobie sprawy ze znaczenia stylu życia dla zdrowia
12.	Szczerbińska i wsp., 2011 [16]	ocena skuteczności szkolenia pielęgniarek poprzez pomiar zmiany aktywności fizycznej i nawyków żywieniowych starszych pacjentów oraz intencji zmiany tych zachowań w wyniku oddziaływania pielęgniarek wyposażonych w nowe kompetencje	pacjenci; n = 108	kwestionariusz wywiadu / pomiary masy ciała, wysokości, obwodu talii, ocena wartości wskaźnika masy ciała	1) w wyniku interwencji uzyskano wzrost zadowolenia z aktywności fizycznej z 27,1 do 34,4%, 2) szkolenie pielęgniarek skutecznie przełożyło się na pozytywne zmiany zachowań pacjentów w wieku 60+
13.	Domżał-Drzewicka i Pasternak, 2004 [17]	opis zadań pielęgniarki rodzinnej w zakresie wczesnego wykrywania ryzyka wystąpienia cukrzycy typu 2	pacjenci; n = 106	analiza dokumentacji pielęgniarskiej – kwestionariusz rodziny	u 98% badanych występował co najmniej jeden czynnik ryzyka. Czynniki ryzyka cukrzycy w badanej grupie: palenie papierosów – 86,7%; ilościowe i jakościowe błędy w żywieniu – 84,9%; niski poziom aktywności fizycznej – 75,4%; nadwaga – 80,2%
14.	Sawicka-Powierza i wsp., 2009 [18]	ocena wiedzy pacjentów na temat zasad bezpiecznego stosowania doustnych koagulantów oraz wpływu edukacji w tym zakresie prowadzonej przez pielęgniarki rodzinne	pacjenci; n = 25	wywiad za pomocą ankiety	1) TTR (przedział terapeutyczny wartości INR – wskaźnika protrombinowego) przed edukacją wyniósł 48%, po edukacji 52%, 2) TTR istotnie zwiększył się w grupie osób 61.–75. r.ż. – 17,96% po zastosowaniu edukacji przez pielęgniarki rodzinne
15.	Marcinowicz i Borzuchowska, 2000 [19]	poznanie opinii pacjentów na temat opieki pielęgniarskiej w miejscu zamieszkania pacjenta, w sytuacji gdy kontrakt lekarza rodzinnego obejmował świadczenia pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej	pacjenci; n = 1000	kwestionariusz wywiadu	1) 16,3% osób skorzystało z wizyty domowej pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej, 2) pacjenci oczekują od pielęgniarki przede wszystkim niezbędnych zabiegów pielęgniarskich (95% wskazań), opieki nad chorym w domu (80,5%), informacji o zdrowiu (72%)
16.	Misiak, 2005 [20]	badanie opinii pacjentów o świadczeniach udzielanych przez pielęgniarki środowiskowo-rodzinne ze szczególnym zwróceniem uwagi na wizyty profilaktyczne	pacjenci; n = 99	badanie sondażowe / przegląd dokumentacji medycznej / wtórna analiza danych	1) 56,49% badanych wizyty profilaktyczne oceniło bardzo dobrze, 30% dobrze, 2) 100% pacjentów oczekuje realizacji zleceń, 22,72% pomocy w chorobie, 4,54% oczekuje edukacji nt. zdrowia
17.	Marcinowicz i wsp., 2009 [21]	ocena udziału pielęgniarek rodzinnych w wizytach domowych w kontekście organizacyjnych i prawnych zmian w świadczeniu usług, tzn. analiza roli pielęgniarek rodzinnych zatrudnionych przez lekarzy rodzinnych (1998) w porównaniu z pielęgniarkami rodzinnymi pracującymi w samodzielnych podmiotach prowadzonych przez pielęgniarki (2002 i 2006)	pacjenci – 1998 r.; n = 1000 pacjenci – 2002 r.; n = 1000 pacjenci – 2006 r.; n = 1000	badanie przekrojowe / kwestionariusz wywiadu	1) wzrost odsetka wizyt domowych z 12,8% do 30,0% pomiędzy badaniem I a II (w odstępach 4-letnich), 2) zmniejszył się odsetek pacjentów, których pielęgniarka rodzinna nigdy nie odwiedziła w domu z 71,8% w I badaniu do 46,5% w II badaniu
Ogółem			33 502		

Rodzinnej, Health & Social Care in the Community, Polski Merkuriusz Lekarski, Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne.

Rodzaje i zakres badań empirycznych w pielęgniarstwie rodzinnym

W celu rzetelnego przedstawienia analizowanych publikacji prace podzielono na 3 grupy respondentów, wśród których przeprowadzane zostały badania: 1) pacjentów – odbiorców świadczeń; 2) realizatorów świadczeń, tj. pielęgniarki rodzinne; 3) lekarzy rodzinnych oraz opiekunów nieformalnych osób

objętych opieką pielęgniarki rodzinnej z uwzględnieniem relacji pielęgniarka–pacjent. Pacjenci korzystający z usług pielęgniarki rodzinnej w zdecydowanej większości byli zadowoleni z jakości tych świadczeń. Badania wskazują, że zadania wypełniane przez pielęgniarkę rodzinną koncentrowały się głównie wokół choroby i dotyczyły świadczeń leczniczych i diagnostycznych. Wizyty domowe realizowane były przede wszystkim wśród osób starszych i samotnych. Szczegółową analizę celów badania i głównych wyników badań przeprowadzonych w grupie pacjentów przedstawiono w tabeli 1.

TABELA 2. Przegląd badań empirycznych w obszarze pielęgniarstwa rodzinnego w grupie pielęgniarek – realizatorów świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w latach 1995–2015

Lp.	Autorzy	Cel pracy	Grupa i liczba badanych	Metoda / narzędzie badawcze	Główne wyniki badań
1.	Walas i wsp., 2007 [22]	ocena satysfakcji pielęgniarek środowiskowych/rodzinnych z wykonywanej pracy	pielęgniarki; n = 114	badanie ankietowe	1) 98% badanych pielęgniarek wykonywało dodatkowo pracę w rejestracji, 37% wykonywało czynności w gabinecie lekarskim, 2) 97,4% ankietowanych pielęgniarek wysoko oceniło współpracę z pacjentem i jego rodziną, 3) 85,9% pielęgniarek za główny problem w ich pracy uznało ilość wykonywanych zleceń lekarskich, 76,8% – zbyt małą możliwość samodzielności zawodowej, 64,9% – zbyt niskie wynagrodzenia
2.	Studnik i wsp., 2013 [23]	porównanie wybranych elementów pracy i sytuacji zawodowej pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych i pielęgniarek opieki długoterminowej	pielęgniarki środowiskowe; n = 50 pielęgniarki OPD; n = 50	autorski kwestionariusz ankiety	1) pielęgniarki z obu grup różnicuje zakres udzielanych świadczeń, liczba pacjentów, czas opieki, 2) pielęgniarki z obu grup wskazują na konieczność stałego podnoszenia kwalifikacji, 3) tylko 40% ankietowanych uważa, że pracodawca dostarcza niezbędnych środków do pracy
3.	Doroszkiwicz i Bień, 2004 [24]	ocena stopnia zadowolenia pielęgniarek środowiskowych z pracy w środowisku ludzi starszych wraz z określeniem jego uwarunkowań	pielęgniarki; n = 113	autorski kwestionariusz ankiety	1) wg 82% pielęgniarek warunkiem zwiększonej satysfakcji z pracy byłaby mniejsza liczba podopiecznych, 81,9% uznało jako źródło niskiej satysfakcji niedoocenywanie finansowe, 74,7% obciążenia administracyjne, 2) istotny wpływ na satysfakcję z wykonywanej pracy dla 31% respondentek stanowiła właściwa liczba zatrudnionych pielęgniarek
4.	Czarnecka i wsp., 2014 [25]	identyfikacja wybranych zagrożeń występujących w pracy pielęgniarek/pielęgniarki środowiskowych	pielęgniarki; n = 100	sondaż diagnostyczny / ankieta / autorski kwestionariusz ankiety	1) 48% badanych określiło pracę w środowisku jako ciężką, 2) najliczniejsza grupa – 88% jako czynnik obciążający uznała małe zarobki, 87% – zbyt duże oczekiwania środowiska, 85% niedostateczną liczbę zatrudnionych, 84% obciążenia wynikające z dotarcia do pacjenta, 83% obciążenia psychiczne, 60% obciążenia biurowe
5.	Kułagowska i Kosińska, 2010 [26]	poznanie warunków pracy, a w szczególności zagrożeń podczas prac wykonywanych przez pielęgniarki środowiskowo-rodzinne	pielęgniarki; n = 86	autorski kwestionariusz ankiety	1) średni czas poświęcany na przemieszczanie się pomiędzy środowiskami wynosi 2 h (36%), 2) 85% świadczeń wykonywanych w stosunku do pacjenta stanowią czynności pielęgnacyjno-lecznicze, 69% zadań dotyczy świadczeń pielęgnacyjno-higienicznych, 58% stanowią świadczenia diagnostyczne, 3) 73% pielęgniarek wskazało na szczególne obciążenia psychiczne związane z wykonywaną pracą, 80% pielęgniarek odczuwa dolegliwości bólowe w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego podczas wykonywania obowiązków
6.	Dębska i Cepuch, 2008 [27]	analiza niektórych uwarunkowań zespołu wypalenia zawodowego u pielęgniarek pracujących w zakładach podstawowej opieki zdrowotnej	pielęgniarki; n = 35	standaryzowane skale i kwestionariusz	1) stosując Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego, $x = 38,5$ pielęgniarek wskazało na poczucie własnej wartości, 2) wyczerpanie emocjonalne występuje u $x = 22,8$, 3) najczęściej stosowaną strategią radzenia sobie ze stresem jest koncentracja na zadaniu $x = 16,1$, natomiast ucieczka i unikanie znalazła się na drugim miejscu z wartością $x = 11,5$
7.	Karniej i wsp., 2012 [28]	stwierdzenie stopnia zainteresowania pielęgniarek i położnych podnoszeniem kompetencji z zakresu wykonywanego zawodu, ale także z innych obszarów, których zrozumienie wydaje się niezbędne dla prawidłowego funkcjonowania w systemie współczesnej opieki zdrowotnej	pielęgniarki i położne; n = 631	ankieta strukturalna	1) 505 badanych podnosi swoje kwalifikacje zawodowe, 2) 366 osób jako formę podnoszenia kwalifikacji wskazało kursy i szkolenia, 142 wyższe studia, 3) 222 osoby podnosiło swoje kwalifikacje w ostatnim roku

Lp.	Autorzy	Cel pracy	Grupa i liczba badanych	Metoda / narzędzie badawcze	Główne wyniki badań
8.	Leszczyńska i wsp., 2007 [29]	poznanie opinii pielęgniarek środowiskowo-rodzinych na temat funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej	pielęgniarki; n = 81	badanie surveyowe / autorski kwestionariusz ankiety	1) 10% pielęgniarek realizowało samodzielne kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia, 2) 75% pielęgniarek uznało, iż wynagrodzenie za pracę w POZ jest niewystarczające, tylko 14% stwierdziło, że zarabia dobrze, 3) 70% pielęgniarek wysoko oceniło stosunki z pacjentami i innymi pielęgniarkami
9.	Mirczak i wsp., 2011 [30]	porównanie percepcji różnych form przemocy wobec ludzi starszych przez pielęgniarki środowiskowe i kliniczne oraz zbadanie czynników warunkujących to postrzeganie	pielęgniarki; n = 184	autorski kwestionariusz ankiety	1) zaledwie 19% pielęgniarek środowiskowych uważa problem samozaniedbania wśród starszych pacjentów, 2) tylko 7,9% uznaje jako problem porzucenie osoby starszej, 3) zaniedbanie i zaniechanie dostrzega tylko 12,9% pielęgniarek środowiskowych
10.	Stefanowicz i wsp., 2010 [31]	próba oceny, czy i w jakim zakresie pielęgniarki środowiskowo-rodziny prowadzą edukację zdrowotną wśród swoich pacjentów; czy na podejmowane działania edukacyjne mają wpływ kwalifikacje zawodowe, ich miejsce pracy i forma zatrudnienia	pielęgniarki; n = 230	sondaż diagnostyczny / autorski kwestionariusz ankiety	1) 83% pielęgniarek potwierdziło udzielanie porad nt. stylu życia, czynników ryzyka chorób, 2) 64% porad edukacyjnych pielęgniarka udziela z własnej inicjatywy, 18,6% na prośbę pacjenta, 3) najczęściej (85,7%) porad edukacyjnych udzielają pielęgniarki ze specjalizacją, rzadziej (66,4%) z kursem kwalifikacyjnym, a najmniej (24%) pielęgniarki „ogólne”
11.	Słońska i wsp., 2007 [32]	ocena poziomu wybranych elementów wiedzy pielęgniarek POZ, adekwatności dokonywanej przez nie oceny własnych kompetencji oraz określenie częstości udzielanych świadczeń z zakresu poradnictwa dotyczącego dwóch behawioralnych czynników ryzyka chorób układu krążenia	pielęgniarki; n = 500	wywiad bezpośredni	1) tylko 4,2% pielęgniarek poprawnie odpowiedziało na pytania dotyczące kwestii prawidłowego żywienia, 2) 32,2% badanych udzieliła poprawnie odpowiedzi na pytania dotyczące wskaźnika masy ciała, 3) minimalną dawkę aktywności fizycznej niezbędnej do zapobiegania chorobom układu krążenia prawidłowo określiło 50,3% badanych pielęgniarek, 4) 9,2% pielęgniarek „przeceniło” swoją wiedzę dotyczącą poradnictwa żywieniowego
12.	Mojsa i wsp., 2004 [33]	poznanie wiedzy pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej na temat czynników ryzyka chorób układu krążenia (CHUK)	pielęgniarki n = 146	sondaż diagnostyczny, technika ankiety	1) 15,1% pielęgniarek wymieniło 4 główne czynniki ryzyka CHUK, 2) 11,6% wymieniło 3 główne czynniki CHUK, 3) 18,5% wymieniło 2 główne czynniki ryzyka CHUK, 4) 92,5% badanych uznało, iż potrzebuje doszkalania w zakresie profilaktyki CHUK
13.	Doroszkiwicz i Bień, 2005 [34]	określenie kategorii świadczeń realizowanych przez pielęgniarki środowiskowe w stosunku do osób starszych z uwzględnieniem różnych form organizacyjnych (publiczny i niepubliczny zakład opieki zdrowotnej)	pielęgniarki; n = 100	anonimowy, autorski kwestionariusz ankiety	1) wśród zadań realizowanych w stosunku do osób starszych zaobserwowano istotną przewagę zadań leczniczych (na zlecenie lekarza) – 95%; świadczenia diagnostyczne realizowało 78% pielęgniarek, 2) nie zaobserwowano istotnych różnic pomiędzy rodzajami świadczeń realizowanymi przez pielęgniarki pracujące w sektorze publicznym i niepublicznym
Ogółem			2520		

W 17 badaniach obejmujących łącznie populację 33 502 pacjentów – odbiorców świadczeń POZ jedno badanie było przeprowadzone na reprezentatywnej grupie pacjentów [13], pozostałe miały charakter badań przekrojowych. W 3 badaniach autorzy zastosowali standaryzowane narzędzia badawcze [11, 13, 14], a w jednym [20] dokonano przeglądu dokumentacji medycznej.

Pielęgniarki rodzinne oprócz zadań wynikających z zakresu ich kompetencji często wykonują inne czynności pozamedyczne (np. rejestracja czy obowiązki administracyjne, które w ich ocenie znacznie utrudniają im prawidłową organizację pracy).

Większość pielęgniarek stwierdziła, że odczuwają ograniczenia w samodzielności zawodowej, a jako główne źródło obniżonej satysfakcji zawodowej wskazały zbyt niskie wynagrodzenia i zbyt dużą populację pacjentów, którym muszą zapewnić opiekę. Szczegółową analizę celów badania i głównych wyników badań przeprowadzonych wśród pielęgniarek rodzinnych przedstawiono w tabeli 2.

W 13 celowych i przekrojowych badaniach obejmujących łącznie grupę 2520 pielęgniarek – realizatorów świadczeń POZ autorzy wykorzystywali głównie badanie ankietowe z użyciem kwestionariusza ankiety własnej konstrukcji, w jednym

TABELA 3. Przegląd badań empirycznych w obszarze pielęgniarstwa rodzinnego w grupach: lekarzy rodzinnych, pielęgniarka-pacjent oraz opiekun nieformalny z lat 1995–2015

Lp.	Autorzy	Cel pracy	Grupa i liczba badanych	Metoda / narzędzie badawcze	Główne wyniki badań
1.	Owłasiuk i Marcinowicz, 2004 [35]	poznanie opinii lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej na temat roli pielęgniarki rodzinnej	lekarze POZ; n = 116	sondaż diagnostyczny / kwestionariusz ankiety	94% lekarzy uznało, że najważniejszą funkcją pielęgniarek POZ jest promocja zdrowia i rola terapeutyczna, profilaktyczna – 90,5%, wychowawcza – 88,8%, opiekuńcza – 86,2%, rehabilitacyjna – 85,3%
2.	Leszczyńska i wsp., 2007 [36]	poznanie opinii lekarzy rodzinnych na temat sytuacji w POZ (z uwzględnieniem kompetencji pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych)	lekarze; n = 47	sondaż diagnostyczny / kwestionariusz ankiety	1) wysoko oceniono samodzielność pielęgniarek – 80% ocen dobrych lub bardzo dobrych, 2) współudział w procesie diagnostyczno-leczniczym – 82% ocen dobrych lub bardzo dobrych, 3) rozpoznawanie i ocena potrzeb zdrowotnych – 80% ocen dobrych lub bardzo dobrych
3.	Misiak, 2004 [37]	wypracowanie skutecznego narzędzia badania jakości wizyt pielęgniarek w domu starszego pacjenta	pielęgniarki; n = 22 pacjenci; n = 118	kwestionariusz / analiza dokumentacji pielęgniarskiej	1) 93,55% badanych pielęgniarek miało ukończony kurs kwalifikacyjny, 2) ponad 80% respondentów oczekuje od pielęgniarki realizacji zleceń lekarskich, prawie 80% badanych pacjentów oceniła spełnianie oczekiwań przez pielęgniarki POZ na 5 (w skali 1–5)
4.	Doroszkiewicz i Bień, 2007 [38]	uzyskanie odpowiedzi na pytanie: czy forma zatrudnienia pielęgniarek środowiskowych w podstawowej opiece zdrowotnej wpływa na jakość pracy zespołowej w opiece nad osobami starszymi?	lekarze rodzinni; n = 104	autorski kwestionariusz ankiety	1) 33,3% lekarzy zatrudniających pielęgniarki oceniło współpracę z nimi jako bardzo dobrą, 2) wizyty u osób starszych w jednostkach zatrudniających pielęgniarki odbyły się wśród 47,8% pacjentów, a w przypadku współpracy z samodzielnymi podmiotami pielęgniarskimi wśród 22,9% osób starszych, 3) problemy geriatryczne częściej były omawiane w jednostkach, w których lekarze zatrudniają pielęgniarki – 84,1% w porównaniu z jednostkami współpracującymi – 42,8%
5.	Strzelecka i Zieliński, 2012 [39]	poznanie problemów, z jakimi spotykają się pacjenci niepełnosprawni oraz ich oczekiwań w zakresie opieki pielęgniarskiej w podstawowej opiece zdrowotnej	pacjenci; n = 200 pielęgniarki; n = 23	autorskie kwestionariusze ankiet (odrębne dla pacjentów i pielęgniarek)	1) 52% pielęgniarek ma na swoich listach 21–40 osób wymagających stałej opieki, 2) 45% wizyt w tygodniu dotyczyła pacjentów niepełnosprawnych, 3) wizyta u pacjenta niepełnosprawnego w 76% przypadków trwała 16–30 min, 4) 84% osób oczekuje wydłużenia czasu trwania wizyty pielęgniarki POZ, 5) rodzaje zadań to: 83% – edukacja, 75% – zalecenia dietetyczne, 69% – iniekcje, 61% – drobne zabiegi
6.	Bień i wsp., 2008 [40]	weryfikacja tezy, że korzystanie z różnego typu dostępnych usług jest dostosowane pod względem profilu i zakresu do poziomu niepełności i potrzeb osób niepełnych w podeszłym wieku	opiekunowie osób powyżej 65. r.ż.; n = 1000	kwestionariusz CAT (Common Assessment Tool), wywiady bezpośrednie	1) 41% badanych skorzystało ze świadczeń pielęgniarskich, z tego 58% poważnie niesprawnych, a 21% nieznacznie niesprawnych, 2) niemal wszystkie osoby z poważniejszym upośledzeniem sprawności były odwiedzane przez pielęgniarkę w ich domu
7.	Zaczyk i wsp., 2011 [41]	wskazanie zadań dla pielęgniarki środowiskowej wyznaczonych przez potrzeby i oczekiwania podopiecznych w starszym wieku	pacjenci; n = 6 pielęgniarki; n = 11	zogniskowane wywiady grupowe	1) pacjenci w starszym wieku postrzegają pielęgniarki środowiskowe jako osoby o największym znaczeniu w opiece środowiskowej nad ludźmi starszymi, 2) wykazano istotną rolę pielęgniarki jako źródła wsparcia, informacji, wsparcia emocjonalnego, 3) wykazano istotność współpracy pielęgniarki z rodziną w celu zaangażowania osób z najbliższego otoczenia pacjenta w opiekę nad nim
8.	Mroczek i wsp., 2011 [42]	ocena realizacji obowiązujących w 2011 r. programów profilaktycznych w podstawowej opiece zdrowotnej w opinii pielęgniarek środowiskowych/rodzinnych i pacjentów	pacjenci; n = 94 pielęgniarki; n = 144	autorski kwestionariusz ankiety	1) 73,2% badanych pielęgniarek uważa, że obecna forma realizacji programów profilaktycznych jest niewystarczająca, 2) program profilaktyki gruźlicy realizuje 67,4% badanych pielęgniarek, 3) 30% świadczeniobiorców nic nie wiedziało o programach profilaktycznych, 4) 48% badanych pielęgniarek zrealizowało wizyty w środowiskach szczególnie zagrożonych gruźlicą

Lp.	Autorzy	Cel pracy	Grupa i liczba badanych	Metoda / narzędzie badawcze	Główne wyniki badań
9.	Misiak i wsp., 2005 [43]	określenie struktury świadczeń pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych, które pracując z rodziną, spotykają się z podopiecznymi w różnym wieku, oraz konfrontacja stereotypu pielęgniarki wykonującej świadczenia zabiegowe na zlecenie lekarza z rzeczywistymi danymi, które ilustrują prace pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych	pielęgniarki; n = 22 pacjenci; n = 118	ankieta / analiza dokumentacji medycznej	1) 63,76% wszystkich świadczeń realizowanych przez pielęgniarki dotyczy osób powyżej 64. r.ż. (z tego 74,11% świadczeń diagnostycznych, 67,57% świadczeń pielęgnacyjnych, 59,90% świadczeń zabiegowych), 2) oczekiwania pacjentów wobec pielęgniarki rodzinnej koncentrowały się wokół choroby, 3) pielęgniarki realizują świadczenia z zakresu promocji zdrowia najczęściej z własnej inicjatywy
10.	Zdzałik i wsp., 2015 [44]	porównanie kompetencji pielęgniarki zdrowia rodziny (FHN) i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w ramach projektu „Pielęgniowanie zdrowia rodziny we Wspólnotach Europejskich”	dokumenty: akty prawne; n = 4 akty etyczne; n = 1	dokumentoskopia – analiza piśmiennictwa	1) pielęgniarka POZ i FHN realizują zadania samodzielnie i odpowiedzialnie, zgodnie z kompetencjami i kwalifikacjami, 2) pielęgniarka FHN i POZ realizują zadania w stosunku do rodzin, jednostek w różnym stanie zdrowia, 3) pielęgniarka POZ i FHN dba o rozwój zawodowy i jakość wykonywanych świadczeń, biorąc pod uwagę potrzeby podopiecznych

zastosowano standaryzowane skale pomiarowe [27], a w jednej pracy narzędziem badawczym był wywiad bezpośredni [32].

Zarówno świadczeniobiorcy, jak i współpracownicy (lekarze) oczekują od pielęgniarki rodzinnej pełnego zaangażowania w sprawowanie opieki nad pacjentami. Ze strony zarówno pacjentów, jak i opiekunów nieformalnych osób wymagających pomocy oczekuje się przede wszystkim dostępności do świadczeń i wydłużenia czasu wizyt domowych, zwłaszcza w stosunku do osób niepełnosprawnych. Lekarze rodzinni w analizowanych badaniach bardzo wysoko ocenili kompetencje, kwalifikacje i wiedzę pielęgniarek rodzinnych oraz ich udział w procesie terapeutyczno-leczniczym. Szczegółową analizę celów i głównych wyników badań przeprowadzonych wśród lekarzy rodzinnych, pielęgniarek/pacjentów i opiekunów nieformalnych przedstawiono w tabeli 3.

Dziesięć badań empirycznych zostało przeprowadzonych w następujących grupach związanych z opieką nad pacjentem w miejscu zamieszkania: lekarze rodzinni (łącznie n = 267) [35, 36, 38], badania w perspektywie pielęgniarka-pacjent [37, 39, 41, 42, 43], opiekunowie osób powyżej 65. r.ż. (n = 1000) [40]. Jedno badanie dotyczyło analizy dokumentów w odniesieniu do pielęgniarek rodzinnych [44].

Spośród 40 prac oryginalnych większość (62,5%) stanowiły prace, w których główną metodą badawczą był sondaż diagnostyczny z zastosowaniem autorskiego kwestionariusza ankiety [5, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 16, 18, 22, 23, 24, 26, 28, 29, 30, 31, 33, 34, 35, 36, 38, 39, 42]. Kwestionariusz wywiadu jako narzędzie badawcze był wykorzystany w 7 pracach [10, 12, 15, 19, 21, 32, 40]. Autorzy jednej pracy zbierali dane za pomocą zogniskowanych wywiadów grupowych [41]. W jednej pracy zastosowano dokumentoskopię oraz analizę piśmiennictwa [44]. Metodę badawczą polegającą na analizie dokumentacji medycznej zastosowano w 4 pracach [17, 20, 37, 43]. Ponadto w 2 pracach do zbierania danych wykorzystano standaryzowane kwestionariusze i skale [25, 27]. Grupę badawczą stanowili pacjenci, pielęgniarki, lekarze rodzinni oraz opiekunowie nieformalni

osób objętych opieką domową. Liczebność grup wynosiła od 6 [41] do 21 600 osób [9].

DYSKUSJA

Kształcenie pielęgniarek na poziomie wyższym oraz możliwość współpracy międzynarodowej w obszarze nauki i praktyki daje szansę zwiększenia potencjału badawczego i rozwoju badań naukowych w pielęgniarstwie [3]. Jednak prezentowany przegląd dowodzi, że wkład w rozwój pielęgniarstwa rodzinnego jako nauki pozostaje ograniczony do stosunkowo niewielkiej liczby badań obejmujących kilka zakresów tematycznych. Dominują badania skupione wokół opieki nad konkretną grupą pacjentów, zwłaszcza w wieku starszym. Prawdopodobnym powodem tego może być sytuacja demograficzna Polski, wzrost odsetka ludzi w wieku podeszłym i rozpowszechnienie występowania u nich wielu problemów zdrowotnych, z którymi musi zmierzyć się pielęgniarka rodzinna [14]. Biorąc pod uwagę aktualny zakres zadań i kompetencji, jakie posiada pielęgniarka rodzinna, oraz jej bezpośredni i długotrwały kontakt z pacjentem i jego rodziną, uzasadnione wydają się badania naukowe dotyczące samodzielności zawodowej tej grupy osób [41]. Wzmocnienie samodzielności zawodowej pielęgniarek rodzinnych zgodnie z rekomendacjami Światowej Organizacji Zdrowia mogłoby przyczynić się do lepszej dostępności do świadczeń oraz wzrostu znaczenia profilaktyki i promocji zdrowia w społeczeństwie [44].

Przedstawiony przegląd piśmiennictwa podsumowuje literaturę dotyczącą pielęgniarstwa rodzinnego w zakresie prac empirycznych. Pielęgniarstwo jako odrębna dyscyplina naukowa jest na początkowym etapie jej rozwoju, jednak charakter pielęgniarstwa rodzinnego i jego złożoność stwarzają wiele możliwości do prowadzenia dalszych badań obejmujących zakres działalności zawodowej. Sporadyczne wykorzystanie

metod i technik jakościowych przez polskich badaczy nie sprzyja rozwojowi wiedzy o pielęgniarstwie rodzinnym. Jedną z postulowanych metodologii w pielęgniarstwie jest także wykorzystanie opisów przypadków [45].

WNIOSKI

1. Widoczny jest brak różnorodności metodologicznej w podejmowanej tematyce badawczej. W przeważającej części prac stosowano metodę ilościową z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety. Podejście jakościowe jest wykorzystywane przez nielicznych badaczy.

2. Obszarem zainteresowania badaczy są kwestie związane z opieką pielęgniarki rodzinnej wobec osób starszych. W analizowanych pracach zupełnie zmarginalizowana jest rola pielęgniarki rodzinnej w opiece nad odbiorcami świadczeń w wieku rozwojowym czy wieku produkcyjnym. Pielęgniarki rodzinne wykonują niewiele zadań samodzielnych, wynikających z posiadanych kompetencji.

3. Zakres badań empirycznych w pielęgniarstwie rodzinnym skoncentrowany jest na opiniach, oczekiwaniach oraz wiedzy badanych pacjentów, a także satysfakcji, wiedzy i opinii pielęgniarek w zróżnicowanych tematycznie zagadnieniach.

4. Rzetelne badania naukowe oparte na dowodach (*evidence-based research*) są potrzebne, aby dostarczyć dalszej wiedzy na temat roli pielęgniarki rodzinnej i efektów jej pracy wpływających na jakość opieki nad pacjentem.

PIŚMIENNICTWO

- Godycki-Ćwirko M, Nowak P, Windak A, Kosiek K. Zarys historii medycyny rodzinnej w Polsce. In: Latkowski JB, Lukas W, editors. Medycyna rodzinna. Warszawa: PZWL; 2009.
- Panczyk M, Belowska J, Zarzeka A, Żmuda-Trzebiatowska H, Kot-Doniec B, Gotlib J. Evidence-Based Practice Profile Questionnaire – reconstructive accuracy of the questionnaire to the study of the knowledge, attitudes and skills in the area of EBM and EBP in a group of Polish nurses. *Probl Pielęg* 2015;23(3):314-23. doi: 10.5603/PP.2015.0052.
- Smith LN. The role of nursing and the impact of nursing research in Europe. *Probl Pielęg* 2007;15(1):59-63.
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 2009;6(7):e1000097. doi: 10.1371/journal.pmed1000097.
- Oskędra I, Zych B, Skorupska-Król A, Puziara B. Satysfakcja pacjentów w podeszłym wieku z opieki środowiskowej świadczonej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. *Probl Pielęg* 2015;23(2):203-7. doi: 10.5603/PP.2015.0034.
- Derkacz M, Chmiel-Perzyńska I, Kowal A, Grywalska A, Michałojć-Derkacz M, Pawłowska B. Ocena satysfakcji pacjentów z usług świadczonych przez zakłady Podstawowej Opieki Zdrowotnej małych miast oraz wsi Polski południowo-wschodniej. *Med Ogólna* 2010;16(XLV)4:463-73.
- Leszczyńska M, Krajewska-Kułak E, Łukaszyk C, Sobolewski M, Kędziara-Kornatowska K, Borzuchowska A. Opinia pacjentów o jakości usług podstawowej opieki zdrowotnej na terenie miasta Jasła i jego okolic. *Probl Hig Epidemiol* 2007;88(3):277-85.
- Brodzińska M, Modzelewska K, Stachowska M, Talarska D. Stratyfikacja czynników determinujących opinię o jakości świadczeń w zakresie kompetencji pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej. *Doniesienia wstępne. Probl Hig Epidemiol* 2010;91(2):303-7.
- Piotrowski W, Polakowska M. Dostępność usług medycznych na wsi i w mieście – badanie Wobasz. *Med Ogólna* 2010;16(4):487-95.
- Marcinowicz J, Borzuchowska A, Rybaczuk M. Wizyty domowe lekarzy i pielęgniarek rodzinnych wśród starszych podopiecznych: wyniki 4-letniej analizy. *Gerontol Pol* 2004;12(1):32-6.
- Doroszkiewicz H, Bień B. Środowiskowa opieka pielęgniarska nad osobami w późnej starości. *Gerontol Pol* 2003;11(1):22-6.
- Bień B. Health care for the elderly living in the rural area of Poland. *Przegl Lek* 2002;59(4-5):211-5.
- Borowiak E, Kostka J, Kostka T. Comparative analysis of the expected demands for nursing care services among older people from urban, rural and institutional environments. *Clin Interv Aging* 2015;10:405-12. doi: 10.2147/CIA.S72534.
- Wojszel B, Bień B. The giants of geriatrics in the community dwelling elderly – the challenge for the primary health care. *Przegl Lek* 2002;59(4-5):216-21.
- Kurowska K, Wrońska I. Potrzeby zdrowotne podopiecznych w świetle badań pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych. *Zdr Publ* 2005;115(1):49-52.
- Szczerbińska K, Malinowska-Cieślak M, Piórecka B, Giustini M. How to effectively change behaviours of patients an old age. *Przegl Lek* 2011;68(12):1183-9.
- Domżał-Drzewicka R., Pasternak K. The tasks of a community nurse in the process of an early detection of type 2 diabetes. *Ann UMCS Sect D* 2004;59(1):481-4.
- Sawicka-Powierza J, Ołtarzewska AM, Chlabicz S, Dzakowska-Rogowska D, Marcinowicz L. Educational role of community nurse in care of patients treated with oral anticoagulation therapy. *Pol Merkur Lekarski* 2009;26(155):636-9.
- Marcinowicz L, Borzuchowska A. Pielęgniarstwo środowiskowe/rodzinne w nowym modelu opieki zdrowotnej. *Probl Med Rodz* 2000;2(1):41-5.
- Misiak K. Świadczenia pielęgniarstwie u ludzi w podeszłym wieku na przykładzie analizy pracy pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych. *Zdr Publ* 2005;115(1):68-70.
- Marcinowicz L, Chlabicz S, Konstantynowicz J, Gugnowski Z. Involvement of family nurses in home visits during an 8-year period encompassing primary healthcare reforms in Poland. *Health Soc Care Community* 2009;17(4):327-34. doi: 10.1111/j.1365-2524.2008.00824.x.
- Walas L, Kachaniuk H, Kusiak L, Fidecki W, Sadurska A, Wysokiński M. Satysfakcja zawodowa pielęgniarek środowiskowych/rodzinnych. *Zdr Publ* 2007;117(1):32-5.
- Studnik A, Pierchała A, Wójta-Kempa M. Porównanie wybranych elementów pracy i sytuacji zawodowej pielęgniarek opieki długoterminowej i pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych. *Piel Zdr Publ* 2013;3(2):143-53.
- Doroszkiewicz H, Bień B. Uwarunkowania satysfakcji zawodowej pielęgniarek środowiskowych z opieki nad ludźmi starszymi. *Gerontol Pol* 2004;12(1):37-43.
- Czarnecka J, Sienkiewicz Z, Kobos E, Wójcik G, Krupniewicz A. Risks associated with the work of district nurses. *Pielęg Pol* 2014;(4):296-301.
- Kułańska E, Kosińska M. Warunki pracy pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych. *Med Pracy* 2010;61(6):641-7.
- Dębska G, Cepuch G. Wypalenie zawodowe u pielęgniarek pracujących w zakładach podstawowej opieki zdrowotnej. *Probl Pielęg* 2008;16(3):273-9.
- Karniej P, Łyś D, Grzebieluch J. Wpływ kompetencji pracowników medycznych na funkcjonowanie praktyki lekarza rodzinnego. *Fam Med Primary Care Rev* 2012;14(1):24-8.
- Leszczyńska M, Krajewska-Kułak E, Łukaszyk C, Sobolewski M, Kędziara-Kornatowska K, Borzuchowska A. Family nurses' opinion on functioning of primary health care system. *Probl Hig Epidemiol* 2007;88(3):286-93.
- Mirczak A, Tobiasz-Adamczyk B, Brzyski P, Brzyska M. Rozpoznawanie zjawiska przemocy wobec osób starszych przez pielęgniarki środowiskowe. *Probl Pielęg* 2011;19(2):202-9.
- Stefanowicz A, Kulik T, Żońnierczuk-Kieliszek D, Pacian J, Skórzyńska H. Działalność edukacyjna pielęgniarek środowiskowych w zakresie zapobiegania chorobom cywilizacyjnym. *Med Ogólna* 2010;16(4):496-506.
- Słońska Z, Borowiec A, Makowska M. Wiedza, postrzeganie własnych kompetencji oraz udzielanie porad z zakresu wybranych behawioralnych czynników ryzyka chorób układu krążenia wśród pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej. *Pol Prz Kardiol* 2007;9(1):15-9.

33. Mojsa W, Owłasiuk A, Marcinowicz L. The knowledge of primary health care nurses of risk factors of cardiovascular disorders. *Ann UMCS Sect D* 2004;59(Suppl. 14):113-8.
34. Doroszkiewicz H, Bień B. Community nursing care for the elderly during the transformation of the primary health care system. *Rocz AM Białyst* 2005;50(1):102-6.
35. Owłasiuk A, Marcinowicz L. Rola pielęgniarki rodzinnej w opinii lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (na przykładzie województwa podlaskiego). *Pielęg XXI w* 2004;1(6):79-82.
36. Leszczyńska M, Krajewska-Kułak E, Łukaszuk C, Sobolewski M, Kędziora-Kornatowska K, Borzuchowska A. Family doctors' opinion on function of primary health care system. *Probl Hig Epidemiol* 2007;88(3):294-300.
37. Misiak K. Jakość wizyt pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych u osób starszych. *Gerontol Pol* 2004;12(3):139-43.
38. Doroszkiewicz H, Bień B. Quality of teamwork of family doctors and community nurses in primary care for the elderly in two organizational settings – opinions of the family doctors. *Adv Med Sci* 2007;52(91):85-8.
39. Strzelecka I, Zieliński A. Rola pielęgniarki środowiskowej w opiece nad pacjentem niepełnosprawnym w podstawowej opiece zdrowotnej. *Probl Pielęg* 2012;20(1):60-3.
40. Bień B, Doroszkiewicz H, Wojszel BZ. Poziom niesprawności osób starszych a korzystanie z usług medycznych i pozamedycznych w badaniu EUROFAMCARE. *Gerontol Pol* 2008;16(2):101-10.
41. Zaczyk I, Brzyska M, Stypuła A, Tobiasz-Adamczyk B. Zadania pielęgniarki środowiskowej związane z potrzebami ludzi starszych na podstawie wyników grup fokusowych w ramach projektu europejskiego PROGRES; „Zwiększenie dostępu do środowiskowych form opieki dla osób starszych, mieszkających we własnych gospodarstwach domowych”. *Probl Pielęg* 2011;19(2):239-43.
42. Mroczek B, Giezek M, Karakiewicz B. Realizacja programów profilaktycznych finansowanych ze środków publicznych. Stan faktyczny i propozycje rozwiązań w pielęgniarstwie środowiskowym/rodzinnym. *Fam Med Primary Care Rev* 2011;13(1):27-34.
43. Misiak K, Seń M, Felińczak A, Wojewoda B. Jakość profilaktycznych wizyt pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych w opinii pacjentów. *Ann UMCS Sect D* 2005;60(Suppl. 16):456-60.
44. Zdżalik E, Dominiak I, Matusiak M, Kilańska D. Pielęgniarka zdrowia rodziny versus pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej. Analiza porównawcza kompetencji. *Hygeia Public Health* 2015;50(92):331-8.
45. Anthony S, Jack S. Qualitative case study methodology in nursing research: an integrative review. *J Adv Nurs* 2009;65(6):1171-81.