

## Izabela Chmiel<sup>1</sup>, Maciej Górkiewicz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Uniwersytet Jagielloński w Krakowie, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa w Krakowie

<sup>2</sup>Uniwersytet Jagielloński w Krakowie, Instytut Zdrowia Publicznego w Krakowie

# Zakres akceptacji przez pacjentów matczynego i przyjacielskiego stylu wspierających zachowań pielęgniarki w opiece paliatywnej

The scope of acceptance by patients motherly and friendly style of nurse's supporting behaviour in palliative care

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** Specyficzna sytuacja pacjenta powoduje, że ani jego bezpośrednie reakcje na zachowania osób sprawujących nad nim opiekę, ani jego cechy demograficzne i kliniczne nie dają dostatecznie dobrej podstawy do wnioskowania o jego preferencjach.

Zakres badań ograniczono do dotyku ze względu na szczególną rolę dotyku w pielęgnowaniu chorych, przy równoczesnej łatwości obserwowania różnych postaci i form dotyku.

**Cel pracy.** Uzyskanie informacji o preferencjach dotyczących stylu wspierających zachowań pielęgniarki w opiece paliatywnej.

**Materiał i metody.** Każda osoba z badanej grupy 55 osób w terminalnym okresie choroby nowotworowej udzieliła odpowiedzi na każde z 35 pytań autorskiego kwestionariusza.

**Wyniki.** Każdy z badanych oczekuje i doświadcza dotyku pielęgniarki. Spełnienie oczekiwań deklarują 52 osoby (95%) na temat otrzymywania dotyku instrumentalnego, 51 osób (93%) – dotyku opiekuńczo-pielęgnacyjnego, 50 osób (91%) – dotyku komunikacyjnego, 53 osoby (96%) – dotyku wspierającego. Podobne dane uzyskano dla dotyku ze strony rodziny i lekarza. Wyłoniono dwa style dotyku wspierającego – przyjacielski i matczyzny oraz 3 grupy badanych osób: tylko 19 osób (35%) akceptuje oba style, 32 osoby (58%) akceptują styl przyjacielski, nie akceptując stylu matczynego, 4 osoby (7%) odwrotnie. Wyłonione grupy nie różnią się istotnie na temat cech demograficznych i klinicznych.

**Wnioski.** Potwierdzono występowanie znacznych różnic indywidualnych preferencji na temat stylu i form działań wspierających. Cechy demograficzne i kliniczne pacjenta, jego zachowania w trakcie doświadczania dotyku nie dają dostatecznie dobrych podstaw do wnioskowania o preferencjach. Należy przeprowadzić wywiady w innym czasie, przez inne osoby. Uzyskane wyniki potwierdzają potrzebę kontynuowania badań nad sposobami osiągnięcia zgodności zachowań pielęgniarek z preferencjami pacjentów.

**Problemy Pielęgniarstwa 2010; 18 (4): 399–405**

**Słowa kluczowe:** dotyk, wspieranie, pielęgniarka

### ABSTRACT

**Introduction.** The patients' reactions to care-providers, as well as patients' demographic and clinical features, not always provide the sufficient basis for concluding about their preferences, because of patients' specific situation.

**Aim of the study.** At this study the subject was restricted to easy observable nurse's touch. Evidence on patients' acceptance of motherly and friendly style of behaviour in palliative care.

**Material and methods.** The answers 35-item questionnaire were obtained at study group of 55 patients in the terminal stage of cancer.

**Results.** Each patient under study expected and experienced the nurse's touch; 55 (95%) patients are satisfied with obtaining an instrumental touch, 51 (93%) – with caring touch, 50 (91%) – with communicating touch, 53 (96%) – with healing touch. Similar results were obtained for the kin's and doctors' touch. Considering the healing touch, 32 (58%) patients accept friendly style but don't accept motherly touch, 19 (35%) accept both styles. The above patients' groups don't differ significantly in their demographic and clinical features.

**Conclusions.** Among patients in terminal stage of cancer, there are significant differences in individual preferences concerning the style and form of supporting behaviour of care-providers. The patient's demographic and clinical features, his reaction to experiencing touch don't

**Adres do korespondencji:** mgr Izabela Chmiel, Uniwersytet Jagielloński, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa w Krakowie, ul. Michałowskiego 12, 31–126 Kraków, tel. (12) 634 33 97, e-mail: [izabela\\_chmiel@wp.pl](mailto:izabela_chmiel@wp.pl)

provide sufficient basis for conclusions about their preferences, therefore, the interviews carried out at another time by other persons are necessary. Thus, the obtained results confirm the necessity of continuation of the studies of the means of achieving compliance between the nurses' behaviour and patients' preferences.

**Nursing Topics 2010; 18 (4): 399–405**

**Key words:** touch, healing, nurse

## Wstęp

Wyobrażenia personelu medycznego i rodziny chorego o tym, które ich zachowania są aprobowane przez chorego, a które nie są zgodne z faktycznymi preferencjami chorej osoby i jej najbliższych często odbiegają od stanu rzeczywistego [1]. Stosowane w praktyce sposoby niewerbalnego komunikowania się z chorymi, w tym styl i formy dotyku, mogą mieć duży wpływ na uzyskiwane efekty terapii, a także na ogólny komfort fizyczny i psychiczny zarówno pacjentów, jak i osób sprawujących nad nimi opiekę, zwłaszcza w terminalnym okresie choroby [2]. Cechy demograficzne i kliniczne pacjenta, jego bezpośrednie reakcje na zachowania osób sprawujących nad nim opiekę nie zawsze dają dostatecznie dobre podstawy do wnioskowania o jego preferencjach. Z tego względu należy przeprowadzić niezależne badania (obserwacje, wywiady) w innym czasie, przez inne osoby [3, 4]. W systematycznym przeglądzie wiodących anglojęzycznych czasopism pielęgniarskich z kilku ostatnich lat wykazano, że średnio co kilka miesięcy ukazują się nowe publikacje naukowe przynajmniej częściowo poświęcone badaniom nad przepływem informacji w trójce: pacjent — personel medyczny — rodzina (i osoby bliskie) w warunkach intensywnej terapii i opieki paliatywnej [1, 4]. Także w Polsce od lat są prowadzone analogiczne badania, zwłaszcza nad dotykiem [5–9].

Większość prac dotyczy pozyskiwania informacji medycznych *sensu stricto*, niezbędnych do właściwego prowadzenia terapii lub przekazywania choremu wsparcia i wskazówek terapeutycznych. Tylko sporadycznie pojawiają się prace uwzględniające punkt widzenia osoby leczonej, a przy tym oparte na wiarygodnych obserwacjach z praktyki klinicznej i zawierające konkretne wskazania mogące ułatwić dobór odpowiednich form niewerbalnego komunikowania się z chorymi w terminalnej fazie choroby, a także ułatwić właściwą interpretację komunikatów spontanicznie przekazywanych przez chorego [1, 3, 7, 8, 10, 11].

## Cel pracy

Celem pracy było uzyskanie informacji dotyczących zakresu akceptacji przez pacjentów matczynego i przyjacielskiego stylu wspierających zachowań pielęgniarki w opiece paliatywnej.

## Material i metody

Próbę badawczą stanowiła grupa 55 pacjentów w terminalnym okresie choroby nowotworowej, hospi-

talizowanych w Hospicjum Św. Łazarza przy ul. Fatimskiej 17 i na Oddziale Opieki Paliatywnej w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym przy ul. Wielickiej 263 w Krakowie. Na przeprowadzenie badań wyrazili zgodę Zarząd Hospicjum Św. Łazarza oraz kierownik ZOL w Krakowie.

Badania przeprowadzono w okresie od grudnia 2007 roku do marca 2008 roku. Do badań zakwalifikowano pacjentów spełniających następujące kryteria: terminalny okres choroby nowotworowej, brak zaburzeń komunikacji oraz zgoda pacjenta na udział w badaniu. Za kryteria wyłączające pacjentów z badań przyjęto cofnięcie zgody pacjenta w trakcie przeprowadzenia badania. Pacjenci mieli możliwość cofnięcia zgody w dowolnej chwili w trakcie tych badań.

W badaniu zastosowano autorską wersję kwestionariusza wywiadu obejmującego następujące kategorie danych: dane socjometryczne (płeć, wiek, wykształcenie, stan cywilny, miejsce pobytu pacjenta), dane medyczne (rozpoznanie, dotychczasowe leczenie, kryteria przyjęcia do hospicjum/oddziału opieki paliatywnej, główne problemy pielęgnacyjne), dane dotyczące postrzegania dotyku przez pacjentów i znaczenia wsparcia wyrażonego w formie dotyku dla pacjentów. Udzielanie odpowiedzi polegało na wyborze i zaznaczeniu przez postawienie znaku „X” przy jednej bądź kilku odpowiedziach spośród przedstawionych propozycji.

W trakcie badań od każdej z 55 badanych osób uzyskano formalnie poprawną odpowiedź na każde z 35 pytań kwestionariusza. Bazę danych utworzono i wstępnie opisano w arkuszu Excel. W analizie statystycznej badano 95-procentowe przedziały ufności [CI, *confidence interval*] dla proporcji, test  $\chi^2$  zgodności rozkładów dyskretnych, procedurę jednoczesnego grupowania cech i przypadków jednoczesnego grupowania cech i przypadków [12].

## Charakterystyka badanej grupy

Próbę badawczą stanowiła grupa 55 pacjentów w terminalnym okresie choroby nowotworowej, hospitalizowanych w Krakowie, w tym 35 osób (64% z 55) w Hospicjum Św. Łazarza, a pozostałe 20 osób (36% z 55) na Oddziale Opieki Paliatywnej w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym. Spośród badanych 30 osób (55% z 55 osób) hospitalizowano ze względów medycznych, a 25 osób (45% z 55 osób) głównie ze względów społecznych (tab. 1). Średnia wieku wynosiła 70,1 roku, a odchylenie standardowe wieku — 11 lat. Ponad połowa

**Tabela 1.** Charakterystyka badanej grupy — wskazania do hospitalizacji**Table 1.** Characteristics of the study group — reason to treat

Grupa	Wskazania	Hospicjum				Szpital				Łącznie	
		K		M		K		M		N	%
		N	%	N	%	N	%	N	%		
1	Medyczne	9	50	8	47	7	58	6	75	30	55
2	Socjalne	9	50	9	53	5	42	2	25	25	45
	Razem	18	100	17	100	12	100	8	100	55	100

K — kobiety, M — mężczyźni

**Tabela 2.** Charakterystyka badanej grupy — wiek**Table 2.** Characteristics of the study group — age

Grupa	Wiek	Hospicjum				Szpital				Łącznie	
		K		M		K		M		N	%
		N	%	N	%	N	%	N	%		
1	41–50 lat	1	6	1	6	1	8	0	0	3	5
2	51–60 lat	3	17	0	0	3	25	2	25	8	15
3	61–70 lat	4	22	5	29	1	8	2	25	12	22
4	71–80 lat	7	39	8	47	3	25	2	25	20	36
5	> 80 lat	3	17	3	18	4	33	2	25	12	22
	Razem	18	100	17	100	12	100	8	100	55	100

K — kobiety, M — mężczyźni

badanych, 32 osoby (58%), była w wieku 61–80 lat, 11 osób (20%) — 41–60 lat oraz 12 osób (22%) — ponad 80 lat (tab. 2). Wśród badanych było 30 kobiet (55% z 55 osób) i 25 mężczyzn (45%). W stanie małżeńskim pozostawały 24 osoby (44%), w stanie wolnym — 31 osób (56%), w tym owdowiałych było 20 osób (64,5% z 31 osób) (tab. 3). Wykształcenie podstawowe lub zawodowe miało 35 osób (64%), a średnie lub wyższe — 20 osób (36%) (tab. 4).

## Wyniki

W badanej grupie 41 osób (74% z 55 osób) za najważniejszą rolę dotyku uznało działanie wspierające, 7 osób (13%) — rolę opiekuńczo-pielęgniarską, 6 osób (11%) — komunikacyjną, a tylko 1 osoba (2%) — instrumentalną (tab. 5). Zdecydowana większość badanych, 44 osoby (80% z 55 osób), traktowało dotyk jako czynność dwustronną — równoczesne dawanie i otrzymywanie wsparcia. Znacznie mniejsza liczba badanych, 10 osób (18%), postrzegało dotyk jako sposób otrzymywania wsparcia, bez równoczesnego dawania wsparcia osobie dotykającej. Tylko jedna osoba (2%) uważała, że przez dotyk ani nie dajemy, ani nie otrzymujemy wsparcia, natomiast żadna z badanych osób (0%) nie uznała, że

przez przyjmowanie dotyku pacjent nie otrzymuje wsparcia, a tylko daje wsparcie osobie dotykającej (tab. 6).

Co do intencji dotyku prawie wszystkie badane osoby, to jest 53 osoby (96% z 55 osób), oczekują dotyku wspierającego od rodziny, a spośród nich 52 osoby (98% z 53) otrzymuje taki dotyk od rodziny (tab. 7). Taka sama liczba osób, 53 osoby (96%), oczekuje dotyku wspierającego od pielęgniarki, a spośród nich 51 osób (96% z 53) otrzymuje taki dotyk od pielęgniarki (tab. 8). Znacznie mniej osób, 40 osób (73% z 55), oczekuje dotyku wspierającego od lekarza, a spośród nich 36 osób (90% z 40) otrzymuje taki dotyk od lekarza, natomiast spośród pozostałych 15 osób (27% z 55) 4 osoby (27% z 15) także doświadczają nieoczekiwane dotyku wspierającego od lekarza (tab. 9).

Na podstawie analizy zgodności akceptowania przez poszczególne badane osoby we wszystkich możliwych 28 parach 8 form dotyku wspierającego (tab. 10) wyodrębniono dwa style zachowań wspierających — styl przyjacielski i styl matczyny. Styl przyjacielski uwewnętrznia się przez 3 następujące formy dotyku: podanie ręki na powitanie, poklepywanie po ramieniu, objęcie ramieniem. Styl matczyny uwewnętrznia się przez inne 3 następujące formy dotyku: dotykanie policzków, głaska-

**Tabela 3.** Charakterystyka badanej grupy — stan cywilny  
**Table 3.** Characteristics of the study group — legal status

Grupa	Stan cywilny	Hospicjum				Szpital				Łącznie	
		K		M		K		M		N	%
		N	%	N	%	N	%	N	%		
1	Panna/kawaler	5	28	3	18	0	0	0	0	8	15
2	Zamężna/żonaty	4	22	10	59	3	25	7	88	24	44
3	Rozwiedziona/y	1	6	2	12	0	0	0	0	3	5
4	Wdowa/wdowiec	8	44	2	12	9	75	1	13	20	36
	Razem	18	100	17	100	12	100	8	100	55	100

K — kobiety, M — mężczyźni

**Tabela 4.** Charakterystyka badanej grupy — wykształcenie  
**Table 4.** Characteristics of the study group — education

Grupa	Wykształcenie	Hospicjum				Szpital				Łącznie	
		K		M		K		M		N	%
		N	%	N	%	N	%	N	%		
1	Podstawowe	5	28	8	47	6	50	3	38	22	40
2	Zawodowe	1	6	6	35	2	17	4	50	13	24
3	Średnie	7	39	1	6	3	25	0	0	11	20
4	Wyższe	5	28	2	12	1	8	1	13	9	16
	Razem	18	100	17	100	12	100	8	100	55	100

K — kobiety, M — mężczyźni

**Tabela 5.** Rola dotyku w opinii badanych osób  
**Table 5.** Patient views on the role of a touch

Najważniejsze działanie dotyku	N	%
Wspierające	41	74
Opiekuńczo-pielęgnacyjne	7	13
Komunikacyjne	6	11
Instrumentalne	1	2

**Tabela 6.** Otrzymywane i okazywane wsparcie przez dotyk  
**Table 6.** Giving and getting a healing with a touch

Dotyk	N	%
Otrzymujemy i dajemy	44	80
Tylko otrzymujemy	10	18
Nie dajemy i nie otrzymujemy	1	2

nie po włosach, pocałowanie w czoło. Trzymanie za rękę akceptowało 39 osób (71%), a tylko 1 osoba (2%) odrzucała; podawanie ręki na powitanie akceptowało

30 osób (55%), a tylko 2 osoby (4%) nie akceptowały; obejmowanie ramieniem akceptowały 23 osoby (42%), a 3 osoby nie akceptowały (5%); przytulanie akceptowało 21 osób (38%), a 2 osoby (4%) odrzucały. Zgodność preferencji na „nie” dotyczy dwóch form dotyku. Całowanie w czoło odrzucało 38 osób (69%), a tylko 2 osoby (4%) akceptowały, dotykanie policzków nie akceptowało 28 osób (51%), a 3 osoby (5%) akceptowały. Co do dwóch form nie ma zgodności preferencji: poklepywanie po ramieniu akceptowało 20 osób (36%) i tyle samo odrzucało. Dotykowanie policzków akceptowało 9 osób, a odrzucało 28 osób (51%). Głaskanie po włosach odpycha 29 (53%), pocałowanie w czoło — 38 osób (69%) (tab. 10).

Następnie, według kryterium akceptowania (odpowiednio: nieakceptowania) co najmniej 2 z 3 form dotyku określonego stylu zdefiniowano 4 możliwe grupy i każdą z 55 badanych osób przydzielono do odpowiedniej grupy (tab. 11). W badanej próbie najliczniej była reprezentowana grupa 1, obejmująca 32 osoby (58% z 55 osób, 95% CI: 44,1– 71,3), które nie akceptowały stylu matczynego, ale akceptowały styl przyjacielski. Grupa 2 zawierała 19 osób (35%, 95% CI: 22,2–48,6), które akceptowały oba rozpatrywane style. Grupa 3 obejmowała tylko 4 osoby (7%, 95%

**Tabela 7.** Oczekiwana i otrzymana forma dotyku od rodziny  
**Table 7.** Expected and experienced forms of the relatives' touch

Forma dotyku	Oczekiwana		Otrzymana		Otrzymana/oczekiwana			
	Tak	%	Tak	%	Tak/Tak	%	Nie/Nie	%
Instrumentalny	0	0	0	0	0	0	55	100
Opiekuńczo- pielęgnacyjny	14	25	14	25	12	22	39	71
Komunikacyjny	10	18	11	20	9	16	43	78
Wspierający	53	96	52	95	52	95	2	4
Nie życząc sobie być dotykany	1	2	3	5	1	2	52	95

Tak/Tak — oczekuję i otrzymuję; Nie/Nie — nie oczekuję i nie otrzymuję; badani mogli wybierać odpowiedzi dotyczące każdej z wymienionych form dotyku

**Tabela 8.** Oczekiwana i otrzymana forma dotyku od pielęgniarki  
**Table 8.** Expected and experienced forms of the nurse's touch

Forma dotyku	Oczekiwana		Otrzymana		Otrzymana/oczekiwana			
	Tak	%	Tak	%	Tak/Tak	%	Nie/Nie	%
Instrumentalny	36	65	35	64	34	62	18	33
Opiekuńczo- pielęgnacyjny	51	93	53	96	50	91	1	2
Komunikacyjny	49	89	50	91	47	85	3	5
Wspierający	53	96	51	93	51	93	2	4
Nie życząc sobie być dotykany	0	0	0	0	0	0	55	100

Tak/Tak — oczekuję i otrzymuję; Nie/Nie — nie oczekuję i nie otrzymuję; badani mogli wybierać odpowiedzi dotyczące każdej z wymienionych form dotyku

CI: 2,0–17,6), które akceptowały styl matczyny, ale nie akceptowały stylu przyjacielskiego. Natomiast w badanej próbie 55 osób nie wystąpiła ani jedna osoba (0%, 95% CI: 0,0–5,3), która nie akceptowałaby obu rozpatrywanych stylów dotyku wspierającego (tab. 11).

Rozkłady wartości poszczególnych cech pacjentów w grupach 1 i 2 nie różniły się istotnie ( $p > 0,05$ ). Najmniejsze wartości  $p = 0,09$  oraz  $p = 0,10$  stwierdzono dla cech: płeć oraz odczuwanie przyjemności przy pomiarze ciśnienia (tab. 12).

Trzeciej grupy osób akceptujących tylko styl matczyny nie porównywano z pozostałymi dwiema grupami ze względu na małą liczebność tej grupy (tylko 4 osoby).

## Dyskusja

Wyznacznikiem jakości opieki pielęgniarskiej, szczególnie w terminalnym okresie choroby, są nie tylko medyczny profesjonalizm, skuteczność stosowanych zabiegów terapeutycznych, lecz także stopień uwzględnienia potrzeb i oczekiwań pacjentów i ich najbliższych.

Przy takim założeniu przeprowadzone badanie ma duże znaczenie praktyczne, nie tylko poznawcze. Dokonane pogrupowanie stylów zachowań pielęgniarki (matczynego i partnerskiego), wykazanie, że wśród pacjentów występują nieuzewnętrzniane bezpośrednio znaczne różnice dotyczące akceptowania stylu zachowań pielęgniarki, mogą być pomocne w kształceniu pielęgniarek i innych specjalistów medycznych, a także być impulsem do indywidualnych refleksji i samooceny.

Niezbędna jest szczególna ostrożność, dbanie o to, aby działania w zamierzeniu pomocne i wspierające nie odniosły odwrotnego skutku.

Przeprowadzone badanie posiada pewne ograniczenia, które powinno się przezwyciężyć w następnych tego typu próbach. Badanie przeprowadzono w dwóch placówkach medycznych, ale tylko w jednym ośrodku, przy stosunkowo niewielkiej liczbie 55 badanych osób. Poza tym zakres badań ograniczono tylko do dotyku pielęgniarki, między innymi ze względu na łatwość obserwowania różnych postaci i form dotyku [10, 11], pomi-

**Tabela 9.** Oczekiwana i otrzymana forma dotyku od lekarza  
**Table 9.** Expected and experienced forms of the doctors' touch

Forma dotyku	Oczekiwana		Otrzymana		Otrzymana/oczekiwana			
	Tak	%	Tak	%	Tak/Tak	%	Nie/Nie	%
Instrumentalny	51	93	54	98	51	93	1	2
Opiekuńczo- -pielęgnacyjny	6	11	3	5	3	5	49	89
Komunikacyjny	24	44	19	35	14	25	26	47
Wspierający	40	73	36	65	32	58	11	20
Nie życzę sobie być dotykany	0	0	0	0	0	0	55	100

Tak/Tak — oczekuję i otrzymuję; Nie/Nie — nie oczekuję i nie otrzymuję; badani mogli wybierać odpowiedzi dotyczące każdej z wymienionych form dotyku

**Tabela 10.** Akceptowane i nieakceptowane formy dotyku wspierającego  
**Table 10.** Accepted versus disagreeable forms of a healing touch

Styl dotyku	Forma dotyku	Akceptowane		Nieakceptowane	
		N	%	N	%
Pośredni	Trzymanie za rękę	39	71	1	2
Przyjacielski	Podanie ręki na powitanie	30	55	2	4
Przyjacielski	Objęcie ramieniem	23	42	3	5
Pośredni	Przytulenie	21	38	2	4
Przyjacielski	Poklepywanie po ramieniu	20	36	20	36
Matczyzny	Głaskanie po włosach	9	16	29	53
Matczyzny	Dotykание policzków	3	5	28	51
Matczyzny	Całowanie w czoło	2	4	38	69

**Tabela 11.** Akceptowane i nieakceptowane style dotyku wspierającego  
**Table 11.** Accepted versus disagreeable styles of a healing touch

Grupa	Styl matczyzny	Styl przyjacielski	N	%	95% CI
1	Nie akceptuje*	Akceptuje**	32	58,2	44,1–71,3
2	Akceptuje**	Akceptuje	19	34,5	22,2–48,6
3	Akceptuje	Nie akceptuje*	4	7,3	2,0–17,6
4	Nie akceptuje	Nie akceptuje	0	0,0	0,0–5,3
Razem	–	–	55	100	–

\*nieakceptowanie co najmniej 2 z 3 form dotyku danego stylu, \*\*akceptowanie co najmniej 2 z 3 form dotyku danego stylu

jając inne czynniki, równie łatwe do obserwacji, jak na przykład wygląd zewnętrzny czy ubiór pielęgniarki [13].

**Wnioski**

Wśród osób w terminalnym okresie choroby występują znaczne różnice w indywidualnych preferencjach

dotyczących stylu i form działań wspierających. Cechy demograficzne i kliniczne pacjenta, jego zachowania w trakcie doświadczania dotyku nie dają dostatecznie dobrych podstaw do wnioskowania o preferencjach. Należy przeprowadzić wywiady w innym czasie, przez inne osoby. Pielęgniarki sprawujące opiekę powinny



**Tabela 12.** Przewidywanie akceptowanego i nieakceptowanego stylu dotyku**Table 12.** Predicting acceptance of the touch styles

Cecha	Wartość	Grupa 1	Grupa 2	Razem	p (grupa 1)	95% CI	p
Płeć	Męska	18	6	24	75,0%	53,3 – 90,2	0,09
	Żeńska	14	13	27	51,9%	31,9 – 71,3	
Pomiar ciśnienia	Przyjemne	24	10	34	70,6%	52,5 – 84,9	0,10
	Nieprzyjemne	8	9	17	47,1%	23,0 – 72,2	

inicjować badanie zakresu akceptacji ich stylów zachowań przez inne osoby, postrzegane przez pacjentów jako osoby niepowiązane z nimi.

Uzyskane wyniki potwierdzają potrzebę kontynuowania badań nad sposobami osiągnięcia zgodności zachowań pielęgniarek z preferencjami pacjentów.

### Piśmiennictwo

- Larsson G., Widmark V., Lampic C, von Essen L., Sjoden P. Cancer patient and staff ratings of the importance of caring behaviours and their relations to patient anxiety and depression. *J. Adv. Nurs.* 1998; 27: 855–864.
- Chmiel I., Kliś-Kalinowska A. Metody psychologicznego oddziaływania wykorzystywane przez pielęgniarki w leczeniu totalnego bólu nowotworowego. W: Krajewska-Kułak E., Nykiewicz W., Łukaszuk C. (red.). *W drodze do brzegu życia. Tom III.* Akademia Medyczna w Białymstoku, Białystok 2007: 273–279.
- Palczewska A. Jakość usług medycznych w opiece paliatywnej. *Problemy Pielęgniarstwa* 2008; 16 (1, 2): 186–191.
- Kaasa S., Hjermstad M.J., Loge J.H. Methodological and structural challenges in palliative care research: how have we fared in the last decades. *Pallia. Med.* 2006; 20: 727–734.
- Marć M. Dotyk w pielęgnowaniu. W: Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. (red.). *Podstawy pielęgniarstwa. Tom 1.* Wyd. Czelej, Lublin 2008: 182–188.
- Czachor M. Dotyk jako element pielęgnowania pacjentów z chorobą nowotworową. *Psychoonkologia* 1997; 1: 103–105.
- Chmiel I., Górkiewicz M., Czupryna A., Bodus-Cupak I., Tralka M. Właściwe formy niewerbalnej komunikacji w opiece paliatywnej. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2009; 90 (supl. 1): 54.
- Siemińska M.J., Szamańska M., Tyszkiewicz M. Dotyk jako element współtworzący relacje pomiędzy personelem medycznym a pacjentem. *Sztuka Leczenia* 2003; 9 (1): 53–59.
- Michałko B. Dotyk i jego terapeutyczne działanie. *Pielęgniarstwo* 2000. 1997; 5 (34): 24–26.
- Clayton J., Smith K., Quershi H., Ferguson B. Collecting patients' views and perceptions of continence services: the development of research instruments. *J. Adv. Nurs.* 1998; 28 (2): 353–361.
- Bączny G., Ochmańska M., Stępień S. Subiektywna ocena jakości opieki pielęgniarskiej w zakresie bólu pooperacyjnego u chorych leczonych chirurgicznie. *Problemy Pielęgniarstwa* 2009; 17 (3): 173–177.
- Domański A., Jędrzejczak J., Górkiewicz M. Modified clustering of dichotomous or fuzzy attributes. W: Bobrowski L., Doroszewski J., Victor N. (red.). *Statistics and Clinical Practice. Lecture Notes of the ICB Seminars*, 60. PAN MCB, Warszawa 2002: 143–149.
- Albert N.A., Wocial L., Meyer K.H., Na J., Trochelman K. Impact of nurses' uniforms on patient and family perceptions of nurse professionalism. *Applied Nurs. Res.* 2008; 21: 181–190.