

PROBLEMY W ŚWIADCZENIU OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ NAD CIĘŻKO CHORYM PACJENTEM NA ODDZIALE CHIRURGII W OPINII PIELĘGNIAREK ODDZIAŁÓW CHIRURGICZNYCH

Nursing care problems in seriously ill patients treated
in a surgical ward and assessed by the surgical nurses



Wojciech Kapała¹, Paweł Rucki²

¹Oddział Chirurgii Ogólnej „B” i Urazów Wielonarządowych z Pododdziałem Chirurgii Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej, Szpital Wojewódzki w Poznaniu, Wydział Zamiejscowy Nauk o Zdrowiu w Kołobrzegu, Wyższa Szkoła Gospodarki Krajowej w Kutnie

²Klinika Nowotworów Tkanek Miękkich i Kości, Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2007; 4: 139–145

Adres do korespondencji:

mgr Wojciech Kapała, Oddział Chirurgii Ogólnej „B”, Szpital Wojewódzki, ul. Juraszów 7/19, 60-479 Poznań, tel. +48 61 821 24 06, e-mail: wokapnet@gmail.com

Streszczenie

Celem pracy było przedstawienie problemów dostrzeganych przez pielęgniarki w świadczeniu opieki pielęgniarstwa nad ciężko chorym pacjentem i wykazanie, czy pielęgniarki – ich zdaniem – mają wiedzę i umiejętności niezbędne do świadczenia kompleksowej i profesjonalnej opieki pielęgniarstwa nad ciężko chorym.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono w lutym i marcu 2007 r. wśród pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących na oddziałach chirurgii. Badaniami objęto 138 osób (132 kobiety i 6 mężczyzn). W grupie badanej były pielęgniarki odcinkowe (71,7%), koordynujące (22,5%) i oddziałowe (5,8%). Badanie przeprowadzono przy użyciu ankiety własnego autorstwa, która składała się z 10 pytań (pytania otwarte i zamknięte) oraz metryczki.

Wyniki: Prawie wszystkie pielęgniarki oddziałów chirurgii sprawują opiekę pielęgniarstwa nad ciężko chorym pacjentem, którego identyfikują najczęściej jako pacjenta leżącego, wymagającego stałej opieki, obserwacji i obecności pielęgniarki oraz jako chorego w stanie zagrożenia życia, wymagającego intensywnego nadzoru i monitorowania. Większość pielęgniarek oddziałów jest zdania, że ich wiedza i doświadczenie zawodowe są wystarczające do prowadzenia profesjonalnej i kompleksowej opieki pielęgniarstwa nad takim pacjentem. Jednak tyle samo pielęgniarek miewa określone pytania i wątpliwości dotyczące opieki nad ciężko chorym.

Wnioski: Należałoby zweryfikować wiedzę pielęgniarzek i pielęgniarzy oddziałów chirurgii, aby ocenić rzeczywisty stopień ich przygotowania do opieki nad pacjentem w stanie ciężkim, a także zdefiniować, czym dla nich jest *profesjonalna literatura zawodowa* oraz poprawić relacje pielęgniarka-lekarz,

Abstract

The aims of the research are to find out what kind of problems the nurses noticed in nursing care of seriously ill patients and if the nurses (in their opinion) have theoretical and practical skills essential to take holistic and professional care of a seriously ill patient.

Material and methods: In the period from February to March 2007, 138 nurses from surgery wards (132 females and 6 males) were given a questionnaire designed by the authors, consisting of 15 questions about working in surgery, age, gender and education level. The studied group consisted of: staff nurses (71.7%), charge nurses (22.5%) and ward nurses (5.8%).

Results: Almost all nurses from surgery wards take care of seriously ill patients identified most often as bed-ridden patients, demanding care giving, observation and presence of a nurse and also as a patients in critical condition who demands intensive care. Most nurses from surgery answer that they have enough theoretical and practical skills to take professional and holistic care of a seriously ill patients, however, the same number of nurses have questions and doubts about care of this kind of patients.

Conclusions: It is necessary to verify the knowledge acquired by nurses from surgery wards, to assess the real level of their preparation for the care of a seriously ill patient, what the nurses mean by professional literature and improve relations between nurses and surgeons, because most nurses from surgery clear up their doubts about the care of seriously ill patients during conversation with a surgeon.

Key words: seriously ill patient, nursing care, surgery, professional problems.

gdyż zdecydowana większość pielęgniarek i pielęgniarzy z oddziałów chirurgii rozwiewa swoje wątpliwości dotyczące pielęgnowania pacjenta w stanie ciężkim podczas rozmowy z lekarzem.

Słowa kluczowe: ciężko chory pacjent, opieka pielęgniarska, problemy zawodowe, chirurgia.

Wstęp

Na oddziałach chirurgii jest świadczona opieka lekarska i pielęgniarska nad pacjentami w różnych stanach chorobowych, w tym nad ciężko chorymi. W niniejszym artykule opisano różnego rodzaju trudności i problemy, jakie napotykaają pielęgniarki opiekujące się pacjentami na oddziałach chirurgicznych. Jak wynika z obserwacji pierwszego autora tego artykułu gama różnych, trudnych kwestii związanych z realizowaniem profesjonalnej i kompleksowej opieki pielęgniarskiej nad ciężko chorym pacjentem jest bardzo szeroka i różnorodna, poczynając od problemu z definiowaniem przez pielęgniarki z oddziałów chirurgii ciężko chorego, przez kwestie pytań i wątpliwości związanych z samym pielęgnowaniem takiego pacjenta, na sugestjach dotyczących problemów w komunikacji interpersonalnej między członkami zespołów medycznych skończywszy.

Cel pracy

Celem pracy była odpowiedź na pytania, w jaki sposób pielęgniarki z oddziałów chirurgii identyfikują ciężko chorego pacjenta i jak często podejmują nad nim opiekę; wykazanie, czy pielęgniarki mają wiedzę i umiejętności niezbędne do świadczenia kompleksowej i specjalistycznej opieki pielęgniarskiej nad *ciężko chorym pacjentem*; poznanie, z jakich źródeł informacji pielęgniarki korzystają w przypadku deficytu wiedzy dotyczącej pielęgnowania ciężko chorego; wskazanie, jakiego rodzaju problemy pielęgniarki dostrzegają w świadczeniu opieki pielęgniarskiej nad ciężko chorym pacjentem.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w lutym i marcu 2007 r. wśród pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących na oddziałach chirurgii. Badaniami objęto 138 osób, z czego 96% stanowiły kobiety (132 osoby), a pozostałe 4% mężczyźni (6 osób). Badania przeprowadzono wśród uczestników specjalizacji z zakresu pielęgniarstwa chirurgicznego, które odbywały się w Lublinie (35 osób), Rzeszowie (30 osób) i Tarnowie (28 osób), oraz pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących na oddziale chirurgii (7 ze szpitala w Lublinie oraz 38 ze szpitala w Łodzi). Poddane ba-

daniu były najczęściej pielęgniarki odcinkowe – 71,7% (99), rzadziej koordynujące – 22,5% (31) i oddziałowe – 5,8% (8 osób). Respondenci legitymowali się wykształceniem średnim (studium medyczne, liceum medyczne) – 110 (79,7%), licencjatem z pielęgniarstwa – 6 (4,3%), magisterium z pielęgniarstwa – 9 (6,5%), innym wyższym wykształceniem na poziomie magisterium – 13 osób (9,4%). Uczestnicy badania w chwili jego przeprowadzania najczęściej nie mieli specjalizacji chirurgicznej – 131 (94,9%) nie legitymowało się taką specjalizacją, a tylko 7 (5,1%) ją miało. Respondenci najczęściej nie byli absolwentami żadnego rodzaju kursu zawodowego, 78,3% ankietowanych (108 osób) przyznało, że nie brało udziału w żadnym rodzaju kursach zawodowych; potwierdziła to tylko 1/5 badanych – 21,7% (30) odpowiedzi. Ponadto respondenci nie mieli innego rodzaju specjalizacji zawodowej. Najwięcej w badanej grupie było pielęgniarek i pielęgniarzy ze stażem pracy 11–20 lat – 87 (63%), mniej w przedziale 21–30 lat pracy – 35 (25,4%), z kolei do 10 lat pracy w zawodzie było – 15 (10,9%), powyżej 31 lat w zawodzie – 1 (0,7%).

Badanie przeprowadzono przy użyciu ankiety własnego autorstwa. Kwestionariusz ankiety składał się z 10 pytań (otwartych i zamkniętych) oraz metryczki. Do analizy statystycznej użyto programu komputerowego SPSS 12.0 for Windows z 2003 r. Uzyskane wyniki opracowano statystycznie z użyciem testu χ^2 Pearsona dla testów nieparametrycznych. Wszystkim ankietowanym zapewniono anonimowość.

Wyniki badań

Respondentów zapytano, jak rozumieją pojęcie *ciężko chory pacjent*. Najczęściej *ciężko chorego pacjenta* utożsamiano z:

- *pacjentem leżącym, wymagającym stałej opieki, obserwacji i obecności pielęgniarki* – 41 (29,7%),
- *pacjentem w stanie zagrożenia życia, wymagającym intensywnego nadzoru i monitorowania* – 20 (14,4%),
- *chorym po rozległych zabiegach operacyjnych, wymagającym intensywnej opieki pielęgniarskiej* – 19 (13,7%),
- *pacjentem, który wymaga indywidualnego podejścia i ciągłej, kompleksowej opieki pielęgniarskiej* – 15 (10,8%),
- *pacjentem leżącym, potrzebującym pomocy w zaspokajaniu potrzeb biopsychospołecznych* – 9 (6,2%).

Inne, rzadziej podawane odpowiedzi:

- *chory wymagający fachowej opieki pielęgniarskiej i lekarskiej, ponieważ nie jest w stanie samodzielnie funkcjonować* – 8 (5,7%), pojedyncze osoby napisały, że ciężko chory pacjent to:
- (...) *chory leżący, ma deficyt zaspokajania potrzeb samopielęgnacji, czasem pacjent po zabiegu* – 2,
- *chory (...) z obrażeniami wielonarządowymi (...)* – 1,
- *pacjent po zabiegu operacyjnym* – 1.

Prawie wszyscy ankietowani przyznali, że w pracy zawodowej na oddziale chirurgii opiekują się ciężko chorym pacjentem – 131 odpowiedzi (94,9% badanych). Bliższe 2/3 pielęgniarek i pielęgniarzy (59,4%) przyznało, że opiekuje się ciężko chorym pacjentem codziennie, 1/3 (32,6%) stwierdziła, że robi to średnio raz w tygodniu, jeszcze rzadziej – raz w miesiącu lub raz na kilka miesięcy czyni to – odpowiednio – 5,8 i 2,2% ogółu badanych. Większość przyznała – 98 (71%), że ich wiedza i doświadczenie zawodowe wystarczają im do prowadzenia specjalistycznej i kompleksowej opieki pielęgniarskiej nad ciężko chorym pacjentem. Prawie 1/5 pielęgniarek i pielęgniarzy – 24 (17,4%) – stwierdziła jednak, że ich wiedza i doświadczenie są niewystarczające do sprawowania opieki, a 16 (11,6%) stwierdziło, że nie ma zdania w tej kwestii. Badanie wskazuje na istnienie zależności między wiedzą pielęgniarek i ich doświadczeniem zawodowym a stażem pracy. Zależność taka istnieje i jest największa w grupie pielęgniarek ze stażem pracy wynoszącym 11–20 lat; badanie statystyczne przeprowadzono przy użyciu testu Pearsona χ^2 – otrzymano wynik 15,577. Za poziom istotności przyjęto $p < 0,05$. Oznacza to, że pielęgniarki i pielęgniarze ze stażem 11–20 lat charakteryzują się największym poczuciem wiedzy i doświadczenia zawodowego, jakie mają im gwarantować optymalne pielęgnowanie ciężko chorego pacjenta (tab. 1).

Ponadto, co należy podkreślić, 82,6% badanych (114) przyznało, że ma wątpliwości dotyczące opieki nad ciężko chorym pacjentem, tylko 14,5% (20) nie ma takich wątpliwości, a 2,9% (4) nie udzieliło jednoznacznej odpowiedzi. Spośród tych respondentów, którzy mają wątpliwości, u 39,5% badanych (45) występują one codziennie, u 34,2% (39) raz na tydzień, u 19,3% (22) raz w miesiącu, u 7% (8) raz na kilka miesięcy. Wątpliwości

te, zdaniem badanych, wynikają przede wszystkim z utrudnionego przepływu informacji między członkami personelu medycznego (lekarzem lub personelem bloku operacyjnego) – 35 (25,3%), z konieczności indywidualnego podejścia do każdego ciężko chorego – 19 (13,7%) i z faktu hospitalizacji na oddziale chirurgii pacjentów z chorobami współistniejącymi – 17 (12,3%).

Autorzy badania zapytali respondentów, od kogo oczekują pomocy w rozwianiu swoich wątpliwości związanych z opieką pielęgniarską nad ciężko chorym pacjentem. Większość badanych – 110 (79,7%) wyjaśnia swoje wątpliwości podczas rozmowy z lekarzem, a 2/3 badanych (61,6% – 85 osób) czyni tak podczas rozmowy z inną pielęgniarką. Ankietowani korzystają także z innych źródeł informacji – 80,4% badanych (111) czerpie wiedzę z książek i czasopism medycznych, a 36,2% (50) szuka informacji w Internecie. Nikt z badanych nie napisał, że w przypadku pojawienia się pytań czy wątpliwości związanych z pielęgnowaniem ciężko chorego pacjenta takich informacji nie szuka lub że nie ma kogo poprosić o wyjaśnienie.

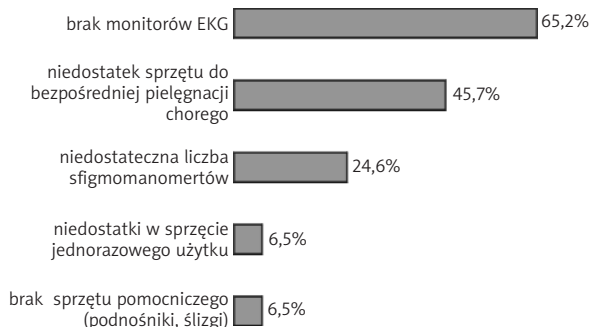
Kolejne pytanie dotyczyło organizacji opieki nad chorymi na oddziale chirurgii. Tylko 30 osób napisało (21,7%), że oddział chirurgii, na którym pracują jest odpowiednio wyposażony, aby należycie sprawować opiekę pielęgniarską nad ciężko chorym pacjentem. Aż 77,5% ogółu badanych (107 osób) stwierdziło, że oddział nie jest odpowiednio wyposażony, a 1 osoba napisała, że nie ma zdania na ten temat. Zarówno wśród osób uważających, iż oddział chirurgii, na którym pracują, jest dobrze wyposażony w sprzęt służący do sprawowania kompleksowej opieki pielęgniarskiej nad ciężko chorym pacjentem, jak i wśród respondentów, którzy odpowiedzieli, że oddział, na którym pracują nie jest należycie wyposażony w taki sprzęt, znalazły się osoby, które stwierdziły, że na ich oddziale chirurgii jest odczuwalny brak sprzętu medycznego do świadczenia profesjonalnej i kompleksowej opieki nad *ciężko chorym*:

- 65,2% (90) wskazało, że pożądane byłoby wyposażenie oddziału w kardiomonitory,
- 45,7% (63) napisało, że stwierdza brak sprzętu niezbędnego do bezpośredniej pielęgnacji ciężko chorego pacjenta,
- 24,6% (34) stwierdziło, że brakuje aparatów do pomiaru ciśnienia tętniczego,

Tab. 1. Zależność między wiedzą i doświadczeniem zawodowym pielęgniarek a stażem pracy – obliczenia statystyczne

Czy wiedza i doświadczenie są wystarczające?	Liczba lat w zawodzie				łącznie
	do 10 lat	11–20 lat	21–30 lat	≥31 lat	
nie	5	13	5	1	24
tak	7	61	30	0	98
nie mam zdania	3	13	0	0	16
łącznie	15	87	35	1	138

Pearson $\chi^2=15,577$; $df=6$; $p < 0,05$

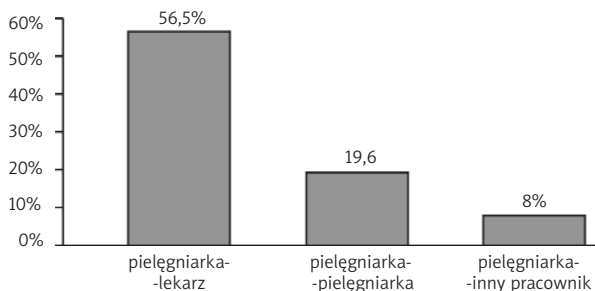


Ryc. 1. Niedobór sprzętu medycznego jako czynnik utrudniający profesjonalną i kompleksową opiekę pielęgniarską nad ciężko chorym pacjentem

- 6,5% (9) zauważyło braki w różnego rodzaju sprzęcie jednorazowego użytku,
- 6,5% (9) zauważyło brak na oddziale innego sprzętu pomocniczego (podnośników, sprzętu rehabilitacyjnego), który byłby istotnym dopełnieniem opieki pielęgniarskiej i który czyniłby ją łatwiejszą (ryc. 1).

Ponadto 64 ankietowanych (46,4%) napisało, że przy sprawowaniu specjalistycznej i kompleksowej opieki pielęgniarskiej nad ciężko chorym hospitalizowanym na oddziale chirurgii odczuwa się brak natychmiastowego dostępu do lekarza.

W dalszej kolejności zapytano badanych, czy na oddziale, na którym pracują, dostrzegają określone trudności w komunikacji między członkami zespołu terapeutycznego mogące utrudniać skuteczną i szybką wymianę informacji o ciężko chorym pacjencie. Prawie 63% badanych (87) przyznało, że dostrzega takie trudności, zdaniem 28,3% (39) problem taki nie istnieje, natomiast 8,7% ogółu badanych (12) napisało, że nie ma zdania w tej kwestii. Co ważne, problem w komunikacji między profesjonalistami medycznymi jest dostrzegalny przede wszystkim na linii pielęgniarka-lekarz (56,5% respondentów), rzadziej na linii pielęgniarka-pielęgniarka (19,6%) oraz jeszcze rzadziej na linii pielęgniarka-inny pracownik oddziału – tutaj wpisy ankietowanych były różne i obejmowały rehabilitanta i salową (8%) (ryc. 2.). Ponadto należy zauważyć, że 32,6% badanych (45) przyznało, że brak



Ryc. 2. Trudności pielęgniarek w komunikacji między członkami zespołu medycznego

sprawnie działającego systemu komunikacji na oddziale utrudnia im sprawowanie opieki nad chorymi.

Respondentów zapytano także, czy ich zdaniem liczba pielęgniarek pracujących na dyżurze dziennym i nocnym jest wystarczająca do sprawowania opieki nad ciężko chorymi pacjentami. Tylko znikoma część respondentów przyznała, że liczba ta jest wystarczająca do tego, aby sprostać kompleksowej, specjalistycznej opiece nad ciężko chorymi pacjentami – tak uważa zaledwie 4,3% badanych (6) w przypadku dyżuru dziennego i 10,9% badanych (15) w przypadku dyżuru nocnego. Aż 94,9% badanych (131) uznało, że na dyżurze dziennym występuje niedobór zatrudnienia i nadmierne obciążenie, podobnie jest na dyżurze nocnym 88,4% (122). Tylko 1 osoba nie miała zdania w tej kwestii.

Pielęgniarki i pielęgniarze mogli również wyrazić inne uwagi i sugestie dotyczące problemów w świadczeniu opieki nad ciężko chorym leczonym na oddziale chirurgii. Ponad 27,5% (38) wskazało na niedostateczną, ich zdaniem, liczbę personelu z którym współpracują i/lub niedostateczną liczbę sprzętu na oddziale, w dalszej kolejności wskazano na brak umiejętności prawidłowej interpretacji wyników badań – 7 osób (5%) oraz brak pomocniczego personelu pielęgniarskiego, np. asystentek pielęgniarstwa – 7 osób (5%). Inne pojedyncze wypowiedzi na ten temat były następujące – *wskazane byłoby omawianie i rozwiązywanie problemów związanych z leczeniem i pielęgnowaniem ciężko chorych podczas spotkania z całym zespołem terapeutycznym oraz z rodziną chorego* (5), a także, że *pożądane byłoby cykliczne szkolenia z zakresu opieki nad ciężko chorymi pacjentami* (5). Dwie osoby wskazały na niedostateczną wiedzę pielęgniarek, jako na czynnik, który stanowi istotny problem w świadczeniu specjalistycznej opieki nad ciężko chorym pacjentem, 1 osoba wskazała na złą organizację pracy na oddziale, kolejna zaś na zbyt duże obciążenie fizyczne podczas pielęgnowania ciężko chorych pacjentów.

Omówienie

Oddziały chirurgii w Polsce różnią się pod wieloma względami, począwszy od *profilu chirurgicznego* będącego specjalnością lekarzy chirurgów (np. chirurgia gastroenterologiczna, kolorektalna, endokrynologiczna czy chirurgia urazów wielonarządowych), wykształcenia kadry pielęgniarskiej, liczby zatrudnionych lekarzy i pielęgniarek, rodzaju i wyposażenia oddziału (kardiomonytory, pulsoksymetry itd.), dostępu do różnego rodzaju zakładów i pracowni diagnostyczno-leczniczych mieszczących się poza oddziałem, ale w ramach danej placówki medycznej (np. pracownia tomografii komputerowej czy rezonansu magnetycznego), oraz od wielkości, a więc liczby łóżek szpitalnych na danym oddziale. Ważne jest także wyposażenie danego oddziału chirurgii w sprzęt i prepa-

raty niezbędne do profesjonalnego pielęgnowania takich chorych (np. nowoczesne materace przeciwoleżynowe, preparaty myjące czy pielęgnujące rany, otarcia, odleżyny itp.). Większość tych czynników w pośredni sposób wpływa na rodzaj hospitalizowanych w ramach danych oddziałów chorych. Znajduje to również swoje odzwierciedlenie w postrzeganiu i interpretowaniu *ciężko chorego pacjenta* przez pracujące na tych oddziałach pielęgniarki – m.in. biorące udział w prezentowanym badaniu. Stąd też różnice w definiowaniu *ciężko chorego pacjenta* – począwszy od *pacjenta leżącego, wymagającego stałej opieki, obserwacji i obecności pielęgniarki*, przez *pacjenta w stanie zagrożenia życia, wymagającego intensywnego nadzoru i monitorowania*, a skończywszy na pacjencie, którego ankietowany nazwał lapidarnie *po zabiegu operacyjnym*. Oczywiście jest, że nie każdy pacjent po zabiegu operacyjnym kwalifikuje się jako *ciężko chory* i dlatego też może cieszyć, zdaniem autorów artykułu, że tylko 1 osoba wyraziła taki pogląd. Oczywiście nazwy definiujące *ciężko chorego* podane przez respondentów są bardzo różne, jednak pocieszające może być to, że wskazują one w założeniach, że jest to chory wymagający stałej obserwacji i opieki, profesjonalnej pomocy, indywidualnego podejścia, systemu monitorowania, chory z obrażeniami wielonarządowymi, które także mogą być przyczyną hospitalizacji pacjentów na oddziałach chirurgii.

Z uzyskanych danych wynika, że większość pielęgniarek oddziałów chirurgii sprawowało lub sprawuje opiekę pielęgniarską nad ciężko chorym pacjentem. Większość pielęgniarek czyni to codziennie (59,4%) lub nieco rzadziej, tj. średnio raz na tydzień (32,6%). Zdaniem pielęgniarek ich wiedza i doświadczenie są wystarczające do świadczenia kompleksowej opieki pielęgniarskiej nad ciężko chorym pacjentem. Większość pielęgniarek (82,6%) ma określone pytania i wątpliwości dotyczące opieki, tylko 14,5% badanych ich nie ma. Pielęgniarki z jednej strony są pewne swojej wiedzy merytorycznej i doświadczenia zawodowego, jednak przyznają, że w przypadku opieki nad ciężko chorym wymagane jest jej uzupełnienie. Jak wynika z badań największe poczucie wiedzy i doświadczenia zawodowego mają pielęgniarki i pielęgniarze ze stażem zawodowym wynoszącym 11–20 lat. Może to znaczyć, że pielęgniarki, które pracują na oddziale chirurgii po co najmniej 10 latach pracy czują się pewnie, opiekując się ciężko chorym. Powstaje pytanie, dlaczego młodsze stażem zawodowym pielęgniarki (do 10 lat w zawodzie) i pielęgniarki ze stażem powyżej 20 lat w zawodzie nie mają aż tak dużego poczucia wiedzy zawodowej i doświadczenia? Spośród badanych aż 78,3% ankietowanych nie brało od chwili ukończenia szkoły medycznej udziału w żadnego rodzaju kursach zawodowych i tylko 5,1% badanych miało specjalizację z pielęgniarstwa chirurgicznego. Zatem można dalej zastanawiać się, co należałoby zrobić, aby wzmocnić poczucie wiedzy wśród pielęgniarek? W od-

czuciu autorów niniejszej pracy pomocne w tym mogłoby być cykliczne uczestnictwo w różnego rodzaju szkoleniach i kursach zawodowych, jak również systematyczne sięganie do literatury zawodowej.

Część pielęgniarek wyjaśnia wątpliwości związane z opieką pielęgniarską nad ciężko chorym pacjentem podczas rozmowy z lekarzem (79,7%) lub z inną pielęgniarką (61,6%), sięgają one również do profesjonalnej literatury zawodowej (80,4%) i do Internetu (36,2%). W jaki sposób wyjaśnić zjawisko dużego poczucia wiedzy i doświadczenia zawodowego niezbędnego do realizowania czynności zawodowych i jednocześnie poczucia wątpliwości i konieczności stawiania pytań odnośnie pewnych problemów zawodowych? Można znaleźć kilka wyjaśnień tego problemu. Medycyna, w tym postępowanie pielęgniarskie z użyciem nowoczesnych metod, ulega ciągłym przeobrażeniom i modyfikacjom, zatem proces diagnozowania, terapii, pielęgnowania i rehabilitowania nieustannie się zmienia. Ponadto człowiek, który zdaje sobie sprawę ze swojej niewiedzy, szuka rozwiązania problemu i podejmuje próby poszerzenia wiedzy. Ten, kto uważa, że wie wszystko, może popełniać błędy o wiele częściej niż ten, kto pyta i doszukuje się prawdy. Oczywiście nie można uogólniać i usprawiedliwiać niewiedzy zawodowej, która być może dotyczy części pielęgniarek. Interesujące wydaje się zatem, że 14,5% badanych nie miewa żadnych wątpliwości związanych z pielęgnowaniem ciężko chorego pacjenta – z czego to wynika? Być może osoby te są profesjonalnie przygotowane do swoich zadań zawodowych i systematycznie śledzą nowości dotyczące sposobu diagnostyki, leczenia, pielęgnowania i rehabilitacji, albo też przeceniają swoją wiedzę i umiejętności, nie zdając sobie sprawy z własnej niekompetencji zawodowej.

Ważne wydaje się, że prawie 2/3 pielęgniarek (63%) przyznaje, iż dostrzega trudności w komunikacji między członkami zespołu terapeutycznego, które mogą utrudniać skuteczną i szybką wymianę informacji o ciężko chorym pacjencie. Jest to niepokojące, ponieważ *umiejętność harmonijnej współpracy obok wartości profesjonalnych, decyduje o atrakcyjności pracownika jako partnera w środowisku społecznym organizacji* [1]. Jak pisze M. Zysnarska *sprawni i systematyczny przepływ informacji poprawia poziom współpracy między członkami zespołu pielęgniarskiego* [2]. Niepokojący jest fakt, że problem w komunikacji interpersonalnej dostrzega się przede wszystkim na linii pielęgniarka-lekarz, a więc na linii dwóch zawodów medycznych, w których od decyzji, i często od szybkiego i prawidłowego jej wypełnienia, zależy życie i zdrowie powierzonego ich opiece chorego. Ten problem nie jest jednak nowy – np. J. Salvage stwierdził, że *wzajemne stosunki między lekarzami i pielęgniarkami nigdy nie były proste* [3]. Problem ten wynika m.in. z tradycji pielęgniarstwa, w tym także pielęgniarstwa polskiego, w której widać problem hierarchii

zawodowej – dawniej pielęgniarcom wpajano, że mają *być posłuszne lekarzom* i wykonywać ich polecenia. Nie było mowy o dyskusji pielęgniarki z lekarzem, o jakimkolwiek pytaniu o zasadność podejmowanych przez lekarza działań diagnostyczno-leczniczych, choć z całą pewnością bardzo różnie się to przedstawiało i nadal przedstawia w różnych miejscach Polski. Obecnie, kiedy pielęgniarki nawiązują z lekarzami dialog dotyczący różnych elementów procesu diagnostyki, terapii, pielęgnowania i rehabilitacji chorego, napotykać niestety stały opór niektórych lekarzy. Zauważono jednak, że *poszczególne pielęgniarki i poszczególni lekarze mogą starać się zmienić zakorzeniony obraz swojego zawodu, ale – jak argumentuje C. Davies – nie pozwala na to doniosły wpływ tradycji, w tym tradycyjnego myślenia przez pryzmat płci* [4]. U części lekarzy pokutuje stale stare wyobrażenie o lekarzach i pielęgniarzach, że *lekarze pracują mózgiem, a pielęgniarki* [tylko? aż? – przypis autorów] *nogami* [5].

Interesujące wydają się być także odpowiedzi na kolejne pytania ankiety. Jak wskazują wyniki badań aż 2/3 pielęgniarek (77,5%) twierdzi, że oddział chirurgii, na którym pracują, nie jest odpowiednio wyposażony, aby sprawować profesjonalną i kompleksową opiekę pielęgniarską nad ciężko chorym pacjentem, natomiast pozytywnego zdania w tej kwestii jest zaledwie 1/5 pielęgniarek (21,7%). Jak piszą ankietowani (65,2%) pożądane byłoby wyposażenie oddziałów chirurgii w kardiomonitoring. Na podstawie niektórych badań wiadomo, że większość wszystkich zaburzeń pracy serca, w tym także zaburzeń u chorych po przeprowadzonym zabiegu operacyjnym, można częściej wykryć przy użyciu monitora niż tylko przez obserwacje kliniczne [6].

Ankietowani wskazali także na bardzo ważny problem, który dotyczy niemal całej służby zdrowia w Polsce. Ich zdaniem liczba pielęgniarek zatrudniona na oddziale chirurgii nie jest wystarczająca do zapewnienia profesjonalnej i kompleksowej opieki ciężko chorym pacjentom. Oczywiście, właściwie prowadzona polityka kadrowa w zakładach opieki zdrowotnej jest wyznacznikiem poziomu i jakości usług zdrowotnych [7], w tym pracy pielęgniarek na oddziałach chirurgii, jednak należy pamiętać o pogłębiającym się niedoborze kadr pielęgniarskich w takich krajach jak USA i Wielka Brytania, jak również w Polsce. Głos pielęgniarek o niedoborze kadry pielęgniarskiej na oddziałach chirurgii jest ważny i powinien być brany pod uwagę przez zarządzających służbą zdrowia. Oczywiście obsada i działalność służby personalnej są źródłem ciągłych nakładów, wających w strukturze kosztów [8], jednak praca pielęgniarek na oddziałach chirurgii jest często bardzo intensywna i trudna – jak pokazują niektóre badania – na wybranych oddziałach chirurgii obserwuje się bardzo duże obciążenie pracą kadr pielęgniarskich, niekiedy znacznie większe niż na oddziałach innego typu [9]. Zarówno te badania, jak i odpowiedzi poszczególnych

pielęgniarek pracujących na oddziałach chirurgii, mówiące o trudności pracy pielęgniarskiej, powinny być brane pod uwagę w planowaniu obsad pielęgniarskich tak, aby członkowie zespołów pielęgniarskich mogli wykonywać zawód w dobrych warunkach, i aby pacjent, w tym przede wszystkim *ciężko chory*, mógł być właściwie leczony oraz profesjonalnie i kompleksowo pielęgnowany.

Wnioski

1. Mimo że większość pielęgniarek i pielęgniarzy z oddziałów chirurgii uważa, że ich wiedza i doświadczenie zawodowe jest wystarczające do prowadzenia profesjonalnej i kompleksowej opieki, to tylko nieco więcej niż połowa z nich potrafiła zdefiniować pacjenta w stanie ciężkim poprawnie, a aż 4/5 pielęgniarek i pielęgniarzy miewa pytania i wątpliwości dotyczące opieki nad takim pacjentem. Należałoby więc zweryfikować wiedzę pielęgniarek i pielęgniarzy, aby ocenić rzeczywisty stopień ich przygotowania do opieki nad pacjentem w stanie ciężkim.

2. Średnio 4/5 pielęgniarek i pielęgniarzy z oddziałów chirurgii rozwiewa wątpliwości dotyczące pielęgnowania pacjenta w stanie ciężkim, czytając profesjonalną literaturę zawodową. Wobec tego należałoby zdefiniować, czym dla pielęgniarek i pielęgniarzy jest *profesjonalna literatura zawodowa* oraz zwiększyć dostęp do czasopism naukowych.

3. Większość (4/5) pielęgniarek i pielęgniarzy z oddziałów chirurgii próbuje rozwiewać wątpliwości dotyczące pielęgnacji pacjenta w stanie ciężkim w trakcie rozmowy z lekarzem. Ponad połowa z nich dostrzega trudności w komunikacji właśnie z tym członkiem zespołu medycznego. Należałoby wobec tego poprawić relacje na linii pielęgniarka-lekarz oraz uświadomić obu grupom zawodowym rolę komunikacji między personelem medycznym w leczeniu chorego oraz pracy partnerskiej, a nie hierarchicznej.

4. Prawie wszystkie pielęgniarki i pielęgniarze z oddziałów chirurgii stwierdzają, że podczas dyżuru dziennego i nocnego nie ma wystarczającej liczby personelu, a zła obsada sprzyja m.in. przemęczeniu i wypaleniu zawodowemu, co prowadzi do obniżenia jakości świadczonych usług medycznych i urazów kręgosłupa u pielęgniarek. Należałoby więc uzupełnić brakującą kadrę pielęgniarską, co przyczyni się do polepszenia opieki, a tym samym zadowolenia pacjentów oraz zmniejszenia kosztów leczenia.

Niniejsza praca została przedstawiona na III Sympozjum Naukowo-Szkoleniowym w Kołobrzegu *Opieka pielęgniarska nad ciężko chorym pacjentem*, które odbyło się 12 maja 2007 r.

Autorzy artykułu dziękują mgr. Janowi Kachaniukowi z Lublina za pomoc przy realizacji badań.

Piśmiennictwo

1. Kurkowski JL. Harmonijna współpraca. *Men Zdr* 2004; 8: 72-4.
2. Zysnarska M. Ocena przepływu informacji w zakładach opieki zdrowotnej – opinie personelu pielęgniarskiego. *Piel Pol* 2001; 1: 123-31.
3. Salvage J. Lekarze i pielęgniarki: każdy sobie. *BMJ* 2000; 11: 6-7.
4. Davies C. Aby środowiska zawodowe opieki zdrowotnej pracowały razem. *BMJ* 2000; 11: 9-10.
5. Wrońska I. Rola społeczno-zawodowa pielęgniarki. Studium z zakresu współczesnego pielęgniarstwa. CEM, Warszawa 1997.
6. Findlay GP, Spittal MJ, Radcliffe JJ. The recognition of critical incidents: quantification of monitor effectiveness. *Anaesthesia* 1998; 53: 595-8.
7. Tur M. Planowanie obsad pielęgniarskich. *Mag Piel i Pot* 2000; 12: 9-10.
8. Sajkiewicz A. Zasoby ludzkie w firmie. Poltext, Warszawa 2000.
9. Grochowski L. Intensywność pracy kadr pielęgniarskich w opiece stacjonarnej. Część I. Intensywność pracy kadr pielęgniarskich w oddziałach zabiegowych. W: *Promocja zdrowia i rodziny*. Tom 3. Lublin 2004; 28-32.