

Małgorzata Knap

Ocena przygotowania pielęgniarki do zadań edukacyjnych w placówkach lecznictwa zamkniętego

Acta Scientifica Academiae Ostroviensis nr 25, 27-36

2006

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Małgorzata Knap

Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach

OCENA PRZYGOTOWANIA PIEŁĘGNIARKI DO ZADAŃ EDUKACYJNYCH W PLACÓWKACH LECZNICTWA ZAMKNIĘTEGO

Wprowadzenie

W ciągu wielu lat funkcjonowania pielęgniarstwa jako zawodu pojęcie „pielęgnowania” oraz związane z tym koncepcje i zadania pielęgniarek uległy wielu zmianom.

Zgodnie z nową strategią opieki zdrowotnej przedmiotem szczególnej troski stało się zdrowie. Pielęgniarstwo w odpowiedzi na wzrastające potrzeby społeczne, rozszerzyło zakres swojej działalności o nowe funkcje.

Podstawowym ogniwem opieki zdrowotnej jest zespół lekarz – pielęgniarka. W zespole tym winien istnieć jasno określony rozdział obowiązków i zadań, co wspólnie tworzy jeden trzon pracy zespołowej leczniczo – profilaktycznej.

Wszystkie działania pielęgniarki w opiece nad chorym można podzielić na:

Zadania diagnostyczne

- ❖ Udział pielęgniarki w procesie diagnostycznym ukierunkowany na sformułowanie diagnozy lekarskiej.
- ❖ Pobieranie badań i materiałów do badań laboratoryjnych.
- ❖ Monitorowanie, ocena i dokumentowanie wskaźników podstawowych funkcji życiowych /TA, RR, akcja serca, diureza godzinowa, dobowy/.
- ❖ Monitorowanie i ocena występujących dolegliwości /ból, duszność, uczucie kołatania serca, zabarwienie powłok skórnych, jej wilgotność/.
- ❖ Udział pielęgniarki w badaniach specjalistycznych /np. koronarografia, cewnikowanie serca itp./.
- ❖ Udział pielęgniarki anestezyjologicznej w znieczuleniach różnego typu z uwzględnieniem jej profesjonalnego przygotowania do tych działań.

- ❖ Samodzielne czynności diagnostyczne, których celem jest uzyskanie informacji potrzebnych do sformułowania diagnozy pielęgniarstwa – problemów opiekuńczych u chorego.
- ❖ Informacje o samopoczuciu fizycznym pacjenta, które może ulec poprawie pod wpływem działań pielęgniarstwa /np. duszność, zaczerwienienie, zmiany na skórze, maceracja naskórka, uczucie głodu, czy brak apetytu, trudności ze snem/.
- ❖ Informacje o samopoczuciu psychicznym towarzyszącym chorobie, hospitalizacji i relacjom emocjonalnym /niewłaściwy współlokator na sali chorych/, lęk towarzyszący bólowi, poczucie zagrożenia, obniżony nastrój, obawa przed badaniem, bezsenność.
- ❖ Informacje o funkcjonowaniu społecznym chorego /np. możliwość i trudność w komunikowaniu się chorego z innymi osobami i na odwrót/.

Uzyskane obserwacje i informacje pielęgniarstwa umieszcza w dokumentacji pielęgniarstwa, a jednocześnie daje możliwość skorzystania z tych informacji lekarzowi.

Zadania lecznicze

- ❖ Udział pielęgniarstwa w procesie leczenia.
- ❖ Samodzielne czynności lecznicze są to czynności w których pielęgniarstwa:
 1. samodzielnie rozpoznaje stan chorego wymagający szybkiej interwencji leczniczej,
 2. samodzielnie podejmuje decyzję o wykonaniu czynności leczniczej,
 3. samodzielnie wykonuje czynność leczniczą /np. podanie leku iv/. w przypadku zatrzymania krążenia, wykonuje zewnętrzny masaż serca, prowadzi sztuczną wentylację płuc,
 4. koordynowanie czynnościami leczniczymi.

Zadania opiekuńcze

Są to zadania samodzielne pielęgniarstwa, których celem jest:

- poprawa samopoczucia psychofizycznego,
- zastępowanie nieobecnej rodziny,
- podtrzymywanie zaburzonych na skutek choroby funkcji organizmu,
- zapobieganie powikłaniom wynikającym z choroby, hospitalizacji, stosowanych metod diagnostycznych i leczniczych.

Istnieje silna potrzeba i konieczność włączania opiekunów i rodziny w proces opieki nad pacjentem.

Zadania edukacyjne

Są to czynności ukierunkowane na wyposażenia pacjenta i/lub jego rodziny w wiedzę i umiejętności potrzebne do dalszego życia z chorobą lub kalectwem.

Obejmują one informacje:

- ❖ Odnośnie samokontroli organizmu.
- ❖ Dotyczące dalszego leczenia i czynności samopielęgnacyjnych.
- ❖ Odnośnie wiedzy o rozpoznanych u chorego czynnikach ryzyka choroby / nałogi, zachowania sprzyjające występowaniu chorób/.
- ❖ O sposobach eliminacji niepożądanych zachowań.
- ❖ O wzmacnianiu posiadanych potencjałów zdrowotnych.
- ❖ Na temat motywacji woli pacjenta do pewnych stylów życia na korzyść własnego zdrowia.
- ❖ Dotyczące prozdrowotnego stylu życia.

Zadania organizacyjne

- ❖ Zależą od stanowiska pracy i wiążą się z organizacją procesu diagnostyczno – leczniczo – opiekuńczego.
- ❖ Czynności związane z organizacją stanowiska pracy i sposobu pracy powinny być ograniczone do minimum.
- ❖ Dokumentacja jest integralną częścią składową codziennej pracy pielęgniarki.

Poza licznymi czynnikami tkwiącymi w problematyce zdrowotnej społeczeństwa, a mającymi istotny wpływ na zdrowie jednostki, na szczególną uwagę zasługuje stosunek człowieka do własnego zdrowia oraz jego odpowiedzialności za zdrowie.

Zadania pielęgniarki powinny obejmować edukację zdrowotną, bo jest ona niezbędnym elementem jej pracy, który przynosi wymierne efekty społeczne.[2]

Nowe podejście do edukacji zdrowotnej skierowanej do przewlekle chorych np. kardiologicznych opiera się na założeniu, że osoba chora przewlekle, oraz różne osoby wspierające ją nieformalnie (członkowie rodziny) w swoim codziennym życiu, mają budować zdrowie poprzez dbanie o siebie i innych, również poprzez możliwość podejmowania

decyzji i kontroli własnych zachowań zdrowotnych i sytuacji życiowych.

Rozumienie samoopieki jako społecznie aktywnego zachowania, które ludzie podejmują by poprawić stan zdrowia w kontekście codziennego życia, pozwala na wysunięcie tezy, iż ewentualne błędy jakie ludzie popełniają w swoim stylu życia (zachowania zagrażające zdrowiu i pogłębiające stan choroby) to konsekwencje błędów popełnianych w kierowanej do nich edukacji zdrowotnej.

Jeżeli chory nie respektuje zaleceń swojego lekarza (np. częstego pomiaru wartości RR, ograniczeń w diecie, czy też właściwej kontroli ginekologicznej), to może się tak dziać dlatego, że:

- nie otrzymał odpowiedniej informacji, bądź nie zrozumiał jej,
- nie uwierzył w otrzymane informacje,
- otrzymał sprzeczne informacje i zlekceważył je,
- w jego środowisku trudno stosować zalecone ograniczenia (np. dietetyczne),
- boi się rozwoju choroby i dlatego nie chce kontrolować swojego stanu zdrowia,
- wstydzi się badań.[1]

Takie efekty działań eksperta medycznego, który pracuje z pacjentem, mogą doprowadzić do bierności pacjenta i zniechęcenia w zajmowaniu się swoim zdrowiem. Dlatego też pielęgniarka musi rozwijać swoje umiejętności w roli edukatora.

Rzeczywistość, szczególnie w środowisku szpitalnym wygląda tak, że pielęgniarka nie wypełnia profesjonalne zadań edukacyjnych, gdyż za wiele czasu poświęca na zadania diagnostyczno – lecznicze, które nie zawsze powinna wykonywać z tytułu zawodu.

Kształcenie i przygotowanie pielęgniarki do zawodu przykładu duży nacisk na przygotowanie medyczne. Za tym idzie przygotowanie dobrego fachowca do wykonywanie zadań diagnostyczno – leczniczo - pielęgnacyjnych ze znacznym pominięciem przygotowania pielęgniarki do roli edukatora.

W okresie reform opieki zdrowotnej i wychodzących naprzeciw coraz bardziej skomplikowanych problemów zdrowotnych, ubożającego społeczeństwa i wzrostu populacji ludzi w starszym wieku, pielęgniarki i położne powinny stanowić prężną grupę dobrze wykształconych profesjonalistów w swoim zawodzie. Grupa ta ma do zrealizowania

strategiczne zadania reformy opieki zdrowotnej wyznaczone na XXI wiek. Wobec transformacji ustrojowej i dynamicznych zmian zachodzących we wszystkich dziedzinach życia społecznego, pielęgniarstwo i system kształcenia pielęgniarek musi także podlegać istotnym zmianom.[6]

Pielęgniarka musi być dobrze wykształcona i profesjonalnie przygotowana do wykonywania zawodu. Gotowa do podejmowania odpowiedzialności za podejmowane decyzje i działania. Należy z naciskiem podkreślić to, że pielęgniarstwo, które permanentnie się rozwija, narzuca na pielęgniarki pracę badawczą niezbędną do ustalenia kierunków rozwoju zawodowego, jak również w celu ustalenia potrzeb zdrowotnych jej podopiecznych.

Proces przygotowania pielęgniarki do roli edukatora winien przebiegać zgodnie z opracowanymi profesjonalnymi programami kształcenia. Winien być mu nadany kierunek rozwoju umiejętności do roli kompetentnego fachowca. Nie obserwuje się powszechnie w środowisku pracy partnerskiego zespołu lekarz – pielęgniarka. A przecież dawno układ podporządkowania pielęgniarki lekarzowi jest uznany przez współczesne pielęgniarstwo za niewłaściwy.[3] Sukcesem współpracy partnerskiej byłby zespół, który współpracuje z pełnym rezeźnaniem, prócz zwyczajnego wpisywania i wydawania zleceń, a za tym idącego wykonywania tych zleceń. Zespół, który świadomie wie na co należy dodatkowo zwrócić baczniejszą uwagę.

Promowanie zadań edukacyjnych powinno odbywać się nie tylko wśród pacjentów, ale również na szczeblu kierownictwa placówki opieki zdrowotnej. Przecież edukacji jest ciągle za mało, a wielu z nas ocenia ten element jako niezbędny i przynoszący wymierne efekty społeczne. Edukacja chorych nie może być skuteczna bez prowadzenia jej w oparciu o pewną strukturę wspomagającą. Bez poparcia organizacyjnego, określonych celów i odpowiednich metod. Edukacja niezbędna dla efektywnego leczenia pozostanie niedofinansowana.

Jeżeli nie będzie zarezerwowane dla niej odpowiednie zaplecze w postaci personelu i idących za tym środków finansowych, materiałów i sal dydaktycznych, nigdy nie będziemy mogli ocenić tego czy osiągnęliśmy właściwy poziom edukacji naszego społeczeństwa. Wymiernym efektem będzie profesjonalnie przeprowadzenie programów edukacyjnych promujących zdrowie a za tym idących zmian w sposobie radzenia sobie z chorobą wśród pacjentów i ich rodzin [4].

Cel pracy

W opracowaniu autorka pragnie przybliżyć istniejące rozbieżności między postulowanym holistycznym i systemowym podejściem do działań edukacyjnych a faktycznie podejmowanych w tym zakresie działań.

Należy podkreślić, że zadania edukacyjne wypełniane w stosunku do chorych nie są wyodrębnione. Stanowią nieznaczną część działań pielęgniarskich wynikających z prowadzonego procesu pielęgnowania i przybierają charakter poradnictwa, czy instruktażu. Nie ma w tym zasady ciągłości i programowego postępowania edukacyjnego w stosunku do pacjenta. Wyraźnie dominują tu elementy ukierunkowań czy pouczeń mających na celu opanowanie konkretnych czynności u pacjenta potrzebnych do samoopieki i pomocnych do zmiany stylu życia.

Metoda badania i materiał

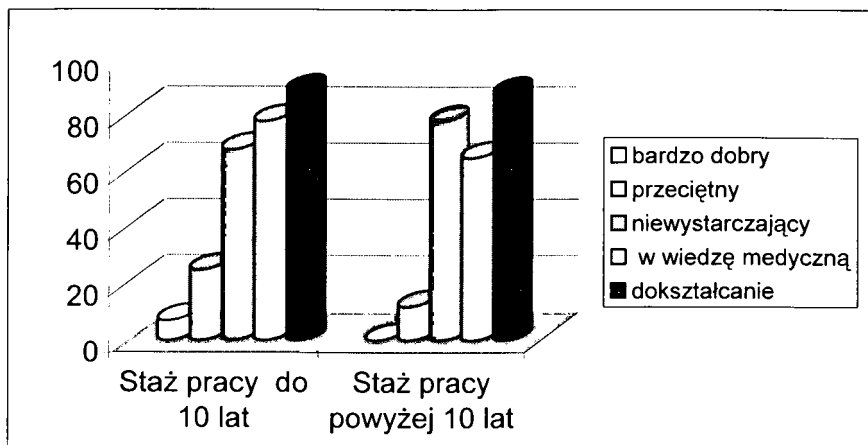
Narzędziem badawczym do oceny realizacji zadań edukacyjnych w pracy pielęgniarki, posłużono się własnym kwestionariuszem ankiety skierowanym do 90 pielęgniarek z placówek leczenia zamkniętego, będących uczestnikami kursu kwalifikacyjnego. Uzyskano zwrot wszystkich ankiet. Pielęgniarki posiadały staż pracy od 6 do 25 lat.

Materiał ten stanowi opinię badanych pielęgniarek na temat:

1. przygotowania do zadań edukacyjnych w okresie kształcenia zawodowego,
2. swojego udziału w przygotowaniu do wykonywania zadań edukacyjnych,
3. warunków współpracy z innymi członkami zespołu terapeutycznego,
4. trudności napotykanych w realizacji zadań edukacyjnych.

Tabela 1. Przygotowanie do zadań edukacyjnych w okresie kształcenia zawodowego, opinie pielęgniarek w zależności od stażu pracy.

Przygotowanie pielęgniarki do zadań edukacyjnych	Staż pracy do 10 lat	Staż pracy powyżej 10 lat
	%	%
W stopniu bardzo dobrym	7	0
W stopniu przeciętnym	25	12
Nie w pełni przygotowano mnie	68	78
Tylko w wiedzę medyczną	78	65
Widzą konieczność doksztalcenia zawodowego w tym kierunku	89	88



Rycina nr 1. Graficzny zapis przygotowania pielęgniarek do zadań edukacyjnych w okresie kształcenia zawodowego, opinie pielęgniarek w zależności od stażu pracy.

Analizując powyższe dane możemy stwierdzić jednoznacznie, że w trakcie kształcenia zawodowego pielęgniarki nie uzyskały profesjonalnego przygotowania do wykonywania pracy edukatora.

W dużym stopniu szkoła wyposażała pielęgniarki w wiedzę medyczną, niezbędną do prowadzenia edukacji.

W podobnym stopniu pielęgniarki wskazują na brak przygotowania ich do wykonywania zadań edukacyjnych. W to włącza się brak zwyczaju w organizacji pracy pielęgniarskiej, że jest ona przyporządkowana ściśle do tych zadań.

Budującym jest fakt, że pielęgniarki bez względu na staż pracy widzą konieczność dokształcania się, aby mieć profesjonalną wiedzę do podejmowania zadań edukatora na swoim stanowisku pracy. Nie mają wystarczającej wiedzy umożliwiającej konstruowanie programów edukacyjnych, obejmujących swoim zakresem pacjenta i jego rodzinę.

Tabela 2. Ocena warunków współpracy z innymi członkami zespołu terapeutycznego i trudności napotykanych w realizacji zadań edukacyjnych

Treści wypowiedzi respondentek	Liczba wskazań
Współpracuję z pielęgniarkami/oddziałową	89
Współpracuję z lekarzem	61
Współpracuję z psychologiem	20
Współpracuję z dietetykiem	48
Współpracuje z pracownikiem socjalnym	12
Pacjenci chętnie uczestniczą w edukacji	44

Tabela 3. Ocena warunków do pracy edukacyjnej

Treści wypowiedzi respondentek	Liczba wskazań
Warunki socjalno-bytowe do pracy edukacyjnej	74
Za mało czasu na pracę edukacyjną	90
Brak zatrudnienie pielęgniarek do zadań edukacyjnych	67
Finansowanie pracy edukatora	11

Analizując powyższe dane możemy stwierdzić jednoznacznie, że pielęgniarki współpracują w zespole terapeutycznym lecz w sposób niewystarczający. Współpraca w zespole lekarz i pielęgniarka polega na wymianie informacji na temat stanu zdrowia pacjenta. Wskazana jest tu potrzeba działań edukacyjnych na temat samokontroli, samopielęgnacji i wyjścia naprzeciw preferencjom zdrowotnym pacjenta.

Współpraca z dietetykiem polega na dokonywaniu ustaleń dietetycznych w zależności od schorzenia i preferencji dietetycznych pacjenta.

Współpraca z psychologiem i pracownikiem socjalnym jest prowadzona w nieznacznym zakresie.

Brak właściwej współpracy z członkami zespołu terapeutycznego można tłumaczyć pewnego rodzaju stereotypami postępowania w pracy zawodowej pracowników medycznych.

Działania zespołu nie mają charakteru planowania działań, lecz wykonywania ściśle określonych zadań należących do kompetencji danej grupy zawodowej. Nie można tu powiedzieć o dobrze pojętej współpracy zespołowej.

Należy podkreślić, że może być to brak przygotowania do współpracy członków zespołu terapeutycznego.

Oceniając trudności jakie napotykają pielęgniarki prowadzące edukację medyczną, możemy powiedzieć, że jest ich wiele.

Niektóre pielęgniarki wskazały na kilka występujących w ich miejscu pracy. Za najistotniejsze należy uznać trudności związane z brakiem czasu na prowadzenie edukacji, oraz braków kadrowych.

Brak stanowisk dla pielęgniarek wypełniających profesjonalnie zadania edukacyjne wiąże się z brakiem środków finansowych na wynagrodzenie za efektywną pracę na rzecz edukacji zdrowotnej wśród pacjentów. A przecież wszyscy wiemy jakie to olbrzymie nakłady finansowe państwo przeznacza na promocję zdrowia.

Bardzo istotne są dla pielęgniarek warunki socjalno-bytowe do prowadzenia edukacji, za którymi idzie chęć pacjentów do uczestniczenia w edukacji.

Brak czasu na rozmowę z pacjentem powoduje, iż zespół pośrednio ma wpływ na postawę zdrowotną chorego. Wyjaśnia też powody, dla których oddziaływania edukacyjne włączone w proces pielęgnowania stosunkowo rzadko obejmują kształtowanie postaw wobec pacjenta. Efektem tego jest niewypełnienie przez zespół leczący obowiązków związanych z dopomaganiem pacjentowi w radzeniu sobie z chorobą jako sytuacją trudną, wzmacnianiem sił duchowych chorego.[8]

Podsumowanie

Ograniczenia kadrowe i brak stanowisk edukatorów w roli pielęgniarek nigdy nie pozwoli właściwie rozwinąć się temu tak ważnemu zadaniu jakiemu powinny sprostać pielęgniarki.

Należy w obrębie zespołu terapeutycznego prowadzić koordynację i ciągłą pracę nad ulepszaniem programów edukacyjnych.

Należy z naciskiem podkreślić to, że pielęgniarstwo, które permanentnie się rozwija, narzuca na pielęgniarki pracę badawczą niezbędną do ustalenia kierunków rozwoju zawodowego, jak również w celu ustalenia potrzeb zdrowotnych ich podopiecznych.

Wnioski

1. Współczesna pielęgniarka odgrywa rolę nauczyciela, wychowawcy, doradcy-konsultanta w aspekcie zdrowia i choroby pacjenta i jego rodziny.

2. Pielęgniarka ma niezaprzeczalny udział w działaniach promujących zdrowie i kształtujących zachowania prozdrowotne chorego i jego rodziny.
3. Istnieje konieczność ukierunkowania pielęgniarek do roli edukatora w procesie kształcenia zawodowego.
4. Pielęgniarka musi być postrzegana jako partner w zespole terapeutycznym.
5. Zakres oczekiwań społecznych w stosunku do pielęgniarki mobilizuje ją do stałego podnoszenia kwalifikacji z zakresu promocji zdrowia.

Piśmiennictwo:

1. Charzyńska – Gula Marianna, *Pielęgniarstwo- nowe szanse i nowe zagrożenia*, Nowy Sącz 2002.
2. Materiały konferencyjne I Krajowej Konferencji PiPoł, *Miejsce i rola pielęgniarki w ochronie zdrowia pracujących*, Zielona Góra 2002.
3. Wrońska Irena, *Rola społeczno-zawodowa pielęgniarki*, CEM 1997.
4. Lenartowicz H. *Zarządzanie jakością w pielęgniarstwie*, CEM 1998
5. Widomska-Czekajska T., *Internistyczna, intensywna terapia i opieka pielęgniarska, Podstawy teoretyczne i praktyka*, PZWL, 1991
6. Zdziebło K., *Kształcenie pielęgniarek na przestrzeni wieku*, Międzynarodowa Konferencja Naukowa: Pielęgniarstwo wobec zagrożenia wartości, 2002.
7. Sztembis B., *Nowy system kształcenia pielęgniarek i położnych*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” 9/01.
8. Sęk H., *Spoleczna psychologia kliniczna*, Wa-wa 1991.