

SAMOOCENA OPIEKI SPRAWOWANEJ PRZEZ PIELĘGNIARKI NAD PACJENTAMI PRZEBYWAJĄCYMI W HOSPICJUM

Self-estimation by nurses care on patients staying in hospices

IZABELA WRÓBLEWSKA^{1 A-G}

JERZY BŁASZCZUK^{1 C-E}

ZOFIA PILARSKA^{1 A-F}

KAROLINA CHILICKA-JASIONOWSKA^{1 C-D}

DONATA KURPAS^{1,2 D-F}

1 Instytut Pielęgniarstwa, Państwowa Medyczna
Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

2 Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej,
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

A- przygotowanie projektu badania (study design), **B-** zbieranie danych (data collection), **C-** analiza statystyczna (statistical analysis), **D-** interpretacja danych (data interpretation), **E-** przygotowanie maszynopisu (manuscript preparation), **F-** opracowanie piśmiennictwa (literature search), **G-** pozyskanie funduszy (funds collection)

Streszczenie

Wprowadzenie: Poziom sprawowanej opieki medycznej, szczególnie nad pacjentami znajdującymi się u schyłku życia, bezpośrednio wpływa na poziom ich życia. Holistyczna pielęgnacja chorego polega na równoczesnym zaspokajaniu potrzeb fizycznych, psychicznych, społecznych i duchowych.

Cel badania: Samoocena zaspokajania przez pielęgniarki potrzeb pacjentów pozostających pod opieką hospicyjną.

Materiał i metody: Badaniami objęto 68 pielęgniarek sprawujących opiekę hospicyjną nad pacjentami. Narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz składający się z dwóch części. Część pierwsza zawierała pytania dotyczące danych socjodemograficznych respondentów, a część druga 23 pytania zamknięte dotyczące samooceny sprawowanej opieki. Badania miały charakter dobrowolny i anonimowy, prowadzono je wśród pracowników hospicjów stacjonarnych w Trzebnicy, Wrocławiu, Chojnowie, Kowarach, Lubinie i Wałbrzychu od czerwca do sierpnia 2012 roku.

Wyniki: Większość ankietowanych (62%, 42) wysoko oceniła stopień zaspokojenia wszelkich potrzeb podopiecznych i wyraziła zadowolenie z własnej postawy wobec pacjenta oraz relacji z nim (59%, 40). Ankietowani często odczuwają satysfakcję z wykonywanej pracy (43%, 29). Twierdzą, że kierują się w niej empatią (69%, 47), cierpliwością i szacunkiem do pacjentów (84%, 57). Szanują godność osobistą i intymność chorego (51%, 35), a jego potrzeby psychospołeczne i duchowe uznają za równie istotne, jak biologiczne (88%, 60). Jednakże wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że ankietowani w sposób priorytetowy traktują potrzeby fizyczne podopiecznych, czasami traktują ich przedmiotowo (53%, 36), czego główną przyczyną jest brak czasu (85%, 58).

Wnioski: Większość ankietowanych, mimo wysokiej własnej samooceny, nie sprawuje nad pacjentami opieki holistycznej. Ankietowane pielęgniarki twierdzą, że szanują godność pacjenta, zauważają jego psychospołeczne i duchowe potrzeby, a czynnikami najbardziej obniżającymi jakość ich pracy w opiece hospicyjnej są: pośpiech, nadmiar pracy i zmęczenie. Uzyskane wyniki sugerują jednak, że istnieje rozbieżność pomiędzy samooceną sprawowanej opieki personelu pielęgniarstwa a stanem faktycznym.

Słowa kluczowe: samoocena, opieka hospicyjna, opieka holistyczna

Summary

Introduction: Medical care especially in the last part of life is very important regarding its quality. Holistic care of ill people should in equal part take into account psychological, physiologic, social and spiritual needs of the patients.

Aim of the study: Estimation to what extent the needs of the hospitalized in the hospices patients are satisfied. Establishing which elements are the most important in holistic nature of taken care.

Material and method: The study included 68 hospice nurses taking care of patients. The research tool was a questionnaire consisting of proprietary specifications and 23 closed questions for self-assessment of care. The research was voluntary and anonymous, carried them among employees working in hospices fixed Trzebnica, Wrocław, Chojnów, Kowary, Lubin and Wałbrzych in the period from June to August 2012.

Results: Most of the interviewees (62%, 42) are self-satisfied and regard their service has good quality. They think their attitude to the patient is proper and contact is fully acceptable (59%, 40). They achieve satisfaction at work (43%, 29), show empathy (69%, 47), patience and respect (84%, 57), observe personal dignity and intimacy (51%, 35), and his psycho-social and spiritual needs are equally important as physiological (88%, 60). However from time to time patient is treated instrumentally (53%, 36). The main reason for that is haste (85%, 58).

Conclusions: Most interviewees are satisfied with own attitude toward hospitalized patients and is taking their opinion regarding care fundamentals into account. Interviewees are respecting patients' dignity, they notice psycho-social and spiritual needs. The most important factors diminishing quality of performed care are haste, work overload and fatigue. The results show, however, that there is a difference between its own assessment of care and the actual.

Keywords: self-esteem, hospice care, holistic care

Wstęp

Choroba przewlekła, a szczególnie jej terminalne stadium, jest trudnym i złożonym etapem życia. Dla większości pacjentów to okres zależności od opieki drugiego człowieka. Rozpatrując całościową opiekę nad osobą znajdującą się w stadium terminalnym choroby należy zwracać uwagę na wszystkie sfery jej funkcjonowania i związane z tym potrzeby, ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb duchowych. W tym okresie życia istotna staje się jakość szeroko rozumianej opieki nad chorymi. Wpływa ona bezpośrednio na funkcjonowanie pacjentów oraz poziom ich życia [1]. Poprawę jakości życia uzyskuje się poprzez łagodzenie objawów choroby, w tym eliminację bólu oraz wsparcie psychiczne i duchowe, zarówno samego chorego, jak i jego najbliższych. Stąd oferowana opieka powinna być sprawowana przez odpowiednio do tego przygotowany personel [2].

Człowiek zmienia się i rozwija przez całe swoje życie. Jest to proces ciągły i całościowy, który powinien być dodatkowo rozpatrywany w kontekście środowiskowym [3]. Do prawidłowego funkcjonowania ludzkiego organizmu konieczne jest zaspokojenie wszystkich potrzeb: psychofizjologicznych, psychospołecznych, racjonalno-duchowych) [4,5]. Brak harmonii pomiędzy omawianymi sferami wpływa niekorzystnie na poziom jakości życia. Jest to szczególnie widoczne u osób nieuleczalnie chorych, u których pojawiają się pytania o sens istnienia, a co za tym idzie poszukiwanie sensu życia [6]. Stąd tak istotny okazuje się indywidualny sposób postrzegania pacjentów znajdujących się w stanie terminalnym choroby [7].

Problemy psychospołeczne terminalnie chorych ukazują ważność holistycznego, w tym empatycznego podejścia, realizowanego w ramach opieki. Priorytetowe znaczenie ma zatem podmiotowe traktowanie chorego. Ważny jest także poziom oferowanych usług, na który wpływa umiejętność dokonania analizy duchowości podopiecznego, jako fundamentalnego czynnika wpływającego na poziom jakości życia nieuleczalnie chorych [8].

Cel pracy

Celem pracy jest analiza samooceny poziom zaspokojenia przez pielęgniarki potrzeb fizycznych, psychicznych, społecznych i duchowych pacjentów pozostających pod opieką hospicyjną oraz określenie czynników najczęściej utrudniających sprawowanie tejże opieki.

Materiał i metody

Badaniami objęto 68 pielęgniarek sprawujących opiekę hospicyjną nad pacjentami w Trzebnicy, Wrocławiu, Chojnowie, Kowarach, Lubinie i Wałbrzychu od czerwca do sierpnia 2012 roku. Narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz składający się z dwóch części. Pierwsza zawierała pytania o dane socjodemograficzne respondentów, a część druga 23 pytania zamknięte dotyczące samooceny sprawowanej opieki. Ankiety miały możliwość zaznaczenia odpowiedzi: „tak”, „nie” oraz „zawsze”, „często”, „czasami” i „nigdy”. W utworzonym kwestionariuszu pytano respondentów o samoocenę sprawowanej opieki, ich postawę wobec podopiecznych, zaangażowanie w wykonywane czynności oraz zaspokajanie potrzeb biopsychospołecznych i duchowych pacjentów. Poruszono również kwestię czynników zaburzających jakość oferowanej opieki, w tym: pośpiech, nadmiar pracy, zmęczenie i niską płacę.

Badania miały charakter dobrowolny i anonimowy. Grupę badaną stanowiły kobiety (100%, 68), głównie poniżej 40 r.ż. (56%, 38) (średnia wieku: 37 lat), które w większości miały staż pracy krótszy niż 20 lat (69%, 47). Średni staż pracy wyniósł 12 lat.

Wyniki

62% (42) ankietowanych stwierdziło, że zawsze wykonuje swoją pracę z zaangażowaniem i jest zadowolona z własnych relacji z pacjentem (zob. tabela 1). 43% (29) respondentów jest zadowolona z wykonywanej pracy, 31% (21) tylko czasami odczuwa z niej zadowolenie, a 26% (18) - zawsze. 69% (47) ankietowanych na pytanie: „Czy w swojej pracy często

kierujesz się empatią?” odpowiedzieli twierdząco, a 26% (18) uznało, że czyni to zawsze. 84% badanych (57) potwierdziło, że wykazuje się w pracy cierpliwością i szacunkiem wobec swoich podopiecznych, 13% (9) uznało, że robi to często, a 3% (2) - czasami.

Największa liczba ankietowanych (85%, 58) uznała, że pośpiech należy do istotnych czynników wpływających na obniżanie poziomu pracy. Kolejnymi czynnikami, które wskazywali respondenci były: nadmiar pracy (68%, 46), zmęczenie (66%, 45) oraz niska płaca (35%, 24) – zob. tabela 2. Pielęgniarki wskazywały również na takie czynniki utrudniające opiekę nad chorymi, jak: krytyka ze strony pacjentów (13%, 7), niechęć do nich (4%, 3) oraz obojętność wobec pacjenta (1%, 1).

Respondentki pytano o ich hierarchię ważności potrzeb pacjenta. Według 88% (60) ankietowanych potrzeby psychospołeczne i duchowe pacjenta są równie ważne jak potrzeby biologiczne. Jednocześnie do najczęściej zauważanych i zaspokajanych przez personel potrzeb chorego należą według kolejności: potrzeby fizjologiczne, psychologiczne, społeczne i duchowe (zob. tabela 3).

53% (36) ankietowanych odpowiedziało, że czasami nie traktuje pacjenta holistycznie, wykonuje przy nim zabiegi pielęgnacyjne w sposób mechaniczny, pozwala sobie na komentarz wyglądu pacjenta (51%, 35). Jednocześnie 52% (35) twierdzi, że zawsze szanuje godność osobistą i intymność chorego w trakcie wykonywania zabiegów (76%, 52).

Oceniając relacje w pracy 84% (57) ankietowanych stwierdziło, że są one dobre (81%, 55), ale dostrzegają konieczność organizowania spotkań integracyjnych w celu poprawienia jakości współpracy i rozwijania szacunku wobec pacjentów (88%, 60).

Dyskusja

Trzy poziomy funkcjonowania pacjenta, a więc psychofizjologiczny, psychospołeczny i racjonalno-duchowy są źródłem różnych potrzeb. Ich zaspokajanie lub jego brak ma istotne znaczenie na każdym etapie życia ludzkiego i bezpośrednio wpływa na jakość poziomu życia [9,10]. Opieka holistyczna cechuje się traktowaniem pacjenta w sposób kompleksowy uwzględniający powyższe poziomy. Jest to szczególnie zalecane w sytuacji występowania nieuleczalnych chorób, gdzie traumatyczna sytuacja związana ze zbliżającą się śmiercią dotyka zarówno fizjologii chorego, jak i jego poziomu duchowego [6,9]. Zaburzenie homeostazy organizmu może obniżać jakość poziomu życia pacjenta, a jednocześnie być czynnikiem wywołującym trudności psychospołeczne i duchowe. W trosce o jakość życia terminalnie chorych należy zatem zapewnić taki poziom całościowej opieki, by uwzględniała ona trudności i potrzeby pacjentów. Oznacza to, że na równi należy traktować płaszczyznę fizyczną, psychiczną, społeczną i duchową chorych [11].

W prezentowanych badaniach podjęto próbę oceny opieki hospicyjnej sprawowanej nad pacjentami znajdującymi się w schyłku życia. Z uzyskanych odpowiedzi wynika, że większość badanego personelu jest

zadowolona ze swoich postaw wobec podopiecznych. Twierdzi, że w oferowanej opiece szanuje godność człowieka i kieruje się empatią. Porównując jednak niektóre z otrzymanych odpowiedzi można mieć wątpliwości dotyczące ich prawdziwości. Większość ankietowanych odpowiedziała bowiem, że zawsze lub często zauważa i zaspokaja w wystarczającym stopniu potrzeby psychiczne, społeczne i duchowe pacjenta, które traktuje jako równie ważne jak biologiczne. Jednak, gdy poproszono o podanie najczęściej zauważanych i zaspokajanych potrzeb zdecydowana większość badanych wskazała jako główne potrzeby fizjologiczne, tylko połowa z ankietowanych potrzeby psychologiczne, a potrzeby duchowe zostały wskazane jedynie przez jedną czwartą respondentów. Wyniki te dowodzą, że ankietowane osoby nie zdają sobie sprawy, że problemy związane ze sferą fizyczną pacjenta są przez nie traktowane jako priorytetowe.

Dodatkowo w odpowiedzi na pytanie dotyczące poszanowania godności osobistej i intymności pacjenta podczas wykonywania zabiegów i czynności pielęgnacyjnych większość ankietowanych odpowiedziała, że zawsze lub często przestrzega wspomnianych zasad. Jednak analiza odpowiedzi na pytanie dotyczące przedmiotowego traktowania chorego wykazała, że ponad połowa ankietowanych czasem traktuje pacjenta w ten sposób. Dodatkowo odpowiedzi dotyczące negatywnych komentarzy podczas wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych (np. niedołożności, wyglądu pacjenta) wskazują, że ponad połowa respondentów wyraża je czasami w obecności pacjentów, a część badanych robi to często.

Ankietowane pielęgniarki zaliczyły do czynników najbardziej zaburzających wysoką jakość wykonywanej pracy: pośpiech, nadmiar pracy i zmęczenie, a także niską płacę i brak empatii.

Z przeprowadzonych badań wynika, że badani (profesjonalni opiekunowie terminalnie chorych) z jednej strony deklarują wiedzę dotyczącą priorytetów w opiece nad tą grupą pacjentów, jednak z drugiej, w codziennej pracy nie zawsze przestrzegają deklarowanych wartości. Taka postawa wymaga dalszych analiz i dookreślenia, czy badana grupa zawodowa ma świadomość istnienia braków dotyczących zarówno wiedzy, jak i praktycznego postępowania z pacjentem u schyłku życia [12].

Wnioski

Większość ankietowanych jest zadowolona z własnej postawy wobec objętych opieką hospicyjną pacjentów i twierdzi, że uwzględniła w oferowanej opiece opinię pacjenta. Respondenci uważają, że często szanują godność pacjenta, zauważają jego potrzeby psychospołeczne i duchowe. Jednak z przeprowadzonych badań wynika, że profesjonalni opiekunowie terminalnie chorych zdają sobie sprawę z priorytetów w opiece nad tą grupą pacjentów, jednak w codziennej pracy nie zawsze przestrzegają deklarowanych wartości. Ankietowani dostrzegają potrzebę organizowania

spotkań integracyjnych, których celem ma być poprawa współpracy w ramach zespołu terapeutycznego, ze szczególnym uwzględnieniem rozwoju głębszego szacunku do pacjenta.

Analiza otrzymanych wyników pozwala stwierdzić, że istnieje potrzeba prowadzenia dalszych badań w omawianej dziedzinie, co miałyby na celu podniesienie poziomu świadczonych usług opiekuńczych dla osób znajdujących się u schyłku życia.

Tabela 1. Ocena własna relacji z pacjentem

Ocena własna relacji z pacjentem	n	%
Dobre	40	59
Bardzo dobre	24	35
Średnie	4	6
Złe	0	0
Suma	68	100

Chi² = 8,28, p = 0,08

Tabela 2. Własna ocena czynników utrudniających prawidłowe wykonywanie pracy*

Czynniki utrudniające dobre wykonywanie pracy	n	%
Pośpiech	58	85
Nadmiar pracy	46	68
Zmęczenie	45	66
Niska płaca	24	35
Rutyna	13	19
Rozmowy towarzyskie	11	16
Krytyka ze strony pacjentów	7	13
Niechęć do pacjenta	3	4
Obojętność wobec pacjenta	1	1

* wyniki nie sumują się do 100%, ponieważ ankietowani mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź

Tabela 3. Potrzeby pacjentów najczęściej zauważane przez personel medyczny

Najczęściej zauważane i zaspakajane przez personel medyczny potrzeby pacjenta	n	%
Fizjologiczne	68	100
Psychologiczne	65	96
Społeczne	57	84
Duchowe	34	50

Piśmiennictwo

1. Zabielski J, *Religijno-moralne wartościowanie życia i śmierci jako duchowe bezpieczeństwo starzejącego się człowieka*. W: Halicka M, Halicki J, Czykiera K, *Zagrożenia w starości i na jej przedpolu*. Białystok: Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku; 2010: 19-30.
2. Głaz S, *Sens życia a religia*. Kraków: Wydawnictwo WAM; 2006: 6-9.
3. Becelewska D, *Repetitorium z rozwoju człowieka*. Jelenia Góra: Mała Poligrafia; 2006: 7.
4. Gilmarin R. J, *Droga do pełni życia*. Kielce: Wydawnictwo Jedność; 2000: 27.
5. Cencini A, Manenti A, *Psychologia a formacja*. Kraków: Wydawnictwo WAM; 2002: 19-37.
6. Brzezińska A, *Aspekt psychologiczny. Religijność a sfera duchowa*. W: Wieczorowska-Tobis K, Talarska D, *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2008: 29.
7. Urbańczyk KJ, Tuzinowska K, Reszuta A.J, *Poczucie bezpieczeństwa osób starszych w badaniach Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Białymstoku*. W: Halicka M, Halicki J, Czykiera K, *Zagrożenia w starości i na jej przedpolu*. Białystok: Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku; 2010: 379-384.
8. Ossowski R, *Funkcjonowanie psychospołeczne osób starszych*. W: Kędzióra-Kornatowska K, Muszałik M, *Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2007: 28-35.
9. Frankl V.E, *Wola sensu*. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca; 2010: 29-31.
10. Fromm E, *Mieć czy być*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis; 2005: 207-209.
11. Muszałik M, Biercewicz M, *Problemy opiekuńcze u osób w starszym wieku*. W: Kędzióra-Kornatowska K, Muszałik M, Skolmowska E, *Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej*. Warszawa: PZWL; 2010: 131-135.
12. Reichmann W, *Pomagać z wiary. Ewolucja pojmowania Boga u osoby w podeszłym wieku. Jak wspomagać życie religijne seniora?* *Tematy* 2000; 1: 18.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Izabela Wróblewska
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu
ul. Katowicka 68, Opole
Tel. +48 774 423 523
E-mail: iz.wroblewska@gmail.com

Praca wpłynęła do redakcji: 14.10.2013r.

Po recenzji: 02.11.2013r.

Zaakceptowana do druku: 03.11.2013r.