

ANNALES
UNIVERSITATIS MARIAE CURIE-SKŁODOWSKA
LUBLIN—POLONIA

VOL. XXXV, 47

SECTIO D

1980

Zakład Organizacji Pracy Pielęgniarskiej. Akademia Medyczna w Lublinie
P. o. kierownika: dr n. hum. Helena Szymańska

Helena SZYMAŃSKA

Ocena poziomu opieki pielęgniarskiej chorych hospitalizowanych. Część I

Оценка уровня опеки среднего медицинского персонала госпитализированных
больных. Часть I

An Evaluation of the Quality of the Nursing Care of the Hospitalized Patients.
Part I

Ocena działalności w każdej dziedzinie życia oraz w każdym zawodzie jest ważnym zagadnieniem. W pielęgniarstwie problem ten nadal nie jest rozwiązany, głównie z powodu trudności metodologicznych, chociaż w literaturze można znaleźć opisy podejmowanych prób (2).

Ocenianie, najogólniej mówiąc, polega na porównywaniu stanu faktycznego z przyjętym wzorcem, na analizowaniu cech osiągniętego rezultatu i jego stosunku do założonego wyniku. Ocena zatem jest zbiorem informacji o tym, czy osiągnięty został przewidziany wynik działania, jaka jest relacja między wynikiem, jaki miał być osiągnięty, a uzyskanym stanem rzeczy (1).

Metodycznie uzyskana ocena jakości pielęgnacji stanowi podstawę do poprawy stanu praktyki pielęgniarskiej, jest instrumentem rozpoznawania słabych i mocnych punktów opieki, a także programowania doskonalenia zawodowego pielęgniarek. Wytycza również przedmiot i zakres kontroli oraz nadzoru, wskazuje na stan instrumentalnego wyposażenia oddziałów szpitalnych itd. Dlatego też jest w pełni uzasadnione podejmowanie prób szacowania poziomu pielęgnacji chorych hospitalizowanych.

METODY I MATERIAŁ

Aby przedstawić właściwą ocenę stanu faktycznego w zakresie poziomu pielęgnacji, niezbędne jest przyjęcie pewnego wzorca w znaczeniu modelu teoretycznego. Wzorzec taki ukazuje jasny obraz celów działania personelu pielęgniarskiego, ułatwia orientację w węzłowych zagadnieniach, a także stanowi obiektywny punkt odniesienia dla faktycznej praktyki pielęgniarskiej. Na podstawie modelu teoretycznego można ustalić i skonkretyzować pielęgniarskie obowiązki, zadania oraz po-

żądane zachowania. W niżej przedstawionych badaniach wykorzystano model opieki nad chorym hospitalizowanym, skonstruowany na podstawie pielęgniarskiej literatury (3). W modelu wyodrębniono 5 głównych funkcji działalności opiekuńczej pielęgniarek, a w nich 90 przedsięwzięć * składających się na całościowy proces pielęgnowania. Następnie 16-osobowa grupa ekspertów oszacowała wartość poszczególnych elementów pielęgnacji. Eksperci posługiwali się pięciopunktową skalą: najważniejsze — 5 pkt., bardzo ważne — 4 pkt., ważne — 3 pkt., mniej ważne — 2 pkt., najmniej ważne — 1 pkt. Zsumowane wagi 90 składników wynoszą 317 punktów, co stanowi wartość całościowej i optymalnej pielęgnacji chorych. Przypisanie punktowych wag poszczególnym elementom procesu pozwoliło na obliczenie wskaźnika jakości opieki (2). W gromadzeniu materiału badawczego wykorzystano technikę obserwacji, wywiadów z chorymi i analizę treści dokumentacji.

Badania przeprowadzone zostały w 11 losowo wybranych szpitalach (z wyjątkiem klinicznych i resortowych), zlokalizowanych w makroregionie lubelskim. W szpitalach tych znajdowało się 3064 łóżek dla dorosłych, z których objęto badaniem 10%, tj. 307 pacjentów z oddziałów internistycznych, chirurgicznych, położniczo-ginekologicznych oraz zakaźnie chorych.

WYNIKI BADAŃ I OMÓWIENIE

Stwierdzono, że największe niedobory istnieją w zakresie składników opieki, które mają na celu ochronę pacjentów przed zakażeniami (tab. 1, poz. 14—17). W żadnym z oddziałów objętych badaniem nie rozwiązano sprawy dezynfekowania łóżek, materacy, kocy i poduszek, jak też dezynfekowania naczyń na wydaliny, misek nerkowych i innego sprzętu mogącego stać się źródłem infekcji, a przez to zagrażającego zdrowiu pacjentów. Personel nie przywiązuje należytej wagi do reżimu sanitarnego: mycia rąk po zabiegach, postępowania z brudną bielizną i innym sprzętem, potencjalnie zakażonym. Stan sanitariatów budzi poważne zastrzeżenia.

Drobne zabiegi, iniekcje i inne wkłucia (np. pobranie krwi z żyły), wykonywane są u 60% badanych chorych za pomocą igieł, strzykawk i innych narzędzi tylko wydezynfekowanych przez gotowanie zamiast wyjałowionych (czyli pozbawionych bakterii i form przetrwalnikowych). Stan taki, choćby ze względu na wszczepienną żółtaczkę zakaźną, nie gwarantuje bezpieczeństwa chorym.

Zapewnienie warunków dla bezpiecznego poruszania się bądź unieruchomienia pacjentów również wykazuje poważne niedomogi (tab. 1, poz. 1—3, 6—8). Brak odpowiednich uchwytów, poręczy, barierek, jak również niedostatecznie suche podłogi, utrudniają bezpieczne poruszanie się chorych.

* Te przedsięwzięcia zostały nazwane składnikami opieki, wychowania lub postępowania terapeutycznego i zestawione w tabelach — w Części I: tab. 1 poz. 1—18, tab. 2 poz. 1—19 oraz w Części II: tab. 1 poz. 1—19, tab. 2 poz. 1—16, tab. 3 poz. 1—18.

Tab. 1. Zapewnienie bezpieczeństwa chorym w oddziałach szpitalnych
Ensuring safety to the patients in hospital wards

L.p.	Składniki opieki	N-x	Składniki opieki stwierdzono		%
			tak	nie	
1.	W zasięgu ręki chorego znajduje się sygnalizacja wzywająca	307	50	257	83,7
2.	W ubikacji, łazience znajduje się funkcyjująca sygnalizacja	307	3	304	99,1
3.	W ubikacji, w łazience wmontowane są odpowiednie uchwyty, poręcze, bariereki	307	24	283	92,2
4.	Otoczenie chorego, instalacja elektryczna, lampy, aparatura są bezpieczne	307	299	8	2,6
5.	W sali chorych panuje ład i porządek, chory może swobodnie poruszać się po sali	306	228	78	25,5
6.	Łóżka chorych nieprzytomnych i pooperacyjnych są zabezpieczone	33	9	24	72,7
7.	W nocy sale chorych, korytarze są prawidłowo oświetlone	307	77	230	74,9
8.	Podłoga w sali jest sucha i nie pastwana	307	119	188	61,2
9.	W sali znajduje się informacja zabraniająca używania ognia zwłaszcza w okresie podawania tlenu	301	9	292	97,0
10.	Butla tlenowa jest zabezpieczona przed wywróceniem	106	101	5	4,7
11.	Apteka oddziałowa jest zamknięta i niedostępna dla osób niepowołanych	307	57	250	81,4
12.	Środki dezynfekcyjne i inne chemikalia są niedostępne dla pacjentów	307	45	262	85,4
13.	Leki i płyny są przechowywane w oryginalnych opakowaniach	307	306	1	0,3
14.	Łóżko, materac, koce są dezynfekowane po każdym chorym	307	—	307	100,0
15.	Każdy chory ma wydzielony basen, bądź baseny są dezynfekowane po każdym użyciu	285	28	267	90,5
16.	Igły, strzykawki, peşety i inne narzędzia są wyjąławiane w autoklawach, bądź używane są jednorazowo	307	120	187	61,0
17.	Przestrzeganý jest reżim sanitarny — pielęgniarka myje ręce po każdym zabiegu przy chorým — baseny, kaczki i inne przybory (także bielizna) nie są stawiane na podłodze	307	82	225	73,3
18.	Wszystkie czynności pielęgniacyjne wykonywane są przez fachowy personel (nie przez salowe)	300	62	238	79,3

N-x — oznacza liczbę pacjentów oczekujących na dany element opieki, N-x ustalono dla każdego komponentu opieki oddzielnie, odejmując od N (307) liczby pacjentów nie wymagających poszczególnych składników pielęgnacji.

Wyposażenie łóżek szpitalnych w sygnalizację świetlną bądź dźwiękową pozostawia wiele do życzenia. Często system sygnalizacyjny nie działa, ale bywa i tak, że jest wyłączony, „bo personel musiałby tylko odbierać dzwonki”. Przeciętnie co szósty pacjent dysponuje dzwonkiem, Wiele sal i separatek, w których przebywają ciężko chorzy, pozbawiono jakiegokolwiek sygnalizacji. Taki stan rzeczy powoduje, że chorzy nie mogą wzywać pomocy, niezależnie od stanu zdrowia i zleceń lekarzy próbują usamodzielnąć się i załatwić najpilniejsze potrzeby, nie bacząc na ujemne następstwa takiego postępowania. Brak sygnalizacji może być przyczyną nie tylko zagrożenia zdrowia fizycznego, ale przede wszystkim wpływa negatywnie na samopoczucie. Każdy człowiek chory, a zwłaszcza zmuszony do pozostania w łóżku, oczekuje na takie warunki, które bezwzględnie zapewniłyby mu możliwość nawiązania kontaktu z innym człowiekiem, możliwość wezwania pomocy.

Sytuacje zagrażające zdrowiu pacjentów w oddziałach szpitalnych powstają także w wyniku bezkrytycznego podporządkowania się nie zawsze słusznym zwyczajom, np. pastowania i froterowania podłóg. Wiadomo, iż stosowane w Polsce pasty do podłóg nie zawierają środków dezynfekcyjnych, a niewłaściwie użyte są siedliskiem kurzu i bakterii. Mimo to w większości oddziałów szpitalnych, również w oddziałach chorób zakaźnych i gruźlicy, podłogi są pastowane i poza tym, że stanowią pożywkę dla bakterii, są śliskie i mogą być przyczyną upadków.

Statystycznie dobrze przedstawia się stan bezpieczeństwa związany z instalacją elektryczną, uziemieniem, aparaturą (tab. 1, poz. 4), chociaż stwierdzenie sytuacji, które zagrażają zdrowiu, a może nawet życiu 8 chorym budzi niepokój. Podobnie jak brak przy łóżkach odpowiednich drabinek zabezpieczających przed wypadnięciem pacjentów nieprzytomnych (tab. 1, poz. 6).

Powszechnie nie przestrzega się zamykania lekarstw, środków dezynfekcyjnych i innych chemikaliów (tab. 1, poz. 11, 12), które nieodpowiednio użyte mogą działać jako środek trujący.

Zasięg świadczeń w zakresie zaspokojenia egzystencjalnych potrzeb hospitalizowanych pacjentów zestawiono w tab. 2.

Stan czystości skóry, zębów, włosów, paznokci uznano za zadowalającą tylko u 43% badanych pacjentów (tab. 2, poz. 2). Rezultat ten jest efektem czynności higienicznych samych chorych bądź członków rodziny, a rzadko wynikiem starań personelu szpitalnego. Jedynie w 13% przypadków pacjentom wymagającym toalet ciała, toalety te wykonały pielęgniarki (tab. 2, poz. 1). W stosunku do pozostałych 87% chorych z poważnymi ograniczeniami ruchu i siły (w gipsowych opatrunkach, po zabiegach operacyjnych itp.) dbałość personelu o czystość osobistą sprawdziła się do podania — najczęściej przez salowe — miednic z wodą.

Tab. 2. Zaspokojenie zdrowotnych potrzeb biologicznych
Actions directed towards meeting physical needs of the patients

L.p.	Składniki opieki	N-x	Składniki opieki stwierdzono		
			tak	%	nie
		222	29	13,1	193
1.	Pacjent miał wykonaną pełną toaletę ciała przez pielęgniarkę	306	131	42,8	175
2.	Ciało pacjenta (skóra, słuzówki, zęby, włosy, paznokcie) jest czyste	307	250	81,4	57
3.	Pacjent ma czystą bieliznę osobistą, pościel i ręczniki	307	142	46,2	165
4.	Łóżko i szafka przyłóżkowa są czyste i uporządkowane	307	238	77,5	69
5.	Sala chorych, zasłony, podłoga, umywalka, kosze są czyste	302	160	53,0	142
6.	Pacjent i pokój pacjenta został właściwie przygotowany do posiłku	307	186	60,6	121
7.	Pacjent otrzymał posiłek wg zleconej diety i o właściwej temperaturze	134	41	30,6	93
8.	Pacjent był pojoyony i karmiony przez pielęgniarkę bez po- spiechu	305	291	95,4	14
9.	Pacjentowi zapewniono spokojną atmosferę w czasie posiłku	307	177	57,6	130
10.	Używane talerze, kubki, sztućce są estetyczne, czyste i na- leżycie przechowywane	259	48	18,5	211
11.	Pacjent był zachęcony do przyjmowania bądź ograniczenia płynów i pokarmów	182	78	42,8	104
12.	Pacjentowi leżącemu zapewniono wygodną i prawidłową po- zycję	301	193	64,1	108
13.	Pacjent ma zapewnioną ciszę, spokój i właściwą temperatu- rę, sprzyjającą wypoczynkowi	307	78	25,4	229
14.	Pacjent jest budzony po godz. 6 do mycia, mierzenia tempe- ratury i innych zabiegów	99	69	69,7	30
15.	Pacjent otrzymał właściwą pomoc w utrzymaniu ciepłoty ciała poprzez ogrzewanie bądź ochładzanie organizmu	307	202	65,8	105
16.	Pokój pacjenta jest wietrzony, powietrze jest świeże	114	42	36,8	72
17.	Pacjentowi udzielono pomocy przy uruchomieniu bądź ogra- niczeniu ruchu	193	63	32,6	130
18.	Pacjent otrzymał basen (kaczkę) zaraz po poproszeniu	193	21	10,8	172
19.	Basen (kaczka) został odebrany bez proszenia o zabranie				

N-x — patrz tab. 1.

Wśród chorych spotkano takich, którym przez okres 2 miesięcy nikt nie wykonał pełnej toalety ciała, a przecież dbałość o czystość w okresie choroby winna ulać nasileniu, ma to bowiem zarówno znaczenie psychiczne, jak i fizjologiczne.

Również otoczenie chorych nie zawsze utrzymane jest w należytej czystości i ładzie. Stosunkowo mało zastrzeżeń budziła bielizna pościelowa, zasłony w oknach, podłogi w salach (tab. 2, poz. 3, 5), natomiast łóżka, szafki przyłóżkowe i kosze w większości oddziałów były brudne (tab. 2, poz. 4). W kilku oddziałach stwierdzono dużo much siadających na łóżkach, opatrunkach i twarzach chorych.

Ułatwienie chorym zaspokojenia potrzeby wydalania pozostaje poza kręgiem zainteresowania personelu pielęgniarskiego (tab. 2, poz. 18, 19). Pacjenci liczą jedynie na pomoc lżej chorych, odwiedzających i ewentualnie salowych.

W badaniu stwierdzono, iż około 75% pacjentów jest budzonych przed godziną 6 do mycia, mierzenia temperatury i innych zabiegów (tab. 2, poz. 14). Często chorzy są budzeni o godzinie 5, 4, a nawet 3, gdyż pielęgniarkom dyżurującym na nocnej zmianie, czyli od godziny 22 do 6, przydzielono zbyt szeroki zakres obowiązków. Niewygodne pozycje (tab. 2, poz. 12), wygniecione materace, a także zakłócenie ciszy — głośnie rozmowy personelu, stukanie obuwem, skrzypienie drzwi, zapalenie w nocy jasnych świateł w salach i korytarzach, utrudniają wypoczynek chorym w większości oddziałów.

Zadania pielęgniarki związane z odżywianiem chorych dotyczą właściwego przygotowania pacjenta, otoczenia, a także zapewnienia spokojnej atmosfery w czasie spożywania posiłku, estetycznego podania pokarmów o odpowiedniej temperaturze i zgodnie ze zleconą dietą, nakarmienie chorych niezdolnych do samoobsługi, bez pośpiechu i zniecierpliwienia, zachęcania pacjentów do przyjmowania bądź ograniczania płynów oraz pokarmów zgodnie ze wskazaniami, zapewnienia czystości i estetyki sztucców. Wykonywanie tych zadań można określić jako dalece niezadowalające i niewystarczające (tab. 2, poz. 11, 6—8). W ciągu stosunkowo krótkiego czasu zaobserwowano co najmniej kilkunastu chorych głodnych bądź spragnionych, wyrażających chęć spożycia pokarmów, pacjentów, którzy nie zostali nasyceni, a posiłek zabrano, ponieważ nikt nie pomógł im w jego spożyciu. Niejednokrotnie obserwowano pacjentów próbujących się napić, ale z powodu ograniczenia ruchowego bądź braku siły rozlewających płyny. Zdarzyło się, że w takiej sytuacji personel okazywał niezadowolenie, zabierano kubki, nie podając zastępczej porcji płynu.

Dużo zastrzeżeń budzi kwestia higienicznego i estetycznego spożywania posiłków oraz przechowywania sztucców (tab. 2, poz. 10). Oto kilka stwierdzonych faktów: do kompotu stojącego w kubku przy chorym do-

lano mleka i podano pacjentowi do spożycia. Z powodu braku filiżanek pacjenci piją płyny przyniesione przez członków rodziny ze słoików, butelek, menażek, a brak noży powoduje, że chorzy smarują chleb masłem, posługując się łyżkami bądź widelcami. W wielu szpitalach zainteresowanie personelu sztucami ogranicza się tylko do przydzielenia ich chorym przy przyjęciu do oddziału, a odebraniu przy wypisaniu. Sztuce przechowywane są w szafkach nocnych bez serwetek.

PODSUMOWANIE

Zapewnienie bezpieczeństwa chorym w oddziałach szpitalnych wynika z potrzeb odczuwanych przez wszystkich ludzi, niezależnie gdzie i w jakiej sytuacji się znajdują. Zagwarantowanie bezpiecznych warunków nabiera jednak szczególnego znaczenia w szpitalach, są to bowiem instytucje, których celem jest przywracanie i ochrona zdrowia, zatem sytuacje zagrażające zdrowiu tym bardziej nie powinny tam mieć miejsca. Tymczasem rzeczywisty stan bezpieczeństwa chorych badanych osiąga wartość jednej trzeciej stanu, który powinien być bezwzględnie zagwarantowany.

Łącznie udzielana pomoc w zaspokojeniu biologicznych potrzeb zdrowotnych w jedenastu badanych szpitalach jest bardzo niska, osiąga zaledwie 50% wymaganych świadczeń. Oznacza to, że połowa pacjentów bywa głodnych, spragnionych, nie wyspanych, zziębniętych bądź przeżranych, nie umytych itp., i to nie z przyczyn wynikających z ograniczeń chorobowych, ale z niedostatku opieki pielęgniarskiej.

PIŚMIENNICTWO

1. Łukaszeński W.: Oceny działania a wykonanie nowych zadań. Zakład Narodowy im. Ossolińskich, PAN, Wrocław—Warszawa—Kraków—Gdańsk 1973.
2. Szymańska H.: *Zdrowie Publ.* 12, 771—782, 1977.
3. Szymańska H.: *Pielęgn. Położ.* 2, 18—22, 1977 i 3, 18—21, 1977.

Otrzymano 9 III 1979.

РЕЗЮМЕ

Исследования проводились в 11 случайно выбранных больницах Люблинского макрорайона (за исключением клиник). Исследованиями были охвачены 307 пациентов следующих отделений: терапевтического, хирургического, акушерско-гинекологического и инфекционного. Применялись следующие методы: метод непосредственного наблюдения, анамнеза, анализа содержания документации. Определялась потребность каждого обследованного пациента в отдельных

элементах опеки и фактически полученная им в это время средне-медицинская помощь. Разница между ожидаемой опекой и фактической была принята за показатель ухода. Установлено, что фактическое состояние безопасности больных в этих больницах достигает 1/3 уровня (по условной шкале), гарантируемого больным. Помощь в удовлетворении биологических оздоровительных потребностей пациентов достигает 50% обязательных в этой области услуг.

SUMMARY

The study has been carried in 11 chosen hospitals of the Lublin district without clinics. 307 patients from surgery, gynecology, internal and infectious diseases wards were examined. The following methods were used: direct observation, interview and the analysis of the contents of the medical documents. The demand of each patient for the particular elements of the patient care and the actual care provided to a patient at the same time were taken into consideration. The difference between the expected care and actual care offered was taken as a rate of a quality of the patient care. It has been found out that an actual state of patients security in the examined hospitals reaches, according to our scale, one third of the care which should be absolutely provided, and help in meeting the patients' daily hygiene, and other biological needs reach 50% of the required nursing services.