

RACJONOWANIE OPIEKI PIELEŃNIARSKIEJ NA ODDZIALE HEMATOLOGII I ONKOLOGII DZIECIĘCEJ

Rationing of nursing care at the Department of Hematology and Pediatric Oncology

Ilona Baszkiewicz

Oddział Onkologii i Hematologii Dziecięcej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: ilona2702@o2.pl

STRESZCZENIE

Wstęp. Z racjonowaniem opieki pielęgniarskiej ma się do czynienia w sytuacji, kiedy liczba personelu na jednej zmianie jest niewystarczająca do zapewnienia odpowiedniego poziomu opieki wszystkim pacjentom. Wśród przyczyn występowania zjawiska upatruje się redukcję zatrudnienia, zwiększone zapotrzebowanie na opiekę ze względu na nowe technologie, nowe opcje leczenia, czy też wyższy poziom wiedzy pacjentów, co zwiększa nakłady czasu i pracy ponoszone przez pracowników opieki.

Cel pracy. Ocena stopnia racjonowania opieki pielęgniarskiej na oddziale hematologii i onkologii dziecięcej.

Materiał i metody. W celu oceny stopnia racjonowania opieki przez pielęgniarki pracujące na oddziale hematologii i onkologii dziecięcej posłużono się autorskim kwestionariuszem ankiety oraz standaryzowanym arkuszem BERNCA. Badania przeprowadzono w 2018 r. w grupie 99 pielęgniarek zatrudnionych w Klinice Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu.

Wyniki. Uzyskane dane poddano analizie statystycznej w programie *R Core Team (2018)*. *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. Porównanie wartości zmiennych ilościowych w dwóch grupach wykonano za pomocą testu *t*-Studenta (gdy zmienna miała w tych grupach rozkład normalny) lub testu Manna-Whitneya. Porównanie wartości zmiennych ilościowych w trzech i więcej grupach wykonano za pomocą analizy wariancji ANOVA (gdy zmienna miała w tych grupach rozkład normalny) lub testu Kruskala-Wallisa. Korelacje między zmiennymi ilościowymi analizowano za pomocą współczynnika korelacji Pearsona (gdy obie miały rozkład normalny) lub Spearmana (w przeciwnym przypadku). W analizie przyjęto poziom istotności 0,05. Uzyskane wyniki wskazują na duży stopień racjonowania opieki przez pielęgniarki na oddziale onkologii i hematologii dziecięcej.

Wnioski. Determinantami, które wpływają na racjonowanie opieki pielęgniarskiej na podstawie wyniku całego kwestionariusza BERNCA, był wiek pielęgniarek (im starsze, tym bardziej racjonują opiekę), dłuższy staż pracy oraz brak czasu na spożycie posiłku, wówczas również dochodzi do racjonowania.

Słowa kluczowe: racjonowanie opieki pielęgniarskiej, normy zatrudnienia, hematologia i onkologia dziecięca.

SUMMARY

Background. The rationing of nursing care is faced when the number of staff on one shift is insufficient to ensure an adequate level of care for all patients. The causes of this phenomenon include a reduction in employment, increased demand for care due to new technologies, new treatment options, or a higher level of knowledge among patients, which increases the time and labour input of care workers.

Objectives. Evaluation of the degree of rationing of nursing care in the department of paediatric haematology and oncology.

Material and methods. In order to assess the degree of rationing of care by nurses working in the department of paediatric haematology and oncology, a proprietary questionnaire and a standardized BERNCA sheet were used. The study was conducted in 2018 in a group of 99 nurses employed in the Department of Paediatric Transplantation, Oncology and Haematology of the University Clinical Hospital in Wrocław.

Results. The obtained data was analyzed statistically in the *R Core Team program (2018)*. *R: A language and environment for statistical computing*. R: Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. Comparison of quantitative variables in two groups was performed using Student's *t*-test (when the variable had normal distribution in these groups) or Mann-Whitney's test. The values of quantitative variables in three or more groups were compared using ANOVA variance analysis (when the variable had normal distribution in these groups) or Kruskal-Wallis test. Correlations between quantitative variables were analysed using the Pearson correlation coefficient (when both had normal distribution) or Spearman correlation coefficient (when both had normal distribution). The results obtained indicate a high degree of rationing of care by nurses in the department of paediatric oncology and haematology.

Conclusions. The determinants that influence the rationing of nursing care based on the results of the whole BERNCA questionnaire were the age of nurses (the older they get, the more they are rationing care), longer service life and lack of time to eat.

Key words: rationing of nursing care, employment standards, paediatric haematology and oncology.

WSTĘP

Choroba nowotworowa dotyczy głównie osób dorosłych, dlatego też nowotwory wieku dziecięcego stanowią tylko 1% wszystkich zachorowań. W ciągu roku w Polsce rozpoznaje się

średnio 1200–1300 chorób nowotworowych u dzieci i młodzieży do 18. roku życia. Choroba nowotworowa stanowi drugą, pod względem częstości, przyczynę zgonów wśród dzieci powyżej 1. roku życia, zaraz po wypadkach, urazach i zatruciach. Problem

ten przekłada się na tworzenie istotnego wyzwania w medycynie wieku rozwojowego. Obecnie szacuje się, iż liczba wyleczeń mieści się w granicach od 70 do 80%, dzieje się tak nie tylko dlatego, że nowotwory wieku dziecięcego i młodzieńczego występują stosunkowo rzadko, ale także z każdym rokiem odnotowuje się systematyczną poprawę wyników terapii [1].

W Polsce najczęstsze nowotwory wieku dziecięcego to białaczki. Szacuje się, że stanowią one około 26% wszystkich chorób nowotworowych u dzieci. Najczęstszą jej postacią jest ostra białaczka limfoblastyczna (ALL) [2].

Pojęcie *racjonowania opieki* jest zjawiskiem dość nowym. Pierwszy raz pojawiło się w roku 2006 wprowadzone przez Beatrice J. Kalisch [3]. Można je rozpatrywać w każdej dziedzinie pielęgniarstwa. W tym przypadku odnosi się ono do błędów związanych z pominięciem całościowym lub częściowym poszczególnego aspektu opieki [3].

Kalisch w swoich badaniach przychyliła się do stanowiska, iż niewykonanie poszczególnych czynności w opiece pielęgniarskiej należy bardziej uznać za błąd wynikający z zaniedbania, a nie zapomnienie. Wynika to z faktu, iż w swojej codziennej pracy pielęgniarki mają świadomość, iż nie wykonują w pełni wszystkich obowiązków, ale jest to spowodowane obciążeniem nadmierną liczbą obowiązków. [3] Badania Kalisch [3] pozwoliły na wyodrębnienie siedmiu głównych powodów, przez które są pomijane czynności pielęgniarstwa. Należą do nich: zbyt mała liczba pracowników; czas przeznaczony na interwencje pielęgniarstwa; słabe wykorzystanie zasobów personelu; syndrom „to nie są moje obowiązki”; nieefektywny podział obowiązków; przyzwyczajenia; odmowa. Ponadto w badaniach zostały określone również obszary, w obrębie których są pomijane czynności pielęgniarstwa, zaliczamy do nich: aktywność pacjentów; zmiana pozycji pacjenta; karmienie; edukacja; plan wypisu; wsparcie emocjonalne; higiena; dokumentacja; obserwacja.

O racjonowaniu opieki pielęgniarskiej mówi się wtedy, kiedy dostępne zasoby nie są wystarczające, aby zapewnić właściwy poziom opieki każdemu pacjentowi. Przyczyn takiego zjawiska należy dopatrywać się w takich kategoriach, jak: redukcja zatrudnienia, nowoczesna technologia (która zwiększa zapotrzebowanie na opiekę), nowe terapie i cykle leczenia, zwiększający się poziom wiedzy pacjentów. Całokształt wymienionych aspektów przekłada się na zwiększenie nakładów czasu i pracy, które ponoszą pracownicy personelu pielęgniarstwa [3, 4].

Koncepcja racjonowania opieki według Schubert i współautorów [4, 5] zakłada, iż wszystkie działania pielęgniarstwa są równoważne, dzięki czemu umożliwiające jest osiągnięcie nie tylko działań pożądaných, ale także oczekiwanych przez pacjentów. Zalicza się tu: działania rozpoznawcze, prewencję, rehabilitację, prowadzenie terapii, ale również wsparcie emocjonalne. Dokonana przez pielęgniarkę ocena kliniczna, jak i postawiona diagnoza pielęgniarstwa, mają bardzo duże znaczenie na racjonowanie opieki względem pacjenta [4, 5].

W 2015 r. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych w Polsce opracowała prognozę, która pokazuje liczbę zarejestrowanych oraz zatrudnionych pielęgniarek i położnych w latach 2016–2030. Wyniki prognoz nakreślają negatywną tendencję, która obrazuje zwiększającą się liczbę, zarówno pielęgniarek jak i położnych, które są zarejestrowane, ale posiadają już uprawnienia emerytalne. Dodatkowo zwiększył się średni wiek pielęgniarek i położnych, które są zatrudnione na stanowiskach pracowniczych w systemie ochrony zdrowia [6].

Obecnie minimalne normy zatrudnienia personelu pielęgniarstwa nie dają żadnej gwarancji realizacji przyjętych standardów postępowania, jak i spełnienia pożądanego poziomu jakości usług medycznych [7].

MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono wśród pielęgniarek zatrudnionych w Klinice Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu

w 2018 r. W badaniu brało udział 99 ankietowanych w wieku od 24 do 60 lat, 93% stanowiły kobiety. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy, przeprowadzone badania odbyły się z użyciem ankiety socjodemograficznej własnego autorstwa oraz narzędzia BERNCA.

Kwestionariusz ankiety składał się z 26 pytań dotyczących danych socjodemograficznych badanych osób oraz informacji o miejscu zatrudnienia respondentów, tj.: liczba etatów, system pracy, liczba pacjentów pod opieką jednej pielęgniarki, przepracowanych godzin tygodniowo (w tym również godziny nocne), wykonywanie obowiązków za inny personel zatrudniony w placówce, częstość współpracy z osobami zatrudnionymi na umowę zlecenie, satysfakcję z wynagrodzenia, niezadowolenie związane ze świadomością niewypełnienia obowiązków, brakiem jasno określonych ról, realizacji zadań niejasnych wykraczających poza kompetencje, chęć przekwalifikowania się oraz liczba wypracowanych nadgodzin, odczucie przymuszania przez przełożonych do wypracowania nadgodzin oraz czas na zjedzenie posiłku w ciągu dyżuru.

Drugim narzędziem badawczym był kwestionariusz BERNCA, który pozwala na określenie poziomu racjonowania opieki pielęgniarstwa przez respondentów. W skład kwestionariusza wchodziły pytania dotyczące częstości występowania 32 sytuacji, w których zachodzi konieczność racjonalizacji opieki. Narzędzie zawiera 5 części, które dotyczą pacjentów i tyczą się ich: aktywności w ciągu dnia, wsparcia i opieki, edukacji i rehabilitacji, monitorowania bezpieczeństwa oraz dokumentacji. Kwestionariusz zawiera 5-stopniową skalę, gdzie 0 oznacza „nie było takiej potrzeby”; 1 – „nigdy”; 2 – „rzadko”; 3 – „czasami”; a 4 – „często”. Badani respondenci określali, jak często w ciągu ostatnich 7 dni byli w stanie wykonać wymienione w kwestionariuszu czynności. Im wyższą sumę punktów uzyskał respondent, tym wyższy wystąpił stopień racjonalizacji opieki [4].

GRUPA BADANA

W badaniu wzięło udział 99 respondentów. W tym 92 kobiety (92,9%) oraz 3 mężczyźni (3,0%). Najliczniejszą grupą biorącą udział w badaniu były osoby w przedziale wiekowym 45–50 lat oraz 55–60 lat, reprezentowało je po 19 osób (19,2%). Najmniej było ankietowanych w wieku 20–25 lat, tylko 7 osób (7,1%). W odniesieniu do stażu pracy 20 badanych (20,2%) pracuje w zawodzie od 20 do 25 lat. 7 pielęgniarek (7,1%) pracuje w zawodzie 10–15 lat. W badanej grupie 46 pielęgniarek (46,5%) miało ukończone w chwili badania studia licencjackie. Tylko 16 ankietowanych (16,2%) było po studium medycznym. Od 40 do 50 godzin w tygodniu wypracowuje 50 badanych pielęgniarek (50,5%). Tylko 1 osoba (1%) wypracowuje w tygodniu od 100 do 120 godzin. 88 ankietowanych osób (88,9%) uważa, że często brakuje pełnej obstawy grafkowej. Nadgodziny wypracowują 82 pielęgniarki (82,8%), 56 respondentów (56,6%) stwierdziło, że w trakcie dyżuru nie znajduje czasu na zjedzenie posiłku (tab. 1).

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy

Zmienne	n	%
Wiek		
20–25	7	7,1
25–30	10	10,1
30–35	9	9,1
35–40	12	12,1
40–45	14	14,1
45–50	19	19,2
50–55	9	9,1
55–60	19	19,2
Płeć		
Kobieta	92	92,9
Mężczyzna	3	3,0
Brak odpowiedzi	4	4,1

Zmienne	n	%
Staż pracy w zawodzie		
0–5	16	16,2
5–10	8	8,1
10–15	7	7,1
15–20	14	14,1
20–25	20	20,2
25–30	14	14,1
30–35	12	12,1
35–40	8	8,1
Poziom wykształcenia		
Liceum medyczne	17	17,2
Studium medyczne	16	16,2
Studia licencjackie	46	46,5
Studia magisterskie	20	20,2
Liczba godzin pracy w tygodniu		
30–40	15	15,2
40–50	50	50,5
50–60	10	10,1
60–70	9	9,1
70–80	10	10,1
80–90	1	1,0
90–100	2	2,0
100–110	0	0
110–120	1	1,0
Liczba godzin nocny przepracowanych zawodowo w ciągu tygodnia		
0–5	1	1,0
5–10	0	0
10–15	3	3,0
15–20	4	4,0
20–25	46	46,6
25–30	3	3,0
30–35	1	1,0
35–40	35	35,4
40–45	2	2,0
45–50	4	4,0
Częsty brak pełnej obstawy grafiku		
Tak	88	88,9
Nie	11	11,1
Dyżury nadgodzinowe		
Tak	82	82,8
Nie	17	17,2
Poczucie przymuszenia do brania dyżurów nadgodzinowych		
Tak	50	50,5
Nie	48	48,5
Brak odpowiedzi	1	1,0
Czas na zjedzenie posiłku podczas dyżuru		
Tak	41	41,4
Nie zawsze	1	1,0
Nie	56	56,6
Brak odpowiedzi	1	1,0
Wykonywanie czynności za inne osoby		
Lekarz	69	69,7
Salowa	86	86,9
Fizjoterapeuta	23	23,2
Sanitariusz	83	83,8

WYNIKI

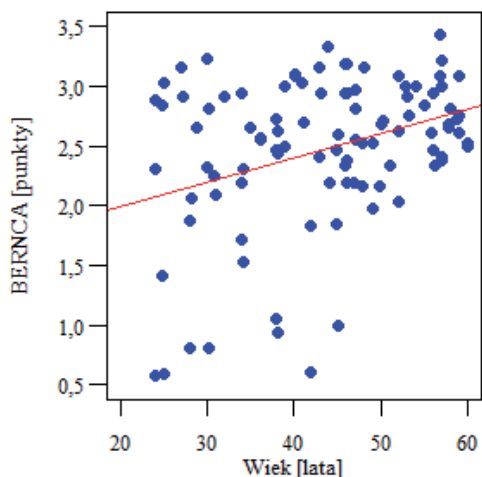
Średni łączny wynik BERNCA wynosił 2,47 punktu (SD = 0,64). Można więc stwierdzić, że częstość racjonowania opieki przez respondentów to między „czasami” a „rzadko”. Mediana wyno-

siła 2,62 punktu, a więc połowa ankietowanych uzyskała mniej, a połowa więcej niż 2,62 punktu. Pierwszy i trzeci kwartył wynosiły odpowiednio: 2,27 i 2,94, a więc typowy w analizowanej grupie wynik to między 2,27 a 2,94 punktu. W tabeli 2 przedstawiono rozkład odpowiedzi na poszczególne pytania kwestionariusza. Najczęściej racjonowane są (najwyższa średnia): rozmowa z pacjentem lub rodziną (pytanie 11), czynności związane z higieną zębów pacjenta (pytanie 5), czynności związane z higieną jamy ustnej pacjenta (pytanie 4), opracowanie planów opieki nad pacjentami (pytanie 31), kontrolowanie stanu pacjenta tak dokładnie jak było to potrzebne (pytanie 19).

Tabela 2. Tabela przedstawiająca najczęściej racjonowane czynności pielęgniarskie na podstawie odpowiedzi respondentów na poszczególne pytania

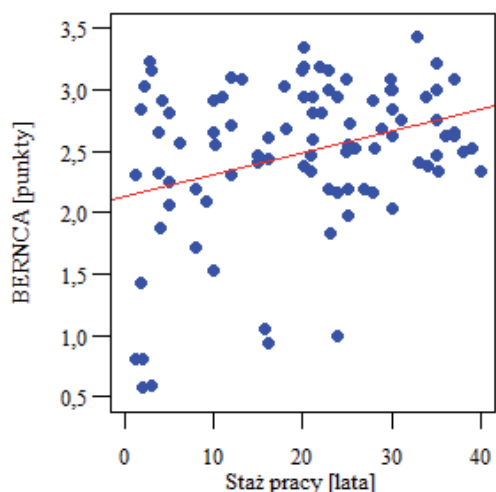
Pytanie	Nie było takiej potrzeby (0) (%)	Nigdy (1) (%)	Rzadko (2) (%)	Czasami (3) (%)	Często (4) (%)	Brak odpowiedzi (%)	Średnia (%)
1	23,23	7,07	18,18	39,39	11,11	1,01%	2,08
2	20,20	8,08	11,11	34,34	25,25	1,01	2,37
3	4,04	6,06	12,12	49,49	27,27	1,01	2,91
4	7,07	2,02	5,05	48,48	36,36	1,01	3,06
5	7,07	2,02	4,04	48,48	37,37	1,01	3,08
6	7,07	2,02	12,12	48,48	29,29	1,01	2,92
7	10,10	12,12	28,28	37,37	11,11	1,01	2,28
8	8,08	14,14	29,29	42,42	5,05	1,01	2,22
9	4,04	41,41	33,33	17,17	3,03	1,01	1,73
10	1,01	7,07	11,11	58,59	21,21	1,01	2,93
11	0,00	4,04	5,05	64,65	25,25	1,01	3,12
12	0,00	7,07	8,08	64,65	18,18	2,02	2,96
13	16,16	23,23	29,29	29,29	1,01	1,01	1,76
14	29,29	44,44	14,14	11,11	0,00	1,01	1,07
15	28,28	11,11	15,15	17,17	26,26	2,02	2,02
16	9,09	1,01	10,10	56,57	22,22	1,01	2,83
17	2,02	7,07	8,08	57,58	24,24	1,01	2,96
18	0,00	4,04	22,22	55,56	16,16	2,02	2,86
19	0,00	8,08	12,12	51,52	27,27	1,01	2,99
20	26,26	32,32	10,10	22,22	7,07	2,02	1,51
21	26,26	27,27	27,27	17,17	1,01	1,01	1,39
22	26,26	21,21	31,31	20,20	0,00	1,01	1,46
23	1,01%	7,07	18,18	69,70	3,03	1,01	2,67
24	0,00%	7,07	16,16	71,72	4,04	1,01	2,73
25	1,01%	8,08	11,11	72,73	6,06	1,01	2,76
26	2,02%	11,11	47,47	36,36	2,02	1,01	2,26
27	3,03%	10,10	54,55	29,29	1,01	2,02	2,15
28	2,02%	7,07	53,54	30,30	0,00	7,07	2,21
29	0,00%	9,09	5,05	61,62	22,22	2,02	2,99
30	2,02%	7,07	6,06	59,60	24,24	1,01	2,98
31	0,00%	7,07	8,08	58,59	25,25	1,01	3,03
32	0,00%	7,07	10,10	58,59	23,23	1,01	2,99

W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej wykazano, że istnieje zależność między wiekiem ankietowanych osób, a wynikami kwestionariusza BERNCA. Jest ona dodatnia, a więc im starsza jest badana osoba, tym częściej wprowadza racjonowanie opieki. Zależność tą zaprezentowano na rycinie 1.



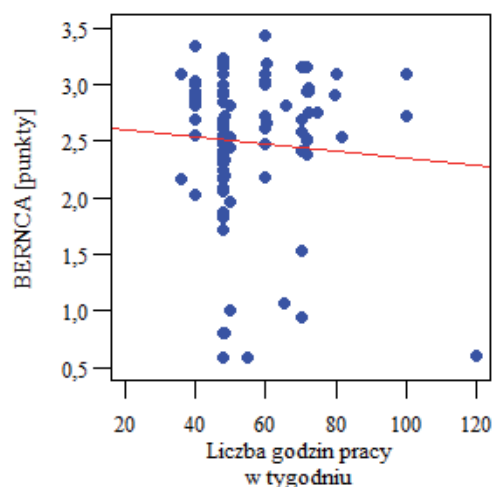
Rycina 1. Rozkład punktowy korelacji między wiekiem a racjonowaniem opieki pielęgniarskiej

Podobny wynik uzyskano w przypadku stażu pracy. W związku z tym im dłuższy staż pracy w pielęgniarstwie, tym częściej wprowadzane są zasady racjonowania opieki. Zależność ta ukazuje rycina 2.

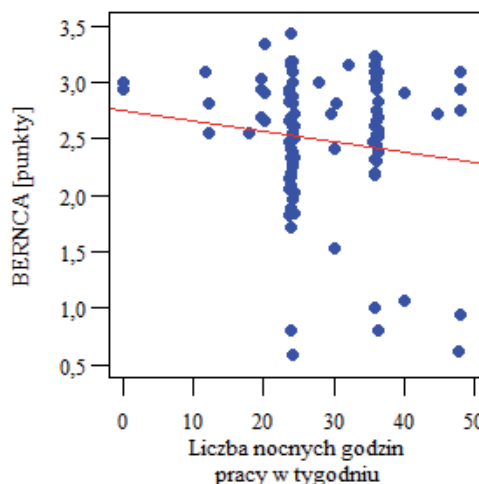


Rycina 2. Rozkład punktowy korelacji między stażem pracy a racjonowaniem opieki pielęgniarskiej

Nie odnotowano istotnych statystycznie zależności między wynikiem otrzymanym na skali BERNCA a liczbą godzin przepracowanych w trakcie tygodnia. Podobna zależność występuje w przypadku liczby przepracowywanych godzin nocnych. Wynik ten przedstawia rycina 3 oraz 4.

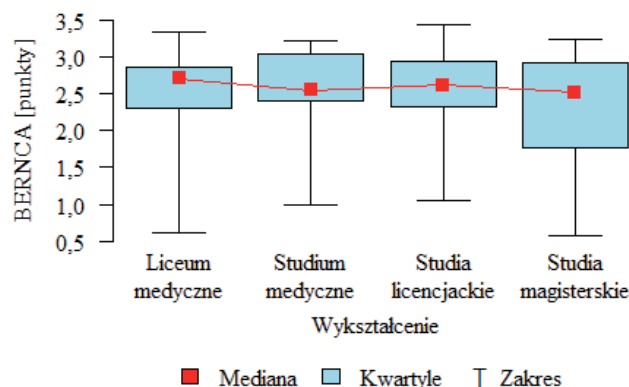


Rycina 3. Rozkład punktowy korelacji między liczbą przepracowanych godzin w tygodniu a racjonowaniem opieki pielęgniarskiej

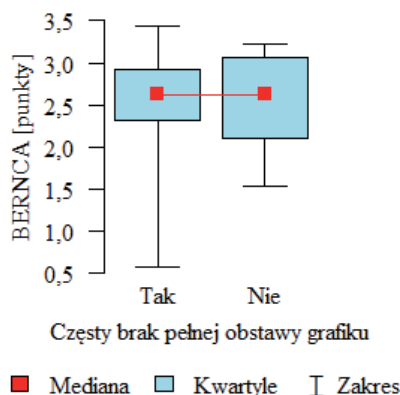


Rycina 4. Rozkład punktowy korelacji między liczbą przepracowanych godzin nocnych w tygodniu a racjonowaniem opieki pielęgniarskiej

Nie zaobserwowano także wpływu wykształcenia na wprowadzenie racjonowania opieki. Podobny wynik uzyskano w przypadku niepełnej obsady dyżuru. Wynik ten został przedstawiony na rycinie 5.



Rycina 5. Korelacja między wykształceniem a poziomem racjonowania opieki na podstawie kwestionariusza BERNCA z uwzględnieniem średniej i zakresu

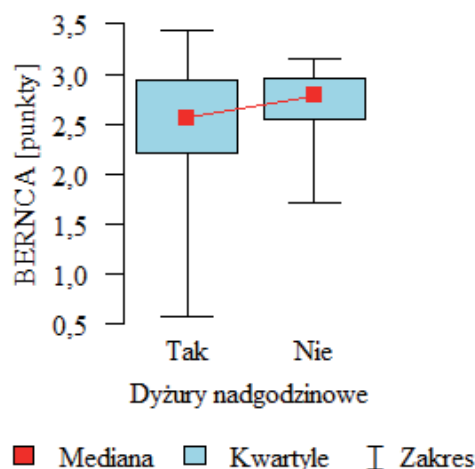


Rycina 6a. Korelacja między częstym brakiem obstawy grafiku a poziomem racjonowania opieki na podstawie kwestionariusza BERNCA z uwzględnieniem średniej i zakresu

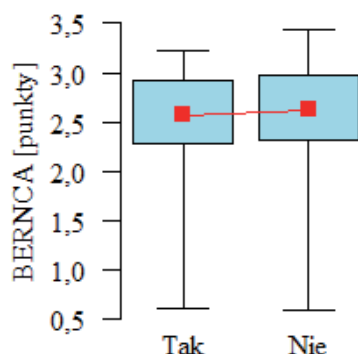
Przeprowadzone badania nie pokazały, aby wprowadzanie racjonowania opieki pielęgniarskiej wynikało z odbywania dyżurów nadgodzinowych, a także przymuszaniem do ich odbywania. Uzyskane dane zaprezentowano na rycinach 6a, 6b i 7.

Istnieje zależność między możliwością spożycia posiłku w czasie dyżuru a wprowadzeniem racjonowania opieki. U osób nie mających lub nie zawsze mających czas na zjedzenie posił-

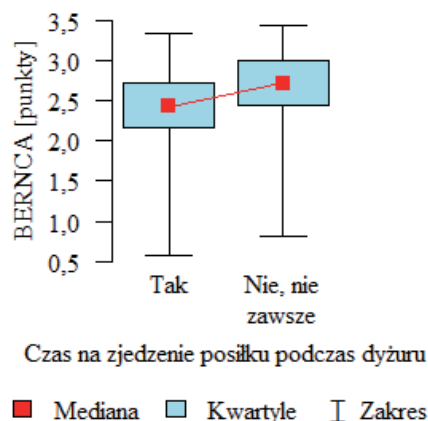
ku podczas dyżuru wynik BERNCA jest istotnie wyższy (a więc racjonowanie opieki częstsze) niż u osób mających na to czas. Dane te zaprezentowano na rycinie 8.



Rycina 6b. Korelacja między dyżurami nadgodzinowymi a poziomem racjonowania opieki na podstawie kwestionariusza BERNCA z uwzględnieniem średniej i zakresu

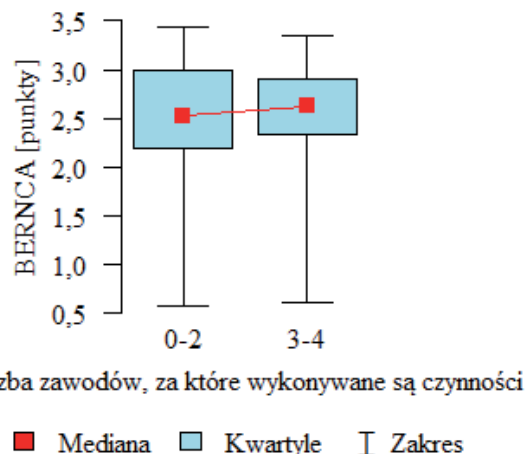


Rycina 7. Korelacja między poczuciem przymuszania do brania dyżurów nadgodzinowych a poziomem racjonowania opieki na podstawie kwestionariusza BERNCA z uwzględnieniem średniej i zakresu



Rycina 8. Korelacja między czasem na zjedzenie posiłku w ciągu dyżuru a poziomem racjonowania opieki na podstawie kwestionariusza BERNCA z uwzględnieniem średniej i zakresu

Nie wykazano wpływu wykonywania czynności za inny personel medyczny na ograniczenie opieki nad pacjentami. Dane te przedstawia rycina 9.



Rycina 9. Korelacja między czynnościami wykonującymi za inny personel medyczny a poziomem racjonowania opieki na podstawie kwestionariusza BERNCA z uwzględnieniem średniej i zakresu

OMÓWIENIE

Praca na oddziale hematologii i onkologii dziecięcej niesie ze sobą dużo stresu dla całego personelu sprawującego opiekę nad chorymi dziećmi. Wiąże się z koniecznością stałej dyspozycji fizycznej, ale także i emocjonalnej, która ma na celu wsparcie pacjenta i jego rodziców [7]. Pielęgniarka jako członek zespołu terapeutycznego spędza największą ilość czasu z pacjentem towarzysząc mu podczas procesu leczenia. Wielowymiarowość pracy polegająca na rozpoznawaniu stanu dziecka w aspekcie fizyczno-psychicznym i ciągła reakcja na wszelkie negatywne dysfunkcje w tym obszarze wiąże się z faktem, iż pielęgniarki onkologiczne znajdują się w grupie ryzyka wypalenia zawodowego [8].

Wielu badaczy uważa, że u osób, które sprawują opiekę nad chorymi osobami, często dochodzi do rozwoju zespołu przewlekłego zmęczenia. Jest to powodem nasilającego się spadku produktywności pracownika. W związku z tym coraz częściej odnotowywana została zwiększona absencja chorobowa personelu i zwiększenie rotacji personelu, co nie znalazło odzwierciedlenia w badaniach własnych [9].

Istotnym elementem wpływającym na obciążenie pracą pielęgniarek odcinkowych jest śmierć pacjenta. Długotrwały proces leczenia w onkologii sprzyja nawiązywaniu głębszych relacji między pacjentem a pielęgniarką, co ma istotny wydźwięk w doświadczaniu normalnej żałoby przez pielęgniarki po stracie pacjenta. Przeciążenie emocjonalne wpływa na występowanie zespołu przewlekłego zmęczenia i może wpływać na ograniczenie wykonywania przez nią służbowych obowiązków [10].

Ograniczenia finansowe dotycząc sektor ochrony zdrowia przekładają się na niemożność zatrudniania dodatkowego personelu pielęgniarskiego. Ta sytuacja prowadzi do tego, że przeciążony obowiązkami personel podejmuje decyzję o ostatecznym odejściu z pracy. Brak wystarczającej liczby personelu może przekładać się na racjonowanie czynności pielęgniarskich, co nie znalazło odzwierciedlenia w pracy własnej [11].

Zgodnie z raportem CIOP-PIB system pracy zmianowej (charakterystyczny dla pracy pielęgniarek w polskich placówkach szpitalnych) jest najczęstszą przyczyną przewlekłego zmęczenia. Jest to stan, w którym za każdym razem musi pojawić się proces przystosowania w momencie zmian godzin pracy, np. ze zmiany nocnej na ranną i na odwrót. Stan przewlekłe występującego zmęczenia przyczynia się do mniejszej wydajności w pracy, a co jest z tym związane – ograniczeniem wykonywanych czynności, co nie znalazło odzwierciedlenia w badaniach własnych [12].

Badania przeprowadzone przez Chojnacką-Szwałowską potwierdzają, że wzrost poziomu zmęczenia obserwuje się w miarę starzenia się pracowników. Ta niekorzystna tendencja sprzyja zmniejszeniem wydajności pracy, a także ograniczaniem

wykonywanych czynności wchodzących w zakres obowiązków [13]. Tendencja ta uzyskała potwierdzenie także w analizie przeprowadzonej na potrzeby tej pracy.

W badaniach własnych do czynności podlegających racjonowaniu zalicza się: rozmowę z pacjentem, higienę zębów, higienę jamy ustnej, opracowanie planów opieki nad pacjentem oraz kontrolowanie stanu pacjenta tak dokładnie, jak było to potrzebne. Otrzymane wyniki nie odnajdują zależności w badaniach Zúñiga i wsp. [14], gdzie do czynności podlegających racjonalizacji pracy wśród osób badanych zaliczały się: zabiegi rehabilitacyjne oraz aktywizujące, wsparcie emocjonalne udzielane pacjentom, dokumentacja czynności pielęgniarskich, jak i zapoznanie się z dokumentacją przed rozpoczęciem dyżuru oraz oczekiwania na przyjscie przez pielęgniarkę ponad 5 minut [14]. Wyniki te różnią się od tych, które otrzymała Schubert i wsp. [15], gdzie nie znaleziono związku między zwiększeniem racjonowania opieki a liczbą pacjentów przypadających na pielęgniarkę [15–17]. W badaniach Schubert i wsp. wykazano, że racjonowanie opieki odnosiło się do takich dziedzin, jak wsparcie emocjonalne pacjenta lub jego rodziny, jak też opracowanie planów opieki, co jest punktem wspólnym dla badań własnych.

W badaniach własnych oraz przeprowadzonych na grupie niemieckich pielęgniarek wspólną cechą jest to, że racjonowaniu podlega czynność, jaką jest kontrola stanu pacjenta tak często jak to jest wymagane [16, 17].

W badaniach Henderson i wsp. wykazano, że racjonowaniu w pracy pielęgniarki podlegają następujące czynności: oczekiwanie na przyjscie pielęgniarki dłużej niż 5 minut licząc od momentu zasygnalizowania owej potrzeby, jak również realizacja zadań niezaplanowanych, których czas jest trudny do przewidywania [18].

WNIOSKI

Determinantami, które wpływają na racjonowanie opieki pielęgniarskiej na podstawie wyników całego kwestionariusza BERNCA, był wiek pielęgniarek (im starsze, tym bardziej racjonalizują opiekę), dłuższy staż pracy oraz brak czasu na spożycie posiłku, wówczas również dochodzi do racjonowania.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorki.

Konflikt interesów: Autorka nie zgłasza konfliktu interesów.

BIBLIOGRAFIA

1. Pietrzyk J. *Wybrane zagadnienia z pediatrii*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2005.
2. Kalisch BJ, Xie B. Errors of mission: missed nursing care. *West J Nurs Res* 2014; 7: 875–890, doi: 10.1177/0193945914531859.
3. Kalisch BJ. Missed nursing care: a qualitative study. *J Nurs Care Qual* 2006; 21(4): 306–313.
4. Schubert M, Glass TR, Clarke SP, et al. Validation of the Basel extent of rationing of nursing care instrument. *Nurs Res* 2007; 56(6): 416–424, doi: 10.1097/01.NNR.0000299853.52429.62.
5. Schubert M, Clarke SP, Aiken LH, et al. Associations between rationing of nursing care and inpatient mortality in Swiss hospitals. *Int J Qual Health Care* 2012; 24(3): 230–238, doi: 10.1093/intqhc/mzs009.
6. Raport Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, *Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych*. Warszawa: Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych; 2017.
7. Mickiewicz I, Krajewska-Kułak E, Muszyńska-Roslan K. Wybrane problemy związane z pracą na oddziałach onkologicznych i w hospicjach. *Piel Zdr Publ* 2011; 1(4): 343–352.
8. Dangel T. *Opieka paliatywna w onkologii dziecięcej. Opieka paliatywna nad dziećmi*. Wyd. XIV. Warszawa; 2006.
9. De Walden-Gałuszko K. *Stres pracy personelu medycznego*. W: de Walden-Gałuszko K, Red. *Psychoonkologia*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków: Polskie Towarzystwo Psychiatryczne; 2000.
10. Bemben B. Śmierć pacjenta to dla pielęgniarki prawdziwy problem. *Mag Piel Położ* 2001; 11: 22–23.
11. Basińska B, Wilczek-Rużyczka E. Zespół wypalenia zawodowego i zmęczenie w kontekście pracy zmianowej i stresu zawodowego wśród pielęgniarek chirurgicznych. *Prz Psychol* 2011; 54(1): 99–113.
12. Biologiczne skutki pracy zmianowej (dok. elektr.). Dostępny na URL: <http://archiwum.ciop.pl/15707.html> [cyt. 01.11.19].
13. Chojnacka-Szwałowska G. *Zmęczenie a zdrowie i choroba*. Kraków: Impuls; 2009.
14. Zúñiga F, Ausserhofer D, Hamers JP, et al. The relationship of staffing and work environment with implicit rationing of nursing care in Swiss nursing homes – a cross-sectional study. *Int J Nurs Stud* 2015; 52(9): 1463–1474, doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.05.005.
15. Schubert M, Clarke SP, Glass TR, et al. Identifying thresholds for relationships between impacts of rationing of nursing care and nurse- and patient-reported outcomes in Swiss hospitals: a correlational study. *Int J Nurs Stud* 2009; 46(7): 884–893, doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.10.008.
16. Schubert M, Glass TR, Clarke SP, et al. Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study. *Int J Qual Health Care* 2008; 20(4): 227–237, doi: 10.1093/intqhc/mzn017.
17. Henderson J, Willis E, Xia L, et al. Missed care in residential aged care in Australia: an exploratory study. *Collegian* 2017; 24(5): 411–416, doi: 10.1016/j.colegn.2016.09.001.

Adres do korespondencji:

Mgr Ilona Baszkiewicz
Oddział Onkologii i Hematologii Dziecięcej
Uniwersytecki Szpital Kliniczny
ul. Borowska 213
50-556 Wrocław
Tel.: 71 733 27 81
E-mail: ilona2702@o2.pl

Praca wpłynęła do redakcji: 15.08.2019 r.

Po recenzji: 20.08.2019 r.

Zaakceptowano do druku: 21.08.2019 r.