

Guz Ewa, Nalepa Dorota, Czekirda Marta, Brodowicz Magdalena. Rozwiązania logistyczne dla funkcji edukacyjnej w pielęgniarstwie = Logistics solutions for educational function in nursing. Journal of Education, Health and Sport. 2016;6(8):167-180. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.60068>  
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/3741>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 755 (23.12.2015).  
755 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7

© The Author (s) 2016;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland  
Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.  
This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.  
The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.  
Received: 02.07.2016. Revised 25.07.2016. Accepted: 12.08.2016.

## Rozwiązania logistyczne dla funkcji edukacyjnej w pielęgniarstwie

### Logistics solutions for educational function in nursing

Guz Ewa, Nalepa Dorota, Czekirda Marta, Brodowicz Magdalena

Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego,  
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Oddział Neurologii,  
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Zakład Podstaw Pielęgniarstwa i Dydaktyki Medycznej,  
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Guz Ewa  
Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego  
20-954 Lublin ul. K. Jaczewskiego 8 (SPSK Nr 4)  
Tel. 727920721 ewateresaguz@gmail.com

Nalepa Dorota  
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Oddział Neurologii  
Al. Kraśnickie 100  
20-718 Lublin  
tel. 668748836

Czekirda Marta  
Zakład Podstaw Pielęgniarstwa i Dydaktyki Medycznej  
20-081 Lublin ul. S. Staszica 6 (Collegium Maximum)  
Tel.+48 81448 6800

Brodowicz Magdalena  
Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Pediatrycznego  
20-093 Lublin  
ul. Antoniego Gębali 6 (USZD)  
+48 81718 5375

### Streszczenie

Celem pracy jest zaproponowanie rozwiązań logistycznych dla personelu pielęgniarstwowego w realizacji funkcji edukacyjnej w oddziałach szpitalnych. By wskazać takie rozwiązania przeprowadzono badania wśród pielęgniarek różnych placówek opieki zdrowotnej a kryterium doboru ankietowanych było wykonywanie pracy w oddziałach takich jak: internistyczny, pediatryczny, geriatryczny, rehabilitacyjny, chorób płuc oraz poradniach przyszpitalnych, gdzie są leczeni pacjenci z astmą oskrzelową. Pielęgniarki propagując działania edukacyjne wpływają na zmianę postaw chorego z biernej na czynną i poprzez to wywierają korzystny wpływ na przebieg choroby. Edukacja chorych w dużej mierze zależy

od wiedzy pielęgniarek. Jak pokazały przeprowadzone badania wiele pielęgniarek pracujących z chorymi na astmę nie posiada wystarczającej wiedzy, by prowadzić skuteczną edukację, która zmotywuje do zmiany stylu życia i konkretnych działań na rzecz zapobiegania zaostrzeniom i pełnej kontroli choroby. Po analizie badań zaproponowano konkretne zmiany a jedną z nich jest wyznaczenie konkretnych osób odpowiedzialnych za edukację w danej placówce.

**Słowa kluczowe: edukacja, astma, pielęgniarstwo, organizacja pracy.**

### **Logistics solutions for educational function in nursing**

#### **Abstract**

Aim of study is to suggest logistics solutions for nursing personnel in implementation of educational function in hospital wards. In order to indicate such solutions the research among nurses from different healthcare facilities was conducted. A criterion for the selection of respondents was performance of work in different wards such as: internal medicine, pediatric, geriatric, rehabilitation, lung diseases and clinics where the patients with bronchial asthma are treated. Nurses who popularize educational activities influence the change of sick person's attitude from passive to active and as the result they have a positive impact on course of the disease. Education of sick ones depends on nurses' knowledge to a great extent. As the research showed, many nurses working with patients with asthma do not have enough knowledge to effectively educate them. Yet, this education should motivate patients to change their life styles, to take specific actions preventing from exacerbations and to fully control the disease. After analysis of research, specific changes were suggested and one of them was to designate specific persons responsible for education in a particular healthcare facility.

**Key words: education, asthma, nursing, labor organization.**

## **WSTĘP**

Organizacja pracy według nauki zarządzania ma wiele zasad: podziału pracy, koncentracji pracy, optymalnego wyniku działania, harmonizacji, ciągłości pracy oraz indywidualizacji [1]. W praktyce pielęgniarstwie ma zastosowanie zarówno podział pracy jakościowy jak i ilościowy. Przy podziale pracy jakościowym w oddziałach szpitalnych pielęgniarki wykonują rodzajowo poszczególne zadania: opatrunki, zabiegi, badania diagnostyczne, podawanie leków, czynności higieniczne itd. Zaletą tego podziału jest stałe specjalizowanie się pielęgniarek jednak ten system ma wiele wad. Należą do nich między innymi: utrudnienia w całościowej obserwacji pacjenta, sprzyja szerzeniu się zakażeń wewnątrzoddziałowych, gdyż z każdym pacjentem stanowiącym potencjalne źródło zakażenia stykają się wszystkie pracujące w oddziale pielęgniarki, zawęża także wykorzystanie wiedzy i umiejętności zawodowych do pewnych zakresów, utrudnia ustalenie odpowiedzialności za pielęgnowanie pacjenta, zgodnie z powiedzeniem: jeśli wszyscy, to nikt [2,3]. Niestety oddziały w naszym kraju stosują taki właśnie podział pracy, co może powodować spychanie pewnych funkcji na dalszy plan przez co są wypełniane niedokładnie lub wcale [4]. Tak właśnie może przebiegać

edukowanie pacjentów, odpowiedzialne są wszystkie pielęgniarki w oddziale, lecz przy tak dużym obciążeniu pracą i innymi zadaniami ten aspekt pielęgnowania niestety zostaje przesunięty na ostatni plan. Tę teorię potwierdzają niestety badania przeprowadzone zarówno wśród dorosłych pacjentów jak rodziców chorych dzieci. Wyniki wyraźnie pokazują, że osobom opuszczającym oddziały i ich rodzinom brakuje podstawowej wiedzy na temat istoty choroby, zagrożeń i powikłań niezależnie od czasu trwania choroby. Większy poziom wiedzy prezentują jedynie osoby z wyższym wykształceniem, które samodzielnie korzystają z czasopism medycznych lub pozyskują inne źródła wiedzy [5,6,7]. Niestety taki stan trwa od dawna, gdyż już w roku 1986 badania przeprowadzone przez Czarkowskiego i wsp. pokazały ten sam problem [ 8 ].

W tym artykule przedstawiono badania, które są próbą wyjaśnienia, jaka jest przyczyna powyższego problemu oraz jakie rozwiązania logistyczne należałoby wprowadzić w celu poprawy sytuacji.

## **CEL PRACY**

- Prezentacja rozwiązań logistycznych dla personelu pielęgniarskiego w realizacji funkcji edukacyjnej w oddziałach szpitalnych.

**Material metody.** Celem głównym przeprowadzonych badań było poznanie i ocena poziomu wiedzy pielęgniarek w zakresie edukacji zdrowotnej pacjentów z astmą oskrzelową. Badania przeprowadzono wśród pielęgniarek pracujących w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej we Włodawie, Parczewie i Adampolu oraz Niepublicznym Zakładzie Zdrowotnym we Włodawie, w okresie od maja do sierpnia 2013 roku. Kryteriami doboru ankietowanych było wykonywanie pracy w oddziałach takich jak: internistyczny, pediatryczny, geriatryczny, rehabilitacyjny, chorób płuc oraz poradniach przyszpitalnych, gdzie są leczeni pacjenci z astmą oskrzelową. Udział w badaniach był anonimowy i każda pielęgniarka miała prawo do dobrowolnego uczestnictwa w badaniu.

## **WYNIKI**

Astma oskrzelowa jest przewlekłą, zapalną chorobą dróg oddechowych, w której występuje nadreaktywność oskrzeli, prowadząca do napadów świszczącego oddechu, uczucia ściskania w klatce piersiowej, duszności i kaszlu, występująca szczególnie w nocy i nad ranem. Towarzyszy temu rozlana obturacja oskrzeli o różnym nasileniu, ustępująca często samoistnie lub po zastosowaniu leczenia. Zapalenie wywołuje ograniczenie przepływu powietrza z powodu przebudowy ściany oskrzeli, skurczu mięśni gładkich, obrzęku błony śluzowej oraz wzmożonego wytwarzania gęstego śluzu. Astma wpływa znacząco na chorych i ich rodziny, nie można jej wyleczyć, ale prawidłowe leczenie pozwala osiągnąć kontrolę choroby. Światowa Inicjatywa Zwalczania Astmy(GINA) wskazuje na edukację jako integralny składnik kontaktów chorego z pracownikami służby zdrowia, mający na celu podnieść jakość opieki jak i umożliwić aktywny współdział samemu choremu w terapii. Edukacja chorych na astmę oskrzelową jest procesem dynamicznym, zmieniającym się w zależności od posiadanej wiedzy przez pacjenta na temat choroby, sposobach jej leczenia. Właściwa edukacja może wpływać na zmniejszenie chorobowości i umieralności z powodu astmy, jak również umożliwić chorym naukę i pracę. Edukację chorych na astmę powinno się prowadzić w sposób ciągły, w czasie hospitalizacji, w sanatoriach, w poradniach ogólnych i specjalistycznych. Powinni zajmować się nią lekarze, pielęgniarki a także sami chorzy i ich opiekunowie. Głównym elementem jest uświadomienie chorym potrzeby poszerzenia wiedzy o astmie, co wpływa korzystnie na osiągnięcie celów leczenia i poprawy jakości ich życia [9,10,11,3]. Celem edukacji pacjentów z astmą oskrzelową jest:

- Przekazanie wiedzy o istocie choroby
- Przekazanie wiedzy o stosowanych lekach i skutkach niepożądanych w czasie ich stosowania
- Nauka technik przyjmowania leków
- Nauka prowadzenia samokontroli
- Nauka rozpoznawania sytuacji, które prowadzą do zaostrzenia objawów
- Nauka postępowania przy rozpoznawaniu pierwszych objawów obturacji i postępowania w tej sytuacji
- Nauka postępowania w modyfikowaniu leczenia w oparciu o występujące objawy i wyniki pomiaru PEF
- Wyrobienie nawyku aktywności ruchowej
- Przekazanie informacji na temat postępowania w razie zaostrzenia choroby [10].

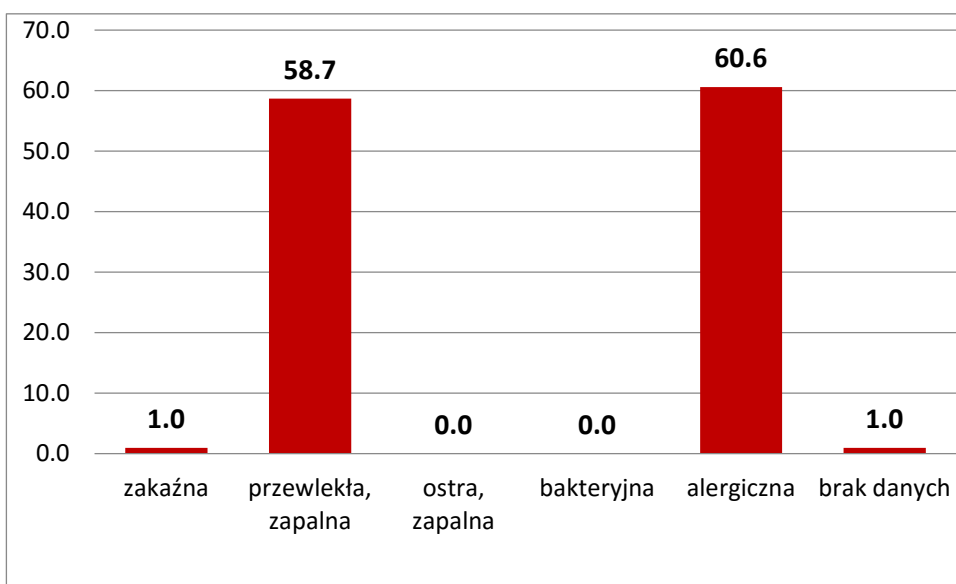
### **Charakterystyka badanej grupy**

Wśród badanych 102 osoby to kobiety, a jedynie 2 to mężczyźni, więc ze względu na płeć, rozkład badanych nie był symetryczny, ale potwierdził znany fakt, że w służbie zdrowia pielęgniarki to kobiety. Również niesymetryczny okazał się podział ankietowanych ze względu na ich miejsce zamieszkania. Osoby zamieszkałe w mieście stanowiły prawie 80% badanych, a nieco ponad 20% to osoby mieszkające na wsi. Kolejną zmienną stanowił wiek ankietowanych, którego rozpiętość wahała się od 21 do 60 lat, dlatego rozpatrywano go w grupach co 5 lat. Najmniej liczną grupę stanowiły osoby trzech pierwszych grup do 35 roku życia (1-2 osoby) oraz najstarsze (56-60 lat), a najliczniejsze grupy to ankietowani w wieku 41-50 lat (38-40 osób).

Ze względu na to, że kwestionariusz ankiety zawierał 44 pytania dotyczące astmy oskrzelowej w artykule przedstawiono najistotniejsze wyniki badań dla celów tej pracy.

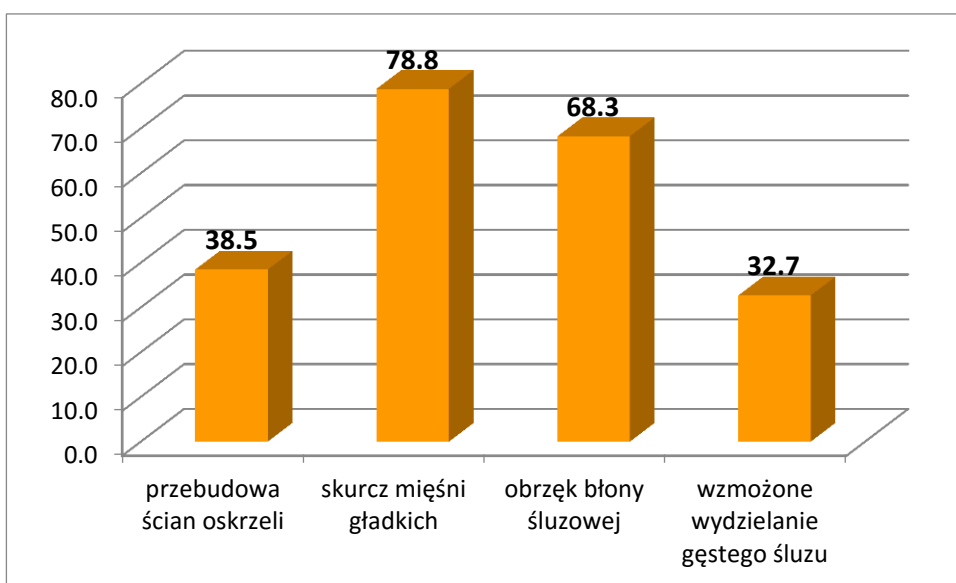
Z badań własnych wynika, że większość respondentów zna główne cele edukacji. Największy odsetek badanych tj. 86% wskazuje, że nauka technik przyjmowania leków jest jednym z głównych celów edukacji pacjentów z astmą, jak również 74% ankietowanych stwierdziło też, że przekazanie wiedzy o istocie choroby. Ponad połowa badanych wskazuje na dążenie do takich celów jak: nauka rozpoznawania sytuacji, które prowadzą do zaostrzenia objawów (69%), przekazanie wiedzy o stosowanych lekach i skutkach niepożądanych w czasie ich stosowania (65%), nauka prowadzenia samokontroli (62%), nauka postępowania przy rozpoznaniu pierwszych objawów obturacji i postępowania w tej sytuacji (54%), przekazanie informacji na temat postępowania w razie zaostrzenia choroby (51%). A jakie jest odzwierciedlenie tych twierdzeń w wiedzy prezentowanej przez respondentów. Poniżej na rysunkach i w tabelach przedstawiono niektóre z wyników badań w kolejności głównych celów edukacji wg. respondentów:

Rysunek 1. Wiedza respondentów o istocie astmy oskrzelowej.



Z powyższego rysunku wynika, że 58.7% badanych uważa, że astma oskrzelowa jest chorobą przewlekłą, zapalną. Natomiast 60,6% ankietowanych wskazało, że chorobą alergiczną. Większy odsetek wskazujący na chorobę alergiczną wynika z tego, że część ankietowanych wskazywała dwie możliwe odpowiedzi tj. że astma jest chorobą przewlekłą zapalną i alergiczną. Tylko 1% respondentów wskazało jako zakaźną i 1% nie udzieliło odpowiedzi.

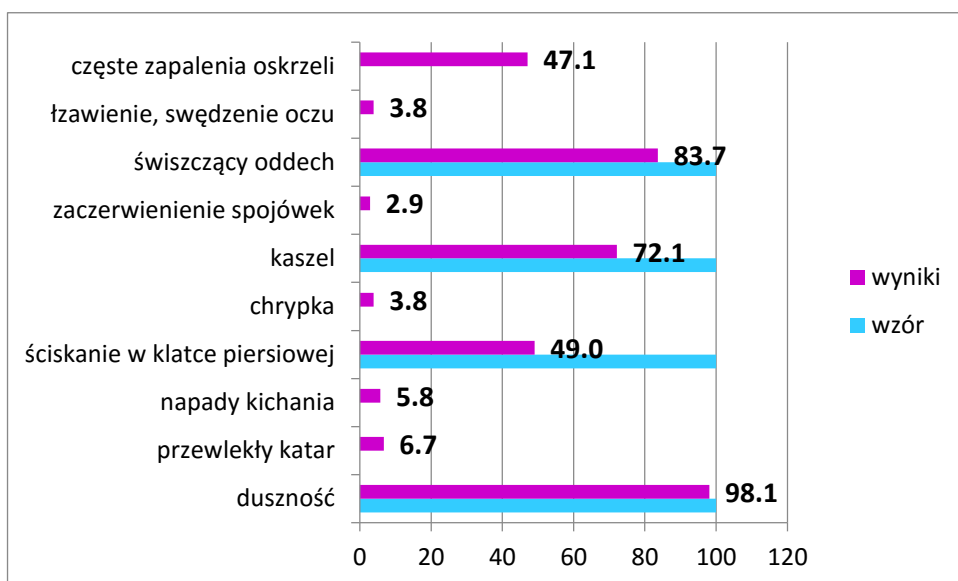
Rysunek 2. Wiedza respondentów o głównych zmianach zachodzących w drzewie oskrzelowym u pacjentów z astmą oskrzelową.



Wśród głównych zmian zachodzących w drzewie oskrzelowym u pacjentów z astmą oskrzelową 78,8% ankietowanych wskazuje, że dochodzi do skurczu mięśni gładkich, 68,3% badanych uważa, że występuje obrzęk błony śluzowej. Natomiast ok. 1/3 respondentów

wskazuje na przebudowę ścian oskrzeli (38,5%) i wzmożone wydzielanie gęstego śluzu (32,7%).

Rysunek 3. Wiedza respondentów o głównych objawach astmy.



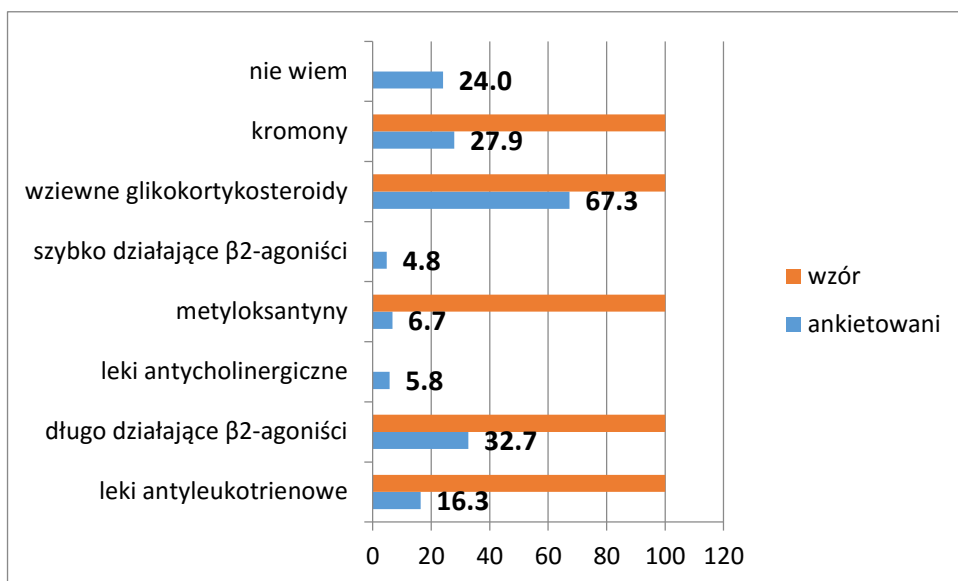
Zdecydowana większość (98,1%) badanych wskazuje, że duszność jest głównym objawem astmy. Dość duży odsetek ankietowanych (83,7%) odpowiedziało, że świszczący oddech, czy 72,1% badanych wskazało na kaszel. Tylko niecała połowa respondentów (49%) zaznaczyło ściskanie w klatce piersiowej. Dość duży odsetek badanych, bo 47,1% wskazało częste zapalenie oskrzeli. Do głównych objawów astmy, niewielka ilość badanych zaliczyła: przewlekły katar (6,7%), napady kichania (5,8%), chrypkę, łzawienie, swędzenie oczu (3,8%), zaczerwienienie spojówek (2,9%).

Tabela I. Odsetek osób wskazujących na kryteria świadczące o kontrolowaniu astmy.

Kryteria świadczące o kontrolowaniu astmy	Odpowiedź ankietowanych (%)	Prawidłowa odpowiedź
Objawy w ciągu dnia występują > 2 razy na tydzień	67,3	
Czynność płuc PEF < 80% wartości należnej lub najlepszej maksymalnej (jeśli jest znana)	22,1	
Objawy w ciągu dnia nie występują lub ≤ 2*/tydzień	22,1	tak
Zaostrzenie występuje ≥ 1/rok	36,5	
Objawy nocne/ przebudzenia występują jakiegokolwiek	1,0	
Ograniczona aktywność fizyczna nie występuje	35,6	tak
Konieczność stosowania leków doraźnych > 2*/tydzień	5,8	
Objawy nocne/przebudzenia nie występują	37,5	tak
Nie wiem	19,2	

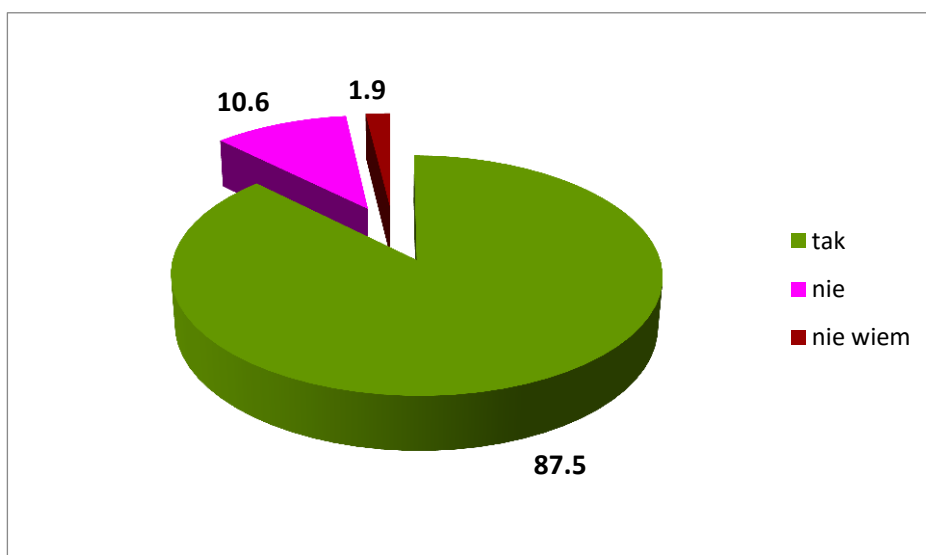
Powyższe zestawienie wykazało, że 67,3% badanych zaznaczyło, że jednym z kryterium świadczącym o kontrolowaniu astmy jest, to że objawy w ciągu dnia występują >2x/tydzień. Ok. 1/3 ankietowanych wskazuje na następujące kryteria: objawy nocne, przebudzenia nie występują (37,5%), ograniczona aktywność fizyczna nie występuje (35,6%), zaostrzenie występuje ≥1/rok (36,5%). 1/5 ogółu respondentów uważa, że o kontrolowaniu w astmie świadczy: czynność płuc PEF < 80% wartości należnej lub najlepszej maksymalnej (jeśli jest znana) (22,1%), objawy w ciągu dnia nie występują lub ≤ 2\*/tydzień (22,1%), Najmniej badanych wskazało na konieczność stosowania leków doraźnych > 2\*/tydzień (5,8%) i 1%, że objawy nocne/ przebudzenia występują jakiegokolwiek. 19,2 % ankietowanych nie posiada wiedzy o kryteriach świadczących o kontrolowaniu astmy.

Rysunek 4. Wiedza respondentów o lekach kontrolujących w astmie.



Wśród leków kontrolujących w astmie najczęściej ankietowanych zaszacowało wziewne glikokortykosteoidy (67,3%). Ok. 1/3 badanych wskazało długo działające  $\beta$ 2-agoniści (32,7%) i kromony (27,9%). Natomiast o stosowaniu metyloksantyn wiedziało 6,7%. Ponadto 5,8% badanych uważa, że lekami kontrolującymi w astmie są leki antycholinergiczne czy szybko działające  $\beta$ 2-agoniści(4,8%). Ok. 1/5 wszystkich respondentów (24%) nie posiada wiedzy o lekach kontrolujących w astmie.

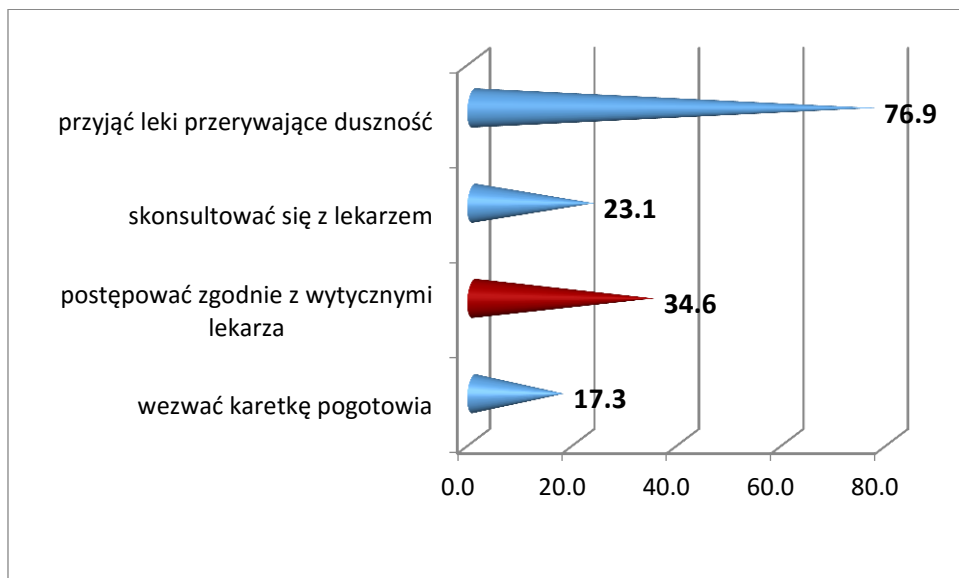
Rysunek 5. Podejmowanie dodatkowych działań przy nasileniu objawów choroby





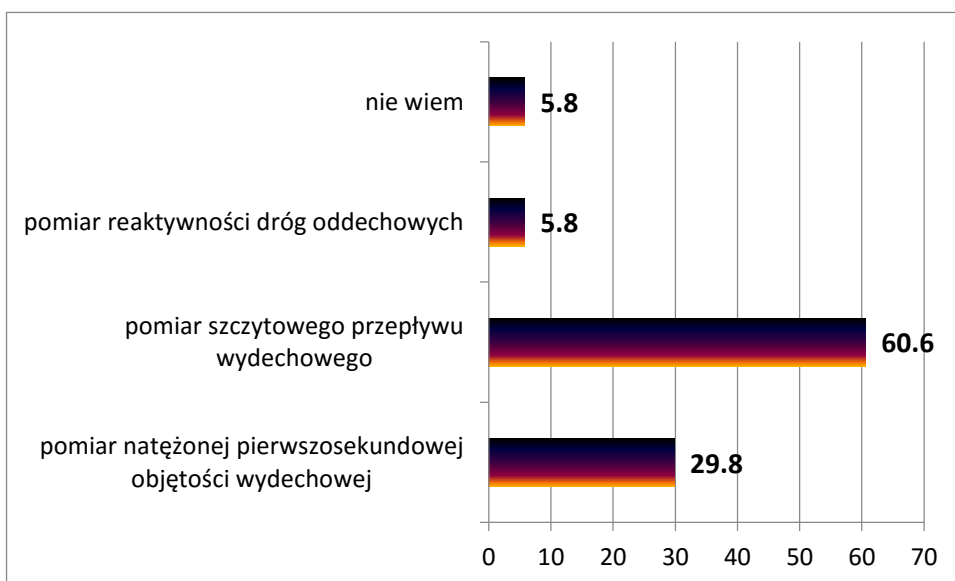
Według 87,5% badanych nasilenie objawów choroby jest sygnałem do podjęcia dodatkowych działań, 10,6% ankietowanych uważa, że nie jest to konieczne a 1,9% respondentów nie posiada wiedzy na ten temat.

Rysunek 6. Wiedza respondentów o postępowaniu w napadzie astmy



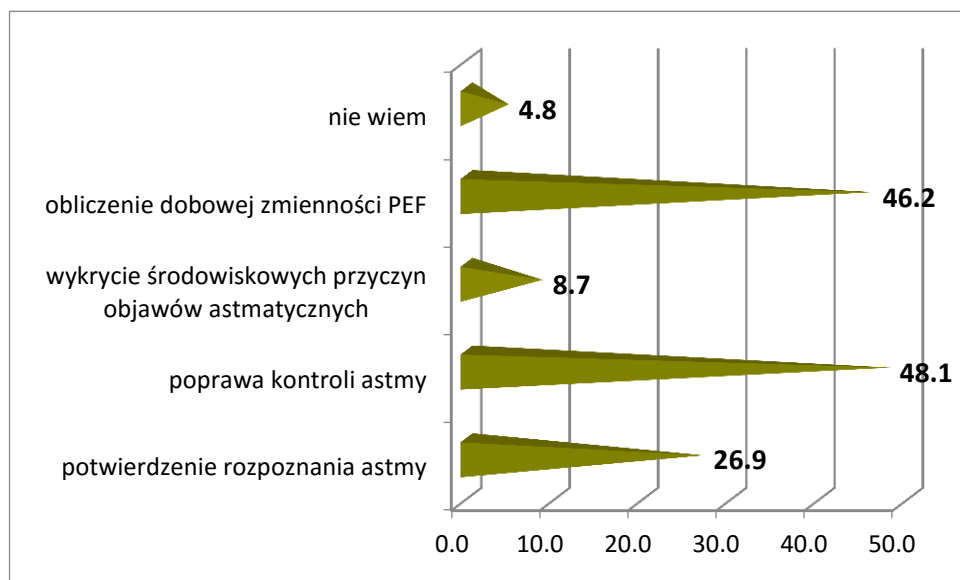
Powyżej połowa (76,9%) respondentów uważa, że w czasie napadu duszności należy przyjąć leki przerywające duszność. 1/3 badanych (34,6%) wskazuje na postępowanie zgodnie z pisemnym planem otrzymanym od lekarza. Ok. 1/5 ankietowanych zaznaczyło, że w wypadku nasilenia objawów należy skonsultować się z lekarzem (23,1%) lub wezwać karetkę pogotowia (17,3%).

Rysunek 7. Wiedza respondentów na temat pomiaru PEF.



Według 60,6% badanych PEF jest to pomiar szczytowego przepływu wydechowego. Niecała 1/3 wszystkich ankietowanych (29,8%) stwierdziło, że jest to pomiar natężonej pierwszosekundowej objętości wydechowej. Najmniej, bo 5,8% respondentów wskazało na pomiar reaktywności dróg oddechowych. 5,8% badanych nie wie do czego służy pomiar PEF.

Rysunek 8. Wiedza respondentów o przydatności pomiaru PEF.



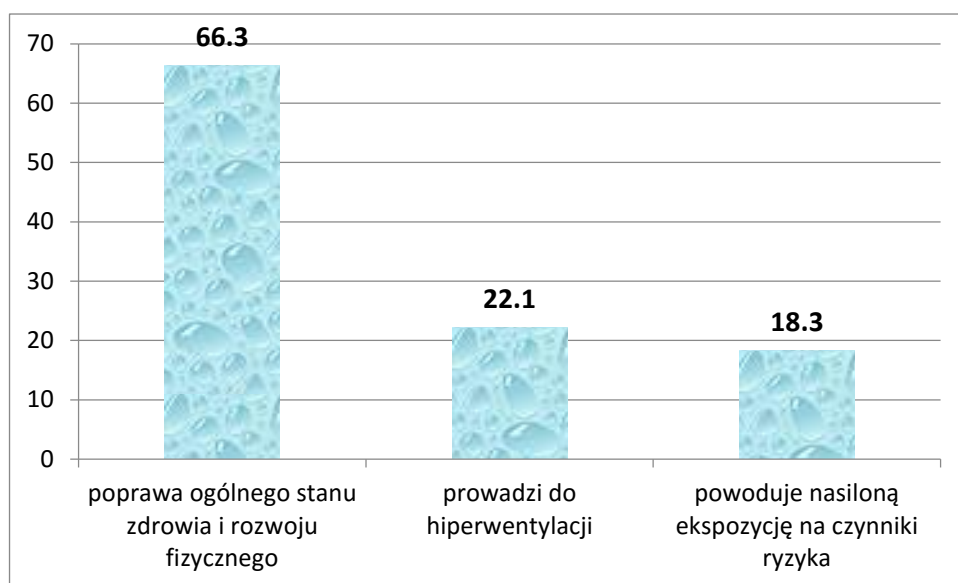
Z powyższego rysunku wynika, że najczęściej badanych wskazało na dwie odpowiedzi: poprawę kontroli astmy (48,1%) i obliczenie dobowej zmienności PEF (46,2%). Prawie 1/3 wszystkich ankietowanych tj. 26,9% uważa, że monitorowanie PEF jest pomocne przy potwierdzeniu rozpoznania astmy. Natomiast najmniej, bo 8,7% zaznaczyło, że do wykrycia środowiskowych przyczyn objawów astmatycznych. 4,8% nie posiada wiedzy o przydatności pomiaru PEF.

Na pytanie: czy czynniki środowiskowe mają wpływ na stopień nasilenia objawów chorobowych, 103 osoby, tj. 99% ankietowanych poprawnie stwierdziło, że TAK, a pozostała, jedna osoba nie udzieliła żadnej odpowiedzi. W tabeli nr II przedstawiono znajomość czynników wpływających na stopień nasilenia się objawów astmy.

Tabela II. Odsetek ankietowanych prezentujący znajomość czynników wpływających na stopień nasilenia się objawów astmy.

Czy poniższe czynniki wpływają na zaostrzenie i napady astmy lub powodują utrzymywanie się jej objawów			
Czynniki	tak	nie	nie wiem
Zanieczyszczenie powietrza atmosferycznego	96,1	1,0	2,9
Zanieczyszczenie wewnątrz pomieszczeń	95,2	1,9	2,9
Alergeny występujące w środowisku	100,0	0	0
Zakażenie układu oddechowego	82,7	7,7	9,6
Hiperwentylacja	34,6	26,9	38,5
Wysiłek fizyczny	76,9	9,6	13,5
Silne emocje	71,1	10,6	18,3
Dym tytoniowy	96,1	0	3,9
Silne zapachy	68,3	11,5	20,2
Zmiany klimatyczne	55,8	25,0	19,2
Niesteroidowe leki przeciwzapalne	26,9	24,0	49,1
$\beta$ -blokery	18,3	34,6	47,1
Kwas acetylosalicyłowy	28,8	19,3	51,9
Pokarmy	86,6	6,7	6,7
Konserwanty	76,9	5,8	17,3

Rysunek 9. Znajomość respondentów wpływu wysiłku fizycznego na chorych z astmą.



Najwięcej 66,3% badanych uważa, że wysiłek fizyczny u chorych na astmę oskrzelową wpływa na poprawę ogólnego stanu zdrowia i rozwoju fizycznego. Prawie 1/5 ankietowanych wskazuje, że wysiłek fizyczny prowadzi do hiperwentylacji. Najmniej, bo 18,3% zaznaczyło, że powoduje nasiloną ekspozycję na czynniki ryzyka.

## DYSKUSJA

W Polsce w opublikowanym w 2004r. badaniu AIRCEE (międzynarodowe badanie dotyczące oceny stanu leczenia astmy) wykazano, że 20% badanych codziennie zgłaszałoienne objawy astmy, a 70% co najmniej 1x w tygodniu, 18% było hospitalizowanych z powodu astmy i blisko połowa korzystała z pomocy doraźnej w ciągu ostatniego roku [12]. Brak kontroli astmy wynika z braku odpowiedniej wiedzy i umiejętności z korzystania z niej w konkretnych sytuacjach. Można temu zaradzić prowadząc szeroką edukację w środowisku pacjentów i pracowników służby zdrowia. O tym, aby terapia chorób przewlekłych była skuteczna decyduje wiedza i doświadczenie pracowników służby zdrowia oraz ich aktywny udział w procesie leczenia [12]. Pomimo rosnącej liczby szkół dla chorych na astmę, nie jest się w stanie dotrzeć z pomocą do wszystkich, ponieważ w zajęciach głównie uczestniczą osoby starsze, emeryci i renciści. Dlatego należy położyć nacisk na edukację pacjentów w czasie hospitalizacji z powodu pogorszenia stanu zdrowia i pacjentów z nowo rozpoznaną chorobą. Szczególną opieką powinno się otoczyć dzieci i młodzież, kobiety w ciąży oraz osoby z towarzyszącymi innymi przewlekłymi schorzeniami [ 13 ].Pielęgniarki propagując działania edukacyjne wpływają na zmianę postaw chorego z biernej na czynną i poprzez to wywierają korzystny wpływ na przebieg choroby. Edukacja chorych w dużej mierze zależy od wiedzy pielęgniarek.

Jak pokazały przeprowadzone badania wiele pielęgniarek pracujących z chorymi na astmę nie posiada wystarczającej wiedzy, by prowadzić skuteczną edukację, która zmotywuje do zmiany stylu życia i konkretnych działań na rzecz zapobiegania zaostrzeniom i pełnej kontroli choroby. Tę sytuację można poprawić w różny sposób: szkolarć cały personel (można to osiągnąć wprowadzając comiesięczne szkolenia tematyczne), opracowując w zespole kwestionariusz ankiety do sprawdzenia zakresu wiedzy pacjenta na temat jego schorzenia (badanie przy przyjęciu) oraz program edukacyjny w formie pisemnej, który każdy pacjent opuszczający placówkę otrzymywałby wraz z kartą informacyjną z pobytu. Jednak oba te sposoby mają poważne wady. Jak wspomniano we wstępie jakościowy podział pracy może powodować brak ustalenia konkretnej odpowiedzialności za edukację ( jeśli wszyscy, to nikt) i bez wyznaczenia konkretnych osób do wykonania zadania nie osiągniemy pożądanych efektów. Natomiast materiały w formie pisemnej, bez omówienia ich z pacjentem mogą być niezrozumiałe i będą budzić wiele wątpliwości, co w efekcie spowoduje, że pewne zalecenia zostaną pominięte. Tu mogą pojawić się protesty, ponieważ z reguły brakuje funduszy na utworzenie nowych stanowisk pracy dla edukatorek. Jednak należy pamiętać, że ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z 15.07.2011r. w rozdziale 2 dotyczącym zasad wykonywania zawodu w art. 4 podpunkcie 7 mówi, że „wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na: (...) 7). edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.”[14] Wynika z tego, że edukacja jest wpisana w zawód pielęgniarki i nie możemy pomijać tej ważnej części naszej pracy. Definicja odpowiedzialności na stanowisku pielęgniarki odcinkowej zgodna z koncepcją Doroty Orem mówi, że pielęgniarka odcinkowa odpowiada za przygotowanie pacjentów, którymi się opiekuje, do samodzielności i samoopieki w maksymalnym zakresie, jaki pacjent jest zdolny osiągnąć [5]. Dokładne wywiązywanie się z zadań wynikających z tych funkcji jest trudne w przypadku systemu pracy zmianowej 12 godzinnej, ponieważ zabraknie ciągłości kontaktu

pielęgniarki z pacjentem. Praktycznie w każdym oddziale są osoby zatrudnione w systemie 8 godzinnym i mogłyby przejąć te zadania, ponieważ są w pracy codziennie czyli zarówno przy przyjęciu chorego do oddziału jak i przy wypisie. Na pewno wymagałoby to od osób zarządzających kilku zmian w pracy całego zespołu lecz efekt końcowy takich zmian przyniosłby ogromne korzyści pacjentom.

## WNIOSKI .

Przeprowadzone badania pokazują konieczność wprowadzenia zmian w organizacji pracy pielęgniarek w placówkach opieki zdrowotnej mających na celu poprawę wywiązywania się z funkcji edukacyjnej. Należałoby:

1. wprowadzić co miesięczne szkolenia personelu w celu podniesienia poziomu wiedzy potrzebnego edukacji chorych oraz zmotywować cały personel do opracowania programu edukacyjnego, zebrania materiałów, które każdy pacjent opuszczający oddział, poradnię czy sanatorium mógłby otrzymać na piśmie.
2. Wyznaczyć konkretne osoby pracujące w systemie jednozmianowym 8-godzinnym, które będą odpowiedzialne za rozpoznawanie potrzeb pacjentów w zakresie edukacji i realizację ich zaspokajania.

Proponowane sposoby wprowadzenia zmian na pewno wymagają przemyślenia konkretnych rozwiązań logistycznych dostosowanych do indywidualnych potrzeb poszczególnych placówek opieki zdrowotnej, jednak wartość tych koniecznych zmian jest nieoceniona, ponieważ niesie niewymierne korzyści pacjentom borykającym się z chorobami przewlekłymi.

## BIBLIOGRAFIA

1. Bajurna B., *Diagnoza klimatu organizacyjnego panującego w środowisku pielęgniarskim*, w: *Szanse i bariery w ochronie zdrowia. Wybrane aspekty organizacyjne, prawne i psychologiczne*, red. M.D. Głowacka, E. Mojs, Wyd. Naukowe Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Poznań 2008.
2. Charns M. P., Lochard C. A.: *Projektowanie stanowisk pracy*, w: Shortell S. M., Kaluzny A. D.: *Podstawy zarządzania opieką zdrowotną*. Uniw. Wyd. Med. „Vesalius”, Kraków 2001.
3. Lenartowicz H.: *Podstawy sprawnego działania*, w: *Podstawy organizacji pracy pielęgniarskiej*, red. Ksykiewicz-Dorota A., Wyd. Czelej, Lublin 2004.
4. Kotarska D.: *Chociaż czasem władać czasem. Zarządzanie i Personel*, 2001, 1-15 stycznia.
5. Guz E., Turowski K.: *Zakres wiedzy rodzin pacjentów na temat zespołu Dandy-Walkera*. Piel. Zdr. Publ., 2014, 4, 2, 127-134.
6. Kózka M., Perek M., Łudzik K.: *Wiedza i postawy rodziców dzieci z rozpoznaną wadą serca*. Probl. Pielęg. 2009, 17 (2), 79-85.
7. Krawczyński M.R., Latos-Biełańska A., Wiśniewska M., Glazar R., Wolnik-Brzozowska D.: *Wiedza genetyczna rodziców dzieci z wadami wrodzonymi i jakość porady genetycznej udzielanej im przez lekarzy pierwszego kontaktu*. Pediatr. Pol. 1997, 72 (8), 679-689.
8. Czarkowski M. P., Firkowska-Mankiewicz A., Totkow A.: *The effectiveness of genetic counseling – psychosocial determinants*. Probl. Med. Wieku Rozw., 1986, 14, 59-116.
9. Chazan R.: *Rozpoznawanie i postępowanie w astmie w 2012 roku*. Pneumonol. Alergol. Pol., 2012, 80,5.

10. Droszcz P.: *Edukacja chorych na astmę*. Pol. Merk. Lek., 2004, XVI, Supl.1,42.
11. Ksykiewicz-Dorota A.: *Podstawy organizacji pracy pielęgniarskiej*. Wyd. Czelej. Lublin 2004, 95.
12. Kupryś-Lipińska I., Kuna P.: *Rola edukacji w terapii astmy*. Terapia, 2008,4.
13. Sładek K.: *Edukacja chorych na astmę*. Medycyna po dyplomie 2008, vol.17,5.
14. <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20111741039> dn. 17.03.2015 godz. 10:05.