SPECYFIKA OPIEKI NAD NIELETNIM PACJENTEM W ODDZIALE CHIRURGII DZIECIĘCEJ

THE SPECIFICS OF JUVENILE PATIENTS' CARE IN THE PEDIATRIC SURGERY WARD

Małgorzata Kazimierczak[1], Barbara Grzymała-Turzańska[2], Agnieszka Kobiołka[1]

[1] Katedra Zdrowia Kobiety
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
[2] Oddział Chirurgii Dziecięcej
Gliwickie Centrum Medyczne

DOI: http://dx.doi.org/10.20883/pielpol.2016.38

STRESZCZENIE

Wstęp. Współczesny postęp w medycynie nakłada na personel medyczny obowiązek zaspokajania wszystkich potrzeb hospitalizowanego w oddziale chirurgii dziecięcej dziecka, podejścia holistycznego do jego choroby i pomocy w rozwiązywaniu jego problemów.
Cel. Wskazanie roli, jaką odgrywa personel medyczny w procesie opieki nad dzieckiem leczonym w oddziale chirurgii dziecięcej. Porównano ocenę pracy własnej personelu z opiniami wystawionymi przez rodziców i dzieci.
Materiał i metody. W badaniu posłużono się ankietami skierowanymi do każdej z badanych grup: 24 osób personelu medycznego, 63 opiekunów i wybranej grupy 33 hospitalizowanych dzieci w wieku od 14 do 18 lat. Rodziców oraz dzieci zapytano o poziom opieki pielęgniarskiej i lekarskiej, poczucie bezpieczeństwa, respektowanie ich praw podczas pobytu w szpitalu. Badanie przeprowadzono na Oddziale Chirurgii Dziecięcej w Gliwickim Centrum Medycznym w okresie od lutego do kwietnia 2015 r.
Wyniki i wnioski. Ogólna ocena opieki świadczonej przez personel medyczny dokonana przez dzieci i ich opiekunów była wysoka. Oczekiwali oni od personelu medycznego, obok profesjonalizmu i fachowości, również życzliwości, zrozumienia i wsparcia, a po zakończeniu leczenia – wskazówek odnośnie samoopieki w domu. Respondenci wskazali deficyty w zakresie informowania dzieci o sposobie leczenia, prawach podczas pobytu w szpitalu oraz możliwości decydowania o wykonaniu danego zabiegu. Personel nie wykazywał cech wypalenia zawodowego. Opiekunowie i dzieci wysoko ocenili poziom wsparcia otrzymanego ze strony personelu, jego fachowość i zaangażowanie w opiekę i leczenie dzieci.

SŁOWA KLUCZOWE: chirurgia dziecięca, opieka medyczna, prawa pacjenta, wsparcie.

ABSTRACT

Introduction. Modern advance in medicine requires medical staff to satisfy all the needs of the child hospitalized in the ward of pediatric surgery, the holistic approach to his/her illness and assistance in solving his/her problems.
Aim. Identification of the role of medical staff in care of a child being treated in the ward of pediatric surgery. Evaluation of the staff's own work was compared to opinions issued by parents and children.
Material and methods. In the study, questionnaires were used, which were addressed to each of the test group: 24 members of medical staff, 63 guardians and a selected group of 33 hospitalized children between the ages of 14–18. Parents and children were asked about the level of nursing and medical care, sense of security, respecting their rights while in hospital. The study was conducted at the Ward of Pediatric Surgery at the Gliwice Medical Center, in the period from February to April 2015.
Results and conclusions. General evaluation of care provided by medical staff in the eyes of children and their guardians was high. They expected from medical staff, apart from professionalism and competence, also kindness, understanding and support, and after the treatment tips on self-care at home. Respondents indicated deficits in informing children about their treatment, rights while in hospital and the possibility to decide on execution of the procedure. The staff did not show the characteristics of professional burnout. Guardians and children appreciated the level of support received from the staff, their professionalism and commitment to care and treatment of children.

KEYWORDS: pediatric surgery, medical care, patient's rights, support.

Wprowadzenie

Współczesna chirurgia dziecięca jest dynamiczną, ciągle rozwijającą się specjalnością. Niezwykle prężny rozwój chirurgii dziecięcej nastąpił dopiero w II połowie XX w. [1–3]. Obecnie pediatria i pielęgniarstwo pediatryczne kładą nacisk na holistyczne, zindywidualizowane podejście do małego pacjenta i jego rodziny. Oznacza to realizowanie zleceń lekarskich i wykonywanie czynności pielęgniarskich, podejmowanie działań profilaktycznych, edukację zdrowotną dziecka oraz jego rodziny.

Choroba i hospitalizacja powodują u dziecka stan obciążenia psychicznego objawiający się lękiem, bólem

i ograniczeniem aktywności. W przypadku małych dzieci specyficznym źródłem lęku jest rozłąka z matką – lęk separacyjny. Dużym obciążeniem psychicznym jest ból. Często pojawiają się brak apetytu, rozdrażnienie, wybuchy złości i zaburzenia snu [4–6]. Pobyt na oddziale chirurgicznym wiąże się również z koniecznością częstego wykonywania bolesnych zabiegów. Wzbudzają one poczucie zagrożenia, uczucie gniewu, co prowadzi do biernego czy czynnego protestu. Obserwujemy także u dzieci zupełny brak apetytu, trudności z zasypianiem, budzenie się w nocy, a u dzieci starszych – moczenie nocne [5, 7].

Czasami długotrwała hospitalizacja ma dla rozwoju dziecka poważne konsekwencje w postaci tzw. choroby szpitalnej, która jest odmianą choroby sierocej [4, 6, 8]. Działania osób opiekujących się dzieckiem muszą być ukierunkowane na zaspokojenie podstawowej potrzeby psychicznej, jaką jest potrzeba bezpieczeństwa.

Należy pamiętać, że prawa dziecka są naturalną konsekwencją praw człowieka. Dziecko ma godność, potrzeby, zainteresowania i prawa [1, 5, 9, 10]. W trakcie pobytu dziecka w szpitalu opiekun ma prawo do przebywania z nim, uczestniczenia w podejmowaniu decyzji o leczeniu, w tym prawo do odmowy zgody na leczenie czy zabieg operacyjny. Opiekun ma również prawo do obecności przy dziecku w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych. Personel może się na to nie zgodzić tylko wtedy, gdy istnieje prawdopodobieństwo wystąpienia zagrożenia epidemiologicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne dziecka. Taka informacja musi zostać odnotowana w dokumentacji medycznej chorego [9, 10].

Przypadki najczęściej leczone w oddziale to: urazy, oparzenia, bóle brzucha, operacje w systemie „chirurgii jednego dnia". Dzieci stanowią 15–20% ofiar różnego rodzaju wypadków, przede wszystkim komunikacyjnych. Wypadki te są przyczyną 70% zgonów u dzieci i młodzieży. Wśród urazów najczęściej występują urazy głowy oraz złamania, rzadziej urazy klatki piersiowej i miednicy [7, 11, 12]. Oparzenia u dzieci należą do dramatycznych w skutkach obrażeń i stanowią trzecią przyczynę zgonów u dzieci w wieku od 5 do 14 lat [13]. Najczęściej obserwuje się oparzenia tułowia, kończyn, pośladków, krocza, twarzy z szyją i głowy. Zmiany skórne pogłębia dodatkowo choroba oparzeniowa, która rozwija się w pierwszych godzinach po oparzeniu. Skrajnie niebezpieczne są wstrząs oparzeniowy oraz SIRS – zespół wielonarządowej reakcji zapalnej.

Bóle brzucha u dzieci należą do najpoważniejszych objawów w chirurgii dziecięcej [7, 14]. Zaparcia towarzyszą także niektórym chorobom, jak: anoreksja, przerostowe zwężenie odźwiernika, mukowiscydoza, zaburzenia motoryki jelit spowodowane chorobą Hirschsprunga, wady, zwężenie odbytu itp. Bóle brzucha to także jeden z pierwszych objawów zapalenia wyrostka robaczkowego, które jest najczęstszą chorobą chirurgiczną jamy brzusznej u dzieci powyżej 1. r.ż. Rozpoczyna się nagle, przebiega burzliwie i bardzo szybko może doprowadzić do perforacji wyrostka. Następstwem mogą być naciek okołowyrostkowy, ropień, a nawet rozlane zapalenie otrzewnej [1].

Do zabiegów w trybie „chirurgii jednego dnia" kwalifikuje się dzieci, których stan zdrowia odpowiada I lub II stopniowi według skali ASA (ang. *American Society of Anesthesiologistis*), czyli takie, u których nie stwierdza się zwiększonego ryzyka związanego ze znieczuleniem [7]. Planowany czas trwania zabiegu nie może być dłuższy niż 2 godziny oraz nie może powodować dużej utraty krwi oraz silnego bólu. Operacje w tym trybie to najczęściej zabiegi w trybie planowym. Przyjęcie dziecka na oddział, wykonanie zabiegu oraz wypisanie do domu mieści się w czasie 24 godzin.

Ważną rolę odgrywa w opiece nad dzieckiem w oddziale chirurgii dziecięcej profilaktyka, wczesne wykrywanie i leczenie objawów przemocy wobec dziecka. Zespół dziecka maltretowanego może wystąpić w każdym wieku, ale najczęściej dotyczy dzieci w wieku do 3 lat, z czego połowę stanowią niemowlęta. Specyficzną formą krzywdzenia jest wykorzystywanie seksualne dziecka, szczególnie jeśli wykorzystującą jest bliska mu osoba [4, 7, 11, 15]. Rolą personelu medycznego jest rozpoznawanie objawów krzywdzenia dziecka. Duże znaczenie ma tu wnikliwa obserwacja zachowania dziecka, jego wyglądu, zachowania. Obserwuje się także stosunek rodzica do dziecka [4, 11, 16]. W przypadku podejrzenia u dziecka maltretowania lub molestowania seksualnego należy zgłosić nasze podejrzenia na policję; dziecko pozostaje na oddziale do czasu formalnych ustaleń.

Pielęgniarska ocena stanu zdrowia dziecka jest jedną z metod zbierania danych o pacjencie, pozwalającą na postawienie diagnozy pielęgniarskiej i ustalenie planu opieki. Większość informacji uzyskujemy od rodzica, w przypadku dzieci starszych powyżej 14. r.ż. istnieje możliwość uzyskania danych od nich [11].

W zależności od fazy rozwoju dziecka dostrzec można inne reakcje związane z procesem leczenia, a także inne potrzeby. W okresie niemowlęcym życia dziecka pielęgniarka powinna się skupić na stworzeniu mu dogodnego środowiska. Zapewnia odpowiednią pielęgnację dziecka oraz ograniczenie wykonywanych czynności do minimum przez tzw. komasację zabiegów [5]. Kilkuletnie dzieci są bardzo wymagającymi pacjentami. Szybko się nudzą, nie potrafią na dłużej zatrzymać na nas uwagi i wysłuchać nas spokojnie [6, 11, 17, 18]. Nastolatki to specyficzna grupa pacjentów. Bycie chorym obniża poziom atrakcyjności, wprowadza ograniczenia w życiu. W grupie przewlekle chorej młodzieży obserwuje się

pogorszenie efektów leczenia. Z drugiej jednak strony grupa 16–18-latków potrafi zaskakiwać spokojem i filozoficznym stosunkiem do swych dolegliwości [19, 20].

Badanie podmiotowe i przedmiotowe jest szczegółowo ukierunkowane na występowanie objawów wskazujących na istnienie choroby chirurgicznej. W przypadku przeprowadzania dużych zabiegów chirurgicznych, szczególnie w trybie nagłym, wzrasta zagrożenie życia, gdyż uraz, jakim jest zabieg, przekracza możliwości kompensacyjne organizmu dziecka. Zabieg w trybie nagłym jest poprzedzony szybką, krótką obserwacją, czas wyrównywania ewentualnych zaburzeń przed zabiegiem operacyjnym jest także krótki. U dzieci dołącza się odrębny sposób reagowania na uraz, ból oraz stres związany z pobytem w szpitalu [4, 7, 11]. Przygotowanie dziecka do zabiegu operacyjnego obejmuje sferę zarówno psychiczną, jak i fizyczną. Bardzo ważne w tym okresie są wsparcie i opanowanie okazywane przez rodziców [4].

Opieka nad dzieckiem po zabiegu rozpoczyna się z chwilą przejęcia go z bloku operacyjnego. Dziecko pozostaje pod ścisłym nadzorem personelu medycznego i rodzica, który zostaje poinstruowany co do opieki nad dzieckiem. Przed wypisem do domu dzieci i ich rodzice otrzymują, poza wskazówkami żywieniowymi, zalecenia obserwacji rany pooperacyjnej, pouczenie, jak w razie konieczności zmienić opatrunek, wskazówki dotyczące samoopieki, zalecenie kontroli w poradni przyszpitalnej. Personel medyczny, który zna i umie rozpoznać niebezpieczeństwo powikłań pooperacyjnych, w znaczący sposób wpływa na wyniki operacji. Przeprowadzona przez nas edukacja i przygotowanie rodziców i dzieci do samoopieki wpływa niezwykle korzystnie na efekty leczenia [5, 7, 18, 21–23].

Cele pracy

- Cel główny pracy: analiza roli, jaką odgrywa personel medyczny w procesie opieki nad dzieckiem leczonym w oddziale chirurgii dziecięcej.
- Cele szczegółowe:
  1) analiza oczekiwań opiekunów dzieci hospitalizowanych wobec personelu medycznego i ich spostrzeżenia,
  2) ocena umiejętności komunikowania się personelu z chorym dzieckiem oraz opiekunami,
  3) konfrontacja oceny jakości pracy personelu w opinii rodziców z jego własną oceną,
  4) ocena otrzymanego ze strony personelu medycznego wsparcia psychicznego.

Materiał i metody

Metodami badawczymi były: sondaż diagnostyczny na podstawie kwestionariusza ankiety własnej, kwestionariusz MBI – analiza statystyczna wybranych cech personelu – oraz karta obserwacji relacji rodzic – dziecko skierowana do personelu.

Badane grupy

- Grupa 1 – badany personel medyczny:
  personel Oddziału Chirurgii Dziecięcej – 6 lekarzy, 15 pielęgniarek, 3 rehabilitantów,
- Grupa 2 – badani opiekunowie dzieci:
  opiekunowie dzieci – 63 osoby, w tym 42 matki, 20 ojców, 1 pełnoletni brat,
- Grupa 3 – badane hospitalizowane dzieci:
  dzieci leczone w oddziale – 33 dzieci w wieku 14–18 lat.

Miejsce badań

Badanie przeprowadzono w Oddziale Chirurgii Dziecięcej Gliwickiego Centrum Medycznego w okresie od lutego do kwietnia 2015 r.

Wyniki badań

Wyniki badań ukazują nam obraz oceny opieki z punktu widzenia zarówno personelu, opiekunów dzieci, jak i samych dzieci będących pacjentami oddziału.

Opinie personelu

Czas potrzebny na przyjęcie dziecka do szpitala w badanej grupie określono w przeważającej ilości jako krótki, nieprzekraczający 30 minut.

Personel w 100% (tj. 24 osoby) ocenił, że opiekunowie i dziecko mają możliwość wyrażenia zgody lub odmowy na wykonanie określonego zabiegu.

Personel nie przedstawia się rodzicom i dziecku – 79% odpowiedziało, że nie ma takiego zwyczaju, tylko 1 osoba odpowiedziała, że przedstawia się zawsze. Personel medyczny tylko w 33% nosi identyfikator, natomiast 42% uważa, że na oddziale nie ma zwyczaju noszenia identyfikatora, a 25% zapomina go nosić. Wyniki te wskazują na podstawowe problemy z zakresu komunikacji pomiędzy personelem a pacjentem, brak zwyczaju przedstawiania się sprzyja anonimowości i zaburza poczucie bezpieczeństwa pacjenta.

Oprócz przekazu ustnego bardzo ważne jest udostępnienie opiekunom do wglądu informacji w formie pisemnej w ogólnodostępnym miejscu, by mogli w dowolnym czasie się z nimi zapoznać. Według 100% ankietowanych jest to realizowane w badanej placówce.

Personel ocenił swoją postawę wobec dzieci w 100% jako serdeczną, otwartą i przyjazną.

Zdania personelu na temat współpracy rodziców z personelem były bardzo podzielone. Z jednej strony 58% badanych uważa, że rodzice są otwarci i sami inicjują współpracę, jednak z drugiej strony 25% uważa, że rodzice boją się cokolwiek wykonywać przy dziecku, a 17% wskazało, że rodzice są raczej niechętni do współpracy.

Personel dostrzega zalety pobytu opiekunów na oddziale w tym, że przejmują oni wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych u dziecka – 96%. Jako najczęstsze czynności, w których biorą udział rodzice, wskazano pomoc przy pobieraniu krwi do badań (32%), kąpiel dziecka (25%), pobieranie moczu do badań laboratoryjnych (25%). Najniżej personel ocenił organizowanie dzieciom czasu wolnego przez rodziców (8%) oraz wskazał, że rodzice w ogóle nie uczestniczą w badaniach diagnostycznych i konsultacjach.

W pracy własnej personel zapytany o to, jakich cech oczekują od niego rodzice, na pierwszym miejscu wskazał fachowość i profesjonalizm (48%), następnie życzliwość, zrozumienie, zapewnienie atmosfery spokoju i komfortu psychicznego (42%). Wśród cech mających największy wpływ na jakość opieki na oddziale dziecięcym personel wskazał poczucie bezpieczeństwa i zaufanie do świadczonej opieki (39%), w równym stopniu ocenił jakość informacji przekazywanych opiekunom przez personel sprawujący opiekę oraz uprzejmość, szacunek, serdeczność w kontaktach z dzieckiem.

Personel pozytywnie odbiera obecność rodzica przy dziecku podczas hospitalizacji (100%). Jednakże obok pozytywnych relacji personel obserwował również zachowania negatywne pod postacią: agresji w stosunku do dziecka (21%), braku współczucia (21%), krytykowania dziecka (21%), obojętności (21%), braku przywiązania do dziecka (21%) czy unikania dziecka (17%) i przedmiotowego podejścia (17%). Powyższe zachowania mogą wynikać z zagubienia lub wysokiego poziomu stresu, ale powinny równocześnie stanowić sygnał dla doświadczonego personelu oddziału do wnikliwej obserwacji w kierunku zaniedbań w stosunku do dziecka czy możliwości maltretowania dziecka.

Obok powyższych badań wśród pracującego na oddziale personelu medycznego przeprowadzono badanie poziomu wypalenia zawodowego; wykorzystano kwestionariusz MBI w polskiej wersji zaadoptowanej i pozytywnie zaopiniowanej przez Instytut Medycyny Pracy im. prof. Jerzego Nofera w Łodzi [28]. W skalach emocjonalnego wyczerpania i depersonalizacji otrzymano niskie wyniki, co świadczy o niskim poziomie wypalenia zawodowego. Natomiast w skali poczucia osobistych osiągnięć otrzymano wysokie wyniki, co również świadczy o braku oznak wypalenia zawodowego wśród personelu w badanej placówce. Niewątpliwie poczucie własnej wartości i zadowolenie z własnych osiągnięć dają personelowi siłę potrzebną do zmagania się z trudnościami w trakcie wykonywania zawodu.

Badania wykazały, że personel bardzo dobrze radzi sobie ze stresem związanym z obciążeniem pracą.

Opinie opiekunów dzieci hospitalizowanych w Oddziale Chirurgii Dziecięcej

W trybie nagłym przyjęto do szpitala 36 dzieci (57%). Jako główny powód przyjęcia dziecka do szpitala opiekunowie podawali planowe operacje, których termin ustalono wcześniej (38%), podobną liczbę stanowiły przyjęcia z powodu urazu (37%), nieco mniej dzieci było hospitalizowanych z powodu złamań, bólu głowy, brzucha oraz w celu wykonania badań diagnostycznych. Rodzice w 86% ocenili, że przyjęcie dziecka na oddział przebiega sprawnie i trwa do 30 minut.

Opiekunowie w 96% wskazali na możliwość wyrażenia zgody lub odmowy na wykonanie zabiegu u dziecka.

Badani bardzo wysoko ocenili przyjęcie dziecka na oddział przez pielęgniarki, wskazując w 100%, że było troskliwe i serdeczne, 95% wskazało, że stosunek personelu medycznego do dziecka był serdeczny, przyjazny i życzliwy. Opiekunowie bardzo pozytywnie wypowiedzieli się także na temat zaangażowania pielęgniarek w rozwiązywanie problemów pielęgnacyjnych występujących u dziecka w trakcie hospitalizacji – 60 badanych (95%) wskazało, że pielęgniarki były otwarte na problemy dzieci i same inicjowały współpracę. Również bardzo wysoko oceniono profesjonalne podejście do pacjenta w trakcie wykonywania zabiegów.

W niniejszej pracy badano również poziom otrzymanego zrozumienia i życzliwości. Żaden z badanych nie wskazał, że spotkał się z brakiem wsparcia ze strony personelu. Z badań wynika również, że personel informuje rodziców o planowanym zabiegu czy czynności, która będzie wykonywana u dziecka. Personel informował również opiekunów o dalszej pielęgnacji dziecka w domu, jak również udzielał informacji o dalszym postępowaniu – diecie, opatrunku czy wizytach kontrolnych w poradni – po wypisaniu dziecka do domu. Tylko 27% otrzymało te dodatkowe informacje na piśmie, natomiast 73% otrzymało tylko kartę wypisową.

Równocześnie 96% ankietowanych bardzo wysoko oceniło przygotowanie dziecka do zabiegu i opiekę pooperacyjną. Opiekunowie wskazali, ze dzieci są w pełni zabezpieczone przeciwbólowo, nie skarżą się na ból, a leki podawane są wg schematu leczenia przeciwbólowego obowiązującego na oddziale.

W pracy własnej opiekunowie oceniali także ogólny wystrój oddziału, estetykę sal, warunki stworzone dzieciom do zabawy i wypoczynku. Ogólnie rodzice ocenili oddział pozytywnie, wskazując, że chociaż oddział jest stary, to jest na nim czysto, a sale dla dzieci są przytulne.

Ankietowani ocenili również wysoko warunki pobytu opiekuna na oddziale razem z dzieckiem. Wśród badanych 98% miało możliwość skorzystania z poko-

ju socjalnego, 90% stworzono warunki do pozostania z dzieckiem na noc. Aż 98% wskazało, że rodzice mają zapewnioną łazienkę i toaletę. Wysoko oceniono również możliwość zakupienia na terenie szpitala posiłków dla rodziców. Rodzice uznali, że w mniejszym stopniu jakość opieki zależy od określenia zasad pobytu dziecka i rodzica w oddziale, a najmniej ważne jest dla nich poszanowanie godności i intymności małego pacjenta.

Badani ocenili, że personel był otwarty na ich problemy i chętny do współpracy. Wszystkie badane grupy wskazały poczucie bezpieczeństwa oraz zaufanie do personelu jako najważniejszy czynnik warunkujący jakość opieki na oddziale dziecięcym. Ponadto w kontaktach z pacjentem wymieniono jako ważne uprzejmość, szacunek i serdeczność.

Opinie pacjentów – dzieci hospitalizowanych w Oddziale Chirurgii Dziecięcej

W wielu badaniach dzieci wyrażały zadowolenie ze współpracy z lekarzem prowadzącym. Dzieci zwracały uwagę, że chcą być informowane przez swojego lekarza o stanie zdrowia, chcą być szanowane i mieć zapewnione poczucie intymności i szacunku. W badaniach gliwickich wśród dzieci nie otrzymano tak zadowalających wyników.

O ile wysoko oceniły one serdeczność, wrażliwość personelu i jego profesjonalizm, to blisko połowa dzieci nie znała tożsamości swojego lekarza i pielęgniarek, a także nie została zapoznana z prawami dziecka w szpitalu. Natomiast wśród ocen jakości informacji uzyskanych od lekarza blisko jedna trzecia badanych dzieci stwierdziła, że nikt z nimi nie rozmawiał lub nic nie zrozumiały. Na pewno optymistycznym akcentem jest duża liczba dzieci zadowolonych z jakości informacji otrzymanych od lekarza.

Ważnym aspektem pobytu dzieci i ich opiekunów jest stworzenie im odpowiednich warunków lokalowo-bytowych. Zwracają oni uwagę na czystość, funkcjonalność pomieszczeń. Ważne jest stworzenie rodzicom warunków do spania przy dziecku, możliwości nieskrępowanego korzystania z toalet i łazienek.

Tu również wysoko oceniono poziom wsparcia otrzymanego ze strony personelu pielęgniarskiego, nieco niżej lekarskiego. Dzieci bardzo dobrze oceniły współpracę pielęgniarek z rodzicami w rozwiązywaniu występujących problemów pielęgnacyjnych. Bardzo dobrze oceniły też jakość wykonywanych zabiegów przez pielęgniarki, w 100% zaznaczając, że starają się one, aby dziecko jak najmniej cierpiało.

Zapytane o poczucie szacunku, intymności i poszanowania godności osobistej w czasie pobytu w oddziale 97% odpowiedziało, że miało takie poczucie w mniejszym lub większym stopniu.

Poproszono dzieci o ogólną ocenę oddziału, estetyki sal chorych, wyposażenia, czystości. Aż 85% ankietowanych oceniło sale jako czyste i przytulne, dostosowane dla dzieci, pozostałe 15% oceniło oddział jako stary, ale czysty.

Respondentów poproszono również o wskazanie najważniejszych ich zdaniem czynników mających wpływ na jakość opieki w szpitalu. Dzieci za najważniejsze czynniki uznały: w 32% – poczucie bezpieczeństwa i zaufanie do personelu medycznego, w 30% – uprzejmość, szacunek i serdeczność w kontakcie z dzieckiem, w 24% – możliwość kontaktu z rówieśnikami. Badania wykazały, że dzieci w wieku 14–18 lat w ogóle nie uważają za ważne czytelne przekazywanie informacji przez personel oraz istnienie określonych zasad pobytu dziecka i rodzica w szpitalu.

Niniejsze badanie nie wyczerpuje wszystkich problemów wynikających z codziennej relacji personelu medycznego z opiekunami i dziećmi hospitalizowanymi na oddziale chirurgii dziecięcej, ale podejmuje zagadnienia kluczowe dla jakości opieki nad dzieckiem.

Dyskusja

W badaniach wykazano, że personel w większości rozumie, jak ważne są zapoznanie rodzica i dziecka z zasadami przebywania na oddziale, jasne określenie ich praw oraz obowiązków.

Badania przeprowadzone przez Sikorską [24] w Instytucie „Pomniku – Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie wykazały, że zaledwie 40% rodziców zna tylko niektóre prawa pacjenta, a 60% nie umie wskazać żadnego z nich. W piśmiennictwie autorzy zauważają, jak ważne są przygotowanie dziecka do pobytu w szpitalu przez rodziców oraz ich częste wizyty. W badaniach własnych wykazano, że większość respondentów była zadowolona z szybkości przyjęcia dziecka na oddział, wysoko oceniając pracę personelu medycznego, szczególnie pielęgniarek. Podobne wyniki uzyskali w badaniach Bilicka i wsp. [25]. Większość badanych, bo 67% wysoko oceniła wykonywane procedury związane z przyjęciem. Także w materiałach źródłowych zdania personelu na temat współpracy rodziców z personelem były bardzo podzielone.

W badaniach Łukasik i wsp. [26] wskazano, że rodzice pomagają w wykonywaniu zabiegów higienicznych, w uspokajaniu dziecka, kiedy płacze (szczególnie w przypadku niemowląt i małych dzieci), przygotowaniu psychicznym dzieci do zabiegów diagnostycznych czy organizowaniu dzieciom czasu wolnego. Ponadto 79% badanego personelu wskazało, że rodzice stwarzają sytuacje niebezpieczne dla dziecka w trakcie opieki. Do najczęściej wymienianych sytuacji należą: picie gorących napojów przy dziecku, niezamykanie łóżeczek

przy odchodzeniu od dziecka, bieganie po schodach i korytarzu. W badaniach przeprowadzonych przez Łukasik i wsp. [26] również wskazano, że pobyt rodziców z dziećmi wiąże się z dezorganizacją pracy, zamieszaniem, tłokiem i zaduchem na salach chorych, a nawet kradzieżami. Ponadto zauważono, że rodzice utrudniają personelowi wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych u dzieci. W tej samej pracy cytowano też wyniki badań przeprowadzonych w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym w Kielcach, gdzie personel wskazywał również na problemy z utrzymaniem czystości na salach chorych oraz przepełnienie sal. Personel ocenił, że największy wpływ na jakość relacji pomiędzy personelem a opiekunem mają: poziom stresu spowodowany chorobą dziecka oraz złe nastawienie do służby zdrowia. We wspomnianej powyżej pracy Łukasik i wsp. [26] podają, że współpracę rodziców z personelem mogą poprawić sprawny przepływ informacji dotyczących leczenia oraz ustalenie ścisłych zasad przebywania rodzica na oddziale.

Porównano także oczekiwania pacjentów i ich rodziców w zakresie postaw personelu.

Gawlik i wsp. [27] wskazali, że rodzice dzieci przebywających w szpitalu oczekują od pielęgniarek przede wszystkim kompetencji, życzliwości i komunikatywności, a w dalszej kolejności – wyrozumiałości, cierpliwości i otwartości.

Z badań przeprowadzonych wśród pielęgniarek [29] wynika, że pielęgniarka jest przygotowana w procesie kształcenia do wypełniania zadań z zakresu podstawowych funkcji zawodowych, a przede wszystkim do pełnienia funkcji opiekuńczej, tak ważnej w kontekście opieki nad dzieckiem. Realizacja poszczególnych funkcji zawodowych zależy głównie od profesjonalnego przygotowania i doświadczenia pielęgniarek.

W pracy Piotrowskiej i wsp. [30] zauważono, że pielęgniarki podejmowały głównie zadania z zakresu funkcji opiekuńczej i terapeutycznej, a mniej uwagi poświęcały na wykonywanie innych funkcji zawodowych.

Z analizy pracy Bilickiej i wsp. [25], dotyczącej problematyki oceny poziomu opieki pielęgniarskiej dokonywanej przez rodziców, wynika, że rodzice hospitalizowanych dzieci wymagają od personelu profesjonalizmu, troski o ich dziecko, zapewnienia mu bezpieczeństwa oraz poszanowania jego praw podczas pobytu w oddziale.

W cytowanej tu pracy Bilicka i wsp. [25], przywołując opinię Weston i wsp., zwracają uwagę, że informowanie rodziny o wykonywaniu planowanego zabiegu wzmacnia więź pomiędzy rodziną a personelem oraz powoduje wzrost zaufania do personelu. Dobra komunikacja oraz uzasadnianie celowości zabiegu zarówno dziecku, jak i opiekunowi wpływają pozytywnie na proces leczenia. W Centrum Chirurgii Dziecięcej w Baltimore w latach 80. ubiegłego stulecia przeprowadzono badania nad przygotowaniem dzieci i rodziców do planowanego zabiegu. Wprowadzono program przygotowawczy polegający na wspólnym kolorowaniu książeczek. Zauważono, że rodzice i dzieci uczestniczący w tym programie lepiej znieśli zabieg chirurgiczny [25].

Żaden z respondentów w badaniach własnych nie wskazał, że leczenie przeciwbólowe jest niewystarczające, a dzieci cierpią na dolegliwości bólowe. Według Pych [31] pielęgniarstwo to połączenie sztuki, nauki i miłości do człowieka. Za najważniejsze atrybuty pielęgniarki pediatrycznej uważa się uśmiech, łagodność i życzliwość.

Na holistyczne podejście lekarzy do pacjenta wskazano także w pracy Barczak i wsp. [32]. W badaniach Bilickiej i wsp. [25] 86% respondentów wysoko oceniło wygląd i czystość sal. W prezentowanej pracy otrzymano podobną ocenę. Najniżej w stosunku do oczekiwań oceniono węzły sanitarne, jakość posiłków i czas oczekiwania na wypis. Drabik-Danis i wsp. [33] omówili w swojej pracy problem możliwości poprawienia relacji pacjent – lekarz oraz poprawę wzajemnej komunikacji. Wskazano na znaczenie wsparcia udzielanego pacjentom szczególnie w obliczu rozpoznania choroby przewlekłej. Z przeglądu piśmiennictwa wynika, że brakuje doniesień na temat roli personelu w opiece nad dzieckiem w oddziale chirurgicznym. Praca pozwoli na wprowadzenie zmian i przyczyni się do podniesienia jakości świadczonej opieki. Badania w zakresie oczekiwań dzieci i ich opiekunów mogą stanowić cenne źródło informacji i udzielić personelowi wielu cennych wskazówek prowadzących do podniesienia jakości sprawowanej opieki.

Wniosek główny

Badania pozwoliły na dokonanie wnikliwej analizy roli personelu medycznego w procesie opieki nad dzieckiem leczonym w oddziale chirurgii dziecięcej i wskazanie prawidłowości oraz deficytów opieki.

Wnioski szczegółowe

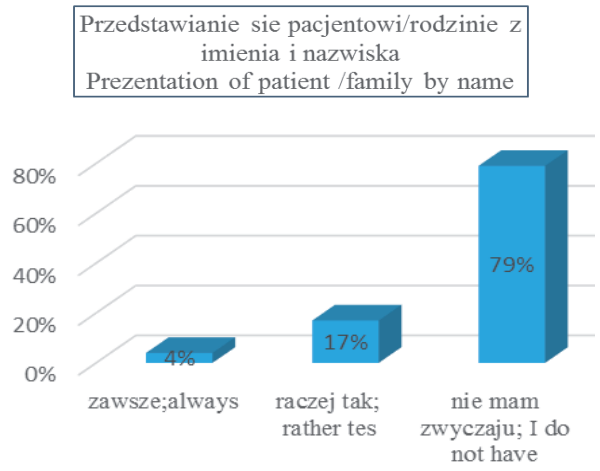
1. Analiza roli, jaką odgrywa personel w opiece nad dzieckiem leczonym w oddziale, wykazuje, że zarówno dzieci, jak i rodzice oczekują od personelu medycznego obok profesjonalizmu i fachowości również życzliwości, uprzejmości i zrozumienia.
2. Personel obok umiejętności manualnych powinien odznaczać się wysokim poziomem cierpliwości i empatii. Po zakończeniu leczenia rodzice oczekują od personelu wskazówek co do dalszej opieki nad dzieckiem oraz zrozumiałego wytłumaczenia informacji związanych z wypisem.

3. Blisko połowa ankietowanych dzieci w wieku 14–18 lat jest niewystarczająco informowana lub wcale nie jest informowana o sposobie leczenia, swoich prawach podczas pobytu w szpitalu oraz możliwości decydowania o wykonaniu danego zabiegu.
4. Personel ocenia swoją pracę pozytywnie, chociaż dostrzega również swe niedociągnięcia, szczególnie w sferze informowania rodziców i dzieci o swojej tożsamości czy przysługujących im prawach. Nie wykazuje cech wypalenia zawodowego. Natomiast opiekunowie i dzieci wysoko oceniają poziom wsparcia otrzymanego ze strony personelu, jego fachowość i zaangażowanie w opiekę i leczenie dzieci.

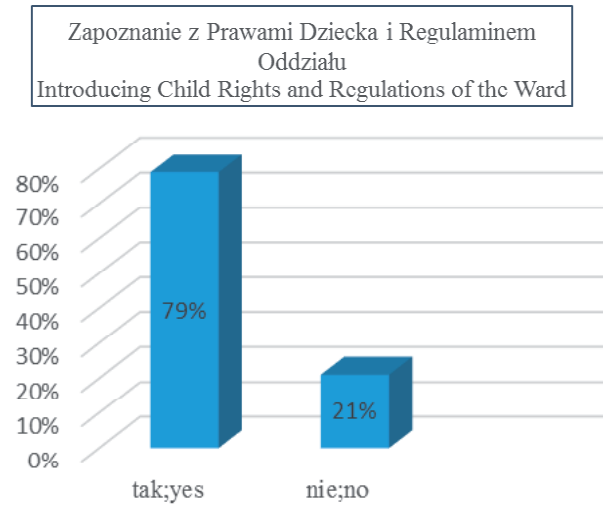
Piśmiennictwo

1. Wilmont A, Doboszyńska A. Prawa dziecka w szpitalu. Badania pielęgniarskie. Mag Piel Położ. 2012; (10): 6–7.
2. Giermaziak W. Dziecko w placówce opieki zdrowotnej w XIX i XX wieku. Farm Pol. 2013; 69(5): 289–298.
3. Tanasiewicz M. Relacja między zespołem medycznym, małym pacjentem a rodzicami. Asysta Dent. 2012; (3): 24–26.
4. Kaczmarski M, Piskorz-Ogórek K (red.). Pediatria i pielęgniarstwo pediatryczne. Wybrane zagadnienia. Publikacja dla studentów pielęgniarstwa i nauk o zdrowiu oraz absolwentów tych wydziałów. Kraków: Help-Med; 2014.
5. Gibas B. Dziecko w szpitalu. Mag Piel Położ. 2013; (6): 22–23.
6. Kozielecki J. Koncepcje psychologiczne człowieka. Wyd. 10. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak; 2000.
7. Twarduś K, Perek M (red.). Opieka nad dzieckiem w wybranych chorobach chirurgicznych. Warszawa: PZWL; 2014.
8. Pawełczak-Szostak M, Pilarczyk J, Pobudejska-Pieniążek A, Wojtasik N. Lęk w rodzinach dzieci chorujących na nowotwory. Psychoonkologia. 2012; 16(2): 29–36.
9. Wilmont A, Doboszyńska A. Dobro dziecka najważniejsze. Mały pacjent. Mag Piel Położ. 2012; (4): 6–8.
10. Zajdel J, Zajdel R. Dzieci i ryby głosu nie mają – prawa małoletniego w procesie leczenia. Stand Med Pediatr. 2009; 6 (4): 657–665.
11. Rokicka-Milewska R. ABC chorób wieku dziecięcego. Warszawa: PZWL; 2012.
12. Lackowski S. Wypadkowość wśród dzieci. Zdr Publ. 2009;119(4): 451–459.
13. Gontko K, Ratajczyk K, Naskręt M. Oparzenia u dzieci w województwie wielkopolskim w 2010 roku. Anestezjol Rat. 2012; 6(4): 402–408.
14. Plocek A, Toporowska-Kowalska E, Wąsowska-Królikowska K. Czynnościowe zaburzenia przewodu pokarmowego u dzieci z przewlekłymi nieorganicznymi bólami brzucha. Pediatr Współcz. 2011; 13(4): 203–208.
15. Skrzypulec-Plinta V, Rakowiecki S (red.). Wybrane zagadnienia z ginekologii dziecięcej i dziewczęcej. Bielsko-Biała: Medical; 2011. 25–17.
16. Jakieła K, Curyl K. Udział pielęgniarki w rozpoznawaniu syndromu dziecka maltretowanego, przyjętego na oddział chirurgii dziecięcej. Piel Chir Angiol. 2011; 5(3): 125–131.
17. Pecyna B. Psychologia kliniczna w praktyce pedagogicznej. Wyd. 3. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak; 2001.
18. Myerscough PR, Ford M. Jak rozmawiać z pacjentem. Psychologia dla lekarzy. Gdańsk: GWP; 2002.
19. Jakubowska-Winecka A. Nastolatek w systemie opieki medycznej. Jak stworzyć pomost do przejścia pacjenta do ośrodka leczącego chorych dorosłych? Aspekty psychologiczne. Stand Med Pediatr. 2009; 6(1): 108–113.
20. Bryl N, Dembińska D, Horst-Sikorska W. Najczęstsze trudności w kontakcie z adolescentem w praktyce lekarza rodzinnego. Specyfika potrzeb i lęków nastoletnich pacjentów. Farm Med Prim Care Rev. 2009; 11(3): 553–554.
21. Plata-Nazar K, Kamińska B, Jurczyk J. Profilaktyka zakażeń szpitalnych na oddziale pediatrycznym. Prz Pediatr. 2009; 39(1): 35–38.
22. Stołecka B, Ptaszek G. Stres u dzieci przed operacją. Mag Piel Położ. 2014; (1/2): 18–19.
23. Bruce B, Hooten Michael W. Jak radzić sobie z bólem przewlekłym. Warszawa: PZWL; 2009.
24. Jakubik M, Kierys A, Bednarek A. Udział pielęgniarki w adaptacji dziecka do warunków szpitalnych. Probl Piel. 2011; 19(4): 545–550.
25. Bilicka D, Korbińska M, Popow A, Szewczyk MT. Oczekiwania rodziców względem opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem w warunkach szpitalnych. Piel Chir Angiol. 2009; 3(1): 20–25.
26. Łukasik R, Woś H. Postawy personelu medycznego wobec pobytu rodziców w szpitalu wraz z chorym dzieckiem. Probl Piel. 2009; 17(2): 98–104.
27. Gawlik K, Waksmańska W, Łukasik R. Opieka pielęgniarska nad dzieckiem hospitalizowanym w opinii rodziców. Piel XXI w. 2012; 1(38): 11–14.
28. Dębska G, Wilczek-Różyczka E, Foryś Z, Pasek M. Ocena własności psychometrycznych polskiej adaptacji kwestionariusza Meisnera do oceny obciążenia psychicznego w pracy pielęgniarki. Med Prakt. 2013; 64(3): 349–358.
29. Jankowiak B, Krajewska-Kułak E, Bartoszewicz A et al. Przygotowanie pielęgniarek do wykonywania funkcji zawodowych. Piel XXI w. 2003; 5: 43–46.
30. Piotrowska R, Książek J, Konarska G, Terach S. Realizacja funkcji zawodowych pielęgniarki w opiece nad chorym po przeszczepieniu rogówki. Probl Piel. 2010; 18: 323–328.
31. Pych T. Łagodnie, ale stanowczo. Mag Piel Położ. 2013; (6): 29.
32. Barczak A, Kołtan S. Ocena relacji między pacjentami pediatrycznymi leczonymi z powodu choroby nowotworowej a ich lekarzami prowadzącymi. Onkol Pol. 2009; 12(3): 96–101.
33. Drabik-Danis E, Hans-Wytrychowska A, Kurpas D. Możliwości poprawienia relacji lekarz – pacjent w opiece nad dzieckiem chorym przewlekle i jego rodzicami – rozpoznawanie i omijanie trudności komunikacyjnych. Fam Med Prim Care Rev. 2010; 12(3): 882–884.

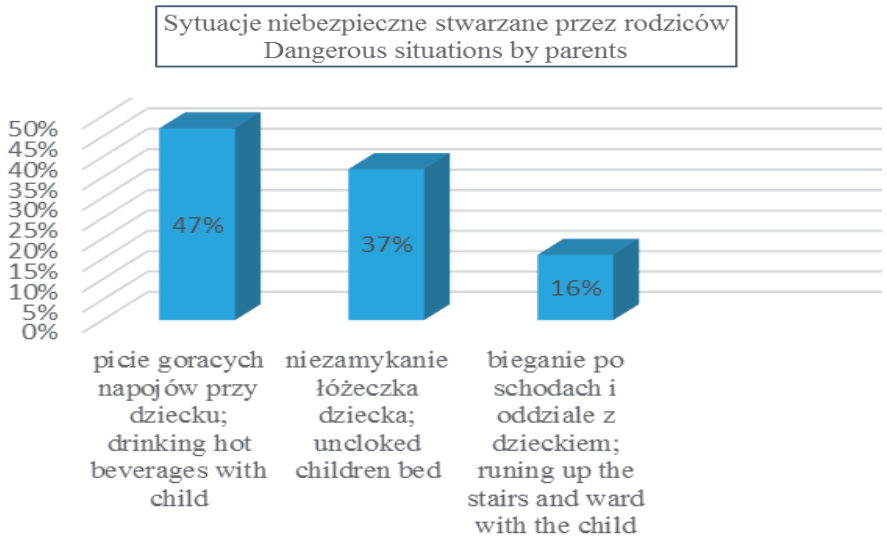
Wybrane wyniki grupy I – personel



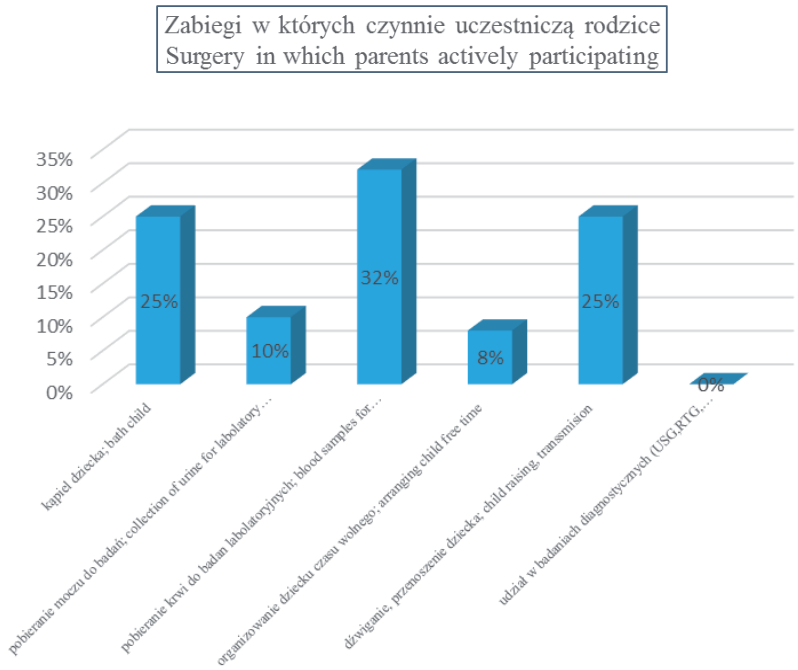
Rycina 1. Przedstawienie się przez personel
Figure1. Presentation by staff
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis



Rycina 2. Opinia personelu na temat zapoznania pacjentów z prawami dziecka i regulaminem Oddziału Chirurgii Dziecięcej
Figure 2. Opinion of the staff about introducing to patients child rights and regulations of the Pediatric Surgery Ward
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

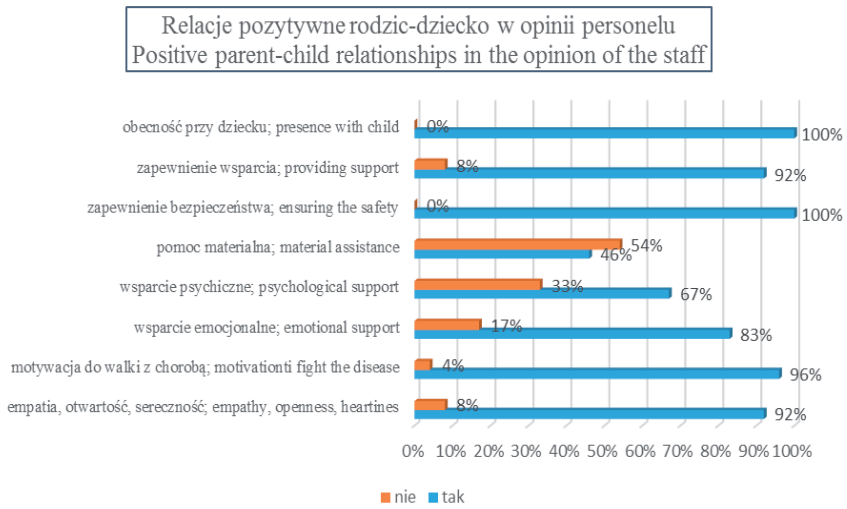


Rycina 3. Stwarzanie przez rodziców sytuacji niebezpiecznych dla dziecka – opinia personelu
Figure 3. Creating a situation dangerous for the child by parents, in the opinion of the staff
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis



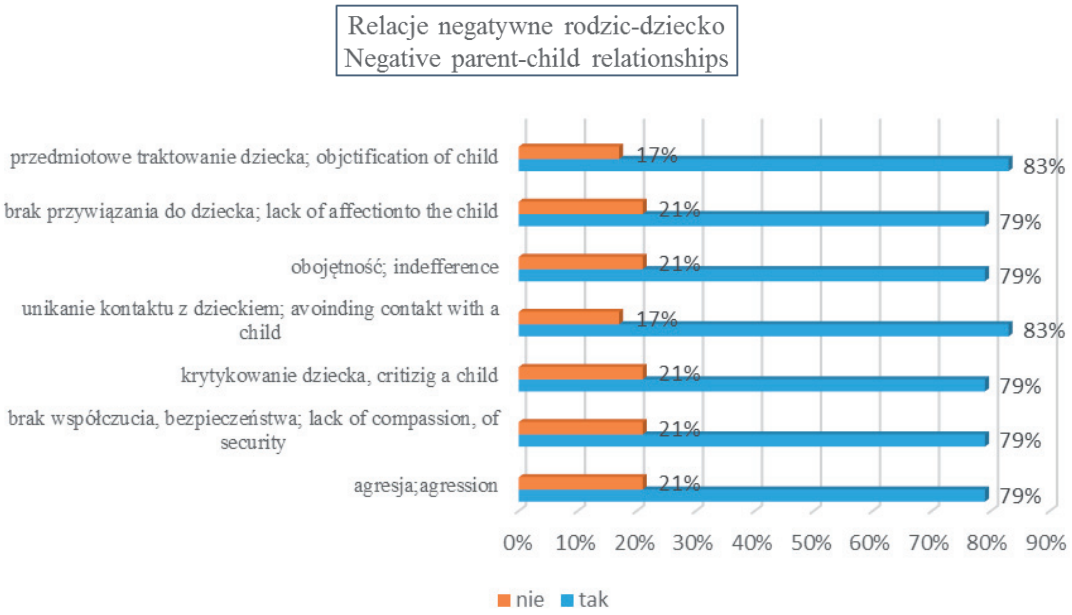
Rycina 4. Czynne uczestnictwo rodziców w zabiegach w trakcie hospitalizacji dziecka
Figure 4. Active participation of parents in surgery during hospitalization of the child

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis



Rycina 5. Relacje pozytywne rodzic – dziecko w opinii personelu
Figure 5. Positive parent – child relationships in the opinion of the staff

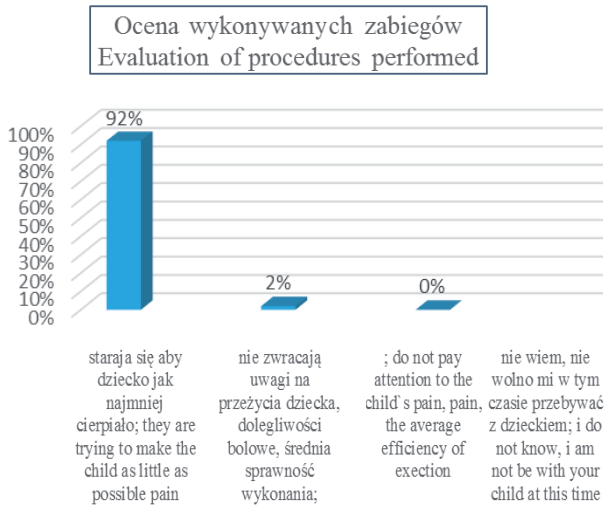
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis



Rycina 6. Relacje negatywne rodzic – dziecko w opinii personelu
Figure 6. Negative parent – child relationships, in the opinion of the staff
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Wybrane wyniki grupy II – opiekunowie

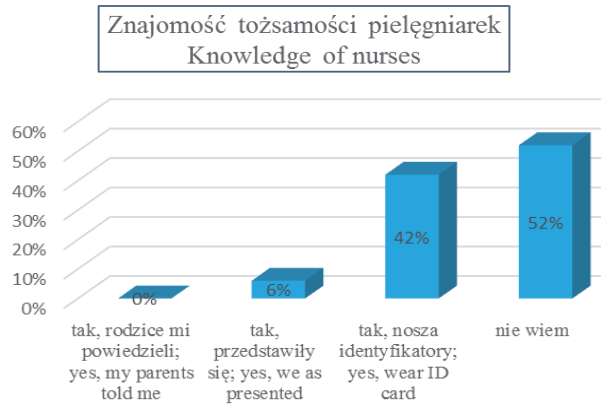
Rycina 7. Ocena informowania przez personel medyczny
Figure 7. Evaluation of informing by medical staff
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis



Rycina 8. Wykonywane zabiegi w ocenie opiekunów
Figure 8. Performed procedures in evaluation of guardians
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Rycina 9. Opinie na temat postępowania przeciwbólowego u dzieci
Figure 9. Opinions on analgesic proceedings in children

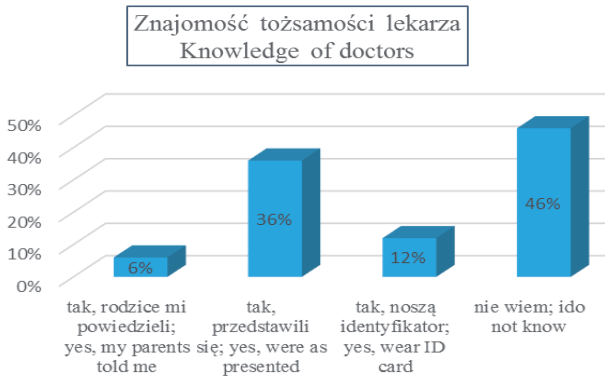
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis



Rycina11. Znajomość pielęgniarek w opinii dzieci
Figure 11. Knowledge of nurses in the views of children

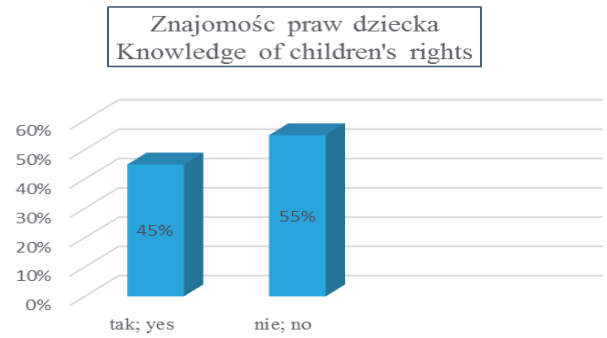
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Wybrane wyniki grupy III – dzieci



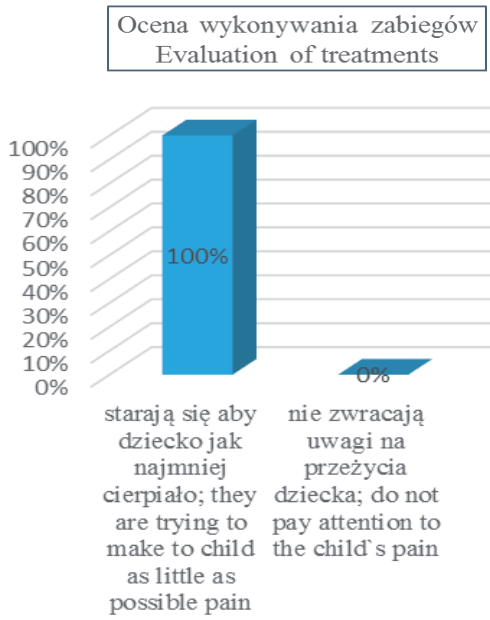
Rycina 10. Znajomość lekarzy w opinii dzieci
Figure 10. Knowledge of doctors in the views of children

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis



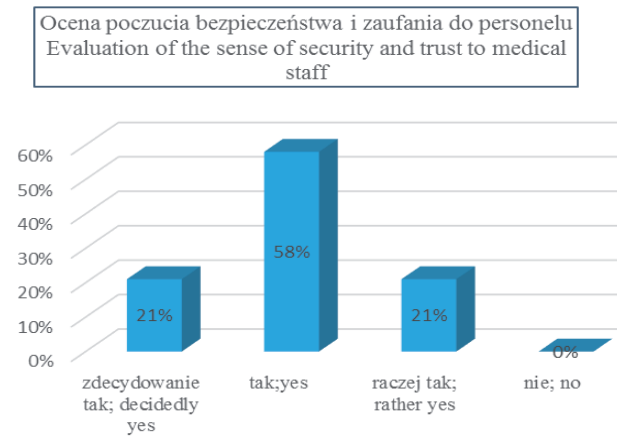
Rycina12. Znajomość praw dziecka przez dzieci
Figure12. Knowledge of children's rights by children

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis



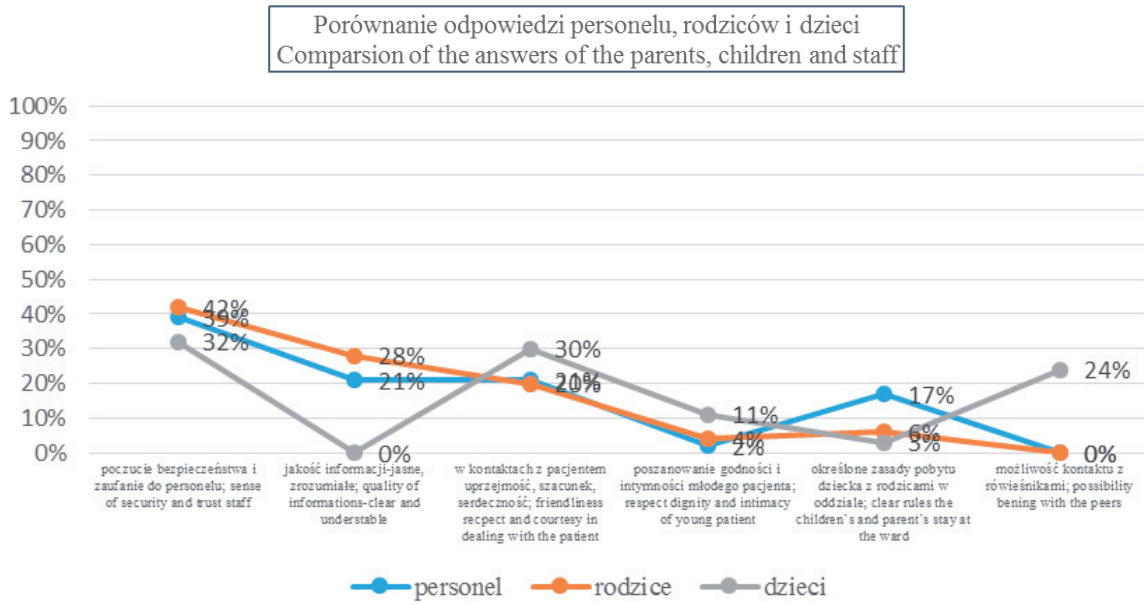
Rycina 13. Ocena wykonywania zabiegów dokonana przez dzieci
Figure 13. Evaluation of treatments made by children

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis



Rycina 14. Ocena poczucia bezpieczeństwa i zaufania do personelu
Figure14. Evaluation of the sense of security and trust to medical staff

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis



Rycina 15. Czynniki mające największy wpływ na jakość opieki na oddziale dziecięcym z punktu widzenia personelu, rodziców i dzieci
Figure 15. Factors having the greatest impact on the quality of care in the children's ward from the point of view of the staff, parents and children

Artykuł przyjęty do redakcji: 27.11.2015
Artykuł przyjęty do publikacji: 23.05.2016

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:
Małgorzata Kazimierczak
ul. Medyków 12
40-752 Katowice
tel.: 661 103 627
e-mail: mkazimierczak@sum.edu.pl
Katedra Zdrowia Kobiety
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach