

Mgr Marzena Terpiłowska

Czynniki wpływające na racjonowanie opieki w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka (OITN)

Wprowadzenie: Niezwykły postęp nauk o płodzie i noworodku spowodował, iż w oddziałach neonatologicznych ratuje się noworodki w coraz cięższym stanie klinicznym. Specyfika problemów zdrowotnych dotyczących populacji noworodków wymaga od personelu wiedzy, kompetencji oraz szczególnych umiejętności zwłaszcza w perspektywie organizacji pracy, wzorców komunikacji oraz wypisu noworodka z Oddziału Intensywnej Terapii Noworodka (OITN). Zjawisko niedoboru personelu pielęgniarskiego, tak bardzo powszechne w Polskich szpitalach nasila problem racjonowania opieki pielęgniarskiej. Wiele jednostek podejmuje strategię obniżania kosztów opieki zdrowotnej, co powoduje ograniczenia liczby personelu pielęgniarskiego i ilości zasobów w oddziałach intensywnej opieki. Braki kadrowe przyczyniają się do negatywnych wyników procesu terapeutycznego pacjenta oraz przedstawiają związek między obniżoną jakością opieki, poziomem umiejętności a zwiększoną ilością zdarzeń niepożądanych i negatywnych wyników leczenia. Problem omijania opieki występuje nie tylko w Polsce, ale i na całym świecie, nie mniej jednak nadal potrzebne są aktualne i dobrze zaplanowane badania, które poddają empirycznej weryfikacji czynniki wpływające na racjonowanie opieki.

Cele: Głównym celem była analiza czynników wpływających na poziom racjonowania opieki pielęgniarskiej w OITN. Cele szczegółowe obejmowały: (1) Ocenę związku między zmiennymi socjodemograficznymi a poziomem racjonowania opieki pielęgniarskiej w OITN. (2) Ocenę wpływu satysfakcji z pracy oraz satysfakcji z życia na racjonowanie opieki pielęgniarskiej. (3) Wyłonienie czynników związanych z wpływem wypalenienia zawodowego i poziomu stresu na racjonowanie opieki.

Materiał i metody: Badanie zostało przeprowadzone od kwietnia 2019 roku do lutego 2021 roku wśród pielęgniarek i położnych zatrudnionych w OITN na Dolnym Śląsku. Badana grupa została skompletowana na zasadzie doboru celowego. Łącznie w badaniu wzięło udział 128 respondentów. W celu przeprowadzenia badań zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem techniki ankiety przy użyciu standaryzowanych kwestionariuszy w polskiej wersji językowej: (1) kwestionariusza do oceny racjonowania opieki w OITN (ang. Neonatal Extent of Work Instrument, NEWRI), (2) Skali Satysfakcji z Pracy (ang. Satisfaction With Job Scale, SSP), (3) Skali Satysfakcji z Życia (ang. Satisfaction with Life Scale, SWLS), (4) kwestionariusza Wypalenia Zawodowego Maslach'a (ang. Maslach Burnout Inventory,

MBI), (5) Skali Odczuwanego Stresu (ang. Perceived Stress Scale, PSS - 10) oraz ankiety własnego autorstwa dotyczącej danych socjodemograficznych.

Wyniki: (1) Analiza danych uzyskanych z kwestionariusza NEWRI wykazała, iż średni wynik w podskali "podtrzymywanie życia i opieka pielęgniarska przy pomocy aparatury medycznej" wynosił 1,68 punktu (SD=0,49), w podskali „wsparcie rodziców i opieka nad noworodkiem” wynosił 2,04 punktu (SD=0,58), w podskali „nadzór pacjenta” wyniósł 1,68 (SD=0,62), natomiast najbardziej racjonowanymi czynnościami były te wchodzące w skład podskali „koordynowanie opieki i planowanie wypisu” (M=2,37; SD=0,72). (2) Średni wynik podskali "podtrzymywanie życia i opieka pielęgniarska przy pomocy aparatury medycznej" wynosił 1,68 punktu (SD=0,49), a najczęściej racjonowaną czynnością było „Wykonywanie szczególnej pielęgnacji u pacjentów z założonymi szynami, gipsem, wyciągiem lub ogranicznikami” (M=2,50; SD=1,14). Średni wynik podskali „wsparcie rodziców i opieka nad noworodkiem” wynosił 2,04 punktu (SD= 0,58), a najczęściej racjonowaną czynnością było informowanie rodziców lub członków rodziny o dostępnych zasobach społecznościowych (M=2,45; SD=0,80). Średni wynik podskali „nadzór pacjenta” wynosił 1,68 punktu (SD=0,62), a najczęściej racjonowaną czynnością było monitorowanie zamierzonych i niepożądanych skutków działania leków czy leczenia, włączając objawy toksyczności leków, uczulenie, reakcji przetoczeniowej, czy wstrząs (M=1,93; SD=0,95). Średni wynik podskali „koordynowanie opieki i planowanie wypisu” wynosił 2,37 (SD=0,72) a najczęściej racjonowaną czynnością było „współpracowanie w celu przeprowadzenia transfuzji wymiennych (M=2,62; SD=1,15). (3) Średni wynik skali SSP wynosił 20,53 punktu (SD=5,67) na maksymalnie 35 punktów możliwych do uzyskania, co oznacza, że respondenci byli ze swojej pracy ani zadowoleni, ani niezadowoleni. Analiza danych skali SWLS pozwoliły określić, że 59 (46,09%) respondentów miało wysokie poczucie satysfakcji z życia, 51 ankietowanych (39,84%) miało średnie poczucie satysfakcji z życia, a 18 ankietowanych (14,06%) miało niskie poczucie satysfakcji z życia. W poszczególnych domenach MBI, uzyskano następujące wyniki: 98% (n=125) zadeklarowało niski poziom zadowolenia z osiągnięć zawodowych, a jedynie 3 osoby (2,34%) średni; ponad połowa respondentów 54% (n=70) zadeklarowała wysoki poziom wyczerpania emocjonalnego, tylko 28% (n=36) niski, a 17% (n=22) średni; 84 spośród 128 respondentów (65,62%) zadeklarowało średni poziom depersonalizacji, 24 respondentów (18,75%) miało niski poziom depersonalizacji, a 20 ankietowanych (15,62%) wysoki poziom depersonalizacji. Wyniki pomiaru poziomu stresu PSS-10 wykazały, że, większość respondentów, bo 48% (n=62) deklarowało wysoki poziom stresu, 33% (n=42) średni, a 19% (n=24) niski poziom stresu. Analiza korelacji pomiędzy podskalami kwestionariusza NEWRI

a skalą SSP wykazała, iż skala SSP jedynie koreluje istotnie ($p=0,040$) i ujemnie ($r_s = -0,182$) z podskala „podtrzymywanie życia i opieka pielęgniarska za pomocą aparatury”. Analiza danych wskazuje na brak istotnych zależności (wszystkie $p > 0,05$) pomiędzy satysfakcją z życia (SWLS), odczuwanym stresem (PSS1-10) oraz wypaleniem zawodowym (we wszystkich domenach MBI), a poziomem racjonowania opieki (NEWRI).

(4) Wyniki analizy jednoczynnikowej pomiędzy wpływem wybranych zmiennych socjodemograficznych na poszczególne podskale kwestionariusza NEWRI wykazały istotne statystycznie wyniki dla:

(1) referencyjności oddziału – personel pracujący w oddziałach o II stopniu referencyjności istotnie częściej racjonował opiekę pielęgniarską w wymiarze „podtrzymywanie życia i opieka pielęgniarska za pomocą aparatury” ($p=0,036$) oraz „wsparcie rodziców i opieka nad noworodkiem” ($p=0,02$); (2) liczby pacjentów pod opieką – czynności w podskali „podtrzymywanie życia i opieka pielęgniarska za pomocą aparatury” były istotnie częściej racjonowane przez personel opiekujący się trzema pacjentami niż przez personel opiekujący się dwoma pacjentami ($p=0,014$); forma zatrudnienia – personel łączący pracę z inną formą zatrudnienia częściej racjonował czynności w podskali „koordynowanie opieki i planowanie wypisu” niż przez pozostałe grup ($p=0,017$); miesięczny wymiar pracy – personel pracujący ponad 230 h w miesiącu częściej racjonował czynności w podskali „koordynowanie opieki i planowanie wypisu” niż przez personel pracujący do 180 h w miesiącu; czas wolny – personel mający powyżej 20 h wolnego w tygodniu istotnie rzadziej racjonuje czynności w podskali „koordynowanie opieki i planowanie wypisu” niż personel mający 11-20 oraz poniżej 10 godzin czasu wolnego.

(5) Wyniki analizy wieloczynnikowej pomiędzy wpływem wybranych zmiennych socjodemograficznych na poszczególne podskale kwestionariusza NEWRI wykazały istotne statystycznie wyniki dla: (1) tytułu magistra położnictwa – parametr regresji wynosi 0,48, a więc podnosi on częstość racjonowania tego typu czynności średnio o 0,48 pkt w stosunku do ukończenia liceum medycznego; III stopień referencyjności oddziału – parametr regresji wynosi -0,752, a więc obniża ona częstość racjonowania tego typu czynności średnio o 0,752 pkt w stosunku do stopnia II; dwóch pacjentów pod opieką – parametr regresji wynosi -0,355, a więc obniża to częstość racjonowania tego typu czynności średnio o 0,355 pkt w stosunku do trzech pacjentów pod opieką; posiadanie jednego dziecka – parametr regresji wynosi -0,395, a więc obniża ono częstość racjonowania tego typu czynności średnio o 0,395 pkt w stosunku do braku dzieci; posiadanie dwojga dzieci – parametr regresji wynosi -0,478, a więc obniża on częstość racjonowania tego typu czynności średnio o 0,478 pkt w stosunku do braku dzieci; zamieszkiwanie w mieście > 100 tys. mieszkańców – parametr regresji wynosi

0,283, a więc podnosi ono częstość racjonowania tego typu czynności średnio o 0,283 pkt w stosunku do zamieszkiwania w mieście < 100 tys. mieszkańców.

Wnioski: (1) Zjawisko racjonowania opieki pielęgniarskiej w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka występuje rzadko. (2) Zmienne socjodemograficzne takie jak: wiek, poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania oraz staż pracy nie są determinantami różnicującymi zjawisko racjonowania opieki. Większy, miesięczny wymiar pracy istotnie wpływa na poziom racjonowania opieki w podskali „*koordynowanie opieki i planowanie wypisu*”. (3) Stopień referencyjności oddziału, liczba pacjentów objętych opieką w trakcie pełnionego dyżuru, forma zatrudnienia, oraz czas wolny to czynniki mające wpływ na poziom racjonowania opieki pielęgniarskiej w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka. (4) Personel pielęgniarski pracujący w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka, który doświadcza większej satysfakcji z pracy rzadziej racjonuje opiekę pielęgniarską. Poziom satysfakcji z życia nie ma wpływu na poziom racjonowania opieki. (5) Wyczerpanie emocjonalne, depersonalizacja i zadowolenie z osiągnięć zawodowych oraz poziom odczuwanego stresu wśród respondentów nie wpływają na poziom racjonowania opieki.