

Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego z Pracownią Pielęgniarstwa Onkologicznego  
WPiNoZ Akademii Medycznej w Lublinie  
p.o. Kierownika: Prof. dr hab. n. med. Jadwiga Daniluk

BOŻENA BACZEWSKA, BEATA KROPORNICKA, ROBERT ŁUCZYK,  
BOGUMIŁA KOLEK

*Retrospective estimation of quality of nursing care hold on patient  
with diseases of haematopoethic system in the field of rapports  
and documentation*

---

**Ocena dokumentowania opieki pielęgniarzkiej sprawowanej nad pacjentem  
z chorobą nowotworową**

W dokumentacji pacjenta oprócz informacji dotyczących diagnozowania i leczenia, powinny być dokumentowane również rozpoznane problemy pielęgnacyjne pacjenta, działania pielęgniarzkie zmierzające do ich rozwiązania oraz osiągnięte wyniki opieki. Dzięki temu istnieje możliwość zapewnienia ciągłości opieki i ocena jej efektywności. W tradycyjnym modelu opieki dokumentowane były jedynie wykonane działania diagnostyczne i terapeutyczne zlecone przez lekarza oraz fragmentaryczne dane o stanie ciężko chorych. Wdrożenie procesu pielęgnowania do praktyki pielęgniarzkiej daje możliwość podniesienia jakości opieki pielęgniarzkiej w szpitalach i lepsze jej dostosowanie do indywidualnych potrzeb pacjentów [2].

Celem pracy była ocena dokumentowania opieki pielęgniarzkiej sprawowanej nad pacjentem z chorobą układu krwiotwórczego.

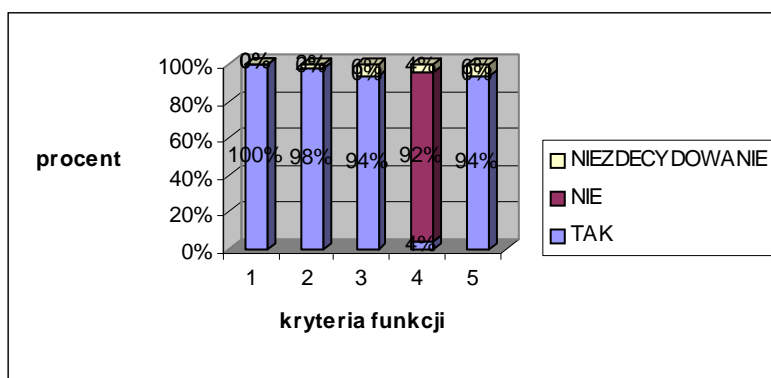
**MATERIAŁ I METODA**

Badaniami objęto 50 pacjentów hospitalizowanych w Katedrze i Klinice Hematoonkologii i Transplantacji Szpiku AM w Lublinie. Dobór chorych był losowy. Badania przeprowadzono od stycznia do lutego 2004 roku. Analizie poddano dokumentację pielęgniarzską aktualnie obowiązującą w oddziale. W badaniach wykorzystano retrospektywną metodę oceny jakości opieki pielęgniarzkiej opracowaną przez zespół pod kierunkiem M. C. Phaneuf - The Nursing Audit [1].

Funkcję raporty i dokumentacja poddano ocenie z uwagi na 5 kryteriów. Opieka pielęgniarzka w zakresie tej funkcji może być sprawowana na poziomie: doskonałym ( 17 - 20 pkt.), dobrym ( 12 - 16 pkt.), niepełnym (8 - 11 pkt.), słabym ( 4 - 7 pkt.), niebezpiecznym ( 0 - 3 pkt.).

**WYNIKI BADAŃ I ICH OMÓWIENIE**

Wyniki oceny funkcji – raporty i dokumentacja w zakresie poszczególnych kryteriów przedstawia ryc. 1.



**Rycina 1. Ocena realizacji funkcji: raporty i dokumentacja w zakresie poszczególnych kryteriów w badanej populacji ( N=50 )**

**Kryteria oceny funkcji:**

- ⇒ Zanotowano fakty, od których uzależniona była dalsza opieka.
- ⇒ Zasadnicze fakty przekazano lekarzowi.
- ⇒ Przekazane fakty zawierały ich ocenę.
- ⇒ Pacjent i rodzina poinformowani, jakie informacje należy przekazać lekarzowi.
- ⇒ Dokumentacja umożliwia ciągłość opieki stacjonarnej i poza stacjonarnej.

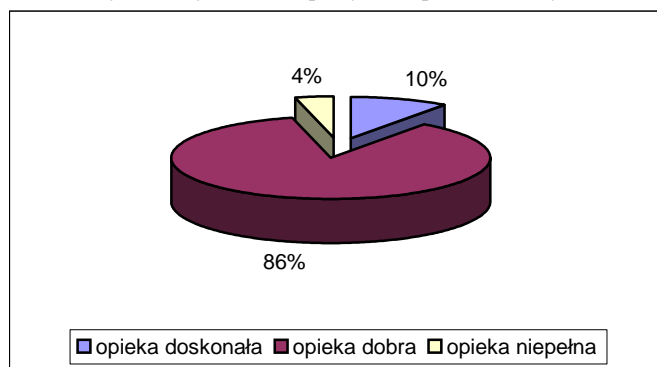
Z danych przedstawionych na rycinie 1 wynika, że w przypadku wszystkich pacjentów dokumentowane były informacje dotyczące stanu zdrowia, od których zależała dalsza opieka (kryt. 1).

Dowody, iż zasadnicze informacje o stanie zdrowia pacjenta przekazano lekarzowi (kryt. 2) zostały odnotowane w przypadku 49 (98%) chorych, natomiast w 1 (2%) przypadku były one wątpliwe. W 47 (94%) badanych przypadkach dokumentacja zawierała pełne dowody oceny dokumentowanych informacji o stanie zdrowia pacjenta (kryt. 3), natomiast w odniesieniu do 3 (6%) chorych w ich dokumentacji dowody te były niepełne.

Niezadowolająco wypadła ocena kryterium 4. Tylko 2 (4%) pacjentów z badanej populacji zostało poinformowanych przez pielęgniarki, jakie istotne zmiany w stanie zdrowia należy przekazywać lekarzowi. Wątpliwe dowody potwierdzające realizację tego kryterium znajdowały się w 2 (4%) dokumentacjach, natomiast w odniesieniu do 46 (92%) badanych nie było ich wcale.

Analizowana dokumentacja umożliwiała zachowanie ciągłości opieki stacjonarnej i poza stacjonarnej (kryt. 5) w przypadku 47 (94%) pacjentów, natomiast w 3 (6%) przypadkach istniały wątpliwe dowody spełnienia tego kryterium.

Pacjenci z badanej populacji otrzymali opiekę pielęgniarską w zakresie tej funkcji na jednym z trzech poziomów: doskonałym, dobrym oraz niepełnym, co przedstawia ryc. 2.



**Rycina 2. Ocena jakości opieki pielęgniarskiej w zakresie realizacji funkcji: raporty i dokumentacja (N=50)**

Z danych przedstawionych na rycinie 2 wynika, iż w badanej populacji przeważali pacjenci, którym zapewniono opiekę w zakresie tej funkcji na poziomie dobrym – 86%. Mniej liczna była grupa chorych, którzy uzyskali opiekę doskonałej jakości – 10%. Tylko 2 (4%) osoby z badanej populacji otrzymały opiekę pielęgniarską w zakresie tej funkcji na poziomie niepełnym.

### **WNIOSKI**

- ⇒ W zakresie funkcji – raporty i dokumentowanie pielęgniarki najczęściej świadczyły pacjentom opiekę na poziomie doskonałym i dobrym.
- ⇒ Większość pacjentów i ich rodzin (92%) – nie została przygotowana przez pielęgniarki do współpracy z lekarzem w zakresie prowadzenia samoobserwacji i samokontroli.

### **PIŚMIENNICTWO**

1. Phaneuf M. C.: The Nursing Audit: Profile for Excellence. New York. Appleton – Century – Crofts 1972
2. Piątek A.: Zmiany metod pielęgnowania a jakość opieki pielęgniarskiej. II Ogólnopolska Konferencja: „Jakość w Opiece Zdrowotnej”. Kraków, 13 – 14 marca 1997 roku, s. 114 – 117.

### **STRESZCZENIE**

Celem pracy była ocena realizacji funkcji pielęgniarskiej – raporty i dokumentacja u pacjentów z chorobą układu krwiotwórczego.

Badaniami objęto 50 pacjentów hospitalizowanych w Katedrze i Klinice Hematoonkologii i Transplantacji Szpiku AM w Lublinie.

W badaniach wykorzystano retrospektywną metodę oceny jakości opieki pielęgniarskiej – The Nursing Audit.

Analiza dokumentacji pacjentów wykazała, że funkcja pielęgniarska – raporty i dokumentacja była świadczona chorym na poziomie – doskonałym, dobrym i niepełnym.

### **SUMMARY**

The aim of the research was to assess realization of nursing function – rapports and documentation of the patient with disease of haemopoietic system.

The research has covered a group of patients hospitalized in the Department of Hematology of Medical University in Lublin in 2004. Retrospective methods of assessment of quality of nursing care – The Nursing Audit – were used in the studies.

Analysis of patients' documentation has shown that function – rapports and documentation was provided to the patients on the levels – excellent, good not full.