

*Lubelskie Centrum Zdrowia Publicznego w Lublinie
Zakład Polityki Zdrowotnej i Kontroli
Lublin Centre for Public Health, Lublin
**Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego
WPiNoZ Akademii Medycznej w Lublinie,
Department of Neurological and Neurosurgical Nursing
Faculty of Nursing and Health-Related Science
Medical University in Lublin

*ANNA SZULC, **KRZYSZTOF TUROWSKI

***Demand for prophylactic services in opinions of environmental/family
nurses – preliminary study***

**Zapotrzebowanie na świadczenia zapobiegawcze
w opiniach pielęgniarek środowiskowych/rodzinnych – doniesienia wstępne**

Zapotrzebowanie na świadczenia zapobiegawcze rozumiane bardzo szeroko, rośnie proporcjonalnie do kształtowanej współcześnie postępowaniem cywilizacyjnym i naukowo-technicznym sytuacji zdrowotnej.

Podstawowa opieka zdrowotna jest więc, niezbędną formą opieki zdrowotnej o stopniu dostępności zależnym od możliwości finansowych państwa, a sama dostępność do tej opieki zdrowotnej jest priorytetem systemu ochrony zdrowia w Polsce, bo to właśnie od niej rozpoczyna się proces zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego wszystkich obywateli. Jest to nie tylko forma, ale ważny strategicznie poziom systemu ochrony zdrowia.

Stąd też, tak ważnym zadaniem w dziedzinie realnego pojmowania zdrowia publicznego jest wczesne, skuteczne i efektywne zapobieganie chorobom oraz promowanie zdrowia społecznego, psychicznego oraz somatycznego poprzez zorganizowane starania społeczne.

Wszelkie czynniki środowiskowe, pomimo ewidentnych wysiłków społeczeństw na rzecz minimalizowania ich negatywnego wpływu na stan zdrowia człowieka wymykają się często spod kontroli. Nie wydaje się jednak możliwe takie kształtowanie współczesnego środowiska by wyeliminować w całości ich niekorzystny wpływ nie tylko na zdrowie człowieka ale też, na pozostające w żywym ekosystemie organizmy.

Jedyną więc, sferą gdzie widać duże potencjalne możliwości poprawy stanu zdrowia i długości życia jest przynajmniej obecnie styl życia albo sposób życia oraz opieka medyczna ukierunkowana przede wszystkim na wczesne rozpoznawanie zagrożeń stanu zdrowia, selekcjonowanie mierników ryzyka zachorowania lub zgonu oraz na dobrą, skuteczną i efektywną opiekę medyczną ale rozumianą już jako działania typowo naprawcze. Pamiętajmy jednak, że działania naprawcze zaś coraz więcej kosztują. Wystarczy wymienić tylko dominujące nadal wśród przyczyn zgonów np. choroby układu krążenia czy choroby nowotworowe. Tylko te dwie główne przyczyny zgonów, obok zapewnienia profesjonalnej opieki medycznej wymagają systematycznej edukacji społeczeństwa w kierunku umiejętności minimalizowania mierników ryzyka (chorób układu krążenia), wczesnego rozpoznawania przyczyn i objawów chorób nowotworowych.

Podstawowa opieka zdrowotna będąca miejscem pierwszego kontaktu określonego środowiska ze służbą zdrowia lub fachowym personelem medycznym była od lat w Polsce ogniwem w systemie - najniższym. Dostrzegając ten fakt, między innymi jednym z celów operacyjnych Narodowego Programu Zdrowia opracowanego na lata 1996 – 2005 było zwiększenie dostępności i usprawnienie podstawowej opieki zdrowotnej. Szeroko rozpracowano zakres kompetencji zespołu podstawowej opieki zdrowotnej (lekarza, pielęgniarki, pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej, położnej środowiskowej) oraz w stosownych aktach prawnych określono zadania tego zespołu.

Przedmiotem moich wstępnych doniesień jest możliwość sprostania tym zadaniom przez pielęgniarki środowiskowo/rodzinne. Pielęgniarstwo to ma w Polsce i poza jej granicami kilkudziesięcioletnią tradycję [1]. Na szczęście obecnie znajdujemy się w okresie zgodnego docenienia roli pielęgniarstwa środowiskowo/rodzinnego.

Zadania pielęgniarki środowiskowej są określone zakresem jej kompetencji i rozpisane są wśród pięciu podstawowych dziedzin:

- ⊕ świadczenia w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki
- ⊕ świadczenia diagnostyczne
- ⊕ świadczenia pielęgnacyjne
- ⊕ świadczenia lecznicze
- ⊕ świadczenia usprawniające

Wśród tych dziedzin wyszczególnionych jest szereg zadań szczegółowych - od funkcji edukacyjnych niejako pedagogicznych po takie działania naprawcze, które wieńczone są sukcesem zdrowotnym podopiecznych.

Dla jednostki finansującej świadczenia w ramach rutynowej sprawozdawczości po zakontraktowaniu świadczeń, pielęgniarka środowiskowa składa miesięczne sprawozdania wyłącznie o liczbie wykonanych świadczeń z poszczególnych dziedzin.

Takie podejście rodzi zawsze spłylenie opisu świadczonych usług przez pielęgniarki środowiskowe/rodzinne.

W miesiącu maju br. w województwie lubelskim, na terenie powiatu kraśnickiego i powiatu ryckiego przeprowadzone zostało pilotażowe badanie ankietowe (zaplanowane na badanie większej populacji pielęgniarek środowiskowo/rodzinnych) mające na celu poznanie potrzeb i możliwości realizacji świadczeń zapobiegawczych w podstawowej opiece zdrowotnej wynikających z zakresu kompetencji pielęgniarki środowiskowo/rodzinnnej.

Narzędziem badawczym była anonimowa ankieta zawierająca trzydzieści pytań zamkniętych i otwartych.

Pilotażowym badaniem ankietowym objętych zostało 20 pielęgniarek środowiskowo/rodzinnych (10 osób z terenu powiatu ryckiego oraz 10 osób z terenu powiatu kraśnickiego). Wśród respondentek 100 % stanowiły kobiety, 100 % ankiet zostało wypełnionych poprawnie.

Wśród pilotażowego badania ankietowego osób z terenu powiatu ryckiego - 10 % respondentek stwierdziło że, posiada specjalizację z pielęgniarstwa środowiskowego, dla porównania na terenie powiatu kraśnickiego 50 % pań podało takie kwalifikacje.

Biorąc pod uwagę staż pracy na stanowisku pielęgniarki środowiskowo/rodzinnnej (odpowiedzi udzieliło 90 % respondentek z powiatu ryckiego i 100 % z powiatu kraśnickiego), zawierał się on zarówno na terenie jednego jak i drugiego powiatu w granicach od jednego roku pracy do 29 lat pracy (powiat kraśnicki).

Można więc, zatem przypuszczać, że doświadczenia zawodowe przeankietowanych w pilotażu pań są bogate i różnorodne.

Również 100 % przeankietowanych pielęgniarek wskazało ilości mieszkańców będących pod ich opieką o przeciętnej strukturze płci i wieku od 1400 osób (powiat rycki) do 3000 osób (powiat kraśnicki).

Biorąc pod uwagę, że pielęgniarka środowiskowo/rodzinna bardzo często występuje w roli doradcy, konsultanta i nauczyciela ważne jest aby poznać czas pracy jaki przeznaczają na promocję zdrowia [3]. To właśnie pielęgniarki dzięki zlokalizowaniu przez nią części działań zdrowotnych w środowisku domowym, przypisuje się dominujące szanse i możliwości profilaktyki, a szczególnie tych określanych jako oświata zdrowotna lub wychowanie zdrowotne [2]. Maksymalna liczba godzin z tygodniowego czasu pracy przeznaczana na profilaktykę wynosi 30 godzin tygodniowo (pilotaż w powiecie ryckim) i 15 godzin (pilotaż w powiecie kraśnickim). Natomiast czas poświęcony na wszel-

kie świadczenia diagnostyczne (odpowiedzi udzieliło 70 % ankietowanych z powiatu kraśnickiego i 90 % respondentek z terenu powiatu ryckiego) wahał się od około 2 godzin do 10 godzin tygodniowo. Przybliżone wyniki procentowe otrzymano również w odniesieniu do świadczeń pielęgnacyjnych.

Około 10 % respondentek oceniło czas przeznaczony na powyższe działania jako niewystarczający, około 50 % uznało, że jest on „raczej wystarczający” (zarówno z powiatu ryckiego jak i kraśnickiego).

Wszystkie osoby biorące udział w badaniu pilotażowym dokumentują wizyty w środowisku w swoich dziennikach pracy pielęgniarki środowiskowo/rodzinnej.

Na uwagę zasługuje fakt, iż 100 % ankietowanych w pilotażu pielęgniarek (z terenu jednego i drugiego powiatu) wykonuje zadania z zakresu promocji zdrowia z własnej inicjatywy, niezależnie od inspiracji lekarza, z którym współpracuje, podobnie świadczenia diagnostyczne. Ponad połowa ankietowanych z obu powiatów uważa także, że ilość wizyt patronażowych wykonywanych w środowisku ich pracy jest „raczej wystarczająca” (60 % odpowiedzi).

Wśród zagrożeń zdrowotnych rozpoznanych w terenie dotyczących chorób somatycznych pielęgniarki w obu objętych pilotażem powiatach najczęściej wymieniały choroby układu krążenia, natomiast wśród zjawisk związanych z patologiami społecznymi najczęstszymi były: alkoholizm i nikotynizm, w pojedynczych przypadkach narkomania (powiat kraśnicki). Zadowolającym wydaje się fakt, iż prawie wszystkie przeankietowane pielęgniarki znają najczęstsze problemy zdrowotne swoich podopiecznych.

Około 45 % pielęgniarek ma również raczej dobre rozeznanie o rodzaju i liczbie osób niepełnosprawnych mieszkających na terenie podlegającym ich opiece.

Z analizy wynika że, tylko 10 % respondentek z powiatu kraśnickiego steruje czy też inspirowanie objęcie czynnym poradnictwem pacjentów z wyłoniłymi miernikami ryzyka bądź chorobami przewlekłymi (dla porównania w powiecie ryckim 50 % przeankietowanych pielęgniarek).

Rok 2005 kończy dziesięcioletni okres realizacji Narodowego Programu Zdrowia. Celem nadrzędnym tego programu zapoczątkowanego w roku 1996 przez Biuro Przekształceń Systemowych Ochrony Zdrowia było systematyczne uzyskiwanie przez populację polską lepszego stanu zdrowia i poprawa jakości życia [4].

W roku 2006 będzie więc, możliwe dokonanie podsumowania i zbilansowania zarówno korzyści zdrowotnych wynikających z realizacji programu jak też określenia dziedzin, w których nie udało się osiągnąć zakładanych celów. A celów, których nie zrealizowano będzie wiele, m.in. dominujące nadal wśród przyczyn zgonów choroby układu krążenia czy również wspomniane już wcześniej choroby nowotworowe.

Niestety aż 60 % ankietowanych w badaniu pilotażowym pielęgniarek na terenie powiatu kraśnickiego odpowiedziało że, nie zna Narodowego Programu Zdrowia (podobnie w powiecie ryckim – 50%).

Ponieważ przeprowadzone pilotażowe badanie ankietowe objęło swoim zasięgiem bardzo znikomą część pielęgniarek środowiskowo/rodzinnych celowo nie wyciągam wniosków, gdyż przy zbadaniu większej populacji reprezentującej w przybliżeniu całość zatrudnionych pielęgniarek w województwie lubelskim sytuacja będzie odzwierciedlała stan faktyczny.

PIŚMIENNICTWO

1. Chrzanowska H., Skobyłko K.: Pielęgniarstwo w otwartej opiece zdrowotnej. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa; 1966, s.11
2. Kawczyńska-Butrym Z.: Rodzinny kontekst zdrowia i choroby. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa; 1995, s.127
3. Kawczyńska-Butrym Z.: Podstawy pielęgniarstwa rodzinnego. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa; 1995, s.56
4. Narodowy Program Zdrowia na lata 1996-2005 Biuro Przekształceń Systemowych w Ochronie Zdrowia. Warszawa; 1996, s.28

STRESZCZENIE

Zapotrzebowanie na świadczenia zapobiegawcze rozumiane bardzo szeroko, rośnie proporcjonalnie do kształtowanej współcześnie postępowaniem cywilizacyjnym i naukowo – technicznym sytuacji zdro-

wotnej. Podstawowa opieka zdrowotna jest więc, niezbędną formą opieki zdrowotnej o stopniu dostępności zależnym od możliwości finansowych państwa, a sama dostępność do tej opieki zdrowotnej jest priorytetem systemu ochrony zdrowia w Polsce, bo to właśnie od niej rozpoczyna się proces zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego wszystkich obywateli. Jest to więc nie tylko forma, ale ważny strategicznie poziom systemu ochrony zdrowia. Sferą gdzie widać duże potencjalne możliwości poprawy stanu zdrowia i długości życia jest przynajmniej obecnie styl życia albo sposób życia oraz opieka medyczna ukierunkowana przede wszystkim na wczesne rozpoznawanie zagrożeń stanu zdrowia, selekcjonowanie mierników ryzyka zachorowania lub zgonu oraz na dobrą, skuteczną i efektywną opiekę medyczną. Przedmiotem moich wstępnych doniesień jest możliwość sprostania tym zadaniom przez pielęgniarki środowiskowe/rodzinne. W miesiącu maju br. w województwie lubelskim, na terenie powiatu kraśnickiego i powiatu ryckiego przeprowadzone zostało pilotażowe badanie ankietowe mające na celu poznanie potrzeb i możliwości realizacji świadczeń zapobiegawczych w podstawowej opiece zdrowotnej wynikających z zakresu kompetencji pielęgniarki środowiskowo/rodzinnej. Narzędziem badawczym była anonimowa ankieta zawierająca trzydzieści pytań zamkniętych i otwartych. Pilotażowym badaniem ankietowym objętych zostało 20 pielęgniarek środowiskowo/rodzinnych.

SUMMARY

The demand for widely understood prophylactic services increases in proportion with the health situation contemporarily shaped by civilisation, as well as scientific and technical progress. Therefore, primary health care is an indispensable form of health care and its availability, which depends on financial resources of the State, is the priority of the Polish health system, because at this point starts the process of the provision of health safety for all citizens. It is not only a form of, but also a strategically important level of the health care system. The life style or the mode of life of an individual, and medical care biased primarily towards early recognition of health hazards, selection of the measures of the risk of disease or death, as well as good, efficient and effective medical care, is the sphere where the potential possibilities for the improvement of health status and lifespan may currently be seen. The objective of the presented preliminary study was the prospects of coping with these tasks by environmental/family nurses. In May 2005, in the Lublin Region, the provinces of Kraśnik and Ryki, a pilot survey was conducted in order to recognize the demand and possibilities for the realization of prophylactic services in primary health care resulting from the scope of competence of an environmental/family nurse. The research tool was an anonymous questionnaire form containing thirty closed and open questions. The pilot survey covered 20 environmental/family nurses.