

Halina Pieciewicz-Szczęśna¹, Tatiana Matwiejczyk², Edward Walczuk²

¹Katedra i Zakład Epidemiologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

²Katedra Zdrowia Publicznego i Organizacji Ochrony Zdrowia Białoruskiej Akademii Podyplomowego Kształcenia Medycznego

Efektywność wykorzystania zasobów pielęgniarskich w lecznictwie stacjonarnym na Białorusi

The effectiveness of nurse resources utilization in health services in Belarus

STRESZCZENIE

Wstęp. Istotnym warunkiem osiągnięcia sprawności przez system organizacyjny jest dostateczna liczba pracowników i właściwe rozmieszczenie zasobów ludzkich. Problemu niewystarczającej liczby pielęgniarek nie można, jak podają eksperci *World Health Organization*, rozwiązać tylko za pomocą zwiększania liczby zatrudnianych pielęgniarek, lecz przede wszystkim poprzez reorganizację pracy.

Cel pracy. Celem pracy jest ocena efektywności zarządzania pod względem wykorzystania istniejących zasobów pielęgniarskich w lecznictwie stacjonarnym na Białorusi.

Materiał i metody. Badania zostały przeprowadzone w trzech szpitalach wojewódzkich Białorusi. Za pomocą analizy dokumentacji oraz przeprowadzonej obserwacji migawkowej przedstawiono rzeczywisty stan wykorzystywania nominalnego i dyspozycyjnego czasu pracy kadry pielęgniarskiej w oddziałach objętych badaniami.

Wyniki i wnioski. Z badań wynika, że w białoruskim lecznictwie stacjonarnym świadczona opieka pielęgniarska nie sięgała poziomu możliwego do realizacji. Nominalny czas pracy pielęgniarek nie był wykorzystywany w 100%. W strukturze czasu pracy pielęgniarek wystąpiły niepożądane cechy. Niezadowolający stopień organizacji pracy personelu szpitali był przyczyną niskiego wykorzystywania dyspozycyjnego czasu pracy pielęgniarek. Zbyt dużo czasu pielęgniarki traciły na wykonywanie czynności pozamerytorycznych, czyli: koordynacyjno-organizacyjnych (35,96%). Natomiast odsetek czasu przeznaczony na pielęgnację bezpośrednią, w strukturze pracy pielęgniarek, był zdecydowanie za mały (23,63%). Zebrany materiał badawczy upoważnia do stwierdzenia, że istniejące zasoby pielęgniarskie w lecznictwie stacjonarnym na Białorusi nie są efektywnie wykorzystywane.

Problemy Pielęgniarstwa 2009; 17 (4): 294–300

Słowa kluczowe: pielęgniarki, zarządzanie, wykorzystanie czasu pracy

ABSTRACT

Introduction. Providing adequate number of employees and correct distribution of human resources are essential conditions of achieving proper organizational system effectiveness. According to the World Health Organization experts opinions the problem of insufficient number of nurses can't be solved only by means of increment in number of employed ones. It requires the reorganization of nurses working time and working conditions, too.

Aim. The aim of this work was to evaluate management's efficacy in regard to the taking advantage of existing nurse resources in hospitals in Belarus.

Material and methods. The study was performed in three municipal hospitals in Belarus. By the help of medical documentation as well as sample observations results analyses there were estimated the real levels of exploitations of nominal as well as flexible nurses working time in selected departments of mentioned hospitals.

Results and conclusions. The results showed that nursing care quality level in Belarus was worse than possible. The nominal working time was not fully utilized. There were observed some undesired aspects in the structure of nurse's working time. The unsatisfactory level of working time exploitation was caused by insufficient flexible time utilization. Nurses spent too much time for performing activities other than their professional duties, such as those concerning coordination and organization of their work (35.96%). Mean-

Adres do korespondencji: dr n. med. Halina Pieciewicz-Szczęśna, Katedra i Zakład Epidemiologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, ul. Chodźki 1, 20-093 Lublin

while, the ratio of the time set aside for direct nursing activities realization was too low (23.63% of all the time of their professional activities). The obtained data allow the authors to conclude that the existing nurse resources in inpatient care units in Belarus are not utilized in the effective way.

Nursing Topics 2009; 17 (4): 294–300

Key words: nurses, management, exploitation of working time

Wstęp

Ze względu na narastające wymagania społeczeństwa białoruskiego dotyczące jakości świadczeń zdrowotnych z jednej strony, a ograniczone możliwości (przede wszystkim finansowe) ich realizacji z drugiej, uznano za stosowne podjęcie badań wskazujących kierunki poprawy (ulepszeń) systemu ochrony zdrowia w sferze organizacyjnej. Termin „efektywność zarządzania” oznacza sprawność, czyli umiejętność osiągnięcia wyników współmiernych do nakładów pracy, oraz skuteczność, czyli wybór właściwych celów do realizacji [1]. Przeniesienie rozważań na temat efektywności zarządzania na sektor usług pielęgniarskich wskazuje, że zapewnienie dobrej jakości pracy wymaga uwzględnienia wielu zmian w zarządzaniu podsystemem pielęgniarstwa [2, 3]. Inicjatorem takich zmian zawsze była i jest Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, *World Health Organization*), której eksperci nadają i rozwijają kierunki tej dziedziny. Jeszcze w 1974 roku WHO zaleciła rządowi każdego kraju opracowanie własnego programu rozwoju pielęgniarstwa z określeniem zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską i oceną istniejących zasobów [4]. Tę rekomendację poprzedziło posiedzenie Grupy Roboczej Europejskiego Biura Regionalnego WHO w grudniu 1970 roku w Bernie. Wśród opracowanych kierunków rozwoju pielęgniarstwa na pierwszy plan został wysunięty problem wykorzystania istniejących zasobów pielęgniarskich. W sprawozdaniu z posiedzenia podkreślono, że w wielu krajach nie można zlikwidować problemu niedostatecznej liczby pielęgniarek tylko przez zwiększenie liczby zatrudnienia tej grupy zawodowej, wręcz przeciwnie, aby rzetelnie zaspokajać potrzeby pacjentów, należy przede wszystkim efektywniej wykorzystywać wiedzę i umiejętności pielęgniarek [5]. Dotychczas nie podjęto na Białorusi próby określenia istniejących zasobów pielęgniarskich wraz z oceną wykorzystania możliwości czasowo-kwalifikacyjnych tej grupy zawodowej.

Cel pracy

Celem pracy jest ocena efektywności zarządzania pod względem wykorzystania istniejących zasobów pielęgniarskich w lecznictwie stacjonarnym na Białorusi.

Na podstawie piśmiennictwa oraz własnych doświadczeń ustalono następującą hipotezę badawczą — aktualnie świadczona opieka pielęgniarska nie sięga poziomu możliwego do realizacji. Struktura czasu pracy pielęgniarek charakteryzuje się także niepożądanymi

cechami. Niski stopień zorganizowania szpitali powoduje istnienie dużego odsetka czasu, który pracująca pielęgniarka traci na wykonanie czynności pomocniczych.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w trzech szpitalach wojewódzkich, czyli w Mińsku (szpital kliniczny), Brześciu i Mohylewie (szpitale niekliniczne) w latach 2002–2003. Tym samym była to możliwość przeprowadzenia analiz badawczych w 3 z 6 istniejących szpitali wojewódzkich na Białorusi. Pod względem geograficznym uznano za właściwe przyjęcie podziału Białorusi na 3 części: zachodnią, centralną i wschodnią. Wojewódzki Szpital Kliniczny w Mińsku mieści się w centralnej części Białorusi, Wojewódzki Szpital w Brześciu — w zachodniej, a Wojewódzki Szpital w Mohylewie — w części wschodniej. Próbę badawczą stanowiło ogółem 12 oddziałów leczniczych (zabiegowych i niezabiegowych), o łącznej liczbie łóżek 565. Badaniami objęto 179 pielęgniarek. W tej fazie badań przeanalizowano dokumentację statystyczną i medyczną, na podstawie której dokonano analizy nominalnego i dyspozycyjnego czasu pracy pielęgniarek. Za pomocą przeprowadzonej obserwacji migawkowej przedstawiono rzeczywisty stan wykorzystywania dyspozycyjnego czasu pracy kadry pielęgniarskiej na oddziałach objętych badaniami.

Wyniki

Istotnym warunkiem osiągnięcia sprawności przez system organizacyjny jest dostateczna liczba pracowników i właściwe rozmieszczenie zasobów ludzkich. W celu oceny świadczonej opieki pielęgniarskiej na przykładzie wybranych szpitali wojewódzkich skoncentrowano się na dwóch aspektach:

- analizie nominalnego i dyspozycyjnego czasu pracy pielęgniarek,
- analizie gospodarowania dyspozycyjnym czasem pracy pielęgniarek.

Zarządzanie nominalnym i dyspozycyjnym czasem pracy pielęgniarek

Wydaje się oczywiste, że i tak mały nominalny czas pracy pielęgniarek powinien być wykorzystywany w 100%, a jednak z badań wynikają inne spostrzeżenia. Podkreślenia wymaga fakt, że nominalny czas pracy pielęgniarek nie był wykorzystywany w 100%. Ten wskaźnik był zawsze niższy niż 100%, z wyjątkiem oddziału hematologicznego w Mohylewskim Szpitalu Wojewódz-

Tabela 1. Stopień wykorzystywania nominalnego czasu pracy pielęgniarek na badanych oddziałach wybranych szpitali wojewódzkich

Table 1. Degree of the exploitation of nominal working time of nurses in reconnoitered departments of selected regional hospitals

Szpital	Miński Kliniczny Szpital Wojewódzki	Mohylewski Szpital Wojewódzki	Brzeski Szpital Wojewódzki
Oddział	Wn (%)	Wn (%)	Wn (%)
Chirurgii naczyń	93,95	Brak oddziału	76,05
Chirurgii ogólnej	Brak badań	85,33	80,86
Traumatologii i ortopedii	91,98	86,45	65,73
Hematologii	85,04	103,72	64,89
Internistyczny	Brak badań	82,09	74,70

Wn — stopień wykorzystania nominalnego czasu pracy pielęgniarek

Tabela 2. Stan wykorzystania dyspozycyjnego czasu pracy pielęgniarek w wybranych szpitalach wojewódzkich

Table 2. Degree of the exploitation of flexible working time of nurses in selected regional hospitals

Szpital		Miński Kliniczny Szpital Wojewódzki	Mohylewski Szpital Wojewódzki	Brzeski Szpital Wojewódzki	χ^2
Frakcje czynności pielęgnarskich					
Czas pielęgnacji	%	27,12	22,61	21,17	23,63
bezpośredniej	L	3,66	2,76	2,76	1,74
	S	0,14	0,12	0,13	0,07
Czas pielęgnacji	%	21,36	14,96	14,65	16,99
pośredniej	L	3,38	2,34	2,39	1,54
	S	0,16	0,16	0,16	0,09
Czas przeznaczany	%	31,02	42,09	34,78	35,96
na czynności	L	3,81	3,24	3,22	1,96
koordynacyjno-	S	0,12	0,08	0,09	0,06
-organizacyjne					
Czas przeznaczany	%	20,50	20,34	29,40	23,42
na odpoczynek, przerwy	L	3,32	2,64	3,08	1,73
w pracy i czynności	S	0,16	0,13	0,11	0,07
pozasłużbowe					

L — błąd bezwzględny; S — błąd względny

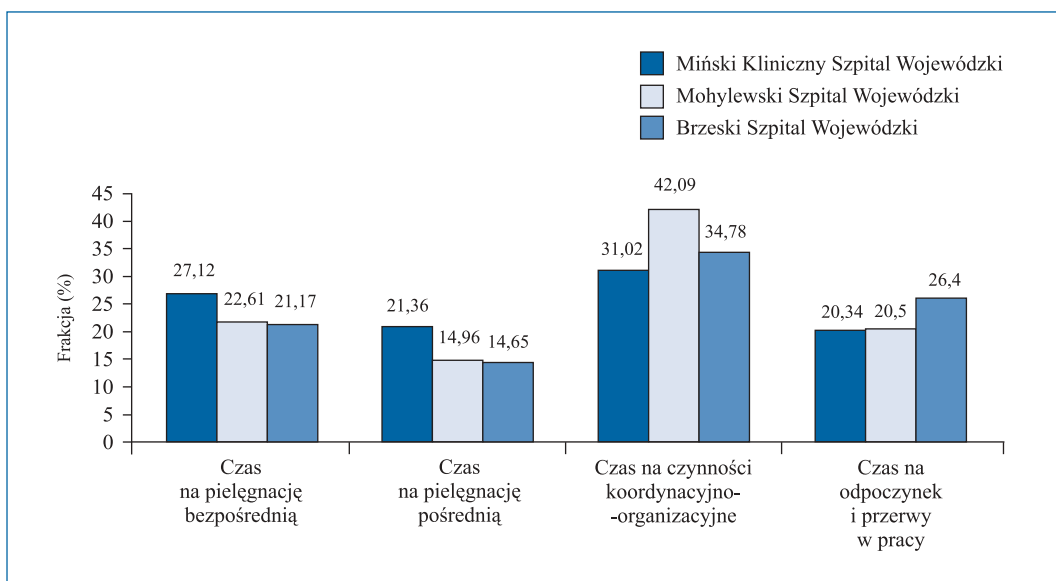
kim, gdzie pielęgniarki odpracowały więcej od zaplanowanego rocznego czasu nominalnego o 3,72% (tab. 1).

Duży procent dyspozycyjnego czasu pracy pielęgniarek w badanych jednostkach był wykorzystywany na czynności koordynacyjno-organizacyjne — 35,96%. Najmniej czasu pracy pielęgniarka przeznaczała na pielęgnację pośrednią — 16,99%. Na pielęgnację bezpośrednią pacjentów przypadało 23,63%, a na czynności pozasłużbowe, odpoczynek i przerwy w pracy — 23,42%. Stan wykorzystywania dyspozycyjnego czasu pracy w badanych

oddziałach przedstawiono w tabeli 2. Ocenę wiarygodności i rzetelności wyników obserwacji wykonano, obliczając faktyczne błędy bezwzględne (L) i względne (S) za pomocą normogramu Barnes'a.

Analiza gospodarowania dyspozycyjnym czasem pracy pielęgniarek

Z tabeli 2 i ryciny 1 wynika, że procentowy podział na poszczególne czynności (frakcje) różnił się w badanych szpitalach, co świadczy o różnych poziomach or-



Rycina 1. Procentowy udział poszczególnych frakcji czynności pielęgniarskich w dyspozycyjnym czasie pracy pielęgniarek w wybranych szpitalach wojewódzkich

Figure 1. The percentage share of respective nursing activities realized during flexible working time in selected regional hospitals

ganizacji pracy szpitali. Należy szczególnie podkreślić, że czas bezpośredniej pielęgnacji w całej próbie wyniósł średnio tylko 23,63% dyspozycyjnego czasu pracy pielęgniarek. W poszczególnych szpitalach wartości tego czasu były zróżnicowane (tab. 2). W Mohylewskim Szpitalu Wojewódzkim i Brzeskim Szpitalu Wojewódzkim było podobnie (odpowiednio 22,61% i 21,17%), natomiast w Mińskim Klinicznym Szpitalu Wojewódzkim procentowy udział pielęgnacji bezpośredniej był największy (27,12%, w tym 8,72% były to działania o charakterze diagnostyczno-terapeutycznym na zlecenie lekarza). W szpitalach nieklinicznych udział czasu na działania diagnostyczno-terapeutyczne na zlecenie lekarza w czasie pielęgnacji bezpośredniej był jeszcze większy ($\chi^2 = 11,13\%$).

Najwięcej czasu pielęgniarki przeznaczały na działania koordynacyjno-organizacyjne ($\bar{x} = 35,96\%$). Rozrzut wartości w poszczególnych szpitalach był duży; od 31,02% w Mińskim Klinicznym Szpitalu Wojewódzkim do 42,09% w Mohylewskim Szpitalu Wojewódzkim (tab. 2). Analiza każdej subfrakcji pozwala na stwierdzenie, że duży procent czasu pracy pielęgniarka przebywa poza oddziałem szpitalnym, wykonując czynności niewymagające jej kwalifikacji, takie jak składanie zamówienia i odbiór leków w aptece, dostarczanie lub odbiór zdjęć RTG, wymiana materiałów niejałowych na jałowe i inne.

Frakcja czwarta — czas zajęć pozaszpitalnych, odpoczynek i przerwy w pracy — wskazuje też na nienajlepsze wykorzystywanie dyspozycyjnego czasu pracy

pielęgniarek i ich duże zróżnicowanie — od 20,34% w Mohylewskim Szpitalu Wojewódzkim do 29,40% w Brzeskim Szpitalu Wojewódzkim. Do tej frakcji odniesiono określone subfrakcje, gdzie zanotowano brak pielęgniarki na oddziale, przy równoległym braku odpowiedzi innych pielęgniarek na pytanie — gdzie znajduje się koleżanka? Najwięcej wątpliwych sytuacji było w Mińskim Klinicznym Szpitalu Wojewódzkim — 7,12%, a w Mohylewskim Szpitalu Wojewódzkim i Brzeskim Szpitalu Wojewódzkim sytuacja była podobna — odpowiednio 3,01% i 2,97%.

Stwierdzono też wahania procentowe w zakresie czasu pielęgnacji pośredniej, czyli w czynnościach przygotowawczych do pielęgnacji bezpośredniej (tab. 2) — od 14,65% i 14,96% w nieklinicznych szpitalach (Brzeskim Szpitalu Wojewódzkim i Mohylewskim Szpitalu Wojewódzkim odpowiednio) do 21,36% w Mińskim Klinicznym Szpitalu Wojewódzkim (średnio 16,99%).

Reasumując, należy stwierdzić, że w białoruskim systemie ochrony zdrowia stopień wykorzystania nominalnego i dyspozycyjnego czasu pracy pielęgniarek jest niezadowolający. Procentowo duży udział czasu pracy poświęcony w większości na czynności koordynacyjno-organizacyjne świadczy o niezadowolającym stopniu organizacji pracy szpitali. Oprócz tego z analizy subfrakcji wynika, że pielęgniarki duży procent czasu pracy przebywają poza oddziałem szpitalnym, a także tracą go na czynności niewymagające ich kwalifikacji. Procentowy udział w strukturze czasu pracy pielęgniarek na pielęgnację bezpośrednią powinien być znacznie

większy. Oznacza to, że została potwierdzona hipoteza badawcza.

Dyskusja

Obecnie coraz częściej na świecie badania na rzecz jakości pracy mają przewagę nad badaniami na rzecz ilości. Czas pracy i zarządzanie jakością mają ogromne znaczenie w całym systemie opieki zdrowotnej, a szczególnie w zawodach pielęgniarstwa i położnej, które mają najczęściej kontakt z pacjentem. Eksperti WHO zalecają obliczanie i analizowanie w poszczególnych jednostkach służby zdrowia wielkości nominalnego i dyspozycyjnego czasu pracy pielęgniarek w odniesieniu do jednego pacjenta w ciągu doby oraz stopnia wykorzystywania tego czasu [5]. W tym badaniu poddano analizie stopień wykorzystywania czasu pracy pielęgniarek w celu oceny zakresu świadczonej opieki pielęgniarstwa w poszczególnych jednostkach.

Głównym celem było określenie zakresu niezadawalającego poziomu wykorzystywania zasobów pielęgniarstwa i przyczyn małej wydajności pracy tej grupy zawodowej. W tym celu ustalano strukturę wykorzystywania czasu pracy pielęgniarek w obrębie 12 oddziałów szpitalnych, pięciu specjalności medycznych w wybranych szpitalach wojewódzkich.

Jak wynika z badań, stopień wykorzystywania nominalnego czasu pracy pielęgniarek (tab. 1) był zróżnicowany na poszczególnych oddziałach i wahał się od 64,89% do 103,72%. W dużej mierze odsetek wykorzystywania nominalnego czasu pracy pielęgniarek zależy od pielęgniarki oddziałowej. To ona opracowuje grafiki pracy i organizuje zastępstwo na czas zwolnień i urlopów zatrudnionych pielęgniarek. Od jej organizatorskich umiejętności, zwłaszcza planowania, rozmieszczenia i szybkiego codziennego reagowania na luki kadrowe zależy stopień wykorzystywania nominalnego czasu pracy pielęgniarek, czyli wielkość dyspozycyjnego czasu pracy pielęgniarek na oddziale. Pielęgniarka oddziałowa powinna przewidywać czas nieobecności podległego personelu w pracy z różnych powodów. Nie może ona reagować na zwolnienia, urlopy i powstające na ich skutek luki kadrowe w ostatniej chwili, a dodatkowymi obowiązkami nagle obarczać pracujące pielęgniarki. Wiadomo, że pielęgniarka łącząca swoje obowiązki z obowiązkami nieobecnej w pracy koleżanki, której zastępstwa nie zapewniła pielęgniarka oddziałowa, nie jest w stanie wykonać dobrze ani swoich obowiązków, ani obowiązków nieobecnej koleżanki.

Stopień wykorzystywania nominalnego czasu pracy pielęgniarek na oddziale hematologicznym MSW, który był większy niż 100% i równał się 103,72%, można tłumaczyć tym, że pielęgniarka oddziałowa tego oddziału świadomie lub nieświadomie zwiększyła nominalny czas pracy podlegających jej pielęgniarek, co jest z kolei niezbyt dobrze widziane przez służby kontrolujące.

Przy omawianiu zarządzania dyspozycyjnym czasem pracy pielęgniarek należy przede wszystkim ustosunkować się do głównego (merytorycznego) czasu pracy, w przypadku pracy pielęgniarek, czasu przeznaczanego na pielęgnację bezpośrednią pacjenta (frakcja I) (tab. 2). Przyjmuje się, że czas pracy głównej (frakcja I) jest podstawowym kryterium wykorzystania potencjału pracownika i efektywności organizacji pracy w instytucji. Ustalenie, że pielęgniarka przeznacza średnio 23,63% dyspozycyjnego czasu pracy na funkcje główne (pielęgnację bezpośrednią), a 76,37% ogólnej puli czasu przebywa z dala od pacjenta, są podstawą do stwierdzenia, że stopień wykorzystywania potencjału kadr pielęgniarstwa i stopień organizacji pracy w szpitalach jest niski. Fakt ten uzmysławia problem, że aż 2/3 swojego czasu pracy pielęgniarki spędzają na wykonywaniu zadań poza pacjentem, a przecież są one kształcone właśnie do opieki nad nim. W przypadku, kiedy na oddziale, na którym znajduje się 30–40 łóżek, na dyżurze pracuje tylko jedna pielęgniarka, łatwo obliczyć, że każdemu pacjentowi może poświęcić zaledwie kilka minut.

Za niekorzystne należy uznać proporcje między wyróżnionymi subfrakcjami w obrębie pracy głównej. W czasie pracy, przeznaczanym przez pielęgniarki na bezpośrednią opiekę, dominuje wykonywanie działań o charakterze diagnostyczno-terapeutycznym, wynikających ze zleceń lekarzy ($\chi^2 = 11,13\%$), natomiast czynności uznawane za typowo pielęgnacyjne zajmują znikomy procent czasu. W tym miejscu znów należy wrócić do koncepcji pielęgniarstwa na Białorusi, według której główną funkcją pielęgniarki jest ścisła podległość lekarzowi, czyli nienaganne wykonywanie jego zleceń. Jednak podstawową i niezależną misją tego zawodu jest pielęgnowanie i udział pielęgniarki w utrzymaniu zdrowia. Funkcją pielęgniarstwa jest służenie pacjentowi, pomaganie mu w rozwiązywaniu biologicznych, psychicznych i społecznych problemów, często bardzo trudnych, w różnych okresach jego życia, zarówno w zdrowiu, jak i chorobie. Jest to szczególnie ważne w warunkach leczenia stacjonarnego, kiedy pacjent wymaga niezbędnej opieki pielęgniarstwa i przeżywa trudny okres w swoim życiu. W tych warunkach oczekuje się wielozakresowej pomocy nie tylko ze strony pacjenta, ale i rodziny. Do takich należą: minimalizowanie stresu, niepokoju, lęku, maksymalne zapewnienie komfortu pobytu, wzmocnienie psychicznej odporności, ułatwienie adaptacji do nowej sytuacji, współpraca z członkami rodziny. Są to podstawowe powinności pielęgniarki, których spełnienia powszechnie oczekują pacjenci. Do zasadniczych funkcji pielęgniarstwa należy informowanie pacjenta o prozdrowotnym stylu życia oraz odpowiedzialności za stan własnego zdrowia. Składa się na to wiele zadań, czyli przekonywanie i argumentowanie, pokazywanie i instruowanie, uczenie i radzenie, jak dbać o zdrowie teraz i w przyszłości, współpra-

ca z personelem w trakcie leczenia i dbanie o utrzymanie uzyskanych efektów (wyników), unikanie choroby w przyszłości. Tymczasem na te swoiste funkcje zawodowe, takie jak: opieka psychospołeczna, promocja zdrowia, informowanie pacjenta i rodziny, czynności związane z higieną osobistą i otoczenia, dbanie o wygodne ułożenie ciała, zapewnienie i mobilizacja do ruchu, odpowiednie żywienie, pielęgniarka przeznaczająca bardzo mało czasu. W tym miejscu należy zaznaczyć, że taki stan nie jest związany tylko z brakiem czasu w pracy pielęgniarek na te czynności, ale wynika głównie ze złej organizacji pracy szpitala. Niektóre pielęgniarki nie wykonują i nie będą wykonywały tych zadań ze względu na brak wiedzy i niedostateczne przygotowanie w tym zakresie (szkoły medyczne przygotowują przyszłych specjalistów głównie do wykonania technicznych zabiegów przy chorym [6]), inne ułatwiają sobie pracę poprzez eliminowanie niektórych zadań, jeszcze inne w ogóle nawet nie wiedzą, że te czynności i zadania należą do ich obowiązków. Należy podkreślić, że wiele pielęgniarek wykorzystuje każdą wolną chwilę na kontakt z pacjentem, na przykład rozmawiają i uczą pacjenta i jego rodzinę postępowania w chorobie. W dużym stopniu tak pojmowany zakres obowiązków jest związany z sumiennością i odpowiedzialnością samej pielęgniarki. Na pewno na zakres i inicjatywę pielęgniarki wpływa również zaniżona ocena jej pracy, która jest rozliczana głównie z wykonanych zleceń lekarskich.

Ciekawe i bardzo ważne badania zostały przeprowadzone w Polsce. Okazało się, że przeznaczenie nadmiernie dużej ilości czasu na zajęcia pozaszpitalowe, odpoczynek i przerwy w pracy, odbywa się kosztem jakości pielęgnacji bezpośredniej, a nie pozostałych dwóch frakcji. Podobne wyniki opublikowali też badacze z krajów zachodnich, którzy zaobserwowali, że kiedy wzrastała liczba pielęgniarek na oddziale, bez zwiększania się liczby pacjentów, pielęgniarki nie wykorzystywały tego czasu we właściwy sposób, czyli na opiekę bezpośrednią [5].

Czas poświęcony na pielęgnację pośrednią (frakcja II) w całej próbie (16,99%) był mniejszy niż średnia wartość czasu opieki bezpośredniej o 6,64% (tab. 2). Na jego wielkość składały się przede wszystkim czynności przygotowawcze do zabiegów, na przykład przygotowywanie zestawów, sprzętu do pracy, leków do podania pacjentom i inne. Wielkość tej frakcji ściśle wiązała się z zaopatrzeniem oddziałów w sprzęt jednorazowego użytku, z produkcją i przygotowywaniem właściwych dawek i opakowań leków oraz płynów infuzyjnych o odpowiednim składzie. Na przykład, rezygnacja z przeprowadzania wstępnych prób przez pielęgniarkę i lekarza przed przetaczaniem krwi i przekazanie tych obowiązków osobom, które odpowiadają za ten zakres zadań w szpitalu, oraz umożliwienie korzystania głównie ze sprzętu i materiałów jednorazowego użytku, zapewnienie wygodnych

postaci stosowanych leków, innych podobnych czynności i zadań pielęgniarskich znacznie skróciłoby czas przeznaczony na rzecz bezpośredniej opieki nad pacjentem. Ważnym zagadnieniem jest tu rozmieszczenie leków, różnych materiałów i sprzętu w poszczególnych częściach oddziału. Wygodne, zgodne z zasadami ergometrycznymi, stałe miejsce rozkładania leków, materiałów oraz kompletność niezbędnych dla pracy narzędzi nie tylko ułatwia pracę, ale i skraca czas na techniczne przygotowanie się do zabiegów przy chorym.

W odniesieniu do działań, nazwanych koordynacyjno-organizacyjnymi (frakcja III) stwierdzono, że tak duży odsetek czasu ($\bar{x} = 35,96\%$) w tym zakresie należy tłumaczyć niskim stopniem zorganizowania pracy szpitali. Najmniej korzystna sytuacja została odnotowana w szpitalu w Mohylewie — 42,09% (tab. 2). W obrębie tej frakcji (III) aż połowa wykonywanych czynności nie wymagała kwalifikacji pielęgniarskich i do takich należały składanie zamówień i odbiór leków w aptecce, dostarczanie lub odbiór zdjęć RTG, wymiana materiałów niejałowych na jałowe oraz wiele innych. Taki charakter zajęć wynika z powodu braku właściwej organizacji pracy oddziałów pomocniczych, administracyjnych, apteki, czyli organizacji pracy tych oddziałów „na oddziały lecznicze”. Na personel pielęgniarski oddziałów leczniczych spada wiele obowiązków związanych z zaopatrzeniem, obiegiem informacji, dostarczaniem dokumentacji i inne. Z tego względu pielęgniarki zbyt długo w czasie godzin pracy przebywają poza oddziałem szpitalnym, co w sposób zasadniczy obniża jakość opieki pielęgniarskiej bardzo niekorzystnie, a nawet niebezpieczne dla chorych. Poza tym, wykonywanie prac, które nie dają możliwości wykorzystywania własnych kwalifikacji, nie sprzyja potrzebom samorealizacji, obniża poziom zadowolenia z wykonywanego zawodu, a także osłabia jego prestiż społeczny. Te fakty mogą również wpływać na to, że pielęgniarka zniechęca się do swojej pracy, co może być następstwem ciągłego upominania, ponagrania i kontrolowania jej pracy przez administrację. Analiza subfrakcji „bieżąca organizacja pracy” wskazuje na to, że pielęgniarki nie w pełni znają swoje obowiązki, mają słabą motywację do pracy, a część z nich nawet wymaga tego, aby pielęgniarka oddziałowa lub lekarz przypominali im o wypełnianiu własnych obowiązków.

W szczegółowej analizie tej subfrakcji i szukaniu poprawy bardzo przydatnym będzie opis stanowiska pracy jako narzędzia w obszarze zarządzania kadrami [7]. Jednym z punktów analizy jest odpowiedź na pytanie, czy osoby zatrudniane na oddziale posiadają wymagane kwalifikacje i dobrze znają swoje obowiązki.

Jeśli chodzi o czas zajęć pozaszpitalowych i przerwy w pracy, to średnia wartość w tej próbie wynosiła 23,42%. Eksperti Międzynarodowego Biura Pracy w Genewie przyjęli tak zwane minimum czasu uzupeł-

niającego, które musi wynosić 10% dla mężczyzn i 12% dla kobiet [8]. Autorzy zajmujący się problematyką normowania pracy, fizjologicy i psychologowie badający wysiłek fizyczny i psychiczny są zgodni co do tego, że wielkość czasu na odpoczynek i potrzeby naturalne człowieka powinny być skorelowane z uciążliwością pracy i materialnymi czynnikami środowiska pracy wywołującymi zmęczenie. Na Białorusi dotąd nie prowadzono badań nad uciążliwością pracy pielęgniarek. Należy zasygnalizować, że praca pielęgniarki w szpitalu wymaga dużego wysiłku fizycznego i psychicznego. Wiąże się to z koniecznością stałego skupiania uwagi, systematycznej obserwacji, szybkiej oceny nagłych zmian w stanie zdrowia pacjenta. Ponadto praca jest ciężka, jeśli chodzi o fizyczną stronę, łączy się bowiem z podnoszeniem pacjentów. Otoczenie i jego wyposażenie, zróżnicowany stopień hałasu, zwłaszcza na oddziałach intensywnej opieki medycznej, powodują stałe pobudzenie i wysoki stopień obciążenia psychicznego [9]. Być może jest to jedna z przyczyn przedłużania przerw w pracy. Wydaje się, że zapewnienie odpowiednich warunków do odpoczynku w czasie pracy (np. zorganizowanie pokoju socjalnego), mogłoby w znacznym stopniu przyczynić się do szybkiego usunięcia lub przynajmniej ograniczenia zmęczenia i odtworzenia zdolności do pracy. Może się to wiązać ze skróceniem przerw w pracy, które pielęgniarka samodzielnie dodatkowo organizuje, na przykład pójście poza oddział w celu zrelaksowania się. Z badań wynika, że w 4,37% trudno było określić, gdzie znajduje się pielęgniarka.

Wnioski

1. Z badań wynika, że w białoruskim leczeniu szpitalnym świadczona opieka pielęgniarska nie sięga poziomu możliwego do realizacji. W strukturze czasu pracy pielęgniarek występują niepożądane cechy. Niezadowolający stopień organizacji pracy personelu szpitali jest przyczyną niskiego wykorzystania czasu pracy pielęgniarki. Zbyt dużo czasu traci ona na wykonywanie czynności pozamerytorycznych, czyli: koordynacyjno-organizacyjnych (35,96%) oraz przerwy w pracy i czynności pozasłużbowe (23,42%). Natomiast odsetek czasu przeznaczanego na pielęgnację bezpośrednią, w strukturze pracy pielęgniarek, jest zdecydowanie za mały, ponieważ wynosi tylko 23,63%.
2. Potrzebna jest poprawa stanu organizacyjnego opieki pielęgniarskiej, głównie w następujących zakresach:
 - prowadzenia badań przez pracowników naukowych nad wykorzystaniem czasu pracy i kwalifikacji pielęgniarek w poszczególnych placówkach służby zdrowia;
 - zmiany metod organizacji pracy pielęgniarek, związanej z rezygnacją z tradycyjnego pielęgnowania na rzecz procesu pielęgnowania, po odpowiednim przygotowaniu kadry pielęgniarskiej;
 - podjęcia określonych działań zmierzających głównie w kierunku zwiększania czasu na opiekę bezpośrednią, przy zmniejszaniu czasu na działania koordynacyjno-organizacyjne i pozasłużbowe; ustalony normatyw pracy pielęgniarek powinien zakładać udział czasu na pielęgnację bezpośrednią (merytoryczną), który powinien osiągać minimum 50%;
 - stałej analizy i ciągłego doskonalenia struktury zadań, stanowisk pracy pielęgniarek, realizowanych przez kadrę kierowniczą.

Piśmiennictwo

1. Stoner J.A.F., Freeman R.E., Gilbert D.R. Kierowanie. PWE, Warszawa 2001.
2. Ksykiewicz-Dorota A. Zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską pacjentów hospitalizowanych w eksperymencie organizacyjnym. Praca hab. Akad. Med., Lublin 1998.
3. Rostowcew W.N., Ułaszczik W.S. Resursy efektywności i ekonomiki w zdrowoochronieniu. *Zdrowoochronienie* 1999; 4: 48–50.
4. Michalewicz P.N. Niekotoryje organizacyjnye aspekty sestrińskiego dela. *Miedicinskije Znania* 2001; 5: 2–3.
5. Piatoje sowieszczaniei glawnych medsester Minzdrawow iz nowych niezawisimych gosudarstw. Otcziot o sowieszczanii WHO ot 21–23.10.1999 w Alma-Ate, Kazachstan. *Ewropejskoje Regionalnoje Biuro WHO*, Kopenhaga 2000.
6. Pieciewicz H. Istota pielęgniarstwa a program kształcenia pielęgniarek w Polsce i na Białorusi. Analiza porównawcza. Praca magisterska. Akad. Med., Lublin 1996.
7. Czubasiewicz H. Opis stanowiska pracy jako narzędzia zarządzania. *Przegląd Organizacji* 2000; 4: 29–31.
8. Ksykiewicz-Dorota A. Wyznaczanie czasu pozapielęgniarskiego w metodzie klasyfikacji pacjentów. *Zdrowie Publ.* 1999; 12: 425–430.
9. Wolkowa Z.A., Nedwiga W.I. Gigieniczeskije i fiziologiczeskije uslowija truda medsesterior chirurgiczeskich otdelenij. *Higiena Truda i Professionalnych Zabolewanij* 2007; 3: 13–17.