

Anna Fąfara, Monika Binkowska-Bury, Paweł Januszewicz

Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Wydział Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski

Nocna opieka pielęgniarstwa – przegląd wybranych problemów pielęgniarek i pacjentów

Night care nursing – the overview of selected problems of nurses and patients

STRESZCZENIE

Opinie hospitalizowanych pacjentów na temat opieki zdrowotnej powstają przeważnie na podstawie doświadczenia własnego lub przekazu osób bliskich, znajomych, informacji medialnych i są związane z zagadnieniem jakości, w tym jakości opieki pielęgniarstwa. Praca zespołów pielęgniarstwa w ramach leczenia szpitalnego polega na szczegółowym zabezpieczeniu, a więc zaplanowaniu całodobowej, ciągłej opieki w systemie pracy zmianowej – rannej, popołudniowej i nocnej. Nocna opieka ma inne priorytety niż opieka sprawowana w godzinach rannych i popołudniowych. Celem jej jest przede wszystkim zapewnienie dobrego samopoczucia, spokoju i bezpieczeństwa oraz odpoczynku, tak aby nie dochodziło do zaburzeń rytmu czuwania i snu u pacjenta hospitalizowanego. Dodatkowo opieka pielęgniarstwa pełniona w nocy obejmuje wielu unikalnych aspektów nie wykonywanych w ciągu dnia.

Celem pracy była próba identyfikacji najczęstszych problemów pielęgniarek i pacjentów związanych z nocną opieką pielęgniarstwa.

Dokonano wnikliwego przeglądu 44 prac opublikowanych na łamach polskich i zagranicznych czasopism naukowych pomiędzy 2000 a 2014 rokiem, dzieląc je wedle 2 kategorii tematycznych: oddziaływanie pracy zmianowej na zdrowie i życie pielęgniarek, satysfakcja pacjentów z nocnej opieki pielęgniarstwa. Z piśmiennictwa wynika, że praca w systemie zmianowym, w tym w porze nocnej powoduje wiele zaburzeń w stanie zdrowia samych pielęgniarek, chociaż w wielu wypadkach opinie są rozbieżne. Warto kontynuować dalsze badania w tym obszarze zarówno wśród personelu pielęgniarstwa, jak i pacjentów celem weryfikacji oczekiwań, tak aby zapewnić jak najwyższy stopień satysfakcji z opieki pielęgniarstwa w porze nocnej.

Problemy Pielęgniarstwa 2015; 23 (4): 520–526

Słowa kluczowe: praca zmianowa; jakość opieki; pielęgniarstwo; pacjent

ABSTRACT

Reviews of hospitalized patients about health care arise largely based on their own experience or transmission of relatives, friends, media reports and are related to the issue of quality, including the quality of nursing care. The work of nursing teams' as a part of hospital treatment involves detailed security, so planning round the clock, constant of care in the shift work system - morning, afternoon and night. Night care has different priorities than care performed in the morning and afternoon. The main aim of night care is to provide well-being, calmness, protection and repose, so that does not occur rhythm sleep disorders for hospitalized patients. In addition, night nursing care includes a lot of unique aspects not performed during the day.

The aim of the publication is an attempt of identification the most common nurses' and patients' problems related to night nursing care.

Critical review was carried out of 44 researches published in the Polish and foreign scientific journals between 2000–2014, which were divided according to two thematic categories: the impact shift work on health and life of nurses, patients' satisfaction with night nursing care. The literature shows that shift work, including night-time causes a number of disorders

Adres do korespondencji: mgr piel. Anna Fąfara, Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Wydział Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski, al. mjr. W. Kopisto 2 a, 35–310 Rzeszów, tel.: 17 872 1111, tel. kom.: 887 868 507, e-mail: anna.fafara238@wp.pl

DOI: 10.5603/PP.2015.0085

in the nurses' health, although in many cases, opinions are divergent. It should continue further research in this area among both: nurses and patients, to verify expectations, so as to ensure the highest degree of satisfaction with night nursing care.

Nursing Topics 2015; 23 (4): 520–526

Key words: shift work; quality of care; nurse; patient

Wstęp

Czas pracy jest istotnym elementem organizacji i porządku pracy w danej instytucji. Pracodawca może dysponować czasem pracy stosownie do swoich potrzeb. Pracownicy ochrony zdrowia w polskim prawie mają wyłączoną z Kodeksu Pracy regulację w zakresie czasu pracy. Od 1 lipca 2011 roku obowiązuje nowy akt prawny — ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217, dział III ustawy) [1]. Czas pracy w służbie zdrowia nie może przekraczać 7 godzin i 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin i 55 minut na tydzień, w 5-dniowym tygodniu pracy w przeciętnym okresie rozliczeniowym [1]. W prawie Unii Europejskiej zagadnienia czasu pracy są uregulowane w Dyrektywie 2003/88/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 4 listopada 2003 roku [2].

Równoważny system pracy może zostać zastosowany w podmiotach leczniczych, jeżeli jest to uzasadnione rodzajem pracy lub jej organizacją. Dotyczy to pracowników, których obowiązuje 8-godzinna lub 7 godzin 35 minut norma dobową. Jednocześnie dopuszcza się przedłużenie czasu pracy do 12 godzin, pod warunkiem zrekompensowania tego wydłużenia odpowiednim skróceniem wymiaru czasu pracy w inne dni lub pozostawieniem dodatkowych dni harmonogramowo wolnych. Pracownik nie może przekroczyć przeciętnej tygodniowej normy czasu pracy oraz obowiązującego w danym okresie rozliczeniowym wymiaru czasu pracy. Jest to przypadek, w którym z przepisów prawa wynika obowiązek ustalenia harmonogramu czasu pracy na cały okres rozliczeniowy [3].

Pielęgniarki zatrudnione w szpitalu wykonują pracę w równoważnym systemie pracy od poniedziałku do niedzieli, zgodnie z tworzonym dla nich harmonogramem czasu pracy. Najczęściej praca ta dotyczy dwóch zmian: pierwsza w godzinach od 7.00 do 19.00 i druga od 19.00 do 7.00.

Znane są liczne definicje dotyczące zarówno pracy zmianowej, jak i pracy w godzinach nocnych. Polskie ustawodawstwo definiuje pracę zmianową jako wykonywanie pracy według ustalonego rozkładu czasu pracy przewidującego zmianę pory wykonywania pracy przez poszczególnych pracowników po upływie określonej liczby godzin, dni lub tygodni, dopuszczalną w każdym systemie pracy (art. 128. § 2. pkt 1 i art. 146 kodeksu pracy) [4].

W innych opracowaniach pracę zmianową definiuje się jako pracę w zmiennych porach dnia (na zmianie rannej, popołudniowej, nocnej) lub o stałej, ale za to niestandardowej porze (zawsze na zmianie popołudniowej lub nocnej) [5]. Kwarecki, Zużewicz określają pracę zmianową jako wykonywanie jakichkolwiek regularnych zajęć zawodowych poza zwyczajowo przyjętymi godzinami pracy dziennej, tj. 7.00–18.00 [6]. Granice pory nocnej nie muszą być takie same dla wszystkich pracowników. Każdy pracodawca określa ją w granicach wyznaczonych przez przepisy, to znaczy ustala, które kolejne 8 godzin w tych granicach uznaje za porę nocną (np. między 22.00 a 6.00), a ustalenia te zawierają się w: układzie zbiorowym pracy, regulaminie pracy, obwieszczeniu pracodawcy, w umowie o pracę.

W związku z pracą w nocy istnieje też definicja pracownika nocnego. Pracownikiem pracującym w nocy jest pracownik, którego rozkład czasu pracy obejmuje w każdej dobie co najmniej 3 godziny pracy w porze nocnej lub którego co najmniej jedna czwarta czasu pracy w okresie rozliczeniowym przypada na porę nocną (art. 151⁷ § 2 k.p.) [4].

Praca pielęgniarek w większości jednostek stacjonarnych podmiotów leczniczych polega na zapewnieniu pacjentom całodobowej opieki w systemie pracy ciągłej, czyli przez 24 godziny w ciągu doby, przez 7 dni w tygodniu. Jest to podyktowane koniecznością zabezpieczenia jednostce, społeczeństwu tak ważnych wartości jak życie i zdrowie [2].

W polskich szpitalach czy innych zakładach opieki zdrowotnej świadczących całodobową opiekę najbardziej rozpowszechniony jest system dwuzmianowy (w wymiarze dyżuru trwającego 12 godzin), a najczęściej stosowanym czasem rozpoczęcia dyżurów pielęgniarskich jest godzina 7.00 lub 19.00. Polskie przepisy prawne definiują również pracę w porze nocnej, określają ją jako pracę obejmującą 8 godzin między godzinami 21.00 a 7.00 [3, 4]. Niezależnie od miejsca pracy czy rodzaju świadczonych usług, pielęgniarki powinny mieć możliwość wykonywania swojego zawodu w warunkach gwarantujących im poczucie bezpieczeństwa, higieny pracy i chroniącego je przed niekorzystnymi następstwami dla ich zdrowia oraz pewności pracy i działania.

Istnieje wiele badań wiążących system pracy zmianowej (rannej popołudniowej i nocnej) z jakością opieki pielęgniarskiej [7–10]. Warto podkreślić,

że w zagwarantowaniu odpowiedniej jakości usług w ochronie zdrowia dużą rolę odgrywają pielęgniarki, które pracując w systemie zmianowym, zapewniają choremu ciągłość opieki. Natomiast pacjent, będąc głównym podmiotem podejmowanych działań pielęgniarstwa, może jakość tej opieki w sposób mniej lub bardziej obiektywny oceniać, dając tym samym szansę na poprawę bądź doskonalenie tych świadczeń.

Mimo że polityka zdrowotna większości placówek medycznych przykłada coraz większą uwagę do odczuć pacjenta wobec jakości opieki zdrowotnej, to tak podstawowy aspekt jak opieka w nocy nie został jeszcze w pełni zbadany. Brakuje opracowań, które dostatecznie opisywałyby tenże aspekt rzeczywistości w odniesieniu do jednego z kryteriów oceny jakości opieki, jakim jest satysfakcja pacjentów z poziomu opieki świadczonej przez pielęgniarki w porze nocnej. Jak podaje Kelly i wsp. nocne pielęgniarstwo jest tradycyjnie marginalizowane i traktowane jak usługi „Kopciuszka”. Zupełnie niesłusznie, z uwagi chociażby na kwestie odpowiedzialności zawodowej [11]. Dla przykładu, przewinienie zawodowe może nastąpić zarówno w porze nocnej, jak i w godzinach rannych, popołudniowych, popołudniowych czy wieczornych [12]. Sygnalizowane zagadnienia skłoniły autorów do szerszego omówienia problematyki nocnej opieki i jej znaczenia w aspekcie poziomu jakości opieki pielęgniarstwa.

W związku z powyższymi rozważaniami celem pracy była próba identyfikacji najczęstszych problemów pielęgniarstwa i pacjentów związanych z nocną opieką pielęgniarstwa z ukierunkowaniem na: oddziaływanie pracy zmianowej na zdrowie i życie pielęgniarstwa oraz satysfakcję pacjentów z nocnej opieki pielęgniarstwa.

Założenia metodologiczne

Dokonano wnikliwego przeglądu aktualnego piśmiennictwa z polskich i zagranicznych czasopism naukowych opisujących badania z zakresu identyfikacji najczęstszych problemów pielęgniarstwa i pacjentów związanych z nocną opieką pielęgniarstwa. W celu ustalenia ram czasowych dla zgromadzonego piśmiennictwa, dokumenty ograniczono do daty publikacji pomiędzy 2000–2014 rokiem. Uwzględniono badania empiryczne, obserwacyjne, przekrojowe i prospektywne, w szczególności z ostatnich pięciu lat. Za źródło piśmiennictwa posłużyły elektroniczne bazy Medline, PsycInfo, Google Scholar, Web of Knowledge oraz Polska Bibliografia Lekarska. Analizie poddano także artykuły wyszukiwane na stronach internetowych wydawców czasopism naukowych: Elsevier, Springer, jak również oficjalne strony www. W wyszukiwaniu wykorzystano również strony: *American Journal of Public Health*, *International Journal of Health Communication*, *Global Media Journal* oraz *Journal of Global Mass Communication*. Poszukiwania

zawężono, posługując się kombinacjami słów kluczowych: praca zmianowa, nocna opieka pielęgniarstwa, jakość opieki pielęgniarstwa, pielęgniarka, pacjent. W rezultacie otrzymano blisko 150 dokumentów, z których wyodrębniono 44, które spełniały warunki włączenia — obejmowały identyfikację najczęstszych problemów pielęgniarstwa i pacjentów związanych z nocną opieką pielęgniarstwa. W celu usystematyzowania piśmiennictwa pod względem tematycznym, zakwalifikowane dokumenty podzielono na 2 kategorie: oddziaływanie pracy zmianowej na zdrowie i życie pielęgniarstwa [13–32], satysfakcja pacjentów z nocnej opieki pielęgniarstwa [33–46]. Powyższe wyróżnienie pozwoliło spojrzeć na omawiane zagadnienie w możliwie najpełniejszy sposób.

Praca zmianowa i w porze nocnej a zdrowie pielęgniarstwa

W wielu pozycjach podkreśla się szczególnie wpływ nocnych dyżurów na samopoczucie, psychikę i sen. Praca zmianowa wymusza odwrócenie rytmu naturalnego i dochodzi wtedy do przejściowych desynchronizacji i zaburzeń zgodności procesów fizjologicznych, co może skutkować zespołem długu czasowego. Dowiedziono, że praca w godzinach nocnych wykonywana jest przy gorszych funkcjach psychicznych i intelektualnych, co w efekcie daje większą liczbę wypadków [13]. W badaniach wielu autorów dostrzeżono zależności pomiędzy pracą pielęgniarstwa w nocy a ryzykiem chorób układu krążenia [14–16]. Na przykład metaanaliza badań z tego obszaru prowadzona przez Burdelak i Peplóńską dokumentuje związki pomiędzy pracą pielęgniarstwa pracujących w systemie rotacyjnym ze zmianami nocnymi a ryzykiem zachorowania na chorobę wieńcową [14]. Kubo i wsp. przeprowadzili u 36 pielęgniarstwa w Japonii badania świadczące o pogorszeniu mikrokrążenia wieńcowego u pielęgniarstwa pracujących na zmianie nocnej. Również Esquirol i wsp. wykazali w przeprowadzonej przez siebie analizie 74 badań epidemiologicznych potencjalny związek między wykonywaniem pracy zmianowej, w tym pracy w nocy, a parametrami sercowo-naczyniowymi, takimi jak ciśnienie skurczowe i rozkurczowe krwi czy profil lipidowy, oraz czynnikami takimi jak zespół metaboliczny czy wskaźnik masy ciała [18]. Warto podkreślić, że prace innych autorów nie dowodzą takich związków. Badacze z Politechniki Marche, Via Tronto-Copertaro A. i wsp. nie stwierdzili zależności pomiędzy pracą zmianową a zwiększeniem częstości chorób układu krążenia w postaci zdiagnozowanego: zawału serca, dławicy piersiowej lub nadciśnienia tętniczego oraz prawdopodobieństwa wystąpienia innego poważnego zaburzenia w zakresie układu krążenia [19]. Różnic w częstości występowania nadciśnienia w zależności

od systemu pracy nie stwierdzono również w badaniu przekrojowym pielęgniarek przeprowadzonym przez Sfreddo i wsp. w Brazylii [20]. Inne badania potwierdzają związki pomiędzy pracą w nocy a ryzykiem zachorowania na cukrzycę. Ocena ryzyka występowania cukrzycy typu 2 u pielęgniarek pracujących na zmianach nocnych był przedmiotem dwóch dużych badań kohortowych w Stanach Zjednoczonych [21]. Autorzy potwierdzili zależność między pracą w nocy a ryzykiem zachorowania na cukrzycę typu 2. Wyniki tych analiz wskazują na wzrost ryzyka wystąpienia cukrzycy typu 2 u pielęgniarek wraz ze wzrostem liczby lat pracy w systemie rotacyjnych zmian nocnych w porównaniu z kobietami nigdy niepracującymi na zmiany nocne [21]. Z kolei przedmiotem badań Lawsons i wsp. była ocena zależności pomiędzy charakterystyką cyklu menstruacyjnego a systemem pracy pielęgniarek. W badanej grupie zaobserwowano występowanie nieregularnych cykli miesięcznych [22]. W piśmiennictwie podkreśla się też zależności pomiędzy pracą pielęgniarek w nocy a zaburzeniami ze strony układu pokarmowego. Stwierdza się, że nieregularne pory przyjmowania posiłków mogą negatywnie wpływać na funkcjonowanie przewodu pokarmowego (utrata łaknienia, epizody wzmoczonego apetytu, zaparcia, nieregularne pory defekacji). Mogą się rozwijać po pewnym czasie częściej: przewlekłe zapalenie żołądka, zapalenie górnego odcinka przewodu pokarmowego czy przewlekłe zapalenie jelit i choroba wrzodowa. Uważa się, że zaburzenie rytmu okołodobowego, syntezy melatoniny wraz z niedoborami snu towarzyszącymi pracy w nocy mogą uczestniczyć w etiologii chorób przewlekłych [23]. W badaniu przekrojowym 725 łódzkich pielęgniarek i położnych w wieku 40–60 lat nie stwierdzono zwiększonych częstości zdiagnozowanych chorób lub zgłaszanych dolegliwości ze strony układu pokarmowego u kobiet pracujących w systemie rotacyjnych zmian w porównaniu z pracującymi wyłącznie w ciągu dnia [24]. Kolejne długofalowe badania przeprowadzone w grupie amerykańskich pielęgniarek wykazały 40–50-procentowy wzrost ryzyka zachorowania na raka piersi w stosunku do reszty kobiet w populacji. Badania autorów dotyczące powiązań między rakiem piersi a pracą zmianową skupiły się na roli melatoniny i wpływie jaki zmiany nocne mają na zapobieganie wzrostowi tego hormonu podczas pracy [25]. Badania te dowodzą, że zakłócenia spowodowane zmianą nocną przy normalnym wzroście melatoniny, który występuje w nocy skutkuje wyższym stężeniem innych hormonów reprodukcyjnych, a to może zwiększyć ryzyko występowania raka piersi. Naukowcy przypuszczali również, że mężczyźni pracujący w systemie zmianowym mogą być narażeni na raka prostaty z powodu wzrostu hormonów reprodukcyjnych [25].

Inni naukowcy zauważyli większe ryzyko wystąpienia raka piersi u kobiet pracujących na nocne zmiany, szczególnie jeśli pracowały one w tym systemie przez dłuższy okres czasu [26, 27]. Piśmiennictwo światowe dokumentuje też brak takich korelacji [28], dlatego pojawiła się dyskusja dotycząca prowadzenia metodologii badań w tym obszarze [29]. Najnowsze badania potwierdzają także silne powiązanie między pracą zmianową a podniesionym poziomem antygeny prostaty [30]. W Polsce aktualna analiza ilościowa przeprowadzonych badań przez Syrocką i wsp. wykazała negatywną zmianę stanu zdrowia pielęgniarek po podjęciu pracy zmianowej. Jednakże autorki nie dowiodły istotnej statystycznie różnicy pomiędzy pielęgniarkami pracującymi w systemie zmianowym (12godz.) ze zmianą nocną a pielęgniarkami pracującymi w systemie dziennym, rekomendując prowadzenie dalszych badań w tym zakresie w dużych populacjach [31]. Warto wspomnieć, że w porze nocnej obniża się sprawność umysłowa, która zwiększa niepodważalnie ryzyko pomyłki u pracownika nocnego [32].

Podsumowując, opracowania teoretyczne sugerują liczne zaburzenia w stanie zdrowia pielęgniarek pracujących w systemie zmianowym i porze nocnej. Występują jednak w wielu wypadkach rozbieżne opinie co do związku schorzeń z tym rodzajem pracy. Warto kontynuować dalsze badania w tym obszarze bowiem pielęgniarki powinny mieć możliwość wykonywania swojego zawodu w warunkach gwarantujących im poczucie bezpieczeństwa, higieny pracy, chroniąc je przed niekorzystnymi następstwami dla ich zdrowia, pewności pracy i działania.

Zadowolenie pacjenta z nocnej opieki pielęgniarskiej

Istnieje wiele czynników utrudniających pielęgniarkom pracę w nocy, którym muszą sprostać, chcąc utrzymać wysoką jakość opieki pielęgniarskiej. Bardzo ważnym i najczęściej stosowanym miernikiem jakości opieki pielęgniarskiej jest pomiar poziomu zadowolenia pacjenta, czyli jego subiektywna ocena rozumiana w kategoriach poczucia satysfakcji z otrzymywanej opieki bądź jej braku. Analizując dostępne piśmiennictwo, można znaleźć wiele publikacji dotyczących oceny i odczuć pacjentów w trakcie hospitalizacji [33–36].

Priorytetowym celem nocnej opieki pielęgniarskiej jest przede wszystkim zapewnienie dobrego samopoczucia, spokoju i bezpieczeństwa, tak aby chory mógł głęboko zasnąć. Już Florencja Nightingale oznajmiła, że cechą dobrej opieki zdrowotnej, dobrego pielęgnowania, jest unikanie budzenia pacjenta zarówno celowo, jak i przypadkowo. Jeżeli człowiek zostanie obudzony z pierwszego snu jest prawie pewne, że ponownie nie zaśnie [5].

Zatem do zadań pielęgniarki pracującej na nocnej zmianie należy obserwowanie, czy u pacjentów występują objawy zaburzeń snu, o których powinna poinformować lekarza oraz zapewnienie chorym optymalnych warunków do zaspokojenia potrzeby wypoczynku nocnego. Jeśli to możliwe, pielęgniarka powinna respektować przyzwyczajenia pacjenta, między innymi porę kładzenia się do łóżka, liczbę godzin snu, ulubioną pozycję do spania czy wypicie ciepłego napoju przed snem. Pielęgniarka jest zobowiązana zadbać, aby światło górne było zgaszone, a jeśli jest potrzebne, to powinna zapewnić nocne oświetlenie przypodłogowe, musi pamiętać, że sale chorych powinny mieć odpowiedni mikroklimat. Chory nie powinien być głodny ani przejezdony. Czynności wykonywane podczas dyżurów nocnych powinny być ograniczone tylko do koniecznych i wykonywane z zachowaniem ciszy i spokoju, gdyż hałas wybudza pacjentów. Niedopuszczalne jest zbyt wczesne budzenie chorych, na przykład do mycia, pomiaru temperatury czy pobrania materiału do badań [5].

Nilsson i wsp. do zadań pielęgniarki na nocnej zmianie zaliczają także troskę o dobre samopoczucie psychiczne pacjenta, walkę z jego strachem, obawami, które mają tendencje do narastania w nocy w miarę jak kończą się zabiegi i pacjent jest jakby pozostawiony sam sobie. Do tego należy dodać stałe działanie ujemnych bodźców płynących ze środowiska szpitalnego, jak atmosfera cierpienia, lęku i niepewności, wyczerpanie zabiegami czy zmienione warunki odpoczynku (inne łóżko, inne godziny snu itp.). Często, zwłaszcza przy bezsenności, zdarza się, że chorzy załamują się, myślą o swoim stanie zdrowia, boją się bólu, komplikacji i śmierci, tracą wiarę w wyzdrowienie czy też myślą o domu i o pozostawionych tam członkach rodziny. Dlatego tak ważne jest wsparcie psychiczne pacjenta, wysłuchanie go, krótka rozmowa mająca na celu uspokojenie chorego i wzbudzenie nadziei na wyzdrowienie [36].

Przegląd piśmiennictwa dotyczącego otoczenia klinicznego i badawczego wskazuje, że gdy kontroluje się poziom hałasu poprawia się jakość snu pacjentów. W badaniach prowadzonych przez Raduj i wsp. na hałas w nocy ze strony innych pacjentów skarżyło się aż 67% respondentów, 4% na hałas z innych źródeł, nie było natomiast skarg na głośne zachowanie personelu w nocy [37]. Badania nad postrzeganiem snu nocnego przez pacjentów leczonych chirurgicznie na oddziale intensywnej opieki prowadzone przez Nicolás i wsp. także potwierdzają, że hałas jest głównym czynnikiem zaburzającym nocny odpoczynek i sen, na który skarżyło się około 18% badanych, zaś inne zakłócenia to: ból, wykrycie obecności pielęgniarki i wykonywanie przez nią procedur, światła czy zbyt wysoka temperatura na sali [38].

Szwedzkie wyniki badań również potwierdzają wyniki badań własnych, wskazują, że wielu pacjentów uważa, że nie wysypia się wystarczająco w szpitalu. Sen wielu z nich jest zaburzany przez różne zakłócenia. Światła na oddziale przygasza się w nocy tylko na taki czas, jaki jest potrzebny na sen zdrowej osobie, a pacjentów budzi się wcześniej rano [39]. W badaniach autorzy podkreślili, że głównym źródłem zakłóceń był hałas, przy czym dla 34% respondentów był to hałas spowodowany przez innych pacjentów, dla 26% — hałas wywołany przez pielęgniarki wykonujące zabiegi przy innych pacjentach, zaś dla 19% był to dzwoniący telefon. Jedynie połowa pacjentów była zadowolona z godzin układania do snu i budzenia. Ponadto respondenci narzekali na niewygodne łóżka, a 35% twierdziło, że na oddziale jest za ciepło [39]. Na podobne czynniki zakłócające pacjentom nocny wypoczynek i sen wskazywało także wielu innych autorów [40, 41]. Jest oczywiste, że wielu z tych czynników nie da się uniknąć, jednak pielęgniarki mogą wpłynąć na niektóre z nich by poprawić jakość snu pacjentów.

Warto dodać, że Nilsson i wsp. do zadań pielęgniarki na nocnej zmianie zaliczają także troskę o dobre samopoczucie psychiczne pacjenta, walkę z jego strachem, obawami, które mają tendencje do narastania w nocy w miarę jak kończą się zabiegi i pacjent jest jakby pozostawiony sam sobie. Do tego należy dodać stałe działanie ujemnych bodźców płynących ze środowiska szpitalnego, jak atmosfera cierpienia, lęku i niepewności, wyczerpanie zabiegami czy zmienione warunki odpoczynku (inne łóżko, inne godziny snu itp.). Często, zwłaszcza przy bezsenności, zdarza się, że chorzy załamują się, myślą o swoim stanie zdrowia, boją się bólu, komplikacji i śmierci, tracą wiarę w wyzdrowienie czy też myślą o domu i o pozostawionych tam członkach rodziny [36].

Z badań polskich wynika, że coraz częściej pacjenci zwracają uwagę na inne elementy opieki, takie jak: dyspozycyjność pielęgniarek, serdeczność, empatia, jak również wsparcie psychiczne. W zależności od tego jak człowiek określa jakość swojego życia, tak różne są jego wymagania co do usługi pielęgniarskiej. Ocena ta jest dokonywana w sposób subiektywny lub obiektywny [42]. Z perspektywy pacjenta jakość opieki to łatwy dostęp do świadczeń zdrowotnych, dostateczna informacja o stanie zdrowia i sposobach leczenia, edukacja zdrowotna mająca na celu zdobycie umiejętności samoopieki, ciągłość procesu leczenia, komfort psychiczny i dobre relacje z personelem. W ramach swojego dyżuru pielęgniarki podają pacjentom leki zgodnie z kartą zleceń lekarskich o ustalonych dawkach i godzinach podania, mierzą parametry życiowe chorych z częstotliwością zależną od ich stanu zdrowia muszą zadbać także o bezpieczeństwo chorego i jego stan psychiczny

[43]. Badania przeprowadzone przez Knap i wsp. pokazują, że pielęgniarki nie zawsze posiadają wiedzę z zakresu postępowania przeciwbólowego oraz działań niepożądanych leków przeciwbólowych [44]. Satysfakcja jest odczuciem subiektywnym, dlatego każdy człowiek ma określoną skalę i pułap wymagań i oczekiwań. Jest znaczącym wskaźnikiem jakości opieki pielęgniarskiej. Przykładem mogą być badania Gutysz-Wojnickiej i Dyk, które wykazały, że pacjenci w przedziałach wiekowych 41.–60. roku życia i powyżej 60. roku życia lepiej oceniali opiekę pielęgniarską [45]. Natomiast z wyników badań przeprowadzonych przez Sierpińską i Dzirbę wynika, że bardzo dobrą ocenę pielęgniarkom w zakresie udzielania informacji wystawiło 78% badanych pacjentów. Z analizy statystycznej badań autorki niniejszej pracy wynika, że bardzo dobrze udzielanie informacji na temat wykonywanych czynności pielęgniarskich odczuwało 53% hospitalizowanych pacjentów, inne zdanie w tym zakresie miało 47% badanych [46].

Z badań prowadzonych przez Stanisławską i wsp. zdaniem pacjentów duży wpływ na jakość nocnej opieki pielęgniarskiej mają przede wszystkim liczba pielęgniarek na dyżurze, ich predyspozycje osobowościowe i kwalifikacje zawodowe (profesjonalizm) [34]. Zatem czynnik ludzki wydaje się mieć zdecydowanie większe znaczenie dla pacjentów niż nowoczesne technologie (dobre wyposażenie w sprzęt, dobre warunki hotelowe). Patrząc okiem pacjenta staje się jasne, że codzienne procedury i otoczenie szpitalne mają ogromny wpływ na jakość opieki pielęgniarskiej, a perspektywa pacjenta jest dobrym wskaźnikiem tych usług. Badanie satysfakcji pacjenta z opieki wzmacnia jego poczucie własnej wartości, ważności i znaczenia w obrębie całego systemu opieki zdrowotnej. We współczesnym społeczeństwie pacjent oczekuje od personelu medycznego odpowiedniego, profesjonalnego traktowania zgodnego ze standardami światowymi. Pacjent/klient stał się podmiotem na rynku usług medycznych. Ma prawo wyboru, zadawania pytań, uzyskania optymalnej wiedzy na temat stanu zdrowia, proponowanych metod leczenia, pielęgnowania, a ponadto w podmiotach leczniczych objętych systemem akredytacji, personel oczekuje, że pacjent oceni poziom świadczonej opieki, na którą składa się w równej mierze satysfakcja z udzielanych przez pielęgniarki świadczeń zdrowotnych. Należy zatem dołożyć wszelkich starań, aby jeden z komponentów, jakim jest nocna opieka pielęgniarska, była mocnym filarem systemu ochrony zdrowia.

Podsumowanie

Niniejszy przegląd wskazuje na potrzebę dalszego dokumentowania problemów pielęgniarek

i pacjentów związanych z nocną opieką pielęgniarską. Zadowolenie pacjenta to stopień akceptowania przez niego opieki w zależności od jego oczekiwań i potrzeb. Jest to więc subiektywna i emocjonalna reakcja, na którą duży wpływ mają oczekiwania i wartości, a także wcześniejsze doświadczenia chorego. Pielęgniarki, które podejmą się pracy zmianowej powinny mieć zapewniony dostęp do badań przesiewowych, powinny mieć zapewnioną wystarczającą ilość snu oraz taki harmonogram dyżurów, który umożliwiłyby regenerację organizmu w dziedzinie fizycznej, psychicznej i społecznej, głównie rodzinnej, co przede wszystkim będzie sprzyjać koncentracji na wykonywanych zadaniach, kreatywności, empatii, przekładać się na pracę i komunikację w zespole terapeutycznym.

Piśmiennictwo

1. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej z póź. zmianami (Dz. U. z 2013 r., poz. 217, dział III ustawy).
2. Dyrektywa nr 2003/88/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 4 listopada 2003 r. dotycząca niektórych aspektów organizacji czasu pracy [Dz. Urz. UE L 299/9 z dnia 18 listopada 2003 r.
3. Wacikowska M. Czas pracy w służbie zdrowia. Monitor Prawa pracy i Ubezpieczeń Wydawnictwo INFOR Ekspert, Warszawa 2011; 13–41.
4. Kuźniar A.P. Kodeks Pracy z komentarzem 2014. Monitor Prawa Pracy i Ubezpieczeń Tom I, Wydawnictwo INFOR Ekspert, Warszawa 2014.
5. Nighthingale F. (red.). Uwagi o pielęgniarstwie. Profesjonalne towarzyszenie choremu. Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011.
6. Jacukowicz Z. Praca na nocnej zmianie. 2000 r. <http://www.nszzprc.republika.pl/nocnazmianasek.htm>; data pobrania: 3.12.2015.
7. Johansson P., Oleni M., Fridlund B. Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scand J Saring SCI*, 2002; 16: 337–344.
8. Cisek M., Przewoźniak L., Kózka M. i wsp. Obciążenie pracą podczas ostatniego dyżuru w opiniach pielęgniarek pracujących w szpitalach objętych projektem RN4CAST. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2013; 11 (2): 210–224.
9. Leźnicka M., Warunek A., Hartwich E., Kryn P. Ocena satysfakcji pacjenta z usług świadczonych w stacjonarnej opiece zdrowotnej w województwie kujawsko-pomorskim. *Hygeia Public Health* 2014; 49 (4): 787–792.
10. Gellerstedt L., Medin J., Rydell Karlsson M. Patients' experiences of sleep in hospital: a qualitative interview study. *Western J. Nurs. Res.* 2014; 19 (3): 176–188.
11. Kelly D., Berridge E.J., Gould D. Twenty-four hour care: implications for the role and developmental needs of nurses in acute and community settings. *Journal of Nursing Management* 2009; 17: 594–602.
12. Muecke S. Effects of rotating night shifts: literature review. *Journal of Advanced Nursing* 2005; 50 (4): 433–439.
13. Brzeźniak H., Rotter I., Żułtak- Bączkowska K. i wsp. Ocena wpływu wybranych czynników stresogennych na funkcjonowanie zawodowe pielęgniarek w zależności od wieku i stażu pracy. *Zdrowie Publiczne* 2011; 121 (1): 43–46.
14. Burdelak W., Pepłońska B. Praca w nocy a zdrowie pielęgniarek i położnych — przegląd literatury. *Med. Pr.* 2013; 64 (3): 397–418.

15. Kivimaki M., Virtanen M., Elovainio M., Vaananen A., Keltikangas-Jarvinen L., Vahtera J. Prevalent cardiovascular disease, risk factors and selection out of shift work. *Scand. J. Work Environ. Health* 2006; 32 (3): 204–208.
16. Zabielska P., Bażydło M., Karakiewicz A., Grochans E., Jurczak A., Rotter I. Nurses' Health in Shift Work. *JPHNMR*. 2014; 3: 11–17.
17. Kubo T., Fukuda S., Hirata K. i wsp. Comparison of coronary microcirculation in female nurses after day-time versus night-time shifts. *Am. J. Cardiol.* 2011;108 (11):1665–1668.
18. Esquirol Y., Perret B., Ruidavets J.B. i wsp. Shift work and cardiovascular risk factors: New knowledge from the past decade. *Arch. Cardiovasc. Dis.* 2011; 104 (12): 636–668.
19. Copertaro A., Bracci M., Barbaresi M., Santarelli L. Assessment of cardiovascular risk in shift healthcare workers. *Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil.* 2008; 15 (2): 224–229.
20. Sfreddo C., Fuchs S.C., Merlo A.R., Fuchs F.D. Shift work is not associated with high blood pressure or prevalence of hypertension. *PLoS. One* 2010; 5 (12): e15250.
21. Kroenke C.H., Spiegelman D., Manson J., Schernhammer E.S., Colditz G.A., Kawachi I. Work characteristics and incidence of type2 diabetes in women. *Am. J. Epidemiol.* 2007; 1659 (2): 175–183.
22. Lawson C.C., Whelan E.A., Lividoti Hibert E.N., Spiegelman D., Schernhammer E.S., Rich-Edwards J.W. Rotating shift work and menstrual cycle characteristics. *Epidemiology* 2011; 22 (3): 305–312.
23. Wang X.S., Armstrong M.E., Cairns B.J., Key T.J. Shift work and chronic disease: the epidemiological evidence. *Occup. Med. (Lond)* 2011; 61 (2): 78–89.
24. Burdelak W., Bukowska A., Krysicka J., Peplowska B. Night work and health status of nurses and midwives. Cross-sectional study. *Medycyna Pracy* 2012; 63: 517–529.
25. Bhatti P., Mirick D. K., Davis S. Racial differences in the association between night shift work and melatonin levels among women. *Am. J. Epidemiol.* 2013; 177: 388–393.
26. Herichova I. Changes of physiological functions induced by shift work. *Endocrine Regulations* 2013; 47: 159–170.
27. Matheson A., O'Brien L., Rei J.A. The impact of shift-work on health: a literature review. *J. Clin. Nurs.* 2014; 23: 3309–3320.
28. Pronk A., Ji B.T., Shu X.O. i wsp. Night-shift work and breast cancer risk in a cohort of Chinese women. *Am. J. Epidemiol* 2010; 171: 953–959.
29. Girschik J., Heyworth J., Fritschi L. Night-shift work and breast cancer risk in a cohort of Chinese women. *Am. J. Epidemiol* 2010; 172: 865–866.
30. Flynn-Evans E.E., Mucci L., Stevens R.G., Lockley SW. Shiftwork and prostate-specific antigen in the National Health and Nutrition Examination Survey. *J. Natl. Cancer Inst.* 2013; 105 (17): 1292–1297.
31. Syrocka J., Gaworska-Krzemińska A., Barton M. Wpływ pracy zmianowej na organizm kobiety. *Probl. Piel.* 2014; 22 (3): 354–360.
32. Medak E., Aftyka A., Rozalska-Walaszek I. Błędy medyczne w praktyce lekarskiej i pielęgniarskiej — definicja, klasyfikacja, przyczyny, odpowiedzialność. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2014; 2: 43–46.
33. Glińska J., Bednarska A., Brosowska B., Lewandowska M. Analiza poziomu jakości opieki pielęgniarskiej w opinii pielęgniarek i pacjentów. *Piel. Chir. Angiol.* 2012; 4: 151–160.
34. Stanisławska J., Talarska D., Drozd E. i wsp. Ocena satysfakcji pacjenta z opieki pielęgniarskiej na oddziale zabiegowym i niezabiegowym za pomocą The Newcastle Satsysfaction with Nursing Scale (NSNS). *Przeg. Lek.* 2011; 68: 157–160.
35. Sierpińska L., Dzirba A. Poziom satysfakcji pacjenta z opieki pielęgniarskiej na oddziałach zabiegowych, *Pielęgn. Chir. Angiol.* 2011; 1: 18–22.
36. Nilsson K., Campbell A.M., Andersson E. Night nursing — staff's working experiences. *BMC Nurs* 2008; 7: 13.
37. Raduj J., Indulska A., Anczewska M. i wsp. Jakość usług medycznych w opinii pacjentów wybranych oddziałów psychiatrycznych. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2005; 14 (4): 293–298.
38. Nicolás A., Aizpitarte E., Iruarrizaga A. i wsp. Perception of night-time sleep by surgical patients in an intensive care unit. *Nursing in Critical Care* 2008; 13 (1): 25–33.
39. Gellerstedt L., Medin J., Rydell Karlsson M. Patients' experiences of sleep in hospital: a qualitative interview study. *Journal of Research in Nursing* 2014; 19 (3): 176–188.
40. Kuriata E., Felińczak A., Grzebieluch J., Szachniewicz M. Specyfika pracy pielęgniarskiej w szpitalu — warunki pracy i aktualne wyzwania Część I. *Piel. Zdr. Publ.* 2011; 1: 163–167.
41. Kuriata E., Felińczak A., Grzebieluch J., Szachniewicz M. Czynniki szkodliwe oraz obciążenie pracą pielęgniarek zatrudnionych w szpitalu. Część II., *Piel. Zdrowie Publiczne*, 2011,1, 3, 269–273.
42. Juszczak K. Ocena jakości opieki pielęgniarskiej u chorych hospitalizowanych na oddziałach zabiegowych. Rozprawa doktorska przygotowana pod kierunkiem dr hab. n. med. Krystyny Jaracz, Poznań 2012. <http://www.wbc.poznan.pl/Content/232758/index.pdf>; data pobrania: 4.12.2015.
43. Kapała W., Chudziński S., Hyrcza S. Oczekiwania pacjentów hospitalizowanych na oddziałach zabiegowych wobec personelu pielęgniarskiego, *Piel. Chir. Angiol.* 2008; 1: 12–18.
44. Knap M., Szyrmer B., Kowalczyk-Sroka B. Poziom wiedzy pielęgniarek z oddziałów zabiegowych na temat terapii bólu pooperacyjnego. *Probl. Pielęg.* 2010; 18 (2): 129–133.
45. Gutysz-Wojnicka A., Dyk D. Adaptacja polskiej wersji The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS). *Probl. Piel.* 2007; 15 (2, 3): 133–138.
46. Sierpińska L., Dzirba A. Poziom satysfakcji pacjenta z opieki pielęgniarskiej na oddziałach zabiegowych. *Pielęgn. Chir. Angiol* 2011; 1: 18–22.