



Zastosowanie teorii pielęgnowania Dorothei Orem w określaniu zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską pacjentów hospitalizowanych na oddziałach psychiatrycznych

*Application of Dorothea Orem's theory on nursing care to the assessment
of nursing care needs of patients hospitalized in psychiatric units*

MARTA CEBULAK¹, ANNA KSYKIEWICZ-DOROTA²

1. Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego i Teorii Pielęgniarstwa Instytutu Ochrony Zdrowia Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Jarosławiu
2. Katedra i Zakład Zarządzania w Pielęgniarstwie Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

STRESZCZENIE

Cel. Celem pracy jest przedstawienie zastosowania teorii pielęgnowania Dorothei Orem do metody klasyfikacji pacjentów na oddziałach psychiatrycznych.

Poglądy. Ocena zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską i wyznaczenie odpowiedniej liczby kadr jest istotnym problemem organizacyjnym w zarządzaniu podsystemem pielęgniarstwa. Planowanie i zapewnianie świadczeń medycznych ułatwiają metody planowania kadrowego określane wspólną nazwą systemów klasyfikacji pacjentów (PCS). Zakłada się, że obsady kadrowe powinny być zmienne, dostosowane do faktycznych potrzeb pacjentów a nie przypisywane na stałe poszczególnym oddziałom. Zastosowanie metod klasyfikacji pacjentów w psychiatrii wymaga ich adaptacji do specyfiki opieki nad chorymi psychicznie, gdzie podstawowe wymagania w zakresie opieki dotyczą rozwiązywania problemów psychospołecznych i behawioralnych oraz muszą być zgodne ze standardami praktyki w danym środowisku. Zastosowanie wybranej teorii pielęgnowania w systemie klasyfikacji pacjentów jest podstawą naukową profesjonalnej praktyki i świadczy o wartości danej teorii.

Wnioski. Planowanie i zapewnienie opieki pielęgniarskiej wymaga stosowania metod klasyfikacji pacjentów. Metody stosowane w psychiatrii muszą uwzględniać specyfikę opieki nad tymi pacjentami oraz zgodność ze standardami praktyki. Zastosowanie teorii pielęgnowania jest podstawą dobrej praktyki pielęgnowania i zarządzania nią.

SUMMARY

Objectives. To present the application of the theory of nursing care by Orem to the patient classification system in psychiatric facilities.

Views. The assessment of nursing care needs and staffing requirements constitutes an essential organizational problem in the nursing subsystem management. Medical care planning and delivery is facilitated by methods of planning staffing requirements known under a common heading of the Patient Classification Systems (PCS). An assumption is made in the PCS that staffing should be variable, appropriate to the real patient needs, and not allocated to particular units once and for all. The PCS application in psychiatry requires adaptation of the methods to the specificity of mental health care provision, where basic care requirements encompass psychosocial and behavioral problems and must be compatible with practice standards in particular settings. The application of a chosen theory of nursing care to a patient classification system provides a scientific rationale for professional practice and reflects the value of the theory.

Conclusions. Planning and delivery of nursing care in accordance with patient needs as well as adequate staffing estimation require the application of PCS methods. Patient classification methods used in psychiatry must not only account for the specificity of care for this type of patients, but also be compatible with practice standards in the particular settings. Application of a nursing care theory provides grounds for good practice and management of the nursing profession.

Słowa kluczowe: pielęgniarstwo psychiatryczne / klasyfikacja pacjentów / zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską / planowanie obsady pielęgniarskiej / teoria pielęgnowania Orem

Key words: psychiatric nursing / patient classification / patient care needs / nursing staff planning / Orem's theory of nursing care

Dokonujące się zmiany w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia, potrzeba liczenia kosztów oraz racjonalizacja zatrudnienia powodują, że potrzebne są normy obsad pielęgniarstkich, zgodne z zapotrzebowaniem chorych na opiekę. Przyjęte normy powinny uwzględniać rzeczywiste zapotrzebowanie chorych na opiekę, gwarantować bezpieczeństwo pacjentów oraz nie dopuszczać do marnotrawstwa kadr [1, 2].

Takie wymogi spełniają metody klasyfikacji pacjentów, nazywane w skrócie PCS (*Patient Classification Systems*).

Metody te są stosowane z powodzeniem przez kraje wysoko rozwinięte. Metody PCS są użyteczne, jeśli zostaną przystosowane do warunków organizacyjnych danego kraju. Szpitale często przenoszą systemy klasyfikacyjne, które są stosowane w innych środowiskach, bez próby ich weryfikacji przed zastosowaniem w danym systemie organizacyjnym. Jest to błąd metodologiczny [3]. Bardzo ważny jest również wybór odpowiednich metod weryfikacyjnych, które powinny być adekwatne do stopnia zorganizowania danego

systemu ochrony zdrowia, zgodności opieki świadczonej z wymaganą oraz dyscypliny pracy danej grupy zawodowej. Dokładna charakterystyka metod PCS i ich sposób weryfikacji zostały przedstawione innym miejscu [4].

W krajowych oddziałach psychiatrycznych nie prowadzono badań nad dostosowaniem metod PCS do ich specyfiki. Autorzy zagraniczni, zajmujący się zastosowaniem metod klasyfikacji pacjentów w psychiatrii podkreślają, że muszą być one przystosowane do specyfiki opieki nad pacjentami chorymi psychicznie, gdzie podstawowe wymagania w zakresie opieki dotyczą rozwiązywania problemów psychospołecznych i behawioralnych oraz powinny być zgodne ze standardami praktyki w psychiatrii. Autorzy zwracają uwagę, że większość systemów klasyfikacyjnych w szpitalach ogólnych skupia się głównie na potrzebach i czynnościach fizycznych, łatwo obserwowalnych i dających się policzyć. Natomiast istota pielęgniarstwa psychiatrycznego polega na interpersonalnych umiejętnościach pielęgniarzek i ich współpracy, stąd „czas współpracowania” potrzebny, aby sprostać psychospołecznym potrzebom pacjentów jest trudniejszy do wyliczenia [5, 6, 7, 8, 9, 10].

Badacze zagraniczni zajmujący się systemami klasyfikacji pacjentów w psychiatrii prezentują różne podejścia w zakresie opracowywania metod klasyfikacyjnych. Jedni adaptują metody stosowane w innej specyfice opieki, drudzy opracowują własne. Ich zdaniem niezależnie od tego, czy szpitale adaptują systemy stosowane w innych środowiskach, czy opracowują własny system klasyfikacji pacjentów, ważna jest jego skuteczność. Istotne jest, aby system precyzyjnie odzwierciedlał wymagania pacjentów, co do opieki pielęgniarzkiej oraz aby właściwie przełożyć te wymagania na czas opieki pielęgniarzkiej [5, 6, 7, 8, 9, 10].

TEORIA OREM W PLANOWANIU OBSAD KADROWYCH

Autorzy weryfikujący metody klasyfikacji pacjentów zwracają uwagę na ważność zastosowania określonej teorii pielęgnowania dla potrzeb klasyfikacji pacjentów. Jest to podstawą naukową profesjonalnej praktyki i przyczynia się do integracji teorii z działalnością praktyczną [5, 8, 9]. Teorią pielęgnowania zastosowaną w metodzie klasyfikacji pacjentów jest teoria Dorothei Orem [5, 11].

Teoria pielęgnowania to „usystematyzowane uogólnienia wyjaśniające fakty, zjawiska, istotne dla pielęgniarstwa, niezbędne do oparcia praktyki zawodowej na zweryfikowanej wiedzy. W znaczeniu naukowym pojęcie teoria odnoszone jest do grupy twierdzeń o wzajemnych relacjach pewnych pojęć, z których można wnioskować o dużej liczbie obserwacji czy też zjawisk” [12].

Dorothea Orem własną teorię koncepcji opieki opublikowała po raz pierwszy w 1971 roku w Stanach Zjednoczonych, w książce *Nursing: Concepts of practice*. Koncepcję tę rozwijała przez następnych dwadzieścia lat. Autorka swoją teorię nazwała teorią deficytu samoopieki i podzieliła ją na trzy teorie cząstkowe:

- teorię samoopieki, opisującą i wyjaśniającą samoopiekę realizowaną indywidualnie,
- teorię deficytu samoopieki, opisującą i wyjaśniającą, kiedy i dlaczego ludzie muszą być wspomagani opieką pielęgniarzką,

- teorię systemów pielęgnowania, opisującą i wyjaśniającą działania pielęgniarzki w planowaniu i realizowaniu opieki w odniesieniu do określonych osób, u których występuje deficyt samoopieki. Teorie te są ściśle powiązane ze sobą i tworzą jedną całość [13, 14].

Teoria samoopieki

Według Orem samoopieka (samoopiekowanie się) to świadoma, wyuczona i celowa aktywność, którą człowiek podejmuje i kontynuuje, by utrzymać życie, zdrowie i dobre samopoczucie. W prawidłowych warunkach człowiek z własnej woli inicjuje i realizuje samoopiekę, nabywając w ciągu życia określoną wiedzę i umiejętności, dzięki którym może zaspokajać potrzeby swoje lub osób, za które jest odpowiedzialny. Samoopieka pociąga za sobą konieczność ustawicznego dokonywania celowych wyborów, podejmowania decyzji wpływających na styl życia i zachowania człowieka. Odzwierciedleniem tego, w jaki sposób człowiek zapewnia sobie samoopiekę są interakcje społeczne, jakie podejmuje oraz komunikowanie się w grupach społecznych. Zdolności poszczególnych osób do samoopieki lub opieki nad innymi są uwarunkowane wiekiem, etapem rozwojowym, doświadczeniem życiowym, orientacją socjokulturową, stanem zdrowia i dostępnymi zasobami. Dzieci, osoby w wieku podeszłym, chorzy i niepełnosprawni, osoby będące w różnych sytuacjach życiowych wymagają różnego zakresu pomocy w samoopiece. Samoopieka ukierunkowana jest na zaspokajanie określonych potrzeb, wśród których Orem wyróżniła trzy kategorie: potrzeby uniwersalne, potrzeby rozwojowe i potrzeby w sytuacjach zaburzeń stanu zdrowia (w dewiacjach).

Potrzeby uniwersalne – są wspólne dla wszystkich ludzi i dotyczą oddychania, zapewnienia odpowiedniej ilości płynów, prawidłowego odżywiania, wydalania, aktywności i odpoczynku, samotności i interakcji społecznych, zapobiegania sytuacjom zagrażającym życiu, zdrowiu oraz dobremu samopoczuciu, dążenia do własnego rozwoju w harmonii z indywidualnymi, aktualnymi i potencjalnymi możliwościami.

Potrzeby rozwojowe – są wyodrębnione jako nowa kategoria, ze względu na zmieniające się potrzeby człowieka, zależnie od okresu życia lub etapu rozwojowego oraz różnych sytuacji życiowych, które mogą niekorzystnie wpływać na rozwój człowieka, wymagające wsparcia i opieki.

Potrzeby w sytuacjach zaburzeń stanu zdrowia – to takie potrzeby, które pojawiają się w przypadku pogorszenia stanu zdrowia, w chorobie, niepełnosprawności. Stany te prowadzą do zmian w funkcjonowaniu fizycznym, psychicznym i społecznym jednostki oraz mogą powodować częściową lub całkowitą niemożność zaspokajania potrzeb uniwersalnych i zależność człowieka od innych, w tym konieczność zapewnienia odpowiedniej opieki medyczo-pielęgniarzkiej [13, 14].

Teoria deficytu samoopieki

Przez deficyt samoopieki Orem rozumie stosunek między zapotrzebowaniem w zakresie zaspokojenia potrzeb a możliwościami, jakimi dysponuje człowiek. Deficyt samoopieki może być częściowy lub całkowity. Deficyt częściowy występuje wówczas, gdy człowiek dysponuje pewnymi możliwościami w zakresie dbania o siebie (zaspokajania potrzeb), a całkowity, gdy człowiek nie ma żadnych moż-

liwości zapewnienia sobie samoopieki. W tych sytuacjach, gdy zapotrzebowanie na samoopiekę przerasta możliwości człowieka, zarówno pod względem ilościowym (bardzo duże zapotrzebowanie na opiekę), jak i pod względem jakościowym (nie umie sam poradzić sobie z różnymi problemami zdrowotnymi), konieczna jest pomoc pielęgniarki. Wtedy człowiek staje się biorcą opieki i przyjmuje rolę pacjenta [13, 14].

Teoria systemów pielęgnowania

W teorii systemów pielęgnowania autorka podsumowuje teorię deficytu samoopieki a wraz z nią teorię samoopieki. Ustanawia też strukturę i zakres praktyki pielęgniarskiej. Systemy pielęgnowania to działania pielęgniarki zapewniające pomoc ludziom, u których występuje deficyt samoopieki. Orem określa pielęgnowanie jako działanie polegające na asystowaniu w samopielęgnowaniu. Zadania pielęgniarki polegają na całkowitym lub częściowym kompensowaniu ograniczeń lub niezdolności w zakresie samoopieki lub na asystowaniu pacjentowi w samoopiece.

Uwzględniając zakres działań wykonywanych przez pielęgniarkę na rzecz podopiecznego, Orem wyróżniła trzy typy (kategorie) systemu pielęgnowania:

- system wspierająco-uczący, stosowany wówczas, gdy człowiek w zapewnianiu sobie samoopieki potrzebuje pomocy pielęgniarki o charakterze regulacyjnym i rozwojowym (uczenie, wspieranie),
- system częściowo kompensacyjny, pielęgniarka zastępuje pacjenta jedynie w tych czynnościach, których on nie jest w stanie podejmować, pomaga w tych, w których sam sobie nie radzi, a zachęca i obserwuje w wykonywaniu tych czynności, które on wykonuje samodzielnie,
- system w pełni kompensacyjny, stosowany wówczas, gdy człowiek nie ma możliwości zapewnienia sobie samoopieki.

Wybór kategorii systemu pielęgnowania jest zależny od stanu pacjenta, jego potrzeb oraz indywidualnej oceny rodzaju i zakresu deficytu samoopieki. W związku z tym pielęgniarka może dokonać wyboru jednego bądź kombinacji systemów pielęgnowania. Celem podejmowanych przez pielęgniarkę działań jest przygotowanie pacjenta do korzystania z własnych zdolności samoopiekuńczych [13, 14]. Przełożeniem teorii Orem na działania praktyczne jest proces pielęgnowania, ujmowany czterostopniowo, jako rozpoznawanie problemów, planowanie opieki, realizacja opieki oraz ocena uzyskanych rezultatów [14].

Teoria pielęgnowania Dorothei Orem znalazła zastosowanie jako podstawa teoretyczna w opracowywaniu metod klasyfikacji pacjentów w psychiatrii. Ringerman i Luz przedstawiły system klasyfikacji pacjentów wynikający z teorii samoopieki Dorothei Orem, stosowany w Szpitalu Providence w Oakland w Stanach Zjednoczonych. Metoda prezentowana przez autorki skupia się bardziej na faktycznej opiece nad pacjentem, jako elemencie dominującym w opiece pielęgniarskiej niż na terapii grupowej. Potrzeby uniwersalne wymienione w teorii samoopieki Orem posłużyły jako podstawa metody klasyfikacji pacjentów, opisanej przez Ringerman i Luz [5].

Autorki opracowując metodę klasyfikacji pacjentów, odnosiły się do pracy Underwood *Opieka pielęgniarska*

jako wyznacznik w rozwoju zachowań samoopiekuńczych u leczonych szpitalnie dorosłych osób chorych na schizofrenię. Autorka ta na podstawie teorii samoopieki Orem opisała charakterystyczne deficyty samoopieki w zakresie potrzeb uniwersalnych u hospitalizowanych pacjentów psychiatrycznych, wymagające interwencji pielęgniarskich. Autorka nieznacznie zmodyfikowała potrzeby uniwersalne wymienione w teorii samoopieki Orem. Jako oddzielną potrzebę dodała utrzymanie temperatury ciała i pomoc w higienie osobistej oraz wyłączyła zapobieganie sytuacjom zagrażającym życiu, zdrowiu oraz dobremu samopoczuciu i dążenie do własnego rozwoju w harmonii z indywidualnymi, aktualnymi i potencjalnymi możliwościami. Underwood wyróżniła następujące potrzeby uniwersalne, których zapewnienie u hospitalizowanych pacjentów chorych psychicznie wymaga pomocy pielęgniarki w okresie niezdolności pacjentów do sprawowania niezbędnej samoopieki: (a) oddychanie, odżywianie i przyjmowanie płynów, (b) wydalanie, (c) temperatura ciała oraz higiena osobista, (d) aktywność i odpoczynek oraz (e) samotność i interakcje społeczne [5, 11, 15].

Według Underwood zapewnienie możliwości oddychania jest rzadkim problemem u pacjentów psychiatrycznych. Jednak problem ten może występować u chorych z głębokim niedorozwojem umysłowym. Wówczas pielęgniarka musi określić, czy u danego pacjenta występują problemy związane z połykaniem pokarmów i przyjmowaniem płynów, co może zagrażać aspiracją do dróg oddechowych oraz problemy ze snem, grożące przypadkowym uduszeniem. Pacjenci z tymi ograniczeniami muszą być chronieni przed przypadkową aspiracją czy uduszeniem.

U pacjentów chorych psychicznie często występują trudności w monitorowaniu własnych potrzeb dotyczących odżywiania i przyjmowania płynów. Trudności te mogą być wyrażone zarówno w nadmiernym, jak i zmniejszonym spożyciu pokarmów lub przyjmowaniu płynów. Pacjenci mogą być również całkowicie niezdolni do monitorowania i zaspokajania tych potrzeb.

Potrzeba wydalania dotyczy możliwości kontroli wypróżnień i oddawania moczu, sygnalizowania problemów związanych z wydalaniem oraz załatwiania swoich potrzeb zgodnie z normami społecznymi i kulturowymi. Według Underwood wydalanie jest często problemem w chorobach psychicznych.

Utrzymanie temperatury ciała zawiera umiejętność odpowiedniego ubierania się zgodnie z warunkami atmosferycznymi. Łączy się to z umiejętnością oceny tych warunków. Higiena osobista zawiera umiejętność oceny stanu czystości osoby oraz rzeczy osobistych. Dotyczy to również umiejętności dbania o siebie i swój dobytek. Łączy się także z umiejętnością ubierania się zgodnego z potrzebami środowiska oraz normami społecznymi i kulturowymi. Zaspokajanie tej potrzeby jest często ograniczone u pacjentów z zaburzeniami psychicznymi.

Aktywność oraz odpoczynek oznaczają umiejętność regulowania snu oraz aktywności zgodnie z wiekiem, masą ciała, stanem fizycznym oraz normami społecznymi i kulturowymi. Równowaga pomiędzy aktywnością a odpoczynkiem jest często problemem chorych psychicznie.

Potrzeba samotności i interakcji społecznych zawiera umiejętność określania, kiedy samotność jest potrzebna

i poszukiwania jej, bez zamknięcia w sobie oraz umiejętność interakcji z innymi, pojedynczo i w grupie, zgodnie ze społecznymi i kulturowymi normami. Zdaniem Underwood obszar ten jest zawsze ograniczony u pacjentów psychiatrycznych [5, 11].

Potrzeby wymienione i opisane przez Underwood zostały zastosowane przez Ringerman i Luz jako podstawa systemu klasyfikacji pacjentów i stanowią pięć pierwszych kryteriów arkusza klasyfikacyjnego. Z powodu potrzeb pacjentów w Szpitalu Providence autorki dodały jeszcze dwa kryteria: „procedury specjalne i interwencje behawioralne” oraz „konsultacje: pacjent – rodzina”. Pierwsze kryterium odnosi się do interwencji związanych z obserwacjami, leczeniem lub procedurami natury fizjologicznej. Drugie dotyczy rozmów lub spotkań pacjenta z członkami rodziny, pracownikami społecznymi, przedstawicielami instytucji wspierania społecznego i in. W tej klasyfikacji przypisano sześciu kategoriom opieki po siedem kryteriów z liczbą punktów od 1 do 4 dla każdego kryterium. Kryteria, według których przypisywano chorych do poszczególnych kategorii opieki dotyczyły:

- oddychania, odżywiania i przyjmowania płynów,
- wydalania,
- higieny,
- aktywności i odpoczynku,
- samotności i interakcji społecznych,
- procedur specjalnych i interwencji behawioralnych,
- konsultacji (spotkań) z pacjentem/rodziną.

Zgodnie z wyżej wymienionymi kryteriami pielęgniarki dokonywały oceny wymaganych interwencji, aby określić deficyty samoopieki. Sumując punkty klasyfikowano pacjentów do jednej z sześciu kategorii opieki. W badaniach tych na podstawie bezpośredniej obserwacji i pomiaru czasu wyznaczono czas pielęgnacji bezpośredniej i pośredniej. Pacjenci byli klasyfikowani do poszczególnych kategorii opieki na każdej zmianie, aby wyznaczyć wymaganą opiekę dla zmiany następczej. Jak podkreślają Ringerman i Luz klasyfikacja może być również dokonywana z przewidywaniem dla następnych trzech zmian. Obliczanie wymaganych godzin może być dokonywane ręcznie lub komputerowo [5, 11]. Kryteria szczegółowe wraz z punktacją przedstawiono w tabl. 1. Narzędzie to zostało ocenione pod kątem wiarygodności i niezawodności. Uzyskane wyniki wykazały, że opracowany system jest niezawodnym narzędziem oceny. Jak podkreślały autorki opracowanie systemu klasyfikacji pacjentów pozwoliło określić stopień zależności pacjentów, a przez to planować obsady kadrowe zgodnie ze stwierdzonym zapotrzebowaniem na opiekę oraz dostarczyć danych, na podstawie których można zaplanować budżet oddziału, a w konsekwencji budżet szpitala [5, 11].

DYSKUSJA

Zastosowanie systemu klasyfikacji pacjentów przedstawionego przez Ringerman i Luz w krajowych oddziałach psychiatrycznych wymaga weryfikacji poszczególnych elementów metody: kryteriów opieki, kategorii opieki i norm czasu pielęgnacji bezpośredniej oraz norm czasu pielęgnacji pośredniej do warunków organizacyjnych i stanu opieki pielęgniarskiej w Polsce. Przyczyną są odmienne warunki

organizacyjne, finansowe i kulturowe systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Pierwszym etapem dostosowania metody klasyfikacji pacjentów do warunków organizacyjnych oraz stanu opieki w krajowym systemie ochrony zdrowia jest weryfikacja kryteriów opieki, które powinny odzwierciedlać przede wszystkim zdolność chorego do samoopieki [3]. Kryteria opieki zastosowane przez Ringerman i Luz wynikają w głównej mierze z potrzeb uniwersalnych teorii samoopieki Dorothei Orem. Potrzeby uniwersalne opisane przez Orem są wspólne dla wszystkich ludzi i konieczne do utrzymania życia, zdrowia i dobrego samopoczucia. U pacjentów hospitalizowanych na oddziałach psychiatrycznych, zaburzenia psychiczne powodują, że u chorych występują deficyty samoopieki w zakresie potrzeb uniwersalnych, wymagające interwencji pielęgniarskich.

Drugim elementem weryfikacji metody PCS jest liczba kategorii opieki. Ringerman i Luz wyszczególniły sześć kategorii opieki z różną liczbą punktów. Autorzy niniejszego artykułu uważają, że w metodzie klasyfikacji pacjentów przedstawionej przez Ringerman i Luz wyszczególnienie sześciu kategorii opieki może powodować problemy w precyzyjnym klasyfikowaniu chorych do poszczególnych kategorii.

Doświadczenia badawcze w Polsce, zarówno Ksykiewicz-Doroty, Wysokińskiego, Kurek, Saracen, Adamskiej-Kuźmickiej wskazują, że bardziej właściwe jest klasyfikowanie pacjentów do trzech kategorii opieki. Duża liczba kategorii powoduje, że nie zawsze daje się precyzyjnie sklasyfikować chorych do poszczególnych kategorii [16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24].

Autorzy zachodni Wolfe i Young, uważani obecnie za klasyków metody PCS, oceniając zapotrzebowanie pacjentów na opiekę pielęgniarską (w latach sześćdziesiątych) także grupowali chorych do trzech kategorii opieki [25, 26].

Koncepcja Orem, w której autorka wyróżniła trzy typy (kategorie) systemu pielęgnowania jest komplementarna z pracami autorów zagranicznych oraz z pracami autorów polskich, którzy klasyfikowali chorych do trzech grup (kategorii) opieki.

Kolejnym elementem weryfikacji metody klasyfikacji pacjentów są normy czasu opieki bezpośredniej i czasu pozapielęgniarskiego. Autorzy zachodni stosują w tym zakresie dwa odmienne podejścia.

W pierwszym proponują metodę obserwacji uczestniczącej i notowanie rzeczywistego czasu czynności pielęgnacyjnych oraz pomocniczych, wykonywanych przez pielęgniarki danego oddziału w stosunku do pacjentów wcześniej zaliczonych do odpowiednich kategorii opieki. Po dokonaniu odpowiedniej liczby pomiarów średnie czasy przyjmuje się jako normę dla poszczególnych kategorii opieki [27, 28, 29]. Taki sposób podejścia zastosowały również Ringerman i Luz.

Drugie podejście metodologiczne zakłada wcześniejsze określenie zadań do wykonania u poszczególnych pacjentów, a następnie określenie czasów poświęconych tym zadaniom w opiece bezpośredniej [6, 7]. Metodą badawczą jest bezpośrednia obserwacja lub szacunkowa ocena specjalistów, na przykład pielęgniarek oddziałowych, osób zarządzających w placówkach psychiatrycznych, nauczycieli, co do czasu opieki jakiego wymagają pacjenci z poszczególnych kategorii. Dotyczy to również szacowania wielkości czasu przeznaczonego na czynności pozapielęgniarskie

Tablica 1. Kryteria opieki pielęgniarskiej według Eileen S. Ringerman i Sylvii Luz [5].
 Table 1. Criteria for nursing care according to Eileen S. Ringerman and Sylvia Luz [5].

Kryteria ogólne	Poziom i kryteria szczegółowe	Punkty
Oddychanie, odżywianie, płyny	Poziom 1 – samotrzymanie	1
	Poziom 2 – pomoc słowna	2
	Poziom 3 – minimalna samokontrola	3
	Poziom 4 – pomoc słowna i fizyczna	4
Wydalenie	Poziom 1 – samoregulacja	1
	Poziom 2 – wymaga obserwacji, nauczania i nadzoru	2
	Poziom 3 – monitorowanie i pomoc w czynnościach łazienkowych	3
	Poziom 4 – niezdolny do kontroli czynności wydalniczych	4
Higiena	Poziom 1 – samodzielny	1
	Poziom 2 – nauczanie i nadzór	2
	Poziom 3 – umiarkowana pomoc fizyczna i nadzór	3
	Poziom 4 – nie jest w stanie monitorować potrzeby higieny, maksymalna pomoc	4
Aktywność i odpoczynek	Poziom 1 – samoregulacja	1
	Poziom 2 – nauka i rozwiązywanie problemów	2
	Poziom 3 – pomoc słowna lub fizyczna	3
	Poziom 4 – niekontrolujący, maksymalna pomoc	4
Samotność i interakcje społeczne	Poziom 1 – samoinicjujący	1
	Poziom 2 – minimalna pomoc w interakcjach społecznych	2
	Poziom 3 – inicjowanie interakcji z pomocą	3
	Poziom 4 – nie jest w stanie kontrolować potrzeb samotności i interakcji społecznych	4
Procedury specjalne i interwencje behawioralne	Poziom 1 – nieskomplikowany (0–1 godz.)	1
	Poziom 2 – nieco kompleksowo (1–2 godz.)	2
	Poziom 3 – kompleksowo (3–4 godz.)	3
	Poziom 4 – złożony (4 godz. i więcej)	4
Konsultacje, spotkania z pacjentem/ rodziną (wymagany czas)	Poziom 1: 0–0,5 godz.	1
	Poziom 2: 0,5–1 godz.	2
	Poziom 3: 1–2 godz.	3
	Poziom 4: ponad 2 godz.	4
Wynik całkowity z oznaczeniem kategorii		
7–9 punktów – kategoria I	17–22 – kategoria IV	
10–12 punktów – kategoria II	23–28 – kategoria V	
13–16 punktów – kategoria III	Ciągła obserwacja i częste interwencje pielęgniarskie (opieka 1:1) – kategoria VI	

ne. Autorzy popierający tę metodę zaznaczają, że normy czasu opieki bezpośredniej mogą być wyznaczone tylko w tych oddziałach, które stosują przyjęte standardy opieki, metody pielęgnowania nie budzą zastrzeżeń a poziom opieki jest optymalny.

Autorki tego artykułu są zdania, że oceny czasu opieki bazujące na opinii specjalistów są bardzo subiektywne. Weryfikując normy czasu opieki bezpośredniej, jak i pośredniej należy zastosować metody mierzenia czasu pracy: migawkową Tippeta i chronometrażu.

Zastosowanie metody klasyfikacji pacjentów wynikającej z teorii pielęgnowania Dorothei Orem w praktyce polskich szpitali psychiatrycznych jest przedmiotem naszych badań.

W pracy przedstawiono problem dotyczący jednego z ważniejszych zagadnień w zarządzaniu podsystemem pielęgniarstwa – planowania obsad pielęgniarstwa zgodnie z rzeczywistym zapotrzebowaniem chorych na opiekę. Zapewnienie opieki pielęgniarskiej zgodnej z potrzebami chorych oraz warunkującej właściwe wykorzystanie kadr wymaga stosowania metod PCS. Precyzyjny system klasyfikacji pacjentów jest podstawą do osiągnięcia efektywnego zarządzania oddziałem, co gwarantuje bezpieczeństwo

i dobrą jakość opieki. Kiedy system klasyfikacji pacjentów wynika z teorii pielęgnowania, podnosi to podstawę naukową profesjonalnej praktyki i świadczy o wartości praktycznej danej teorii.

Teoria pielęgnowania D. Orem jest obecnie jedną z najbardziej popularnych, akceptowanych oraz wprowadzanych teorii, zarówno w edukacji pielęgniarstwa na wszystkich jej poziomach, jak i w praktyce pielęgniarskiej, w tym w zarządzaniu podsystemem pielęgniarstwa. Zastosowanie teorii pielęgnowania jest podstawą tzw. dobrej praktyki pielęgnowania i zarządzania nią.

WNIOSKI

1. Metody klasyfikacji pacjentów ułatwiają planowanie i zapewnienie opieki zgodnie z zapotrzebowaniem.
2. Metody klasyfikacji pacjentów w psychiatrii muszą uwzględniać specyfikę opieki nad pacjentami oraz być zgodne ze standardami praktyki w tej specjalności.
3. Zastosowanie określonej teorii pielęgnowania w systemie klasyfikacji pacjentów jest podstawą naukową profesjonalnej praktyki.

PIŚMIENNICTWO

1. Kapała W. Zarządzanie potencjałem ludzkim a problem liczby personelu. *Antidotum*. 2001; 4: 3–9.
2. Goszczyńska B. Normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych w szpitalach i innych zakładach opieki zdrowotnej udzielających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych. *Antidotum*. 2000; 1: 9–15.
3. Ksykiewicz-Dorota A. Planowanie obsad pielęgniarskich w lecznictwie stacjonarnym. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2001.
4. Cebulak M, Ksykiewicz-Dorota A. Metody klasyfikacji pacjentów wykorzystywane do planowania obsad pielęgniarskich na oddziałach psychiatrycznych. *Post Psychiatr Neurol* 2009; 18 (3): w tym zeszycie
5. Ringerman ES, Luz S. A psychiatric patient classification system. *Nurs Manage*. 1990; 21 (10): 66–8, 70–1.
6. Schroder PJ, Washington WP. Administrative decision making: staff-patient ratios (A patient classification system for a psychiatric setting). *Perspect Psychiatr Care*. 1982; 20 (3): 111–23.
7. Pardure SF, Dick CT. Patient classification: Illness acuity and nursing care needs. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 1986; 24 (12): 23–30.
8. Auger JA, Dee V. A patient classification system based on the Behavioral System Model of Nursing: Part 1. *J Nurs Adm*. 1983; 13 (4): 38–43.
9. Dee V, Auger JA. A patient classification system based on the behavioral system model of nursing: Part 2. *J Nurs Adm*. 1983; 13 (5): 18–23.
10. Eklof M, Qu WH. Validating a psychiatric patient classification system. *J Nurs Adm*. 1986; 16 (5): 10–7.
11. Schlump-Urquhart S. Patterns of improvement in self-care directed towards meeting basic self-care requisites in hospitalized adult psychiatric patients. Unpublished thesis. Detroit, Michigan: Wayne State University; 1987.
12. Widomska-Czekajka T, Górąjek-Jóźwik J. Przewodnik encyklopedyczny dla pielęgniarek. Warszawa: PZWL; 1996.
13. Orem D. *Nursing: Concepts of practice*. New York: McGraw-Hill; 2001.
14. Marć M, Ciechaniewicz W. Istota teorii pielęgniarstwa zorientowana na potrzeby podmiotu opieki (na przykładzie V. Henderson i D. Orem). W: Górąjek-Jóźwik J. red. *Filozofia i teorie pielęgniarstwa*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2007. s. 289–313.
15. Underwood P. Nursing care as a determinant in the development of self-care behaviour by hospitalized adult schizophrenics. *Dissertation Abstracts International*. 1979; 40: 679B.
16. Ksykiewicz-Dorota A, Wysokiński M. Patients' demand for the nursing care in intensive therapy hospital wards according to the NEMS Scale. *Pol J Environ Stud*. 2007; 16 (5A): 237–240.
17. Ksykiewicz-Dorota A, Wysokiński M. Patients' demand for the nursing care in intensive therapy hospital wards according to the TISS-28 Scale. *Pol J Environ Stud*. 2007; 16 (5A): 233–236.
18. Ksykiewicz-Dorota A, Sarecen A. Selection of methodological procedure for midwifery staff scheduling in an obstetric ward. *Pol J Environ Stud*. 2007; 16 (5A): 245–248.
19. Ksykiewicz-Dorota A, Wysokiński M, Kurek M. Normy obsad pielęgniarskich na oddziałach intensywnej opieki medycznej i ośrodkach sztucznej nerki. *Zdr Publ*. 2002; 112 (1): 55–59.
20. Ksykiewicz-Dorota A, Adamska-Kuźmicka I. Method of Patient Classification System in obstetric staff scheduling. 2. Demand for direct nursing in the delivery room among mothers who deliver by natural birth. (Metoda "Patient Classification System" w planowaniu obsad położniczych. 2. Zapotrzebowanie na pielęgnację bezpośrednią w sali porodowej rodzących siłami natury). *Ann UMCS Sect*. 2001; 56: 301–306.
21. Ksykiewicz-Dorota A, Adamska-Kuźmicka I. Method of Patient Classification System in obstetric staff scheduling. 3. Demand for direct nursing in the delivery room among mothers who deliver by Caesarean section (Metoda "Patient Classification System" w planowaniu obsad położniczych. 3. Zapotrzebowanie na pielęgnację bezpośrednią w sali porodowej rodzących drogą cesarskiego cięcia). *Ann UMCS Sect*. 2001; 56: 307–311.
22. Ksykiewicz-Dorota A, Wysokiński M. Special characteristics of nursing staff scheduling in intensive care units (Specyfika planowania obsad pielęgniarskich w oddziałach intensywnej opieki medycznej). *Ann UMCS Sect*. 2001; 56: 313–318.
23. Ksykiewicz-Dorota A. Development of nursing time standards as a problem of optimisation of health care system management. I. Evaluation of the correctness of patients' classification (Normowanie czasu opieki jako problem optymalizacji zarządzania systemem ochrony zdrowia. I. Ocena poprawności klasyfikacji chorych). *Ann UMCS Sect*. 1999; 54: 79–86.
24. Ksykiewicz-Dorota A, Wysokiński M. Development of nursing time standards as a problem of optimisation of health care system management. II. Comparative analysis of demand for nursing care (Normowanie czasu opieki jako problem optymalizacji zarządzania systemem ochrony zdrowia. II. Analiza porównawcza zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską). *Ann UMCS Sect*. 1999; 54: 87–96.
25. Wolfe H, Young JP. Staffing the nursing unit. Part I: Controlled variable staffing. *Nurs Res*. 1965; 14: 236–243.
26. Wolfe H, Young JP. Staffing the nursing unit. Part II: The multiple assignment technique. *Nurs Res*. 1965; 14: 299–303.
27. Ehrman M. Using a factored patient classification system in psychiatry. *Nurs Manage*. 1987; 18 (5): 48–53.
28. Hay MA, Nelson LM. Client classification. A „needs” approach. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 1988; 26 (12): 23–30.
29. Albiez-Gibbons A. Mental health acuity system: The measure of nursing practice. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 1986; 24: 16–20.

Wpłynęło: 14.01.2009. Zrecenzowano: 10.02.2009. Przyjęto: 20.03.2009.

Adres: mgr Marta Cebulak, ul. Żeromskiego 10/6, 37-500 Jarosław, tel. 0697169619, e-mail: marta.cebulak@neostrada.pl