

IRENA KROPIŃSKA
WSP w Bydgoszczy

Z BADAŃ NAD OCZEKIWANIAMI CHORYCH HOSPITALIZOWANYCH WOBEC PIELĘ-
GNIAREK

1. Uwagi wstępne

Artykuł niniejszy stanowi pewną propozycję nowego - jak sędzę - spojrzenia na pracę pielęgniarki w oparciu o uzyskane rezultaty badań /tu z konieczności przedstawione fragmentarycznie/ nad oczekiwaniami chorych hospitalizowanych wobec pielęgniarek. Prowadzone tu rozważania stanowią nawiązanie do znacznie szerszych badań. Motywacja artykułu nie zamyka się bez reszty w nurcie dociekań empirycznych, wynika także ze znacznie szerszego tła problemów teoretyczno-praktycznych. W szczególności należy podkreślić fakt przemian cywilizacyjnych, które niosą za sobą również konieczność przebudowy systemu medycznego. Medycyna jest jednym z jego elementów. Zagadnienia medycyny nie wyczerpują się ani na analizie jej warsztatu metodologicznego, ani nie sprowadzają się wyłącznie do pracy lekarza, który ciągle jeszcze - wobec piramidowego układu relacji w systemie medycznym - zajmuje pierwszoplanową rolę. Okazuje się iż - w sensie socjologicznym - działania medyczne nie są do pomyślenia bez uwzględnienia całokształtu pracy zespołu pracowników medycznych, w którym pielęgniarki zajmuje rolę znaczącą /choć nie zawsze dostrzeganą/. Można postawić hipotezę, że w miarę przekształcania się modelu medycyny z biologicznego w model humanistyczny, wzrastać winna ranga roli zawodowej pielęgniarki.

Każde działanie wiąże się z pewnymi oczekiwaniami. Nasze rozważania dotyczą oczekiwań, których nadawcą jest chory /hospitalizowany/, oczekiwań związanych z rolami zawodowymi pielęgniarek. Tak postawiony problem rodzi dodatkowe pytania: "czy sytuacja choroby rzutuje na subiektywne, nie zawsze zasadne roszczenia wobec pielęg-

niarki ?", "na jakiej podstawie chory formułuje swoje oczekiwania ?", "czy rozwiązania modelowe systemu medycznego są tego rodzaju, że pielęgniarka może spełniać oczekiwania chorego, nawet w przypadku, gdyby do ich spełnienia była kompetentna z uwagi na swe przygotowanie zawodowe /Pz/ ?"¹.

Próba odpowiedzi na te pytania musi uwzględniać dwa fakty:

- oczekiwania chorych ulegają progresywnym przemianom w związku z przemianami życia społecznego, a kierunek tych zmian nie obejmuje już tylko oczekiwań dotyczących przetrwania /survival/, lecz ponadto związany jest z motywacją rozwoju /chory nie chce, a ponieważ nawet nie może pozostawać na marginesie życia społecznego/,
- postępy medycyny są trudne do oceny w związku z daleko posuniętą specjalizacją, po części spowodowaną technicyzacją medycyny, co mimo założonych programów prowadzi medycynę w dalszym ciągu w kierunku zajmowania się leczeniem choroby a nie człowieka - co jest postulatem medycyny humanistycznej.

Efektom takiego kierunku rozwoju systemu medycznego jest obraz pielęgniarki skoncentrowanej na czynnościach instrumentalnych, zdominowanych czynnościami zlecanymi przez lekarza. Można założyć, że zadania instrumentalne przesłaniają ten fragment działalności zawodowej pielęgniarki, który obejmuje funkcje terapeutyczne i wychowawcze.

Chory /o czym przekonują także prezentowane tu wyniki badań/ oczekuje od pielęgniarki spełnienia czynności instrumentalnych, ale jednocześnie wzrastają u niego oczekiwania innego rodzaju, które wiążą się z całością sytuacji choroby. Oczekuje więc od pielęgniarki nie tylko empatii, ale także jakiejś "współbecności" w jego chorobie. Jego oczekiwania dotyczą odpowiedniego rodzaju i zakresu komunikowania się właśnie z pielęgniarką /co nie zawsze wiąże się wyłącznie z ograniczonym czasem lekarza/. Inny złożony problem oczekiwań chorych wiąże się z samym faktem hospitalizacji: chory zostaje wyłączony ze swego naturalnego środowiska, przeżywa problemy adaptacji do środowiska szpitalnego, grupy chorych, koniecznych a wynikających z procesu leczenia ograniczeń, itp. Wszystko to rodzi zupełnie inne wymiary sytuacji, które do tej pory były dla niego czymś nie znanym. W takiej sytuacji, niez-

leżnie od dotychczasowych poglądów na zawód pielęgniarki, chory dostrzega w niej osobę, w której może znaleźć "pomost" nie tylko pomiędzy lekarzem a sobą, ale również między swą dawną sytuacją, sytuacją obecną i przyszłą /po chorobie/, którą antycypuje biorąc pod uwagę sytuację aktualnej choroby.

Zagadnienia, o których piszę, z punktu widzenia teoretycznego - ogromnie złożone, mogłam tutaj, wobec ograniczonej objętości artykułu, zaledwie naszkicować, pomijając bibliografię problemu.

Powyższe rozważania prowadzą do wniosku, że pielęgniarka w jakimś stopniu spełnia również funkcje terapeutyczne i wychowawcze. Ścisłe przeprowadzenie linii granicznej między wychowaniem a psychoterapią nie jest w pełni możliwe wobec wieloznaczności obu pojęć².

Dotychczasowe próby analizy pracy pielęgniarki nadmiernie ekspozują istniejący status quo systemu medycznego, tzn. podkreślają wagę czynności związanych z rolą instrumentalną³. Braki tego rodzaju analiz /charakterystyk zawodowych/ wiążą się co najmniej z dwoma faktami:

- nie uwzględniają one obrazu własnej choroby /O w Ch/⁴,
- nie uwzględniają współczesnego schematu analizy pracy, który zakłada jej analizę w trzech wymiarach: czynności skierowane na ludzi, czynności skierowane na symbole, czynności skierowane na przedmioty⁵/.

W pracy pielęgniarki na każdym stanowisku dominują czynności skierowane na ludzi. Przedmiotami w pracy są w rzeczywistości także podmioty, tzn. ludzie chorzy. Miejsce zaś tradycyjnych przedmiotów zajmują tylko narzędzia pracy, szczególnie wyeksponowane w czynnościach RI /roli instrumentalnej/.

Podobnie praca z symbolami - operowanie ideami, szukanie nowych możliwości komunikacji - przekształca pracę pielęgniarki w zupełnie inny układ odniesienia. Układ ów nazwiemy humanistycznym wymiarem pracy pielęgniarki. Jest ono jednocześnie wymiarem podstawowym - niezależnie od tego, czy pielęgniarki realizują go w stopniu zadowalającym i czy, jeśli tak jest, nadzór i chorzy dostrzegają ich pracę. Czynności związane z tym wymiarem proponuję określić mianem poszerzonej roli ekspresyjnej /P R E/⁶.

2. Cel, organizacja i przebieg badań

Celem niniejszych badań było ustalenie opinii dotyczących zaspokajania przez pielęgniarki oczekiwań chorych w zakresie spełnianych przez nie ról zawodowych. Dla większego skonstrastowania wyników badań analizowane czynności pielęgniarek ujęto w trzech rolach zawodowych:

- roli instrumentalnej /RI/
- roli ekspresyjnej /RE/; jest to rola w literaturze wymieniana, lecz wyjątkowo niejasno określona /m.in. obejmuje przejawianie życzliwości, posługiwanie, pełnienie roli gospodarza, prospołeczna postawę, bliżej niesprecyzowane informowanie itp./,
- poszerzonej roli ekspresyjnej /PRE/, której czynności obejmują podstawowe zabiegi psychoterapeutyczne, wychowawcze i socjalizacyjne wynikłe z sytuacji chorego hospitalizowanego i jej następstw dla sytuacji przyszłych.

Badaniami objęto ludzi zdrowych /najczęściej nie mających doświadczeń hospitalizacji/ oraz chorych przebywających na leczeniu w Szpitalu XXX-lecia PRL w Bydgoszczy. W dalszej części artykułu terminem chory będziemy określać pacjentów hospitalizowanych.

W artykule tym postawiono następujące problemy:

- jak kształtują się oczekiwania zdrowych i chorych w zakresie trzech ról pielęgniarki,
- czy wiek badanych, stopień ciężkości choroby, wpływają na rodzaj oczekiwań.

Postawiono hipotezę ogólną, że wyróżnione zmienne niezależne różnicują oczekiwania. W szczególności wydaje się, że dyferencje wystąpią w sposób szczególny między chorymi o różnym natężeniu choroby, pomiędzy zdrowymi i chorymi. W pewnym stopniu wykształcenie i wiek badanych będą różnicować poziom oczekiwań.

Dla celów badawczych opracowano kwestionariusz oczekiwań wobec pielęgniarek. Kwestionariusz obejmował 30 stwierdzeń /podzielonych na każdą z ról/. Wcześniej sygnalizowane kryteria podziału ról poddam tutaj uszczegółowieniu. W zakresie RI /roli instrumentalnej/ uwzględniono oczekiwania chorych dotyczące realizowania przez pielęgniarkę rutynowych zabiegów /w dużej mierze zleconych przez lekarza/ opartych na wiedzy, umiejętnościach i sprawnościach /głównie

manualnych/. W ramach RE /roli eskpresyjnej/ wymieniono oczekiwania związane z przejawianiem życzliwości wobec chorego, pełnieniem roli gospodarza, empatią, gotowością do spełniania życzeń chorego itp. Oczekiwania dotyczące PRE /poszerzonej roli eskpresyjnej/ dotyczyły czynności wychowawczych i terapeutycznych /prowadzenie rozmów nakierowanych na proces leczenia, zabiegi desensytyzacyjne, informowanie o stanie zdrowia, rozmowy nad sensem życia, spełnianie funkcji łącznika między chorym a jego rodziną itp./. Na każdą z ról przypadało 10 czynności. Badani mieli możliwość oceniania w skali 1-5 oczekiwań realizacji danej roli ze strony pielęgniarki. Maksymalna ilość punktów na każdą z ról wynosiła 50.

Przebadano dwie grupy chorych. Pierwszą stanowili chorzy przebywający na leczeniu w Szpitalu XXX-lecia PRL w Bydgoszczy /N = 150/ w tym 68 kobiet /45,3 %/ i 82 mężczyzn /54,7 %/ o różnym stopniu ciężkości choroby /stan określam umownie jako lekki, średni, ciężki/. Grupę drugą stanowili ludzie określani przez nas jako "zdrowi", /N=250/, w tym 120 kobiet /48 %/ i 130 mężczyzn /52 %/, czynni zawodowo, z następujących grup zawodowych: nauczyciele studiujący w systemie zaocznym - 89 /35,6 %/, pracownicy administracji państwowej 92 /36,8 %/ i robotnicy 69 /27,6 %/.

Całokształt badań przeprowadzono w roku 1984 na terenie Bydgoszczy.

3. Wyniki badań i ich interpretacja

Dane liczbowe dotyczące oceny realizacji czynności związanych z różnymi rolami pielęgniarek przez chorych i zdrowych zestawiono w Tabeli 1.

Tabela 1. Średnie arytmetyczne oczekiwań chorych i zdrowych dotyczących spełniania przez pielęgniarki czynności wybranych ról

Badani	Średnie arytmetyczne oczekiwań dotyczących zadań ról		
	R I	R E	P R E
zdrowi /N = 250/	32,1	31,4	15,7
chorzy /N = 150/	34,7	32,8	38,6

Z przedstawionej tabeli wynika, że najwyższą ocenę się w obu badanych grupach poziom zaspokojenia oczekiwań w zakresie RI /zdrowi X 32,1, chorzy X 34,7/.

Można dyskutować, czy wynika to z adekwatnej oceny, czy też ze stereotypu.

Zapewne obydwie grupy kierowały się innymi doświadczeniami: chorzy według aktualnej sytuacji i jej oceny, zdrowi /w zasadzie bez własnych doświadczeń hospitalizacji/ formułowali swe oceny na podstawie informacji uzyskanych z tzw. "drugiej ręki", lub też na podstawie stereotypu, wedle którego czynności instrumentalne są jedynym, a co najwyższym podstawowym wymiarem pracy pielęgniarki.

Dla celów porównawczych posłużę się wynikami własnych badań nad ocenami i samoocenami funkcjonowania pielęgniarek w rolach zawodowych, przeprowadzonymi w kilku szpitalach na terenie kraju /N = 510/. Z tych badań wynika, że średnia arytmetyczna oceny nadzoru wynosi $\bar{X} = 29,6$, a zatem nadzór ocenia niżej funkcjonowanie pielęgniarek w roli instrumentalnej.

Względnie przybliżone są oceny chorych i zdrowych w zakresie zaspokajania oczekiwań dotyczących roli ekspresyjnej /zdrowi X = 31,4, chorzy X = 32,8/. Oceny chorych okazały się nieco wyższe niż "zdrowych" - co wydaje się zrozumiałe. Oceny obydwu grup są wyższe od ocen nadzoru pielęgniarskiego uzyskanych w wyniku sygnalizowanych już badań /N = 510/ które wynoszą $\bar{X} = 28,7$.

Zasadnicza różnica dotyczy oceny poziomu zaspokojenia oczekiwań w przedmiocie zadań PRE: oceny chorych są zdecydowanie wyższe $\bar{X} = 38,6$ od ocen zdrowych $\bar{X} = 15,7$. Tak znaczące zróżnicowanie wyników tłumaczy - jak się wydaje - fakt zróżnicowanych doświadczeń własnych obu grup badanych. Odpowiednia ocena oczekiwań związanych z PRE pielęgniarek wymaga znalezienia się w sytuacji choroby, co uwarunkowane jest O W C h /obrazem własnej choroby/. Jednostki zdrowe nie dostrzegają roli oddziaływań psychoterapeutyczno-wychowawczych dla człowieka chorego, ani tym bardziej nie wiążą ich z pracą pielęgniarki. Rzecz ciekawa, że nadzór ocenił funkcjonowanie pielęgniarek w PRE /N = 510/ znacznie niżej od chorych $\bar{X} = 22,4$ wyrażających w tym przedmiocie swoje oczekiwania.

Wydaje się, że wysoka ocena chorych zaspokajania oczekiwań związanych z PRE może być z jednej strony wskaźnikiem znaczenia

tej roli dla chorych, z drugiej - sygnałem o potrzebie doksztalcenia i doskonalenia zawodowego pielęgniarek dla celów tej roli.

Interesujące dane uzyskano analizując różnice między ocenami zaspokajania oczekiwań przez pielęgniarki w zależności od wieku. W grupie chorych w wieku 18-40 lat w porównaniu z grupą chorych w wieku 41-60 lat nie pojawiły się istotne różnice w zakresie ocen RI i RE. Różnice te wynoszą natomiast aż 7 punktów w zakresie ocen PRE. Wynik ten pozwala na ogólniejszy wniosek, iż ocena zaspokojenia tego rodzaju oczekiwań zależy także od ogólniejszej orientacji, którą można określić jako sposób percepcji pracy pielęgniarki oraz rodzaj percepcji choroby. Wniosek ten potwierdzają wyniki uzyskane od ludzi zdrowych w tych samych przedziałach wieku. Różnica między średnimi ocen wynosi 6,3 na korzyść badanych z przedziału wieku 18-40 lat.

Z dalszych analiz wynika, że średnie ocen zaspokojenia oczekiwań związanych z czynnościami wymienionych ról nie wykazują zróżnicowania z uwagi na poziom wykształcenia i stan choroby, co jest pewnym zaskoczeniem.

Okazuje się więc, że podstawowymi zmiennymi, które różnicują oczekiwania jest fakt bycia zdrowym lub chorym /hospitalizowanym/ oraz wiek. Zmienne te dotyczą tylko PRE. Fakt ten wymaga odniesienia naszych rozważań do istoty PRE. Rola ta z jednej strony akcentuje humanistyczne wymiary pracy pielęgniarki, a ze strony drugiej ukazuje konieczność humanizacji systemu medycznego. Jednocześnie nie można uzyskanych przez nas rezultatów wyjaśnić bez uwzględnienia potrzeb człowieka, zarówno zdrowego, jak i chorego. Wiadomo, że liczba potrzeb jest teoretycznie nieokreślona. Potrzeby człowieka wyzwalane są przez strukturę sytuacji, w której znajduje się człowiek. Strukturę tę, zdaniem T.Tomaszewskiego, wiążą przede wszystkim dwa wymiary: wymiar wartości i wymiar możliwości.

O W Ch /obraz własnej choroby/ zmienia strukturę sytuacji w taki sposób, iż wyzwala zupełnie inne potrzeby, a razem z nimi oczekiwania. Oczekiwania te rzutują na percepcję pracy pielęgniarki -i jej ocenę. Badane tu zaspokojenie oczekiwań chorych i zdrowych przez pielęgniarki jest jednocześnie pewnym rodzajem spostrzegania pracy pielęgniarki i zawodu pielęgniarskiego. Mamy tu do czynienia ze zjawiskiem atrybucji, czyli przypisywaniem cech innym oraz wnio-

skowanie na tej podstawie o ich zachowaniu⁷. Dlatego też badani określani tu jako "zdrowi" znacznie niżej ocenili stopień spełnienia przez pielęgniarki oczekiwań związanych z PRE. Prawdopodobnie wynika to z faktu, iż nie znaleźli się w sytuacji, która wyzwolić by mogła takie oczekiwania, które z kolei rzutowałyby na przypisanie pielęgniarkom określonych cech /zaspokojenia oczekiwań/. Można powiedzieć, że badani nisko oceniali pielęgniarki w tym zakresie, gdyż brakło im sytuacyjnych podstaw do takiej oceny. Inaczej mówiąc: nie doceniamy tego co nie jest obiektem, któremu można przypisać ważność.

Nieco innej interpretacji wymaga zróżnicowanie ocen zaspokojenia oczekiwań związanych z PRE wynikłe z wieku. Okazuje się, że ludzie w młodszym wieku dają oceny zdecydowanie wyższe /niezależnie od tego, czy są chorzy czy zdrowi/. Wydaje się, że można tu mówić o odmiennych układach orientacji na leczenie i na życie w ogóle. Jest rzeczą prawdopodobną, że ludzie w starszym wieku wiążą zadania pielęgniarki /zgodnie z istniejącym stereotypem/ wyłącznie z działaniem instrumentalnym.

Podsumowując, można stwierdzić, iż uzyskane wyniki badań ukazują zarazem wagę poszerzonej roli ekspresyjnej w procesie leczenia, jak i jej znaczenie futurologiczne.

PRZYPISY

¹Z. Wiatrowski, Pedagogika pracy w zarysie, Bydgoszcz 1980 s.28

²Por. R. Miller, Socjalizacja, Wychowanie, psychoterapia, Warszawa 1981 s.227 i nast; R. Miller, Wychowanie i psychoterapia, W: Zdrowie psychiczne /red. K. Dąbrowski/, Warszawa 1979 s.263 s.263-289; B. Suchodolski, Osobowość i alternatywy cywilizacji współczesnej, W: Zdrowie psychiczne, op.cit. s.64-90

³D. Plewik, Z badań nad charakterystyką zawodową pielęgniarki, "Pedagogika pracy" 1982 s.145-163

⁴I. Heszen - Klemens, Psychologia medyczna, Katowice 1983 s.48 i nast.

- ⁵K.Janicka, G.Kacprowicz, K.N.Słomczyński, Złożoność pracy jako zmienna socjologiczna: Modele pomiaru i ich ocena, "Studia Socjologiczne", 1983 Nr 3 s.7 i nast.
- ⁶I.Kropińska, Wychowawczo-psychoterapeutyczne aspekty pracy pielęgniarki, "Chowanna" 1984 z.1 s.80-86
- ⁷W.Domachowski, S.Kowalik, J.Miluska, Z zagadnień psychologii społecznej, Warszawa 1984 s.54-76