

## Bożena Gorzkowicz<sup>1</sup>, Dorota Strecker<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie

<sup>2</sup>Zakład Pielęgniarstwa Pediatricznego Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie

# Czy badanie przedmiotowe jest krokiem ku pielęgniarstwu zaawansowanej praktyki w Polsce?

Is physical assessment a step towards Advanced Nursing Practice in Poland?

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** Międzynarodowa Rada Pielęgniarek definiuje pielęgniarkę zaawansowanej praktyki jako wysoko doświadczonego i wyedukowanego członka zespołu terapeutycznego, który jest w stanie rozpoznać potrzeby zdrowotne pacjenta oraz podjąć stosowne działania lub zaproponować mu pomoc odpowiedniego specjalisty. Podstawowymi umiejętnościami, którymi musi się wykazać pielęgniarka, są między innymi: umiejętność zebrania wywiadu, przeprowadzenia badania przedmiotowego czy wykorzystania swojej eksperckiej wiedzy oraz uzyskanych wyników dla postawienia diagnozy pielęgniarstwa.

**Cel pracy.** Ocena poziomu wykorzystania umiejętności badania przedmiotowego w praktycznym działaniu oraz rozpoznanie ewentualnych trudności.

**Materiał i metody.** Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny. Narzędzie badawcze stanowił anonimowy kwestionariusz ankiety wzorowany na autorskim narzędziu Instytutu Medycyny Pracy im. prof. dr. Jerzego Nofera w Łodzi. Badaniami objęto 217 osób, które ukończyły szkolenie specjalizacyjne w 8 dziedzinach pielęgniarstwa na przełomie lat 2007 i 2008 w Szczecinie.

**Wyniki i wnioski.** Respondenci potwierdzają wysoką przydatność wybranych elementów badania przedmiotowego w praktyce. Występuje wiele przeszkód natury organizacyjnej. Warunkami pomyślnego wdrażania idei pielęgniarstwa zaawansowanej praktyki są praca w zespołach interdyscyplinarnych oraz zmiany legislacyjne w Polsce.

**Problemy Pielęgniarstwa 2010; 18 (2): 117–123**

**Słowa kluczowe:** badanie przedmiotowe, kształcenie podyplomowe, pielęgniarstwo zaawansowanej praktyki

### ABSTRACT

**Introduction.** Advanced Nurse Practitioners is definite by the ICN as a highly experienced and educated members of the care team who are able to diagnose and treat the healthcare needs or refer to an appropriate specialist if needed. Their basic skills are: take a comprehensive patient history, carry out physical examinations, use their expert knowledge and clinical judgment to identify the potential nursing diagnosis.

**Aim of the study.** The purpose of the study is the estimation of the level in usage skills of the physical examination in the practical activity and recognition of the possible difficulties.

**Material and methods.** An investigative method was the diagnostic poll. Anonymous research tool was modelled on the author's questionnaire of the Nofer Institute of Occupational Medicine in Łódź. Between February 2007 and November 2008, 217 participants of the postgraduate specialization training in the 8 nursing-spheres were surveyed in Szczecin.

**Results and conclusions.** Respondents confirm the high usefulness of chosen elements of the physical examination in nursing practice. There are a lot of organizational nature objection. The work in the interdisciplinary teams and legislative changes in Poland are the requirement for initiation of the idea of the Advanced Nursing Practice.

**Nursing Topics 2010; 18 (2): 117–123**

**Key words:** physical assessment, postgraduate education, Advanced Nurse Practitioner

## Wstęp

Funkcjonowanie zawodu pielęgniarki ulega współcześnie nieodwracalnym zmianom. Zyskuje on nowy wymiar i rangę, stając się zawodem w pełni samodzielnym, świadomym i podejmującym wciąż nowe wyzwania. Wzrasta jednocześnie odpowiedzialność za podejmowane działania [1]. Zmienia się rola zawodowa pielęgniarki. Ściśle wiąże się to z dynamicznie zmieniającą się sytuacją w opiece zdrowotnej. Jako rolę zawodową rozumie się podejmowanie takiego postępowania zawodowego, które jest oczekiwane społecznie, a równocześnie zgodne z obowiązującymi normami oraz znaczące dla statusu zawodowego [2]. Za przyczyny różnic w funkcjonowaniu zawodu w ostatnich dekadach przyjmuje się wiele czynników. Do najistotniejszych należy zaliczyć zmiany w organizacji i zadaniach ochrony zdrowia wraz z postępem nauk medycznych oraz rozwojem nowoczesnych technologii. Zwiększa się świadomość społeczeństwa i wzrastają jego oczekiwania wobec kompetencji przedstawicieli różnych zawodów. Determinuje to podwyższanie się poziomu wykształcenia pielęgniarek w zakresie kształcenia przed- i podyplomowego. Zmianie ulegają standardy relacji międzyludzkich w coraz większym stopniu uwzględniające poszanowanie godności, jakości życia oraz okazywanie życzliwości klientowi [3].

Wraz z obserwowanym na całym świecie brakiem wykwalifikowanego personelu medycznego, niezmiernie istotne staje się optymalne wykorzystanie potencjału poszczególnych członków zespołu terapeutycznego. Warunkiem skuteczności i efektywności działań pracowników jest takie planowanie i sprawowanie opieki, aby właściwy pracownik, posiadający stosowne kompetencje, oferował optymalną opiekę pacjentowi w stosownym czasie. Pracownik realizujący bardziej skomplikowane zadania powinien być odpowiednio doceniony za swoje umiejętności, a z jego wiedzy i doświadczenia powinni korzystać najbardziej potrzebujący [4]. Stowarzyszenia pielęgniarskie zrzeszone w Międzynarodowej Radzie Pielęgniarek (ICN, *International Council of Nurses*) i Europejskiej Federacji Stowarzyszeń Pielęgniarek (EFN, *European Federation of Nurses Associations*), dostrzegając powyższe potrzeby oraz dynamikę zmian w zawodzie, jako priorytety swoich działań wskazują regulacje prawne w zakresie kształcenia podstawowego i ustawicznego zmierzające do podnoszenia jakości opieki pielęgniarskiej [5].

Pielęgniarka jako członek zespołu terapeutycznego ma za zadanie maksymalnie wykorzystać swoje umiejętności, przyczyniając się do rozwiązywania problemów pacjenta. Niezmiernie istotne jest funkcjonowanie w zakresie przyjętych norm etycznych oraz obowiązujących w danym kraju przepisów prawnych. Zarówno w Polsce, jak i w innych krajach w przypadku żadnej

innej grupy zawodowej nie zaobserwowano tak dużych zmian w zakresie pełnionych ról na przełomie dwóch ostatnich dekad [6].

W Polsce warunkiem otrzymania prawa wykonywania zawodu jest jeszcze zdobycie wymaganych kwalifikacji zawodowych, natomiast w krajach Unii Europejskiej — uzyskanie wymaganych kompetencji zawodowych. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) określa kompetencje zawodowe pielęgniarki jako „pojęcie złożone, o szerokim znaczeniu, obejmującym praktykę zawodową, opisujące zbiór umiejętności odzwierciedlających wiedzę, postawy oraz elementy psychomotoryczne” [7]. Obecnie wykonywanie zawodu pielęgniarki reguluje dyrektywa 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego. W 2006 roku 21 krajów Europy, w tym także Polska, rozpoczęło działania w ramach programu Tuning. Efektem prac był dokument uwzględniający 5 grup kompetencji zawodowych pielęgniarki: związane z zawodowymi wartościami i rolą pielęgniarek; dotyczące praktyki pielęgniarskiej i podejmowania klinicznych decyzji; poznawcze; interpersonalne i kierownicze [8, 9].

W ramach szczegółowych wyznaczników kompetencji dotyczącej praktyki pielęgniarskiej i podejmowania klinicznych decyzji mieszczą się działania typowe dla badania przedmiotowego: dokonywanie wszechstronnej i systematycznej oceny z zastosowaniem odpowiednich metod, rozpoznawanie i interpretowanie objawów, umiejętność krytycznej oceny, a także interpretowania i syntezy informacji oraz danych klinicznych [10]. Lesa i Dixon uważają, że celem badania przedmiotowego w praktyce pielęgniarskiej jest — w pierwszej kolejności — zidentyfikowanie potrzeb zdrowotnych pacjenta i ułatwienie stawiania diagnozy pielęgniarskiej, co pozwala na dostrzeżenie odstępstw od normy bez konieczności stawiania diagnozy lekarskiej. Poziom umiejętności pielęgniarskich w badaniu przedmiotowym nie musi dorównywać umiejętnościom lekarza specjalisty. Badanie przedmiotowe powinno służyć potwierdzeniu lub wykluczeniu hipotez wyłonionych w czasie przeprowadzania wywiadu i podjęciu właściwych interwencji pielęgniarskich [11]. Badanie przedmiotowe jest nieodzownym elementem przygotowania zawodowego pielęgniarki. W Stanach Zjednoczonych już w latach 60. XX wieku zostało wprowadzone jako element szkolenia *Nurse Practitioner*. Na przełomie lat 70. i 80. włączono je w cykl szkolenia na poziomie wyższym *baccalaureate program*, a obecnie funkcjonuje w podstawowym cyklu nauczania pielęgniarskiego [12]. W Kanadzie i Australii badanie przedmiotowe wprowadzono w cykl szkolenia pielęgniarek specjalistek *Advanced Practice* w latach 90. [13]. W Polsce w 2000 roku pierwsze szkolenia trenerów badania przedmiotowego zostały przeprowadzone przez zespół MPC *Hahnemann University, School of Nursing, Philadelphia USA*.

Mimo wielu pozytywnych zmian dotyczących funkcjonowania pielęgniarstwa w Polsce, w dalszym ciągu wiele dziedzin wymaga legislacyjnego i organizacyjnego dostosowania do standardów europejskich. Jednym z takich obszarów jest pielęgniarstwo specjalistyczne oraz niefunkcjonujące jeszcze w kraju pielęgniarstwo zaawansowanej praktyki. Istotnymi dokumentami pozwalającymi na znormalizowanie i określenie wymaganego zakresu wymagań dla pielęgniarki na różnych poziomach działania są zakresy kompetencji pielęgniarki ogólnej i pielęgniarki specjalistki będących serią przepisów regulacyjnych Międzynarodowej Rady Pielęgniarek przekazane Polsce przez ICN dzięki staraniom Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego. Zgodnie z definicją zawartą w powyższym dokumencie, pielęgniarka specjalistka jest przygotowana na wyższym poziomie niż pielęgniarka ogólna i upoważniona do praktyki jako specjalista o zaawansowanej wiedzy w jakiejś dziedzinie pielęgniarstwa. Praktyka specjalistyczna obejmuje: funkcje kliniczne, szkoleniowe, administracyjne, badawcze i konsultacyjne [14, 15].

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek definiuje pielęgniarkę zaawansowanej praktyki jako autonomicznego, wysoko doświadczonego, wyedukowanego, wykorzystującego zasady Praktyki Pielęgniarskiej Opartej na Faktach (EBNP, *Evidence Base Nurse Practice*) członka zespołu terapeutycznego, który jest w stanie rozpoznać potrzeby zdrowotne oraz podjąć stosowne działania lub zaproponować pomoc odpowiedniego specjalisty [16]. Pojęcie pielęgniarka zaawansowanej praktyki funkcjonuje w Stanach Zjednoczonych od 1960 roku, a w Anglii od wczesnych lat 80. XX wieku. Funkcjonowanie w zakresie pielęgniarstwa zaawansowanej praktyki wymaga dynamiki działań, umiejętności dostosowania się do zmieniającej się sytuacji, utwierdzającej pielęgniarkę w roli eksperta, lidera, a zarazem członka zespołu działającego dla dobra pacjenta [17]. Podstawowymi umiejętnościami, którymi muszą się wykazać pielęgniarka specjalistka oraz pielęgniarka zaawansowanej praktyki, są między innymi: umiejętność przeprowadzenia całościowego badania przedmiotowego czy wykorzystania swojej eksperckiej wiedzy oraz uzyskanych wyników oceny dla postawienia diagnozy pielęgniarskiej warunkującej dalsze działania [18]. W Polsce w ramach szkoleń specjalizacyjnych ocena stanu zdrowia i badanie przedmiotowe są realizowane jako moduł VII bloku ogólnozawodowego. Łączna liczba godzin przeznaczona na realizację programu wynosi 135, gdzie 100 godzin jest realizowanych w formie zajęć teoretycznych i ćwiczeń, a 35 — w formie zajęć stażowych [19]. Powyższy standard kształcenia podyplomowego pozwala na przygotowanie przyszłej specjalistki do racjonalnego funkcjonowania w ramach swojej dziedziny pielęgniarstwa.

## Cel pracy

Cele pracy to ocena poziomu wykorzystania umiejętności badania przedmiotowego w praktycznym działaniu oraz rozpoznanie ewentualnych trudności.

Podjęto próbę uzyskania odpowiedzi na następujące pytania:

- czy prowadzony cykl szkolenia wpływa na wzrost umiejętności badanych w zakresie badania przedmiotowego?
- czy badani dostrzegają przydatność badania przedmiotowego w pracy zawodowej?
- czy wykorzystują zdobyte umiejętności w pracy przy pacjencie?
- czy i z jakimi trudnościami spotykają się w wprowadzaniu badania przedmiotowego w swojej praktycznej działalności?

## Materiał i metody

Badania przeprowadzono w latach 2007–2008 w jednym ze szczecińskich ośrodków prowadzących kształcenie specjalizacyjne dla pielęgniarek. Grupę badawczą stanowiło 217 uczestników kształcenia w 8 dziedzinach pielęgniarstwa. Moduł VII — badanie przedmiotowe we wszystkich badanych grupach — był prowadzony przez ten sam zespół specjalistów. Metodą badawczą stanowił sondaż diagnostyczny, zaś narzędzie badawcze — anonimowy kwestionariusz ankiety wzorowany na autorskim narzędziu opracowanym przez Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr. Jerzego Nofera w Łodzi służący do oceny przyrostu kwalifikacji zawodowych. Badanie przeprowadzono przed rozpoczęciem modułu oraz po raz drugi po zakończeniu zajęć stażowych z zakresu badania przedmiotowego. Poziom kwalifikacji zawodowych w wybranych dziedzinach badania przedmiotowego respondenci oceniali według 10-punktowej skali numerycznej oraz w formie pytań otwartych.

## Charakterystyka badanej grupy

Badaniami objęto 217 osób podnoszących swoje kwalifikacje zawodowe w 8 dziedzinach specjalizacji pielęgniarskich: anestezjologicznej (n = 49), opiece długoterminowej (n = 22), kardiologicznej (n = 24), pediatrycznej (n = 23), psychiatrycznej (n = 22), ratunkowej (n = 18), środowiskowo-rodzinnej (n = 39) oraz środowiska nauczania i wychowania (n = 20). Osoby w przedziale wiekowym 41–50 lat stanowiły 50% uczestników specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego. W pozostałych specjalizacjach dominowały osoby w wieku 31–40 lat (ponad 50% uczestników). Analogicznie kształtowały się dane dotyczące stażu pracy. Na uwagę zasługuje fakt, że w specjalizacji pielęgniarstwo środowiskowo-rodzinne dość liczną grupę reprezentowały osoby młode, zarówno pod względem wieku (39% badanych w wieku 21–30 lat), jak i stażu pracy (41% staż pracy 1–10 lat).

## Wyniki

Pierwszym elementem badania była subiektywna ocena poziomu umiejętności badania przedmiotowego przed szkoleniem i po jego ukończeniu w zakresie modułu VII. W ocenie uwzględniono wybrane działy tematyczne obejmujące znajomość istoty i uwarunkowań prawnych badania przedmiotowego w Polsce, zasad przeprowadzenia wywiadu i badania przedmiotowego, a także umiejętność oceny stanu zagrożenia zdrowia i życia w zakresie poszczególnych układów (tab. 1).

Osoby specjalizujące się w zakresie pielęgniarstwa kardiologicznego bardzo słabo oceniły swoje umiejętności początkowe w zakresie znaczenia oraz uwarunkowań prawnych badania przedmiotowego w Polsce przed szkoleniem (odpowiednio 2,5 i 2,2). Natomiast przyszłe pielęgniarki psychiatryczne przyznały się do słabej umiejętności przeprowadzania badania przedmiotowego (2,4) oraz nieznamomości sekwencji badania przedmiotowego (2,4) przed szkoleniem. Niski poziom ocen utrzymywał się w analizowanej grupie także po szkoleniu (6,7). Ocena nabytych umiejętności przez osoby specjalizujące się w zakresie pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego jedynie w dziale dotyczącym sekwencji badania przedmiotowego przekroczyła poziom 7,0. Na podkreślenie zasługuje fakt, że zarówno przed szkoleniem (5,2–7,4), jak i po nim (7,5–9,2), wszystkie osoby ankietowane wysoko oceniły umiejętność oceny stanu zagrożenia zdrowia i życia w zakresie poszczególnych układów.

W tabeli 2 przedstawiono uwarunkowania praktycznego wprowadzenia elementów badania przedmiotowego do praktyki zawodowej respondentów.

Większość ankietowanych (87–100%) stanowczo twierdzi, że umiejętność badania przedmiotowego jest przydatna podczas wykonywania obowiązków w pracy zarówno w szpitalu, szkole, przedszkolu, jak i w domu pacjenta. Innego zdania są jedynie osoby specjalizujące się w pielęgniarstwie psychiatrycznym, gdzie około 1/3 respondentów uważa, że ta umiejętność nie przydaje się im w pracy zawodowej. Większość ankietowanych osób (64–100%) potwierdza wykorzystanie w praktyce zawodowej wybranych umiejętności badania przedmiotowego. Najwyższy odsetek stwierdzono wśród pielęgniarek pracujących w przedszkolach i szkołach, które elementy badania przedmiotowego wykorzystują głównie podczas profilaktycznych badań okresowych. Niepokojący jest fakt, że utrzymuje się średnio liczna grupa ankietowanych (16–36%), która w ogóle nie wykonuje badania przedmiotowego w pracy z chorym. Niepokoi także fakt, że znaczny odsetek ankietowanych widzi przeszkody w wykorzystaniu umiejętności badania przedmiotowego (50–82%). Jako powód wśród personelu pracującego w szpitalu podaje się w kolejności: niechęć ze strony lekarzy, pacjentów oraz koleżanek, brak czasu, niedobory personelu pielęgniarskiego,

a także brak dostatecznej wiedzy o badaniu przedmiotowym. Natomiast osoby szkolące się w zakresie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania spotykają się z niechęcią ze strony rodziców, którzy uważają, że badanie przedmiotowe wykonują głównie lekarze.

## Dyskusja

Częstym problemem w grupie dobrze wykwalifikowanych i kompetentnych pielęgniarek jest brak świadomości swego profesjonalizmu. W dalszym ciągu istotne jest nowoczesne kształcenie oraz rozwijanie inspirowanego sposobu myślenia o zawodzie [20]. Istotny wydaje się jednak fakt, że sama wiedza teoretyczna i praktyczna nie warunkuje podjęcia realnych i efektywnych działań w opiece nad pacjentem. Optymalny poziom wiedzy i umiejętności, stosowny dla posiadanego zakresu kompetencji, jest zagadnieniem kluczowym. Lesa i Dixon podkreślają jednoznacznie, że niemożliwa jest zmiana roli pielęgniarki, nawet z włączeniem w jej działalność nowych umiejętności, takich jak badanie przedmiotowe bez zmian legislacyjnych i normatywnych [11]. Niezmiernie istotna jest postawa współpracowników, zarówno w obrębie personelu pielęgniarskiego, jak i lekarskiego. Potwierdzają to w swoim opracowaniu Glišńska i Lewandowska [20]. W badaniach własnych najczęściej wymienianymi przeszkodami w wprowadzaniu badania przedmiotowego są: niechęć ze strony lekarzy, pacjentów oraz koleżanek. Ślusarska podkreśla, że w dalszym ciągu aktywność zawodowa pielęgniarek w dużym stopniu zależy od decyzji lekarza, zarówno w sensie oceny klinicznej, jak i w zakresie funkcjonowania organizacyjnego [21]. Płynne i elastyczne zmiany prowadzące do integracji zespołów i podejmowanie wspólnych działań, często inicjowanych przez pielęgniarkę pełniącą rolę lidera i koordynatora, może być miarą sukcesu dla dobra pacjenta [16, 22]. W badaniach własnych najwyższy stopień wykorzystania zdobytych umiejętności w praktyce wykazywały uczestniczki specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa: środowiska nauczania i wychowania, opieki długoterminowej i środowiskowo-rodzinnego, czyli osoby często funkcjonujące elastycznie i autonomicznie w środowisku domowym lub środowisku nauczania pacjenta. Giddens w swoich badaniach zidentyfikował 30 umiejętności z zakresu badania przedmiotowego najczęściej wykorzystywanych przez pielęgniarki w praktyce klinicznej. Podaje w wątpliwość zbyt szczegółowe i dogłębne przygotowanie teoretyczne, które nie stanowi rzeczywistego zapotrzebowania praktycznego pielęgniarek [23, 24]. Średni wiek ponad 50% osób podejmujących szkolenie specjalistyczne to 31–40 lat z stażem pracy 10–20 lat. Jest to grupa pracowników o ugruntowanej pozycji zawodowej z dużym doświadczeniem klinicznym, często sprawu-

**Tabela 1.** Poziom wybranych umiejętności z dziedziny badania przedmiotowego przed szkoleniem i po nim (skala ocen: 1–10)  
**Table 1.** Level of selected skills in the field of physical assessment before and after training (grading scale: 1–10)

Dział tematyczny	Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa															
	Anestezjologia n = 49		Opieka długoterminowa n = 22		Kardiologia n = 24		Pediatria n = 23		Psychiatria n = 22		Oddział ratunkowy n = 18		Środowiskowo-rodzinna n = 39		Środowiska nauczania i wychowania n = 20	
	przed	po	przed	po	przed	po	przed	po	przed	po	przed	po	przed	po	przed	po
I min.–maks.	1–7	4–10	1–7	7–10	1–5	5–10	1–7	7–10	1–6	4–10	1–10	5–10	1–10	3–10	1–7	6–10
$\bar{X}$	3,6	7,7	4,1	8,4	2,5	6,9	3,5	8,5	3,4	6,8	3,7	8,0	4,1	6,6	3,7	7,7
II min.–maks.	1–10	3–10	1–9	3–10	1–10	3–10	1–7	5–10	1–6	1–10	1–10	5–10	1–7	3–10	1–10	4–10
$\bar{X}$	3,2	7,6	3,2	7,2	2,2	6,2	2,3	7,9	2,4	6,2	2,7	8,1	2,4	5,6	3,5	7,8
III min.–maks.	1–8	4–10	1–8	5–10	1–8	4–10	1–8	6–10	1–5	3–8	1–9	6–10	1–8	3–10	1–8	6–10
$\bar{X}$	3,6	7,6	4,5	8,4	3,5	7,0	3,9	8,3	2,4	6,6	3,4	8,4	3,8	6,6	4,4	8,2
IV min.–maks.	1–8	4–10	1–9	6–10	1–10	4–10	1–7	6–10	1–5	3–9	1–10	4–10	1–9	4–10	1–8	4–10
$\bar{X}$	3,3	7,9	3,5	7,9	3,0	7,2	2,8	8,3	2,4	6,7	2,6	7,8	3,2	6,7	4,1	8,2
V min.–maks.	1–10	4–10	2–10	6–10	3–10	4–10	1–10	5–10	2–10	6–10	5–9	6–10	1–10	4–10	1–10	7–10
$\bar{X}$	5,9	8,8	5,9	8,7	6,1	8,0	6,22	8,7	6,7	8,7	7,4	9,0	5,4	7,5	6,3	9,2
Ogółem min.–maks.	1–10	1–10	1–10	2–10	1–10	2–10	1–10	3–10	1–10	1–10	1–10	2–10	1–10	2–10	1–10	3–10
$\bar{X}$	3,5	7,2	3,7	8,2	3,0	6,7	3,37	8,0	3,1	7,0	3,6	8,1	3,8	6,6	4,0	7,9

I — znajomość znaczenia badania przedmiotowego w pracy pielęgniarki/położnej; II — znajomość uwarunkowań prawnych badania przedmiotowego w Polsce; III — znajomość zasad przeprowadzenia wywiadu; IV — znajomość sekwencji badania przedmiotowego; V — znajomość oceny stanu zagrożenia zdrowia i życia w zakresie poszczególnych układów; n — liczba badanych;  $\bar{X}$  — średnia statystyczna; min.–maks. — zakres ocen

**Tabela 2.** Badanie przedmiotowe w praktyce zawodowej respondentów**Table 2.** Physical assessment in professional practice respondents

Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa	Przydatność		Wykorzystanie		Trudności		
	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie	
Anestezjologia n = 49	n	46	3	41	8	30	19
	%	<b>94</b>	<b>6</b>	<b>84</b>	<b>16</b>	<b>61</b>	<b>39</b>
Opieka długoterminowa n = 22	n	22		20	2	18	4
	%	<b>100</b>		<b>91</b>	<b>9</b>	<b>82</b>	<b>18</b>
Kardiologia n = 24	n	21	3	17	7	14	10
	%	<b>87</b>	<b>12</b>	<b>71</b>	<b>29</b>	<b>58</b>	<b>42</b>
Pediatria n = 23	n	23		17	6	18	5
	%	<b>100</b>		<b>74</b>	<b>26</b>	<b>78</b>	<b>22</b>
Psychiatria n = 22	n	15	7	14	8	14	8
	%	<b>68</b>	<b>32</b>	<b>64</b>	<b>36</b>	<b>64</b>	<b>36</b>
Oddział ratunkowy n = 18	n	18		13	5	14	4
	%	<b>100</b>		<b>72</b>	<b>28</b>	<b>78</b>	<b>22</b>
Środowiskowo-rodzinna n = 39	n	36	3	35	4	20	19
	%	<b>92</b>	<b>8</b>	<b>90</b>	<b>10</b>	<b>51</b>	<b>49</b>
Środowiska nauczania i wychowania n = 20	n	20		20		10	10
	%	<b>100</b>		<b>100</b>		<b>50</b>	<b>50</b>

n — liczba badanych; % — częstość względna

jąca funkcję lidera i koordynatora działań zespołu terapeutycznego. W badaniach przedstawionych przez Yamauchi potwierdzono także fakt, że w grupie japońskich pielęgniarek, charakteryzujących się dłuższym stażem pracy, obserwuje się większe zaangażowanie w przyswajanie nowych umiejętności w zakresie badania przedmiotowego. Nabyte doświadczenie kliniczne ułatwia i motywuje je do wykorzystania nowych umiejętności w praktyce [25].

### Wnioski

1. Respondenci potwierdzają przydatność badania przedmiotowego w praktyce.
2. Występuje wiele przeszkód natury organizacyjnej i ludzkiej.
3. Warunkiem pomyślnego wdrażania idei pielęgniarstwa zaawansowanej praktyki jest praca w zespołach interdyscyplinarnych oraz zmiany legislacyjne w Polsce.
4. Istnieje potrzeba prowadzenia dalszych badań nad efektywnością nauczania badania przedmiotowego dla potrzeb pielęgniarstwa zaawansowanej praktyki.

### Piśmiennictwo

1. Dalkowska A., Dalkowski P., Gaworska-Krzemińska A. Historyczno-prawne regulacje zawodu pielęgniarki. *Prob. Pielęg.* 2007; 15: 115–119.
2. Wprowadzenie do pielęgniarstwa. Zachradniczek K. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1999; 38.
3. Kawczyńska-Butrym Z. Pielęgniarstwo i pielęgniarka wobec nowych wyzwań. W: Górajek-Jóźwik J. (red.). Wprowadzenie do diagnozy pielęgniarstwa. PZWL, Warszawa 2007; 20–21.
4. Opis pracy pielęgniarstwa. Taksonomia jako narzędzie poprawy jakości opieki i wynagradzania pracowników. ICN — *International Council of Nurses*, Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie 2009; 4.
5. Kilańska D. Sprawozdanie z 24. Kongresu Międzynarodowej Rady Pielęgniarek „Przewodźmy zmianom; Budując zdrowsze społeczeństwo” („Leading Change; Building Healthier Nations”), który odbył się 30.06–04.07.2009 r. w Durbanie (RPA). *Prob. Pielęg.* 2009; 17: 263–271.
6. Wiseman H. Advanced nursing practice—the influence and accountabilities. *Br. J. Nurs.* 2007; 16: 167–73.
7. Nurses and midwives for health. A WHO European strategy for nursing and midwifery education, Copenhagen 2000 (document EUR/00/5019303/15).
8. Dyrektywa 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (Dz.U. z dnia 30 września 2005 r., nr L 255/22).

9. Gonzales J., Wagenaar R. *Tuning Educational Structures in Europe*. Bilbao, Espada, 2003.
10. Kózka M. Kompetencje zawodowe pielęgniarki. W: Kózka M., Płaszewska-Żywko L. (red.). *Wydawnictwo Lekarskie PZWL*, Warszawa 2008; 19–24.
11. Lesa R., Dixon A. Physical assessment: implications for nurse educators and nurse practice. *Int. Nurs. Rev.* 2007; 54: 166–172.
12. Secrest J.A., Norwood B.R., Dumont P.R. Physical assessment skills: a descriptive study of what is taught and what is practiced. *J. Prof. Nurs.* 2005; 21: 114–118.
13. Lont K.L. Physical assessment by nurses: a study of nurses' use of chest auscultation as an indicator of their assessment practices. *Contemp. Nurse* 1992; 1: 93–97.
14. Kompetencje Pielęgniarki Ogólnej — Ramy struktury. ICN — *International Council of Nurses*, Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie 2009.
15. Zarys Kompetencji Pielęgniarki Specjalistki wg Międzynarodowej Rady Pielęgniarek. ICN — *International Council of Nurses*, Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych 2009.
16. Bryant-Lukosius D., DiCenso A. A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. 2004; 48: 530–540.
17. Callaghan L. Advanced nursing practice: an idea whose time has come. *J. Clin. Nurs.* 2008; 17: 205–213.
18. Bryant-Lukosius D., DiCenso A., Browne G., Pinelli J. Advanced practice nursing roles: development, implementation and evaluation. *JAN* 2004; 48: 519–529.
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne oraz ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarek i położnych (Dz.U., nr 197, poz. 1922 z późn. zm.).
20. Glińska J., Lewandowska M. Autonomiczność zawodu pielęgniarstwa w świadomości pielęgniarek z uwzględnieniem pełnionych funkcji. *Prob. Pielęg.* 2007; 15: 249–253.
21. Ślusarska B., Zarzycka D., Dobrowolska B. Postrzeganie tożsamości zawodowej przez pielęgniarki. *Prob. Pielęg.* 2007; 15: 147–156.
22. Niżanowski R. Nie jesteśmy garstką maniaków. *Mag. Pielęg. Położ.* 2000; 11: 7.
23. Giddens J.F. A survey of physical assessment techniques performed by RNs: lessons for nursing education. *J. Nurs. Educ.* 2007; 46: 83–87.
24. Giddens J.F., Eddy L. A survey of physical examination skills taught in undergraduate nursing programs: are we teaching too much? *J. Nurs. Educ.* 2009; 48: 24–29.
25. Yamauchi T. Correlation between work experiences and physical assessment in Japan. *Nurs. Health. Sci.* 2002; 3: 213–224.