

UNIWERSYTET MEDYCZNY IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO

W POZNANIU

WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU

**Aleksandra Gutysz-Wojnicka**

**ZASTOSOWANIE POLSKIEJ WERSJI SKALI ZADOWOLENIA  
Z PIELEGNACJI NEWCASTLE DO OCENY OPIEKI  
PIELĘGNIARSKIEJ**

ROZPRAWA DOKTORSKA

**PROMOTOR**

**dr hab. n. med. Danuta Dyk**

Zakład Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki

Poznań 2010

Serdecznie dziękuję Pani Promotor

dr hab. n. med. Danucie Dyk

za inspirację do działania, wiarę we mnie, mobilizowanie do pracy,  
cierpliwe i wyrozumiałe wspieranie w chwilach zwątpienia i wszystkie  
przegadane godziny

*Pracę tę dedykuję Julii i Darii, które są moją siłą i nadzieją*

**Praca naukowa finansowana ze środków  
Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego  
na naukę jako projekt badawczy promotorski  
nr N N404 195337**

## Spis treści

Wstęp	7
1. Satysfakcja pacjenta z opieki pielęgniarskiej	9
1.1. Pojęcie satysfakcji pacjenta z opieki	9
1.2. Znaczenie pomiaru satysfakcji pacjenta z opieki	9
1.3. Analiza terminologiczna pojęcia „satysfakcja pacjenta”	12
1.4. Jakość opieki pielęgniarskiej z perspektywy pacjenta	15
1.5. Badanie satysfakcji pacjentów	18
1.5.1. Metody i techniki badawcze	18
1.5.2. Narzędzia badawcze do pomiaru satysfakcji pacjenta	19
2. The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale	25
2.1. Ogólne zasady tworzenia testów i skal	25
2.2. Opracowanie the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale	27
3. Adaptacja kulturowa narzędzi badawczych	35
3.1. Wyjaśnienie pojęcia „adaptacja kulturowa”	35
3.2. Cele adaptacji kulturowej testów	36
3.3. Równoważność narzędzi badawczych	37
3.4. Procedura tłumaczenia narzędzia badawczego	40
3.5. Wymogi psychometryczne dla narzędzi badawczych	42
4. Cel badań	46
5. Metody i materiał badań	47
5.1. Przygotowanie polskiej wersji skali NSNS - skala zadowolenia z pielęgnacji Newcastle	47
5.2. Zastosowanie skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle do oceny satysfakcji z opieki pielęgniarskiej	50
5.3. Ocena właściwości psychometrycznych polskiej wersji skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle	57

5.3.1. Metody statystyczne analizy danych wykorzystane w badaniu satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej	58
5.3.2. Metody statystyczne wykorzystane w badaniu trafności i rzetelności skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle	61
5.3.3. Grupa badana	66
6. Wyniki badań	70
6.1. Ocena opieki pielęgniarskiej na podstawie wyników skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle	70
6.1.1. Wyniki badania doświadczeń pacjentów z opieki pielęgniarskiej (wyniki pierwszej części skali)	70
6.1.2. Wyniki badania satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej (wyniki drugiej części skali)	75
6.1.3. Porównanie ocen opieki pielęgniarskiej oddziałów tego samego szpitala	79
6.2. Analiza rzetelności skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle	82
6.2.1. Analiza rzetelności skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle za pomocą współczynnika rzetelności Alfa Cronbacha	82
6.3. Analiza trafności teoretycznej skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle	88
6.3.1. Analiza struktury wewnętrznej skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle za pomocą współczynnika korelacji rang Spearmana	88
6.3.2. Analiza struktury poprawnych odpowiedzi, braki odpowiedzi na pytania skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle	93
6.3.3. Analiza związku wyników skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle i wyników badań zewnętrznych (kryteriów zewnętrznych)	97
6.3.4. Badanie wpływu cech demograficznych i innych zmiennych na ocenę doświadczeń związanych z opieką pielęgniarską i satysfakcją z opieki pielęgniarskiej	102
7. Dyskusja	123
8. Wnioski	138
Streszczenie	140
Summary	144
Piśmiennictwo	147
Spis tabel	156
Spis rysunków	159
Załączniki	160

## Wstęp

Troska o człowieka, jego zdrowie jest istotą pielęgniarstwa. Obowiązkiem pielęgniarki jest wykonywanie swoich zadań z należytą starannością i dbałość o jakość pracy. Pacjent ma prawo do świadczeń medycznych na jakościowo odpowiednim poziomie. Badanie satysfakcji pacjenta jest istotnym elementem oceny jakości świadczonej opieki. Potrzeba pomiaru i oceny jakości opieki pielęgniarstwa jest faktem niekwestionowanym, jednakże nie jest to zadanie łatwe. Zainteresowanie pomiarem jakości opieki pielęgniarstwa i jej zapewnieniem pojawiło się na świecie w latach 70. i 80. ubiegłego stulecia. Był to wynik rosnącej tożsamości zawodowej pielęgniarek i potrzeba szukania nowych, opartych na podstawach naukowych sposobów postępowania pielęgniarstwa, a także zalecenie instytucji finansujących świadczenie opieki zdrowotnej. Wielu autorów podkreśla znaczenie, jakie dla rozwoju pielęgniarstwa jako dziedziny naukowej ma stosowanie rzetelnych i trafnych narzędzi badawczych [36, 47, 48, 52]. W Polsce monitorowanie jakości opieki nie jest zjawiskiem nowym. Zadowolenie z opieki mierzy się wielu ośrodkach za pomocą własnych, autorskich narzędzi badawczych. Większość z tych narzędzi nie było poddanych walidacji i nie są znane podstawy teoretyczne ich tworzenia. Narzędzia badawcze stosowane do oceny satysfakcji pacjentów często mierzą satysfakcję z opieki pielęgniarstwa w powiązaniu z innymi aspektami opieki medycznej, jak jakość usług hotelowych, żywieniowych, świadczonych przez inny personel medyczny [9, 21, 38, 46]. Utrudnia to szczegółową analizę zadowolenia pacjentów z poszczególnych komponentów opieki pielęgniarstwa (dostępność, relacje interpersonalne, gotowość do pomocy itp.) i ich ewentualne doskonalenie. Przegląd literatury źródłowej wskazuje, że w Polsce nie istnieje dobre treściowo, zweryfikowane statystycznie i szeroko dostępne narzędzie badające satysfakcję pacjentów z opieki pielęgniarstwa. The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale – NSNS (załącznik 1) [84] jest narzędziem badawczym, który spełnia wymienione kryteria. Jest to skala zweryfikowana statystycznie, skonstruowana na podstawie wcześniej zidentyfikowanych aspektów opieki pielęgniarstwa, ważnych dla pacjenta. Niewątpliwie opracowanie polskiej wersji skali NSNS przyczyni się do poprawy

metodyki badań satysfakcji pacjenta z opieki pielęgniarskiej, umożliwi porównywanie wyników pomiaru między oddziałami i szpitalami, a pacjentowi pozwoli wybrać świadczeniodawcę ze względu na jakość świadczonej opieki pielęgniarskiej.

Celem pracy jest opracowanie polskiej wersji skali do pomiaru zadowolenia z opieki pielęgniarskiej, na podstawie The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS).



# **1. Satysfakcja pacjenta z opieki pielęgniarstwa**

## **1.1. Pojęcie satysfakcji pacjenta z opieki**

Jakość opieki może być oceniana z punktu widzenia świadczeniodawcy – lekarza, pielęgniarki i innych podmiotów, i świadczeniobiorcy – pacjenta, klienta. Sposobem oceny jakości opieki z punktu widzenia pacjenta – świadczeniobiorcy, jest badanie jego satysfakcji [51]. Przed rozpoczęciem badań mających na celu ocenę satysfakcji pacjentów z opieki należy ustalić:

- w jakim celu mierzy się satysfakcję pacjentów? Jakie znaczenie ma wynik takiego pomiaru? Kto jest zainteresowany oceną satysfakcji pacjentów z opieki – świadczeniodawca, płatnik świadczeń zdrowotnych czy świadczeniobiorca?;
- co oznacza pojęcie „satysfakcja pacjenta z opieki” i „satysfakcja pacjenta z opieki pielęgniarstwa”? Co pacjent rozumie pod tymi pojęciami? Jak pacjent postrzega jakość opieki pielęgniarstwa? Jak pacjent scharakteryzuje „satysfakcjonującą opiekę pielęgniarstwa”?;
- jakie czynniki mogą determinować poziom odczuwanego przez pacjenta zadowolenia z pielęgnacji?;
- jak mierzyć satysfakcję pacjentów z opieki, którą metodę i technikę badawczą wybrać?;
- czy istnieją narzędzia badawcze do pomiaru satysfakcji pacjenta z całościowej opieki świadczonej w zakładzie opieki zdrowotnej i wybiórczo z opieki pielęgniarstwa i które z nich wybrać?

## **1.2. Znaczenie pomiaru satysfakcji pacjenta z opieki**

Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. (Dz.U. z dnia 31 marca 2009 r.) w art. 8. mówi: „Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym

w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Podczas udzielania świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodów medycznych.” Pacjent ma prawo oczekiwać, że świadczenia otrzymane w zakładzie opieki zdrowotnej będą odpowiadały wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, a jakość opieki, jaką otrzyma w danym zakładzie, będzie odpowiednio wysoka [86]. W tradycyjnym podejściu do kwestii pomiaru jakości opieki dominował pogląd, że pacjent nie jest kompetentny, nie ma wystarczającej wiedzy medycznej i specjalistycznej, aby obiektywnie ocenić jakość otrzymanych usług [52]. Jakość świadczonych usług była oceniana na podstawie określonych standardów, obiektywnych danych i wskaźników, przez świadczeniodawców, kadrę kierowniczą, jednostki akredytujące szpitale, ewentualnie Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Podejście takie jest coraz częściej modyfikowane, a w procesie oceny jakości opieki uwzględnia się dane uzyskane z pomiaru subiektywnych opinii pacjentów na temat świadczonej opieki. Postrzeganie przez pacjenta jakości otrzymanej opieki, czyli jego satysfakcja, mogą zdecydowanie różnić się od tej postrzeganej przez profesjonalistów [49], dlatego pełna ocena jakości usług powinna być wynikiem analizy danych pochodzących z różnych źródeł. Pacjent ocenia na podstawie własnych subiektywnych kryteriów. Należy jednakże pamiętać, że to pacjent, jego potrzeby, oczekiwania, pragnienia powinny być w centrum uwagi personelu medycznego, to pacjent jest główną postacią procesu. Ma on prawo do współdecydowania o przebiegu procesu leczenia i pielęgnowania, ma też prawo do oceny i decydowania o jakości tej opieki. Mahon P. przytacza słowa Vuori (1987), który powiedział: „opieka nie może być na dobrym poziomie, jeżeli pacjent nie jest zadowolony” [55]. Znaczenie satysfakcji pacjentów odzwierciedla fakt, że w 1970 r., United States National Center for Health Services Research and Development ustanowiło trzy wskaźniki: śmiertelność, chorobowość i satysfakcję pacjentów jako mierniki oceny całościowej opieki zdrowotnej. W Polsce pomiar satysfakcji pacjentów z otrzymywanych świadczeń jest wymogiem nałożonym na zakłady opieki zdrowotnej przez jednostki akredytujące szpitale, a poziom satysfakcji pacjentów ze świadczonych usług jest traktowany jako jeden z wskaźników jakości całościowej opieki świadczonej w zakładzie opieki zdrowotnej. Znaczenie jakie przywiązuje się do działań mających podnieść poziom satysfakcji pacjenta wynika z faktu, że pacjent usatysfakcjonowany z opieki zachowuje się inaczej niż pacjent

z niej niezadowolony. Pacjent nieusatisfakcjonowany nie stosuje się do zaleceń lekarza, przedwcześnie kończy leczenie, nie współpracuje podczas realizacji planu leczenia i pielęgnacji, szuka pomocy gdzie indziej [16]. Zakład opieki zdrowotnej w takim przypadku ponosi koszty związane ze stratą niezadowolonego pacjenta i koszty związane z ponownym pozyskaniem pacjentów. Pacjent usatisfakcjonowany z opieki jest lojalny wobec świadczeniodawcy, w razie potrzeby ponownie skorzysta z usług zakładu opieki zdrowotnej, będzie rekomendował zakład innym klientom, najprawdopodobniej osiągnie lepsze wyniki leczenia [55, 62]. Świadczeniodawca gwarantujący wysoką jakość opieki, ocenianej łącznie na podstawie wskaźników obiektywnych i pomiaru satysfakcji pacjentów, z ekonomicznego punktu widzenia osiąga korzyści: zwiększa skuteczność i efektywność gospodarowania środkami oraz zapewnia sobie potencjalnych klientów, „za którymi idą pieniądze”, co zwiększa jego konkurencyjność na rynku usług medycznych [94].

Kwestia potrzeby badania satysfakcji pacjentów w obecnej sytuacji nie budzi wątpliwości, pojawia się natomiast pytanie: oceniać satysfakcję pacjentów z całościowej opieki świadczonej w zakładzie opieki zdrowotnej, czy tylko satysfakcję z opieki pielęgniarstwa? Wyniki badań naukowych wskazują, że satysfakcja z opieki pielęgniarstwa jest najważniejszym wskaźnikiem zadowolenia pacjenta z całościowej opieki świadczonej w szpitalu [55]. Lemke [50] wykazał, że pacjenci, którzy ocenili swój pobyt w szpitalu jako bardzo satysfakcjonujący, w 95% ocenili również opiekę pielęgniarstwa jako bardzo satysfakcjonującą. Pacjenci, którzy ocenili całościowy pobyt mniej satysfakcjonująco, tylko w 34% ocenili opiekę pielęgniarstwa bardzo dobrze. Podczas pobytu pacjenta w szpitalu opieka pielęgniarstwa zajmuje najwięcej czasu i charakteryzuje ją największe natężenie bezpośrednich kontaktów z pacjentem. W dużej mierze to od pielęgniarki zależy, jak pacjent hospitalizowany będzie radził sobie w chorobie, jak znieśie uciążliwości związane z procesem diagnozowania i leczenia, jak zostanie przygotowany do powrotu do środowiska domowego. Otani K. i wsp. [62] wykazali, że spośród atrybutów, które mają wpływ na ocenę całościowego zadowolenia z pobytu w szpitalu opieka pielęgniarstwa miała największe znaczenie (0,53), następnie były: procedura przyjęcia do szpitala (0,15), miłe otoczenie (0,11), podejście do rodziny i bliskich (0,10), opieka lekarska (0,05), proces wypisu ze szpitala (0,03). Analiza statystyczna pozwoliła stwierdzić,

że wpływ opieki pielęgniarskiej na ogólną satysfakcję z hospitalizacji jest 3,5 razy większy niż drugiego co do istotności atrybutu – procedury przyjęcia do szpitala. W celu poprawy zadowolenia z całościowego pobytu w szpitalu należy więc najpierw poprawić zadowolenie z opieki pielęgniarskiej [62].

Na podstawie danych z literatury można stwierdzić, że na świecie prowadzi się równoległe prace badawcze i wdraża narzędzia badawcze zarówno do oceny zadowolenia wyłącznie z opieki pielęgniarskiej, jak i do oceny ogólnej opieki świadczonej w danym zakładzie [23, 32, 56, 68, 74, 96, 80, 81, 82]. Oba te podejścia są istotne, decyzja dotycząca wyboru jednego z nich zależy przede wszystkim od celu badania satysfakcji pacjenta.

### **1.3. Analiza terminologiczna pojęcia „satysfakcja pacjenta”**

Lynn [52] stwierdza, że podczas badania satysfakcji pacjentów i wykorzystania wyników pomiaru do oceny jakości opieki pielęgniarskiej napotyka się na problemy natury pojęciowej. Problemy te wynikają z braku precyzyjnej odpowiedzi na dwa podstawowe pytania:

- co to jest satysfakcja pacjenta z opieki?
- co z perspektywy pacjenta jest ważne w opiece (opiece pielęgniarskiej)?

Wyjaśnienia pojęcia „satysfakcja z opieki”, które można znaleźć w literaturze, różnią się pod względem treści i poziomu ogólności: od odczuwania braków i zaniedbań w zakresie opieki do satysfakcji z życia w ogóle. Większość autorów zgadza się z twierdzeniem, że satysfakcja pacjenta jest zjawiskiem wielowymiarowym, ale nie ma już zgody co do liczby i rodzaju tych wymiarów [45, 52, 88]. Słowo satysfakcja, z łac. *satis*, oznacza wystarczająco, czyli tyle, ile potrzeba do pełnego zaspokojenia oczekiwań, potrzeb, dążeń, tak aby nie było miejsca na skargę [29].

*Słownik języka polskiego PWN* definiuje „satysfakcja to przyjemność, jaką odczuwamy, gdy osiągniemy coś, na czym nam zależało” lub „zadośćuczynienie za wyrządzoną komuś krzywdę lub za obrazę” [72].

„Pojęcie” to potocznie „wyobrażenie, pogląd, zdanie o czymś; rozumienie, uświadamianie sobie czegoś”, także: „myślowe odzwierciedlenie całościowego ujęcia istotnych cech przedmiotów czy zjawisk, myślowy odpowiednik nazwy” [72].

Poczucie satysfakcji jest pewnym zjawiskiem psychicznym, subiektywnym uczuciem przyjemności i zadowolenia, które przejawia się w postaci pewnych istotnych cech (postaw, zachowań, reakcji). Poziom satysfakcji u człowieka występuje na pewnym kontinuum, mieści się w pewnym przedziale wartości od – do (całkowity brak zadowolenia – całkowite zadowolenie). Dozier i wsp. [17] twierdzą, że chociaż poziom satysfakcji jest przedstawiany linearnie, to aspekty opieki, które istotnie wpływają na wzrost poziomu satysfakcji, mogą być zupełnie inne niż te, które powodują niezadowolenie pacjenta. W takim przypadku „satysfakcja” i „brak satysfakcji” muszą znajdować się na dwóch niezależnych od siebie kontinuumach, a nie przeciwstawnych (skrajnych) stronach tego samego. Pewny wydaje się fakt, że satysfakcji jako uczucia nie można opisywać w kategoriach dychotomicznych: tak (jest satysfakcja) – nie (brak satysfakcji). Poczucie satysfakcji, tak jak poglądy, wyobrażenia czy wiedza, może zmieniać się w czasie pod wpływem pewnych czynników zewnętrznych i wewnętrznych. Analizując pojęcie „satysfakcja pacjenta”, należy ustalić, co jest istotą tego uczucia przyjemności i zadowolenia z opieki oraz jakie ważne cechy je odzwierciedlają. Niestety, mimo licznych publikacji poruszających to zagadnienie, nie ma zgody wśród autorów w tej kwestii. Przegląd literatury wskazuje, że wielu autorów ocenia satysfakcję pacjenta z opieki, nie wyjaśniając, jaki sposób rozumienia pojęcia „satysfakcja” został przez nich przyjęty [55].

W literaturze przedmiotu można znaleźć wiele definicji pojęcia „satysfakcja pacjenta”. E. Yellen przytacza definicję przyjętą przez Towarzystwo Pielęgniarek Amerykańskich (ANA). Definicja ta określa satysfakcję pacjenta jako miarę opinii pacjenta lub rodziny na temat udzielonej opieki pielęgniarskiej [96]. Wilkin i wsp. (1992) określają satysfakcję pacjenta jako „pełne zaspokojenie pragnień lub potrzeb” i „pełne zabezpieczenie pragnień lub potrzeb” [22]. Pascoe (1983) definiuje satysfakcję pacjenta, jako proces porównawczy, angażujący zarówno sferę poznawczą, jak i emocjonalną reakcję świadczeniobiorcy na istotne aspekty jego doświadczeń dotyczących struktury, procesu i wyniku opieki [64]. Jako subiektywny wynik oceny jakości opieki zdrowotnej satysfakcja stanowi złożony kompleks odczuwanych potrzeb, oczekiwań wobec opieki i doświadczeń z tej opieki [55]. Na gruncie pielęgniarskim akceptowana i szeroko stosowana jest definicja Risser (1975), zgodnie z którą satysfakcja pacjenta z opieki pielęgniarskiej to stopień zgodności między oczekiwaniami pacjenta co do idealnej opieki pielęgniarskiej

a percepcją opieki, którą realnie on otrzymuje [69]. Satysfakcja pacjenta stanowi wypadkową między odczuciami pacjentów co do jakości otrzymywanej opieki a ich oczekiwaniami [15]. Mykowska podaje, że satysfakcja pacjenta zależy od różnicy między tym co dostaje a subiektywnymi oczekiwaniami – jeżeli ta różnica jest pozytywna, pacjent jest usatysfakcjonowany, jeżeli jest negatywna, pacjent nie jest zadowolony [60]. Oczekiwania pacjentów mają wpływ na ich satysfakcję z opieki. Oczekiwania mogą powstawać na podstawie wyobrażenia o idealnej opiece lub wcześniejszych doświadczeń związanych z opieką zdrowotną [12]. Jedną z najistotniejszych spraw związanych z pomiarem satysfakcji pacjentów jest określenie potencjalnego wpływu indywidualnych oczekiwań na ocenę poziomu satysfakcji. Pacjent, aby ocenić jakość opieki, musi porównać własne doświadczenia z własnymi oczekiwaniami [73]. Podstawową sprawą jest więc poznanie oczekiwań pacjenta dotyczących opieki już w momencie jego przyjęcia do zakładu opieki zdrowotnej. Mykowska [60] podaje, że oczekiwania, z którymi przychodzi pacjent do placówki medycznej, mają dwa źródła: zewnętrzne – uprzednie doświadczenie lub/i uzyskane informacje, oraz wewnętrzne – zbiór potrzeb charakterystycznych dla danej osoby. Zewnętrzne źródła oczekiwań są trudne do zbadania i określenia, w przypadku różnych osób mogą być skrajnie różne i zmieniać się w czasie. Potrzeby natomiast, mimo że ich liczba i hierarchia są różne u różnych ludzi, są bardziej stałe [60]. Wśród najważniejszych typów potrzeb pacjentów Mykowska wymienia: potrzebę informacji, kontroli sytuacji, bezpieczeństwa, zainteresowania i wsparcia emocjonalnego, szacunku i akceptacji, intymności i poufności, przyjaznej atmosfery. Inni autorzy oczekiwania pacjentów hospitalizowanych dotyczące opieki grupują w takie wymiary, jak: środowisko zewnętrzne, komunikacja, dostęp do informacji, współuczestnictwo i zaangażowanie, relacje międzyludzkie, zachowanie pielęgniarek i ich postawa, profesjonalizm, kompetencje techniczno-manualne [74]. Satysfakcja pacjenta jest zjawiskiem wielowymiarowym, jest negatywnie skorelowana z oczekiwaniami pacjenta. Jeżeli pacjent wkracza do placówki ochrony zdrowia z niskimi oczekiwaniami, jego satysfakcja z opieki będzie prawdopodobnie wyższa. Pacjent z oczekiwaniami niemożliwymi do spełnienia będzie najmniej zadowolony z opieki. Z tych powodów tak ważne jest określenie oczekiwań pacjenta wobec opieki pielęgniarskiej przed przystąpieniem do oceny jego satysfakcji [55, 73].

Satysfakcja pacjenta jest subiektywnym postrzeganiem jakości opieki świadczonej w placówce, dlatego w kontekście zapewniania jakości opieki istotna jest odpowiedź na pytanie drugie: co z perspektywy pacjenta jest istotne, ważne w opiece (opiece pielęgniarskiej)?

#### **1.4. Jakość opieki pielęgniarskiej z perspektywy pacjenta**

Jakość opieki pielęgniarskiej postrzegana i odczuwana przez pacjenta, czyli jego satysfakcja, jest jednym z mierników ewaluacji opieki pielęgniarskiej i całościowej opieki świadczonej w danej placówce ochrony zdrowia. Pacjent ma prawo oczekiwać i wymagać jakościowo dobrej opieki i udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących przebiegu tej opieki [37]. Pacjent usatysfakcjonowany z opieki pielęgniarskiej jest więc celem działań pielęgniarskich, a ocena satysfakcji pacjenta powinnością zawodową pielęgniarek. Pomiar satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej powinien być poprzedzony ustaleniem, z wykorzystaniem jakościowych metod badawczych, cech „dobrego pielęgnowania” istotnych dla badanej populacji pacjentów. Będą to aspekty opieki pielęgniarskiej, które zdaniem danej grupy badanej mają wpływ na poczucie zadowolenia z opieki i będą odzwierciedlać jakość opieki pielęgniarskiej z punktu widzenia pacjenta. Pacjent wie najlepiej, co jest ważne dla jego poczucia satysfakcji z pielęgnowania. Obszary opieki i wskaźniki zidentyfikowane przez pacjenta jako ważne, hierarchia ich istotności powinny stanowić podstawę do konstruowania narzędzi badawczych do oceny satysfakcji, tylko wówczas ocena taka może mieć wartość merytoryczną. W 2001 r. Larrabee i wsp. przeprowadziła badanie mające na celu zidentyfikowanie komponentów opieki pielęgniarskiej, ważnych dla jakości opieki z perspektywy hospitalizowanych pacjentów, a następnie porównała uzyskane wyniki z podobnymi badaniami innych autorów [48]. Pacjenci ( $n=597$ ), w trakcie badania prowadzonego przez Larrabee i wsp. odpowiadali na pytanie „co to jest dobra opieka pielęgniarska?”. Uzyskane dane pozwoliły określić pięć grup tematycznych dotyczących cech „dobrego pielęgnowania”:

- zaspokajanie moich potrzeb (providing for my needs, 79,1%): opiekowanie się, sprawdzanie, czy wszystko w porządku, reagowanie na prośby, walka z bólem, zapewnianie informacji, dbałość o otoczenie;

- uprzejme traktowanie (treating me pleasantly, 54,6%): miłe traktowanie, respektowanie praw, pozytywne nastawienie, cierpliwość;
- troszczenie się o mnie (caring about me, 34,2%): bycie „dla mnie”, okazywanie troski i zainteresowania;
- bycie kompetentnym (being competent, 32,1%): poprawne merytorycznie wykonywanie umiejętności, dążenie do doskonałości;
- szybka pomoc (prompt care, 29,1%): bycie na czas, wykonywanie zabiegów punktualnie, unikanie zbędnej zwłoki.

Porównanie uzyskanych wyników z podobnymi badaniami innych autorów, opublikowanych w latach 1957-2001 (19 prac) pozwoliło Larrabee stwierdzić, że mimo różnic istniejących w zakresie procedury badawczej, rodzaju zastosowanych jakościowych metod badawczych, charakterystyki grupy badanej i poziomu abstrakcji uzyskanych wyników istnieją istotne podobieństwa w zakresie uzyskanych wyników. We wszystkich badaniach zidentyfikowano aspekt opieki pielęgniarskiej zbieżny z kategorią tematyczną „zaspokajanie moich potrzeb”, chociaż w niektórych badaniach zawierał on dodatkowe elementy, jak: indywidualizacja opieki, adekwatne informowanie, kontrola otoczenia (hałas, zaplecze socjalne), atmosfera w oddziale. Inne aspekty opieki (uprzejme traktowanie, troszczenie się o mnie, bycie kompetentnym) nie zostały zidentyfikowane, przynajmniej w jednym z dziewiętnastu analizowanych badań naukowych. W pozostałych badaniach rozpoznano natomiast aspekty „dobrego pielęgnowania”, które nie wystąpiły w badaniu autorstwa Larrabee; były to: liczba pielęgniarek w stosunku do liczby pacjentów, umożliwiająca zapewnienie adekwatnej ilości czasu dla pacjenta, ciągłość opieki sprawowanej przez tę samą pielęgniarkę, autonomia pacjenta i współuczestniczenie w planowaniu opieki, środowisko społeczno-kulturowe, profesjonalizm pielęgniarek. Część różnic w zakresie uzyskanych wyników była spowodowana nieprecyzyjnym zdefiniowaniem poszczególnych aspektów opieki pielęgniarskiej, co powodowało, że poszczególne cechy zgłaszane przez pacjenta mogła zostać przypisana do różnych kategorii tematycznych, odzwierciedlających różne aspekty (wymiary) opieki pielęgniarskiej. Na uwagę zasługuje fakt, że we wszystkich analizowanych pracach jako najczęściej zgłaszane cechy „dobrego pielęgnowania” pacjenci wymieniali zadania i czynności wynikające z realizacji przez pielęgniarkę funkcji opiekuńczej.



Jakość opieki pielęgniarskiej postrzegana przez pacjenta, widziana z perspektywy pacjenta (jego satysfakcja) zależy od wielu czynników [37]. Pielęgniarka, dążąc do poprawy jakości pielęgnowania z perspektywy pacjenta, musi mieć je na uwadze. Johansson i wsp. (2002) na podstawie przeglądu literatury zidentyfikowali osiem kategorii czynników mających wpływ na satysfakcję pacjenta z opieki pielęgniarskiej. Były to [37]:

- czynniki socjodemograficzne: wiek pacjenta – pacjenci starsi byli bardziej zadowoleni z opieki niż pacjenci młodsi, płeć – mężczyźni osiągnęli wyższy poziom satysfakcji niż kobiety, wykształcenie – pacjenci z wyższym poziomem satysfakcji osiągnęli niższy poziom zadowolenia;
- oczekiwania wobec opieki i wcześniejsze doświadczenia pacjentów z pobytu w szpitalu. Niektóre oczekiwania pacjentów związane z opieką były stabilne, inne zmieniały się w trakcie hospitalizacji pod wpływem otrzymanych informacji. Oczekiwania wobec pielęgniarek dotyczyły nie tylko wysokich kompetencji zawodowych i wiedzy, lecz także zindywidualizowanego podejścia, traktowania po przyjacielsku, doradzania, właściwego komunikowania, informowania, wspierania fizycznego i emocjonalnego, dobrej współpracy lekarzy i pielęgniarek;
- środowisko zewnętrzne – czystość, posiłki, hałas, estetyka pomieszczeń, komfort.
- komunikowanie się i przekazywanie informacji – łatwość w nawiązaniu komunikacji i adekwatne informowanie miały znaczący wpływ na poziom satysfakcji pacjentów. Oczekiwano, że informacja przekazana będzie w sposób prosty i zrozumiały;
- współuczestnictwo i zaangażowanie w podejmowanie decyzji dotyczących opieki wpływało pozytywnie na poczucie satysfakcji pacjentów;
- relacje interpersonalne między pielęgniarką a pacjentem – dobre relacje charakteryzowało zrozumienie, szacunek, zaufanie, szczerłość, współpraca i humor, a także podmiotowe, zindywidualizowane traktowanie, empatia i cierpliwość ze strony pielęgniarki. Im więcej uwagi pielęgniarka poświęcała pacjentowi, tym wyższy był poziom jego satysfakcji. Zaangażowanie emocjonalne w opiekę nad pacjentem wpływało na podniesienie jego poziomu satysfakcji. Pacjenci wyrażali opinię, że zaangażowanie

emocjonalne pielęgniarki w opiekę jest dla nich ważniejsze niż sprawność manualno-techniczna;

- kompetencje techniczno-manualne – rady przekazywane pacjentowi, kompetentne wykonywanie zabiegów i skuteczna walka z bólem wpływały na wzrost satysfakcji pacjentów. Zniesienie bólu pacjenci postrzegali jako wskaźnik jakości opieki;
- organizacja opieki zdrowotnej – ciągłość opieki, dostępność pielęgniarek, satysfakcja zawodowa pielęgniarek miały wpływ na poziom satysfakcji pacjentów. Pielęgniarka przepracowana, zmęczona, okazująca brak zadowolenia z pracy miała negatywny wpływ na postrzeganie jakości opieki przez pacjenta.

Badania marketingowe potwierdzają, że na jakość określaną z punktu widzenia pacjenta-klienta składają się elementy, często niezwiązane z samą usługą medyczną, jak: poziom kultury osobistej, rzetelność, różnorodność, szybkość reagowania, niezawodność, gdyż te właśnie czynniki są dla pacjenta najbardziej dostrzegalne [6, 24].

## **1.5. Badanie satysfakcji pacjentów**

### **1.5.1. Metody i techniki badawcze**

Katarzyna Burda podaje: „badanie satysfakcji pacjentów jest jedną z metod stosowanych do oceny jakości opieki zdrowotnej i polega na zbieraniu opinii pacjentów o sposobie udzielania świadczeń zdrowotnych” [6]. Satysfakcję pacjenta najczęściej mierzy się metodą sondażu diagnostycznego, wykorzystując różnorodne techniki badawcze [39].

Najczęściej stosowane techniki badawcze to: wywiad (bezpośredni, telefoniczny), ankietowanie (pocztowe, bezpośrednie, audytoryjne, komputerowe), obserwacja (jawna lub ukryta, bezpośrednia lub pośrednia, uczestnicząca lub nieuczestnicząca). Rzadziej do oceny satysfakcji pacjenta wykorzystuje się metody projekcyjne (test skojarzeń słownych, test uzupełnień zdań, test rysunkowy) i metody heurystyczne (ocenę ekspertów, metodę delficką, burzę mózgów) [6, 20, 39, 75]. Badanie satysfakcji pacjenta z usługi medycznej można przeprowadzić,

wykorzystując techniki badawcze stosowane w sektorze usług konsumenckich, jak: metoda przypadku krańcowego (critical incident technique, CIT), karty uwag, tzw. gorące linie telefoniczne, metoda SERVQUAL i metoda SERVPERF. Metoda przypadku krańcowego (critical incident technique, CIT), karty uwag i tzw. gorące linie telefoniczne są technikami, które wymagają aktywności ze strony pacjenta. To pacjent musi wykazać inicjatywę i zgłosić swoje uwagi i spostrzeżenia. W praktyce, w przypadku niezadowolenia ze świadczonych usług medycznych pacjent najczęściej zaniecha takiej aktywności i odejdzie nieusatysfakcjonowany. Metoda SERVQUAL (service quality) jest realizowana techniką ankietowania. Kwestionariusz badawczy zawiera pytania dotyczące dwóch wymiarów: oczekiwań klienta i faktycznie postrzeganej jakości świadczonych usług. Różnica między oczekiwaniami a doświadczeniami klienta to postrzegana przez niego jakość usługi [87]. Metoda SERVPERF (service performance) jest metodą alternatywną do wcześniej opisanej. W przypadku tej metody nie analizuje się oczekiwań (wyobrażeń) klienta dotyczących jakości usług. Ocenia się cechy: proces świadczenia usługi (satisfakcja), wynik produktu usługowego (postrzegana jakość usługi) i ich wpływ na intencje zakupu usługi. Przyjmuje się, że satisfakcja klienta jest zjawiskiem pierwotnym w stosunku do postrzeganej jakości, oraz że obie te cechy mają wpływ na chęć zakupu usługi [75].

Wybór metody i techniki badawczej zależy od celu badania satisfakcji, postawionych hipotez badawczych, liczby i rodzaju danych, które mają być zebrane, wielkości grupy badanej, możliwości czasowych i kosztów, które mogą być poniesione, przydatności metodycznej i merytorycznej poszczególnych narzędzi badawczych [40].

### **1.5.2. Narzędzia badawcze do pomiaru satisfakcji pacjenta**

Narzędzia badawcze do pomiaru satisfakcji pacjenta opisane w literaturze źródłowej są bardzo zróżnicowane pod względem zasięgu badań, w których zostały zastosowane, docelowej grupy badanej, treści zawartych w pytaniach, skali odpowiedzi i liczby pytań, zastosowanych metod i procedury wykorzystania narzędzia, jego poziomu ogólności [8, 48, 91]. Jedną z grup stosowanych narzędzi badawczych są skale służące do całościowej oceny jakości opieki świadczonej

w szpitalu. Często są to ogólnokrajowe, standaryzowane narzędzia, tworzone na podstawie kryteriów ustalonych z punktu widzenia pacjenta. W ich tworzenie są zaangażowane organizacje rządowe powołane do monitorowania jakości w ochronie zdrowia w danym kraju, organizacje pozarządowe, instytucje finansujące opiekę zdrowotną, instytuty naukowo-badawcze. Informacje uzyskane w taki sposób umożliwiają obiektywne porównywanie na poziomie całego kraju usług świadczonych w poszczególnych szpitalach, tworzenie rankingów szpitali i oddziałów, identyfikację obszarów wymagających poprawy w poszczególnych szpitalach [22]. Wyniki badania jakości opieki za pomocą ogólnokrajowych narzędzi badawczych pozwalają pacjentom na bardziej świadomy wybór miejsca leczenia, a instytucjom finansującym usługi zdrowotne na monitorowanie sposobu wydawania środków przekazanych na działania zmierzające do poprawy jakości opieki. W Polsce taką ogólnokrajową grupę narzędzi badawczych do pomiaru ogólnej satysfakcji pacjenta z pobytu w szpitalu (PASAT HOSPIT1), w szpitalu dziecięcym (PASAT PEDIATRIA), przychodniach specjalistycznych i podstawowej opieki zdrowotnej (PASAT POZ) opracowano w Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia oraz Gospodarstwie Pomocniczym przy CMJ w Krakowie [9]. Narzędzia te, jak podają autorzy, były wielokrotnie testowane z wykorzystaniem technik jakościowych i statystycznych. W literaturze brakuje jednakże informacji na temat procesu opracowywania tej grupy narzędzi i ich właściwości psychometrycznych. Grupa narzędzi PASAT jest udostępniana zainteresowanym odpłatnie [9]. Wśród zidentyfikowanych i ocenianych atrybutów opieki świadczonej w szpitalu znajdują się: przyjęcie do szpitala, pobyt w oddziale szpitalnym, opieka lekarska, pozostały personel (pielęgniarki), inne aspekty pobytu w szpitalu (informowanie, wsparcie) [9, 71]. W Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej (USA) (w 2005 r.) opracowano narzędzie badawcze do pomiaru jakości opieki świadczonej w szpitalu z perspektywy pacjenta, nazwane Consumer Assessment of Health Providers and Systems (CAHPS) [3, 22]. Proces tworzenia tego narzędzia był wieloetapowy. Pula pytań kwestionariusza powstała na podstawie analizy narzędzi do pomiaru jakości opieki stosowanych w różnych szpitalach, zaleceń rządowych instytucji odpowiedzialnych za ochronę zdrowia, przeglądu literatury źródłowej, serii wywiadów z pacjentami szpitala i badania pilotażowego. W toku tego procesu zidentyfikowano siedem obszarów opieki, ważnych z perspektywy pacjenta w kontekście zapewniania jakości, i dwa pytania oceniające ogólnie pobyt

w szpitalu. Ważne z perspektywy pacjenta obszary opieki to: komunikowanie się z lekarzami, komunikowanie się z pielęgniarkami, reagowanie personelu na wezwania, czystość i poziom hałasu w otoczeniu pacjenta, kontrola bólu, informowanie na temat stosowanych leków, informowanie podczas wypisu ze szpitala. Jednym z ocenianych obszarów opieki jest zadowolenie z opieki pielęgniarskiej. Obszar ten jest oceniany na podstawie odpowiedzi respondentów na cztery pytania dotyczące sposobu traktowania pacjenta przez pielęgniarkę, aktywnego słuchania, informowania, reagowania na wezwania [22].

Narzędzia ogólnokrajowe są dobre, ale wyniki badań naukowych wskazują, że satysfakcja z opieki pielęgniarskiej jest najważniejszym wskaźnikiem zadowolenia pacjenta z całościowej opieki świadczonej w szpitalu, dlatego też powinna być szczegółowo oceniana [55]. Wydaje się, że w przypadku stosowania narzędzi oceniających całościowe zadowolenie pacjenta z pobytu w szpitalu ocena opieki pielęgniarskiej postrzegana jako jeden z badanych obszarów całościowej opieki jest niepełna. Nie umożliwia ona bowiem rozpoznania „słabych punktów” i podjęcia stosownych działań na rzecz ich poprawy.

W ciągu pięćdziesięciu ostatnich lat powstało wiele narzędzi do pomiaru satysfakcji pacjenta z opieki pielęgniarskiej. Niestety, wiele spośród nich opracowano bez uwzględnienia sposobu widzenia jakości pielęgnowania przez pacjentów, zastosowano dla wybranych, specyficznych grup pacjentów lub nie oceniano ich właściwości psychometrycznych [52, 57, 73]. Badanie satysfakcji pacjentów w celu oceny jakości opieki pielęgniarskiej zapoczątkowali Abdellah i Levine w 1957 r. Opracowali oni the Patient Satisfaction with Nursing Care Checklist (PSNCC), narzędzie do pomiaru satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej w szpitalu. W toku badań ankietowych (ankieta zawierała pytania otwarte) autorzy prosili pacjentów o wypisanie satysfakcjonujących i niesatysfakcjonujących zdarzeń, których doświadczyli oni w szpitalu. Na tej podstawie opracowali skalę zawierającą 50 pozycji testowych dotyczących takich obszarów opieki, jak: zadowolenie z opieki, warunki wypoczynku i relaksu, potrzeby żywieniowe, wydalanie, higiena osobista, reakcja na leczenie, kontakty z pielęgniarkami. Narzędzie to, mimo zastosowania w wielu badaniach, nie było testowane w zakresie właściwości psychometrycznych [52]. W 1975 r. Risser opracowała Patients Satisfaction Scale (PSS). Skala ta powstała na podstawie danych

uzyskanych z wywiadów z pacjentami, analizy literatury i innych narzędzi mierzących satysfakcję pacjentów, opinii sędziów kompetentnych. Risser określiła trzy wymiary opieki pielęgniarskiej, mające największy wpływ na poziom satysfakcji pacjentów; były to: czynniki profesjonalno-techniczne, relacje oparte na zaufaniu, edukacja pacjentów. Skala oryginalna została przygotowana w celu oceny satysfakcji pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej. W wersji ostatecznej zawierała 25 pozycji testowych z możliwością udzielania odpowiedzi w pięciostopniowej skali Likerta, składała się z trzech podskal. Rzetelność całej skali określono za pomocą współczynnika Alfa Cronbacha, który wyniósł 0,92 [69]. Hinshaw i Atwood (1982) zmodyfikowali skalę PSS w celu zastosowania jej u pacjentów leczonych w szpitalu. Skala ich autorstwa – Patient Satisfaction Instrument (PSI), zawiera 22 pozycje testowe z możliwością udzielania odpowiedzi w zakresie 1-4, gdzie 1 oznacza „zdecydowanie nie”, a 4 „zdecydowanie tak”. Trafność skali oceniono za pomocą analizy czynnikowej, współczynnik Alfa Cronbacha dla całej skali wyniósł 0,80, a dla podskal: „czynniki techniczno-profesjonalne”  $\alpha=0,78$ , „zaufanie”  $\alpha=0,87$ , „edukacja”  $\alpha=0,78$  [52]. Skalę PSS modyfikowali również La Monica, Oberst, Madea i Wolf (1986). Na podstawie opinii ekspertów z zakresu psychometrii, pielęgniarstwa i edukacji uzupełnili oni pulę pytań testowym w każdej z trzech podskal, niektóre pozycje z wersji źródłowej skali usunęli. Narzędzie ich autorstwa, nazwane LaMonica-Oberst Patient Satisfaction Scale (LOPSS), zawiera 42 pozycje testowe obejmujące swym zakresem trzy wymiary opieki pielęgniarskiej (zgodnie z Risser). Było zastosowane do pomiaru satysfakcji pacjentów leczonych w szpitalu w oddziałach onkologicznych. Współczynnik Alfa Cronbacha dla całej skali LOPSS wyniósł 0,95, a dla podskal: „czynniki techniczno-profesjonalne”  $\alpha=0,85$ , „zaufanie”  $\alpha=0,90$ , „edukacja”  $\alpha=0,84$  [52]. W 2007 r. opublikowano wyniki adaptacji fińskiej wersji skali Patient Satisfaction Scale. Wersja źródłowa tej skali autorstwa H.S. Kim (niepublikowana) powstała w ramach projektu naukowego w USA. Podczas jej tworzenia uwzględniono opinie pacjentów na temat różnych aspektów opieki pielęgniarskiej w kontekście zaspokajania ich specyficznych potrzeb. Potrzeby pacjentów przypisano do trzech kategorii, a satysfakcję pacjentów określono w trzech wymiarach. Wersja ta zawiera trzy podskale: techniczno-naukową, informacji, relacji i wsparcia w zakresie opieki, składa się z 10 pozycji testowych z czterostopniową kategorią odpowiedzi w skali Likerta. Skalę zastosowano u pacjentów

hospitalizowanych w oddziałach zabiegowych. Ocena właściwości psychometrycznych skali potwierdziła jej trafność i rzetelność [73]. Wśród innych narzędzi badawczych, które powstały na podstawie badań jakościowych, określających jakość opieki pielęgniarskiej z perspektywy pacjenta, były zastosowane u pacjentów hospitalizowanych i miały ocenione parametry psychometryczne potwierdzające ich trafność i rzetelność należy wymienić [48]:

- skalę „Where you happy?” autorstwa G. Ferguson i W. Ferguson (1983);
- skalę „Quality from Patient Perspective” skonstruowaną przez B. Wilde i in. (1994);
- „The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale” opracowaną przez L. Thomas i in (1996);
- kwestionariusz opracowany przez H.S. Laschinger i in. (2005) – the Patient Satisfaction with Nursing Care Quality Questionnaire (PSNCQQ), będący adaptacją kwestionariusza Patient Judgment of Hospital Quality (PJHQ), autorstwa M. Materko i in. (1990);
- The Patient’s Assessment of Quality Scale – Acute Care Version (PAQS-ACV opracowaną przez M. Lynn i in. (2007).

Badanie satysfakcji pacjenta z opieki, w tym z opieki pielęgniarskiej, jest wyzwaniem niezwykle złożonym. Wymaga od badacza podjęcia wielu decyzji mających największy wpływ na wartość uzyskanych wyników. Jedno z pytań towarzyszących badaczowi brzmi: które narzędzie do oceny satysfakcji pacjenta z opieki pielęgniarskiej wybrać?, a może warto opracować własne? Wyniki uzyskane w toku badania satysfakcji pacjenta mają służyć przede wszystkim podnoszeniu jakości opieki w zakładzie opieki zdrowotnej przez identyfikowanie obszarów wymagających zmian i poprawy. Pacjentowi natomiast mają pomóc w podjęciu świadomej decyzji, gdzie się leczyć, aby osiągnąć najkorzystniejsze efekty. Narzędzie badawcze powinno więc umożliwiać identyfikację specyficznych aspektów opieki i być standaryzowane, tak aby możliwe było porównywanie wyników oceny między szpitalami czy oddziałami. Narzędzie badawcze, które ma być zastosowane w danej placówce ochrony zdrowia, powinno też [49]:

- odzwierciedlać sposób rozumienia pojęcia „satisfakcja” i czynników ją determinujących, przyjęty przez badaczy zgodnie z założeniami teoretycznymi;
- być opracowane na podstawie jakościowych badań, w których to pacjenci zidentyfikowali najważniejsze dla nich aspekty opieki;
- być zastosowane zgodnie z procedurą badawczą opracowaną dla danego narzędzia;
- mieć ocenione parametry psychometryczne, potwierdzające ich trafność i rzetelność;
- charakteryzować się czytelną formą, prostotą w udzielaniu odpowiedzi, niezbyt długim czasem wypełniania kwestionariusza;
- pozycje w skali powinny dotyczyć zadań i interwencji wchodzących w aktualny zakres kompetencji pielęgniarki.



## 2. The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale

### 2.1. Ogólne zasady tworzenia testów i skal

The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale opracował zespół z Centre for Health Services Reaserch przy Uniwersytecie Newcastle w Anglii (Johnathan Priest, Elaine McColl, Lois Thomas, Senga Bond) [84]. Celem badaczy było skonstruowanie narzędzia służącego do pomiaru satysfakcji pacjenta z opieki pielęgniarskiej, odpowiednio rzetelnego i czułego, zdolnego wychwycić różnice w poziomie opieki pielęgniarskiej, a przede wszystkim zdolnego do wyizolowania komponentów opieki pielęgniarskiej spośród pozostałych aspektów opieki medycznej i skonstruowanego bardziej z perspektywy pacjenta niż personelu. Autorzy skali wyszli z założenia, że satysfakcja z opieki pielęgniarskiej jako pojęcie złożone i wielowymiarowe nie powinna być mierzona za pomocą pojedynczego pytania. Podobnie jak w przypadku skal do badania postaw czy doświadczeń badacze zastosowali zestaw twierdzeń odzwierciedlających przyjętą definicję/koncepcję pojęcia satysfakcja z opieki pielęgniarskiej. Poszczególne etapy konstruowania skali były zgodne z ogólną teorią opracowywania skal przyjętą za R.F. DeVallis i D.L. Streiner [83]. W teorii tej można wyróżnić następujące etapy:

- ustalenie wstępnej puli pozycji/aspektów/szczegółów/zagadnień odzwierciedlających/opisujących przedmiot badań. Źródłem ich mogą być (wg Steiner i Norman): obserwacje kliniczne, opinia ekspertów, teoria, badania naukowe. Zagadnienia te powinny być ocenione pod kątem trafności treściowej, muszą też być „ważne” dla respondentów. Zalecane jest, aby wstępna pula pozycji była 3-4 razy większa od planowanej liczby pozycji w wersji ostatecznej;
- sformułowanie na podstawie ustalonej wstępnej puli pozycji pytań lub twierdzeń będących wskaźnikami tych pozycji i zapisanie ich w określonej kolejności. Na tym etapie należy przestrzegać ogólnych zasad formułowania pytań: twierdzenia nie powinny sugerować odpowiedzi, nie należy formułować twierdzeń o podwójnej treści, zastosowane słownictwo powinno być zrozumiałe dla potencjalnych respondentów, twierdzenia nie powinny

zawierać zbyt silnych lub zbyt słabych znaczeń/określeń, np. „Pielęgniarki robiły wszystko, co było w ich mocy, aby pomóc pacjentom”, „Pielęgniarki pomagały pacjentom od czasu do czasu”. Stwierdzenia lub pytania mogą być formułowane w sposób pozytywny, np. „Pielęgniarki były uprzejme”, lub negatywny, np. „Pielęgniarki były hałaśliwe”. Zaleca się, aby połowa twierdzeń zamieszczonych w skali była sformułowana pozytywnie, a druga połowa negatywnie. Należy również podjąć decyzję co do kolejności występowania twierdzeń w skali. Najczęściej twierdzenia są pogrupowane tematycznie i występują w kolejności od ogólnych do bardziej szczegółowych lub odwrotnie, jednakże w przypadku skal badających postawy układ taki może być przyczyną błędu pomiaru. Układ pytań powinien zapobiegać schematyzacji odpowiadania, czyli odpowiadania na wszystkie pytania w jeden określony sposób, bez względu na ich treść;

- wybór systemu udzielania odpowiedzi na każdą pozycję skali. Satysfakcja, podobnie jak postawy czy doświadczenia, zawiera się na pewnym kontinuum. Wybrany format odpowiedzi powinien umożliwić ilościowe określenie miejsca poszczególnych respondentów na tym kontinuum. Najpopularniejszą skalą szacunkową spełniającą te wymagania jest skala Likerta. Respondent wyraża swój sąd, zaznaczając wybraną odpowiedź z uporządkowanego zbioru kategorii odpowiedzi;
- podjęcie decyzji o liczbie kategorii odpowiedzi. Oryginalna wersja skali Likerta zawierała pięć kategorii: całkowicie się zgadzam, zgadzam się, nie mam zdania, nie zgadzam się, zupełnie się nie zgadzam. Każdej kategorii przypisany jest punkt od 1 do 5, gdzie 1 oznacza postawę najbardziej negatywną wobec badanej cechy, a 5 postawę najbardziej pozytywną.
- nazwanie poszczególnych kategorii odpowiedzi. Najczęściej kategorie zawierają się na kontinuum „zgadzam się – nie zgadzam się”, można również zastosować przedział: „zawsze – nigdy”, „pożądane – niepożądane”;
- testowanie skali w badaniu pilotażowym. Badanie pilotażowe powinno być przeprowadzone na populacji możliwie najbardziej zbliżonej do tej, dla której skalę opracowano. Analizy statystyczne uzyskanych w badaniu pilotażowym danych mają umożliwić ocenę poszczególnych pozycji skali pod kątem ich rzetelności, trafności i mocy dyskryminacyjnej;

- ocena poszczególnych pozycji skali za pomocą metod statystycznych;
- ocena skali jako całości – długości, formatu.

## **2.2. Opracowanie the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale**

Tworzenie skali NSNS również przebiegało w kilku etapach [67,83]:

- opracowanie wstępnej, pilotażowej wersji NSNS;
- opracowanie pierwszej, pilotażowej wersji skali PQ1;
- ewaluacja i analiza pozycji pierwszej skali pilotażowej PQ1;
- opracowanie drugiej wersji pilotażowej skali PQ2;
- opracowanie końcowej wersji skali NSNS;
- analiza trafności i rzetelności wersji końcowej The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale.

### **Opracowanie wstępnej, pilotażowej wersji NSNS**

Wstępną pulę zagadnień odzwierciedlających pojęcie satysfakcja z opieki pielęgniarskiej z punktu widzenia pacjenta ustalono na podstawie badań jakościowych. Zastosowano dwa sposoby zbierania danych od pacjentów: wywiady indywidualne i technikę „grup ogniskowych”. Celem tych badań było ustalenie najbardziej istotnych, zdaniem pacjentów, aspektów opieki pielęgniarskiej oraz określenie, co w ich opinii oznacza „dobra” i „zła” opieka pielęgniarska. W badaniu tym wzięło udział 150 pacjentów, którzy w czasie przeprowadzania badania byli leczeni w wybranych szpitalach lub byli wypisani ze szpitali w ciągu ostatnich czterech tygodni. Ogólnie w badaniu brali udział pacjenci z siedemnastu oddziałów zabiegowych i niezabiegowych, z pięciu szpitali oraz podopieczni sześciu lekarzy rodzinnych, do których trafiali pacjenci po wypisie ze szpitala. Jeżeli w oddziale było trzech lub więcej pacjentów spełniających kryteria udziału w badaniu i wyrażających na nie zgodę, przeprowadzano wywiad grupowy, jeżeli pacjentów było mniej niż trzech, przeprowadzano wywiady indywidualne. Wszystkie wywiady z pacjentami były nagrywane, następnie badacze analizowali treść nagrań i ustalali

poszczególne kategorie\aspekty opieki. Dane te były następnie kodowane i analizowane za pomocą pakietu NUDIST do analizy danych jakościowych. W toku tych badań zidentyfikowano jedenaście cech/zagadnień/aspektów opieki pielęgniarskiej zgłaszanych przez pacjentów w czasie wywiadów jako istotne w kontekście jakości opieki pielęgniarskiej. Pacjenci najczęściej wymieniali (w kolejności malejącej) [83]:

- sposób bycia pielęgniarek (nurses' manner) wyznaczony ich indywidualnymi cechami osobowości i postawami – „Pielęgniarki były wspaniałe, cudowne, pomocne, delikatne, pełne zrozumienia /rozumiejące pacjenta, troskliwe, oddane ....” ;
- zaangażowanie (attentiveness) wyrażone chęcią reagowania na prośby/potrzeby pacjenta, regularnym upewnianiem się, czy pacjent nie potrzebuje pomocy, poświęceniem czasu, chęcią, by usiąść i porozmawiać;
- dostępność pielęgniarek (availability), poczucie, że pielęgniarka będzie w pobliżu na wypadek potrzeby, czas reagowania na wezwania pacjenta;
- zapewnianie poczucia bezpieczeństwa (reassurance). Pojęcie to pacjenci charakteryzowali takimi działaniami pielęgniarek, jak: dbałość o to, by pacjent czuł się jak w domu, rozpraszenie obaw związanych z leczeniem, wspieranie pacjentów przygnębionych, wspieranie ich rodzin i osób bliskich, okazywanie empatii;
- indywidualne podejście do pacjenta (individual treatment). Pacjenci pozytywnie oceniali sytuacje, gdy ich podmiotowość/indywidualność była respektowana, gdy czuli się podmiotem opieki, a nie „numerem”, gdy zwracano się do nich osobowo (imię, nazwisko), gdy mieli poczucie, że pielęgniarka zna ich indywidualne potrzeby i pomaga je zaspokajać, pamięta o preferencjach, pozwala wybierać;
- otwartość/nieformalność relacji (openness/informality). Pacjenci oczekiwali przyjaznej atmosfery w oddziale, bez nadmiernego, nieuzasadnionego ograniczania ich swobód narzucanego przez regulamin oddziału lub personel, traktowaniu ich po „przyjacielsku”, jak członków rodziny, poczucia humoru;
- informowanie (information) – ten aspekt zawierał przekazywanie pacjentom informacji dotyczących wszelkich spraw związanych z ich pobytem w oddziale, jak: wyposażenie i organizacja oddziału, rodzaj sprzętu

w otoczeniu pacjenta, planowanych zabiegów diagnostyczno-leczniczych i pielęgnacyjnych. Pacjenci oczekiwali również, aby była informowana ich rodzina, a informacje były przekazywane w sposób zrozumiały, delikatny i z zachowaniem prywatności;

- profesjonalizm pielęgniarek (professionalizm) wyrażony kompetencjami w zakresie wykonywania zawodu, odpowiednią postawą zawodową, przestrzeganiem zasad wykonywania pracy, równym traktowaniem pacjentów;
- organizacja pracy w oddziale (ward organisation) zapewniająca ciągłość opieki, sprawne mechanizmy przekazywania informacji dotyczących opieki nad pacjentami w czasie zmian dyżurów, efektywna komunikacja między pielęgniarkami opiekującymi się pacjentami, praca zespołowa pielęgniarek;
- wiedza zawodowa pielęgniarek na temat sytuacji danego pacjenta i stosowanych sposobów leczenia, brak błędów podczas wykonywania czynności zawodowych spowodowanych brakiem wiedzy ogólnej o pacjencie;
- czynniki środowiskowe oddziału – czystość, temperatura otoczenia, hałas, oświetlenie, obsada pielęgniarstwa, posiłki i inne aspekty opieki podczas pobytu w szpitalu.

### **Opracowanie pierwszej, pilotażowej wersji skali PQ1**

Zidentyfikowane w toku badań jakościowych aspekty pielęgnowania posłużyły do stworzenia zbioru pozycji skali. Każdy z jedenastu aspektów pielęgnowania wyrażono kilkoma twierdzeniami, charakteryzującymi dany aspekt opieki pielęgniarstwa. Formułując twierdzenia, autorzy unikali zdań sugerujących respondentowi odpowiedź, zawierających dwie cechy w jednym stwierdzeniu, o silnym zabarwieniu emocjonalnym, część pytań sformułowano w formie negatywnej, np. „Pielęgniarki były nieuprzejme”. Stwierdzenia umieszczono w tekście skali dowolnie, bez grupowania, ze względu na badane aspekty opieki. Wybrany format odpowiedzi miał umożliwić ilościowe określenie miejsca poszczególnych respondentów na kontinuum „negatywne–pozytywne” doświadczenia i opinii z opieki. Autorzy zastosowali skalę Likerta jako technikę udzielania odpowiedzi na poszczególne pozycje skali i wielokategorialny,

pięciostopniowy system udzielania odpowiedzi w przedziale: „całkowicie zgadzam się” – „zupełnie się nie zgadzam”, z punktem neutralnym „ani się zgadzam, ani się nie zgadzam”, w kilku twierdzeniach zastosowano format odpowiedzi od „nigdy” do „zawsze”. Pierwsza, pilotażowa wersja NSNS (PQ1) składała się z trzech części: pierwsza część dotyczyła doświadczeń związanych z opieką pielęgniarską, druga część skali opinii na temat zadowolenia z opieki pielęgniarskiej, część trzecia skali zawierała pytania dotyczące cech demograficznych pacjentów i ich pobytu w szpitalu. Skala PQ1 zawierała 71 pozycji dotyczących doświadczeń i 22 pozycje dotyczące satysfakcji z opieki.

### **Ewaluacja i analiza pozycji pierwszej skali pilotażowej PQ1**

Wersję pilotażową skali PQ1 wypełniło 566 pacjentów. Następnie poddano analizie statystycznej poszczególne pozycje testu, przyjmując następujące kryteria odrzucenia pozycji – była to jednocześnie ocena trafności treściowej (wewnętrznej):

- brak odpowiedzi na pozycje skali – pytania, w których odsetek braku odpowiedzi więcej niż 5% odrzucano (2 pozycje);
- moc dyskryminacyjna – jeżeli więcej niż 80% respondentów wybrało tę samą kategorię odpowiedzi, odrzucano taką pozycję (6 pozycji);
- Alfa Cronbach – odrzucano daną pozycję, jeżeli jej wynik był poniżej 0,7 lub analiza korelacji „pozycja testu – wynik ogólny” wynosiła mniej niż 0,4.

Po zastosowaniu podanych kryteriów liczbę pozycji skali zredukowano do 54 w części pierwszej dotyczącej doświadczeń z opieki. Przeprowadzono również wpływ wybranego formatu odpowiedzi na ogólny wynik właściwości psychometrycznych skali. Przypuszczano, że zmiana formatu odpowiedzi na 7-kategorialny poprawi wyniki skali. W tym celu opracowano drugą wersję pilotażową skali PQ2.

### **Opracowanie drugiej wersji pilotażowej skali PQ2**

W drugim badaniu pilotażowym zastosowano jednocześnie dwie wersje skali pilotażowej: jedną identyczną z wersją pierwszej PQ2A, a drugą PQ2B

z 7-kategorialnym formatem odpowiedzi we wszystkich pozycjach skali od „całkowicie zgadzam się” do „zupełnie się nie zgadzam”, z punktem neutralnym „ani się zgadzam, ani się nie zgadzam”. Wersję pierwszą w drugim badaniu pilotażowym wypełniło 79 pacjentów, a wersję drugą 71 pacjentów. Nie zanotowano istotnych statystycznie różnic w ogólnym wyniku oceny doświadczeń i opinii na temat opieki pielęgniarskiej uzyskanych za pomocą PQ2A i PQ2B, jednakże w przypadku wersji PQ2B stwierdzono lepsze wyniki właściwości psychometrycznych. Skłoniło to autorów do przyjęcia w całej pierwszej części skali „doświadczenia z opieki pielęgniarskiej” 7-kategorialnego systemu odpowiadania w jednorodnym przedziale: „całkowicie zgadzam się – zupełnie się nie zgadzam”.

### **Opracowanie końcowej wersji skali NSNS**

W celu ułatwienia praktycznego wykorzystywania skali, a zwłaszcza skrócenia czasu wypełniania kwestionariusza, dokonano kolejnej eliminacji pozycji skali, stosując kryteria identyczne jak wcześniej. W wyniku tego procesu przyjęto końcową wersję skali The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS). Skala ta składa się z trzech części: część 1 „doświadczenia z opieki pielęgniarskiej” zawiera 26 pozycji (15 pozytywnych i 11 negatywnych), część 2 – „opinie na temat opieki pielęgniarskiej” zawiera 19 pozycji, a część 3 zawiera pytania o cechy demograficzne pacjentów i pytania związane z pobytem w szpitalu. Obie skale (część 1 i 2) wersji końcowej poddano odrębnej analizie czynnikowej. Wykazała ona, że zarówno doświadczenia pacjentów dotyczące poszczególnych aspektów pielęgnowania, jak i satysfakcja pacjentów z poszczególnych aspektów pielęgnowania były ze sobą istotnie skorelowane, a żaden z wcześniej zdefiniowanych aspektów pielęgnowania nie okazał się odrębnym czynnikiem. Po przekodowaniu danych uzyskanych z kwestionariusza, ich wprowadzeniu do bazy danych oblicza się wyniki w zakresie poszczególnych skal. Analiza odpowiedzi na poszczególne pozycje skali „doświadczenia” umożliwia określenie ogólnej punktacji „doświadczenia” w przedziale 0-100 punktów, gdzie 100 oznacza doświadczenia z opieki najlepsze z możliwych, a 0 doświadczenia z opieki tak złe, jak to tylko możliwe do wyobrażenia. Analiza odpowiedzi w drugiej części skali „satysfakcja” umożliwia określenie ogólnej punktacji w przedziale 0-100 punktów, gdzie 100

oznacza pełną satysfakcję ze wszystkich aspektów opieki pielęgniarskiej, a 0 – całkowity brak satysfakcji z jakiegokolwiek aspektu opieki pielęgniarskiej.

### **Analiza trafności i rzetelności wersji końcowej The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale**

Badanie mające na celu ocenę trafności i rzetelności skali NSNS przeprowadzono w pięciu szpitalach w Północnej Anglii, wybierając losowo w każdym z nich po dwa oddziały zabiegowe i dwa oddziały niezabiegowe; łącznie badanie przeprowadzono w 20 oddziałach szpitalnych. Przyjęto założenie, że stwierdzenie różnicy na poziomie co najmniej 5% w średnich wynikach odpowiednio w ocenie „doświadczeń” i „satysfakcji” między oddziałami będzie świadczyło o różnym poziomie jakości opieki pielęgniarskiej w tych oddziałach. Na podstawie wyników wcześniejszych badań przyjęto, że wielkość grupy badanej w poszczególnych oddziałach powinna wynosić 80 osób. Ustalono także kryteria udziału pacjentów w badaniu. Zgodnie z zaleceniami twórców NSNS pacjenci uczestniczący w badaniu powinni mieć 18 lat lub więcej, być w dniu wypisu lub przeniesienia z oddziału, spędzić w oddziale minimum 2 noce, być zdolnymi do czytania i pisania, nie mieć zaburzeń świadomości, nie być hospitalizowanymi w żadnym innym oddziale podczas tego pobytu w szpitalu, wyrazić zgodę na badanie. Kwestionariusze były wręczane pacjentom przez niezależnego, niezwiązanego z oddziałem ankietera w samoprzylepnych kopertach, pacjenci byli proszeni o wypełnienie kwestionariusza, włożenie go do koperty, zaklejenie jej i wrzucenie do przygotowanego pudełka. Część pacjentów skorzystała z kopert zaadresowanych zwrotnie na adres Uniwersytetu w Newcastle, z dokonaną przedpłatą za przesyłkę, wypełniła kwestionariusz poza oddziałem i wysłała go pocztą. Spośród 2078 pacjentów spełniających kryteria udziału w badaniu zgodę na nie wyraziło 1920 pacjentów. W toku badań uzyskano 1559 poprawnie wypełnionych kwestionariuszy, co stanowiło 81% pacjentów, którzy wyrazili zgodę na udział w badaniu.



### Analiza trafności kryterialnej (construct validity)

Oceniając trafność kryterialną, przeprowadzono analizy porównujące wyniki oceny doświadczeń i satysfakcji (osiągane przez pacjentów w zależności od ich wieku, poziomu wykształcenia, tego czy potrafią zidentyfikować swoją pielęgniarkę prowadzącą „primary nurse”) uzyskane za pomocą skali NSNS, z wynikami przewidywanymi dla tych zmiennych, określonymi na podstawie innych niezależnych badań (known group validity). Na podstawie danych z literatury przedmiotu autorzy przyjęli założenia, że pacjenci starsi, z niższym poziomem wykształcenia oraz pacjenci, którzy potrafią zidentyfikować pielęgniarkę odpowiedzialną za opiekę nad nimi, będą mieli bardziej pozytywne doświadczenia i wyższy poziom satysfakcji z opieki niż pozostali. Założenia te w większości zostały pozytywnie zweryfikowane, nie wykazano jedynie zależności między wiekiem pacjentów a wynikiem ogólnym w zakresie poziomu satysfakcji.

### Analiza spójności wewnętrznej skali (internal consistency)

Spójność wewnętrzną skali oceniano za pomocą współczynnika Alfa Cronbacha. Wartość współczynnika dla skali „doświadczenia” wyniosła 0,91, a dla skali „satysfakcja” 0,96. Współczynnik korelacji pozycja–wynik ogólny dla skali „doświadczenia” wymosił od 0,31 do 0,69, a dla skali „satysfakcja” od 0,53 do 0,82.

### Ocena zdolności skali NSNS do wykrywania różnic w jakości opieki pielęgniarskiej.

Pacjenci uczestniczący w badaniu mieli pozytywne doświadczenia z opieki pielęgniarskiej, zarówno na poziomie oddziału, jak i szpitala (średnia ocena 84,6, mediana 87,8). Różnice w wynikach osiągniętych po zastosowaniu skali „doświadczenia” między oddziałami i szpitalami były istotne statystycznie ( $p < 0,001$ ). Podobnie w zakresie skali „satysfakcja” pacjenci wysoko ocenili swoją satysfakcję (średnia 84,1, mediana 88,2), a różnice między oddziałami i szpitalami były istotne statystycznie ( $p < 0,001$ ).

## Ocena wpływu miejsca wypełnienia kwestionariusza na wynik skali

W celu odpowiedzi na pytanie, czy miejsce wypełniania kwestionariusza ma wpływ na osiągnięte wyniki do 102 osób spośród tych respondentów, którzy wypełnili kwestionariusz skali w szpitalu przy wypisie z oddziału, wysyłano pocztą do domu kolejny kwestionariusz zawierający skalę. Kwestionariusz wysyłano do wybranych osób dziesięć dni po ich wypisie ze szpitala z prośbą o ponowne wypełnienie. Respondenci, którzy nie odpowiedzieli na prośbę w ciągu dwóch tygodni, otrzymywali drogą pocztową jeszcze jedną przypominającą kopię kwestionariusza. Uzyskano zwrot kwestionariusza od 73 osób, z czego do dalszych analiz można było wykorzystać 44 kwestionariusze zawierające skalę „doświadczenia” i 43 kwestionariusze zawierające skalę „satisfakcja”. Nie ustalono istotnych statystycznie różnic w ocenie doświadczeń i satysfakcji z opieki między kwestionariuszami wypełnianymi w domu i szpitalu ( $p > 0,05$ ).

### **3. Adaptacja kulturowa narzędzi badawczych**

#### **3.1. Wyjaśnienie pojęcia „adaptacja kulturowa”**

Adaptacja to przystosowanie czegoś do innego użytku niż było przeznaczone [72]. Kultura to materialna i umysłowa działalność społeczeństw oraz jej wytwory [72]. Pojęcie „kultura” to jednakże termin różnie precyzowany przez poszczególnych autorów, inaczej pojęcie to definiują socjologowie, inaczej etnografowie, a jeszcze inaczej psychologowie. Madeleine Leininger, twórczyni teorii kulturowej opieki pielęgniarskiej, przez „kulturę” rozumie zbiór wyuczonych, podzielanych i przekazywanych w grupie społecznej wartości, wierzeń, norm, zachowań, które narzucają sposób myślenia, podejmowania decyzji i działania jej członków. Kultura jest wynikiem adaptacji grupy do specyficznych środowiskowych i technicznych warunków, zmienia się w czasie, jest dynamiczna i się rozwija. Każdy człowiek żyje, pracuje, tworzy w kontekście jakiejś kultury określonej położeniem geograficznym, językiem, wspólnotą celów, wartości, norm, zachowań. Każde narzędzie badawcze jako wytwór ludzkiej działalności powstaje w pewnym kontekście kulturowym, właściwym dla jego autora, jest też przeznaczone do badania cech specyficznych dla ludzi należących do danej kultury. Jak podają Jaworska i Szustrowa „... test konstruowany bez wyjściowej intencji dokonywania porównań międzykulturowych z dużym prawdopodobieństwem nosi wiele cech swoistych kultury, w której powstał, i nie może być w związku z tym zastosowany w pierwotnej formie do żadnej innej kultury” [35]. Adaptacja kulturowa narzędzia badawczego będzie więc obejmowała całokształt czynności związanych z jego przystosowaniem do badania ludzi w innym kontekście kulturowym.

W polskiej literaturze dotyczącej kulturowej adaptacji narzędzi badawczych, autorzy najczęściej omawiają zagadnienia adaptacji testów psychologicznych i kwestionariuszy osobowości [4, 5, 10, 11, 18, 19]. „Konstrukt” to termin opisujący cechę lub właściwość mierzoną testem. W węższym znaczeniu pojęcie to dotyczy wielkości, które nie są bezpośrednio możliwe do zaobserwowania, a które są wyprowadzane na podstawie zbioru ze sobą powiązanych obserwacji [2]. Pojęcie „satisfakcja z opieki pielęgniarskiej”, podobnie jak lęk, stres, radzenie sobie, troska, ból, będące przedmiotem badań w pielęgniarstwie, są pojęciami abstrakcyjnymi, nie

mogą być zmierzone w sposób bezpośredni. Podobnie jest w przypadku testów psychologicznych, służących do określenia postaw, poziomu depresji, agresji, przystosowania. Pomiar takich zmiennych wymaga precyzyjnego określenia i zdefiniowania danego konstrukt, a następnie ustalenia wskaźników lub cech odzwierciedlających przyjętą definicję/koncepcję pojęcia. Narzędzie badawcze mierzące dany konstrukt w sposób pośredni musi zawierać wskaźniki pokrywające wszystkie wymiary badanego pojęcia/zjawiska i całe kontinuum możliwych pozycji człowieka na tym kontinuum. Z tego też powodu ogólne zasady i wskazówki dotyczące kulturowej adaptacji testów psychologicznych wydają się być jak najbardziej użyteczne w przypadku adaptacji The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale.

### **3.2. Cele adaptacji kulturowej testów**

Radosław Drwał podaje, że testy zagraniczne się adaptuje, by osiągnąć dwa cele:

- do porównań międzykulturowych (międzynarodowych),
- żeby stosować test w praktyce w naszym kraju [18].

W przypadku skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle głównym celem adaptacji było opracowanie narzędzia badawczego, które ma być praktycznie stosowane w Polsce do oceny zadowolenia z opieki pielęgniarskiej.

Pojęcie „kultura” zawiera wiele zmiennych niezależnych (wartości, normy, zwyczaje obowiązujące w danej kulturze, język, uwarunkowania społeczne i inne), które mogą w toku badań wpływać na badaną zmienną zależną (w tym przypadku: satysfakcję z opieki), dlatego też adaptacja kulturowa testu może być przeprowadzona na wielu poziomach, w zależności od celu adaptacji, przeznaczenia narzędzia badawczego i przedmiotu badań (adaptacja językowa, uaktualnienie treści pozycji, adaptacja uwzględniająca specyficzne dla danej kultury zwyczaje, wartości, normy zachowań, sposób spędzania wolnego czasu itp.) .

Autorzy wersji oryginalnej jako potencjalne zastosowanie skali NSNS wymieniają:

- porównywanie doświadczeń i satysfakcji pacjentów między oddziałami, jednostkami klinicznymi i szpitalami;
- długoterminowe porównywania doświadczeń i satysfakcji pacjentów (przed wprowadzeniem i po wprowadzeniu zmian lub innych działań);
- ustalenie standardu jakości opieki na poziomie oddziału lub szpitala;
- kryterium oceny realizacji standardu jakości opieki;
- kryterium oceny wyniku w przypadku prowadzenia badań naukowych i innych procedur badawczych [84].

Wszystkie wymienione potencjalne zastosowania skali The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale mogą być realizowane w Polsce. Autorzy wersji oryginalnej nie przewidywali wykorzystania skali NSNS do porównań międzykulturowych (międzynarodowych). Porównania takie, mimo przynależności Polski do Unii Europejskiej, wydają się obecnie nie mieć zastosowania – ani dla pacjenta (brak możliwości wyboru placówki świadczącej lepszą opiekę w innym kraju), ani dla pielęgniarek, gdyż interpretacja wyników badań międzykulturowych, bez uwzględnienia różnic w zakresie usług świadczonych przez pielęgniarkę, uregulowań prawnych zawodu, różnic w systemie kształcenia pielęgniarek, organizacji pracy i wielu innych specyficznych cech, jest bezwartościowa. Adaptacja skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle nie uwzględniała wszystkich zmiennych kulturowych, a jedynie zmienne umożliwiające praktyczne zastosowanie skali w Polsce.

### **3.3. Równoważność narzędzi badawczych**

W polskiej literaturze źródłowej zagadnienie równoważności testów psychologicznych i jej sprawdzanie szeroko opisuje Radosław Drwal. Wymienia on kilka rodzajów równoważności testów, ale zastrzega, że hierarchia ich ważności

może być różna w zależności od celu adaptacji testu. Według Drwala wyróżnia się [18,19]:

- równoważność fasadową – składają się na nią: forma graficzna testu (pytania, arkusz odpowiedzi), liczba i kolejność pytań, format odpowiedzi, liczba i sformułowane kategorie odpowiedzi, instrukcja i przykłady, obliczanie wyników;
- równoważność psychometryczną – stanowią ją: równość średnich wyników, równość wariancji, kształt psychometrycznej funkcji pytań, korelacja między wersjami, korelacja wersji z innymi testami i kryteriami, interkorelacja pytań (skal) i ich struktura czynnikowa, moc dyskryminacyjna pytań, rzetelność;
- równoważność funkcjonalną – test mierzy tę samą zmienną, test przydatny do tych samych celów, test podatny (oporny) na działanie podobnych czynników zakłócających;
- wierność tłumaczenia – składają się na nią: treść pytań, stopień aprobaty społecznej opisywanych stanów i zachowań (struktura gramatyczna pytań), podobieństwo leksykalne pytań, stopień trudności słów i zdań (długość, konkretność, metaforyczność itd.);
- wierność rekonstrukcji – powtórzenie etapów konstrukcji testu (pierwotna pula pytań, sposoby selekcji pytań), sposoby sprawdzania rzetelności i trafności, podobieństwo grup standaryzacyjnych i normalizacyjnych, procedura badań (anonimowe, zbiorowe, selekcyjne), rodzaj norm.

Aleksandra Jaworowska i Teresa Szustrowa, omawiając problemy związane z kulturową adaptacją testów, przed rozpoczęciem procedury adaptacji testu zalecają przeprowadzenie analizy różnych poziomów równoważności, poczynając od tych najbardziej ogólnych [35]:

- równoważność psychologicznych koncepcji człowieka – czy sposób myślenia o człowieku, jego naturze w obu kulturach (tej, w której narzędzie powstało, i tej, do której ma być adoptowane) są takie same lub porównywalne. W kontekście adaptacji skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle należałoby

rozważyć: czy sposób myślenia o chorobie, człowieku chorym, jego prawach i powinnościach, są w obu kulturach porównywalne;

- równoważność wymiaru badanego za pomocą danego narzędzia. Adaptować można tylko taki test, który dotyczy wymiaru istotnego dla obu kultur: tej, w której powstał, i tej, do której planujemy go przenieść. Analizując ten rodzaj równoważności należy rozważyć: czy satysfakcja z opieki pielęgniarskiej w obu kulturach jest podobnie ważna i istotna, czy jest to cecha społecznie pożądana i akceptowana?;
- równoważność pojęć – test może być sensownie adaptowany tylko wówczas, gdy stwierdzi się równoważność pojęciową. Czy pojęcie „satysfakcja z opieki pielęgniarskiej” jest w obu kulturach tak samo lub bardzo podobnie rozumiane?;
- równoważność wskaźników – badaną zmienną niezależną (np. satysfakcję z opieki pielęgniarskiej) ocenia się za pomocą wskaźników lub cech odzwierciedlających przyjętą koncepcję danego pojęcia. O zmiennej tej, ocenianej w teście, powinno się wnioskować na podstawie pozycji testowych, które są równie trafne i reprezentatywne dla obu kultur. Analizując ten rodzaj równoważności, należy rozważyć: czy w Polsce, podobnie jak w Anglii o satysfakcji z opieki pielęgniarskiej można wnioskować na podstawie takich wskaźników, jak: sposób bycia pielęgniarek, ich zaangażowanie, dostępność, zapewnianie poczucia bezpieczeństwa, indywidualne podejście do pacjenta, otwartość/niefORMALNOŚĆ relacji, informowanie, profesjonalizm, organizacja pracy w oddziale, wiedza zawodowa pielęgniarek na temat sytuacji danego pacjenta i stosowanych sposobów leczenia, czynniki środowiskowe oddziału? Następne pytanie to: czy wszystkie te wymienione wskaźniki odzwierciedlające pojęcie „satysfakcja z opieki pielęgniarskiej” są w obu kulturach równie trafnie określane przez poszczególne pozycje w kwestionariuszu skali?;
- równoważność wyników polega na takiej adaptacji testu, aby osoby pochodzące z obu kultur (tej, w której test powstał, i tej, do której jest adoptowany), które uzyskały taki sam wynik w teście, cechowały się takim samym poziomem badanej zmiennej. W przypadku skali zadowolenia

z pielęgnowania Newcastle, równoważność wyników świadczyłaby o tym, że w badanych oddziałach w Anglii i w Polsce, które na podstawie skali uzyskały identyczną punktację, pacjenci odczuwają identyczny poziom satysfakcji z opieki pielęgniarskiej;

- równoważność w zakresie warunków badania – w niektórych sytuacjach wynik testu zależy od takich czynników, jak: znajomość testów i sytuacji testowania, motywacja do wypełnienia testu, chęć współpracy z badającym czy ankieterem, właściwości badającego/ankietera. Jeżeli obie kultury są zdecydowanie różne pod względem warunków badania, adaptacja testu nie ma sensu, jeżeli dystans kulturowy jest niewielki, można próbować modyfikować oryginalną instrukcję lub sposób prowadzenia badania;
- równoważność testu w zakresie analizy czynnikowej;
- równoważność w zakresie własności psychometrycznych – trafność i rzetelność wersji adaptowanej.

Aleksandra Jaworowska i Teresa Szustrowa stwierdzają, że adaptacja kulturowa narzędzia diagnostycznego ma sens tylko wówczas, gdy kultura, w której narzędzie powstało, i kultura, do której, chce się je przenieść, są ze sobą porównywalne [35]. Drwal podaje, że w Polsce nie przyjęto jednej obowiązującej procedury adaptacji testów [18, 19]. W latach sześćdziesiątych XX wieku Pracownia Psychometryczna PAN stosowała procedurę składającą się z kilku etapów:

- utworzenie „wersji eksperymentalnej” złożonej z pytań przetłumaczonych z wersji oryginalnej i pytań nowych, tzw. eksperymentalnych;
- empiryczna analiza pytań na podstawie ich mocy dyskryminacyjnej, zastąpienie niektórych pytań tłumaczonych pytaniami eksperymentalnymi;
- określenie wskaźników rzetelności i trafności dla wersji definitywnej i opracowanie polskich norm.

### **3.4. Procedura tłumaczenia narzędzia badawczego**

W badaniach międzykulturowych bardzo duże znaczenie ma procedura tłumaczenia narzędzia badawczego [30, 31, 33, 34]. Wśród tłumaczy popularne jest powiedzenie: „tłumaczenie, jak kochanka, nie może być jednocześnie i piękne, i wierne” [5]. Słowa te najlepiej pokazują trudności w pracy tłumacza. Oddanie



intencji autorów wersji oryginalnej co do treści pytań, znaczenia poszczególnych słów, zawartych w niej przysłów, idiomów, ich zabarwienia z jednej strony, a poprawnością i zgrabnością sformułowań przetłumaczonych na język docelowy z drugiej strony jest zadaniem niezwykle trudnym. Z tego też powodu jest zalecana procedura tłumaczenia narzędzia badawczego przez co najmniej dwóch niezależnych tłumaczy. Wiele uwagi poświęca się zachowaniu równoważności semantycznej obu wersji skali. Polega ona na zachowaniu podczas tłumaczenia poszczególnych wyrazów, oprócz ich zasadniczego znaczenia, także znaczenia wynikającego z zabarwienia emocjonalnego, z jakim wyraz się kojarzy, kontekstu społecznego jego użycia, postaw lub nastawienia autora testu do przedmiotu, który reprezentuje dany wyraz, formy gramatycznej zdania, zastosowanego czasu, kolejności wyrazów w zdaniu [30, 31, 33]. W celu zapewnienia odpowiedniej jakości tłumaczenia Herdman i in. zalecają, aby wersja przetłumaczona była oceniona pod względem równoważności semantycznej z wersją źródłową przez tłumaczy niebiorących udziału w tłumaczeniu oraz przez ekspertów języka adaptacji (poloniści) pod względem poprawności gramatycznej i stylistycznej [31, 33]. Wersja wstępna powinna być oceniona przez grupę potencjalnych respondentów w toku badania pilotażowego. Respondentów tych prosić należy o uwagi dotyczące rozumienia poszczególnych twierdzeń, stosowności ich zastosowania wobec badanego zjawiska, naturalności brzmienia. Obecnie standardowym postępowaniem podczas przygotowywania wersji tłumaczonej narzędzia badawczego jest wykonanie retranslacji wersji przetłumaczonej na język oryginału, czyli tłumaczenia wstak (back translation), przez tłumacza, który nie uczestniczył w pierwotnym tłumaczeniu. Postępowanie takie ma swoje zalety: pozwala wychwycić błędy w tłumaczeniu i ocenić wierność tłumaczenia, ma też swoje wady: niweluje specyficzne dla kultury docelowej sposoby ukazania treści i intencji pytania, a jednocześnie nie zawsze gwarantuje dobrą jakość tłumaczenia.

Drwal wyróżnia następujące odmiany procedury tworzenia polskiej wersji narzędzia obcego [18]:

- transkrypcja – polega na maksymalnie wiernym tłumaczeniu pytań czy twierdzeń zawartych w skali, zachowaniu identycznej formy pytań i odpowiedzi, a także formy graficznej skali;

- translacja – cechuje ją dbałość o wierne oddanie treści pytań, ale dopuszczalne są w tym przypadku pewne modyfikacje, jeżeli dosłowne tłumaczenie jest niemożliwe;
- trawestacja – stopień modyfikacji pytań zawartych w skali jest większy niż w przypadku translacji, modyfikacje mogą być dokonywane intuicyjnie lub na podstawie wyników analiz, np. psychometrycznych;
- parafraza – jest opracowaniem nowego narzędzia w nawiązaniu do koncepcji, założeń lub rozwiązań zawartych w teście oryginalnym;
- rekonstrukcja to opracowanie na nowo polskiego testu, wzorowanego na teście zagranicznym, z powtórzeniem zasadniczych etapów i procedur stosowanych podczas tworzeniu oryginału. Jak podaje Brzeziński, „im bardziej oryginalny test jest nasycony czynnikiem emikalnym (specyficznym dla porównywanych kultur), tym trudniej będzie o translację (o transkrypcji nawet nie warto wspominać w tym przypadku), a łatwiej będzie tworzyć trawestacje” [5].

### **3.5. Wymogi psychometryczne dla narzędzi badawczych**

Brzeziński podaje, że „kryteriami dobroci testu są: trafność (zwłaszcza trafność teoretyczna), rzetelność, błąd standardowy (SEM), korelacja pozycji z wynikiem ogólnym (jednolitość)” [5].

#### **Trafność**

W standardach dla testów stosowanych w psychologii i pedagogice czytamy: „Trafność jest najbardziej podstawową kategorią w procesie tworzenia i oceny testu. Pojęcie trafności odnosi się do stopnia, w jakim dane empiryczne oraz teoria uzasadniają interpretację wyników testowych w zakładanym kierunku. Proces walidacji obejmuje ciągłe zbieranie danych w celu dostarczenia mocnych podstaw naukowych proponowanej interpretacji wyników testowych. Procesowi temu podlega zatem kierunek interpretacji wyników testowych, a nie test jako taki.” [2].

Źródła danych do oceny trafności [5, 14, 26-28]:

- dane, których źródłem jest treść testu – analiza związku między zdefiniowanym konstruktem, który ma być zmierzony, a treścią testu;

- dane oparte na analizie procesu udzielania odpowiedzi;
- dane wynikające z analizy struktury wewnętrznej testu;
- dane oparte na analizie związków z innymi zmiennymi: dane zbieżne i różnicowe, związek między testem a kryterium;
- dane oparte na konsekwencjach testowania.

Dane pochodzące z różnych źródeł mogą potwierdzać różne aspekty trafności (aspekt zbieżnościowy i różnicujący), ale nie reprezentują różnych rodzajów trafności. Trafność jest pojęciem spójnym. Jest to stopień, w jakim różne kumulujące się dane potwierdzają zamierzoną interpretację wyników testowych. Tradycyjnie się wyróżnia [26-28]:

- trafność kryterialną (diagnostyczną i prognostyczną – criterion validity: concurrent validity, predictive validity) – tradycyjnie określaną na podstawie korelacji wyników nowego testu z jakimś kryterium zewnętrznym (najlepiej nietestowym) lub tzw. złotym standardem.
- trafność treściową (wewnętrzną – content validity) – ustalenie jej wymaga precyzyjnego zdefiniowania konstrukt, wykazania, że pozycje testu stanowią reprezentatywną dla niego próbę. Inne możliwe metody ustalania trafności treściowej to: porównywanie pomiaru z obowiązującymi standardami, założeniami teoretycznymi, wywiady z potencjalnymi osobami badanymi.
- trafność teoretyczną (construct validity) – polega na wykazaniu związku narzędzia badawczego z konstruktem teoretycznym. Trafność teoretyczna jest też rozumiana jako wypadkowa trafności kryterialnej i trafności treściowej. Cronbach i Meehl (1955) zaproponowali 5 sposobów ustalania trafności teoretycznej [14]:
  - analiza różnic międzygrupowych – jeżeli na podstawie danych z wcześniejszych badań lub naszego rozumienia konstrukt można oczekiwać, że pewne grupy badanych będą uzyskiwały różne wyniki w teście, można to bezpośrednio zbadać;
  - analiza macierzy korelacji i analiza czynnikowa – jeżeli dwa testy mierzą ten sam konstrukt, można oczekiwać korelacji między nimi,

a analiza czynnikowa może być bezpośrednio stosowana do testowania hipotez na temat konstruktów;

- analiza struktury wewnętrznej testu – zgodność wewnętrzną testu opisują korelacje poszczególnych pozycji testu z wynikiem ogólnym testu oraz niektóre współczynniki rzetelności;
- analiza zmian nieprzypadkowych testu – stabilność wyników testowych („rzetelność retestowa”) może być odpowiednia do określenia trafności teoretycznej. To, w jaki sposób stabilność wyników wpływa na trafność testu, zależy od teorii definiującej konstrukt;
- analiza procesu rozwiązywania testu. Jest to nieformalna metoda sprawdzania trafności testu, polega na obserwacji procesu odpowiadania na pozycje testu. Wynik testu może zależeć od błędnego odczytania zadania, niezrozumienia polecenia, braku czasu.

## **Rzetelność**

Rzetelność (reliability) oznacza stałość pomiarów, gdy procedura badania testem jest powtarzana dla jednostek lub dla grup badanych osób [2]. Metody badania rzetelności testu [5, 14, 26-28] są następujące:

- metoda powtórnego testowania (test-retest reliability) polega na dwukrotnym przebadaniu tej samej grupy osób tym samym narzędziem pomiarowym. Oszacowaniem współczynnika rzetelności w tym przypadku jest współczynnik korelacji między dwoma zbiorami wyników. Słabym punktem tej metody jest czas występujący między dwoma badaniami. Osoba wypełniająca kwestionariusz może zapamiętać pytania i za drugim razem udzielić takich samych odpowiedzi, podnosząc tym samym współczynnik korelacji, co powoduje przeszacowanie współczynnika rzetelności (otrzymanie większej wartości). Możliwa jest również sytuacja odwrotna w przypadku wydłużenia odstępu czasowego między badaniami;
- metoda form równoległych (parallel – forms reliability) polega na równoległym badaniu dwoma równoległymi narzędziami pomiarowymi, za

pomocą których dokonuje się pomiaru tej samej grupy osób. Oszacowaniem współczynnika rzetelności jest współczynnik korelacji między otrzymanymi za pomocą obu narzędzi wyników;

- metoda połówkowa (odd-even reliability) polega na podziale testu na dwie lub więcej części i traktowaniu ich jako niezależne skale (narzędzia badawcze). Oszacowaniem rzetelności całego testu jest współczynnik Spearmana-Browna, wykorzystujący współczynniki korelacji obliczane dla każdej części skali oddzielnie, które są traktowane jako ocena rzetelności pomiarów dla połówek kwestionariusza – tzw. współczynnik równoważności połówkowej. Wadą tej metody jest otrzymywanie większego współczynnika rzetelności dla dłuższych kwestionariuszy, co oznacza, że zwiększając liczbę pytań, zawsze otrzymamy wyższy współczynnik rzetelności. Zwiększona liczba pytań może zniechęcić jednocześnie respondenta do udzielania odpowiedzi, co zmniejszy rzetelność narzędzia pomiarowego. Ponadto podział na grupy należy tak przeprowadzić, by każda z części zawierała pozycje testowe najbardziej podobne do siebie pod względem treściowym i statystycznym;
- metoda zgodności wewnętrznej (internal consistency reliability) stosuje się do oceny rzetelności kwestionariuszy złożonych z różnych serii pytań o dychotomizowanych wynikach. Oszacowaniem współczynnika rzetelności testu jest wzór Kudera-Richardsona;
- wzór Cronbacha Alfa (Cronbach's Alfa) jest uogólnieniem metody połówkowej i równocześnie uogólnieniem wzoru Kudera-Richardsona. Według tego wzoru współczynnik oceniający rzetelność kwestionariusza jest średnią ze wszystkich współczynników równoważności połówkowej. Główną zaletą tego współczynnika jest możliwość oceny rzetelności kwestionariuszy złożonych z pytań o dowolnej liczbie kategorii odpowiedzi.

## **4. Cel badań**

Celem głównym badań własnych była adaptacja narzędzia badawczego the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS) do warunków polskich. Cel ten realizowano w trzech etapach:

- przygotowanie polskiej wersji skali NSNS nazwanej skalą zadowolenia z pielęgnacji Newcastle;
- zastosowanie polskiej wersji skali NSNS w wybranych losowo szpitalach i oddziałach w Polsce;
- ocena właściwości psychometrycznych skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle.

## 5. Metody i materiał badań

### 5.1. Przygotowanie polskiej wersji skali NSNS - skala zadowolenia z pielęgnacji Newcastle

Na każdym z etapów pracy stosowano metody badawcze umożliwiające realizację celów cząstkowych [7]. Prace nad adaptacją oryginalnej wersji The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale w Polsce rozpoczęto w 2002 r. w Pracowni Badań Naukowych w Pielęgniarstwie Akademii Medycznej w Poznaniu. W procesie adaptacji zwrócono uwagę na kwestie dotyczące adaptacji kulturowej narzędzi badawczych [30, 31, 33]. Opracowując polską wersję The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale, starano się uzyskać równoważność obu wersji przez respektowanie kryteriów równoważności.

**Równoważność funkcjonalna** według Drwala oznacza, że test mierzy tę samą zmienną, jest przydatny do tych samych celów, jest podatny (odporny) na działanie podobnych czynników zakłócających. Równoważność funkcjonalna jest w pewnym stopniu wynikiem/pochodną równoważności koncepcyjnej. W pracy rozważano, czy:

- istnieje zgodność w definiowaniu pojęcia „satisfakcja z opieki pielęgniarskiej” w obu obszarach kulturowych;
- zidentyfikowane w oryginalnej skali aspekty opieki pielęgniarskiej ważne dla pacjentów, charakteryzujące „dobre” i „złe” pielęgnowanie są w warunkach polskich zbieżne;
- aspekty opieki pielęgniarskiej ważne dla pacjentów, a dotyczące różnych jej obszarów, są określane przez te same wskaźniki zawarte w twierdzeniach skali.

Analizę równoważności koncepcyjnej przeprowadzono na podstawie przeglądu literatury dotyczącej: definiowania pojęcia „satisfakcja pacjenta”, wyników pomiaru satysfakcji z opieki pielęgniarskiej i oczekiwań pacjentów wobec pielęgniarek w Polsce.

**Wierność tłumaczenia** – w celu zachowania możliwie równoważności semantycznej w tłumaczeniu The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale na

język polski, stosowano transkrypcję i translację. Wersja oryginalna była tłumaczona przez dwóch niezależnych tłumaczy, nie byli to jednakże tłumacze, których językiem naturalnym jest język angielski, ale osoby, które ukończyły filologię angielską i zawodowo zajmują się tłumaczeniem i nauczaniem języka angielskiego w Polsce.

Proces tłumaczenia przebiegał następująco:

- rok 2002 – nawiązanie współpracy i uzyskanie zgody autorów wersji oryginalnej (dr Elaine McColl, University of Newcastle upon Tyne) The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS) na adaptację skali w Polsce;
- rok 2002 – tłumaczenie skali The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS) przez dwóch niezależnych tłumaczy;
- rok 2004 – przyjęcie na podstawie uzyskanych tłumaczeń jednej, wstępnej wersji skali - The Newcastle skala satysfakcji pacjenta z opieki pielęgniarskiej”;
- rok 2005 – retranslacja, czyli odwrotne tłumaczenie wstępnej polskiej wersji skali z języka polskiego na język angielski (back translation), wykonana przez niezależnego tłumacza; wersję odwrotnie przetłumaczoną przesłano do Pani dr E. McColl w celu pozyskania opinii i uwag dotyczących wierności tłumaczenia;
- rok 2005 – analiza uzyskanych uwag i sugestii, naniesienie poprawek zgodnie z otrzymanymi uwagami, przyjęto początkową polską wersję skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle (załącznik nr 2).

W toku badań ankietowych z wykorzystaniem skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle pacjenci byli zachęceni do wyrażania własnych opinii i uwag na temat skali, twierdzeń w niej zawartych i sposobu udzielania odpowiedzi. Opinie te respondenci zapisywali w części trzeciej kwestionariusza w punkcie Uwagi.

**Równoważność fasadowa** polega między innymi na zachowaniu zgodności obu wersji skali w zakresie: formy graficznej, gramatycznej formy twierdzeń i kategorii odpowiedzi, ich liczby, kolejności występowania, instrukcji prowadzenia badania



uwzględniającej kryteria doboru grupy badanej, sposobu dystrybucji i odbioru ankiet, przekodowywania danych i ich analizowania.

Przygotowując polską wersję skali, zastosowano identyczną formę graficzną kwestionariusza skali, przyjęto identyczne kryteria doboru próby badanej, zastosowano identyczny przebieg procedury badawczej zgodny z instrukcją opracowaną przez autorów wersji oryginalnej. W instrukcji (załącznik nr 3) zawarto wytyczne dotyczące postępowania na poszczególnych etapach prowadzenia badania satysfakcji pacjentów, określono w niej cel stosowania wstępnej wersji skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle, wielkość badanej grupy w każdym z oddziałów, a także zasady:

- przygotowania kwestionariusza ankiety,
- kryteria uczestnictwa,
- prowadzenia rejestru pacjentów spełniających kryteria uczestnictwa,
- dystrybucji ankiet,
- odbioru ankiet,
- sprawdzania, przekodowania wg klucza,
- wprowadzania do komputera,
- obliczania poziomu doświadczeń i satysfakcji.

Działania te umożliwiły osiągnięcie dużego stopnia równoważności fasadowej z wersją oryginalną.

**Wierność rekonstrukcji.** Polska wersja skali została opracowana na podstawie skali już istniejącej. Etapy konstruowania skali, jak: ustalenie wstępnej puli pozycji, wybór systemu udzielania odpowiedzi na każdą pozycję skali, podjęcie decyzji o liczbie kategorii odpowiedzi, nazwanie poszczególnych kategorii odpowiedzi, testowanie skali w badaniu pilotażowym nie były w Polsce przeprowadzane. Przeprowadzono natomiast ocenę poszczególnych pozycji skali za pomocą metod statystycznych, takich samych jak w przypadku wersji oryginalnej (braki odpowiedzi na pozycje skali, wartość współczynnika Alfa Cronbacha, analiza korelacji „pozycja testu – wynik ogólny”). Badanie doświadczeń i satysfakcji pacjentów

z pielęgnowania przeprowadzone w Polsce przebiegało zgodnie z procedurą badania, opracowaną przez autorów wersji źródłowej.

**Równoważność psychometryczna** obu wersji skali była oceniana za pomocą metod statystycznych. Podobnie jak w przypadku wersji oryginalnej w Polsce przeprowadzono: analizy porównujące wyniki oceny doświadczeń i satysfakcji, uzyskane za pomocą skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle, w zależności od wieku, wykształcenia pacjentów, tego, czy potrafią zidentyfikować swoją pielęgniarkę prowadzącą „primary nurse”. Spójność wewnętrzną skali oceniano za pomocą współczynnika Alfa Cronbacha oraz współczynnika korelacji rang Spearmana dla korelacji pozycja testowa a wynik ogólny skali. Oceniano także zdolność polskiej wersji skali NSNS do wykrywania różnic w jakości opieki pielęgniarskiej w oddziałach tego samego szpitala.

## **5.2. Zastosowanie skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle do oceny satysfakcji z opieki pielęgniarskiej**

Metodą badawczą wykorzystaną podczas oceny satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej była metoda sondażu diagnostycznego [60]. W toku badań stosowano technikę ankietowania, narzędziem badawczym była opracowana skala zadowolenia z pielęgnacji Newcastle (załącznik nr 3).

Skala ta składa się z trzech części:

- część 1 – doświadczenia związane z opieką pielęgniarską. Zawiera: 26 stwierdzeń (15 pozytywnych i 11 negatywnych) z możliwością odpowiedzi w 7-stopniowej skali Likerta w zakresie „całkowicie się nie zgadzam – całkowicie się zgadzam”. Analiza odpowiedzi umożliwia określenie ogólnej punktacji „doświadczenia” w przedziale 0-100 punktów, gdzie 100 oznacza doświadczenia z opieki najlepsze z możliwych, a 0 – doświadczenia z opieki tak złe, jak to tylko możliwe do wyobrażenia;
- części 2 – satysfakcja z opieki pielęgniarskiej – respondenci wyrażają swoje opinie na temat każdego z 19 aspektów opieki pielęgniarskiej wymienionych

w tej części skali w 5-stopniowej skali Likerta w zakresie „całkowicie zadowolony – całkowicie niezadowolony”. Analiza odpowiedzi umożliwia określenie ogólnej punktacji „satisfakcja” w przedziale 0-100 punktów, gdzie 100 oznacza pełną satysfakcję ze wszystkich aspektów opieki pielęgniarskiej, a 0 całkowity brak satysfakcji z jakiegokolwiek aspektu opieki pielęgniarskiej;

- część 3 skali to pytania dotyczące cech demograficznych pacjentów i ich pobytu w szpitalu oraz dwa pytania dotyczące ogólnej satysfakcji pacjenta opieki pielęgniarskiej i satysfakcji z całego pobytu w szpitalu.

Skalę zadowolenia z pielęgnacji Newcastle zaopatrzone w krótką instrukcję wyjaśniającą jak należy odpowiadać na pytania zawarte w kwestionariuszu oraz informację dotyczącą celu przeprowadzenia badań i zasad zachowania poufności danych. Koordynatorzy projektu badawczego w poszczególnych ośrodkach otrzymali zalecenie, aby kwestionariusz ankiety otrzymanej od autorów drogą elektroniczną wydrukować bez nanoszenia jakichkolwiek zmian w formacie A4, na białym papierze, zastosować czcionkę standardową rozmiar 12, w kolorze czarnym. Każda część ankiety powinna rozpoczynać się na nowej kartce. Kartki powinny być zszyte w odpowiedniej kolejności. Nie zezwolono na dopisywanie własnych pytań ani wprowadzanie zmian do pytań zawartych w skali.

### **Procedura badania satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej**

W 2006 r. rozpoczęto w Polsce badanie satysfakcji pacjentów w ramach wieloośrodkowego projektu badawczego za pomocą skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle. Przed rozpoczęciem badań uzyskano zgodę komisji Bioetycznej przy Akademii Medycznej w Poznaniu. Procedurę badawczą przygotowano na podstawie instrukcji prowadzenia badania opracowanej przez autorów wersji oryginalnej skali. Warunkiem uczestnictwa w wieloośrodkowym projekcie badawczym było uzyskanie w każdym z oddziałów szpitalnych co najmniej 100 poprawnie wypełnionych ankiet, a następnie przesłanie ich na adres organizatorów projektu w wersji papierowej. Czas trwania badania w poszczególnych ośrodkach mógł być różny, zależał on głównie od liczby „wypisów”. Każdy ośrodek uczestniczący w badaniu satysfakcji pacjentów z pielęgnowania z wykorzystaniem skali Newcastle został zobowiązany do przeprowadzenia badania w co najmniej jednym oddziale zabiegowym (chirurgia,

ortopedia, urologia, torakochirurgia, laryngologia itp.) oraz jednym oddziale leczenia zachowawczego (interna, diabetologia, nefrologia itp.).

Przyjęto kryteria kwalifikacji pacjenta do uczestnictwa w badaniu satysfakcji – pacjent uczestniczący w badaniu musiał:

- mieć 18 lat i więcej;
- być w dniu wypisu lub przeniesienia z oddziału;
- spędzić w oddziale minimum 2 noce;
- potrafić czytać i pisać po polsku;
- nie mieć zaburzeń świadomości;
- nie być hospitalizowanym w żadnym innym oddziale podczas tego pobytu w szpitalu;
- wyrazić zgodę na badanie;
- wypełnić formularz zgody na udział w badaniu.

Dodatkowo pacjent był poinformowany o celu przeprowadzania badania oraz o czasie potrzebnym do wypełnienia kwestionariusza. Udział w badaniu był dobrowolny. Badanie przeprowadzono w taki sposób, aby zagwarantować pacjentowi poczucie poufności uzyskanych danych. Pacjent wiedział, że chociaż jego identyfikacja jest możliwa na podstawie numeru w rejestrze i numeru wypełnionego kwestionariusza ankiety, to uzyskane dane będą wykorzystane jedynie przez prowadzących badanie do celów naukowych. Badanie było prowadzone przez osoby niezwiązane zawodowo z danym oddziałem, niebędące pracownikami oddziału (nauczyciele akademicki, studenci).

Każdy oddział uczestniczący w badaniu satysfakcji w okresie trwania tego badania musiał prowadzić rejestr osób leczonych w oddziale, spełniających kryteria uczestnictwa. Rejestr ten powinien zawierać następujące dane pacjentów: imię i nazwisko, wiek, zgoda na udział w badaniu, data, numer identyfikacyjny pacjenta. Jeżeli pacjent spełniający kryteria nie uczestniczył w badaniu, należało zaznaczyć w rejestrze tego powód (odmowa pacjenta, brak ankietera, powody organizacyjne, nietypowa pora wypisu, oddanie niewypełnionej ankiety itp.). Pacjentów odmawiających udziału w badaniu należało poprosić o podanie przyczyny. Jeżeli pacjent spełniający kryteria wyraził zgodę na udział w badaniu, należało przypisać

mu w prowadzonym rejestrze indywidualny numer identyfikacyjny. Numer ten był też zapisywany na kwestionariuszu ankiety, który otrzymywał pacjent.

Kwestionariusz ankiety umieszczano w niepodpisanej kopercie formatu A4. Pacjent otrzymywał go w dniu wypisu albo przeniesienia na inny oddział lub do innego szpitala. W miarę możliwości starano się zapewnić pacjentowi odpowiednie miejsce i odpowiedni czas na wypełnienie ankiety. Wskazane było, aby pacjent wypełniał kwestionariusz osobiście, bez pomocy osób bliskich czy personelu. Jeżeli pacjent miał trudności z czytaniem lub pisanem, dopuszczalne było głośne czytanie pytań i możliwych odpowiedzi przez ankietera i zaznaczanie wskazanych odpowiedzi. Przed wręczeniem kwestionariusza ankiety należało wpisać na stronie tytułowej w miejscu do tego wyznaczonym (Oddział, Szpital) odpowiednie numery nadane przez organizatorów projektu oraz w miejscu Pacjent – numer identyfikacyjny pacjenta zgodny z rejestrem osób spełniających kryteria badania, prowadzonym w poszczególnych oddziałach. Każdy szpital, a w obrębie szpitala każdy oddział, otrzymał inny numer. W miejscu Czas, jeżeli badanie satysfakcji pacjentów w danym oddziale było prowadzone po raz pierwszy, wpisywano 1, a jeżeli po raz kolejny, to odpowiednio 2, 3 itd. Umożliwiało to porównywanie wyników w danym oddziale w czasie. Numer oddziału oznaczano liczbą dwucyfrową, np. 01 lub 15, numer szpitala był jednocyfrowy, a numer pacjenta trzycyfrowy, np. 004, 017, 189.

Pacjent po wypełnieniu kwestionariusza ankiety wkładał go do koperty, zaklejał i wrzucał do oznaczonego pudełka znajdującego się na terenie oddziału. Dopuszczano, na życzenie pacjenta, odbiór wypełnionego kwestionariusza przez ankietera, nie zwalniało to jednakże organizatorów od przygotowania oznaczonego pudełka w każdym oddziale. Niedopuszczalne było odbieranie wypełnionych kwestionariuszy ankiet przez członków zespołu terapeutycznego danego oddziału oraz zabieranie przez pacjentów kwestionariuszy ankiet do domu i wysyłanie ich pocztą. Każdy kwestionariusz ankiety powinien być sprawdzony, czy jest wypełniony poprawnie. Kwestionariusze zwrócone, a w całości niewypełnione, były zaznaczane w rejestrze jako „nieuczestniczący w badaniu”.

Dane uzyskane z kwestionariusza były wprowadzane do komputera, do arkusza kalkulacyjnego Excel w odpowiednich kolumnach. Analizę przeprowadzano

w Katedrze Pielęgniarstwa UWM w Olsztynie za pomocą pakietu statystycznego SPSS 1,4 for Windows oraz STATISTICA 9.0 wersja polska.

Tabela 1. Sposób wprowadzania danych (tworzenia bazy danych)

Zmienna	Kolumna
Oddział	1-2
Szpital	3
Pacjent	4-6
Które badanie	7
Część 1, pytanie 1	8
Część 1, pytanie 2	9-32
Część 1, pytanie 26	33
Część 2, pytanie 1	34
Część 2, pytanie 2	35-51
Część 2, pytanie 19	52
Część 3, pytanie 1	53
Część 3, pytanie 2	54-55
Część 3, pytanie 3, część 1	56
Część 3, pytanie 3, część 2	57-58
Część 3, pytanie 4	59-60
Część 3, pytanie 5	61
Część 3, pytanie 6	62
Część 3, pytanie 7	63

*Źródło:* Opracowanie własne.

### **Obliczanie ogólnej punktacji „doświadczenia z opieki pielęgniarskiej”**

Ogólną punktację „doświadczenia z opieki pielęgniarskiej” obliczano na podstawie odpowiedzi uzyskanych w części 1 kwestionariusza, pytania 1-26. W tym celu należało:

- przekodować uzyskane odpowiedzi wg wzoru – tabela 2;
- zsumować wszystkie przekodowane punkty uzyskane ze wszystkich poprawnych odpowiedzi (poprawna odpowiedź to taka, w której respondent

zakreślił tylko jedną odpowiedź, niepoprawna to taka, w której zakreślono więcej odpowiedzi lub brak jest zakreślenia odpowiedzi);

- podzielić otrzymaną sumę przez całkowitą liczbę poprawnych odpowiedzi;
- podzielić uzyskany w ten sposób wynik przez 6, a następnie pomnożyć go przez 100.

Tabela 2. Przekodowanie danych uzyskanych w części 1 kwestionariusza

Pytanie	Odpowiedź oryginalna	Odpowiedź przekodowana
1,5,6,9,10,11,12,16,17,18,21,23,25,26,	1	0
	2	1
	3	2
	4	3
	5	4
	6	5
	7	6
2,3,4,7,8,13,14,15,19,20,22,24	1	6
	2	5
	3	4
	4	3
	5	2
	6	1
	7	0

*Źródło:* Opracowanie własne.

### **Obliczenie ogólnej punktacji „satisfakcja z opieki pielęgniarskiej”**

Ogólną punktację „satisfakcja z opieki pielęgniarskiej” oblicza się na podstawie odpowiedzi uzyskanych w części 2 kwestionariusza, pytania 1-19. W tym celu należy:

- przekodować uzyskane odpowiedzi wg wzoru:
  - 1=0
  - 2=1
  - 3=2

4=3

5=4

- zsumować wszystkie przekodowane punkty uzyskane ze wszystkich poprawnych odpowiedzi;
- Podzielić otrzymaną sumę przez całkowitą liczbę poprawnych odpowiedzi;
- podzielić uzyskany w ten sposób wynik przez 4, a następnie pomnożyć go przez 100.

### **Ośrodki uczestniczące w badaniu i koordynatorzy**

Badanie satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej rozpoczęto we wrześniu 2006 r., a zakończono w lipcu 2008 r. Kwalifikacja ośrodka do udziału w projekcie odbywała się na podstawie uzyskania zgody dyrekcji placówki na przeprowadzenie badań ankietowych, powołania w poszczególnych ośrodkach koordynatorów badań niebędących członkami zespołu terapeutycznego w danym oddziale, wyrażeniu chęci udziału w projekcie przez koordynatorów. Do udziału w projekcie badawczym zakwalifikowano następujące ośrodki:

- Olsztyn – Miejski Szpital Zespolony, koordynator mgr A. Gutysz-Wojnicka, Katedra Pielęgniarstwa UWM w Olsztynie;
- Poznań – Instytut Kardiologii, koordynator mgr Katarzyna Jessa, Zakład Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki UM w Poznaniu;
- Poznań – 111. Szpital Wojskowy z Przychodnią, koordynator dr Dorota Talarska, Pracownia Pielęgniarstwa Społecznego UM w Poznaniu;
- Jarosław – Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu i Lubaczowie, koordynator mgr Magdalena Kozimała, Wyższa Szkoła Zawodowa w Jarosławiu;
- Rzeszów – Szpital Miejski w Dębicy, koordynator mgr Dorota Ozga, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa Uniwersytet Rzeszowski;
- Rzeszów – Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Rzeszowie, koordynator mgr Elżbieta Kraśnianin;



- Bełchatów – Wojewódzki Szpital Zespolony, koordynator dr Dorota Talarska, Pracownia Pielęgniarstwa Społecznego UM w Poznaniu;
- Bydgoszcz – Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, koordynator mgr Aneta Dowbór-Dzwonka, Katedra Pielęgniarstwa UMK CM w Bydgoszczy.

Koordinatory badań w poszczególnych ośrodkach przed rozpoczęciem badań otrzymali:

- szczegółową instrukcję prowadzenia badania satysfakcji pacjentów z wykorzystaniem skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle, zgodną z wytycznymi opracowanymi przez autorów wersji oryginalnej;
- wersję elektroniczną przyjętej skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle z zaleceniami dotyczącymi jej drukowania (format);
- list przewodni skierowany do dyrektorów placówek opieki zdrowotnej z prośbą o umożliwienie przeprowadzenia badań;
- wzór deklaracji o przystąpieniu do badań;
- wzór formularza zgody na udział w badaniu dla pacjentów (załącznik nr 4).

Badanie satysfakcji pacjentów w poszczególnych oddziałach nie było prowadzone w jednym czasie, czas rozpoczęcia i trwania badań zależał od czynników organizacyjnych i możliwości koordynatorów w poszczególnych ośrodkach.

### **5.3. Ocena właściwości psychometrycznych skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle**

#### **5.3.1. Metody statystyczne analizy danych wykorzystane w badaniu satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej**

W badaniu satysfakcji pacjentów z pielęgnowania wykorzystano następujące metody statystyczne analizy danych [7, 53, 66]:

- metody statystyki opisowej,
- metody analizy zależności (współczynnik korelacji Spearmana),
- metody wnioskowania statystycznego.

### Metody statystyki opisowej

Grupę badaną oraz wyniki uzyskane z analizy danych pochodzących z odpowiedzi na pytania zawarte w kwestionariuszu ankiety scharakteryzowano, stosując następujące miary położenia i rozproszenia:

- wskaźnik struktury,
- mediana,
- średnia arytmetyczna,
- kwartale,
- odchylenie standardowe.

Wskaźnik struktury, inaczej częstość względna, oznacza udział jednostek o wartości  $x_i$  w ogólnej liczebności zbiorowości. Wartości są wyrażane w ułamku lub w procentach.

$$w_i = \frac{n_i}{n} \quad (i = 1, 2, \dots, k)$$

gdzie:

- $w_i$  – częstość względna,
- $n_i$  – liczba jednostek o wartości  $x_i$  cechy,
- $n$  – suma wszystkich jednostek (ogólna liczebność zbiorowości).

Mediana to wartość środkowa uporządkowanego szeregu wartości wyników. Dzieli uporządkowany zbiór wartości na dwie połowy, z równą liczbą wartości powyżej i poniżej mediany.

Średnia arytmetyczna to klasyczna miara położenia i tendencji centralnej, definiowana jako średni poziom zjawiska:

$$\bar{x} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n x_i \quad (i = 1, 2, \dots, n)$$

Odchylenie standardowe to miara rozproszenia, mówiąca, o ile przeciętnie poszczególne wartości (wartości cechy poszczególnych obiektów) różnią się od wartości średniej:

$$s = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2}{n}}$$

Współczynnik zmienności – względna miara zróżnicowania cechy zależna od średniej:

$$V = \frac{S}{\bar{x}} * 100\%$$

Kwartyle, miary rozproszenia, to wartości, które dzielą uporządkowany zbiór danych na cztery równe pod względem liczby części, tj. dwudziesty piąty, pięćdziesiąty i siedemdziesiąty piąty percentyl. Wartość zmiennej  $\chi$ , poniżej której leży 25% obserwacji, nazywamy dwudziestym piątym kwartylem, wartość zmiennej  $\chi$ , poniżej której leży 75% obserwacji, nazywamy siedemdziesiątym piątym kwartylem, pięćdziesiąty centyl jest medianą.

### **Metody analizy zależności**

Podczas analizy zależności między zmiennymi badanymi wykorzystano współczynnik korelacji rangowej Spearmana. Współczynnik korelacji Spearmana w sensie statystycznym jest odpowiednikiem współczynnika korelacji Pearsona, z tą różnicą, że oblicza się go na podstawie rang, a nie mierzonych wartości. Może on przyjmować wartości od -1 do 1. Wartości ujemne świadczą o zależności ujemnej (wzrost jednej cechy powoduje spadek drugiej), wartości dodatnie natomiast – o zależności dodatniej (wzrost jednej cechy powoduje wzrost drugiej cechy). Wartość bezwzględna współczynnika informuje o sile zależności. Im wartość jest większa, tym zależność większa – i odwrotnie, im wartość mniejsza (bliżej zera), tym zależność mniejsza (zależność nie występuje). Wysoka wartość współczynnika korelacji nie zawsze oznacza, że zależność między badanymi cechami występuje. Żeby to sprawdzić, należy zastosować metody wnioskowania statystycznego – testy istotności.

## Metody wnioskowania statystycznego

Spośród metod wnioskowania statystycznego wykorzystano nieparametryczne testy istotności różnic:

- test nieparametryczny U Manna-Whitneya do porównania dwóch grup. Celem zastosowania testu było porównanie wyników ocen opieki pielęgniarskiej uzyskanych w dwóch oddziałach tego samego szpitala. Analizy przeprowadzono oddzielnie dla wyników uzyskanych w zakresie skali „doświadczenia” i skali „satisfakcja”. Podczas analizy zależności przyjęto następujące hipotezy badawcze:

- Hipotezy:

$H_0$ : W dwóch oddziałach tego samego szpitala jest taki sam rozkład wyników w populacji.

$H_1$ : W dwóch oddziałach tego samego szpitala jest różny rozkład wyników w populacji.

- test do porównywania więcej niż dwóch prób – nieparametryczny test ANOVA Kruskala-Wallis. Celem analizy było stwierdzenie, czy różnice między wynikami oceny opieki pielęgniarskiej w poszczególnych oddziałach i szpitalach są statystycznie różne. Analizy przeprowadzono oddzielnie dla wyników uzyskanych w zakresie skali „doświadczenia” i skali „satisfakcja”.

- Hipotezy:

$H_0$ : Próby pobrano z populacji o tym samym rozkładzie lub rozkładach mających taką samą medianę. Każda grupa ma taki sam rozkład wartości ocen w populacji.

$H_1$ : Próby pobrano z populacji o tym różnym rozkładzie lub rozkładach mających różną medianę. Nie każda grupa ma taki sam rozkład wartości ocen w populacji.

W wykorzystanych testach przyjęto poziom istotności wynoszący 0,05 ( $p = 0,05$ ).

### **5.3.2. Metody statystyczne wykorzystane w badaniu trafności i rzetelności skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle**

W badaniu wykorzystano następujące metody statystyczne, stosując komputerowy pakiet statystyczny SPSS v.14.:

- współczynnik rzetelności Alfa Cronbacha, jego wartość 0,7 i powyżej przyjęto jako wartość potwierdzającą rzetelność skali,
- współczynnik korelacji rang Spearmana, wartość współczynnika 0,4 i powyżej, przyjęto jako potwierdzającą istnienie zależności,
- test współczynnika korelacji rang Spearmana.

Rzetelność skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle badano oddzielnie dla wyników uzyskanych w zakresie skali „doświadczenia” i skali „satysfakcja”. Rzetelność skali analizowano za pomocą współczynnika rzetelności Alfa Cronbacha na podstawie kwestionariuszy skali, w których odpowiadano na wszystkie zamieszczone tam pytania – 787 kwestionariuszy. Kolejnym etapem badania była próba polepszenia rzetelności skali na podstawie analizy współczynnika Alfa Cronbacha uzyskanego po usunięciu wybranego pytania.

Trafność teoretyczną skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle badano oddzielnie dla skali „doświadczenia” i skali „satysfakcja” za pomocą:

- analizy struktury wewnętrznej skali – oceniano, w jaki sposób poszczególne pozycje testowe (pytania) zawarte w kwestionariuszu ankiety wpływają na wynik ogólny skali;
- analizy udzielania odpowiedzi na poszczególne pozycje skali – założono, że w przypadku braku odpowiedzi na poszczególne pozycje skali przez więcej niż 5% respondentów, dana pozycja skali (jej części) nie spełnia kryteriów trafności.

Aspekt zbieżnościowy trafności analizowano, badając korelację wyniku skali „doświadczenia” i wyniku skali „satysfakcja” z wynikami badania zewnętrznego. W badaniu wykorzystano odpowiedzi na dwa pytania znajdujące się w części III skali (niestanowiące części głównej skali) jako badania zewnętrzne (kryteria

zewnątrzne). Pierwsze pytanie dotyczyło ogólnej oceny opieki pielęgniarskiej otrzymanej na oddziale w czasie pobytu w tym oddziale (pytanie 6, część 3 skali), a drugie pytanie dotyczyło całościowej oceny pobytu w oddziale (pytanie 7, część 3 skali). W celu oceny tej zależności wykorzystano współczynnik korelacji rangowej Spearmana i test istotności współczynnika korelacji. Podczas analizy zależności przyjęto następujące hipotezy badawcze:

$H_0: r_{x,y} = 0$  – współczynnik korelacji jest nieistotny, czyli brak związku między wynikami ogólnymi poszczególnych części skali a wynikami uzyskanymi w odpowiedzi na pytania stanowiące kryteria zewnętrzne (badania zewnętrzne), statystycznie istotnie nie wpływają one na siebie.

$H_1: r_{x,y} \neq 0$  – współczynnik korelacji jest istotny, czyli istnieje związek między wynikami ogólnymi poszczególnych części skali a wynikami uzyskanymi w odpowiedzi na pytania stanowiące kryteria zewnętrzne (badania zewnętrzne), statystycznie istotnie wpływają one na siebie, są od siebie zależne.

Trafność kryterialną określa się również na podstawie korelacji wyników nowej skali z tzw. złotym standardem, w tym przypadku byłaby to wzorcowa skala do badania satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej. Skala taka jak dotąd nie powstała, dlatego zastosowano metodę porównania wyników skali zadowolenia z pielęgnacją Newcastle z wynikami określonych grup odniesienia, które na podstawie dotychczasowych badań osiągają przewidywalne wyniki oceny satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej (know group validity). W tym celu badano wpływ cech demograficznych i innych zmiennych niezależnych na ocenę opieki pielęgniarskiej. Analizowano związek między takimi zmiennymi, jak: wiek pacjenta, wykształcenie, płeć, czas pobytu w oddziale, rodzaj oddziału, wyznaczenie jednej pielęgniarki odpowiedzialnej za opiekę nad pacjentem (i poinformowania go o tym), rodzaj szpitala, w którym pacjent był hospitalizowany, a wynikiem uzyskanym w skali „doświadczenia” i skali „satysfakcja”. W wykorzystanych testach przyjęto poziom istotności wynoszący 0,05 ( $p = 0,05$ ).

Wpływ wykształcenia pacjenta na wynik oceny opieki pielęgniarskiej badano za pomocą testu Kruskala-Wallisa, zastosowano także test wielokrotnych porównań Dunna, w celu stwierdzenia, jak różne wykształcenie wpływa na uzyskane wyniki. Podczas analizy zależności przyjęto następujące hipotezy badawcze:

Hipotezy:  $H_0$ : Nie istnieje istotna różnica w ocenie doświadczeń związanych z opieką pielęgniarską i satysfakcją pacjentów mających różne wykształcenie.

$H_1$ : Istnieje istotna różnica w ocenie doświadczeń związanych z opieką pielęgniarską i satysfakcją pacjentów mających różne wykształcenie.

Wpływ wieku pacjentów na wynik oceny doświadczeń i satysfakcji badano za pomocą nieparametrycznego testu Kruskala-Wallisa. Test rang Kruskala-Wallisa bada hipotezę, że próby zostały pobrane z populacji o rozkładach mających tę samą medianę.

Hipotezy:  $H_0$ : W każdej grupie wiekowej pacjentów jest taki sam rozkład wyników badania doświadczeń związanych z opieką pielęgniarską i satysfakcji z pielęgowania.

$H_1$ : Nie w każdej grupie wiekowej pacjentów jest taki sam rozkład wyników badania doświadczeń związanych z opieką pielęgniarską i satysfakcji z pielęgowania.

Wpływ płci pacjenta na wynik oceny satysfakcji badano za pomocą nieparametrycznego testu U Manna Whitneya. Podczas analizy istotności różnic przyjęto następujące hipotezy badawcze:

Hipotezy:  $H_0$ : Zarówno w grupie kobiet, jak i mężczyzn jest taki sam rozkład wyników badania doświadczeń związanych z opieką pielęgniarską i satysfakcji z pielęgowania.

$H_1$ : Zarówno w grupie kobiet, jak i mężczyzn jest różny rozkłady wyników badania doświadczeń

związanych z opieką pielęgniarską i satysfakcji z pielęgnowania.

Wpływ czasu pobytu pacjenta na wynik oceny satysfakcji badano za pomocą nieparametrycznego testu Kruskala-Wallisa. Zastosowano także test wielokrotnych porównań Dunna, aby stwierdzić, jak różnie długi czas pobytu w oddziale wpływał na uzyskane wyniki. Podczas analizy zależności przyjęto następujące hipotezy badawcze:

Hipotezy:  $H_0$ : W każdej grupie pacjentów o różnym czasie pobytu w oddziale jest taki sam rozkład wyników badania doświadczeń związanych z opieką pielęgniarską i satysfakcji z pielęgnowania.

$H_1$ : Nie w każdej grupie pacjentów o różnym czasie pobytu w oddziale jest taki sam rozkład wyników badania doświadczeń związanych z opieką pielęgniarską i satysfakcji z pielęgnowania.

Wpływ rodzaju oddziału, w którym pacjent był hospitalizowany, na wyniki badań i satysfakcję z opieki pielęgniarskiej badano za pomocą nieparametrycznego testu U Manna Whitneya. Pacjenci byli hospitalizowani w dwóch rodzajach oddziałów: zabiegowych lub niezabiegowych.

Hipotezy: Hipoteza  $H_0$ : Rozkłady wyników doświadczeń związanych z opieką pielęgniarską i satysfakcją z pielęgnowania, uzyskanych w oddziałach zabiegowym i niezabiegowych są takie same.

Hipoteza  $H_1$ : Rozkłady wyników doświadczeń związanych z opieką pielęgniarską i satysfakcją z pielęgnowania, uzyskanych w oddziałach zabiegowym i niezabiegowych są różne.

Wpływ wyznaczenia konkretnej pielęgniarki odpowiedzialnej za opiekę nad pacjentem w czasie pobytu w oddziale (i poinformowania go o tym) na wynik oceny jego doświadczeń związanych z opieką pielęgniarską i satysfakcji



z pielęgnowania badano za pomocą nieparametrycznego testu Kruskala-Wallisa. Sformułowano następujące hipotezy badawcze:

Hipotezy:  $H_0$ : Pacjenci, bez względu na sposób udzielenia odpowiedzi na pytanie dotyczące wyznaczenia pielęgniarki, tak samo oceniali doświadczenia związane z opieką pielęgniarską i satysfakcję z pielęgnowania.

$H_1$ : Pacjenci, w zależności od sposobu udzielenia odpowiedzi na pytanie dotyczące wyznaczenia pielęgniarki, różnie oceniali doświadczenia związane z opieką pielęgniarską i satysfakcję z pielęgnowania.

W celu stwierdzenia, czy wyniki oceny doświadczeń i satysfakcji pacjentów różnią się ze względu na rodzaj szpitala, w którym przebywali, zastosowano test Kruskala-Wallisa. Analizy przeprowadzono oddzielnie dla wyników uzyskanych w zakresie oceny doświadczeń z opieki pielęgniarskiej i w zakresie oceny satysfakcji z opieki pielęgniarskiej. Sformułowano następujące hipotezy badawcze:

Hipotezy:  $H_0$ : Pacjenci, bez względu na rodzaj szpitala, w którym przebywali, tak samo oceniali doświadczenia związane z opieką pielęgniarską i satysfakcję z pielęgnowania.

$H_1$ : Pacjenci, w zależności od rodzaju szpitala, w którym przebywali, różnie oceniali swoje doświadczenia związane z opieką pielęgniarską i satysfakcję z pielęgnowania.

### **5.3.3. Grupa badana**

Ostatecznie w badaniu wzięli udział pacjenci hospitalizowani w dziewięciu oddziałach sześciu szpitali na terenie Polski. Mimo deklarowanej chęci udziału w badaniu przez właściwych koordynatorów, nie uzyskano jakichkolwiek danych z ośrodka w Bydgoszczy, natomiast z Jarosławia uzyskano po 25 kwestionariuszy z dwóch oddziałów; ze względu na małą ilość uzyskanych danych nie uwzględniono ich w analizach.

Celem badania ankietowego (sondażowego) było uzyskanie stu (100) poprawnie wypełnionych ankiet w każdym z oddziałów. W toku badania łącznie uzyskano zwrot wypełnionych kwestionariuszy od 918 respondentów, w tym 787 (85,72%) kwestionariuszy było poprawnie wypełnionych (odpowiedziano na wszystkie pytania, wybrano tylko jedną odpowiedź na każde pytanie). Ze względu na to, że nie we wszystkich ośrodkach prowadzono rejestr pacjentów spełniających kryteria udziału w badaniu, którzy wyrazili zgodę na badanie i otrzymali kwestionariusz, możliwe jest jedynie przybliżone określenie ogólnego odsetka zwrotu kwestionariuszy; wyniósł on 59,63% (tabela 3).

Czas trwania badania w poszczególnych ośrodkach nie był z góry określony, zależał od liczby uzyskanych kwestionariuszy, średnio wyniósł 149,2 dnia, czyli około 5 miesięcy (tabela 4).

Wśród pacjentów biorących udział w badaniu przeważali mężczyźni (52,4%), średnia wieku badanych respondentów wynosiła 52 lata, większość stanowiły osoby z wykształceniem zawodowym (46,1%) i średnim (26,6%). Średnio badani respondenci spędzili w oddziale 8 nocy, w przeważającej większości uznali, że nie mieli lub nie byli pewni czy mieli wyznaczoną pielęgniarkę, odpowiedzialną za opiekę nad nimi (tabela 5).

Tabela 3. Zwrot kwestionariusza skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle

Kod oddziału	Liczba ankiet wręczonych pacjentom, po wyrażeniu przez nich zgody na udział w badaniu	Zwrot ankiet ogółem (%)	Zwrot poprawnie wypełnionych ankiet	Odsetek zwrotu poprawnie wypełnionych do zwrotu ogółem	Odsetek zwrotu poprawnie wypełnionych do ogólnej liczby wręczonych ankiet
1	249	100 (40,16%)	100	100%	40,16%
2	brak rejestru	100	100	100%	brak danych
3	brak rejestru	100	99	99%	brak danych
4	115	102 (88,7%)	100	98,03%	86,95%
5	115	106 (92,17%)	95	89,62%	82,6%
6	211	100 (47,74%)	52	52%	24,64%
7	150	109 (72,66%)	60	55,04%	40%
8	121	100 (82,64%)	99	99%	81,81%
9	brak rejestru	101	82	81,19%	brak danych
Razem	dane niepełne	918	787	średnia 85,72%	średnia 59,36%

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 4. Czas trwania badania satysfakcji pacjentów

Kod oddziału	Termin przeprowadzenia badania	Liczba dni
1	29.09.07 – 31.12.2007	94
2	17.01.2008 – 01.04.2008	74
3	01.11.2007 – 30.04.2008	181
4	10.05.2007 – 7.02.2008	273
5	15.05.2007 – 28.02.2008	298
6	05.11.2006 – 20.02.2007	108
7	07.11.2006 – 16.02.2007	102
8	03.10.2006 – 21.12.2006	79
9	17.07.2006 – 26.10.2006	134
Średni czas trwania badania (dni)		149,2

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 5. Charakterystyka demograficzna badanych pacjentów

Zmienna	<i>n</i>	%	% ważnych	Min.	Maks.	Średnia arytmetyczna	Odchylenie Standardowe
Płeć							
Mężczyźni	412	52,4	53,4				
Kobiety	359	45,6	46,6				
Ogółem	771	98,0	100,0				
Brak danych	16	2,0					
Ogółem	787	100,0					
Wykształcenie							
Podstawowe	172	21,9	22,5				
Zawodowe	363	46,1	47,6				
Średnie	209	26,6	27,4				
Wyższe	19	2,4	2,5				
Ogółem	763	97,0	100,0				
Brak danych	24	3,0					
Ogółem	787	100,0					
Wyznaczona pielęgniarka							
Tak	34	4,3	4,4				
Nie	547	69,5	71,0				
Nie wiem	189	24,0	24,5				
Ogółem	770	97,8	100,0				
Brak danych	17	2,2					
Ogółem	787	100,0					
Wiek							
Ogółem	787			18,00	94,00	52,2558	18,62108
Czas pobytu w oddziale							
Ogółem	787			1,00	75,00	7,9014	8,00329

Źródło: Opracowanie własne.

## 6. Wyniki badań

### 6.1. Ocena opieki pielęgniarskiej na podstawie wyników skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle

#### 6.1.1. Wyniki badania doświadczeń pacjentów dotyczących opieki pielęgniarskiej (wyniki pierwszej części skali)

Obliczenie wyników dotyczących doświadczeń i satysfakcji z opieki pielęgniarskiej przeprowadzono za pomocą arkusza kalkulacyjnego Microsoft Office Excel 97-2003 zgodnie z procedurą określoną przez autorów wersji oryginalnej skali. Porównania wyników uzyskanych w poszczególnych oddziałach i szpitalach przeprowadzono za pomocą testu nieparametrycznego Kruskala-Wallisa dla wielu prób – zmiennych niezależnych. Analizy przeprowadzono, wykorzystując pakiet statystyczny STATISTICA 9,0 wersja polska.

Ogólny wynik całej badanej grupy pacjentów w zakresie skali „doświadczenia” przedstawiono w tabeli 6.

Tabela 6. Ogólny wynik badanych pacjentów w zakresie skali „doświadczenia”

Ocena doświadczeń dotyczących opieki pielęgniarskiej	<i>n</i>	Średnia	Mediana	Odch. stand.	Min.	Maks.	25% kwartyl	75% kwartyl
	895	73,22	73,07	16,30	15,3	100,0	61,53	87,17

*Źródło:* Opracowanie własne.

Średni wynik oceny doświadczeń dotyczących opieki pielęgniarskiej w badanej populacji pacjentów wyniósł 73,22 (mediana 73,07) w skali od 0 do 100, odchylenie standardowe 16,03. Dwadzieścia pięć procent (25%) otrzymanych wyników było poniżej wartości 61,53, a 75% poniżej 87,17.

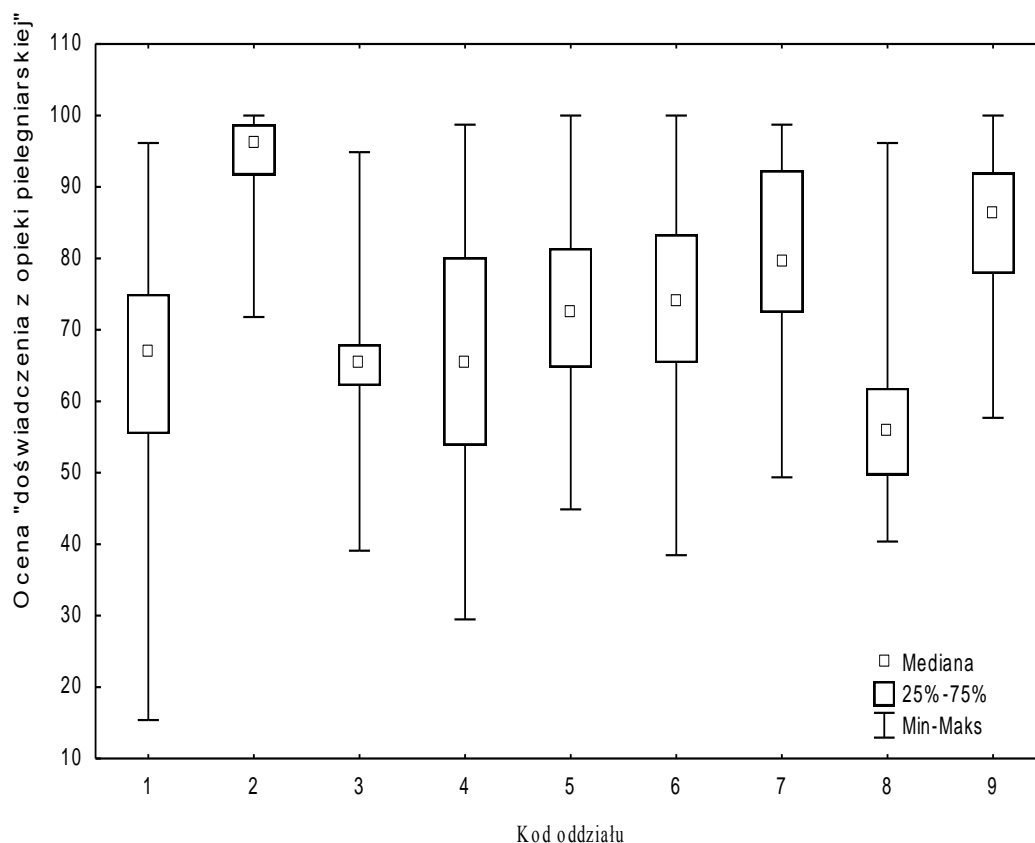
W tabeli 7 przedstawiono wyniki badania skali „doświadczenia z opieki pielęgniarskiej” w poszczególnych oddziałach. Średni wynik badania doświadczeń

pacjentów w poszczególnych oddziałach wynosił od 58,06 do 94,16 w skali od 0 do 100. Najniższy wynik pojedynczego pacjenta w zakresie doświadczeń dotyczących opieki pielęgniarskiej wynosił 15,38, najwyższy 100. Wskazuje to, że doświadczenia pacjentów dotyczące opieki pielęgniarskiej były bardzo zróżnicowane, od tych bardzo negatywnych do bardzo pozytywnych (rysunek 1).

Tabela 7. Wyniki badania doświadczeń pacjentów w poszczególnych oddziałach

Kod oddziału	<i>n</i>	Średnia	Mediana	Odchyl. standar.	Min.	Maks.	Rozstęp
1	100	64,3910	66,98	16,2450	15,38	96,15	80,77
2	100	94,1603	96,15	5,5240	71,79	100,00	28,21
3	99	65,4299	65,38	9,7221	39,10	94,87	55,77
4	100	66,5064	65,38	16,2240	29,49	98,72	69,23
5	100	72,5743	72,43	11,9553	44,87	100,00	55,13
6	63	75,9903	74,03	13,7943	46,15	100,00	53,85
7	75	81,9544	79,48	12,4761	49,36	100,00	50,64
8	100	58,0636	55,76	12,7325	40,38	96,15	55,77
9	90	84,6040	86,21	10,1748	57,69	100,00	42,31

Źródło: Opracowanie własne.



Rysunek 1. Wyniki badania doświadczeń pacjentów w poszczególnych oddziałach

Źródło: Opracowanie własne.

Wartość mediany w poszczególnych oddziałach wynosiła od 55,76 do 96,15 w skali od 0 do 100. Największy rozstęp wyników stwierdzono w oddziale nr 1 (80,77), następnie w oddziale nr 4 (69,23). Odchylenie standardowe w poszczególnych oddziałach wynosiło od 5,52 do 16,24.

Porównanie istotności wyników w zakresie skali „doświadczenia” uzyskanych w poszczególnych oddziałach przeprowadzono za pomocą nieparametrycznego testu Kruskala-Wallisa dla wielu prób niepowiązanych. Wartość  $p$  dla porównań wielokrotnych (dwustronnych) dla zmiennej „ocena doświadczeń związanych z opieką pielęgniarską” w poszczególnych oddziałach wyniosła w większości badanych oddziałów poniżej 0,05. Wartość statystyki testowej K-W wyniosła:  $H(8, n=895) = 392,3764, p=0,0001$ . Uzyskane dane statystyczne wskazują, że wyniki są w większości oddziałów statystycznie istotnie różnie uszeregowane (tabela 8). Podczas porównania wyników uzyskanych w poszczególnych oddziałach w zdecydowanej większości porównań stwierdzono



istotne statystycznie różnice. Porównano również wyniki w zakresie skali „doświadczenia” uzyskanych w poszczególnych szpitalach (tabela 9, rysunek 2). Średni wynik badania doświadczeń pacjentów w poszczególnych szpitalach wynosił od 58,03 do 84,15 w skali od 0 do 100. Wartość mediany w badanych szpitalach wynosiła od 55,76 do 86,21.

Tabela 8. Wartość  $p$  dla porównań wielokrotnych (dwustronnych) dla skali „doświadczenia z opieki pielęgniarskiej” w poszczególnych oddziałach

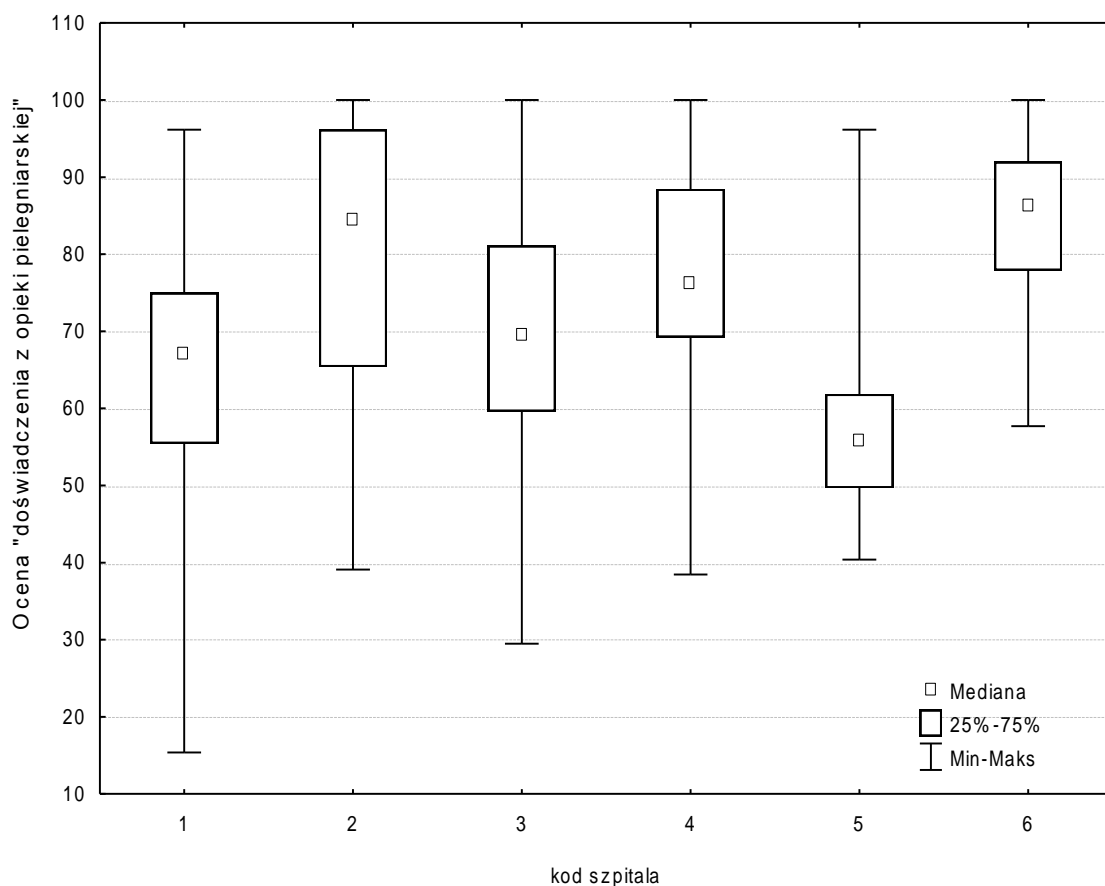
Kod oddziału	1	2	3	4	5	6	7	8
1								
2	0,000001							
3	1	0,00001						
4	1	0,00001	1					
5	0,0952	0,00001	0,030985	0,807714				
6	0,0065	0,00001	0,001776	0,08324	1			
7	0,00001	0,00001	0,00001	0,00001	0,0279	0,5655		
8	0,0448	0,00001	0,139755	0,002496	0,00001	0,00001	0,00001	
9	0,00001	0,00025	0,00001	0,00001	0,000004	0,000616	1	0,00001

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 9. Wyniki badania doświadczeń pacjentów w poszczególnych szpitalach

Kod szpitala	$n$	Średnia	Mediana	Odchyl. standar.	Min.	Maks.	Rozstęp
1	100	64,39103	66,98718	16,24503	15,38462	96,15385	80,76923
2	198	79,71704	84,29487	16,47290	39,10256	100,0000	60,89744
3	204	69,65498	69,55128	14,18811	29,48718	100,0000	70,5128
4	193	77,12900	76,28205	13,48458	38,46154	100,0000	61,53846
5	100	58,03846	55,76923	12,75378	40,38462	96,15385	55,7692
6	100	84,15385	86,21795	9,865343	57,69231	100,0000	42,3076

Źródło: Opracowanie własne.



Rysunek 2. Wyniki badania doświadczeń pacjentów w poszczególnych szpitalach

Źródło: Opracowanie własne.

Największy rozstęp wyników stwierdzono w szpitalu nr 1 (80,769), następnie w szpitalu nr 3 (70,51) i nr 4 (61,53). Odchylenie standardowe w poszczególnych szpitalach wynosiło od 9,86 do 16,47.

Wartość  $p$  dla porównań wielokrotnych (dwustronnych) dla zmiennej „ocena doświadczeń związanych z opieką pielęgniarską” w poszczególnych szpitalach wyniosła w większości badanych szpitali poniżej 0,05. Wartość statystyki testowej Kruskala-Wallisa wyniosła:  $H(5, n=895) = 211,3366, p = 0,0001$ . Świadczy to o tym, że wyniki badania doświadczeń są w istotnie statystycznie różnie uszeregowane.

Tabela 10. Wartość  $p$  dla porównań wielokrotnych (dwustronnych) dla skali „doświadczenia z opieki pielęgniarskiej” w poszczególnych szpitalach

Kod szpitala	1	2	3	4	5
1					
2	0,000000				
3	0,466127	0,000000			
4	0,000000	1,000000	0,000050		
5	0,018692	0,000000	0,000000	0,000000	
6	0,000000	0,275057	0,000000	0,005552	0,000000

Źródło: opracowanie własne.

Podczas porównania wyników uzyskanych w poszczególnych szpitalach w zakresie skali „doświadczenia” w zdecydowanej większości porównań wystąpiły istotne statystycznie różnice. Istotnych różnic nie stwierdzono jedynie podczas porównania wyników szpitali nr 1 i nr 3 ( $p=0,466127$ ) oraz szpitala nr 2 ze szpitalem nr 4 ( $p=1,000000$ ) i nr 6 ( $p=0,275057$ ).

### 6.1.2. Wyniki badania satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej (wyniki drugiej części skali)

Wyniki uzyskane w drugiej części skali „satysfakcja z opieki pielęgniarskiej” uzyskano zgodnie z procedurą określoną przez autorów wersji oryginalnej skali (tabela 11).

Tabela 11. Ogólny wynik badanych pacjentów w zakresie skali „satysfakcja”

Ocena "satysfakcji z opieki pielęgniarskiej"	$n$	Średnia	Mediana	Odch. stand.	Min.	Maks.	25% kwartyl	75% kwartyl
	883	74,98	76,3157	20,83	11,84	100,00	59,21	94,73

Źródło: Opracowanie własne.

Średni wynik oceny satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej w badanej populacji pacjentów wyniósł 74,98 (mediana 76,31) w skali od 0 do 100, odchylenie standardowe 20,83. Dwadzieścia pięć procent otrzymanych wyników było poniżej wartości 59,21, a 75% poniżej 94,73.

Tabela 12. Wyniki badania satysfakcji pacjentów w poszczególnych oddziałach

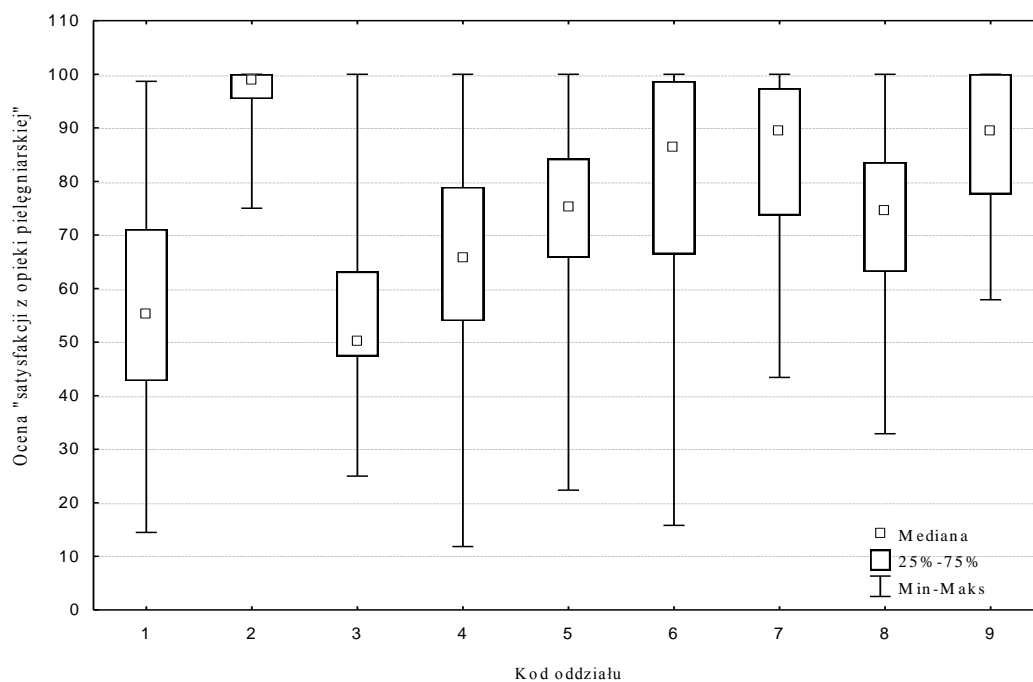
Kod oddziału	<i>n</i>	Średnia	Mediana	Odchyl. standar.	Min.	Maks.	Rozstęp
1	100	57,0526	55,26	20,5477	1,32	98,68	97,37
2	100	96,9737	98,68	4,6473	75,00	100,00	25,00
3	99	54,7315	50	16,9182	25,00	100,00	75,00
4	100	66,9868	65,78	20,4570	5,26	100,00	94,74
5	100	73,3947	75	18,0969	22,37	100,00	77,63
6	63	84,2314	86,18	19,3835	15,79	100,00	84,21
7	75	87,4561	89,47	13,7361	43,42	100,00	56,58
8	100	73,3947	74,34	15,0843	32,89	100,00	67,11
9	90	87,3830	89,47	12,2956	59,21	100,00	40,79

Źródło: Opracowanie własne.

Średni wynik badania satysfakcji pacjentów w poszczególnych oddziałach (tabela 12, rysunek 3) wynosił od 54,73 do 96,97 w skali od 0 do 100. Najniższy wynik pojedynczego pacjenta w zakresie satysfakcji z opieki pielęgniarskiej wynosił 1,32, a najwyższy 100. Wskazuje to, że poziom satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej były bardzo zróżnicowane, od bardzo niskiego (zupełny brak) do bardzo wysokiego (w pełni usatysfakcjonowany).

Wartość mediany w poszczególnych oddziałach wynosiła od 50 do 98,68 w skali od 0 do 100. Odchylenie standardowe wynosiło od 4,64 do 20,54. Największy rozstęp wyników stwierdzono w oddziale nr 1 (97,37), następnie w oddziale nr 4 (94,74) i oddziale nr 6 (84,21).

Istotność wyników w zakresie skali „satysfakcja” uzyskanych w poszczególnych oddziałach porównano za pomocą nieparametrycznego testu Kruskala-Wallisa dla wielu prób niepowiązanych. Wartość statystyki testowej K-W wyniosła:  $H(8, n=883) = 366,9461, p = 0,0001$ . Wartość  $p$  dla porównań wielokrotnych (dwustronnych) dla zmiennej „ocena satysfakcji z opieki pielęgniarskiej” w poszczególnych oddziałach wyniosła w większości badanych oddziałów poniżej 0,05. Uzyskane dane statystyczne wskazują, że uzyskane wyniki są istotnie statystycznie różnie uszeregowane w większości badanych oddziałów (tabela 13).



Rysunek 3. Wyniki badania satysfakcji w poszczególnych oddziałach

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 13. Wartość  $p$  dla porównań wielokrotnych (dwustronnych) dla skali „satysfakcja z opieki pielęgniarskiej” w poszczególnych oddziałach

Kod oddziału	1	2	3	4	5	6	7	8
1								
2	0,000000							
3	1,000000	0,000000						
4	0,082253	0,000000	0,000869					
5	0,000025	0,000000	0,000000	1,000000				
6	0,000000	0,000002	0,000000	0,000138	0,148149			
7	0,000000	0,000064	0,000000	0,000000	0,002329	1,000000		
8	0,000160	0,000000	0,000000	1,000000	1,000000	0,061941	0,000740	
9	0,000000	0,002165	0,000000	0,000000	0,000037	1,000000	1,000000	0,000010

Źródło: Opracowanie własne.

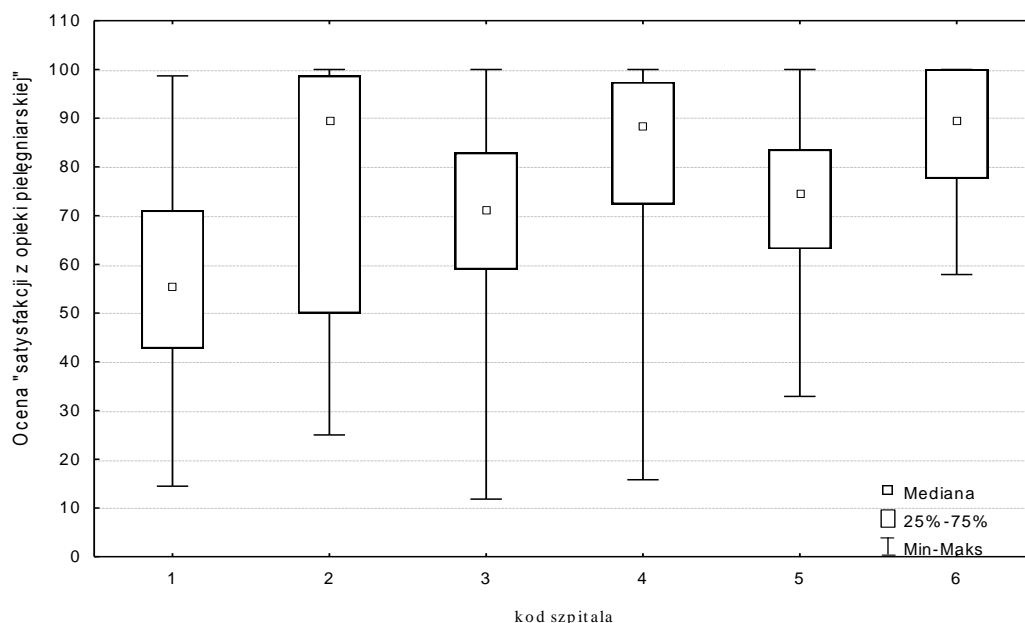
Istotnych statystycznie różnic w wynikach oceny satysfakcji nie stwierdzono w przypadku porównywania oddziału nr 1 z oddziałami nr 3 i nr 4, oddziału nr 8 z oddziałami nr 4 i nr 5, oddziału nr 9 z oddziałami nr 6 i nr 7.

Przeprowadzono również porównanie wyników w zakresie skali „satisfakcja” uzyskanych w poszczególnych szpitalach (tabela 14, rysunek 4). Średni wynik badania satysfakcji pacjentów w poszczególnych szpitalach wynosił od 57,27 do 86,80 w skali od 0 do 100. Odchylenie standardowe wynosiło od 12,20 do 24,60.

Tabela 14. Wyniki badania satysfakcji pacjentów w poszczególnych szpitalach

Kod szpitala	<i>n</i>	Średnia	Mediana	Odchyl. standar.	Min.	Maks.	Rozstęp
1	100	57,27024	55,26316	20,06100	14,47368	98,68421	84,2105
2	199	75,79717	89,47368	24,60255	25,00000	100,0000	75,0000
3	207	70,64305	71,05263	18,66592	11,84211	100,0000	88,2105
4	176	83,38279	88,15789	17,18369	15,78947	100,0000	84,2105
5	100	73,39474	74,34211	15,08436	32,89474	100,0000	67,1052
6	101	86,80302	89,47368	12,20136	57,89474	100,0000	42,1052

Źródło: Opracowanie własne.



Rysunek 4. Wyniki badania satysfakcji pacjentów w poszczególnych szpitalach

Źródło: Opracowanie własne.

Wartość mediany w poszczególnych szpitalach wynosiła od 55,26 do 89,47 w skali od 0 do 100. Największy rozstęp wyników stwierdzono w szpitalu nr 3 (88,21), następnie w oddziałach nr 1 i nr 4 (84,21) i oddziale nr 2 (75,00).

Wyniki w zakresie skali „satysfakcja” uzyskanych w poszczególnych szpitalach porównano za pomocą nieparametrycznego testu Kruskala-Wallisa dla wielu prób niepowiązanych. Wartość statystyki testowej K-W wyniosła:  $H(5, n=883) = 140,8314, p=0,000$ . Wartość  $p$  dla porównań wielokrotnych (dwustronnych) dla zmiennej „ocena satysfakcji z opieki pielęgniarskiej” w poszczególnych szpitalach wyniosła w większości badanych szpitali mniej niż 0,05. Uzyskane dane statystyczne wskazują, że uzyskane wyniki są istotnie statystycznie różnie uszeregowane w większości badanych szpitali. Podczas porównania wyników uzyskanych w poszczególnych oddziałach w zdecydowanej większości porównań wystąpiły istotne statystycznie różnice. W przypadku szpitala nr 2 istotnych statystycznie różnic w zakresie wyników badania satysfakcji pacjentów nie stwierdzono podczas porównaniach ze szpitalami nr 4 ( $p=0,051850$ ) i nr 5 ( $p=0,710037$ ).

Tabela 15. Wartość  $p$  dla porównań wielokrotnych (dwustronnych) dla skali „satysfakcja z opieki pielęgniarskiej” w poszczególnych szpitalach

Kod szpitala	1	2	3	4	5
1					
2	0,000000				
3	0,000056	0,013852			
4	0,000000	0,051850	0,000000		
5	0,000067	0,710037	1,000000	0,000197	
6	0,000000	0,001193	0,000000	1,000000	0,000004

Źródło: Opracowanie własne.

### 6.1.3. Porównanie ocen opieki pielęgniarskiej oddziałów tego samego szpitala

Ocenę opieki pielęgniarskiej uzyskaną w dwóch oddziałach tego samego szpitala porównano w celu ustalenia, czy za pomocą skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle można wychwycić różnice w poziomie opieki w obrębie tego samego

szpitala. Związek między wynikami uzyskanymi przez dwa oddziały (oddziały nr 2 i nr 3) w szpitalu nr 2 analizowano za pomocą nieparametrycznego testu U Manna-Whitneya (tabela 16).

Tabela 16. Porównanie ocen opieki pielęgniarskiej w szpitalu nr 2

Skala	Kod oddziału	Średnia	Mediana	U Manna-Whitneya	Z	Istotność statystyczna $p$
Ocena „doświadczeń z opieki pielęgniarskiej”	2	94,1603	96,15	143,5000	11,7982	0,0001
	3	65,4299	65,38			
Ocena „satisfakcji z opieki pielęgniarskiej”	2	96,9737	98,68	248,5000	11,5730	0,0001
	3	54,7315	50			

*Źródło:* Opracowanie własne.

Porównanie uzyskanych wartości statystyki testowej z wartościami znanego rozkładu prawdopodobieństwa pozwala stwierdzić, że należy odrzucić hipotezę  $H_0$  i przyjąć hipotezę alternatywną, mówiącą, że rozkład wyników oceny w dwóch oddziałach szpitala nr 2, w zakresie zarówno doświadczeń dotyczących opieki pielęgniarskiej ( $p=0,0001$ ), jak i satysfakcji z opieki pielęgniarskiej ( $p=0,0001$ ) są istotnie statystycznie różne (tabela 16). W dwóch oddziałach szpitala nr 3 otrzymane wartości statystyki testowej również upoważniają do stwierdzenia, że należy odrzucić hipotezę  $H_0$  i przyjąć hipotezę alternatywną mówiącą, że istnieje istotna statystycznie różnica w ocenie opieki pielęgniarskiej, zarówno w zakresie doświadczeń dotyczących opieki pielęgniarskiej ( $p=0,004244$ ), jak i satysfakcji z opieki pielęgniarskiej ( $p=0,011718$ ) (tabela 17). W przypadku szpitala nr 4 wartości statystyki testowej w zakresie „doświadczeń z opieki pielęgniarskiej” dają podstawy do odrzucenia hipotezy zerowej i nakazują stwierdzić, że poziom doświadczeń w obu oddziałach jest znamienne statystycznie różny,  $p=0,003630$ , natomiast w zakresie skali „satisfakcja” nie stwierdza się takich różnic,  $p=0,483185$  (tabela 18).



Tabela 17. Porównanie ocen opieki pielęgniarskiej w szpitalu nr 3

Skala	Kod oddziału	Średnia	Mediana	U Manna- -Whitneya	Z	Istotność statystyczna <i>P</i>
Ocena „doświadczeń z opieki pielęgniarskiej”	4	66,5064	65,38	3996,000	-2,8594	0,004244
	5	72,5743	72,43			
Ocena „satisfakcji z opieki pielęgniarskiej”	4	66,9868	65,78	4268,500	-2,5205	0,011718
	5	73,3947	75			

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 18. Porównanie ocen opieki pielęgniarskiej w szpitalu nr 4

Skala	Kod oddziału	Średnia	Mediana	U Manna- -Whitneya	Z	Istotność statystyczna <i>P</i>
Ocena „doświadczeń z opieki pielęgniarskiej”	6	75,9903	74,03	3508,500	-2,90863	0,003630
	7	81,9544	79,48			
Ocena „satisfakcji z opieki pielęgniarskiej”	6	84,2314	86,18	3603,500	-0,70118	0,483185
	7	87,4561	89,47			

Źródło: Opracowanie własne.

## 6.2. Analiza rzetelności skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle

### 6.2.1. Analiza rzetelności skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle za pomocą współczynnika rzetelności Alfa Cronbacha

Rzetelność skali „doświadczenia z opieki pielęgniarskiej” (część 1) analizowano na podstawie kwestionariuszy pytań, w których odpowiedziano na wszystkie zamieszczone pytania – 787 kwestionariuszy pytań. Współczynnik Alfa Cronbacha obliczony dla 26 pozycji testowych wynosi 0,921, co wskazuje na bardzo wysoką rzetelność skali „doświadczenia z opieki pielęgniarskiej”.

Tabela 19. Współczynnik Alfa Cronbacha dla skali doświadczenia z opieki pielęgniarskiej – ogółem

Współczynnik Alfa Cronbacha	Liczba pozycji
0,921	26

*Źródło:* Opracowanie własne

Tabela 20. Współczynnik Alfa Cronbacha dla skali oceny doświadczeń z opieki pielęgniarskiej ogółem po usunięciu poszczególnych pozycji testowych – ogółem

Pozycja testowa	Współczynnik Alfa Cronbacha po usunięciu pozycji
Pyt.1. Można się było pośmiać z pielęgniarkami	0,920
Pyt.2. Pielęgniarki faworyzowały niektórych pacjentów	0,916
Pyt.3. Pielęgniarki nie mówiły mi wystarczająco dużo o moim leczeniu	0,919
Pyt.4. Pielęgniarki nie wysiłały się zbytnio i były zbyt „wyluzowane”	0,917
Pyt.5. Przybycie na wezwanie zabierało pielęgniarkom dużo czasu	0,917
Pyt.6. Pielęgniarki udzielały mi informacji, gdy tylko je o to poprosiłem/-am	0,928
Pyt.7. Wydawało mi się, że pielęgniarki nie wiedziały, przez co przechodziłem/-am	0,918

Pyt.8. Pielęgniarki gasiły światła zbyt późno w nocy	0,917
Pyt.9. Pielęgniarki kazały mi wykonywać różne czynności, zanim byłem do nich przygotowany	0,917
Pyt.10. Pielęgniarki, niezależnie od tego jak były zajęte, znajdowały dla mnie czas	0,919
Pyt.11. Widziałem/-am w pielęgniarkach swoich przyjaciół	0,917
Pyt.12. Pielęgniarki pocieszały pacjentów, którzy byli przygnębieni	0,916
Pyt.13. Pielęgniarki regularnie sprawdzały, czy u mnie wszystko w porządku	0,917
Pyt.14. Pielęgniarki nie ze wszystkim dawały sobie radę	0,916
Pyt.15. Pielęgniarki nie interesowały się mną jako osobą	0,916
Pyt.16. Pielęgniarki tłumaczyły mi, co mi dolega	0,921
Pyt.17. Pielęgniarki wyjaśniły mi, co miały zamiar przy mnie zrobić, zanim to robiły	0,917
Pyt.18. Pielęgniarki przekazywały następnej zmianie informacje dotyczące mojego stanu	0,917
Pyt.19. Pielęgniarki wiedziały, co robić bez oglądania się na lekarzy	0,918
Pyt.20. Zdarzało się, że pielęgniarki odchodziły i zapominały, o co prosił je pacjent	0,917
Pyt.21. Pielęgniarki dbały o prywatność pacjentów, gdy było to potrzebne	0,917
Pyt.22. Pielęgniarki miały czas, by usiąść i porozmawiać ze mną	0,922
Pyt.23. Lekarze i pielęgniarki pracowali dobrze jako zespół	0,917
Pyt.24. Wydawało się, że pielęgniarki jakby nie wiedziały, co każda z nich robiła	0,916
Pyt.25. Pielęgniarki wiedziały, co robić, aby było jak najlepiej	0,916
Pyt.26. Dzięki pielęgniarkom na oddziale panowała radosna atmosfera	0,916

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza oceny rzetelności skali wykazała, że zwiększenie wartości współczynnika Alfa Cronbacha jest możliwe w przypadku wyeliminowania pozycji testowej „Pyt.6. Pielęgniarki udzielały mi informacji, gdy tylko je o to poprosiłem/ /-am” (wzrost współczynnika Alfa Cronbacha do wartości 0,928) bądź pozycji testowej „Pyt.22. Pielęgniarki miały czas, by usiąść i porozmawiać ze mną” (wzrost współczynnika Alfa Cronbacha do wartości 0,922). W przypadku usunięcia jakiegokolwiek innej pozycji, wartość współczynnika Alfa Cronbacha utrzyma się na niezmiennym poziomie bądź spadnie, przy czym najniższa uzyskana w ten sposób wartość to 0,916.

Wartość współczynnika Alfa Cronbacha dla części I skali „doświadczenia z opieki pielęgniarskiej” była zróżnicowana w poszczególnych ośrodkach (tabela 21). Usunięcie ze zbioru pozycji skali „doświadczenia z opieki pielęgniarskiej” pozycji 6 i poz. 22 powoduje wzrost wartości współczynnika Alfa Cronbacha.

Tabela 21. Współczynnik Alfa Cronbacha dla skali oceny doświadczeń z opieki pielęgniarskiej – podsumowanie

Wyszczególnienie		Współczynnik Alfa Cronbacha	Wartość maks. Alfa Cronbacha po usunięciu pozycji
Ogółem		0,921	0,928 poz. 6 0,922 poz. 22
Kod szpitala	kod oddziału	wartość	wartość
1	1	0,916	0,931 poz. 6
2	2	0,638	0,665 poz. 6
	3	0,917	0,935 poz. 6
	ogółem	0,962	0,967 poz. 22
3	4	0,908	0,920 poz. 6
	5	0,867	0,870 poz. 5
	ogółem	0,887	0,906 poz. 6

4	6	0,834	bez zmian
	7	0,837	bez zmian
	ogółem	0,835	0,938 poz. 22
5	8	0,794	0,810 poz. 6
6	9	0,795	0,820 poz. 6

*Źródło:* Opracowanie własne.

### **Rzetelność skali „satisfakcja z opieki pielęgniarzkiej” (część 2 skali)**

analizowano na podstawie kwestionariuszy pytań, w których odpowiedziano na wszystkie zamieszczone pytania – 787 kwestionariuszy.

Tabela 22. Współczynnik Alfa Cronbacha dla skali „satisfakcja z opieki pielęgniarzkiej” – ogółem

Alfa Cronbacha	Liczba pozycji
0,981	19

*Źródło:* Opracowanie własne.

Współczynnik Alfa Cronbacha obliczony dla 19 pozycji testowych wynosi 0,981, co wskazuje na bardzo wysoką rzetelność skali satysfakcji z opieki pielęgniarzkiej. Analizowano, w jaki sposób usunięcie poszczególnych pozycji skali wpływa na wartość współczynnika Alfa Cronbacha (tabela 23). Analiza oceny rzetelności skali wykazała, że usunięcie jakiegokolwiek pozycji testowej nie zwiększy współczynnika Alfa Cronbacha.

Wartość współczynnika Alfa Cronbacha dla części 2 skali „satisfakcja z opieki pielęgniarzkiej” była zróżnicowana w poszczególnych ośrodkach (tabela 24).

Tabela 23. Współczynnik Alfa Cronbacha dla skali „satisfakcja z opieki pielęgniarskiej” po usunięciu poszczególnych pozycji testowych – ogółem

Pozycja testowa	Alfa Cronbacha po usunięciu pozycji
Co myślisz na temat:	
Pyt.1. Ilość czasu, jaki pielęgniarki spędzały z Tobą	0,981
Pyt.2. Jak sprawne były pielęgniarki w wykonywaniu swojej pracy	0,981
Pyt.3. Obecność pielęgniarki w pobliżu, gdy była taka potrzebna	0,980
Pyt.4. Wiedza pielęgniarki na temat opieki nad Tobą	0,980
Pyt.5. Jak szybko pielęgniarki przychodziły na Twoje wezwanie/dzwonki	0,980
Pyt.6. Sposób, w jaki pielęgniarki dbały o to, byś czuł się jak w domu	0,980
Pyt.7. Ilość informacji, jakie dostałeś od pielęgniarek na temat Twojego stanu i opieki	0,981
Pyt.8. Jak często pielęgniarki sprawdzały, czy u Ciebie wszystko w porządku	0,980
Pyt.9. Gotowość pielęgniarek do pomocy	0,980
Pyt.10. Sposób, w jaki pielęgniarki wyjaśniały Ci różne rzeczy	0,980
Pyt.11. Jak pielęgniarki uspokajały Twoją rodzinę i przyjaciół	0,980
Pyt.12. Zachowania się pielęgniarek w pracy	0,980
Pyt.13. Rodzaj informacji, jakie pielęgniarki udzielały Tobie na temat Twojego stanu i opieki	0,980
Pyt.14. Traktowanie Cię jak osobę	0,980
Pyt.15. Jak pielęgniarki słuchały Twoich obaw i zmartwień	0,980
Pyt.16. Ilość swobody, jaką miałeś w oddziale	0,981
Pyt.17. Jak chętne pielęgniarki były do spełniania Twoich próśb	0,980
Pyt.18. Ilość prywatności, jaką dały Ci pielęgniarki	0,980
Pyt.19. Świadomość pielęgniarek na temat Twoich potrzeb	0,980

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 24. Współczynnik Alfa Cronbacha dla skali „satisfakcja z opieki pielęgniarskiej” – podsumowanie

Wyszczególnienie		Alfa Cronbacha	Wartość maks. Alfa Cronbacha po usunięciu pozycji
Ogółem		0,981	bez zmian
Kod szpitala	kod oddziału		
1	1	0,973	bez zmian
2	2	0,825	bez zmian
	3	0,987	bez zmian
	ogółem	0,993	0,994 poz. 1,7,13
3	4	0,973	0,974 poz. 16
	5	0,987	bez zmian
	ogółem	0,979	bez zmian
4	6	0,978	bez zmian
	7	0,946	bez zmian
	ogółem	0,967	bez zmian
5	8	0,947	bez zmian
6	9	0,941	bez zmian

Źródło: Opracowanie własne.

### **6.3. Analiza trafności teoretycznej skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle**

#### **6.3.1. Analiza struktury wewnętrznej skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle za pomocą współczynnika korelacji rang Spearmana**

##### **Analiza struktury wewnętrznej skali „doświadczenia z opieki pielęgniarzkiej” (część 1 skali)**

Za pomocą współczynnika korelacji rang Spearmana badano istotność wpływu poszczególnych pozycji testowych na wynik ogólny skali „doświadczenia z opieki pielęgniarzkiej”. Analizy przeprowadzono, wykorzystując wszystkie poprawnie wypełnione kwestionariusze (787). Wartość współczynnika powyżej 0,4 zazwyczaj przyjmuje się jako wartość progową, niezbędną do pozostawienia danej pozycji w zbiorze pozycji skali.

Wszystkie pozycje testowe mają istotny wpływ na wartość oceny doświadczeń z opieki pielęgniarzkiej, chociaż wartości współczynnika dla pozycji 6 i 22 są poniżej poziomu 0,40. W badanych ośrodkach wartości współczynnika korelacji i poziom istotności dla poszczególnych pozycji skali kształtowały się w sposób zróżnicowany. W tabeli 26 przedstawiono pozycje skali, dla których w poszczególnych oddziałach współczynnik korelacji rang Spearmana wyniósł poniżej 0,4 i stwierdzono brak istotnego wpływu poszczególnych pozycji na wynik ogólny skali „doświadczenia z opieki pielęgniarzkiej”.



Tabela 25. Współczynnik korelacji rang Spearmana dla pozycji testowych i wyniku ogólnego skali „doświadczenia z opieki pielęgniarskiej” – ogółem

Pozycja testowa	Współczynnik korelacji Spearmana	Istotność (dwustronna)
Pyt.1. Można się było pośmiać z pielęgniarkami	0,549(**)	0,0001
Pyt.2. Pielęgniarki faworyzowały niektórych pacjentów	0,711(**)	0,0001
Pyt.3. Pielęgniarki nie mówiły mi wystarczająco dużo o moim leczeniu	0,598(**)	0,0001
Pyt.4. Pielęgniarki nie wysiły się zbytnio i były zbyt „wyluzowane”	0,712(**)	0,0001
Pyt.5. Przybycie na wezwanie zabierało pielęgniarkom dużo czasu	0,696(**)	0,0001
Pyt.6. Pielęgniarki udzielały mi informacji, gdy tylko je o to poprosiłem/-am	0,224(**)	0,0001
Pyt.7. Wydawało mi się, że pielęgniarki nie wiedziały, przez co przechodziłem/-am	0,671(**)	0,0001
Pyt.8. Pielęgniarki gasiły światła zbyt późno w nocy	0,671(**)	0,0001
Pyt.9. Pielęgniarki kazały mi wykonywać różne czynności, zanim byłem do nich przygotowany	0,704(**)	0,0001
Pyt.10. Pielęgniarki, niezależnie od tego jak były zajęte, znajdowały dla mnie czas	0,626(**)	0,0001
Pyt.11. Widziałem/-am w pielęgniarkach swoich przyjaciół	0,681(**)	0,0001
Pyt.12. Pielęgniarki pocieszały pacjentów, którzy byli przygnębieni	0,714(**)	0,0001
Pyt.13. Pielęgniarki regularnie sprawdzały, czy u mnie wszystko w porządku	0,686(**)	0,0001
Pyt.14. Pielęgniarki nie ze wszystkim dawały sobie radę	0,708(**)	0,0001
Pyt.15. Pielęgniarki nie interesowały się mną jako osobą	0,745(**)	0,0001

Pyt.16. Pielęgniarki tłumaczyły mi, co mi dolega	0,459(**)	0,0001
Pyt.17. Pielęgniarki wyjaśniły mi, co miały zamiar przy mnie zrobić, zanim to robiły	0,711(**)	0,0001
Pyt.18. Pielęgniarki przekazywały następnej zmianie informacje dotyczące mojego stanu	0,660(**)	0,0001
Pyt.19. Pielęgniarki wiedziały, co robić bez oglądania się na lekarzy	0,652(**)	0,0001
Pyt.20. Zdarzało się, że pielęgniarki odchodziły i zapomniały, o co prosił je pacjent	0,713(**)	0,0001
Pyt.21. Pielęgniarki dbały o prywatność pacjentów, gdy było to potrzebne	0,727(**)	0,0001
Pyt.22. Pielęgniarki miały czas, by usiąść i porozmawiać ze mną	0,388(**)	0,0001
Pyt.23. Lekarze i pielęgniarki pracowali dobrze jako zespół	0,711(**)	0,0001
Pyt.24. Wydawało się, że pielęgniarki jakby nie wiedziały, co każda z nich robiła	0,757(**)	0,0001
Pyt.25. Pielęgniarki wiedziały, co robić, aby było jak najlepiej	0,744(**)	0,0001
Pyt.26. Dzięki pielęgniarkom na oddziale panowała radosna atmosfera	0,717(**)	0,0001

(\*\*) oznacza poziom istotności dla  $p < 0.01$

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 26. Brak wpływu poszczególnych pozycji skali na wynik ogólny w badanych ośrodkach

Wyszczególnienie		Wartość współczynnika korelacji poniżej 0.4 dla pozycji	Brak istotności dla pozycji
Kod szpitala	kod oddziału		
1	1	poz. 1	Brak
2	2	większość pozycji <0,4 (18 pozycji skali)	poz. 5, 8, 9, 15, 18, 19, 21
	3	brak	Brak
3	4	poz. 6	poz. 6
	5	brak	Brak
4	6	poz. 8, 16, 22	poz. 22
	7	poz. 8	poz. 8
5	8	poz. 1, 6, 7, 10, 13, 14, 15, 16, 20, 22, 24	poz. 1, 6, 10, 20, 24
6	9	poz. 2, 6, 8, 9, 14, 25	poz. 6

Źródło: Opracowanie własne.

W badanych ośrodkach brak istotnego wpływu pozycji na wynik ogólny skali „doświadczenia z opieki pielęgniarskiej” najczęściej stwierdzano dla pozycji 6 „Pielęgniarki udzielały mi informacji zawsze, gdy tylko je o to poprosiłem/-am” (w 3 oddziałach) oraz pozycji 8 „Pielęgniarki gasiły światła zbyt późno w nocy” (w 2 oddziałach).

### **Analiza struktury wewnętrznej skali „satisfakcja z opieki pielęgniarskiej” (część 2 skali)**

Istotność wpływu pozycji testowych na skalę „satisfakcja z opieki pielęgniarskiej” badano za pomocą korelacji pozycji skali – wynik ogólny współczynnikiem korelacji rang Spearmana (tabela 27). Wszystkie pozycje testowe mają istotny wpływ na wartość oceny „satisfakcja z opieki pielęgniarskiej”.

Tabela 27. Współczynnik korelacji rang Spearmana dla pozycji testowych i wyniku skali „satisfakcja z opieki pielęgniarskiej” – ogółem

Pozycja testowa	Współczynnik korelacji Spearmana	Istotność (dwustronna)
Pyt.1. Ilość czasu, jaki pielęgniarki spędzały z Tobą	0,815(**)	0,0001
Pyt.2. Jak sprawne były pielęgniarki w wykonywaniu swojej pracy	0,829(**)	0,0001
Pyt.3. Obecność pielęgniarki w pobliżu, gdy była taka potrzeba	0,873(**)	0,0001
Pyt.4. Wiedza pielęgniarki na temat opieki nad Tobą	0,875(**)	0,0001
Pyt.5. Jak szybko pielęgniarki przychodziły na Twoje wezwanie/dzwonki	0,863(**)	0,0001
Pyt.6. Sposób, w jaki pielęgniarki dbały o to, byś czuł się jak w domu	0,874(**)	0,0001
Pyt.7. Ilość informacji, jakie dostałeś od pielęgniarek na temat Twojego stanu i opieki	0,837(**)	0,0001
Pyt.8. Jak często pielęgniarki sprawdzały, czy u Ciebie wszystko w porządku	0,884(**)	0,0001
Pyt.9. Gotowość pielęgniarek do pomocy	0,870(**)	0,0001
Pyt.10. Sposób, w jaki pielęgniarki wyjaśniały Ci różne rzeczy	0,868(**)	0,0001
Pyt.11. Jak pielęgniarki uspokajały Twoją rodzinę i przyjaciół	0,874(**)	0,0001
Pyt.12. Zachowania się pielęgniarek w pracy	0,871(**)	0,0001
Pyt.13. Rodzaj informacji, jakie pielęgniarki Ci udzielały na temat Twojego stanu i opieki	0,857(**)	0,0001
Pyt.14. Traktowanie Cię jak osobę	0,880(**)	0,0001
Pyt.15. Jak pielęgniarki słuchały Twoich obaw i zmartwień	0,887(**)	0,0001
Pyt.16. Ilość swobody, jaką miałeś w oddziale	0,818(**)	0,0001

Pyt.17. Jak chętne pielęgniarki były do spełniania Twoich próśb	0,894(**)	0,0001
Pyt.18. Ilość prywatności, jaką dały Ci pielęgniarki	0,848(**)	0,0001
Pyt.19. Świadomość pielęgniarek na temat Twoich potrzeb	0,885(**)	0,0001

(\*\*) oznacza poziom istotności dla  $p < 0.01$

Źródło: Opracowanie własne

W badanych ośrodkach wartości współczynnika korelacji dla poszczególnych pozycji skali kształtowały się na poziomie zdecydowanie powyżej wartości 0,4. Jedynie w szpitalu nr 2, w oddziale nr 2 dla pozycji 16 („Ilość swobody, jaką miałeś w oddziale”) stwierdzono wartość współczynnika Spearmana 0,187 i brak istotnego wpływu tej pozycji na wynik ogólny skali.

### **6.3.2. Analiza struktury poprawnych odpowiedzi, braki odpowiedzi na pytania skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle**

Analiza sposobu odpowiadania na pozycje skali pozwala zidentyfikować pytania najczęściej pozostawiane bez odpowiedzi, które potencjalnie mogą być niezrozumiałe dla respondentów, zbyt trudne, nieadekwatne do sytuacji, wzbudzać negatywne emocje. Przyjęto, za twórcami wersji oryginalnej NSNS, wartość dopuszczalną braków odpowiedzi na poszczególne pozycje skali na poziomie 5%.

#### **Struktura poprawnych odpowiedzi – część 1 skali „doświadczenia z opieki pielęgniarskiej**

Sposób odpowiadania na pytania zawarte w pierwszej części skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle – „doświadczenia z opieki pielęgniarskiej” przedstawiono w tabeli 28. W przypadku pytań dotyczących doświadczeń z opieki pielęgniarskiej najczęściej nie odpowiadano na pytanie 18 – „Pielęgniarki przekazywały następną zmianie informacje dotyczące mojego stanu”, ogólny brak odpowiedzi wnosił w tym przypadku 2,40%. Analizując strukturę poprawnych

odpowiedzi na wszystkie pozycje części 1 skali w poszczególnych ośrodkach, przekroczenie limitu 5% braku odpowiedzi stwierdzono jedynie w stosunku do pytania 18 w szpitalu nr 4: w oddziale nr 7 – 8.3%, i oddziale nr 6 – 9% braków odpowiedzi.

Tabela 28. Struktura poprawnych odpowiedzi – skala „doświadczenia z opieki pielęgniarskiej” – ogółem

Wyszczególnienie	Liczba odpowiedzi			Procent		
	poprawne	braki odpowiedzi	ogółem	poprawne	braki odpowiedzi	ogółem
Pytanie 1	908	10	918	98,91	1,09	100,00
Pytanie 2	907	11	918	98,80	1,20	100,00
Pytanie 3	901	17	918	98,15	1,85	100,00
Pytanie 4	907	11	918	98,80	1,20	100,00
Pytanie 5	913	5	918	99,46	0,54	100,00
Pytanie 6	910	8	918	99,13	0,87	100,00
Pytanie 7	907	11	918	98,80	1,20	100,00
Pytanie 8	914	4	918	99,56	0,44	100,00
Pytanie 9	909	9	918	99,02	0,98	100,00
Pytanie 10	911	7	918	99,24	0,76	100,00
Pytanie 11	912	6	918	99,35	0,65	100,00
Pytanie 12	910	8	918	99,13	0,87	100,00
Pytanie 13	907	11	918	98,80	1,20	100,00
Pytanie 14	906	12	918	98,69	1,31	100,00
Pytanie 15	913	5	918	99,46	0,54	100,00
Pytanie 16	907	11	918	98,80	1,20	100,00
Pytanie 17	911	7	918	99,24	0,76	100,00

Pytanie 18	896	22	918	97,60	2,40	100,00
Pytanie 19	906	12	918	98,69	1,31	100,00
Pytanie 20	907	11	918	98,80	1,20	100,00
Pytanie 21	906	12	918	98,69	1,31	100,00
Pytanie 22	907	11	918	98,80	1,20	100,00
Pytanie 23	908	10	918	98,91	1,09	100,00
Pytanie 24	907	11	918	98,80	1,20	100,00
Pytanie 25	912	6	918	99,35	0,65	100,00
Pytanie 26	906	12	918	98,69	1,31	100,00

*Źródło:* Opracowanie własne.

### **Struktura poprawnych odpowiedzi – część 2 skali „satisfakcja z opieki pielęgniarskiej”**

W przypadku części drugiej skali „satisfakcja z opieki pielęgniarskiej” wyniki analizy braków odpowiedzi przedstawiono w tabeli 29. W przypadku pytań dotyczących satysfakcji z opieki pielęgniarskiej najczęściej nie odpowiadano na pytanie 11 – co myślisz na temat tego „Jak pielęgniarki uspokajały Twoją rodzinę i przyjaciół?”. Brakowało 6,50% odpowiedzi na to pytanie

Tabela 29. Struktura poprawnych odpowiedzi – skala „satisfakcja z opieki pielęgniarskiej” – ogółem

Wyszczególnienie	Liczba odpowiedzi			Procent		
	poprawnych	braki odpowiedzi	ogółem	poprawnych	braki odpowiedzi	ogółem
Pytanie 1	897	21	918	97,71	2,29	100,00
Pytanie 2	899	19	918	97,93	2,07	100,00
Pytanie 3	899	19	918	97,93	2,07	100,00
Pytanie 4	892	26	918	97,17	2,83	100,00
Pytanie 5	895	23	918	97,49	2,51	100,00
Pytanie 6	893	25	918	97,28	2,72	100,00
Pytanie 7	891	27	918	97,06	2,94	100,00
Pytanie 8	895	23	918	97,49	2,51	100,00
Pytanie 9	890	28	918	96,95	3,05	100,00
Pytanie 10	894	24	918	97,39	2,61	100,00
Pytanie 11	860	58	918	93,68	6,32	100,00
Pytanie 12	893	25	918	97,28	2,72	100,00
Pytanie 13	884	34	918	96,30	3,70	100,00
Pytanie 14	893	25	918	97,28	2,72	100,00
Pytanie 15	884	34	918	96,30	3,70	100,00
Pytanie 16	892	26	918	97,17	2,83	100,00
Pytanie 17	891	27	918	97,06	2,94	100,00
Pytanie 18	889	29	918	96,84	3,16	100,00
Pytanie 19	890	28	918	96,95	3,05	100,00

*Źródło:* Opracowanie własne.



Analizując strukturę poprawnych odpowiedzi na pozycje części 2 skali w poszczególnych ośrodkach, największe braki odpowiedzi stwierdzono w szpitalu nr 4, zarówno w oddziale nr 6, jak i nr 7 wynosiły od 7 do 25% na poszczególne pozycje skali. Tak wysoki odsetek braku odpowiedzi na wszystkie pozycje części drugiej skali w tym szpitalu w dużej mierze spowodowany był tym, że pacjenci nie odpowiadali na tę część skali w całości (zostawiali niewypełnioną).

### **6.3.3. Analiza związku wyników skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle i wyników badań zewnętrznych (kryteriów zewnętrznych)**

O aspekcie zbieżnościowym trafności narzędzia badawczego można wnioskować na podstawie analizy związku wyników uzyskanych za pomocą tego narzędzia z wynikami innych zewnętrznych badań. W badaniu trafności skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle wykorzystano odpowiedzi na dwa oddzielne pytania zawarte w części 3 tejże skali, nie wchodzące w skład zasadniczej części skali, jako wyniki badań zewnętrznych. W celu oceny tej zależności wykorzystano nieparametryczny współczynnik korelacji rangowej Spearmana.

#### **Ocena zależności wyników oceny „doświadczeń z opieki pielęgniarstwa” oraz wyników badania zewnętrznego (pyt. 6 część 3 skali)**

W zdecydowanej większości oddziałów otrzymana wartość współczynnika korelacji daje podstawy do odrzucenia hipotezy  $H_0$  i powoduje przyjęcie hipotezy  $H_1$ ; stwierdzono istotną statystycznie zależność ( $p < 0,005$ ) między wynikiem uzyskanym w skali „doświadczenia” a wynikiem odpowiedzi na pytanie 6. części 3 skali „Jak oceniłbyś opiekę pielęgniarstwa otrzymaną na tym oddziale?”. Wartość współczynnika korelacji Spearmana wynosiła od 0,253 do 0,788. Jedynie w oddziale nr 7 zależność taka nie jest istotna statystycznie ( $p = 0,055$ ).

Tabela 30. Współczynnik korelacji Spearmana dla wyniku skali oceny doświadczeń z opieki pielęgniarskiej oraz oceny opieki pielęgniarskiej otrzymanej na oddziale

Kod szpitala	Kod oddziału	Współczynnik korelacji Spearmana	Istotność (dwustronna)
Ogółem		0,632(**)	0,0001
1	1	0,677(**)	0,0001
2	2	0,363(**)	0,0001
	3	0,628(**)	0,0001
Ogółem		0,788(**)	0,0001
3	4	0,724(**)	0,0001
	5	0,424(**)	0,0001
Ogółem		0,626(**)	0,0001
4	6	0,568(**)	0,0001
	7	0,253	0,055
Ogółem		0,362(**)	0,0001
5	8	0,287(**)	0,004
6	9	0,373(**)	0,0001

(\*\*) oznacza poziom istotności dla  $p < 0.01$

Źródło: Opracowanie własne.

### Ocena zależności wyników oceny „satisfakcji z opieki pielęgniarskiej” oraz wyników badania zewnętrznego (pyt. 6 część 3 skali)

Wartość współczynnika korelacji wynosiła od 0,373 do 0,836. We wszystkich oddziałach stwierdzono istotną statystycznie zależność ( $p=0,000$ ) między wynikiem uzyskanym w skali „satisfakcja” a wynikiem odpowiedzi na pytanie 6 część 3 skali „Jak ocenilibyś opiekę pielęgniarską otrzymaną na tym oddziale?”

Tabela 31. Współczynnik korelacji Spearmana dla wyniku skali oceny satysfakcji z opieki pielęgniarskiej oraz oceny opieki pielęgniarskiej otrzymanej na oddziale

Kod szpitala	Kod oddziału	Współczynnik korelacji Spearmana	Istotność (dwustronna)
Ogółem		0,738(**)	0,0001
1	1	0,787(**)	0,0001
2	2	0,512(**)	0,0001
	3	0,696(**)	0,0001
Ogółem		0,836(**)	0,0001
3	4	0,546(**)	0,0001
	5	0,810(**)	0,0001
Ogółem		0,697(**)	0,0001
4	6	0,762(**)	0,0001
	7	0,527(**)	0,0001
Ogółem		0,654(**)	0,0001
5	8	0,373(**)	0,0001
6	9	0,514(**)	0,0001

(\*\*) oznacza poziom istotności dla  $p < 0.01$

Źródło: Opracowanie własne.

### Ocena zależności wyników oceny „doświadczeń z opieki pielęgniarskiej” oraz wyników badania zewnętrznego (pyt.7 część 3 skali)

W zdecydowanej większości oddziałów otrzymana wartość współczynnika korelacji daje podstawy do odrzucenia hipotezy  $H_0$  i powoduje przyjęcie hipotezy  $H_1$ ; stwierdzono istotną statystycznie zależność ( $p < 0,001$ ) między wynikiem uzyskanym w skali „doświadczeń” a wynikiem odpowiedzi na pytanie 7 części 3 skali „Całościowo, jak oceniłbyś swój obecny pobyt w tym oddziale?” Wartość współczynnika korelacji wynosiła od 0,227 do 0,725. Jedynie w oddziale nr 7 zależność taka nie została stwierdzona ( $p = 0,087$ ).

Tabela 32. Współczynnik korelacji Spearmana dla wyniku skali oceny doświadczeń z opieki pielęgniarskiej oraz całościowej oceny pobytu w oddziale

Kod szpitala	Kod oddziału	Współczynnik korelacji Spearmana	Istotność (dwustronna)
Ogółem		0,612(**)	0,0001
1	1	0,725(**)	0,0001
2	2	0,325(**)	0,001
	3	0,646(**)	0,0001
Ogółem		0,721(**)	0,0001
3	4	0,500(**)	0,0001
	5	0,648(**)	0,0001
Ogółem		0,626(**)	0,0001
4	6	0,517(**)	0,0001
	7	0,227	0,087
Ogółem		0,331(**)	0,001
5	8	0,259(**)	0,010
6	9	0,393(**)	0,0001

(\*\*) oznacza poziom istotności dla  $p < 0.01$

Źródło: Opracowanie własne.

### Ocena zależności wyników oceny „satisfakcji z opieki pielęgniarskiej” oraz wyników badania zewnętrznego (pyt. 7 część 3 skali)

Wyniki analizy zależności oceny „satisfakcji z opieki pielęgniarskiej” oraz wyniki badania zewnętrznego były istotne statystycznie (tabela 33). We wszystkich oddziałach otrzymana wartość współczynnika korelacji daje podstawy do odrzucenia hipotezy  $H_0$  i powoduje przyjęcie hipotezy  $H_1$ ; stwierdzono istotną statystycznie zależność ( $p=0,000$ ) między wynikiem uzyskanym w skali „satisfakcja” a wynikiem odpowiedzi na pyt. 7 części 3 skali „Całościowo, jak ocenilibyś swój obecny pobyt w tym oddziale?”. Wartość współczynnika korelacji wynosiła od 0,372 do 0,797.

Tabela 33. Współczynnik korelacji Spearmana dla wyniku skali oceny satysfakcji z opieki pielęgniarskiej oraz całościowej oceny pobytu w oddziale

Kod szpitala	Kod oddziału	Współczynnik korelacji Spearmana	Istotność (dwustronna)
Ogółem		0,701(**)	0,0001
1	1	0,733(**)	0,0001
2	2	0,476(**)	0,0001
	3	0,696(**)	0,0001
Ogółem		0,765(**)	0,0001
3	4	0,698(**)	0,0001
	5	0,619(**)	0,0001
Ogółem		0,676(**)	0,0001
4	6	0,797(**)	0,0001
	7	0,649(**)	0,0001
Ogółem		0,735(**)	0,0001
5	8	0,372(**)	0,0001
6	9	0,533(**)	0,0001

(\*\*) oznacza poziom istotności dla  $p < 0.01$

Źródło: Opracowanie własne.

#### **6.3.4. Badanie wpływu cech demograficznych i innych zmiennych na ocenę doświadczeń związanych z opieką pielęgniarską i satysfakcji z opieki pielęgniarskiej**

Wyniki wcześniejszych badań dotyczących pomiaru satysfakcji pacjentów z pielęgnowania wskazywały (z wyjątkami), że pacjenci w starszym wieku, z niższym poziomem wykształcenia oraz tacy, którzy stwierdzali, że w czasie pobytu mieli wyznaczoną konkretną pielęgniarkę odpowiedzialną za opiekę nad nimi mieli bardziej pozytywne doświadczenia dotyczące opieki pielęgniarskiej i wyższy poziom satysfakcji z pielęgnowania. Istnienie tych zależności w badaniu mogłoby potwierdzić trafność interpretacji wyników uzyskanych za pomocą skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle. W pracy analizowano związek między takimi zmiennymi, jak: wykształcenie pacjentów, ich płeć, wiek, czas pobytu w oddziale, rodzaj oddziału i rodzaj szpitala, w którym przebywali, oraz wyznaczenie konkretnej pielęgniarki odpowiedzialnej za opiekę, na wyniki uzyskane w skali. Analizowano wpływ poszczególnych zmiennych oddzielnie na wyniki uzyskane w części 1 „doświadczenia” i części 2 „satysfakcja” skali Newcastle.

#### **Wpływ wykształcenia na wynik oceny doświadczeń i satysfakcji z opieki pielęgniarskiej**

Wpływ rodzaju wykształcenia pacjenta na wynik oceny doświadczeń z opieki pielęgniarskiej i satysfakcji badano za pomocą nieparametrycznego testu Kruskala-Wallisa. Pacjenci uczestniczący w badaniu zaznaczali w kwestionariuszu ankiety wykształcenie: podstawowe, zawodowe, średnie, wyższe. Analizy przeprowadzono oddzielnie dla wyników uzyskanych w zakresie oceny doświadczeń z opieki pielęgniarskiej i w zakresie oceny satysfakcji z opieki pielęgniarskiej (tabela 34).

Tabela 34. Zależność oceny opieki pielęgniarskiej od wykształcenia

Skala	<i>n</i>	Test Kruskala-Wallis	<i>P</i>
Ocena „doświadczenia z opieki pielęgniarskiej”	859	4,411076	0,2204
Ocena „satisfakcji z opieki pielęgniarskiej”	851	6,085545	0,1075

Źródło: Opracowanie własne.

Porównanie wartości obliczonej statystyki testowej Kruskala-Wallisa  $H$  z wartościami znanego rozkładu prawdopodobieństwa nie daje podstawy do odrzucenia hipotezy  $H_0$ , co pozwala stwierdzić, że każda grupa pacjentów o różnym poziomie wykształcenia ma taki sam rozkład wyników badania doświadczeń związanych z opieką  $H=4,411076$ ,  $p=0,2204$  i satysfakcji z opieki pielęgniarskiej  $H=0,1075$ ,  $p=0,1075$ . Nie istnieje związek między wykształceniem pacjentów a wynikami badania doświadczeń i satysfakcji z opieki pielęgniarskiej. Na uwagę zasługuje fakt, że w badanej populacji pacjentów wyższe wykształcenie deklarowało jedynie 19 osób (2,2%).

### **Wpływ wieku pacjenta na wynik oceny doświadczeń i satysfakcji z opieki pielęgniarskiej**

Wpływ wieku pacjenta na wynik oceny doświadczeń z opieki pielęgniarskiej i satysfakcji badano za pomocą nieparametrycznego testu Kruskala-Wallisa. Wiek pacjentów uczestniczących w badaniu został przypisany do przedziałów: poniżej 40 r.ż., 41-60 r.ż., powyżej 60 r.ż. Analizy przeprowadzono oddzielnie dla wyników uzyskanych w zakresie oceny doświadczeń z opieki pielęgniarskiej i w zakresie oceny satysfakcji z opieki pielęgniarskiej. Podczas analizy wpływu wieku na poziom doświadczeń pacjentów uzyskano ważne dane od 870 pacjentów (94,77% badanej populacji). W przedziale do 40 r.ż. było 245 pacjentów (26,68%), 40-60 lat deklarowało 310 pacjentów (33,76%), powyżej 60 r.ż. było 315 (34,31%) pacjentów. Podczas analizy wpływu wieku na poziom satysfakcji uzyskano dane od 864 (94,11%)

pacjentów. Rozkład danych w poszczególnych przedziałach był podobny: w przedziale do 40 r.ż było 26,68% pacjentów, 40-60 lat deklarowało 33,22% pacjentów, powyżej 60 r.ż było 314 pacjentów. Wiek pacjentów istotnie statystycznie wpływa na wynik oceny doświadczeń pacjenta dotyczących opieki pielęgniarskiej ( $p=0,0005$ ) i wynik skali „satisfakcja” ( $p<0,05$ ) (tabela 35).

Tabela 35. Zależność oceny opieki pielęgniarskiej od wieku

Skala	<i>n</i>	Test Kruskala-Wallisa	<i>p</i>
Ocena „doświadczenia z opieki pielęgniarskiej”	870	15,01581	0,0005
Ocena „satisfakcji z opieki pielęgniarskiej”	864	7,880134	0,0194

Źródło: Opracowanie własne.

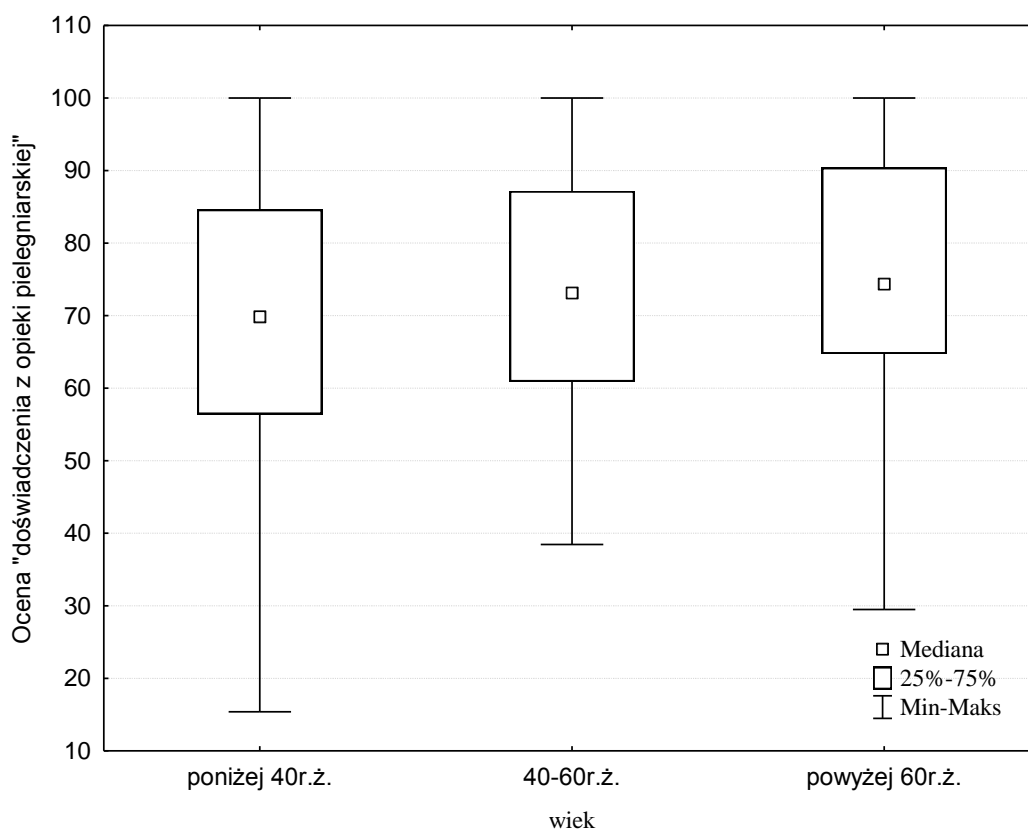
Tabela 36. Wartość *p* dla porównań wielokrotnych (dwustronnych) dla skali „doświadczenia związane z opieką pielęgniarską” w poszczególnych grupach wiekowych

Grupa wiekowa	Poniżej 40 r.ż.	40-60 r.ż.
Poniżej 40 r.ż.		
40-60 r.ż.	0,053752	
Powyżej 60 r.ż.	0,000330	0,336829

Źródło: Opracowanie własne.

Wartości statystyki testowej Kruskala-Wallisa *H* wskazują, że nie każda grupa wiekowa pacjentów ma taki sam rozkład wyników badania doświadczeń z opieki pielęgniarskiej, co najmniej w jednej grupie średni wynik doświadczeń dotyczących opieki pielęgniarskiej różni się od pozostałych. Istotną statystycznie różnicę w ocenie „doświadczeń” z opieki pielęgniarskiej stwierdzono podczas porównania wyników pacjentów zakwalifikowanych do grupy powyżej 60 r.ż i pacjentów poniżej 40 r.ż  $p=0,000330$  (tabela 36, rysunek 5). Najwyższe wartości ocen w skali „doświadczenia” przyznawali pacjenci w wieku powyżej 60 r.ż, niższe pacjenci młodzi, poniżej 40 r.ż.





Rysunek 5. Zależność oceny doświadczeń związanych z opieką pielęgniarską od wieku

Źródło: Opracowanie własne.

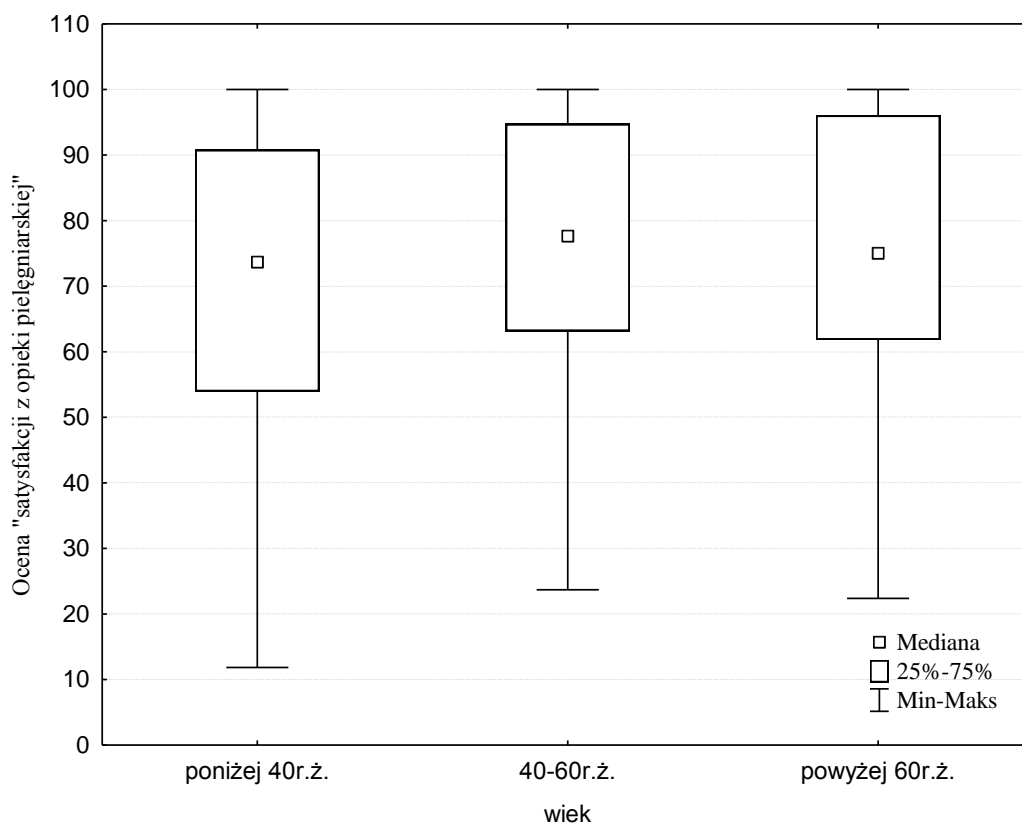
W zakresie skali „satisfakcja pacjenta z opieki pielęgniarskiej” otrzymane wyniki statystyki testowej wskazują, że pacjenci w poszczególnych grupach wiekowych byli istotnie statystycznie różne usatysfakcjonowani  $p=0,0194$ . Wynik badania satysfakcji z opieki pielęgniarskiej zależy od wieku pacjenta.

Tabela 37. Wartość  $p$  dla porównań wielokrotnych (dwustronnych) dla skali „satisfakcja z opieki pielęgniarskiej” w poszczególnych grupach wiekowych

Grupa wiekowa	Poniżej 40 r.ż.	40-60 r.ż.
Poniżej 40 r.ż.		
40-60 r.ż.	0,031557	
Powyżej 60 r.ż.	0,052447	1,000000

Źródło: Opracowanie własne.

Stwierdzono istotną statystycznie różnicę w opiniach dotyczących satysfakcji, otrzymanych od pacjentów z grupy 40-60 lat i grupy poniżej 40 r.ż  $p=0,031557$  (tabela 37, rysunek 6). Pacjenci w wieku poniżej 40 r.ż. istotnie statystycznie niżej oceniali satysfakcję z opieki pielęgniarskiej niż pacjenci w grupie wiekowej 40-60 lat.



Rysunek 6. Zależność oceny satysfakcji z pielęgnowania od wieku

Źródło: Opracowanie własne.

### **Wpływ płci pacjenta na wynik oceny doświadczeń i satysfakcji z opieki pielęgniarskiej**

Wpływ płci pacjenta na wynik oceny satysfakcji badano za pomocą nieparametrycznego testu U Manna-Whitneya dla dwóch grup niepowiązanych (tabela 38).

Tabela 38. Zależność oceny opieki pielęgniarskiej od płci

Skala	Płeć	Średnia	Mediana	U Manna- -Whitneya	Z	Istotność statystyczna test M-W <i>P</i>
Ocena „doświadczeń z opieki pielęgniarskiej”	K	70,7049	69,87179	79607,50	4,09585	0,000042
	M	75,4264	75,00000			
Ocena „satisfakcji z opieki pielęgniarskiej”	K	70,9875	72,36842	74482,00	-5,0771	0,0000001
	M	78,5284	80,26316			

*Zródło:* Opracowanie własne.

Wartość statystyki testowej w analizie wpływu płci na wynik badania doświadczeń z opieki pielęgniarskiej wynosi  $U=79607,50$ ,  $p=0,000042$ , porównanie tej wartości z wartościami znanego rozkładu prawdopodobieństwa pozwala stwierdzić, że są podstawy do odrzucenia hipotezy  $H_0$ . Kobiety i mężczyźni osiągają różne wyniki oceny doświadczeń związanych z opieką pielęgniarską. Badając wpływ płci na wynik badania satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej, otrzymano wartość statystyki testowej  $U=74482,00$ ,  $p=0,000001$ , co również daje dowód na odrzucenie hipotezy  $H_0$ . Istnieje związek między płcią pacjentów a wynikami badania doświadczeń i satysfakcji z opieki pielęgniarskiej. Mężczyźni osiągają wyższe wartości, zarówno w zakresie doświadczeń, jak i satysfakcji z opieki pielęgniarskiej.

### **Wpływ czasu pobytu pacjenta w oddziale na wynik oceny doświadczeń i satysfakcji z opieki pielęgniarskiej**

Wpływ czasu pobytu pacjenta na wynik oceny satysfakcji badano za pomocą nieparametrycznego testu Kruskala-Wallisa. Czas pobytu pacjentów w oddziale podzielono na przedziały: do 10 dni, 11-20 dni, 21-30 dni, powyżej

30 dni. Podczas analizy wpływu długości pobytu w oddziale na poziom doświadczeń pacjentów uzyskano dane od 873 pacjentów (95,09% badanej populacji). W przedziale do 10 dni w oddziale była zdecydowana większość badanych – 705 osób (76,79%), 11-20 dni w oddziale spędziło 140 osób (15,25%), 21-30 dni – 15 (1,63%), powyżej 30 dni – 13 (1,41%) pacjentów. Podczas analizy wpływu długości pobytu w oddziale na poziom satysfakcji uzyskano zbliżone liczbowo dane – 867 (94,44%) pacjentów uwzględniono w analizie. W przedziale do 10 dni w oddziale była zdecydowana większość badanych – 699 (76,14%) osób, 11-20 dni w oddziale spędziło 139 osób (15,14%), 21-30 dni – 16 pacjentów (1,74%), powyżej 30 dni – 13 (1,41%) pacjentów.

Tabela 39. Zależność oceny opieki pielęgniarskiej od czasu pobytu pacjenta w oddziale

Skala	<i>n</i>	Test Kruskala-Wallisa	<i>p</i>
Ocena „doświadczenia z opieki pielęgniarskiej”	873	23,97860	0,000001
Ocena „satysfakcji z opieki pielęgniarskiej”	867	9,653283	0,0218

*Źródło:* Opracowanie własne.

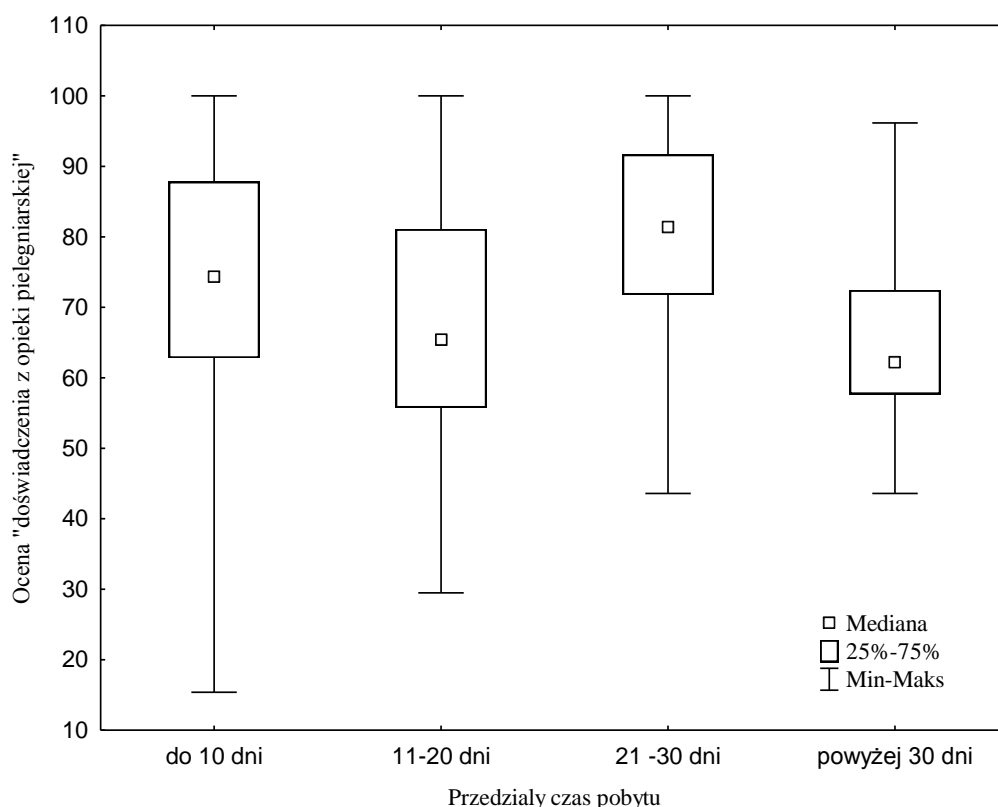
Podczas analizy wpływu czasu pobytu pacjenta w oddziale na wynik oceny doświadczeń dotyczących opieki pielęgniarskiej otrzymana wartość statystyki testowej Kruskala-Wallisa wyniosła:  $H(3, n=873) = 23,97860$   $p=0,000001$  (tabela 39). Porównanie tych wartości z wartościami znanego rozkładu prawdopodobieństwa daje podstawy do odrzucenia hipotezy  $H_0$  i wskazuje, że nie każda grupa pacjentów o różnym czasie pobytu w szpitalu ma taki sam rozkład wyników badania doświadczeń z opieki pielęgniarskiej. Czas pobytu w oddziale wpływa na doświadczenia pacjenta związane z opieką. Analizując wpływ czasu pobytu pacjenta w oddziale na wynik oceny satysfakcji z opieki pielęgniarskiej za pomocą testu Kruskala-Wallisa, otrzymano następujące wartości statystyki testowej:  $H(3, n=867) = 9,653283$   $p=0,0218$ . Czas pobytu w oddziale wpływa na poczucie satysfakcji pacjenta związane z opieką. W celu określenia szczegółów tej zależności przeprowadzono test wielokrotnych

porównań Dunna (tabela 40, rysunek 7). Istotną statystycznie zależność stwierdzono dla przedziałów do 10 dni i 11-20 dni ( $p=0,000174$ ) oraz przedziałów czasowych 11-20 i 21-30 ( $p=0,033267$ ).

Tabela 40. Wartość  $p$  dla porównań wielokrotnych dla skali „doświadczenia związane z opieką pielęgniarską” w zależności od czasu pobytu w oddziale

Czas pobytu w oddziale	do 10 dni	11-20 dni	21 -30 dni
Do 10 dni			
11-20 dni	0,000174		
21 -30 dni	0,959509	0,033267	
Ponad 30 dni	0,194957	1,000000	0,065164

Źródło: Opracowanie własne.



Rysunek 7. Zależność oceny doświadczeń związanych z opieką pielęgniarską od czasu pobytu w oddziale

Źródło: Opracowanie własne.

Najniższe wartości oceny doświadczeń związanych z opieką pielęgniarską stawiali pacjenci, którzy przebywali w oddziale dłużej niż 30 dni, jednakże grupa ta stanowiła jedynie 1,41% badanej populacji. Nie pozwala to na formułowanie wniosków w tym zakresie.

Wartość statystyki testowej K-W dla porównań wielokrotnych dla skali „satisfakcja z opieki pielęgniarskiej” w zależności od czasu pobytu w oddziale wyniosła 0,0218, jednakże przeprowadzony test wielokrotnych porównań Dunna nie wykazał istotnych wartości  $p$  na poziomie  $<0,05$  dla żadnego przedziału czasowego (tabela 41).

Tabela 41. Wartość  $p$  dla porównań wielokrotnych dla skali „satisfakcja z opieki pielęgniarskiej” w zależności od czasu pobytu w oddziale

Czas pobytu w oddziale	do 10 dni	11-20 dni	21 -30 dni
Do 10 dni			
11-20 dni	0,207502		
21 -30 dni	0,524981	0,103886	
Ponad 30 dni	0,948604	1,000000	0,160470

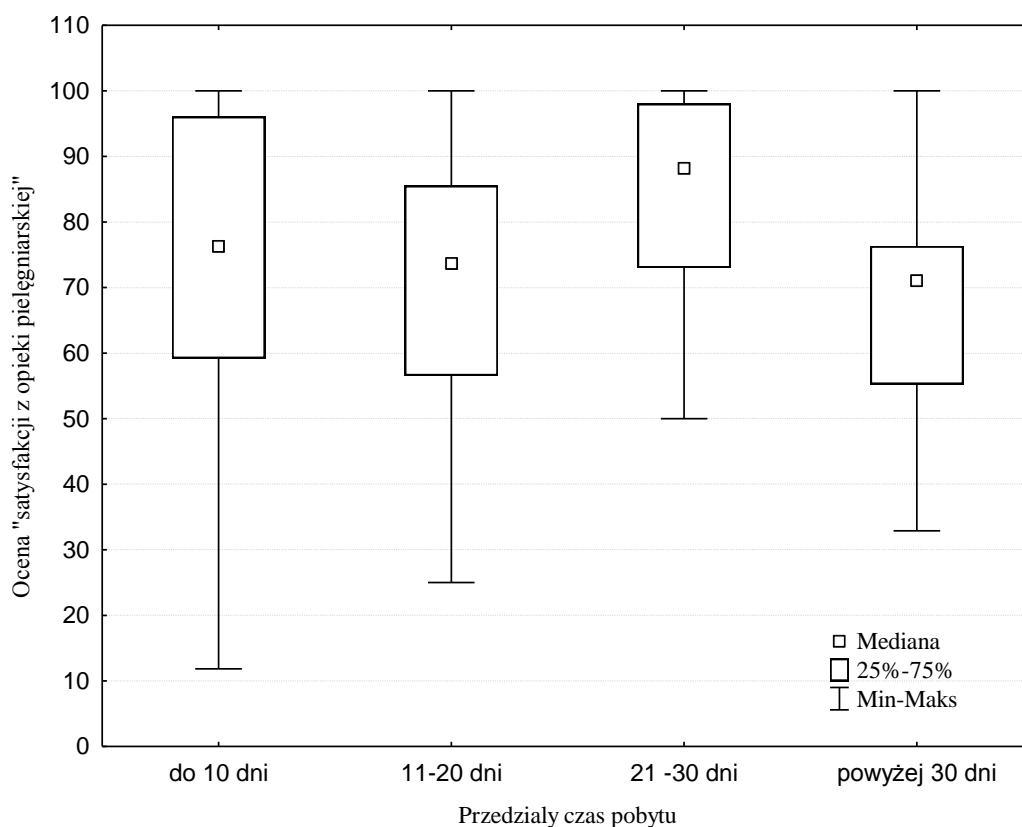
Źródło: Opracowanie własne.

Należy więc stwierdzić, że nie ma istotnych różnic w ocenie satysfakcji z opieki pielęgniarskiej przez pacjentów różnie długo przebywających w danym oddziale. Wartości statystyki opisowej danych uzyskanych z analizy wyników oceny satysfakcji z opieki pielęgniarskiej uzyskanych w zależności od czasu pobytu w szpitalu przedstawia tabela 42 oraz rysunek 8.

Tabela 42. Wartości statystyki opisowej wyników oceny satysfakcji z opieki pielęgniarskiej uzyskanych w zależności od czasu pobytu w oddziale

Czas pobytu w oddziale	<i>n</i> ważnych	Średnia	Mediana	Minimum	Maks.
Do 10 dni	699	75,337	76,315	11,84	100,00
11-20 dni	139	72,060	73,684	25,00	100,00
21-30 dni	16	84,703	88,157	50,00	100,00
Ponad 30 dni	13	67,408	71,052	32,89	100,00

Źródło: Opracowanie własne.



Rysunek 8. Zależność oceny satysfakcji z pielęgnowania od czasu pobytu w oddziale

Źródło: Opracowanie własne.

Najwyższe średnie wartości oceny satysfakcji otrzymano od pacjentów, którzy przebywali w oddziale 21-30 dni (średnia 84,703, mediana 88,15). Jednakże ta grupa pacjentów stanowiła jedynie 1,74% badanej populacji. Uniemożliwia to formułowanie wniosków dotyczących badanego zagadnienia. Podobnie grupa pacjentów przebywający w oddziale powyżej 30 dni, która najniżej oceniała satysfakcję (średnia 67,408, mediana 71,052), stanowiła jedynie 1,41% badanej populacji.

### **Wpływ rodzaju oddziału hospitalizacji na wynik oceny doświadczeń i satysfakcji z opieki pielęgniarskiej**

Analizę zależności między rodzajem oddziału, w jakim pacjent był hospitalizowany, a wynikiem badania doświadczeń i satysfakcji z opieki pielęgniarskiej przeprowadzono, wykorzystując test U Manna-Whitneya. Pacjenci byli hospitalizowani w dwóch rodzajach oddziałów: zabiegowym lub niezabiegowym.

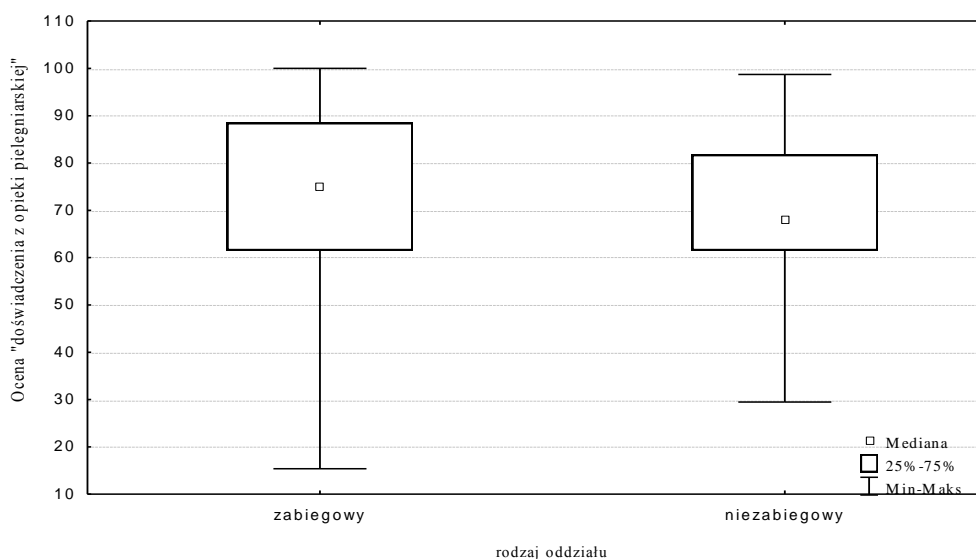
Tabela 43. Zależność oceny opieki pielęgniarskiej od rodzaju oddziału podczas hospitalizacji pacjenta

Skala	Oddział	Średnia	Mediana	U Manna+ Whitneya	Z	Istotność statystyczna test M-W <i>p</i>
Ocena „doświadczeń z opieki pielęgniarskiej”	zabiegowy	74,5086	75,0000	76489,50	3,6427	0,000270
	niezabiegowy	70,7342	67,9487			
Ocena „satysfakcji z opieki pielęgniarskiej”	zabiegowy	78,0247	81,5789	64030,00	6,4207	0,000001
	niezabiegowy	69,0007	69,7368			

*Źródło:* Opracowanie własne.



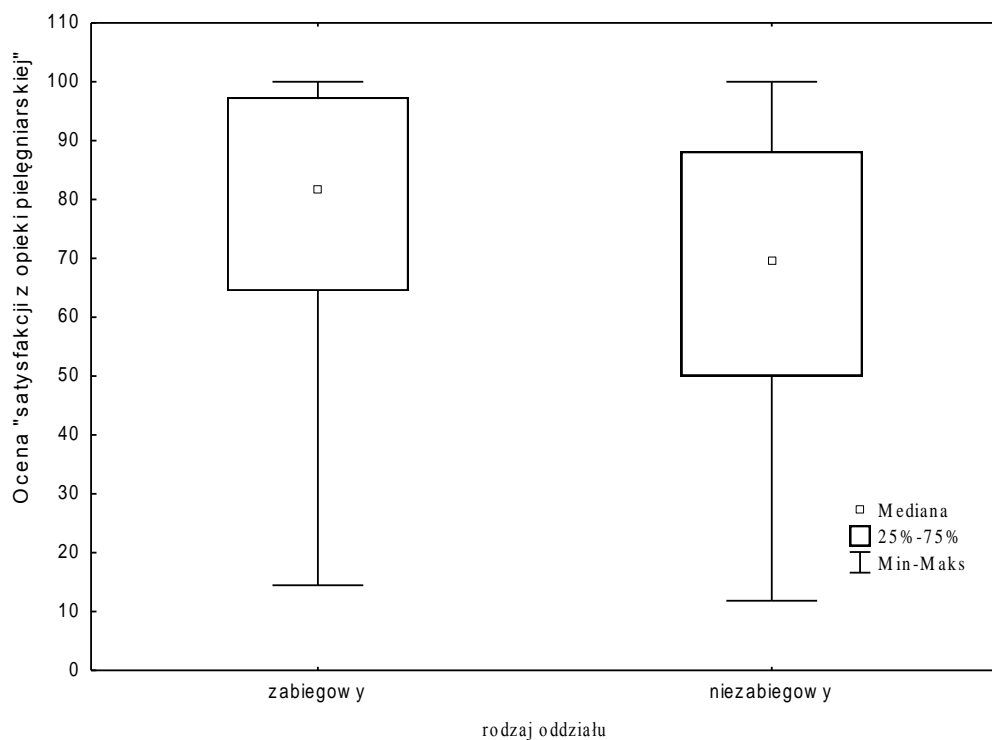
Analizując wpływ rodzaju oddziału, w którym pacjenci byli hospitalizowani na wynik oceny doświadczeń związanych z opieką pielęgniarską otrzymano następujące wartości statystyki testowej:  $U=76489,50$ ,  $Z=3,642730$ ,  $p=0,000270$ , co potwierdza hipotezę alternatywną mówiącą, że pacjenci hospitalizowani w różnych oddziałach mają różny rozkład wyników oceny doświadczeń związanych z opieką pielęgniarską. W przypadku skali „satisfakcja” wartości statystyki testowej wynosiły:  $U=64030,00$ ,  $Z=6,420752$ ,  $p=0,0000001$ ; stwierdzono również różny rozkład wyników w różnych rodzajach oddziałów. Wyżej oceniano opiekę pielęgniarską w oddziałach zabiegowych (tabela 43, rysunki 9 i 10).



Rysunek 9. Zależność oceny doświadczeń związanych z opieką pielęgniarską od rodzaju oddziału podczas hospitalizacji

Źródło: Opracowanie własne.

Ocena doświadczeń dotyczących opieki pielęgniarskiej była istotnie statystycznie wyższa w oddziałach zabiegowych (średnia 74,5086, mediana 75,00) niż oddziałach leczenia zachowawczego (średnia 70,7342, mediana 67,9487).



Rysunek 10. Zależność oceny satysfakcji z pielęgowania od rodzaju oddziału podczas hospitalizacji

Źródło: Opracowanie własne.

Ocena satysfakcji z opieki pielęgniarskiej była istotnie statystycznie wyższa w oddziałach zabiegowych (średnia 78,0247, mediana 81,5789) niż oddziałach leczenia zachowawczego (średnia 69,0007, mediana 69,7368).

### **Wpływ wyznaczenia konkretnej pielęgniarki odpowiedzialnej za opiekę nad pacjentem w czasie pobytu w oddziale na wyniki oceny jego doświadczeń i satysfakcji z opieki pielęgniarskiej**

Wpływ wyznaczenia pielęgniarki do opieki nad pacjentem (i poinformowania go o tym) na wynik oceny tej opieki badano za pomocą nieparametrycznego testu Kruskala-Wallisa. Pacjenci odpowiadali na pytanie dotyczące wyznaczenia pielęgniarki w kategoriach: tak, nie, nie wiem. Analizowano oddzielnie wyniki

uzyskane w zakresie oceny doświadczeń z opieki pielęgniarskiej i w zakresie oceny satysfakcji z opieki pielęgniarskiej (tabela 44).

Tabela 44. Zależność oceny opieki pielęgniarskiej od wyznaczenia pielęgniarki odpowiedzialnej za opiekę

Skala	<i>n</i>	Test Kruskala-Wallis	<i>p</i>
Ocena „doświadczenia z opieki pielęgniarskiej”	864	7,425306	0,0244
Ocena „satysfakcji z opieki pielęgniarskiej”	856	3,277274	0,1942

Źródło: Opracowanie własne.

Istotną statystycznie zależność stwierdzono między wynikiem skali „doświadczenia dotyczące opieki pielęgniarskiej” a zmienną „wyznaczenie pielęgniarki odpowiedzialnej za opiekę nad pacjentem” –  $p=0,0244$ .

Tabela 45. Wartości statystyki opisowej wyników oceny doświadczeń związanych z opieką pielęgniarską w zależności od wyznaczenia pielęgniarki odpowiedzialnej za opiekę podczas pobytu w oddziale

Pielęgniarka wyznaczona, odpowiedzialna za opiekę	<i>n</i> ważnych	Średnia	Mediana	Minimum	Maks.
Tak	43	71,28801	72,43590	43,58974	97,43590
Nie	608	74,02792	73,71795	15,38462	100,0000
Nie wiem	213	70,93716	71,79487	42,30769	100,0000
Brak odpowiedzi	31	75,93052	73,07692	52,56410	98,71795

Źródło: Opracowanie własne.

Na uwagę zasługuje fakt, że jedynie 43 (4,6%) badanych potrafiło wskazać pielęgniarkę odpowiedzialną za indywidualną opiekę nad nimi. Większość pacjentów (89,43%) stwierdziła, że nie wiedziała lub nie miała wyznaczonej pielęgniarki. Ze względu na nieproporcjonalny rozkład danych w poszczególnych grupach wyniki analizy są trudne do interpretacji.

Analiza wyniku statystyki testowej wpływu wyznaczonej pielęgniarki na wynik oceny doświadczeń związanych z opieką pielęgniarską pozwala stwierdzić, że istnieje istotna różnica w ocenie doświadczeń przez pacjentów, którzy różnie odpowiadali na pytanie dotyczące wyznaczenia konkretnej pielęgniarki odpowiedzialnej za opiekę nad nimi w czasie pobytu w oddziale. Wynik testu Kruskala-Wallisa wyniósł:  $H(2, n=864) = 7,425306$   $p=0,0244$ .

Tabela 46. Wartość  $p$  dla porównań wielokrotnych dla skali „doświadczenia związane z opieką pielęgniarską” w zależności od wyznaczenia pielęgniarki odpowiedzialnej za opiekę

Pielęgniarka wyznaczona, odpowiedzialna za opiekę	Tak	Nie
Tak		
Nie	0,771182	
Nie wiem	1,000000	0,027579

*Źródło:* Opracowanie własne.

Istotna różnica wystąpiła między pacjentami, którzy nie mieli wyznaczonej, konkretnej pielęgniarki, i tymi, którzy nie wiedzieli, czy taką pielęgniarkę mieli  $p=0,027579$  (tabela 46). Lepiej swoje doświadczenia oceniali pacjenci, którzy nie mieli wyznaczonej pielęgniarki odpowiedzialnej za opiekę nad nimi. W zakresie skali oceniającej satysfakcję z opieki pielęgniarskiej należy przyjąć hipotezę mówiącą, że pacjenci, bez względu na sposób udzielenia odpowiedzi na pytanie dotyczące wyznaczenia pielęgniarki, mają taki sam wynik oceny satysfakcji z opieki pielęgniarskiej. Wartość statystyki testowej Kruskala-Wallisa:  $H(2, n=856) = 3,277274$ ,  $p=0,1942$ . Istotnym faktem jest to, że tylko 42 pacjentów (4,3%) z badanej populacji stwierdziło, że miało wyznaczoną konkretną pielęgniarkę odpowiedzialną za opiekę nad nimi w czasie pobytu w oddziale.

## Wpływ rodzaju szpitala, w którym przebywał pacjent, na wynik oceny jego doświadczeń i satysfakcji z opieki pielęgniarskiej

W badaniu uczestniczyli pacjenci hospitalizowani w szpitalach o różnym poziomie referencyjności: rejonowych (miejski, powiatowy, resortowy), wojewódzkich i instytutach (klinikach). W celu stwierdzenia, czy wyniki oceny doświadczeń i satysfakcji pacjentów różnią się ze względu na rodzaj szpitala, w którym przebywali, zastosowano test Kruskala-Wallisa (tabela 47).

Tabela 47. Zależność oceny opieki pielęgniarskiej od rodzaju szpitala, w jakim przebywał pacjent

Skala	<i>n</i>	Test Kruskala-Wallisa	<i>p</i>
Ocena „doświadczenia z opieki pielęgniarskiej”	895	13,95975	0,0009
Ocena „satysfakcji z opieki pielęgniarskiej”	883	25,23437	0,00001

Źródło: Opracowanie własne.

Wartości statystyki opisowej wyników oceny opieki pielęgniarską uzyskanych w różnych rodzajach szpitali oraz wartości *p* dla porównań wielokrotnych przedstawiono w tabelach 48-51. W badanej populacji pacjentów największą grupę (54,86%) stanowili pacjenci szpitali rejonowych (miejski, resortowy), odpowiednio 22,34 i 22,79% badanych przebywało w szpitalach wojewódzkich i klinicznych. Średnia ocena doświadczeń dotyczących opieki pielęgniarskiej w szpitalach rejonowych i wojewódzkich była na podobnym poziomie.

Tabela 48. Wartości statystyki opisowej wyników oceny doświadczeń związanych z opieką pielęgniarską w zależności od rodzaju szpitala

Rodzaj szpitala	<i>n</i> ważnych	Średnia	Mediana	Minimum	Maks.
Rejonowy	491	74,28456	73,71795	38,46154	100,0000
Wojewódzki	200	74,27244	76,92308	15,38462	100,0000
Instytut	204	69,65498	69,55128	29,48718	100,0000
Ogółem	895	73,22662	73,07692	15,38462	100,0000

Źródło: Opracowanie własne.

Istotna statystycznie różnica w ocenie doświadczeń wystąpiła między pacjentami leczonymi w szpitalach rejonowych i klinicznych ( $p=0,001838$ ) i pacjentami leczonymi w szpitalach wojewódzkich i klinicznych ( $p=0,003747$ ) (tabela 49). Nie stwierdzono różnicy w ocenie pacjentów szpitali rejonowych i wojewódzkich.

Tabela 49. Wartość *p* dla porównań wielokrotnych (dwustronnych) dla skali „doświadczenia związane z opieką pielęgniarską” i rodzaju szpitala

Rodzaj szpitala	Wojewódzki	Rejonowy
Wojewódzki		
Rejonowy	1,000000	
Instytut	0,003747	0,001838

Źródło: Opracowanie własne.

Porównanie wyników oceny satysfakcji pacjentów w różnych rodzajach szpitali wskazuje, że najbardziej usatysfakcjonowaną grupę pacjentów stanowią pacjenci szpitali rejonowych (średnia 78,10, mediana 82,89), w następnie szpitali wojewódzkich (średnia 72,11, mediana 76,31) i szpitali klinicznych (średnia 74,98, mediana 76,31) (tabela 50). W zakresie oceny satysfakcji z pielęgnowania istotna statystycznie różnica wystąpiła między pacjentami szpitali rejonowych i instytutów ( $p=0,000009$ ) oraz szpitali wojewódzkich i szpitali rejonowych ( $p=0,005418$ ) (tabela 50).

Tabela 50. Wartości statystyki opisowej wyników oceny satysfakcji z opieki pielęgniarskiej w zależności od rodzaju szpitala

Rodzaj szpitala	<i>n</i> ważnych	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum
Rejonowy	475	78,10207	82,89474	15,78947	100,0000
Wojewódzki	201	72,11010	76,31579	14,47368	100,0000
Instytut	207	70,64305	71,05263	11,84211	100,0000
Ogółem	883	74,98949	76,31579	11,84211	100,0000

Źródło: Opracowanie własne.

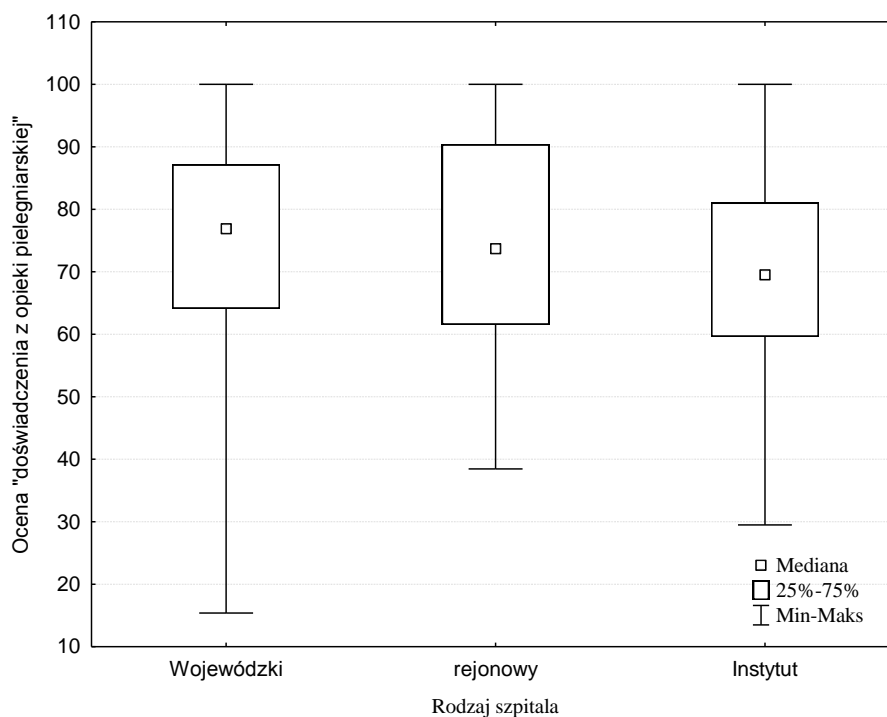
Tabela 51. Wartość *p* dla porównań wielokrotnych (dwustronnych) dla skali „satysfakcja z opieki pielęgniarskiej” i rodzaju szpitala

Rodzaj szpitala	Wojewódzki	Rejonowy
Wojewódzki		
Rejonowy	0,005418	
Instytut	0,596364	0,000009

Źródło: Opracowanie własne.

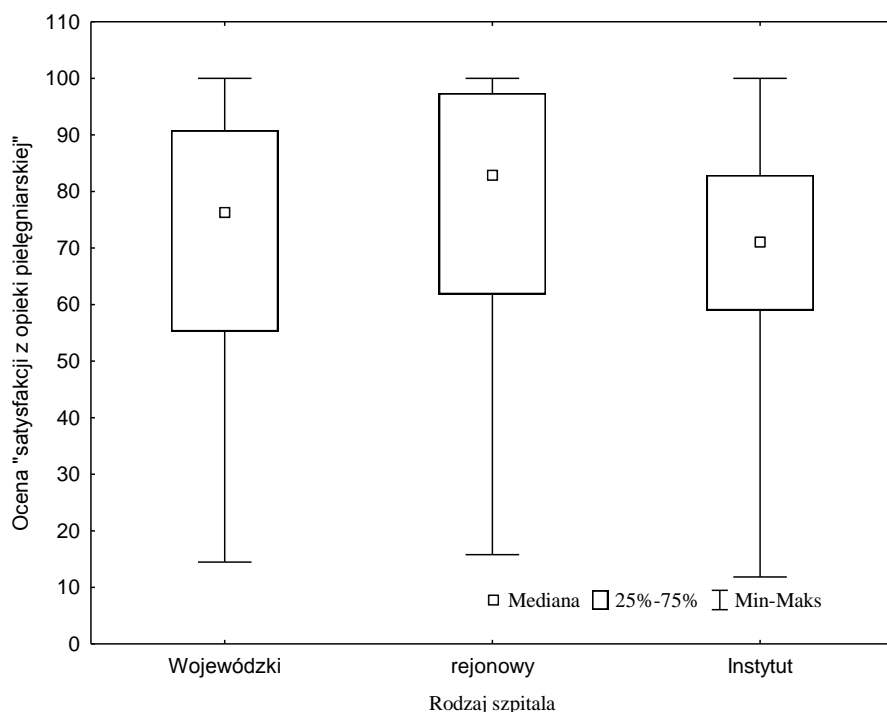
Otrzymane wartości statystyki testowej, zarówno w zakresie skali „doświadczenia” K-W H: 13,95975,  $p=0,0009$ , jak i skali „satysfakcja” K-W H: 25,23437,  $p=0,00001$ , pozwalają stwierdzić, że oceny opieki pielęgniarskiej są istotnie różne w różnych rodzajach szpitali. W zakresie skali „doświadczenia” oceny pielęgnowania były istotnie niższe w szpitalach–instytutach niż w szpitalach wojewódzkich ( $p=0,003747$ ) i szpitalach rejonowych ( $p=0,001838$ ). W zakresie skali „satysfakcja” również wystąpiły istotne statystycznie różnice. Najniżej opiekę pielęgniarską oceniali pacjenci leczeni w szpitalu–instytucie (rysunki 11 i 12).

Średnia ocena doświadczeń dotyczących opieki pielęgniarskiej w szpitalach rejonowych i wojewódzkich wynosiła odpowiednio 74,28 i 74,27 punktów w skali od 0 do 100 (mediana odpowiednio 73,71 i 76,92). W szpitalu klinicznym średnia ocena doświadczeń wyniosła 69,65 (mediana 69,55). Ocena satysfakcji z opieki pielęgniarskiej kształtowała się malejąco od szpitala rejonowego do instytutu.



Rysunek 11. Zależność oceny doświadczeń związanych z opieką pielęgniarską od rodzaju szpitala, w którym przebywał pacjent

Źródło: Opracowanie własne.



Rysunek 12. Zależność oceny satysfakcji z opieki pielęgniarskiej od rodzaju szpitala, w którym przebywał pacjent

Źródło: Opracowanie własne.



## Uwagi respondentów zgłaszane w toku badań

Pacjenci w toku badań w części 3 skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle w punkcie 8 (Inne uwagi/komentarze) wpisywali własne dodatkowe spostrzeżenia i opinie.

Uwagi te dotyczyły grup zagadnień:

- jakości opieki pielęgniarskiej – zgłaszano zarówno uwagi pozytywne, jak i negatywne - Olsztyn A2 nr 17 „bardzo dobra opieka”, nr 123 „podwyżka wynagrodzeń, aby pielęgniarki nie wyjeżdżały za granicę”, nr 111 „... w tak liczny zespół są wyśmienite pielęgniarki, ale są (2) do szybkiego usunięcia, psują opinię innym”;
- udzielania odpowiedzi na pytania zawarte w skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle; zgłaszano głównie uwagi negatywne. Olsztyn A2 nr 91 „uwag do pielęgniarek nie mam, jedynie do źle sformułowanych odpowiedzi i pytań”, nr 46 „ankieta tłumaczona z języka angielskiego nie bardzo jest zrozumiała dla przeciętnego śmiertelnika, chcąc uzyskać pozytywną opinię, trzeba zaprzeczyć zaprzeczeniu co w języku polskim bywa niezrozumiałe”, A1 nr 50 „ankieta źle jest opracowana”;
- treści pytań zawartych w skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle – komentarze zamieszczane były obok poszczególnych pytań.

Przykładowo, w części 1 skali obok pytania 14 „Pielęgniarki nie ze wszystkim dawały sobie radę”, pytania 15 „Pielęgniarki nie interesowały się mną jako osobą” pytania 16 „Pielęgniarki tłumaczyły mi, co mi dolega” czterech respondentów naniósł uwagi typu „Nie rozumiem”. Pytanie 11 „Widziałam w pielęgniarkach swoich przyjaciół” jeden respondent (Olsztyn A2 nr 63) skomentował: „trudno określić kogoś przyjacielem po kilku dniach”. W części 2 skali najczęściej uwagi dotyczyły pozycji 11 „Jak pielęgniarki uspokajały Twoją rodzinę i przyjaciół” – 3 respondentów wpisało uwagę „nie dotyczy”.

Zgłaszane przez respondentów uwagi stanowiły podstawę do ponownej oceny językowej skali przez eksperta w zakresie filologii języka polskiego.

Wprowadzone zmiany miały poprawić brzmienie twierdzeń zawartych w skali pod względem stylistycznym i gramatycznym, bez powodowania zmian w ich pierwotnym znaczeniu. Zaproponowano niewielkie zmiany w zakresie pierwszej części skali (doświadczenia), polegające na:

Pyt.1. Można się było pośmiać z pielęgniarkami – zmienić na:

Można było pożartować z pielęgniarkami.

Pyt.3. Pielęgniarki nie mówiły mi wystarczająco dużo o moim leczeniu – zmienić na: Pielęgniarki nie udzielały mi wystarczających informacji.

Pyt.4. Pielęgniarki nie wysilały się zbytnio i były zbyt „wyluzowane” – zmienić na: Pielęgniarki były zbyt swobodne i za mało zaangażowane.

Pyt. 6. Pielęgniarki udzielały mi informacji, gdy tylko je o to poprosiłem/-am – zmienić na: Pielęgniarki udzielały mi informacji dokładnie wtedy, gdy ich potrzebowałem.

Pyt.15. Pielęgniarki nie interesowały się mną jako osobą – zmienić na:

Pielęgniarki nie interesowały się mną.

Pyt.21. Pielęgniarki dbały o prywatność pacjentów, gdy było to potrzebne – zmienić na: Pielęgniarki dbały o prywatność pacjentów.

Pyt.24. Wydawało się, że pielęgniarki jakby nie wiedziały, co każda z nich robiła – zmienić na: Wydawało się, że jedna pielęgniarka nie wiedziała, co robi druga.

Pyt.26. Dzięki pielęgniarkom na oddziale panowała radosna atmosfera – zmienić na: Dzięki pielęgniarkom na oddziale panowała miła atmosfera.

## 7. Dyskusja

Celem przeprowadzonych badań było opracowanie i zastosowanie w Polsce narzędzia badawczego do pomiaru satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej. Narzędzie takie powinno: cechować się odpowiednimi właściwościami psychometrycznymi, być skonstruowane na podstawie istotnych dla pacjentów atrybutów opieki pielęgniarskiej, identyfikować poszczególne aspekty opieki pielęgniarskiej, powinno wreszcie być łatwe do wypełnienia, przedstawione w atrakcyjnej dla pacjenta formie [8, 47].

Przegląd polskiej literatury źródłowej dotyczącej pomiaru satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej świadczonej w szpitalach wskazuje, że takiego idealnego narzędzia nie ma. Wśród autorów wykorzystujących narzędzia badawcze do pomiaru satysfakcji pacjenta rysują się dwa podejścia. Pierwsze z nich zakłada, że takie narzędzia do oceny satysfakcji pacjenta powinny być przekształcane i modyfikowane w zależności od specyfiki danego oddziału lub na potrzeby konkretnych badań. Stanowią one mogą wówczas element doskonalenia metod organizacji i zarządzania pracy pielęgniarskiej w badanym oddziale [46, 93]. Drugie podejście nakazuje poszukiwanie narzędzi uniwersalnych, statystycznie zweryfikowanych, w których zawarte zostaną kryteria oceny opieki pielęgniarskiej ważne z punktu widzenia pacjenta [47]. W Polsce do pomiaru i oceny satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej w szpitalach są stosowane głównie narzędzia autorskie, opracowane na potrzeby danego zakładu pracy lub prowadzonego badania [21, 40, 77, 78, 95, 98]. W kilku pracach badawczych [46, 92, 93] zastosowano „Kwestionariusz satysfakcji z pobytu w szpitalu” autorstwa H. Lenartowicz [51]. Kwestionariusz ten, oprócz wybranych aspektów oceny opieki pielęgniarskiej, zawiera pytania dotyczące zadowolenia pacjenta z warunków hotelowych podczas pobytu w szpitalu. Innym narzędziem stosowanym w Polsce, oceniającym różne aspekty ogólnego zadowolenia pacjenta ze świadczeń medycznych, jest kwestionariusz do oceny satysfakcji pacjenta EUROPEP, stworzony przez Europejską Grupę Roboczą ds. Jakości w Medycynie Rodzinnej [43, 44, 54]. Ogólną ocenę zadowolenia z opieki

medycznej w szpitalnych oddziałach zabiegowych badano, stosując „Anonimową Ankietę badania satysfakcji pacjenta” [38]. Wśród narzędzi badawczych zastosowanych do oceny zadowolenia z opieki pielęgniarskiej należy wymienić „Arkusze oceny poziomu pielęgnacji” (AOPP) [76]. Zdecydowana większość narzędzi do badania satysfakcji pacjentów w szpitalu wykorzystywanych w Polsce nie została zweryfikowana statystycznie, ich trafność i rzetelność są więc nieustalone, a wyniki badań trudne do interpretacji. Autorzy najczęściej nie podają informacji na temat sposobu konstruowania poszczególnych narzędzi badawczych, tworzenia puli pozycji skali czy ankiety, ewentualnego zaangażowania pacjentów w ten proces. W pewnym stopniu wyjątkami są tutaj narzędzia do badania satysfakcji pacjentów PASAT (pakiet satysfakcja) opracowane przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia i Gospodarstwo Pomocnicze przy CMJ w Krakowie [9].

Potrzeba posiadania dobrego narzędzia do oceny jakości opieki zmusza do wyboru jednej z możliwości. Pierwsza z nich to skonstruowanie takiego narzędzia od podstaw w Polsce, druga to adaptacja narzędzia już istniejącego, opracowanego zgodnie z przyjętymi założeniami teoretycznymi i zweryfikowanego statystycznie. Ze względu na zasięg prac, jakie wiążą się ze skonstruowaniem narzędzia oceniającego satysfakcję z perspektywy pacjenta, poprawnego treściowo i rzetelnego, wybrano rozwiązanie drugie. Brzeziński [5] stwierdził, że „często łatwiej jest opracować narzędzie badawcze od podstaw niż dokonać dobrej adaptacji”, z perspektywy czasu należy przyznać mu rację.

Dlaczego przedmiotem prac adaptacyjnych stała się the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS), a nie inna opublikowana skala? Zaletą skali the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale jest to, że służy do pomiaru doświadczeń i satysfakcji pacjenta wyłącznie z opieki pielęgniarskiej. Słabą stroną skali NSNS jest to, że mimo opracowania jej na podstawie wcześniej zidentyfikowanych przez pacjentów istotnych atrybutów „dobrej jakościowo opieki pielęgniarskiej”, autorzy wersji oryginalnej, przeprowadzając analizę czynnikową pozycji skali, nie wykazali istnienia czynników odpowiadających poszczególnym aspektom opieki pielęgniarskiej. Nie pozwoliło to na tworzenie podskal oceniających poszczególne wymiary opieki pielęgniarskiej. Wynik skali NSNS musi być interpretowany jako ogólny wynik zadowolenia z opieki

pielęgniarskiej w danym oddziale. Należy jednakże pamiętać, że mimo uogólnienia wyniku oceny i jednowymiarowego charakteru, na wyniki części pierwszej i części drugiej skali NSNS składają się odpowiedzi na pytania będące wskaźnikami zadowolenia pacjenta, odzwierciedlającymi różne aspekty opieki pielęgniarskiej. Wybór the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale jako narzędzia potencjalnie przydatnego do badania satysfakcji z pielęgnowania w Polsce i poddanie jej procesowi adaptacji, oprócz względów merytorycznych, był uwarunkowany także dostępnością tego narzędzia i chęcią współpracy autorów wersji źródłowej z autorką.

Aby adaptowane narzędzie badawcze było przydatne w kraju docelowego zastosowania, muszą być spełnione warunki równoważności pojęciowej (konceptyjnej) i równoważności wskaźników odzwierciedlających badany konstrukt (pojęcie) [18]. „Satysfakcja pacjenta” jest pewnym zjawiskiem psychicznym, które nie może być zaobserwowane i zmierzone w sposób bezpośredni. Pomiar satysfakcji pacjenta wymaga precyzyjnego określenia i zdefiniowania jej istoty, a następnie ustalenia wskaźników odzwierciedlających przyjętą koncepcję. Autorzy The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale przyjęli zgodnie z Pascoe [64], że satysfakcja pacjenta to reakcja pacjenta na istotne aspekty jego doświadczeń związanych z otrzymaną opieką pielęgniarską.

Doświadczenia pacjenta podlegają poznawczemu, racjonalnemu osądowi. Subiektywne porównanie stopnia zaspokojenia oczekiwań i potrzeb w istotnych dla niego obszarach opieki z doświadczeniami dotyczącymi tej opieki wyzwała pewną reakcję emocjonalną, czyli pewien stopień satysfakcji. Satysfakcja z opieki pielęgniarskiej jest więc uwarunkowana zarówno procesem poznawczym, jak i reakcją emocjonalną. Takie rozumienie pojęcia satysfakcja uzasadnia wyodrębnienie w The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale dwóch części: skali „doświadczenia” i skali „satysfakcja”. W warunkach polskich satysfakcja pacjenta jest najczęściej rozumiana jako różnica między tym, co pacjent dostaje, a subiektywnymi oczekiwaniami w zakresie opieki [60]. Łukomska i wsp. [54] podają, że satysfakcja pacjenta jest miarą spełnienia oczekiwań osoby leczonej lub mającej inny kontakt z opieką zdrowotną. Zbliżone określenie pojęcia satysfakcja pacjenta przytacza Szeszycka [75] – satysfakcja klienta–pacjenta zależy od stopnia, w jakim otrzymana usługa spełni jego oczekiwania. Wynik

komparatywnej oceny tychże oczekiwań z rzeczywistością jest określany jako postrzegana jakość usługi. Twarduś [85] przytacza definicję Krakowiak (1996): „satisfakcja pacjenta jest ogólnym osądem opartym na jego doświadczeniu dotyczącym różnych aspektów opieki zdrowotnej”. K. Kulczycka (1998) rozwija to określenie, twierdząc, że satisfakcja pacjenta może być traktowana jako reakcja konsumenta na doświadczenia z otrzymywanych usług [47].

We wszystkich wymienionych definicjach można wyróżnić pewien składowy element poznawczy (doświadczenie, ocena, osąd) i emocjonalny (reakcja). Uogólniając te rozważania, można przyjąć, że w Polsce „satisfakcja pacjenta” jest rozumiana jako pewna reakcja emocjonalna na doświadczenia związane z otrzymywaną opieką pielęgniarską. Pozwala to stwierdzić zgodność w zakresie rozumienia pojęcia „satisfakcja pacjenta” między obszarem kulturowym, w którym skala NSNS powstała, i tym, w którym ma być zastosowana. Trudności napotyka się podczas próby porównania wskaźników, za pomocą których poziom satisfakcji pacjenta w obu kulturach ma być oceniany. Wskaźniki te powinny być określone na podstawie wcześniej zidentyfikowanych, ważnych z punktu widzenia pacjenta obszarów/wymiarów/aspektów opieki. W przypadku wersji oryginalnej skali NSNS istotne dla pacjenta aspekty opieki pielęgniarskiej i ich hierarchia zostały ustalone w toku badań jakościowych. Były to: sposób bycia pielęgniarek, zaangażowanie, dostępność pielęgniarek, zapewnianie poczucia bezpieczeństwa, indywidualne podejście do pacjenta, otwartość/nieformalność relacji, informowanie, profesjonalizm pielęgniarek, organizacja pracy w oddziale, wiedza zawodowa pielęgniarek, czynniki środowiskowe oddziału. W polskiej literaturze przedmiotu można znaleźć dane dotyczące wyznaczania obszarów opieki, będące przedmiotem pomiaru satisfakcji pacjenta w zakresie ogólnej opieki świadczonej w szpitalu [25, 71].

W zakresie opieki pielęgniarskiej obszary istotne dla pacjenta określano najczęściej w toku badań ankietowych, przez identyfikację oczekiwań pacjentów wobec pielęgniarek. Badania te potwierdziły istotną rolę zaspokajania potrzeb psychospołecznych w zakresie adaptacji psychospołecznej w szpitalu, prawidłowych relacji z personelem, zainteresowania, troski, uwagi, równego traktowania, akceptacji, kompensacji aktywności społecznej, właściwej komunikacji [76]. W badaniach Motyki i wsp. wykazano duże oczekiwania

pacjentów w zakresie informowania na temat własnej choroby i jednocześnie niedostateczny wynik realizacji tych oczekiwań przez lekarzy i pielęgniarki u zdecydowanej większości pacjentów [58]. Oczekiwania pacjentów wobec pielęgniarki neurochirurgicznej badał Ślusarz [77]. Najistotniejsze z tych oczekiwań to: punktualność, odpowiedzialność, kultura osobista, życzliwość, przygotowanie psychiczne do zabiegu, rzetelna informacja o wykonywanych czynnościach pielęgnacyjnych, pomoc w utrzymaniu higieny, zaspokajaniu potrzeb biologicznych, eliminowanie bólu, edukacja. Kapała na podstawie wyników badania oczekiwań pacjentów hospitalizowanych wobec personelu pielęgniarskiego stwierdził, że pacjenci mają problem ze sprecyzowaniem swoich oczekiwań wobec pielęgniarki, oczekują sprawności manualnej podczas wykonywania zabiegów (93%) oraz informowania [41, 42].

W Polsce potrzeby i oczekiwania pacjentów, których stopień zaspokojenia ocenia się podczas pomiaru satysfakcji, często są określane przez samych świadczeniodawców. W polskiej literaturze wymienia się najważniejsze typy potrzeb pacjentów w kontekście zapewniania jakości opieki. Są to: potrzeba informacji, kontroli sytuacji, bezpieczeństwa, zainteresowania i wsparcia emocjonalnego, szacunku i akceptacji, intymności i poufności, przyjaznej atmosfery [60]. Ślusarz i wsp., oceniając satysfakcję pacjentów z opieki pielęgniarskiej, przeanalizowali następujące aspekty opieki pielęgniarskiej: informowanie o czynnościach i zabiegach wykonywanych przez pielęgniarki, czas pielęgniarki przeznaczony dla pacjenta, szybkość reakcji na wezwanie chorego, praca pielęgniarek na dyżurach dziennych i nocnych [78]. Inne aspekty opieki pielęgniarskiej oceniane w toku badań satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej to: poprawność wykonywania zabiegów, relacje interpersonalne, przyjęcie pacjenta do oddziału, podmiotowe traktowanie pacjenta, informowanie, edukacja, zaspokajanie potrzeb egzystencjalnych, warunki hotelowe [21], przygotowanie pacjenta do samoopieki, pośpiech, takt, kultura, postawa pielęgniarek wobec pacjenta [95]. Ze względu na brak w literaturze polskiej odpowiednich badań jednoznacznie wyznaczających z perspektywy pacjenta i przez samego pacjenta obszary opieki pielęgniarskiej dla niego ważne porównanie obu wersji skali NSNS na poziomie równoważności obszarów opieki pielęgniarskiej i ich wskaźników jest utrudnione. Pacjenci w Polsce określali

swoje oczekiwania wobec pielęgniarek, nie określali jednakże, czym jest i jak wygląda z ich perspektywy „pielęgowanie dobre jakościowo”. Należy jednakże stwierdzić, że zdecydowana większość aspektów opieki pielęgniarskiej zidentyfikowanych przez pacjentów w Anglii była przedmiotem analiz w Polsce. Pozwala to przyjąć, że w obu obszarach kulturowych pacjenci podobnie postrzegają oczekiwania wobec pielęgniarek, a zidentyfikowane aspekty opieki pielęgniarskiej będą miały dla nich podobne znaczenie.

Jednym z elementów adaptacji testu jest jego tłumaczenie. Skalę the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale na język polski przetłumaczono, zachowując możliwie największą zgodność gramatyczną i semantyczną poszczególnych wyrazów zawartych w kwestionariuszu. Zadanie to było niezwykle trudne. Skala NSNS zawiera wiele pozycji trudnych do przekładu, ze względu na ich wieloznaczność, zawarty w nich ładunek emocjonalny lub ich żargonowy charakter. Pozytywna opinia retranslacji wersji polskiej na język angielski (back translation) wydana przez współautorkę wersji oryginalnej Panią E. McColl nie oznaczała pełnej akceptacji tłumaczenia przez polskich respondentów. Uwagi zgłaszane przez respondentów oraz odsetek pytań pozostawionych bez odpowiedzi wskazują na niedoskonałości tłumaczenia wersji polskiej skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle. Wskazuje to na potrzebę przeprowadzenia dodatkowych modyfikacji stylistycznych twierdzeń zawartych w skali. Należy jednakże zaznaczyć, że w całej populacji badanych stwierdzono pięć przypadków uwag krytycznych dotyczących niedoskonałości tłumaczenia i kilka uwag dotyczących trudności w zrozumieniu twierdzenia. Skalę zadowolenia z pielęgnacji Newcastle ponownie oceniono pod kątem poprawności językowej, co pozwoliło przygotować końcową wersję tej skali (załącznik nr 4).

Pełna adaptacja narzędzia badawczego wymaga przeprowadzenia analiz porównujących właściwości psychometryczne obu wersji skali, tej oryginalnej i tej adaptowanej, w ich zakresie trafności i rzetelności. Nowa wersja skali powinna osiągnąć parametry nie gorsze niż wersja oryginalna. W zakresie oceny trafności kryterialnej autorzy wersji oryginalnej przyjęli następujące założenia, których pozytywna weryfikacja miała potwierdzać trafność skali: pacjenci, którzy w czasie pobytu w szpitalu potrafili rozpoznać wyznaczoną, konkretną pielęgniarkę odpowiedzialną za opiekę nad nimi, pacjenci starsi i z niższym



wykształceniem, będą mieli bardziej pozytywne doświadczenia i wyższy poziom satysfakcji z opieki pielęgniarskiej.

W toku badań w Anglii potwierdzono istotny wpływ wieku pacjentów na wynik skali „doświadczenia” ( $p < 0,001$ ) i brak takiego wpływu na wynik skali „satysfakcja” ( $p = 0,22$ ). W Polsce wyniki te wynosiły odpowiednio  $p = 0,0005$  dla skali „doświadczenia” i  $p = 0,0194$  dla skali „satysfakcja”. Pacjenci poniżej 40 r.ż. istotnie statystycznie niższej oceniali jakość opieki pielęgniarskiej. Średni wiek pacjentów uczestniczących w badaniu w Anglii wynosił 59,8 roku, a w Polsce 52,25 roku.

McColl i wsp., analizując wpływ poziomu wykształcenia na ocenę opieki pielęgniarskiej, stwierdzili istotną statystycznie zależność, zarówno w zakresie skali „doświadczenia” ( $p < 0,001$ ), jak i w zakresie skali „satysfakcja” ( $p < 0,01$ ). Pacjenci z wykształceniem wyższym niżej oceniali opiekę pielęgniarską. W Polsce każda grupa pacjentów o różnym poziomie wykształcenia miała taki sam rozkład wyników badania doświadczeń związanych z opieką ( $p = 0,2204$ ) i satysfakcji z opieki pielęgniarskiej ( $p = 0,1075$ ). W Polsce największą grupę pacjentów stanowili pacjenci z wykształceniem zawodowym 46,1%, wyższe wykształcenie deklarowało jedynie 19 osób (2,2%). Ten tak niski odsetek respondentów mających wykształcenie wyższe mógł mieć wpływ na trafność otrzymanych wyników, aczkolwiek w Anglii odsetek ten też nie był wysoki, wynosił 6,7%. Należy jednakże zaznaczyć, że wpływ wykształcenia na poziom zadowolenia pacjentów z opieki pielęgniarskiej nie jest jednoznacznie określony w literaturze. Związku takiego nie wykazali również Akin i Erdogan (2007), autorzy tureckiej wersji skali the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale ( $p = 0,91$ ) [1].

W Polsce nie zweryfikowano pozytywnie hipotezy twierdzącej, że pacjenci mający wyznaczoną, konkretną pielęgniarkę odpowiedzialną za opiekę nad nimi będą mieli wyższy poziom zadowolenia i bardziej pozytywne doświadczenia związane z opieką pielęgniarską. W Anglii zależność ta była istotna statystycznie i wynosiła odpowiednio  $p = 0,001$  i  $p < 0,001$ . Przypuszczać należy, że w głównej mierze wynika to z faktu, że system opieki pielęgniarskiej „primary nurse” nie jest wdrożony i realizowany w polskich szpitalach

publicznych, pacjenci nie znają jego założeń i nie mają doświadczeń z nim związanych.

Trafność teoretyczną skali oceniono, analizując jej strukturę wewnętrzną. Spójność wewnętrzną skali oceniano, badając korelację poszczególnych pozycji (pytań) skali z wynikiem ogólnym (item-total correlation). Pozycje wersji oryginalnej osiągały wartości współczynnika korelacji Spearmana w zakresie 0,31-0,69 dla skali „doświadczenia” i 0,53-0,82 dla skali „satisfakcja”. W przypadku polskiej wersji skali wartości te wynosiły od 0,224 do 0,757 dla skali „doświadczenia” i od 0,815 do 0,894 dla skali „satisfakcja”. Wszystkie pozycje polskiej wersji skali miały istotny statystycznie wpływ na wynik ogólny skali  $p=0,0001$ , mimo że w przypadku dwóch pytań (nr 6 i 22) części pierwszej „doświadczenia” wartości współczynnika korelacji rang Spearmana wyniosły poniżej 0,4. Trafność teoretyczną testu określa się również przez analizę sposobu odpowiadania na pytania. W zakresie pierwszej części skali najwyższy ogólny odsetek braku odpowiedzi (2,4%) dotyczył pytania nr 18 „Pielęgniarki przekazywały następnej zmianie informacje dotyczące mojego stanu”. Należy jednak zaznaczyć, że analizując wyniki na poziomie poszczególnych oddziałów, w dwóch oddziałach (nr 6 i 7) odsetek ten wynosił odpowiednio 8,3 i 9%. W zakresie skali „satisfakcja z opieki pielęgniarskiej” najwyższy ogólny odsetek braku odpowiedzi (6,5%) dotyczył pytania nr 11 „Jak pielęgniarki uspokajały Twoją rodzinę i przyjaciół?” Dane te mogą świadczyć o tym, że odzwierciedlane przez te pytania aspekty opieki, jak: zaangażowanie pielęgniarek („Pielęgniarki miały czas, by usiąść i porozmawiać ze mną”), zapewnianie bezpieczeństwa („Jak pielęgniarki uspokajały Twoją rodzinę i przyjaciół”), informowanie („Pielęgniarki udzielały mi informacji, zawsze gdy tylko je o to poprosiłem/-am”) oraz organizacja pracy („Pielęgniarki przekazywały następnej zmianie informacje dotyczące mojego stanu”), są dla pacjentów mało istotne w kontekście zadowolenia z opieki pielęgniarskiej lub treść pytań nie jest wskaźnikiem precyzyjnie odzwierciedlającym każdy z wymienionych aspektów opieki. Czy znaczy to, że pytania te należy wyrzucić z puli pytań stanowiących skalę NSNS? Wydaje się, że nie. Wymienione aspekty opieki pielęgniarskiej określają podstawowe zadania zawodowe pielęgniarki.

Mimo istniejących wątpliwości, wydaje się być uzasadnione, że aspekty opieki pielęgniarskiej ważne dla pacjentów brytyjskich są równie istotne dla pacjentów leczonych w polskich szpitalach. Jednakże dobór wskaźników (pytań) reprezentujących poszczególne obszary opieki należy poddać dalszym badaniom i dodatkowej analizie. Źródłem danych do oceny aspektu zbieżnościowego trafności skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle może być też analiza związku między wynikami tej skali a innymi skalami mierzącymi tę samą zmienną. W pracy kryterium zewnętrzne stanowiły wyniki odpowiedzi na dwa pytania zawarte w części trzeciej skali, niebędące integralną częścią właściwych skal badających „doświadczenia” i „satisfakcję” z opieki pielęgniarskiej. Wartość współczynnika korelacji Spearmana dla wyniku skali „doświadczenia” była wysoka zarówno dla pytania dotyczącego ogólnej oceny opieki pielęgniarskiej otrzymanej w oddziale (pytanie nr 6,  $r=0,632$ ,  $p=0,0001$ ), jak i ogólnej oceny pobytu w oddziale (pytanie nr 7,  $r=0,612$ ,  $p=0,0001$ ). W zakresie wyników skali „satisfakcja” wartość współczynnika korelacji dla pytania 6 wyniosła  $r=0,738$ ,  $p=0,0001$ , a dla pytania 7  $r=0,701$ ,  $p=0,0001$ . Wyniki analizy korelacji potwierdzają trafność polskiej wersji skali. Warto zaznaczyć, że wartość bezwzględna współczynnika korelacji była wyższa w przypadku pytania dotyczącego zadowolenia z opieki pielęgniarskiej (pytanie 6) niż zadowolenia z całościowego pobytu w oddziale (pytanie 7).

Peterson i wsp. [65] zastosowali oryginalną skalę NSNS w Kanadzie, a następnie analizowali te same korelacje na populacji pacjentek oddziału położniczego. Osiągnęli oni nieznacznie wyższe wartości współczynnika Spearmana dla wyniku skali „doświadczenia” i oceny opieki pielęgniarskiej; było to  $r=0,79$  i  $r=0,64$  ( $p<0,001$ ) dla oceny ogólnej pobytu w szpitalu. W przypadku skali „satisfakcja” wartości wynosiły odpowiednio:  $r=0,82$  i  $r=0,68$ ,  $p<0,001$ . Należy zwrócić uwagę, że przyjęcie pytań nr 6 i 7 jako kryteriów zewnętrznych może budzić zastrzeżenia. Mimo że nie wchodziły one w skład zasadniczych części skal, stanowiły część kwestionariusza ankiety. Należałoby w toku dalszych prac walidacyjnych porównać wyniki polskiej wersji skali z innymi skalami mierzącymi satysfakcję z opieki pielęgniarskiej (dane zbieżne) lub skalami mierzącymi inne zmienne zależne, np. poziom depresji pacjenta (dane różnicowe). Autorzy oryginalnej skali the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale

przeprowadzili analizę czynnikową pozycji skali. W toku badań stwierdzono, że wszystkie pozycje, zarówno skali „doświadczenia”, jak i skali „satisfakcja”, są ze sobą wysoko skorelowane, a wyodrębnione wcześniej aspekty opieki pielęgniarskiej nie okazały się oddzielnymi czynnikami. The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale pozostaje skalą jednoczynnikową, ale jednocześnie złożoną z kilku aspektów opieki pielęgniarskiej zidentyfikowanych w toku badań jakościowych [84]. Polska wersja skali z tego powodu nie została poddana analizie czynnikowej.

Rzetelność skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle oceniono, określając wartość współczynnika Alfa Cronbacha. Współczynnik Alfa Cronbacha w przypadku polskiej wersji skali dla części pierwszej „doświadczenia” wyniósł 0,921, a dla części drugiej „satisfakcja” – 0,981. Poprawę wartości współczynnika Alfa Cronbacha do wartości 0,928 dla polskiej wersji skali „doświadczenia” można uzyskać po usunięciu pytań nr 6 i 22. Oryginalna wersja skali the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale osiągała wartości współczynnika 0,91 dla skali „doświadczenia” i 0,96 dla skali „satisfakcja”. Uzyskane dane dotyczące psychometrycznej oceny polskiej wersji skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle pozwalają stwierdzić, że obie wersje skali są równoważne psychometrycznie.

Skala NSNS służy do oceny doświadczeń związanych z opieką pielęgniarską i satysfakcji z opieki pielęgniarskiej. W Anglii średni wynik badania „doświadczeń” wyniósł 84,6 (mediana 87,8), a średni wynik „satisfakcji” 84,1 (mediana 88,2). Inne badanie przeprowadzone w Anglii na grupie mężczyzn leczonych w oddziale chirurgicznym wykazało średni wynik powyżej 90 punktów w skali „doświadczenia” u 47% badanych, a w skali „satisfakcja” u 59% [88, 89]. W Polsce średni wynik pierwszej części skali wyniósł 73,22 (mediana 73,07), a drugiej części skali 74,98 (mediana 76,31). Peterson i wsp. zastosowali skalę NSNS w grupie pacjentek oddziałów położniczych w Kanadzie, w części „doświadczenie” średni wynik badania wyniósł 76,4, a w części „satisfakcja” 74,7 [65]. Akin i wsp. zastosowali turecką wersję skali NSNS i uzyskali średni wynik „satisfakcji” badanych pacjentów na poziomie 55,29 [1]. Te zróżnicowane wyniki oceny potwierdzają, że za pomocą skali NSNS można wykazać różnice w poziomie opieki pielęgniarskiej. Wersja oryginalna skali NSNS wychwytywała

istotne statystycznie różnice w doświadczeniach związanych z opieką pielęgniarską i poziomie satysfakcji z opieki pielęgniarskiej, zarówno na poziomie oddziałów ( $p < 0,001$ ), jak i szpitali ( $p < 0,001$ ). Polska wersja skali podobnie wychwytyje różnice w doświadczeniach i satysfakcji z opieki pielęgniarskiej między oddziałami  $p = 0,0001$  i szpitalami  $p = 0,0001$ . Istotne statystycznie różnice w poziomie opieki wykazano również, porównując wyniki osiągnięte w różnych oddziałach tego samego szpitala, wyjątkiem jest porównanie wyników oceny „satysfakcji” w szpitalu nr 4 ( $p = 0,4831$ ).

Sposób prowadzenia badania satysfakcji pacjentów za pomocą polskiej wersji skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle był określony w szczegółowej instrukcji udostępnionej koordynatorom badań w poszczególnych ośrodkach. Jednakże instrukcja ta nie wszędzie była rygorystycznie przestrzegana. Największym problemem okazało się prowadzenie rejestru wszystkich pacjentów spełniających kryteria uczestnictwa w badaniu. Nie można w związku z tym określić, jaki odsetek wszystkich pacjentów hospitalizowanych w badanych oddziałach spełniał kryteria udziału w badaniach oraz wyraził zgodę na udział i otrzymał kwestionariusz ankiety. Głównym powodem braku prowadzenia takiego rejestru, zgłaszanym przez koordynatorów, były trudności organizacyjne. Osoby prowadzące badanie nie były pracownikami poszczególnych oddziałów, a jako osoby „z zewnątrz”, przebywały w oddziale w określonych godzinach i nie zawsze dysponowały pełną wiedzą na temat przyjęć i wypisów z oddziału. W trzech oddziałach nie prowadzono również rejestru osób, którym wręczono kwestionariusz ankiety po wyrażeniu zgody, rejestrowano tam jedynie fakt zwrotu wypełnionej ankiety. Nie pozwala to obecnie na dokładne określenie odsetka zwrotu ankiet do ogólnej liczby ankiet wręczonych całej grupie badanej. Dane uzyskane z sześciu pozostałych oddziałów pozwalają stwierdzić, że 59,36% pacjentów, którzy otrzymali kwestionariusze skali, zwróciło je. W poszczególnych oddziałach wynik ten wynosił od 24,6 do 86,95%. W badaniach McColl i wsp. prowadzonych za pomocą oryginalnej wersji NSNS zwrócono 81% wypełnionych ankiet [84]. W innych badaniach wykorzystujących skalę NSNS [65] zwrócono 95% wręczonych ankiet. W Polsce w badaniach oceniających satysfakcję z opieki pielęgniarskiej odsetek zwrotu wypełnionych kwestionariuszy ankiet szacuje się od 48,2% [95] do 95% [54]. Zależy to od

zastosowanej metody i techniki badawczej, czasu poświęconego na wypełnienie, liczby pytań i ich atrakcyjności dla pacjenta [8].

Średni czas trwania badania satysfakcji pacjentów w oddziałach wynosił około 149 dni (od 74 do 298 dni). Należy pamiętać, że jednym z celów zastosowania skali NSNS może być ocena zadowolenia z pielęgnacji po wdrożeniu zmiany doskonalącej jakość opieki pielęgniarskiej. W tym kontekście średni czas niezbędny do uzyskania w danym oddziale stu poprawnie wypełnionych ankiet dotyczących satysfakcji pacjenta z opieki pielęgniarskiej wydaje się zbyt długi. Potencjalne zmiany w jakości opieki płynące z wdrożonych działań projakościowych mogą zostać zniekształcone przez inne czynniki pojawiające się wraz z upływem czasu. Trafność narzędzia badawczego w takiej sytuacji może być zagrożona. Zaznaczyć należy, że Walsh i wsp. [89], prowadząc badania wersją oryginalną NSNS, potrzebowali siedmiu miesięcy na uzyskanie stu poprawnie wypełnionych ankiet. Wśród przyczyn tego przedłużonego gromadzenia danych wymieniali: mały liczebnie oddział szpitalny (15 łóżek), okresowe zamykanie oddziału z powodu braków kadrowych, duża rotacja personelu pielęgniarskiego, który nie był zaznajomiony z procedurą prowadzenia badania, korzystanie z usług pielęgniarek z tzw. banku personelu pielęgniarskiego, brak czasu pielęgniarek. W badaniach własnych w wielu ośrodkach wystąpiły podobne problemy organizacyjne. W dwóch oddziałach (nr 4, 5) wystąpiła 3-miesięczna przerwa w zbieraniu danych spowodowana zmianą osoby ankietera. Autorzy wersji źródłowej zalecają, aby badania satysfakcji przeprowadzały osoby niezwiązane z oddziałem, niezależne, miałyby to zapewnić większą szczerłość, otwartość i chęć współpracy ze strony respondentów [84]. W świetle własnych doświadczeń, a szczególnie problemów organizacyjnych związanych z dotarciem do wszystkich pacjentów spełniających kryteria udziału w badaniu i regularnym prowadzeniu rejestru, wydaje się, że powinna być to osoba pracująca w danym oddziale, ewentualnie szpitalu, odpowiedzialna za jakość opieki pielęgniarskiej, np. przełożona pielęgniarek bądź jej zastępca. Takie rozwiązanie przyjęto w badaniach Wyrzykowskiej [95]. Pozwoliło to na dotarcie do szerszej grupy badanych i skrócenie czasu prowadzenia badań do trzech miesięcy. Bardzo istotne jest opracowanie szczegółowej procedury badawczej, określenie szczegółowych zadań związanych

z badaniem satysfakcji i poinformowanie zespołu pielęgniarskiego, jeszcze przed rozpoczęciem badania satysfakcji pacjentów.

W Polsce, oceniając jakość opieki pielęgniarskiej za pomocą polskiej wersji skali Newcastle, uzyskano średni wynik w zakresie „doświadczeń związanych z opieką pielęgniarską” 73,22 (58,06-94,16), a w zakresie „satysfakcja z opieki pielęgniarskiej” 74,98 (54,73-96,97) na 100 punktów możliwych. Transformując ten wynik na tradycyjną skalę ocen, gdzie osiągnięcie 60% wymagań wyznacza poziom dostateczny, można stwierdzić, że opieka pielęgniarska w badanych oddziałach średnio była sprawowana na poziomie dobrym. Wynik ten wydaje się nieznacznie niższy niż wyniki prezentowane przez innych autorów badających satysfakcję z opieki pielęgniarskiej. Doniesienia z innych ośrodków wskazują, że w Polsce, podobnie jak i na świecie, pacjenci zazwyczaj wysoko oceniają jakość opieki pielęgniarskiej, wystawiając w większości oceny dobre i bardzo dobre [46, 70]. Przyczyny tego zjawiska są różnorodne, mogą zależeć od pacjenta, personelu pielęgniarskiego (badaczy) i narzędzia badawczego. W przypadku zastosowania skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle pacjenci byli bardziej krytyczni w wyrażaniu opinii na temat własnych doświadczeń i poczucia satysfakcji związanych z opieką pielęgniarską.

W toku badań analizowano wpływ wybranych czynników socjodemograficznych na wynik oceny opieki pielęgniarskiej. Były to: wiek, wykształcenie, płeć. Porównanie uzyskanych wyników z wynikami otrzymanymi w innych ośrodkach w Polsce jest utrudnione ze względu na stosowane przez autorów różnych narzędzi badawczych i różnych kryteriów doboru grupy badanej. W badaniach własnych potwierdzono wpływ wieku (skala „doświadczeń”  $p=0,0005$  i „satysfakcji”  $p=0,0194$ ) i płci (odpowiednio  $p=0,00042$  i  $p=0,00001$ ) na wyniki oceny opieki pielęgniarskiej, nie potwierdzono natomiast wpływu wykształcenia. Wyrzykowska stwierdziła zależność oceny okazanego zainteresowania osobą pacjenta w Izbie Przyjęć od wieku i wykształcenia pacjenta [95]. Pacjenci powyżej 60 r.ż. wyżej oceniali okazane im zainteresowanie. Żakowska i wsp., badając poziom satysfakcji pacjentów oddziału urologicznego, potwierdziła, że satysfakcja pacjentów zależała od ich wieku ( $p=0,0012$ ) i wykształcenia ( $p=0,0002$ ), nie zależała od płci [98]. W innych badaniach

[43, 44, 46, 63, 79] nie stwierdzono wpływu wieku i wykształcenia na wynik oceny opieki pielęgniarskiej. Zadroga i wsp. w analizie danych uzyskanych za pomocą polskiej wersji skali NSNS potwierdzili wpływ płci na wynik oceny satysfakcji i brak wpływu wieku [97]. Na podstawie dotychczas przeprowadzonych badań nie można jednoznacznie określić, który z czynników socjodemograficznych ma pewny i jednoznaczny wpływ na wynik badania satysfakcji pacjentów.

W toku badań własnych stwierdzono, że pacjenci oddziałów zabiegowych wyżej oceniają jakość opieki pielęgniarskiej ( $p=0,00270$  w zakresie „doświadczeń” i  $p=0,00001$  w zakresie „satysfakcja”) niż pacjenci oddziałów leczenia zachowawczego. Potwierdzają to wyniki badań Wyrzykowskiej [95]. Stwierdzono także, że pacjenci w szpitalach powiatowych i wojewódzkich wyżej oceniają opiekę pielęgniarską niż w instytucie/klinice ( $p=0,0009$  dla skali „doświadczenia”,  $p=0,000001$  dla skali „satysfakcja”). Jest to nowe doniesienie i wymaga niewątpliwie potwierdzenia w dalszych badaniach. Nie potwierdzono istotnego statystycznie wpływu czasu pobytu pacjenta w oddziale na wynik oceny opieki pielęgniarskiej. Może być to spowodowane nierównomiernym rozłożeniem danych w poszczególnych przedziałach czasowych: 13 (1,4%) badanych przebywało w oddziale powyżej 30 dni, a 699 (80,62%) do 10 dni. Zależności takiej nie potwierdzają inni badacze [46, 95]. W badaniach własnych analizowano wpływ znajomości pielęgniarki „odcinkowej” odpowiedzialnej za opiekę nad pacjentem na ocenę tej opieki. Nie stwierdzono takiej zależności. Wyrzykowska badała czy znajomość pielęgniarki oddziałowej ma wpływ na wynik oceny opieki pielęgniarskiej i potwierdziła taką zależność ( $p<0,01$ ). Warto się zastanowić, czy w przypadku skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle nie należałoby zastąpić pytania respondentów o znajomość pielęgniarki „odcinkowej” pytaniem o znajomość pielęgniarki oddziałowej. Wyrzykowska podaje, że pacjenci podkreślali pozytywny wpływ znajomości pielęgniarki oddziałowej na ich poczucie bezpieczeństwa i zadowolenia z opieki pielęgniarskiej [95].

Praca ta stanowi pierwszą próbę odpowiedzi na pytanie, czy skala zadowolenia z pielęgnacji Newcastle spełnia kryteria dobrego narzędzia badawczego. Podstawowe kryteria dobroci narzędzia badawczego to jego trafność i rzetelność. W zakresie rzetelności polskiej wersji skali uzyskane dane wskazują



na dużą stałość pomiarów i wysoką rzetelność. W pracy do określenia rzetelności wykorzystano wzór Alfa Cronbacha, w dalszych badaniach należałoby wykorzystać inną z metod szacowania rzetelności, np. metodę powtórnego testowania. Określanie trafności narzędzia jest procesem ciągłym. W pracy analizowano wyniki własne w kontekście wyników innych autorów badających zagadnienie satysfakcji pacjenta z opieki pielęgniarskiej. Należy mieć na uwadze, że zakres przytaczanych badań innych autorów, metody i narzędzia badawcze przez nich zastosowane, a także badane grupy różniły się w wielu przypadkach znacznie od metodyki prowadzonych badań własnych. Uzyskane wyniki własne nie zawsze można było skomentować w kontekście wyników innych autorów. Dane uzyskane w toku badań własnych nie mogły być też porównane ze wynikami „złotego standardu”, akceptowanego i przyjętego narzędzia wzorcowego. W związku z tym można jedynie stwierdzić, że wymagane jest prowadzenie dalszych badań z wykorzystaniem skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle w celu weryfikacji uzyskanych tutaj wyników badań i ciągłego zbierania danych dających podstawy do określenia trafności tego narzędzia badawczego.

## 8. Wnioski

1. Skala zadowolenia z pielęgnacji Newcastle spełnia kryteria równoważności funkcjonalnej, psychometrycznej i fasadowej z wersją oryginalną the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale. Zachowano wierność tłumaczenia wersji oryginalnej. Zaleca się wprowadzenie niewielkich zmian w treści pytań części pierwszej skali (8 twierdzeń) w celu poprawy jakości tłumaczenia.
2. Skala zadowolenia z pielęgnacji Newcastle jest narzędziem badawczym, które jest w stanie wychwycić różnice w poziomie doświadczeń i satysfakcji pacjentów w zależności od jakości opieki pielęgniarskiej świadczonej w różnych oddziałach i szpitalach.
3. Skala zadowolenia z pielęgnacji Newcastle może być stosowana do badania doświadczeń związanych z opieką pielęgniarską i satysfakcji pacjentów z tej opieki w oddziałach zabiegowych i zachowawczych szpitali w Polsce. Istotne jest, aby badania takie były prowadzone zgodnie ze szczegółową instrukcją opracowaną na potrzeby badania, uwzględniającą sposób gromadzenia danych, ich kodowanie, interpretację, kryteria doboru grupy badanej.
4. Poziom doświadczeń związanych z opieką pielęgniarską i satysfakcja z tej opieki w oddziałach i szpitalach w Polsce kształtują się w sposób zróżnicowany, od poziomu dostatecznego do bardzo dobrego. Istotnie statystycznie niższe wyniki obserwuje się w szpitalach–instytutach.
5. Czynniki socjodemograficzne, jak wiek i płeć, determinują poczucie zadowolenia z opieki pielęgniarskiej. Poziom doświadczeń związanych z opieką pielęgniarską i satysfakcja z tej opieki w oddziałach i szpitalach w Polsce jest znamienne niższy u pacjentów poniżej 40 r.ż i kobiet. Specyficzne oczekiwania tych grup powinny być uwzględnione w planowaniu opieki.

6. Konieczne jest prowadzenie dalszych badań z wykorzystaniem skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle w celu ciągłej weryfikacji jej rzetelności i trafności.

## Streszczenie

Aleksandra Gutysz-Wojnicka

### **Zastosowanie polskiej wersji skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle do oceny opieki pielęgniarskiej**

Badanie satysfakcji pacjenta jest istotnym elementem oceny jakości świadczonej opieki. Potrzeba pomiaru i oceny jakości opieki pielęgniarskiej wynika z konieczności szukania nowych, opartych na podstawach naukowych sposobów postępowania pielęgniarskiego.

**Cel badań:** Opracowanie polskiej wersji skali NSNS i jej wykorzystanie do pomiaru zadowolenia z pielęgnowania w warunkach polskich.

**Metodyka badań:** Metodą badawczą zastosowaną w projekcie jest sondaż diagnostyczny. Zastosowane techniki badawcze to proces adaptacji narzędzia pochodzącego z obcego obszaru językowego i kulturowego oraz ankietowanie. Narzędziem badawczym jest opracowana polska wersja skali The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale nazwana skalą zadowolenia z pielęgnacji Newcastle. Składa się ona z trzech części: 1 – „doświadczenia związane z opieką pielęgniarską”, 2 – „satysfakcja z pielęgnowania”, 3 – dane demograficzne i pytania niestanowiące zasadniczej części skali. Ocenę właściwości psychometrycznych skali dokonano wykorzystując metody statystyczne: współczynnik rzetelności Alfa Cronbacha, jego wartość 0,7 i powyżej przyjęto jako wartość potwierdzającą rzetelność skali, współczynnik korelacji rang Spearmana, wartość współczynnika 0,4 i powyżej, przyjęto jako potwierdzającą istnienie zależności, test współczynnika korelacji rang Spearmana. Rzetelność skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle badano oddzielnie dla wyników uzyskanych w zakresie skali „doświadczenia” i skali „satysfakcja”. Rzetelność skali analizowano za pomocą współczynnika rzetelności Alfa Cronbacha na podstawie kwestionariuszy skali, w których odpowiedziano na wszystkie zamieszczone tam pytania – 787 kwestionariuszy. Trafność teoretyczną skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle badano oddzielnie dla skali „doświadczenia” i skali „satysfakcja” za pomocą:

- analizy struktury wewnętrznej skali oceniano, w jaki sposób poszczególne pozycje testowe (pytania) zawarte w kwestionariuszu ankiety wpływają na wynik ogólny skali;
- analizy udzielania odpowiedzi na poszczególne pozycje skali – założono, że w przypadku braku odpowiedzi na poszczególne pozycje skali przez więcej niż 5% respondentów, dana pozycja skali (jej części) nie spełnia kryteriów trafności.

Aspekt zbieżnościowy trafności analizowano, badając korelację wyniku skali „doświadczenia” i wyniku skali „satisfakcja” z wynikami badania zewnętrznego. W badaniu wykorzystano odpowiedzi na dwa pytania znajdujące się w części 3 skali (niestanowiące części głównej skali) jako badania zewnętrzne (kryteria zewnętrzne). W celu oceny tej zależności wykorzystano współczynnik korelacji rangowej Spearmana i test istotności współczynnika korelacji. Trafność kryterialną określono, badając wpływ cech demograficznych i innych zmiennych niezależnych na ocenę opieki pielęgniarskiej. Analizowano związek między takimi zmiennymi, jak: wiek pacjenta, wykształcenie, płeć, czas pobytu w oddziale, rodzaj oddziału, wyznaczenie jednej pielęgniarki odpowiedzialnej za opiekę nad pacjentem (i poinformowania go o tym), rodzaj szpitala, w którym pacjent był hospitalizowany, a wynikiem uzyskanym w skali „doświadczenia” i skali „satisfakcja”. W wykorzystanych testach przyjęto poziom istotności wynoszący 0,05 ( $p = 0,05$ ).

Grupę badaną stanowili pacjenci wybranych oddziałów szpitalnych. Przyjęto następujące kryteria uczestnictwa w projekcie: pacjent hospitalizowany w oddziale zabiegowym lub niezabiegowym powinien mieć 18 lat lub więcej, być w dniu wypisu lub przeniesienia z oddziału, spędzić w oddziale minimum 2 noce, nie mieć zaburzeń świadomości, nie być hospitalizowanym w żadnym innym oddziale podczas tego pobytu w szpitalu, wyrazić zgodę na badanie i wypełnić formularz zgody. W badaniu brali udział pacjenci z dziewięciu oddziałów w sześciu szpitalach w Polsce ( $n=918$ ) Procedura badawcza była zgodna z zaleceniami autorów wersji oryginalnej.

**Wyniki badań:** Dane uzyskane z sześciu badanych oddziałów pozwalają stwierdzić, że 59,36% pacjentów zwróciło otrzymane kwestionariusze skali.

85.72% zwróconych ankiet było poprawnie wypełnionych. Średni czas trwania badania satysfakcji pacjentów w oddziałach wynosił 149 dni. Średni wynik w zakresie „doświadczeń” wyniósł 73,22 (mediana 73,07), a w zakresie „satysfakcja” 74,98 (mediana 76,31) na 100 punktów możliwych. Polska wersja skali podobnie wychwytyje różnice w doświadczeniach i satysfakcji z opieki pielęgniarskiej między oddziałami ( $p=0,0001$ ) i szpitalami ( $p=0,0001$ ). Istotne statystycznie różnice w poziomie opieki wykazano również, porównując wyniki osiągnięte w różnych oddziałach tego samego szpitala. Współczynnik Alfa Cronbacha dla polskiej wersji skali Newcastle wyniósł – dla skali „doświadczenia” 0,921, dla skali „satysfakcja” 0,981. Wartości współczynnika korelacji rang Spearmana wynosiły od 0,224 do 0,757 dla pozycji w skali „doświadczenia” i od 0,815 do 0,894 dla skali „satysfakcja”. Wszystkie pozycje polskiej wersji skali miały istotny statystycznie wpływ na wynik ogólny skali ( $p=0,0001$ ), mimo że w przypadku dwóch pytań (nr 6 i nr 22) części pierwszej skali wartość współczynnika była niższa niż 0,4. Analiza braku odpowiedzi na poszczególne pytania skali wykazała, że 6,50% respondentów nie odpowiedziało na pytanie 11 części drugiej skali – co myślisz na temat tego „Jak pielęgniarki uspokajały Twoją rodzinę i przyjaciół?”. W badaniach własnych potwierdzono wpływ wieku (skala „doświadczeń”  $p=0,0005$  i „satysfakcji”  $p=0,0194$ ) i płci (odpowiednio  $p=0,00042$  i  $p=0,00001$ ) na wyniki oceny opieki pielęgniarskiej, nie potwierdzono natomiast wpływu wykształcenia. W toku badań własnych stwierdzono, że pacjenci oddziałów zabiegowych wyżej oceniają jakość opieki pielęgniarskiej ( $p=0,00270$  w zakresie „doświadczeń” i  $p=0,00001$  w zakresie „satysfakcja”) niż pacjenci oddziałów leczenia zachowawczego. Stwierdzono także, że pacjenci w szpitalach powiatowych i wojewódzkich wyżej oceniają opiekę pielęgniarską niż w instytucie ( $p=0,0009$  dla skali „doświadczenia”,  $p=0,000001$  dla skali „satysfakcja”). Nie potwierdzono istotnego statystycznie wpływu czasu pobytu pacjenta w oddziale na wynik oceny opieki pielęgniarskiej,

**Wnioski:** Skala zadowolenia z pielęgnacji Newcastle spełnia kryteria równoważności funkcjonalnej, psychometrycznej i fasadowej z wersją oryginalną the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale. Jest to narzędzie badawcze, które jest w stanie wychwycić różnice w poziomie doświadczeń i satysfakcji pacjentów w zależności od jakości opieki pielęgniarskiej świadczonej w różnych oddziałach

i szpitalach. Skala zadowolenia z pielęgnacji Newcastle może być stosowana do badania doświadczeń związanych z opieką pielęgniarzką i satysfakcji pacjentów z tej opieki w oddziałach zabiegowych i zachowawczych szpitali w Polsce.

## Summary

Aleksandra Gutysz-Wojnicka

### **Nursing Care Assessment with the Use of the Polish Version of the *Newcastle Satisfaction with Nursing Scale***

Patient satisfaction research plays an important role in assessing the quality of patient care. The need for measuring and evaluating the quality of nursing care stems from the necessity to search for new, research-based nursing care processes.

**Research objectives:** The development of the Polish version of the NSNS and utilizing it to measure nursing care satisfaction in Poland.

**Research methodology:** The diagnostic opinion poll was used as the diagnostic tool during the project. Research techniques encompassed the adaptation of assessment tools written in a foreign language and developed in a country with a diverse cultural and survey background. The Polish version of the Satisfaction with Nursing Scale was used as the research tool. The Scale questionnaire is composed of three parts: I – “experience of nursing care”, II – “satisfaction with nursing”, III – demographic data and questions outside the basic part of the scale. The psychometric properties of the scale were assessed by the statistical methods: Cronbach’s alpha reliability coefficient, its value of 0.7 and above was adopted as confirming the scale reliability; Spearman’s rank correlation coefficient, the value of 0.4 and above was adopted as confirming the existence of relationship; Spearman’s rank correlation coefficient test. The reliability of the Polish version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale was tested separately for results on the “experience” and “satisfaction” scales. The scale’s reliability was analysed by Cronbach’s alpha reliability coefficient based on scale questionnaires with replies to all the questions there - 787 questionnaires. The validity of the Polish version of the Newcastle Scale was tested separately for results on the “experience” and “satisfaction” scales by: analysis of the scale’s internal structure – it was evaluated how individual test items (questions) in the questionnaire affect the overall scale result (item – total correlation); analysis of replies to individual scale items – it was assumed that if more than 5% of respondents did not reply to any scale item, the scale item did not meet the accuracy criterion. The



convergence-related aspect of validity was analysed by testing the correlation of the result of the “experience” and “satisfaction” scales with the result of an external measurement. The study made use of the replies to two questions in part III of the scale (not being the main part of the scale) as an external measurement (external criteria). In order to assess the relationship, the Spearman rank correlation coefficient and the coefficient significance test were performed. The accuracy of the criteria was determined by measuring the effect of demographic attributes and other independent variables on evaluation of nursing care. The relationship between such variables as the patient’s age, education level, gender, duration of stay at the ward, type of ward, appointing one nurse in charge of the patient care (and informing the patient about it), the type of hospital where the patient was treated on the one hand, and the result obtained in the “experience” and “satisfaction” scales on the other. The significance level of 0.05 ( $p=0.05$ ) was adopted in the tests. The research group was composed of patients from chosen hospital wards. The following criteria were used to choose the patients taking part in the survey: a patient hospitalized in the surgical ward or non-surgical ward must be at least 18 years of age, the survey is to be conducted on the day the patient leaves the ward or is to be transferred to a different ward/hospital, the patient should have spent in the ward at least two nights, not have any mental problems, not have been hospitalized in a different ward of the same hospital during his stay, consent to take part in the research and sign a consent form. Patients from nine hospital wards in six hospitals in Poland took part in the research ( $n=918$ ). The research procedure was conducted in accordance with the suggestions of the authors of the original version.

**Research results:** Data collected from six hospital wards gave the following results: 59.36% of patients who received the scale questionnaires filled them out and returned them. 85.72% of the surveys were filled in properly. The patient satisfaction research lasted an average of 149 days. The average result on the “experiences” scale was 73.22 (median: 73.07), on the “satisfaction” scale the average result was 74.98 (median: 76.31) out of 100 possible points. The Polish version of the scale captures the differences in experiences and satisfaction from nursing care between wards ( $p=0.0001$ ) and hospitals ( $p=0.0001$ ). Significant statistically variations in care levels were also evident when the results of different

wards within the same hospital were compared. Cronbach's alpha coefficient for the Polish version of the Newcastle scale was – for “experiences” – 0.921, for “satisfaction” – 0.981. Spearman's rank correlation coefficient was between 0.224 and 0.757 for “experiences” and 0.815 and 0.894 for the “satisfaction” scale. Every position on the Polish scale was statistically significant to the overall result ( $p=0.0001$ ), despite the fact that in the case of two questions (number 6 and 22) in the first part of the “experience” questionnaire the indicator was below 0.4. An analysis of the absence of replies to individual questions showed that 6.50% of respondents did not answer question 11 in the second part of the scale – “How well did the nurses calm your family and friends?”. Research results confirmed that age (respectively  $p=0.00042$  and  $p=0.000001$ ) and gender (respectively  $p=0.00042$  and  $p=0.000001$ ) had an influence over the assessment of nursing care. The influence of education on the results was not noted. The research showed that patients in surgical wards assessed nursery care higher ( $p=0.000270$  on the “experience” scale and  $p=0.000001$  on the "satisfaction" scale), then patients in non-surgical wards. Furthermore, patients in county and municipal hospitals assessed nursing care higher than patients in Institutes/ clinics ( $p=0.00009$  on the “experience” scale and  $p=0.0000001$  on the "satisfaction" scale). The length of the hospital stay did not prove to be statistically significant to the assessment of nursing care.

**Conclusions:** The Polish version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale showed functional, psychometric, and façade equivalence, congruent with the original Newcastle Satisfaction with Nursing Scale. This research tool is capable of picking up variations in patient experience and satisfaction levels, depending on the quality of nursing care provided in different hospital wards and hospitals. The Polish Newcastle Satisfaction with Nursing Scale can be used to research experiences linked with nursing care and patient satisfaction in surgical words and non-surgical wards.

## Piśmiennictwo

1. Akin S., Erdogan S. The Turkish version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Care Scale used on medical and surgical patients. *Journal of Clinical Nursing*, 2007, 16, 646-653.
2. Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne, APA. Standardy dla testów stosowanych w psychologii i pedagogice. Przekład E. Hornowska Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. Gdańsk, 2007.
3. Arah O., Asbroek A., Delnoij D., Koning J., Stam P., Poll A., Vriens B., Schmidt P., Klazinga N. Psychometric Properties of the Dutch Version of the Hospital-Level Consumer Assessment of Health Plans Survey Instrument. *HSR, Health Services Research* February, 2006, 41(1), 284-301.
4. Brzeziński J. O adaptacji kulturowej testów psychologicznych. W: Kulturowa adaptacja testów. [red.] Ciechanowicz A. Polskie Towarzystwo Psychologiczne - Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego - Laboratorium Technik Diagnostycznych im. Bohdana Zawadzkiego, Warszawa, 1990.
5. Brzeziński J. Problemy adaptacji kulturowej testów. W: Metodologia badań psychologicznych. Brzeziński J. Wyd. PWN, Warszawa, 1997.
6. Burda K. Analiza problematyki satysfakcji pacjenta w powiązaniu z zagadnieniami dotyczącymi jakości opieki zdrowotnej. *Antidotum*, 2003, 01, 61-80.
7. Burns N., Grove S. *The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique & Utilization* 2nd edition. W.B. Saunders Company Clearwater, 1993.
8. Castle N., Brown J., Hepner K., Hays R. Review of the Literature of Survey Instruments Used to Collect Data on Hospital Patients' Perceptions of Care. *HSR: Health Services Research* December, 2005, Part II, 40(6), 1996-2017.
9. Centrum monitorowania jakości w ochronie zdrowia w Krakowie. Pakiet Satysfakcja. PASAT HOSPIT 1.  
<http://www.cmj.org.pl/pasat/wyniki.php?&drukuj> [20.09.2009]

10. Ciechanowicz A. Adaptacja kulturowa testów słownikowych. Analiza wybranych przykładów. W: Kulturowa adaptacja testów. [red.] Ciechanowicz A. Polskie Towarzystwo Psychologiczne - Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego - Laboratorium Technik Diagnostycznych im. Bohdana Zawadzkiego, Warszawa, 1990.
11. Ciechanowicz A. Adaptacja kulturowa testów. W: Kulturowa adaptacja testów. [red.] Ciechanowicz A. Polskie Towarzystwo Psychologiczne - Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego - Laboratorium Technik Diagnostycznych im. Bohdana Zawadzkiego, Warszawa, 1990.
12. Chin-Hua H., Connolly Ph. M., Canham D. Measuring patients satisfaction as an outcome of nursing care at a teaching hospital of southern Taiwan. *Journal of Nursing Care Quality*, 2003, 18(2), 143-150.
13. Chromińska M., Ignaczyk W. Statystyka. Teoria i zastosowanie. Wyższa Szkoła Bankowa w Poznaniu, 2004.
14. Cronbach L. J. Ustalanie trafności testu. W: Trafność i rzetelność testów psychologicznych. Wybór tekstów. [red.] Brzeziński J. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2005.
15. Doering E. Factors influencing inpatients satisfaction with care. *Quality Review Bulletin*, 1983, 9(10), 291-299.
16. Donabedian A. The quality of care How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 1988, 260, 1743-1748.
17. Dozier A. M., Kitzman H. J., Ingersoll G. L., Holmberg S., Schultz A. W. Development of an instrument to measure patient perception of the quality of nursing care. *Research in nursing and health*, 2001, 24, 506-517.
18. Drwał R. Adaptacja kwestionariuszy osobowości. [red.] Brzozowski P. PWN, Warszawa, 1995.
19. Drwał R. Problemy kulturowej adaptacji kwestionariuszy osobowości. W: Kulturowa adaptacja testów. [red.] Ciechanowicz A. Polskie Towarzystwo Psychologiczne - Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego - Laboratorium Technik Diagnostycznych im. Bohdana Zawadzkiego, Warszawa, 1990.
20. Friele R., Slujis E., Legemaate J. Complaints handling in hospitals: an empirical study of discrepancies between patients' expectations and their experiences. *BMC Health Services Research*, 2008, 8, 199.
21. Gawęł G., Twarduś K., Kin-Dąbrowska J., Pyć L. Jakość opieki pielęgniarskiej na oddziale kardiologicznym. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2008, 16(4), 339-342.

22. Goldstein E., Farquhar M., Crofton C., Darby C., Garfinkel S. Measuring Hospital Care from the Patients' Perspective: An Overview of the CAHPS Hospital Survey Development Process. HSR: Health Services Research, December, 2005, Part II, 40(6), 1977-1995.
23. Goldstone L. A., Ball J. A., Collier M. Monitor: An Index of the Quality of Nursing Care for Acute medical and surgical wards. Newcastle upon Tyne Politechnic. Newcastle upon Tyne, 1983.
24. Gomes B., Mandes M. Interface between quality of health and patients' satisfaction. Servir Jan-Feb, 2008, 56(1), 6-14.
25. Grabska K., Stefańska W. Sylwetka zawodowa pielęgniarki w opinii pacjentów. Problemy Pielęgniarstwa, 2009,17 (1), 8-12.
26. Guilford J. P. Rzetelność i trafność pomiarów. W: Trafność i rzetelność testów psychologicznych. Wybór tekstów. [red.] Brzeziński J. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2005.
27. Guilford J. P. Teoria testów psychologicznych. W: Trafność i rzetelność testów psychologicznych. Wybór tekstów. [red.] Brzeziński J. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2005.
28. Guilford J. P. Tworzenie testów. W: Trafność i rzetelność testów psychologicznych. Wybór tekstów. [red.] Brzeziński J. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2005.
29. Gutysz-Wojnicka A., Dyk D. Adaptacja polskiej wersji the Newcastle satisfaction with nursing scale (NSNS). Problemy Pielęgniarstwa, 2007,15 (2/3), 133-138.
30. Guyatt G. The philosophy of health-related quality of life translation. Quality of Life Research, 1993, 2, 461-465.
31. Hamrin E. Badania jakości życia - problemy metodologiczne i pomiary. W: Jakość życia w naukach medycznych. [red.] Wołowicka L. Akademia Medyczna w Poznaniu, 2001.
32. Han C., Connolly P., Canbam D. Measuring Patient Satisfaction as an Outcome of Nursing Care at a Teaching Hospital of Southern Taiwan. Journal of Nursing Care Quality, April-June 2003, 18(2), 143-150.
33. Jaracz K. Adaptacja kulturowa narzędzi badawczych do oceny jakości życia. W: Jakość życia w naukach medycznych. [red.] Wołowicka L. Akademia Medyczna w Poznaniu, 2001.

34. Jaracz K., Wołowicka L., Kalfoss M. Analiza walidacyjna polskiej wersji WHOQOL. W: Jakość życia w naukach medycznych. [red.] Wołowicka L. Akademia Medyczna w Poznaniu, 2001.
35. Jaworowska A., Szutrowa T. Ogólne problemy kulturowej adaptacji testów. W: Kulturowa adaptacja testów. [red.] Ciechanowicz A. Polskie Towarzystwo Psychologiczne - Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego - Laboratorium Technik Diagnostycznych im. Bohdana Zawadzkiego, Warszawa, 1990.
36. Jelinek R., Haussmann R.K.D., Hegyvary S.T., Newman J.E. A methodology for monitoring quality of care. US Department of Health, Education and Welfare. Bethesda. Maryland, 1974.
37. Johansson P., Oleni M., Fridlund B. Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. Nordic Collage of Caring Sciences. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2002, 16, 337-344.
38. Józwicka M., Ślusarz R., Szewczyk M., Tafelski M., Beuth W. Satysfakcja pacjenta z opieki medycznej w szpitalnych oddziałach zabiegowych. Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Lublin – Polonia, Vol. LX, Suppl. XVI, 7, Sectio D, 2005, 68-72.
39. Józwicka M., Ślusarz R., Szewczyk M., Tafelski M., Beuth W. Satysfakcja pacjenta z opieki medycznej - sposoby przeprowadzania badań. Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin - Polonia .Vol. LX. Suppl. XVI, 7, Sectio D, 2005, 65-67.
40. Juszczak K., Jaracz K. Jakość opieki pielęgniarskiej w świetle aktualnych badań – przegląd literatury. Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu, 2008, (17),
41. Kapała W. Praca pielęgniarek w oczach klientów (pacjentów). medyk.pl Internetowa Klinika Zarządzania. <http://www.emedyk.pl/arttykul/>. [09.09.2009].
42. Kapała W., Chudziński S., Hyrcza S. Oczekiwania pacjentów hospitalizowanych na oddziałach zabiegowych wobec personelu pielęgniarskiego. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne, 2008, 2(1), 12-18.
43. Karauda M., Ksykiewicz-Dorota A. Czynniki wpływające na satysfakcję położnic z opieki świadczonej przez położne oddziału położniczo-noworodkowego. Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin – Polonia, Sectio D, 2005, 60(1), 359-362.

44. Karauda M., Ksykiewicz-Dorota A. Satysfakcja położnic z opieki świadczonej przez położne oddziału położniczo-noworodkowego. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin – Polonia, Sect. D*, 2005, 60(1), 355-358.
45. Kautsch M., Frączek K. Jakość usług - co widzi pacjent?. W: Piąta Ogólnopolska Konferencja „Jakość w opiece zdrowotnej”. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Towarzystwo Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej, Kraków, 2000.
46. Kropornicka B., Baczevska B., Turowski K. Satysfakcja z opieki pielęgniarskiej w grupie pacjentów hospitalizowanych z powodu dyskopatii łędźwiowej. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Lublin – Polonia, Vol. LVIII, Suppl. XIII*, 129, Sectio D, 2003, 132-138.
47. Kulczycka K. Kryteria oceniające satysfakcję pacjentów z opieki pielęgniarskiej. *Zdrowie Publiczne*, 2001, 111(1), 53-56.
48. Larrabee J., Bolden L. Defining Patient-Perceived Quality of Nursing Care. *Journal of Nursing Care Quality* 2001, 16(1), 34-60.
49. Laschinger H., McGills Hall L., Almost J. A Psychometric Analysis of the Patient Satisfaction With Nursing Care Quality Questionnaire. An Actionable Approach to Measuring Patient Satisfaction. *Journal of Nursing Care Quality* July-September, 2005, 20(3), 220-230.
50. Lemke R.W. Identifying consumer satisfaction trough patient serveys. *Health Progress*, 1987, 68(2), 56-58.
51. Lenartowicz H. Zarządzanie jakością w pielęgniarstwie. CEM, Warszawa, 1998.
52. Lynn M., McMillen B., Sidani S. Understanding and Measuring Patients' Assessment of the Quality of Unrsing Care. *Nursing Research* May-June, 2007, 56(3), 159-166.
53. Łaniec J. Elementy statystyki dla pedagogów. Wydanie 4, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn, 1999.
54. Łukomska A., Roś D., Jachimowicz-Wołoszynek D. Satysfakcja pacjenta z podstawowej opieki zdrowotnej. *Annales Academiae Medicae Bydgosiensis*, 2004, 18(2), 41-46.
55. Mahon P. Y. An analysis of the concept of patient satisfaction as it relates to contemporary nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 1996, 24, 1241-1248.

56. Middleton S., Lumby J. Exploring the precursors of outcome evaluation in Australia: linking structure, process and outcome by peer review. *International Journal of Nursing Practice*, 1998, 4, 151-155.
57. Moret L., Nguyen J., Pillet N., Falissard B., Lombrail P., Gasquet I. Improvement of psychometric properties of a scale measuring inpatient satisfaction with care: a better response rate and a reduction of the ceiling effect. *BMC Health Services Research*, 2007, 7, 197.
58. Motyka M., Surmacka J. Zapotrzebowanie na informacje o chorobie i przebiegu leczenia w opinii hospitalizowanych pacjentów. *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 2005, 4(13), 103-105.
59. Muller-Staub M., Meer R., Briner G., Probst M., Needham I. Measuring patient satisfaction in an emergency unit Swiss. *Pflege* Jun, 2008, 21(3), 172-179.
60. Mykowska A. Satysfakcja pacjenta a jakość obsługi medycznej. *Zdrowie i zarządzanie*, 2002, 4(6), 69-73.
61. Nowak S. *Metodologia badań społecznych*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2007.
62. Otani K., Kurz R. S. The impact of nursing care and other healthcare attributes on hospitalized patient satisfaction and behavioral intentions. *Journal of Healthcare Management*, 2004, 46(3), 181-196.
63. Ozga D., Binkowska-Bury M. Ocena satysfakcji pacjenta z opieki pielęgniarskiej na oddziale szpitalnym. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*, 2008, 4(17), 298-303.
64. Pascoe G.C. Patient satisfaction in primary health care. *Evaluation Program Planning*. 1983, 6, 185-210.
65. Peterson W. E., Charles C., DiCenso A., Sword W. The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale: a valid measure of maternal satisfaction with inpatient postpartum nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 2005, 52(6), 672-681.
66. Petrie A, Sabin C. *Statystyka medyczna w zarysie*. Tłumaczenie: Moczko J. A. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2006.
67. Priest J., McColl E., Thomas L., Bond S. Developing and refining a new measurement tool. *Nurse Researcher*, June 1995, 2(4), 69-81.
68. Redfern S. J., Norman I. J. Measuring the quality of care. A consideration of different approaches. *Journal of Advanced Nursing*, 1990, 15, 1260-1271.



69. Risser N. L. Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings. *Nurse Researcher* 1975, 24(1), 45-52 za: Redfern S. J., Norman I. J. Measuring the quality of care. A consideration of different approaches. *Journal of Advanced Nursing*, 1990, 15, 1260-1271.
70. Rybka M., Kędziora-Kornatowska K., Bannach M., Przybylski G. Ocena opieki pielęgniarskiej sprawowanej wobec chorych w wieku podeszłym. *Family Medicine & Primary Care Review*, 2008, 10, 3, 665-667.
71. Siwiec J. Aspekty opieki - wymiary do pomiaru. W: Piąta Ogólnopolska Konferencja „Jakość w opiece zdrowotnej”. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Towarzystwo Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej, Kraków, 2000.
72. Słownik języka polskiego. T. V. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2007
73. Sohonen R., Leino-Kilpi H., Valimaki M., Kim H. S. The patient satisfaction scale – an empirical investigation into Finnish adaptation. *Journal of evaluation in clinical practice*, 2007, 13, 31-38.
74. Suhonen R., Schmidt L., Radwin L. Measuring individualized nursing care: assessment of reliability and validity of three scales. *Journal of Advanced Nursing*, 2007, 59(1), 77-85.
75. Szeszycka I. Dylematy pomiaru jakości usług profesjonalnych na przykładzie usług medycznych. *Antidotum*, 2000, 12, 20-26.
76. Szewczyk M., Jawień A. Oczekiwania chorych hospitalizowanych w oddziałach chirurgicznych w zakresie zaspokajania potrzeb psychospołecznych i realizacja opieki. *Przegląd Lekarski*, 2005, 62(9), 871-875.
77. Ślusarz R., Beuth W., Kasprzak H. A. Jakość opieki pielęgniarskiej w opinii pielęgniarek. *Valetudinaria – Postępy Medycyny Klinicznej i Wojskowej*, 2002 (7) 3, 84-89.
78. Ślusarz R., Józwicka M. Ocena opieki pielęgniarskiej w opinii pacjentów oddziałów zabiegowych. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin – Polonia*, Vol. LXI, Suppl. XVII, 809, Sectio D, 2006, 518-522.
79. Talarska D., Wolska A. Ocena jakości opieki w oddziale urologicznym – satysfakcja pacjentów. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2001, (2), 291-294.
80. Tatano Beck C. Quantitative measurement of caring. *Journal of Advanced Nursing*, 1999, 30(1), 24-32.

81. Tervo-Heikkinen T., Partenen P., Aalto P. Patient Satisfaction as a Positive Nursing Outcome. *Journal of Nursing Care Quality*, January-March 2008, 23(1), 58-65.
82. Thomas L.H, Bond S. Measuring patients' satisfaction with nursing: 1990-1994. *Journal of Advanced Nursing*, 1996, 23, 747-756.
83. Thomas L. H., MacMillan J., McColl E., Priest J., Hale C., Bond S. Obtaining patients' views of nursing care to inform the development of patients satisfaction scale. *International Journal of Quality in Health Care*, 1995, 7(2), 153-163.
84. Thomas L. H., McColl E., Priest J., Bond S., Boys R. J. Newcastle Satisfaction with Nursing Scale: an instrument for quality assessments of nursing care. *Quality in Health Care*, 1996, 5(2), 67-72.
85. Twarduś K., Gawel G., Perek G. Satysfakcja pacjentów i pielęgniarek z jakości opieki pielęgniarskiej. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2000, 1(3), 218-236.
86. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z dnia 31 marca 2009 r.) Dz.U. 2009.52.417
87. Uzun O. Patient Satisfaction with Nursing Care at a University Hospital in Turkey. *Journal of Nursing Care Quality*, October 2001, 16(1), 24-33.
88. Walsh M., Walsh A. Evidence-based practice: is patient satisfaction evidence? *Nursing Standard*, 1998, 12(49), 38-42.
89. Walsh M., Walsh A. Measuring patient satisfaction with nursing care: experience of using the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale. *Journal of Advanced Nursing*, 1999, 29(2), 307-315.
90. Wandelt M., Ager J. Quality Patient Care Scale. Appleton-Century-Crofts. New York 1974 za: Redfern S. J., Norman I. J.: Measuring the quality of care. A consideration of different approaches. *Journal of Advanced Nursing*, 1990, 15, 1260-1271.
91. Ware J., Davies-Avery A., Steward A. The measurement and meaning of patient satisfaction. *Health and Medical Care Services Review*, 1978, 1, 1-15 za: Redfern S. J., Norman I. J.: Measuring the quality of care. A consideration of different approaches. *Journal of Advanced Nursing*, 1990, 15, 1260-1271.
92. Wasilewski T. P. Analiza wybranych aspektów satysfakcji pacjenta z pobytu w szpitalu w ocenie chorych z półkulowymi uszkodzeniami mózgu. *Zdrowie Publiczne*, 2009, 119(2), 152-155.

93. Wasilewski T. P. Subiektywna ocena wybranych aspektów satysfakcji z pobytu w szpitalu pacjentów oddziałów zabiegowych. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*, 2008, 2(3), 81-86.
94. Wroński K., Bocian R. Dlaczego Zakłady Opieki Zdrowotnej powinny badać satysfakcję pacjentów z oferowanych przez siebie usług medycznych?. *Pielęg. Chir. i Angiol.* 2009, 4, 127-130.
95. Wyrzkowska M. Ocena opieki pielęgniarskiej w opinii pacjentów. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*, 2007, 1(1), 3-10.
96. Yellen E., Davis G., Ricard R. The Measuring of Patient Satisfaction. *Journal of Nursing Care Quality*, July 2002, 16(4), 23-29.
97. Zagroda M., Cudak-Bańska E., Dyk D., Krysiak I., Gutysz-Wojnicka A. Ocena satysfakcji pacjenta z opieki pielęgniarskiej. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2005, 1(19), 49-52.
98. Żakowska A., Zera A., Krupienicz A. Jakość opieki pielęgniarskiej w opinii pacjentów po zabiegach urologicznych i ortopedycznych znieczulanych metodą podpajęczynówkową. *Przegląd Urologiczny*, 2009, 10/3/ (55) <http://www.przegląd-urologiczny.pl/artukul.php?1592> [10.03.2010].

## Spis tabel

Tabela 1. Sposób wprowadzania danych (tworzenia bazy danych)	54
Tabela 2. Przekodowanie danych uzyskanych w części 1 kwestionariusza	55
Tabela 3. Zwrot kwestionariusza skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle	67
Tabela 4. Czas trwania badania satysfakcji pacjentów	68
Tabela 5. Charakterystyka demograficzna badanych pacjentów	69
Tabela 6. Ogólny wynik badanych pacjentów w zakresie skali „doświadczenia”	70
Tabela 7. Wyniki badania doświadczeń pacjentów w poszczególnych oddziałach	71
Tabela 8. Wartość $p$ dla porównań wielokrotnych (dwustronnych) dla skali „doświadczenia z opieki pielęgniarzkiej” w poszczególnych oddziałach	73
Tabela 9. Wyniki badania doświadczeń pacjentów w poszczególnych szpitalach	73
Tabela 10. Wartość $p$ dla porównań wielokrotnych (dwustronnych) dla skali „doświadczenia z opieki pielęgniarzkiej” w poszczególnych szpitalach	75
Tabela 11. Ogólny wynik badanych pacjentów w zakresie skali „satysfakcja”	75
Tabela 12. Wyniki badania satysfakcji pacjentów w poszczególnych oddziałach	76
Tabela 13. Wartość $p$ dla porównań wielokrotnych (dwustronnych) dla skali „satysfakcja z opieki pielęgniarzkiej” w poszczególnych oddziałach	77
Tabela 14. Wyniki badania satysfakcji pacjentów w poszczególnych szpitalach	78
Tabela 15. Wartość $p$ dla porównań wielokrotnych (dwustronnych) dla skali „satysfakcja z opieki pielęgniarzkiej” w poszczególnych szpitalach	79
Tabela 16. Porównanie ocen opieki pielęgniarzkiej w szpitalu nr 2	80
Tabela 17. Porównanie ocen opieki pielęgniarzkiej w szpitalu nr 3	81
Tabela 18. Porównanie ocen opieki pielęgniarzkiej w szpitalu nr 4	81
Tabela 19. Współczynnik Alfa Cronbacha dla skali doświadczenia z opieki pielęgniarzkiej – ogółem	82
Tabela 20. Współczynnik Alfa Cronbacha dla skali oceny doświadczeń z opieki pielęgniarzkiej ogółem po usunięciu poszczególnych pozycji testowych – ogółem	82
Tabela 21. Współczynnik Alfa Cronbacha dla skali oceny doświadczeń z opieki pielęgniarzkiej – podsumowanie	84

Tabela 22. Współczynnik Alfa Cronbacha dla skali „satisfakcja z opieki pielęgniarskiej” – ogółem	85
Tabela 23. Współczynnik Alfa Cronbacha dla skali „satisfakcja z opieki pielęgniarskiej” po usunięciu poszczególnych pozycji testowych – ogółem	86
Tabela 24. Współczynnik Alfa Cronbacha dla skali „satisfakcja z opieki pielęgniarskiej” – podsumowanie	87
Tabela 25. Współczynnik korelacji Spearmana dla pozycji testowych i wyniku ogólnego skali „doświadczenia z opieki pielęgniarskiej” – ogółem	89
Tabela 26. Brak wpływu poszczególnych pozycji skali na wynik ogólny w badanych ośrodkach	90
Tabela 27. Współczynnik korelacji Spearmana dla pozycji testowych i wyniku skali „satisfakcja z opieki pielęgniarskiej” – ogółem	92
Tabela 28. Struktura poprawnych odpowiedzi – skala „doświadczenia z opieki pielęgniarskiej” - ogółem	94
Tabela 29. Struktura poprawnych odpowiedzi – skala „satisfakcja z opieki pielęgniarskiej” – ogółem	96
Tabela 30. Współczynnik korelacji Spearmana dla wyniku skali oceny doświadczeń z opieki pielęgniarskiej oraz oceny opieki pielęgniarskiej otrzymanej na oddziale	97
Tabela 31. Współczynnik korelacji Spearmana dla wyniku skali oceny satysfakcji z opieki pielęgniarskiej oraz oceny opieki pielęgniarskiej otrzymanej na oddziale	99
Tabela 32. Współczynnik korelacji Spearmana dla wyniku skali oceny doświadczeń z opieki pielęgniarskiej oraz całościowej oceny pobytu w oddziale	99
Tabela 33. Współczynnik korelacji Spearmana dla wyniku skali oceny satysfakcji z opieki pielęgniarskiej oraz całościowej oceny pobytu w oddziale	100
Tablica 34. Zależność oceny opieki pielęgniarskiej od wykształcenia	103
Tabela 35. Zależność oceny doświadczeń i satysfakcji z opieki pielęgniarskiej od wieku	104
Tabela 36. Wartość $p$ dla porównań wielokrotnych (dwustronnych) dla skali „doświadczenia związane z opieką pielęgniarską” w poszczególnych grupach wiekowych	104
Tabela 37. Wartość $p$ dla porównań wielokrotnych (dwustronnych) dla skali „satisfakcja z opieki pielęgniarskiej” w poszczególnych grupach wiekowych	105
Tabela 38. Zależność oceny opieki pielęgniarskiej od płci	107
Tabela 39. Zależność oceny opieki pielęgniarskiej od czasu pobytu pacjenta w oddziale	108

Tabela 40. Wartość $p$ dla porównań wielokrotnych dla skali „doświadczenia związane z opieką pielęgniarską” w zależności od czasu pobytu w oddziale	109
Tabela 41. Wartość $p$ dla porównań wielokrotnych dla skali „satisfakcja z opieki pielęgniarskiej” w zależności od czasu pobytu w oddziale	110
Tabela 42. Wartości statystyki opisowej wyników oceny satisfakcji z opieki pielęgniarskiej uzyskanych w zależności od czasu pobytu w oddziale	111
Tabela 43. Zależność oceny opieki pielęgniarskiej od rodzaju oddziału podczas hospitalizacji	112
Tabela 44. Zależność oceny opieki pielęgniarskiej od wyznaczenia pielęgniarki odpowiedzialnej za opiekę	115
Tabela 45. Wartości statystyki opisowej wyników oceny doświadczeń związanych z opieką pielęgniarską w zależności od wyznaczenia pielęgniarki odpowiedzialnej za opiekę podczas pobytu w oddziale	115
Tabela 46. Wartość $p$ dla porównań wielokrotnych dla skali „doświadczenia związane z opieką pielęgniarską” w zależności od wyznaczenia pielęgniarki odpowiedzialnej za opiekę	116
Tabela 47. Zależność oceny opieki pielęgniarskiej od rodzaju szpitala, w jakim przebywał pacjent	117
Tabela 48. Wartości statystyki opisowej wyników oceny doświadczeń związanych z opieką pielęgniarską w zależności od rodzaju szpitala	118
Tabela 49. Wartość $p$ dla porównań wielokrotnych (dwustronnych) dla skali „doświadczenia związane z opieką pielęgniarską” i rodzaju szpitala	118
Tabela 50. Wartości statystyki opisowej wyników oceny satisfakcji z opieki pielęgniarskiej w zależności od rodzaju szpitala	119
Tabela 51. Wartość $p$ dla porównań wielokrotnych (dwustronnych) dla skali „satisfakcja z opieki pielęgniarskiej” i rodzaju szpitala	119

## Spis rysunków

Rysunek 1. Wyniki badania doświadczeń pacjentów w poszczególnych oddziałach	72
Rysunek 2. Wyniki badania doświadczeń pacjentów w poszczególnych szpitalach	74
Rysunek 3. Wyniki badania satysfakcji w poszczególnych oddziałach	77
Rysunek 4. Wyniki badania satysfakcji pacjentów w poszczególnych szpitalach	78
Rysunek 5. Zależność oceny doświadczeń związanych z opieką pielęgniarską od wieku	105
Rysunek 6. Zależność oceny satysfakcji z pielęgnowania od wieku	106
Rysunek 7. Zależność oceny doświadczeń związanych z opieką pielęgniarską od czasu pobytu w oddziale	109
Rysunek 8. Zależność oceny satysfakcji z pielęgnowania od czasu pobytu w oddziale	111
Rysunek 9. Zależność oceny doświadczeń związanych z opieką pielęgniarską od rodzaju oddziału	113
Rysunek 10. Zależność oceny satysfakcji z pielęgnowania od rodzaju oddziału	114
Rysunek 11. Zależność oceny doświadczeń związanych z opieką pielęgniarską od rodzaju szpitala, w którym przebywał pacjent	120
Rysunek 12. Zależność oceny satysfakcji z opieki pielęgniarskiej od rodzaju szpitala, w którym przebywał pacjent	120

## **Załączniki**

1. The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS) – wersja źródłowa skali
2. Polska wersja skali NSNS – wersja początkowa skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle
3. Instrukcja prowadzenia badania satysfakcji pacjentów z wykorzystaniem skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle
4. Formularz zgody pacjenta na udział w badaniu ankietowym
5. Końcowa wersja skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle



**Załącznik 1.** The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS) – wersja oryginalna

1   ward  
3  hospital  
4    patient  
7  time

CONFIDENTIAL

## YOUR VIEWS OF NURSING CARE

### ABOUT THESE QUESTIONS

These questions are about the nursing care you received during your stay in hospital. They ask about the care given to you by nurses and about your views of that care. Finally, they ask some questions about yourself.

We would like you to think carefully about each question and to answer it as honestly as you can. Don't spend too long on any question. Your first reaction will probably be better than a long thought-out answer. If you are unsure about how to reply to any question, please give the best answer you can and write your comments beside the question.

Your name and address does not appear anywhere on this booklet. The information that you give will not be used in any way that could identify you personally.

SECTION 1: YOUR EXPERIENCES OF NURSING CARE (EXAMPLE)

The first set of questions, starting on the next page, ask about your experiences of nursing based on your stay in this ward. The questions consist of a statement followed by seven possible responses. To answer the questions, please circle the number which best describes your experience. On the rest of this page we give two examples of how to answer the questions.

Example 1

If the nurses were always very quiet during the night, you would answer the question by circling number 7 - that means 'Agree completely'. Your answer would look like this.

Nurses were very quiet during the night

Disagree completely	Disagree a lot	Disagree a little	Neither agree nor disagree	Agree a little	Agree a lot	Agree completely
1	2	3	4	5	6	7

Example 2

If nurses were not smartly dressed, you could answer the question by circling number 6 - that means 'Agree a lot'. Your answer would look like this.

Nurses were not smartly dressed

Disagree completely	Disagree a lot	Disagree a little	Neither agree nor disagree	Agree a little	Agree a lot	Agree completely
1	2	3	4	5	6	7

If nurses were always smartly dressed, you could answer the question by circling number 1 - that means 'Disagree completely'. Your answer would look like this.

Nurses were not smartly dressed

Disagree completely	Disagree a lot	Disagree a little	Neither agree nor disagree	Agree a little	Agree a lot	Agree completely
1	2	3	4	5	6	7

If you are unsure about how to reply to any question, please give the best answer you can and write your comments beside the question.

PLEASE TURN TO QUESTION 1

## SECTION 1: YOUR EXPERIENCES OF NURSING CARE

Please circle <b>one</b> response for each question
---

1. It was easy to have a laugh with the nurses.

Disagree completely	Disagree a lot	Disagree a little	Neither agree nor disagree	Agree a little	Agree a lot	Agree completely
1	2	3	4	5	6	7

2. Nurses favoured some patients over others.

Disagree completely	Disagree a lot	Disagree a little	Neither agree nor disagree	Agree a little	Agree a lot	Agree completely
1	2	3	4	5	6	7

3. Nurses did not tell me enough about my treatment.

Disagree completely	Disagree a lot	Disagree a little	Neither agree nor disagree	Agree a little	Agree a lot	Agree completely
1	2	3	4	5	6	7

4. Nurses were too easy going and laid back.

Disagree completely	Disagree a lot	Disagree a little	Neither agree nor disagree	Agree a little	Agree a lot	Agree completely
1	2	3	4	5	6	7

5. Nurses took a long time to come when they were called.

Agree completely	Agree a lot	Agree a little	Neither agree nor disagree	Disagree a little	Disagree a lot	Disagree completely
1	2	3	4	5	6	7

6. Nurses gave me information just when I needed it.

Disagree completely	Disagree a lot	Disagree a little	Neither agree nor disagree	Agree a little	Agree a lot	Agree completely
1	2	3	4	5	6	7

PLEASE TURN TO QUESTION 7
---------------------------

Please circle one response for each question

1/14

7. Nurses did not seem to know what I was going through.

Disagree completely	Disagree a lot	Disagree a little	Neither agree nor disagree	Agree a little	Agree a lot	Agree completely
1	2	3	4	5	6	7

8. Nurses turned the lights off too late at night.

Disagree completely	Disagree a lot	Disagree a little	Neither agree nor disagree	Agree a little	Agree a lot	Agree completely
1	2	3	4	5	6	7

9. Nurses made me do things before I was ready.

Agree completely	Agree a lot	Agree a little	Neither agree nor disagree	Disagree a little	Disagree a lot	Disagree completely
1	2	3	4	5	6	7

10. No matter how busy nurses were, they made time for me.

Disagree completely	Disagree a lot	Disagree a little	Neither agree nor disagree	Agree a little	Agree a lot	Agree completely
1	2	3	4	5	6	7

11. I saw the nurses as friends.

Disagree completely	Disagree a lot	Disagree a little	Neither agree nor disagree	Agree a little	Agree a lot	Agree completely
1	2	3	4	5	6	7

12. Nurses spent time comforting patients who were upset.

Disagree completely	Disagree a lot	Disagree a little	Neither agree nor disagree	Agree a little	Agree a lot	Agree completely
1	2	3	4	5	6	7

13. Nurses checked regularly to make sure I was okay.

Agree completely	Agree a lot	Agree a little	Neither agree nor disagree	Disagree a little	Disagree a lot	Disagree completely
1	2	3	4	5	6	7

Please circle **one** response for each question

1/21

14. **Nurses let things get on top of them.**

Disagree completely	Disagree a lot	Disagree a little	Neither agree nor disagree	Agree a little	Agree a lot	Agree completely
1	2	3	4	5	6	7

15. **Nurses took no interest in me as a person.**

Disagree completely	Disagree a lot	Disagree a little	Neither agree nor disagree	Agree a little	Agree a lot	Agree completely
1	2	3	4	5	6	7

16. **Nurses explained what was wrong with me.**

Disagree completely	Disagree a lot	Disagree a little	Neither agree nor disagree	Agree a little	Agree a lot	Agree completely
1	2	3	4	5	6	7

17. **Nurses explained what they were going to do to me before they did it.**

Disagree completely	Disagree a lot	Disagree a little	Neither agree nor disagree	Agree a little	Agree a lot	Agree completely
1	2	3	4	5	6	7

18. **Nurses told the next shift what was happening with my care.**

Disagree completely	Disagree a lot	Disagree a little	Neither agree nor disagree	Agree a little	Agree a lot	Agree completely
1	2	3	4	5	6	7

19. **Nurses knew what to do without relying on doctors.**

Agree completely	Agree a lot	Agree a little	Neither agree nor disagree	Disagree a little	Disagree a lot	Disagree completely
1	2	3	4	5	6	7

PLEASE TURN TO QUESTION 20

1/26

Please circle one response for each question

1/27

20. Nurses used to go away and forget what patients had asked for.

Disagree completely	Disagree a lot	Disagree a little	Neither agree nor disagree	Agree a little	Agree a lot	Agree completely
1	2	3	4	5	6	7

21. Nurses made sure that patients had privacy when they needed it.

Disagree completely	Disagree a lot	Disagree a little	Neither agree nor disagree	Agree a little	Agree a lot	Agree completely
1	2	3	4	5	6	7

22. Nurses had time to sit and talk to me.

Agree completely	Agree a lot	Agree a little	Neither agree nor disagree	Disagree a little	Disagree a lot	Disagree completely
1	2	3	4	5	6	7

23. Doctors and nurses worked well together as a team.

Disagree completely	Disagree a lot	Disagree a little	Neither agree nor disagree	Agree a little	Agree a lot	Agree completely
1	2	3	4	5	6	7

24. Nurses did not seem to know what each other was doing.

Disagree completely	Disagree a lot	Disagree a little	Neither agree nor disagree	Agree a little	Agree a lot	Agree completely
1	2	3	4	5	6	7

25. Nurses knew what to do for the best.

Disagree completely	Disagree a lot	Disagree a little	Neither agree nor disagree	Agree a little	Agree a lot	Agree completely
1	2	3	4	5	6	7

26. There was a happy atmosphere in the ward, thanks to the nurses.

Disagree completely	Disagree a lot	Disagree a little	Neither agree nor disagree	Agree a little	Agree a lot	Agree completely
1	2	3	4	5	6	7

## SECTION 2: YOUR OPINIONS OF NURSING CARE

**HOW TO ANSWER THESE QUESTIONS**

In this section, we ask your opinions of the nursing care you received during your stay on the ward. For each question, please circle one number which best describes your view.

Thinking about your stay on the ward, how did you feel about:

		Not at all satisfied	Barely satisfied	Quite satisfied	Very satisfied	Completely satisfied
1	The amount of time nurses spent with you	1	2	3	4	5
2	How capable nurses were at their job	1	2	3	4	5
3	There always being a nurse around if you needed one	1	2	3	4	5
4	The amount nurses knew about your care	1	2	3	4	5
5	How quickly nurses came when you called for them	1	2	3	4	5
6	The way the nurses made you feel at home	1	2	3	4	5
7	The amount of information nurses gave to you about your condition and treatment	1	2	3	4	5
8	How often nurses checked to see if you were okay	1	2	3	4	5
9	Nurses' helpfulness	1	2	3	4	5
10	The way nurses explained things to you	1	2	3	4	5
11	How nurses helped put your relatives' or friends' minds at rest	1	2	3	4	5
12	Nurses' manner in going about their work	1	2	3	4	5
13	The type of information nurses gave to you about your condition and treatment	1	2	3	4	5
14	Nurses' treatment of you as an individual	1	2	3	4	5
15	How nurses listened to your worries and concerns	1	2	3	4	5
16	The amount of freedom you were given on the ward	1	2	3	4	5
17	How willing nurses were to respond to your requests	1	2	3	4	5
18	The amount of privacy nurses gave you	1	2	3	4	5
19	Nurses' awareness of your needs	1	2	3	4	5

PLEASE TURN TO SECTION 3 QUESTION 1

## SECTION 3: QUESTIONS ABOUT YOURSELF

**These questions are about you. To help us understand your answers to the other sets of questions, we need some information about the kind of person you are. If you are unsure about how to reply to any question, please give the best answer you can and write your comments beside the question.**

1. Please indicate whether you are:

Please circle **one** number

Male	1
Female	2

2. How old are you?

Please write your age in years at your last birthday on the dashes below.

Age in years    \_ \_

3. We would like to know a little about your education.

Please circle **one** number

Are you still in full time education?	Yes	1
	No	2

At what age did you leave full-time education?

Please write age on the dashes below

Age on leaving full time education    \_ \_

4. Including last night, how many nights did you spend in **this ward on this occasion?**

Please write the number of nights on the dashes below

Number of nights    \_ \_

5. Was there one particular nurse in charge of your care in this ward?

Please circle **one** number only

Yes	1
No	2
Not sure	3



6. How would you rate the nursing care you received in this ward?

Dreadful	Very poor	Poor	Fair	Good	Very good	Excellent
1	2	3	4	5	6	7

7. Overall how would you rate your recent stay in this ward?

Dreadful	Very poor	Poor	Fair	Good	Very good	Excellent
1	2	3	4	5	6	7

8. Are there any ways in which the nursing care could have been improved during your current stay in hospital?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

9. Are there any other comments you would like to make?

.....

.....

.....

.....

PLEASE TURN TO NEXT PAGE

Today's date      day    month    year  
                                  

**THANK YOU FOR YOUR KIND ASSISTANCE**

**Please put your completed questionnaire in the envelope provided and seal it. Please put the envelope in the box situated at the Nurses' Station. All information will be treated with the strictest of confidence.**

**Załącznik 2. Polska wersja skali NSNS – wersja początkowa skali  
zadowolenia z pielęgnacji Newcastle**

OŚRODEK BADAŃ

Szpital .....

Oddział .....

Pacjent .....

Czas .....

**THE NEWCASTLE  
SKALA  
SATYSFAKCJI PACJENTA  
Z OPIEKI PIELEŃNIARSKIEJ**

**POUFNE**

**TWOJE POGLĄDY NA OPIEKĘ PIELEŃNIARSKĄ**

Pytania zawarte w ankiecie dotyczą opieki pielęgniarskiej podczas pobytu w szpitalu. Pytania dotyczą opieki świadczonej przez pielęgniarki oraz Twoich poglądów na tę opiekę. W zakończeniu kilka pytań dotyczy Twojej osoby.

Chcielibyśmy, abyś dokładnie zastanowił/a się nad każdym pytaniem i odpowiedział/a na tyle uczciwie, na ile to możliwe. Nie spędzaj zbyt dużo czasu nad żadnym z pytań. Twoja pierwsza reakcja będzie prawdopodobnie lepsza niż długo rozważana odpowiedź. Jeżeli nie jesteś pewny/a, jak odpowiedzieć na którekolwiek z pytań, odpowiedz tak jak potrafisz najlepiej i dodaj komentarz obok pytania.

TWOJE NAZWISKO I IMIĘ NIE UKAŻĄ SIĘ W ŻADNYM MIEJSCU TEJ ANKIETY. Informacje, które przekazesz, nie będą używane w żaden sposób, który umożliwiłby Twoją identyfikację.

## Część 1: Twoje doświadczenia dotyczące opieki pielęgniarskiej (PRZYKŁAD)

Pierwszy zestaw pytań, zaczynający się na następnej stronie, dotyczy Twoich doświadczeń związanych z opieką pielęgniarską podczas Twojego pobytu na tym oddziale. Pytania składają się ze stwierdzenia, po którym następuje siedem możliwych odpowiedzi. Zakreśl numer odpowiedzi, która najlepiej opisuje Twoje doświadczenia. Podajemy dwa przykłady odpowiedzi.

### Przykład 1

Jeśli pielęgniarki zawsze zachowywały się cicho w nocy, to odpowiedź zakreślając numer 7, co oznacza „całkowicie się zgadzam”. Twoja odpowiedź będzie wyglądała następująco:

Pytanie: PIELĘGNIARKI ZACHOWYWAŁY SIĘ BARDZO CICHOWO W NOCY.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

### Przykład 2

Jeśli pielęgniarki nie były elegancko ubrane, możesz odpowiedzieć „bardzo się zgadzam”. Twoja odpowiedź będzie wyglądała następująco:

Pytanie: PIELĘGNIARKI NIE BYŁY ELEGANCKO UBRANE.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

Jeśli pielęgniarki zawsze były elegancko ubrane, możesz odpowiedzieć, zakreślając odpowiedź numer 1, co oznacza „całkowicie nie zgadzam się”.

Twoja odpowiedź będzie wyglądała następująco:

Pytanie: PIELĘGNIARKI NIE BYŁY ELEGANCKO UBRANE.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

Jeśli nie jesteś pewien, jak odpowiedzieć na pytanie, odpowiedz tak jak najlepiej potrafisz i dodaj swój komentarz uwagi obok pytania.

CZEŚĆ 1: TWOJE DOŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE OPIEKI  
PIELĘGNIARSKIEJ

Proszę zakreślić jedną odpowiedź przy każdym pytaniu

1. Można się było pośmiać z pielęgniarkami.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

2. Pielęgniarki faworyzowały niektórych pacjentów.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

3. Pielęgniarki nie mówiły mi wystarczająco dużo o moim leczeniu.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

4. Pielęgniarki nie wysiłały się zbytnio i były zbyt „wyluzowane”.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

5. Przybycie na wezwanie zabierało pielęgniarkom dużo czasu.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

6. Pielęgniarki udzielały mi informacji tylko, jeśli o to poprosiłem/-am.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

7. Wydawało mi się, że pielęgniarki nie wiedziały, przez co przechodziłem/-am.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

8. Pielęgniarki gasiły światła zbyt późno w nocy.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

9. Pielęgniarki kazały mi wykonywać różne czynności zanim byłem do nich przygotowany.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

10. Pielęgniarki, niezależnie od tego jak były zajęte, znajdowały dla mnie czas.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

11. Widziałem/-am w pielęgniarkach swoich przyjaciół.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

12. Pielęgniarki pocieszały pacjentów, którzy byli przygnębieni.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

13. Pielęgniarki regularnie sprawdzały czy u mnie wszystko w porządku.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

14. Pielęgniarki nie ze wszystkim dawały sobie radę.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

15. Pielęgniarki nie interesowały się mną jako osobą.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

16. Pielęgniarki tłumaczyły mi, co mi dolega.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

17. Pielęgniarki wyjaśniały mi, co miały zamiar przy mnie robić zanim to robiły.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

18. Pielęgniarki przekazywały następnej zmianie informacje dotyczące mojego stanu.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

19. Pielęgniarki wiedziały, co robić bez oglądania się na lekarzy.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

20. Zdarzało się, że pielęgniarki odchodziły i zapominały, o co prosił je pacjent.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

21. Pielęgniarki dbały o prywatność pacjentów, gdy było to potrzebne.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

22. Pielęgniarki miały czas by usiąść i porozmawiać ze mną.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

23. Lekarze i pielęgniarki pracowali dobrze jako zespół.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

24. Wydawało się, że pielęgniarki jakby nie wiedziały, co każda z nich robiła.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

25. Pielęgniarki wiedziały, co robić, aby było jak najlepiej.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

26. Dzięki pielęgniarkom na oddziale panowała radosna atmosfera.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7



## Część 2 : TWOJE OPINIE O OPIECE PIELEŃNIARSKIEJ

W tej części, pytamy o Twoje opinie na temat opieki pielęgniarskiej. Przy każdym pytaniu zaznacz cyfrę, która najbardziej opisuje Twoją opinię.

Pomyśl o swoim pobycie w oddziale. Co myślałeś na temat?

Lp.	Pytanie	Całkowicie niezadowolony	Ledwie zadowolony	Dość zadowolony	Bardzo zadowolony	Całkowicie zadowolony
1	Ilości czasu, jaki pielęgniarki spędzały z Tobą	1	2	3	4	5
2	Jak sprawne były pielęgniarki w wykonywaniu swojej pracy?	1	2	3	4	5
3	Obecności pielęgniarki w pobliżu, gdy była taka potrzeba	1	2	3	4	5
4	Wiedzy pielęgniarki na temat Twojej opieki	1	2	3	4	5
5	Jak szybko pielęgniarki przychodziły na Twoje wezwanie / dzwonki?	1	2	3	4	5
6	Sposobu, w jaki pielęgniarki dbały o to byś czuł się jak w domu	1	2	3	4	5
7	Ilości informacji, jakie dostałeś od pielęgniarek na temat Twojego stanu i opieki	1	2	3	4	5
8	Jak często pielęgniarki sprawdzały czy u Ciebie wszystko w porządku?	1	2	3	4	5
9	Gotowości pielęgniarek do pomocy	1	2	3	4	5
10	Sposobu, w jaki pielęgniarki wyjaśniały Ci różne rzeczy	1	2	3	4	5
11	Jak pielęgniarki uspokajały Twoją rodzinę i przyjaciół?	1	2	3	4	5
12	Zachowania się pielęgniarek w pracy	1	2	3	4	5
13	Rodzaju informacji, jakie pielęgniarki udzielały Tobie na temat Twojego stanu i opieki	1	2	3	4	5
14	Traktowaniu Cię jako osoby	1	2	3	4	5
15	Jak pielęgniarki słuchały Twoich obaw i zmartwień?	1	2	3	4	5
16	Ilości swobody, jaką miałeś w oddziale	1	2	3	4	5
17	Jak chętne pielęgniarki były do spełniania Twoich próśb?	1	2	3	4	5
18	Ilości prywatności, jaką dały Ci pielęgniarki	1	2	3	4	5
19	Świadomości pielęgniarek na temat Twoich potrzeb	1	2	3	4	5



6. Jak oceniłbyś opiekę pielęgniarską otrzymaną na tym oddziale?

Okropna	Bardzo zła	Zła	W porządku	Dobra	Bardzo dobra	Wyśmienita
1	2	3	4	5	6	7

7. Całościowo, jak oceniłbyś swój obecny pobyt w tym oddziale?

Okropnie	Bardzo źle	Źle	W porządku	Dobrze	Bardzo dobrze	Wyśmienicie
1	2	3	4	5	6	7

8. Czy są jakieś sposoby, dzięki którym opieka pielęgniarska mogła być poprawiona podczas Twojego obecnego pobytu w szpitalu?

Inne uwagi / komentarze.

BARDZO DZIĘKUJEMY ZA WSPÓŁPRACĘ

Data: \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

DZIEŃ MIESIĄC ROK

Wypełniony kwestionariusz włóż do koperty i zaklej.

Zostaw kopertę w wyznaczonym miejscu.

Wszystkie informacje będą wykorzystane z zachowaniem największej poufności.

### **Załącznik 3. Instrukcja prowadzenia badania z wykorzystaniem skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle**

#### **1. Wstęp**

The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale została skonstruowana w wyniku intensywnych prac badawczych rozpoczętych w Wielkiej Brytanii w roku 1993. Inspiracją do rozpoczęcia prac badawczych było przekonanie autorów, że opinie pacjentów na temat opieki pielęgniarskiej, rozumiane jako ich satysfakcja z tej opieki, są powszechnie stosowane do oceny działań pielęgniarskich, a jednocześnie brak jest narzędzia badawczego zweryfikowanego statystycznie, skonstruowanego bardziej z perspektywy pacjenta niż personelu. Celem, który przyświecał badaczom, było skonstruowanie narzędzia odpowiednio rzetelnego i czułego, zdolnego wychwycić różnice w poziomie opieki pielęgniarskiej, a przede wszystkim zdolnego do wyizolowania komponentów opieki pielęgniarskiej spośród pozostałych aspektów opieki medycznej. Badania testujące NSNS przeprowadzono w 1996 roku w północnej-wschodniej Anglii. Przeprowadzono je w 5 szpitalach na 20 oddziałach szpitalnych, na grupie 2078 pacjentów. Wyniki tych badań potwierdziły, że NSNS jest narzędziem badawczym odpowiednio czułym, aby wykryć różnice w poziomie satysfakcji pacjentów między poszczególnymi oddziałami i szpitalami.

#### **2. Cel stosowania The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS)**

NSNS służy do badania opinii i doświadczeń pacjentów dotyczących opieki pielęgniarskiej. Skala była stworzona w celu analizy i porównań ogólnej punktacji uzyskanej w zakresie opinii i doświadczeń z opieki pielęgniarskiej przez grupy pacjentów. Informacje uzyskane od poszczególnych pacjentów powinny służyć do analizy ogólnej satysfakcji i doświadczeń z opieki pielęgniarskiej na poziomie oddziału. Nie należy porównywać punktacji uzyskanej przez poszczególnych pacjentów. Nie należy również analizować statystycznie poszczególnych pytań czy zagadnień, ponieważ skala nie była stworzona i weryfikowana statystycznie w tym kierunku.

#### **3. Kwestionariusz ankiety**

The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale składa się z trzech części.

Pierwsza część dotyczy doświadczeń związanych z opieką pielęgniarską. Zawiera ona 26 stwierdzeń (15 pozytywnych i 11 negatywnych) z możliwością odpowiedzi w 7-stopniowej skali Likerta. Analiza odpowiedzi umożliwia określenie ogólnej punktacji „doświadczenia” w przedziale 0-100 punktów, gdzie 100 oznacza doświadczenia z opieki najlepsze z możliwych, a 0 doświadczenia z opieki tak złe, jak to tylko możliwe do wyobrażenia.

W drugiej części skali wymienia się 19 aspektów opieki pielęgniarskiej i prosi respondentów o określenie swojego poziomu satysfakcji w stosunku do każdego z nich w 5-stopniowej skali Likerta. Analiza odpowiedzi umożliwia określenie ogólnej punktacji „satysfakcja” w przedziale 0-100 punktów, gdzie 100 oznacza pełną satysfakcję ze wszystkich aspektów opieki pielęgniarskiej, a 0 całkowity brak satysfakcji z jakiegokolwiek aspektu opieki pielęgniarskiej.

Część trzecia skali to pytania dotyczące cech demograficznych pacjentów i ich pobytu w szpitalu.

Koordynatorzy wielośrodkowego projektu badawczego powinni zwrócić uwagę, aby kwestionariusz ankiety otrzymanej od autorów drogą elektroniczną wydrukować bez nanoszenia jakichkolwiek zmian. Należy zwrócić uwagę, aby wersja papierowa była w formacie A4, wydrukowana pionowo na białym papierze, miała zastosowaną czcionkę standardową rozmiar 12, kolor czarny. Każda część ankiety powinna rozpoczynać się na nowej kartce. Kartki powinny być zszyte w odpowiedniej kolejności.

Nie należy dopisywać własnych pytań ani wprowadzać zmian do pytań zawartych w skali. Kwestionariusz ankiety należy umieścić w niepodpisanej kopercie formatu A4.

#### 4. Wielkość badanej grupy

Warunkiem uczestnictwa w wielośrodkowym projekcie badawczym jest uzyskanie co najmniej 100 poprawnie wypełnionych ankiet, a następnie przesłanie ich na adres organizatorów projektu w wersji papierowej. Aby spełnić to kryterium, należy zaproponować udział w badaniu co najmniej 200 osobom spełniającym kryteria uczestnictwa (patrz niżej). W tym celu należy prowadzić rejestr wszystkich osób spełniających kryteria uczestnictwa w badaniu, leczonych

w oddziale w okresie trwania badania satysfakcji pacjentów, bez względu na to, czy biorą one udział w badaniu, czy też nie. Jeżeli pacjent spełniający kryteria nie uczestniczy w badaniu, należy zaznaczyć w rejestrze powód (odmowa pacjenta, brak ankietera, powody organizacyjne, nietypowa pora wypisu itp.). Wzór rejestru w załączniku.

Czas trwania badania w poszczególnych ośrodkach może być różny, zależy głównie od liczby „wypisów”.

#### 5. Rejestr osób spełniających kryteria uczestnictwa w badaniu

Każdy oddział uczestniczący w badaniu satysfakcji w okresie trwania tego badania musi prowadzić rejestr osób leczonych w oddziale, spełniających kryteria uczestnictwa. Rejestr ten powinien zawierać następujące dane pacjentów: imię i nazwisko, wiek, zgoda na udział w badaniu, data.

Jeżeli pacjent spełniający kryteria nie uczestniczy w badaniu, należy zaznaczyć w rejestrze powód (odmowa pacjenta, brak ankietera, powody organizacyjne, nietypowa pora wypisu, oddanie niewypełnionej ankiety itp.). Pacjentów odmawiających udziału w badaniu należy poprosić o podanie przyczyny.

Jeżeli pacjent spełniający kryteria wyraża zgodę na udział w badaniu, należy przypisać mu w prowadzonym rejestrze indywidualny numer identyfikacyjny. Numer ten musi być też zapisany na kwestionariuszu ankiety, który otrzymuje pacjent.

#### 6. Kryteria kwalifikacji pacjenta do uczestnictwa w badaniu satysfakcji

Każdy ośrodek uczestniczący w badaniu z wykorzystaniem NSNS powinien przeprowadzić badanie satysfakcji w co najmniej jednym oddziale zabiegowym (chirurgia, ortopedia, urologia, torakochirurgia, laryngologia itp.) oraz jednym oddziale niezabiegowym (interna, diabetologia, ginekologia itp.).

Pacjent uczestniczący w badaniu musi:

- mieć 18 lat i więcej;
- być w dniu wypisu lub przeniesienia z oddziału;
- spędzić w oddziale minimum 2 noce;

- potrafić czytać i pisać po polsku;
- nie mieć zaburzeń świadomości (GCS>15 pkt.);
- nie być hospitalizowany w żadnym innym oddziale podczas tego pobytu w szpitalu;
- wyrazić zgodę na badanie.

Inne warunki uczestnictwa w badaniu:

- pacjent powinien być poinformowany o celu przeprowadzania badania oraz o czasie potrzebnym do wypełnienia kwestionariusza;
- udział w badaniu jest dobrowolny;
- pacjent musi mieć zagwarantowane poczucie poufności przeprowadzonych badań;
- pacjent musi wiedzieć, że chociaż jego identyfikacja będzie możliwa na podstawie numeru w rejestrze i numeru wypełnionego kwestionariusza ankiety, to uzyskane dane wykorzystane będą jedynie przez prowadzących badanie do celów naukowych.

#### 7. Dystrybucja kwestionariuszy ankiet

Kwestionariusz ankiety musi znajdować się w niepodpisanej kopercie formatu A4. Pacjent musi otrzymać kwestionariusz ankiety w dniu wypisu lub przeniesienia na inny oddział lub do innego szpitala. Kwestionariusz musi być wręczony przez osobę niebędącą członkiem zespołu terapeutycznego danego oddziału. W miarę możliwości należy zapewnić pacjentowi odpowiednie miejsce i odpowiednią ilość czasu na wypełnienie ankiety. Pacjent powinien wypełniać kwestionariusz osobiście, bez pomocy osób bliskich czy personelu. Jeżeli pacjent ma trudności w czytaniu lub pisaniu, dopuszczalne jest głośne czytanie pytań i możliwych odpowiedzi przez ankietera i zaznaczanie wskazanych odpowiedzi.

#### 8. Odbiór wypełnionych kwestionariuszy ankiet

Pacjent po wypełnieniu kwestionariusza ankiety powinien włożyć go do koperty, zakleić i wrzucić do oznaczonego pudełka znajdującego się na terenie oddziału. Dopuszcza się na życzenie pacjenta odbiór wypełnionego kwestionariusza przez ankietera, nie zwalnia to jednakże organizatorów od przygotowania oznaczonego pudełka w każdym oddziale.

Nie dopuszcza się odbioru wypełnionych ankiet przez członków zespołu terapeutycznego danego oddziału. Nie dopuszcza się zabierania przez pacjentów kwestionariuszy ankiet do domu i wysyłanie ich pocztą.

#### 9. Sprawdzanie wypełnionych kwestionariuszy ankiet

Każdy kwestionariusz ankiety powinien być sprawdzony pod kątem poprawności wypełnienia. Kwestionariusze zwrócone, a w całości niewypełnione, należy zaznaczyć w rejestrze jako „nieuczestniczący w badaniu”.

#### 10. Wprowadzanie danych do komputera

Dane uzyskane z kwestionariusza muszą być wprowadzone do komputera. Analizę można przeprowadzać za pomocą pakietu statystycznego, np. SPSS, lub arkusza kalkulacyjnego, np. Excel. Dane należy wprowadzać w odpowiednich kolumnach.

Zmienna	Kolumna
Oddział	1-2
Szpital	3
Pacjent	4-6
Które badanie	7
Część 1, pytanie 1	8
Część 1, pytanie 2	9-32
Część 1, pytanie 26	33
Część 2, pytanie 1	34
Część 2, pytanie 2	35-51
Część 2, pytanie 19	52
Część 3, pytanie 1	53
Część 3, pytanie 2	54-55
Część 3, pytanie 3, część 1	56
Część 3, pytanie 3, część 2	57-58
Część 3, pytanie 4	59-60
Część 3, pytanie 5	61
Część 3, pytanie 6	62
Część 3, pytanie 7	6



11. Obliczanie ogólnej punktacji „doświadczenia z opieki pielęgniarskiej”  
 Ogólną punktację „doświadczenia z opieki pielęgniarskiej” oblicza się na podstawie odpowiedzi uzyskanych w części 1 kwestionariusza, pytania 1-26.

Należy:

- przekodować uzyskane odpowiedzi wg wzoru:

Pytanie	Odpowiedź oryginalna	Odpowiedź przekodowana
1,5,6,9,10,11,12,16,17,18,21,23,25,26,	1	0
	2	1
	3	2
	4	3
	5	4
	6	5
	7	6
2,3,4,7,8,13,14,15,19,20,22,24	1	6
	2	5
	3	4
	4	3
	5	2
	6	1
	7	0

- zsumować wszystkie przekodowane punkty uzyskane ze wszystkich
- poprawnych odpowiedzi (poprawna odpowiedź to taka, gdy respondent zakreślił tylko jedną odpowiedź, niepoprawna to taka, gdy zakreślono więcej odpowiedzi lub brak jest zakreślenia odpowiedzi);
- podzielić sumę otrzymaną w punkcie 2 przez całkowitą liczbę poprawnych odpowiedzi;
- podzielić wynik uzyskany w punkcie 3 przez 6, a następnie pomnożyć go przez 100.

## 12. Obliczenie ogólnej punktacji „satysfakcja z opieki pielęgniarskiej”

Ogólną punktację „satysfakcja z opieki pielęgniarskiej” oblicza się na podstawie odpowiedzi uzyskanych w części 2 kwestionariusza, pytania 1-19.

Należy:

- przekodować uzyskane odpowiedzi wg wzoru:

1=0

2=1

3=2

4=3

5=4

- zsumować wszystkie przekodowane punkty uzyskane ze wszystkich poprawnych odpowiedzi;
- podzielić sumę otrzymana w punkcie 2 przez całkowitą liczbę poprawnych odpowiedzi;
- podzielić wynik uzyskany w punkcie 3 przez 4, a następnie pomnożyć go przez 100.

#### **Załącznik 4. Wzór formularza zgody dla pacjentów**

### FORMULARZ ZGODY PACJENTA NA UDZIAŁ W PROJEKCIE BADAWCZYM

dotyczącym oceny satysfakcji z opieki pielęgniarstwa z wykorzystaniem skali  
The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale

Oświadczam, że zostałem poinformowany o procedurze przeprowadzania tego projektu badawczego, poufnym traktowaniu uzyskanych w toku badania danych i o posiadanym przeze mnie prawie do odmowy udziału w badaniu.

Pacjent

Badacz

Data i podpis

Data i podpis

**Załącznik 5. Końcowa wersja skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle po zmianach**

Szpital .....

Oddział .....

Pacjent .....

Czas .....

**SKALA ZADOWOLENIA Z PIELEGNACJI  
NEWCASTLE**

**TWOJE POGLĄDY NA OPIEKĘ PIELEGNIARSKĄ**

Pytania zawarte w ankiecie dotyczą opieki pielęgniarzkiej świadczonej przez pielęgniarki podczas pobytu w szpitalu oraz Twoich poglądów na tę opiekę. W zakończeniu kilka pytań dotyczy Ciebie.

Chcielibyśmy, abyś dokładnie zastanowił/a się nad każdym pytaniem i odpowiedział/a na tyle uczciwie, na ile to możliwe. Nie spędzaj zbyt dużo czasu nad żadnym z pytań. Twoja pierwsza reakcja będzie prawdopodobnie lepsza niż długo rozważana odpowiedź. Jeżeli nie jesteś pewny/a, jak odpowiedzieć na którekolwiek z pytań, odpowiedz tak, jak potrafisz najlepiej i dodaj komentarz obok pytania.

TWOJE NAZWISKO I IMIĘ NIE UKAŻĄ SIĘ W ŻADNYM MIEJSCU TEJ ANKIETY. Informacje, które przekażesz, nie będą używane w żaden sposób, który umożliwiłby Twoją identyfikację.

## Część 1: Twoje doświadczenia dotyczące opieki pielęgniarskiej (PRZYKŁAD)

Pierwszy zestaw pytań, zaczynający się na następnej stronie, dotyczy Twoich doświadczeń związanych z opieką pielęgniarską podczas Twojego pobytu na tym oddziale. Pytania składają się ze stwierdzenia, po którym następuje siedem możliwych odpowiedzi. Zakreśl numer odpowiedzi, która najlepiej opisuje Twoje doświadczenia. Poniżej podajemy dwa przykłady odpowiedzi.

### Przykład 1

Jeśli pielęgniarki zawsze zachowywały się cicho w nocy, to odpowiesz zakreślając numer 7, co oznacza „całkowicie się zgadzam”. Twoja odpowiedź będzie wyglądała następująco:

Pytanie: PIELĘGNIARKI ZACHOWYWAŁY SIĘ BARDZO CICHOWO W NOCY.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	<u>7</u>

### Przykład 2

Jeśli pielęgniarki nie były elegancko ubrane, możesz odpowiedzieć „bardzo się zgadzam”. Twoja odpowiedź będzie wyglądała następująco:

Pytanie: PIELĘGNIARKI NIE BYŁY ELEGANCKO UBRANE.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	<u>6</u>	7

Jeśli pielęgniarki zawsze były elegancko ubrane, możesz odpowiedzieć zakreślając odpowiedź numer 1, co oznacza „całkowicie nie zgadzam się”.

Twoja odpowiedź będzie wyglądała następująco:

Pytanie: PIELĘGNIARKI NIE BYŁY ELEGANCKO UBRANE.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
<u>1</u>	2	3	4	5	6	7

Jeśli nie jesteś pewien, jak odpowiedzieć na pytanie, odpowiedz tak, jak najlepiej potrafisz i dodaj swój komentarz uwagi obok pytania.

CZEŚĆ 1: TWOJE DOŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE OPIEKI  
PIELĘGNIARSKIEJ

Proszę zakreślić jedną odpowiedź przy każdym pytaniu

1. Można było pożartować z pielęgniarkami.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

2. Pielęgniarki faworyzowały niektórych pacjentów.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

3. Pielęgniarki nie udzielały mi wystarczających informacji.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

4. Pielęgniarki nie wysiłały się zbytnio i były zbyt swobodne.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

5. Przybycie na wezwanie zabierało pielęgniarkom dużo czasu.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

6. Pielęgniarki udzielały mi informacji dokładnie wtedy, gdy ich potrzebowałem/-am.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

7. Wydawało mi się, że pielęgniarki lekcewały moje cierpienie.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

8. Pielęgniarki gasiły światła zbyt późno w nocy.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

9. Pielęgniarki kazały mi wykonywać różne czynności, zanim byłem do nich przygotowany.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

10. Pielęgniarki, niezależnie od tego jak były zajęte, znajdowały dla mnie czas.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

11. Widziałem/-am w pielęgniarkach swoich przyjaciół.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

12. Pielęgniarki pocieszały pacjentów, którzy byli przygnębieni.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

13. Pielęgniarki regularnie sprawdzały, czy u mnie wszystko w porządku.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

14. Pielęgniarki nie ze wszystkim dawały sobie radę.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

15. Pielęgniarki nie interesowały się mną.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

16. Pielęgniarki tłumaczyły mi, co mi dolega.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

17. Przed zabiegiem pielęgniarki wyjaśniały mi, na czym on polega.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

18. Pielęgniarki przekazywały następnej zmianie informacje dotyczące mojego stanu.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

19. Pielęgniarki wiedziały, co robić, nie czekały na polecenia lekarzy.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

20. Zdarzało się, że pielęgniarki odchodziły i zapominały, o co prosił je pacjent.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7



21. Pielęgniarki dbały o prywatność pacjentów.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

22. Pielęgniarki miały czas, by usiąść i porozmawiać ze mną.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

23. Lekarze i pielęgniarki pracowali dobrze jako zespół.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

24. Wydawało się, że jedna pielęgniarka jakby nie wiedziała, co robi druga.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

25. Pielęgniarki wiedziały, co robić, aby było jak najlepiej.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

26. Dzięki pielęgniarkom na oddziale panowała miła atmosfera.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

## Część 2 : TWOJE OPINIE NA TEMAT OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ

W tej części, pytamy o Twoje opinie na temat opieki pielęgniarskiej. Przy każdym pytaniu zaznacz odpowiedź, która najbardziej opisuje Twoją opinię.

Pomyśl o swoim pobycie w oddziale.

Lp	Co myślałeś na temat?	Całkowicie niezadowolony	Lekko zadowolony	Dość zadowolony	Bardzo zadowolony	Całkowicie zadowolony
1	Ilości czasu, jaki pielęgniarki spędzały z Tobą	1	2	3	4	5
2	Jak sprawne były pielęgniarki w wykonywaniu swojej pracy?	1	2	3	4	5
3	Obecności pielęgniarki w pobliżu, gdy była taka potrzeba	1	2	3	4	5
4	Wiedzy pielęgniarek na temat Twojej choroby i opieki nad Tobą	1	2	3	4	5
5	Jak szybko pielęgniarki przychodziły na Twoje wezwanie / dzwonki?	1	2	3	4	5
6	Sposobu, w jaki pielęgniarki dbały o to byś czuł się jak w domu	1	2	3	4	5
7	Ilości informacji, jakie dostałeś od pielęgniarek na temat Twojego stanu i opieki	1	2	3	4	5
8	Jak często pielęgniarki sprawdzały czy u Ciebie wszystko w porządku?	1	2	3	4	5
9	Gotowości pielęgniarek do pomocy	1	2	3	4	5
10	Sposobu, w jaki pielęgniarki wyjaśniały Ci różne rzeczy	1	2	3	4	5
11	Jak pielęgniarki uspokajały Twoją rodzinę i przyjaciół?	1	2	3	4	5
12	Zachowania się pielęgniarek w pracy	1	2	3	4	5
13	Rodzaju informacji, jakie pielęgniarki udzielały Tobie na temat Twojego stanu i opieki	1	2	3	4	5
14	Sposobu traktowania Cię przez pielęgniarki	1	2	3	4	5
15	Jak pielęgniarki słuchały Twoich obaw i zmartwień?	1	2	3	4	5
16	Ilości swobody, jaką miałeś w oddziale	1	2	3	4	5
17	Jak chętne pielęgniarki były do spełniania Twoich próśb?	1	2	3	4	5
18	Zapewniania Ci prywatności przez pielęgniarki	1	2	3	4	5
19	Świadomości pielęgniarek odnośnie Twoich potrzeb	1	2	3	4	5

### CZĘŚĆ 3: PYTANIA DOTYCZĄCE CIEBIE

Te pytania dotyczą Ciebie. Aby zrozumieć Twoje odpowiedzi na wcześniejsze pytania, potrzebujemy informacji o tym, kim jesteś. Jeżeli nie jesteś pewny, jak odpowiedzieć na którekolwiek z pytań, proszę, podaj odpowiedź najlepszą jaką potrafisz i swoje uwagi wpisz obok pytania.

1. Twoja płeć:

Zakreśl jedną odpowiedź

Mężczyzna	1
Kobieta	2

2. Twój wiek.

Wpisz swój wiek w latach (ukończone): \_\_\_\_\_

3. Twoje wykształcenie.

Zakreśl swoje wykształcenie:

podstawowe, zasadnicze zawodowe, średnie, wyższe

Zakreśl jedną odpowiedź:

Czy nadal się uczysz?	Tak	1
	Nie	2

Wpisz swój wiek, w którym zakończyłeś edukację w pełnym wymiarze czasu: ....

4. Wliczając ostatnią noc, ile nocy spędziłeś na tym oddziale, podczas tego pobytu?

Wpisz liczbę nocy. Liczba nocy: \_\_\_\_\_

5. Czy miałeś wyznaczoną konkretną pielęgniarkę odpowiedzialną za opiekę nad Tobą w oddziale?

Zakreśl jedną odpowiedź

Tak	1
Nie	2
Nie jestem pewien	3

6. Jak oceniłbyś opiekę pielęgniarską otrzymaną na tym oddziale?

Okropna	Bardzo zła	Zła	Wystarczająca	Dobra	Bardzo dobra	Wyśmienita
1	2	3	4	5	6	7

7. Całościowo, jak oceniłbyś swój obecny pobyt w tym oddziale?

Okropnie	Bardzo źle	Źle	Wystarczająco	Dobrze	Bardzo dobrze	Wyśmienicie
1	2	3	4	5	6	7

8. Czy są jakieś sposoby, dzięki którym opieka pielęgniarska mogła być lepsza podczas Twojego obecnego pobytu w szpitalu?

9. Inne uwagi / komentarze.

BARDZO DZIĘKUJEMY ZA WSPÓŁPRACĘ

Data: \_\_\_\_\_

DZIEŃ    MIESIĄC    ROK

Wypełniony kwestionariusz włóż do koperty i zaklej.

Zostaw kopertę w wyznaczonym miejscu.

Wszystkie informacje będą wykorzystane z zachowaniem największej poufności.