



Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Wydział Nauk o Zdrowiu
Katedra Pielęgniarstwa

Katarzyna Juszcak

Ocena jakości opieki pielęgniarstwa
u chorych hospitalizowanych
na oddziałach zabiegowych

Rozprawa doktorska

Praca przygotowana pod kierunkiem
dr hab. n. med. Krystyny Jaracz

Poznań 2012

Mojemu Mężowi i Dzieciom

Składam serdeczne podziękowania

*Pani dr hab. n. med. Krystynie Jaracz
Kierownikowi Katedry Pielęgniarstwa i Zakładu Pielęgniarstwa Neurologicznego
i Psychiatrycznego za inspirację problematyką jakości opieki pielęgniarstwa,
poświęcony czas, zaangażowanie i patronat nad pracą;*

Pielęgniarkom oddziałowym za pomoc w organizacji i przeprowadzeniu badań;

*Pani mgr Barbarze Więckowskiej
z Zakładu Informatyki i Statystyki Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu
za pomoc w analizie statystycznej wyników;*

Moim Rodzicom za wsparcie i pomoc w opiece nad dziećmi w trakcie prowadzenia badań;

¶ Wszystkim, dzięki którym ta praca powstała

Spis treści

WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW	6
WSTĘP.	7
1. JAKOŚĆ OPIEKI PIELEŃNIARSKIEJ	8
1.1. Sposoby ujmowania jakości opieki.	8
1.2. Metody zapewnienia jakości opieki zdrowotnej.	10
1.3. Jakość opieki pielęgniarskiej	11
1.4. Wskaźniki jakości opieki pielęgniarskiej	12
2. JAKOŚĆ OPIEKI PIELEŃNIARSKIEJ W ASPEKCIE BÓLU POOPERACYJNEGO	16
2.1. Ból pooperacyjny, wyniki badań, rekomendacje	16
2.2. Zwalczanie bólu pooperacyjnego	19
2.2.1. Farmakologiczne metody zwalczania bólu pooperacyjnego	19
2.2.2. Niefarmakologiczne metody zwalczania bólu pooperacyjnego	22
2.2.3. Ocena bólu pooperacyjnego.	23
2.3. Jakość uśmierzania bólu pooperacyjnego jako element i wskaźnik jakości opieki pielęgniarskiej u chorych leczonych chirurgicznie. Koncepcja jakości opieki pielęgniarskiej w kontekście jakości uśmierzania bólu Evy Idvall	25
3. CELE PRACY	28
4. OSOBY BADANE.	30
5. METODY BADAŃ	34
5.1. Narzędzia badawcze	34
5.2. Analiza statystyczna	37
6. WYNIKI BADAŃ	38
6.1. Ocena jakości opieki pielęgniarskiej według Skali Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym w ocenie pacjentów	38
6.2. Ból pooperacyjny w ocenie badanych chorych	40
6.3. Nasilenie lęku w badanej grupie chorych	40
6.4. Ocena jakości opieki pielęgniarskiej za pomocą Kwestionariusza Zadowolenia Pacjenta z Jakości Opieki Pielęgniarskiej.	41

6.5. Analiza zależności pomiędzy oceną jakości opieki a możliwymi czynnikami determinującymi poziom jakości opieki	43
6.6. Ocena jakości opieki pielęgniarstwa według Skali Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym w grupie pielęgniarek	48
6.6.1. Analiza zależności pomiędzy oceną jakości opieki a możliwymi czynnikami determinującymi tę ocenę	50
6.7. Różnice w ocenie jakości opieki pielęgniarstwa pomiędzy grupą pacjentów i pielęgniarek	51
6.8. Ocena jakości opieki pielęgniarstwa po wypisie ze szpitala	53
6.9. Różnice w ocenie jakości opieki w trakcie hospitalizacji i po wypisie w grupie pacjentów	55
6.10. Analiza korelacji pomiędzy oceną jakości opieki za pomocą Skali Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym i Kwestionariusza Zadowolenia Pacjenta z Jakości Opieki Pielęgniarskiej	56
7. OMÓWIENIE WYNIKÓW I DYSKUSJA	57
8. WNIOSKI	64
9. STRESZCZENIE	65
10. SUMMARY	67
11. PIŚMIENNICTWO	69
12. ZAŁĄCZNIKI	75
Załącznik 1	75
Załącznik 2	76
Załącznik 3	78
Załącznik 4	80
Załącznik 5	81
Załącznik 6	83
Załącznik 7	84

Wykaz stosowanych skrótów

SD	– odchylenie standardowe
VS.	– Versus
SKWJPzBP	– Skala Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym
KZPJOP	– Kwestionariusz Zadowolenia Pacjenta z Jakości Opieki Pielęgniarskiej
m.c.	– masa ciała
i.v.	– intra vene
rozp. MZiOS	– rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej
pkt.	– punkt
PTBB	– Polskie Towarzystwo Badania Bólu
PCA	– Patient Controlled Analgesia
NCA	– Nursing Controlled Analgesia
NLPZ	– niesteroidowe leki przeciwzapalne
ISCL	– Inwentarz Stanu i Cechy Lęku
TENS	– przezskórna elektrostymulacja nerwów
IPA	– Intrapleural Analgesia
MEAC	– Minimum Effective Analgesic Concentration
CACI	– Computer Assisted Continunous Infusion
Min.	– minimum
Maks.	– maksimum

WSTĘP

Zapewnienie wysokiej jakości opieki pielęgniarskiej nad pacjentem po zabiegu chirurgicznym stanowi wyzwanie dla personelu pielęgniarskiego. Pomimo znaczących postępów w zwalczaniu bólu pooperacyjnego część chorych nadal odczuwa nasilone dolegliwości bólowe. Niejednokrotnie jest to wynikiem nieprawidłowo dobranej dawki leku przeciwbólowego, braku regularnej oceny i dawkowania zleconego przez lekarza środka oraz niechęcią pacjentów do przyjmowania leków przeciwbólowych, zwłaszcza gdy w danym momencie takich dolegliwości nie odczuwają. Zdarza się również, że brak zainteresowania i wiedzy personelu pielęgniarskiego jest przyczyną braku odpowiedniej kontroli dolegliwości bólowych u pacjenta.

Niniejsza praca stanowi próbę oceny jakości opieki pielęgniarskiej ze szczególnym uwzględnieniem bólu pooperacyjnego z punktu widzenia pacjentów poddawanych zabiegom chirurgicznym i opiekujących się nimi pielęgniarek. Składa się ona z dwóch części: teoretycznej i badawczej. W części teoretycznej przedstawiono definicje jakości opieki pielęgniarskiej na tle literatury, metody jej zapewnienia oraz wskaźniki jakości opieki pielęgniarskiej. Omówiono również jakość opieki pielęgniarskiej w aspekcie bólu pooperacyjnego i koncepcje jakości opieki pielęgniarskiej w kontekście jego uśmierzania. Ponadto przedstawiono definicje bólu pooperacyjnego i sposoby jego zwalczania. W części badawczej przedstawiono cele pracy, metodykę badań oraz uzyskane wyniki i wypływające z nich wnioski.

Praca wpisuje się w nurt badań dotyczących oceny jakości opieki pielęgniarskiej i może być pomocna w dążeniach do jej poprawy.

1. JAKOŚĆ OPIEKI PIELEŃNIARSKIEJ

1.1. Sposoby ujmowania jakości opieki

Zagadnienia dotyczące jakości opieki sięgają czasów Hipokratesa, który formułując zasadę „primum non nocere” – „po pierwsze nie szkodzić”, wyraził zainteresowanie i troskę o wysoką jakość świadczeń zdrowotnych.

Zainteresowanie problematyką jakości opieki w krajach europejskich rozpoczęło się w drugiej połowie lat osiemdziesiątych, wraz ze wzrostem konkurencyjności placówek ochrony zdrowia. W Polsce zjawisko to wyraźnie ujawniło się w okresie transformacji politycznej i gospodarczej w 1989 roku. Miało to również związek ze wzrostem konkurencyjności szpitali, pojawieniem się większej liczby placówek niepublicznych, i co za tym idzie możliwością wyboru określonej placówki przez pacjentów, ponadto z wydłużeniem życia ludności oraz zmianami legislacyjnymi w polskim systemie ochrony zdrowia. Pacjent stał się bardziej świadomym i wymagającym klientem, biorcą usług i jego opinia stała się ważnym wskaźnikiem jakości opieki zdrowotnej. W opiniach pacjentów dostrzeżono cenne źródło informacji pozwalające na dostosowanie usług do oczekiwań oraz umożliwiające zaproponowanie konkurencyjnych świadczeń (Han i wsp., 2003).

W literaturze istnieje duża różnorodność rozumienia i definiowania pojęcia jakości opieki. W większości definicji jakość opieki wyraża się poprzez stopień, w jakim określona działalność odpowiada akceptowanym standardom oraz wskaźnikom; wszystkie kładą nacisk na świadczenie usług na najwyższym poziomie. Jakość opieki można zatem zdefiniować jako stały wysiłek wszystkich członków zespołu terapeutycznego zmierzający do osiągnięcia poziomu opieki zgodnego z aktualną wiedzą w celu zaspokojenia oczekiwań pacjentów (Idvall i wsp. 1998). Przykładem najczęściej pojawiającej się w piśmiennictwie definicji jakości opieki jest definicja Wspólnej Komisji Akredytacji Organizacji Opieki Zdrowotnej, która określa jakość jako stopień, w którym każda usługa świadczona pacjentowi, dostarczana zgodnie z aktualnym stanem wiedzy, podnosi prawdopodobieństwo uzyskania pożądanego wyniku opieki i redukcji prawdopodobieństwa niepożądanych rezultatów (Flangan, 1985; Robinson, 1988; Lehman, 1989; Wu i wsp., 2006).

Największe jednak znaczenie dla teoretycznych rozważań nad problematyką jakości w opiece zdrowotnej mają definicje i koncepcje A. Donaebadiana, jednego z twórców nowoczesnego

systemu jakości w medycynie. Według niego jakość to społeczny konstrukt reprezentujący koncepcje i wartości zdrowia, oczekiwania co do relacji pomiędzy świadczącymi opiekę a odbiorcami oraz punkt widzenia na funkcję i rolę systemu ochrony zdrowia. W 1966 roku autor ten zdefiniował trzy wymiary jakości opieki:

1. Jakość struktury – rozumiana jako ocena strukturalna obejmująca liczbę pracowników, ich kwalifikacje i rozmieszczenie, budynki, wyposażenie.
2. Jakość procesu – definiowana jako ocena procesu obejmująca środki (zabiegi), które w okresie diagnozowania, leczenia, pielęgnowania i rehabilitacji są podejmowane lub zaniechane. Według autora możliwa jest ewolucja świadczeń w odniesieniu do indywidualnych właściwości pacjenta. Podkreśla on, że najlepsze wyniki można uzyskać wtedy, kiedy leczenie przebiega w sposób systematyczny według powtarzalnych i sprawdzalnych reguł. Zakłada, że opierając się na takich standardach można oceniać wchodzące w skład procesu leczniczego osiągnięcia jednostkowe (częstkowe).
3. Jakość wyniku – ujmowana jako ocena jakości odniesiona do wyniku, ukierunkowana na ustalenie stopnia poprawy stanu zdrowia pacjentów oraz ich zadowolenie (Donaebedian, 1997; Merkouris i wsp., 1999).

Rozszerzeniem koncepcji Donaebediana są opracowane przez dr. Roberta Maxwella, ze szpitala Króla Edwarda w Londynie, wymiary jakości opieki, które zostały zaakceptowane przez ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia jako wstępne zasady budowania jakości opieki zdrowotnej. Wyróżnia się 6 wymiarów:

1. Efektywność – będąca miarą tego, że opieka i świadczenie spełniają swoją funkcję w kategoriach korzyści i efektów zdrowotnych jednostki oraz populacji, której służą.
2. Dostępność – oznaczająca, że pacjenci mogą korzystać z oferowanych świadczeń, niezależnie od ograniczeń związanych ze statusem finansowym czy wiekiem.
3. Możliwość realizacji – rozumiana jako akceptacja proponowanych świadczeń, tzn., że są one zgodne z oczekiwaniami pacjentów oraz pozostałego personelu.
4. Właściwość, trafność – oznacza, że świadczenia są dostosowane do potrzeb populacji, są potrzebne, oczekiwane i wymagane.
5. Wydajność – rozumiana jako najwyższy efekt po najniższych kosztach tzn. dostępne zasoby finansowe, rzeczowe i ludzkie są możliwie najlepiej i najbardziej racjonalnie wykorzystywane.
6. Równość – kładąca nacisk na świadczenie opieki dla całej populacji niezależnie od kulturowego, społecznego, rasowego charakteru czy innych cech osobowości usługobiorców (Maxwell, 1984).

Sformułowane przez Maxwella wymiary jakości opieki stały się podstawą tworzenia standardów i norm, mających na celu zapewnienie wysokiego poziomu świadczonej przez placówki ochrony zdrowia usług.

1.2. Metody zapewnienia jakości opieki zdrowotnej

Optymalny poziom jakości udzielanych świadczeń możemy uzyskać dzięki systematycznym i dokładnym działaniom obejmującym ocenę aktualnego poziomu świadczenia usług oraz skuteczne działania modyfikujące ten proces.

Dla zapewnienia wysokiego poziomu jakości opieki stosowane są wewnętrzne i zewnętrzne metody jej zapewnienia.

Wewnętrzne metody stosowane przez zakłady opieki zdrowotnej koncentrują się na opracowywaniu i wprowadzaniu do praktyki własnych programów zapewnienia jakości, przy wykorzystaniu własnych zasobów. Do tych metod należą m.in.: badanie i ocena jakości opieki pielęgniarskiej dokonywana przez kadre kierowniczą, w tym monitorowanie zakażeń, zapobieganie ich występowaniu i inne. Powszechnie stosowaną metodą jest badanie poziomu satysfakcji pacjentów, ponieważ, zadowolenie pacjentów ze świadczonej opieki jest jednym z najważniejszych wskaźników jej efektywności (Opolski i wsp., 2005). Warto pamiętać, że wyniki badań dotyczące satysfakcji pacjentów z opieki, prowadzone przez placówki ochrony zdrowia dla ich własnych potrzeb, mogą różnić się od wyników badań naukowych w tym aspekcie. Te pierwsze z reguły zawierają pytania bardziej ogólne i w mniejszej liczbie niż badania naukowe. Niemniej jednak jedno i drugie mają za zadanie wyłonienie obszarów opieki wymagających poprawy i poznanie opinii pacjentów na temat otrzymywanej opieki.

Metody zewnętrzne zapewnienia jakości to oddziaływania wywierane na zakłady opieki zdrowotnej przez instytucje nadrzędne, pozarządowe (np. ISO – International Organization for Standardization). Są one stosowane na obszarze całego systemu opieki zdrowotnej i należą do nich:

- licencjonowanie – to wyrażanie urzędowego zezwolenia na wykonywanie określonej działalności, przy wskazaniu profesjonalnego uzasadnienia decyzji;
- certyfikaty – poświadczenia przez uprawnione jednostki certyfikujące zgodności funkcjonowania jednostki lub jej części z określonymi normami;
- akredytacje – nadawanie przez Krajową Radę Akredytacyjną certyfikatu jakości zakładom opieki zdrowotnej, które dobrowolnie poddały się przeglądowi i uzyskały wysoką ocenę zgodności ze standardami akredytacyjnymi (Piątek, 2005).

Istotne znaczenie w zapewnieniu wysokiego poziomu jakości opieki odgrywają rekomendacje, czyli wytyczne i zalecenia dotyczące wykonywania określonych świadczeń zdrowotnych

wydawane przez zespoły ekspertów, konsultantów krajowych lub wojewódzkich w poszczególnych specjalnościach. Stosowanie się do nich i wprowadzanie ich w życie przyczynia się do zapewnienia wysokiego poziomu świadczonych usług. Systematyczne szkolenia personelu, mające na celu zdobywanie nowej wiedzy i doskonalenie umiejętności oraz dokładne i skrupulatne prowadzenie dokumentacji medycznej, stanowią ważne elementy zapewnienia wysokiego poziomu jakości opieki (Piątek, 2005).

Podnoszenie poziomu jakości jest procesem ciągłym i ustawicznym i nie kończy się wraz z rozwiązaniem określonego problemu, otrzymaniem certyfikatu czy akredytacji. Można zatem stwierdzić, że w kontekście jakości opieki obszary te odnoszą się do struktury i procesu w rozumieniu Donaebadiana.

1.3. Jakość opieki pielęgniarskiej

Działania dotyczące jakości opieki pielęgniarskiej stanowią element jakości opieki przedstawiony w szerszym kontekście w poprzednim podrozdziale. Sięgają one początków drugiej połowy XIX wieku, kiedy to Florencja Nightingale zdefiniowała podstawowe obszary opieki pielęgniarskiej, do których zaliczyła: utrzymanie higieny otoczenia i środowiska, prawidłowe odżywianie, edukację pacjenta i udzielanie informacji (Idvall, 1997; 1998).

W literaturze zwraca się uwagę na 2 podstawowe systemy zapewnienia jakości opieki pielęgniarskiej: tradycyjny i dynamiczny. Podejście tradycyjne cechuje się porównaniem opieki pielęgniarskiej ze standardami i kryteriami, które są ustalane przez ekspertów, a oceniane przez osoby z zewnątrz, najczęściej mające niewiele wspólnego z pracą na oddziale. Są to w większości przypadków przełożeni lub menedżerowie. Zadaniem pielęgniarek jest dostosowanie się do otrzymanych wskazówek i zaleceń. Podejście dynamiczne z kolei związane jest z aktywnym udziałem personelu pielęgniarskiego w opracowywaniu standardów i kryteriów oceny jakości opieki pielęgniarskiej. Pielęgniarki są zatem czynnie włączone w cały proces zapewnienia jakości (rozpoznawanie, monitorowanie, ocenianie). Przykładem takich działań może być projekt zapoczątkowany m.in. w Royal College of Nursing w Wielkiej Brytanii, który był realizowany w wielu ośrodkach na świecie (Middleton i wsp., 1998; Gutysz-Wojnicka i wsp., 2007).

Aby zapewnić wysoki poziom jakości opieki pielęgniarskiej tworzone są standardy będące zbiorem zasad i wytycznych dotyczących postępowania w różnych sytuacjach wymagających działań opiekuńczo-pielęgnacyjnych. Ich stosowanie wiąże się z konieczną, skrupulatną kontrolą stopnia ich osiągnięcia. Przedmiotem oceny jakości opieki pielęgniarskiej, w rozumieniu Donaebadiana, są trzy jej podstawowe elementy: struktura, procesy i wyniki (Donaebadian, 1997).

Ocena struktury obejmuje wszystko to, co jest potrzebne do zapewnienia pożądanego poziomu jakości, czyli system organizacyjny opieki, wyposażenie, materiały, narzędzia, liczba i kwalifikacje pracowników, zarządzanie opieką, doskonalenie zawodowe, dokumentowanie, system informacyjny, działania na rzecz rozwoju i zapewnienia jakości opieki. W ocenie zwraca się uwagę na dostosowanie elementów struktury do potrzeb i oczekiwań pacjentów. Ocena procesów obejmuje metody, procedury i wszelkie relacje zachodzące między pielęgniarką a pacjentem w zakresie: pomocy w zaspokajaniu potrzeb fizycznych, psychicznych i emocjonalnych; zapewnienia bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego, przestrzegania praw pacjenta, informowania i nauczania pacjenta i jego rodziny; udziału w diagnozowaniu i leczeniu; wykonywania zleceń lekarskich czy zabiegów pielęgnacyjnych, a także kształtowania środowiska opieki (Piątek, 2005). Ocena wyników polega na ocenie stopnia osiągnięcia założonych celów pielęgnowania w odniesieniu do pacjenta, satysfakcji pielęgniarek i pozostałych pracowników z własnych działań. Te trzy elementy są ze sobą ściśle powiązane, a realizowane zgodnie z przyjętymi standardami dają możliwość zapewnienia wysokiej jakości opieki pielęgniarskiej.

1.4. Wskaźniki jakości opieki pielęgniarskiej

Wskaźnikiem jakości opieki nazywamy ilościową miarę stopnia realizacji określonego standardu. Jednym z najważniejszych wskaźników jakości opieki pielęgniarskiej jest satysfakcja pacjenta z opieki. Ponieważ pielęgniarki spośród wszystkich pracowników ochrony zdrowia mają najczęstszy kontakt z chorym, satysfakcja pacjenta z opieki zdrowotnej w znacznym stopniu jest postrzegana przez pryzmat właśnie opieki pielęgniarskiej, co podkreślają liczne publikacje (Walsh i wsp., 1999; Johanson i wsp., 2002; Schmidt, 2003, 2004).

W literaturze dostępnych jest wiele badań dotyczących zadowolenia pacjenta z opieki pielęgniarskiej (Nendic, 2000; Kropornicka i wsp., 2003; Peterson i wsp., 2005; Żakowska i wsp., 2009). Wśród badaczy istnieje zgodność co do stwierdzenia, że subiektywna ocena pacjenta jest jednym z ważniejszych wskaźników szeroko rozumianej jakości opieki zdrowotnej (O'Connell i wsp., 1999; Johanson i wsp., 2002). Ocena ta może być rozpatrywana w kategorii satysfakcji lub dyssatisfakcji z opieki, jaką pacjent otrzymał w trakcie hospitalizacji. Satysfakcja pacjenta z opieki pielęgniarskiej może być definiowana jako zgodność pomiędzy tym, czego pacjent oczekuje, a tym, co otrzymuje w rzeczywistości (Johanson i wsp., 2002; Laschinger i wsp., 2005). Szereg badań dotyczących oceny jakości opieki pielęgniarskiej z punktu widzenia pacjenta miało na celu ukazanie obszarów, które należałoby poprawić, ulepszyć lub zmienić (McColl i wsp., 1996; Walsh i wsp., 1999; Idvall, 2001, 2002; Jaracz i wsp., 2005; Laschinger, 2005; Bączyk i wsp., 2009).

Dotychczasowe badania wskazują, że chorzy zazwyczaj wysoko oceniają jakość otrzymywanej opieki pielęgniarskiej (Idvall i wsp., 2002, 2005; Han i wsp., 2003; Jaracz i wsp., 2005; Laschinger i wsp., 2005; Peterson i wsp., 2005; Bączyk i wsp., 2009). Jednakże oceny te nie są identyczne, a ich zróżnicowanie zależy od szeregu czynników. Do najczęściej analizowanych należą: wiek pacjentów, wykształcenie i płeć.

W wielu badaniach wykazano, że istnieje dodatnia korelacja pomiędzy wiekiem a poziomem satysfakcji z opieki. Przykładem mogą być prace Uzun (2001), w których to pacjenci powyżej 65. roku życia zdecydowanie wyżej oceniali jakość opieki niż pozostali chorzy. Podobnie badania Stomberg i wsp. (2003) oraz Peterson i wsp. (2005) wykazały, że starsi pacjenci (powyżej 40. roku życia) byli bardziej pozytywni w ocenach niż młodsi.

Podobnie jak starszy wiek, również niższy poziom wykształcenia wydaje się być czynnikiem predysponującym do wyższych ocen jakości opieki. Potwierdziły to m.in. badania Żakowskiej i wsp. (2009), w których chorzy z wykształceniem średnim i podstawowym wyżej oceniali jakość opieki niż chorzy z wykształceniem wyższym. W badaniach Uzun (2001) również zaobserwowano, że chorzy z wykształceniem wyższym gorzej oceniali jakość opieki niż pozostali. Zależność ta prawdopodobnie wynika z większej świadomości i bardziej rozbudzonych potrzeb, co do standardów opieki wśród osób młodszych i lepiej wykształconych.

Płeć nie wydaje się różnicować satysfakcji z opieki, gdyż wyniki badań dotyczące tego czynnika są rozbieżne. Badania Uzun (2001) oraz Alhusban (2009) wykazały, że kobiety wyżej niż mężczyźni oceniają jakość opieki, natomiast Sloman i wsp., (2005) oraz Żakowska i wsp., (2009) nie zaobserwowali zależności między płcią pacjenta a jego oceną jakości opieki pielęgniarskiej.

Do innych czynników wpływających na zadowolenie z opieki pielęgniarskiej, które same mogą stanowić element jakości, zaliczamy: komunikację między pielęgniarkami i pacjentami, zaspokajanie oczekiwań pacjentów, edukowanie chorych, empatię, trafne rozpoznawanie nastroju pacjenta i udzielanie stosownej pomocy i wsparcia (O'Connell i wsp., 1999; Kulczycka, 2001; Irurita, 1999; Kamińska i wsp., 2001; Grochans i wsp., 2009). Znaczenie tych czynników potwierdziło wielu badaczy.

W badaniach Hussain i wsp. stwierdzono, że 84% pacjentów było niezadowolonych z opieki pielęgniarskiej, między innymi dlatego, że pielęgniarki nie były wystarczająco wrażliwe na potrzeby chorych, szczególnie w porze nocnej, gdy np. nasilały się dolegliwości bólowe. Większość pacjentów (90%) nie czuła się komfortowo rozmawiając z pielęgniarkami (Hussain i wsp., 2007), co może świadczyć o niedostatecznej umiejętności pielęgniarek w zakresie profesjonalnej komunikacji.

Ponadto autorzy zwracają uwagę na takie czynniki, jak: udzielanie informacji o stanie zdrowia chorych, indywidualne, podmiotowe podejście, zapewnienie intymności, szczególne w trakcie wykonywania czynności higieniczno-pielęgnacyjnych oraz częsty kontakt z personelem (Schmidt, 2003; Żakowska i wsp., 2009). Wyniki badań przeprowadzonych przez Kuźmicz wskazują jednoznacznie na to, że pielęgniarki w niewystarczającym stopniu realizują działania związane z informowaniem pacjenta w zakresie zgodnym z jego życzeniem, zwłaszcza w odniesieniu do samopielęgnacji (Kuźmicz, 2003). Badania Wyrzykowskiej wykazały, że pielęgniarki zbyt mało uwagi poświęcają przygotowaniu pacjenta do kontynuowaniu opieki w domu oraz do edukacji w tej kwestii (Wyrzykowska, 2007). Podobne dane uzyskano w badaniach McColl i wsp. (1996), w których odnotowano, że pielęgniarki zbyt mało czasu poświęcają na rozmowę z pacjentem. Badania wskazują również, że sprawne wykonywanie czynności instrumentalnych (podawanie leków, wykonywanie iniekcji, różnorodnych zabiegów), wysoka kompetencja oraz dobra atmosfera w trakcie wykonywanej pracy pozytywnie wpływają na komfort fizyczny i psychiczny pacjentów i tym samym na zadowolenie z opieki (Laschinger i wsp., 2005).

Spośród wszystkich wymienionych czynników, najczęściej podkreślanymi przez chorych są: życzliwość i uprzejmość pielęgniarek, troska, serdeczność oraz opiekuńczość (Peterson i wsp., 2005; Kamińska i wsp., 2001; Grabska i wsp., 2009).

Wymienione wyżej czynniki wpływają nie tylko na poziom satysfakcji z opieki, lecz również na obniżenie lęku i niepokoju, zwłaszcza u chorych leczonych chirurgicznie, szczególnie wtedy gdy jego efekty nie są do końca przewidywalne (Sjostrom i wsp., 1997; Nendic, 2000).

Ból i lęk u chorych operowanych są zjawiskami, które często występują razem i wzajemnie mogą na siebie oddziaływać. Jak pokazują badania, lęk może zwiększać odczuwanie bólu, natomiast ból powoduje narastanie lęku. Badaniami potwierdzającymi tę zależność są m.in. prace Nelson i wsp. (1998), którzy, obserwując pacjentów po zabiegach kardiochirurgicznych odnotowali dodatnią korelację pomiędzy tymi czynnikami. Korelacja była najsilniejsza w drugiej dobie po zabiegu. Podwyższony lęk w okresie okołoperacyjnym występuje dość często. Gillies i wsp. (1999) stwierdzili, że dotyczy on ponad połowy chorych przed operacją i po niej. Również wyniki polskich autorów są zgodne z tymi danymi (Bączyk i wsp., 2005; Andruszkiewicz i wsp., 2005). Stąd też uważa się, że oba te czynniki powinny być uwzględniane w badaniach dotyczących jakości opieki u chorych chirurgicznych.

Częstość występowania i poziom nasilenia lęku ma ścisły związek z rozległością zabiegu oraz indywidualną gotowością do reagowania lękiem na sytuacje stresowe. Obserwacje kliniczne i badania empiryczne dowodzą, że przygotowanie psychiczne chorego oraz wsparcie emocjonalne wpływają pozytywnie na poziom lęku i napięcia u chorych. Dużą rolę w łagodzeniu stresu

przypisuje się pielęgniarce, która poprzez udzielanie kompetentnych informacji, a także wsparcie emocjonalne oraz wysokie kompetencje praktyczne zwiększa poczucie bezpieczeństwa chorego i poprawia jego samopoczucie fizyczne i psychiczne (Dyga-Konarska, 2004).

Podsumowując, możemy stwierdzić, że istnieje wiele czynników wpływających na zadowolenie pacjenta z opieki pielęgniarstwa, a zagadnienie to dotyczy co najmniej kilku obszarów działalności pielęgniarstwa. Dlatego, aby określić w jakim stopniu dana placówka ochrony zdrowia odpowiada na potrzeby i preferencje pacjentów, konieczne jest uwzględnianie ich opinii (Coulter i wsp., 2001).

2. JAKOŚĆ OPIEKI PIELEŃNIARSKIEJ W ASPEKCIE BÓLU POOPERACYJNEGO

2.1. Ból pooperacyjny, wyniki badań, rekomendacje

Ból pooperacyjny jest złożoną reakcją fizjologiczną na uraz tkanek towarzyszący manipulacjom w obrębie pola operacyjnego. Pojawia się wtedy, gdy przestaje działać analgezja śródoperacyjna, a jej źródłem są uszkodzone tkanki powierzchniowe (skóra, tkanka podskórna czy błony śluzowe) i warstwy położone głębiej, czyli mięśnie i więzadła (Wordliczek, 2000). Ból pooperacyjny jest jednym z najbardziej nieprzyjemnych doznań zmysłowych, ma najczęściej charakter ostry i nie spełnia żadnej pożytecznej funkcji (Piotrowski i wsp., 1995), poza tym, że jest sygnałem ostrzegającym przed uszkodzeniem. Powoduje odruchowe upośledzenie funkcji, które mają sprzyjać procesom gojenia. Ból powoduje cierpienie fizyczne i psychiczne, zaburza sen, negatywnie wpływa na nastrój, utrudnia mobilizację pacjenta, sprzyja powikłaniom ze strony układu oddechowego i krążenia, powoduje wzrost zapotrzebowania na tlen, prowadzi do przyspieszenia tętna i wzrostu ciśnienia tętniczego – jednym słowem opóźnia proces powrotu do zdrowia i proces gojenia się ran (Bardiau i wsp., 2003).

Natężenie bólu jest największe w pierwszej dobie pooperacyjnej, zdecydowanie mniejsze, nawet śladowe, w trzeciej i czwartej dobie po zabiegu. Na odczuwanie przez chorego bólu wpływają czynniki obiektywne, takie jak: lokalizacja zabiegu, jego rozległość, stopień traumatyzacji tkanek, kierunek cięcia skórniego (Wordliczek, 2000; Dobrogowski i wsp., 2008) oraz czynniki subiektywne, takie jak: wcześniejsze doświadczenia, indywidualny próg odczuwania bólu, jednostkowe przekonania i doświadczenia chorego. Jeżeli pacjentowi towarzyszy przekonanie, że silny ból pooperacyjny jest zjawiskiem nieodłącznie związanym z zabiegiem, prawdopodobnie będzie on „nastawiony” lękowo, co z kolei zwiększy wrażliwość bólową, to natomiast będzie powodowało dalsze nasilanie lęku (Golec i wsp., 2000).

Mimo postępu w medycynie i farmacji zwalczanie bólu pooperacyjnego jest niezadowalające. Wiele badań wskazuje, że pacjenci odczuwają po operacjach ból od średniego do silnego (Cohen, 1980; Zalon, 1983; Carr i wsp., 1997; Dolin i wsp., 2002; Apfelbaum i wsp., 2003). Badania prowadzone przez polskich badaczy również potwierdzają te dane (Osowicka i wsp., 2004; Kołodziej i wsp., 2008).

W związku z niedostatecznie skutecznym zwalczaniem bólu pooperacyjnego Polskie Towarzystwo Badania Bólu (PTBB) wprowadziło nowe standardy dotyczące bólu pooperacyjnego – „Uśmierzanie bólu pooperacyjnego – zalecenia 2008”. Wytyczne te zwracają szczególną uwagę na kwestię bezpieczeństwa podawanych leków przeciwbólowych oraz konieczność regularnego monitorowania bólu pooperacyjnego, jak również edukacji personelu medycznego w zakresie uśmierzania bólu (Dobrogowski i wsp., 2008). Jednym z kroków podjętych przez PTBB, w celu świadczenia najwyższych standardów opieki i podniesienia jakości uśmierzania bólu pooperacyjnego w polskich szpitalach, jest wprowadzenie programu certyfikacji szpitali „Szpital bez bólu”, o otrzymanie którego mogą ubiegać się szpitale, które spełnią kryteria PTBB. Wśród kryteriów wyróżniamy: uczestnictwo personelu medycznego w szkoleniach z zakresu uśmierzania bólu; informowanie pacjentów o możliwości i metodach uśmierzania bólu pooperacyjnego przed zabiegiem; prowadzenie monitoringu natężenia bólu; prowadzenie dokumentacji dotyczącej pomiaru bólu i zastosowanego postępowania zgodnie z rekomendacjami uśmierzania bólu. Certyfikat jest potwierdzeniem spełniania przez placówkę najwyższych standardów w tym zakresie. Wyniki badań przeprowadzonych pod patronatem PTBB w 2009 roku w 50 polskich szpitalach są potwierdzeniem celowości podjętych działań. Badania polegały na ocenie skuteczności postępowania przeciwbólowego w szpitalach biorących udział w projekcie „Szpital bez bólu” i poza nim oraz porównanie ich poziomu. Spośród placówek ubiegających się o otrzymanie certyfikatu „Szpital bez bólu” losowo wybrano 25. W każdej z nich przeprowadzono ankiety z anestezjologami, chirurgami i pielęgniarkami – po 25 wywiadów w każdym szpitalu. Takie same ankiety zostały przeprowadzone w 25 losowo wybranych szpitalach nie biorących udziału w programie. Osoby badane wykazywały się podobnym doświadczeniem zawodowym, a szpitale porównywalną wielkością i ilością przeprowadzanych zabiegów operacyjnych.

Uzyskane wyniki wykazały tendencję poprawy leczenia przeciwbólowego w zakresie bólu pooperacyjnego, w placówkach, które wzięły udział w programie. Ponad połowa (65%) personelu medycznego (w tym 70% lekarzy i 60% pielęgniarek) w ciągu ostatniego roku uczestniczyła w szkoleniach z zakresu uśmierzania bólu pooperacyjnego. W szpitalach nie ubiegających się o certyfikat „Szpital bez bólu” odsetek ten był mniejszy i wyniósł 42%. Regularna ocena natężenia dolegliwości bólowych u chorych po zabiegach chirurgicznych w placówkach ubiegających się o certyfikat dokonywana była u 72% operowanych. W placówkach nie biorących udziału w programie dolegliwości bólowe kontrolowane były u 55% pacjentów co najmniej 4 razy dziennie, a pomiaru dolegliwości bólowych u 30% pacjentów dokonywano dopiero wtedy, gdy pacjent zgłaszał ból. Jeśli chodzi o udzielanie informacji dotyczących bólu pooperacyjnego i możliwych metod jego zwalczania przed za-

biegiem to badania pokazały, że udzielało ich 80% pielęgniarek i 50% lekarzy z placówek ubiegających się o certyfikat. W placówkach poza programem takich informacji udzielało pacjentom zaledwie 46 % pielęgniarek i 34% lekarzy. Istotne znaczenie w kontrolowaniu i uśmierzaniu bólu pooperacyjnego ma jego dokumentowanie. I tak, spośród placówek ubiegających się o certyfikat, karty postępowania przeciwbólowego dla każdego pacjenta wypełniało 74% personelu (84% pielęgniarek i 64% lekarzy), w szpitalach poza programem taką dokumentację prowadziła ponad połowa (65%) personelu medycznego (58% lekarzy i 71% pielęgniarek) (Dobrogowski i wsp., 2009). Dane te w świetle innych badań (por. rozdz. 2.2) wydają się jednak zawyżone.

Ekspertki Polskiego Towarzystwa Badania Bólu podjęły również współpracę z Polskim Towarzystwem Ginekologicznym i opracowały wytyczne dotyczące leczenia bólu ostrego po zabiegach ginekologicznych (Kotarski i wsp., 2007). Wytyczne zawierają szczegółowe informacje dotyczące postępowania przeciwbólowego w okresie pooperacyjnym; w zależności od rodzaju i zakresu zabiegu ginekologicznego powinny, zdaniem ekspertów, stanowić podstawę w indywidualnym doborze sposobu uśmierzenia bólu (Kotarski i wsp., 2007).

Problem nieodpowiedniego zwalczania bólu pooperacyjnego dotyczy nie tylko warunków polskich, co potwierdzają liczne badania (Zalon, 1983; Carr i wsp., 1997; Doli i wsp., 2002; Apfelbaum i wsp., 2003). Dlatego też w wielu ośrodkach naukowych na świecie eksperci opracowali wytyczne dotyczące skutecznego zwalczania bólu pooperacyjnego, czego przykładem są rekomendacje – „Postoperative Pain Management – Good Clinical Practice. General recommendations and principles for successful pain management”. Podobnie jak polskie wytyczne, rekomendacje te zawierają szczegółowe informacje dotyczące oceny dolegliwości bólowych po zabiegu operacyjnym oraz ich dokumentowania, edukacji pacjentów i personelu sprawującego opiekę nad chorym oraz postępowania farmakologicznego. Ponadto zawierają wskazówki dotyczące zwalczania bólu pooperacyjnego u dzieci (Rawal i wsp., 2005). Podobne wytyczne zostały opracowane przez American Pain Society i dotyczą informowania pacjenta o bólu pooperacyjnym przed zabiegiem, dokumentowania dolegliwości bólowych ocenianych według skali VAS zarówno w spoczynku, jak i w czasie podejmowanej aktywności (Gordon i wsp., 2005).

Zastosowanie się do wyżej wymienionych standardów oraz wprowadzanie ich w życie powinno w znaczący sposób przyczynić się do skuteczniejszego niż dotąd uśmierzenia bólu pooperacyjnego.

2.2. Zwalczenie bólu pooperacyjnego

2.2.1. Farmakologiczne metody zwalczania bólu pooperacyjnego

Zwalczanie bólu pooperacyjnego powinno się zacząć zanim pojawi się pierwszy bodziec bólowy związany z operacją. Na tej zasadzie opiera się koncepcja „analgezji z wyprzedzeniem” (Johanson, 1993), której celem jest poprawa jakości pooperacyjnej analgezji, a co za tym idzie możliwość wcześniejszego uruchomienia chorego, prewencji powikłań płucnych oraz skrócenie pobytu w szpitalu (Wordliczek i wsp., 2000).

W celu prowadzenia analgezji z wyprzedzeniem stosuje się różne grupy leków, wśród których są niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ). Działanie przeciwzapalne, przeciwbólowe, przeciwgorączkowe oraz antyagregacyjne tych leków sprawia, że są one wykorzystywane w leczeniu bólu o słabym i umiarkowanym nasileniu. Leki te znajdują również zastosowanie w leczeniu skojarzonym z innymi lekami przeciwbólowymi. Mechanizm działania NLPZ polega na hamowaniu syntezy prostaglandyn w tkankach i ośrodkowym układzie nerwowym. Są one wykorzystywane w przeciwbólowym postępowaniu pooperacyjnym często i z powodzeniem, ponieważ działają wielokierunkowo i korzystnie na typowe zaburzenia, które pojawiają się u chorych operowanych, jak np. ból, odczyny zapalne czy obrzęk tkanek; można je łączyć z narkotycznymi analgetykami, uzyskując w ten sposób lepszą skuteczność przeciwbólową i zmniejszając zapotrzebowanie na opioidy; stanowią ponadto cenną grupę leków w pooperacyjnym postępowaniu przeciwbólowym u chorych z wysokim ryzykiem np. w podeszłym wieku, z niewydolnością wątroby czy nerek. Są bezpieczne we wszystkich tych stanach, pod warunkiem ograniczenia dawek i monitorowania ich działania (Wordliczek i wsp., 2000; Meyzner-Zawadzka, 2001). Niesteroidowe leki przeciwzapalne działają także antyagregacyjnie i w konsekwencji nasilają działanie leków przeciwzakrzepowych, które stosowane są w postępowaniu okołopooperacyjnym.

Inną ważną grupę leków stosowaną w postępowaniu pooperacyjnym stanowią opioidy. Ich skuteczność jednak jest ograniczona, głównie z powodu nie zawsze uzasadnionych obaw przed depresją czynności oddechowej i uzależnieniem pacjenta (Graczyński i wsp., 1991). Ryzyko wystąpienia depresji oddechowej związanej przyczynowo z opioidami zależy bezpośrednio od dawki leku. Opioid podawany zgodnie z profilem farmakokinetycznym oraz z uwzględnieniem specyficznej odrębności wybranej drogi podania jest bezpieczny i skuteczny. Najbardziej rozpowszechnione stosowanie opioidów – podskórne i domięśniowe powinno być upowszechniane według strategii postępowania opartej na osiągnięciu minimalnego skutecznego stężenia analgetycznego leku we krwi. Polega ono na po-

daniu dawki wstępnej, nasycającej, która zapewnia minimalne, skuteczne stężenie opioidu w surowicy, a następnie regularnych dawek podtrzymujących (Wordliczek i wsp., 2000). Dawkę nasycającą opioidu podanego dożylnie należy ustalić poprzez miareczkowanie, a podtrzymującą – indywidualnie dostosować do rodzaju operacji, potrzeb chorego i natężenia bólu ocenianego według skali pomiaru bólu.

Analgezja pooperacyjna z zastosowaniem opioidów charakteryzuje się dużą skutecznością, brakiem blokady współczulnej i motorycznej. Czas działania przeciwbólowego jest długi i wynosi około 12 godzin, jednak zależy od zastosowanego opioidu i jego powinowactwa z lipidami. Opioidy litofilne, takie jak: fentanyl, sufentanyl, alfentanyl działają krócej (3–5 godzin), natomiast rozpuszczalna w wodzie morfina, cechująca się odmienną kinetyką, zapewnia dłuższą skuteczność analgetyczną. Najczęściej występującymi powikłaniami tego sposobu zastosowania opioidów jest tzw. późna depresja oddechowa, która może wystąpić nawet w kilkanaście godzin po zewnątrzoponowym podaniu morfiny. Dlatego zaleca się prowadzenie skrupulatnej obserwacji chorych otrzymujących opioidy centralnie, najlepiej w oddziałach pooperacyjnych. Zarówno depresja oddechowa, jak i inne objawy niepożądane, tj.: nudności, wymioty, świąd skóry i zatrzymanie moczu, zależą zdecydowanie od dawki zastosowanego leku. Jak już wspomniano, opioid można stosować metodą ciągłej infuzji, zarówno zewnątrzoponowo jak i podpajęczynówkowo, zwykle z lekiem miejscowo znieczulającym, a całość sterowana jest zaprogramowaną pompą infuzyjną, najczęściej strzykawkową (Meyzner-Zawadzka, 2001).

Skuteczne leczenie bólu pooperacyjnego za pomocą opioidów powinno skupiać się na działaniu zmierzającym do osiągnięcia minimalnego, skutecznego stężenia analgetycznego MEAC (ang. Minimum Effective Analgesic Concentration) opioidu w surowicy krwi przez cały okres leczenia bólu, niezależnie od drogi podania (Wordliczek i wsp., 2000). Dawkowanie opiera się bądź na arbitralnym wyznaczeniu przez lekarza określonej dawki leku podawanej choremu w ustalonych odstępach czasu, bądź też uzależnione jest od złożenia przez chorego skargi na ból, co upoważnia pielęgniarkę do podania ustalonej przez lekarza dawki leku przeciwbólowego (w razie bólu podaj...) (Wordliczek i wsp., 2003). Stosowanie dawkowania arbitralnego utrudnia dostosowanie terapii do indywidualnych potrzeb chorych i może grozić przedawkowaniem, natomiast uzależnienie podawania leku od skarg chorego na ból obarczone jest ryzykiem niedostatecznego leczenia (Dobrogowski i wsp., 2004), ponieważ zbyt wiele czynników warunkuje zarówno opóźnienie w podaniu leku, jak i zmniejszenie jego dawki (Wordliczek i wsp., 2000).

W związku z powyższym w strategii zwalczania bólu pooperacyjnego ważne miejsce zajmuje tzw. analgezja na żądanie chorego (PCA – Patient Controlled Analgesia). W metodzie tej, gdy chory zaczyna odczuwać ból sam uruchamia system dozujący (automatyczna strzykawka

sterowana mikroprocesorem), naciskając włącznik znajdujący się w zasięgu jego ręki. Po włączeniu systemu PCA chory otrzymuje dawkę leku zaprogramowaną przez zespół terapeutyczny, a układ zabezpieczający system PCA uruchamia tzw. okres refrakcji, tzn. czasową blokadę systemu dozującego, który pozostaje nieczynny aż do zakończenia okresu refrakcji (mimo prób jego włączenia przez chorego). Ogranicza to możliwość zbyt częstego włączania systemu PCA i przedawkowania leków (Wordliczek i wsp., 2000).

W metodzie PCA leki podawane są drogą dożylną, zewnątrzoponową lub podskórną, jako pojedyncze bolusy albo w formie niewielkiego przepływu podstawowego (0,5–1,0 ml/h) uzupełnianego bolusami. Przed przystąpieniem do leczenia bólu chory musi być wybudzony ze znieczulenia, przytomny, musi rozumieć zasady stosowania PCA oraz wyrażać chęć współpracy z zespołem nadzorującym leczenie. Gdy po wybudzeniu pacjent odczuwa silny ból (powyżej 7 pkt. w skali bólu) należy podać wysycającą dawkę leku przeciwbólowego i rozpocząć stosowanie PCA, gdy pacjent określa odczuwany ból jako umiarkowany (ok. 5 pkt. w skali bólu). Powyższa metoda jest dobrze przyjmowana przez chorych, ponieważ mogą oni podać sobie lek odczuwając już umiarkowany ból, nie dopuszczając do rozwoju przykrych odczuć bólowych. Metoda PCA może być stosowana również u dzieci (powyżej 5 roku życia), wymaga jednak wówczas znacznie większego zaangażowania ze strony pielęgniarki lub rodzica (Mikaszewska, 1999). Metoda ta jest jedną z najskuteczniejszych metod analgezji pooperacyjnej (Wordliczek i wsp., 2000).

Modyfikacją metody PCA jest tzw. Nursing Controlled Analgesia (NCA), w której upoważniona przez lekarza pielęgniarka, po przeprowadzeniu u pacjenta procedury „miareczkowania” skutecznego poziomu uśmierzania bólu, na żądanie chorego podaje mu dożylnie:

1 mg morfiny i.v (m.c. pacjenta < 40–65 kg)

2 mg morfiny i.v (m.c. pacjenta > 66–100 kg).

Metoda ta wykorzystywana jest w krańcowym stadium choroby nowotworowej, kiedy to pielęgniarki na życzenie pacjenta uruchamiają system. Powyższa modyfikacja w znacznym stopniu poprawia jakość życia (Wordliczek i wsp., 2003).

Kolejną modyfikacją metody PCA jest tzw. Computer Assisted Continunous Infusion (CACI), technika, która umożliwia wykorzystanie właściwości farmakokinetycznych i farmakodynamicznych opioidu do zaprogramowania „pracy” urządzenia dawkującego ten analgetyk. Zastosowanie tej metody pozwala na istotne skrócenie czasu wysycenia chorego opioidem (osiągnięcie MEAC w ciągu 3–5 minut) w porównaniu z „techniką miareczkowania” (niewielkie dawki opioidu są podawane aż do momentu ustąpienia bólu), która umożliwia osiągnięcie MEAC dopiero po upływie 20–45 minut (Wordliczek i wsp., 2000).

Prawidłowe zastosowanie techniki PCA, niezależnie od drogi podania leków przeciwbólowych, pozwala na bezpieczne wykorzystanie w okresie pooperacyjnym tej metody pooperacyj-

nej analgezji, która stwarza choremu komfort psychiczny związany z możliwością samodzielnego sterowania dawkowaniem leków przeciwbólowych w celu uśmierzenia odczuwanego bólu (Wordliczek i wsp., 2000).

Inną metodą leczenia bólu pooperacyjnego jest analgezja doopłucnowa (IPA – Intrapleural Analgesia), która coraz częściej znajduje zastosowanie we współczesnej anestezjologii. Metoda ta polega na wprowadzeniu do jamy opłucnej cewnika i podawanie przez niego miejscowego środka analgetycznego (Piotrowski i wsp., 1996).

W zwalczaniu bólu pooperacyjnego stosuje się również przezskórną elektrostymulację nerwów (TENS), która jest techniką neuromodulacyjną stosowaną w leczeniu bólu w celu pobudzenia endogennych mechanizmów hamujących proces nocyciepcji. Jednym z podstawowych wskazań do stosowania TENS jest uśmierzenie bólu pooperacyjnego zarówno z uwagi na dużą skuteczność, zmniejszenie zapotrzebowania na analgetyki, jak i mniejszą częstość występowania powikłań w okresie pooperacyjnym (nieδροżność porażenna jelit, niedodma). W uśmierzeniu bólu pooperacyjnego stosuje się przede wszystkim wysokoczęstotliwą TENS (konwencjonalną) o częstości impulsów wynoszącej 80–100 Hz. Stymulację należy stosować w sposób ciągły lub przerywany (2 godziny stymulacji, 2 godziny przerwy) przez okres 24–72 godziny, a w późniejszym okresie tylko na żądanie chorego (Dobrogowski, 1996; Wordliczek i wsp., 2000).

2.2.2. Niefarmakologiczne metody zwalczania bólu pooperacyjnego

Oprócz metod farmakologicznych zwalczania bólu pooperacyjnego stosuje się również sposoby fizykalne. Jedną z najczęściej stosowanych metod jest termoterapia, w której efekt przeciwbólowy osiąga się poprzez stosowanie zimna lub ciepła na receptory czuciowe.

Kolejną metodą jest krioterapia, której mechanizm działania wiąże z efektem przeciwbólowym, przeciwgorączkowym i przeciwzapalnym. Działanie zimna trwa dłużej niż działanie ciepła, ponieważ temperatura tkanek wraca do normy dłużej z uwagi na skurcz naczyń i izolację od otoczenia przez skórę i tkankę podskórną.

Inną metodą są fale świetlne, generowane przez laser. Działanie przeciwbólowe jest następstwem zmniejszenia obrzęku (zahamowanie uwalniania mediatorów zapalenia: histaminy, serotoniny, bradykininy, prostaglandyn w tkankach) oraz zwiększenia wytwarzania endogennych opioidów (Dobrogowski i wsp., 1996).

Ponadto w zwalczaniu bólu pooperacyjnego można wykorzystać elektroterapię, w której wykorzystuje się różne rodzaje prądu elektrycznego tj. galwanizację i jonoforezę (Dobrogowski i wsp., 1996).

Ważnym problemem klinicznym jest możliwość powstania przetrwałego bólu pooperacyjnego, tzn. bólu utrzymującego się po operacji, mimo wygojenia tkanek. Jest to najczęściej ból powstający w inny sposób niż podrażnienie zakończeń nerwowych włókien A – delta i C. Jest to ból trwający dłużej niż 3 miesiące. Najczęściej występującymi rodzajami przetrwałego bólu pooperacyjnego są: ból po mastektomii, cholecystectomii, torakotomii oraz ból fantomowy. Przetrwały ból pooperacyjny może mieć charakter psychogeny, jeśli nie jest spowodowany takimi czynnikami, jak zaburzenia osobowości czy schorzenia psychiczne. Przyczyną powstania przetrwałego bólu pooperacyjnego jest zazwyczaj chirurgiczne uszkodzenie nerwów. Może być on również wynikiem neurologicznych powikłań znieczulenia spowodowanych takimi czynnikami, jak niedokrwienie kończyny, ułożenie chorego lub zbyt ciasny opatrunek. Najskuteczniejszą metodą zapobiegania powstawaniu przetrwałego bólu pooperacyjnego jest precyzyjna, oszczędzająca technika chirurgiczna oraz unikanie przyczyn powodujących wystąpienie neurologicznych powikłań znieczulenia (Wordliczek, 2001).

Podsumowując, możemy stwierdzić, że bezbólowy przebieg okresu pooperacyjnego nie tylko poprawia komfort pacjenta i zmniejsza częstość powikłań pooperacyjnych, ale również skraca czas pobytu chorego w szpitalu i zmniejsza koszty związane z leczeniem (Piotrowski i wsp., 1995) oraz poprawia satysfakcję pacjenta. Jest zatem ważnym czynnikiem mającym wpływ na globalną ocenę jakości opieki pooperacyjnej.

2.2.3. Ocena bólu pooperacyjnego

Podstawowym celem leczenia bólu pooperacyjnego jest stworzenie choremu subiektywnego komfortu, ułatwienie procesu zdrowienia oraz zmniejszenie ryzyka powikłań (Wordliczek i wsp., 2003). Skuteczne zwalczanie bólu polega na utrzymaniu w surowicy krwi stałego poziomu leku zapewniającego pacjentowi bezbolesność, powodując jak najmniej działań niepożądanych (Graczyński i wsp., 1991). Niezbędnym elementem skutecznego zwalczania bólu pooperacyjnego jest właściwy pomiar jego nasilenia, pozwalający na ocenę zmiany bólu w czasie oraz ocenę skuteczności zastosowanego leczenia (Dobrogowski i wsp., 2008). Ocena bólu jest konieczna w celu uzyskania optymalnego efektu przeciwbólowego, pozwala również aktywnie włączyć pacjenta do opieki, co z kolei pozytywnie wpływa na jego samopoczucie (McGuire, 1992).

W praktyce klinicznej do oceny nasilenia dolegliwości bólowych najczęściej stosowane są różnego rodzaju skale:

- 1) skala słowna – pozwalająca na ocenę dolegliwości bólowych w sposób opisowy, będąca skalą porządkową zawierającą szereg kolejno ustawionych cyfr z przypisanymi do nich określeniami stopnia natężenia bólu (Field, 1996);

- 2) skala numeryczna – umożliwiająca dokonanie oceny natężenia dolegliwości bólowych w skali liczbowej od 0 do 10, gdzie 0 – oznacza brak bólu, a 10 – ból nie do zniesienia (Idvall, 2002b);
- 3) skala analogowo-wzrokowa – mająca charakter graficzny, na której pacjent zaznacza stopień natężenia bólu na odcinku długości 10 cm (Zalon, 1993; Bodian i wsp., 2001; Dobrogowski i wsp., 2008).

Pomimo dostępności skal do oceny nasilenia bólu po zabiegu operacyjnym nie prowadzi się jego regularnego monitorowania, co potwierdzają liczne publikacje (Sjostrom i wsp., 2000; Gross i wsp., 2002; Cantrill i wsp., 2001). Badania przeprowadzone w Niemczech wśród 110 pacjentów wykazały, że połowa z nich nie była nigdy pytana o nasilenie dolegliwości bólowych w ciągu 24 godzin po zabiegu operacyjnym (Gross i wsp., 2002). Diehle i wsp. w swoich badaniach potwierdzili, że pielęgniarki nie dokonują systematycznej oceny dolegliwości bólowych po zabiegu operacyjnym oraz że istnieje różnica między tym, co się obserwuje a tym, co pielęgniarki deklarują (Diehle i wsp., 2006).

Inne badania przeprowadzone przez Young i wsp. (2006) oraz Sloman i wsp., (2006) wykazały jednak pozytywne nastawienie pielęgniarek odnośnie oceny bólu pooperacyjnego. Pielęgniarki są zatem świadome tego, że powinny dokonywać systematycznej oceny dolegliwości bólowych po zabiegu, jednak tego nie robią (Idvall i wsp., 2008). Spośród możliwych przyczyn wymienia się obawy personelu leczącego przed uzależnieniem pacjenta od opioidów, brak współpracy między lekarzami i pielęgniarkami odnośnie oceny nasilenia bólu i przekonanie, że chorzy wyolbrzymiają odczuwane dolegliwości bólowe (Drayer i wsp., 1999).

Problem niedostatecznego zwalczania bólu dostrzegany jest przez pacjentów i ich rodziny. Chung i wsp. (2003) podają, że tylko 48% chorych uważa, że lekarze i pielęgniarki wystarczająco angażują się w uśmierzanie bólu pooperacyjnego, Hsieh i wsp. (1998) podkreślają, że 1/3 członków rodzin chorych wyraża zastrzeżenia, co do stosowania leków przeciwbólowych w obawie przed uzależnieniem od narkotyków.

Wśród innych przyczyn nieskutecznego zwalczania bólu pooperacyjnego należy wymienić przeciążenie pielęgniarek pracą, koncentrowanie się wokół zadań związanych z funkcją instrumentalną (McCull i wsp., 1996; Walsh i wsp., 1999), niewystarczająca liczba personelu oraz niechęć (Young i wsp., 2006; Manias i wsp., 2002) i opory ze strony pacjentów, którzy często nie chcą przyjmować zleconych dawek leków przeciwbólowych, gdyż w danym momencie nie odczuwają dolegliwości bólowych. Problem stanowią również braki w systematycznym dokumentowaniu podanych leków przeciwbólowych, ocenie czasu trwania bólu, jego lokalizacji i charakteru. Według badań przeprowadzonych w Szwecji

przez Idvall (2002b) wynika, że lokalizacja bólu była dokumentowana u 50% pacjentów, a charakter bólu jedynie u 11,6% chorych.

Istotne znaczenie w niewystarczająco efektywnym zwalczaniu bólu pooperacyjnego ma również niedostateczny poziom wiedzy pielęgniarek, co wskazuje na potrzebę szkoleń w tym zakresie. Ukończenie kursów zwykle poprawia sytuację (Lin i wsp., 2008; Underwood i wsp., 2004). Badania przeprowadzone przez Ene i wsp. (2008) wykazały, że po wprowadzeniu programu edukacyjnego większość (91%) pielęgniarek zaczęła informować pacjentów na temat oceny bólu pooperacyjnego przed zabiegiem, a 96% na temat możliwości jego uśmierzania. Nadal jednak była grupa osób (20%), która po dwóch latach od wdrożenia programu edukacyjnego rzadko lub nigdy nie dokumentowała oceny bólu.

Badania prowadzone przez polskich badaczy potwierdzają, że pielęgniarki nie zawsze posiadają wiedzę z zakresu postępowania przeciwbólowego oraz ubocznych skutków działania leków (Knap i wsp., 2010).

2.3. Jakość uśmierzania bólu pooperacyjnego jako element i wskaźnik jakości opieki pielęgniarskiej u chorych leczonych chirurgicznie. Koncepcja jakości opieki pielęgniarskiej w kontekście jakości uśmierzania bólu wg Evy Idvall

Szwedzka autorka Eva Idvall, ekspert w dziedzinie jakości opieki pielęgniarskiej, stworzyła interesującą koncepcję jakości opieki pielęgniarskiej, specyficznej dla okresu pooperacyjnego. Koncepcja ta zakłada, że skuteczne uśmierzanie bólu pooperacyjnego to nie tylko wymierne zmniejszenie dolegliwości bólowych, ale również poprawa komfortu pacjenta i ogólne zadowolenie z opieki pooperacyjnej. Osiągnięcie tych celów zależy nie tylko od właściwej farmakoterapii przeciwbólowej, ale również od:

- 1) czynników związanych z farmakoterapią i monitorowaniem bólu (systematyczny, regularny pomiar dolegliwości bólowych, stosowanie leków przeciwbólowych w połączeniu z wczesnym uruchamianiem, stosowanie leków przeciwbólowych w połączeniu z pielęgnacją zapewniającą komfort fizyczny, systematyczna ocena skuteczności leków przeciwbólowych z punktu widzenia chorego),
- 2) czynników związanych z wsparciem informacyjnym (informowanie pacjenta i wyjaśnianie wątpliwości w myśl zasady, że chory w odpowiednim stopniu poinformowany mniej się boi),
- 3) czynników związanych z jakością pracy personelu pielęgniarskiego (stworzenie atmosfery zaufania i życzliwości, sprawne wykonywanie czynności pielęgnacyjno-leczniczych z poszanowaniem intymności chorych, wiara w zgłaszane przez chorych dolegliwości

i szybkie podejmowanie interwencji, wiedza pielęgniarek na temat bólu i możliwych sposobów jego zwalczania),

- 4) czynników związanych z zapewnieniem spokoju i optymalnych warunków do snu i odpoczynku nocnego.

W oparciu o koncepcję jakości opieki w aspekcie bólu pooperacyjnego E. Idvall powstały liczne prace potwierdzające jej przydatność (Idvall, 2001, 2002ac, 2004; Idvall i wsp., 2005; Jaracz i wsp., 2005; Gunnigberg i wsp., 2007, Idvall i wsp., 2008; Bączyk i wsp. 2009; Milutinovic i wsp., 2009).

Na bazie tej koncepcji autorka stworzyła narzędzie badawcze dotyczące oceny jakości opieki pooperacyjnej i zadowolenia z uśmierzenia bólu zarówno przez pacjentów, jak i pielęgniarki (Idvall i wsp., 2001). Narzędzie to uwzględnia wszystkie istotne, modyfikowalne aspekty pielęgniarstwa opieki pooperacyjnej.

Przeprowadziła ona badania na oddziałach chirurgicznych, ortopedii i ginekologii, w których wzięło udział 209 pacjentów. Narzędzie badawcze wypełniane było przez pacjentów i personel pielęgniarski sprawujący opiekę nad chorymi. Składało się z 14 stwierdzeń ujętych w 4 podskale: Komunikowanie, Działanie, Zaufanie i Środowisko. Ponadto zawierało pytania dotyczące nasilenia dolegliwości bólowych oraz poczucia zadowolenia z zastosowanego sposobu zwalczania bólu pooperacyjnego. Przeprowadzone badania wykazały różnice w ocenie jakości opieki w aspekcie bólu pooperacyjnego z perspektywy pacjentów i pielęgniarek (Idvall i wsp., 2002c). Różnice dotyczyły podskali Środowisko, zadowolenia z opieki pielęgniarstwa oraz nasilenia najsilniejszych dolegliwości bólowych odczuwanych po zabiegu. W pracy opublikowanej w 2004 roku Idvall przedstawiła jakość opieki w ocenie pielęgniarek i pacjentów, którzy odpowiadali na podobne pytania. Pacjenci oceniali jakość opieki jaką otrzymywali, pielęgniarki opiekę jaką świadczyły. Zarówno pielęgniarki, jak i pacjenci oceniali najniżej jakość opieki w kategorii komunikowanie i działanie. Różnice ocen pielęgniarek i pacjentów dotyczyły kategorii zaufanie i środowisko, która oceniana była wyżej przez pacjentów niż przez pielęgniarki. Badania wykazały również, że na dyżurach jest wystarczająca liczba pielęgniarek, aby szybko zareagować na prośbę pacjenta o uśmierzenie bólu oraz że pielęgniarki posiadają wiedzę na temat zwalczania bólu pooperacyjnego (Idvall, 2004). Warto podkreślić, że w tej pracy Idvall zwróciła uwagę na możliwości wykorzystania przez pielęgniarki zastosowanego narzędzia badawczego w codziennej pracy zawodowej.

W kolejnej publikacji przedstawiła różnice w ocenie jakości opieki w dwóch szpitalach – regionalnym i uniwersyteckim, na oddziale chirurgii, ortopedii i ginekologii. W obu placówkach pacjenci wyżej niż pielęgniarki oceniali stwierdzenia w podskali środowisko. Pacjenci byli bardziej zadowoleni z zastosowanego sposobu uśmierzenia bólu pooperacyjnego niż pie-

lęgniarki, a w ciągu ostatnich 24 godzin po zabiegu odczuwali ból silniejszy niż pielęgniarki sądziły. Stwierdzenia dotyczące oceny nasilenia dolegliwości bólowych na skali bólu otrzymały niskie oceny zarówno z punktu widzenia pacjentów, jak i pielęgniarek (Idvall i wsp., 2005). Badania te wykazały, że rodzaj szpitala nie jest czynnikiem determinującym ocenę jakości opieki pielęgniarskiej. W innych badaniach przeprowadzonych przez tę autorkę na oddziałach chirurgii ogólnej i chirurgii klatki piersiowej wykazano, że pacjenci oddziałów chirurgii ogólnej doświadczali silniejszych dolegliwości bólowych niż pacjenci z oddziału chirurgii klatki piersiowej, tak więc typ oddziału okazał się w tym przypadku czynnikiem, który wpływał na formułowane oceny dotyczące jakości opieki. Chorzy, którzy doświadczyli silniejszych dolegliwości bólowych niż się spodziewali niżej oceniali jakość opieki pielęgniarskiej niż ci, których dolegliwości bólowe były mniejsze aniżeli oczekiwane (Gunningberg i wsp., 2007). Analizując wyniki badań uzyskane przez E. Idvall za pomocą Skali Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym można zauważyć, że wysokie oceny u pacjentów po zabiegach operacyjnych na różnych oddziałach były związane z szybką reakcją personelu na prośbę o uśmierzanie bólu, niskie zaś dotyczyły regularnej oceny nasilenia dolegliwości bólowych (Idvall i wsp., 2008).

Jak wcześniej wspomniano skala ta była wykorzystywana również w warunkach polskich. W oparciu o nią powstały już liczne publikacje, dzięki którym udało się wstępnie wyodrębnić obszary opieki wymagające poprawy (Jaracz i wsp., 2005; Bączyk i wsp., 2009).

Należy wspomnieć, że w literaturze istnieją inne koncepcje jakości opieki pielęgniarskiej zawierające niektóre aspekty opieki zawarte w propozycji E. Idvall (np. udzielanie przez pielęgniarki informacji, zapewnienie odpowiednich warunków hotelowych, dokumentowanie opieki czy współpraca z personelem lekarskim), w oparciu o które również powstały narzędzia badawcze i które są przedmiotem badań (Lenartowicz 1998; McColl, 1996). Żadna jednak z wymienionych wyżej koncepcji jakości opieki nie zawiera specyfiki opieki pielęgniarskiej nad pacjentem po zabiegu operacyjnym.

W związku z tym, że ból pooperacyjny, mimo postępu w medycynie, jest nadal nie w pełni skutecznie zwalczany, a pielęgniarki spędzają z pacjentem po zabiegu operacyjnym najwięcej czasu, zasadne wydaje się prowadzenie badań dotyczących jakości opieki pielęgniarskiej u chorych operowanych, w celu jej poprawy.

3. CELE PRACY

Cel ogólny

Celem ogólnym pracy była ocena jakości opieki pielęgniarskiej u chorych hospitalizowanych na oddziałach zabiegowych z perspektywy pacjentów i opiekujących się nimi pielęgniarek.

Cele szczegółowe

Sformułowano następujące cele szczegółowe:

1. Ocena jakości opieki pielęgniarskiej oraz zbadanie różnic pomiędzy ocenami dokonywanymi przez chorych i przez opiekujące się nimi pielęgniarki.
2. Wyłonienie obszarów wymagających działań ukierunkowanych na poprawę jakości opieki.
3. Określenie czynników determinujących ocenę jakości opieki z punktu widzenia pacjenta:
 - wiek,
 - płeć,
 - rodzaj i metoda zabiegu chirurgicznego,
 - rodzaj zastosowanego znieczulenia,
 - typ oddziału,
 - wcześniejsze doświadczenia chorych,
 - poziom referencyjny szpitala,
 - nasilenie odczuwanego po operacji bólu,
 - poziom odczuwanego lęku.
4. Ocena poziomu jakości opieki pielęgniarskiej z uwzględnieniem czynnika czasu (w trakcie hospitalizacji i po wypisie ze szpitala).

Dla powyższych celów szczegółowych, w oparciu o przedstawioną w pierwszej części pracy literaturę, sformułowano trzy główne hipotezy badawcze:

1. Istnieją różnice w ocenie jakości opieki pielęgniarskiej w opinii pacjentów i opiekujących się nimi pielęgniarek.
2. Ocena jakości opieki pielęgniarskiej zależy od poziomu odczuwanego bólu i lęku w okresie pooperacyjnym.

3. Istnieją różnice w ocenie jakości opieki pielęgniarskiej dokonywanej w trakcie hospitalizacji i po wypisie ze szpitala.

Organizacja i przebieg badań

Badania prowadzono w szpitalach o różnych poziomach referencji (rozp. MZiOS, 1998) na oddziałach zabiegowych (chirurgia – A, ortopedia – B, ginekologia – C) od stycznia 2009 do kwietnia 2010 roku. Grupę badaną stanowili chorzy po operacjach, pełnoletni, wyrażający zgodę na badanie, będący w stanie klinicznym umożliwiającym wypełnienie kwestionariuszy oraz personel pielęgniarski sprawujący opiekę nad pacjentami włączonymi do badań. Do realizacji celu pracy zastosowano badanie z dwukrotną oceną w czasie. Ocenę pierwszą przeprowadzono w pierwszej lub drugiej dobie po zabiegu operacyjnym, drugą w ciągu miesiąca po wypisie ze szpitala. Pacjenci zwrotnie odsyłali kwestionariusze, które otrzymali po zakończeniu badania pierwszego.

Przed badaniem prowadzonym w szpitalu respondenci zostali poinformowani o celu przeprowadzanych badań i konieczności samodzielnego wypełnienia kwestionariuszy. W razie potrzeby pacjentom była udzielana pomoc w postaci wyjaśnienia pytań lub przy nanoszeniu odpowiedzi. Osobom badanym pozostawiano kwestionariusze na czas około jednej godziny, po czym były one zbierane przez autorkę badań.

W badaniu I wzięło udział 375 pacjentów oddziałów zabiegowych, w wieku od 18 do 87 lat. Dwadzieścia jeden osób wykluczono ze względu na brak zgody, a siedem z powodu utrudnionego kontaktu werbalnego. W badaniu I wzięło udział 149 pielęgniarek w wieku od 22 do 58 lat. Cztery osoby nie wyraziły zgody na badanie. Ponieważ liczba pacjentów była większa niż pielęgniarek sprawujących opiekę, każda z pielęgniarek wypełniała kwestionariusz indywidualnie w odniesieniu do każdego chorego, stąd też liczba kwestionariuszy wypełnionych przez jedną pielęgniarkę wynosiła średnio 2,5.

W badaniu II zwrotnie otrzymano 119 prawidłowo wypełnionych ankiet. Trzydzieści siedem osób biorących udział w badaniu I nie wyraziło zgody na udział w badaniu II, 42 ankiety otrzymano puste, a 12 wypełniono nieprawidłowo.

Badania zostały przeprowadzone za zgodą Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (nr 331/09) oraz dyrektorów poszczególnych placówek, w których prowadzono badania.

4. OSOBY BADANE

Pacjenci

W badaniu wzięli udział pacjenci oddziałów szpitalnych (ortopedia – A, chirurgia – B, ginekologia – C) o różnych poziomach referencyjnych, co przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Liczba pacjentów z poszczególnych placówek biorących udział w badaniu

Poziom referencyjny/typ oddziału	I poziom referencyjny	II poziom referencyjny	III poziom referencyjny
Chirurgia (A) (N = 149)	38	79	32
Ortopedia (B) (N = 148)	46	63	39
Ginekologia (C) (N = 78)	16	33	29
Razem (N = 375)	100	175	100

Charakterystykę społeczno-demograficzną badanej grupy pacjentów ilustruje tabela 2.

Najliczniejszą grupę badanych stanowiły osoby w przedziale wiekowym od 41 do 60 lat (50,13%) czynne zawodowo. Spośród badanych chorych 41,33% legitymowało się wykształceniem średnim, ponad połowę (60,27%) stanowiły osoby w związkach małżeńskich, zamieszkujące w mieście (68,27%).

Ponieważ założono, że jednym z czynników wpływających na ocenę jakości opieki pielęgniarskiej mogą być wcześniejsze doświadczenia chorych, stąd też zadano pacjentom pytanie, czy byli wcześniej operowani. Ponad połowa badanych (54%) odpowiedziała, że nie była poddawana operacjom, a 46% chorych, że miało doświadczenia związane z zabiegiem chirurgicznym. Większość pacjentów deklarowała również występowanie chorób współistniejących, które zestawiono w tabeli 3.

Tabela 2. Charakterystyka społeczno-demograficzna badanej grupy pacjentów (n = 375)

Charakterystyka	n	%
Płeć		
Kobieta	213	56,80
Męczyzna	162	43,20
Wiek (w latach)		
Średnia	51,99	–
SD	14,94	–
Zakres	18–87	–
Wykształcenie		
Podstawowe	47	12,53
Zawodowe	99	26,40
Średnie	155	41,33
Wyższe zawodowe	43	11,47
Wyższe magisterskie	31	8,27
Stan cywilny		
Żonaty/zamężna	226	60,28
Wdowa/wdowiec	50	13,33
Wolny	77	20,53
Rozwiedziony	20	5,33
Konkubinat	2	0,53
Miejsce zamieszkania		
Miasto	256	68,27
Wieś	119	31,73
Status zawodowy		
Renta/emerytura	148	39,47
Zasiłek	5	1,33
Uczeń/student	4	1,07
Bezrobotny	11	2,93
Czynny zawodowo	207	55,20

Tabela 3. Najczęściej występujące choroby współistniejące

Choroby współistniejące	n	%
Nadciśnienie tętnicze	137	36,53
Cukrzyca	56	14,93
Choroby układu oddechowego	34	9,07
Choroba wrzodowa żołądka	10	2,67

W trakcie prowadzenia badań pacjenci poddawani byli różnego typu operacjom, z których najczęściej występujące zestawiono w tabeli 4.

Tabela 4. Zabiegi chirurgiczne u badanych chorych

Rodzaj zabiegu	n	%
Oddział chirurgiczny	149	39,73
Usunięcie pęcherzyka żółciowego	42	11,20
Usunięcie przepukliny	38	10,13
Usunięcie wyrostka robaczkowego	30	8,00
Inne	39	10,4
Oddział ortopedyczny	148	39,47
Zespolenia złamań	44	11,73
Endoproteza stawu biodrowego	34	9,07
Artroskopia	18	4,80
Inne	52	13,87
Oddział ginekologiczny	78	20,8
Usunięcie macicy	35	9,33
Usunięcie mięśniaków macicy	23	6,13
Inne	20	5,33
Metoda zabiegu		
Klasyczna	337	89,87
Laparoskopowa	38	10,13
Rodzaj zastosowanego znieczulenia		
Ogólne	211	56,27
Zewnątrzoponowe	116	30,93
Podpajęczynówkowe	36	9,60
Inne	12	3,20

Do najczęściej wykonywanych zabiegów należały: usunięcia pęcherzyka żółciowego, zespolenie złamań oraz usunięcie macicy. Zdecydowana większość operacji (89,87%) wykonywana była metodą klasyczną w znieczuleniu ogólnym.

Badane pielęgniarki

Charakterystykę badanej grupy pielęgniarek przedstawia tabela 5.

Najliczniejszą grupę pielęgniarek stanowiły kobiety (97,99%) w wieku od 22 do 58 lat, legitymujące się wykształceniem średnim (65,10%). Tylko 28,19% badanych pielęgniarek posiadało wykształcenie wyższe zawodowe, a 6,71% magisterskie. Badane pielęgniarki to osoby pracujące w swoim zawodzie średnio 17 lat, a na danym oddziale 15 lat, w większości (75,84%) pozostające w związkach małżeńskich i zamieszkujące w mieście (75,17%).

Tabela 5. Charakterystyka społeczno-demograficzna badanej grupy pielęgniarek (n = 149)

Charakterystyka	n	%
Płeć		
Kobieta	146	97,99
Mężczyzna	3	2,01
Wiek (w latach)		
Średnia	40,32	–
SD	7,51	–
Zakres	22–58	–
Wykształcenie		
Średnie	97	65,10
Wyższe zawodowe	42	28,19
Wyższe magisterskie	10	6,71
Stan cywilny		
Żonaty/zamężna	113	75,84
Wdowa/wdowiec	2	1,34
Wolny	31	20,81
Rozwiedziony	3	2,01
Miejsce zamieszkania		
Miasto	112	75,17
Wieś	37	24,83
Staż pracy w zawodzie (w latach)		
Średnia	17,70	–
SD	8,74	–
Zakres	1–35	–
Staż pracy na oddziale (w latach)		
Średnia	15,48	–
SD	8,82	–
Zakres	1–35	–

5. METODY BADAŃ

Do oceny jakości opieki pielęgniarskiej zastosowano dwa narzędzia badawcze, z których jedno – Skala Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym – jest specyficzne do oceny jakości opieki pielęgniarskiej po operacji, drugie – Kwestionariusz Zadowolenia Pacjenta z Jakości Opieki Pielęgniarskiej – ma charakter ogólny, niespecyficzny dla oddziałów zabiegowych. Zastosowanie dwóch standaryzowanych narzędzi badawczych do oceny jakości opieki pielęgniarskiej miało na celu porównanie zgodności ocen oraz szersze spojrzenie na inne aspekty opieki pielęgniarskiej, niespecyficzne dla oddziałów zabiegowych. W badaniach zastosowano również Inwentarz Stanu i Cechy Lęku Spielberga oraz własny kwestionariusz.

5.1. Narzędzia badawcze

Skala Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym – wersja dla pacjentów (KWJPBP)

Skala, została opracowana w Szwecji, w oryginalnej szwedzkojęzycznej wersji, a następnie przetłumaczona na język angielski (Idvall, 2002a). Oryginalna wersja narzędzia badawczego była analizowana pod kątem trafności czynnikowej, spójności wewnętrznej i mocy dyskryminacyjnej. Uzyskane parametry psychometryczne były zadowalające (Idvall, 2002ab). Polska wersja skali powstała poprzez tłumaczenie z języka angielskiego, a następnie tłumaczenie zwrotne wykonane przez dwóch niezależnych tłumaczy. Adaptacja językowa i wykorzystanie narzędzia do powyższych badań odbyło się za pisemną zgodą autorów.

Autorzy opracowali dwie wersje Skali Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym: dla pacjentów i dla pielęgniarek.

Kwestionariusz dla pacjenta składa się z 14 pozycji zorganizowanych w cztery podskale:

- Komunikowanie (pozycja 1, 11 i 14),
- Działanie (pozycja 2, 3, 6 i 7),
- Zaufanie (pozycja 5, 8, 12 i 13),
- Środowisko (pozycja 4, 9 i 10).

W podskali Komunikowanie i Środowisko pacjenci mogą uzyskać 4–20 punktów. W podskali Działanie i Zaufanie zakres punktacji wynosi 3–15 punktów. Dodatkowo skala ta zawiera

trzy niezależne pytania dotyczące nasilenia bólu pooperacyjnego i jedno pytanie dotyczące ogólnej satysfakcji pacjenta z postępowania przeciwbólowego (załącznik 3).

Ustosunkowanie się osoby badanej do każdego z 14 stwierdzeń odbywa się na 5-stopniowej skali Likerta, gdzie 1 pkt oznacza – zdecydowanie się nie zgadzam, a 5 pkt. – zdecydowanie się zgadzam. Zakres teoretyczny dla wyniku ogólnej skali wynosi od 14 do 70 punktów. Zgodnie z założeniami autorów skali, wysokiemu poziomowi jakości opieki odpowiada 4,5 punktów lub więcej w odniesieniu do każdego indywidualnego stwierdzenia. Jeżeli punktacja jest niższa, uważa się, że poziom opieki odbiega od pożądanego i powinien ulec poprawie. Podobnie, przyznanie przez chorych 1 lub 2 punktów w odpowiedzi na każde stwierdzenie umieszcza ich w grupie pacjentów, wobec których jakość opieki powinna ulec poprawie. Pożądana minimalna punktacja za całość skali powinna być równa lub wyższa niż 63 punkty, a w odniesieniu do podskal:

- Komunikowanie – 13,5 pkt.
- Środowisko – 13,5 pkt.
- Działanie – 18,0 pkt.
- Zaufanie – 18,0 pkt.

Intensywność odczuwanego bólu pooperacyjnego oceniana była w trzech niezależnych pytaniach na 11-stopniowej skali, gdzie 0 pkt. – oznacza brak bólu, a 10 pkt. – oznacza ból bardzo silny (Idvall i wsp., 2002a).

Wartości psychometryczne (współczynnik alfa Cronbacha) dla polskiej wersji Skali Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym okazały się zadowalające, jedynie dla podskal Komunikowanie i Środowisko były niższe od poświadczanych (0,70), co mogło wynikać z małej liczby pozycji wchodzących w ich skład. Wynosiły odpowiednio:

- dla całości skali – 0,90
- podskala Komunikowanie – 0,64
- podskala Działanie – 0,69
- podskala Zaufanie – 0,80
- podskala Środowisko – 0,65.

Skala Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym – wersja dla pielęgniarek

Kwestionariusz przeznaczony dla pielęgniarek jest zbliżony do kwestionariusza w wersji dla pacjentów. Różnica dotyczy dwóch pytań, należących do podskali Komunikowanie, które znajdują się w kwestionariuszu pacjenta, a brak ich w kwestionariuszu dla pielęgniarek.

Pielęgniarki odpowiadały na takie same pytania, dostosowane pod względem gramatycznym, na które odpowiadali pacjenci, np. „Przed operacją zostałem poinformowany o sposobie leczenia

bólu, jaki będzie mi zaoferowany po zabiegu” (kwestionariusz pacjenta) oraz „Przed operacją poinformowałam pacjenta o sposobie uśmierzenia bólu, jaki będzie mu zaoferowany po zabiegu operacyjnym” (kwestionariusz pielęgniarki). Odpowiedzi udzielano na 5-stopniowej skali, gdzie 1 pkt oznacza – zdecydowanie się nie zgadzam, a 5 pkt. – zdecydowanie się zgadzam.

Pielęgniarki odpowiadały również na 3 pytania dotyczące nasilenia bólu u pacjenta w 11-stopniowej skali, gdzie 0 pkt. – oznacza brak bólu, a 10 pkt. – oznacza ból bardzo silny. Zakres teoretyczny dla wyniku ogólnego skali wynosi 12–60 pkt.

Podobnie, jak w kwestionariuszu pacjenta, niższe wartości świadczą o niedostatecznej jakości opieki w danym obszarze. Kwestionariusz zawiera ponadto pytania dotyczące danych demograficznych, takich jak: wiek, staż pracy w zawodzie oraz staż pracy na oddziale.

Kwestionariusz Zadowolenia Pacjenta z Jakości Opieki Pielęgniarskiej (KZPJOP)

Kwestionariusz Zadowolenia Pacjenta z Jakości Opieki Pielęgniarskiej powstał w Londynie. Oryginalna anglojęzyczna wersja narzędzia badawczego była analizowana pod kątem wartości psychometrycznych, które okazały się zadowalające (Laschinger i wsp., 2005). Polska wersja powstała poprzez tłumaczenie z języka angielskiego, a następnie tłumaczenie zwrotne wykonane przez dwóch niezależnych tłumaczy. Po konsultacji z autorem narzędzia badawczego ustalono jego ostateczną wersję. Adaptacja językowa oraz wykorzystanie narzędzia do badań odbyło się za pisemną zgodą autorów.

Kwestionariusz Zadowolenia Pacjenta z Jakości Opieki Pielęgniarskiej zawiera 19 stwierdzeń dotyczących zadowolenia z otrzymanej opieki pielęgniarskiej. Ponadto zawiera 3 stwierdzenia dotyczące zadowolenia z opieki jaką otrzymał pacjent w trakcie hospitalizacji oraz możliwości polecenia rodzinie lub przyjaciołom danej placówki. Ustosunkowanie się badanego do każdego stwierdzenia następowało na 5-stopniowej skali Likerta, gdzie przyznanie 5 punktów oznaczało, że otrzymana opieka świadczona była wzorowo, natomiast przyznanie 1 punktu, że opieka była zła (Laschinger i wsp., 2005). Wynik ogólny dla całości skali wynosi 19–95 punktów. Uzyskanie przez chorych mniej niż 20 punktów świadczy o tym, że opieka pielęgniarska była zła, 20–38 – zadowalająca, 39–57 – dobra, 58–76 – bardzo dobra i 77–95 – wzorowa (Mohanani i wsp., 2010).

Współczynnik alfa Cronbacha dla polskiej wersji Kwestionariusza Zadowolenia Pacjenta z Jakości Opieki Pielęgniarskiej wyniósł 0,98.

Inwentarz Stanu i Cechy Lęku Spielbergera (ISCL)

Inwentarz ISCL składa się z dwu odrębnych podskal, z których jedna, oznaczona symbolem X-1, służy do pomiaru lęku jako stanu, rozumianego jako aktualny poziom lęku, druga

zaś, oznaczona symbolem X-2, do pomiaru lęku jako cechy, rozumianego jako względnie stała dyspozycja do przeżywania stanów lękowych (cecha osobowości). Skala obejmuje 40 pozycji, po 20 dla każdej podskali. Pozycje mają formę krótkich twierdzeń odnoszących się do subiektywnych odczuć osoby badanej. Zadaniem respondenta jest wskazanie, w jakim stopniu każde ze stwierdzeń odnosi się do niego poprzez wybór jednej z czterech skategoryzowanych odpowiedzi. W skali X-1 odpowiedzi te dotyczą stopnia prawdziwości, z jakim poszczególne twierdzenia opisują aktualny stan jednostki i brzmią: „zdecydowanie nie”, „raczej nie”, „raczej tak”, „zdecydowanie tak”. W skali X-2 kategorie odpowiedzi dotyczą częstości występowania u badanego odczuć, opisanych w twierdzeniach i brzmią: „prawie nigdy”, „rzadko”, „często”, „prawie zawsze”. Liczba punktów, które można uzyskać w kwestionariuszu wynosi 20–80. Uzyskanie 20–40 punktów świadczy o braku lub niskim lęku, 41–60 o lęku podwyższonym, a 61–80 o wysokim nasileniu lęku (Sosnowski i wsp., 1983).

5.2. Analiza statystyczna

Analizę statystyczną wykonano przy pomocy programu StatSoft. Inc. (2010) STATISTICA wersja 9.1. Do opisu grup badanych i charakterystyki zmiennych zastosowano miary statystyki opisowej: średnie, mediany, odchylenie standardowe i frakcje procentowe. Do oceny zależności między zmiennymi wykorzystano współczynnik korelacji Spearmana oraz test U Manna-Whitney'a. W celu porównania oceny pielęgniarek i pacjentów wykorzystano test Wilcoxon natomiast dla porównań wielogrupowych test ANOVA Kruskala-Wallis.

Rzetelność skali oceniono stosując współczynnik zgodności wewnętrznej (alfa Cronbacha). W celu zminimalizowania problemu pseudokorelacji ocen pacjentów i pielęgniarek wykonano analizę regresji liniowej.

Hipotezy zerowe testowano na poziomie istotności $p \leq 0,05$.

6. WYNIKI BADAŃ

6.1. Ocena jakości opieki pielęgniarskiej według Skali Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym w ocenie pacjentów

Średni wynik ogólny dla całości skali w grupie pacjentów wyniósł 57,44 pkt. i tym samym nie osiągnął pożądanej minimalnej wartości 63 pkt. W zakresie poszczególnych podskal również nie osiągnięto pożądanej minimalnej punktacji (por. tab. 6).

W podskali Komunikowanie najniższą punktację uzyskało stwierdzenie dotyczące informowania o możliwych sposobach zwalczania bólu pooperacyjnego, co potwierdza również odsetek osób, które dla tych stwierdzeń przyznały 1 lub 2 punkty, odpowiadające ocenie negatywnej.

W podskali Działanie najniższa punktacja dotyczyła ilościowej oceny bólu przez personel na skali klinimetrycznej i wynosiła ona 2,72 pkt. Powyższe wyniki potwierdza również odsetek pacjentów (52,72%) negatywnie oceniających te aspekty opieki i przyznających 1 lub 2 punkty. Prawie połowa badanych (47,7%) deklarowała jednak, że zetknęła się z ilościową oceną nasilenia dolegliwości bólowych przez personel po operacji.

W podskali Zaufanie stwierdzenia 12. i 13. uzyskały pożądaną najniższą punktację, która wynosiła 4,5 pkt. Pozostałe dwa stwierdzenia nie przekroczyły tego progu, co oznacza, że poziom opieki w aspekcie zaufania do personelu pielęgniarskiego powinien ulec poprawie. Najniżej w tej podskali zostało ocenione stwierdzenie dotyczące skutecznej pomocy w uśmierzeniu bólu (4,25 pkt.).

Zbliżona punktacja (4,27 pkt.) odnosiła się do stwierdzenia dotyczącego podawania leków przeciwbólowych w sytuacji, kiedy pacjent nie odczuwa bólu.

W podskali Środowisko najniżej został oceniony aspekt opieki związany z niewystarczającą liczbą personelu na dyżurach, co utrudniało szybką reakcję na prośbę chorego o uśmierzenie bólu.

W tabeli 6. przedstawiono zestawienie punktacji dla wyniku ogólnego i poszczególnych podskal Skali Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym.

Tabela 6. Ocena jakości opieki według Skali Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym w ocenie pacjentów

PODSKALE	Średnia	SD	n (%) osób z pkt. 1 lub 2
Wynik ogólny (zakres skali 14–70) [63 pkt.*]	57,44	9,86	
KOMUNIKOWANIE (zakres skali 3–15) [13,5 pkt.*]	12,29	2,56	
1. Przed operacją zostałem poinformowany o sposobie zwalczania bólu, jaki będzie mi zaoferowany po zabiegu	3,39	1,64	132 (35,20)
11. Kiedy pielęgniarki przychodzą na dyżur wiedzą wszystko na temat mojego bólu i sposobu, w jaki był zwalczany	4,40	0,90	12 (3,20)
14. Pielęgniarki i lekarze współpracują w leczeniu mojego bólu	4,52	0,75	7 (1,90)
DZIAŁANIE (zakres skali 4–20) [18 pkt.*]	14,53	3,78	
2. Po operacji rozmawiałem z pielęgniarką o tym, jak chciałbym, aby mój ból był zwalczany	3,24	1,57	38 (36,80)
3. Otrzymałem pomoc w znalezieniu wygodnej pozycji w łóżku, która pozwoliła uniknąć bólu lub zmniejszyła dolegliwości	4,40	1,00	25 (6,67)
6. Personel pytał mnie, czy nie mam dolegliwości bólowych, gdy zauważał, że byłem niespokojny, głęboko oddychałem, zmieniałem pozycję	4,25	1,16	40 (10,67)
7. Członkowie personelu prosili mnie o określenie w skali od 1 do 10 poziomu bólu co najmniej raz rano, wieczorem i w południe	2,72	1,53	196 (52,27)
ZAUFAWANIE (zakres skali 4–20) [18 pkt.*]	17,60	2,84	
5. Nawet jeśli nie zawsze prosiłem, to otrzymywałem leki przeciwbólowe	4,27	1,09	33 (8,80)
8. Pielęgniarki pomagały mi w uśmierzaniu bólu, dopóki nie odczuwałem ulgi	4,25	1,04	26 (6,93)
12. Pielęgniarki posiadają wiedzę na temat uśmierzania bólu	4,52	0,74	6 (1,60)
13. Pielęgniarki wierzyły mi, gdy mówiłem im, że mnie boli	4,55	0,75	8 (2,13)
ŚRODOWISKO (zakres skali 3–15) [13,5 pkt.*]	12,92	2,36	
4. Zapewniono mi ciszę i spokój, abym miał spokojny sen	4,51	0,84	14 (3,73)
9. Miałem miły/przyjazny pokój	4,46	0,84	13 (3,47)
10. Na dyżurze jest wystarczająca liczba pielęgniarek, aby szybko zareagować na moją prośbę o uśmierzanie bólu	3,93	1,34	63 (16,8)

[*] pożądana minimalna punktacja

6.2. Ból pooperacyjny w ocenie badanych chorych

Aktualne nasilenie dolegliwości bólowych wśród pacjentów w chwili badania wynosiło średnio 1,91 pkt. Ból odczuwany w ciągu 24 godzin po zabiegu operacyjnym oscylował w granicach 5,6–2,54 pkt. Poczucie zadowolenia z zastosowanego sposobu zwalczania bólu pooperacyjnego było stosunkowo wysokie, gdyż wynosiło 8,8 pkt. Uzyskane wyniki ilustruje tabela 7.

Tabela 7. Ból pooperacyjny i poczucie zadowolenia z opieki w ocenie pacjentów

Aspekty oceny	Zakres skali	Średnia	SD	Min. – maks.
Aktualne nasilenie bólu	0–10	1,91	1,93	0–8
Najsilniejsze dolegliwości bólowe w ciągu ostatnich 24 godzin po operacji	0–10	5,60	2,18	0–10
Najmniejsze dolegliwości bólowe w ciągu ostatnich 24 godzin po operacji	0–10	2,54	1,47	0–9
Poczucie zadowolenia z zastosowanego sposobu uśmierzania bólu pooperacyjnego	0–10	8,80	1,41	5–10

Większość chorych ($n = 222$; 59,2%) doświadczyła po operacji dolegliwości bólowych zgodnych z oczekiwaniami lub słabszych. Pozostali pacjenci ($n = 153$; 40,8%) doświadczyli po operacji bólu silniejszego niż oczekiwali przed zabiegiem.

6.3. Nasilenie lęku w badanej grupie chorych

Średnia liczba punktów uzyskanych przez pacjentów w Kwestionariuszu X1 – lęk jako stan wynosiła 36,51 (SD 11,21), zaś w Kwestionariuszu X2 – lęk jako cecha – 40,76 (SD 10,87), co ilustruje tabela 8.

Tabela 8. Wyniki uzyskane w Kwestionariuszu Lęku

	Zakres skali	Średnia	SD	Min. – maks.
Lęk – jako stan	20–80	36,51	11,21	20–69
Lęk – jako cecha	20–80	40,76	0,87	20–74

Biorąc pod uwagę liczbę punktów wskazujących na podwyższony poziom lęku wykazano, że 53% pacjentów odczuwało podwyższony (powyżej 40 pkt.) poziom lęku jako cechy – X2, a 37,6% jako stanu – X1.

6.4. Ocena jakości opieki pielęgniarskiej za pomocą Kwestionariusza Zadowolenia Pacjenta z Jakości Opieki Pielęgniarskiej

Wynik ogólny dla Kwestionariusza Zadowolenia Pacjenta z Jakości Opieki Pielęgniarskiej (KZPJOP) wyniósł 68 pkt. W zawartych w KZPJOP stwierdzeniach wyniki były dość wysokie (mediana 4,00). Biorąc pod uwagę medianę najniżej zostały ocenione aspekty opieki związane z udzielaniem wskazówek dotyczących postępowania po wypisie ze szpitala (pkt. 18., 19.) oraz okazywanym zainteresowaniem (pkt 9.). Zgodnie z przyjętą kategoryzacją (por. s. 36) 11 (2,9%) pacjentów oceniło jakość opieki jako zadowalającą, 97 (26%) jako dobrą, 187 (49,9%) jako bardzo dobrą i 80 (21%) jako wzorową.

Szczegółowe dane uzyskane za pomocą KZPJOP przedstawia tabela 9.

Tabela 9. Ocena jakości opieki wg Kwestionariusza Zadowolenia Pacjenta z Jakości Opieki Pielęgniarskiej

STWIERDZENIA	Zakres skali	Średnia	SD	Mediana	Min. – maks.
Wynik ogólny	19–95	68,00	12,58	70,00	27–95
1. Informacje, które otrzymywałem: pielęgniarki jasno i dokładnie udzielały mi informacji na temat badań, leczenia i wszystkiego, co mnie czekało	1–5	3,60	0,97	4,00	1–5
2. Wskazówki:pielęgniarki wyjaśniały mi, w jaki sposób przygotować się do badań i zabiegów	1–5	3,63	0,96	4,00	1–5
3. Dostęp do informacji: pielęgniarki chętnie odpowiadały na zadawane pytania	1–5	3,64	0,86	4,00	1–5
4. Informacje udzielane przez pielęgniarki: pielęgniarki komunikowały się z pacjentami, ich rodzinami i lekarzami	1–5	3,55	0,85	4,00	1–5
5. Informowanie rodziny i przyjaciół: pielęgniarki informowały ich o Twoim stanie i potrzebach	1–5	3,57	0,80	4,00	1–5
6. Angażowanie rodziny lub przyjaciół w opiekę: pielęgniarki wyrażały zgodę na pomoc w opiece nad moją osobą	1–5	3,60	0,82	4,00	1–5
7. Troska i opieka pielęgniarska: pielęgniarki odnosiły się do mnie grzecznie, z szacunkiem, przyjaźnie i miło	1–5	3,76	0,84	4,00	1–5

cd. tabeli 9.

8. Troska pielęgniarek o Twój stan zdrowia: pielęgniarki interesowały się tym, co robię oraz udzielały mi wskazówek	1-5	3,56	0,86	4,00	1-5
9. Branie pod uwagę Twojego zdania: pielęgniarki pytały mnie co myślę na dany temat, co jest dla mnie ważne i pozostawiały mi wybór	1-5	3,44	0,85	3,00	1-5
10. Rozważanie Twoich potrzeb: pielęgniarki wyrażały gotowość niesienia pomocy	1-5	3,54	0,87	4,00	1-5
11. Codzienne obowiązki pielęgniarek: pielęgniarki dostosowywały swój plan dnia do moich potrzeb	1-5	3,50	0,86	4,00	1-5
12. Pomoc: pielęgniarki potrafiły wzbudzić zaufanie i zapewnić komfort	1-5	3,60	0,81	4,00	2-5
13. Reakcja personelu pielęgniarskiego na dzwonki: pielęgniarki szybko przychodziły mi z pomocą	1-5	3,84	0,84	4,00	2-5
14. Zręczność i kompetencje pielęgniarek: pielęgniarki dobrze wykonywały swoje czynności	1-5	3,95	0,83	4,00	2-5
15. Równorzędność opieki: praca zespołowa pomiędzy pielęgniarkami i pozostałym personelem szpitala, który sprawował opiekę nad Tobą	1-5	3,60	0,86	4,00	2-5
16. Zapewnienie przez pielęgniarki atmosfery spokoju: zapewniono mi ciszę i spokój	1-5	3,61	0,83	4,00	2-5
17. Prywatność: pielęgniarki szanowały moją prywatność	1-5	3,63	0,85	4,00	1-5
18. Wskazówki wyjściowe: pielęgniarki jasno i dokładnie mówiły, jak postępować i czego mogę się spodziewać po opuszczeniu szpitala	1-5	3,18	1,00	3,00	1-5
19. Równorzędność opieki po wypisie: pielęgniarki starały się przewidzieć moje potrzeby po opuszczeniu szpitala	1-5	3,17	0,97	3,00	1-5
Spostrzeżenia ogólne					
Ogólna jakość opieki, jaką otrzymałeś w trakcie pobytu w szpitalu	1-5	3,59	0,81	4,00	2-5
Ogólna jakość opieki pielęgniarskiej, jaką otrzymałeś w trakcie hospitalizacji	1-5	3,70	0,81	4,00	1-5
Opieka pielęgniarska, jaką otrzymałem w tym szpitalu jest godna polecenia rodzinie i przyjaciołom	1-5	4,12	0,84	4,00	1-5

6.5. Analiza zależności pomiędzy oceną jakości opieki a możliwymi czynnikami determinującymi poziom jakości opieki

Wiek

Nie stwierdzono istotnych statystycznie zależności pomiędzy wynikiem ogólnym Skali Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym a wiekiem pacjentów ($r = 0,09$; $p = 0,06$).

W odniesieniu do podskali Działanie ($r = 0,13$; $p = 0,01$) i Zaufanie ($r = 0,13$; $p = 0,01$) stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy tymi zmiennymi. Osoby starsze miały tendencję do formułowania wyższych ocen.

Płeć

Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic oceny jakości opieki pielęgniarstwa w grupie kobiet i mężczyzn dla wyniku ogólnego ($Z = 0,09$; $p = 0,92$) oraz dla poszczególnych podskal.

Metoda i rodzaj zabiegu operacyjnego

Nie wykazano istotnych statystycznie różnic w ocenie jakości opieki w zależności od metody ($Z = 0,20$; $p = 0,84$) i rodzaju ($H = 32,56$; $p = 0,39$) operacji dla wyniku ogólnego skali oraz poszczególnych podskal.

Rodzaj zastosowanego znieczulenia

Nie stwierdzono istotnych statystycznie zależności pomiędzy wynikiem ogólnym skali a rodzajem zastosowanego znieczulenia ($H = 3,49$; $p = 0,48$). Również w zakresie poszczególnych podskal nie wykazano różnic istotnych statystycznie.

Typ oddziału

Nie wykazano istotnych statystycznie zależności pomiędzy wynikiem ogólnym skali KWJPBP a typem oddziału ($H = 1,47$; $p = 0,48$).

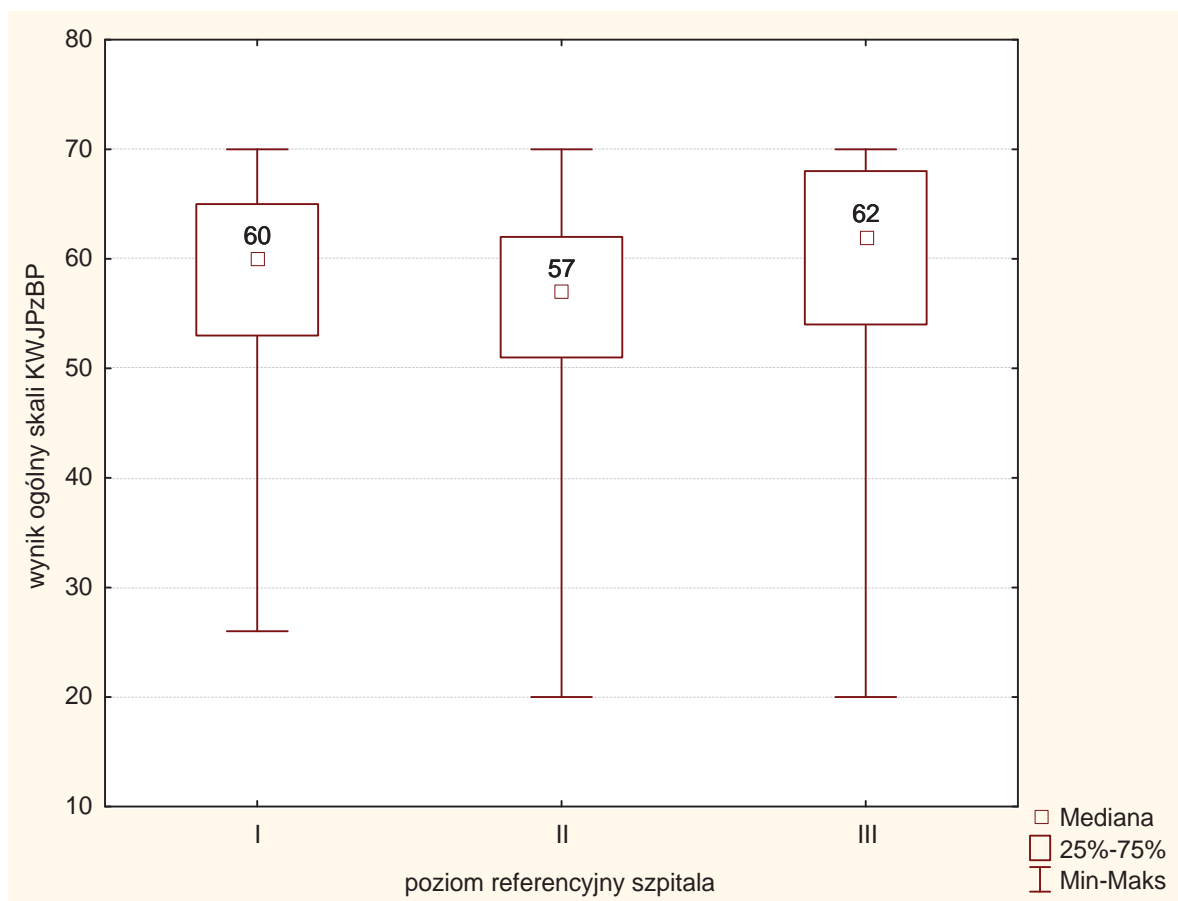
W odniesieniu do podskali Zaufanie stwierdzono istotną zależność ($H = 6,38$; $p = 0,04$) – pacjenci oddziałów ginekologicznych niżej niż pozostali oceniali jakość opieki pielęgniarstwa w tym zakresie.

Przebyte wcześniej operacje

Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic oceny jakości opieki pielęgniarstwa w grupie pacjentów ze względu na przebyte wcześniej operacje zarówno dla wyniku ogólnego ($Z = -1,08$; $p = 0,28$), jak i dla podskal.

Poziom referencyjny szpitala

Stwierdzono istotną statystycznie różnicę ($H = 14,14$; $p = 0,0007$) oceny jakości opieki pielęgniarskiej pomiędzy grupami chorych leczonych w szpitalach o II i III poziomie referencji, co ilustruje wykres 1.



Wykres 1. Różnica pomiędzy jakością opieki pielęgniarskiej a poziomem referencyjnym szpitala.

Pacjenci szpitala o II poziomie referencyjnym niżej oceniali jakość opieki pielęgniarskiej niż chorzy hospitalizowani w szpitalach o III poziomie referencji. Nie było różnicy w ocenie pacjentów ze szpitali o I i III poziomie referencyjnym (tabela 10).

Tabela 10. Wartości średnie (SD) dla wyniku ogólnego i podskal w poszczególnych poziomach referencyjnych szpitali

	Zakres skali	I poziom referencyjny	II poziom referencyjny	III poziom referencyjny	Test post hoc
Wynik ogólny	14–70	58,38 (8,67)	55,64 (10,12)	59,70 (10,01)	p = 0,00 II vs. III
Komunikowanie	3–15	12,52 (2,31)	11,98 (2,56)	12,59 (2,76)	p = 0,04 II vs. III
Działanie	4–20	14,75 (3,49)	13,71 (3,88)	15,75 (3,53)	p = 0,00 II vs. III
Zaufanie	4–20	18,12 (2,43)	17,21 (2,94)	17,78 (2,97)	p = 0,03 I vs. II
Środowisko	3–15	13,08 (2,18)	12,52 (2,48)	13,47 (2,18)	p = 0,00 II vs. III
Poczucie zadowolenia	0–10	8,70 (1,59)	8,75 (1,36)	8,98 (1,31)	p = 0,3

p – poziom istotności

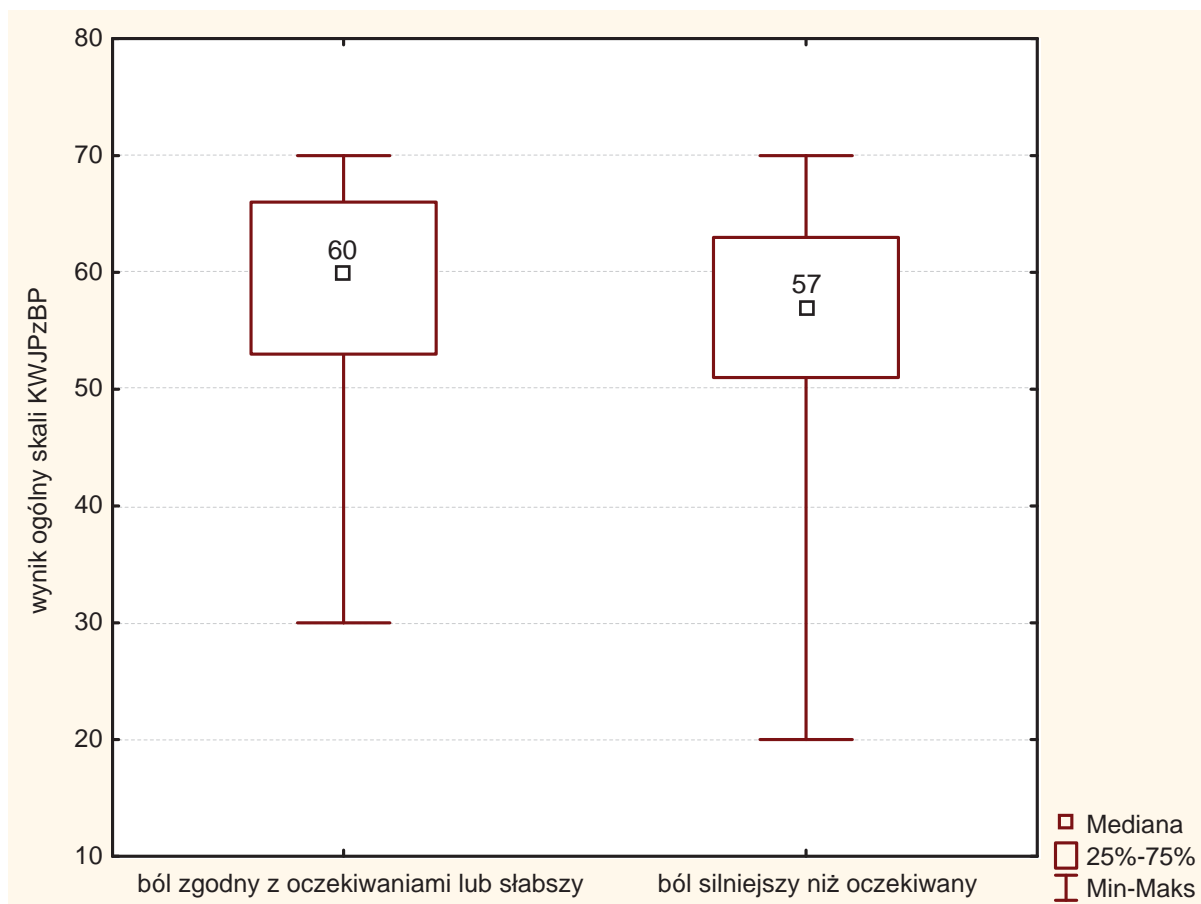
Pacjenci szpitali o II poziomie referencyjnym niżej oceniali jakość opieki pielęgniarskiej we wszystkich czterech podskalach niż chorzy hospitalizowani w pozostałych placówkach.

W wyniku analiz uzupełniających nie stwierdzono istotnych statystycznie zależności pomiędzy typem oddziału a poziomem referencyjnym szpitala (χ^2 Pearsona = 9,15; p = 0,06).

Nasilenie dolegliwości bólowych:

a) Oczekiwane nasilenie bólu pooperacyjnego

Stwierdzono istotną statystycznie różnicę pomiędzy zgodnością w zakresie nasilenia oczekiwanych i doznawanych dolegliwości bólowych a wynikiem ogólnym skali ($Z = 2,08$; p = 0,04), którą ilustruje wykres 2.



Wykres 2. Różnica pomiędzy oceną jakości opieki a oczekiwanym bólem pooperacyjnym.

Chorzy, którzy po operacji doświadczyli dolegliwości bólowych zgodnych z oczekiwaniami lub słabszych (grupa 2.) wyżej oceniali poziom opieki pielęgniarskiej niż osoby, których doznania bólowe były silniejsze (grupa 1.).

W odniesieniu do poszczególnych podskal różnica ta przedstawia się następująco:

- podskala Komunikowanie $Z = 1,90$; $p = 0,53$
- podskala Działanie $Z = 2,49$; $p = 0,01$
- podskala Zaufanie $Z = 2,07$; $p = 0,03$
- podskala Środowisko $Z = 1,74$; $p = 0,07$.

Pacjenci, którzy po operacji doświadczyli silniejszych dolegliwości bólowych niż oczekiwali niżej oceniali jakość opieki pielęgniarskiej w obszarze podskali Działanie i Zaufanie.

b) Ogólna ocena jakości opieki pielęgniarskiej a odczuwane dolegliwości bólowe w czasie badania

Nie stwierdzono istotnych statystycznie zależności pomiędzy oceną jakości opieki pielęgniarskiej a odczuwanymi w czasie badania dolegliwościami bólowymi dla wyniku ogólnego ($r = 0,01$; $p = 0,81$) oraz poszczególnych podskal.

c) Ogólna ocena jakości opieki pielęgniarskiej a odczuwane po operacji najsilniejsze dolegliwości bólowe

Nie stwierdzono istotnych statystycznie zależności pomiędzy oceną jakości opieki pielęgniarskiej a nasileniem najsilniejszych dolegliwości bólowych dla wyniku ogólnego ($r = 0,01$; $p = 0,88$) oraz poszczególnych podskal.

d) Ogólna ocena jakości opieki pielęgniarskiej a odczuwane po operacji najmniejsze dolegliwości bólowe

Nie stwierdzono istotnych statystycznie zależności pomiędzy oceną jakości opieki pielęgniarskiej a nasileniem najmniejszych dolegliwości bólowych dla wyniku ogólnego ($r = -0,06$; $p = 0,26$) oraz poszczególnych podskal.

Lęk jako stan (X1) i jako cecha (X2)

Stwierdzono istotną korelację pomiędzy ogólną oceną jakości opieki pielęgniarskiej a nasileniem lęku jako stanu – X1 ($r = -0,14$; $p = 0,004$). Nie stwierdzono takiej korelacji dla lęku jako cechy – X2 ($r = -0,02$; $p = 0,66$).

W odniesieniu do podskal istotne korelacje z lękiem określanym jako stan stwierdzono dla podskali:

- Komunikowanie ($r = -0,14$; $p = 0,007$)
- Zaufanie ($r = -0,13$; $p = 0,015$)
- Środowisko ($r = -0,15$; $p = 0,003$).

W wyniku analiz uzupełniających wykazano istotną statystycznie korelację pomiędzy nasileniem lęku jako stanu (X1) a poczuciem satysfakcji z zastosowanego sposobu zwalczania bólu pooperacyjnego ($r = -0,11$; $p = 0,03$). Pacjenci, którzy odczuwali wyższy poziom lęku jako stanu (X1) byli mniej zadowoleni z zastosowanego sposobu uśmierzania bólu. W przypadku lęku jako cechy ($r = 0,07$; $p = 0,15$) istotnej korelacji nie odnotowano.

Odczuwane w momencie badania dolegliwości bólowe nie wykazały związku z poziomem odczuwanego zarówno lęku jako stanu – X1 ($r = 0,06$; $p = 0,24$) i jako cechy – X2 ($r = 0,03$; $p = 0,50$).

Poczucie satysfakcji z zastosowanego sposobu zwalczania bólu a ogólna ocena jakości opieki pielęgniarskiej

Stwierdzono istotną statystycznie korelację pomiędzy zadowoleniem pacjenta z zastosowanego sposobu uśmierzania bólu pooperacyjnego a ogólną oceną jakości opieki pielęgniarskiej ($r = 0,39$; $p = 0,000$). Pacjenci zadowoleni z zastosowanego sposobu zwalczania bólu wyżej oceniali jakość opieki pielęgniarskiej niż pacjenci niezadowoleni.

6.6. Ocena jakości opieki pielęgniarskiej według Skali Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym w grupie pielęgniarek

Średni wynik ogólny dla całości Skali Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym w opinii badanych pielęgniarek wyniósł 48,76 pkt. i nie osiągnął pożądanej minimalnej punktacji – 54 pkt. W zakresie poszczególnych podskal również nie osiągnięto pożądanej minimalnej punktacji (por. tab.11).

W podskali Komunikowanie najniższą punktację uzyskało stwierdzenie dotyczące informowania pacjenta o sposobach zwalczania bólu pooperacyjnego (3,36 pkt.).

W podskali Działanie dwa stwierdzenia – dotyczące pomocy pacjentowi w znalezieniu wygodnej pozycji w łóżku, która pozwoliłaby zmniejszyć dolegliwości bólowe oraz zainteresowania w momencie zauważenia pozawerbalnych oznak bólu, takich jak niepokój czy przyspieszony oddech – uzyskały pożądaną punktację. Najniższą punktację uzyskało stwierdzenie dotyczące oceny nasilenia dolegliwości bólowych na skali bólu, co potwierdza odsetek pielęgniarek negatywnie odpowiadających na to stwierdzenie i przyznających mu 1 lub 2 punkty.

W podskali Zaufanie najniżej został oceniony aspekt związany z podawaniem leków przeciwbólowych wtedy, kiedy pacjent nie zawsze o nie prosił (4,23 pkt.). Najwyżej w tej podskali został oceniony aspekt opieki związany z pomocą pacjentowi w zwalczaniu bólu, do momentu ustąpienia dolegliwości (4,51pkt.).

W podskali Środowisko pielęgniarki najniżej oceniały aspekt związany z wystarczającą liczbą personelu na dyżurach (3,19 pkt.). Najwyżej został oceniony aspekt opieki związany z zapewnieniem choremu odpowiednich warunków snu i odpoczynku. Szczegółową punktację uzyskaną przez pielęgniarki przedstawia tabela 11.

Tabela 11. Ocena jakości opieki według Skali Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym w grupie pielęgniarek

PODSKALE	Średnia	SD	n (%) osób z pkt. 1 lub 2
Wynik ogólny (zakres skali 12–60) [54 pkt.*]	48,76	5,31	
KOMUNIKOWANIE (zakres skali 1–5) [4,5 pkt.*]	3,36	1,35	
1. Przed operacją poinformowałam pacjenta o sposobie zwalczania bólu, jaki będzie mu zaoferowany po zabiegu	3,36	1,35	41 (27,73)
11. Kiedy pielęgniarki przychodzą na dyżur wiedzą wszystko na temat mojego bólu i sposobu, w jaki był zwalczany	–	–	–
14. Pielęgniarki i lekarze współpracują w leczeniu mojego bólu	–	–	–
DZIAŁANIE (zakres skali 4–20) [18 pkt.*]	15,95	2,27	
2. Po operacji rozmawiałam z pacjentem o tym, jakby chciał, aby jego ból był zwalczany	3,63	1,33	32 (21,33)
3. Pacjent otrzymał pomoc w znalezieniu wygodnej pozycji w łóżku, która pozwoliła mu uniknąć bólu lub zmniejszyła dolegliwości	4,81	0,39	0,00
6. Pytałam pacjenta, czy nie ma dolegliwości bólowych, gdy zauważyłam, że był niespokojny, głęboko oddychał, zmieniał pozycję	4,61	0,71	5 (3,47)
7. Prosiłam pacjenta o określenie w skali od 1 do 10 poziomu bólu co najmniej raz rano, wieczorem i w południe	2,90	1,41	65 (43,73)
ZAUFANIE (zakres skali 4–20) [18 pkt.*]	17,42	2,04	
5. Nawet jeśli nie zawsze pacjent prosił, to otrzymywał leki przeciwbólowe	4,23	0,92	8 (5,33)
8. Pomagałam pacjentowi w uśmierzaniu bólu, dopóki nie odczuł ulgi	4,51	0,61	0,00
12. Posiadam wiedzę na temat uśmierzania bólu	4,26	0,79	5 (3,47)
13. Wierzę pacjentowi, gdy mówi, że odczuwa ból	4,46	0,68	1 (1,49)
ŚRODOWISKO (zakres skali 3–15) [13,5 pkt.*]	12,00	2,06	
4. Zapewniłam pacjentowi ciszę i spokój, aby miał spokojny sen	4,52	0,59	0,00
9. Zapewniłam pacjentowi miły/przyjazny pokój	4,28	0,78	2 (2,98)
10. Na dyżurze jest wystarczająca liczba pielęgniarek, aby szybko zareagować na prośbę pacjenta o uśmierzenie bólu	3,19	1,34	54 (36,53)

[*] pożądana minimalna punktacja

Każda z pielęgniarek sprawujących opiekę nad pacjentem dokonywała indywidualnie wobec każdego z nich oceny nasilenia dolegliwości bólowych na 11-stopniowej skali, gdzie przyznanie 0 pkt. – oznaczało brak bólu, natomiast przyznanie 10 pkt. – ból nie do zniesienia.

Średnie nasilenie tych dolegliwości wynosiło 3,18 pkt. Najsilniejszy ból wyrażony w punktach w ciągu 24 godzin po zabiegu w opinii pielęgniarek wyniósł 5,30 pkt., a najmniejszy 2,64 pkt. Uzyskane wyniki zestawiono w tabeli 12.

Tabela 12. Ocena nasilenia dolegliwości bólowych przez pielęgniarki

Aspekty oceny	Zakres skali	Średnia	SD	Min. – maks.
Aktualne nasilenie bólu	0–10	3,18	1,89	0–10
Największe nasilenie dolegliwości bólowych w ciągu ostatnich 24 godzin po operacji	0–10	5,30	1,80	1–10
Najmniejsze nasilenie dolegliwości bólowych w ciągu ostatnich 24 godzin po operacji	0–10	2,64	1,61	0–10

6.6.1. Analiza zależności pomiędzy oceną jakości opieki a możliwymi czynnikami determinującymi tę ocenę

Poziom referencyjny szpitala

Nie stwierdzono istotnych statystycznie zależności pomiędzy oceną jakości opieki pielęgniarskiej a poziomem referencyjnym szpitala zarówno dla wyniku ogólnego ($H = 0,70$; $p = 0,07$), jak i poszczególnych podskal:

- Komunikowanie ($H = 2,99$; $p = 0,22$)
- Działanie ($H = 0,16$; $p = 0,92$)
- Zaufanie ($H = 3,60$, $p = 0,16$)
- Środowisko ($H=3,20$; $p= 0,20$).

Typ oddziału

Stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy wynikiem ogólnym skali a typem oddziału ($H = 11,81$; $p = 0,001$). Stwierdzono również istotne statystycznie zależności w zakresie poszczególnych podskal, które zestawiono w tabeli 13.

Tabela 13. Wartości średnie (SD) dla wyniku ogólnego i podskal w poszczególnych oddziałach

Podskale	Zakres skali	Oddział chirurgiczny A	Oddział ortopedyczny B	Oddział ginekologiczny C	Test post-hoc
Wynik ogólny	12–60	48,85 (4,86)	47,86 (5,73)	50,26 (5,02)	p = 0,00 B vs. C
Komunikowanie	1–5	3,03 (1,48)	3,42 (1,25)	3,86 (1,07)	p = 0,00 A vs. C
Działanie	4–20	15,83 (2,03)	15,74 (2,57)	16,59 (2,03)	p = 0,03 B vs. C
Zaufanie	4–20	17,82 (1,88)	17,17 (1,96)	17,14 (2,38)	p = 0,02 C vs. A.
Środowisko	3–15	12,20 (1,62)	11,52 (2,40)	12,53 (1,95)	p = 0,00 B vs. C

p – poziom istotności

6.7. Różnice w ocenie jakości opieki pielęgniarskiej pomiędzy grupą pacjentów i pielęgniarek

Średni wynik skali KWJPBP uzyskany przez pacjentów (48,46 pkt.) nie różnił się istotnie od wyniku ogólnego uzyskanego przez badane pielęgniarki (48,76 pkt.). Różnice dotyczyły natomiast dwóch spośród trzech porównywanych podskal.

W podskali Działanie wszystkie aspekty opieki zostały ocenione wyżej przez pielęgniarki sprawujące opiekę nad chorymi niż przez pacjentów.

Podskala Środowisko została z kolei oceniona lepiej przez pacjentów. Dotyczyło to dwóch spośród trzech stwierdzeń. Stwierdzenie dotyczące zapewnienia odpowiednich warunków snu i odpoczynku zostało ocenione podobnie zarówno przez pacjentów (4,51 pkt.) jak i pielęgniarki (4,52 pkt.).

Różnice dotyczyły również oceny nasilenia dolegliwości bólowych odczuwanych po zabiegu chirurgicznym. Pielęgniarki niżej niż pacjenci oceniali najsilniejsze dolegliwości bólowe odczuwane w ciągu 24 godzin po zabiegu, z kolei wyżej oceniali nasilenie aktualnych dolegliwości bólowych, tzn. odczuwanych w momencie badania. Oceniły ból pacjentów na silniejszy, niż zrobili to sami chorzy.

Różnice w ocenie jakości opieki pielęgniarskiej pomiędzy badaną grupą pacjentów i pielęgniarek ilustruje tabela 14.

Tabela 14. Różnice w ocenie jakości opieki dla wyniku ogólnego i poszczególnych podskal

	Zakres skali	Średnia punktacja w grupie pacjentów (SD)	Zakres skali	Średnia punktacja w grupie pielęgniarek (SD)	Test Wilcoxon
Wynik ogólny	12–60	48,46 (9,86)	12–60	48,76 (5,31)	0,95
Podskale					
Komunikowanie	3–15	12,29 (2,56)	1–5	3,36 (1,35)	–
Działanie	4–20	14,53 (3,78)	4–20	15,95 (2,27)	0,00
Zaufanie	4–20	17,60 (2,84)	4–20	17,42 (2,04)	0,09
Środowisko	3–15	12,92 (2,36)	3–15	12,00 (2,06)	0,00
Aktualne nasilenie bólu	0–10	1,91 (1,93)	0–10	3,18 (1,89)	0,000
Najsilniejsze dolegliwości bólowe w ciągu ostatnich 24 godzin po operacji	0–10	5,60 (2,18)	0–10	5,30 (1,80)	0,018
Najmniejsze dolegliwości bólowe w ciągu ostatnich 24 godzin po operacji	0–10	2,54 (1,47)	0–10	2,64 (1,61)	0,707
Poczucie zadowolenia z zastosowanego sposobu uśmierzania bólu pooperacyjnego	0–10	8,80 (1,41)	–	–	

Z uwagi na fakt, że stwierdzone różnice mogłyby częściowo wynikać z pseudokorelacji, o czym wspomina Idvall (2005), dla kontroli tego zakłócenia wykonano analizę regresji liniowej. Przeanalizowano następujące zmienne: stwierdzenie dotyczące odczuwania najsilniejszych dolegliwości bólowych w ciągu ostatnich 24 godzin po operacji, podskale Działanie, Zaufanie oraz Środowisko. Zmienną zależną w tej analizie były różnice pomiędzy ocenami pielęgniarek i chorych, natomiast zmiennymi niezależnymi były średnie ocen pielęgniarek i pacjentów. Uzyskane wyniki przedstawiono w tabeli 15.

Tabela 15. Analiza regresji liniowej

Stwierdzenia/podskale	n	B	R	p
Najsilniejszy ból odczuwany w ciągu 24 godzin po zabiegu	375	0,40	0,48	0,00
Działanie	371	0,65	0,11	0,04
Zaufanie	371	0,00	0,00	0,99
Środowisko	371	0,03	0,04	0,49

B – standaryzowany współczynnik regresji; R – współczynnik korelacji Pearsona; p – poziom istotności

Uzyskane wyniki potwierdziły istnienie istotnych statystycznie różnic w ocenie jakości opieki pielęgniarstwa w opinii pacjentów i pielęgniarek w zakresie podskali: Działanie oraz nasilenia dolegliwości bólowych odczuwanych w ciągu 24 godzin po operacji.

6.8. Ocena jakości opieki pielęgniarstwa po wypisie ze szpitala

Wynik ogólny Skali Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym po zakończeniu hospitalizacji wyniósł 49,73 pkt i nie osiągnął pożądanej minimalnej wartości (por. tab. 16). Również w zakresie poszczególnych podskal sytuacja była podobna.

W podskali Komunikowanie najniższą punktację uzyskało stwierdzenie dotyczące informowania chorych o możliwych sposobach uśmierzenia bólu pooperacyjnego.

W podskali Działanie pacjenci najniżej ocenili aspekt związany z oceną nasilenia dolegliwości bólowych przez personel na skali bólu oraz możliwością współdecydowania o sposobie jego zwalczania po operacji.

W podskali Zaufanie najniżej zostało ocenione stwierdzenie dotyczące otrzymywania leków przeciwbólowych nawet w sytuacji, kiedy pacjent nie zgłaszał bólu.

W podskali Środowisko najniżej został oceniony aspekt opieki związany z wystarczającą liczbą personelu na dyżurach.

Szczegółową ocenę jakości opieki pielęgniarstwa po wypisie ze szpitala ilustruje tabela 16.

Tabela 16. Ocena jakości opieki pielęgniarskiej po wypisie ze szpitala za pomocą Skali Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym

PODSKALE	Średnia	SD	n (%) pacjentów z pkt. 1 lub 2
Wynik ogólny (14–70) [63 pkt.*]	49,73	14,09	
KOMUNIKOWANIE (zakres skali 3–15) [13,5 pkt.*]	10,45	3,23	
1. Przed operacją zostałem poinformowany o sposobie zwalczania bólu, jaki będzie mi zaoferowany po zabiegu	2,84	1,65	58 (48,74)
11. Kiedy pielęgniarki przychodzą na dyżur wiedzą wszystko na temat mojego bólu i sposobu, w jaki był zwalczany	3,81	1,19	19 (15,97)
14. Pielęgniarki i lekarze współpracują w leczeniu mojego bólu	3,86	1,24	20 (16,81)
DZIAŁANIE (zakres skali 4–20) [18 pkt.*]	12,26	4,72	
2. Po operacji rozmawiałem z pielęgniarką o tym, jak chciałbym, aby mój ból był zwalczany	2,81	1,47	57 (47,9)
3. Otrzymałem pomoc w znalezieniu wygodnej pozycji w łóżku, która pozwoliła uniknąć bólu lub zmniejszyła dolegliwości	3,87	1,26	20 (16,81)
6. Personel pytał mnie, czy nie mam dolegliwości bólowych, gdy zauważał, że byłem niespokojny, głęboko oddychałem, zmieniałem pozycję	3,08	1,50	47 (39,5)
7. Członkowie personelu prosili mnie o określenie w skali od 1 do 10 poziomu bólu co najmniej raz rano, wieczorem i w południe	2,55	1,44	64 (53,78)
ZAUFAŃIE (zakres skali 4–20) [18 pkt.*]	15,29	4,18	
5. Nawet jeśli nie zawsze prosiłem, to otrzymywałem leki przeciwbólowe	3,70	1,40	28 (23,53)
8. Pielęgniarki pomagały mi w uśmierzaniu bólu, dopóki nie odczuwałem ulgi	3,90	1,14	17 (14,29)
12. Pielęgniarki posiadają wiedzę na temat uśmierzania bólu	3,86	1,16	19 (15,97)
13. Pielęgniarki wierzyły mi, gdy mówiłem im, że mnie boli	3,81	1,23	21 (17,65)
ŚRODOWISKO (zakres skali 3–15) [13,5 pkt.*]	11,71	3,07	
4. Zapewniono mi ciszę i spokój, abym miał spokojny sen	4,00	1,12	15 (12,6)
9. Miałem miły/przyjazny pokój	4,13	1,00	11 (9,24)
10. Na dyżurze jest wystarczająca liczba pielęgniarek, aby szybko zareagować na moją prośbę o uśmierzenie bólu	3,55	1,42	34 (28,57)

[*] pożądana minimalna punktacja

Poczucie zadowolenia z zastosowanego sposobu uśmierzania bólu pooperacyjnego po wypisie ze szpitala zostało ocenione na 7,84 (SD 1,72) pkt.

6.9. Różnice w ocenie jakości opieki w trakcie hospitalizacji i po wypisie w grupie pacjentów

Zarówno dla wyniku ogólnego skali, jak i poszczególnych podskal wykazano różnice w ocenie jakości opieki pielęgniarskiej w trakcie hospitalizacji i po jej zakończeniu. Ocena jakości opieki po wypisie ze szpitala była istotnie niższa. Różnice dotyczyły również zadowolenia z zastosowanego sposobu zwalczania bólu pooperacyjnego. Uzyskane wyniki przedstawiono w tabeli 17.

Tabela 17. Różnice w ocenie jakości opieki dla wyniku ogólnego i poszczególnych podskal w trakcie hospitalizacji i po wypisie w grupie pacjentów

	Zakres skali	Średnia punktacja w badaniu I (SD)	Średnia punktacja w badaniu II (SD)	Test Wilcoxon
Wynik ogólny	14–70	55,73 (9,90)	49,73 (14,09)	0,000
Podskale				
Komunikowanie	3–15	11,91 (2,64)	10,45 (3,23)	0,000
Działanie	4–20	13,64 (3,93)	12,26 (4,72)	0,017
Zaufanie	4–20	17,34 (2,96)	15,28 (4,18)	0,000
Środowisko	3–15	12,77 (2,29)	11,71 (3,07)	0,003
Aktualne nasilenie bólu	0–10	1,91 (1,93)	–	–
Najsilniejsze dolegliwości bólowe w ciągu ostatnich 24 godzin po operacji	0–10	5,60 (2,18)	–	–
Najmniejsze dolegliwości bólowe w ciągu ostatnich 24 godzin po operacji	0–10	2,54 (1,47)	–	–
Poczucie zadowolenia z zastosowanego sposobu uśmierzania bólu pooperacyjnego	0–10	8,70 (1,44)	7,84 (1,72)	0,000

6.10. Analiza korelacji pomiędzy oceną jakości opieki za pomocą Skali Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym i Kwestionariusza Zadolenia Pacjenta z Jakości Opieki Pielęgniarskiej

Stwierdzono istotne statystycznie korelacje pomiędzy oceną jakości opieki dokonaną za pomocą obu zastosowanych skal. Uzyskane wartości współczynnika korelacji wahały się od 0,33 do 0,47. Szczegółowe wartości zestawiono w tabeli 18.

Tabela 18. Korelacje pomiędzy SKWJPBP i KZPJOP

	Wynik ogólny skali KWJPBP	Komunikowanie	Działanie	Zaufanie	Środowisko
Wynik ogólny KZPJOP	R = 0,47 p = 0,00	R = 0,47 p = 0,00	R = 0,39 p = 0,00	R = 0,33 p = 0,00	R = 0,38 p = 0,00

R – współczynnik korelacji Spearmana

7. OMÓWIENIE WYNIKÓW I DYSKUSJA

Pierwsza ocena jakości opieki pielęgniarskiej została dokonana w pierwszej i drugiej dobie po zabiegu operacyjnym, czyli wtedy, kiedy dolegliwości bólowe zazwyczaj są silniejsze (Montes-Sandoval, 1999), a problem ich zwalczania najistotniejszy.

Jakość opieki pielęgniarskiej w opinii chorych

Ogólna ocena jakości opieki pielęgniarskiej w opinii wielu badaczy jest wysoka, jednak w przypadku analiz szczegółowych oceny te są już bardziej zróżnicowane (Idvall i wsp., 2002, 2005; Han i wsp., 2003; Laschinger i wsp., 2005; Peterson i wsp., 2005; Mohanan i wsp., 2010; Sierpińska i wsp., 2011).

W przeprowadzonych badaniach jakość opieki była na poziomie średnim i w świetle kryteriów zastosowanej skali w niektórych obszarach wymagałaby poprawy. Zbliżone wyniki w swoich badaniach uzyskali również inni autorzy (Idvall i wsp., 2002; Jaracz i wsp., 2005; Bączyk i wsp., 2009).

Biorąc pod uwagę poszczególne obszary oceny stwierdzono, że w podskali Komunikowanie najniżej zostały ocenione aspekty opieki związane z informowaniem pacjenta o możliwych sposobach zwalczania bólu po operacji. Odsetek pacjentów negatywnie oceniających ten aspekt opieki wynosił 35%. W badaniach Jaracz i wsp. (2005) wyniósł on 40%, a w badaniach Bączyk (2009) 24%. Powyższe dane wskazują na potrzebę udzielania chorym bardziej wyczerpujących informacji dotyczących postępowania przeciwbólowego po operacji. Na problem niedostatecznego informowania chorych nie tylko o postępowaniu przeciwbólowym, ale i czekających chorych badań i zabiegów oraz sposobu przygotowania do nich zwrócili uwagę w swoich badaniach inni autorzy (Laschinger i wsp., 2005; Kuźmicz, 2003). Według Kuźmicz (2003) tylko 28,3% badanych stwierdziło, że informacje, jakie otrzymali od pielęgniarek były wystarczające.

Inni autorzy, w tym McColl i wsp. (1996), Schmidt i wsp. (2003), dostrzegli również, że pielęgniarki zbyt mało czasu poświęcają na rozmowę z pacjentami, a skupiają się na wykonywaniu czynności instrumentalnych. Częściowo może to wynikać z niedostatecznej umiejętności komunikacji z pacjentami, co potwierdziły badania przeprowadzone przez Hussain i wsp. (2007), w których 90% pacjentów nie czuło się komfortowo rozmawiając z personelem pielęgniarskim. Udzielanie wyczerpujących informacji przed operacją, daje pozytywne efekty w zwalczaniu bólu pooperacyjnego i pozytywnie wpływa na formułowane przez pacjentów oceny dotyczące satysfakcji z opieki, o czym informują m.in.: Sjolting i wsp., 2003 oraz Stomberg, 2003.

W podskali Działanie najniższe oceny uzyskały stwierdzenia dotyczące możliwości współdecydowania o sposobach zwalczania bólu pooperacyjnego oraz pomiaru nasilenia dolegliwości bólowych za pomocą skali bólu przez personel. Zbliżone wyniki uzyskali autorzy badań szwedzkich i serbskich (Idvall i wsp., 2002; Milutinovic i wsp., 2009), co wskazuje, że problem oceny bólu nie dotyczy tylko warunków polskich. Zastanawiający jest jednak fakt, że prawie połowa (47,73%) badanych twierdziła, że personel pielęgniarski dokonywał u niej oceny nasilenia dolegliwości bólowych, mimo że w praktyce klinicznej, takie pomiary na oddziałach zabiegowych dokonywane są raczej rzadko. Regularna ocena bólu dokonywana jest głównie w szpitalach posiadających lub ubiegających się o certyfikat „szpital bez bólu”, o czym szerzej pisano we wstępie pracy.

W podskali Zaufanie uzyskano ocenę zbliżoną (17,6 pkt.) do pożądaną, co świadczyłoby o tym, że poziom opieki w aspekcie zaufania do personelu sprawującego opiekę nad pacjentami był zadowolający. W badaniach prowadzonych przez innych autorów również uzyskano w tej podskali pożądaną minimalną punktację – Jaracz i wsp. 18,50 pkt., Bączyk i wsp. 18,99 pkt. Najniżej w tym obszarze (4,27 pkt.) zostało ocenione stwierdzenie dotyczące podawania środków przeciwbólowych zanim chorzy zaczną odczuwać ból. Uzyskany wynik może wskazywać, że w placówkach, w których prowadzono badania leki przeciwbólowe podawane były dopiero wtedy, kiedy pacjent zgłaszał ból.

W podskali Środowisko najniżej został oceniony aspekt opieki związany z liczbą pielęgniarek na dyżurach (3,93 pkt.). Swoje niezadowolenie w tym obszarze wyraziło 16,8% pacjentów. Brak odpowiedniej liczby personelu na dyżurach powoduje wydłużenie czasu oczekiwania na środki przeciwbólowe, a tym samym przyczynia się do odczuwania silniejszych dolegliwości bólowych. Problem niewystarczającej liczby personelu pielęgniarskiego na dyżurach potwierdzają również badania przeprowadzone przez Jankowiak (2000). Badania przeprowadzone przez Idvall i wsp. (2004) nie potwierdziły natomiast istnienia w Szwecji zauważonego w badaniach własnych problemu. Pozostałe aspekty opieki w tym obszarze związane z zapewnieniem odpowiednich warunków szpitalnych zostały ocenione jako zadowolające. W badaniach Idvall i wsp. (2004), Jaracz i wsp. (2005) oraz Bączyk i wsp. (2009) te obszary opieki zostały ocenione także wysoko. Podobne wyniki, w odniesieniu do zapewnienia warunków hotelowych przez szpital, w swoich badaniach uzyskał również Wasilewski (2008). Warunki sanitarne, sale chorych i ich wyposażenie oraz wygoda i stan techniczny pomieszczeń zostały ocenione wysoko również w badaniach przeprowadzonych przez Miller i wsp. (2008).

Poczucie zadowolenia z zastosowanego sposobu uśmierzania bólu pooperacyjnego w opinii badanych chorych na 11-stopniowej skali wynosiło średnio 8,80 pkt. Najwyższa liczba punktów przyznanych przez badanych wynosiła 10, a najniższa 5. Zbliżone wartości otrzymali

inni autorzy: Jaracz i wsp. (2005) – 8,64 pkt., a wyższe Bączyk i wsp. (2009) – 9,31pkt. Podobne wyniki uzyskała w swoich badaniach również Idvall i wsp. – 8,7 pkt. Pacjenci usatysfakcjonowani zastosowaną terapią przeciwbólową wyżej oceniali jakość opieki pielęgniarskiej. Wysokie poczucie zadowolenia z zastosowanego sposobu zwalczania bólu kooperacyjnego świadczy o tym, że prowadzona terapia przeciwbólowa wobec większości badanych chorych była skuteczna.

Różnice w ocenie jakości opieki w grupie pacjentów i pielęgniarek

Ogólna ocena jakości opieki pielęgniarskiej w grupie pacjentów i pielęgniarek różniła się nieznacznie i nie była istotna statystycznie. Wynosiła ona odpowiednio dla pacjentów 48,46 pkt., dla pielęgniarek 48,76 pkt., co może świadczyć o tym, że poziom jakości opieki pielęgniarskiej, w świetle kryteriów zastosowanych skal, również w ocenie pielęgniarek, nie był w pełni zadowalający. Istotne różnice dotyczyły natomiast dwóch spośród trzech porównywanych obszarów: Działanie i Środowisko.

Pielęgniarki wyżej niż pacjenci oceniły aspekty opieki związane z obszarem Działanie. Istotne różnice dotyczyły stwierdzeń, które odnosiły się do oceny nasilenia dolegliwości bólowych na skali bólu przez personel oraz udzielania pomocy w złagodzeniu dolegliwości bólowych, w przypadku zauważenia przez personel, że pacjent cierpi z powodu bólu. Codzienna praktyka kliniczna zdaje się potwierdzać te dane, gdyż, jak już wspomniano, ocena bólu na skali bólu u pacjentów po operacjach dokonywana jest stosunkowo rzadko. Potwierdzają to wyniki badań uzyskane przez Schaufheutle i wsp. (2001), Dihle i wsp. (2006), Ene i wsp. (2008), w których wykazano, że pielęgniarki do oceny nasilenia dolegliwości bólowych u chorych po operacjach bardzo rzadko używają skal bólu. Częściej w tej ocenie kierują się swoimi spostrzeżeniami i komunikatami od chorych. Jak podkreślają Sjostrom i wsp. (1997), Manias i wsp. (2005), Dihle i wsp. (2006) ewaluacja bólu dokonywana w ten sposób przez pielęgniarki może być niedoszacowana lub przeszacowana, jak również może utrudniać ocenę stopniowego nasilenia się lub ustępowania dolegliwości bólowych u chorych po operacjach. Same pielęgniarki w badaniach przeprowadzonych przez Diehle i wsp. (2006) przyznają się do faktu nieregularnej oceny bólu u chorych po operacjach. Warto jednak zaznaczyć, że w badaniach przeprowadzonych przez Strode i wsp. (2009) wśród pacjentów po operacjach, 41% pielęgniarek deklarowało, że dokonuje systematycznej oceny nasilenia dolegliwości bólowych u pacjentów po zabiegach chirurgicznych (Strode i wsp., 2009).

Obszar opieki Środowisko został oceniony wyżej przez pacjentów niż przez pielęgniarki. Istotne różnice w tym obszarze dotyczyły odpowiedniej liczby personelu na dyżurach, aby możliwe było szybkie zareagowanie na prośbę chorego o uśmierzenie bólu (pacjenci 3,93 pkt. vs.

pielęgniarki 3,19 pkt.). W badaniach Idvall i wsp. (2002c) wykazano podobne różnice dotyczące liczby personelu na dyżurach (pacjenci 4,7 pkt. vs. pielęgniarki 4,1 pkt.), aczkolwiek uzyskane wartości zarówno wśród pacjentów, jak i pielęgniarek były wyższe i wskazywały na zadowalający poziom jakości opieki. Na brak wystarczającej liczby personelu, jako istotną przyczynę nieefektywnego zwalczania bólu po operacji, zwrócili uwagę Schaufheutle i wsp. (2001) oraz Manias i wsp. (2005).

Przeprowadzone badania wykazały różnice w formułowaniu ocen dotyczących jakości opieki pielęgniarskiej, wśród pielęgniarek, w zależności od typu oddziału. Pielęgniarki oddziałów ortopedycznych niżej niż pozostałe oceniały jakość opieki zarówno dla wyniku ogólnego, jak i poszczególnych podskal. W grupie pacjentów, najniższe oceny pochodziły natomiast z oddziałów ginekologicznych, przy czym dotyczyły one tylko podskali Zaufanie. Interpretując ten wynik można przypuszczać, że w opinii pielęgniarek pacjenci oddziałów ortopedycznych doznają po zabiegach silniejszych dolegliwości bólowych niż pozostali i trudniej jest ten ból uśmierzyć. Nie potwierdzają jednak tego wyniki uzyskane w grupie pacjentów. W literaturze jest mało danych dotyczących omawianego zagadnienia. Jedynie Gunningberg i wsp. (2007) wykazali różnice w ocenie jakości opieki wśród pacjentów. Chorzy oddziałów chirurgii ogólnej doświadczyli silniejszych dolegliwości bólowych po operacjach niż pacjenci oddziałów chirurgii klatki piersiowej.

Różnice oceny jakości opieki pomiędzy grupą badanych pielęgniarek i pacjentów dotyczyły również nasilenia dolegliwości bólowych odczuwanych po operacji. Nasilenie bólu u pacjentów po zabiegach chirurgicznych w momencie badania wynosiło 1,91 pkt., co oznacza, że prowadzona względem chorych terapia przeciwbólowa była skuteczna. Pielęgniarki jednak oceniły nasilenie bólu znacznie wyżej (3,2 pkt.). Odwrotna sytuacja wystąpiła w ewaluacji doznań bólowych w czasie 24 godzin po operacji, gdyż oceny pielęgniarek były wówczas niższe niż pacjentów. Badanie przeprowadzone przez Idvall i wsp. (2005) również wykazało różnicę w ocenie nasilenia dolegliwości bólowych w ciągu ostatnich 24 godzin po operacji. Pacjenci wyżej (5,2 pkt.) niż pielęgniarki (4,5 pkt.) oceniali odczuwane dolegliwości bólowe na oddziałach, na których prowadzono badania. Badania innych autorów (Salomon, 2001) wykazały podobne różnice w ocenie nasilenia dolegliwości bólowych pomiędzy pielęgniarkami i pacjentami. W badaniach Klopfenstein i wsp. (2000) prowadzonych również w pierwszej lub drugiej dobie po zabiegu operacyjnym wykazane różnice w ocenie bólu pomiędzy pielęgniarkami i pacjentami wskazywały, że pacjenci odczuwali ból silniejszy, niż sądziły pielęgniarki. Podobne rozbieżności zostały również dostrzeżone przez m.in. Adamsem i wsp. (2000) oraz Ene i wsp. (2008). Istnienie różnic w ocenie nasilenia dolegliwości bólowych między pacjentami i opiekującymi się nimi pielęgniarkami może być spowodowane brakiem systematycznej kontroli bólu, na co w swoich badaniach zwrócił uwagę Carr i wsp. (2005). Ponadto różnice te mogą wynikać

z deficytów wiedzy u pielęgniarek, na co zwracają uwagę Twycross (2002) i Schatheutle (2001) oraz Dihle i wsp. (2006). Warto jednak podkreślić, że odnotowana w tych samych badaniach samoocena wiedzy wśród pielęgniarek była wysoka – 97% z nich deklarowało posiadanie odpowiedniej wiedzy w tym zakresie.

Czynniki wpływające na ocenę jakości opieki pielęgniarstwa w grupie pacjentów

Spośród analizowanych czynników mogących wpływać na ocenę jakości opieki pielęgniarstwa trzy okazały się istotne zarówno dla wyniku ogólnego jak i dla podskal (lęk, zgodność pomiędzy bólem oczekiwanym a doznawanym i satysfakcja z postępowania przeciwbólowego, poziom referencyjny szpitala), dwa – tylko dla podskal (wiek i rodzaj oddziały).

Pierwszym z głównych istotnych czynników determinujących ocenę jakości opieki był poziom lęku pooperacyjnego. Badanie wykazało, że blisko połowa pacjentów (38%) doświadczyła podwyższonych objawów lękowych, związanych z doświadczaną sytuacją. Uważa się, że odpowiednie postępowanie przeciwbólowe powoduje obniżenie lęku. Zwrócili na to uwagę m.in. Nelson i wsp. (1998), którzy wykazali, że ból i lęk u chorych operowanych często występują razem i mogą na siebie oddziaływać. Lęk może zwiększać odczuwanie bólu, z kolei ból powoduje narastanie lęku, co w efekcie może mieć wpływ na ocenę jakości opieki (Nelson i wsp., 1998; Greszta i wsp., 2008). W przeprowadzonych badaniach nie odnotowano istotnej korelacji pomiędzy nasileniem lęku i bólu, natomiast zaobserwowano istnienie zależności pomiędzy nasileniem lęku a oceną jakości opieki. Potwierdzają to również wcześniejsze doniesienia innych badaczy, w których również wykazano, że pacjenci, u których odnotowano wyższy poziom lęku pooperacyjnego niż oceniali jakość opieki pielęgniarstwa (Andruszkiewicz i wsp., 2005; Bączyk i wsp., 2005).

Drugim głównym czynnikiem wykazującym zależność z oceną jakości opieki było oczekiwane nasilenie bólu pooperacyjnego przez zabiegiem. Pacjenci, którzy po zabiegu operacyjnym odczuwali ból silniejszy niż się spodziewali gorzej oceniali jakość opieki pielęgniarstwa. Podobne wyniki uzyskali Jaracz i wsp. (2005), Idvall i wsp. (2002a). Istnienie powyższej zależności wskazuje na istotną rolę przygotowania psychicznego chorego do operacji, jak również wsparcia psychicznego w okresie pooperacyjnym. Zaobserwowana również w badaniu istotna zależność pomiędzy oceną jakości opieki pooperacyjnej, a satysfakcją ze sposobu zwalczania bólu pooperacyjnego jest wyrazem spójności obu tych czynników, stanowiących prawdopodobnie wskaźniki tego samego zjawiska (latentnego).

Trzecim najistotniejszym czynnikiem mającym wpływ na zróżnicowanie oceny jakości opieki był poziom referencyjny szpitala. Pacjenci szpitala o I poziomie referencyjnym podobnie oceniali jakość opieki jak pacjenci placówki o III poziomie referencji, natomiast oceny chorych hospitalizowanych w placówkach o II poziomie referencji były istotnie niższe. Stwier-

dzona różnica może wynikać z faktu uczestnictwa personelu szpitala (zarówno lekarzy jak i pielęgniarek) o I poziomie referencji w cyklu szkoleń dotyczących postępowania przeciwbólowego u chorych po operacjach w ramach programu „Szpital bez bólu”, do którego placówka ta wyraziła chęć przystąpienia. Stosunkowo wysokie oceny pacjentów szpitala o III poziomie referencji mogły wynikać natomiast relatywnie z mniejszych oczekiwań odnośnie jakości opieki szpitalnej. Należy jednak podkreślić, że wyjaśnienie to ma jedynie charakter przypuszczenia, gdyż zebrane dane empiryczne nie pozwalają na jednoznaczną odpowiedź.

Czynnikiem, który wykazał istotną dodatnią korelację z oceną jakości opieki pielęgniarskiej jedynie w zakresie podskal (dla podskal Działanie i Zaufanie) był wiek pacjentów. Uzyskany wynik potwierdził wcześniejsze doniesienia innych autorów, wskazujące że starsi pacjenci przejawiają tendencje do bardziej pozytywnych ocen dotyczących jakości opieki (Uzun, 2001; Stomberg i wsp., 2003; Peterson i wsp., 2005). Rodzaj oddziału jako kolejny istotny czynnik dla podskal, został omówiony wcześniej.

Płeć, rodzaj i metoda zabiegu operacyjnego, sposób zastosowanego znieczulenia, wykształcenie oraz wcześniejsze doświadczenia chorych nie wykazały zależności z oceną jakości opieki pielęgniarskiej w przeprowadzonych badaniach. W obserwacjach Jaracz i wsp. (2005) i Grochans (2011) również nie stwierdzono istnienia takich zależności, natomiast w badaniach Żakowskiej i wsp. (2009) wyższe wykształcenie predysponowało do formułowania wyższych ocen.

Różnice w ocenie jakości opieki w trakcie hospitalizacji i po wypisie ze szpitala

Przeprowadzone badania wykazały istotne różnice w ocenie jakości opieki pielęgniarskiej dokonywanej w trakcie hospitalizacji i po wypisie ze szpitala. Po zakończeniu hospitalizacji te oceny były niższe. W żadnej z podskali nie uzyskano pożądanej minimalnej punktacji. Dotyczyło to również oceny ogólnej oraz poszczególnych stwierdzeń skali. Żadne z nich nie otrzymało punktacji, która wskazywałaby na to, że poziom jakości opieki pielęgniarskiej był zadowalający. Najniżej zostały ocenione: aspekty opieki związane z informowaniem chorych o możliwych sposobach zwalczania bólu po operacji, możliwością współdecydowania o formie uśmierzenia bólu oraz oceną nasilenia dolegliwości bólowych przez personel na skali bólu. Warto wspomnieć, że te same aspekty opieki zostały najniżej ocenione już w badaniu pierwszym. Stwierdzone w badaniu różnice, związane z wpływem czasu, mogą wskazywać na to, że pacjenci, mimo anonimowości ankiet, obawiają się zidentyfikowania np. poprzez płeć, wiek, typ oddziału czy rodzaj zabiegu. Po powrocie do domu mogą swobodniej, niekiedy bardziej krytycznie oceniać opiekę, jaką otrzymali w czasie pobytu w szpitalu. Na ocenę tej opieki po wypisie ze szpitala mają wpływ opinie znajomych czy rodziny, któ-

rzy wcześniej byli hospitalizowani oraz media, co potwierdzają wyniki badań przeprowadzonych przez Samardakiewicz i wsp. (2008). Wykazano w nich, że na opinię 37,5% badanych, dotyczącą oceny opieki medycznej, miały wpływ media. Na formułowaną po opuszczeniu oddziału ocenę jakości opieki może mieć wpływ również poziom odczuwanego w domu bólu, ponieważ, jak wskazują przeprowadzone badania, część pacjentów odczuwała ból związany z przebytą operacją. Potwierdzają to również badania Leegaard i wsp. (2008, 2010), w których pacjentki po zabiegach kardiochirurgicznych po powrocie do domu odczuwały silne dolegliwości bólowe, zwłaszcza w ciągu dwóch pierwszych tygodni. W innych badaniach, przeprowadzonych po wypisie ze szpitala, odnotowano, że 60% chorych po operacjach po powrocie do domu odczuwało dolegliwości bólowe, a 20% z nich nie wiedziało, jak sobie z nimi poradzić (McDonald, 1999). Podobne dane dotyczące odczuwania bólu po powrocie do domu wśród osób starszych opublikował także Kemper (2002). Stwierdził on, że w pierwszym tygodniu po zabiegu 66% chorych odczuwało dolegliwości bólowe na poziomie 5 punktów (w skali od 0 do 10). Powyższe obserwacje wskazują, że istnieje potrzeba pełniejszej edukacji pacjentów w zakresie postępowania przeciwbólowego po powrocie do domu, wprowadzonej jeszcze w trakcie hospitalizacji. W piśmiennictwie niewiele jest badań dotyczących jakości opieki po opuszczeniu szpitala.

Jednym z nich są badania Kropornickiej i wsp. (2003), w których uzyskano wysoką ocenę jakości opieki po wypisie ze szpitala, mimo dostrzeżenia przez pacjentów braku pomocy ze strony pielęgniarek w rozwiązywaniu problemów pielęgnacyjnych (tak uważało 32% badanych) oraz braku dostępu do informacji (taką opinię wyraziło 37% ankietowanych).

Reasumując można stwierdzić, że dokonana w pracy własnej analiza różnic w ocenie jakości opieki związana z upływem czasu wskazuje, że warto bardziej krytycznie patrzeć na wyniki badań ogólnej oceny jakości opieki, z reguły prowadzone w trakcie hospitalizacji i najczęściej, niezmiennie wykazujące wysoki poziom zadowolenia badanych.

Dopełnieniem badań własnych oraz cytowanych autorów innych doniesień mogą być badania Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) w Warszawie, według których 75% Polaków jest niezadowolonych z opieki zdrowotnej. Najwięcej osób jest nieusatysfakcjonowanych z dostępności informacji na temat możliwości uzyskania pomocy medycznej. Jednakże warto zauważyć, że mimo ogólnego niezadowolenia respondenci pozytywnie oceniają warunki leczenia (66% uważa, że są dobre), troskę i życzliwość personelu (73%), oraz równe traktowanie przez specjalistów (Wądołowska, 2010).

8. WNIOSKI

1. Ogólna ocena jakości opieki pielęgniarskiej w zakresie bólu pooperacyjnego, zarówno wśród pacjentów, jak i pielęgniarek była na poziomie średnim, co wskazuje na potrzebę jej monitorowania i stałego udoskonalania.
2. Główne obszary jakości opieki, które według badań wymagałyby poprawy dotyczą informowania chorych o sposobach zwalczania bólu po operacji, ilościowej oceny nasilenia bólu pooperacyjnego oraz udzielania informacji odnośnie postępowania przeciwbólowego po zakończeniu hospitalizacji.
3. Badanie wykazało, że najistotniejsze czynniki mające wpływ na ocenę jakości opieki pielęgniarskiej po operacji to: nasilenie lęku oraz zgodność pomiędzy bólem pooperacyjnym oczekiwanym i doznawanym, co podkreśla wagę przygotowania psychicznego pacjenta do operacji i wsparcia psychicznego w okresie pooperacyjnym.
4. Ocena jakości opieki pielęgniarskiej dokonywana przez chorych różniła się od oceny dokonywanej przez pielęgniarki w zakresie nasilenia dolegliwości bólowych przez chorych po operacji, co wskazuje na potrzebę stosowania skal nasilenia bólu przez personel pielęgniarski u chorych po zabiegach operacyjnych.
5. Czas i miejsce dokonywania oceny jakości opieki medycznej mają wpływ na uzyskiwane wyniki, o czym świadczą zaobserwowane różnice oceny jakości opieki pielęgniarskiej dokonywanej przez chorych w trakcie hospitalizacji i po wypisie ze szpitala. Znaczenie tych czynników należy brać pod uwagę w interpretacji badań jakości opieki prowadzonych przez szpitale i inne placówki medyczne.
6. Systematyczna edukacja personelu pielęgniarskiego odnośnie zagadnień bólu pooperacyjnego, jego monitorowania i czynników go determinujących może przyczynić się do poprawy jakości opieki pielęgniarskiej na oddziałach zabiegowych.

9. STRESZCZENIE

Cel: Celem ogólnym pracy była ocena jakości opieki pielęgniarskiej u chorych leczonych chirurgicznie z perspektywy pacjentów i opiekujących się nimi pielęgniarek. Ponadto założono zbadanie różnic w ocenie jakości opieki z perspektywy pacjentów i pielęgniarek; wyłonienie obszarów opieki wymagających poprawy; określenie czynników determinujących ocenę jakości opieki z punktu widzenia pacjentów; zbadanie różnic w ocenie jakości opieki pielęgniarskiej w trakcie hospitalizacji i po wypisie ze szpitala.

Material i metoda: W badaniu wykorzystano standaryzowane narzędzia badawcze: Skalę Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym, Kwestionariusz Zadowolenia Pacjenta z Jakości Opieki Pielęgniarskiej, Inwentarz Stanu i Cechy Lęku Spielberga oraz kwestionariusz własnej konstrukcji do zebrania danych społeczno-demograficznych. Badanie zostało przeprowadzone dwukrotnie: w trakcie hospitalizacji i miesiąc po wypisie ze szpitala. W badaniu I wzięło udział 375 pacjentów oddziałów zabiegowych oraz 149 pielęgniarek sprawujących nad nimi opiekę. W badaniu II uczestniczyło 119 pacjentów.

Wyniki: Stwierdzono średni poziom ogólnej oceny jakości opieki pielęgniarskiej w badanej grupie chorych i pielęgniarek. Zaobserwowano różnice w ocenie jakości opieki pielęgniarskiej z punktu widzenia pacjentów i opiekujących się nimi pielęgniarek. Różnice te dotyczyły podskal Działanie i Środowisko. Istotne różnice dotyczyły również nasilenia dolegliwości bólowych. Pielęgniarki wyżej niż pacjenci oceniali aktualne nasilenie bólu. Wykazano również różnicę w ocenie jakości opieki pielęgniarskiej w zależności od poziomu referencyjnego szpitala. Zaobserwowano ponadto, że pacjenci po powrocie do domu bardziej krytycznie oceniali jakość opieki pielęgniarskiej, niż w trakcie hospitalizacji. Spośród kilkunastu analizowanych czynników mogących mieć wpływ na ocenę jakości opieki najistotniejszymi okazały się: nasilenie lęku, różnice pomiędzy bólem oczekiwanym a doznawanym, satysfakcja ze sposobu zwalczania bólu oraz poziom referencyjny szpitala.

Wnioski:

1. Ogólna ocena jakości opieki pielęgniarskiej w zakresie bólu pooperacyjnego, zarówno wśród pacjentów, jak i pielęgniarek była na poziomie średnim, co wskazuje na potrzebę jej monitorowania i stałego udoskonalania.
2. Główne obszary jakości opieki, które według badań wymagałyby poprawy dotyczą informowania chorych o sposobach zwalczania bólu po operacji, ilościowej oceny nasilenia

bólu pooperacyjnego oraz udzielania informacji odnośnie postępowania przeciwbólowego po zakończeniu hospitalizacji.

3. Badanie wykazało, że najistotniejsze czynniki mające wpływ na ocenę jakości opieki pielęgniarskiej po operacji to: nasilenie lęku oraz zgodność pomiędzy bólem pooperacyjnym oczekiwanym i doznawanym, co podkreśla wagę przygotowania psychicznego pacjenta do operacji i wsparcia psychicznego w okresie pooperacyjnym.
4. Ocena jakości opieki pielęgniarskiej dokonywana przez chorych różniła się od oceny dokonywanej przez pielęgniarki w zakresie nasilenia dolegliwości bólowych przez chorych po operacji, co wskazuje na potrzebę stosowania skal nasilenia bólu przez personel pielęgniarski u chorych po zabiegach operacyjnych.
5. Czas i miejsce dokonywania oceny jakości opieki medycznej mają wpływ na uzyskiwane wyniki, o czym świadczą zaobserwowane różnice oceny jakości opieki pielęgniarskiej dokonywanej przez chorych w trakcie hospitalizacji i po wypisie ze szpitala. Znaczenie tych czynników należy brać pod uwagę w interpretacji badań jakości opieki prowadzonych przez szpitale i inne placówki medyczne.
6. Systematyczna edukacja personelu pielęgniarskiego odnośnie zagadnień bólu pooperacyjnego, jego monitorowania i czynników go determinujących może przyczynić się do poprawy jakości opieki pielęgniarskiej na oddziałach zabiegowych.

10. SUMMARY

Aim: The general aim of the study was to assess the quality of nursing care in postoperative pain management and to investigate differences in patients' and nurses' opinions. Moreover, it was attempted to identify aspects of the postoperative nursing care which require improvement, to identify factors which can determine the evaluation of postoperative pain management and to analyse possible discrepancies in the evaluation of the nursing care made during patients' stay in a hospital and following discharge from the hospital.

Material and method: The study group consisted of 375 patients and 149 nurses from the same hospital wards. The Scale of Clinical Quality Indicators in Postoperative Pain Management, Questionnaire of Patient Satisfaction from Quality of Nursing Care, Spielberger's State – Trait Anxiety Inventory and an own questionnaire were used for the data collection. The study was performed at two time points. In the first examination 375 patients of general surgery, orthopaedics, and gynaecology wards and 149 nurses who took care of the patients were examined. In the second examination, performed within a month following discharge 119 patients were examined.

Results: In the examined groups of patients and nurses a moderate overall level of nursing care quality evaluation was noted. Differences were detected in nursing care quality evaluation by the patients and by nurses. The differences involved evaluation within the subscales of Activity and Environment. Significant differences were found also in evaluation of pain intensity: nurses evaluated higher the current pain intensity than patients did. Differences were detected also in nursing care quality evaluation which were related to reference grade of a hospital. Moreover, the patients were found to be more critical about nursing care quality after discharge from a hospital than during their stay in the hospital. Among more than ten analysed factors, which might affect care quality appraisal, the most significant ones were found to include patient's anxiety state, discrepancies between expected and the experienced pain intensity and reference grade of a hospital.

Conclusions:

1. Quality of nursing care in management of postoperative pain was appraised at a moderate level both by patients and nurses which points to the need for its monitoring and improvement.
2. The principal dimensions of nursing care quality which, according to the studies require improvement, involved informing patients on techniques of pain control following surgery

and following discharge from hospital and a quantitative appraisal of postoperative pain intensity.

3. The studies showed that principal factors which following surgery affected nursing care quality evaluation included the level of expected postoperative pain and intensity of patient's anxiety, which accentuates the need for psychological preparation of the patient to operation.
4. Evaluation of nursing care quality made by patients differed from that made by nurses in appraisal of postoperative pain intensity, which points to the need for application of pain intensity scales by nursing staff in patients following surgical procedures.
5. The obtained results of nursing care quality evaluation were affected by time and place of the evaluation, as proven by the detected differences in the evaluation made by the patients during hospital stay and following discharge from the hospital.
6. The need was noted for systematic training of nursing staff in problems of postoperative pain and factors which determine it.

11. PIŚMIENNICTWO

1. Adamsen L., Tewes M.: Discrepancy between patients perspectives, staff s documentation and reflections on basic nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2000;14:120-129.
2. Alhusban M.A., Abualrud R.F.: Patient satisfaction with nursing care in Jordan. *Journal of Nursing Management* 2009;17: 749-758.
3. Andruszkiewicz A., Idczak H., Kocięcka A., Banaszekiewicz M., Marzec A.: Subiektywna ocena opieki pielęgniarskiej a poziom lęku i depresji u pacjentów chirurgicznych. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2005; 1:46-48.
4. Apfelbaum J.L., Chen C., Mehta S.S., Gan T.J.: Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesthesia and Analgesia*, 2003;97: 534-540.
5. Bardiau FM., Taviaux NF., Albert A., Boogarest JG., Stadler M.: An intervention study to enhance postoperative pain management. *Anesthesia and Analgesia*, 2003;96: 179-185.
6. Bączyk G., Poniedziałek M., Skokowska B.: Poziom lęku przedoperacyjnego u chorych leczonych chirurgicznie. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2005;1: 42-45.
7. Bączyk G., Ochmańska M., Stępień S.: Subiektywna ocena jakości opieki pielęgniarskiej w zakresie bólu pooperacyjnego u chorych leczonych chirurgicznie. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2009;7: 173-177.
8. Bodian CA., Freedman G., Hossin S., Eisenkraft JB., Beilin Y.: The Visual Analog Scale for Pain. *Anesthesiology*, 2001;95: 1356-1361.
9. Cantril J.A., Noyce P.N.: Why is pain management suboptimal on surgical wards? *Journal of Advanced Nursing*, 2001;33: 728-737.
10. Carr EC., Thomas VJ.: Anticipating and experiencing postoperative pain: the patients perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 1997;6: 191-201.
11. Carr EC., Reines HD., Schaffer J., Polomano RC., Lande S.: The impact of technology on the analgesic gap and quality of acute pain management. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, 2005;30: 286-291.
12. Chung J., Lui J.C.: Postoperative pain management: study of patients level of pain and satisfaction with health care providers responsiveness to their reports of pain. *Nursing and Health Sciences*, 2003; 5: 13-21.
13. Cohen F.: Postsurgical pain relief: patients status and nurses medication choices. *Pain*, 1980;9:265-274.
14. Connell B., Yong J., Twigg D.: Patient Satisfaction with nursing care: a measurement conundrum. *International Journal of Nursing Practice*, 1999; 5, 72-77.
15. Coulter A., Cleary P.: Patients Experiences with Hospital Care in Five Countries. *Health Affairs*, 2001; 20: 244-252.
16. Diehle A., Bjolseth G., Helseth S.: The gap between saying and doing in postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing*, 2006;15: 469-479.
17. Dobrogowski J., Kuś M., Sedlak K., Wordliczek J.: *Ból i jego leczenie*. Springer PWN, Warszawa 1996.
18. Dobrogowski J., Wordliczek J.: *Medycyna bólu*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
19. Dobrogowski J., Meyzner - Zawadzka E., Drobniak L., Kusza K., Woroń J., Wordliczek J.: *Uśmierzanie bólu pooperacyjnego – zalecenia 2008*. *Ból* 2008, 9: 9-22.

20. Dobrogowski J., Wordliczek J.: Ból pooperacyjny w Polsce. Materiały Konferencyjne IV Międzynarodowego Sympozjum „Postępy w leczeniu bólu”, Zakopane, 8-10.10.2009.
21. Dolin S.J., Cashman J.N., Bland J.M.: Effectiveness of acute postoperative pain management. *British Journal of Analgesia*, 2002; 89: 409-423.
22. Donabedian A.: The Quality of care. How can it be Assessed? *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 1997; 121: 1145-1150.
23. Drayer R., Henderson J., Reidemberg M.: Barriers to Better Pain Control in Hospitalized Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 1999; 17: 434-440.
24. Dyga-Konarska M.: Informacyjne i emocjonalne wsparcie pacjenta przez personel medyczny. *Standardy Medyczne*, 2004; 5: 599-604.
25. Ene K., Nordberg G., Bergh I., Johansson F., Sjostrom B.: Postoperative pain management – the influence of surgical ward nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 2008; 17, 2042-2050.
26. Field L.: Are nurses still underestimating patients pain postoperatively? *British Journal of Nursing*, 1996; 5: 778-784.
27. Flangan E.: Indicators of quality in ambulatory care. *Quality Review Bulletin*, 1985; 11: 136-137.
28. Gillies M.L., Smith L.N. & Pary Jones W.L.I.: Postoperative pain assessment and management adolescents. *Pain*, 1999; 79: 207-215.
29. Golec A., Dobrogowski J., Kocot M.: Psychologiczne aspekty bólu pooperacyjnego. *Przegląd Lekarski*, 2000; 57; 4: 211-214.
30. Gordon D.B., Dahl J.L., Miaskowski C., McCarberg B., Todd K.H., Paice J.A., Lipman A.G., Bookbinder M., Anders S.H., Turk D.C., Carr D.B.: American pain society recommendations for improving the quality of acute and cancer pain management: American Pain Society Quality of Care Task Force. *Archives of International Medicine*, 2005; 165: 1574-1580.
31. Grabska K., Stefańska W.: Sylwetka zawodowa pielęgniarki w opinii pacjentów. *Problemy Pielęgniarstwa* 2009; 17: 8-12.
32. Graczyński M.R., Kamiński B.: Ból pooperacyjny- dlaczego i jak należy go leczyć? I. Patofizjologia bólu pooperacyjnego. *Anestezjologia Intensywna Terapia*, 1991; 5-6: 318-321.
33. Greszta E., Siemińska M.: Poziom lęku – stanu i lęku – cechy u pacjentów zakwalifikowanych do leczenia operacyjnego pomostowaniem aortalno-wieńcowym a percepcja bólu rany pooperacyjnej i innych dolegliwości bólowych. *Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie*, 2008; 54: 157-163.
34. Grochans E., Hyrcza V., Kuczyńska M., Szkup-Jabłóńska M., Jurczak A., Rotter I., Pechmann L., Karakiewicz B.: Subiektywna ocena bólu pooperacyjnego na wybranych oddziałach chirurgicznych. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*, 2011; 2: 82-87.
35. Grochans E., Wieder-Huszla S., Jurczak A., Stanisławska M., Jnic E., Szych Z.: Wsparcie emocjonalne jako wyznacznik jakości opieki pielęgniarskiej. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2009; 90: 236-239.
36. Gross T., Pretto M., Aeschbach A. & Marsch S.: Pain management in surgical wards. Quality and solutions for improvement in the early postoperative period. *Chirurg* 2002; 73: 818-826.
37. Gunningberg L., Idvall E.: The quality of postoperative pain management from the perspectives of patients, nurses and patient records. *Journal of Nursing Management*, 2007; 15: 756-766.
38. Gutysz-Wojnicka A., Dyk D.: Adaptacja polskiej wersji The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2007, 15: 133-138.
39. Han Ch., Connolly P.M., Canham D.: Measuring Patient Satisfaction as an Outcome of Nursing Care at a Teaching Hospital in Southern Taiwan. *Journal of Nursing Care Quality*, 2003; 18, 2.
40. Hsieh L.F., Lin C.C., Lai Y.H. & Tsou T.S.: The relationship of the caregiver's concerns about using analgesics to the patient's cancer pain management. *The Journal of Nursing Research*, 1998, 6, 327-336.

41. Hussain KM., Rasheed H., Saeed A., Tariq BS., Khalid BS.: Patient satisfaction with nursing care. *Rawal Medicine Journal* 2007; 32 :28-30.
42. Idvall E.: *Quality indicators in Nursing*. Swedish Nurses Association, Stockholm 1997.
43. Idvall E., Rooke L.: Important aspects of nursing care in surgical wards as expressed by nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 1998;7: 512-520.
44. Idvall E., Hamrin E., Sjoström B., Unasson M.: Quality indicators in postoperative pain management: a validation study. *Scandinavian Journal Science*, 2001;15: 331-338.
45. Idvall E., Hamrin E., Unasson M.: Development of an instrument to measure strategic and clinical indicators in postoperative pain management. *Journal of Advanced Nursing*, 2002a; 37(6): 532-540.
46. Idvall E., Ehrenberg A.: Nursing documentation of postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing*, 2002b;11: 734-742.
47. Idvall E., Hamrin E., Unasson M.: Patient and nurse assessment of quality of care in postoperative pain management. *Quality and Safety in Health Care*, 2002c;11: 327-334.
48. Idvall E.: Quality of care in postoperative pain management: what is realistic in clinical practice? *Journal of Nursing Management*, 2004; 12: 162-164.
49. Idvall E., Berg K., Unasson M., Brudin L.: Differences between nurse and patient assessment on postoperative pain management in two hospitals. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2005; 11: 444-451.
50. Idvall E., Berg A.: Patient assessment of postoperative pain management - Orthopaedic patients compared to other surgical patients. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 2008;12:35-40.
51. Irurita V.: Factors affecting the quality of nursing care: the patients perspective. *International Journal of Nursing Practice*, 1999;5:86-94.
52. Jankowiak B.: Poziom satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej jako jeden z elementów jakości opieki zdrowotnej. *Podlaska Konferencja naukowo-szkoleniowa*. Białystok, 2000, 273-281.
53. Jaracz K., Wdowczyk K., Górna K.: Ocena jakości opieki w aspekcie bólu pooperacyjnego z zastosowaniem polskiej wersji Skali Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2005; 1: 9-14.
54. Johanson W.R.: Zwalczanie bólu. *Chirurgia Współczesna*, 1993;1: 118-125.
55. Johansson P., Oleni M., Fridlund B.: Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2002;16:337-344.
56. Kamińska M., Ślusarz R., Opozda K.: Oczekiwania pacjentów wobec personelu pielęgniarskiego. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2001;2:323-341.
57. Kemper JA.: Pain management of older adults after discharge from outpatient surgery. *Pain Management Nursing*, 2002; 3: 141-153.
58. Klopfenstein CE., Herrmann FR., Mamie C., VanGessel E., Forster A.: Pain intensity and pain relief after surgery. A comparison between patients reported assessments and physicians observations. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 2000;44: 58-62.
59. Knap M., Szyrmer B., Kowalczyk-Sroka B.: Poziom wiedzy pielęgniarek z oddziałów zabiegowych na temat terapii bólu pooperacyjnego. *Problemy Pielęgniarstwa* 2010; 18: 129-133.
60. Kołodziej W., Karpel E.: Ból pooperacyjny na oddziale chirurgicznym w ocenie ankietowego badania z zastosowaniem kwestionariusza McGilla-Melzacka – doniesienia wstępne. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2008;16: 231-236.
61. Kotarski J., Dobrogowski J., Jakowicki J., Przesmycki K., Skręt A., Wordliczek J., Tomaszewski J.: Rekomendacje dotyczące postępowania przeciwbólowego w położnictwie i ginekologii. *Ginekologia Polska*, 2007;78: 494-498.
62. Kropornicka B., Baczewska B., Turowski K.: Satysfakcja z opieki pielęgniarskiej w grupie pacjentów hospitalizowanych z powodu dyskopatii lędźwiowej. *Annales Universitatis Mariae Curie Skłodowska, Lublin- Polonia*, 2003;8:132-138.

63. Kulczycka K.: Kryteria oceniające satysfakcję pacjentów z opieki pielęgniarskiej. *Zdrowie Publiczne*, 2001;111: 53-56.
64. Kuźmicz I.: Pomiar i ocena poziomu pielęgnowania w oddziałach internistycznych. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2003; 1:34-39.
65. Laschinger H.S., McGillis Hall L., Almost J.: A psychometric Analysis of the Patient Satisfaction With Nursing Care Quality Questionnaire. *Journal of Nursing Care Quality*,2005; 20:220-230.
66. Leegaard M., Fagermoen MS.: Womens descriptions of postoperative pain and pain management after discharge from cardiac surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 2008;17:2051-2060.
67. Leegaard M., Rustoen T., Fagermoen MS.: Interference of postoperative pain on womens daily life after early discharge from cardiac surgery. *Pain Management Nursing*, 2010;11:99-107.
68. Lehman R.: Forum on clinical indicator development: a discussion of the use and development of indicators. *Quality Review Bulletin*, 1989; 15: 223-227.
69. Lenartowicz H.: Zarządzanie jakością w pielęgniarstwie. Materiały dydaktyczne specjalizacji organizacja i zarządzanie. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1998.
70. Lin P., Chiang H., Chiang T., Chen C.: Pain management: evaluating the effectiveness of an educational programme for surgical nursing staff. *Journal of Clinical Nursing*, 2008; 7: 2032-2041.
71. Manias E., Botti M., Bucknall T.: Observation of pain assessment and management – the complexities of clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, 2002;11: 724-733.
72. Manias E., Bucknall T., Botti M.: Nurses strategies for managing pain in the postoperative setting. *Pain Management nursing*, 2005; 6: 18-29.
73. Maxwell R.J.: Quality assessment in Health. *British Medical Journal*, 1984; 288: 1470-1473.
74. McColl E., Thomas L., Bond S.: A study to determinate patient satisfaction with nursing care. *Nursing Standard*, 1996;10,52, 34-38.
75. McDonald D.: Postoperative pain after hospital discharge. *Clinical Nursing Research*,1999; 8(4): 355-367.
76. McGuire D.: Comprehensive and multidimensional assessment and measurement of pain. *Journal of Pain & Symptom Management*, 1992; 7: 312-319.
77. Merkouris A., Ifantopoulus J., Lanara V., Lemonidou C.: Patient satisfaction: a key concept for evaluating and improving nursing services. *Journal of Nursing Management*, 1999;7:19-28.
78. Meyzner-Zawadzka E.: Leczenie bólu pooperacyjnego w chirurgii urologicznej. *Przegląd Urologiczny*, 2001;1: 48-54.
79. 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.
80. Mikaszewska M.: Zastosowanie PCA w leczeniu bólu pooperacyjnego. *Klinika*, 1999;2:18-19.
81. Miller M., Supranowicz P., Gębska-Kuczerowska A., Car J.: Ocena jakości usług medycznych przez pacjentów szpitali. *Przegląd Epidemiologiczny*, 2008; 62: 643-650.
82. Milutonović D., Milutonović V., Pjević M., Martinom-Cvejic M., Cigić T.: Assessment of quality in acute postoperative pain management. *Vojnosanitetski Pregled*, 2009;66:156-162.
83. Mohanan K., Kaur S., Das K., Bhalla A.: Patient satisfaction regarding nursing care at Emergency Outpatient Department in a Tertiary care Hospital. *Journal of Mental Health& Human Behaviour*, 2010;15: 54-58.
84. Montes-Sandoval L.: An analysis of the concept of pain. *Journal of Advenced Nursing*, 1999;29: 935-941.
85. Nelson F., Zimmerman L., Barnason S.: The relationship and influence of anxiety on postoperative pain in the coronary artery bypass grafy patient. *Journal Pain & Symptom Management*, 1998;15: 102-107.
86. Nendic M.: Patient satisfaction with postoperative analgesia. *Nursing Standard*,2000; 14: 32-37.

87. Opolski K., Dykowska G., Możdżonek M.: Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i Praktyka. CeDeWu, Warszawa 2005.
88. Osowicka A., Zreda A., Marciniak M., Wilk K., Ślusarz R., Beuth W. Śniegocki M., Kasprzak H.: Problematyka bólu pooperacyjnego. *Polska Medycyna Rodzinna*, 2004; 6: 443-447.
89. Peterson W., 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: 672-681.
90. Piątek A.: Zarządzanie jakością. W: Ksykiewicz-Dorota A.: Zarządzanie w pielęgniarstwie. Podręcznik dla studentów studiów magisterskich wydziałów pielęgniarstwa oraz wydziałów nauk o zdrowiu. Wyd. Czelej, Lublin, 2005.
91. Piotrowski D., Gaszyński W., Kaszyński Z.: Skuteczne zwalczanie bólu pooperacyjnego i jego implikacje kliniczne. *Polski Przegląd Chirurgiczny*, 1995; 67: 725-732.
92. Piotrowski D., Gaszyński W., Kaszyński Z.: Współczesne metody zwalczania bólu pooperacyjnego. *Anestezjologia Intensywna Terapia*, 1996;28: 29-33.
93. Rawal N., DeAndres J., Fischer H., Ivani G., Mogensen T., Narchi D., Singelyn F., Stienstro R., Wulf H.: Postoperative Pain Management- Good Clinical Practice. General Recommendations and principles for successful pain management, 2005.
94. Robinson M.: Sneak preview: JCAHOs quality indicators. *Hospitals*, 1988;5: 39-43.
95. Rozporządzenie MZiOS z dnia 22 grudnia 1998 w sprawie krajowej sieci szpitali oraz ich poziomów referencyjnych.
96. Samardakiewicz M., Kacka K., Reszka K., Bieniek M., Kowalczyk J.: Postrzeganie systemu ochrony zdrowia w świetle ostatnich doniesień medialnych. *Onkologia Polska*, 2008; 11: 45-48.
97. Schafheutle E., Cantrill J.A., Noyce P.R.: Why is pain management suboptimal on surgical wards? *Journal of Advanced Nursing*, 2001;33: 728-737.
98. Schmidt L.A.: Patients perceptions of nursing care in the hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*, 2003;44:393-399.
99. Schmidt L.A.L.: Patients perceptions of nurse staffing, nursing care, adverse events and overall satisfaction with the hospital experience. *Nursing Economics*, 2004; 22: 295-306.
100. Sierpińska L., Dzirba A.: Poziom satysfakcji pacjenta z opieki pielęgniarskiej na oddziałach zabiegowych. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*, 2011;1:18-22.
101. Sjolting M., Nordahl G., Olofsson N., Asplund K.: The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management. *Patient Educ Couns* 2003;51: 169-176.
102. Sloman R., Rosen G., Rom M., Shir Y.: Nurses assessment of pain in surgical patients. *Journal of Advanced Nursing*, 2005; 52, 125-132.
103. Sjostrum B., Halijamae H., Dahlgren L.O., Lindstrom B.: Assessment of postoperative pain. Impact of clinical experience professional role. *Acta Anaesthesiologica Scand.*, 1997; 41: 339-344.
104. Sjostrum B., Jacobsson E., Halijamae H.: Clinical competence in pain assessment. *Intensive and Clinical Care Nursing*, 2000;16: 273-282.
105. Sloman R., Woloski A., Rosen G., Rom M.: Determination of Clinically Meaningful Levels of Pain Reduction in Patients Experiencing Acute Postoperative Pain. *Pain Management Nursing*, 2006;7:153-158.
106. Solomon P.: Congruence between health professionals and patients pain rating: a review of the literature. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 2001;15: 174-180.
107. Sosnowski T., Wrześniewski K.: Polska adaptacja inwentarza STAI do badań stanu i cechy lęku. *Przegląd Psychologiczny*, 1983;29:2.

108. Stomberg M., Wickstrom K., Joelsson H., Sjostrom B., Haljamae H.: Postoperative Pain Management on Surgical Wards – Do Quality Assurance Strategies Result in Long – Term Effects on Staff Member Attitudes and Clinical Outcomes? *Pain Management Nursing*, 2003;4: 11-22.
109. Strode I., Logina I.: Assessment of Postoperative pain in Nursing. *Acta Chirurgica Latviensis*, 2009;9:77-80.
110. Twycross A.: Educating nurses about pain management: the way forward. *Journal of Clinical Nursing*, 2002; 11: 705-714.
111. Underwood P., Dahlen-Hartfield R., Mogle B.: Continuing professional education: does it make a difference in perceived nursing practice? *Journal for Nurses in Staff Development*, 2004;20: 90-98.
112. Uzun O.: Patient Satisfaction with Nursing Care at a University Hospital in Turkey. *Journal of Nursing Care Quality*, 2001; 16: 24-33.
113. 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: 307-315.
114. Wasilewski T.: Subiektywna ocena wybranych aspektów satysfakcji z pobytu w szpitalu pacjentów oddziałów zabiegowych. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*, 2008;3:8-8.
115. Wądołowska K.: Opinie o opiece zdrowotnej. Komunikat z badań CBOS, Warszawa, luty 2010.
116. Wordliczek J.: Ból pooperacyjny. Wydawnictwo Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000.
117. Wordliczek J., Dobrogowski J.: Patofizjologia bólu pooperacyjnego. *Przegląd Lekarski*, 2001;57;4: 201-209.
118. Wordliczek J., Dobrogowski J.: Ból po zabiegach operacyjnych. *Przegląd Urologiczny*, 2003;3:50-58.
119. Wu S.H., Lee J.: A comparison Study of Nursing Care Quality in Different working Status Nursing Staffs: an example of one Local Hospital. *Journal of Nursing Research*, 2006;14: 181-188.
120. Wyrzykowska M.: Ocena opieki pielęgniarstwa w opinii pacjentów. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*, 2007; 1: 3-10.
121. Young J.L., Horton F.M., Davidhizar R.: Nursing attitudes and beliefs in pain assessment and management. *Journal of Advanced Nursing*, 2006;53:412-421.
122. Zalon M.: Nurses assessment of postoperative patients pain. *Pain*, 1993;54: 329-334.
123. Żakowska A., Zera A., Krupienicz A.: Jakość opieki pielęgniarstwa w opinii pacjentów po zabiegach urologicznych i ortopedycznych znieczulanych metodą podpajęczynówkową. *Przegląd Urologiczny* 2009;10: 55-61.

12. ZAŁĄCZNIKI

Załącznik 1.



UNIwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Komisja Bioetyczna przy Uniwersytecie Medycznym
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Collegium Maius
ul. Fredry 10
61-701 Poznań

tel. (+48 61) 854 62 51, 854 60 60
fax. (+48 61) 854 61 07
www.bioetyka.ump.edu.pl

Uchwała nr 331/09

Na podstawie przepisów Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. 1997, Nr 28, poz. 152); Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 11 maja 1999r. w sprawie szczegółowych zasad powoływania i finansowania oraz trybu działania komisji bioetycznych (Dz. U. Nr 47, poz. 480); Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 marca 2005 r. w sprawie szczegółowych wymagań Dobrej Praktyki Klinicznej (Dz. U. 2005, Nr 57, poz. 500); Ustawy z dnia 6 września 2001r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2004r. Nr 53, poz. 533 ze zm.); Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 30 kwietnia 2004r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej badacza i sponsora (Dz. U. 2004 nr 101, poz. 1034 z późn. zm.); Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 18 maja 2005r. zmieniające rozporządzenie w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej badacza i sponsora (Dz. U. Nr 101, poz. 845); Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2004r. w sprawie sposobu prowadzenia badań klinicznych z udziałem małoletnich (Dz. U. 2004 Nr 104, poz. 1108); Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2004r. w sprawie zgłaszania niespodziewanego ciężkiego niepożądanego działania produktu leczniczego (Dz. U. Nr 104, poz. 1107); Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 listopada 2008r. w sprawie wzorów dokumentów przedkładanych w związku z badaniem klinicznym produktu leczniczego oraz w sprawie wysokości i sposobu uiszczania opłat za rozpoczęcie badania klinicznego (Dz. U. Nr 201, poz. 1247), kierując się Zasadami Prawidłowego Prowadzenia Badań Klinicznych – GCP – opracowanymi w oparciu o Deklarację Helsińską.

Komisja, na posiedzeniu w dniu: 09 kwietnia 2009 r.

rozpatrzyła wniosek, który przedstawiła Pani:

dr hab. Krystyna Jaracz

w sprawie prowadzenia badań w

Katedrze Pielęgniarstwa UM w Poznaniu

Główny badacz: mgr Katarzyna Juszczyk

**Członkowie zespołu
badawczego: dr hab. Krystyna Jaracz**

Temat badań:

"Ocena jakości opieki pielęgniarskiej u chorych hospitalizowanych na oddziałach zabiegowych".

Komisja wyraża zgodę na prowadzenie badań

Przewodniczący Komisji

Prof. zw. dr hab. med. Zygmunt Przybylski

Załącznik 2.

KWESTIONARIUSZ DO OCENY BÓLU PO ZABIEGU OPERACYJNYM

1. Zgoda pacjenta na badanie

Tak

Nie

2. Oddział

3. Poziom referencyjny szpitala

4. Wiek (w latach)

5. Płeć

kobieta

mężczyzna

6. Stan cywilny

żonaty/ zamężna

wolny

rozwidziony

inne

7. Wykształcenie

podstawowe

zawodowe

średnie

wyższe zawodowe (licencjackie)

wyższe uniwersyteckie (magisterskie)

8. Miejsce zamieszkania

miasto

wieś

9. Status zawodowy

czynny zawodowo

renta/emerytura

zasilek

uczeń/student

inne

10. Przebyte operacje

tak (jakie)

nie

11. Choroby współistniejące

Choroby serca (jakie)

Nadciśnienie tętnicze

Cukrzyca

Nadczynność tarczycy

Choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy

Inne

12. Data zabiegu operacyjnego

13. Rodzaj zabiegu

14. Metoda zabiegu

Klasyczna

Laparoskopowa

15. Rodzaj zastosowanego znieczulenia

Ogólne

Zewnątrzoponowe

Podpajęczynówkowe

Inne

Załącznik 3.

SKALA KLINICZNYCH WSKAŹNIKÓW JAKOŚCI POSTĘPOWANIA Z BÓLEM POOPERACYJNYM – WERSJA DLA PACJENTA

Poniżej przedstawiono kilka stwierdzeń dotyczących leczenia bólu. Proszę zaznaczyć w skali od 1 do 5 numer najlepiej opisujący Państwa opinię na temat leczenia bólu i opieki po zabiegu operacyjnym.

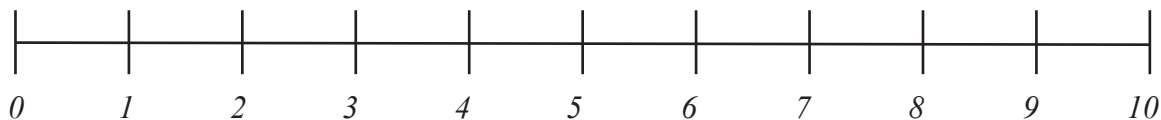
1= zdecydowanie się nie zgadzam

5= zdecydowanie się zgadzam

1. Przed operacją zostałem poinformowany o sposobie leczenia bólu, jaki będzie mi zaoferowany po zabiegu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
2. Po operacji rozmawiałem z pielęgniarką o tym, jak chciałbym, aby mój ból był uśmierzany.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
3. Otrzymałem pomoc w znalezieniu wygodnej pozycji w łóżku, która pozwoliła mi uniknąć bólu lub zmniejszyła dolegliwości.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
4. Zapewniono mi ciszę i spokój, abym miał spokojny sen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
5. Nawet, jeśli nie zawsze prosiłem, to otrzymywałem leki przeciwbólowe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
6. Personel pytał mnie, czy nie mam dolegliwości bólowych, gdy zauważył, że byłem niespokojny, głęboko oddychałem, zmieniałem pozycję.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
7. Członkowie personelu prosili mnie o określenie w skali od 1 do 10 (lub zaznaczenie na linii prostej) poziomu bólu co najmniej raz rano, wieczorem, w południe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
8. Pielęgniarki pomagały mi w uśmierzaniu bólu, dopóki nie odczuwałem ulgi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
9. Miałem miły/przyjazny pokój.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
10. Na dyżurze jest wystarczająca liczba pielęgniarek, aby szybko zareagować na moją prośbę o uśmierzanie bólu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
11. Kiedy pielęgniarki przychodzą na dyżur wiedzą wszystko na temat mojego bólu i sposobu, w jaki był leczony.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
12. Pielęgniarki posiadają wiedzę na temat uśmierzenia bólu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
13. Pielęgniarki wierzą mi, gdy mówię im, że mnie boli.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
14. Pielęgniarki i lekarze współpracują w leczeniu mojego bólu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

Poniższe pytania dotyczą Twojego bólu po operacji. Proszę zaznaczyć odpowiedź najlepiej przedstawiającą Państwa zdanie.

15. Zaznacz numer określający **najsilniejszy** ból, jaki odczuwałeś w ciągu ostatnich 24 godzin



16. Zaznacz numer najlepiej określający **najmniejszy** ból, jaki odczuwałeś w ciągu ostatnich 24 godzin



17. Wskaż numer najlepiej opisujący ból, jaki odczuwasz w **tej chwili**.



18. Czy po operacji odczuwałeś ból silniejszy niż się spodziewałeś?

1. Tak

2. Nie

19. Czy jesteś zadowolony czy też nie ze sposobu uśmierzania bólu, jaki otrzymałeś po operacji? Zaznacz od 1 do 10.

1 = bardzo niezadowolony

10 = bardzo zadowolony



Załącznik 4.

KWESTIONARIUSZ ZADOWOLENIA PACJENTA Z JAKOŚCI OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ

1 = ocena zła

5 = ocena wzorowa

1. Informacje, które otrzymywałem: pielęgniarki jasno i dokładnie udzielały mi informacji na temat badań, leczenia i wszystkiego, co mnie czekało.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5	4	3	2	1
2. Wskazówki: pielęgniarki wyjaśniały mi, w jaki sposób przygotować się do badań i zabiegów.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5	4	3	2	1
3. Dostęp do informacji: pielęgniarki chętnie odpowiadały na zadawane pytania.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5	4	3	2	1
4. Informacje udzielane przez pielęgniarki: pielęgniarki komunikowały się z pacjentami, ich rodzinami i lekarzami.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5	4	3	2	1
5. Informowanie rodziny i przyjaciół: pielęgniarki informowały ich o Twoim stanie i potrzebach.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5	4	3	2	1
6. Angażowanie rodziny lub przyjaciół w opiekę: pielęgniarki wyrażały zgodę na pomoc w opiece nad moją osobą.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5	4	3	2	1
7. Troska i opieka pielęgniarska: pielęgniarki odnosiły się do mnie grzecznie, z szacunkiem, przyjaźnie i miło.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5	4	3	2	1
8. Troska pielęgniarek o Twój stan zdrowia: pielęgniarki interesowały się tym, co robię oraz udzielały mi wskazówek.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5	4	3	2	1
9. Branie pod uwagę Twojego zdania: pielęgniarki pytały mnie co myślę na dany temat, co jest dla mnie ważne i pozostawiały mi wybór.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5	4	3	2	1
10. Rozważanie Twoich potrzeb: pielęgniarki wyrażały gotowość niesienia pomocy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5	4	3	2	1
11. Codzienne obowiązki pielęgniarek: pielęgniarki dostosowywały swój plan dnia do moich potrzeb.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5	4	3	2	1
12. Pomoc: pielęgniarki potrafiły wzbudzić zaufanie i zapewnić komfort.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5	4	3	2	1
13. Reakcja personelu pielęgniarskiego na dzwonki: pielęgniarki szybko przychodziły mi z pomocą.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5	4	3	2	1
14. Zręczność i kompetencje pielęgniarek: pielęgniarki dobrze wykonywały swoje czynności.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5	4	3	2	1
15. Równorzędność opieki: praca zespołowa pomiędzy pielęgniarkami i pozostałym personelem szpitala, który sprawował opiekę nad Tobą.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5	4	3	2	1
16. Zapewnienie przez pielęgniarki atmosfery spokoju: zapewniono mi ciszę i spokój.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5	4	3	2	1
17. Prywatność: pielęgniarki szanowały moją prywatność.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5	4	3	2	1
18. Wskazówki wyjściowe: pielęgniarki jasno i dokładnie mówiły, jak postępować i czego mogę się spodziewać po opuszczeniu szpitala.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5	4	3	2	1
19. Równorzędność opieki po wypisie: pielęgniarki starały się przewidzieć moje potrzeby po opuszczeniu szpitala.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5	4	3	2	1
Spostrzeżenia ogólne					
Ogólna jakość opieki, jaką otrzymałeś w trakcie pobytu w szpitalu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5	4	3	2	1
Ogólna jakość opieki pielęgniarskiej, jaką otrzymałeś w trakcie hospitalizacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5	4	3	2	1
Opieka pielęgniarska, jaką otrzymałem w tym szpitalu jest godna polecenia rodzinie i przyjaciołom.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5	4	3	2	1

Załącznik 5.

C.D. Spielberg, J. Strelau, M. Tysarczyk, K. Wrześniewski

KWESTIONARIUSZ SAMOOCENY

STAI, ARKUSZ X-1

Imię i nazwisko.....Data.....

Rok urodzenia.....Płeć: M K

INSTRUKCJA: niżej przedstawiono szereg stwierdzeń, przy pomocy których ludzie zwykle opisują samych siebie. Przeczytaj każde z tych twierdzeń, a następnie otocz kółkiem odpowiednią cyfrę na prawo od twierdzenia, aby wskazać jak *czujesz się* właśnie teraz, tj. *w tym momencie*. Nie ma odpowiedzi dobrych i złych. Nie poświęcaj zbyt wiele czasu poszczególnym twierdzeniom. Podawaj odpowiedzi, które jak Ci się wydaje najlepiej opisują to, co czujesz *w tej chwili*.

	Zdecydowanie nie	Raczej nie	Raczej tak	Zdecydowanie tak
1. Jestem spokojny.....	1	2	3	4
2. Czuję się bezpiecznie.....	1	2	3	4
3. Jestem napięty.....	1	2	3	4
4. Jestem rozżalony.....	1	2	3	4
5. Czuję się swobodnie.....	1	2	3	4
6. Jestem przygnębiony.....	1	2	3	4
7. Martwię się, czy nie stanie się coś złego.....	1	2	3	4
8. Czuję się wypoczęty.....	1	2	3	4
9. Odczuwam niepokój.....	1	2	3	4
10. Jest mi dobrze.....	1	2	3	4
11. Czuję się pewny siebie.....	1	2	3	4
12. Jestem zdenerwowany.....	1	2	3	4
13. Jestem roztrzęsiony.....	1	2	3	4
14. Jestem „podminowany”.....	1	2	3	4
15. Jestem odprężony.....	1	2	3	4
16. Jestem zadowolony.....	1	2	3	4
17. Jestem zmartwiony.....	1	2	3	4
18. Czuję się nadmiernie podniecony.....	1	2	3	4
19. Jestem radosny.....	1	2	3	4
20. Jest mi przyjemnie.....	1	2	3	4

KWESTIONARIUSZ SAMOOCENY

STAI, ARKUSZ X-2

Imię i nazwisko.....Data.....

Rok urodzenia.....Płeć: M K

INSTRUKCJA: niżej podano szereg twierdzeń, przy pomocy których ludzie zwykle opisują samych siebie. Przeczytaj każde z tych twierdzeń, a następnie otocz kółkiem odpowiednią cyfrę na prawo od twierdzenia, aby wskazać jak się *zazwyczaj* czujesz. Nie ma odpowiedzi dobrych i złych. Podawaj odpowiedzi, które jak Ci się wydaje najlepiej opisują jak się *na ogół* czujesz.

	Prawie nigdy	Czasem	Często	Prawie zawsze
21. Jest mi przyjemnie.....	1	2	3	4
22. Szybko się męczę.....	1	2	3	4
23. Chce mi się płakać.....	1	2	3	4
24. Chciałbym być tak szczęśliwy jak inni.....	1	2	3	4
25. Tracę na tym, że nie umiem się dostatecznie szybko decydować.....	1	2	3	4
26. Czuję się wypoczęty.....	1	2	3	4
27. Jestem spokojny i opanowany.....	1	2	3	4
28. Czuję, że trudności tak się piętrzą, że nie potrafię ich przezwyciężyć.....	1	2	3	4
29. Za bardzo martwię się czymś, co w gruncie rzeczy nie jest ważne.....	1	2	3	4
30. Jestem szczęśliwy.....	1	2	3	4
31. Jestem skłonny brać wszystko zbyt poważnie.....	1	2	3	4
32. Brak mi pewności siebie.....	1	2	3	4
33. Czuję się bezpiecznie.....	1	2	3	4
34. Staram się nie zauważać kryzysów i trudności.....	1	2	3	4
35. Jest mi smutno.....	1	2	3	4
36. Jestem zadowolony.....	1	2	3	4
37. Jakaś nieważna myśl chodzi mi po głowie i dręczy mnie.....	1	2	3	4
38. Przeżywam rozczarowania tak dotkliwie, że nie mogę przestać o nich myśleć.....	1	2	3	4
39. Jestem osobą zrównoważoną.....	1	2	3	4
40. Staję się napięty lub rozdrażniony, gdy myślę o swoich niedawnych kłopotach.....	1	2	3	4

Załącznik 6.

KWESTIONARIUSZ DO OCENY BÓLU CHOREGO PO ZABIEGU OPERACYJNYM PRZEZ PIEŁĘGNIARKI

1. Zgoda pielęgniarki na badanie

Tak

Nie

2. Płeć

Kobieta

Mężczyzna

3. Wiek (w latach)

4. Stan cywilny

Żonaty / zameżna

Wolny

Rozwiedziony

Inne

5. Miejsce zamieszkania

Miasto

Wieś

6. Wykształcenie

Średnie

Wyższe zawodowe (licencjackie)

Wyższe uniwersyteckie (magisterskie)

7. Staż pracy w zawodzie (w latach)

8. Staż pracy na oddziale (w latach)

Załącznik 7.

SKALA KLINICZNYCH WSKAŹNIKÓW JAKOŚCI POSTĘPOWANIA Z BÓLEM POOPERACYJNYM – WERSJA DLA PIELEŃNIAREK

Proszę zaznaczyć w skali od 1 do 5 nr najlepiej opisujący Państwa opinię na temat leczenia bólu i opieki zapewnionej pacjentowi po operacji.

1 = zdecydowanie się nie zgadzam

5 = zdecydowanie się zgadzam

1. Przed operacją poinformowałam pacjenta o sposobie zwalczania bólu, jaki będzie mu zaoferowany po zabiegu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
2. Po operacji rozmawiałam z pacjentem o tym, jak chciałby, aby jego ból był zwalczany	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
3. Pacjent otrzymał pomoc w znalezieniu wygodnej pozycji w łóżku, która pozwoliła mu uniknąć bólu lub zmniejszyła dolegliwości	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
4. Zapewniłam pacjentowi ciszę i spokój, aby miał spokojny sen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
5. Nawet jeśli nie zawsze pacjent prosił, to otrzymywał leki przeciwbólowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
6. Pytałam pacjenta, czy nie ma dolegliwości bólowych, gdy zauważyłam, że był niespokojny, głęboko oddychał, zmieniał pozycję	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
7. Prosiłam pacjenta o określenie w skali od 1 do 10 poziomu bólu co najmniej raz rano, wieczorem i w południe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
8. Pomagałam pacjentowi w uśmierzaniu bólu, dopóki nie odczuł ulgi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
9. Zapewniłam pacjentowi miły/ przyjazny pokój	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
10. Na dyżurze jest wystarczająca liczba pielęgniarek, aby szybko zareagować na prośbę pacjenta o uśmierzanie bólu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
12. Posiadam wiedzę na temat uśmierzania bólu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5
13. Wierzę pacjentowi, gdy mówi, że odczuwa ból	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5