Ocena przygotowania pacjentów po zabiegu chirurgicznym do samoopieki

Evaluate the readiness of post-operative patients for self-care

Dorota Derezulko, Hanna Grabowska

Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu z Oddziałem Pielęgniarstwa i Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej, Gdański Uniwersytet Medyczny

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2020; 1: 12–17

Praca wpłynęła: 25.09.2019; przyjęto do druku: 3.11.2019

Adres do korespondencji:
Hanna Grabowska, Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu z Oddziałem Pielęgniarstwa i Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej, Gdański Uniwersytet Medyczny, ul. Dębinki 7/15, 80-211 Gdańsk, e-mail: hanna.grabowska@gumed.edu.pl

Streszczenie

Cel pracy: Ocena przygotowania pacjentów po zabiegu chirurgicznym do samoopieki.

Materiał i metody: Zbadano pacjentów Kliniki Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Kliniki Ortopedii, Traumatologii Narządu Ruchu i Chirurgii Ręki oraz Kliniki Urologii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku – łącznie 92 osoby. Większość badanych stanowili mężczyźni, mieszkańcy miast oraz osoby z wyższym wykształceniem. Średnia wieku wynosiła 51 lat. Dominowali pacjenci przyjęci w trybie planowym i poddani znieczuleniu ogólnemu. W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego oraz technikę ankietową. Narzędzie badawcze stanowił anonimowy kwestionariusz ankiety składający się z wystandaryzowanej skali oceny zdolności do samoopieki/gotowości do wypisu C-HOBIC oraz autorskich pytań odnoszących się do pobytu pacjenta w szpitalu i tzw. metryczki. Analizy statystycznej dokonano przy użyciu pakietu statystycznego IBM SPSS 23 oraz arkusza kalkulacyjnego Excel 2013. Zastosowano test *t*-Studenta, *U* Manna-Whitneya oraz nieparametryczny test istotności Kruskala-Wallisa. Za poziom istotności przyjęto $p \leq 0{,}05$.

Wyniki: Ankietowani osiągnęli łącznie stałą zdolność do samoopieki. Ogólna gotowość do wypisu wyniosła 4,12. Najwyższy był poziom gotowości w zakresie rozumienia celu leczenia – 4,67 i zdolności przyjmowania leków zgodnie z zaleceniem – 4,6. Stopień gotowości okazał się najniższy w zakresie wykonywania regularnych aktywności dnia codziennego – 3,65, dostosowania wcześniejszych zajęć do obecnego stanu zdrowia – 3,39 i wiedzy na temat przyczyn występowania objawów chorobowych – 3,64.

Wnioski: Zarówno płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, jak i rodzaj znieczulenia, tryb przyjęcia do szpitala oraz czas i miejsce hospitalizacji nie wpłynęły istotnie na gotowość chorych do wypisu.

Słowa kluczowe: samoopieka, gotowość do wypisu, zabieg chirurgiczny, C-HOBIC.

Summary

Aim of the study: To evaluate the readiness of post-operative patients for self-care.

Material and methods: The study included patients of the Department of General, Endocrine, and Transplant Surgery, the Department of Orthopaedics, Kinetic Organ Traumatology, and Hand Surgery, as well as the Department of Urology – 92 people in total. The majority of the patients were men, city dwellers, and people with higher education. The average age was 51 years. The survey technique was used in the study. The research tool consisted of an anonymous questionnaire, including the C-HOBIC data set. Statistical analysis was performed using Student's *t*-test, the Mann-Whitney *U* test, and the Kruskal-Wallis non-parametric significance test. The level of significance was assumed to be $p \leq 0.05$.

Results: In total, the respondents achieved a stable ability to care for themselves. The general readiness to be discharged amounted to 4.12. The highest level of readiness to be discharged was achieved in terms of understanding the purpose of treatment (4.67). The level of readiness was lowest in terms of performing daily activities (3.65), adapting former activities to the current state of health (3.39), and knowing the causes of disease symptoms (3.64).

Conclusions: The gender, age, place of residence, education, type of anaesthesia, admission procedure, and the time and place of hospitalisation did not significantly affect the patients' readiness to be discharged.

Key words: self-care, the readiness to discharge, operation, C-HOBIC scale.

Wstęp

Ocena przygotowania chorego po zabiegu chirurgicznym do sprawowania samoopieki po wypisie ze szpitala często jest postrzegana przez pryzmat doświadczenia i wyobrażeń personelu. W codziennej praktyce niezmiernie rzadko stosowane są wystandaryzowane, bazujące na dowodach naukowych narzędzia oceniające owo przygotowanie. Przykład narzędzia spełniającego oczekiwania wszystkich zainteresowanych stron, w tym pielęgniarek/pielęgniarzy – praktyków, badaczy pielęgniarstwa oraz pacjentów i ich bliskich stanowi skala gotowości do samoopieki terapeutycznej/wypisu, która powstała w ramach szerokiego projektu C-HOBIC (*Canadian Health Outcomes for Better Information and Care*) [1–3].

Autorzy licznych publikacji podkreślają znaczenie planowania dnia wypisu chorych, prowadzenia edukacji pacjenta w sposób zorganizowany oraz konieczność ewaluacji osiągniętych efektów, w tym m.in. ocenę zasobów samoopiekuńczych pacjentów. Zadaniem personelu pielęgniarskiego jest niwelowanie deficytów samoopieki na każdym etapie pobytu pacjenta w szpitalu. Można bowiem przyjąć, że pacjent gotowy do wypisu to pacjent zdolny do samoopieki [4–9]. Celem niniejszych badań była ocena przygotowania pacjentów po zabiegu chirurgicznym do samoopieki.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w okresie od stycznia do marca 2019 r. w Klinice Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej (chirurgia ogólna), Klinice Ortopedii, Traumatologii Narządu Ruchu i Chirurgii Ręki (ortopedia) oraz Klinice Urologii (urologia) Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku (UCK). Na ich przeprowadzenie uzyskano zgodę dyrekcji UCK oraz Niezależnej Komisji Bioetycznej ds. Badań Naukowych przy Gdańskim Uniwersytecie Medycznym (NKBBN/24/2019).

Kryteria włączenia do badania stanowiły: słowna zgoda pacjenta na badanie, wiek > 18 lat, zachowany kontakt słowno-logiczny, przebyty zabieg chirurgiczny w znieczuleniu ogólnym lub miejscowym, otrzymanie wypisu ze szpitala do domu od pielęgniarki i lekarza. Każdy pacjent został poinformowany o celu badania oraz jego anonimowym charakterze.

Badaniem objęto łącznie 100 pacjentów, którzy samodzielnie wypełnili kwestionariusze ankiety w dniu wypisu ze szpitala. Do analizy wyników zakwalifikowano 92 poprawnie uzupełnione arkusze.

Badanymi byli pacjenci oddziałów zabiegowych: 32 osoby (34,8%) z oddziału chirurgii ogólnej, 30 osób z ortopedii (32,6%) i 30 osób z urologii (32,6%). Większość respondentów stanowili mężczyźni (n = 54; 58,7%), mieszkańcy miast (n = 72; 78,3%) oraz osoby z wyższym wykształceniem (n = 36; 39,1%). Wykształcenie średnie deklarowały 32 osoby (34,8%), natomiast zasadnicze zawodowe i podstawowe odpowiednio 15 (16,3%) i 9 (9,8%) pacjentów. Średnia wieku wyniosła 51,35 lat (SD = 16,62). Najmłodszy uczestnik miał 18 lat, najstarszy 99, a najliczniej reprezentowaną grupę stanowili 60-latkowie.

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego i technikę ankietową. Narzędzie badawcze stanowił anonimowy kwestionariusz ankiety, składający się ze skali gotowości do wypisu projektu C-HOBIC, autorskich pytań odnoszących się do pobytu pacjenta w szpitalu (trybu przyjęcia do szpitala, liczby dni hospitalizacji, rodzaju znieczulenia podczas zabiegu, liczby wcześniejszych operacji oraz edukacji zdrowotnej pacjenta) oraz danych socjodemograficznych (wiek, płeć, wykształcenie i miejsce zamieszkania respondentów).

Skala oceny gotowości do wypisu C-HOBIC składa się z 12 pytań dotyczących kompetencji samoopiekuńczych pacjenta: wiedzy o przyjmowanych lekach, rozumienia celu leczenia, zdolności przyjmowania leków zgodnie z zaleceniem, rozpoznawania zmian w ciele (objawów) związanych z chorobą, rozumienia, dlaczego występują objawy choroby, wiedzy o tym, co zrobić w celu kontrolowania objawów, przestrzegania zaleceń lekarskich i pielęgniarskich, zdolności podejmowania aktywności w celu dbania o siebie i utrzymania zdrowia, wiedzy, do kogo się zgłosić, by otrzymać pomoc w codziennych czynnościach, wiedzy, do kogo się zgłosić w razie nagłego zdarzenia medycznego, zdolności wykonywania regularnych aktywności, takich jak kąpiel, zakupy, oraz zdolności dostosowania regularnych aktywności do objawów choroby [1, 3, 10].

Do każdego pytania przyporządkowano 6 wariantów odpowiedzi, z których respondenci mogli wybrać jeden najbliższy prawdy (0 – zdecydowanie nie/brak zdolności; 1 – raczej nie/ograniczona zdolność; 2 – nie, ale wiem kogo się poradzić/zwiększona zdolność; 3 – tak, ale mam wątpliwości/umiarkowana zdolność; 4 – raczej tak/stała zdolność oraz 5 – zdecydowanie tak/bardzo duża zdolność) [1, 10].

Wszystkie obliczenia statystyczne zostały przeprowadzone przy użyciu pakietu statystycznego IBM SPSS 23 oraz arkusza kalkulacyjnego Excel 2013. Zmienne ilościowe scharakteryzowano za pomocą średniej arytmetycznej i odchylenia standardowego (SD). Zmienne typu jakościowego zostały przedstawione za pomocą liczności oraz wartości procentowych. W celu sprawdzenia, czy zmienna ilościowa pochodziła z populacji o rozkładzie normalnym posłużono się testem Kołmogorowa-Smirnowa. Istotność różnic pomiędzy dwiema grupami sprawdzono testem t-Studenta i U Manna-Whitneya. Do sprawdzenia różnic między więcej niż dwiema grupami zastosowano nieparametryczny test istotności Kruskala-Wallisa. Dla sprawdzenia związku

siły i kierunku zastosowano test korelacji Spearmana. We wszystkich obliczeniach za poziom istotności przyjęto $p \leq 0,05$.

Wyniki

Większość badanych (n = 72; 78,3%) została przyjęta do szpitala w trybie planowym i zastosowano u niej znieczulenie ogólne (n = 81; 88%). Długość hospitalizacji wahała się od 1 do 102 dni (średnia liczba dni hospitalizacji wyniosła 5,54; SD = 11,34). Prawie co trzeci badany (n = 29; 31,5%) zadeklarował pierwszy w życiu zabieg chirurgiczny, 10 osób przebyło więcej niż 5 zabiegów, a doświadczenia 1 pacjenta dotyczyły aż 12 zabiegów. Średnia liczba przebytych wcześniej operacji wyniosła 2,03 (SD = 2,52).

Prawie wszyscy ankietowani uznali, że podczas wypisu z oddziału uczestniczyli w edukacji zdrowotnej (n = 86; 93,5%), tylko 2 pacjentów ją zanegowało, a 4 zaznaczyło, że otrzymali wskazówki wyłącznie na papierze (uznając, że nie jest to tożsame z edukacją zdrowotną). W opinii 75 respondentów (81,5%) edukacja prowadzona przez pielęgniarkę była w pełni wyczerpująca, natomiast zdaniem 13 osób (14,1%) osiągnęła umiarkowany poziom. Analogicznie edukację prowadzoną przez lekarza uznało za w pełni wyczerpującą 71 badanych (77,2%), jej umiarkowany poziom zadeklarowało 17 ankietowanych (18,5%), natomiast 2 osoby uznały ją za niedostateczną. Na pytanie, kto powinien prowadzić edukację zdrowotną pacjentów po zabiegu chirurgicznym, 38 osób (41,3%) wskazało zarówno pielęgniarkę, jak i lekarza, 39 (42,4%) wyłącznie lekarza, a 15 (16,3%) pielęgniarkę.

Co ciekawe, we wszystkich pytaniach zawartych w skali gotowości do wypisu C-HOBIC pacjenci w większości wybierali odpowiedź „raczej tak" lub „zdecydowanie tak". Cel leczenia był w pełni zrozumiały dla 73 pacjentów. Na pytanie o rodzaj leków i częstość ich przyjmowania 54 ankietowanych odpowiedziało, że zdecydowanie mają taką wiedzę, 5 – że ma wątpliwości, a 1 pacjent zadeklarował zupełny brak wiedzy. Nikt nie wybrał odpowiedzi „raczej nie". W zakresie przyjmowania leków zgodnie z zaleceniem 65 osób stwierdziło, że zdecydowanie posiada taką umiejętność.

Umiejętność rozpoznawania niepokojących objawów związanych z chorobą oraz zabiegiem chirurgicznym w zdecydowanym stopniu zadeklarowało 33 pacjentów, 7 miało wątpliwości i tyle samo nie było w stanie samodzielnie tego dokonać. Przyczyn występowania objawów było pewnych 21 osób, 43 respondentów raczej pewnych, a 11 wyrażało wątpliwości w tym zakresie.

Większość pacjentów (n = 78) oceniła własne możliwości dotyczące postępowania w sytuacji pojawienia się ewentualnych objawów/problemów związanych z przebytym zabiegiem chirurgicznym jako bardzo wysokie i wysokie. Tylko 3 osoby zanegowały posiadane kompetencje.

Zdecydowana większość pacjentów (n = 82) oświadczyła, że po wypisie ze szpitala będzie w stanie przestrzegać zaleceń pielęgniarskich i lekarskich (w tym dotyczących postępowania z raną i zmianą opatrunków), 7 osób wyrażało wątpliwości. Co ważne, większość pacjentów (n = 83) stwierdziła, że otrzymane od personelu wskazówki dotyczące postępowania po wypisie do domu, w tym związane z pielęgnacją miejsca operowanego, będzie w domu wykonywać samodzielnie.

Dwie trzecie ankietowanych (n = 64) zadeklarowało możliwość samodzielnego wykonywania czynności dnia codziennego po wyjściu ze szpitala, zaś 8 pacjentów ją zanegowało. Zbliżona liczba respondentów (n = 60) zadeklarowała umiejętność dostosowania codziennej aktywności do aktualnego stanu zdrowia, 12 chorych wyraziło wątpliwości w tym zakresie, natomiast 17 zanegowało taką umiejętność. Wiedzę, do kogo zgłosić się po pomoc w razie pojawienia się deficytu samoopieki, miało 73 ankietowanych. Zbliżona grupa pacjentów (n = 77) wiedziała, do kogo należy się zgłosić w razie nagłego pogorszenia stanu zdrowia, natomiast 7 osób stwierdziło, że nie ma takiej wiedzy. Szczegółowe wskazania respondentów zawarto w tabeli 1.

Na dalszym etapie obliczono średnią gotowość pacjentów do samoopieki/wypisu dla każdego badanego obszaru (tab. 2). We wszystkich dziedzinach osiągnięto przynajmniej umiarkowaną zdolność do samoopieki. Najwyższą średnią (4,67) uzyskano dla pytania o cel leczenia, a w dalszej kolejności w zakresie przyjmowania leków zgodnie z zaleceniem (4,6). Na granicy umiarkowanej i stałej zdolności znalazła się umiejętność szukania pomocy w razie nagłego zdarzenia medycznego (4,08). Umiarkowaną zdolność do dbania o siebie pacjenci wykazali w trzech obszarach: wykonywania czynności dnia codziennego (3,65), rozumienia przyczyn powstawania objawów choroby/zabiegu (3,64) oraz zdolności dostosowania aktywności do objawów choroby (3,39). Ogólny stopień gotowości pacjentów do samoopieki po wypisie ze szpitala wyniósł 4,12 (SD = 0,65; df = 92; p = 0,002).

W wyniku analizy statystycznej nie stwierdzono zależności między przygotowaniem chorych do samoopieki a ich wiekiem (ρ = –0,06; p = 0,523), płcią (t = 0,05; df = 90; p = 0,956), miejscem zamieszkania (Z = –0,72; p = 0,474) oraz wykształceniem (H = 7,02; p = 0,056). Zaobserwowano jednak, że wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia respondentów zwiększa się ich gotowość do wypisu ze szpitala (tab. 3).

Analiza nie potwierdziła istotnego wpływu trybu przyjęcia do szpitala (Z = –1,66; p = 0,096), rodzaju zastosowanego znieczulenia (Z = –0,45; p = 0,651), czasu hospitalizacji (ρ = –0,05; p = 0,622) oraz liczby przebytych zabiegów chirurgicznych (ρ = –0,06; p = 0,534)

Tabela 1. Gotowość do wypisu

Elementy oceny	*n*
Czy wie Pani/Pan, jakie leki, o jakich porach, ile razy dziennie przyjmować po wyjściu ze szpitala?	
zdecydowanie nie	1
nie, ale wiem, kogo się poradzić	8
tak, ale mam wątpliwości	5
raczej tak	24
zdecydowanie tak	54
Czy rozumie Pani/Pan cel leczenia?	
zdecydowanie nie	1
raczej nie	1
nie, ale wiem, kogo się poradzić	1
tak, ale mam wątpliwości	2
raczej tak	14
zdecydowanie tak	73
Czy uważa Pani/Pan, że jest w stanie przyjmować leki zgodnie z zaleceniami?	4
nie, ale wiem, kogo się poradzić	2
tak, ale mam wątpliwości	21
raczej tak	65
zdecydowanie tak	
Czy potrafi Pani/Pan rozpoznać niepokojące objawy związane z obecnym stanem zdrowia?	
zdecydowanie nie	1
raczej nie	1
nie, ale wiem, kogo się poradzić	5
tak, ale mam wątpliwości	7
raczej tak	45
zdecydowanie tak	33
Czy wie Pani/Pan, czym spowodowane mogą być ewentualne objawy/problemy związane z przebytym zabiegiem chirurgicznym?	
zdecydowanie nie	3
raczej nie	3
nie, ale wiem, kogo się poradzić	11
tak, ale mam wątpliwości	11
raczej tak	43
zdecydowanie tak	21
Czy wie Pani/Pan, co należy zrobić w sytuacji pojawienia się ewentualnych objawów/problemów związanych z przebytym zabiegiem chirurgicznym?	
raczej nie	3
nie, ale wiem, kogo się poradzić	7
tak, ale mam wątpliwości	4
raczej tak	36
zdecydowanie tak	42
Czy uważa Pani/Pan, że jest w stanie przestrzegać zaleceń lekarza i pielęgniarki (w tym postępowania z raną i zmianą opatrunków)?	
zdecydowanie nie	1
nie, ale wiem, kogo się poradzić??????	2
tak, ale mam wątpliwości	7
raczej tak	33
zdecydowanie tak	49
Czy uważa Pani/Pan, że będzie w stanie samodzielnie wykonywać zalecenia personelu medycznego po wyjściu ze szpitala?	
raczej nie	1
nie, ale wiem, kogo się poradzić	4
tak, ale mam wątpliwości	4
raczej tak	38
zdecydowanie tak	45
Czy wie Pani/Pan, do kogo trzeba się zgłosić/pod jaki numer zadzwonić w razie nagłej potrzeby (np. pogorszenia stanu zdrowia)?	
zdecydowanie nie	3
raczej nie	4
nie, ale wiem, kogo się poradzić	7
tak, ale mam wątpliwości	1
raczej tak	31
zdecydowanie tak	46
Czy wie Pani/Pan, do kogo można się zgłosić, gdy będzie potrzebna pomoc (np. podczas kąpieli, robienia zakupów, przygotowania posiłków)?	
zdecydowanie nie	1
nie, ale wiem, kogo się poradzić	12
tak, ale mam wątpliwości	6
raczej tak	26
zdecydowanie tak	47
Czy jest Pani/Pan w stanie sama/sam się wykąpać, zrobić zakupy, przygotować posiłek, odwiedzić przyjaciół?	
zdecydowanie nie	4
raczej nie	4
nie, ale wiem, kogo się poradzić	13
tak, ale mam wątpliwości	7
raczej tak	35
zdecydowanie tak	29
Czy jest Pani/Pan w stanie dostosować swoją pracę oraz inne aktywności do obecnego stanu zdrowia (m.in. przebytego zabiegu chirurgicznego)?	
zdecydowanie nie	8
raczej nie	9
nie, ale wiem, kogo się poradzić	3
tak, ale mam wątpliwości	12
raczej tak	39
zdecydowanie tak	21

n – liczebność

i profilu oddziału (F = 1,48; df = 2,89; p = 0,233) na gotowość pacjentów do wypisu. Okazało się jednak, że pacjenci opuszczający oddział chirurgii ogólnej osiągnęli poziom gotowości równy 4,22, pacjenci ortopedyczni 4,18, natomiast chorzy po zabiegach urologicznych 3,95 (tab. 4).

Pacjenci, którzy stopień edukacji zdrowotnej przeprowadzonej przez pielęgniarkę ocenili jako w pełni wyczerpujący, byli przygotowani do samoopieki na poziomie 4,14. Respondenci, którzy uznali edukację za umiarkowanie wyczerpującą, osiągnęli stopień 4,1. Nie uzyskano jednak znamiennej zależności pomiędzy zmiennymi (Z = –0,87; p = 0,387). Porównywalna analiza – odnosząca się do edukacji zdrowotnej przeprowadzonej przez lekarza – potwierdziła istotną zależność pomiędzy zmiennymi. Wyższy stopień gotowości do wypisu mieli pacjenci, którzy zadeklarowali wyczerpujący stopień edukacji, w porównaniu z chorymi, którzy określili poziom edukacji jako umiarkowanie wyczerpujący (tab. 5).

Tabela 2. Gotowość do wypisu – dane ilościowe

Obszary oceny	*n*	Min	Max	M	SD
Wiedza o aktualnie przyjmowanych lekach	92	0	5	4,32	1,04
Rozumienie celu leczenia	92	0	5	4,67	0,83
Zdolność przyjmowania leków zgodnie z zaleceniem	92	2	5	4,60	0,74
Rozpoznawanie objawów związanych z chorobą/zabiegiem	92	0	5	4,10	0,96
Rozumienie przyczyn doświadczanych objawów	92	0	5	3,64	1,24
Wiedza, co robić, gdy wystąpią niepokojące objawy	92	1	5	4,16	1,04
Przestrzeganie zaleceń pielęgniarskich i lekarskich	92	0	5	4,37	0,86
Podejmowanie aktywności w celu dbania o siebie i utrzymania zdrowia	92	1	5	4,33	0,84
Wiedza, do kogo się zgłosić w razie nagłego zdarzenia medycznego	92	0	5	4,08	1,32
Wiedza, do kogo się zgłosić w celu otrzymania pomocy w codziennych czynnościach	92	0	5	4,14	1,12
Zdolność wykonywania regularnych aktywności	92	0	5	3,65	1,39
Zdolność dostosowania aktywności do stanu zdrowia	92	0	5	3,39	1,55

n – liczebność, Min – wartość minimalna, Max – wartość maksymalna, M – średnia, SD – odchylenie standardowe

Tabela 3. Wpływ zmiennych socjodemograficznych na gotowość do wypisu

Zmienna	*n*	M	SD	Wartość testu	*p*
Płeć					
kobieta	38	4,12	0,61	$t = 0,05$	0,956
mężczyzna	54	4,11	0,69	$df = 90$	
Miejsce zamieszkania					
miasto	72	4,15	0,62	$Z = -0,72$	0,474
wieś	20	3,98	0,77		
Wykształcenie					
podstawowe	9	3,43	1,06	$H = 7,02$	0,056
zawodowe	15	4,01	0,76	$df = 3$	
średnie	32	4,15	0,47		
wyższe	36	4,32	0,52		
Wiek	92			$\rho = -0,06$	0,523

n – liczebność, M – średnia, SD – odchylenie standardowe, t – test t-Studenta, Z – test U Manna-Whitneya, H – test Kruskala-Wallisa, ρ - test korelacji Spearmana, df – stopień swobody, p – poziom istotności

Tabela 4. Wpływ zmiennych związanych z hospitalizacją na gotowość do wypisu

Zmienna	*n*	M	SD	Wartość testu	*p*
Tryb przyjęcia do szpitala					
planowy	72	4,17	0,65	$Z = -1,66$	0,096
nagły	20	3,93	0,64		
Rodzaj znieczulenia					
miejscowe	11	4,25		$Z = -0,45$	0,651
ogólne	81	4,10	0,68		
Profil oddziału					
chirurgia ogólna	32	4,22	0,51	$F = 1,48$	0,233
ortopedia	30	4,18	0,47	$df = 2,89$	
urologia	30	3,95	0,91		
Czas hospitalizacji	92			$\rho = -0,05$	0,622
Liczba przebytych zabiegów	92			$\rho = -0,06$	0,534

n – liczebność, M – średnia, SD – odchylenie standardowe, Z – test U Manna-Whitneya, F – jednoczynnikowa analiza wariancji ANOVA, ρ – test korelacji Spearmana, df – stopień swobody, p – poziom istotności

Tabela 5. Stopień edukacji a gotowość do wypisu

Stopień edukacji zdrowotnej	*n*	M	SD	*Z*	*p*
Edukacja prowadzona przez pielęgniarkę					
w pełni wyczerpująca	75	4,14	0,67	–0,87	0,387
umiarkowanie wyczerpująca	13	4,10	0,49		
Edukacja prowadzona przez lekarza					
w pełni wyczerpująca	71	4,21	0,60	–2,43	0,015
umiarkowanie wyczerpująca	17	3,79	0,73		

n – liczebność, M – średnia, SD – odchylenie standardowe, Z – test U Manna-Whitneya, p – poziom istotności

Dyskusja

W codziennej praktyce zdolność pacjenta do samoopieki nie jest formalnie oceniania, mimo że umiejętność dbania o siebie i stosowania się do zaleceń personelu medycznego w dużej mierze wpływa na powodzenie terapii, czas rekonwalescencji oraz jakość życia chorych po zabiegu chirurgicznym. Autorzy licznych badań i opracowań podkreślają znaczenie i potrzebę prowadzenia edukacji zdrowotnej w grupie pacjentów poddawanych interwencjom chirurgicznym [4–9].

Najczęściej spotykaną formą, uregulowaną wewnętrznymi standardami na oddziałach, jest wręczanie pisemnych wskazówek pielęgniarskich, zwanych wypisem pielęgniarskim, któremu czasami towarzyszy krótkie omówienie zagadnień poruszanych we wskazówkach, np. dotyczących zmiany opatrunku, aktywności fizycznej, diety, wykonywania iniekcji podskórnych w ramach profilaktyki przeciwzakrzepowej, postępo-

wania z gipsem czy cewnikiem urologicznym lub stomią. Niestety nie zawsze proces edukacji zdrowotnej prowadzony jest według obowiązujących reguł i niekiedy nie uwzględnia ewaluacji osiągniętych efektów w stosunku do założonych celów (np. upewnienia się, czy pacjent zrozumiał przekaz i potrafi samodzielnie stosować zalecenia pielęgniarskie) [5, 9, 11–15].

W badaniach własnych zaobserwowano stałą zdolność pacjentów do samoopieki, ponieważ ogólna gotowość do wypisu osiągnęła wartość 4,12. Najwyższy poziom gotowości do samoopieki chorzy uzyskali w zakresie rozumienia celu leczenia i zdolności przyjmowania leków zgodnie z zaleceniem, co koresponduje z wynikami badań Kiłoczko i Grabowskiej w klinice chirurgii plastycznej [16]. Stopień gotowości do wypisu okazał się najniższy w zakresie możliwości podejmowania czynności dnia codziennego, a także dostosowania aktywności do aktualnej sytuacji związanej z chorobą i przeprowadzonym zabiegiem chirurgicznym. Pacjenci poddawani zabiegom chirurgii plastycznej byli natomiast najmniej przygotowani do poszukiwania pomocy w sytuacji wystąpienia niepokojących objawów oraz pozyskiwania wsparcia w zakresie wykonywania codziennych aktywności [16]. Można stwierdzić, że pacjenci chirurgiczni są lepiej przygotowani do stosowania leków zgodnie z zaleceniem lekarza w porównaniu z chorymi przewlekle, którzy z kolei deklarują wyższy poziom wiedzy na temat możliwości poszukiwania pomocy w sytuacjach zagrożenia [17].

Stopień gotowości do wypisu pacjentów uczestniczących w badaniach własnych nie zależał od ich wieku, płci, wykształcenia i miejsca zamieszkania, co pozostaje w opozycji do wyników badań Bączyk i wsp. [7] oraz Kiłoczko i Grabowskiej [16]. W tych ostatnich płeć żeńska oraz fakt mieszkania w mieście zwiększał zdolności samoopiekuńcze chorych [16]. Badania własne nie wykazały również istotnego wpływu trybu przyjęcia do szpitala, czasu hospitalizacji, liczby przebytych wcześniej zabiegów i rodzaju znieczulenia podczas operacji na stopień gotowości do wypisu – podobne wyniki uzyskano w grupie pacjentów kliniki chirurgii plastycznej [16].

Podsumowując, należy podkreślić silny związek zachodzący między edukacją terapeutyczną a stopniem przygotowywania pacjentów do wypisu ze szpitala. Proces ten jest jednak uwarunkowany kompetencjami personelu, znajomością i zakresem stosowania narzędzi oceny i ewaluacji zasobów samoopiekuńczych pacjentów oraz określeniem i uszczegółowieniem kryteriów gotowości do samoopieki chorego [8, 11, 18].

Wnioski

Zarówno płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, jak i rodzaj znieczulenia, tryb przyjęcia do szpitala oraz czas i miejsce hospitalizacji nie wpłynęły istotnie na gotowość chorych do wypisu.

Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Canadian Health Outcomes for Better Information and Care Project. https://c-hobic.cna-aiic.ca/about/default_e.aspx (dostęp: 9.05.2019).
2. McGillis Hall L, Wodchis WP, Ma X, Johnson S. Changes in Patient Health Outcomes from Admission to Discharge in Acute Care. J Nurs Care Qual 2013; 28: 8-16.
3. Hannah K, White PA, Kennedy MA, N Hammell. C-HOBIC – Standardized Information to Support Clinical Practice and Quality Patient Care across Canada. Nurs Inform 2012; 2012: 142.
4. Galvin EC, Wills T, Coffey A. Readiness for hospital discharge: A concept analysis. J Adv Nurs 2017; 73: 2547-2557.
5. Patel H, Mourad M. Demystifying Discharge: Assessing Discharge Readiness to Predict Day of Discharge. J Hosp Med 2015; 10: 832-833.
6. Ubbink DT, Tump E, Koenders JA i wsp. Which reasons do doctors, nurses, and patients have for hospital discharge? A mixed-methods study. PLoS One 2014; 9: e91333.
7. Bączyk G, Głowacka A, Kozłowska KA i wsp. Ocena stopnia samodzielności chorych z przetoką jelitową. Pielęg Pol 2016; 3: 360-366.
8. Nurhayati N, Songwathana P, Vachprasit R. Surgical patients' experiences of readiness for hospital discharge and perceived quality of discharge teaching in acute care hospitals. J Clin Nurs 2019; 28: 1728-1736.
9. Avşar G, Kaşikçi M. Evaluation of patient education provided by clinical nurses in Turkey. Int J Nurs Pract 2011; 17: 67-71.
10. Andruszkiewicz A. Studium przypadku HOBIC. W: E-zdrowie. Wprowadzenie do informatyki w pielęgniarstwie. Kilańska D, Grabowska H, Gaworska-Krzemińska A (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2018: 236-265.
11. Fiore JF Jr, Bialocerkowski A, Browning L i wsp. Criteria to Determine Readiness for Hospital Discharge Following Colorectal Surgery: An International Consensus Using the Delphi Technique. Dis Colon Rectum 2012; 55: 416-423.
12. Lithner M, Klefsgard R, Johansson J i wsp. The significance of information after discharge for colorectal cancer surgery – a qualitative study. BMC Nursing 2015; 14: 36.
13. Grochans E, Czekała I, Kuczyńska M i wsp. Ocena przygotowania pacjentów z drenażem klatki piersiowej do samoopieki. Pielęg Chir Angiol 2011; 2: 76-81.
14. Myszona-Tarnowska M, Gotlib J. Ocena wiedzy pacjentów po zabiegu wszczepienia pomostów aortalno-wieńcowych na temat samoopieki po operacji. Pielęg Chir Angiol 2013; 4: 148-154.
15. Walewska E, Nowak A, Ścisło L i wsp. Przygotowanie chorego do samoopieki po radykalnym usunięciu pęcherza moczowego. Probl Pielęg 2013; 21: 72-78.
16. Kiłoczko W, Grabowska H. Zastosowanie skali C-HOBIC w ocenie gotowości do wypisu pacjentów kliniki chirurgii plastycznej – doniesienie wstępne. Pielęg Chir Angiol 2019; 1: 12-18.
17. Andruszkiewicz A, Kubica A, Nowik M i wsp. Ocena gotowości do wypisu pacjentów z chorobami przewlekłymi. Zdr Publ Zarz 2016; 14: 44-52.
18. Changsuphan S, Kongvattananon P, Somprasert C. Patient readiness for discharge after total hip replacement: an integrative review. J Health Res 2018; 32: 164-171.