

# OCENA OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ W OPINII PACJENTÓW

## Assessment of nursing care in patients' opinion



**Maria Wyrzykowska**

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2007; 1: 3–10

Adres do korespondencji:

dr n. med. **Maria Wyrzykowska**, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9, 85-094 Bydgoszcz

### Streszczenie

**Cel pracy:** Celem pracy była próba ustalenia, jaka jest ocena opieki pielęgniarskiej w opinii pacjentów przebywających w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym w Bydgoszczy.

**Materiał i metoda:** Badania przeprowadzono w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym w Bydgoszczy. Anonimową ankietę otrzymywali pacjenci z wszystkich oddziałów szpitala w przeddzień lub w dniu wypisu. Każdy pacjent, który otrzymał ankietę, przebywał na oddziale nie krócej niż 5 dni. Wydano 600 ankiet, otrzymano z powrotem 289 (48,2%). Kwestionariusz *ogólny* ankiety zawierał pytania zamknięte i jedno otwarte, wśród których 13 dotyczyło postaw i zachowań personelu pielęgniarskiego oraz opieki pielęgniarskiej. Drugie narzędzie badawcze dotyczyło poszerzonej oceny jakości opieki pielęgniarskiej.

Wyliczono średnią arytmetyczną z sum punktów dla odpowiednich grup pytań. Jako istotny statystycznie wynik testu, przyjęto poziom istotności  $p \leq 0,05$ .

**Wyniki:** W badaniu uczestniczyło 145 kobiet i 142 mężczyzn. Wiek pacjentów był zróżnicowany i wahał się od 16 do ponad 60 lat. Najlicniejszą grupę stanowili pacjenci w przedziale wiekowym 41–60 lat. Ponad 78% pacjentów spotkało się z życzliwością, dobrocią, wyrozumiałością i uprzejmością. W granicach 60–65% wahały się odpowiedzi *nie spotykam* w odniesieniu do braku kultury, taktu, lekceważenia i obojętności. Pośpiech w pracy pielęgniarek (jako cecha negatywna), był dostrzegany przez pacjentów aż w 63%. W analizie szczegółowej badań wykazano liczne zależności statystyczne.

**Wnioski:** Ocena opieki pielęgniarskiej w opinii pacjentów jest pozytywna, aczkolwiek zdaniem ankietowanych chorych, pielęgniarki zbyt mało uwagi poświęcają przygotowaniu pacjenta do samoopieki w domu oraz edukacyjnej stronie swych działań.

**Słowa kluczowe:** pielęgniarka, pacjent, szpital, jakość opieki pielęgniarskiej.

### Summary

**Aim:** The aim of the study was an attempt to check what is a patient opinion about nursing care in University Hospital in Bydgoszcz, Poland.

**Material and methods:** Study was conducted in University Hospital in Bydgoszcz, Poland. Anonymous questionnaire was propagated among patients from all wards the day before hospital leave or during the last day of hospital stay. Every patient who obtained a questionnaire stayed in hospital at least five days. Six hundred questionnaires were propagated and 289 (48,2%) were returned. "General" part of questionnaire included closed questions and one open question and among them 13 concerned attitudes and behavior of nursing personnel and nursing care. Second tool concerned wider assessment of nursing care quality.

Arithmetic mean of score sums for individual questions was calculated. Level of significance  $p < 0,05$  was accepted as statistically significant test result.

**Results:** One hundred forty-five women and 142 men were included into the study. Age of patients was various and ranged between 16 to 60 years. The most numerous group were patients from 41 to 60 years. More than 78% of patients met kindness, goodness, understanding and politeness. Answers "did not meet" ranged from 60 to 65% in aspect of lack of culture, tact, disrespect and indifference. Hurry (as a negative feature) was in 63% indicated by patients. In comprehensive analysis a number of statistical dependences were obtained.

**Conclusion:** Assessment of nursing care in patients opinion is positive nevertheless nurses don't pay enough attention to self-care preparation and educational aspect of activities.

**Key words:** nurse, patients, hospital, nursing care quality.

## Wstęp

Jakość opieki zdrowotnej zobowiązuje lekarzy i pielęgniarki, jak również pozostałych pracowników do zwrócenia uwagi na fakt, że głównym podmiotem ich pracy jest pacjent i jego dobro.

Do precyzowania zagadnień związanych z badaniem opinii pacjenta z pobytu w placówce medycznej i sprawowanej tam opieki, niezbędne jest stałe poszerzanie wiedzy o samym chorym i problemach związanych z hospitalizacją i pracą wykonywaną przez pracowników medycznych.

Przeprowadzenie badań dotyczących opinii pacjentów, wynika nie tylko z moralnego obowiązku oceny efektów pracy personelu. Podyktowane jest także koniecznością sprawdzenia poprzez uzyskane wyniki badań, jasnego obrazu stanu zadowolenia chorych przebywających w szpitalu oraz usunięcie – w miarę możliwości – zaistniałych mankamentów czy uchybień.

Pacjenci, a także ich rodziny zajmują wyjątkową i ważną pozycję w procesie oceniania opieki pielęgniarskiej.

Według autorów słownika *The Macquarie Dictionary* opinia to *osobisty pogląd, stosunek lub ocena, wyrażenie osobistego poglądu, oceny albo sądu*. Natomiast ci sami autorzy o satysfakcji mówią, iż jest to *stan bycia usatysfakcjonowanym, powód bądź przyczyna bycia usatysfakcjonowanym*.

Ocena pacjenta to nie tylko wydawana opinia, ale także wyrażany przez niego stan emocjonalny w postaci satysfakcji bądź jej braku.

W *Słowniku psychologii* A. Reber mówi o satysfakcji jako stanie emocjonalnym powstałym w wyniku osiągnięcia jakiegoś celu. W świetle tych stwierdzeń opinia jest pierwszą oceną, na bazie której pacjent często doznaje satysfakcji.

Satysfakcję można rozważać w kategoriach zadowolenia i będą to wtedy emocje pozytywne, bądź niezadowolenia (dyssatysfakcji) i będą to uczucia negatywne.

Ze strony pacjenta bardzo ważne jest odczucie, w jakim stopniu jakość opinii zgodna jest z jego wymaganiami, daje oczekiwaną korzyść i zadowolenie. Oczekiwania pacjentów są wyraźne i ściśle określone, a ich ocena – choć subiektywna – jest jednym z mierzalnych wskaźników jakości.

Pierwszą osobą, z którą spotyka się pacjent przychodząc do szpitala i na oddział jest najczęściej pielęgniarka. Powinna mieć świadomość, że od jej postawy i zachowania zależy pierwsze wrażenie, mające wpływ na dalsze samopoczucie pacjenta w trakcie pobytu w szpitalu.

## Cel pracy

W pracy podjęto próbę ustalenia, jaka jest ocena opieki pielęgniarskiej w opinii pacjentów przebywających w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym w Bydgoszczy.

## Metodyka badań

Badania pacjentów przeprowadzono w ciągu 3 mies. – od 1 grudnia 1998 r. do 1 marca 1999 r. w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym w Bydgoszczy. Anonimową ankietę otrzymywali pacjenci z wszystkich oddziałów szpitala w przeddzień lub w dniu wypisu z rąk naczelnej pielęgniarki lub jej zastępcy. Każdy pacjent, który dostał ankietę, przebywał na oddziale nie krócej niż 5 dni. Byli to chorzy powyżej 16. roku życia, którzy wyrazili zgodę na jej wypełnienie po powrocie do domu.

Kwestionariusz *ogólny* ankiety zawierał 47 pytań zamkniętych i jedno otwarte, wśród których 13 dotyczyło postaw i zachowań personelu pielęgniarskiego oraz opieki pielęgniarskiej.

Jako drugie narzędzie badawcze zastosowano kwestionariusz *szczegółowy*, dotyczący poszerzonej oceny jakości opieki pielęgniarskiej, który składał się z 10 pytań zamkniętych.

Wydano 600 ankiet, otrzymano z powrotem 289, co daje 48,2% zwrotności. Ankietę zwróciło 145 kobiet i 142 mężczyzn (2 osoby nie określiły płci). Wiek pacjentów był różnicowany i wahał się od 16 do ponad 60 lat. Najliczniejszą grupę stanowili pacjenci w przedziale wiekowym 41–60 lat. Przeważały osoby z wykształceniem średnim (179), co stanowi 61,9%. Większość pacjentów pochodziła z miasta wojewódzkiego (163), co stanowi 56,4%. Dla 131 pacjentów był to pierwszy pobyt w szpitalu, dla 58 drugi, a dla 92 kolejny. W czasie przeprowadzania badań, pobyt w szpitalu dla większości chorych (139 osób) trwał do miesiąca, dla 81 – do jednego tygodnia, a dla 65 powyżej miesiąca.

Wyliczono średnią arytmetyczną z sum punktów dla odpowiednich grup pytań. Jako istotny statystycznie wynik testu, przyjęto poziom istotności  $p \leq 0,05$ .

## Wyniki badań

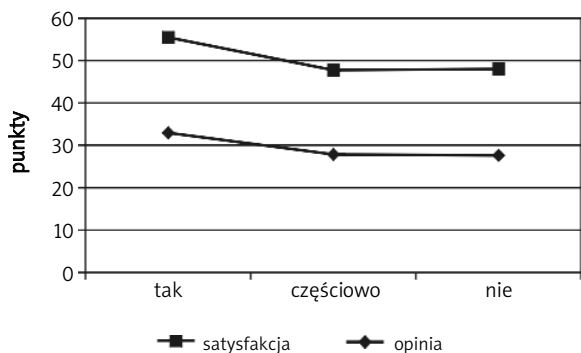
Ogromnie ważne jest pierwsze wrażenie, jakie chory odnosi w momencie zetknięcia się ze szpitalem i jego personelem.

Odpowiedzi na pytanie dotyczące opinii i satysfakcji z pobytu w izbie przyjęć i okazanego zainteresowania pacjentowi przez personel zostały przedstawione na ryc. 1.

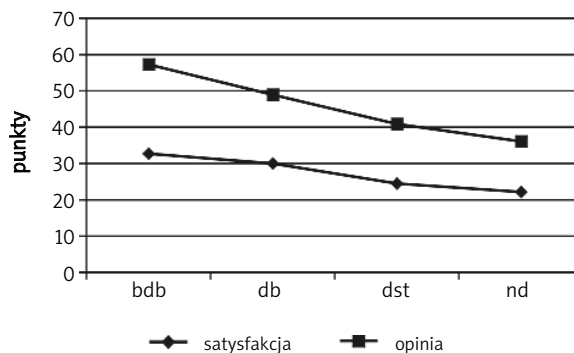
Występują różnice istotnie statystycznie między średnimi dla satysfakcji i opinii przy porównaniu odpowiedzi *tak* z odpowiedzią *częściowo* i między odpowiedzią *tak* z odpowiedzią *nie* przy  $p < 0,001$ .

**Analizując odpowiedzi na pytanie dotyczące okazanego przez personel izby przyjęć zainteresowania osobą pacjenta w zależności od czynników socjodemograficznych**, istotna statystycznie zależność wystąpiła przy wieku i wykształceniu.

199 osób (69,3%) ankietowanych pacjentów odpowiedziało, że widziało zainteresowanie swoją osobą, po-



Ryc. 1. Opinia i satysfakcja pacjentów z pobytu w izbie przyjęć



Ryc. 2. Opinia i satysfakcja pacjentów dotycząca przyjęcia na oddział

zostali pacjenci czyli 69 osób (24,0%) odpowiedziało, że *częściowo*, 19 osób (6,7%) odpowiedziało negatywnie.

Między grupami wiekowymi 21–40 lat i powyżej 60 lat wystąpiła aż 6-krotna różnica w stosunku odpowiedzi *tak* do odpowiedzi *częściowo* (chorzy powyżej 60 lat 6-krotnie częściej niż młodsi pacjenci potwierdzali, że personel izby przyjęć okazał im należne zainteresowanie).

Wystąpiła istotna statystycznie zależność przy  $p < 0,001$ .

Natomiast im wykształcenie ankietowanych było niższe, tym ocena personelu izby przyjęć była mniej krytyczna ( $p < 0,03$ ).

Ocena grzeczności i taktu personelu izby przyjęć przez ankietowanych zależała w sposób istotny od czasu trwania załatwiania formalności ( $p < 0,001$ ). Wraz z wydłużeniem czasu pobytu pacjentów w izbie przyjęć ocena taktu i grzeczności personelu z bardzo dobrej obniża się.

Przyjęcie na oddział zostało ocenione przez pacjentów bardzo dobrze i dobrze. Ta opinia była niezależna od płci, wykształcenia, miejsca zamieszkania, wielokrotności i czasu pobytu w szpitalu. Wyraźna różnica w ocenie przyjęcia chorego na oddziału wystąpiła przy wieku ankietowanych  $p < 0,05$ . Okazało się, że bardziej liberalni w ocenie są ludzie bardzo młodzi i starsi, natomiast pacjenci w przedziale wieku 21–40 lat są bardziej krytyczni.

Satysfakcję i opinię hospitalizowanych, dotyczącą przyjęcia na oddział przedstawiono na ryc. 2.

Na pytanie, *jak oceniana jest opieka pielęgniarska* odpowiedziało 98,9% ankietowanych, wśród których 53,1% oceniło tę opiekę jako bardzo dobrą, 43,4% jako dobrą, 2,4% jako dostateczną i 1,1% jako złą (ryc. 3.).

Wysoką ocenę otrzymało informowanie pacjenta o celowości i sposobie wykonywania zabiegów pielęgniarskich. Na to pytanie dotyczące tego zagadnienia odpowiedziało 96,5% wszystkich ankietowanych, wśród których 78,2% wystawiło ocenę pozytywną.

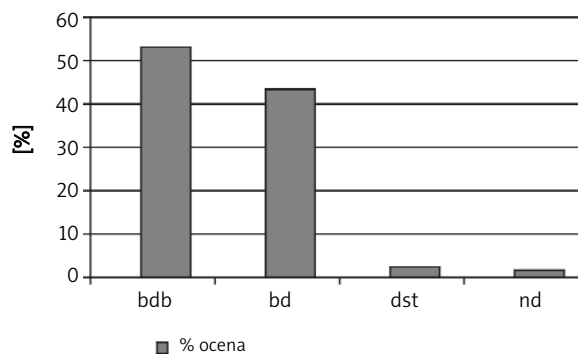
Opiniując szczegółowo opiekę pielęgniarską, chorzy krytyczniej oceniają komunikatywność i przygotowanie chorego do samoopieki w domu.

**Na podstawie badań założono, iż wiedza o tym, kto pełni funkcję pielęgniarki oddziałowej, będzie miała wpływ na ocenę przyjęcia chorego na oddział i na ocenę opieki pielęgniarskiej.** W obu przypadkach wyniki badań to potwierdziły. Z 228 chorych, którzy zaznaczyli w odpowiedzi znajomość pielęgniarki oddziałowej, co stanowi 81,7% ankietowanych, 132 osoby (57,9%) oceniły przyjęcie na oddział jako bardzo dobre, a 87 osób (38,2%) jako dobre –  $p < 0,01$ .

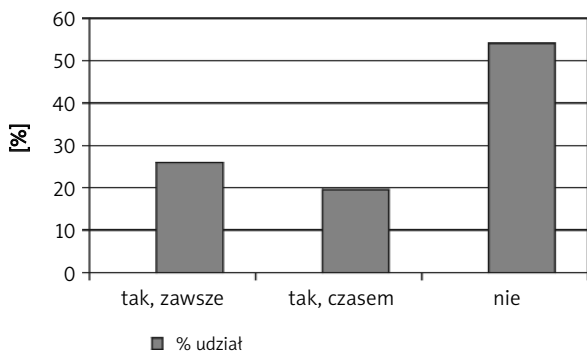
Również ocena opieki pielęgniarskiej w sposób istotny statystycznie ( $p < 0,05$ ), zależy od częstego odwiedzania chorych przez pielęgniarkę oddziałową. Jej obecność wśród chorych na oddziale i interesowanie się wszystkim, co dotyczy opieki pielęgniarskiej, ma wpływ na ocenę tej opieki przez pacjentów, przy czym dla mężczyzn średnia statystyczna jest wyższa tak dla satysfakcji, jak i dla opinii, choć w sposób nieistotny. Pomimo, iż opieka pielęgniarska została oceniona bardzo dobrze i dobrze, to w pytaniach bardziej szczegółowo opiniujących opiekę pielęgniarską pojawiły się odpowiedzi o zabarwieniu negatywnym.

### Opinia i ocena jakości opieki pielęgniarskiej (kwestionariusz szczegółowy)

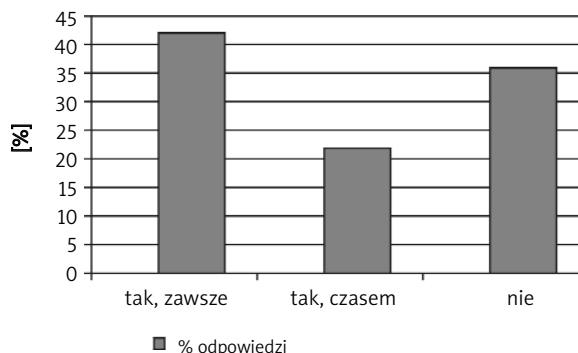
Najwyższą ocenę pozytywną opiniującą opiekę pielęgniarską chorzy przyznali odpowiadając na pytanie



Ryc. 3. Ocena opieki pielęgniarskiej



Ryc. 4. Opinia dotycząca uzewnętrzniania swoich problemów zdrowotnych przed pielęgniarką



Ryc. 5. Opinia pacjentów oceniająca edukację chorych na temat prozdrowotnego trybu życia

dotyczące pozycji sprzyjającej wypoczynkowi. W tym przypadku 84,6% wszystkich ankietowanych nie miało żadnych zastrzeżeń.

Oświadczenie, które wyróżnia się pod względem negatywnym, dotyczy odpowiedzi na pytanie 6. – aż 54,2% pacjentów potwierdza, że pielęgniarka nie zachęcała do wyrażania myśli i odczuć związanych ze zdrowiem, niepokojem, lękiem i przygnębieniem związanym z chorobą, (ogółem na to pytanie odpowiedziało 82,3% ankietowanych).

Szczegółowe wyniki przedstawiono na ryc. 4.

Na 158 ankietowanych, którzy musieli skorzystać z podania basenu lub kaczki, 140 odpowiedziało, że otrzymało naczynie zaraz po poproszeniu, 15 – że czasem, zaś 3 odpowiedzi brzmiały, że personel nie zareagował.

Natomiast na pytanie, czy naczynie zostało odebrane bez ponownego proszenia o zabranie, 129 osób odpowiedziało, że tak, 33 osoby – tak, czasem, zaś 28 osób, że nie.

Na pytanie 10. – *Czy pielęgniarka przygotowała pacjenta lub bliskich do samoopieki w domu?* – odpowiedziało 78,8% ankietowanych, przy czym aż 52,6% odpowiedziało, że nie, a 47,4%, że tak.

Odpowiedzi na pytanie 9. – *Czy pielęgniarka w trakcie pobytu chorego w szpitalu przekazała mu informacje na te-*

*mat prozdrowotnego trybu życia?* – udzieliło 83,7% ankietowanych. Odsetek pacjentów odpowiadających negatywnie był znaczący i wyniósł 36,0% (*tak, zawsze* – 42,1%, *tak, czasem* – 21,9%).

**Porównanie odpowiedzi na pytania dla oddziałów zabiegowych i zachowawczych dotyczących oceny jakości bezpośredniej opieki pielęgniarskiej** daje różne rozkłady odpowiedzi dla pytań 1., 2., 3a., 3b., 5. Odpowiedzi na pozostałe pytania w obu grupach nie różnią się istotnie.

Dla pytań od 1. do 3b. różnica istotna statystycznie ma tę samą wartość przy  $p < 0,001$ , a dla pytania 5. różnica ta wynosi  $p < 0,02$ . Dane zostały zanalizowane w celu określenia czy zaistniały znaczące różnice w poziomie zadowolenia pacjentów pomiędzy dwoma grupami oddziałów.

1. *Czy udzielono Pani/Panu pomocy – jeśli była taka potrzeba – przy uruchomieniu bądź ograniczeniu ruchu, np. pomoc przy wstawaniu, chodzeniu, dostarczenie „chodzika”, laski, wózka)?*

Rozkład odpowiedzi udzielonych przez pacjentów ujęto w tab. 1.

Porównanie rozkładów odpowiedzi na pytanie 1. dla oddziałów zabiegowych i zachowawczych daje różnicę istotną przy  $p < 0,001$ .

Tab. 1. Odpowiedzi udzielone przez pacjentów na pytanie 1., dotyczące udzielenia pomocy przy uruchomieniu bądź ograniczeniu ruchu

	Oddziały	
	zabiegowe	zachowawcze
tak, zawsze	87	41
tak, czasem	9	9
nie	1	2
nie dotyczy	38	60
brak odpowiedzi	10	20

Tab. 2. Odpowiedzi pacjentów na pytanie 2., dotyczące udzielenia pomocy przy wykonywaniu toalety lub innych czynności higienicznych

	Oddziały	
	zabiegowe	zachowawcze
tak, zawsze	69	29
tak, czasem	11	8
nie	3	3
nie dotyczy	51	72
brak odpowiedzi	11	20

**Tab. 3.** Odpowiedzi pacjentów na pytanie 3a. – *Czy otrzymała Pani/Pan – jeśli była taka potrzeba – basen, kaczkę zaraz po poproszeniu?*

	Oddziały	
	zabiegowe	zachowawcze
tak, zawsze	97	41
tak, czasem	8	5
nie	1	1
nie dotyczy	30	64
brak odpowiedzi	9	21

2. Rozkład odpowiedzi dla pytania *czy udzielono Pani/Panu pomocy – jeśli była taka potrzeba – podczas wykonywania toalety lub innych czynności higienicznych?* – przedstawiono w tab. 2.

Odpowiedzi na analizowane pytanie istotnie zależą od rodzaju oddziału (zabiegowe i zachowawcze) przy  $p < 0,001$ .

Odpowiedzi na pytanie 3a. i 3b. przedstawiono w tab. 3. i 4.

Odpowiedzi na powyższe pytanie istotnie zależą od rodzaju oddziału, przy  $p < 0,001$ .

Odpowiedzi na pytanie 3b. istotnie zależą od rodzaju oddziału, przy  $p < 0,001$ .

4. *Czy – jeśli została Pani/Pan okaleczona (y) przez chorobę (np. amputacja, duży ubytek ciała) – pielęgniarka swoim działaniem pomogła uwierzyć, że nie jest Pani/Pan odrzucona(y), a rozmowy z nią pomogły przetrwać trudne chwile?*

Odpowiedzi na pytanie 4 ujęto w tab. 5.; istotnie zależą od rodzaju oddziału ( $p < 0,02$ ).

Wyniki badań wskazują, że pacjenci pozytywnie oceniają zachowania i postawy personelu pielęgniarskiego.

Ponad 78% pacjentów spotkało się z życzliwością, dobrocią, wyrozumiałością i uprzejmością. W granicach 60–65% wahały się odpowiedzi *nie spotykam* w odniesieniu do braku kultury, taktu, lekceważenia i obojętności.

Pośpiech w pracy pielęgniarek (jako cecha negatywna), był aż w 63% dostrzegany przez pacjentów. Wyniki te zobrazowano na ryc. 6.

## Omówienie wyników

Jakość opinii o usługach świadczonych zarówno przez cały system ochrony zdrowia, jak i przez poszczególne zakłady opieki zdrowotnej, jest podstawowym warunkiem ich efektywności.

Zapewnienie jakości usług obejmuje wiele działań zgodnych z przyjętym standardem – jego realizacja da-

**Tab. 4.** odpowiedzi pacjentów na pytanie 3b. – *Czy naczynie zostało odebrane bez ponownego proszenia o odebranie?*

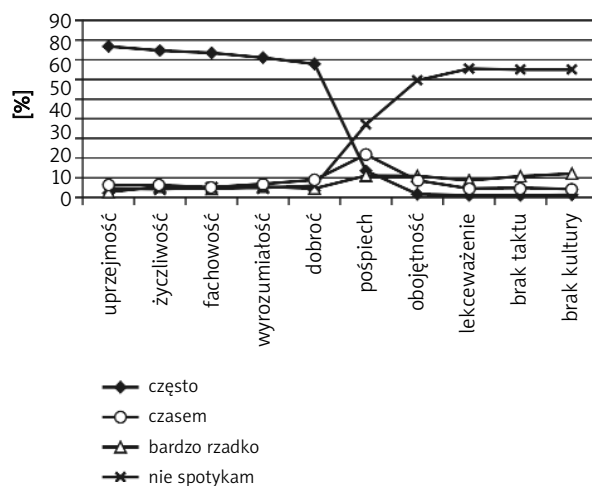
	Oddziały	
	zabiegowe	zachowawcze
tak, zawsze	85	43
tak, czasem	22	9
nie	8	19
brak odpowiedzi	30	61

**Tab. 5.** Odpowiedzi pacjentów na pytanie 4.

	Oddziały	
	zabiegowe	zachowawcze
tak, zawsze	27	7
tak, czasem	6	4
nie	2	2
nie dotyczy	93	95
brak odpowiedzi	17	24

je większe lub mniejsze poczucie satysfakcji z pobytu w konkretnej placówce medycznej.

Podejmując w pracy zagadnienie dotyczące zbadań opinii i doznanej satysfakcji pacjenta z pobytu w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym w Bydgoszcy, koniecznym stało się zgłębienie problematyki jakości usług, w tym także usług związanych z wykonywaniem zawodu pielęgniarki i lekarza. Od pracowników medycznych wymaga się wyjątkowych cech osobowościowych



**Ryc. 6.** Opinia dotycząca oceny fachowości oraz wszystkich (zawartych w ankiecie) cech, postaw występujących w pracy pielęgniarek

i umiejętności zawodowych. Istota owych wyjątkowych umiejętności tkwi w rozumieniu funkcji, jaką ma do wykonania pracownik. Z ich wypełnieniem wiąże się moralna odpowiedzialność za własne poczynania, z której nikt i nic nie może ich zwolnić.

W Polsce, w okresie prowadzenia badań nie było opracowanej metody oceny poziomu satysfakcji pacjentów. Placówki służby zdrowia często prowadzą badania dotyczące opinii pacjentów na własną rękę, a kwestionariusze, którymi się posługują, nie dają odpowiedniego materiału do porównań, ponieważ znacznie różnią się od siebie formą, zawartością i metodą dostarczania ich do rąk pacjenta [1, 2, 5, 6, 9].

Wzrost zainteresowania potrzebami pacjentów i ich opinią o jakości usług, a także doznana bądź nie satysfakcją, nastąpił w połowie lat 90. Na zmieniającym się rynku usług medycznych, gdzie usługa jest towarem, ogromny nacisk należy położyć na jakość, bez której nie ma i nie będzie zadowolenia pacjenta i dobrej opinii o placówkach zdrowia.

Sprzeczności lub rozbieżności pomiędzy oczekiwaniami a rzeczywistością usługi, będą wpływać nie tylko na modyfikację oczekiwań, ale też na opinię i satysfakcję pacjenta [2, 9].

Sposób i narzędzie badania opinii oraz mierzenia satysfakcji pacjentów powinny być przydatne do szerokiego stosowania i zrozumiałe oraz trafnie i rzetelnie mierzyć badane zjawisko i być powtarzalne, co daje możliwość śledzenia zmian w czasie i porównania wyników badań pomiędzy poszczególnymi placówkami [2].

Większość autorów zajmujących się jakością usług w placówkach ochrony zdrowia podkreśla konieczność dokumentowania danych, dotyczących zadowolenia pacjentów. Zwracają uwagę, aby tak kierować procesami zmian na lepsze, by uwzględniały one preferencje, potrzeby pacjentów oraz ich rodzin. Ponieważ pacjenci zazwyczaj nie są w stanie ocenić technicznej jakości usług, jakość funkcjonalna jest zwykle pierwszym wyznacznikiem ich spostrzeżeń [4].

Nieuchwytna natura usług sprawia, że – w przeciwieństwie do produktów – większość z nich jest świadczona i odbierana w tym samym czasie. Ta cecha pociąga za sobą wagę związku opiekun–pacjent bardziej, niż potencjalna wielostronność jakości usług. Usługi medyczne zdają się być bardziej zaangażowane pacjentem, aniżeli jakikolwiek inny rodzaj usług, zaś powiązanie między pacjentem a świadczącym mu usługę może mieć zdecydowanie prywatny charakter i trwać wiele lat. Te i inne różnice sugerują, iż wyznaczniki i pomiary jakości usług medycznych mogą być unikalne [9, 13, 14].

Z badań wynika, że opinia wydana przez pacjentów na temat ogólnej oceny szpitala jest dobra i bardzo dobra. Pacjenci wyrazili wysokie dodatnie oceny w większości odpowiedzi. Zdarzały się różnice w zależności od płci i wieku: mężczyźni wyrażali większe zadowolenie niż kobiety z przestrzegania praw pacjenta, a także

korzystniej oceniali stan higieniczny placówki. Wyniki badań wykazały, że 250 na 289 badanych pacjentów było zadowolonych z poszanowania ich prywatności i godności. W obrębie wszystkich zagadnień dostrzeżono różnice odpowiedzi w zależności od wieku pacjentów. Okazało się, że wiek pacjentów ma wpływ na wydaną opinię. Grupa osób w przedziale wiekowym 21–41 lat była bardziej wymagająca i krytyczna. Opinie te dotyczyły szczególnie zainteresowania wykazanego osobą pacjenta przebywającego w izbie przyjęć, oceny przyjęcia chorego na oddział, warunków sanitarno-higienicznych i ogólnej oceny szpitala. Pacjenci młodzi, wykształceni częściej odrzucali autorytety i żądali zaspokojenia swoich praw. Bardziej wyrozumiali są ludzie bardzo młodzi w grupie od 16–20 lat i starsi – powyżej 60. roku życia. Podobne wyniki w swoim badaniu uzyskali G. Lövgren i wsp. [11]. Kobiety były bardziej wymagające w ocenie warunków sanitarno-higienicznych. Dotyczyło to również osób, które po raz kolejny znalazły się w szpitalu.

Opinia dotycząca postaw i fachowości tak pielęgniarek, jak i lekarzy była wysoka. Zdecydowana większość pacjentów – 84% – spotkała się często z fachowością wykonywanych usług, zaś ponad 78% pacjentów spotkało się z życzliwością, dobrocią i wyrozumiałością. W granicach 60–65% wahały się odpowiedzi *nie spotykam* w odniesieniu do braku kultury, taktu i obojętności. Oceniając opiekę pielęgniarską ankietowani tylko w 37% nie dostrzegli pośpiechu.

Należy zauważyć, że ocena wyjątkowo pozytywnych i negatywnych doświadczeń w kontakcie z pielęgniarką, wynikająca z przeprowadzonej ankiety, jest podobna do spostrzeżeń, które znajdują się w pracach autorów polskich i zagranicznych [5, 6, 9, 11, 13].

W wielu pracach zwraca się uwagę na opiekę uczuciową, która odnosi się do osobistych potrzeb pacjenta wymagającego włączenia się w jego problem osób sprawujących nad nim opiekę. Dla pacjenta ważne jest to, że sprawuje on pewien rodzaj kontroli we wzajemnym kontakcie usługodawca–pacjent [11, 17]. W ankietach do określenia personelu (głównie dotyczy pielęgniarek i lekarzy) używa się określeń *ciepły, współczujący, podtrzymujący na duchu, dyskretny, wyrozumiały, doświadczony, sprawny, sumienny*. W badaniach podkreśla się znaczenie włączenia się lekarza i pielęgniarki w proces pomocy pacjentowi na tyle, że pacjent uznaje, iż został potraktowany indywidualnie, że poświęcono mu uwagę jako odrębnej jednostce. Uczciwość usługodawcy oraz uprzejmość okazana pacjentowi umacnia w nim przekonanie, że personel ma wiedzę i doświadczenie, które pozwalają uporać się z jego problemami. Z pracy S. Williams wynika, że dla pacjentów ważniejsza jest obecność pielęgniarki i kontakt z nią, niż techniczne zabiegi, jakie ona wykonuje [18].

Usługa medyczna wg M. Berkowskiej kończy się poczuciem satysfakcji lub dysatisfakcji, będącymi stanami emocjonalnymi pacjenta, na które składają się takie elementy, jak poczucie bycia zrozumianym, poczucie bycia poinformowanym, poczucie stanu zdrowia [2].

Czy zatem opinia ma istotny wpływ na poziom satysfakcji i odwrotnie? W przeprowadzonym badaniu okazało się, że u osób z wyższą satysfakcją obserwuje się na ogół lepsze opinie. Zależność satysfakcji i opinii w sposób istotny statystycznie zależy od wykształcenia, wieku i miejsca zamieszkania. Pacjenci przebywający dłużej w szpitalu mieli mniejszą satysfakcję, która wraz z wydłużeniem czasu pobytu malała. Opinia tymczasem utrzymywała się na tym samym poziomie, a nawet nieznacznie wzrosła. Wysoko oceniono personel szpitala, w tym najwyżej personel pielęgniarski, za jego dostępność w dzień i w nocy. W niniejszej pracy opieka ogólnie pielęgniarska została oceniona bardzo dobrze (53,1%) i dobrze (43,4%), jednak badania opinii i ocena opieki pielęgniarskiej w kwestionariuszu szczegółowym wykazała, że chorzy bardziej krytycznie oceniają komunikatywność i przygotowanie chorego do samoopieki w domu. Wyniki wskazują, że aż 52,6% z 78,8% ankietowanych oceniło, iż pielęgniarka nie przygotowała ich do samoopieki w domu, jak również nie przekazała informacji na temat prozdrowotnego trybu życia (36%), nie zachęcała także pacjenta do wyrażania swego niepokoju i wątpliwości odnośnie stanu zdrowia. Podobne wyniki otrzymał G. Cohen i wsp. [8].

Z badań A. Ksykiewicz wynika, że największą poprawę w zakresie wsparcia informacyjnego chorych – traktowanego jako element poprawy jakości – uzyskano na oddziale, na którym pacjentami opiekują się wciąż te same pielęgniarki. Dotyczy to również sytuacji, gdy pielęgniarki opiekują się chorymi doraźnie, ale wykonują wobec chorego wszystkie czynności. Duża część chorych stwierdza, że chętnie przyjąłaby wiedzę od pielęgniarek na interesujący ich temat [10]. W opiece nad pacjentem ważny jest bowiem fakt, aby pielęgniarka była nie tylko kompetentna i uprzejma, ale też uważnie wysłuchała pacjenta i komunikowała się z nim. Komunikacja jest ważnym czynnikiem rozwojowym relacji zachodzącej między pielęgniarką a pacjentem, gdyż bez właściwej komunikacji żadne porozumienie nie ma racji bytu [16]. Podczas wykonywania rutynowych czynności pielęgnacyjnych dnia codziennego łatwiej myśleć o tym, co ma być zrobione, zapominając o wysłuchaniu pacjenta. Badania autorów skandynawskich potwierdzają, że zadowolenie z opieki pielęgniarskiej jest bardzo ważnym wskaźnikiem całościowego zadowolenia ze świadczonej opieki [11, 12, 17]. Wskaźniki w pracy B. Wilde i wsp. sugerują, iż do praktycznego pielęgnowania niezbędne jest ściśle określenie potrzeb każdego pacjenta [17].

W kwestionariuszu szczegółowym, dotyczącym opieki pielęgniarskiej dane zostały zanalizowane również w celu określenia, czy zaistniały znaczące różnice w opinii pacjentów na temat oddziałów zabiegowych i zachowawczych. W przypadku większości pytań odpowiedzi nie różnią się w sposób istotny. Tam, gdzie się różnią, opinia jest korzystniejsza dla oddziałów zabiegowych. Podobne opinie o opiece pielęgniarskiej na oddziałach zabiegowych wystąpiły w badaniu D. Dyk i G. Odważnego

[5]. Istotne różnice statystyczne na korzyść oddziałów zabiegowych wynikają w przekonaniu autorki tej pracy ze specyfiki opieki nad pacjentami unieruchomionymi po zabiegu operacyjnym.

Dane przedstawione w pracy w całości trudne są do skomentowania w porównaniu z danymi innych autorów. Korzystali oni bowiem z kwestionariuszy znacznie różniących się tak pod względem formy, jak i zawartości. Zakres badań również był nieporównywalny.

Z literatury wynika, że klienci opieki zdrowotnej mają tendencję do wyrażania ogólnie przychylnych ocen. Wyniki niniejszej pracy, podobnie jak prac innych autorów wykazały, że zrozumienie, ciepło wzajemne i wygoda są dla tych, którzy korzystają z usług medycznych jednakowo ważne [8].

Warto zaznaczyć, iż nie istnieje złoty *standard* umożliwiający zmierzenie zadowolenia pacjenta. Jak sugerują C. Gooff i wsp. [8], łatwiej sformułować pytania na temat prywatności, godności i uczuć pacjenta, aniżeli zrozumienia informacji i zaangażowania w opiekę.

Należy pamiętać, że na dobrą opinię znacząco wpływają 3 składniki:

- produkt (usługa),
- firma (zakład opieki zdrowotnej), jej renoma i dobre imię,
- obsługa (pracownicy).

Nadal istnieją trudności w skonstruowaniu narzędzi pomiarowych, prawidłowo oceniających czynniki zadowolenia pacjenta z opieki, wolnych od tendencji okazywania zaledwie iluzji jego zadowolenia.

## Wnioski

Ocena opieki pielęgniarskiej w opinii pacjentów jest pozytywna, choć w opinii ankietowanych chorych pielęgniarki zbyt mało uwagi poświęcają przygotowaniu pacjenta do samoopieki w domu oraz edukacyjnej stronie swych działań.

W związku z tym należy:

- zwrócić większą uwagę pielęgniarek na staranniejsze przygotowanie pacjenta do samoopieki w domu oraz na znaczenie edukacyjnej strony ich działań,
- uświadomić personelowi, że najbardziej opiniotwórcza – bardziej krytyczna i wymagająca – jest grupa pacjentów młodych, w przedziale wiekowym 21–40 lat.

## Piśmiennictwo:

1. Barwińska M. Wyniki badania ankietowego dotyczące satysfakcji pacjentów z pobytu w PSK nr 1 AM im. W. Barlickiego w Łodzi. Biuletyn Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych. Łódź 1988; (1): 16-20.
2. Berkowska M. Satysfakcja pacjentów z usług medycznych podstawowej opieki zdrowotnej. W: Wypracowane narzędzia do oceny jakości usług medycznych w podstawowej opiece zdrowotnej. Biuro Wielkopolskiej Unii Opieki Zdrowotnej. Poznań 1998; 3-19.

3. Delbanco TL. Quality of care through the patients eyes. *BMJ* 1996; 313: 832-3.
4. Eriksen LR. Patient satisfaction: an indicator of nursing care quality. *Nurs Manage* 1987; 18: 31-5.
5. Dyk D, Odważny G. Satysfakcja pacjenta miernikiem jakości opieki pielęgniarskiej. W: Zarządzanie w ochronie zdrowia. Choroby cywilizacyjne. Ogólnopolska konferencja naukowa. Wyd. Miejskie Poznań 1998; 302-10.
6. Dyk D, Jessa K, Krysiak J. Satysfakcja z opieki pielęgniarskiej w oddziale kardiochirurgicznym. W: Pierwszy Zjazd Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki. Materiały zjazdowe. Wyd. AM im. Z. Marcinkowskiego Poznań 1999; 165-71.
7. Gallagher EB. Ideologia konsumpcji a opieka zdrowotna. W: Socjologia, a zdrowie. Ostrowska A (red.). PWN. Warszawa 1976; 191-210.
8. Gooff C, Forbes J, Garraway M. Can different patient satisfaction survey methods yield consistent results? *BMJ* 1996; 313: 841-4.
9. Kornatowski M. Satysfakcja pacjenta jako wskaźnik poziomu jakości opieki zdrowotnej. *Antidotum* 1995; 1: 47-51.
10. Ksykiewicz AD. Zasób informacji pacjentów hospitalizowanych jako wyznacznik jakości opieki pielęgniarskiej. W: Trzeci Kongres Pielęgniarek Polskich – referaty kongresowe. PTP. Busko Zdrój 1996; 49-53.
11. Lövgren G, Sandman PO, Engström B, et al. The view of caring among patients and personnel. *Scand J Caring Sci* 1996; 12: 33-41.
12. Lövgren G, Engström B, Norberg A. Patients narratives concerning. Good and bad caring. *Scand J Caring Sci* 1996; 10: 153-6.
13. McAleksander J, Oldenburg DO, Koenig H. Service quality measurement. *Mark Health Serv* 1994; 3: 34-8.
14. Sharon OL. Quality Determinants and Hospital Satisfaction. *American Marketing Association* 1998; 1: 18-22.
15. Sławatyniec T. Jakość w szpitalu japońskim. *Służba Zdrowia* 1998; 47-48, dod. Szpital Polski 4.
16. Verne L, Lewis W, Timby BK. *Fundamental SKILLS and CONCEPTS in Patient Care*. J. B. Lippincott, Philadelphia 1988; 12-21.
17. Wilde B, Larsson G, Larson M, Starin B. Quality of care. Development of a patient-centred questionnaire based on a grounded theory model. *Scand J Caring Sci* 1994; 1: 39-48.
18. Williams SA. Quality and care, patient's perceptions. *J Nurs Care Qual* 1998; 12: 18-25.