

Satisfaction with nursing care and the level of illness acceptance in surgical and non-surgical wards – a single-center study

Satysfakcja z opieki pielęgniarskiej a poziom akceptacji choroby na oddziałach zabiegowych i zachowawczych – badanie jednośrodkowe

Mirella Natalia Twaróg^{A,F,H,I}, Justyna Cwajda-Białasik^{G,K-L} 

Department of Perioperative Nursing, Collegium Medicum in Bydgoszcz, Nicolaus Copernicus University in Toruń, Poland/
Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Polska

CORRESPONDING AUTHOR/AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Justyna Cwajda-Białasik
Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego
Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
ul. Łukasiewicza 1, 85-821, Bydgoszcz, Polska
e-mail: jcwajda-bialasik@cm.umk.pl

A – Development of the concept and methodology of the study/Opracowanie koncepcji i metodologii badań; B – Query – a review and analysis of the literature/Kwerenda – przegląd i analiza literatury przedmiotu; C – Submission of the application to the appropriate Bioethics Committee/Złożenie wniosku do właściwej Komisji Biotycznej; D – Collection of research material/Gromadzenie materiału badawczego; E – Analysis of the research material/Analiza materiału badawczego; F – Preparation of draft version of manuscript/Przygotowanie roboczej wersji artykułu; G – Critical analysis of manuscript draft version/Analiza krytyczna roboczej wersji artykułu; H – Statistical analysis of the research material/Analiza statystyczna materiału badawczego; I – Interpretation of the performed statistical analysis/Interpretacja dokonanej analizy statystycznej; K – Technical preparation of manuscript in accordance with the journal regulations/Opracowanie techniczne artykułu zgodnie z regulaminem czasopisma; L – Supervision of the research and preparation of the manuscript/Nadzór nad przebiegiem badań i przygotowaniem artykułu

STRESZCZENIE

SATYSFAKcja Z OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ A POZIOM AKCEPTACJI CHOROBY NA ODDZIAŁACH ZABIEGOWYCH I ZACHOWAWCZYCH – BADANIE JEDNOŚRODKOWE

Cel pracy. Ocena zależności pomiędzy satysfakcją pacjentów z opieki pielęgniarskiej świadczonej na oddziałach zabiegowych i zachowawczych w szpitalu uniwersyteckim a poziomem akceptacji choroby.

Materiał i metody. Badanie prowadziliśmy metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem standaryzowanych kwestionariuszy: Polskiej wersji Skali Zadovolnienia z Pielęgnacji Newcastle (NSNS) i Polskiej wersji Skali Akceptacji Choroby (AIS). Do badania zaprosiliśmy pacjentów trzech oddziałów szpitala uniwersyteckiego, hospitalizowanych minimum 2 noce. Z 210 udostępnionych arkuszy, zwrócono 121 (57.6%) poprawnie wypełnionych. Analizę statystyczną przeprowadziliśmy za pomocą pakietu IBM SPSS v.25. Za istotne uznaliśmy wartości $p \leq 0.05$.

Wyniki. Średni wynik AIS wynosił 24.2 pkt, we wszystkich grupach był porównywalny. Średni wynik doświadczeń związanych z opieką pielęgniarską wynosił 64.5 – i był on porównywalny we wszystkich grupach. Średni wynik satysfakcji z opieki pielęgniarskiej wynosił 72.7. Istotna statystycznie różnica występowała tylko pomiędzy dwoma oddziałami – laryngologicznym (najwyższy wynik) i neurologicznym (najniższy wynik). Oba aspekty poziomu zadovolnienia z opieki pielęgniarskiej (tj. doświadczenia i satysfakcja) istotnie dodatnio korelowały z poziomem akceptacji choroby ($r=0.83$, $p<0.001$, $r=0.74$; $p<0.001$).

Wnioski. Satysfakcja pacjenta z opieki zależy od wielu czynników osobniczych, ale przede wszystkim od osobistych doświadczeń pacjenta i poziomu akceptacji choroby. Akceptacja choroby była najsilniejszym predyktorem doświadczeń i zadovolnienia, niezależnie od specyfiki oddziału, czasu hospitalizacji, wieku, płci i wykształcenia badanych.

Słowa kluczowe: satysfakcja z opieki, akceptacja choroby, Skala Akceptacji Choroby, Skala Newcastle satysfakcji z opieki

ABSTRACT

SATISFACTION WITH NURSING CARE AND THE LEVEL OF ILLNESS ACCEPTANCE IN SURGICAL AND NON-SURGICAL WARDS – A SINGLE-CENTER STUDY

Aim. to assess the correlation between patient satisfaction with nursing care in surgical and non-surgical departments in a university hospital and the level of illness acceptance.

Material and methods. We conducted the study using a diagnostic survey method with standardized questionnaires: the Newcastle satisfaction with nursing scales (NSNS) and the Acceptance of Illness Scale (AIS). We invited patients from three departments of the university hospital, hospitalized for at least 2 nights, to participate in the study. Out of 210 questionnaires provided, 121 (57.6%) were returned correctly completed. We performed statistical analysis using the IBM SPSS. We considered $p \leq 0.05$ values to be significant.

Results. The average AIS score was 24.2 points. The average Nursing care experiences score was 64.5, comparable in all groups. The average satisfaction score was 72.7. A statistically significant difference occurred between two departments – laryngology and neurology. Both aspects of the NSNS scale significantly positively correlated with level of disease acceptance ($r=0.83$, $p<0.001$, $r=0.74$; $p<0.001$).

Conclusions. Patient satisfaction depends on many individual factors, above all on the patient's personal experiences and the level of illness acceptance. AIS was the strongest predictor of experiences and satisfaction, regardless of the department, hospitalization time, age, gender and education of the respondents.

Key words: satisfaction, illness acceptance, Acceptance of Illness Scale, Newcastle Satisfaction with Nursing Scale

INTRODUCTION

Patient satisfaction is one of the most important dimensions of healthcare quality management and is a useful tool for assessing the quality of medical services [1-3]. It is emphasized that monitoring (especially continuous or repeatable) patient satisfaction helps identify areas requiring improvement or repair, thus leading to enhanced standards of care. Currently, it is focused on the patient, which is why he is the main source of feedback necessary in the process of modernization, infrastructural changes, or general improvement of health processes and services [1,4,5]. High levels of patient satisfaction have been shown to significantly correlate with low 30-day readmission rates and even reduced mortality [5,6]. Therefore, patient experience remains a key indicator of outcomes in the healthcare system [5]. Unfortunately, despite numerous publications and studies, the concept of satisfaction with healthcare remains inconsistent and its quantitative measurement is difficult. Patient satisfaction is a multifaceted and imprecise concept. Most authors agree that it is an interaction between the recipient and the healthcare provider. It is an individual emotional reaction of the consumer, and even a measure of meeting their needs and expectations [1-9]. However, these expectations may vary, are subjective and depend on many factors, including personal values, previous experiences, and even the patient's current health situation [4,6,8,9].

In this study, we hypothesized that satisfaction with care may also correlate with the level of illness acceptance. Lower levels of acceptance and poor adaptation to illness may lead to higher patient expectations and thus lower satisfaction with care, and vice versa. When interpreting satisfaction assessments, various modifying factors should be taken into account [9]. A recent review [4] identified as many as a dozen studies assessing the impact of health status, self-assessment of physical and mental health, and quality of life on patient satisfaction with medical care. However, in the available literature, we did not find any studies assessing the correlation between satisfaction with care assessed using standardized tools and illness acceptance. Therefore, the aim of this study was to assess the correlation between patient satisfaction with nursing care in surgical and non-surgical wards in a university hospital and the level of illness acceptance.

MATERIALS AND METHODS

We conducted the study with the consent of the local Bioethics Committee, No. KB 302/2024. We included adult patients of three departments of the university hospital: Department of Otolaryngology and Laryngological Oncology (Unit 1, U1), Department of Vascular Surgery and Angiology (Unit 2, U2), and Department of Neurology (Unit 3, U3). The study and the inclusion/exclusion criteria were in accordance with the instructions for the tools used [7,10,11]. We qualified adult, Polish-speaking patients, without consciousness disorders (GCS=15 points), able to fill in the forms independently, hospitalized in the ward for at least 2 nights.

On the day of the patient's discharge, the interviewer (who was not an employee of the hospital) asked them to fill in the questionnaires. Patients who agreed to participate in the study filled in the forms themselves, put them in an envelope and threw them in a sealed box in the ward. Participation in the study was voluntary and anonymous. Returning the completed questionnaire was tantamount to the patient's consent to participate in the study. In total, we distributed 210 questionnaires (70 in each ward), 121 (57.6%) were returned, including 41 (58.6%) in U1, 42 (60%) in U2 and 38 (54.3%) in U3. We conducted the study using the diagnostic survey method with two standardized tools:

1. **The Polish version of the *Acceptance of Illness Scale (AIS)*** adapted by Z. Juczyński [10], designed for examining people who are currently ill. The scale contains 8 items describing the negative consequences of the disease. The patient described his/her current condition on a five-point scale from 1 („*I strongly agree*”) to 5 („*I strongly disagree*”). In total, he/she could obtain from 8 to 40 points. A low score was an expression of a lack of acceptance of the disease, poor adaptation to it and a high sense of discomfort. A high score meant acceptance of the disease, better adaptation to it and a lower sense of psychological discomfort [10].
2. **The Polish *Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS)*** [11], with the authors' consent. The NSNS scale assessed aspects of the quality of nursing care from the patient's perspective. The Polish version of the NSNS scale consists of three parts. Part 1 concerns the patient's experiences related to nursing care – it consists of 26 statements (15 positive and 11 negative) assessed on a 7-point Likert scale, from „*completely disagree*” to „*completely agree*”. Part 2 – assessed 19 aspects related to the patient's satisfaction with care (on a 5-point Likert scale), from „*completely satisfied*” to „*completely dissatisfied*”. For both parts of the questionnaire, we calculated the value of the care index, ranging from 0 to 100 – where 0 was the expression of the worst assessment/experiences/opinions, and 100 was the expression of the best assessment/experiences/opinions. We calculated the point value of this coefficient according to the instructions of the authors of the Polish version of the questionnaire. The third, last part of the NSNS scale included questions about the demographic characteristics of patients and their stay in the hospital [7,11]. We used these data to present the general characteristics of the study group. The study groups were homogeneous in terms of gender distribution (women: 48.8% vs men: 51.2%) and education. They differed significantly in the average age (U1: 62.4, U2: 67.4 and U3: 71.5 years) and the number of nights spent in the ward (U1: 4.9, U2: 9.6; U3: 10.3 nights) (Tab. 1).

Statistical analysis

The group characteristics were presented using basic descriptive statistics. Normality of the distribution of variables was verified using the Shapiro-Wilk test. The comparison of groups was performed using the following tests: t-student for independent samples, Mann-Whitney U,

Satisfaction with nursing care and the level of illness acceptance in surgical and non-surgical wards – a single-center study

■ Tab. 1. Characteristics of the study group – basic information about patients from individual units

Parameters	Unit 1. n=41	Unit 2. n=42	Unit 3. n=38	All. n=121
Age [years] M ± SD (Min-Max)	62.37 ± 15.67 (26-96)	67.43 ± 12.23 (37-90)	71.47 ± 11.16 (53-104)	66.98 ± 13.61 (26-104)
Statistics value	F(2, 118) = 4.73; p = 0.011 Post-hoc – Sidak tests: 01 vs 03: p = 0.008* ; 01 vs 02: p = 0.230; 02 vs 03: p = 0.436			
Gender				
Female. n (%)	20 (48.8%)	21 (50%)	18 (47.4%)	59 (48.8%)
Male. n (%)	21 (51.2%)	21 (50%)	20 (52.6%)	62 (51.2%)
Statistics value	$\chi^2(2) = 0.06; p = 0.973$			
Education:				
Primary. n (%)	4 (9.8%)	6 (14.3%)	3 (7.9%)	13 (10.7%)
Vocational. n (%)	14 (34.1%)	12 (28.6%)	13 (34.2%)	39 (32.2%)
Secondary. n (%)	16 (39.0%)	14 (33.3%)	16 (42.1%)	46 (38.0%)
University. n (%)	7 (17.1%)	10 (23.8%)	6 (15.8%)	23 (19.0%)
Statistics value	$H(2) = 0.05; p = 0.977$			
Number of nights in the unit [days] M ± SD (Min-Max)	4.85 ± 1.61 (3-11)	9.57 ± 2.71 (4-16)	10.29 ± 2.58 (6-17)	8.20 ± 3.36 (3-17)
Statistics value	F(2; 118) = 63.98; p < 0.001 Post-hoc – Sidak tests: U1 vs U2: p < 0.001; U1 vs U3: p < 0.001; U2 vs U3: p = 0.437			

M – mean, SD – standard deviation, Min – minimum, H – ANOVA test value, χ^2 – χ^2 test value, p – level of significance

■ Tab. 2. Level of illness acceptance in the study group – AIS test results

No.	Specific questions	Test results. M±SD			
		Unit 1	Unit 2	Unit 3	All
1.	I have problems with adjustment to the limitation imposed by the illness	2.49±1.47	2.86±1.39	2.47±1.29	2.61±1.39
2.	Due to my state of health, I am not able to do what I like best	2.34±1.32	2.29±1.33	2.05±1.09	2.23±1.25
3.	The disease sometimes makes me feel unnecessary	3.32±1.31	3.81±1.15	3.05±1.25	3.40±1.27
4.	Because of health problems I am more dependent on others than I wish to be	3.00±1.32	2.79±1.44	2.82±1.23	2.87±1.33
5.	Due to the disease, I am a burden on my family and friends	3.63±1.14	3.60±3.60	3.18±1.25	3.48±1.21
6.	Due to my health status, I don't feel a fully valued human being	3.05±1.24	3.12±3.12	2.92±1.24	3.03±1.32
7.	I will never be self-sufficient to the degree I would like to be	2.76±1.30	2.74±2.74	2.39±1.18	2.64±1.34
8.	I think that people who stay with me are often embarrassed because of my illness	3.78±1.29	4.19±4.19	3.79±1.09	3.93±1.18
Total AIS score (level of illness acceptance)		24.37±7.22	25.38±7.61	22.68±6.91	24.19±7.29
		F(2; 118) = 1.39; p = 0.252			

M – mean, SD – standard deviation, H – ANOVA test value, p – level of significance

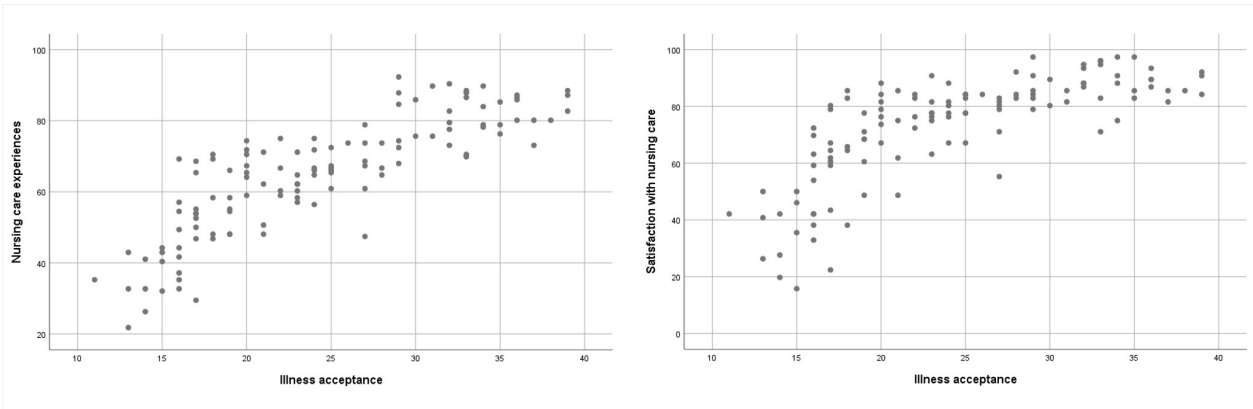
Kruskal-Wallis. For variables with a non-normal distribution, additional verification of the skewness value was performed. We assumed that the result in the range of ±2 is not significantly asymmetric with respect to the mean and for these data parametric tests were used, provided that their other assumptions were met. One-way analyses of variance in the intergroup scheme were used to compare data from three different departments. Statistically significant results were analyzed post-hoc with the Dunnett test (due to the inhomogeneity of variance in the compared groups). Pearson r correlation analysis and Spearman rho rank correlation were used to assess the relationships between variables. We considered p≤0.05 values to be significant. All analyses were performed using the IBM SPSS v.25 package.

RESULTS

The mean AIS score was 24.2 points (slightly above the mid-range value of 24) and did not differ significantly between groups. The aspect assessed the lowest was limitations resulting from the disease (Items 1 and 2), the highest – a sense of embarrassment in the patient's environment (Item 8) (Tab. 2). The mean score of experiences related to nursing care was 64.5 – and it was comparable in all units (U1: 66.5; U2: 66.5; U3: 60.2). The patients assessed the aspect of the atmosphere on the ward thanks to the nurses the highest (Item 26), the lowest were „a sense of disregard for one's suffering” and „late turning

off of the lights in the ward” (Items 7 and 8). The mean score of satisfaction with nursing care was 72.7. A statistically significant difference occurred only between two units – U1 (the highest score – 76.7) and U3 (the lowest score – 65.8). All respondents rated the nurses' awareness of the patient's needs (Item 19) and the sense of freedom in the ward (Item 16) as the highest; they were the least satisfied with the time nurses devoted to patients (Item 1) (Tab. 3).

Both aspects of the NSNS level (i.e. experience and satisfaction) significantly correlated with the level of illness acceptance – a higher level of AIS was associated with a higher assessment of nursing care in both dimensions. Both in the whole group and in individual wards, the strength of these correlations was strong and very strong (experience: r=0.83, p<0.001; satisfaction: r=0.74, p<0.001) (Fig. 1A and 1B). Among the sociodemographic variables, age and education were significantly correlated with the level of AIS and NSNS results. The level of AIS (r=-0.27, p=0.003) decreased with age. However, the strength of these correlations was low. In turn, a higher level of education was associated with a higher AIS (r=-0.47, p<0.001). The strength of these correlations was moderate. Gender (t(119)=0.27, p=0.789, d=0.05) and the number of nights spent on the ward (r=-0.01, p=0.258) did not correlate with the level of AIS. However, all assessed variables, except for gender (experience: t(119)=0.71, p=0.481, d=0.13; satisfaction: t(119)=0.59, p=0.555, d=0.11),



■ Fig 1A. $r=0.83$, $p<0.001$

U1: $r=0.79$; U2: $r=0.84$; U3: $r=0.87$, $p<0.001$

■ Fig 1B. $r=0.74$; $p<0.001$

U1: $r=0.63$; U2: $r=0.76$; U3: $r=0.83$; $p<0.001$

■ Fig 1. Correlation of variables (1A: acceptance of illness and patients' experiences with nursing care, 1B: acceptance of illness and patients' satisfaction with nursing care)

■ Tab. 3. Level of satisfaction with nursing care in the study group – NSNS test results (analysis of the total score and individual questions)

No.	Nursing care experie, M±SD				Satisfaction with nursing care, M±SD			
	Unit 1	Unit 2	Unit 3	All	Unit 1	Unit 2	Unit 3	All
1.	5.46±1.12	5.33±1.63	4.74±1.64	5.19±1.50	3.78±0.99	3.98±1.14	3.50±1.29	3.76±1.15
2.	3.27±1.30	2.88±1.38	3.26±1.50	3.13±1.40	4.02±0.88	3.86±0.87	3.68±1.09	3.86±0.95
3.	3.29±1.21	3.29±1.27	3.79±1.44	3.45±1.32	4.02±0.85	3.81±0.97	3.45±1.22	3.77±1.04
4.	2.98±1.21	2.79±1.47	3.03±1.33	2.93±1.34	4.07±0.82	4.10±0.79	3.63±0.88	3.94±0.85
5.	5.56±1.18	5.07±1.63	5.00±1.49	5.21±1.46	4.02±0.96	4.10±0.93	3.82±1.01	3.98±0.97
6.	5.17±1.09	5.07±1.24	4.58±1.33	4.95±1.24	4.15±0.82	3.93±0.89	3.16±1.24	3.76±1.07
7.	2.46±1.21	2.67±1.39	2.74±1.61	2.62±1.40	4.05±0.89	3.98±1.00	3.34±1.07	3.80±1.03
8.	2.46±1.47	2.60±1.62	2.79±1.66	2.61±1.58	3.98±0.82	3.95±0.80	3.58±1.03	3.84±0.90
9.	4.76±1.28	5.31±1.69	4.53±1.59	4.88±1.55	4.00±0.87	3.95±0.76	3.76±1.00	3.91±0.88
10.	4.80±1.19	5.07±1.47	4.47±1.25	4.79±1.32	4.10±0.92	4.02±0.92	3.50±1.06	3.88±0.99
11.	4.73±1.21	4.83±1.38	4.39±1.44	4.66±1.35	3.95±1.02	3.98±1.09	3.16±1.33	3.71±1.20
12.	4.95±1.07	5.07±1.18	4.84±1.10	4.96±1.11	4.20±0.87	4.17±0.79	4.00±0.90	4.12±0.85
13.	3.00±1.25	2.86±1.18	3.29±1.18	3.04±1.21	4.02±0.88	3.81±0.74	3.50±1.06	3.79±0.92
14.	3.12±1.66	3.55±1.37	4.00±1.43	3.55±1.52	4.22±0.76	3.93±1.02	4.00±0.96	4.05±0.92
15.	2.80±1.35	3.12±1.25	3.16±1.22	3.02±1.28	4.17±0.95	3.88±0.92	3.53±0.95	3.87±0.97
16.	4.90±1.22	4.93±1.26	4.39±1.20	4.75±1.24	4.22±0.91	4.21±0.81	3.84±1.03	4.10±0.93
17.	5.24±1.22	4.95±1.06	4.29±0.98	4.84±1.16	4.20±0.78	4.24±0.82	3.76±1.17	4.07±0.95
18.	5.41±1.10	4.98±1.20	4.53±1.33	4.98±1.25	3.93±0.93	4.07±0.81	3.97±0.97	3.99±0.90
19.	3.37±1.34	3.24±1.39	3.97±1.35	3.51±1.39	4.22±0.85	4.14±0.95	3.82±1.01	4.07±0.95
20.	3.85±1.35	3.88±1.67	3.97±1.65	3.90±1.55	F(2; 104.07) = 4.09; p = 0.021 Post-hoc Dunnett T3 test: U1 vs U3: p = 0.034 U1 vs U2: p = 0.959 U2 vs U3: p = 0.116			
21.	4.90±1.39	4.93±1.26	4.89±1.16	4.91±1.27				
22.	3.98±1.41	3.57±1.36	4.05±1.37	3.86±1.39				
23.	4.98±1.01	4.74±1.17	4.45±1.27	4.73±1.16				
24.	3.63±1.30	3.12±1.37	3.29±1.27	3.35±1.32				
25.	5.32±1.11	5.31±1.35	5.00±1.34	5.21±1.27				
26.	5.71±1.17	5.67±1.28	5.11±1.45	5.50±1.32				
Razem	66.46±13.34	66.48±17.32	60.17±17.47	64.49±16.26	76.73±14.83	75.12±17.91	65.79±21.68	72.74±18.73
	F(2; 118) = 1.99; p = 0.141							

M – mean, SD – standard deviation, H – ANOVA test value, p – level of significance

correlated significantly with the assessment of nursing care (in both dimensions); education moderately (experience: $r=0.47$, $p<0.001$; satisfaction: $r=0.44$, $p<0.001$), number of nights spent on the ward (experience: $r=-0.21$, $p=0.021$; satisfaction: $r=-0.24$, $p=0.009$) and age weakly (experience: $r=-0.19$, $p=0.038$; satisfaction: $r=-0.02$, $p=0.025$).

DISCUSSION

In this study, we have shown that the assessment of the quality of nursing care in the area of patient experience and satisfaction significantly correlates with the level of illness acceptance. The average nursing care experience score in the units studied was 60.2–66.5 and was within the range of results obtained in other Polish hospitals (i.e. 60.2–89.6) [2,3,7,8,11-16]. Similarly, the average satisfaction score of 65.8 – 76.7 was similar to the results of other hospitals (i.e. 67–91) [2,3,7,8,11-16]. The variety of the obtained scores suggests that the specificity of the ward did not have a significant impact on patient satisfaction. Wards with the same or similar specialties obtained different scores. However, in a multi-center study covering as many as 8 hospitals in Poland, a significantly higher level of NSNS (in the areas of experience and satisfaction) was observed in surgical than non-surgical wards [7]. The differences also concerned the hospital's reference level – university hospitals received a higher score in the area of experience, while district and provincial hospitals received a higher score in the area of satisfaction [7]. Our data came from three departments of a university hospital (two surgical and one non-surgical) and were most similar to the results of the aforementioned multi-centre analysis. However, analyses of data from abroad were not consistent – the hospital's reference level was a variable that had a positive effect, had no effect, or worsened satisfaction [4]. Similar conclusions can be drawn by analysing the correlations of sociodemographic variables with the level of satisfaction. Both Polish [2,3,7,8,11-16] and foreign data [1,4-6,9] are very diverse and do not provide a clear answer about the influence of age, gender, or education on the perceived satisfaction. In most Polish studies using the NSNS or other tools, age and gender did not correlate significantly with the level of satisfaction [2,7,13,14,18] or had a positive but low correlation [12,15]. One study showed a significant effect of age on the perception of the quality of nursing care, but the authors emphasized that the study group was not homogeneous, and people >65 years of age constituted only 10% of the study participants [17]. Education was weakly or not at all correlated [7,13,14,17,18]. Our analysis is consistent with these results and confirms that most sociodemographic variables do not affect or have a weak effect on the assessment of nursing care. We found a moderate strength of correlation only in the case of education level.

The strongest correlation with the assessment of nursing care was observed in relation to the level of illness acceptance. Both assessed aspects of the NSNS scale (i.e. experience and satisfaction) significantly correlated with the AIS level – higher illness acceptance was associated

with a higher assessment, while lower illness acceptance was associated with a lower assessment of nursing care in both dimensions. Both in the entire group and in individual departments, the strength of these correlations was very strong or strong. A review of foreign literature showed that not so much the health status, but its self-assessment and assessment of the quality of life had a significant correlation with patient satisfaction [4]. In Poland, one study assessed the correlation of illness acceptance (AIS) and life satisfaction (SWLS) with patients' expectations towards nursing staff [8]. The authors used their own questionnaire to assess satisfaction with nursing care. They did not observe any differences in the assessment of nurses' professionalism or in the assessment of patient satisfaction due to different levels of illness acceptance. Only the assessment of trust in staff was assessed higher by patients with an average level of acceptance than by patients with extreme results (i.e. low and high AIS). The differences in SWLS scores only slightly differentiated the patients' assessments. However, the strength or significance of the correlations were not assessed in this study, so it is difficult to comment on these results. In our opinion, the level of illness acceptance may be a significant variable that modifies patients' feelings related to medical care, including nursing care. Illness acceptance is a factor influencing emotions and feelings related to the experience of illness in many areas [10]. People with a higher AIS are better adapted to the illness and experience fewer negative emotions related to it. They make an effort to regain health and are highly committed to the treatment and care process. On the other hand, patients with a low AIS show poorer adaptation to the illness and exhibit ineffective and undesirable strategies for coping with the illness or pain. They are more often demanding and shift the responsibility for their health onto others [10,19,20]. Such an attitude and a high level of stress related to the illness (especially chronic or disabling) may affect the assessments made by patients with a low AIS. The correlation we found was present in all the departments studied, but the lowest AIS level and the lowest NSNS score were found in the neurology department. This is a non-surgical department, which more often admits patients with chronic diseases than the surgical departments. In our study, patients in this department had the longest mean length of stay, the highest mean age ($p=0.01$) and probably other dysfunctions related to this, which we did not assess. The surgical intervention provided a quick and easily noticeable therapeutic effect. The patient's expectations were probably met, contributing to a higher level of satisfaction and contentment. Long-term conservative therapy does not provide such quick results, requires the patient's involvement and cooperation, can cause frustration and reduce satisfaction and the level of satisfaction with care.

We are aware that the limitation of our study was the small sample size. The study was a single-center and requires continuation. Nevertheless, the results indicated areas that should be appreciated (such as a pleasant atmosphere in the wards, the way patients are treated or awareness of their needs), as well as areas that should be verified and improved. These include, for example, the time devoted to

patients or the feeling of disregard for patients' suffering. This is extremely valuable information that should be used in the assessment of the functioning of the healthcare facility and the quality of services provided. The causes of shortcomings should be found (e.g. insufficient number of staff, work overload, need for training and others), in order to then solve the problem, improve the quality and effectiveness of care. This is the main goal of assessing patient satisfaction [1,4-6,9]. At the same time, let us remember that a low level of patient satisfaction with care may indirectly indicate other areas in which they require support, including learning strategies for coping with the disease, learning strategies focused on the task, or strengthening the sense of internal control [1,4-6,9,19,20].

CONCLUSIONS

The results of this study confirm that the concept of satisfaction with care is very complex and highly individualized. It depends on many individual factors, primarily the patient's personal experiences and level of illness acceptance. Acceptance of the illness was the strongest predictor of experiences and satisfaction, regardless of the specificity of the department, length of hospitalization, age, gender and education of the respondents.

Satysfakcja z opieki pielęgniarskiej a poziom akceptacji choroby na oddziałach zabiegowych i zachowawczych – badanie jednośrodkowe

WPROWADZENIE

Zadowolenie pacjentów jest jednym z ważniejszych wymiarów zarządzania jakością opieki zdrowotnej i stanowi przydatne narzędzie do oceny jakości usług medycznych [1-3]. Podkreśla się, że monitorowanie (szczególnie stałe lub powtarzalne) satysfakcji pacjentów weryfikuje obszary wymagające doskonalenia lub naprawy, tym samym prowadząc do podniesienia standardów opieki. Obecnie jest ona skoncentrowana na pacjencie, dlatego jest on głównym źródłem informacji zwrotnej w procesie modernizacji, zmian infrastrukturalnych czy ogólnego usprawniania procesów i świadczeń zdrowotnych [1,4,5]. Wykazano, że wysoki poziom zadowolenia pacjenta istotnie koreluje z niskimi wskaźnikami ponownych przyjęć do szpitala w ciągu 30 dni, a nawet ze zmniejszoną śmiertelnością [5,6]. W związku z tym doświadczenie pacjenta pozostaje kluczowym wskaźnikiem wyników w systemie opieki zdrowotnej [5]. Niestety, mimo licznych publikacji i badań, pojęcie satysfakcji z opieki medycznej pozostaje niezgodnione, a jego ilościowy pomiar trudny. Satysfakcja pacjenta jest pojęciem wieloaspektowym i mało precyzyjnym. Większość autorów zgadza się, że jest ona interakcją pomiędzy biorcą a dostawcą opieki medycznej. Jest indywidualną reakcją emocjonalną konsumenta, a nawet miarą spełnienia jego potrzeb i oczekiwań [1-9]. Jednakże te oczekiwania mogą się różnić, są subiektywne i zależą od wielu czynników, w tym osobistych wartości, wcześniejszych doświadczeń, a nawet aktualnej sytuacji zdrowotnej pacjenta [4,6,8,9]. W niniejszym badaniu przyjęliśmy hipotezę, że satysfakcja z opieki może być związana również z poziomem akceptacji choroby. Niższy poziom akceptacji i złe przystosowanie się do choroby mogą rodzić wyższe oczekiwania pacjenta i tym samym mniejszą satysfakcję z opieki, i odwrotnie. Interpretując oceny satysfakcji należy mieć na uwadze różne czynniki

modyfikujące [9]. W niedawnym przeglądzie [4] zidentyfikowano aż kilkanaście badań oceniających wpływ stanu zdrowia, samooceny stanu fizycznego i psychicznego oraz jakości życia na satysfakcję pacjentów z opieki medycznej. W dostępnej literaturze nie znaleźliśmy jednak badań oceniających korelację pomiędzy satysfakcją z opieki ocenianą z użyciem narzędzi standaryzowanych a akceptacją choroby. Dlatego celem tego badania była ocena zależności pomiędzy satysfakcją pacjentów z opieki pielęgniarskiej świadczonej na oddziałach zabiegowych i zachowawczych w szpitalu uniwersyteckim a poziomem akceptacji choroby.

MATERIAŁ I METODY

Badanie prowadziliśmy za zgodą lokalnej Komisji Bioetycznej, nr KB 302/2024. Objęliśmy nim dorosłych pacjentów trzech oddziałów szpitala uniwersyteckiego: Kliniki Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej (Oddział 1, O1), Kliniki Chirurgii Naczyniowej i Angiologii (Oddział 2, O2), i Kliniki Neurologii (Oddział 3, O3). Sposób realizacji badania i kryteria włączenia/wyłączenia były zgodne z instrukcją zastosowanych narzędzi [7,10,11]. Kwalifikowaliśmy dorosłych, polskojęzycznych pacjentów, bez zaburzeń świadomości (GCS=15 pkt.), zdolnych do samodzielnego wypełnienia arkuszy, hospitalizowanych w oddziale minimum 2 noce. W dniu wypisu pacjenta, ankieter (nie będący pracownikiem szpitala) zwracał się z prośbą o wypełnienie kwestionariuszy. Pacjenci, którzy wyrazili zgodę na udział w badaniu, samodzielnie wypełniali arkusze, wkładali je do koperty i wrzucali do zaplombowanej urny, znajdującej się w korytarzu oddziału. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy. Oddanie wypełnionego kwestionariusza było jednoznaczne ze zgodą pacjenta na udział w badaniu. Łącznie udostępniłmy 210 arkuszy (po 70 na każdym z oddziałów), zwrócono 121 (57.6%), w tym 41 (58.6%)

na O1, 42 (60%) na O2 i 38 (54.3%) na O3. Badanie prowadziliśmy metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem dwóch standaryzowanych narzędzi:

1. Polskiej wersji Skali Akceptacji Choroby (ang. *Acceptance of Illness Scale, AIS*) w adaptacji Z. Juczyńskiego [10], przeznaczonej do badania osób aktualnie chorych. Skala zawiera 8 twierdzeń opisujących negatywne konsekwencje choroby. Badany określał swój aktualny stan w skali pięciostopniowej od 1 („zdecydowanie zgadzam się”) do 5 („zdecydowanie nie zgadzam się”), łącznie 8-40 pkt. Niski wynik wyrażał brak akceptacji choroby, złe przystosowanie się i duży dyskomfort. Wysoki wynik oznaczał akceptację choroby, lepsze przystosowanie się i niskie poczucie dyskomfortu psychicznego [10].

2. Polskiej wersji Skali Zadowolenia z Pielęgnacji Newcastle (ang. *The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale, NSNS*) [11], za zgodą autorów. Skala NSNS oceniała aspekty składające się na jakość opieki pielęgniarstwa z perspektywy pacjenta. Polska wersja skali NSNS obejmuje trzy części. Część 1 dotyczy doświadczeń pacjenta związanych z opieką pielęgniarstwa – składa się z 26 stwierdzeń (15 pozytywnych i 11 negatywnych) ocenianych na 7-stopniowej skali Likerta, od „całkowicie się nie zgadzam” do „całkowicie się zgadzam”. Część 2 – oceniała 19 aspektów dotyczących zadowolenia/satysfakcji pacjenta z opieki (w 5-punktowej skali Likerta), od „całkowicie zadowolony” do „całkowicie niezadowolony”. Dla obu części kwestionariusza obliczyliśmy wartość wskaźnika opieki, mieszając się w zakresie

■ Tab. 1. Charakterystyka grupy badanej – podstawowe informacje o pacjentach poszczególnych oddziałów

Parametr	Oddział 1, n=41	Oddział 2, n=42	Oddział 3, n=38	Razem, n=121
Wiek [lata] M ± SD (Min-Max)	62.37 ± 15.67 (26-96)	67.43 ± 12.23 (37-90)	71.47 ± 11.16 (53-104)	66.98 ± 13.61 (26-104)
Wartość statystyki	F(2, 118) = 4.73; p = 0.011 Post-hoc – Sidak tests: 01 vs 03: p = 0.008* ; 01 vs 02: p = 0.230; 02 vs 03: p = 0.436			
Płeć				
Żeńska, n (%)	20 (48.8%)	21 (50%)	18 (47.4%)	59 (48.8%)
Męska, n (%)	21 (51.2%)	21 (50%)	20 (52.6%)	62 (51.2%)
Wartość statystyki	$\chi^2(2) = 0,06; p = 0,973$			
Wykształcenie:				
Podstawowe, n (%)	4 (9.8%)	6 (14.3%)	3 (7.9%)	13 (10.7%)
Zawodowe, n (%)	14 (34.1%)	12 (28.6%)	13 (34.2%)	39 (32.2%)
Średnie, n (%)	16 (39.0%)	14 (33.3%)	16 (42.1%)	46 (38.0%)
Wyższe, n (%)	7 (17.1%)	10 (23.8%)	6 (15.8%)	23 (19.0%)
Wartość statystyki	H(2) = 0,05; p = 0,977			
Liczba nocy w oddziale M ± SD (Min-Max)	4.85 ± 1.61 (3-11)	9.57 ± 2.71 (4-16)	10.29 ± 2.58 (6-17)	8.20 ± 3.36 (3-17)
Wartość statystyki	F(2; 118) = 63.98; p < 0.001 Post-hoc – Sidak tests: U1 vs U2: p < 0.001; U1 vs U3: p < 0.001; U2 vs U3: p = 0.437			

M – średnia SD – odchylenie standardowe, Min – minimum, H – ANOVA test, χ^2 – χ^2 test, p – poziom istotności

od 0 do 100 – gdzie 0 było wyrazem najgorszej oceny/doświadczeń/opinii, a 100 było wyrazem najlepszej oceny/doświadczeń/opinii. Wartość punktową tego współczynnika obliczyliśmy wg instrukcji autorów polskiej wersji kwestionariusza. Trzecia, ostatnia część skali NSNS zawierała pytania dotyczące cech demograficznych pacjentów i ich pobytu w szpitalu (tzw. metryczka) [7,11]. Dane te wykorzystaliśmy do przedstawienia ogólnej charakterystyki badanych. Badane grupy były jednorodnie pod względem rozkładu płci (kobiety: 48.8% vs mężczyźni: 51.2%) i wykształcenia. Istotnie różniły się średnią wieku (O1: 62.4, O2: 67.4 i O3: 71.5 lat) oraz średnią liczbą nocy spędzonych na oddziale (O1: 4.9, O2: 9.6; O3: 10.3 nocy) (Tab. 1).

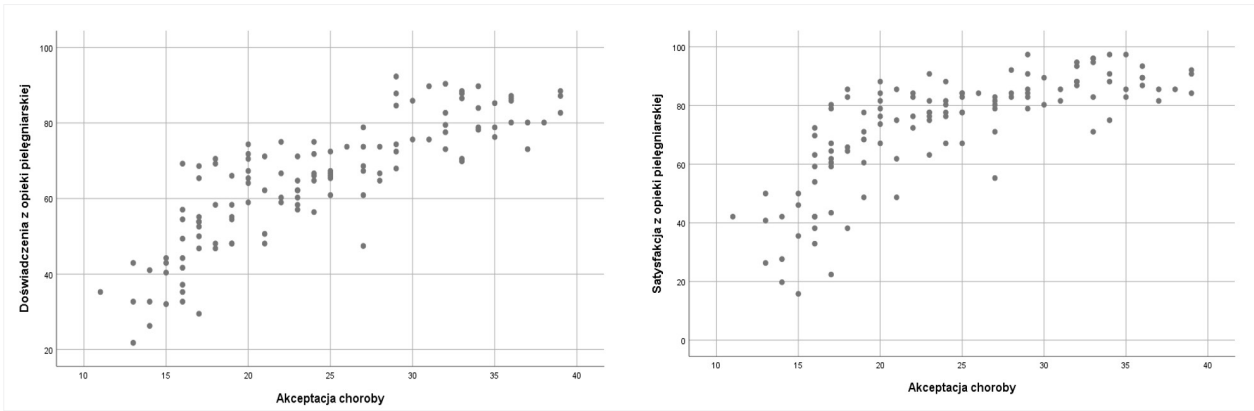
Analiza statystyczna

Charakterystykę grupy przedstawiliśmy przy użyciu podstawowych statystyk opisowych. Normalność rozkładu zmiennych weryfikowaliśmy przy użyciu testu Shapiro-Wilka. Grupy porównywaliśmy z użyciem następujących

■ Tab. 2. Poziom akceptacji choroby w badanej grupie – wyniki kwestionariusza AIS

Nr	Treść pytania	Wynik testu, M ± SD			
		Oddział 1	Oddział 2	Oddział 3	Razem
1.	Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę	2,49±1,47	2,86±1,39	2,47±1,29	2,61±1,39
2.	Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię	2,34±1,32	2,29±1,33	2,05±1,09	2,23±1,25
3.	Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny	3,32±1,31	3,81±1,15	3,05±1,25	3,40±1,27
4.	Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę	3,00±1,32	2,79±1,44	2,82±1,23	2,87±1,33
5.	Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół	3,63±1,14	3,60±3,60	3,18±1,25	3,48±1,21
6.	Mój stan zdrowia sprawia, że czuję się niepełnowartościowym człowiekiem	3,05±1,24	3,12±3,12	2,92±1,24	3,03±1,32
7.	Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być	2,76±1,30	2,74±2,74	2,39±1,18	2,64±1,34
8.	Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby	3,78±1,29	4,19±4,19	3,79±1,09	3,93±1,18
Całkowita wartość punktowa AIS (poziomu akceptacji choroby)		24,37±7,22	25,38±7,61	22,68±6,91	24,19±7,29
		F(2; 118) = 1,39; p = 0,252			

M – średnia, SD – odchylenie standardowe, H – ANOVA test, p – poziom istotności



■ Ryc 1A. $r=0,83$; $p<0,001$
 U1: $r=0,79$; U2: $r=0,84$; U3: $r=0,87$; $p<0,001$
 ■ Ryc 1B. $r=0,74$; $p<0,001$
 U1: $r=0,63$; U2: $r=0,76$; U3: $r=0,83$; $p<0,001$
 ■ Ryc 1. Korelacja zmiennych (1A: akceptacji choroby i doświadczeń pacjentów z opieki pielęgniarskiej, 1B: akceptacji choroby i satysfakcji pacjentów z opieki)

■ Tab. 3. Poziom satysfakcji z opieki pielęgniarskiej w badanej grupie – wyniki skali Newcastle

Nr	Doświadczenie opieki pielęgniarskiej, M±SD				Zadowolenie/satisfakcja z opieki, M±SD			
	Oddział 1	Oddział 2	Oddział 3	Razem	Oddział 1	Oddział 2	Oddział 3	Razem
1.	5,46±1,12	5,33±1,63	4,74±1,64	5,19±1,50	3,78±0,99	3,98±1,14	3,50±1,29	3,76±1,15
2.	3,27±1,30	2,88±1,38	3,26±1,50	3,13±1,40	4,02±0,88	3,86±0,87	3,68±1,09	3,86±0,95
3.	3,29±1,21	3,29±1,27	3,79±1,44	3,45±1,32	4,02±0,85	3,81±0,97	3,45±1,22	3,77±1,04
4.	2,98±1,21	2,79±1,47	3,03±1,33	2,93±1,34	4,07±0,82	4,10±0,79	3,63±0,88	3,94±0,85
5.	5,56±1,18	5,07±1,63	5,00±1,49	5,21±1,46	4,02±0,96	4,10±0,93	3,82±1,01	3,98±0,97
6.	5,17±1,09	5,07±1,24	4,58±1,33	4,95±1,24	4,15±0,82	3,93±0,89	3,16±1,24	3,76±1,07
7.	2,46±1,21	2,67±1,39	2,74±1,61	2,62±1,40	4,05±0,89	3,98±1,00	3,34±1,07	3,80±1,03
8.	2,46±1,47	2,60±1,62	2,79±1,66	2,61±1,58	3,98±0,82	3,95±0,80	3,58±1,03	3,84±0,90
9.	4,76±1,28	5,31±1,69	4,53±1,59	4,88±1,55	4,00±0,87	3,95±0,76	3,76±1,00	3,91±0,88
10.	4,80±1,19	5,07±1,47	4,47±1,25	4,79±1,32	4,10±0,92	4,02±0,92	3,50±1,06	3,88±0,99
11.	4,73±1,21	4,83±1,38	4,39±1,44	4,66±1,35	3,95±1,02	3,98±1,09	3,16±1,33	3,71±1,20
12.	4,95±1,07	5,07±1,18	4,84±1,10	4,96±1,11	4,20±0,87	4,17±0,79	4,00±0,90	4,12±0,85
13.	3,00±1,25	2,86±1,18	3,29±1,18	3,04±1,21	4,02±0,88	3,81±0,74	3,50±1,06	3,79±0,92
14.	3,12±1,66	3,55±1,37	4,00±1,43	3,55±1,52	4,22±0,76	3,93±1,02	4,00±0,96	4,05±0,92
15.	2,80±1,35	3,12±1,25	3,16±1,22	3,02±1,28	4,17±0,95	3,88±0,92	3,53±0,95	3,87±0,97
16.	4,90±1,22	4,93±1,26	4,39±1,20	4,75±1,24	4,22±0,91	4,21±0,81	3,84±1,03	4,10±0,93
17.	5,24±1,22	4,95±1,06	4,29±0,98	4,84±1,16	4,20±0,78	4,24±0,82	3,76±1,17	4,07±0,95
18.	5,41±1,10	4,98±1,20	4,53±1,33	4,98±1,25	3,93±0,93	4,07±0,81	3,97±0,97	3,99±0,90
19.	3,37±1,34	3,24±1,39	3,97±1,35	3,51±1,39	4,22±0,85	4,14±0,95	3,82±1,01	4,07±0,95
20.	3,85±1,35	3,88±1,67	3,97±1,65	3,90±1,55	F(2; 104,07) = 4,09; p = 0,021 Post-hoc Dunnett T3 test: U1 vs U3: p = 0,034 U1 vs U2: p = 0,959 U2 vs U3: p = 0,116			
21.	4,90±1,39	4,93±1,26	4,89±1,16	4,91±1,27				
22.	3,98±1,41	3,57±1,36	4,05±1,37	3,86±1,39				
23.	4,98±1,01	4,74±1,17	4,45±1,27	4,73±1,16				
24.	3,63±1,30	3,12±1,37	3,29±1,27	3,35±1,32				
25.	5,32±1,11	5,31±1,35	5,00±1,34	5,21±1,27				
26.	5,71±1,17	5,67±1,28	5,11±1,45	5,50±1,32				
Razem	66,46±13,34	66,48±17,32	60,17±17,47	64,49±16,26	76,73±14,83	75,12±17,91	65,79±21,68	72,74±18,73
	F(2; 118) = 1,99; p = 0,141							

M – średnia, SD – odchylenie standardowe, H – ANOVA test, p – poziom istotności

testów: t-studenta dla prób niezależnych, U Manna-Whitney'a, Kruskala-Wallisa. Dla zmiennych o rozkładzie innym od normalnego wykonaliśmy dodatkowo weryfikację wartości skośności. Przyjęliśmy, że wynik w zakresie ± 2 nie jest znacząco asymetryczny względem średniej i dla tych danych wykonaliśmy testy parametryczne, przy spełnieniu ich pozostałych założeń. Do porównania danych pochodzących z różnych oddziałów wykorzystaliśmy jednoczynnikowe analizy wariancji w schemacie międzygrupowym. Dla wyników istotnych statystycznie wykonaliśmy analizy post-hoc testem Dunnetta (ze względu na niehomogeniczność wariancji w porównywanych grupach). Do oceny zależności pomiędzy zmiennymi wykorzystaliśmy analizę korelacji r Pearsona i korelacji rang rho Spearmana. Za istotne uznaliśmy wartości $p \leq 0.05$. Wszystkie analizy przeprowadziliśmy za pomocą pakietu IBM SPSS v.25.

WYNIKI

Średni wynik AIS wynosił 24.2 pkt., nieco powyżej wartości 24 mieszczącej się w połowie zakresu punktacji i nie różnił się znacząco w poszczególnych grupach. Najniżej ocenianym aspektem były ograniczenia wynikające z choroby (Item 1 i 2), najwyżej – poczucie zawstydzenia u osób z otoczenia chorego (Item 8) (Tab. 2). Średni wynik doświadczeń związanych z opieką pielęgniarską dla całej grupy wynosił 64.5 – i był porównywalny we wszystkich oddziałach (O1: 66.5; O2: 66.5; O3: 60.2). Najwyżej pacjenci ocenili aspekt atmosfery panującej na oddziale dzięki pielęgniarkom (Item 26), najniżej „poczucie lekceważenia swojego cierpienia” i „późne gaszenie światła w oddziale” (Item 7 i 8). Średni wynik satysfakcji z opieki pielęgniarskiej dla całej grupy wynosił 72.7. Istotna statystycznie różnica występowała tylko pomiędzy dwoma oddziałami – O1 (najwyższy wynik – 76.7) i O3 (najniższy wynik – 65.8). Wszyscy badani najwyżej ocenili świadomość pielęgniarek dotyczącą potrzeb pacjenta (Item 19) i poczucie swobody w oddziale (Item 16), najmniej zadowoleni byli z czasu, jaki pielęgniarki poświęcały pacjentom (Item 1) i sposobu, w jaki pielęgniarki uspokajały rodzinę (Item 11) (Tab. 3).

Oba aspekty poziomu zadowolenia z opieki pielęgniarskiej (tj. doświadczenie i satysfakcja) istotnie korelowały z poziomem akceptacji choroby – wyższy poziom AIS związany był z wyższą oceną opieki pielęgniarskiej w obu wymiarach. Zarówno w całej grupie, jak i poszczególnych oddziałach siła tych zależności była silna i bardzo silna (doświadczenie: $r=0.83$, $p<0.001$; satysfakcja: $r=0.74$, $p<0.001$) (Ryc. 1A i 1B). Spośród zmiennych socjodemograficznych, wiek i wykształcenie były istotnie powiązane z poziomem AIS. Wraz z wiekiem spadał poziom AIS ($r=-0.27$, $p=0.003$). Siła tych zależności była jednak niska. Z kolei wyższy poziom wykształcenia wiązał się z wyższym AIS ($r=-0.47$, $p<0.001$). Siła tych zależności była umiarkowana. Płeć ($t(119)=0.27$, $p=0.789$, $d=0.05$) i liczba nocy spędzonych na oddziale ($r=-0.01$, $p=0.258$) nie korelowały z poziomem AIS. Natomiast z oceną opieki pielęgniarskiej (w obu wymiarach) istotnie korelowały wszystkie oceniane zmienne, poza płcią (doświadczenie: $t(119)=0.71$, $p=0.481$, $d=0.13$; satysfakcja: $t(119)=0.59$,

$p=0.555$, $d=0.11$). W przypadku wykształcenia była to korelacja umiarkowana (doświadczenie: $r=0.47$, $p<0.001$; satysfakcja: $r=0.44$, $p<0.001$), w przypadku liczby nocy spędzonych na oddziale – korelacja słaba (doświadczenie: $r=-0.21$, $p=0.021$; satysfakcja: $r=-0.24$, $p=0.009$), w przypadku wieku – korelacja słaba (doświadczenie: $r=-0.19$, $p=0.038$; satysfakcja: $r=-0.02$, $p=0.025$).

DYSKUSJA

W tym badaniu wykazaliśmy, że ocena jakości opieki pielęgniarskiej w obszarze doświadczeń i satysfakcji pacjenta istotnie koreluje z poziomem akceptacji choroby. Średni wynik doświadczenia opieki pielęgniarskiej w badanych przez nas oddziałach wynosił 60.2 – 66.5 i mieścił w zakresie wyników uzyskanych w innych polskich szpitalach (tj. 60.2 – 89.6) [2,3,7,8,11-16]. Podobnie, średni wynik satysfakcji, dla badanych przez nas oddziałów mieszający się w zakresie 65.8 – 76.7 był zbliżony do wyników innych szpitali (tj. 67-91) [2,3,7,8,11-16]. Różnorodność uzyskanych ocen sugeruje, że specyfika oddziału nie miała znaczącego wpływu na satysfakcję pacjentów. Oddziały o tych samych lub podobnych specjalnościach uzyskiwały różne oceny. Jednak w badaniu wielośrodkowym, obejmującym aż 8 szpitali w Polsce, istotnie wyższy poziom satysfakcji (w obszarach doświadczenie i zadowolenie) obserwowano na oddziałach chirurgicznych niż zachowawczych [7]. Różnice dotyczyły również stopnia referencji szpitala – wyższą ocenę w sferze doświadczeń otrzymały szpitale uniwersyteckie, natomiast w sferze zadowolenia – szpitale powiatowe i wojewódzkie [7]. Nasze dane pochodziły z trzech oddziałów szpitala uniwersyteckiego (dwóch zabiegowych i zachowawczego) i były najbardziej zbliżone do wyników wspomnianej analizy wielośrodkowej. Z kolei analizy danych spoza granicy nie były spójne – w kilku badaniach korelacja poziomu referencyjności szpitali z satysfakcją pacjentów była dodatnia, w kilku negatywna, w kilku nie wykazano korelacji [4]. Podobnie w przypadku oceny zależności zmiennych socjodemograficznych z poziomem satysfakcji. Zarówno polskie [2,3,7,8,11-16], jak i zagraniczne dane [1,4-6,9] są bardzo zróżnicowane i nie dają jednoznacznej odpowiedzi o wpływ wieku, płci czy stanu wykształcenia na odczuwaną satysfakcję. W większości polskich badań wykorzystujących narzędzie NSNS lub inne, wiek i płeć nie korelowały znacząco z poziomem satysfakcji [2,7,13,14,18] lub były w dodatniej, ale niskiej korelacji [12,15]. W jednym badaniu wykazano znaczący wpływ wieku na postrzeganie jakości opieki pielęgniarskiej, ale autorzy podkreślili, że badana grupa nie była jednorodna, a osoby >65 r.ż. stanowiły zaledwie 10% badanych [17]. Wykształcenie było skorelowane słabo lub wcale [7,13,14,17,18]. Nasza analiza jest spójna z tymi wynikami i potwierdza, że większość zmiennych socjodemograficznych nie wpływa lub wpływa słabo na ocenę opieki pielęgniarskiej. Umiarkowaną siłą zależności stwierdziliśmy tylko w przypadku poziomu wykształcenia.

Najsilniejszą zależność z oceną opieki pielęgniarskiej obserwowaliśmy w odniesieniu do poziomu akceptacji choroby. Oba oceniane aspekty skali NSNS (tj. doświadczenie

i zadowolenie) istotnie korelowały z poziomem AIS – wyższa akceptacja choroby związana była z wyższą oceną, natomiast niższa akceptacja choroby z niższą oceną opieki pielęgniarskiej. Zarówno w całej grupie, jak i w poszczególnych oddziałach siła tych zależności była bardzo silna lub silna. Przegląd literatury zagranicznej wykazał, że nie tyle stan zdrowia, co właśnie jego samoocena i ocena jakości życia miały istotny związek z zadowoleniem pacjentów [4]. W Polsce jedno badanie oceniało korelację akceptacji choroby (AIS) i satysfakcji z życia (SWLS) z oczekiwaniami pacjentów wobec personelu pielęgniarskiego [8]. Do oceny zadowolenia z opieki pielęgniarskiej autorzy wykorzystali autorski kwestionariusz. Nie obserwowali oni różnic ani w ocenie profesjonalizmu pielęgniarek, ani w ocenie zadowolenia pacjentów ze względu na różny stopień akceptacji choroby. Jedynie ocena zaufania do personelu została wyżej oceniona przez chorych ze średnim poziomem akceptacji niż chorych z wynikami skrajnymi (tj. niskim i wysokim poziomem AIS). Różnice dotyczące wyników SWLS tylko w niewielkim stopniu różnicowały oceny pacjentów. W tym badaniu nie oceniano jednak siły ani istotności korelacji, dlatego trudno odnieść się do tych wyników. W naszej opinii, poziom akceptacji choroby może być znaczącą zmienną, modyfikującą odczucia chorych związane z opieką medyczną, w tym opieką pielęgniarską. Akceptacja choroby jest czynnikiem wpływającym na emocje i uczucia związane z doświadczeniem choroby w wielu obszarach [10]. Osoby z wyższym AIS są lepiej przystosowane do choroby i doświadczają mniej negatywnych emocji z nią związanych. Podejmują trud walki o powrót do zdrowia, charakteryzują się dużym zaangażowaniem w proces leczenia i pielęgnowania. Z kolei pacjenci z niskim AIS są gorzej przystosowani do choroby, prezentują mało skuteczne i niepożądane strategie radzenia sobie z chorobą lub bólem. Częściej są roszczeniowi i przerzucają na innych odpowiedzialność za swoje zdrowie [10,19,20]. Taka postawa i wysoki poziom stresu, związany z chorobą (szczególnie przewlekłą lub powodującą niepełnosprawność) mogą rzutować na oceny dokonywane przez pacjentów z niskim AIS. Wykazana przez nas zależność dotyczyła wszystkich badanych oddziałów, ale najniższy poziom AIS i jednocześnie najniższa ocena NSNS występowała w oddziale neurologicznym. Jest to oddział zachowawczy, częściej hospitalizujący pacjentów z chorobami przewlekłymi niż oddziały zabiegowe. W naszym badaniu pacjenci tego oddziału mieli najdłuższy średni czas pobytu, najwyższą średnią wieku ($p=0.01$) i prawdopodobnie związane z tym inne dysfunkcje, których nie ocenialiśmy. Osobiste doświadczenia pacjenta podlegają osądowi poznawczemu i racjonalnemu, a jego indywidualna sytuacja jest głównym źródłem zmienności zadowolenia, dlatego należy ją uwzględnić podczas oceny. Interwencja chirurgiczna dała szybki i łatwo uchwytany efekt terapii. Oczekiwania pacjenta prawdopodobnie zostały spełnione, wpływając na wyższy poziom jego zadowolenia i satysfakcji. Z kolei długotrwała terapia zachowawcza, nie daje tak szybkich rezultatów, wymaga zaangażowania i współpracy chorego, może budzić frustrację i obniżyć zadowolenie oraz poziom satysfakcji z opieki.

Podsumowując, zdajemy sobie sprawę, że słabą stroną naszego badania była niewielka liczebność próby. Badanie miało charakter jednośrodkowy i wymaga kontynuacji. Niemniej, wyniki wskazały obszary, które powinny być docenione (jak miła atmosfera na oddziałach, traktowanie pacjentów czy świadomość ich potrzeb), a także obszary, które należy zweryfikować i poprawić. Do tych należy np. czas poświęcany pacjentom, czy poczucie lekceważenia cierpienia pacjentów. Są to niezwykle cenne informacje, które należy wykorzystać w ocenie funkcjonowania podmiotu leczniczego i jakości świadczonych usług. Znaleźć przyczyny niedociągnięć (np. niedostateczna liczba personelu, przeciążenie pracą, potrzeba szkoleń i inne), by następnie rozwiązać problem, poprawić jakość i efektywność opieki. Taki cel powinien przyświecać ocenie satysfakcji pacjentów [1,4-6,9]. Jednocześnie należy mieć na uwadze, że niski poziom zadowolenia pacjentów z opieki może pośrednio wskazywać na te obszary, w których to pacjent wymaga wsparcia. W zależności od sytuacji może to być np. nauka strategii radzenia sobie z chorobą, nauka strategii skoncentrowanych na zadaniu, czy wzmocnienie poczucia wewnętrznej kontroli [1,4-6,9,19,20].

WNIOSKI

Wyniki naszego badania potwierdzają, że koncepcja satysfakcji z opieki jest bardzo złożona i wysoce zindywidualizowana. Zależy ona od wielu czynników osobniczych, ale przede wszystkim od osobistych doświadczeń pacjenta i poziomu akceptacji choroby. Akceptacja choroby była najsilniejszym predykatorem doświadczeń i zadowolenia, niezależnie od specyfiki oddziału, czasu hospitalizacji, wieku, płci i wykształcenia badanych.

ORCID

Justyna Cwajda-Białasik  <https://orcid.org/0000-0003-2382-1496>

REFERENCES/PIŚMIENICTWO

- Vladu A, Ghitea TC, Daina LG, et al. The evolution of patient satisfaction in postoperative care: the impact of investments and the algorithm for assessing significant growth over the last 5 years. *Healthcare (Basel)*. 2024 Sep 12;12(18):1824. doi: 10.3390/healthcare12181824.
- Zarzycka D, Bartoń E, Mazur A, et al. Socio-demographic and medical factors associated with patients' satisfaction with nursing care and their perception of pain. *Ann. Agric. Environ. Med.* 2019 Jun 17;26(2):298-303. doi: 10.26444/aaem/90385.
- Moczyłowska A, Krajewska-Kułak E, Bielski K, et al. Satysfakcja chorych z opieki medycznej. [w:] Krajewska-Kułak E, Łukaszuk C, Lewko J, et al. (red.). *W drodze do brzegu życia*. T. 11. Białystok: Uniwersytet Medyczny, Wydział Nauk o Zdrowiu; 2013, s.113-125.
- Goodrich GW, Lazenby JM. Elements of patient satisfaction: An integrative review. *Nurs. Open*. 2023; 10(3): 1258-1269. doi: 10.1002/nop2.1437.
- Seah A, Ng K, Ang T, et al. Patient perspectives regarding healthcare professional attire. *Cureus*. 2024; 16(3): e57157. doi: 10.7759/cureus.57157.
- Barbosa CD, Balp MM, Kulich K, et al. A literature review to explore the link between treatment satisfaction and adherence, compliance, and persistence. *Patient Prefer. Adherence*. 2012; 6:39-48. doi: 10.2147/PPA.S24752.
- Gutysz-Wojnicka A, Dyk D, Cudak E, et al. Measuring patient satisfaction with the Polish version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale. *Scand. J. Caring. Sci.* 2013;27(2):311-318. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01034.x.
- Moczyłowska A, Krajewska-Kułak E, Kózka M, et al. The expectations of patients towards nursing staff. *Nursing Problems* 2014; 22(4): 464-470.

9. Mahon PY. An analysis of the concept 'patient satisfaction' as it relates to contemporary nursing care. *Journal of Advanced Nursing*. 1996; 24(6): 1241-8. doi: 10.1111/j.1365-2648.1996.tb01031.x
10. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych PTP. Warszawa; 2001.
11. Dyk D, Gutysz-Wojnicka A, Cudak EK, et al. Cultural adaptation and psychometric evaluation of the Polish version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale. *Arch. Med. Sci.* 2014 Aug 29;10(4):782-790. doi: 10.5114/aoms.2014.44870.
12. Tomaszewska K, Majchrowicz B, Serwin A. Assessment of patient satisfaction with nursing care with the Newcastle scale. *Nursing in the 21st Century*. 2023; 1(82): 8-13. DOI: <https://doi.org/10.2478/pielxxiw-2023-0002>.
13. Hreńczuk M, Gorzala I, Małkowski P. The quality of nursing care provided in the neurosurgery department from the patients' perspective. *Surgical and Vascular Nursing* 2022; 16(1): 23-30.
14. Hreńczuk M, Zielińska M, Małkowski P. Satisfaction with nursing care of patients after kidney transplantation. *Nursing Problems*. 2018; 26(4): 282-289. doi: 10.5114/ppiel.2018.84128.
15. Wierzbicka BK, Jankowska-Polańska B. Poziom jakości opieki pielęgniarstwiej na przykładzie oddziałów Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu. *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia*. 2014; 4: 91-96.
16. Sierpińska L, Dzirba A. The level of patient satisfaction with nursing care in hospital wards. *Surgical and Vascular Nursing*. 2011;5(1):18-22.
17. Borowska M, Religioni U, Augustynowicz A. Patients' opinions on the quality of services in Hospital Wards in Poland. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2022; 20(1): 412. doi: 10.3390/ijerph20010412.
18. Juszcak K, Jaracz K, Kuberka I. Subjective assessment of the quality of nursing care in terms of postoperative pain in patients undergoing surgical intervention. *Surgical and Vascular Nursing*. 2016; 10(4): 127-130.
19. Piotrkowska R, Terech-Skóra S, Mędrzycka-Dąbrowska W, et al. Factors determining acceptance of disease and its impact on satisfaction with life of patients with peripheral artery disease. *Nurs Open*. 2021; 8(3): 1417-1423. doi: 10.1002/nop2.758
20. Ścisło L, Bodys-Cupak I, Kózka M. Patient-centered care – analysis of the model and results of implementation in to the health care system. *Sztuka Leczenia* 2022; 1: 33-41 doi:10.4467/18982026SZL.22.004.15995.

Manuscript received/Praca zgłoszona do czasopisma:
05.11.2024

Manuscript accepted/Praca zaakceptowana do druku:
10.12.2024

Translation/Tłumaczenie: Justyna Cwajda-Białasik