

Assessment of Satisfaction with the Quality of Conventional Treatment in Patients with Diagnosed Civilisation Diseases in the Context of Professional Nurse Competences

Ocena zadowolenia z jakości leczenia konwencjonalnego u pacjentów z rozpoznanymi wybranymi chorobami cywilizacyjnymi w kontekście kompetencji zawodowych pielęgniarki

Beata Ogórek-Tęcza¹, Natalia Zachara²

¹ Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

² Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej, Brzesko

AUTOR DO KORESPONDENCJI/CORRESPONDING AUTHOR:

Beata Ogórek-Tęcza
ul. Michałowskiego 12, 31-126 Kraków
tel. 12 633 62 59
e-mail: mhteczka@cyf-kr.edu.pl

STRESZCZENIE

Ocena zadowolenia z jakości leczenia konwencjonalnego u pacjentów z rozpoznanymi wybranymi chorobami cywilizacyjnymi w kontekście kompetencji zawodowych pielęgniarki

Wprowadzenie. Zadowolenie z jakości leczenia konwencjonalnego, w tym z opieki pielęgniarskiej w opinii pacjentów jest bezpośrednim wymiarem satysfakcji, która daje mierzalny wskaźnik oceny jakości w systemie opieki zdrowotnej. Wymaga ono od personelu medycznego jak najlepszego pełnienia funkcji zawodowych, szczególnie zaś ma to znaczenie w odniesieniu do pacjentów z chorobami sercowo-naczyniowymi, które stały się niezwykle istotnym problemem zdrowotnym wśród populacji ludzi starszych.

Cel pracy. Ocena kompetencji i jakości opieki konwencjonalnej sprawowanej wśród pacjentów leczonych z powodu chorób sercowo-naczyniowych.

Materiał i metodyka. Badaniem objęto grupę 100 hospitalizowanych pacjentów z powodu choroby niedokrwiennej serca i nadciśnienia tętniczego. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety oraz anonimowa Ankieta Satysfakcji Pacjenta (ang. Questionnaire of Patient Satisfaction – QPS).

Wyniki. Badani jakość opieki medycznej ocenili w 74% na poziomie wysokim. Znacząca część badanych (77%) wykazała zadowolenie z wykonywanych zabiegów pielęgnacyjno-leczniczych. Podobnie liczna grupa uczestników badań (76%) wskazywała na uzyskanie od pielęgniarki wiedzy odnośnie funkcjonowania z chorobą. Badani równie pozytywnie ocenili współpracę (66%) z zespołem medycznym oraz ich gotowość do niesienia pomocy (60%) Zaobserwowano zależność istotną statystycznie pomiędzy wiekiem badanych, a zadowoleniem z pełnionej opieki medycznej.

Wnioski. Ogólna ocena jakości opieki w opinii osób badanych kształtowała się na poziomie wysokim. Lepiej jakość świadczonych usług medycznych ocenili mężczyźni i osoby w wieku 66-85 lat. Ogólna ocena kompetencji pielęgniarki w zakresie edukacyjnym oceniona została na poziomie średnim. Bardziej wymagającymi odbiorcami opieki, krytyczniej oceniającymi kompetencje pielęgniarki były osoby wykształcone oraz badani w wieku 26-45 lat.

Słowa kluczowe: jakość opieki konwencjonalnej, kompetencje, pielęgniarka, pacjent, satysfakcja

ABSTRACT

Assessment of Satisfaction with the Quality of Conventional Treatment in Patients with Diagnosed Civilisation Diseases in the Context of Professional Nurse Competences

Introduction. Satisfaction with the quality of conventional treatment, including nursing care, in the opinion of patients directly translates into levels of satisfaction, whose quantifiable indicators provide information on quality within the healthcare system. Medical team is required to perform their professional duties with best possible results, which becomes particularly meaningful with respect to patients who suffer from cardiovascular diseases, as they have become an increasingly pressing health issue among the senior population.

Aim. Assessment of competences and evaluation of quality of conventional care among the patients treated for cardiovascular diseases.

Material and methods. Research covered a group of 100 patients hospitalized due to ischemic heart disease and arterial hypertension. Author's questionnaire was used as research tool with the support of anonymous Questionnaire of Patient Satisfaction (QPS).

Results. The patients taking part in the evaluation and assessing the level of medical care as high accounted for 74%. A significant group (77%) expressed satisfaction with treatment or care procedures they underwent. Similarly, a large group of participants (76%) underlined the fact of receiving the information related to their functioning with the disease. Just as highly patients evaluated the level of cooperation (66%) with the medical team and their promptness in bringing help (60%). A statistically significant correlation between the age of the patients and the level of satisfaction with medical care was noted.

Conclusion. In the opinion of evaluated patients, the general assessment of the quality of care was highly positive. Men and persons from the age group of 66-85 gave a higher assessment of quality of performed medical services. General nursing competences in the educational scope were assessed as being average. Patients with higher education and persons from the age group of 26-45 years of age were harsher critics, more demanding with respect to nurses' competences.

Key words: quality of conventional care, competences, nurse, patient, satisfaction

INTRODUCTION

Currently the '(...) quality of health care measures as a level to which the services for people and for the whole populations elevate the likelihood of obtaining demanded health effects, and which comply with current professional knowledge (...) [1, p. 162]. Nurses play a major role in these activities, and, according to legislation, their presence streamlines the activities thereby increasing the quality of offered services [2, 3], defined by Piątek [2005] as: '(...) a degree to which such care, in compliance with current knowledge, increases the probability of obtaining required effects in the health condition of persons/populations, raising their independence and ability for self-care, all the while being complaint with the latest professional knowledge and accepted standards (...) [1, p. 172].

Patients' satisfaction with received services is fundamental for evaluation of the quality of received care. Satisfaction transpires from meeting the needs and expectations, recognizing subjective feelings and emotions in given circumstances. Assessment of the nurse-patient relation is composed of these elements: fulfilment of expectations and a positive or negative feeling that arises out of the quality of received care in relation to its recipient [4,5,6]. Assessment of patients' satisfaction constitutes an important criterion as the nurse is the first person to build a relationship with the patient and it is her attitude that influences the patient's opinion, which – subsequently – provides a valuable and measurable source of information [5,7]. Nurse's tasks arising out of performance of her professional capacity such as providing emotional support, professional approach, precision of performed instrumental procedures, education, level of knowledge, expertise [3,4,5,6,8], are all subject to assessment as well.

A survey on satisfaction with conventional care in patients diagnosed with chronic diseases, such as ischemic heart disease or arterial hypertension, is exceptionally pivotal due to the nature of these disorders as well as due to the fact that a complete recovery from such diseases is impossible.

AIM

The goal of this research is an assessment of satisfaction with health care (including nurse care) in the context of professional competences of a nurse by patients with diagnosed selected civilisation diseases.

MATERIAL AND METHODS

The research was conducted in a group of 100 participants hospitalized at the Department of Internal Diseases with Cardiology and Geriatrics Unit at the Independent Public Health Care Centre in Brzesko and was conducted between 20 April 2015 and 31 May 2015, with the consent of the hospital's management board, having obtained the consent of the Bioethics Committee of the Jagiellonian University College of Medicine. Forty-nine per cent of the subjects were women and 51% men, from the 28-85 age group (median age being 59.44). The most representative group was composed of subjects from 46 to 65 years of age (53%). The largest group – 50 % of the participants – had basic vocational education, with 25% having secondary education and 11% with higher education, thus being the smallest group. Majority of the subjects (56%) were married and a relatively large group consisted of widowed persons (33%), with 11% claiming the single status. A definite majority of the respondents (77%) came from rural areas. In order to assess the patients' satisfaction with the quality of nurse care, a diagnostic survey was used, accompanied by authors' questionnaire and a standardized Questionnaire of Patient Satisfaction (QPS) [9], after obtaining the author's consent.

RESULTS

A subjective assessment of the quality of care was the subject of this research, which was evaluated by 74% of the respondents as high-level care. The care was evaluated as average by 24%, with only 2% of the participants branding the care 'low quality'. A prevailing group of the patients (over 75%) confirmed that the nurses respected the Patient's Rights. As little as 4% reported that they felt they were treated like objects. None of the participants of the research reported disrespecting Patient's Rights. Cooperation of nurses with other medical staff was also assessed as positive. A large group (66%) rated the level of care as high quality care, 31% rated the cooperation as average, with as little as 3% branding it low quality. The participants of the research highly rated the possibility of obtaining support with respect to individual solutions to their health problems (73%) or getting assistance in case of inability to perform a given action unaided (70%). With respect to performed professional procedures, the participants were

asked about diligent and meticulous performance of care procedures. A high proportion of respondents (77%) gave a positive assessment. However, a large group (20%) underlined the fact that the procedures were performed under a time pressure. More than half of the research participants (57%) confirmed that provided information explaining the purpose of performed procedures was clear and comprehensive, with one third of respondents evaluating the level of provided information as basic.

An important area of professional nurse activities under assessment was providing health education with a view to supplying the patients with advice on how to proceed in case of ischemic heart disease and arterial hypertension. Sixty-four per cent of the respondents rated the provided education as clear, informative and comprehensive, with 31% stating that the advice was not always clear and comprehensive, leaving one respondent without any advice whatsoever. More than 75% of the participants of the research reported that the advice covered civilisation diseases with special focus on risk factors, long-term sequelae and their elimination, while 6% did not receive any information on how to live with the disease they were diagnosed with. In the opinion of 66% of the participants, the nurse involved used teaching materials during the educational process. A negative aspect of implementation of this particular professional function was continuity of education. As many as 81% of the respondents indicated that the nurse did not verify whether the information was understood by the patients and failed to supplement previously provided health education.

Analysis of the research results revealed a significant statistical dependency between the demographic variable and the assessment of the care quality. Respondents from the 66 – 85 age group rated higher the received care ($p=0.01$), followed by those with lower educational background ($p=0.05$), married and widowed ($p=0.01$) with those residing in rural areas ($p=0.00$).

Statistical analysis of the anonymous QPS confirmed the positive results indicating that the quality of provided nurse care was high (high median values – 4.00 in the results yielded by individual questions). When including the median into the interpretation, the best assessment was received in the area marked 'V. – General organisation and assessment of the ward', which confirmed very good rapport between the nursing staff and the visitors (median – 5.00). Area 'I. Stay in the Accident and Emergency', with median value of 3.00 received the lowest evaluation on the scale. Detailed interpretation of the results received by way of QPS is presented in Table 1.

Poor results received in Area I may be related to the fact that the scope of nursing care realized in the accident and emergency zone is limited in time and focused on instrumental procedures. Results received in the remaining areas suggest a high level of satisfaction of the respondents with the provided nursing care.

DISCUSSION

From author's own research, as well as from research conducted by other authors, a conclusion transpires that

the quality of care – as seen by patients – is generally assessed highly. However, when individual tasks are split into specific areas of care that arise out of competences, the evaluation of quality slightly varies.

Many research studies reveal that the quality of nursing care unequivocally correlates with the index of patient's satisfaction. To create the image of a nurse as a service provider, one needs to take into the account the general approach, values and skills in direct connections between therapeutic and treatment procedures, educational nursing and interpersonal activities consolidated in the areas of competences.

The conducted research reveals that the subjective assessment of the quality of nursing care is highly positive (74%), which is in line with the results achieved by other authors [9,10]. Analysis of the results from conducted research confirms the statistical significance with respect to a higher degree of satisfaction with care in the group of 66 – 85 years of age male subjects, as well as in the group of patients residing in rural areas, followed by those with lower education. The research studies by Glińska [4,5,10,11], Brodzińska et al. [12], Kózka et al. [13] and Ogórek-Tęcza [14] yielded similar results.

Despite the fact that almost half of the subjects assessed the health education provided by their nurse as clear, informative and comprehensive, it is alarming that a rather large group did not fully share this opinion and 81% of the patients pointed out that the education was not continuous and the scope of acquired knowledge was not – in any manner – further verified. Other researchers also underline the existence of negative consequences of rush education and of educating with the use of a limited number of instructional aids, as well as entirely unprofessional approach to educational activities [4,15,16].

In the authors' research, the area of cooperation within the therapeutic team fluctuated around the average and good; (67% of the respondents named the fact that they were able to contact their family and 55% reported the family's commitment in care and its further continuation after being released from hospital). Glińska's research yielded similar results and confirmed that 46% of the patients name the cooperation between the nurse and their family, and 42% name the fact that they received advice on how to proceed after being released from the hospital [4].

In the summary of obtained results it must be noted that the assessment of rendered medical services is contingent upon the quality of their performance, as compared with the accepted standards, both in relation to individual social relations between the provider and the receiver of care, and also in the capacity of performed professional roles, and therefore, should result in a permanent and continuous perfection of professional competences.

CONCLUSIONS

General assessment of the quality of nursing care among the patients with diagnosed CVDs and arterial hypertension was positively high (74%). The quality of nursing care was better assessed by men, persons from rural areas and those from 66-85 age group.

■ Tab. 1. Assessment of patient's satisfaction with the quality of care according to QPS

Question		Scale	Average value	SD	Median
I. Stay in the Accident and Emergency					
1.	How long did you wait to be seen at the A&E?	1-5	2.87	1.10	3
2.	How do you evaluate the work of the A&E team?	1-5	3.20	0.89	3
II. Admission into a hospital ward					
3.	How long did you wait for assigning the bed?	1-5	4.16	0.82	4
4.	Have you been shown the plan of the ward (introduction to the ward)?	1-5	3.94	0.67	4
III. Work of the therapeutic team					
5.	The nursing staff did the following:				
-	provided information on performed actions and procedures	1-5	3.88	0.72	4
-	respected your personal dignity and provided privacy during the procedures	1-5	3.95	0.71	4
-	responded to your requests (promptly)	1-5	3.84	0.76	4
-	were available when you needed help	1-5	3.82	0.78	4
-	provided information on self-care after being released from hospital	1-5	3.86	0.78	4
-	were friendly, kind and delicate, etc.	1-5	4.05	0.73	4
6.	How do you evaluate the work of the nurse team on duty?				
-	day shift (from 7:00 a.m. – 7:00 p.m.)	1-5	3.98	0.71	4
-	night shift (from 7:00 p.m. – 7:00 a.m.)	1-5	4.01	0.67	4
7.	If you underwent surgical treatment, how do you assess the following?				
-	preparation for the surgery (physical, psychological, spiritual etc.)	1-5	2.84	0.96	3
-	How do you evaluate the work of the operating theatre team (providing information, reducing fear)?	1-5	2.71	0.96	3
8.	The medical team did the following:				
-	provided information on the illness and planned treatment	1-5	3.98	0.46	4
-	devoted enough time to you	1-5	3.91	0.55	4
-	informed on how to proceed further (regarding treatment), after being released from hospital?	1-5	3.96	0.47	4
-	were trustworthy?	1-5	3.99	0.48	4
-	were friendly, kind and delicate, etc.?	1-5	4.01	0.46	4
9.	How much time daily did the rehabilitation specialist (if applicable) spend with you?	1-5	2.30	1.38	2
10.	How do you evaluate the time spent waiting for the results of diagnostic tests (MRI, CT scan, etc.)?	1-5	2.54	1.23	3
11.	How do you evaluate the promptness of the service/performance of the diagnostic tests?	1-5	2.58	1.18	3
IV. Nutrition					
12.	How do you evaluate the quality and aesthetics of the meals (adequate temperature flavour, variety, size of the serving portion etc.)?	1-5	3.68	1.13	4
13.	How do you evaluate adherence to specific dietary requirements in the meals that were actual served?	1-5	3.56	1.14	4
V. General organisation and assessment of the ward					
14.	How do you evaluate the following elements?				
-	possibility of communicating with the family	1-5	4.60	0.64	5
-	visitation time (period of day)	1-5	4.56	0.62	5
-	attitude of the nursing team towards the visitors	1-5	4.53	0.66	5
15.	To what extent did the technical condition of the ward (having a side table, bed, toilet, bathroom etc.) meet your expectations?	1-5	3.45	0.95	4
16.	How do you grade the cleanliness in the ward?	1-5	3.51	0.90	4
17.	Bedsheets were clean and changed as often as necessary.	1-5	3.72	0.81	4
18.	According to your impression, to what extent did the stay at the ward allow for your effective recovery (removal of the cause of the disease, an increase in mobility, being free from pain etc.)?	1-5	3.87	0.59	4
19.	How do you evaluate the services rendered at the ward?	1-5	3.87	0.62	4

A significant factor that influenced a high assessment of quality of care was the treatment of patients as subjects, not objects, which manifested itself in individual solutions to a patient's problems (73%), assistance in satisfying their needs (70%) and in respect for Patient's Rights (79%).

A general assessment of nurses' competences in the field of providing health education, according to patients

with diagnosed CVDs and arterial hypertension, was at an average level, which created a basis for a continuous and systematic monitoring of provided educational activities.

Patients with higher education and persons from the age group of 26-45 years old were the harsher critics, more demanding with respect to nurses' competences.

Ocena zadowolenia z jakości leczenia konwencjonalnego u pacjentów z rozpoznanymi wybranymi chorobami cywilizacyjnymi w kontekście kompetencji zawodowych pielęgniarki

WPROWADZENIE

Współcześnie „(...) jakość opieki zdrowotnej, to stopień, do jakiego usługi zdrowotne obejmujące jednostki, jak i całe populacje zwiększają prawdopodobieństwo osiągnięcia pożądanego efektów zdrowotnych oraz wykazują zgodność z aktualnie profesjonalną wiedzą (...)” [1, s. 162]. Istotną rolę w tych działaniach odgrywa pielęgniarka, która zgodnie z ustawą wpisuje się w działania na rzecz podnoszenia jakości oferowanych usług [2, 3], a co zostało ujęte przez Piątek [2005] „(...) jako stopień, w jakim opieka ta, wykazując zgodność z aktualną profesjonalną wiedzą, przyczynia się do osiągnięcia pożądanego efektów w stanie zdrowia osób/populacji, zwiększając ich niezależność i zdolność do samopielęgnacji oraz wykazuje zgodność z aktualną profesjonalną wiedzą i przyjętymi standardami (...)” [1, s. 172].

Podstawą oceny jakości opieki jest badanie satysfakcji pacjenta z otrzymywanych usług. Satysfakcja jest efektem zaspokojenia potrzeb, oczekiwań, subiektywnych doznań, emocji wyniesionych z zaistniałej sytuacji. W aspekcie relacji pielęgniarka – pacjent jest to ocena spełnionych oczekiwań, odczucie pozytywne bądź negatywne, wynikające z jakości świadczonej opieki w stosunku do biorcy [4,5,6]. Ocena satysfakcji jest ważnym kryterium oceny, gdyż pielęgniarka jako pierwsza buduje relację z pacjentem i od jej postawy zależy opinia pacjenta, która stanowi cenne i mierzalne źródło informacji [5, 7]. Ocenie tej podlegają również zadania pielęgniarki wynikające z pełnienia funkcji zawodowych, wśród których wymieniane są: wsparcie emocjonalne, profesjonalność, dokładność wykonywanych czynności instrumentalnych, edukacja, poziom wiedzy, kompetencje [3, 4, 5, 6, 8].

Badania zadowolenia z opieki konwencjonalnej u pacjentów z rozpoznanymi chorobami przewlekłymi, tj., choroba niedokrwienna serca, czy nadciśnienie tętnicze jest bardzo ważne, ze względu na charakter zaburzeń, jak i brak możliwości całkowitego wyleczenia.

CEL PRACY

Celem pracy jest ocena zadowolenia z jakości opieki medycznej (w tym pielęgniarskiej) w kontekście kompetencji zawodowych pielęgniarki przez pacjentów z rozpoznanymi wybranymi chorobami cywilizacyjnymi.

MATERIAŁ I METODYKA

Badanie w grupie 100 respondentów hospitalizowanych w Oddziale Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Kardiologii i Pododdziałem Geriatrii w SP ZOZ Brzesku, zostało przeprowadzone w czasie od 20 kwietnia 2015 do 31 maja 2015 za zgodą dyrekcji szpitala oraz po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej CMUJ. W badaniu uczestniczyło 49% kobiet i 51% mężczyzn, w przedziale wieku 28 – 85 lat, (średnia 59,44). Najbardziej reprezentatywną grupę stanowili uczestnicy badania w przedziale wiekowym od 46 do 65 lat (53%). Najwięcej osób posiadało wykształcenie zawodowe – 50% i średnie 25%, najniższy odsetek (11%) uzyskała wykształcenie wyższe. Większość badanych (56%) pozostawała w związku małżeńskim, dość dużą grupę stanowiły osoby owdowiałe (33%), natomiast – 11% deklarowało się jako osoby stanu wolnego. Zdecydowana większość respondentów pochodziła z terenów wiejskich – 77%. Do oceny zadowolenia pacjenta z jakości opieki pielęgniarskiej posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, z wykorzystaniem kwestionariusza ankiety własnego autorstwa oraz standaryzowaną anonimową Ankietą Satysfakcji Pacjenta (QPS) [9], po uzyskaniu zgody autora.

WYNIKI

Elementem poddanym diagnozie była subiektywna ocena jakości opieki, którą respondenci ocenili w 74 % na wysokim poziomie, 24% uznało, że jakość opieki była na poziomie średnim, natomiast jedynie 2% badanych wskazało na niską jej jakość. Zdecydowana większość badanych (ponad ¾) potwierdziła, że pielęgniarki przestrzegały Praw Pacjenta. Zaledwie 4% podało, że czuło się traktowanym przedmiotowo. Żaden natomiast z uczestników

badania nie wskazał na nie przestrzeganie praw pacjenta. Również pozytywnie badani ocenili współpracę pielęgniarki z innymi pracownikami. Aż 66% wskazało na wysoką ocenę, 31 % uznało, że współpraca była na poziomie średnim, zaledwie 3% postrzegało ją jako niską. Badani wysoko ocenili także możliwość uzyskiwania wsparcia w indywidualnym rozwiązywaniu problemów zdrowotnych (73%), czy pomocy w sytuacji niemożności samodzielnego wykonania danej czynności (70%). W odniesieniu do pełnionych funkcji zawodowych, zapytano osoby badane o staranne i dokładne wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych. Wysoki odsetek respondentów (77%) ocenił je pozytywnie, jednakże aż 20% badanych wskazało, że towarzyszy im pośpiech. Ponad połowa badanych (57%) potwierdziła, że informacje o celowości wykonywanych czynności zabiegowych były jasne i wyczerpujące, co trzeci badani określili, że miały one charakter podstawowy.

Ważnym obszarem działalności zawodowej pielęgniarki poddanym ocenie było prowadzenie edukacji zdrowotnej, nakierowanej na udzielanie porad, wskazówek dotyczących postępowania w przypadku choroby niedokrwiennej serca i nadciśnienia tętniczego. Respondenci w 64% ocenili edukację jako jasną, rzeczową i wyczerpującą, 31% podało, że porady, wskazówki nie zawsze były jasne i wyczerpujące, a tylko 1 badany nie uzyskał jakichkolwiek porad. Ponad ¾ badanych podało, że wskazówki dotyczyły chorób cywilizacyjnych ukierunkowanych na czynniki ryzyka, powikłania późne i ich eliminowanie, natomiast 6% nie uzyskało informacji jak funkcjonować ze zdiagnozowaną chorobą. Zdaniem 66% respondentów, pielęgniarka korzystała z materiałów edukacyjnych podczas edukacji. Negatywnym aspektem realizacji tej funkcji zawodowej okazała się ciągłość edukacji. Aż 81% badanych respondentów wskazało, że pielęgniarka nie dokonała sprawdzenia zrozumienia wiadomości przez badanych i nie uzupełniła braków wiedzy z przeprowadzonej wcześniej edukacji zdrowotnej.

Analiza wyników badań wykazała zależność na poziomie istotnym statystycznie między zmiennymi demograficznymi a oceną jakości opieki. Lepiej jakość opieki ocenili respondenci w przedziale wieku 66-85 lat ($p=0,01$), posiadający niższe wykształcenie ($p=0,05$), zamężni i owdowiali ($p=0,01$), oraz mieszkający na wsi ($p=0,00$).

Analiza statystyczna Ankiety Satysfakcji Pacjenta (QPS), potwierdziła zadowalające wyniki wskazujące na dobrą jakość świadczonej opieki pielęgniarstwa (wysokie wartości median – 4,00 w wynikach poszczególnych pytań). Uwzględniając do interpretacji medianę najlepiej został oceniony obszar V – ogólnej organizacji i oceny oddziały, potwierdzający bardzo dobre (mediana – 5,00) stosunki zachodzące pomiędzy personelem pielęgniarstwa, a odwiedzającymi. Najniższą notę respondentów otrzymał obszar I – pobyt na izbie przyjęć, gdzie wartość mediany wynosi 3,00. Szczegółowe zestawienie wyników uzyskanych za pomocą QPS zostało zaprezentowane w tabeli 1.

Niskie wyniki uzyskane w obszarze pierwszym mogą być związane z faktem, że zakres opieki pielęgniarstwa realizowany w ramach izby przyjęć jest dość ograniczony czasowo i skoncentrowany na zabiegach instrumentalnych. Wyniki uzyskane w pozostałych obszarach sugerują

wysoką satysfakcję respondentów ze świadczonej opieki pielęgniarstwa.

OMÓWIENIE

Z przeprowadzonych badań własnych, jak również prac innych autorów wynika, że jakość opieki widziana oczami pacjenta ogólnie przedstawia się pozytywnie, lecz rozdziałając poszczególne jej zadania względem obszarów opieki, które wynikają z kompetencji jest ona nieznacznie różnicowana.

W wielu badaniach jakość opieki pielęgniarstwa koreluje jednoznacznie ze wskaźnikiem satysfakcji pacjenta. Bezpośrednie powiązanie działań leczniczych, terapeutycznych, edukacyjnych, pielęgnacyjnych i interpersonalnych zintegrowanych w obszarze kompetencji, na które składają się postawa, wartości i umiejętności daje obraz sylwetki pielęgniarki jako świadczeniodawcy usług.

Z przeprowadzonych badań wynika, że subiektywna ocena jakości opieki pielęgniarstwa jest wysoka (74%) co jest zgodne z wynikami uzyskanymi przez innych autorów [9,10]. Analiza wyników przeprowadzonych badań, potwierdziła istotność statystyczną względem większego zadowolenia z opieki w grupie mężczyzn, pacjentów w wieku 66-85 lat, a także osób mieszkających na wsi oraz posiadających niższe wykształcenie; podobne wyniki uzyskały Grochans i wsp., Glińska [4, 5, 10, 11] oraz Brodzińska i wsp. [12], Kózka i wsp. [13] oraz Ogórek – Tęcza [14].

Pomimo, że ponad połowa badanych oceniała prowadzoną przez pielęgniarkę edukację zdrowotną jako jasną, rzeczową i wyczerpującą niepokojący jest fakt, że dość liczna grupa nie podzielała w pełni tej opinii, a 81% uczestników badania zwrócił uwagę, iż edukacja nie miała ciągłości, a zakres przyswojonej wiedzy nie został utrwalony. Również inni badacze wskazują na negatywne konsekwencje prowadzenia edukacji w pośpiechu, czy też z użyciem małej gamy środków dydaktycznych, z nieprofesjonalnym podejściem do działań edukacyjnych [4,15, 16].

W badaniach własnych sfera współpracy w zespole terapeutycznym oscylowała na poziomie średnim i dobrym; (67% badanych wskazywało na nawiązanie kontaktu z rodziną, 55% na zaangażowanie rodziny w opiekę i przejęcie jej po wypisie do domu). Podobne wyniki uzyskała Glińska, w których potwierdziła, że 46% pacjentów wskazuje na współpracę pielęgniarki z rodziną, a 42% uzyskało wskazówki jak postępować po opuszczeniu szpitala [4].

Podsumowując uzyskane wyniki należy stwierdzić, że ocena świadczonych usług medycznych jest warunkowana jakością ich wykonania względem przyjętych standardów, zarówno w odniesieniu do indywidualnych relacji społecznych zachodzących pomiędzy dawką i biorcą opieki, jak również pełnionych funkcji zawodowych i powinna skutkować poczuciem ciągłego doskonalenia kompetencji zawodowych.

■ Tab. 1. Ocena zadowolenia pacjenta z jakości opieki wg. QPS

Pytanie		Zakres skali	Średnia	SD	Mediana
I. Pobyt na Izbie Przyjęć					
1.	Jak długo oczekiwali Państwo na przyjęcie w Izbie Przyjęć?	1-5	2,87	1,10	3
2.	Jak oceniają Państwo pracę zespołu Izby Przyjęć?	1-5	3,20	0,89	3
II. Przyjęcie w oddział					
3.	Jak długo oczekiwali Państwo na przydzielenie łóżka w oddziale?	1-5	4,16	0,82	4
4.	Czy zostali Państwo zapoznani z topografią oddziału (wprowadzenie w oddział)?	1-5	3,94	0,67	4
III. Praca zespołów terapeutycznych					
5.	Czy zespół pielęgniarzki:				
-	udzielał informacji o wykonywanych czynnościach i zabiegach	1-5	3,88	0,72	4
-	dbał o szanowanie Państwa godność osobistej i zapewniał dyskrecję w trakcie zabiegów	1-5	3,95	0,71	4
-	reagował na Państwa prośby (szybko)	1-5	3,84	0,76	4
-	dysponował czasem w chwili, kiedy Państwo potrzebowali pomocy	1-5	3,82	0,78	4
-	udzielał informacji o dalszej samoopiece w domu	1-5	3,86	0,78	4
-	był życzliwy, uprzejmy, delikatny itp.	1-5	4,05	0,73	4
6.	Jak oceniają Państwo pracę zespołu pielęgniarzkiego na dyżurze:				
-	dziennym (7.00-19.00)	1-5	3,98	0,71	4
-	nocnym (19.00-7.00)	1-5	4,01	0,67	4
7.	Jeżeli byli Państwo leczeni operacyjnie, jak oceniają Państwo:				
-	przygotowanie do zabiegu (fizyczne, psychiczne, duchowe itp.)	1-5	2,84	0,96	3
-	pracę zespołu Bloku Operacyjnej (informowanie, zmniejszanie lęku)	1-5	2,71	0,96	3
8.	Czy zespół lekarski:				
-	udzielał informacji o chorobie i planowanym leczeniu	1-5	3,98	0,46	4
-	poświęcał Państwu wystarczającą ilość czasu	1-5	3,91	0,55	4
-	informował o dalszym postępowaniu (leczeniu) po wypisie ze szpitala	1-5	3,96	0,47	4
-	był godny zaufania	1-5	3,99	0,48	4
-	był życzliwy, uprzejmy, delikatny itp.	1-5	4,01	0,46	4
9.	Ile czasu dziennie poświęcał Państwu rehabilitant (jeżeli były wskazania)?	1-5	2,30	1,38	2
10.	Jak oceniają Państwo czas oczekiwania na badania diagnostyczne (TK, MRI itp.)?	1-5	2,54	1,23	3
11.	Jak oceniają Państwo sprawność obsługi/wykonania badania diagnostycznego?	1-5	2,58	1,18	3
IV. Żywnienie					
12.	Jak oceniają Państwo jakość i estetykę posiłków (ciepłe, smaczne, urozmaicone, wystarczająca porcja itp.)?	1-5	3,68	1,13	4
13.	Jak oceniają Państwo zgodność przestrzegania określonej diety z podawanymi posiłkami?	1-5	3,56	1,14	4
V. Ogólna organizacja i ocena oddziału					
14.	Jak oceniają Państwo:				
-	możliwość kontaktu z rodziną	1-5	4,60	0,64	5
-	czas (porę) odwiedzin	1-5	4,56	0,62	5
-	stosunek zespołu pielęgniarzkiego do odwiedzających	1-5	4,53	0,66	5
15.	W jakim stopniu stan techniczny oddziału (stolik, łóżko, WC, łazienka itp.) spełnia Państwa oczekiwania?	1-5	3,45	0,95	4
16.	Jak oceniają Państwo czystość na oddziale?	1-5	3,51	0,90	4
17.	Czy pościel była czysta, zmieniana według potrzeb?	1-5	3,72	0,81	4
18.	W jakim stopniu w Państwa odczuciu pobyt w oddziale pozwolił uzyskać efekty zdrowienia (usunięcie przyczyny choroby, usprawnienie, uwolnienie od bólu itp.)?	1-5	3,87	0,59	4
19.	Jak Państwo oceniają usługi świadczone w oddziale?	1-5	3,87	0,62	4

WNIOSKI

1. Ogólna ocena jakości opieki pielęgniarskiej wśród badanych z rozpoznaną chorobą niedokrwienną serca i nadciśnieniem tętniczym była na poziomie wysokim (74%). Lepiej jakość opieki pielęgniarskiej ocenili mężczyźni, osoby mieszkające na wsi, a także osoby w przedziale wiekowym 66-85 lat.
2. Istotnym czynnikiem mającym wpływ na wysoką ocenę jakości opieki okazało się podmiotowe traktowanie przejawiające się w indywidualnym rozwiązywaniu problemu pacjenta (73%), pomoc w zaspokajaniu potrzeb (70%), oraz przestrzeganiu Praw Pacjenta (79%).
3. Ogólna ocena kompetencji pielęgniarki w zakresie prowadzenia edukacji zdrowotnej przez badanych pacjentów z rozpoznaną chorobą niedokrwienną serca i nadciśnieniem tętniczym była na poziomie średnim, co daje podstawę do stałego i systematycznego monitorowania, prowadzonej edukacji.
4. Bardziej wymagającymi odbiorcami opieki, krytyczniej oceniającymi kompetencje pielęgniarki okazały się osoby z wykształceniem wyższym oraz badani w wieku 26-45 lat.

PIŚMIENICTWO/REFERENCES

1. Piątek A. Zarządzanie jakością. [w:] Ksykiewicz – Dorota A. red. Zarządzanie w pielęgniarstwie. Lublin: Czelej; 2005: 303 – 329.
2. Ustawa z dnia 5 lipca 1996r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jedn. Dz U z 2001 r., nr 57, poz.602 z późn. zm).
3. Garczyk D. Jakość i ocena opieki pielęgniarskiej. Neuroskop. 2012; 14: 72 – 78.
4. Glińska J, Bednarska A, Brosowska B, i wsp. Analiza poziomu jakości opieki pielęgniarskiej w opinii pielęgniarek i pacjentów. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne. 2012; 4: 151 – 160.
5. Wykrzykowska M. Ocena opieki pielęgniarskiej w opinii pacjentów. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne. 2007; 1: 3 – 10.
6. Juszczak K. Czynniki wpływające na zadowolenie pacjenta z opieki pielęgniarskiej w świetle badań. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne. 2013; 4: 115 – 117.
7. Gawęł G, Twardus K, Kin – Dąbrowska J, i wsp. Jakość opieki pielęgniarskiej na oddziale kardiologicznym. Problemy Pielęgniarstwa. 2008; 16: 339 – 342.
8. Laschinger HS, Hall LM, Pederson C, et al. A psychometric analysis of the patient satisfaction with nursing care quality questionnaire: an actionable approach to measuring patient satisfaction. J Nurs Care Qual. 2005; 20: 220 – 230.
9. Grabska K, Stefańska W. Sylwetka zawodowa pielęgniarki w opinii pacjentów. Problemy Pielęgniarstwa. 2009; 17 (1): 8 – 12.
10. Gniadek A, Malinowska – Lipień I, Zaniewska M, et al. Wybrane aspekty satysfakcji pacjentów z pobytu w oddziałach chorób wewnętrznych szpitala w Krakowie. Pielęgniarstwo XXI wieku. 2012; 4 (41): 17 – 21.
11. Grochans E, Seewald K, Szkup-Jabłońska M. et al. Satysfakcja z opieki pielęgniarskiej pacjentów pielęgowanych tradycyjnie oraz w systemie Primary Nursing. Problemy Pielęgniarstwa. 2011; 19 (2): 177 – 184.
12. Brodzińska M, Modzelewska K, Stachowska M, i wsp. Stratyfikacja czynników determinujących opinię o jakości świadczeń w zakresie kompetencji pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej. Doniesienia wstępne. Problemy Higieny i Epidemiologii. 2010; 91 (2): 303 – 307.
13. Piątek A. Dookonalenie jakości opieki pielęgniarskiej. [w:] Ksykiewicz – Dorota A. red. Podstawy organizacji pracy pielęgniarki. Lublin: Czelej; 2004: 161 – 179.
14. Kózka M, Majda A, Kula A. Ocena jakości życia i zachowań zdrowotnych pacjentów ze stabilną chorobą wieńcową w wieku geriatrycznym. Problemy Pielęgniarstwa. 2013; 21 (4): 433 – 442.
15. Pabiś M, Ślusarska B, Jaros MJ, et al. Kompetencje pielęgniarek w zakresie edukacji zdrowotnej w polskim systemie opieki zdrowotnej. Pielęgniarstwo XXI wieku. 2010; 3-4 (32-33): 75 – 85.
16. Ogórek – Tęcza B, Ratoń A, Kamińska A, et al. Poczucie sensu życia u osób chorych przewlekłe. Pielęgniarstwo XXI wieku. 2012; 4 (41): 41 – 45.

Tłumaczenie/Translation: Joanna McCoy

Praca przyjęta do druku/Manuscript received:
31.08.2015

Praca zaakceptowana do druku/Manuscript accepted:
08.12.2015