

# ANALIZA POZIOMU JAKOŚCI OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ W OPINII PIELĘGNIAREK I PACJENTÓW

## Analysis of the quality of nursing care in the opinion of nurses and patients

Jolanta Glińska<sup>1</sup>, Agata Bednarska<sup>2</sup>, Beata Brosowska<sup>3</sup>, Małgorzata Lewandowska<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Zakład Teorii Pielęgniarstwa i Umiejętności w Pielęgniarstwie Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

<sup>2</sup>Koło Naukowe przy Katedrze Nauczania Pielęgniarstwa

<sup>3</sup>Zakład Nauczania Pielęgniarstwa z Pracowniami Praktycznymi Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

<sup>4</sup>Zakład Teorii Pielęgniarstwa i Umiejętności w Pielęgniarstwie Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2012; 4: 151-160

Praca wpłynęła: 20.04.2012, przyjęto do druku: 25.10.2012

Adres do korespondencji:

dr n. med. **Jolanta Glińska**, ul. Wici 2 m. 10, 91-150 Łódź, tel. 604 503 015, e-mail: jolanta.glinska@umed.lodz.pl

### Streszczenie

**Wstęp:** W związku z rozwojem sektora usług we współczesnej gospodarce coraz częściej słyszy się o zapewnieniu wysokiego poziomu jakości czy zarządzaniu jakością. Ocena poziomu jakości wymuszana jest głównie stale rosnącymi potrzebami i oczekiwaniami konsumentów oraz coraz większą konkurencją między usługodawcami. Dotyczy to również instytucji *non-profit* (nienastawionych na zysk), takich jak np. szpitale. O jakości w pielęgniarstwie mówi się od początku jego profesjonalnego rozwoju. Zapewnienie jej wymaga spełnienia takich samych warunków, jakie stawiane są przed całym systemem ochrony zdrowia. We współczesnym pielęgniarstwie zwraca się uwagę na kompleksowe widzenie pacjenta, co wymusza na pielęgniarkach zmianę modelu pracy. Preferowaną metodą pracy zarówno w Polsce, jak i za granicą jest proces pielęgnowania, określane jako koncepcja i naukowa metoda pielęgnowania.

**Cel pracy:** Uzyskanie odpowiedzi na pytanie, jak pielęgniarki oceniają świadczenie usługi i jak są one odbierane przez samych odbiorców opieki i czy zdaniem obu tych grup model opieki pielęgniarstwa wpływa na jej jakość?

**Materiał i metody:** Badanie przeprowadzono wśród pacjentów i pielęgniarek w Szpitalu Wojewódzkim w Bełchatowie, w 6 losowo wybranych oddziałach w 2010 r. Od kilkunastu lat w tymże szpitalu stopniowo wprowadzany był proces pielęgnowania. Do zbierania danych zastosowano dwa kwestionariusze ankiety: dla pacjentów i pielęgniarek. Ocena wyników pytań zamkniętych obydwu kwestionariuszy oparta jest na kryteriach udziału procentowego udzielonej odpowiedzi. Zależność pomiędzy modelem opieki a jakością opieki badano przy użyciu testu niezależności  $\chi^2$ .

**Wyniki:** W badaniu wykazano różnicę w postrzeganiu jakości opieki pielęgniarstwa w obu badanych grupach. Samoocena ze strony pielęgniarek była wyższa. Jedynie około 20% badanych pacjentów, zgodnie z myślą procesu pielęgnowania, było włączanych w etap planowania, realizowania i oceny. Analiza statystyczna wskazała na zależność pomiędzy

### Summary

**Introduction:** In connection with the development of the service sector in today's economy we hear about ensuring a high level of quality and quality management more and more. Assessment of the level of quality is mainly forced by constantly increasing needs and expectations of consumers and the increasing competition among service providers. This also applies to *non-profit* institutions such as hospitals. Since the beginning of nursing professional development the quality in nursing has been discussed. Providing it requires the same conditions as in the entire health care system. In today's nursing, attention is directed to the comprehensive approach to the patient, which forces nurses to change their work patterns. The preferred method of nurses' work both in Poland and abroad, is the process of care, defined as a concept and scientific method of nursing.

**Aim:** To answer the question of how nurses assess the provision of services and how they are received by the patients and whether, in the opinion of these two groups, the nursing care model affects its quality.

**Material and methods:** The survey was conducted among patients and nurses at the Provincial Hospital in Bełchatów, in six randomly selected wards in 2010. For a dozen or so years the nursing process has been gradually implemented in that hospital. For data collection two questionnaires: for patients and nurses, were used. Assessment of the results of closed questions in both questionnaires is based on the criteria of the percentage of answers. The relationship between the model of care and quality of care was analysed using the  $\chi^2$  test of independence.

**Results:** The study has shown a difference in perception of quality of nursing care in both groups. Self-evaluation by the nurses was higher. Only about 20% of patients were, in accordance with the aim of the nursing process, involved in the planning, implementation and evaluation. Statistical analysis indicated the relationship between the method of work and the quality of care only in the group of patients; nurses do not generalize such a relationship.

metodą pracy a jakością opieki jedynie w grupie badanych pacjentów, pielęgniarki nie generalizują takiej relacji.

**Wnioski:** Dowiedziono, iż pielęgniarki pracują zgodnie ze współczesnym modelem, jednakże proces pielęgnowania jest prowadzony fragmentarycznie, niezgodnie z jego podstawowymi założeniami.

**Słowa kluczowe:** jakość opieki, pielęgniarka, pacjent, proces pielęgnowania.

## Wstęp

Pielęgnowanie towarzyszyło człowiekowi nieprzerwanie w ciągu dziejów. Początkowo sprawowane było głównie przez kobiety i wiązało się zwykle z ówczesną wiedzą i kulturą. Pielęgniarstwo jako zawód zaczęło się kształtować dopiero w drugiej połowie XIX wieku. Wiele czynników, a przede wszystkim zmieniająca się sytuacja społeczno-ekonomiczna, sprawiło, że na przestrzeni wieków samo postrzeganie istoty pielęgnowania ulegało dynamicznym zmianom. Jedną z pierwszych, formalnych definicji pielęgnowania z 1956 r. podana przez Światową Organizację Zdrowia określała pielęgnowanie jako „sprawowanie opieki nad chorym oraz zapobieganie chorobom i umacnianie zdrowia”. Współczesne oczekiwania społeczne dotyczące zakresu i charakteru pielęgnowania definiują szczegółowo obszar tej działalności. Pielęgnowanie odnosi się wyłącznie do działalności pielęgniarki opartej na szerokim zakresie wiedzy i zawodowych umiejętnościach nabytych w trakcie obowiązującego kształcenia. Pielęgnowanie zawodowe obecnie określane jest jako pomaganie i towarzyszenie człowiekowi w zdrowiu, chorobie i niepełnosprawności, a ponadto kształtowanie umiejętności samoopieki w celu utrzymania komfortu życia codziennego w zdrowiu, życia w cierpieniu i życia z chorobą (Górajek-Jóźwik). Przy czym największy nacisk kładzie się na pomaganie, wspieranie i towarzyszenie człowiekowi oraz nauczenie go samoopieki, aby mógł osiągnąć optymalny poziom zdrowia [1]. Wszystkie te działania skierowane są na pacjenta, który jest podmiotem naszej opieki. Pacjent jako klient zgłasza się do nas i oczekuje rozwiązania problemów zdrowotnych na możliwie najwyższym poziomie. Jego satysfakcja zależeć będzie od tego, w jakim stopniu świadczona usługa będzie spełniała jego oczekiwania [2]. Dzisiejsza rzeczywistość stanowi wyzwanie dla pielęgniarek oraz pozostałych pracowników ochrony zdrowia, któremu muszą sprostać. Pacjenci domagają się pogłębionych, jasnych informacji o świadczeniach i chcą brać udział w procesach decyzyjnych. Prowadzi to do zwiększenia odpowiedzialności i rzetelnego wykonywania obowiązków przez wszystkich pracowników ochrony zdrowia [3]. W związku z rozwojem sektora usług we współczesnej gospodarce coraz częściej słyszy się o zapewnieniu wysokiego poziomu jakości czy zarządzaniu jakością. „Jakość to zespół cech wyrobu lub usługi, z którymi wiąże się jego/jej zdolność do zaspokajania określonych lub domyślnych potrzeb i oczekiwań klienta” (Mię-

**Conclusions:** The study has proven that nurses are working according the modern model of work, however, the care process is carried out fragmentarily, contrary to its basic assumptions.

**Key words:** quality of care, nurse, patient, nursing process.

dzynarodowe Normy Jakości ISO 9000). Zarządzanie jakością (*Quality Management*) wg norm ISO 8402 określane jest jako wszystkie działania z zakresu zarządzania, które decydują o polityce jakości, celach i odpowiedzialności, a także o ich realizacji w ramach systemu jakości za pomocą takich środków, jak: planowanie jakości, sterowanie jakością, zapewnianie jakości, doskonalenie jakości (E. Skrzypek) [4]. Ocena poziomu jakości wymuszana jest głównie stale rosnącymi potrzebami i oczekiwaniami konsumentów oraz coraz większą konkurencją między usługodawcami. Dotyczy to również instytucji *non-profit* (nienastawionych na zysk), takich jak np. szpitale. Ma to olbrzymi wpływ na zarządzanie przedsiębiorstwami usługowymi i wymusza konieczność ustalania kryteriów, standardów i mierników jakości świadczonych usług. Zadanie to jest szczególnie trudne w zakładach, w których wyniki finansowe uzyskane od klientów za sprzedaż usług nie mogą być uznawane za główne kryterium oceny jakości ich pracy. W tej kategorii firm znajduje się większość świadczeniodawców opieki zdrowotnej. Obliguje to do monitorowania i oceny poziomu jakości opieki medycznej. Jakość w opiece zdrowotnej jest szczególnie ważna nie tylko z powodu zadowolenia pacjenta, lecz także dlatego, że to przede wszystkim od jej poziomu zależy zdrowie i życie podmiotu tej opieki. O poziomie jakości opieki decyduje zarówno wartość realizowanych świadczeń medycznych, opieki pielęgniarskiej, relacje między pracownikami medycznymi, warunki organizacyjno-techniczne, jak i sposób zarządzania opieką zdrowotną [5]. Obecnie obserwuje się wielorakie systemy opieki pielęgniarskiej, często nie do końca pokrywające się z głównymi założeniami owych systemów. Dobór właściwego modelu ma bardzo duże znaczenie, ponieważ pomaga pielęgniarkom zapewnić pomoc i wsparcie w osiągnięciu jak najlepszego poziomu zdrowia i życia. Z jednej strony może podwyższyć stopień zadowolenia pacjenta z opieki, a także przyczynić się do obniżenia kosztów opieki zdrowotnej, z drugiej zaś wymusza na pielęgniarkach pewne działania, które w dobie tak wymagających i świadomych podmiotów naszej opieki są bardzo pomocne.

## Cel pracy

Celem pracy było uzyskanie odpowiedzi na pytanie, jak pielęgniarki oceniają świadczenie usługi i jak są one odbierane przez samych odbiorców opieki oraz czy zda-

niem obu tych grup model opieki pielęgniarskiej wpływa na jej jakość.

## Materiał i metody

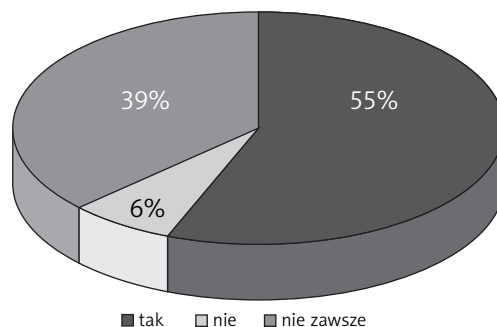
Badanie zostało przeprowadzone wśród 84 pacjentów oraz 83 pielęgniarek Szpitala Wojewódzkiego w Bełchatowie, na sześciu losowo wybranych oddziałach w 2010 r. Od kilkunastu lat w tymże szpitalu stopniowo wprowadzany był proces pielęgnowania. Obecnie w całym szpitalu obowiązuje taki właśnie system pracy. Dobór jednostek do próby badania był losowy, a udział dobrowolny i anonimowy. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej RNN/138/11/KB. Do zbierania danych zastosowano dwa kwestionariusze ankiety: dla pacjentów i pielęgniarek. Ankieta dla pacjentów zawierała 28 pytań zamkniętych, uwzględniających wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej będące pomocne w ocenie jakości tej opieki. Ankieta dla pielęgniarek składała się z 27 pytań, które dotyczyły pracy pielęgniarek metodą procesu pielęgnowania oraz jakości opieki pielęgniarskiej.

Ocena wyników pytań zamkniętych obydwu kwestionariuszy oparta jest na kryteriach udziału procentowego udzielonej odpowiedzi. Zależność pomiędzy modelem opieki a jakością opieki badano przy użyciu testu niezależności  $\chi^2$ .

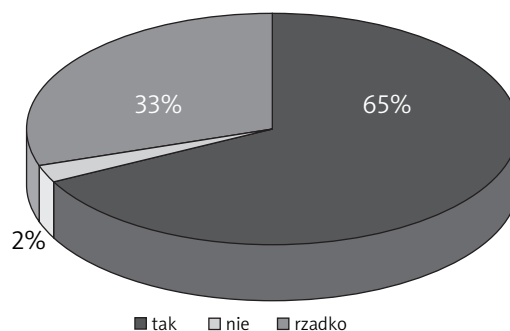
## Wyniki

Spośród ankietowanych pielęgniarek zdecydowaną większość stanowiły osoby posiadające wykształcenie średnie, tylko 23% miała wykształcenie wyższe. Większość, bo aż 71%, stanowiły pielęgniarki z długim, powyżej 15 lat, stażem pracy. Od 6 do 15 lat przepracowało 27%, a tylko 2% to osoby ze stażem krótszym niż 5 lat. Wśród badanych pacjentów 48% przebywało w szpitalu 3–7 dni, powyżej tygodnia przebywało 37%, natomiast pobyt do 3 dni zaznaczyło 15% badanych. Rozkład pod względem płci kształtował się następująco: 51% to mężczyźni, 49% kobiety. Wśród ankietowanych najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 36–55 lat, mniejszą – 36% – w wieku powyżej 55. roku życia. W przedziale wiekowym 18–25 lat było 12% badanych, najmniej liczną grupę wiekową stanowili pacjenci w wieku 26–35 lat.

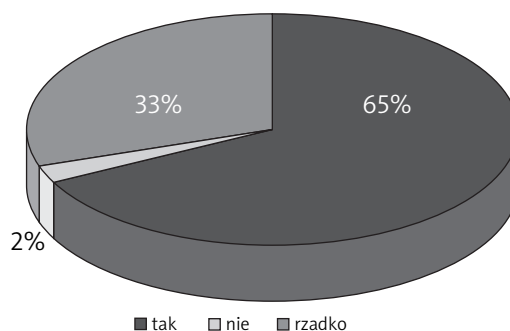
W pierwszej części pracy ocenie poddano poziom opieki pielęgniarskiej wg pielęgniarek. Analiza uzyskanych danych wskazuje, że jedynie 55% spośród badanych pielęgniarek samodzielnie planuje, realizuje i ocenia opiekę pielęgniarską, duży odsetek pielęgniarek (39%) nie dostrzega autonomii pielęgniarki w zakresie swoich kompetencji i większość czynności wykonuje jedynie na zlecenie lekarskie (ryc. 1). W badanej grupie pielęgniarek, większość (65%) prowadzi edukację zdrowotną, sporadycznie działania te podejmuje 33% badanych (ryc. 2).



Ryc. 1. Ocena autonomii pielęgniarek w zakresie własnych kompetencji

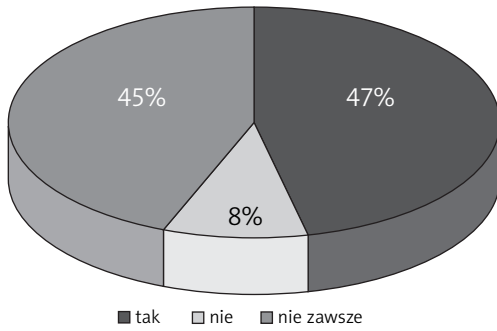


Ryc. 2. Częstość prowadzenia edukacji zdrowotnej

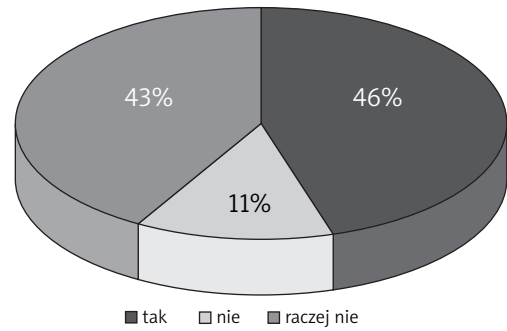


Ryc. 3. Ocena zainteresowania problemami pacjenta

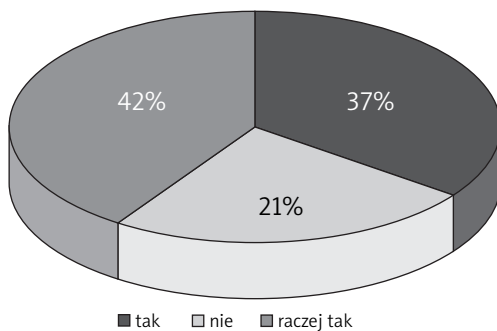
Ponad połowa pielęgniarek (65%) deklaruje, iż w trakcie pełnionego dyżuru rozmawia z pacjentem o jego problemach, natomiast 33% z tej grupy sporadycznie interesuje się problemami podopiecznego. Brak zainteresowań wykazuje 2% ankietowanych (ryc. 3). Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że tylko 47% respondentów w pełni angażuje pacjenta do podejmowania odpowiedzialności za swoje zdrowie, 45% spośród badanych pielęgniarek stara się wytwarzać taką postawę, ale nie zawsze, natomiast 8% nie próbuje zmienić podejścia podopiecznego (ryc. 4). Niewielki odsetek pielęgniarek (46%) włącza pacjenta do aktywnego udziału w formułowaniu planu opieki (ryc. 5). W badanej grupie pielęgniarek tylko 37% aktywizuje i nawiązuje współpracę z podopiecznymi w ramach realizacji planu opieki, 42% robi



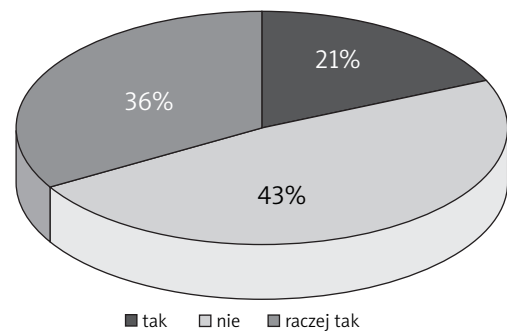
**Ryc. 4.** Ocena udziału pielęgniarki w angażowaniu pacjenta do współodpowiedzialności za postępy w leczeniu i osiągnięciu sprawności



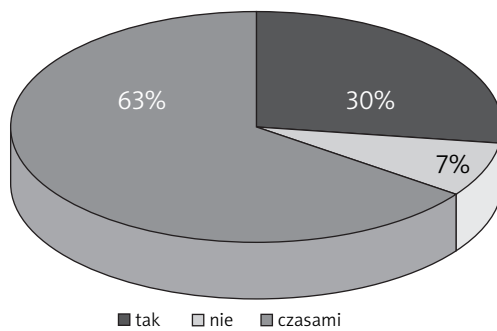
**Ryc. 5.** Ocena udziału pielęgniarki w aktywizowaniu pacjenta do udziału w formułowaniu planu opieki



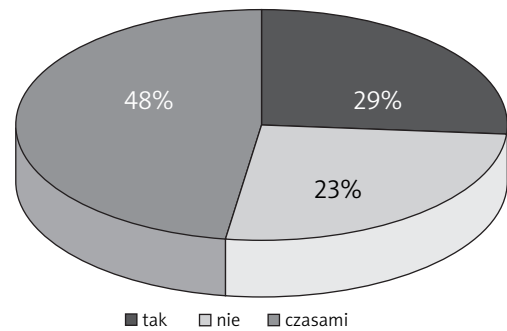
**Ryc. 6.** Ocena udziału pielęgniarki w aktywizowaniu pacjenta do realizacji planu opieki



**Ryc. 7.** Ocena udziału pielęgniarki w angażowaniu pacjenta w ocenę realizacji planu opieki



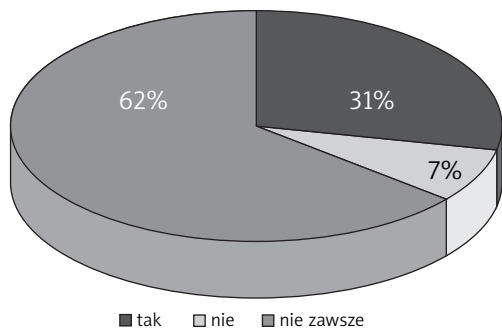
**Ryc. 8.** Poziom zainteresowania problemami zawodowymi i rodzinnymi pacjenta



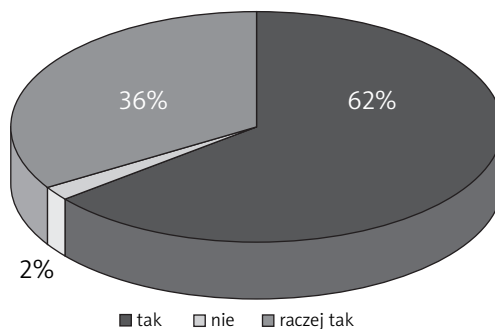
**Ryc. 9.** Ocena udziału pielęgniarki w nawiązywaniu kontaktu z rodziną pacjenta w celu zapewnienia jej potrzebnej pomocy pielęgniarskiej

to, ale tylko sporadycznie, natomiast 21% pielęgniarek nie widzi takiej potrzeby (ryc. 6). Z uzyskanych danych wynika, że jedynie 21% spośród badanych pielęgniarek razem z pacjentem ocenia realizację planu opieki pielęgniarskiej. Duży odsetek pielęgniarek (43%) zupełnie pomija ten etap procesu pielęgnowania (ryc. 7). Tylko 30% z badanej grupy pielęgniarek zawsze wykazuje zainteresowanie problemami zawodowymi i rodzinnymi pacjenta, natomiast 63% respondentów oznajmiło, że zainteresowanie tymi tematami z ich strony pojawia się czasami. Zupełnie lekceważy tę kwestię 7% badanych pielęgniarek (ryc. 8).

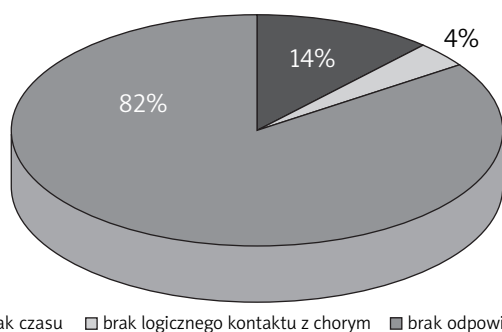
Badania własne wskazują, że tylko 29% pielęgniarek nawiązuje kontakt z rodziną pacjenta i w razie potrzeby obejmuje ją opieką. Nieco większy odsetek badanych (48%) podaje, że kontaktuje się, ale czasami, natomiast 23% respondentów nie włącza rodziny do współpracy (ryc. 9). Na podstawie przeprowadzonego badania własnego wynika, że niewielka grupa pielęgniarek (31%) zawsze przygotowuje rodzinę pacjenta do sprawowania opieki nieprofesjonalnej. Większość (62%) działania te podejmuje nieregularnie (ryc. 10.). Jak wynika z badań, większość, bo 62%, spośród badanych pielęgniarek uważa, iż całości-



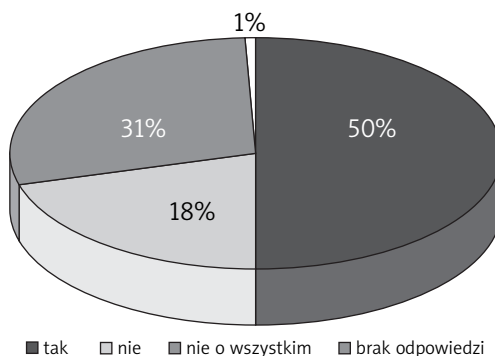
**Ryc. 10.** Ocena udziału pielęgniarki w przygotowaniu rodziny pacjenta do sprawowania opieki nieprofesjonalnej przed wypisaniem pacjenta do domu



**Ryc. 11.** Wpływ metody pracy na sprawowanie profesjonalnej opieki



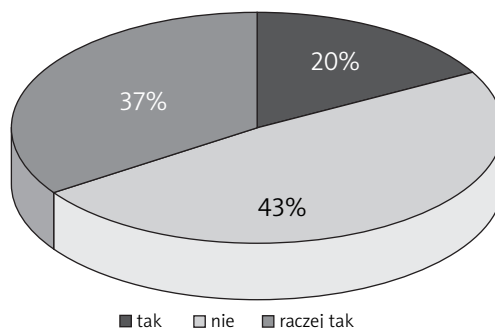
**Ryc. 12.** Przyczyny niewystarczającej opieki nad chorymi



**Ryc. 13.** Edukacja zdrowotna w opinii pacjenta

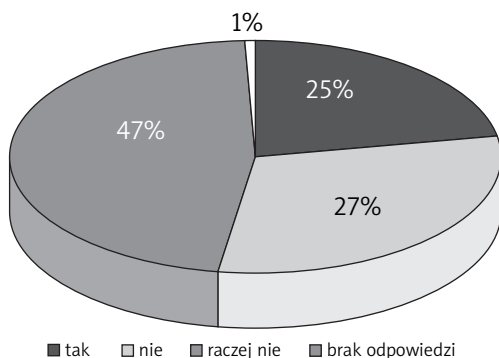
wa opieka nad konkretnym pacjentem ułatwia jej pracę, natomiast 36% pielęgniarek nie miało tak jednoznacznej opinii. Tylko 2% respondentów twierdzi, że taka metoda pracy nie jest pomocna w sprawowaniu profesjonalnej opieki (ryc. 11). Niewiele badanych pielęgniarek (14%) wskazało, że nie jest w stanie realizować w pełni wszystkich etapów procesu pielęgnowania wg jego założeń z powodu braku czasu, inną przeszkodą opisywaną w badaniu był brak logicznego kontaktu z podopiecznym (4%). Z kolei aż 82% spośród badanych pielęgniarek nie odpowiedziało na to pytanie, ponieważ uważa, że opiekuje się pacjentem w wystarczającym stopniu (ryc. 12.).

W dalszej części pracy badano ocenę opieki pielęgniarskiej w opinii pacjentów. Z grupy badanych pacjentów 50% odpowiedziało, że w trakcie pobytu na oddziale pielęgniarka prowadziła edukację na temat zdrowego stylu życia, umiejętności życia z chorobą, ale 31% respondentów odpowiedziało, że rozmowy te były mało dokładne, fragmentaryczne i niejasne. Z kolei 18% badanych nie miało prowadzonej edukacji w żadnym zakresie (ryc. 13.). Tylko 20% spośród badanych pacjentów podało, że może zawsze liczyć na pomoc pielęgniarki w zakresie rozwiązywania swoich problemów w różnych sferach życia. Duży odsetek badanych (43%) odbiera pielęgniarkę jako osobę wypełniającą jedynie zlecenia lekarza i troszczącą się wyłącznie o jego sferę fizyczną (ryc. 14.). Tylko 25% spo-

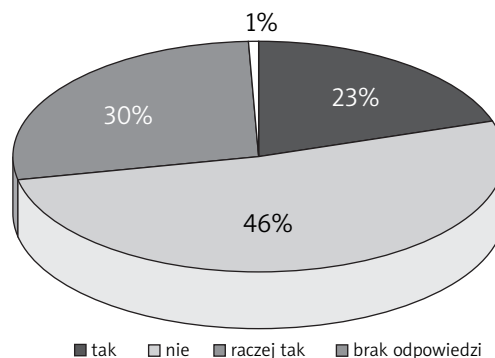


**Ryc. 14.** Pomoc pielęgniarki w rozwiązywaniu problemów pacjenta

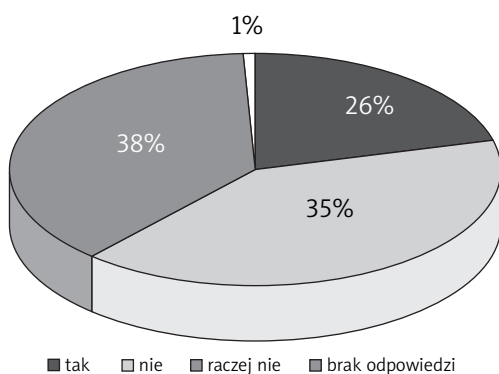
śród badanych pacjentów odpowiedziało, że razem z pielęgniarką formułowało plan opieki pielęgniarskiej. Pozostała grupa badanych nie była zaangażowana w ten etap pracy pielęgniarki (ryc. 15.). Aż 46% z badanej grupy pacjentów nie była uaktywniana w etapie realizacji planu opieki, była jedynie biernym odbiorcą świadczonej przez pielęgniarkę opieki. Tylko niewielu respondentów (23%) odpowiedziało, że oczywiście pielęgniarki inspirowały ich do wspólnych działań (ryc. 16.). Wśród badanych pacjentów 26% podaje, że wspólnie z pielęgniarką ocenia stopień realizacji planu opieki, nie robi tego aż 35% spośród badanych, a 38% respondentów odpowiedziało, że raczej nie uczest-



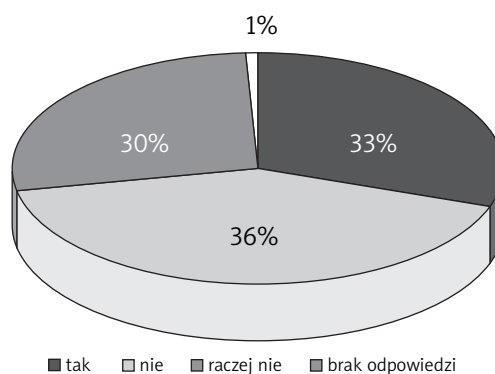
**Ryc. 15.** Motywowanie pacjenta do współdziałania w tworzeniu planu opieki nad nim



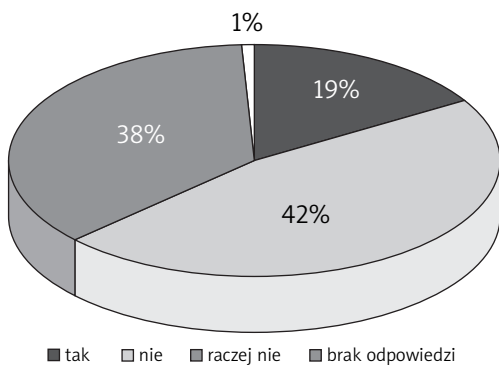
**Ryc. 16.** Współpraca z pacjentem w realizacji planu opieki



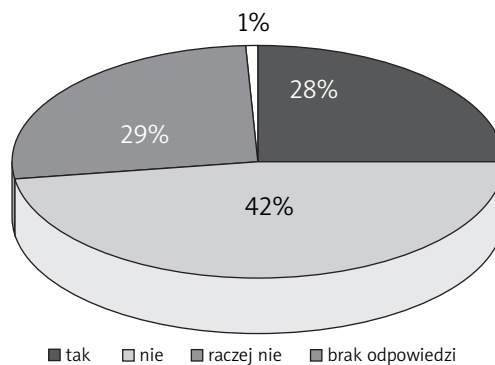
**Ryc. 17.** Ocena realizacji planu opieki pielęgniarskiej



**Ryc. 18.** Zainteresowanie problemami zawodowymi czy rodzinnymi pacjenta w jego ocenie



**Ryc. 19.** Nawiązywanie kontaktu z rodziną podopiecznego i otoczenie jej opieką w ocenie pacjenta



**Ryc. 20.** Przygotowanie rodziny pacjenta do przejścia opieki po wyjściu ze szpitala w ocenie podopiecznego

niczy w tym etapie procesu pielęgnowania (ryc. 17.). Z przeprowadzonych badań wynika, że znikomemu odsetek respondentów (33%) potwierdził zainteresowanie pielęgnowania problemami zawodowymi czy rodzinnymi (ryc. 18.). Tylko 19% z badanej grupy pacjentów wskazało, że pielęgniarka nawiązała kontakt z ich rodziną i objęła ją opieką, a 38% respondentów twierdzi, że raczej nie spotkało się z taką działalnością pielęgniarki, i aż 42% odpowiedziało, że pielęgniarka nie kontaktowała się z jego rodziną (ryc. 19.). Znaczny odsetek pacjentów (42%) stwierdził, iż ich rodzina całkowicie nie była przygotowywana do sprawowania opieki nad nimi po wyjściu ze szpitala,

29% badanych uważało, że rodzina była przygotowana, ale tylko w niewielkim zakresie (ryc. 20.).

W kolejnej części pracy dokonano badania zależności pomiędzy modelem opieki a jakością opieki pielęgniarskiej. Obliczona wartość statystyki  $\chi^2$  wynosi 1,189, natomiast wartość krytyczna dla przyjętego poziomu istotności  $\alpha = 0,05$  i dwóch stopni swobody jest równa 5,991, nie ma więc podstaw do przyjęcia hipotezy alternatywnej mówiącej o zależności badanych cech (tab. 1.).

W badaniu tym uzyskano tylko 80 odpowiedzi (tab. 2.). W opinii pacjentów model opieki ma znaczący wpływ na jej jakość. Analiza danych wykazała zależność statystyczną

**Tabela 1.** Model opieki a jakość opieki pielęgniarskiej w opinii pielęgniarek

Typ modelu	Jakość opieki			Σ
	wysoka	średnia	niska	
partnerski	32	22	1	55
paternalistyczny	19	8	1	28
Σ	51	30	2	83

**Tabela 3.** Proces pielęgnowania a jakość opieki pielęgniarskiej w opinii pielęgniarek

Praca modelem procesu pielęgnowania	Jakość opieki			Σ
	wysoka	średnia	niska	
tak	37	15	2	54
nie	14	15	0	29
Σ	51	30	2	83

( $\chi^2 = 19,34$ , wartość krytyczna dla przyjętego poziomu istotności  $\alpha = 0,05$  i dwóch stopni swobody jest równa 5,991) (tab. 2).

Badanie korelacji pomiędzy procesem pielęgnowania a jakością opieki pielęgniarskiej w opinii pielęgniarek nie wykazało zależności statystycznej ( $\chi^2 = 5,325$ , wartość krytyczna dla przyjętego poziomu istotności  $\alpha = 0,05$  i dwóch stopni swobody jest równa 5,991) (tab. 3.).

Natomiast analiza porównawcza ww. zagadnienia w opinii pacjentów wskazuje na zależność badanych cech ( $\chi^2 = 9,618$ , wartość krytyczna dla przyjętego poziomu istotności  $\alpha = 0,05$  i dwóch stopni swobody jest równa 5,991) (tab. 4.).

## Omówienie

Zapewnienie bezpiecznej opieki zdrowotnej jest dziś jednym z najtrudniejszych problemów, szczególnie w świetle rosnącej mobilności pracowników ochrony zdrowia i pacjentów [6]. Opieka zdrowotna wysokiej jakości nadal jest przedmiotem ostrej krytyki i dyskusji na całym świecie. Mimo że jest ona niezbędna dla zdrowia i bezpieczeństwa chorych, znaczące działania w tym zakresie postępują niepokojuco wolno. Z analizy literatury odnoszącej się do tego zagadnienia wynika, że zbyt mały nacisk kładzie się na programy ich doskonalenia [7].

O jakości w pielęgniarstwie mówi się od początku jego profesjonalnego rozwoju [8]. Jest ona jednym z elementów opieki zdrowotnej, ale nie mniej istotnym od pozostałych. Odnosi się do bezpośrednich relacji między pa-

**Tabela 2.** Model opieki a jakość opieki pielęgniarskiej w opinii pacjenta

Typ modelu	Jakość opieki			Σ
	wysoka	średnia	niska	
partnerski	30	13	1	44
paternalistyczny	9	16	11	36
Σ	39	29	12	80

**Tabela 4.** Proces pielęgnowania a jakość opieki pielęgniarskiej w opinii pacjenta

Proces pielęgnowania	Jakość opieki			Σ
	wysoka	średnia	niska	
tak	10	4	3	17
nie	14	27	26	67
Σ	24	31	29	84

cientem a pielęgniarką [9]. W zależności od przyjętej koncepcji i standardów pielęgnowania bywa ona różnie definiowana. Jakość opieki pielęgniarskiej można określić jako stopień, w jakim ta opieka przyczyniła się do osiągnięcia pożądanego efektów w stanie zdrowia osoby bądź grupy ludzi, zwiększyła ich zdolność do samoopieki lub samopielęgnacji, a ponadto wykazuje zgodność z aktualną profesjonalną wiedzą i przyjętymi standardami [5]. Zapewnienie jej wymaga spełnienia takich samych warunków, jakie stawiane są przed całym systemem ochrony zdrowia. Kryteria, które umożliwiają dokonanie oceny jakości opieki pielęgniarskiej, są pochodną rozwoju podsystemu pielęgniarstwa, jego autonomicznych celów i funkcji, przyjętej filozofii i koncepcji pielęgnowania, oszacowanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, a także systemu prawnego regulującego funkcjonowanie opieki zdrowotnej i pielęgniarstwa. W praktyce odnoszą się nie tylko do realizacji głównych funkcji pielęgniarstwa i wynikających z nich zadań, lecz także do sposobu zorganizowania opieki i osiągniętych rezultatów [10].

Na jakość opieki składa się wiele aspektów i bardzo trudno jest ją ocenić, a jeszcze trudniej zmierzyć. Według opinii wielu autorów do uzyskania obiektywnych wyników wskazane jest postrzeganie jakości zarówno z punktu widzenia osób świadczących usługi pielęgniarskie, jak i ich odbiorców [9, 11–15]. Wprawdzie satysfakcja pacjenta nie może być jedynym wskaźnikiem jakości opieki, to jednak opinię pacjentów należy umieszczać w centrum uwagi [14, 16–20]. W Wielkiej Brytanii do pomiaru jakości opieki pielęgniarskiej najczęściej wykorzystywano dwie skale: Qualpacs oraz Monitor. Jednak w ostatnich latach

metody te są stosowane niezbyt często. Wynika to między innymi z tego, że we współczesnym pielęgniarstwie większy nacisk kładzie się na współpracę pacjentów z personelem i szeroko pojmowane partnerstwo w pracy, co generuje stosowanie narzędzi bardziej elastycznych [14]. Dziś coraz częściej zwraca się uwagę na kompleksowe widzenie pacjenta, co wymusza na pielęgniarkach zmianę modelu pracy.

Preferowaną metodą, zarówno w Polsce, jak i za granicą, jest proces pielęgnowania określany jako koncepcja i naukowa metoda pielęgnowania. Jego celem jest podniesienie poziomu i efektywności pielęgnowania oraz dostosowanie go do współczesnych potrzeb człowieka (rodziny, środowiska) w zakresie utrzymania i umacniania zdrowia oraz jego przywracania [21]. Proces pielęgnowania jest propozycją takiej opieki pielęgniarstwie, która wykorzystuje świadome rozpoznanie stanu biologicznego, psychicznego, społecznego, duchowego oraz kulturowego w celu podejmowania planowych działań mających się przyczynić do utrzymania lub poprawy dotychczasowego stanu zdrowia, a także oceny uzyskanych wyników w stosunku do założonych celów opieki [22]. Taka forma pracy pozwala na zapewnienie ciągłej, zaplanowanej i indywidualnej opieki nad pacjentem, a pielęgniarki daje możliwość samodzielnego działania. Pozwala również na podejmowanie badań naukowych oraz ocenę jakości opieki dzięki dokumentowaniu poszczególnych etapów procesu [23].

Proces zmian we współczesnym pielęgniarstwie doprowadził do modyfikacji zadań i funkcji zawodowych pielęgniarki, zmienił zakres jej odpowiedzialności oraz rolę chorego. Dziś chory postrzegany jest jako pełnoprawny, czynny współuczestnik procesu pielęgnowania, a realizowane czynności pielęgnacyjne są wynikiem wzajemnej współpracy i jedności [24, 25]. Zapisy ustawowe (konstytucja, kodeks karny, ustawa o zawodzie lekarza, ustawa o zawodzie pielęgniarki oraz inne ustawy, które mówią o prawach pacjenta), konwencje i deklaracje międzynarodowe, a także kodeks etyki sugerują lub jednoznacznie nakazują realizację partnerskiego modelu opieki. Model ten do dziś ściera się ze starym modelem paternalistycznym, który w medycynie kojarzy się z dominacją, autorytaryzmem, arbitralnością, manipulowaniem pacjentem, ukrywaniem prawdy, a nawet oszukiwaniem. W dobie tak świadomego podmiotu naszej opieki na pewno należy dążyć, by w relacjach pacjent – lekarz – pielęgniarka było jak najmniej paternalizmu, a jak najwięcej partnerstwa. Działania paternalistyczne, poza przypadkami wyjątkowymi, są bezprawne, nieetyczne oraz świadczą o niedostatku kultury i profesjonalizmu [26]. Paternalizm nieuchronnie odchodzi w przeszłość, stanowi bowiem niedający się usprawiedliwić, poza ściśle określonymi wyjątkami, anachronizm [27]. Kompleksowa opieka, wzmacnianie pozycji pacjentów i upodmiotowienie ich są przewodnikami w tworzeniu wysokiej jakości opieki, gwarantują pozytywne wyniki zarówno dla pielęgniarek, jak i ich pacjentów [28].

Zgodnie z prawem podmiotu opieki do zindywidualizowanego pielęgnowania, pielęgniarka jako osoba merytorycznie i praktycznie przygotowana do tego, powinna taką właśnie opiekę zagwarantować. Leży to w granicach zainteresowania współczesnego pielęgniarstwa i możliwościach zawodowych pielęgniarki. Taka metoda pielęgnowania pozwala na racjonalne rozpoznawanie stanu biopsychospołecznego podmiotu opieki przy uwzględnieniu swoistego dla niego elementu duchowego i kulturowego, planowania pielęgnowania, jego realizowania oraz oceny uzyskanych wyników w stosunku do założonych, indywidualnych celów pielęgnowania konkretnej osoby bądź grupy ludzi.

W literaturze oraz innych pracach badawczych wielokrotnie spotkać można twierdzenia o zależności pomiędzy modelem pracy pielęgniarki a jakością opieki, np. Barbara Jankowiak we wnioskach swojej pracy podaje, że poprawa jakości opieki pielęgniarstwie zależy między innymi od wdrożenia planu pielęgnowania uwzględniającego problemy pacjentów [29]. Podobną zależność odnotowano w pracy Janiny Książek i Doroty Wesołowskiej. Autorki wykazały, na podstawie analizy zgromadzonego materiału badawczego, iż w latach 2002–2005 w badanym szpitalu, w którym pielęgniarki pracują metodą procesu pielęgnowania, poprawiły się pewne grupy kryteriów (przyjęcie chorego na oddział, diagnoza pielęgniarstwie i realizacja planu opieki), które bezpośrednio wiążą się z realizacją opieki pielęgniarstwie i w znacznej mierze decydują o jej jakości [30]. O tym, że wdrożenie procesu pielęgnowania podwyższa skuteczność działań pielęgniarstwie i jakość opieki medycznej, pisze również w swej pracy Maria T. Szewczyk [31].

Z przeprowadzonej własnej analizy statystycznej wynika jednak, że na podstawie opinii pielęgniarek model opieki nie wykazuje zależności w stosunku do jakości wykonywanych usług. Zależność ta została udowodniona natomiast na podstawie opinii pacjentów. Przeprowadzona analiza statystyczna dowodzi, że wg pacjentów praca metodą procesu pielęgnowania oraz partnerski model opieki podnoszą jakość wykonywanych usług pielęgniarstwie. Biorąc pod uwagę poszczególne wyniki badań pielęgniarek nasuwa się wniosek, iż pielęgniarki w badanym szpitalu w większości pracują procesem pielęgnowania, jednak nie do końca stosują wszystkie jego założenia. Jest rzeczą interesującą, że same pielęgniarki swoją pracę oceniają dosyć wysoko. Opinie pacjentów natomiast w konkretnych zależnościach zwykle są nieco niższe. Taka zawyżona samoocena pielęgniarek mogła wpłynąć na wynik korelacji. W obu badaniach bowiem z opinii pielęgniarek nie udało się wykazać zależności pomiędzy modelem pracy a jakością opieki. Nie ulega wątpliwości, iż byłoby bardzo ważne, aby wszystkie założenia procesu pielęgnowania były stosowane na wszystkich oddziałach, ponieważ realizacja tylko niektórych etapów procesu nie wystarczy, by pacjent był usatysfakcjonowany. Książek i wsp. w swojej pracy badawczej wykazali, iż samo pro-



wadzenie karty procesu pielęgnowania przy niewystarczającej wiedzy w zakresie teoretycznych modeli nie ma wpływu na podniesienie jakości opieki pielęgniarskiej [19]. Nieco inne wyniki uzyskano w badaniach przeprowadzonych w Chinach. Autorzy badań nie wykazali różnicy statystycznej pomiędzy pielęgniarkami a pacjentami w postrzeganiu jakości opieki pielęgniarskiej. Wyniki postrzegane przez obie grupy były wysokie. Niemniej jednak zauważono odmienne poglądy na temat jakości opieki pielęgniarskiej w obu badanych grupach i, jak sugerują autorzy, może to wynikać z różnicy w postrzeganiu standardów, sposobów i cech opieki [15].

Na podstawie przeprowadzonych badań można jednak wyciągnąć wnioski, że w opinii pacjentów w przeważającym stopniu stosowany jest model partnerski i wiodącą metodą pracy jest proces pielęgnowania, który jednak, jak wynika z badań wśród pielęgniarek, bardzo często prowadzony jest fragmentarycznie, z pominięciem niektórych założeń procesu. Tezę tę potwierdzają uzyskane wyniki niektórych badań. Tylko 20% badanych pacjentów potwierdziło, że na każdym dyżurze wraz z pielęgniarką rozmawia o swoich problemach. Pomimo stosowania procesu pielęgnowania niewiele pielęgniarek angażuje podopiecznego do aktywnego udziału w formułowaniu planu opieki (25%), realizacji tego planu (23%) czy ocenie realizacji (26%). Za ledwie połowa badanych respondentów odpowiedziała, że pielęgniarka prowadziła edukację i pomagała w zrozumieniu i podjęciu współodpowiedzialności za postępy w leczeniu i osiągnięciu sprawności.

Następnym elementem często pomijanym przez pielęgniarki jest rozpoznanie warunków domowych oraz przygotowanie rodziny i samego pacjenta do przejęcia nad nim opieki po wypisaniu ze szpitala. Tylko 33% pacjentów odpowiedziało, że pielęgniarka wykazała zainteresowanie jego losami po opuszczeniu szpitala, a 19% podało, że rodzina jego została przygotowana przez pielęgniarkę do przejęcia nad nim opieki w domu.

Potwierdza to tezę, że proces pielęgnowania na badanych oddziałach prowadzony jest wycinkowo, ale mimo to na podstawie opinii pacjentów zostało udowodnione, że podnosi on jakość opieki pielęgniarskiej. Jak wynika z badań własnych, aż 77% badanych pielęgniarek ma wykształcenie średnie oraz staż pracy powyżej 15 lat (71%), tak więc edukacja w zakresie metody pracy procesem pielęgnowania w większości rozpoczyna się dopiero na oddziale. Na fakt ten zwracają uwagę inni autorzy, zdaniem których brak edukacji, szkoleń stanowi barierę w zapewnianiu wysokiej jakości opieki pielęgniarskiej [32]. Wraz z postępem technologii i opieki zdrowotnej pacjenci wymagają zindywidualizowanej i zoptymalizowanej opieki, pielęgniarki będą więc musiały być przygotowywane do zmiany starych i wprowadzania nowych modeli opieki czy systemów w codziennej praktyce [33].

Innym powodem pomijania niektórych elementów procesu może być również zbyt mała obsada pielęgniarek. W badaniach za powód niewystarczającej realizacji pra-

cy procesem pielęgnowania pielęgniarki podawały w większości brak czasu, a jak wiadomo, system ten wymaga zabezpieczenia właściwej obsady personelu pielęgniarskiego. Podobne spostrzeżenia wysuwają inni autorzy i badacze. Zwracają oni uwagę na różnorodne elementy bezpośrednio rzutujące na sprawowanie opieki, a mianowicie: obsadę pielęgniarską w danej placówce, umiejętności zawodowe pielęgniarek oraz stopień samodzielności w podejmowaniu decyzji [14, 34–37]. Z badań przeprowadzonych przez Amerykański Instytut Medyczny w 2004 r. wynika, że wiele niepożądanych implikacji może mieć swe źródło w zmniejszonej obsadzie pielęgniarskiej [14, 38]. Według Komisji Europejskiej 8–12% pacjentów przyjętych do szpitala w krajach członkowskich Unii Europejskiej cierpi z powodu zdarzeń niepożądanych, które wynikają z błędów jatrogennych pracowników opieki zdrowotnej. Dlatego też dziś szczególnie nacisk kładzie się na edukację, kwalifikacje i kompetencje. Proces ten ułatwi mobilność pracowników i zapewni wysoką jakość opieki w praktyce. Wysokie standardy kształcenia i kompetencje niewątpliwie wpłyną na dobrą pozycję zawodową pielęgniarki [6].

## Wnioski

1. W opinii pielęgniarek nie stwierdzono zależności statystycznej pomiędzy metodą pracy a jakością opieki pielęgniarskiej.
2. Zdaniem pacjentów jakość opieki pielęgniarskiej jest zależna od modelu pracy pielęgniarki.
3. Wykazano różnicę w postrzeganiu jakości opieki pielęgniarskiej w obu badanych grupach. Samoocena ze strony pielęgniarek była wyższa.
4. Stwierdzono, że proces pielęgnowania jest prowadzony fragmentarycznie, niezgodnie z jego podstawowymi założeniami.

## Piśmiennictwo

1. Zarzycka D, Ślusarska B. Pielęgnowanie-ewolucja pojęć. W: Podstawy pielęgniarstwa. Tom I. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo. Zarzycka D, Zahradniczek K, Ślusarska B (red.). Czelej, Lublin 2008; 2.
2. Sierpińska L. Badanie poziomu satysfakcji pacjenta. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2008; 11: 3.
3. Kamińska M, Ślusarz R, Opozda K. Oczekiwania pacjentów wobec personelu pielęgniarskiego. *Piel Pol* 2001; 68: 323-341.
4. Piątek A. Zarządzanie jakością. W: Zarządzanie w pielęgniarstwie. Podręcznik dla studentów magisterskich wydziałów pielęgniarstwa oraz wydziałów nauk o zdrowiu. Ksykiewicz D (red.). Czelej, Lublin 2005; 5, 60.
5. Piątek A. Wybrane aspekty zapewniania jakości opieki pielęgniarskiej. W: Podstawy pielęgniarstwa. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo. Tom I. Założenia teoretyczne. Ślusarska B, Zarzycka D, Zahradniczek K (red.). Czelej, Lublin 2008; 6, 59, 62, 64.
6. Stievano A, Jurado MG, Rocco G, Sasso L. New information exchange system for nursing professionals to enhance patient safety across Europe. *J Nurs Scholarship* 2009; 4: 391-398.
7. Burhans LM, Alligood MR. Quality nursing care in the words of nurses. *J Adv Nurs* 2010; 8: 1689-1697.
8. Szczepka M. Standaryzacja jakości opieki pielęgniarskiej. *Pielęgniarstwo* 2000 1996; 4: 30-32.

9. Żakowska A, Zera A, Krupienicz A. Jakość opieki pielęgniarskiej w opinii pacjentów po zabiegach urologicznych i ortopedycznych znieczulanych metodą podpajęczynówkową. *Prz Urol* 2009; 3: 39-44.
10. Izumi S. Ethical practice in end-of-life care in Japan. *Nurs Ethics* 2010; 4: 457-468.
11. Gawęł G, Twarduś K, Kin-Dąbrowska J i wsp. Jakość opieki pielęgniarskiej na oddziale kardiologicznym. *Probl Pielęg* 2008; 4: 339-342.
12. Maciąg R. Pomiar i metody badań nad satysfakcją pacjenta. *Służ Zdr* 2001; 9: 17-20.
13. Bednarek M. TQM – kompleksowe zarządzanie jakością. *EiDP* 2002; 7: 8-81.
14. Kowalik G. Czynniki wpływające na jakość opieki pielęgniarskiej. *Stud Med* 2006; 4: 141-148.
15. Zhao SH, Akkadechanunt T, Xue Xiu L. Quality nursing care as perceived by nurses and patients in a Chinese hospital. *J Clin Nurs* 2009; 12: 1722-1728.
16. Gutsyz-Wojnicka A, Dyk D. Adaptacja polskiej wersji The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale. *Probl Pielęg* 2000; 1-3: 134.
17. Department of Health The New NHS: Modern, Dependable. Stationery Office. London 1997.
18. Department of Health A First Class Service. Stationery Office. London 1998.
19. Department of Health The NHS Plan: A Plan for Investment. A Plan for Reform. Stationery Office, London 2000.
20. Kvåle K, Bondevik M. Patients' perceptions of the importance of nurses' knowledge about cancer and its treatment for quality nursing care. *Oncol Nurs Forum* 2010; 4: 436-442.
21. Medyczny Słownik Encyklopedyczny. Oficyna Wydawnicza, Kraków 1993; 47.
22. Górajek-Jóźwik J. Charakterystyka teorii pielęgniarstwa. W: *Filozofia i teoria pielęgniarstwa*. Górajek-Jóźwik J (red.). Czelej, Lublin 2007; 40.
23. Ptaszewska-Żywko L. Założenia procesu pielęgnowania. W: *Diagnozy i interwencje pielęgniarskie*. Podręcznik dla studiów medycznych. Kózka M, Ptaszewska-Żywko L (red.). PZWL, Warszawa 2008; 48, 53.
24. Stępień R, Wiraszka G. Uwarunkowania relacji pacjent – pielęgniarka w onkologii. *Stud Med* 2009; 16: 61-67.
25. Szewczyk M. Współczesne koncepcje opieki pielęgniarskiej. *Przew Lek* 2005; 1: 88-91.
26. Gajewski WT. Z problematyki bioetycznej. Paternalizm czy partnerstwo. *Eskulap świętokrzyski. Pismo świętokrzyskiej izby lekarskiej*. Wyd. Okręgowa Rada Lekarzy w Kielcach, 2005; 11, 12, 16, 39.
27. Wrońska I. Rola społeczno-zawodowa pielęgniarki. Studium z zakresu współczesnego pielęgniarstwa. *CEM* 1997; 10, 34.
28. Spancer Laschinger HK, Gilbert S, Smith LM, Leslie K. Towards a comprehensive theory of nurse/patient empowerment: applying Kanter's empowerment theory to patient care. *J Nurs Manag* 2010; 1: 4-13.
29. Jankowiak B. Poziom satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej jako jeden z elementów jakości opieki zdrowotnej. *Materiały I Podlaskiej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej. Pielęgniarstwo we współczesnej medycynie*. Białystok 2000; 69.
30. Książek J, Wesołowska D. Ewaluacja jakości a ocena dokumentacji procesu pielęgnowania. *Probl Pielęg* 2008; 3: 70.
31. Szewczyk M. Współczesne koncepcje opieki pielęgniarskiej. *Przew Lek* 2005; 1: 71.
32. Gill F, Duffy A. Caring for cancer patients on non-specialist wards. *Br J Nurs* 2010; 12: 761-767.
33. Kalisch BJ, Begeny S. Preparation of nursing students for change and innovation. *West J Nurs Res* 2010; 2: 157-167.
34. Aiken LH. Magnet nursing services recognition program. *Nurs Standard* 2000; 14: 41-46.
35. Aiken LH, Patrician P. Measuring organizational traits of hospitals: the revised nursing work index. *Nurs Res* 2000; 3: 146-153.
36. Aiken LH, Havens D, Sloane DM. Magnet nursing services recognition program. *Nurs Standard* 2000; 14: 41-46.
37. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, et al. Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Aff* 2001; 3: 43-53.
38. Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses. Institute of Medicine of the National Academies. Executive Summary. National Academies Press, Washington 2004.