Subiektywna ocena jakości opieki pielęgniarskiej w aspekcie bólu pooperacyjnego u chorych poddanych interwencji chirurgicznej

Subjective assessment of the quality of nursing care in terms of postoperative pain in patients undergoing surgical intervention

Katarzyna Juszczak[1], Krystyna Jaracz[2], Izabela Kuberka[3]

[1]Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego w Kaliszu
[2]Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
[3]Zakład Chorób Układu Nerwowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2016; 4: 173–176

Praca wpłynęła: 19.08.2016; przyjęto do druku: 10.10.2016

Adres do korespondencji:
Katarzyna Juszczak, Katedra Pielęgniarstwa, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego, ul. Kaszubska 13, 62-800 Kalisz, e-mail: kjuszczak@poczta.onet.eu

Streszczenie

Cel pracy: Celem pracy była ocena jakości opieki pielęgniarskiej w kontekście bólu pooperacyjnego u chorych poddanych interwencji chirurgicznej.

Materiał i metody: Grupę badaną stanowiło 291 pacjentów oddziałów zabiegowych – 162 kobiety (55,7%) i 129 mężczyzn (44,3%) w wieku 18–86 lat (średni wiek 51,7 roku; SD = 15,3). Do badań wykorzystano polską wersję skali Klinicznych wskaźników jakości postępowania z bólem pooperacyjnym (*Strategic and Clinical Quality Indicators in Postoperative Pain Management* – SCQIPP).

Wyniki: Średnia wyniku ogólnego skali SCQIPP w grupie pacjentów wynosiła 56,9 punktu (SD = 0,69) (zakres skali 14–70). Punktacja dla poszczególnych podskal przedstawiała się następująco: Komunikowanie – 12,2 punktu (SD = 2,5), Działanie – 14,1 punktu (SD = 3,8), Zaufanie –17,6 punktu (SD = 2,8) i Środowisko –12,8 punktu (SD = 2,4).

Wnioski: Poziom jakości opieki w kontekście bólu pooperacyjnego był średni. Zidentyfikowano obszary wymagające poprawy jakości opieki w obrębie dwóch podskal: Działanie oraz Komunikowanie. Szczególnie istotne wydaje się podejmowanie działań na rzecz edukacji pacjentów i personelu w zakresie systematycznej, ilościowej oceny bólu pooperacyjnego.

Słowa kluczowe: jakość opieki, ból pooperacyjny, opieka pielęgniarska.

Summary

Aim of the study was an assessment of the quality of nursing care in the context of post-operative pain in patients after surgical intervention

Material and methods: The study group consisted of 291 patients surgical wards – 162 women (55.7%) and 129 men (44.3%) aged 18 to 86 years (mean age 51.7, SD = 15.3). The study used the Polish version of the Strategic and Clinical Quality Indicators in Postoperative Pain Management (SCQIPP).

Results: The average results of the general scale SCQIPP in the group of patients was 56.9 points. (SD = 0.69) (scale range 14–70). Scoring for the individual subscales were as follows: Communicating – 12.2 points (SD = 2.5), Action – 14.1 points (SD = 3.8), Trust – 17.6 points (SD = 2.8) and the Environment – 12.8 points (SD = 2.4).

Conclusions: The level of quality of care in the context of post-operative pain level was high. Identified areas for improvement in the quality of care within two subscales: Action and Communication. It seems especially important to promote measures for greater collaboration between patients and staff, and for systematic, quantitative assessment of the surgery.

Key words: quality of care, post-operative pain, nursing care.

Wstęp

Zadowolenie pacjenta z opieki pielęgniarskiej jest ważnym elementem jakości opieki świadczonej przez pielęgniarki w placówkach ochrony zdrowia. Opieka ta jest jedną z najszerszych dziedzin usług zdrowotnych realizowanych w bezpośrednim kontakcie z pacjentem. Jakość opieki jest wynikiem pracy pielęgniarek i pozostałego personelu medycznego. Może być ona określona z różnych perspektyw.

Z punktu widzenia pacjenta na dobrą opiekę składa się dostęp do usług zdrowotnych, uzyskanie zadowalających informacji o swoim stanie zdrowia czy leczenia, dostęp do edukacji zdrowotnej, koordynacja i ciągłość procesu leczenia, komfort psychiczny, dobre relacje z pracownikami i – co najważniejsze – ogólne zadowolenie z otrzymanej opieki [1–3]. Satysfakcja pacjenta to poziom akceptacji opieki w stosunku do jego oczekiwań i potrzeb [4]. Opinie pacjentów są cennym źródłem informacji na temat usług świadczonych przez pielęgniarki i mogą być podstawą do opracowania programów jej poprawy. Jednym z ważniejszych czynników determinujących ocenę jakości opieki na oddziałach chirurgicznych jest niewątpliwie leczenie bólu pooperacyjnego.

Cel pracy

Celem pracy była ocena jakości opieki pielęgniarskiej w kontekście bólu pooperacyjnego w subiektywnej ocenie chorych poddanych interwencji chirurgicznej.

Materiał i metody

Do badań zakwalifikowano 291 pacjentów hospitalizowanych na oddziałach zabiegowych placówki, w której wdrożone są standardy postępowania przeciwbólowego, wyrażających zgodę na badanie. Badania przeprowadzono w drugiej dobie po zabiegu chirurgicznym.

Do badań wykorzystano polską wersję skali Klinicznych wskaźników jakości postępowania z bólem pooperacyjnym (*Strategic and Clinical Quality Indicators in Postoperative Pain Management* – SCQIPP), składającą się z 14 pozycji pogrupowanych w cztery podskale (Komunikowanie, Zaufanie, Działanie i Środowisko) oraz zawierającą dwa pytania dodatkowe dotyczące najsilniejszego i najmniejszego bólu odczuwanego przez chorych w ostatnich 24 godzinach i ogólnego zadowolenia z opieki.

Osoba badana ustosunkowywała się do każdego z 14 stwierdzeń, posługując się 5-stopniową skalą Likerta, gdzie 1 punkt oznacza *zdecydowanie się nie zgadzam*, a 5 punktów – *zdecydowanie się zgadzam*. Zakres teoretyczny dla wyniku ogólnego skali wynosi 14–70 punktów. Zgodnie z założeniami autorów skali wysokiemu poziomowi jakości opieki odpowiada 4,5 punktu lub więcej w odniesieniu do każdego indywidualnego stwierdzenia. Jeżeli punktacja jest niższa, uważa się, że poziom opieki odbiega od pożądanego i powinien się poprawić. Podobnie przyznanie przez chorych 1 lub 2 punktów w odpowiedzi na każde stwierdzenie umieszcza ich w grupie pacjentów, wobec których jakość opieki powinna ulec poprawie.

Intensywność odczuwanego bólu pooperacyjnego oceniana była w trzech niezależnych pytaniach na 11-stopniowej skali, gdzie 0 punktów oznacza *brak bólu*, a 10 punktów oznacza *bardzo silny ból* [5].

Analizę statystyczną wykonano za pomocą programu Statistica. Do oceny korelacji między zmiennymi wykorzystano współczynnik korelacji *U* Manna-Whitneya oraz współczynnik korelacji rang Spearmana.

Wyniki

Grupę badaną stanowiły 162 kobiety (55,7%) i 129 mężczyzn (44,3%) w wieku 18–86 lat (średni wiek 51,7 roku, SD = 15,3). Byli to pacjenci następujących oddziałów zabiegowych: chirurgii ogólnej i naczyniowej – 128 osób (44%) oraz chirurgii ogólnej i przewodu pokarmowego – 163 osoby (56%).

Najwięcej osób – 74 (25,5%) – poddanych było zabiegowi usunięcia przepukliny, 68 (23,3%) usunięcia pęcherzyka żółciowego, 52 (17,9%) wyrostka robaczkowego, 37 (12,7%) resekcji jelita z wyłonieniem stomii, 32 (11%) resekcji tarczycy. U pozostałych badanych wykonano amputację piersi (6,5%) lub resekcję żołądka (3,1%).

Zabiegi w zdecydowanej większości (74,6%) wykonywane były w znieczuleniu ogólnym, metodą klasyczną (81,4%). Metodę laparoskopową zastosowano w przypadku 54 pacjentów (18,6%) hospitalizowanych z powodu kamicy pęcherzyka żółciowego.

Średnia (SD) dla wyniku ogólnego skali Klinicznych wskaźników jakości postępowania z bólem pooperacyjnym (zakres skali 14–70 punktów) wyniosła 56,9 (9,7). Średnie wyniki dla poszczególnych stwierdzeń wahały się w granicach 2,6–4,5 punktu. Cztery pozycje odpowiadały wysokiemu poziomowi opieki pielęgniarskiej i wynosiły 4,5 punktu. Zadowolenie z zastosowanego sposobu uśmierzania bólu pooperacyjnego w ocenie chorych wynosiło 8,8 (2,0) punktu.

Szczegółowe wyniki dla całości skali i poszczególnych podskal zestawiono w tabelach 1. i 2.

Nie wykazano istotnych statystycznie różnic w ocenie jakości opieki pielęgniarskiej ze względu na wiek (p = 0,06), płeć (p = 0,77), rodzaj zabiegu (p = 0,09) czy rodzaj zastosowanego znieczulenia (p = 0,22). Nie wykazano również istotnych zależności pomiędzy wynikiem ogólnym skali a poczuciem zadowolenia z zastosowanego sposobu zwalczania bólu pooperacyjnego (p = 0,12).

Omówienie wyników

Oceny jakości opieki pielęgniarskiej dokonano w drugiej dobie po operacji, czyli wtedy, kiedy dolegliwości bólowe z reguły są najsilniejsze, na co zwracają uwagę ba-

Tabela 1. Ocena jakości opieki pielęgniarskiej wg skali Klinicznych wskaźników jakości postępowania z bólem pooperacyjnym

Podskale	Średnia	SD
Wynik ogólny (zakres skali 14–70); 63 punkty*	56,9	9,7
Komunikowanie (zakres skali 3–15); 13,5 punktu*	12,2	2,47
1. Przed operacją zostałem poinformowany o sposobie zwalczania bólu, jaki będzie mi zaoferowany po zabiegu	3,3	1,7
11. Kiedy pielęgniarki przychodzą na dyżur, wiedzą wszystko na temat mojego bólu i sposobu, w jaki był zwalczany	4,40	0,90
14. Pielęgniarki i lekarze współpracują w leczeniu mojego bólu	4,5	0,8
Działanie (zakres skali 4–20); 18 punktów*	14,1	3,76
2. Po operacji rozmawiałem z pielęgniarką o tym, jakbym chciał, aby mój ból był zwalczany	3,2	1,7
3. Otrzymałem pomoc w znalezieniu wygodnej pozycji w łóżku, która pozwoliła uniknąć bólu lub zmniejszyła dolegliwości	4,3	1,1
6. Personel pytał mnie, czy nie mam dolegliwości bólowych, gdy zauważał, że byłem niespokojny, głęboko oddychałem, zmieniałem pozycję	4,2	1,2
7. Członkowie personelu prosili mnie o określenie w skali od 1 do 10 poziomu bólu co najmniej raz rano, wieczorem i w południe	2,6	1,6
Zaufanie (zakres skali 4–20); 18 punktów*	17,6	2,77
5. Nawet jeśli nie zawsze prosiłem, to otrzymywałem leki przeciwbólowe	4,3	0,9
8. Pielęgniarki pomagały mi w uśmierzaniu bólu, dopóki nie odczuwałem ulgi	4,3	1,1
12. Pielęgniarki mają wiedzę na temat uśmierzania bólu	4,5	0,8
13. Pielęgniarki wierzyły mi, gdy mówiłem im, że mnie boli	4,5	0,6
Środowisko (zakres skali 3–15); 13,5 punktu*	12,8	2,37
4. Zapewniono mi ciszę i spokój, abym miał spokojny sen	4,5	1,0
9. Miałem miły/przyjazny pokój	4,5	0,8
10. Na dyżurze jest wystarczająca liczba pielęgniarek, aby szybko zareagować na moją prośbę o uśmierzenie bólu	3,8	1,4

** pożądana minimalna wartość*

dacze [6]. W przeprowadzonych badaniach jakość opieki w aspekcie bólu pooperacyjnego była na poziomie średnim i w świetle kryteriów zastosowanej skali w niektórych obszarach wymagałaby poprawy. Podobne wyniki w swoich pracach uzyskali inni badacze [7–9].

W żadnej z podskal nie osiągnięto pożądanego minimalnego wyniku. Najbliższa ocenie zadowalającej była podskala Zaufanie. Uzyskane wyniki wskazują na konieczność poprawy jakości opieki, zwłaszcza w podskali Działanie. Najniższe wartości w tej podskali dotyczyły oceny nasilenia dolegliwości bólowych na skali klinimetrycznej oraz informowania pacjenta o możliwych sposobach leczenia bólu pooperacyjnego, co oznacza, że pielęgniarki nie dokonywały systematycznej oceny bólu po operacji ani nie rozmawiały z pacjentami o możliwościach jego zwalczania. W badaniach prowadzonych przez innych badaczy uzyskano podobne wyniki [7–10]. Poprawa jakości opieki w tych aspektach wydaje się konieczna, aby lepiej kontrolować i leczyć ból po operacji.

W podskali Środowisko respondenci wysoko ocenili warunki szpitalne, które podobnie wysoko zostały ocenione w innych badaniach: Idvall i wsp. [13], Jaracz i wsp. [8] oraz Bączyk i wsp. [9]. Również Wasilewski w odniesieniu do zapewnienia przez szpital odpowiednich warunków hotelowych uzyskał wysokie oceny [12]. W tej podskali badani dostrzegli problem niewystarczającej liczby pielęgniarek na dyżurach, co spowodowało wydłużony czas oczekiwania na otrzymanie środka przeciwbólowego, a tym samym przyczyniło się do odczuwania silniejszych dolegliwości bólowych. Problem niewystarczającej obsady pielęgniarskiej na dyżurach zauważyli też inni badacze [7–11]. Badania przeprowadzone przez Idvall i wsp. [13] nie potwierdziły istnienia wyżej wymienionego problemu w Szwecji.

Tabela 2. Zadowolenie z zastosowanego sposobu uśmierzania bólu pooperacyjnego

	Zakres skali	Średni wynik (SD)
Ból aktualny	0–10	1,9 (1,9)
Ból najsilniejszy	0–10	5,60 (2,4)
Ból najmniejszy	0–10	2,54 (1,47)
Poczucie zadowolenia	0–10	8,8 (2,0)

W podskali Komunikowanie najniżej zostały ocenione aspekty opieki związane z informowaniem pacjenta o możliwych sposobach leczenia bólu po operacji. Na problem niedostatecznego informowania chorych nie tylko o postępowaniu przeciwbólowym, lecz także czekających ich badaniach i zabiegach oraz sposobie przygotowania do nich zwrócili uwagę w swoich badaniach inni autorzy [14, 15]. Według Kuźmicz [14] tylko 28,3% pacjentów było zadowolonych z informacji, które otrzymali od pielęgniarek. Shmidt [16] dostrzegł w swoich badaniach, że pielęgniarki zbyt mało czasu poświęcają na rozmowę z pacjentami, a skupiają się na wykonywaniu czynności instrumentalnych. Może to wynikać z niedostatecznej umiejętności komunikacji z pacjentami, co potwierdziły badania przeprowadzone przez Hussain i wsp [17]. Udzielanie wyczerpujących informacji przed operacją daje pozytywne efekty w leczeniu bólu pooperacyjnego i pozytywnie wpływa na formułowane przez chorych oceny dotyczące zadowolenia z opieki, o czym informują w swoich pracach Sjoling i wsp. [18] i Stomberg i wsp. [19].

Spośród analizowanych czynników (wiek, płeć, wykształcenie, rodzaj zabiegu, rodzaj zastosowanego znieczulenia) mogących wpływać na ocenę jakości opieki pielęgniarskiej w aspekcie bólu pooperacyjnego żaden nie okazał się istotny statystycznie. W obserwacjach Jaracz i wsp. [8] również nie stwierdzono istnienia takich zależności. W badaniach przeprowadzonych przez Jurczak i wsp. [10] wiek okazał się czynnikiem wpływającym na ocenę zadowolenia z postępowania przeciwbólowego. Osoby młodsze wykazywały silniejsze odczuwanie dolegliwości bólowych, a tym samym dokonywały niższej oceny zadowolenia z opieki [10]. Z kolei w badaniach Żakowskiej i wsp. [20] wyższe wykształcenie predysponowało do formułowania wyższych ocen.

Uzyskane wyniki dotyczące nasilenia dolegliwości bólowych po zabiegu chirurgicznym wskazują, że zastosowana terapia przeciwbólowa była skuteczna, co potwierdza również poziom zadowolenia z opieki pielęgniarskiej.

Wnioski

1. Poziom jakości opieki pielęgniarskiej w aspekcie bólu pooperacyjnego został oceniony jako średni.

2. Najlepiej zostały ocenione obszary opieki związane z zaufaniem i warunkami szpitalnymi.

3. Zidentyfikowano obszary wymagające poprawy, do których należą komunikowanie i działanie.

4. Zasadne wydaje się podejmowanie działań na rzecz edukacji pacjentów i personelu w zakresie systematycznej, ilościowej oceny bólu pooperacyjnego.

Autorki deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Czarnecka K, Różański B. Jakość usług a polityka samorządu lokalnego. Służ Zdr 1999; 39-40: 9-10.
2. Maciąg R. Pomiar i metody badań nad satysfakcją pacjenta. Służ Zdr 2001; 17-20: 9.
3. Bednarek M. TQM – kompleksowe zarządzanie jakością. EiDP, Warszawa 2002.
4. Kulczycka K. Przedmiot i kryteria jakości świadczeń zdrowotnych z punktu widzenia pacjenta. W: Ksykiewicz-Dorota A (red.) Podstawy organizacji pracy pielęgniarskiej. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004.
5. Idvall E, Hamrin E, Unasson M. Development of an instrument to measure strategic and clinical quality indicators in postoperative pain management. J Adv Nurs 2002; 37: 532-540.
6. Johansson P, Oleni M, Fridlund B. Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. Scand J Caring Sci 2002; 16: 337-338.
7. Idvall E, Hamrin E, Unasson M. Patient and nurse assessment of quality of care in postoperative pain management. Qual Saf Health Care 2002; 11: 327-334.
8. Jaracz K, Wdowczyk K, Górna K. Ocena jakości opieki w aspekcie bólu pooperacyjnego z zastosowaniem polskiej wersji skali Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym. Pieleg Pol 2005; 1: 9-14.
9. Bączyk G, Ochmańska M, Stępień S. Subiektywna ocena jakości opieki pielęgniarskiej w zakresie bólu pooperacyjnego u chorych leczonych chirurgicznie. Prob Pielęg 2009; 7: 173-177.
10. Jurczak A, Kiryk A, Kotwas A i wsp. Ocena jakości opieki pielęgnacyjnej w zakresie bólu pooperacyjnego. Fam Med Primary Care Rev 2015; 17: 107-110.
11. Jankowiak B. Poziom satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej jako jeden z elementów jakości opieki zdrowotnej. Podlaska Konferencja naukowo-szkoleniowa. Akademia Medyczna, Wydział Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia, Białystok 2000; 273-281.
12. Wasilewski T. Subiektywna ocena wybranych aspektów satysfakcji z pobytu w szpitalu pacjentów oddziałów zabiegowych. Pielęg Chir Angiol 2008; 3: 8-18.
13. Idvall E. Quality of care in postoperative pain management: what is realistic in clinical practice? J Nurs Manag 2004; 12: 162-166.
14. Kuźmicz I. Pomiar i ocena poziomu pielęgnowania w oddziałach internistycznych. Pielęg Pol 2003; 1: 34-39.
15. Laschinger HS, McGillis Hall L, Almost J. A psychometric analysis of the patient satisfaction with nursing care quality questionnaire. J Nurs Care Qual 2005; 20: 220-230.
16. Schmidt LA. Patients perceptions of nursing care in the hospital setting. J Adv Nurs 2003; 44: 393-399.
17. Hussain KM, Rasheed H, Saeed A, et al. Patent satisfaction with nursing care. Raw Med J 2007; 32: 28-30.
18. Sjöling M, Nordahl G, Olofsson N, et al. The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management. Patient Educ Couns 2003; 51: 169-176.
19. Stomberg M, Wickstrom K, Joelsson H, et al. Postoperative pain management on surgical wards – do quality assurance strategies result in long-term effects on staff member attitudes and clinical outcomes? Pain Manag Nurs 2003; 4: 11-22.
20. Żakowska A, Zera A, Krupienicz A. Jakość opieki pielęgniarskiej w opinii pacjentów po zabiegach urologicznych i ortopedycznych znieczulanych metodą podpajęczynówkową. Prz Urol 2009; 10: 55-61.