

Janina Książek<sup>1</sup>, Agnieszka Habel<sup>1, 2</sup>, Katarzyna Turowska<sup>3</sup>, Magdalena Leyk<sup>1, 2</sup>

<sup>1</sup>Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Gdański Uniwersytet Medyczny

<sup>2</sup>Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku

<sup>3</sup>Szpital Miejski im. J. Brudzińskiego w Gdyni

# A naliza samooceny wiedzy pacjentów oraz ich oczekiwań w zakresie przygotowania do planowej operacji

Self-evaluation of patients' expectations and knowledge of preparation for surgery

## STRESZCZENIE

**Wstęp.** Opracowanie optymalnego sposobu informowania i przygotowania pacjentów do planowej interwencji chirurgicznej wymaga oceny poziomu wiedzy i oczekiwań w tym zakresie.

**Cel pracy.** Celem pracy jest analiza samooceny wiedzy pacjentów i ich oczekiwań w zakresie przygotowania do planowej operacji.

**Materiał i metody.** Materiał stanowi 150 pacjentów przygotowywanych do planowanego zabiegu chirurgicznego na oddziale urologii, ortopedii i chirurgii Szpitala Miejskiego w Gdyni w okresie od grudnia 2009 do kwietnia 2010 roku. Zastosowane metody to sondaż diagnostyczny, analiza piśmiennictwa i analiza statystyczna.

**Wyniki i wnioski.** Wyniki badań wskazują, że samoocena wiedzy pacjentów nie jest uzależniona od zmiennych demograficznych, natomiast oczekiwania są zależne od wykształcenia respondentów. Istotne różnice zachodzą pomiędzy oczekiwaniem osób pochodzących ze wsi a zamieszkującymi miasta powyżej 20 tysięcy mieszkańców.

**Problemy Pielęgniarstwa 2012; 20 (2): 171–179**

**Słowa kluczowe:** samoocena, wiedza i oczekiwania pacjentów, planowa operacja

## ABSTRACT

**Introduction.** The elaboration of the optimum method of informing and preparing patients for a scheduled surgery requires an evaluation of their level of knowledge and expectations in this respect.

**Aim of the study.** The purpose of the paper is to examine the self-evaluation of patients' knowledge of their preparation for a scheduled surgery, and the assessment of patients' expectations.

**Material and methods.** The material comprises 150 patients being prepared for a scheduled surgery at the Municipal Hospital in Gdynia Urology, Surgery and Orthopedics Ward from December to April 2010. The methods applied are diagnostic survey, literature analysis and statistical analysis.

**Results and conclusions.** The study findings indicate that the self-evaluation of patients' knowledge does not depend on demographic variables, while the expectations depend on the respondents' education. There are significant differences between the expectations of persons living in the country and those living in towns with over 20 thousand inhabitants.

**Nursing Topics 2012; 20 (2): 171–179**

**Key words:** Self-Evaluation, patients' knowledge and expectations, a scheduled surgery

## Wstęp

Przyjęcie do szpitala oraz planowa operacja to dla każdego pacjenta wielkie przeżycie. Konieczność hospitalizacji może prowadzić do zaburzeń poczucia bezpieczeństwa, ale również szacunku, akceptacji i miłości. Może pojawić się deficyt w zakresie samoopieki

i samorealizacji. Niepokój, lęk, smutek, objawy depresji, złość, a nawet agresja to negatywne emocje, które mogą być reakcją pacjenta na informację o konieczności leczenia chirurgicznego [1, 2].

Każdy pacjent ma oczekiwania odnośnie przygotowania do operacji, opieki okołoperacyjnej i zasad po-

**Adres do korespondencji:** mgr Agnieszka Habel, Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Gdański Uniwersytet Medyczny, ul. Do Studzienki 38, 80–227 Gdańsk, tel.: (58) 349 12 47, e-mail: habelagnieszka@wp.pl

stępowania przeciwbólowego. Chorzy chcą uzyskać informacje na temat swojej choroby, metod leczenia i ewentualnych powikłań. Myśl o operacji wywołuje dyskomfort psychiczny, dlatego też priorytetowymi zadaniami pielęgniarki są: dążenie do zmniejszenia napięcia emocjonalnego poprzez poznanie potrzeb i oczekiwań pacjenta oraz przekazanie mu wiedzy w sposób zrozumiały.

Opracowanie optymalnego sposobu informacji i przygotowania pacjentów do planowej interwencji chirurgicznej wymaga oceny poziomu wiedzy oraz oczekiwań w tym zakresie. Niewystarczająca informacja, niezgodna z potrzebami pacjenta czekającego na operację, może zwiększać strach i zaburzać poczucie bezpieczeństwa. Ważna zatem jest przedoperacyjna rozmowa z pacjentem, która ma na celu wyjaśnienie wszelkich niezrozumiałości dla niego kwestii [3–8].

### Cel pracy

Celem pracy jest analiza samooceny wiedzy pacjentów i ich oczekiwań w zakresie przygotowania do planowej operacji.

### Materiał i metody

Badanie przeprowadzono wśród losowo wybranych osób zgłaszających się do Planowej Izby Przyjęć Szpitala Miejskiego w Gdyni w celu planowego leczenia operacyjnego w okresie od grudnia 2009 roku do kwietnia 2010 roku. Grupa badawcza liczyła 150 osób i podzielono ją na 3 podgrupy. Kryterium podziału stanowił oddział, na którym miał być wykonany zabieg. Pierwszą grupę tworzyli pacjenci zakwalifikowani do operacji na oddziale chirurgii, drugą — osoby oczekujące na zabieg na oddziale urologicznym, trzecią — chorzy, którzy mieli być operowani z powodu schorzenia ortopedycznego.

W celu przeprowadzenia badań zastosowano metodę sondażu diagnostycznego i analizę piśmiennictwa. Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji. Analizy danych jakościowych dokonano za pomocą analizy  $\chi^2$ . Siłę istotności różnic za pomocą testów Q-Kendalla i C-Pearsona. Do weryfikacji hipotezy statystycznej o równości wariancji wykorzystano test t-Studenta.

### Wyniki

Badana grupa osób liczyła 150 osób — 72 mężczyzn (42%) i 77 (52%) kobiet zakwalifikowanych do planowej operacji. Analiza danych pokazuje, że średnia wieku respondentów wynosiła 52,5 lat, przy odchyleniu standardowym 19,09 (tab. 1).

W grupie ankietowanych chorych większość, bo 41 (56%) kobiet i 33 (44%) mężczyzn, to respondenci z wykształceniem średnim (tab. 2).

**Tabela 1.** Średnia wieku respondentów w grupach badawczych

**Table 1.** The average age of respondents in the study groups

Oddział	Ortopedia	Chirurgia	Urologia	Razem
Średnia arytmetyczna	47,30	54,16	56,22	52,42
Odchylenie standardowe	20,23	14,69	20,80	19,09

Uwzględniając miejsce zamieszkania respondentów, najliczniejszą grupę tworzyły osoby pochodzące z miast zamieszkałych przez więcej niż 20 tysięcy mieszkańców — 65 kobiet (51%) i 64 (49%) mężczyzn. Najmniejsza grupa respondentów, tylko 4 kobiety (67%) zgłaszające się na ortopedię i 2 kobiety (33%) oczekujące na operację na chirurgii, to osoby pochodzące ze wsi. Dla 48 osób badanych (34% całej populacji), w tym dla 18 (38%) wybierających tę odpowiedź kobiet i 30 (38%) mężczyzn, była to pierwsza w życiu planowa operacja. Natomiast 95 respondentów było wcześniej poddanych interwencji chirurgicznej.

Do planowej operacji należy przygotować się pod względem psychicznym i fizycznym. Respondentów zapytano, jak oceniają swoją wiedzę w tym zakresie (tab. 3).

Z przeprowadzonych badań wynika, że 77 ankietowanych (53%) uznało swoją wiedzę za dobrą. Uważało tak 40 mężczyzn (52%) i 37 kobiet (48%). W badanej grupie były też osoby, które uważały, że ich wiedza na temat przygotowania do operacji jest bardzo dobra, stanowiły one 15% całej populacji.

Niebezpiecznym powikłaniem każdej interwencji chirurgicznej może być zakażenie miejsca operowanego. Istnieje wiele czynników podwyższających ryzyko wystąpienia tego powikłania. Poproszono pacjentów o wyrażenie opinii, w jakim stopniu niektóre czynniki mogą być odpowiedzialne za gojenie miejsca operowanego (tab. 4).

Większość pacjentów — 80 osób, co stanowi 67% badanej grupy, uważa, że istnieje związek pomiędzy paleniem tytoniu a przebiegiem procesu gojenia miejsca operowanego. Grupa osób, która nie znała odpowiedzi na to pytanie to 11 kobiet i 12 mężczyzn, co stanowi 17% wszystkich osób odpowiadających na to pytanie. Wyniki te wskazują na potrzebę doinformowania pacjentów, jaki wpływ na przebieg okresu okołoperacyjnego może mieć palenie tytoniu.

Prawidłowe przygotowanie do operacji polega między innymi na kąpieli całego ciała mydłem bakterio-bójczym. Zapytano pacjentów, czy stan higieniczny skó-

**Tabela 2.** Wykształcenie respondentów a płeć**Table 2.** Education of respondents and sex

Wykształcenie	Podstawowe		Zawodowe		Średnie		Wyższe		Razem											
	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M										
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%										
Ogółem	6	75	2	25	10	42	14	58	41	56	33	44	20	47	23	53	77	52	72	48

**Tabela 3.** Deklaracja pacjentów odnośnie poziomu wiedzy w zakresie przygotowania do planowej operacji a płeć**Table 3.** Declaration of patients regarding the level of knowledge in preparation for elective surgery and sex

Odpowiedzi	Dobra		Bardzo dobra		Dostateczna		Nie mam zdania		Razem											
	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M										
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%										
Ogółem	37	48	40	52	21	62	13	38	5	39	8	62	9	45	11	55	72	50	72	50

ry może mieć związek z przebiegiem procesu gojenia miejsca operowanego. Dla większości badanych stan higieniczny skóry ma wpływ na proces gojenia miejsca operowanego. Odpowiedzi „zdecydowanie tak” udzieliło 57 osób (46%). Odpowiedzi „raczej tak” wybrało ogółem 57 osób (46%). Odpowiedź „nie wiem” wybrało 9% badanej populacji. Wiedza pacjentów odnośnie wpływu stanu higienicznego skóry na gojenie była dobra.

Pacjenci mieli możliwość wypowiedzenia się, czy odstęp czasowy pomiędzy ogoleniem miejsca operowanego a operacją może decydować o właściwym gojeniu miejsca operowanego.

Można zauważyć, że spośród 5 wariantów odpowiedzi najczęściej, bo 43 razy (40%), wybierano odpowiedź „nie wiem”. Udział procentowy kobiet (21%) i mężczyzn (19%) był zbliżony. Wyniki sugerują, że pacjenci powinni otrzymywać więcej informacji w tym zakresie. Pacjent oczekujący na operację powinien otrzymać wskazówki, w jaki sposób należy się przygotować do pobytu na oddziale. Respondentów zapytano, do kogo najchętniej zwróciliby się po takie informacje (tab. 5).

Z materiału badawczego wynika, że 85 (57%) ankietowanych zwróciłyby się po takie informacje do pielęgniarki, przeważały w tej grupie kobiety (58%). Lekarza, jako osobę udzielającą wskazówek odnośnie przygotowania do operacji, wybrało 43% osób, przy czym w tej grupie przeważali mężczyźni (59%).

W tabeli 6 przedstawiono oczekiwania respondentów co do formy, w jakiej chcieliby otrzymać niezbędne informacje.

Analizując powyższe dane, stwierdzono, że pacjenci raczej preferowali formę pisemną i ustną, chociaż nie była to znaczna przewaga. Wybrało ten wariant 23 (41%) kobiety i 33 (59%) mężczyzn, co stanowiło 38% całej przebadanej populacji. Odsetek osób wybierających „formę pisemną” wynosił 27%, natomiast „formę ustną” — 35%.

W celu poznania oczekiwań pacjentów zadano im pytanie, czy uważają za korzystne tworzenie wzorem Wielkiej Brytanii specjalnych oddziałów, na których przygotowuje się pacjentów w sposób kompleksowy do planowej operacji na kilka tygodni przed wyznaczonym terminem (tab. 7).

Odpowiedzi udzieliły 142 osoby. Za niekorzystne uważały takie rozwiązanie 4 kobiety (36%) i 7 mężczyzn (64%), a za korzystne 15 (45%) kobiet i 19 (55%) mężczyzn. W tej kwestii nie miało zdania 48 osób, co stanowiło 34% całej populacji.

Kolejne pytanie dotyczyło opinii, czy gdyby w Polsce istniały takie oddziały, pacjenci zdecydowałiby się na hospitalizację i taki sposób przygotowywania do planowego zabiegu (tab. 8).

Na 118 osób udzielających odpowiedzi na to pytanie 2 (22%) kobiety i 7 (78%) mężczyzn nie skorzystałyby z takiej możliwości, 30 osób nie miało zdania na ten temat, co stanowiło 25% wszystkich udzielających odpowiedzi. Na taką formę przygotowania do operacji zgodziłoby się 29% ankietowanych.

W niniejszej pracy analizowano wpływ czynników demograficznych na poziom wiedzy ankietowanych w zakresie przygotowania do planowej operacji.

**Tabela 4.** Opinie pacjentów na temat czynników odpowiedzialnych za gojenie miejsca operowanego  
**Table 4.** Patients opinions about the factors responsible for the healing of surgical site

Odpowiedzi	Palenie tytoniu		N = 121/100%		Stan higieniczny skóry		N = 126/100%		Odstęp czasu pomiędzy ogoleniem miejsca operowanego a operacją		N = 107/100%	
	K	M	N	%	K	M	N	%	K	M	N	%
Nie wiem	11	8	12	9	4	4	6	5	22	21	21	19
Raczej nie	6	5	9	7	1	1	0	0	4	4	11	11
Raczej tak	15	13	22	18	30	24	27	22	11	11	14	14
Zdecydowanie nie	3	3	0	0	-	-	-	-	3	3	2	2
Zdecydowanie tak	27	22	16	14	31	25	26	21	14	13	5	5
Ogółem	121				125				107			

Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie w poszczególnych grupach — zarówno mężczyzn, jak i kobiet — a deklarowanym poziomem wiedzy w zakresie przygotowania do planowej interwencji chirurgicznej ( $p = 0,4086$ ) (ryc. 1).

Kolejnej analizie poddano wiek i deklarowany poziom wiedzy pacjentów (ryc. 2).

W badaniu nie stwierdzono zależności istotnej statystycznie pomiędzy wiekiem ankietowanych a ich poziomem wiedzy w kwestii przygotowania do planowej operacji ( $p = 0,1238$ ).

Powyższa analiza wykazała brak statystycznej istotności różnic pomiędzy badanymi cechami ( $p = 0,8790$ ). Poziom wiedzy pacjentów nie zależy od poziomu ich wykształcenia (ryc. 3).

Kolejnym czynnikiem demograficznym, który poddano analizie było miejsce zamieszkania respondentów (ryc. 4).

W analizie statystycznej nie stwierdzono zależności istotnej statystycznie pomiędzy miejscem zamieszkania a poziomem wiedzy pacjentów ( $p = 0,6039$ ).

W niniejszej pracy starano się uzyskać odpowiedź na pytanie, czy zmienne demograficzne różnicują oczekiwania pacjentów w zakresie przygotowania do planowej operacji. W pierwszej kolejności dokonano analizy wieku respondentów i ich oczekiwań (tab. 9).

W przedstawionej analizie przy współczynniku istotności  $\alpha = 0,05$  nie wykazano statystycznie istotnych różnic pomiędzy zmiennymi ( $p = 0,2733$ ). Oczekiwania pacjentów nie są więc zależne od wieku. Następnie analizie poddano wykształcenie pacjentów i ich oczekiwania (tab. 10).

Powyższa analiza przy współczynniku istotności  $\alpha = 0,05$  wykazała występowanie statystycznie istotnych różnic pomiędzy zmiennymi ( $p = 0,0048$ ). Wykształcenie różnicuje oczekiwania pacjentów w zakresie przygotowania do planowej operacji. Osoby z wykształceniem wyższym mają oczekiwania większe.

Analizując oczekiwania pacjentów, wzięto pod uwagę także miejsce zamieszkania (tab. 11).

Przedstawiona analiza przy współczynniku istotności  $\alpha = 0,05$  wykazała występowanie statystycznie istotnych różnic pomiędzy zmiennymi ( $p = 0,0268$ ). Bardziej szczegółowa analiza *post-hoc* wykazała, że statystyczna istotność różnic w oczekiwaniach zachodzi pomiędzy ankietowanymi zamieszkującymi miasto powyżej 20 tys. a mieszkańcami wsi — oczekiwania tych osób są większe.

### Dyskusja

Przedstawione wyniki dały odpowiedź na pytanie, jakie są oczekiwania pacjentów i jaka jest ich wiedza na temat właściwego przygotowania do planowej interwencji chirurgicznej. Pacjenci powinni otrzymać wskazówki dotyczące sposobu przygotowania się do

**Tabela 5.** Deklaracje pacjentów odnośnie osoby, do której zwróciliby się z prośbą o informacje na temat przygotowania do operacji**Table 5.** Declarations of patient in relation to the person to which they would turn with the request for information about the preparation for surgery

Odpowiedzi	Lekarz				Pielęgniarka				Razem			
	K		M		K		M		K		M	
Oddział	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Chirurgia	9	14	12	19	17	20	11	13	26	18	23	15
Ortopedia	11	17	7	11	20	24	12	14	31	21	19	13
Urologia	6	10	18	29	12	14	13	15	18	12	31	21
Ogółem	26	41	37	59	49	58	36	42	75	51	73	49

**Tabela 6.** Oczekiwania pacjentów odnośnie formy przekazania informacji dotyczących przygotowania do operacji**Table 6.** Expectations of patients in relation to the form of providing concerning information on preparations for Surgery

Odpowiedzi	Forma pisemna		Forma pisemna i ustna		Forma ustna		Razem									
	K	M	K	M	K	M	K	M								
Oddział	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%						
Chirurgia	8	20	5	12	10	18	11	20	7	13	7	13	25	17	23	16
Ortopedia	10	26	3	8	10	18	10	18	10	19	6	12	30	20	19	13
Urologia	3	8	10	26	3	5	12	21	13	26	9	17	19	13	31	21
Ogółem	21	54	18	46	23	41	33	59	30	58	22	42	74	50	73	50

pobytu w szpitalu. Z własnego materiału badawczego wynika, że większość respondentów o informacje na temat istoty operacji najchętniej zwróciliby się do pielęgniarki. Podobne wyniki przedstawili w swojej pracy Niechwiadowicz-Czapki i Klimczyk [2, 9]. Potwierdzają to także wyniki badań przeprowadzonych przez Ślusarza w Bydgoszczy, gdzie większość badanych pacjentów neurochirurgicznych i ich rodzin oczekiwało, aby personel pielęgniarski udzielał informacji odnośnie stanu zdrowia i opieki pielęgniarskiej [10]. Inne stanowisko w tej kwestii przedstawia Mianowana. W jej pracy zdecydowana większość ankietowanych uważała, że informacji powinien udzielić lekarz. Inne źródła wiedzy, wśród nich pielęgniarki, środki masowego przekazu i znajomi, stanowiły wartość tylko dla nielicznej grupy osób. Okazało się, że zapotrzebowanie na wiedzę w tej grupie było odwrotnie proporcjonalne do wykształcenia i spadało wraz z wiekiem [11]. Badania prowadzone przez pielęgniarki są cennym źródłem informacji,

czego mogą oczekiwać pacjenci. Szybkie uświadomienie mogących wystąpić dolegliwości bólowych, sprawnego załatwienia formalności związanych z przyjęciem na oddział to kolejne rzeczy, których pacjenci oczekują [12, 13]. Według Łuczyńskiej w przypadku planowej operacji pacjenci chcieliby wiedzieć, jak należy zachowywać się w okresie okołoperacyjnym oraz na czym będą polegać zabiegi leczniczo-pielęgnacyjne. Osoby operowane w trybie nagłym potrzebują, zdaniem autorki, informacji odnośnie regulaminu oddziału i przysługujących im praw. Informacje przekazywane przez lekarzy bywają dla nich niewystarczające, dlatego też oczekują uzupełnienia ich przez pielęgniarki. Deficyt wiedzy dotyczy głównie metody i celu operacji [14].

Według badań przeprowadzonych przez Szewczyk i Jawień pacjenci oczekują edukacji w zakresie przygotowania do badań diagnostycznych, celu oraz sposobu zachowania się w trakcie i po ich zakończeniu [15]. Potrzebę edukacji wykazały także wyniki badań prze-

**Tabela 7.** Odpowiedzi pacjentów na pytanie, czy korzystne jest tworzenie specjalnych oddziałów przygotowujących chorych kompleksowo do planowej operacji na kilka tygodni przed wyznaczonym terminem

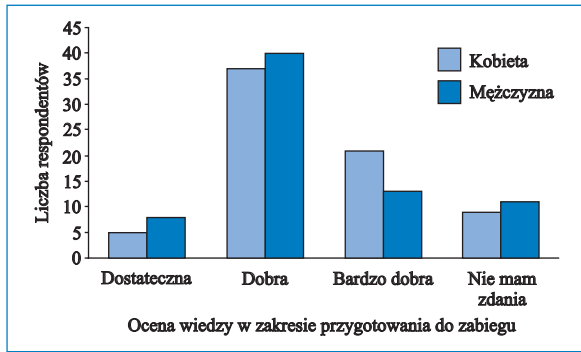
**Table 7.** Patients opinions on the question whether it is advantageous to create a model of special branches of UK patients with comprehensive preparation for elective surgery in a few weeks ahead of schedule

Odpowiedzi	Zdecydowanie nie			Raczej nie			Nie mam zdania			Raczej tak			Zdecydowanie tak			Razem								
	K	M	%	K	M	%	K	M	%	K	M	%	K	M	%	K	M	%						
Ogółem	4	36	7	64	11	50	11	50	27	56	21	44	14	52	13	48	15	45	19	55	71	49	71	51

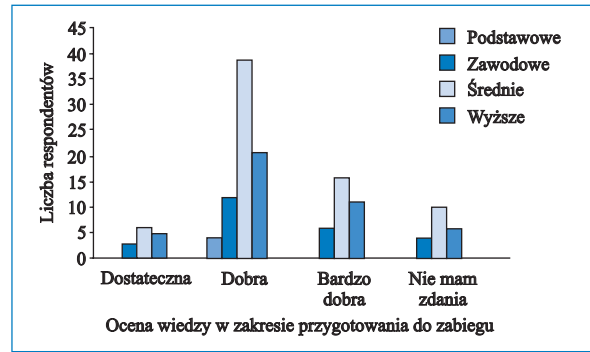
**Tabela 8.** Deklaracje pacjentów odnośnie chęci hospitalizacji na oddziale przygotowującym chorych kompleksowo do planowej operacji

**Table 8.** Declarations of patients in relation to desire for the hospitalization on the branch preparing comprehensively for the planned surgery

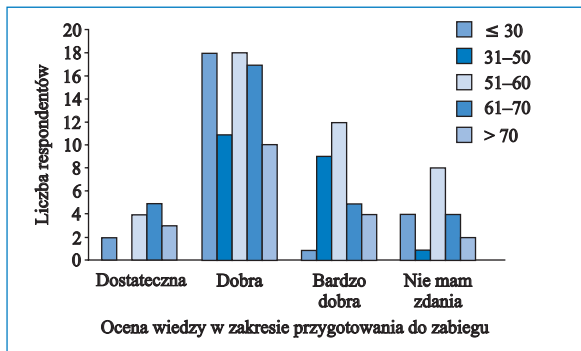
Odpowiedzi	Zdecydowanie nie			Raczej nie			Nie mam zdania			Raczej tak			Zdecydowanie tak			Razem								
	K	M	%	K	M	%	K	M	%	K	M	%	K	M	%	K	M	%						
Ogółem	2	22	7	78	13	62	8	38	17	56	13	44	8	34	16	66	19	55	15	45	59	49	59	51



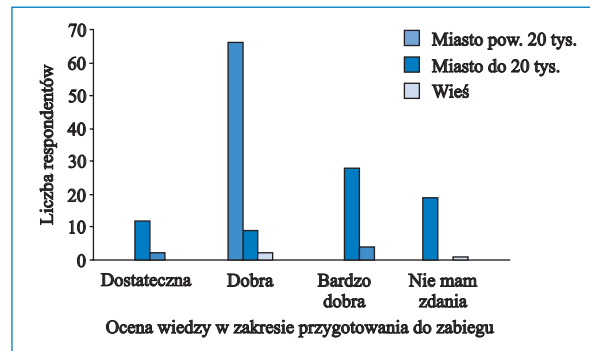
Rycina 1. Płeć a deklarowany przez pacjentów poziom wiedzy  
Figure 1. Sex and declared by the patients level of knowledge



Rycina 3. Wykształcenie a deklarowany poziom wiedzy  
Figure 3. Education, and the declared level of knowledge



Rycina 2. Wiek a deklarowany przez pacjentów poziom wiedzy  
Figure 2. Age, as declared by the patients level of knowledge



Rycina 4. Miejsce zamieszkania a deklarowany poziom wiedzy  
Figure 4. Place of residence, and the declared level of knowledge

Tabela 9. Wiek a oczekiwania pacjentów w zakresie przygotowania do operacji  
Table 9. Age, and the expectations of patients

Wiek	M = 8,6364	M = 10,095	M = 10,840	M = 8,7273	M = 8,3182
51–60 lat		0,789155	0,366461	0,999990	0,999128
31–50 lat	0,789155		0,985574	0,851247	0,751638
≤ 30 lat	0,366461	0,985574		0,471005	0,387238
61–70 lat	0,999990	0,851247	0,471005		0,998096
> 70 lat	0,999128	0,751638	0,387238	0,998096	

przeznaczonych przez autorów, które ukazują deficyty wiedzy na temat groźących po operacji powikłań.

Wyniki badań Pawlun i wsp. pokazały, że zbyt duża porcja informacji powoduje wzrost niepokoju. Wiedzę pacjentów poddanych omawianemu badaniu determinował wiek, miejsce zamieszkania i wykształcenie. Wiedza na temat planowej operacji u osób starszych była

większa niż u osób młodych, niższa u mieszkańców małych miast i osób z niższym wykształceniem [16].

Badania przeprowadzone w Finlandii w populacji 237 pacjentów chirurgii, urologii, chirurgii klatki piersiowej pokazały z kolei, że wiedza zależała od wieku, płci i wykształcenia. Więcej informacji potrzebowali pacjenci młodzi, kobiety i osoby z wyższym wykształceniem [17].

**Tabela 10.** Wykształcenie a oczekiwania pacjentów w zakresie przygotowania do operacji**Table 10.** Education, and the expectations of patients

Wykształcenie	M = 9,5676	M = 10,326	M = 7,9600	M = 4,1250
Średnie		0,842734	0,468074	0,012211
Wyższe	0,842734		0,202308	0,004341
Zawodowe	0,468074	0,202308		0,199404
Podstawowe	0,012211	0,004341	0,199404	

**Tabela 11.** Miejsce zamieszkania a oczekiwania pacjentów w zakresie przygotowania do operacji**Table 11.** Place of residence, and the expectations of patients

Miejsce zamieszkania	M = 9,5891	M = 8,3333	M = 4,3333
Miasto > 20 tys.		0,605780	0,024637
Miasto ≤ 20 tys.	0,605780		0,198841
Wieś	0,024637	0,198841	

We własnym materiale badawczym wyniki przedstawiają się nieco inaczej. Przeprowadzone analizy wykazały brak statystycznie istotnej różnicy pomiędzy wiedzą a zmiennymi demograficznymi. Aby zweryfikować wiedzę pacjentów w zakresie przygotowania do planowej interwencji chirurgicznej, zadano im w kwestionariuszu ankiety kilka pytań odnośnie czynników mogących mieć wpływ na proces gojenia się. Wybierane przez nich często warianty odpowiedzi: „nie mam zdania”, „raczej nie”, zamiast „zdecydowanie tak”, świadczą o potrzebie doinformowania i wydaje się być ona wyższa u mężczyzn. U większości osób biorących udział w badaniu wiedza na temat wpływu palenia tytoniu na przebieg operacji i występowania ewentualnych powikłań była dość dobra. Zdaniem autorów obszar ten wymaga mimo wszystko edukacji ze względu na dużą szkodliwość tego nałogu. Odpowiedzi udzielane przez respondentów wskazują, że lepszą wiedzą wykazały się kobiety.

Jane Jackson konsultant pielęgniarstwa w Birmingham w Anglii prowadzi badania nad poprawą jakości obsługi pacjentów w okresie przedoperacyjnym w ramach projektu „Zaufaj”. Od 1993 roku działa tam klinika przygotowująca pacjentów do planowej operacji. Pacjenci są hospitalizowani w klinice na kilka tygodni przed terminem zabiegu w celu kompleksowego przy-

gotowania do leczenia chirurgicznego. Osoby zgłaszające się na zabieg dzięki profesjonalnemu przygotowaniu psychicznemu i fizycznemu są bardziej świadome, co będzie się działo w okresie okołoperacyjnym, w związku z tym czują się bezpieczniejsze [18]. Osoby ankietowane nie były szczególnie zainteresowane takim rozwiązaniem. Tylko 34 osoby stwierdziły, że jest to korzystne rozwiązanie dla pacjenta, z tego połowę stanowili mężczyźni.

Pacjenci określili także swoje stanowisko co do formy informowania o zasadach przygotowania do operacji. Odpowiedzi rozłożyły się dość równomiernie. Nieco częściej jednak wybierano połączenie dwóch form przekazu informacji — pisemnej i ustnej. Zdaniem autorów wydaje się to być słuszny wybór zważywszy na stan podenerwowania i utrudnionego w związku z tym przyswajania wiedzy jaki towarzyszy pacjentom w Izbie Przyjęć. Opracowując informator dla pacjentów o sposobie przygotowania do operacji, należy uwzględnić, co wynika z przeprowadzonych analiz statystycznych, ich miejsce zamieszkania i wykształcenie, jak również płeć na co wskazała z kolei obserwacja autorów. Autorzy pracy wskazują, że zmiennymi różnicującymi oczekiwania pacjentów są wykształcenie i miejsce zamieszkania respondentów. Po opracowaniu i przekazaniu pacjentom broszury wydaje się być wskazane przeprowadzenie po pewnym czasie ponownych badań wiedzy, oczekiwań i satysfakcji w celu oceny jej wartości merytorycznej i przydatności, być może konieczny będzie wówczas inny dobór zmiennych.

W niniejszym badaniu nie wykazano istotnych statystycznie różnic w poziomie wiedzy i oczekiwań pacjentów przygotowanych do operacji na oddziale chirurgii, urologii i ortopedii w Szpitalu Miejskim w Gdyni. Przeprowadzone analizy mogą być cennym materiałem do dyskusji oraz opracowania informatora dla pacjentów zawierającego informacje na temat przygotowania do zabiegów operacyjnych, skonstruowanego w oparciu o ich oczekiwania i potrzeby.



## Wnioski

1. Oczekiwania pacjentów odnośnie przygotowania do planowej operacji zależą od ich wykształcenia i miejsca zamieszkania.
2. Zmienne demograficzne nie różnicują deklarowanego przez pacjentów poziomu wiedzy na temat przygotowania do planowej operacji.
3. Pacjenci oczekują informacji o właściwym przygotowaniu do planowego zabiegu operacyjnego w połączeniu dwóch form — ustnej i pisemnej.

## Piśmiennictwo

1. Baum E. Terapia sztuką. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2001; 1:21–23.
2. Klimczyk A., Niechwiadowicz-Czapka T. Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa chirurgicznego. Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2008; 7–8, 36–37.
3. Kapała W. Pielęgniarstwo w chirurgii. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2006; 64–69, 22–23, 25–29, 31–35, 17–20.
4. Walewska E. Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego. Warszawa: Wydawnictwo PZWL 2006; 107–117.
5. Mijała J., Kapała W. Edukacja i wsparcie pacjentów hospitalizowanych na przykładzie oddziałów chirurgicznych. *Piel. Pol.* 2002; 2 (14): 262–269.
6. Kapała W., Chudziński S. i wsp. Oczekiwania pacjentów hospitalizowanych na oddziałach zabiegowych wobec personelu pielęgniarskiego. *Piel. Chir. i Ang.* 2008; 1: 12–18.
7. Wachowicz M., Muraczyńska B. Czynniki warunkujące poczucie bezpieczeństwa pacjentów przygotowywanych do zabiegu operacyjnego. Wybrane zagadnienia z chirurgii. Warszawa: International School of Managers 2001; 1999: 457–460, 114.
8. Andruszkiewicz A., Idczak H. i wsp. Subiektywna ocena opieki pielęgniarskiej, a poziom lęku i depresji u pacjentów chirurgicznych. *Piel. Pol.* 2005; 1: 46–48.
9. Jasionek E. Środowisko terapeutyczne — funkcje i znaczenie dla chorego na oddziale szpitalnym. *Piel. i Pol.* 1997; 8: 4–5.
10. Ślusarz R., Pawlas A. i wsp. Oczekiwania pacjentów i ich rodzin wobec pielęgniarki neurochirurgicznej. *Piel. Pol.* 2003; 2 (16): 143–147.
11. Mianowana V. Oczekiwania pacjenta, a efekty edukacji zdrowotnej. *Piel. i Pol.* 2002; 2: 4–7.
12. Skokowska B. Wsparcie informacyjne u chorych leczonych chirurgicznie z powodu nadczynności tarczycy. *Piel. Pol.* 2004; 1 (17)–2(18): 70–72.
13. Król B., Talarska B. Oczekiwania pacjentów wobec personelu pielęgniarskiego w momencie przyjęcia do szpitala. Materiały Konferencyjne Poznań 7–8 maja 1999: 197–201.
14. Łuczyńska V. i wsp. Oczekiwania pacjentów na informację wobec personelu pielęgniarskiego. *Zdr. Publ.* 2003; 113 (3/4): 258–263.
15. Szewczyk M., Jawień A. Oczekiwania chorych leczonych operacyjnie w zakresie edukacji i wychowania zdrowotnego a stopień realizacji opieki. *Przegl. Lek.* 2005; 62; 9: 877–880.
16. Pawlun M., Dzieciuchowicz Ł. i wsp. Wiedza chorych o planowanym leczeniu operacyjnym. *Pol. Przegl. Chir.* 2006; 78 (9): 1000–1113.
17. Rankinen S. *International Journal for Quality in Health Care* 2007; 19 (2): 113–119.
18. Kubicki L. *Prawo w medycynie*. Wrocław: Wydawnictwo Urban i Partner 2003.