

## Jerzy Krukowski<sup>1</sup>, Aleksandra Gaworska-Krzemińska<sup>2</sup>, Mikołaj Majkowicz<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Fundacja Palium w Chojnicach

<sup>2</sup>Zakład Zarządzania w Pielęgniarstwie, Wydział Nauk o Zdrowiu, Gdański Uniwersytet Medyczny

<sup>3</sup>Katedra Psychologii i Zakład Badań nad Jakością Życia, Wydział Nauk o Zdrowiu, Gdański Uniwersytet Medyczny

# Ocena związku pomiędzy jakością opieki pielęgniarstwie a satysfakcją pacjenta w schyłkowej fazie choroby

Estimation connection between quality of nursing care and patient's satisfaction in the final stage of disease

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** Opieka paliatywna jest szczególną dziedziną medycyny. Polega na leczeniu objawowym pacjentów w terminalnej fazie ich choroby. Jej podstawowym zadaniem jest dbanie o możliwie najwyższą jakość życia pacjentów. Zapewnienie komfortu życia chorych w schyłkowym okresie choroby jest naczelną zasadą opieki paliatywnej i moralnym obowiązkiem każdego członka zespołu terapeutycznego.

**Cel pracy.** Celem autorów pracy była ocena związku między jakością opieki pielęgniarstwie a satysfakcją pacjenta w terminalnej fazie choroby.

**Materiał i metody.** Badanie jakości opieki pielęgniarstwie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, wykorzystano techniki obserwacji, wywiadu, analizy dokumentów oraz ankiety. Narzędzia badawcze stanowiły arkusz oceny opracowany przez Krukowskiego na podstawie kwestionariusza Lenartowicz oraz kwestionariusz ankiety do oceny poziomu satysfakcji pacjenta autorstwa Majkowicza i de Walden-Gałuszko, zmodyfikowany przez autorów pracy.

Badaniami objęto 60 pacjentów przebywających w dwóch hospicjach stacjonarnych od maja 2010 roku do stycznia 2011 roku.

**Wyniki i wnioski.** Na podstawie otrzymanych wyników sformułowano następujące wnioski: 1. Satysfakcja pacjentów w stanie terminalnym zależy od jakości opieki pielęgniarstwie. Im wyższy poziom jakości tej opieki, tym wyższy poziom satysfakcji pacjentów. 2. Na satysfakcję pacjentów w stanie terminalnym ma wpływ czas objęcia ich opieką paliatywną. Satysfakcja pacjentów w jednostkach opieki paliatywnej, gdzie świadczy się opiekę na wysokim poziomie, zwiększa się w miarę upływu czasu. 3. Ujednolicenie terminologii oraz wprowadzenie klasyfikacji świadczeń do codziennej praktyki pielęgniarstwie zwiększy poziom jakości tej opieki.

**Problemy Pielęgniarstwa 2011; 19 (3): 282–287**

**Słowa kluczowe:** jakość opieki, satysfakcja pacjenta, hospicjum, opieka paliatywna, pielęgniarka

### ABSTRACT

**Introduction.** The peculiar medicine domain is palliative care, which consists in symptomatic treatment of patients being in the final stage of their disease. The main task of this attention is to take care of the best possible quality of patient's life. Providing comfort of life for ill people in declining period of their illness is the primal principle of palliative care and moral duty of each therapeutical team member.

**Aim of the study.** The aim of this dissertation was estimation connection between quality of nursing care and patient's satisfaction in the final stage of disease.

**Material and methods.** Research about quality of nursing care was carried out by method of diagnostic poll, there were used observation, interview, documents analyses techniques and inquiry. The sheet of estimation wrought by Krukowski on the basis of Lenartowicz questionnaire and questionnaire of inquiry to estimate of patient's satisfaction level wrought by Majkowicz and de Walden-Gałuszko and modified by authors were the research tools.

There were surveyed 60 patient who were in two stationery hospices in the period May 2010–January 2011.

**Adres do korespondencji:** mgr Jerzy Krukowski, Podlesie 17, 89–600 Chojnice, tel.: 667 319 590, faks: (52) 396 09 24, e-mail: jrkrkowski@gmail.com

**Results and conclusions.** There are received conclusions on the basis of conducted researches: 1. Satisfaction of the patients in the final stage of the disease depends on the quality of nursing care the higher level of care quality, the higher level of patient's satisfaction. 2. The period of ranged patients palliative care has impact on patient's satisfaction in the final stage of their disease. The satisfaction of the patients being in the palliative care units, where care is on high level, is higher during the passing time. 3. Terminology unification and implementation classification for everyday nursing practice services will increase the level of this care.

**Nursing Topics 2011; 19 (3): 282–287**

**Key words:** quality of care, patient's satisfaction, hospice, palliative care, nurse

## Wstęp

Pielęgniarki jako część zespołu terapeutycznego opiekującego się pacjentem nieuleczalnie chorym pełnią szczególną rolę, która polega między innymi na otoczeniu opieką pacjenta, jego rodzinę oraz najbliższych w trudnym dla nich okresie życia.

Model pielęgnowania partnerskiego, w którym pacjent jest podmiotem opieki, powinien stanowić codzienność w praktyce zawodowej pielęgniarek. Z tego powodu niezbędna jest wiedza dotycząca oczekiwań samego pacjenta, jak i jego najbliższych co do sprawowanej opieki. Takiej wiedzy dostarczają badania dotyczące jakości opieki pielęgniarskiej i satysfakcji pacjenta. Warto też uzyskać odpowiedź na pytanie, czy obie te zmienne zależą od siebie.

Zadaniem kontroli jakości jest dostarczenie informacji na temat, czy kryteria struktury, procesu i wyniku są zgodne z ustalonymi normami.

Troska pielęgniarek o zapewnienie właściwej jakości swoich świadczeń wynika również z funkcji naukowo-badawczej pielęgniarstwa. Polega ona między innymi na przeprowadzaniu badań oraz wykorzystywaniu ich wyników na potrzeby pielęgniarstwa.

Nowoczesne podejście do jakości często określane bywa jako *total quality management* (TQM). W piśmiennictwie polskim występują określenia: globalne, całościowe, kompleksowe czy totalne zarządzanie jakością [1]. Kompleksowe zarządzanie jakością oznacza systematyczne oraz całościowe podejście do zarządzania jakością, ukierunkowane na klienta, który stanowi centralny element każdej organizacji [2]. Oznacza to, że wszystkie działania są zorientowane na klienta [3]. Kompleksowe zarządzanie jakością wymaga zaangażowania kierownictwa i wszystkich pracowników na rzecz jakości. Zarządzający organizacją — menedżer — powinien stać się przywódcą [1].

Kolejnym elementem TQM jest kultura organizacji. Według Griffina kultura organizacji to zestaw wartości, przekonań, zachowań, obyczajów i postaw pozwalający członkom organizacji odpowiedzieć na pytanie, za czym organizacja się opowiada, jak działa i co uznaje za ważne [4]. Natomiast misja organizacji to deklaracja ukazująca podstawowy jej cel, to swoiste *credo* organizacji [5].

Ogromne znaczenie dla jakości w systemie TQM ma zaangażowana, profesjonalna kadra, która pracując

zespołowo, ma możliwości i wolę komunikowania się ze sobą oraz wykorzystuje metody i narzędzia zarządzania jakością [6].

Satysfakcja pacjenta oznacza stopień akceptowania przez chorego opieki w stosunku do jego oczekiwań i potrzeb. Jest to ocena emocjonalna i subiektywna, na którą mają wpływ osobiste oczekiwania i wartości, ale też wcześniejsze doświadczenia pacjenta [7]. Nie ma zaś decydującego wpływu wiedza medyczna pacjenta. Oczekuje on od pracowników ochrony zdrowia nie tylko rzetelnie wykonywanych świadczeń medycznych, ale i serdecznego traktowania, poszanowania własnej godności, pomocy w cierpieniu i zapewnieniu właściwych warunków otoczenia. Z tego powodu można uznać, że każdy pacjent ustala własne kryteria jakości świadczeń medycznych [8].

Według wskazówek Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia z Krakowa, aby prawidłowo przeprowadzić badania satysfakcji, należy stosować trafne i rzetelne narzędzia, zapewnić anonimowość badań oraz prawidłową komunikację między osobami oceniającymi, aby wykluczyć różnice w przeprowadzanych procedurach. Należy również pytać o ocenę osoby niezwiązane z procesem leczenia i pielęgnowania w celu wyeliminowania fałszywie pozytywnych opinii, które mogą się pojawiać w wyniku obawy przed konsekwencjami ze strony personelu [9]. Opieka paliatywna wymaga utrzymania partnerskich stosunków pomiędzy pacjentem, jego rodziną a opiekującym się nimi zespołem, gdyż stanowi to podstawę do zapewnienia jak najlepszej opieki.

Ocena satysfakcji w medycynie paliatywnej, podobnie jak w innych dziedzinach medycyny, stwarza duże trudności. Najważniejszym problemem w badaniu satysfakcji pacjenta w terminalnej fazie choroby jest uzyskanie wiarygodnych informacji od bardzo ciężko chorych i ich opiekunów.

Pielęgniarka może i powinna, samodzielnie albo jako członek zespołu, podejmować badania nad jakością życia pacjentów [10]. Jest to podyktowane funkcją naukowo-badawczą, która stanowi jedną z funkcji zawodowych pielęgniarek [11].

## Cel pracy

Celem autorów pracy była ocena związku między jakością opieki pielęgniarskiej a satysfakcją pacjenta w terminalnej fazie choroby.

## Materiał i metody

Badania przeprowadzono na 30-osobowych grupach pacjentów w dwóch hospicjach stacjonarnych: w Hospicjum Zwiastowania Najświętszej Maryi Panny w Chojnicach oraz w Hospicjum Stacjonarnym im. Jerzego Bigdy w Człuchowie. Na realizację badań otrzymano zgodę dyrekcji obu jednostek. Badania przeprowadzono od maja 2010 roku do stycznia 2011 roku.

W celu zbadania jakości opieki pielęgniarskiej zastosowano metodę sondażu diagnostycznego oraz metodę analizy i krytyki piśmiennictwa. Wykorzystano techniki badawcze typu: wywiad, obserwacja, analiza dokumentacji oraz ankieta. Jakość opieki pielęgniarskiej badano narzędziem, które opracowano na podstawie arkusza BOHIPSZO autorstwa Lenartowicz, od której otrzymano zgodę na wykorzystanie narzędzia. Skrót nazwy arkusza pochodzi od pierwszych liter ośmiu standardów uznanych przez autorkę za najważniejsze w pielęgnowaniu: bezpieczeństwo chorego, ochrona przed zakażeniami, hotelowe usługi wraz z zaspokojeniem potrzeb egzystencjalnych, informowanie, podmiotowość, samopielęgnacja, zabiegi leczniczo-pielęgnacyjne, organizowanie i dokumentowanie opieki pielęgniarskiej. Opracowanie arkusza oceny pracy polegało na wyodrębnieniu z oryginalnego arkusza kryteriów struktury, procesu oraz wyniku. Ocenę poziomu jakości opieki można wyrazić jako współczynnik pielęgnowania zgodnie ze wzorem:

$$Wp = \frac{t}{t + n} \times 100\%$$

gdzie: Wp oznacza współczynnik pielęgnowania, t — sumę wartości punktowej odpowiedzi „tak”, n — sumę wartości punktowej odpowiedzi „nie”. Otrzymany w ten sposób wynik przedstawia wartość poziomu jakości opieki pielęgniarskiej wyrażonej w wartości procentowej, która im jest wyższa, tym lepsza.

W badaniach dotyczących satysfakcji pacjenta w stanie terminalnym wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Posłużono się techniką ankietową. Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz ankiety przygotowany na podstawie arkusza opracowanego przez Majkovicza i de Walden-Gałuszko oraz arkusza autorstwa Lenartowicz. Na modyfikację tych arkuszy w celu wykorzystania do badania satysfakcji pacjenta w stanie terminalnym otrzymano zgodę autorów.

Arkusz oceny obejmował pytania, które dotyczyły różnych wymiarów. Podzielić je można na 3 sfery składające się na ocenę satysfakcji pacjenta: organizacja opieki, warunki bytowe oraz satysfakcja pacjenta. Odpowiedzi na większość z pytań były punktowane w zakresie od 1 do 5. Odpowiedzi punktowane w zakresie od 1 do 4 zawierały wariant „nie interesuje mnie to”,

którego wartość punktowa wynosiła 2,5 — średnia wartość punktowa możliwa do uzyskania.

W celu uproszczenia interpretacji i analizy wyników wyliczono wskaźnik procentowy według poniższego wzoru:

$$Wp = \frac{S - \text{MinSK}}{\text{MaxSK} - \text{MinSK}} \times 100\%$$

gdzie: Wp oznacza wskaźnik procentowy wyniku transformowanego, S — uzyskany wynik surowy (suma punktów w skali), MinSk — minimalny wynik w skali (możliwy do uzyskania), MaxSk — maksymalny wynik w skali (możliwy do uzyskania).

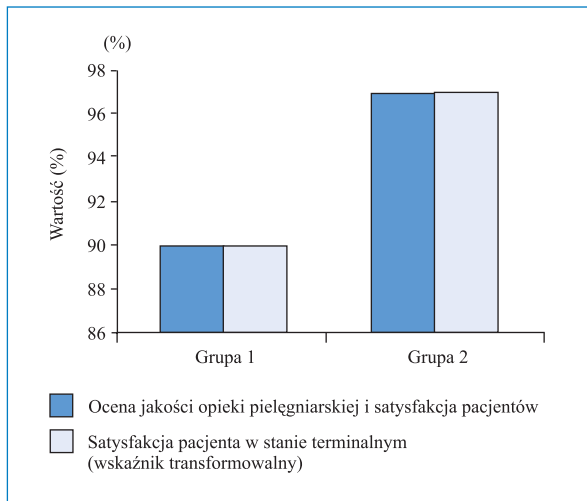
Do obliczeń związanych z zależnością związku pomiędzy zmiennymi wykorzystano test *U* Manna-Whitneya, dla którego przyjęto hipotezy: zerową  $H_0$  — rozkłady dwóch populacji są identyczne oraz alternatywną  $H_1$  — rozkłady dwóch populacji nie są identyczne. W teście dwustronnym odrzucono hipotezę zerową, jeżeli wartość ta nie zawierała się w przedziale  $\pm 1,96$  [12].

Badania przeprowadzono w sposób zapewniający pacjentom anonimowość. Pacjenci otrzymywali arkusz oceny w kopercie zwrotnej (z adresem i znacznikiem pocztowym). Po wypełnieniu kwestionariusza pacjenci mogli go oddać na dwa sposoby. W przypadku wypełniania arkusza w domu, po wypisie z hospicjum, chorzy odsyłali kopertę z arkuszem drogą pocztową. Pacjenci wypełniający arkusz w czasie pobytu w hospicjum wrzucali koperty z arkuszem do wcześniej przygotowanej, zamkniętej skrzynki. Informowano ich, że skrzynka zostanie opróżniona dopiero po zakończeniu badań w celu zapewnienia anonimowości pacjentom.

## Wyniki

W badaniach oceniano jakość opieki pielęgniarskiej poprzez ocenę poszczególnych elementów oraz satysfakcji pacjentów z opieki. Wyniki przedstawiono na rycinie 1, z której wynika, że poziom jakości opieki pielęgniarskiej w obu grupach był wysoki: od 90,11% do 97,20% (na możliwych 100%); poziom satysfakcji pacjentów od 90,17% do 97,22% (na możliwych 100%). Najważniejszym problemem badawczym było wykazanie, czy wraz ze wzrostem wartości współczynnika pielęgnacji — jakości opieki pielęgniarskiej — wzrasta satysfakcja pacjenta w stanie terminalnym.

Weryfikacji dokonano na podstawie wartości poszczególnych parametrów dla testu *U* Manna-Whitneya. Zależność została potwierdzona — wartość statystyki testowej o rozkładzie normalnym zawiera się w przedziale  $\pm 1,96$ . W związku z tym należy przyjąć, że satysfakcja ma bezpośredni związek z jakością opieki pielęgniarskiej pacjentów w stanie terminalnym. Związek ten przedstawił na rycinie 2.



Rycina 1. Jakość opieki i satysfakcja pacjentów

Figure 1. Quality of care and patients' satisfaction

## Dyskusja

Pacjenci nieuleczalnie chorzy objęci opieką paliatywną oraz ich bliscy mają prawo do wysokiej jakości życia.

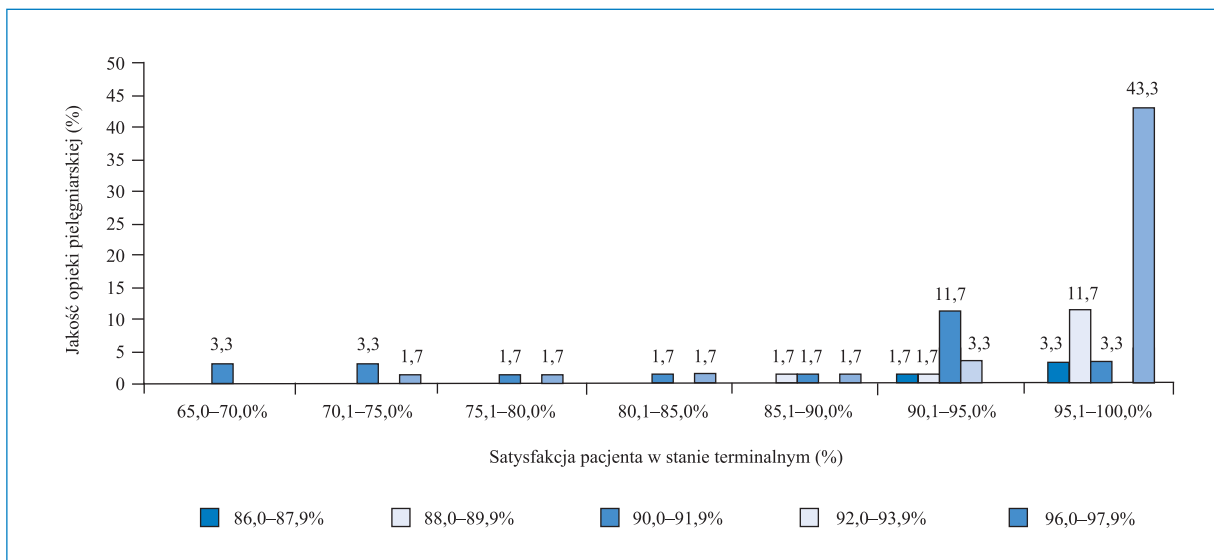
Z badań przeprowadzonych w ramach międzynarodowego projektu *Reflecting the positive diversities of European priorities for research and measurement in end-of-life care* (PRISMA), w którym wzięło udział 9 tysięcy osób z siedmiu krajów, wynika, że 71% badanych z Anglii, Holandii, Niemiec i Belgii wybrałoby podnie-

szenie jakości życia wobec 4% wskazujących raczej na wydłużenie życia i 25% przekonanych, że zarówno jakość, jak i długość życia są istotne. Natomiast na pytanie, co stanowi dla nich największy problem, pacjenci odpowiedzieli, że „odczuwanie bólu” jest najgorsze, a zaraz po nim „bycie ciężarem dla innych”.

Profesor Kaasa z Norwegii (partner PRISMA), odnosząc się do uzyskanych wyników projektu, stwierdził, że aktualnie niezwykle ważne jest, aby wszyscy pracujący z pacjentami dotkniętymi chorobami zagrażającymi życiu, takimi jak zaawansowane choroby nowotworowe, czuli odpowiedzialność za ocenę wyników swojej pracy w zestawieniu z tym, co ma znaczenie dla pacjentów, by wiedzieli, czy podążają właściwą ścieżką w zapewnianiu opieki o odpowiedniej jakości [13].

Badania dotyczące jakości opieki pielęgniarstwa nad osobami w terminalnej fazie choroby są jeszcze w fazie rozwoju. Wciąż mała liczba tego typu badań nie wynika z niechęci pielęgniarek do poddawania ocenie swojej pracy. Przyczyną takiego stanu są raczej praktyczne i etyczne trudności w przeprowadzaniu tego typu badań. Mimo że te badania są trudne do przeprowadzenia, pozwalają na ocenę jakości opieki i jej poprawę [14] oraz wymagają od badacza działań strategicznych [15].

Badania przeprowadzone na potrzeby niniejszej pracy pozwoliły na ocenę jakości opieki pielęgniarstwa w dwóch placówkach opieki paliatywnej. Wyniki wskazują na wysoki poziom świadczeń pielęgniarstwa w obu hospicjach. Wskaźnik pielęgnowania wyniósł odpowiednio 90,11% i 97,20% przy maksymalnym wyniku 100%.



Rycina 2. Zależność satysfakcji pacjenta od jakości opieki pielęgniarstwa

Figure 2. Dependence patients' satisfaction of quality of nursing care

Zbliżone wyniki uzyskali również inni badacze. Gaworska [16] podaje wskaźniki pielęgnowania otrzymane w badaniach przeprowadzonych w pięciu hospicjach stacjonarnych znajdujących się w północnej części Polski. Wskaźniki te kształtowały się w zakresie od 74,70% do 97,06%. Krukowski i wsp. [17] podają wskaźnik jakości opieki pielęgniarskiej otrzymany na podstawie badań przeprowadzonych w hospicjum stacjonarnym w Chojnicach. Wskaźnik ten ukształtował się na poziomie 91,05%.

Realizowanie świadczeń pielęgniarskich na odpowiednio wysokim poziomie zapewniają standardy, czyli wzorce praktyki pielęgniarskiej. Międzynarodowa Rada Pielęgniarek zaleca, aby standardy stanowiły punkt odniesienia w planowaniu, wprowadzaniu oraz ocenie jakości usług pielęgniarskich. Nieodzownym elementem każdego standardu są kryteria struktury, procesu i wyniku [18].

Wykorzystane w opisanych badaniach narzędzie do pomiaru jakości opieki pielęgniarskiej Lenartowicz, zmodyfikowane za zgodą autorki, pozwala na ocenę jakości usług pielęgniarskich w ramach wymienionych trzech kryteriów, z których składają się standardy opieki pielęgniarskiej. W przypadku deficytu realizowanej opieki pielęgniarskiej zastosowanie tego narzędzia dostarcza informacji, w zakresie których kryteriów opieka pielęgniarska świadczona jest na niskim poziomie. Ułatwia to prowadzenie działań na rzecz poprawy jakości opieki pielęgniarskiej.

Oceniając poziom jakości opieki pielęgniarskiej w obu hospicjach, otrzymano wyniki, które wskazują, że najwyższy poziom opieki pielęgniarskiej świadczony był w zakresie kryteriów struktury, natomiast najniższy w zakresie kryteriów procesu.

Zastosowane narzędzie umożliwia ocenę jakości opieki pielęgniarskiej w zakresie ośmiu standardów, uznawanych za najważniejsze w pielęgnowaniu: bezpieczeństwa chorego, ochrony przed zakażeniami, hotelowych usług wraz z zaspokojeniem potrzeb egzystencjalnych, informowania, podmiotowości, samopielęgnacji, zabiegów leczniczo-pielęgnacyjnych oraz organizowania i dokumentowania opieki pielęgniarskiej.

Wyniki uzyskane podczas oceny jakości opieki pielęgniarskiej w obu hospicjach wskazują, że najwyższy poziom opieki pielęgniarskiej dotyczył: ochrony przed zakażeniami oraz hotelowych usług wraz z zaspokojeniem potrzeb egzystencjalnych. Najniższy poziom opieki odnotowano w zakresie bezpieczeństwa chorego oraz organizowania i dokumentowania opieki pielęgniarskiej.

Z większości opracowań polskich i zagranicznych autorów wynika, że najniższy poziom opieki pielęgniarskiej dotyczy dokumentowania tej opieki. Na przykład Krukowski na podstawie badań przeprowadzonych narzędziem BOHIPSZO w hospicjum stacjonarnym w Chojnicach podaje, że najniższy poziom jakości uzyskano w standardzie organizowania i dokumentowania opieki pielęgniarskiej [17]. Na podstawie badań do-

tyczących jakości życia chorych na raka płuca, przeprowadzonych w Gdańsku i w Bydgoszczy, Książek podaje wynik oceny jakości pielęgnowania z zakresu dokumentowania opieki pielęgniarskiej na poziomie od 68,9% do 70,2% [19]. Setz i D'Innocenzo [20] na podstawie przeprowadzonych badań dotyczących oceny jakości dokumentacji pielęgniarskiej prowadzonej w szpitalu uniwersyteckim w São Paulo podają, że w 8,7% przypadków dokumentacja była prowadzona w sposób „dobry”, w 64,7% jakość prowadzonej dokumentacji oceniono jako „do przyjęcia”, a w 26,7% — jako „słabą”.

Według pielęgniarek pracujących w hospicjach objętych badaniami stosunkowo niski poziom jakości prowadzonej przez nie dokumentacji jest spowodowany zbyt wielką różnorodnością stosowanej terminologii, brakiem ujednoliconej klasyfikacji działalności pielęgniarskiej oraz brakiem ujednoliconych formularzy dokumentów. Nie ma również możliwości zastosowania oprogramowania komputerowego, które ułatwiłoby prowadzenie tej dokumentacji. To wszystko powoduje, że rzetelne prowadzenie dokumentacji, w ocenie pielęgniarek, pochłania zbyt dużo czasu i dlatego często jest marginalizowane.

Według niektórych autorów ujednolicenie terminologii działalności pielęgniarskiej pozwoliłoby na obiektywną ocenę oraz na podniesienie jakości dokumentacji prowadzonej przez pielęgniarki [21].

Narzędzie do badania satysfakcji pacjentów w stanie terminalnym składało się z kryteriów podzielonych na 3 grupy: organizacja opieki, warunki bytowe oraz satysfakcja. Oceniając satysfakcję pacjenta w stanie terminalnym w obu hospicjach, otrzymano wyniki, które wskazują, że najwyższy poziom satysfakcji pacjenta odnotowano w kryteriach związanych z satysfakcją. Uśredniony wskaźnik procentowy w tej grupie kryteriów wyniósł 96,30%. Najniższy poziom satysfakcji pacjentów dotyczył kryteriów dotyczących organizacji opieki — uśredniony wskaźnik procentowy wyniósł 93,48% zaś uśredniony wskaźnik procentowy kryteriów dotyczących warunków bytowych — 93,67%.

Z przeprowadzonych w Polsce i w Grecji badań dotyczących satysfakcji pacjentów leczonych w szpitalu wynika, że im dłużej trwa hospitalizacja pacjentów, tym bardziej obniża się ich poziom satysfakcji [22]. Natomiast w jednostkach opieki paliatywnej satysfakcja pacjentów jest tym wyższa, im dłużej pacjenci są otoczeni opieką, im dłużej przebywają w hospicjum. W hospicjum, w którym średni czas pobytu pacjenta był dłuższy, odnotowano wyższy poziom jakości opieki pielęgniarskiej oraz wyższy poziom satysfakcji pacjenta w stanie terminalnym. W placówce, w której średni pobyt pacjenta był krótszy, uzyskano niższy poziom opieki pielęgniarskiej i niższy poziom satysfakcji pacjenta. O podobnych wynikach informuje Gaworska w swojej pracy dotyczącej między innymi jakości opieki pielę-

gniarskiej świadczonej w instytucjach opieki paliatywnej. Autorka podaje, że „im dłuższy czas pobytu pacjenta w terminalnej fazie choroby w warunkach wysokiego poziomu hospicyjnej opieki pielęgniarskiej, tym jego jakość życia w obszarze fizycznym i psychicznym jest lepsza” [16].

Na podstawie analizy uzyskanych wyników stwierdzono, że w każdej z badanych placówek wskaźnik procentowy jakości opieki pielęgniarskiej był bardzo zbliżony do wskaźnika procentowego satysfakcji pacjenta w stanie terminalnym. Wartości te wynosiły odpowiednio 90,11% i 90,17% oraz 97,20% i 97,22%.

Do oceny związku między jakością opieki pielęgniarskiej a satysfakcją pacjenta w stanie terminalnym wykorzystano test U Manna-Whitneya, który jest testem równości rozkładów dwóch populacji. Dzięki niemu stwierdzono, że satysfakcja ma bezpośredni związek z jakością opieki pielęgniarskiej pacjentów w stanie terminalnym.

Przedstawione badania oraz zmodyfikowane narzędzie do oceny jakości opieki pielęgniarskiej w stacjonarnej opiece paliatywnej mogą przyczynić się do rozwoju działań związanych z oceną jakości pielęgnowania, co niewątpliwie będzie sprzyjało zwiększaniu satysfakcji pacjentów w stanie terminalnym.

## Wnioski

1. Poziom opieki pielęgniarskiej świadczonej pacjentom w jednostkach opieki paliatywnej zazwyczaj jest wysoki, w badaniach własnych utrzymywał się w zakresie 90,11–97,20% (na możliwych 100%).
2. Poziom satysfakcji pacjentów w stanie terminalnym kształtował się w zakresie 90,17–97,22%.
3. Satysfakcja pacjentów w stanie terminalnym zależy od jakości opieki pielęgniarskiej. Im wyższy poziom jakości tej opieki, tym wyższy poziom satysfakcji pacjentów.
4. Na satysfakcję pacjentów w stanie terminalnym wpływa czas objęcia ich opieką paliatywną. Satysfakcja pacjentów w jednostkach opieki paliatywnej, gdzie świadczy się opiekę na wysokim poziomie, zwiększa się w miarę upływu czasu.
5. Ujednolicenie terminologii oraz wprowadzenie klasyfikacji świadczeń do codziennej praktyki pielęgniarskiej zwiększą poziom jakości tej opieki.

## Piśmiennictwo

1. Lenartowicz H. Współczesne podejście do jakości. W: Lenartowicz H. Zarządzanie jakością w pielęgniarstwie. Materiały dydaktyczne specjalizacji organizacja i zarządzanie. CEM, Warszawa 1998: 17–34.
2. Hamrol A., Mantura W. Wprowadzenie do zarządzania jakością. W: Hamrol A., Mantura W. Zarządzanie jakością. Teoria i praktyka. PWN, Warszawa–Poznań 1998: 90–119.

3. Hamrol A. Koncepcje i zasady zarządzania jakością. W: Hamrol A. Zarządzanie jakością z przykładami. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008: 53–135.
4. Griffin R. Otoczenie kulturowe i wielokulturowe. W: Griffin R. Podstawy zarządzania organizacjami. PWN, Warszawa 2007: 176–208.
5. Griffin R. Podstawowe elementy planowania i podejmowania decyzji. W: Griffin R. Podstawy zarządzania organizacjami. PWN, Warszawa 2007: 209–242.
6. Griffin R. Kompleksowe zarządzanie jakością w organizacjach. W: Griffin R. Podstawy zarządzania organizacjami. PWN, Warszawa 2007: 687–720.
7. Gaweł G., Twarduś K., Kin-Dąbrowska J., Pyć L. Jakość opieki pielęgniarskiej na oddziale kardiologicznym. *Probl. Pielęg.* 2008; 16: 339–342.
8. Palczewska A. Jakość usług medycznych w opiece paliatywnej. *Probl. Pielęg.* 2008; 16: 186–191.
9. Trzebiatowska I. Satysfakcja jako element oceny jakości opieki. W: de Walden-Gałuszko K., Majkiewicz M. Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce. Akademia Medyczna, Zakład Medycyny Paliatywnej, Gdańsk 2000: 16–20.
10. Jabłońska I., Drabik U. Charakterystyka aspektów jakości życia pacjentów z rakiem odbyticy. *Probl. Pielęg.* 2009; 17: 144–151.
11. Ciechaniewicz W. Dawca i biorca pielęgnowania. W: Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. Podstawy pielęgniarstwa. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2008: 325–369.
12. Aczel A. Statystyka w zarządzaniu. Pełny wykład. (Tłumaczenie: Czerwiński Z., Latusek W.). PWN, Warszawa 2006: 716–718.
13. <http://www.kcl.ac.uk/schools/medicine/research/cancer/palliative/arp/prisma/> (data wejścia 2011-04-22).
14. Clark D. What is qualitative research and what can it contribute to palliative care? *Palliat. Med.* 1997; 1: 159–166.
15. Corner J. Is there a research paradigm for palliative care? *Palliat. Med.* 1996; 10: 201–208.
16. Gaworska A. Ocena związku pomiędzy satysfakcją zawodową, jakością usług pielęgniarskich a jakością życia chorych w stanie terminalnym. Rozprawa doktorska. Gdańsk 2002.
17. Krukowski J., Kretowicz K., Gaworska-Krzemińska A. Ocena jakości opieki pielęgniarskiej w hospicjum stacjonarnym. *Probl. Pielęg.* 2010; 18: 299–303.
18. Piątek A. Standardy praktyki w zawodach pielęgniarstwa i położnictwa. W: Ksykiewicz-Dorota A. Podstawy organizacji pracy pielęgniarskiej. Podręcznik dla studentów licencjackich wydziałów pielęgniarstwa oraz wydziałów nauk o zdrowiu. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004: 185–206.
19. Książek J. Ocena jakości życia chorych na raka płuca i jakości opieki medycznej w okresie okołooperacyjnym. Rozprawa doktorska. AMG, Gdańsk 2003.
20. Setz V, D’Innocenzo M. Avaliação da qualidade dos registrosenfermagemnieprontuário de poraudytoria da meio. *Acta Paul. Enferm.* 2009; 22 (3): 313–317.
21. Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej INCP, wersja 1.0. Genewa 2005. (Oficjalne tłumaczenie: Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie). Warszawa–Lublin 2009.
22. Theodosopoulou E., Raftopoulos V., Krajewska-Kułak E. i wsp. Badanie satysfakcji pacjentów z jakości opieki szpitalnej Grecji w porównaniu z satysfakcją pacjentów w Polsce. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2007; 88, suplement.