

Wydolność samoobsługowa pacjentów ze stwardnieniem rozsianym (SM) a jakość opieki pielęgniarskiej

Self-care Efficiency of Patients with Multiple Sclerosis (SM) and the Quality of Nursing Care

Regina Lorencowicz¹, Józef Jasik¹, Anna Boczoń², Elżbieta Przychodzka¹, Krzysztof Turowski¹

¹Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

²Student Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Streszczenie

Wprowadzenie. Coraz częściej w badaniach nad jakością usług medycznych skierowanych do pacjentów z ograniczoną sprawnością samoobsługową odchodzi się od zasady wyłącznie biologicznego oceniania zdrowia człowieka, a przyjmuje się bardziej holistyczny punkt widzenia, w którym szczególną uwagę zwraca się na emocjonalne doznania pacjenta, jego samopoczucie i możliwości funkcjonowania w codziennym życiu.

Cel. Analiza wybranych uwarunkowań deficytu jakości opieki świadczonej dla hospitalizowanych pacjentów ze stwardnieniem rozsianym (SM).

Materiał i metody. W badaniu wzięło udział 70 chorych na SM w wieku od 22 do 64 lat. Ocenę wydolności samoobsługowej badanych przeprowadzono za pomocą wskaźnika funkcjonalnego Repty. Do oceny jakości opieki wykorzystano metodę BOHIPSZO.

Wyniki. Przeprowadzone badania pokazały, że wdrożony w badanym oddziale system zapewnienia jakości gwarantuje wysoki poziom świadczeń pielęgniarskich. Wskaźnik pielęgnacji wyniósł 84,24. Niemniej jednak w wielu aspektach jakość opieki pielęgniarskiej w znaczącym stopniu odbiega od zalecanych standardów i oczekiwań pacjentów.

Wnioski. Wyniki przeprowadzonych badań pozwalają stwierdzić, że w świadczeniu opieki pielęgniarskiej wobec pacjentów z SM: 1) Dobrze funkcjonuje techniczna strona usług – chorzy mają zapewnione bezpieczeństwo oraz sprawnie funkcjonuje procedura ochrony pacjentów przed zakażeniami, co jest rezultatem wdrożonego systemu zapewnienia jakości. 2) Na wysokim poziomie są realizowane zabiegi leczniczo-pielęgnacyjne, jednakże ich jakość spada wraz z obniżeniem wydolności funkcjonalnej podopiecznych. 3) Mankamentem technicznym są braki w dokumentowaniu procesu pielęgnowania, zwłaszcza w grupie młodszych pacjentów. 4) Niepokojąca jest niska ocena pacjentów uzyskanego wsparcia edukacyjnego oraz wyuczonych umiejętności w zakresie samopielęgnacji, w szczególności wśród osób wydolnych funkcjonalnie, którzy borykają się ze stresem związanym z rozpoznaniem u nich nieuleczalnej choroby. 5) Istnieją poważne uchybienia w zakresie podmiotowego traktowania pacjenta. 6) Niepokoją niedociągnięcia w przekazywaniu informacji choremu i jego rodzinie na temat procesu leczenia i pielęgnowania. Występują one ze szczególnym nasileniem u pacjentów niemających problemów z samoobsługą, oraz u podopiecznych, którzy wymagają asekuracji i nadzoru pielęgniarek w podstawowych czynnościach dnia codziennego. (PNN 2013;2(1):9-17)

Słowa kluczowe: stwardnienie rozsiane, jakość opieki, wydolność samoobsługowa pacjenta

Abstract

Background. It can be observed that in the studies on the quality of medical services provided for patients with limited ability of self-care, the mere biological principles of health assessment are more and more often abandoned and the holistic point of view is adopted, focusing on patient's emotional experience, his/her state of mind and functional ability to cope with daily living.

Aim. Analysis of chosen determinants of the deficiency of the quality of care provided for hospitalised patients with multiple sclerosis (SM).

Material and methods. The study covered 70 patients with multiple sclerosis (SM), aged 22 - 64. The Repty functional index was used to assess the self-care efficiency of the examined patients. The BOHIPSZO method was used for assessment of the quality of nursing services.

Results. The conducted research study revealed that the quality assurance system implemented at the examined hospital ward guarantees a high level of provided nursing services. The nursing indicator was 84.24. Nevertheless, in many aspects, the quality of nursing care differed significantly from the recommended standards and patients' expectations.

Conclusions. The results of the conducted research study allow us to conclude that with regard to the nursing services provided for the patients with multiple sclerosis: 1) The functioning of the technical side of services is good – the patients have guaranteed safety and the procedure of protecting patients from infections operates efficiently thanks to the implementation of a quality assurance system. 2) Procedures of medical treatment and nursing care are performed at a high level, yet their quality decreases along with the deterioration of functional ability of the subjects. 3) Lack of the nursing process documentation, especially in regards to the group of younger patients, is a technical shortcoming. 4) It is disturbing that the patients' assessment of the obtained educational support and practised self-care abilities is poor; and such opinion was common especially among self-care efficient patients who struggle with stress related to diagnosed untreatable disease. 5) There are some critical defects of objectification of patients. 6) There are some concerns regarding the inadequate scope of information given to the patient and his/her family, concerning the treatment and nursing processes. These faults occur more frequently in patients who have no problems with self-care and in patients who require nurse's help and assistance in everyday life activities.

(PNN 2013;2(1):9-17)

Key words: multiple sclerosis, quality of nursing care, self-care efficiency of patients

Wprowadzenie

Coraz częściej w badaniach nad jakością usług medycznych skierowanych do pacjentów z ograniczoną sprawnością samoobsługową odchodzi się od zasady wyłącznie biologicznego oceniania zdrowia człowieka, a przyjmuje się bardziej holistyczny punkt widzenia, w którym szczególną uwagę zwraca się na emocjonalne doznania pacjenta, jego samopoczucie i możliwości funkcjonowania w codziennym życiu. Oceny wyników leczenia oparte na kryterium biologicznym stały się już niewystarczające. Zainteresowanie nauk medycznych przesunęło się poza tradycyjny, czysto skryty medyczny obszar działania, skupiając się na aktywności podopiecznych w różnych dziedzinach życia [1]. Człowiek niepełnosprawny, pomimo swej ułomności, ze swego życia winien być zadowolony, bowiem zadowolony człowiek widzi sens życia, co warunkuje jego szczęście. Łatwiej wtedy jest mu żyć, także łatwiej jest wszystkim innym z nim przebywać i współpracować w procesie leczenia i rehabilitacji [2].

Potrzeba wytwarzania dóbr odpowiedniej jakości zrodziła się z trudności ze zbytem wyprodukowanych wyrobów na otwartym rynku i początkowo obejmowała dziedziny gospodarki związane z wytwarzaniem i eksploatacją produktów [3]. Dlatego pierwsze definicje jakości oraz metody wykorzystywane przy pomiarze i ocenie wyrobów dostarczanych na rynek związane były z przemysłem i dotyczyły przede wszystkim fizycznych cech dóbr produkowanych w przedsiębiorstwach. Natomiast sfera usług rozwijała się w cieniu produkcji przemysłowej i rolnej. Jednakże gwałtowny wzrost udziału usług w gospodarce sprawił, że pojęcie jakości wkroczyło w nowe obszary zarządzania i na tym

gruncie zaczęły pojawiać się nowe koncepcje, zasady oraz metodyka badań.

Początkowo podejmowano próby bezpośredniego przeniesienia metod i narzędzi pomiaru jakości stosowanych w organizacjach produkcyjnych. Jednakże z uwagi na fundamentalne różnice, jakie można zauważyć między wyrobami materiałowymi a usługami, kryteria opracowane dla oceny jakości dóbr materialnych okazały się mało użyteczne w sektorze usług [1].

Wzrost świadomości odbiorców usług sprawił, że zapewnienie jakości w przedsiębiorstwach usługowych stało się ważniejsze i bardziej potrzebne niż w przedsiębiorstwach produkcyjnych, ponieważ źle wykonany wyrób można wymienić na dobry, natomiast źle świadczona usługa pozostawia trwałe lub trudno wymienialne niedomagania bądź szkody, a nawet decyduje o życiu i zdrowiu klienta. Ponadto jakość usług spostrzegana z perspektywy klienta indywidualnego jest kwestią wysoce subiektywną – jest ona definiowana odmiennie przez każdego klienta. Jakość usługi zwykle oznacza spełnienie subiektywnych wymagań i oczekiwań klienta w zakresie cech użytkowych, bezpieczeństwa, wyglądu i otoczenia. Jakość usług nie jest tylko wartością dodaną wyrobu. Stanowi ona także zasadniczą część usługi, która decyduje o użyteczności i wartości produktu usługowego [4].

Specyficzny charakter wyrobu, jakim jest usługa, sprawia, że niemożliwe jest wypracowanie jednej definicji jakości świadczonej usługi, która by jednoznacznie określiła to pojęcie [4]. Wynika to z faktu, że ostatecznym oceniającym jakość danej usługi jest zawsze klient, który przy dokonywaniu oceny częstokroć kieruje się przesłankami nie tylko skrajnie subiektywnymi, ale czasami i nieracjonalnymi. Najczęściej jakość usługi definiuje się jako zdolność do zaspokajania potrzeb

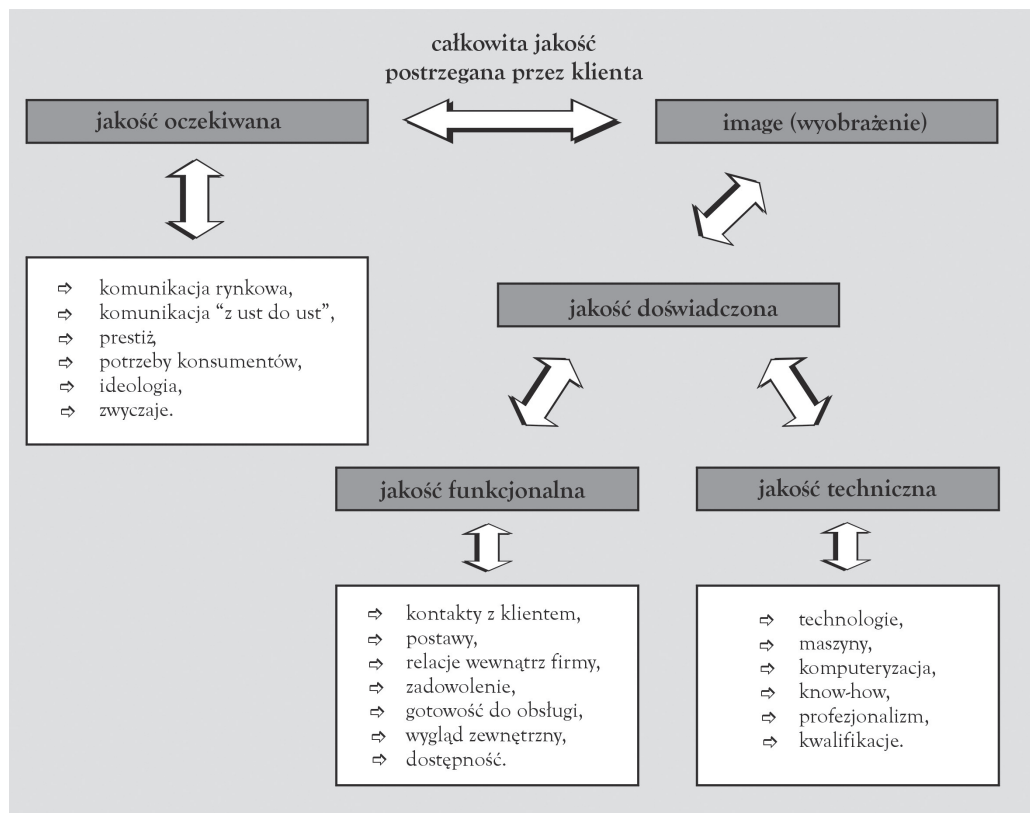
i oczekiwań klientów [5]. Usługa posiada odpowiednią jakość, jeśli została co najmniej wykonana zgodnie z oczekiwaniami konkretnego nabywcy [6]. Jakość usług wynika więc ze zdolności firmy do spełnienia oczekiwań klienta lub nawet ich przewyższenia. Miarą tej zdolności jest suma cech świadczonej usługi, decydująca o zaspokojeniu określonych potrzeb odbiorcy danej usługi. Jednak w wielu przypadkach jedyną, acz nader wystarczającą miarą jakości świadczonej usługi jest po prostu szczerłość uśmiechu klienta [7].

Pojęcie jakości usług medycznych najczęściej odnosi się do przebiegu i końcowego wyniku procesu leczenia oraz w odniesieniu do potrzeb i oczekiwań pacjenta, który jest podmiotem tego procesu [8]. Przydatnym modelem jakości usług, który można zastosować przy konstrukcji narzędzi pomiaru jakości usługi medycznej jest propozycja Grönroosa [9]. Podstawowym założeniem jego koncepcji jest rozważanie dwóch kategorii jakości usługi – jakości technicznej oraz jakości funkcjonalnej. Niekiedy pojęcia te występują również jako jakość wyniku i jakość procesu [10].

Techniczna jakość usługi (*technical quality*) jest to ta komponenta świadczenia, którą klient otrzymuje w następstwie zrealizowania danej usługi oraz w trakcie relacji z usługodawcą. W przypadku usługi medycznej, a w szczególności usługi pielęgniarstwa jakość techniczna jest zależna zarówno od materiałów wykorzystywanych w procesie pielęgnowania, np. materiałów opatrunkowych i środków czystościowych, jak i od wiedzy, doświadczenia, umiejętności i kwalifikacji personelu szpitala. Jest to element usługi, który najczęściej leży poza możliwością oceny klienta. W przypadku usługi pielęgniarstwa trudno byłoby oczekiwać od pacjenta merytorycznej oceny poziomu zabezpieczenia przed zakażeniem [11].

Natomiast jakość funkcjonalną relacji usługowej (*functional quality*) stanowi wynik interakcji między usługodawcą a usługobiorcą, czyli sposób świadczenia tejże usługi (chodzi tu m.in. o czas oczekiwania na usłu-

gę, podejście personelu, jego kompetencje, życzliwość itp.) oraz sposób jej odbierania przez klienta (jakość jest zależna od elementów psychospołecznych powiązanych głównie z personelem firmy lub instytucji usługowej) [12]. W usługach medycznych, a zwłaszcza pielęgniarstwie, funkcjonalny aspekt świadczenia w istocie decyduje o poziomie jego satysfakcji oraz ocenie otrzymanej usługi. Dlatego ważnym kryterium poziomu jakości usług pielęgniarstwie jest subiektywna opinia pacjenta na temat tych usług [13]. Związki pomiędzy jakością techniczną a funkcjonalną świadczonej usługi zobrazowano na rycinie 1.



Rycina 1. Model jakości usług (opracowanie własne na podstawie [25])

Jakość świadczonej usługi medycznej oznacza taki rodzaj opieki, w którym maksymalizuje się mierzalne dobro pacjenta, biorąc pod uwagę równowagę oczekiwanych korzyści i strat towarzyszących procesowi opieki we wszystkich jego elementach [14]. Jest to więc stopień, w jakim każda usługa świadczona pacjentowi zaspokaja jego faktyczne potrzeby oraz oczekiwania związane ze stanem zdrowia. Usługa taka winna być dostarczana zgodnie z aktualnym stanem wiedzy, a także, podnosić prawdopodobieństwo uzyskania pożądanego wyniku opieki i wpływać na zmniejszenie ryzyka wystąpienia niepożądanych rezultatów [15].

Dobrze funkcjonujący proces pielęgnowania to jakość techniczna usługi, którą cechuje postępowanie zgodne z obowiązującymi standardami i procedurami. Świadczenie opieki powinno podlegać udokumento-

waniu, organizowaniu, monitorowaniu oraz nadzorowaniu i raportowaniu. Drugim nie mniej ważnym składnikiem procesu pielęgnowania jest jakość funkcjonalna, której wykładnikiem jest świadoma orientacja na pacjenta, myślenie w kategoriach jego dobra, chęć autentycznego i uważnego wsłuchiwanie się w jego głos w celu poznania potrzeb i oczekiwań pacjenta związanych z daną usługą medyczną [16].

Celem pracy była analiza wybranych uwarunkowań deficytu jakości opieki świadczonej dla hospitalizowanych pacjentów ze stwierdzeniem rozsianym

Materiał i metoda

Badania zostały przeprowadzone w grupie 70 pacjentów hospitalizowanych w Klinice Neurologii SPSK Nr 4 w Lublinie, w okresie od 3 listopada 2011 roku do 30 marca 2012 roku.

Oddział, w którym przeprowadzono ocenę jakości opieki pielęgniarskiej jest oddziałem klinicznym, uniwersyteckim. Szpital kliniczny jest jednostką organizacyjną, posiadającą Certyfikat akredytacyjny, certyfikat ISO 9001:2000 (obsługa medyczna pacjentów wykorzystująca najlepsze standardy branżowe i etyczne), ISO 14001:2004 (ekologia, ochrona środowiska naturalnego), PN-EN-18001:2004 (zapobieganie wypadkom, zdarzeniom potencjalnie wypadkowym, chorobom zawodowym, awariom i innym sytuacjom niepożądanym, mogącym spowodować utratę zdrowia pracowników, pacjentów i innych osób przebywających na terenie szpitala), HACCP (zapewnienie bezpieczeństwa usług i produktów żywnościowych).

W badaniu wzięło udział 70 chorych na SM w wieku od 22 do 64 lat. Ponad trzy czwarte (77,1%) badanych stanowiły kobiety. Chorzy zakwalifikowani do badania w podobnym odsetku zamieszkiwali miasto (51,43%) jak i wieś (48,57). Niemal połowę (44,29%) badanej populacji stanowiły osoby z wykształceniem średnim, 30% badanych legitymowało się wykształceniem wyższym, natomiast ponad jedna czwarta pacjentów (25,71%) skończyła edukację na szkole podstawowej lub zawodowej. Ponad połowa badanych (51,4%) była wydolna w zakresie samoobsługi i nie wymagała przystosowania otoczenia ani pomocy personelu w codziennych czynnościach – kategoria IV. 37,14% pacjentów uczestniczących w badaniu wymagało niewielkiej asekuracji pielęgniarek w niektórych sytuacjach – kategoria III. Pozostałe 11,43% chorych wymagało bezpośredniej pomocy pielęgniarek przy wykonywaniu bardziej skomplikowanych czynności w samoobsłudze – kategoria II.

Ocenę wydolności samoobsługowej badanych przeprowadzono za pomocą wskaźnika funkcjonalnego Repty. Wskaźnik ten kwalifikuje pacjenta do konkretnej kategorii niepełnosprawności, określając zakres samodzielności i potrzeby pomocy [17].

Do oceny jakości świadczonej opieki pielęgniarskiej wykorzystano metodę BOHIPSZO. Nazwa metody jest złożona z pierwszych liter określeń standardów pracy pielęgniarki, które stanowią podstawę procesu pielęgnowania. Są to: bezpieczeństwo chorego, ochrona przed zakażeniem, hotelowe usługi wraz z zaspokojeniem potrzeb egzystencjalnych, informowanie, podmiotowość, samopielęgnacja, zabiegi leczniczo-pielęgnacyjne, organizowanie i dokumentowanie opieki pielęgniarskiej. Wszystkie powyższe wymienione składniki tworzą narzędzie, które pozwala ocenić zarówno techniczne (bezpieczeństwo chorego, ochrona przed zakażeniem, organizowanie i dokumentowanie opieki pielęgniarskiej), jak i funkcjonalne (hotelowe usługi wraz z zaspokojeniem potrzeb egzystencjalnych, informowanie, podmiotowość, samopielęgnacja, zabiegi leczniczo-pielęgnacyjne) części usługi pielęgniarskiej, które determinują jakość procesu pielęgnowania.

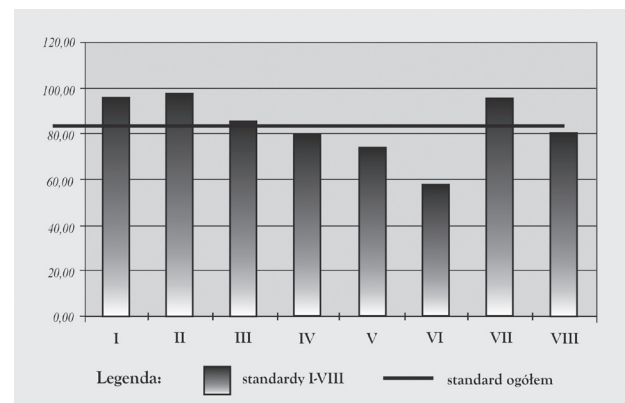
Ocenę jakości procesu pielęgnowania dokonano za pomocą współczynnika pielęgnacji liczonego według wzoru:

$$\text{Współczynnik pielęgnacji} = \frac{\text{Wartość pielęgnacji świadczonej}}{\text{Wartość pielęgnacji świadczonej i nieuzyskanej}} \times 100$$

Ocena jakości opieki pielęgniarskiej przeprowadzona w oddziale szpitalnym dokonywana była na podstawie analizy jakości opieki świadczonej losowo dobranej grupie (15-20%) pacjentów przebywających w danym okresie na oddziale.

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej UM w Lublinie (zgoda z dnia: 23.02.2012 r., Numer KE-0254/45/2012).

Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów scharakteryzowano przy pomocy wartości średniej i odchylenia standardowego. Do zbadania związku pomiędzy poziomem wydolności samoobsługowej pacjentów a poziomem jakości opieki wykorzystano test – r-Spearmana. Istotnie statystycznie różnice, bądź zależności wykazano przy poziomie istotności $p < 0,05$. Badania statystyczne zostały przeprowadzone w oparciu o oprogramowanie komputerowe SPSS Statistics.



Rycina 2. Wartości średnich ocen standardów opieki

Tabela 1. Statystyki opisowe dla poziomu oceny poszczególnych standardów opieki dla ogółu osób badanych

Standard	M	SD	Min	Maks	Q1	Me	Q3	Mo
I	96,74	2,81	84,85	100,00	96,77	96,77	96,97	96,77
II	98,70	3,73	78,26	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
III	85,81	9,09	55,56	95,83	81,36	88,89	91,48	88,89
IV	79,73	11,34	50,00	92,86	71,43	85,71	85,71	85,71
V	74,52	8,08	57,14	85,71	70,57	75,00	82,14	75,00
VI	58,59	22,95	4,35	100,00	45,83	54,17	68,75	50,00
VII	96,84	5,20	77,78	100,00	92,00	100,00	100,00	100,00
VIII	81,24	10,28	0,00	83,33	83,33	83,33	83,33	83,33
Ogółem	84,24	4,69	70,05	93,37	81,17	84,28	87,01	79,89

Opis: M – średnia, SD – odchylenie standardowe, Min – minimum, Maks – maksimum, Me – mediana, Mo – dominanta, Q1 – kwartył pierwszy, Q3 – kwartył trzeci, Standard I – Bezpieczeństwo chorego, Standard II – Ochrona przed zakażeniem, Standard III – Hotelowe usługi wraz z zaspokojeniem potrzeb egzystencjalnych, Standard IV – Informowanie, Standard V – Podmiotowość, Standard VI – Samopielęgnacja, Standard VII – Zabiegi leczniczo-pielęgnacyjne, Standard VIII – Organizowanie i dokumentowanie opieki pielęgniarskiej.

Wyniki

Przeprowadzone badania pokazały, że wdrożony w wymienionym oddziale system zapewnienia jakości gwarantuje wysoki poziom świadczeń pielęgniarskich. Wskaźnik pielęgnacji wyniósł 84,24. Niemniej jednak w wielu aspektach jakość opieki pielęgniarskiej w znaczącym stopniu odbiega od zalecanych standardów i oczekiwań pacjentów. W tabeli 1 i na rycinie 2 zaprezentowano statystyki opisowe dla poziomu oceny poszczególnych standardów opieki dla ogółu osób badanych.

Analiza zebranych informacji wskazuje, że w badanym oddziale dobrze funkcjonuje techniczna strona usług pielęgniarskich świadczonych wobec pacjentów ze stwierdzeniem rozsianym. Chorzy mają zapewnione bezpieczeństwo (96,74), sprawnie funkcjonuje procedura ochrony pacjentów przed zakażeniami (98,70). Bliska doskonałości jest także jakość wykonywanych zabiegów leczniczo-pielęgnacyjnych (96,84). Na nieco niższym poziomie stały usługi hotelowe (85,81). Jedynym mankamentem technicznym w sprawowaniu opieki nad chorym ze stwierdzeniem rozsianym były braki w dokumentowaniu procesu pielęgnowania (81,24). Natomiast wykazano istotne mankamenty po funkcjonalnej stronie usługi, gdzie o jakości świadczenia decyduje subiektywna ocena pacjenta i jego satys-

fakcja z uzyskanej opieki. Niepokojąca jest niska ocena pacjentów uzyskanej wiedzy i wyuczonych, w czasie pobytu w szpitalu, umiejętności w zakresie samopielęgnacji (58,59). Negatywny wpływ na jakość opieki wywierały także niski poziom usługi w zakresie podmiotowego traktowania pacjenta (74,52) oraz uchybienia w przekazywaniu informacji choremu i jego rodzinie na temat procesu leczenia i pielęgnowania (79,73).

Następnym krokiem badawczym było ustalenie ewentualnych zależności między wiekiem pacjentów a jakością świadczonych wobec nich usług pielęgniarskich. Wyniki dokonanej analizy statystycznej przedstawiono w tabeli 2.

Przeprowadzone badania wykazały, że jakość świadczonej opieki jest lepiej oceniana przez osoby starsze. Dotyczy to funkcjonalnej strony usługi, a zwłaszcza jakości informacji uzyskiwanych przez chorych od pielęgniarek ($r=0,25$) oraz poziomu działań edukacyjnych ($r=0,25$). Ponadto stwierdzono, że proces pielęgnowania starszych pacjentów jest lepiej udokumentowany ($r=0,30$).

W kolejnym etapie badań celem autorów było znalezienie ewentualnych zależności między liczbą odbytych przez osoby badane hospitalizacji, liczbą dni hospitalizacji oraz długością okresu chorowania na SM (mierzoną w latach) a jakością uzyskiwanych przez pa-

Tabela 2. Współczynniki korelacji między wiekiem osób badanych a jakością opieki

Standard	Wiek
I. Bezpieczeństwo chorego	0,07
II. Ochrona przed zakażeniem	-0,05
III. Hotelowe usługi	0,17
IV. Informowanie	0,25*
V. Podmiotowość	0,04
VI. Samopielęgnacja	0,25*
VII. Zabiegi leczniczo-pielęgnacyjne	-0,09
VIII. Organizowanie i dokumentowanie opieki pielęgniarskiej	0,30*

* $p < 0,05$

centów świadczeń pielęgniarskich. W tabeli 3 przedstawiono wyniki przeprowadzonych badań.

Przeprowadzona analiza wykazała, że długość okresu hospitalizacji ma pozytywny wpływ na ocenę usług hotelowych oferowanych przez szpital ($r=0,28$) oraz, że wraz z upływem czasu chory na stwardnienie rozsiane jest słabiej chroniony przez zespół pielęgniarski przed zakażeniem szpitalnym ($r=-0,27$).

Następnym celem autorów było ustalenie czy i w jakim zakresie zmienia się jakość świadczonej opieki pielęgniarskiej wobec chorych na stwardnienie rozsiane wraz ze spadkiem wydolności samoobsługowej podopiecznych. Wyniki przeprowadzonych badań przedstawiono w tabelach 4 i 5 oraz zobrazowano na rycinie 3.

Tabela 3. Współczynniki korelacji między liczbą odbytych hospitalizacji, liczbą dni hospitalizacji oraz długością okresu chorowania na SM a jakością opieki

Standard	Liczba hospitalizacji	Liczba dni hospitalizacji	Długość okresu choroby
I. Bezpieczeństwo chorego	-0,04	0,00	0,02
II. Ochrona przed zakażeniem	0,19	-0,16	-0,27*
III. Hotelowe usługi	-0,02	0,28*	-0,09
IV. Informowanie	-0,01	-0,03	0,02
V. Podmiotowość	0,08	-0,03	0,03
VI. Samopielęgnacja	0,15	0,03	0,09
VII. Zabiegi leczniczo-pielęgnacyjne	-0,13	-0,05	-0,04
VIII. Organizowanie i dokumentowanie opieki pielęgniarskiej	-0,18	0,15	0,08

* $p < 0,05$

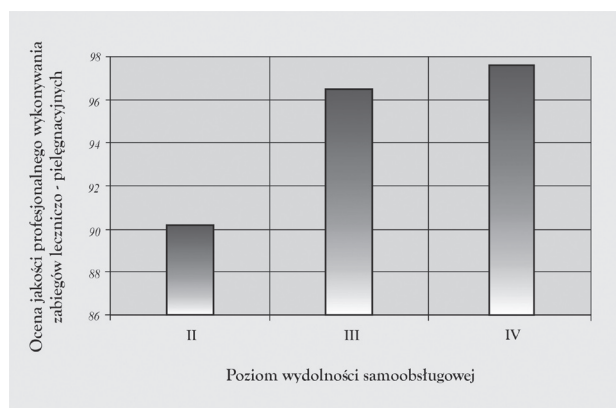
Tabela 4. Statystyki opisowe dla poziomu oceny standardów opieki w podziale na poziom wydolności samoobsługowej osób badanych

Standard	WS	N	M	SD
I. Bezpieczeństwo chorego	II	8	97,98	1,67
	III	26	96,27	3,20
	IV	36	96,80	2,67
II. Ochrona przed zakażeniem	II	8	99,46	1,54
	III	26	98,49	3,88
	IV	36	98,67	4,00
III. Hotelowe usługi	II	8	88,26	5,69
	III	26	85,41	7,46
	IV	36	85,55	10,73
IV. Informowanie	II	8	76,79	13,09
	III	26	82,14	11,47
	IV	36	78,64	10,85
V. Podmiotowość	II	8	73,84	9,46
	III	26	75,79	8,20
	IV	36	73,75	7,79
VI. Samopielęgnacja	II	8	58,24	21,64
	III	26	62,72	22,42
	IV	36	55,68	23,75
VII. Zabiegi leczniczo-pielęgnacyjne	II	8	90,77	2,89
	III	26	97,14	6,13
	IV	36	97,98	3,87
VIII. Organizowanie i dokumentowanie opieki pielęgniarskiej	II	8	83,33	0,00
	III	26	82,82	1,81
	IV	36	79,63	14,16
Wskaźnik jakości opieki	II	8	83,58	-
	III	26	85,10	-
	IV	36	83,34	-

Opis: WS – Wydolność samoobsługowa, N – liczebność, M – średnia, SD – odchylenie standardowe.

Tabela 5. Współczynniki korelacji między poziomem wydolności samoobsługowej pacjentów a oceną poziomu standardów opieki

Standard	Wydolność samoobsługowa
I. Bezpieczeństwo chorego	-0,05
II. Ochrona przed zakażeniem	-0,04
III. Hotelowe usługi	0,01
IV. Informowanie	-0,02
V. Podmiotowość	-0,04
VI. Samopielęgnacja	-0,05
VII. Zabiegi leczniczo-pielęgnacyjne	0,41*
VIII. Organizowanie i dokumentowanie opieki pielęgniarzkiej	-0,22

* $p < 0,05$ 

Rycina 3. Ocena jakości profesjonalnego wykonywania zabiegów leczniczo-pielęgnacyjnych w podziale na poziom wydolności samoobsługowej

Przeprowadzone badania wskazują, że w badanym oddziale jakość świadczonych usług pielęgniarzskich wobec pacjentów ze stwardnieniem rozsianym jest niezależna od wydolności samoobsługowej chorych. Niewielkie różnice ogólnego wskaźnika jakości opieki wynikają z krytycznej oceny działań edukacyjnych dotyczących radzenia sobie z postępującą chorobą dokonanej przez osoby wydolne funkcjonalnie (55,68) oraz z niższej oceny jakości profesjonalnego wykonywania zabiegów leczniczo-pielęgnacyjnych udzielonej przez chorych, którzy mieli problemy z samodzielnym funkcjonowaniem na terenie szpitala (90,77).

Dyskusja

Niepełnosprawność wywołana przez postępującą chorobę układu nerwowego wiąże się z koniecznością częstych i długich pobyków w szpitalu lub w sanatorium. Nieuleczalna choroba zawsze stwarza zagrożenie bezpieczeństwa, którego głównym źródłem jest ciągłe przystosowywanie się do nowego sposobu funkcjonowania w społeczeństwie z narastającą niepełnosprawnością [18]. Potwierdzają to badania zaprezentowane w tabeli 3, które wykazały, że pacjenci ze stwardnieniem rozsianym istotnie lepiej oceniają warunki hotelowe panujące w oddziale po kilku dniach adaptacji do warunków szpitalnych.

Dla osoby chorującej na stwardnienie rozsiane postępująca utrata sprawności zazwyczaj oznacza:

- znaczne ograniczenie możliwości wykonywania codziennych czynności, przez które człowiek niepełnosprawny się realizuje, takich jak np. codzienne zakupy, spotkania z przyjaciółmi czy praca zawodowa,
- perspektywę coraz częstszego korzystania z pomocy innych w najprostszych czynnościach higienicznych, z uwagi na ograniczone możliwości sprawnego poruszania się,
- poczucie niepełnej wartości społecznej, z racji ograniczenia możliwości realizacji zadań w społeczeństwie (praca, pomoc bliźnim),
- z koniecznością wyłączenia się z szeregu działań z obszaru zawodowego, rodzinnego, rekreacyjnego itd. [7].

Wobec powyższego od samego początku pobytu pacjenta z SM w szpitalu należy umieścić w planie opieki pielęgniarzkiej nie tylko problemy czysto medyczne, lecz również dalsze losy osoby zmagającej się z postępującą utratą sprawności. Do jednych z najważniejszych zadań w procesie pielęgnowania należy więc nauczanie pacjenta z SM jak największej samodzielności i możliwie maksymalnego uniezależnienia się od potrzeby korzystania z pomocy drugiej osoby przy załatwianiu codziennych czynności fizjologicznych i higienicznych [19]. Z badań autorów wynika, że wsparcie i edukacja pacjentów mające na celu przystosowanie osoby do ograniczeń w samoobsłudze jest realizowane w zaledwie 58,59%. Jest to największy mankament usług pielęgniarzskich w badanym oddziale. Potrzebę zwrócenia większej uwagi na wsparcie i edukację w opiece nad pacjentem neurologicznym wskazują także inne badania, w których wykazano, że wraz z obniżeniem wydolności funkcjonalnej istotnie wzrastają oczekiwania chorych na wsparcie emocjonalne w zakresie okazywania otuchy poprzez wskazywanie pozytywnych aspektów odnoszących się do stanu ich zdrowia i leczenia [14].

Wsparcie i edukacja ze strony personelu szpitala są szczególnie istotne dla chorych we wczesnym stadium stwardnienia rozsianego, którzy w młodym wieku,

na początku ich dorosłego życia, dotychczas sprawni, znajdują się w całym dla nich nowej sytuacji, do której muszą się przystosować [20,21]. Niestety przeprowadzone badania pokazały istotny niedostatek oferty edukacyjnej skierowanej do pacjentów, którzy jeszcze nie mają deficytów w zakresie samoobsługi. Standardy opieki w zakresie samopielęgnacji dla tej grupy pacjentów były realizowane w zaledwie 55,68%.

Opieka nad chorym ze stwardnieniem rozsianym winna być dostosowana do zaawansowania choroby, nasilenia objawów, stopnia niepełnosprawności oraz zastosowanego leczenia farmakologicznego [22]. Optymalne funkcjonowanie osoby chorej na SM w społeczeństwie wymaga wsparcia edukacyjnego przez zespół pielęgniarski. Edukacja powinna zawierać informacje na temat obecnego stanu chorego i jej wpływu na pacjenta. Chory na stwardnienie rozsiane podczas pobytu w szpitalu powinien otrzymać praktyczne wskazówki na temat radzenia sobie z objawami choroby oraz zapobiegania nasileniu się symptomów SM, sposobach leczenia, skutkach ubocznych leków, sposobach dbałości o jak najlepszy stan [23]. Poziom jakości opieki w zakresie informowania pacjentów z SM na temat procesu leczenia i pielęgnowania na poziomie 79,73% świadczy, że w badanym oddziale proces komunikacji z pacjentem jest daleki od doskonałości.

Zaakceptowanie przez pacjenta ograniczeń płynących z faktu choroby oraz przywrócenie mu poczucia względnego bezpieczeństwa wymaga indywidualnego podejścia do problemów każdego chorego oraz podmiotowego traktowania jego osoby. Dlatego niezmiernie istotnym problemem w procesie pielęgnowania pacjenta z SM jest jego stan psychiczny, zwłaszcza w początkowym stadium choroby [20]. Do zadań pielęgniarki w tym aspekcie należy: pomoc w przełamaniu strachu, bezradności, zmobilizowanie pacjenta do walki o zachowanie sprawności [24]. Podmiotowość w świadczeniu opieki pielęgniarskiej nad pacjentami z SM – w badanym oddziale była zachowana zaledwie w 74,52%. Niepokojem musi napawać fakt, że ten tak ważny element procesu pielęgnowania przyczynia się do obniżenia jakości usług pielęgniarskich w badanym oddziale.

Wnioski

Wyniki przeprowadzonych badań pozwalają stwierdzić, że w świadczeniu opieki pielęgniarskiej pacjentom ze stwardnieniem rozsianym:

1. Dobrze funkcjonuje techniczna strona usług – chorzy mają zapewnione bezpieczeństwo oraz sprawnie funkcjonuje procedura ochrony pacjentów przed zakażeniami, co jest rezultatem wdrożonego systemu zapewnienia jakości.
2. Na wysokim poziomie są realizowane zabiegi leczniczo-pielęgnacyjne, jednakże ich jakość spada wraz z obniżeniem wydolności funkcjonalnej podopiecznych.
3. Mankamentem technicznym są braki w dokumentowaniu procesu pielęgnowania, zwłaszcza w grupie młodszych pacjentów.
4. Niepokojąca jest niska ocena pacjentów uzyskanego wsparcia edukacyjnego oraz wyuczonych umiejętności w zakresie samopielęgnacji, w szczególności wśród osób wydolnych funkcjonalnie, którzy borykają się ze stresem związanym z rozpoznaniem u nich nieuleczalnej choroby.
5. Istnieją poważne uchybienia w zakresie podmiotowego traktowania pacjenta.
6. Niepokoją niedociągnięcia w przekazywaniu informacji choremu i jego rodzinie na temat procesu leczenia i pielęgnowania. Występują one ze szczególnym nasileniem u pacjentów niemających problemów z samoobsługą, oraz u podopiecznych, którzy wymagają asekuracji i nadzoru pielęgniarek w podstawowych czynnościach dnia codziennego.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Przeprowadzone badania wskazują, że w projektowaniu procesu pielęgnowania pacjentów ze stwardnieniem rozsianym należy koncertować się na funkcjonalnej stronie usługi pielęgniarskiej, która często nie jest unormowana procedurami funkcjonującego w szpitalu systemu zarządzania jakością. Szczególną uwagę należy poświęcić wszelkim czynnościom związanym z udzielaniem wsparcia informacyjnego i edukacyjnego chorym, którzy są na etapie potwierdzania diagnozy nieuleczalnej choroby układu nerwowego.

Drugim newralgicznym aspektem procesu pielęgnowania jest kwestia indywidualnego i podmiotowego traktowania każdego pacjenta. Badania pokazały, że szczególnie narażeni na uchybienia jakości usług pielęgniarskich w tym zakresie są chorzy z deficytami wydolności samoobsługowej.

Piśmiennictwo

- [1] Tobiasz-Adamczyk B. *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Collegium Medicum UJ, Kraków 1995.
- [2] Skrzypek E. *Czynniki kształtujące jakość życia*. Materiały z V Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Technicznej Ergonomia Niepełnosprawnym, Jakość Życia. MKEN, Łódź 2001.
- [3] Hamrol A., Mantura W. *Zarządzanie jakością. Teoria i praktyka*. PWN, Warszawa 2009.
- [4] Rogoziński K. *Nowy marketing usług*. AE, Poznań 2000.

- [5] Rogoziński K. Jakość usług w horyzoncie aksjologicznym. *Problemy Jakości*. 2005;1:24-33.
- [6] Zeithmal V.A., Parasuraman A., Berry L.L. *Delivering Quality Service. Balancing Customer Perceptions and Expectations*. The Free Press, Nowy Jork 1980.
- [7] Kłos Z. *Utrata sprawności fizycznej i proces usprawniania a jakość życia – zarys zagadnienia*. Materiały z V Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Technicznej Ergonomia Niepełnosprawnym, Jakość Życia. MKEN, Łódź 2001.
- [8] Dobska M., Rogoziński K. *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*. PWN, Warszawa 2008.
- [9] Grönroos C. A Service Quality Model and Its Marketing Implications. *European Journal of Marketing*. 1984;18(4):36-45.
- [10] Stoma M. *Modele i metody pomiaru jakości usług*. Q&R Polska, Lublin 2012.
- [11] Przybysz A., Dróżdź Z., Pawlaczyk B. Jakość opieki pielęgniarskiej w oddziałach pediatrycznych. *Pielęgniarstwo Polskie*. 2001;2:295-303.
- [12] Hemmasi M., Strong K.C., Taylor S.A. Measuring service quality for strategic planning and analysis in service firms. *Journal of Applied Business Research*. 1994;10(4):24-34.
- [13] Wasilewski T.P. Subiektywna ocena wybranych aspektów satysfakcji z pobytu w szpitalu pacjentów oddziałów zabiegowych. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*. 2008;3:81-86.
- [14] Lenartowicz H. *Zarządzanie jakością w pielęgniarstwie*. CEM, Warszawa 1998.
- [15] Chmielewski D. Metoda CIT – narzędzie w badaniu satysfakcji pacjentów. *Służba Zdrowia*. 2002;5-8:16-17.
- [16] Lisiecka K. Jakość usług zdrowotnych strategicznym wyzwaniem organizacji. *Ogólnopolski Przegląd Medyczny*. 2004;5:30-32.
- [17] Opara J. *Klinimetria w udarach mózgu*. AWF, Katowice 2005.
- [18] Jasik J., Płotka A. Management of knowledge and communication with the disabled patients and healthy-lifestyle. *Ann. UMCS Sect. D*. 2003;58(Supl.13):522-530.
- [19] Talarska D., Wieczorowska-Tobis K., Szałkiewicz E. *Opieka nad osobami przewlekle chorymi, w wieku podeszłym i niesamodzielnymi*. PZWL, Warszawa 2009.
- [20] Stelmasiak Z. *Stwardnienie rozsiane (SM)*. Medicum, Lublin 1992.
- [21] Zakrzewska-Pniewska B. Stwardnienie rozsiane – problem nie tylko neurologiczny. *Nowa Klinika*. 1994;12:31-32.
- [22] Mirowska-Guzel D., Członkowska A. Stwardnienie rozsiane – nie zawsze ciężka choroba. *Terapia*. 2007;15(2):46-49.
- [23] Jaracz K., Kozubski W. *Pielęgniarstwo neurologiczne*. PZWL, Warszawa 2008.
- [24] Wojciechowska M., Preś M. Rola pielęgniarki w rehabilitacji wielowymiarowej pacjenta ze stwardnieniem rozsianym. *Pielęgniarstwo Polskie*. 2007;(2/3):107-109.
- [25] Grönroos C. *Strategic management and marketing in the service sector*. Cambridge, MA: Marketing Science Institute, 1983.

Adres do korespondencji:

Regina Lorenkowicz
Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego
UM w Lublinie
ul. Jaczewskiego 8, 20-950 Lublin
e-mail: regina_lorenkowicz@wp.pl

Konflikt interesów: nie występuje

Źródła finansowania: nie występuje

Wkład autorski: Regina Lorenkowicz^{A,C,E,G,H}, Józef Jasik^{C,D,E,F}, Anna Boczoń^{A,B,C}, Elżbieta Przychodzka^F, Krzysztof Turowski^H

(A – Koncepcja i projekt badania, B – Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – Analiza i interpretacja danych, D – Analiza statystyczna, E – Napisanie artykułu, F – Poszukiwanie piśmiennictwa, G – Krytyczne zrecenzowanie artykułu, H – Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu)

Praca wpłynęła do redakcji: 07.01.2013 r.

Zaakceptowano do druku: 27.02.2013 r.