

Uniwersytet Medyczny  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  
Wydział Lekarski I

**mgr Danuta Garczyk**

**Zadowolenie chorego jako wyraz jakości opieki  
pielęgniarskiej u pacjentów  
leczonej chirurgicznie z powodu dyskopatii  
w odcinku szyjnym lub lędźwiowym kręgosłupa**

**Praca na stopień doktora nauk medycznych  
z zakresu biologii medycznej**

**Promotor: Dr hab. med. Roman Jankowski**

Katedra i Klinika Neurochirurgii i Neurotraumatologii  
Uniwersytetu Medycznego  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  
Kierownik: prof. zw. dr hab. med. Stanisław Nowak

**Poznań 2012**

**Składam serdeczne podziękowania:**

**Dr hab. med. Romanowi Jankowskiemu  
za motywację, zaangażowanie i pomoc**

**Prof. Stanisławowi Nowakowi**

**Kierownikowi Katedry i Kliniki Neurochirurgii i Neurotraumatologii**

**Prof. Ryszardowi Żukielowi**

**za cenne uwagi i rady przy redakcji niniejszej pracy**

# Spis treści

<b>1. Spis używanych skrótów .....</b>	<b>5</b>
<b>2. Wstęp .....</b>	<b>6</b>
2.1 Wprowadzenie .....	6
2.2 Choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa i dyskopatie .....	8
2.3 Charakter i patomechanizm bólu .....	10
2.4 Kliniczna ocena bólu.....	14
2.5 Psychologiczne aspekty bólu .....	19
2.6 Problemy pielęgnacyjne u chorych leczonych operacyjnie .....	21
2.7 Jakość opieki pielęgnarskiej .....	25
2.8 Ocena jakości opieki pielęgnarskiej .....	33
2.9 Ocena wpływu choroby na sprawność i jakość życia chorego .....	36
<b>3. Założenia i cele pracy .....</b>	<b>39</b>
3.1 Założenia .....	39
3.2 Cele pracy .....	40
<b>4. Materiał i metodyka badań .....</b>	<b>40</b>
4.1 Materiał kliniczny .....	40
4.2 Metody badawcze w pierwszym etapie badań.....	42
4.3 Metody badawcze w drugim etapie badań.....	46
4.4 Metody analizy statystycznej .....	48
<b>5. Wyniki badań.....</b>	<b>49</b>
5.1 Analiza danych socjodemograficznych, klinicznych i wyników leczenia operacyjnego .....	49
5.1.1 Wyniki oceny socjodemograficznej .....	49
5.1.2 Ocena danych z wywiadu chorobowego.....	51
5.1.3 Analiza danych z badania przedmiotowego i wyników badania rezonansu magnetycznego kręgosłupa .....	53
5.1.4 Ocena wyników leczenia .....	55
5.2 Ocena doświadczenia i satysfakcji z opieki pielęgnarskiej oraz oceny całościowej opieki pielęgnarskiej i pobytu w oddziale według polskiej wersji Skali Zadowolenia z Pielęgnacji Newcastle .....	59
5.3 Szczegółowa analiza twierdzeń I części i pytań II części polskiej wersji Skali Zadowolenia z Pielęgnacji Newcastle.....	62
5.3.1 Analiza poszczególnych twierdzeń w I części – doświadczenia z opieki pielęgnarskiej polskiej wersji Skali Zadowolenia z Pielęgnacji Newcastle .....	63

5.3.2. Analiza poszczególnych pytań w II części – satysfakcja z opieki pielęgniarstwa polskiej wersji Skali Zadolenia z Pielęgnacji Newcastle .....	66
<b>6. Czynniki wpływające na zadowolenie z pielęgnacji u chorych leczonych operacyjnie z powodu dyskopatii szyjnej lub lędźwiowej .....</b>	<b>71</b>
6.1 Korelacja czynników socjodemograficznych z wynikami polskiej wersji Skali Zadolenia z Pielęgnacji Newcastle .....	71
6.2 Korelacja danych z wywiadu z wynikami polskiej wersji Skali Zadolenia z Pielęgnacji Newcastle.....	74
6.3 Korelacja danych z badań przedmiotowego i neuroradiologicznego z wynikami polskiej wersji Skali Zadolenia z Pielęgnacji Newcastle .....	77
6.4 Korelacja wyników leczenia z wynikami polskiej wersji Skali Zadolenia z Pielęgnacji Newcastle.....	80
6.5 Korelacja wyników III części skali z wynikami I części – doświadczenia i II części – satysfakcji polskiej wersji Skali Zadolenia z Pielęgnacji Newcastle .....	84
6.6 Analiza regresji logistycznej.....	85
<b>7. Dyskusja .....</b>	<b>87</b>
<b>8. Wnioski.....</b>	<b>110</b>
<b>9. Streszczenie .....</b>	<b>111</b>
<b>10. Streszczenie w języku angielskim.....</b>	<b>113</b>
<b>11. Piśmiennictwo .....</b>	<b>115</b>
<b>12. Spis rycin .....</b>	<b>126</b>
<b>13. Spis tabel .....</b>	<b>128</b>
<b>14. Wykaz załączników .....</b>	<b>129</b>



# 1. Spis używanych skrótów

**BMI** - Body Mass Index, wskaźnik masy ciała

**GRUPA - A** - chorzy leczeni operacyjnie z powodu dyskopatii szyjnej

**GRUPA - B** - chorzy leczeni operacyjnie z powodu dyskopatii lędźwiowej

**MR** - badanie rezonansu magnetycznego

**NDI - PL** - Neck Disability Index - Polish Version, polska wersja Wskaźnika Niepełnosprawności Spowodowanej Dolegliwościami Bólowymi Części Szyjnej Kręgosłupa

**NSNS** - The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale

**NSNS-PL** - polska wersja Skali Zadowolenia z Pielęgnacji Newcastle

**OLBPDS-PL** - Oswestry Low Back Pain Disability Scale - Polish Version, polska wersja Skali Bólu Pleców i Następowej Niepełnosprawności

**rS** - współczynnik korelacji rang Spearmana

**VAS** - wzrokowo - analogowa skala bólu

## 2. Wstęp

### 2.1 Wprowadzenie

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. „o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych” reguluje warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz zasady i tryb finansowania świadczeń (Dz. U., 28 sierpnia 2004. Nr 210, poz. 2135) [188]. W „Ustawie” nie znajdujemy wzmianki o jakości świadczonych usług.

Wcześniej, od dnia 6 lutego 1997 roku zaczęła działać ustawa „o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym”. Artykuł 53 tej ustawy mówi, że obowiązkiem kas chorych jest określenie warunków zapewnienia i zasad kontroli jakości (Dz. U., 26. 03. 1997 r. nr 28, poz.153) [187].

Kolejna ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. „o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta” mówi, o jakości świadczonych usług medycznych (Dz. U., 31 marca 2009 r., art. 8) [189]. „Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością, przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Podczas udzielania świadczeń zdrowotnych, osoby wykonujące zawód medyczny, kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorzady zawodów medycznych”.

W interesie ludzi chorych, jak i osób świadczących usługi, powinny być one najwyższej jakości. Odpowiedzialność za tę jakość ponoszą nie tylko placówki opieki zdrowotnej, ale również instytucje rządowe odpowiedzialne za ich prowadzenie, rozwijanie i utrzymanie.

Satysfakcja chorego z wysokiej jakości opieki jest jednym z wyznaczników poziomu świadczonych usług zarówno w sensie medycznym jak i psychologicznym oraz społecznym, a zadowoleni pacjenci aktywnie uczestniczą w procesach medycznych i rehabilitacyjnych kontynuując ciągłość leczenia [73, 136].

Definicję „zadowolenia” pacjenta z opieki podał Pascoe w 1983 r. [135]. Określił on satysfakcję pacjenta, jako reakcję odbiorcy opieki zdrowotnej na najistotniejsze aspekty procesu leczenia i doświadczenie personelu. Wyjaśnia on, że zadowolenie odzwierciedla poznawcze i emocjonalne oszacowanie otrzymanego świadczenia medycznego.

Na zadowolenie pacjenta po zakończonym procesie leczenia wpływa wiele czynników, takich jak: charakterystyka socjodemograficzna chorego (płeć, wiek, stan cywilny),

zdrowie fizyczne i psychiczne, oczekiwania, w jaki sposób udzielona opieka może wpływać na wyniki badań. Warunki i czynniki instytucji opieki zdrowotnej oddziałują na odczuwanie satysfakcji przez pacjenta. Obejmują one zależności i związki międzypersonalne, sposoby działania, techniczną jakość usług, dostępność, skuteczność, uzyskane wyniki, a także zapewnienie ciągłości opieki [47, 180].

Na zadowolenie chorego z pobytu w szpitalu ma wpływ wiele czynników: działania lekarskie, opieka pielęgniarska, zachowania innych pracowników służby zdrowia, porozumienie z pacjentem, warunki leczenia w oddziale. Dotychczasowe badania wykazały, że opieka pielęgniarska jest jednym z najbardziej istotnych czynników wpływających na całościową ocenę pobytu chorego w szpitalu [2, 68, 154].

Elementy opieki pielęgniarskiej, wpływające na zadowolenie pacjenta, obejmują kompetencje personelu, który potrafi poinformować chorego o stosowanych zabiegach i rozproszyć jego ewentualne wahania oraz obawy. Fachowość personelu pozwoli pacjentowi aktywnie uczestniczyć w leczeniu, wspólnie ustalić jego plan zarówno w zakładzie opieki zdrowotnej jak i w domu. Wiedza pielęgniarska i dostępność opieki motywują chorego do współuczestnictwa w procesach leczenia, a następnie rehabilitacji [54, 75].

Jedną z dróg określenia jakości opieki pielęgniarskiej, z punktu widzenia pacjenta, jest wdrażanie różnego rodzaju kwestionariuszy, wypełnianych przez chorego po zakończeniu procesu leczenia. Prowadzenie takich badań pozwala na w miarę obiektywne, określenie poziomu zadowolenia pacjenta z opieki pielęgniarskiej [198].

Choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa i dyskopatia powodująca przewlekły ból korzeniowy coraz częściej jest wskazaniem do interwencji operacyjnej. Natężenie bólu, stopień niepełnosprawności i współistniejące zaburzenia psychiczne, często pod postacią zaburzeń depresyjnych, są problemem, z którym personel pielęgniarski spotyka się w okresie przed- i pooperacyjnym. Od wrażliwości i fachowości personelu będzie zależało zadowolenie chorego w tym trudnym dla niego okresie. Ocena wpływu tych i innych czynników wynikających z działań pielęgnacyjnych, a mających wpływ na satysfakcję chorego, po operacji neurochirurgicznej z powodu dyskopatii w odcinkach szyjnym lub lędźwiowym będzie przedmiotem niniejszego opracowania.

## 2.2 Choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa i dyskopatie

Spondyloarthrosis (gr. spondylos – krąg, arthron – staw, +przyrostek itis) jest zapaleniem stawów międzykręgowych kręgosłupa. Spondyloarthrosis polega na odczynie zapalnym tkanek tworzących staw (chrząstki stawowej, warstwy podchrzęstnej kości, płynu stawowego, torebki stawowej, więzadeł i mięśni).

Choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa (morbus degenerativus columnae vertebralis) polega na postępującym zużyciu i zwyrodnieniu tkanek tworzących kręgosłup (kości, mięśni, więzadeł, stawów, naczyń krwionośnych) wraz z przebudową anatomiczną kręgosłupa i zmianami kanału kręgowego.

Choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa to jedna z najczęściej występujących jednostek nozologicznych. Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa rozwijają się od 18 roku życia i postępują przez całe życie.

Badania epidemiologiczne wykazały, że bóle dolnego odcinka kręgosłupa występują z częstością 28 przypadków na 1000 osób w ciągu roku, a rwa kulszowa pojawia się u 12 pacjentów na 1000 osób rocznie. Występuje częściej u mężczyzn pomiędzy 25 a 64 rokiem życia [202]. Bóle odcinka szyjnego kręgosłupa występują u mężczyzn z częstością 107 na 100 000, a u kobiet 64 na 100 000 osób rocznie. Najczęściej ból pojawia się pomiędzy 50 a 54 rokiem życia [27].

Ostre i przewlekłe bóle kręgosłupa na podłożu zmian zwyrodnieniowych stanowią statystycznie najczęstszą u mężczyzn i drugą, co do częstości u kobiet przyczynę nieobecności w pracy, a także w 20% są wskazaniem do przyznania renty inwalidzkiej [60].

Dyskopatia jest chorobą krążka międzykręgowego, zwykle na podłożu zwyrodnieniowym lub urazowym. Na zwyrodnienie dysku mają wpływ warunki pracy powodujące nadmierne obciążenie kręgosłupa, waga ciała, używki (np. papierosy), współistniejące choroby, czynniki genetyczne i inne.

Choroba zwyrodnieniowa krążka międzykręgowego dotyczy całego segmentu ruchowego kręgosłupa. Segment ruchowy obejmuje sąsiednie kręgi, jadro miażdżyste, pierścień włóknisty, stawy międzykręgowy, aparat więzadłowy: więzadła podłużne przednie i tylne, międzykolcowe, nadkolcowe i więzadła żółte. Wraz z postępem choroby zwyrodnieniowej wszystkie te struktury są w różnym stopniu zmienione. W miarę postępu zmian zwyrodnieniowych pierścień włóknisty krążka międzykręgowego pęka, tracąc możliwość utrzymania jądra miażdżystego w prawidłowym położeniu. Dochodzi do zaburzeń równowagi

pomiędzy syntezą a depolimeryzacją proteino-polisacharydów jądra miazdzystego. Przerwanie ciągłości włókien pierścienia umożliwia uwypuklenie, a w końcu powstanie przepukliny jądra miazdzystego. Uwypuklone jądro miazdzyste napinają zewnętrzne części pierścienia włóknistego oraz więzadło podłużne tylne [29].

Więzadła podłużne przednie i tylne, żółte, międzykolcowe, torebki stawów międzywrostkowych, okostną kręgow, powięź kręgową, naczynia krwionośne oraz mięśnie przykręgosłupowe unerwione są nocyceptywnie – głównie przez gałązkę oponową nerwu rdzeniowego (nervus sinus vertebralis). Bodziec bólowy działa bezpośrednio na receptory nocyceptywne lub drogą pośrednią poprzez mediatory chemiczne uwolnione do płynu pozakomórkowego z uszkodzonych komórek [209].

Pierwszymi objawami dyskopatii są bóle pleców lub karku i przykurcz mięśni przykręgosłupowych. Kiedy jądro miazdzyste przerwie całkowicie pierścień włóknisty oraz więzadło podłużne tylne, pacjent często odczuwa zmniejszenie dolegliwości bólowych kręgosłupa. Jednak ucisk korzenia nerwowego skutkuje bólem neuralgicznym promieniującym do dermatomu uciśniętego korzenia nerwowego. Po objawach bólowych może pojawić się osłabienie (porażenie) mięśni, zniesienie odruchów, ubytki czuciowo-ruchowe, zniesienie czucia albo parestezje. W ekstremalnych przypadkach duża przepuklina jądra miazdzystego może spowodować ucisk rdzenia kręgowego, stożka rdzeniowego lub ogona końskiego [70].

Na podstawie badań rezonansu magnetycznego (MR) kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego u ludzi wykazano, że przepuklina krążka międzykręgowego jest obecna u 25 do 50% osób niemających dolegliwości, a przemieszczenie dyska poza przestrzeń międzykręgową pojawia się w 1 do 18% przypadków. Degeneracja dysku lędźwiowego ulega nasileniu z wiekiem i obejmuje 25 do 70% osób niezgłaszających dolegliwości bólowych. Zmiany obrazu MR w kręgowych blaszkach granicznych stwierdzano w 10% bezobjawowych przypadków. Zmiany degeneracyjne w krążku międzykręgowym obserwowane są w 14 do 33% przypadków bezobjawowych. Pomimo wysokiej ich przewagi u osób zdrowych, zmiany te często są opisywane, jako powodujące poważne bóle dolnego odcinka lędźwiowego i są leczone operacyjnie [96].

Większość przepuklin jądra miazdzystego występuje na poziomach L4-L5 i L5-S1 (od 65% do 95%). Krążki międzykręgowe odcinka szyjnego kręgosłupa, w odróżnieniu od krążków międzykręgowych odcinka lędźwiowego, są poddawane mniejszym obciążeniom osiowym, natomiast większym obciążeniom wynikającym ze znacznej ruchomości kręgosłupa szyjnego (ruchy zgięcia, prostowania oraz rotacji). Przepukliny krążków C5-C6

i C6-C7 stanowią razem około 90% wszystkich przepuklin w szyjnym odcinku kręgosłupa. Obciążenie osiowe w odcinku piersiowym kręgosłupa jest mniejsze niż w odcinku lędźwiowym, a ruchomość w poszczególnych segmentach względnie niewielka. Przepukliny krążków międzykręgowych występują w odcinku piersiowym najrzadziej (stanowią od 0,25% do 0,75% przypadków wszystkich przepuklin krążków międzykręgowych) [146].

Do leczenia operacyjnego kwalifikowani są chorzy z potwierdzonym uciskiem struktur nerwowych w kanale kręgowym przez wypadnięty dysk, zmiany zwyrodnieniowe, z ubytkowymi objawami neurologicznymi lub bólem nieustępującym po leczeniu zachowawczym. Zawsze przed operacją konieczne jest potwierdzenie korelacji zmian w kręgosłupie w badaniach neuroradiologicznych z charakterem i umiejscowieniem bólu [27, 28].

### **2.3 Charakter i patomechanizm bólu**

Najbardziej wczesny opis bólów odcinka lędźwiowego kręgosłupa z rwą kulszową zawarty jest w Biblii, w Pierwszej Księdze Mojżeszowej, wersy 24-32. We fragmencie „Walka Jakuba z Aniołem” czytamy: „A gdy widział, że go nie przemoże, uderzył w staw biodrowy i zwichnął staw biodrowy Jakuba, gdy się z nim mocował (...) A gdy przechodził przez Peniel, wschodziło nad nim słońce, on zaś utykał z powodu biodra swego”. Hipokrates (460 p.n.e. – 370 p.n.e) rozpoznawał ischialgię, uważając za nią jakiegokolwiek ból w okolicy biodra. Twierdził, że występuje ona zwykle latem i jesienią, co było prawdopodobnie związane z większą aktywnością ruchową, tak rolniczą jak i sportową. Hipokrates uważał, że większe nasłonecznienie może wysuszać płyny stawowe, co powoduje okresowość nasilenia objawów. Zauważył, że symptomy ischialgii często występowały u ludzi z wyższych klas społecznych, którą to dolegliwość nasilał rodzaj krzesła, na którym siadali, tzw. clismos, wymuszający hyperkyfozę lędźwiową. Hipokrates nie przywiązywał do clismos znaczenia, natomiast uważał, że lumbalgia i ischialgia pojawiają się szczególnie u osób jeżdżących konno, co powoduje obrzmienie stawów i dolegliwości bólowe [65, 113, 210].

Ból jest zjawiskiem subiektywnym i natężenie odczuwania bólu może mieć różną intensywność obejmującą normalne odczucie bólu, nadmierne lub znacznie osłabione, niekiedy z przyczyn wrodzonych [157].

Ostry ból lędźwiowy od 3 do 6 tygodni i zwykle po tym czasie ustępuje, chociaż często dochodzi do nawrotów w kolejnych latach. Czynniki ryzyka przewlekłego bólu lędźwiowego (trwającego powyżej 3 miesięcy) spowodowane są zarówno przez nieustępujący ból, a w dużej mierze przez czynniki psychologiczne i socjalne związane z danym pacjentem [28, 169].

Odczyn zapalny jest cechą charakterystyczną dla wielu zaburzeń neurologicznych, w tym przewlekłego bólu. Fosfolipaza A2 (Phospholipase A2 PLA2) jest enzymem odpowiedzialnym za biosyntezę prostaglandyn w mózgu, kontrolowaną przez enzym cyklooxygenazę (cyclooxygenase COX). Niezwykle istotne wśród wielu czynników prozapalnych są prostaglandyny wytwarzane przez enzymy cyklooxygenazę 1 i cyklooxygenazę 2 znajdujące się w neuronach, komórkach glejowych, ale także w komórkach przewodu pokarmowego oraz układu sercowo-naczyniowego. Prostaglandyny są mediatorem nie tylko procesu zapalnego, ale również neurodegeneracyjnego związanego z chorobami Parkinsona i Alzheimerera [128].

Bóle mogą mieć charakter miejscowy lub promieniujący (neuralgiczny). Pierwszy dotyczy ograniczonego miejsca kręgosłupa i zwykle poprzedza typ neuralgiczny. Wiąże się to z dynamiką procesu chorobowego np. stopniem wytwarzania cieśni kanału kręgowego lub otworu międzykręgowego, względnie ucisku lub napinania struktur nerwowych. Bólowi kręgosłupa towarzyszy odruchowy skurcz mięśni przykręgosłupowych. Ma on znaczenie obronne, gdyż ogranicza ruchomość tej części kręgosłupa, która jest miejscem powstawania bólu.

Ból neuralgiczny ma charakter promieniujący wzdłuż poszczególnych pni nerwowych i rozprzestrzenia się do obszaru unerwianego przez ten nerw lub korzeń nerwowy, np. do potylicy – neuralgia potyliczna, kończyn górnych – rwa szyjno-barkowa, kończyn dolnych – rwa kulszowa, rwa udowa, względnie może być opasujący w odcinku piersiowym – neuralgia międzyżebrowa. Zwykle jest to ból ostry, ciągły, niekiedy napadowy. Sporadycznie ogranicza się do obszaru unerwienia jednego korzenia [70].

Do rzadko spotykanych zespołów bólowych związanych z uszkodzeniem układu przewodzącego ból zalicza się kausalgię, meralgię, sympatalgię. W tych zespołach, przeciwnie niż w bólach miejscowych kręgosłupa lub neuralgii, zwiększona aktywność ruchowa (chodzenie) łagodzi dolegliwości bólowe. Kausalgia charakteryzuje się bólem rozlanym, piekącym, tępym, okresowo zaostrzającym się i obejmującym swoim zakresem kilka dermatomów. Meralgia paresthetica charakteryzuje się mrowieniem, drętwieniem, paleniem, niekiedy ostrym bólem, obejmującym rozległe obszary kończyny i tułowia. Pojawia

się zazwyczaj po uszkodzeniu zwojów nerwów rdzeniowych, wegetatywnych lub samego rdzenia w okolicy podstawy rogu tylnego lub bocznego. Jeżeli tym wrażeniom czuciowym towarzyszą objawy naczynioruchowe, wzmożona potliwość, wówczas taki rodzaj meralgii bywa określany sympatalgią [209].

Intensywność bólu mimo narastania procesu uszkadzającego może nagle zmniejszyć się lub ustąpić z utrwaleniem objawów uszkodzenia ośrodkowego lub obwodowego neuronu ruchowego (trwałych, neurologicznych objawów ubytkowych). Pojawia się znaczna niedomoga czynności ruchowych – niedowład grup lub poszczególnych mięśni, różnice w odruchach (ścięgnistych i skórnych), zaburzenia czucia powierzchniowego. Natomiast przy uszkodzeniach rdzenia lub nerwów unerwiających pęcherz moczowy dołączają się zaburzenia zwieraczy [87].

Liczne dowody wskazują na to, że przewlekły ból prowadzi do zmian morfologicznych zarówno w mózgu jak i w rdzeniu kręgowym. Badania doświadczalne w bólach neuropatycznych wykazują degenerację interneuronów hamujących w rogach grzbietowych rdzenia kręgowego. Natomiast spektroskopia protonowego rezonansu magnetycznego (proton magnetic resonance spectroscopy, PMRS) wykonywana u ludzi cierpiących z powodu bólów neuralgicznych, wykazała obniżone stężenie metabolitów w mózgu, jak np. N-acetyloasparginianu (N-acetyl-aspartate, NNA), który powstaje w wyniku reakcji kwasu acetyloasparginianowego z acetylo-koenzymem Q. Dochodzi do zmniejszenia korowej istoty szarej oraz gęstości sieci neuronalnej [8].

Zjawisko to wykazano również w jądrach podkorowych – wzgórze w obrębie kory mózgu obserwowano w spektroskopii protonowego rezonansu magnetycznego zmniejszenie od 5% do 11% jej objętości w przypadkach przewlekłych bólów kręgosłupa [9].

Badania neuroanatomiczne wskazują na powiązanie jąder podkorowych z informacją nocyceptywną poprzez zmiany biochemiczne takich związków jak opiaty, dopamina, GABA (gamma Butyric Acid) [30].

U osób z bólami przewlekłymi kręgosłupa, trwającymi powyżej 6 miesięcy, stwierdzono, na podstawie badań funkcjonalnego MR, że dezintegracji ulega sieć neuronalna w mózgu, co wyraża się zmianami w możliwościach poznawczych (kognicyjnych) danej osoby i jej zdolności przystosowawczych towarzyszących przewlekłemu bólowi [13]. Przewlekłe bóle kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego powodują też zmiany emocjonalne, którym towarzyszy zwiększenie mózgowego przepływu krwi w środkowej korze przedczołowej (medial prefrontal cortex mPFC) oraz w przedniej części zakrętu obręczy (rostral anterior cingulate) [12].



W przypadkach przewlekłych bólów kręgosłupa dochodzi do zmian reakcji biochemicznych w mózgu. Grachev i wsp. - 2000 r. [54], używając protonowej tomografii MRS, wykazali zmniejszenie stężenia asparginianu (N-acetyl aspartate) oraz glukozy w grzbietowo – bocznej korze przedczołowej u 9 pacjentów z przewlekłymi bólami kręgosłupa lędźwiowego. Natomiast nie obserwowano zmian w zakręcie obręczy, korze czuciowo – ruchowej i innych okolicach mózgu.

Baliki i wsp. w 2010 r. [14] zademonstrowali MR czynnościowy mózgu, który przedstawiał dwie okolice: sensoryczną ciemieniową gdzie, powstaje odczucie bólu oraz nucleus accumbens, ośrodek nagrody. Badanie polegało na oddziaływaniu bodźca termicznego na skórę w okolicy lędźwiowo-krzyżowej u ludzi z chronicznymi bólami lędźwiowymi i ochotników bez bólów. W okolicy ciemieniowej obraz MR w obu grupach był podobny. Jednak po ustaniu oddziaływania bodźca termicznego aktywność przepływu mózgowego krwi w nucleus accumbens wzrastała u zdrowych ochotników sygnalizując, związane z nagrodą, ustąpienie bólu. Natomiast obserwowano obniżenie aktywności mózgowego przepływu krwi u osób z przewlekłym bólem pleców, co było wyrazem ich rozczarowania.

W badaniach klinicznych pacjentów z bólami kręgosłupa określano aktywność mózgu z użyciem metod hemodynamicznych (PET, fMRI), elektroneuronalnych (EEG, MEG) oraz neurochemicznych (stężenie neurotransmiterów). Wykazano obszary mózgu biorące udział w tworzeniu sieci połączeń obecnej zarówno w ostrym jak i przewlekłym bólu (kora somatosensoryczna, wyspa, przednia część zakrętu obręczy, kora przedczołowa oraz wzgórze). Badania neurochemiczne wskazują na znaczenie opiatów, katecholamin w doznaniach bólu [6].

Natomiast badania mózgu z wykorzystaniem DOT (diffuse optical tomography) u ochotników wskazują na możliwość wykazania różnicy w odpowiedzi mózgu na rodzaj stymulacji obwodowej bólowej lub mechanicznej. Daje to możliwość potencjalnego wykorzystania tej metody do obiektywnego określenia efektywności zastosowanej terapii analgetycznej czy też zabiegu operacyjnego, jak dekompresja korzeni nerwowych w rwie kulszowej [17].

Istotne są również czynniki genetyczne w modulacji bólu [208]. W 2006 r. został odkryty pierwszy gen, GCH1 (guanosine triphosphate cyclohydrolase 1), który jest związany z bólem neuropatycznym [33]. Tegeder i wsp. - 2006 r. [178] zidentyfikowali gen chroniący przed bólem ('pain protective') o typie haploidalnym - GCH1 z 15% częstością

alleli. Ten haploidalny rodzaj genu był związany z mniejszym odczuwaniem bólu u pacjentów po operacji dysku oraz u ochotników z doświadczalnie wywołanym bólem.

## 2.4 Kliniczna ocena bólu

Ból jest przykrym doznaniem fizycznym i psychicznym towarzyszącym chorobie. W kategoriach psychologicznych ból definiuje się, jako nieprzyjemne wrażenie zmysłowe. [118]. Ból jest reakcją na uszkodzenie tkanek i spełnia rolę sygnału ostrzegawczego. Z bólem nierozłącznie związane są negatywne emocje: strach, lęk, przygnębienie, gniew, często towarzyszy mu depresja [20, 37]. Ból jest odczuciem subiektywnym, zazwyczaj jest podstawowym objawem choroby somatycznej. Odczuwanie bólu uruchamia mechanizmy obronne ze strony organizmu [20].

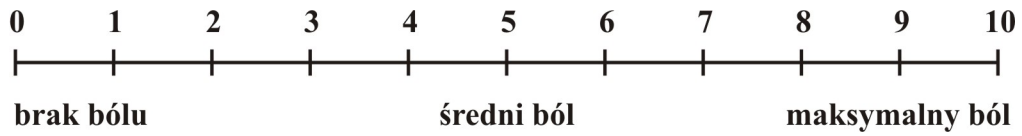
W postępowaniu leczniczym, zwłaszcza w leczeniu bólu przewlekłego, uwzględnia się różne aspekty. Aspekt diagnostyczny obejmuje wskazanie przyczyny bólu, ustalenie właściwego rozpoznania choroby i wdrożenie leczenia. Konieczne jest określenie i monitorowanie umiejscowienia, charakteru i stopnia natężenia bólu. Pomiaru powinny być zawsze dokonywane według tych samych kryteriów porównawczych. Istotnym jest ustalenie czynników wpływających na nasilenie bólu i dążenie do częściowego lub całkowitego ich wyeliminowania. Kompleksowe leczenie bólu musi obejmować ocenę skuteczności zastosowanych metod leczenia [39].

Nie ma możliwości bezpośredniej i obiektywnej oceny pomiaru natężenia bólu. Metody obiektywne mające na celu określenie progu odczucia bólu ze względów etycznych nie są stosowane. Pomiar bólu oparty jest na komunikowaniu się chorego z personelem medycznym [40]. Zastosowanie znalazły metody subiektywne, oparte na informacjach werbalnych i niewerbalnych, opisujące cechy kliniczne bólu, uzyskane od osób cierpiących na ból ostry lub przewlekły. W tym przypadku wykorzystuje się metody psychologiczne pomiaru (psychometryczne) natężenia bólu, korzystające ze skali słownej, numerycznej, wzrokowo – analogowej, graficznej opisowej i kwestionariuszowego pomiaru bólu [20, 39, 73].

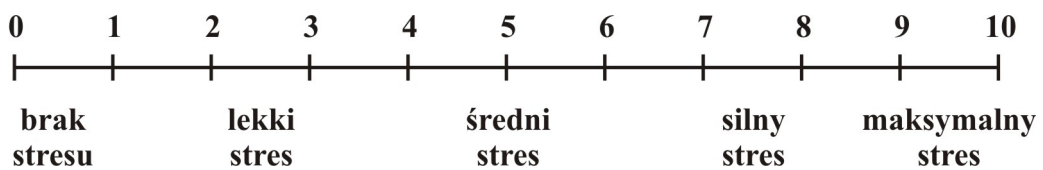
Najpowszechniejszą stosowaną skalą jest skala porządkowa o różnej liczbie jednostek z przypisanymi do nich cyframi i określeniami natężenia bólu: 0 – brak bólu; 1 – ból łagodny; 2 – ból znośny; 3 – ból dotkliwy; 4 – ból nieznośny; 5 – ból nie do wytrzymania, przy czym wartości jednostek nie oznaczają wielokrotności natężenia bólu [144].



Johnson wprowadził dwie różne skale: określeń sensorycznych - skala bólu (Pain Sensation Scale – PSS) (ryc. 3) i skala stresu bólowego (Pain Distress Scale – PDS) (ryc. 4) [wg. 173].

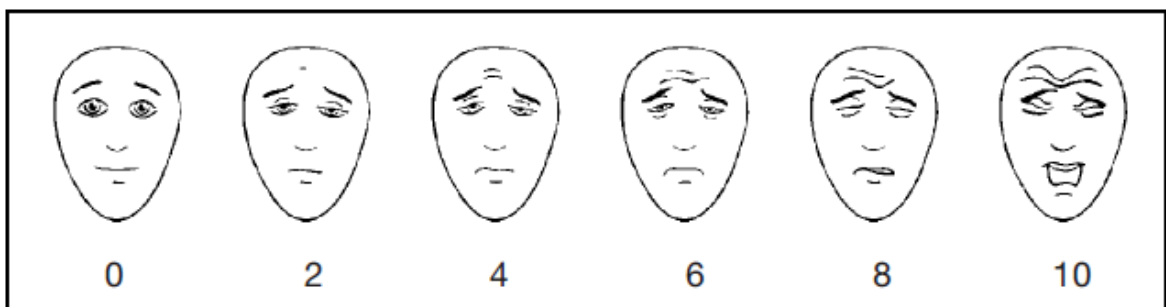


**Rycina 3.** Skala bólu (PSS).



**Rycina 4.** Skala stresu bólowego (PDS).

Skala graficzna pomiaru natężenia bólu (Faces Pain Scale – FPS) przedstawia różną mimikę twarzy zależną od intensywności doznań bólowych (ryc. 5). Skala jest wykorzystana u pacjentów, którzy mają problem ze słuchem, z zaburzeniami komunikacji werbalnej, mówiących innym językiem lub leczonych z powodu demencji [46]. Skala ta jest skalą numeryczną. Obrazowi twarzy, która przedstawia lekki uśmiech, przypisywane jest 0 punktów, pozostałe obrazy twarzy odzwierciedlają natężenie bólu w skali od 2 do 10 punktów.



**Rycina 5.** Skala graficzna pomiaru natężenia bólu na podstawie mimiki twarzy.

Bardziej złożoną, wieloelementową metodę pomiaru bólu opracował kanadyjski psycholog Ronald Melzack. Zaproponował on kwestionariusz The McGill – Malzack Pain Questionnaire – (MPQ) składający się z czterech części dotyczących lokalizacji, charakteru, częstotliwości i natężenia bólu. W oparciu o wcześniejsze badania ankietowe ustalił on, które określenia natężenia bólu, proponowane przez lekarzy jak i pacjentów, są sobie najbliższe. W metodzie tej wykorzystuje się informację o natężeniu bólu zawartą w określeniach sensorycznych, emocjonalnych, subiektywnych i mieszanych [20, 32, 43]. Skala ta jest najczęściej używanym narzędziem pomiaru bólu w angielskim obszarze językowym, ponieważ umożliwia pomiar ilościowy i jakościowy oceny doznań bólowych pacjenta, biorąc pod uwagę aspekt sensoryczny, emocjonalny oraz poznawczy [20, 39, 73, 117].

Polską wersję kwestionariusza MPQ oceny bólu wprowadził Szczudlik [172, 173]. Kwestionariusz składał się z 78 słów określających jakość bólu, podzielonych na 20 grup uwzględniających 4 kategorie: sensoryczną (siła, dynamika i jakość bólu), emocjonalną, ogólną i dodatkową (mieszaną). Malzack opisał problemy, które mogą pojawić się podczas wypełniania kwestionariusza [20, 39, 117]. Problemy te polegają na tym, że badani mogą wybierać więcej niż jedno określenie z danej kategorii, mogą czuć się zmuszeni do wybierania słów z każdej grupy, mogą mieć trudności ze zrozumieniem znaczenia niektórych określeń lub opisywać dolegliwości bólowe z innego okresu czasu.

W 1984 r. Szatanik [171] opracował uproszczoną formę polskiej wersji kwestionariusza MPQ „Arkusze Oceny Bólu” – (AOB) (tab.1). Specyfika i powszechność występowania przewlekłych zespołów bólowych spowodowała, że metody psychometryczne natężenia bólu są przydatne w ocenie jakości bólu, natomiast pomiary kwestionariuszowe wzbogacają techniki badań psychologicznych.

**Tabela 1.** Zmodyfikowany Arkusz Oceny Bólu według Szatnika [171]

Czy w tej chwili ból jest? (lub był w czasie ostatniego ataku bólu)	0 nie	1 słaby	2 średni	3 silny	4 bardzo silny	5 tak silny, jak tylko można sobie wyobrazić
1. Tętniący, pulsujący						
2. Przeszywający, przenikający						
3. Kłujący, świdrujący						
4. Wrzynający się, rozcinający						
5. Ściskający, uciskający lub zgniatający						
6. Rwący, rozrywający, szarpiący lub rozdzierający						
7. Pałący, gorący						
8. Szczypiący, swędzący, mrowiący lub piekący						
9. Tępy, głuchy						
10. Łupiący, łamiący						
11. Mdlący, duszący						
12. Oślepiający, porażający						
13. Promieniujący						
14. Kurczowy, drętwiejący						
15. Zimny						
16. Męczący, wyczerpujący						
17. Niepokojący, przerażający						
18. Nękający, dręczący						
19. Dokuczliwy, przykry						
20. Wstrętny, obrzydliwy						

## 2.5 Psychologiczne aspekty bólu

Przewlekły ból jest złożonym stanem uwarunkowanym, bez względu na pochodzenie, połączeniem czynników psychologicznych, fizjologicznych i neurologicznych.

Przewlekły ból wywołany chorobą zwyrodnieniową kręgosłupa oraz dyskopatią jest przyczyną powstawania lęku i depresji, będących źródłem emocji negatywnych, jak np. smutek, złość. Ograniczenie aktywności pacjenta powoduje wyczerpanie organizmu, zarówno umysłowe jak i fizyczne. Na pogłębienie odczuwania bólu przez chorego ma wpływ brak zrozumienia jego przyczyny oraz sposobu leczenia [71, 145].

Badania kliniczne wykazują, że stres zwiększa apoptozę komórek odpornościowych, jednocześnie zmniejszając wielkość śledziony i grasicy, a zatem obniża zakres reakcji odpornościowych organizmu. Powoduje negatywne zmiany w autonomicznym układzie nerwowym, wpływając na oś neuroendokrynną utworzoną przez podwzgórze-przysadkę-nadnercza, co prowadzi do przewlekłych zmian neuroendokrynnych oraz zaburza wiele procesów psychologicznych, łącznie z rozwojem agresji [164].

Ból, zarówno ostry jak i przewlekły, jest przyczyną stresu powodującego poczucie chaosu i nakazującego choremu szukać sposobów samodzielnego jego łagodzenia. Najlepsze są strategie zadaniowe, nastawione na konkretne rozwiązanie problemów pojawiających się w związku z bólem (np. ćwiczenia usprawniające), a także poszukiwanie informacji, które pomagają poznać zakres różnych możliwości prowadzących do poprawy stanu zdrowia. Mniej skuteczne są strategie bierne. Chory poszukuje i wykorzystuje wsparcie ze strony rodziny, przyjaciół, próbuje zmniejszyć natężenie negatywnych emocji poprzez odwracanie uwagi, relaksację czy ćwiczenia medytacyjne itp. [44, 163].

Nie wszyscy chorzy umieją poradzić sobie z bólem. Część stosuje strategie nieskuteczne, próbując „uciec” od problemu, udając, że go nie ma, lub „odwrotnie” – koncentruje się na nim, traktując go, jako katastrofę, co dodatkowo przysparza mu cierpienie i czyni leczenie mało skutecznym [74].

Najważniejszą, a zarazem najmniej docenianą strategią radzenia sobie z bólem, jest psychoedukacja: dostarczanie chorym odpowiednich informacji na temat przyczyny, mechanizmu powstawania bólu, a także własnych możliwości włączenia się w proces leczenia, a poprzez to zwiększenie jego skuteczności. W wielu wypadkach wskazana jest także terapia poznawczo-behawioralna, która poza wyuczeniem prawidłowych zachowań

koncentruje się na korygowaniu niewłaściwych postaw i przekonań oraz nieadaptacyjnych sposobów myślenia o bólu i sytuacji z nim związanej [185].

Coraz więcej danych wskazuje, że tendencja do równoczesowego współodczuwania depresji i bólu może mieć uzasadnienie w częściowo wspólnym dla obu stanów podłożu neurobiologicznym [79].

Depresja niekorzystnie wpływa na przebieg terapii choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa i dyskopatii. Osoby leczone z powodu dyskopatii w odcinkach szyjnym i lędźwiowym kręgosłupa, u których stwierdzono objawy depresji, zgłaszają ból o większym natężeniu, mają częstsze zaostrzenia objawów choroby, mniejszą sprawność fizyczną i gorzej funkcjonują w relacjach społecznych [11].

Znane jest zjawisko depresji „maskowanej” u osób z przewlekłymi dolegliwościami bólowymi. Wrodycka i wsp. [200] podają, że do neurologa zgłaszają się chorzy z bólem kręgosłupa, głównie w odcinkach szyjnym i lędźwiowym, bez adekwatnych zmian w badaniu przedmiotowym (bóle psychogenne). U części tych chorych podłożem odczuwanych dolegliwości bólowych mogą być zaburzenia depresyjne. Stwierdzili w swoich badaniach, że ból w okolicy kręgosłupa współwystępuje z depresją u 14% do 19% pacjentów. Z tego powodu zalecają, aby chorzy, którzy zgłaszają się do neurologa po raz pierwszy z powodu bólu kręgosłupa, poddani zostali badaniu mającemu na celu potwierdzenie lub wykluczenie depresji, poprzez zastosowanie np. Skali Depresji Becka.

Wystąpienie bólu lub jego nasilenie jest też zjawiskiem psychosomatycznym, a więc związanym ze stanem emocjonalnym. Dolegliwości somatyczne, między innymi w chorobie zwyrodnieniowej kręgosłupa i dyskopatiach, mogą być objawem reakcji psychosomatycznej. Przeżywane emocje mają też komponentę trzewną (wegetatywną). Jeżeli osoba narażona jest na sytuacje stresowe i nie posiada wystarczających zasobów (motywowanie do właściwych działań, zmienne postawy wobec stresu) do „radzenia sobie” z generowanym napięciem emocjonalnym, to trwające zbyt długo pobudzenie układu nerwowego i wegetatywnego prowadzić może do zaburzeń natury czynnościowej, a w skrajnych przypadkach także do uszkodzeń organicznych [35].

Na skutek nadmiernego napięcia emocjonalnego uruchomiony zostaje proces „somatyzacji”, w wyniku, którego stres manifestuje się dolegliwościami somatycznymi. Ból kręgosłupa może być somatycznym objawem nerwicowym. Dolegliwości bólowe zgłaszać mogą również osoby z zaburzeniami hipochondrycznymi, dysocjacyjnymi i konwersyjnymi. Osoby cierpiące na nerwicę hipochondryczną uparczywie zgłaszają skargi somatyczne. W zaburzeniach dysocjacyjnych osoba w sposób nieświadomy generuje



rozmaite dolegliwości fizyczne. Mechanizm ten może mieć na celu np. niepodejmowanie działań przez chorego lub odwrócenia uwagi od niechcianych myśli i uczuć [35, 145].

Według Freuda, aby poradzić sobie z dolegliwościami bólowymi, konieczne jest zapewnienie bezpieczeństwa jednostce, które może być osiągnięte przez odbieranie bodźców ze świata zewnętrznego, gromadzenie ich i kojarzenie, czy unikanie bodźców zbyt silnych, mogących zniszczyć jednostkę [11, 79].

Dla osoby zmagającej się z bólem duże znaczenie ma stopień satysfakcji z opieki medycznej. Zadowolenie może zmniejszać napięcie psychofizyczne i lęk, które potęgują odczuwanie bólu. Przeciwnie, wysoki poziom stresu, wynikający np. z braku zaufania do opieki medycznej, może być przyczyną wzrostu napięcia emocjonalnego, które sprzyja odczuwaniu zjawisk bólowych, jako bardziej dokuczliwych [11, 145].

## **2.6 Problemy pielęgnacyjne u chorych leczonych operacyjnie**

Podstawowym źródłem problemów pielęgnarskich u pacjenta cierpiącego z powodu choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa i dyskopatii są dolegliwości bólowe i ubytkowe objawy neurologiczne, ograniczające funkcjonowanie w życiu codziennym. Wnikliwa ocena stanu chorego (z uwzględnieniem współistniejących chorób) umożliwia określenie problemów występujących w okresach przed- i pooperacyjnym, a także zapewnia prawidłowy przebieg procesu pielęgnacyjnego.

Głównym celem opieki pielęgnarskiej jest troska o chorych, łagodzenie dolegliwości bólowych oraz pomoc w wykonywaniu codziennych czynności życiowych. Istotne jest współuczestnictwo w realizowaniu wytyczonego programu leczenia zachowawczego (farmakologicznego, fizjoterapeutycznego) lub operacyjnego, walka z bólem, a także działanie na rzecz powrotu do życia codziennego [3, 19]. Aby realizować te cele, pielęgniarzka musi ciągle podnosić swoje kwalifikacje.

W okresie przedoperacyjnym podstawowym sposobem minimalizowania bólu jest odpowiednie ułożenie chorego. Ułożenie ciała chorego należy dobierać indywidualnie, tak, aby ból był jak najmniej odczuwalny. U większości pacjentów ból jest ciągły, nasila się przy zmianach pozycji ciała, często występuje w nocy powodując bezsenność. Zalecana jest pozycja leżąca, na „twardym łóżku” w celu utrzymania fizjologicznych krzywizn kręgosłupa. W zespołach bólowych odcinka szyjnego kręgosłupa wskazane jest

ograniczenie ruchów czynnych w zakresie kończyn górnych. Konieczne jest stosowanie poduszek ortopedycznych lub wałka pod szyję tak, aby kręgosłup był ustabilizowany w pozycji neutralnej, z zachowaniem fizjologicznej lordozy. Przy uporczywych bólach wskazane jest doraźne unieruchomienie kręgosłupa w odpowiednim zaopatrzeniu zewnętrznym (kołnierze szyjne, sznurówki i gorsety ortopedyczne) [86, 114, 148, 151].

Do zadań pielęgniarki należy pomoc w utrzymaniu higieny osobistej chorego. W przypadku obecności znacznego natężenia bólu i ubytkowych objawów neurologicznych toaleta ciała przeprowadzana jest w łóżku. U chorych z mniej intensywnym bólem wskazane jest wykonywanie czynności związanych z utrzymaniem higieny osobistej w pozycji siedzącej lub stojącej pod prysznicem.

Ważne jest dostarczenie niezbędnych składników pokarmowych. Dieta powinna być zgodna z zapotrzebowaniem kalorycznym, a odżywianie zalecane jest o właściwych porach dnia. W trakcie spożywania posiłków, zwłaszcza u chorych po operacjach, z powodu zmian zwyrodnieniowych i dyskopatycznych odcinka szyjnego kręgosłupa uwaga pielęgniarki powinna być zwrócona na bóle gardła i zaburzenia w połykaniu. W tych przypadkach pokarm podawany jest małymi porcjami, w postaci papki.

Ocena czynności zwieraczy pęcherza i odbytu jest kolejnym zadaniem pielęgnacyjnym. Obserwacja obejmuje częstość oddawania moczu, ilość wydalanego moczu, jego właściwości fizyko-chemiczne. W przypadkach dysfunkcji zwieraczy pęcherza moczowego (zatrzymanie, częściowe zaleganie moczu w pęcherzu) konieczne jest doraźne cewnikowanie. Obserwacja powinna obejmować częstość i konsystencję oddawanego stolca. W celu prawidłowego opróżniania jelita grubego dieta powinna być lekkostrawna. Prowadzenie bilansu przyjmowanych i wydalanych płynów zapobiega możliwości wystąpienia powikłań w trakcie leczenia. Wskazane jest podawanie leków poprawiających motorykę przewodu pokarmowego (metoklopramid), ułatwiających oddawanie stolca (czopki glicerynowe, bisakodyl, wlewki Enema), podwyższających wartość pH moczu (witamina C), ziołowych leków odkażających układ moczowy [19].

Wraz z postępem choroby wzrasta intensywność bólu, występują ubytkowe objawy neurologiczne (np. niedowład kończyn, zaburzenia czucia), a w przypadku ucisku tętnic kręgowych powodowanych zmianami zwyrodnieniowymi w odcinku szyjnym kręgosłupa, obecne są objawy niewydolności krążenia krwi w układzie kręgowo-podstawnym (bóle, zawroty głowy, szum w uszach, zaburzenia równowagi, chodu, utraty świadomości, nieprawidłowości w polu widzenia) [87].

Długotrwałe utrzymywanie się objawów choroby często doprowadza do wystąpienia zaburzeń emocjonalnych pod postacią lęku, apatii, depresji. Istotne znaczenie ma wsparcie psychiczne udzielane choremu przez pielęgniarkę, realizowane poprzez: wytworzenie miłej i życzliwej atmosfery w oddziale, wyrażanie uczuć sympatii, zainteresowania oraz akceptacji, umożliwienie kontaktu z rodziną oraz przyjaciółmi, wzbudzanie wiary w siebie, kształtowanie optymistycznego nastawienia do życia, wspólną analizę problemów oraz ustalenie różnych możliwości ich rozwiązywania i zachęcanie do rozwijania zainteresowań dostosowanych do aktualnego stanu zdrowia.

W okresie przedoperacyjnym do zadań pielęgniarki należy pobranie krwi i moczu do badań laboratoryjnych. Istotne jest uzyskanie wyniku grupy krwi, czynnika Rh i zabezpieczenie w banku krwi, określonej ilości krwi, w celu ewentualnego przetoczenia podczas operacji. Chory powinien zostać powiadomiony o celowości leczenia operacyjnego i zapewniony o opiece pooperacyjnej. W rozmowie należy okazać wyrozumiałość, cierpliwość, szacunek, zrozumienie dla problemów i obaw pacjenta. Pielęgniarka odpowiedzialna jest za udzielenie informacji odnośnie opieki pooperacyjnej, uspokojenie chorego i przekazanie dokumentacji medycznej na salę operacyjną [124].

Pierwsze problemy, które pojawiają się po operacji, związane są z reakcją organizmu chorego na znieczulenie ogólne. Należą do nich wymioty, nudności, bóle gardła po intubacji dotchawiczej, suchość w jamie ustnej i pragnienie. Działania pielęgnacyjne mają na celu łagodzenie tych dolegliwości.

Konieczne jest w tym okresie monitorowanie podstawowych parametrów życiowych takich jak: stan świadomości, tętno, ciśnienie tętnicze, oddech, ciepłota ciała (karta obserwacji).

Jednym z najważniejszych problemów pielęgnacyjnych po operacji jest ból w okolicy rany pooperacyjnej. Dolegliwości łagodzone są poprzez podawanie leków przeciwbólowych, według zleceń lekarza, ułożenie chorego w pozycji najbardziej dogodnej, ograniczenie do minimum czynności, które wywołałyby ból.

Uwaga pielęgniarki powinna być zwrócona również na stan neurologiczny chorego i obejmować ocenę zakresu ruchów czynnych kończyn, funkcji czuciowych i czynność zwieraczy pęcherza (bolesność w okolicy nadłonowej i badanie palpacyjne okolicy nadłonowej, są to czynności niezbędne w ocenie stanu wypełnienia pęcherza moczowego).

Obserwacja rany operacyjnej obejmuje wygląd opatrunku (krwawienie, wyciek płynu mózgowo-rdzeniowego), ocenę ilości wydzieliny w drenie znajdującym się w ranie

operacyjnej. Przy zmianie opatrunku konieczne jest przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki.

Uwaga pielęgniarki powinna być też zwrócona na opatrunek w miejscu obwodowego lub centralnego kontaktu żylnego i utrzymanie jego drożności.

Powikłaniom zatorowo-zakrzepowym zapobiega prowadzona profilaktyka, wykonywanie ruchów biernych i ćwiczenia izometryczne w zakresie kończyn dolnych, podawanie heparyn drobnocząsteczkowych. Wdrożenie i przestrzeganie systematycznego wykonywania ćwiczeń oddechowych ma na celu zapobieganie wystąpieniu powikłań ze strony układu oddechowego. Pielęgniarka uczestniczy również w leczeniu usprawniającym, które polega na wykonywaniu pełnego zakresu ruchów czynnych lub biernych kończyn (w przypadku niedowładu), przyjmowaniu pozycji siedzącej, stojącej i rozpoczęciu chodzenia. W niektórych przypadkach konieczne jest stosowanie, podczas uruchamiania chorego, zewnętrznej stabilizacji odcinka szyjnego lub lędźwiowego kręgosłupa w kołnierzu lub gorsecie ortopedycznym.

W opiece pielęgniarskiej istotny jest udział pielęgniarki w podawaniu leków zleconych przez lekarza, gdyż ściśle przestrzeganie dawkowania i godzin podawania ma duży wpływ na skuteczność leczenia. Obserwacja chorych podczas podawania leków, ich reakcja na lek jest bardzo ważnym elementem procesu terapeutycznego.

Pielęgniarka zobowiązana jest do prowadzenia systematycznej i rzetelnej dokumentacji swojej działalności.

W opiece pielęgniarskiej nie bez znaczenia jest udzielenie podstawowych informacji dotyczących postępowania po wypisaniu chorego ze szpitala. Przeprowadzane rozmowy mają na celu zniwelowanie napięcia emocjonalnego związanego z przyszłością. Należy podkreślić fakt, że podjęte leczenie operacyjne ma na celu zmniejszenie lub całkowite zniesienie dolegliwości bólowych, powrót do wykonywania czynności związanych z aktywnością codziennego życia i powrót do pracy zawodowej. Istotnym jest udzielenie wskazówek dotyczących trybu życia, kontynuowania leczenia farmakologicznego, fizjoterapii. Wraz z edukacją dotyczącą narządu ruchu powinna być włączona właściwa psychoterapia, szczególnie w przypadkach przewlekłego bólu i obecności ubytkowych objawów neurologicznych. W rozmowie z chorym pielęgniarka wskazuje na możliwości wsparcia przez osoby bliskie. Bardzo ważne są informacje dotyczące utrzymania prawidłowej wagi ciała (w przypadkach otyłości), leczenia chorób przewlekłych (choroby układu krążeniowo-oddechowego, przewodu pokarmowego, cukrzyca i inne) [1, 3, 16, 92].

## 2.7 Jakość opieki pielęgniarstwa

Jakość opieki pielęgniarstwa jest określana, jako zespół cech stanowiących o wartości świadczonych usług. W aspekcie filozoficznym jest ona stopniem doskonałości i wyrazem konstytucji moralnej osób wykonujących swoje obowiązki.

Według Arystotelesa (384-322 r. p.n.e.) jakość została określona, jako „jedna z podstawowych kategorii myśli i rzeczywistości”, co mogło oznaczać zespół swoistych cech, które odróżniają jeden przedmiot od drugiego.

W czasach starożytnych pierwsze pojęcie związane z jakością wprowadził Platon (427-347 r. p.n.e.), który użył słowa „poiotes”. Określił on, „jakość”, czyli „poiotes”, jako stopień osiągniętej przez przedmiot doskonałości zwanej idealizmem obiektywnym. Według Platona świat rzeczywisty stanowił niedoskonałe odzwierciedlenie realnie istniejących idei [23].

Florence Nightingale (1820-1910) w 1860 roku w swojej książce pt. „Notes on nursing. What it is and what is not” wskazała pewne standardy opieki nad pacjentem, co było początkiem wprowadzenia pojęcia związanego z jakością opieki pielęgniarstwa [127].

Jakość została określona przez swoje właściwości: rodzaj, gatunek, wartość. Zespół opisywanych cech stanowił o tym, że dany przedmiot jest tym przedmiotem, a nie innym. Wprowadzone cechy umożliwiły ocenę, w jakim stopniu dany przedmiot lub usługa odpowiada wymaganiom oceniającego. W zakresie ochrony zdrowia pojawił się także bardzo ważny aspekt jakości, utożsamiany z działaniami profilaktycznymi, a nie, jak było dotychczas, z działaniami naprawczymi [107].

Pojęcie jakości w opiece pielęgniarstwa w Polsce zostało zdefiniowane przez Annę Piątek w 1999 roku, jako „stopień, w jakim opieka ta przyczynia się do osiągnięcia pożądanego efektów w stanie zdrowia osób (grup), zwiększa zdolność do samoopieki lub samopielęgnacji oraz wykazuje zgodność z aktualną profesjonalną wiedzą i przyjętymi standardami” [103, 143].

W ochronie zdrowia „jakość” ma szczególne znaczenie, gdyż dotyczy zdrowia i życia człowieka. Duże znaczenie mają rosnące oczekiwania pacjenta i rozwój konkurencji, które zmuszają szpitale do ciągłej pracy na rzecz poprawy właściwości i zakresu oferowanych usług. Istotną rolę w zarządzaniu jakością odgrywają pielęgniarki. Zmieniła się filozofia opieki, która dotychczas skupiała się głównie na potrzebach biologicznych. Aktualne podejście do pacjenta powinno uwzględniać aspekt holistyczny. Ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej odnosi się również do zagadnień dotyczących jakości opieki pielęgniarstwa

gniarskiej. Dlatego pielęgniarki powinny mieć świadomość znaczenia jakości wykonywanych działań.

Obecnie najczęściej używana definicja jakości stosowaną w ochronie zdrowia, jest następująca: „Jakość opieki zdrowotnej to stopień, do jakiego usługi zdrowotne obejmujące jednostki, jak i całe populacje, zwiększają prawdopodobieństwo osiągnięcia pożądaných efektów zdrowotnych oraz wykazują zgodność z aktualną profesjonalną wiedzą” [140].

O poziomie jakości opieki zdrowotnej decyduje nie tylko jakość realizowanych świadczeń zdrowotnych, ale także sposób finansowania, zasoby, warunki organizacyjno – techniczne, relacje między pracownikami ochrony zdrowia oraz sposób zarządzania opieką zdrowotną [140, 141].

Programy Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), zwłaszcza Ljubljaska Karta Reformowania Opieki Zdrowotnej, stały się podstawą sformułowania programów podnoszenia i zapewniania jakości działań. W praktyce zarządzania jakością, w wielu krajach, stosowane są wewnętrzne i zewnętrzne metody zapewniania odpowiedniej jakości świadczonych usług medycznych [103].

Wewnętrzne metody zapewnienia jakości koncentrują się na opracowywaniu przez zakłady opieki zdrowotnej i wprowadzaniu do praktyki własnych programów zapewnienia odpowiedniej jakości, przy wykorzystaniu własnych zasobów. Do metod tych należą m.in. badanie i ocena jakości opieki pielęgniarskiej dokonywane przez kadrę kierowniczą, monitorowanie „zdarzeń niepożądanych” (szczególnie zakażeń szpitalnych) i wdrażanie programów zapobiegania ich występowania. Powszechnie, stosowanym działaniem w zakładach opieki zdrowotnej jest badanie satysfakcji pacjentów, oparte na ich subiektywnych ocenach, indywidualnym doświadczeniu i wymaganiach oraz oczekiwaniach. Poziom zadowolenia pacjentów ze świadczonej opieki jest jednym z najważniejszych wskaźników jej efektywności [131, 143].

Zewnętrzne metody zapewniania jakości to oddziaływania wywierane na zakłady opieki zdrowotnej przez instytucje nadrzędne, grupy ekspertów lub pozarządowe organizacje, zajmujące się certyfikowaniem wytwórców wyrobów i usług. Są one stosowane w zakresie całego systemu opieki zdrowotnej i należą do nich:

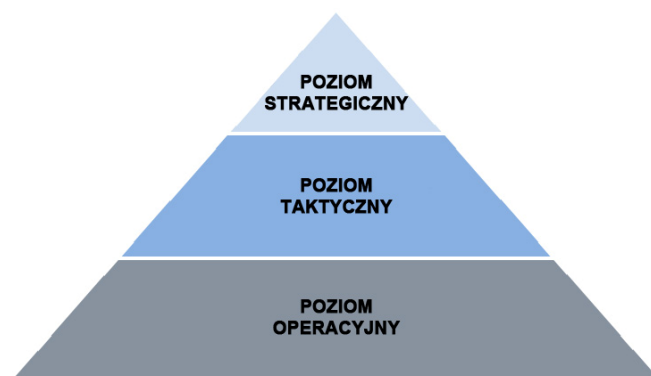
- licencjonowanie – urzędowe zezwolenie na prowadzenie określonej działalności, przy wskazaniu profesjonalnego uzasadnienia decyzji. Przykładem są określone przepisami prawnymi wymagania dotyczące świadczeń zdrowotnych i organizacji zakładów opieki zdrowotnej, np. przepisy sanitarne, wymagania stawiane przy wydawaniu zezwoleń

(licencji) na prowadzenie zakładów opieki zdrowotnej oraz wydawanie przez samorządy zawodowe zaświadczeń o prawie wykonywania praktyki pielęgniarstwa i położniczej

- rekomendacje – wytyczne i zalecenia dotyczące wykonywania określonych świadczeń zdrowotnych wydawane przez zespoły ekspertów, konsultantów krajowych lub wojewódzkich albo instytuty naukowo-badawcze w poszczególnych specjalnościach medycznych, opiece pielęgniarstwa i położniczej
- certyfikaty – poświadczenie przez uprawnione jednostki certyfikujące zgodności funkcjonowania jednostki lub jej części z określonymi normami np. certyfikat ISO (International Organization for Standardization), dotyczący zarządzania zakładem, ochroną środowiska, czy przeprowadzania badań laboratoryjnych
- akredytacja – nadawanie przez Krajową Radę Akredytacyjną certyfikatu jakości zakładom opieki zdrowotnej, które dobrowolnie poddały się przeglądom i uzyskały wysoką ocenę zgodności ze standardami akredytacyjnymi.

Kolejną metodą wdrażania i polepszania poziomu jakości świadczonych usług przez zakłady opieki zdrowotnej jest system zarządzania jakością według PN-EN ISO 9001:2000. System polega na spełnianiu określonych standardów i poddaniu się zakładu opieki zdrowotnej obiektywnej ocenie przez niezależną organizację. Wyniki oceny warunkują otrzymanie certyfikatu ISO w zakresie zarządzania jakością [158]. System ISO obejmuje ocenę wszystkich faz trwania danych usług medycznych, określa strukturę organizacyjną zakładu ochrony zdrowia oraz ogólną i szczegółową odpowiedzialność pracowników za jakość usług, ocenia usprawnianie sposobów w przepływie informacji i dokumentów. Szczególną uwagę zwraca na zapobieganie wystąpienia niezgodności z procedurami: sposób systemowego zapobiegania zakażeniom wewnątrzszpitalnym, błędom w sztuce lekarskiej, pielęgniarstwa i diagnostyce medycznej [21].

Jednym z głównych postanowień zawartych w normach ISO 9001:2000 jest udokumentowanie systemu zarządzania jakością. Dokumentacja ma na celu usprawnienie organizacji pracy szpitala, ułatwienie zarządzania i stanowi dowód wiarygodności placówki. Normy ISO określają strukturę dokumentacji na trzech poziomach w formie piramidy (rycina 6):



**Rycina 6.** Poziomy ważności dokumentacji ISO [90].

- poziom strategiczny – księga jakości, która zawiera politykę i cele systemu zarządzania jakością, obszar objęty systemem, spis ustanowionych procedur i opis wzajemnego oddziaływania między procesami leczniczymi
- poziom taktyczny – procedury systemu zarządzania jakością (dokumenty opisujące działanie poszczególnych komórek i oddziałów szpitala)
- poziom operacyjny – instrukcje, plany działań i inne dokumenty robocze, zawierające szczegółowy opis sposobu realizacji działań podejmowanych na szczeblu wykonawczym [90].

Zapewnienie właściwego poziomu jakości świadczeń zdrowotnych, w tym także opieki pielęgniarskiej, nie jest możliwe bez określenia obowiązujących reguł. Określanie misji, celów i zadań oraz odpowiadających im standardów jest niezbędnym wymogiem profesjonalnego działania wszystkich organizacji i grup zawodowych w służbie zdrowia, które gwarantują zapewnienie świadczeń na odpowiednio wysokim poziomie [38].

W Polsce prace nad standardami opieki pielęgniarskiej zostały rozpoczęte w 1991 roku z chwilą powołania ustawy Samorządu Pielęgniarki i Położnej. Wypracowane standardy są zbieżne z zaleceniami WHO i kierunkami rozwoju pielęgniarstwa na świecie.

Standardy praktyki pielęgniarskiej przyjęto traktować, jako: zbiór wymagań, norm, które określają uzgodniony, możliwy do zrealizowania poziom wykonywania praktyki pielęgniarskiej, jaki został ustanowiony w celu zapewnienia, jakości opieki pielęgniarskiej, podstaw kształcenia i doskonalenia zawodowego pielęgniarek i położnych oraz inspirowania kierunków rozwoju naukowego w dziedzinie pielęgniarstwa [140].

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (MRP) zaleca, aby standardy opracowane, na szczeblu krajowym formułowane były w kategoriach ogólnych tak, aby mogły one być zastosowane w każdym środowisku. Standardy tworzone przez krajowe stowarzyszenia,



pielęgniarek stanowią istotny element strategii zmierzającej do realizacji celu pielęgniarstwa, a tym samym systemu opieki zdrowotnej [38].

Standardy opracowywane przez zespoły krajowe i zatwierdzone przez Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych mają charakter ogólnych wytycznych. Sformułowane zostały w nich podstawy teoretyczne praktyki pielęgniarstwa. W przepisach tych przedstawiono definicję pielęgniarstwa: „jako dziedzinę nauki, jako składową systemu ochrony zdrowia i jako działalność praktyczną. Przepisy te wyjaśniają też pojęcia: pielęgniarka, położna, pielęgniarka/położna, specjalistka oraz przedstawiają podstawowe wymagania dotyczące pielęgniarstwa w warunkach klinicznych i w podstawowej opiece zdrowotnej. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych (NRPiP) opublikowała też ogólne standardy pielęgniarstwa w praktyce klinicznej i praktyce w podstawowej opiece zdrowotnej.

Jakość w opiece pielęgniarstwa jest jednym z elementów opieki medycznej, dotyczy bezpośrednio działań i relacji między personelem pielęgniarstwa a pacjentem. Według wymogów współczesnego pielęgniarstwa każda interwencja podejmowana przez pielęgniarkę powinna być oparta na wiedzy, doświadczeniu zawodowym oraz wartościach normatywnych, do których należą: preferencje pacjentów, koszty opieki, aspekty etyczne, kulturowe i prawne. Jest to „świadome, jasne i uzasadnione stosowanie najwyższej jakości aktualnych dowodów w procesach decyzyjnych dotyczących opieki nad indywidualnymi pacjentami” [90, 91].

Kryteria oceny jakości stosowane w praktyce pielęgniarstwa odnoszą się najczęściej do realizacji głównych funkcji pielęgniarstwa, a także wynikających z nich zadań, sposobu zorganizowania opieki oraz osiągania odpowiednich rezultatów. Badania prowadzone w celu ustalenia pomiaru jakości opieki pielęgniarstwa ukierunkowane zostały na ocenę dwóch obszarów: działania pielęgniarek i stanu zdrowia pacjenta, jako procesu opieki pielęgniarstwa [143].

W Stanach Zjednoczonych opracowano „narzędzie” do retrospektywnej analizy i oceny opieki pielęgniarstwa na podstawie badania dokumentacji. Jest to bilans opieki pielęgniarstwa zwany Nursing Audit lub Patient Audit (tabela 2).

Ocena polega na porównaniu założonych standardów i kryteriów zawartych w arkuszu z działaniami opisanymi w zgromadzonej dokumentacji pacjentów wypisanych ze szpitala lub innych zakładów leczniczych. Analizy dokonuje przygotowana do tego pielęgniarka [143]. Arkusz zawiera 50 kryteriów, które dotyczą siedmiu funkcji pielęgniarstwa:

**Tabela 2.** Ocena i analiza opieki pielęgniarskiej na podstawie badania dokumentacji metodą Nursing Audit [143]

L.p.	Funkcje pielęgniarskie	Punkty	Procent
1.	wykonywanie zleceń lekarskich	42	21%
2.	obserwowanie objawów choroby oraz wpływu choroby i stosowanego leczenia na stan pacjenta	40	20%
3.	wykonywanie zabiegów i innych czynności pielęgniarskich	32	16%
4.	nadzorowanie chorych	28	14%
5.	dokumentowanie i raporty	20	10%
6.	nadzorowanie innych pracowników ochrony zdrowia (z wyjątkiem lekarzy), którzy biorą udział w opiece nad chorym	20	10%
7.	promowanie prawidłowych wzorców fizycznego i emocjonalnego stanu zdrowia przez nauczanie i doradzanie	18	9%
	Razem	200	100%

Na podstawie uzyskanych wyników opieka pielęgniarska jest oceniana od poziomu niewystarczającego: 0 - 40 punktów do poziomu doskonałego: 161-200 punktów. Metoda została opracowana przez Marię C. Phaneuf, profesor pielęgniarstwa, i opublikowana w 1972 roku. Udowodniła ona, że pomiar i doskonalenie jakości pielęgnowania jest podstawą opieki. Jej zamiarem była profesjonalizacja pielęgniarstwa na całym świecie. Metoda ta może być wykorzystywana w każdej specjalności pielęgniarstwa. Obliczanie wyników jest proste, łatwe do zrozumienia i porównania. Metoda Nursing Audit spotkała się z krytyką. Pielęgniarka może szybko nauczyć się tak dokumentować wykonane zlecenia, aby uzyskać dobry wynik bez konieczności rzeczywistego doskonalenia praktyki [103].

Innym „narzędziem” oceny jakości pielęgniarskiej w Stanach Zjednoczonych jest Rush Medicus Index [143]. Początkowo zawierał 350 kryteriów oceny, po zmodyfikowaniu zmniejszono ich liczbę do 250. Ogólnie kryteria odnoszą się do procesu pielęgnowania, potrzeb pacjentów i działalności służb pomocniczych. Oceny dokonuje pielęgniarka, która zbiera informacje na podstawie obserwacji pacjentów, pracy pielęgniarek, wywiadów przeprowadzonych z chorymi, analizy dokumentacji oraz wyników badania satysfakcji pracowników. Dokonuje ona opisu struktur oddziału, liczebności i kwalifikacji kadr, technik i procedur medycznych, obsługi stanowisk pracy oraz działalności służb pomocniczych. Ocena jakości opieki dokonuje się metodą losową w odniesieniu do co najmniej

10% pacjentów przebywających w oddziale w ciągu miesiąca, w odniesieniu do poszczególnych kategorii pacjentów [143].

Lenartowicz przedstawiła propozycję oceny jakości opieki pielęgniarstwa w oparciu o zaproponowane standardy opieki pod nazwą: BOHIPSZO. Nazwa „bohipszo” pochodzi od pierwszych liter standardów uznanych za najważniejsze w pielęgnowaniu. Jest to zestaw ośmiu standardów, każdy z nich ma przypisaną wartość punktową (tab. 3).

Poziom zadowolenia pacjentów ze świadczonej opieki jest bardzo ważnym wskaźnikiem jej efektywności. W miejscu świadczenia opieki mogą być rozpoznane i spełnione wymagania oraz oczekiwania pacjentów, to one stanowią podstawowe wyznaczniki oceny jakości. Dlatego zaleca się, aby monitorowanie i ocena jakości opieki dokonywane były przy użyciu „narzędzi” skonstruowanych przez praktyków, jednakże na podstawie zaleceń sporządzonych przez specjalistów od standaryzacji opieki.

**Tabela 3.** Ocena jakości opieki pielęgniarstwa zaproponowana przez Lenartowicz - 1998 [103]

L.p.	Standard	Punkty	Procent
<b>B</b>	bezpieczeństwo pacjenta	35	14,6%
<b>O</b>	ochrona przed zakażeniami	23	9,6%
<b>H</b>	hotelowe usługi i potrzeby egzystencjalne	30	12,5%
<b>I</b>	informowanie	14	5,8%
<b>P</b>	podmiotowość pacjenta	37	15,4%
<b>S</b>	samopielęgnacja	25	10,4%
<b>Z</b>	zabiegi leczniczo-pielęgnacyjne	46	19,2%
<b>O</b>	organizowanie i dokumentowanie opieki pielęgniarstwa	30	12,5%
	Razem	240	100%

Ocena jakości opieki pielęgniarstwa dokonywana jest na podstawie analizy losowo dobranej grupy pacjentów, która stanowi od 10 do 20% chorych przebywających w oddziale w tym samym okresie czasu. Pielęgniarka dokonująca oceny powinna zgromadzić niezbędne informacje o każdym wylosowanym chorym. Informacje dotyczą stanu zdrowia, potrzeb, oczekiwań, metod diagnostycznych i leczenia, działań pielęgnacyjnych,

sposobu udzielania informacji, promocji zdrowia, wsparcia psychicznego, a także współpracy z rodziną. Następnie sformułowany zostaje model opieki, jakiej wymaga pacjent zgodnie z przyjętymi standardami oraz dokonuje się analizy stanu realizowanej opieki odniesieniu do obowiązującego w oddziale standaryzowanego modelu opieki, którą pacjent powinien otrzymać. Wynik oceny przedstawiony jest w postaci procentowego wskaźnika opieki, co ułatwia porównanie obecnego stanu z poprzednimi wynikami jakości, a także jakością w innych oddziałach. Dobór właściwego „narzędzia” oceny jest bardzo ważnym czynnikiem skuteczności działań zmierzających do poprawy i zapewnienia jakości opieki wytyczonej przez przyjęte standardy. Publikowane standardy obecnie wyposażone są w narzędzia służące do monitorowania jakości. Należą do nich: arkusze, wykresy, karty ewidencji pacjentów, kwestionariusze, ankiety umożliwiające ocenę stanu zdrowia, jakości życia, satysfakcji pacjenta [103, 141].

Pacjent zajmuje bardzo ważną pozycję w procesie wydawania opinii i ocenie jakości opieki pielęgniarstwa. Na zadowolenie (satysfakcję) pacjenta z opieki wpływają następujące czynniki: spełnienie jego oczekiwań, cel usługi, bezpieczna i szybka jego realizacja, trwałość efektu leczenia [89].

Ocena jakości z punktu widzenia pacjenta jest nie tylko jego opinią dotyczącą opieki, ale również wyrażana jest przez jego stan emocjonalny i określana jest, jako satysfakcja lub jej brak [195].

Badania nad zadowoleniem pacjenta związane z procesem leczenia wpisane są również w program operacyjny XIII Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015. Wśród zalecanych zadań w tym programie znajdują się między innymi prowadzenie i rozwój badań dotyczących opinii pacjenta [158].

Pułyśka i wsp. piszą, że „ocena opieki pielęgniarstwa z punktu widzenia pacjenta jest dzisiaj bardziej, niż kiedykolwiek, ukierunkowana na odczuwanie poprzez niego satysfakcji”. Dotyczy ona takiego stopnia opieki, w którym jakość opieki odpowiada oczekiwaniom pacjenta i jest dla niego korzystna. W ocenie subiektywnej jakości usług medycznych chory bierze pod uwagę jakość świadczeń, a także całe ich otoczenie, stosunek personelu medycznego i relacje pomiędzy pracownikami szpitala [134, 195].

Trudności w sformułowaniu kryteriów oceny wiążą się z tym, że satysfakcja jest subiektywnym odczuciem zadowolenia, które wynika z osobistych doświadczeń, oczekiwań, a także hierarchii wartości człowieka. Pielęgniarka natomiast jest świadczącą, która jakość opieki określa, jako zgodność świadczonej usługi z profesjonalną

wiedzą i standardem opieki. Z tego powodu w niektórych przypadkach pacjent postrzega jakość opieki pielęgniarstwa odmiennie niż pielęgniarka.

Zadowolenie pacjenta z opieki pielęgniarstwa zależy też od innych czynników: wieku, płci, poziomu wykształcenia, stanu cywilnego oraz fizycznego i psychicznego stanu zdrowia [137]. Wśród aspektów opieki pielęgniarstwa, mających wpływ na satysfakcję pacjenta, wymienia się: profesjonalność, wsparcie w zakresie edukacji i umiejętności interpersonalne.

Ware i wsp. 1978 r. [192] przedstawili trójwymiarowy system klasyfikowania wyznaczników zadowolenia pacjenta z opieki pielęgniarstwa. Zgodnie z nim są to: sztuka pielęgnowania, jakość opieki instrumentalnej, jakość środowiska. W tym kontekście w ocenie satysfakcji pacjentów w zakresie opieki pielęgniarstwa szczególnie istotne wydają się badania, w których określa się oczekiwania pacjentów wobec pielęgniarek.

W Polsce badania nad oczekiwaniami pacjentów wobec pielęgniarek przeprowadziła między innymi Król -1998. Podaje, że pacjenci oczekują od pielęgniarki: kompetencji i fachowej pomocy, szybkiego likwidowania uciążliwych objawów, informacji, zapewnienia poczucia bezpieczeństwa, poważnego traktowania, zapewnienia intymności [95].

Satysfakcja jest odczuciem subiektywnym, dlatego każdy człowiek ma własną skalę i określony pułap oczekiwań oraz wymagań [24]. Ważne jest także ze strony pacjenta odczucie, w jakim stopniu jakość opinii o opiece pielęgniarstwa zgodna jest z jego wymaganiami i daje oczekiwaną korzyść i zadowolenie.

## **2.8 Ocena jakości opieki pielęgniarstwa**

W ciągu ostatnich lat w systemie ochrony zdrowia coraz więcej uwagi poświęca się zagadnieniom jakości, między innymi w opiece pielęgniarstwa nad chorym. Uwarunkowane jest to holistycznym modelem opieki pielęgniarstwa nad pacjentem i wzrostem oczekiwań wobec instytucji ochrony zdrowia. Opieka pielęgniarstwa obejmuje nie tylko wykonywanie zabiegów, ale też obszar działalności decyzyjnej, kontakty interpersonalne, indywidualne oddziaływanie psychoterapeutyczne na człowieka zarówno chorego, jak i zdrowego, oraz środowisko, w którym przebywa. Zmiany organizacyjne, które nastąpiły w ostatnim dwudziestolecu w polskiej służbie zdrowia, spowodowały pojawienie się konkurencji na rynku usług medycznych i zabieganie o świadczeniobiorcę, czyli pacjenta

[137]. Jakość oferowanej opieki pielęgniarstwa oceniana jest na podstawie odpowiednich wskaźników np. pomiar poziomu satysfakcji [109].

Satysfakcja jest stanem psychicznym, emocją wyrażającą zadowolenie w przypadku, gdy dana usługa spełnia oczekiwania odbiorcy [155].

Słowo satysfakcja (łac. „satio”) oznacza *zaspokoić* lub *wystarczyć*, czyli tyle, ile potrzeba do pełnego zaspokojenia oczekiwań, potrzeb, tak, aby nie było miejsca na skargę [58].

Według słownika języka polskiego [165] „satysfakcja to przyjemność, jaką odczuwamy, gdy osiągniemy coś, na czym nam zależało” lub „zadośćuczynienie za wyrządzoną komuś krzywdę lub za obrazę”. Poczucie satysfakcji, tak jak poglądy, mogą zmieniać się pod wpływem czynników zewnętrznych i wewnętrznych [109].

Akceptowana i szeroko stosowana w środowisku pielęgniarstwa jest definicja satysfakcji z opieki pielęgniarstwa podana przez Risser - 1975. Według Risser satysfakcja to „stopień zgodności między oczekiwaniami pacjenta, co do idealnej opieki pielęgniarstwa a percepcją opieki, którą realnie on otrzymuje” [152].

W pomiarze satysfakcji istotne jest określenie potencjalnego wpływu indywidualnych oczekiwań pacjenta na ocenę poziomu satysfakcji z opieki pielęgniarstwa. Pacjent w ocenie jakości opieki musi porównać własne doświadczenia z własnymi oczekiwaniami [170].

Różne czynniki wpływają na satysfakcję z opieki pielęgniarstwa [106, 190]. Duży wpływ na ocenę satysfakcji mają oczekiwania ze strony pacjenta. Pacjenci z niskimi oczekiwaniami wykazują wyższy stopień satysfakcji z opieki. Pacjenci z oczekiwaniami niemożliwymi do spełnienia są najmniej zadowoleni z opieki pielęgniarstwa [106, 170].

Skala Likerta jest pięciostopniową skalą porządkową. Nazwa skali pochodzi od nazwiska Rensis Likerta (1932 r.) [104] i wykorzystywana jest w kwestionariuszach i wywiadach, dzięki której uzyskać można odpowiedź dotyczącą stopnia akceptacji zjawiska lub poglądu itp. Skala ta obejmuje pięć odpowiedzi ułożonych w porządku od stopnia pełnej dezaprobaty do całkowitej akceptacji. Osoba badana wybiera, w jakim stopniu zgadza się z danym twierdzeniem: 1. Zdecydowanie nie zgadzam się; 2. Raczej nie zgadzam się; 3. Nie mam zdania; 4. Raczej zgadzam się; 5. Zdecydowanie zgadzam się. Liczba odpowiedzi możliwych do wyboru jest nieparzysta (najczęściej 5). Środkowe stwierdzenie powinno być najbardziej neutralne. Każdej odpowiedzi przypisana jest ilość punktów od 1 do 5, gdzie 1 oznacza postawę najbardziej pozytywną wobec badanej cechy, a 5 postawę najbardziej negatywną [49].

W 1975 roku Risser opracowała Skalę Zadowolenia Pacjenta (PSS – Patient Satisfaction Scale) [152]. Skala obejmuje 25 pytań, z możliwością udzielenia odpowiedzi w sposób zaproponowany przez Likerta, składa się z trzech podskal. Aspekty dotyczące opieki i edukacji pacjenta oraz czynniki psychometryczne były podstawą do modyfikacji skali. Modyfikacje skali uwzględniały opinie pacjentów dotyczących różnych aspektów opieki pielęgniarskiej w kontekście zaspokojenia ich specyficznych potrzeb. Skala została zaadoptowana do zastosowania w Finlandii i USA. Ocena właściwości psychometrycznych potwierdza trafność i rzetelność skali [97, 166].

W USA w 2005 r. opracowano „narzędzie” badawcze nazwane Oceną Przez Pacjenta Służby Zdrowia lub Systemu Opieki (CAHP - Consumer Assessment of Health Providers and Systems), którym pacjent dokonuje pomiaru jakości opieki świadczonej w szpitalu. Pytania w kwestionariuszu powstały na podstawie zaleceń rządowych i instytucji odpowiedzialnych za ochronę zdrowia, przeglądu piśmiennictwa i na podstawie wywiadów przeprowadzonych z pacjentami. Wykorzystano również informacje z innych dotychczas stosowanych ankiet. Kwestionariusz obejmuje pytania z różnych aspektów opieki. Ocena zadowolenia z opieki pielęgniarskiej dotyczy: sposobu traktowania pacjenta przez pielęgniarkę, wysłuchiwanie próśb chorego, sposobu informowania i reagowania na wezwania do chorego. Inne, podlegające ocenie aspekty opieki szpitalnej obejmują: nawiązywanie kontaktu z lekarzami, skuteczność łagodzenia dolegliwości bólowych, informacje dotyczące podawanych leków, informacje uzyskane przez chorego przy wypisie ze szpitala oraz stopień czystości i poziom hałasu w oddziale [10, 52].

Skala Newcastle satysfakcji z opieki pielęgniarskiej (The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale, NSNS) została opracowana w Centrum Badawczym Ochrony Zdrowia Uniwersytetu Newcastle w Anglii [181]. Skala służy do pomiaru satysfakcji z opieki pielęgniarskiej. Zamierzeniem autorów było dokonanie oceny opieki pielęgniarskiej w taki sposób, aby na ocenę nie wpływały inne aspekty opieki medycznej.

Skala NSNS składa się z trzech części. Pierwsza dotyczy doświadczenia z opieki pielęgniarskiej i zawiera 26 twierdzeń. Druga część skali jest opinią chorego na temat satysfakcji z opieki pielęgniarskiej i obejmuje 19 pytań. Trzecia część skali obejmuje pytania dotyczące danych socjodemograficznych pacjenta i ogólne pytania związane z pobytem w szpitalu. Po przekodowaniu danych uzyskanych z kwestionariusza oblicza się ostateczny wynik, oddzielny dla pierwszej i drugiej części skali.

W pierwszej części skali (doświadczenia z opieki pielęgniarskiej) ocena mieści się w przedziale od 0 do 100 punktów. Wartość 100 punktów oznacza doświadczenia z opieki

najlepsze z możliwych, a wartość 0 punktów doświadczenia z opieki tak złe, jak to tylko możliwe. W ocenie drugiej części skali (satysfakcja z opieki pielęgniarstwa) zakres uzyskiwanych wyników jest identyczny, jak w pierwszej części skali. Wartość 100 punktów oznacza pełną satysfakcję ze wszystkich aspektów opieki pielęgniarstwa, a wartość 0 punktów świadczy o całkowitym braku zadowolenia z jakiegokolwiek aspektu opieki pielęgniarstwa.

Badania dotyczące pomiaru satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarstwa z zastosowaniem skali NSNS rozpoczęto w Polsce w 2006 roku. Wieloośrodkowy projekt badawczy był prowadzony pod kierunkiem Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Adaptacja kulturowa (walidacja) skali NSNS umożliwia zastosowanie formularza badań w Polsce [58].

Wśród innych „narzędzi”, zastosowanych do pomiaru satysfakcji z opieki pielęgniarstwa, używanych na świecie należy wyróżnić: Skalę Satysfakcji Pacjentów z Opieki Pielęgniarstwa (PSNCC - The Patient Satisfaction with Nursing Care Checklist) [106], Skalę Satysfakcji Pacjenta (LOPSS - LaMonica-Oberst Patient Satisfaction Scale) [106], Kwestionariusz Jakości Opieki Pielęgniarstwa z Satysfakcji Pacjenta (PSNCQQ - The Patient Satisfaction with Nursing Care Quality Questionnaire) [102], Określenie przez Pacjenta Skali Jakości (PAQSACCV - The Patient's Assessment of Quality Scale) [99].

## **2.9 Ocena wpływu choroby na sprawność i jakość życia chorego**

Termin, „jakość życia” oznacza poziom zadowolenia ze swojego organizmu zgodny z potrzebami i stanem zdrowia chorego. Campbell, (1976 r.) był prekursorem badań nad jakością życia. Uważał on, że zależy ona od stopnia zaspokojenia potrzeb w określonych sferach życia, takich jak: małżeństwo, życie rodzinne, zdrowie, życie towarzyskie, zajęcia domowe, praca zawodowa, życie w danym kraju, sposób spędzania wolnego czasu, posiadane wykształcenie i standardu życia [88].

Jakość życia uwarunkowana jest przede wszystkim stanem zdrowia. Wpływa na nią natężenie bólu, przeżywanie choroby i stopień jej zaawansowania. Ocena jakości życia pozwala stwierdzić, w jakim stopniu stan zdrowia pacjenta ma wpływ na stan psychofizyczny oraz funkcjonowanie w życiu codziennym i społeczeństwie. Różne choroby,



w różnym stopniu wpływają, na jakość życia. Szczególnie zmieniają jakość życia choroby powodujące przewlekły ból i ubytkowe objawy neurologiczne.

Dla obiektywizacji wyników leczenia nie są wystarczające wyniki badań klinicznych (badania przedmiotowe, radiologiczne i inne laboratoryjne). Badania jakości życia w medycynie opierają się na założeniu, że stan zdrowia może w istotny sposób wpływać na funkcjonowanie człowieka w sferze fizycznej, psychologicznej i społecznej oraz na stan jego przeżyć, a w efekcie - na jakość życia w ujęciu obiektywnym (funkcjonalnym) i subiektywnym [72]. Konieczna jest ocena samopoczucia i funkcjonowania chorego w życiu codziennym. W tym celu powstały kwestionariusze do oceny jakości życia chorego [36, 193]. Skala Short Form-36 (SF-36) Randa [194] jest najpowszechniejszą i najbardziej uniwersalną skalą oceniającą jakość życia. Kwestionariusz ocenia funkcjonowanie danej osoby dotyczące codziennych zachowań, subiektywnego poczucia dobrostanu, aktywności zawodowej i społecznej. Umożliwia ocenę ośmiu dziedzin aktywności:

1. Sprawność fizyczna, wykonywanie czynności wymagających wysiłku o różnej intensywności (10 pytań)
2. Wpływ choroby na codzienną aktywność i wykonywaną pracę zawodową (4 pytania)
3. Obecność i natężenie bólu (2 pytania)
4. Ocena ogólnego stanu zdrowia w porównaniu do stanu innych osób i do stanu zdrowia sprzed roku (5 pytań)
5. Żywotność. Ocena „pełności” i energii życia oraz wyczerpania i zmęczenia (4 pytania)
6. Funkcjonowanie socjalne. Wpływ stanu zdrowia fizycznego i emocjonalnego na kontakty z otoczeniem (2 pytania)
7. Problemy emocjonalne ograniczające czynność życia codziennego i zawodowego (3 pytania)
8. Ocena stanu psychicznego (5 pytań).

Chory udzielając odpowiedzi na powyższe pytania uzyskuje od 0 do 100 punktów. Wynik skali RAND-36 mierzony jest ilorazem wyrażonym ilością punktów uzyskanych przez chorego w stosunku do maksymalnej ilości punktów w teście. Porównanie ilości punktów z okresu przed- i pooperacyjnego umożliwia ocenę wyniku leczenia. Badania przeprowadzone przez Visschedijka i wsp. [205] potwierdziły użyteczność tej skali w aspekcie rokowniczym.

W końcu lat 90-tych XX wieku, z inicjatywy firmy Servier, w Instytucie Kardiologii w Warszawie opracowano polską wersję językową kwestionariusza SF-36. Według

polskiej wersji kwestionariusza najwyższa wartość punktowa oznacza najniższy stopień w ocenie jakości życia, natomiast najniższa wartość oznacza najwyższy poziom jakości życia [186].

W różnych chorobach stosowane są specyficzne skale i kwestionariusze oceniające jakość życia pacjenta. Oceniają one między innymi stopień natężenia i progresji bólu. Zwracają uwagę, przede wszystkim, na samodzielność w zakresie samoobsługi, ograniczeń dotyczących czynności życia dnia codziennego, socjalnego i zawodowego.

Inne skale są wykorzystywane do oceny niepełnosprawności w chorobach odcinka szyjnego i inne w chorobach odcinka lędźwiowego kręgosłupa. W dolegliwościach z odcinka szyjnego kręgosłupa najpowszechniej używanymi skalami są: Wskaźnik Niepełnosprawności Szyi (Neck Disability Index) [199] i Kopenhaska Skala Niepełnosprawności Czynnościowej Szyi Copenhagen Neck Functional Disability Scale [76]. W chorobach odcinka lędźwiowego zastosowanie znajdują: Skala Quebec Bólu Pleców i Następowej Niepełnosprawności (Quebec Back Pain Disability Scale), Skala Oswestry Bólu Pleców i Następowej Niepełnosprawności (Oswestry Low Back Pain Disability - OLBPDQ) [42], kwestionariusz niepełnosprawności Roland–Morris’a (Roland - Morris Questionnaire) [64].

Wersja polska Wskaźnik Niepełnosprawności Szyi [120, 121] oraz wersja polska Skali Oswestry Bólu Pleców i Następowej Niepełnosprawności [120, 121] zostaną szczegółowo przedstawione w rozdziale dotyczącym metodyki badań.

## **3. Założenia i cele pracy**

### **3.1 Założenia**

Jakość opieki pielęgniarstwa jest celem badań w różnych specjalnościach medycyny, szpitalach lub placówkach opieki podstawowej, ale także w poszczególnych chorobach [61, 169, 158, 166, 174, 178, 205]. Dotychczas w badaniach polskich autorów [93, 94] były analizowane zagadnienia związane z opieką pielęgniarstwą w grupie pacjentów hospitalizowanych z powodu dyskopatii lędźwiowej kręgosłupa. Przedmiotem niniejszej pracy jest poszerzenie i uzupełnienie obszaru badawczego dotyczące satysfakcji chorych operowanych z powodu dyskopatii szyjnej lub lędźwiowej kręgosłupa. Poznanie opinii chorego na temat opieki pielęgniarstwa jest czynnikiem, który istotnie może przyczynić się do poprawy wyników leczenia.

Dzięki wielośrodkowemu projektowi badawczemu pod kierunkiem Zakładu Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki, Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu możliwy jest pomiar satysfakcji pacjenta z opieki pielęgniarstwa za pomocą skali Newcastle, zaadaptowanej do użytku w Polsce. Dzięki tym badaniom wprowadzono wystandaryzowany formularz określający satysfakcję pacjenta z opieki pielęgniarstwa – polska wersja Skali Zadowolenia z Pielęgnacji Newcastle (NSNS-PL) [58, 59]. Wprowadzenie polskiej wersji Skali Zadowolenia z Pielęgnacji Newcastle umożliwia ocenę poszczególnych działań pielęgniarstwa i jednoznaczne porównanie wyników badań nad satysfakcją z opieki pielęgniarstwa.

Zdefiniowania wymagają parametry, którymi kieruje się pacjent w swojej ocenie działań opieki pielęgniarstwa. Najczęściej wyodrębniane zmienne to cechy socjodemograficzne, chociaż ich wpływ na zadowolenie chorego nie został określony w sposób jednoznaczny. Analizy wymagają również inne zmienne, warunkujące satysfakcję chorego, które wynikają z wywiadu chorobowego, badania klinicznego, stopnia niepełnosprawności i zaawansowania choroby. Wyniki te mogą przyczynić się do dokładnego poznania uwarunkowań postrzegania, jakości opieki pielęgniarstwa u pacjentów leczonych chirurgicznie z powodu dyskopatii w odcinku szyjnym lub lędźwiowym kręgosłupa.

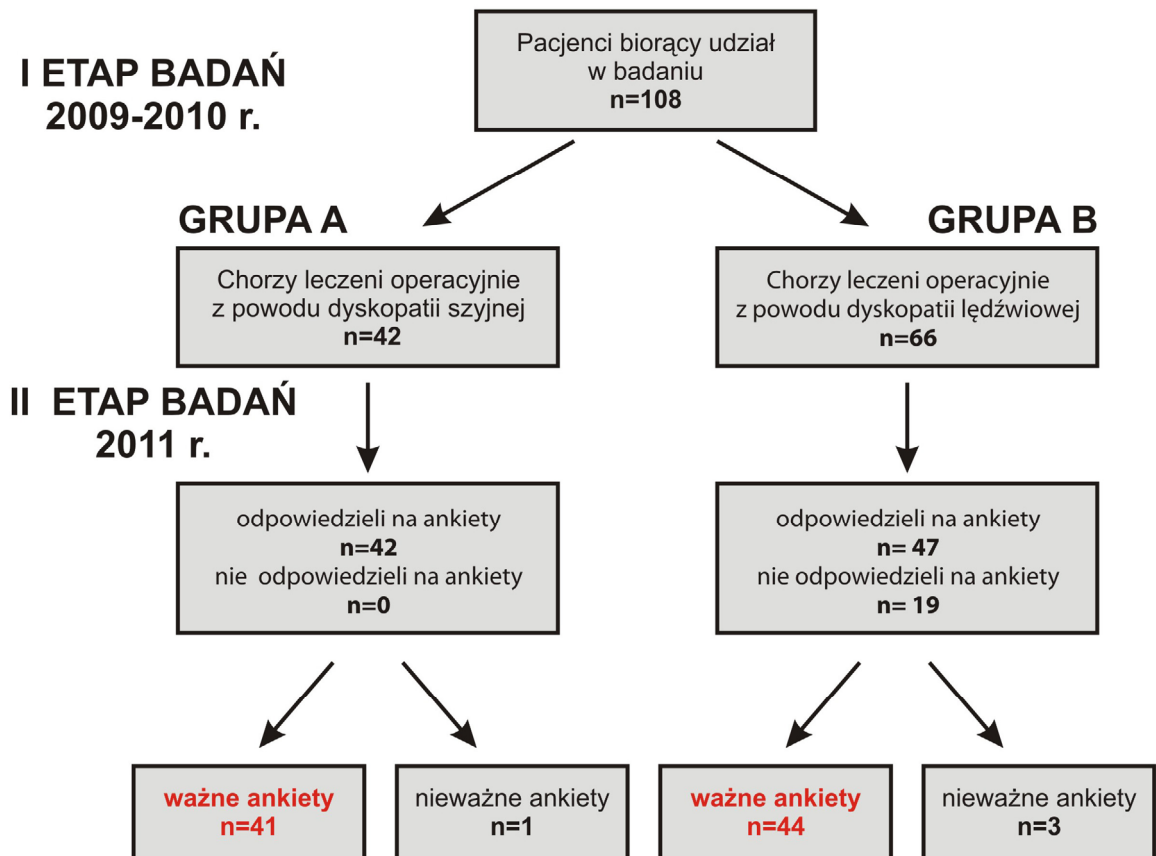
## **3.2 Cele pracy**

1. Ocena doświadczenia pacjenta i satysfakcji z opieki pielęgniarstwa u chorych leczonych operacyjnie z powodu dyskopatii szyjnej lub lędźwiowej, według polskiej wersji Skali Zadowolenia z Pielęgnacji Newcastle
2. Szczegółowa ocena działań pielęgnacyjnych prowadzonych w oddziale neurochirurgicznym, na podstawie analizy poszczególnych twierdzeń, zawartych w pierwszej części i odpowiedzi na pytania zawarte w drugiej części polskiej wersji Skali Zadowolenia z Pielęgnacji Newcastle
3. Określenie czynników wpływających na zadowolenie z opieki pielęgniarstwa u chorych leczonych operacyjnie z powodu dyskopatii szyjnej lub lędźwiowej.

## **4. Materiał i metodyka badań**

### **4.1 Materiał kliniczny**

Przeprowadzone badania miały charakter prospektywny i składały się z dwóch etapów (ryc. 7). W pierwszym etapie zbadano 108 osób, leczonych operacyjnie od 1 czerwca 2009 roku do 31 maja 2010 roku w Katedrze i Klinice Neurochirurgii i Neurotraumatologii UM w Poznaniu z powodu dyskopatii w odcinkach szyjnym lub lędźwiowym kręgosłupa. Wszyscy pacjenci, przed podjęciem decyzji o operacji, byli leczeni zachowawczo przez okres dłuższy niż 3 miesiące. Postępowanie zachowawcze obejmowało leczenie farmakologiczne i fizykalne. We wszystkich przypadkach leczenie zachowawcze okazało się nieskuteczne. U zakwalifikowanych do operacji chorych stwierdzono przewlekły ból, a u większości ubytkowe objawy neurologiczne. U wszystkich chorych wykonane było badanie MR odcinka szyjnego lub lędźwiowego kręgosłupa. Wyniki badania neurologicznego ściśle korelowały z wynikami badania MR. Wszyscy chorzy byli leczeni operacyjnie po raz pierwszy. Z powodu dyskopatii szyjnej było leczonych 42 (38,9 %), a z powodu dyskopatii lędźwiowej 66 (61,1 %) osób. Analizowany materiał obejmował 61 (56,5 %) mężczyzn i 47 (43,5 %) kobiet, w wieku od 20 do 67 lat (średnia wieku wynosiła 44 lata).



**Rycina 7.** Analizowana grupa chorych

Techniki chirurgiczne różniły się w zależności od operowanego odcinka kręgosłupa. Operację dyskopatii szyjnej przeprowadzono z dojścia przedniego kręgosłupa. Polegała ona na całkowitym usunięciu krążka międzykręgowego, uwolnieniu z ucisku struktur nerwowych i naczyniowych kanału kręgowego. W miejsce usuniętego krążka międzykręgowego zakładano implant z PEEK (polieteroeteroketon), w celu uzyskania zrostu kostnego. Operacja w odcinku lędźwiowym kręgosłupa była przeprowadzana z dojścia tylnego, drogą fenestracji więzadła żółtego i polegała na usunięciu fragmentów krążka międzykręgowego, powodujących ucisk na struktury nerwowe kanału kręgowego.

Badania w drugim etapie, miały na celu ustalenie wyników leczenia na podstawie badania ankietowego, przeprowadzonego, co najmniej, po dwunastu miesiącach od zwolnienia chorego ze szpitala. Dane o stanie zdrowia chorych uzyskano na podstawie ankiet wysłanych pocztą do chorych. Odpowiedzi na ankietę udzieliły 42 osoby leczone z powodu dyskopatii szyjnej (grupa A) i 47 osób leczonych z powodu dyskopatii lędźwiowej (grupa B). Po analizie sposobu udzielonych odpowiedzi w grupie A jedną

ankietę uznano za nieważną, a w grupie B trzy ankiety nie spełniały warunków, aby poddać je ostatecznej analizie. Do ostatecznej analizy zakwalifikowano 85 osób. Grupa A obejmowała 41 (47%), a grupa B 44 (53%) pacjentów. Wśród analizowanych było 50 (59%) mężczyzn i 35(41%) kobiet, zakres wieku wynosił od 20 do 67 lat (średnia wieku wynosiła 44 lata).

## **4.2 Metody badawcze w pierwszym etapie badań**

Po przyjęciu do Kliniki chory był informowany o możliwości uczestnictwa w badaniu. Otrzymywał informację pisemną i wyczerpującą informację ustną o celu prowadzonego badania oraz został zapewniony o anonimowości danych (załącznik 1). Wszystkie osoby biorące udział w badaniu zostały poinformowane, że jest ono całkowicie dobrowolne. Każdy pacjent po zapoznaniu się z informacjami pisemnymi i wyjaśnieniami ustnymi, po ich zaakceptowaniu, podpisywał zgodę na udział w badaniu (załącznik 2).

Chory dokonywał oceny natężenia bólu szyi i kończyn górnych (w grupie chorych z dyskopatią szyjną), a także natężenia bólu w plecach i kończynach dolnych (przypadki dyskopatii lędźwiowej) według wzrokowo-analogowej skali bólu. Skala pozwala na określenie natężenia bólu, jako zmiennej cechy subiektywnej, która może przybierać wartości w sposób ciągły i nie daje się precyzyjnie zmierzyć innymi dostępnymi urządzeniami. Pacjent określał natężenie bólu za pomocą wizualnej skali analogowej (VAS), zaznaczając punkt na linii długości 100 mm, na której wartości 0 przypisuje się całkowity brak bólu, a wartości 100 mm najgorszy możliwy ból. Wyniki w zakresie skali VAS interpretuje się następująco: od 1 mm do 25 mm oznacza występowanie lekkiego bólu, od 26 do 50 mm – średniego bólu, od 51mm do 75 mm – silnego bólu, a od 76 mm do 100 mm – oznacza występowanie maksymalnego bólu. Wyrażenie bólu w wartościach numerycznych pozwala na porównanie natężenia bólu w badaniach kontrolnych u danego chorego, jak i w analizowanych statystycznie grupach chorych (załącznik 3) [195].

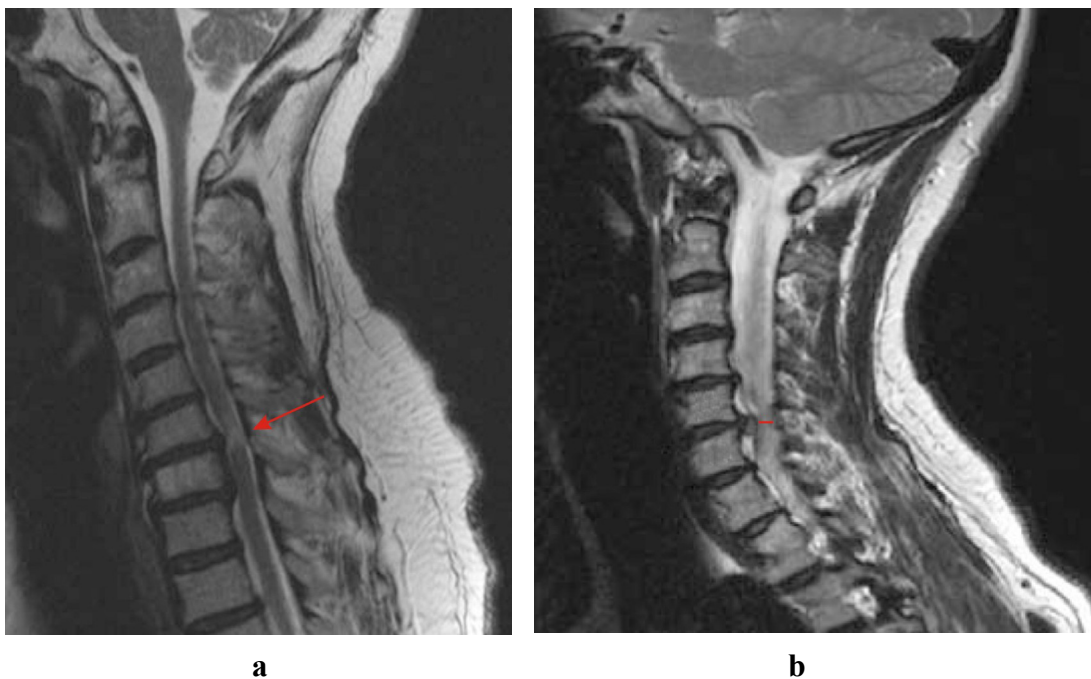
Oceny jakości życia chorych leczonych z powodu dyskopatii szyjnej dokonałam na podstawie polskiej wersji kwestionariusza wskaźnika niepełnosprawności spowodowanej dolegliwościami bólowymi części szyjnej kręgosłupa (Neck Disability Index – Polish Version, NDI-PL) (załączniki nr 4). Kwestionariusz składa się z 10 części dotyczących: intensywności bólu, pielęgnacji, podnoszenia przedmiotów, czytania, bólu głowy,

skupienia się, pracy, prowadzenia samochodu, spania i wypoczynku. W każdej części są możliwości sześciu odpowiedzi. Chory zaznaczał odpowiedź najbardziej odnoszącą się do jego sytuacji i mógł uzyskać od 0 do 5 punktów. Stopień niepełnosprawności chorego jest oceniony w skali punktowej od 0 do 50 punktów lub w procentach (od 0% do 100%). Uzyskane, na podstawie wypełnionego kwestionariusza, wartości pozwoliły na zaliczenie wyniku do jednej z pięciu grup niepełnosprawności. Liczba od 0 do 4 punktów charakteryzuje grupę osób, w której niepełnosprawność nie występuje lub jest minimalna. Liczba od 5 do 14 punktów wskazuje na łagodną niepełnosprawność. Do stopnia niepełnosprawności umiarkowanej zaliczono osoby ocenione od 15 do 24 punktów. Ciężką niepełnosprawność charakteryzuje punktacja od 25 do 34 punktów. Liczba od 35 do 50 punktów oznacza skrajne cierpienie i niepełnosprawność [120].

Do oceny jakości życia chorych leczonych z powodu dyskopatii lędźwiowej, zastosowałam polską wersję skali bólu pleców i następowej niepełnosprawności (Oswestry Low Back Pain Disability Scale – Polish Version, OLBPDS-PL) (załącznik 5). Skala składa się z 10 części dotyczących: intensywności bólu, podnoszenia, siedzenia, spania, podróżowania, pielęgnacji, chodzenia, stania, życia towarzyskiego, zmiany natężenia bólu. W każdej części jest możliwość sześciu odpowiedzi. Odpowiedź pacjenta na każde pytanie jest punktowana od 0 do 5 punktów. Stopień niepełnosprawności chorego jest oceniony w skali punktowej od 0 do 50 punktów lub w procentach (od 0% do 100%). Uzyskane, na podstawie udzielonych odpowiedzi, na wszystkie pytania w dziesięciu częściach kwestionariusza, wartości pozwoliły na zaliczenie wyniku do jednej z pięciu grup niepełnosprawności. Przyporządkowanie do odpowiedniej grupy niepełnosprawności jest analogiczne jak w kwestionariuszu NDI-PL. Liczba od 0 do 4 punktów charakteryzuje grupę osób, w której niepełnosprawność nie występuje lub jest minimalna. Liczba od 5 do 14 punktów wskazuje na łagodną niesprawność. Do stopnia niepełnosprawności umiarkowanej zaliczono osoby ocenione od 15 do 24 punktów. Ciężka niepełnosprawność charakteryzuje punktacja od 25 do 34 punktów. Liczba od 35 do 50 punktów oznacza skrajne cierpienie i niepełnosprawność [121].

Analiza danych uzyskanych przed operacją obejmowała czynniki socjodemograficzne, informacje z wywiadu chorobowego, analizy objawów klinicznych i wyników badań neuroradiologicznych (załącznik 6). Wykorzystano informacje dotyczące płci, wieku, stanu cywilnego, miejsca zamieszkania, wykształcenia, aktywności zawodowej. Dane z wywiadu chorobowego dotyczyły okresu długości choroby, przeciążeń kręgosłupa, stosowania opiatów w celu łagodzenia bólu, uzależnienia od nikotyny i chorób współ-

istniejących oraz wskaźnika masy ciała Body Mass Index (BMI). Prawidłowa wartość wskaźnika wynosi od 19,5 do 24,5. Wśród danych klinicznych odnotowano charakter bólu, obecność ubytkowych objawów neurologicznych, poziom dyskopatii i długość pobytu w szpitalu. W wynikach badania MR u chorych z dyskopatią szyjną uwzględniono wymiar strzałkowy kanału kręgowego na poziomie dyskopatii i obecność zmian intensywności sygnału w rdzeniu kręgowym (ryc. 8) [83, 129]. Zmiany zwyrodnieniowe w odcinku lędźwiowym kręgosłupa ocenione zostały w skali Modica (ryc. 9 a, b, c, d, e, f) [122].



**Ryciny 8.** Zdjęcia badania MR odcinka szyjnego kręgosłupa wykazują zmiany intensywności sygnału w rdzeniu kręgowym (a). Strzałka wskazuje miejsce pomiaru wymiaru strzałkowego kanału kręgowego (b).





a



b



c



d



e



f

**Ryciny 9 a, b, c, d, e, f.** Stopień zaawansowania zmian zwyrodnieniowych w odcinku lędźwiowo-krzyżowym kręgosłupa w badaniu MR według skali Modica

**I typ – tzw. zapalny** (obecność obrzęku). W badaniu MR wzdłuż blaszki granicznej obecny jest hipointensywny sygnał w czasie T1 (a) i hiperintensywny sygnał w czasie T2 (b). Po podaniu kontrastu (gadolina) występuje wzmocnienie świadczące o nadmiernym unaczynieniu tej części kręgu. Powstająca tkanka ziarninowa wypiera szpik kostny i następuje hipertrofia beleczek kostnych.

**II typ – tzw. tłuszczowy**, obecne zmiany hiperintensywne w czasie T1 (c) i izo- lub hiperintensywne w czasie T2 (d). Zmiany nie ulegają wzmocnieniu po podaniu kontrastu. Tkanka tłuszczowa zastępuje czerwony (hematopoetyczny) szpik kostny. Hipertrofia beleczek kostnych obejmuje również gąbczastą część trzonu kręgowego. Tym zmianą w blaszkach granicznych towarzyszy odwodnienie, uwypuklenie dysku i obniżenie wysokości przestrzeni międzytrzonowej.

**III typ – tzw. sklerotyczny**. W badaniu MR wzdłuż blaszki granicznej występują zmiany hipointensywne w czasie T1 (e) i T2 (f). Blaszki graniczne kręgu są zmienione sklerotyczne, a szpik kostny ulega zwłóknieniu. Z tymi zmianami zazwyczaj współistnieją wielopoziomowe dyskopatie.

### 4.3 Metody badawcze w drugim etapie badań

Badanie kontrolne ankietowe przeprowadzono, co najmniej, po dwunastu miesiącach od zwolnienia chorego ze szpitala. Dane o stanie zdrowia chorego uzyskano na podstawie ankiet wysłanych pocztą do chorych. Ankiety zostały wysłane w lipcu 2011 roku, a zakończono przyjmowanie ankiet 30 września 2011 roku. Chory, w przesłanych materiałach, otrzymywał ponownie informację pisemną o celu prowadzonego badania (załącznik 7). Każdy pacjent po zapoznaniu się z informacjami pisemnymi, po ich zaakceptowaniu, podpisywał ponownie zgodę na udział w badaniu (załącznik 8).

Do pomiaru satysfakcji z opieki pielęgniarzkiej zastosowałam polską adaptację kulturową Skali Newcastle zadowolenia z pielęgnacji dokonaną przez Gutysz-Wojnicką i Dyk (załącznik nr 9) [58, 59]. Na wykorzystanie skali NSNS-PL uzyskałam zgodę autorów. W oryginalnej wersji chora/y wypełniała/ł ankietę w dniu wypisu ze szpitala. W przeprowadzonych przeze mnie badaniach pacjent wypełniał kwestionariusz ankiety, co najmniej po dwunastu miesiącach od wypisu z Kliniki Neurochirurgii i Neurotraumatologii UM w Poznaniu.

Skala NSNS-PL składa się z trzech części:

część I – doświadczenia z opieki pielęgniarzkiej. Zawiera 26 twierdzeń (15 pozytywnych i 11 negatywnych) z możliwością odpowiedzi w siedmiostopniowej skali – w zakresie od „całkowicie się nie zgadzam” do „całkowicie się zgadzam”;

część II – satysfakcja z opieki pielęgniarzkiej. Obejmuje 19 pytań dotyczących aspektów opieki pielęgniarzkiej, z możliwością odpowiedzi w pięciostopniowej skali – w zakresie od „całkowicie usatysfakcjonowany” do „całkowicie nieusatysfakcjonowany”;

część III skali to pytania dotyczące danych demograficznych pacjentów i ich pobytu w szpitalu oraz dwa pytania dotyczące ogólnej satysfakcji pacjenta z opieki pielęgniarzkiej w oddziale i satysfakcji z całego pobytu w oddziale.

Po przekodowaniu danych uzyskanych z kwestionariusza obliczyłam ostateczny wynik, oddzielnie dla I i II drugiej części skali. W pierwszej części skali (doświadczenia z opieki pielęgniarzkiej) ocena mieści się w przedziale od 0 do 100 punktów. Wartość 100 punktów oznacza doświadczenia z opieki najlepsze z możliwych, a wartość 0 punktów doświadczenia z opieki tak złe, jak to tylko możliwe. W ocenie II części skali (satysfakcja z opieki pielęgniarzkiej) zakres uzyskiwanych wyników jest identyczny, jak w pierwszej części skali. Wartość 100 punktów oznacza pełną satysfakcję ze wszystkich aspektów opieki

pielęgniarskiej, a wartość 0 punktów całkowity brak zadowolenia z jakiegokolwiek aspektu opieki pielęgniarskiej.

Wyniki uzyskane w III części skali są analizowane oddzielnie. Pacjent podaje dane dotyczące płci, wieku, wykształcenia oraz czasu spędzonego w oddziale. Następnie udzielił następujących informacji: „Czy miał wyznaczoną konkretną pielęgniarkę odpowiedzialną za jego opiekę w oddziale” i proszony był o podanie sposobów, dzięki którym opieka pielęgniarska mogłaby być poprawiona podczas jego pobytu w szpitalu oraz miał możliwość odnotowania innych uwag i komentarzy. Na pytanie 6 „Jak ocenilibyś opiekę pielęgniarską otrzymaną w tym oddziale?” chory udzielił odpowiedzi w siedmiostopniowej skali, w zakresie od „okropna” poprzez „bardzo zła”, w porządku”, „dobra”, „bardzo dobra” do „wyśmienita”. Na pytanie 7 „Całościowo, jak ocenilibyś swój obecny pobyt w tym oddziale?” chory również udzielił odpowiedzi w identycznej siedmiostopniowej skali: „okropnie”, „bardzo źle”, „źle”, „w porządku”, „dobrze”, „bardzo dobrze”, „wyśmienicie”.

Chory w badaniach ankietowych pooperacyjnych ponownie dokonywał oceny natężenia bólu szyi i kończyn górnych (przypadki dyskopatii szyjnej) oraz natężenia bólu w plecach i kończynach dolnych (przypadki dyskopatii lędźwiowej) według skali VAS (załącznik nr 3).

Oceny jakości życia, pacjenci leczeni operacyjnie z powodu dyskopatii szyjnej, dokonali na podstawie kwestionariusza wskaźnika niepełnosprawności spowodowanej dolegliwościami bólowymi części szyjnej kręgosłupa, (NDI-PL) (załączniki nr 4). U chorych leczonych operacyjnie z powodu dyskopatii lędźwiowej została zastosowana skala bólu pleców i następnej niepełnosprawności (OLBPDS-PL) (załącznik nr 5).

Wszystkie badane osoby otrzymały do wypełnienia formularz Skali Depresji Becka (załącznik 10). Skala składa się z 21 punktów. W każdej części są możliwości trzech odpowiedzi. Chory zaznaczał odpowiedź najbardziej adekwatną do swojej sytuacji i mógł uzyskać od 0 do 3 punktów. Ostateczny wynik - stopień zaawansowania depresji oceniany był w skali punktowej od 0 do 63 punktów. Na podstawie uzyskanych punktów określa się depresję, jako łagodną (od 12 do 26 punktów), umiarkowanie ciężką (od 27 do 49 punktów) i bardzo ciężką (od 50 do 63 punktów) [18, 202].

Uzupełnieniem do powyższych kwestionariuszy był załączony w liście formularz z prośbą o wypełnienie danych uzupełniających (załącznik 11). Pytania zawarte w nim dotyczyły okresu czasu, który upłynął od operacji, podjęcia pracy zawodowej, oceny poprawy siły mięśniowej w kończynach górnych i dolnych (chorzy leczeni z powodu dyskopatii szyjnej) lub kończynach dolnych (chorzy leczeni z powodu dyskopatii

łędźwiowej). Kolejne pytanie brzmiało „Jak ocenia Pan/ Pani wynik leczenia operacyjnego?” Do zakreślenia były cztery możliwe odpowiedzi: *bardzo dobrze, dobrze, słabo, bardzo słabo*. Ostatnim pytaniem chory miał odpowiedzieć „Czy poddałby się ponownie operacji?” (czy nie dezaprobuje decyzji podjętej przed kilkunastu miesiącami?). Chory miał podane cztery możliwości i tylko jedną mógł zakreślić: *zdecydowanie tak, raczej tak, raczej nie, zdecydowanie nie*.

#### 4.4 Metody analizy statystycznej

Po analizie wyników zawartych w kwestionariuszach, materiał badawczy został zgromadzony w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Office Excel 1997 - 2003.

W zakresie statystyki cech ilościowych określono wartości minimalną i maksymalną, średnią i odchylenie standardowe. W zakresie cech jakościowych podano liczbę jednostek należących do wyróżnionych kategorii danej cechy i odpowiadające im wartości procentowe.

Ze względu na to, że większość rozpatrywanych cech nie miała rozkładu normalnego, do weryfikacji hipotez użyte zostały testy nieparametryczne. Do ustalenia zależności między cechami ilościowymi lub wyrażonymi na skali porządkowej użyto współczynnika korelacji rang Spearmana (oznaczonego przez  $r_S$ ), natomiast dla zależności pomiędzy cechami ilościowymi a jakościowymi zastosowano test Manna-Whitney'a (gdy cecha jakościowa miała dwie kategorie) lub test Kruskala-Wallisa (gdy cecha jakościowa miała więcej niż dwie kategorie). Testu Manna-Whitney'a użyto również do porównania dwóch grup pod względem cechy ilościowej lub wyrażonej na skali porządkowej.

W celu zbadania skojarzonego wpływu kilku cech (ilościowych lub jakościowych) na zmienne zależne, jakimi są: ocena doświadczenia z opieki pielęgniarstwa i ocena satysfakcji z opieki pielęgniarstwa w skali NSNS-PL, przeprowadzono analizę regresji logistycznej. W obu sytuacjach dla uzyskania dychotomiczności zmiennej zależnej przekształcono ją do postaci: ocena powyżej 75 punktów = „bardzo dobry wynik” i ocena nieprzekraczająca 75 punktów = „brak bardzo dobrego wyniku”.

Za graniczny poziom istotności statystycznej przyjąłem  $p=0,05$ ; wyniki testów przy poziomach mniejszych od tej wartości uznaję za statystycznie nieistotne. Obliczenia statystyczne zostały wykonane za pomocą programu STATISTICA firmy StatSoft.

Projekt badania uzyskał zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

## 5. Wyniki badań

### 5.1 Analiza danych socjodemograficznych, klinicznych i wyników leczenia operacyjnego

#### 5.1.1 Wyniki oceny socjodemograficznej

Analiza chorych uwzględniająca dane socjodemograficzne, została przedstawiona w tabeli 4. Z powodu dyskopatii szyjnej było leczonych 42 (39%), a z powodu dyskopatii lędźwiowej 66 (61%) osób.

W grupie dyskopatii szyjnej (grupa A) znajdowało się 20 (49%) kobiet i 21 (51%) mężczyzn. Wiek chorych wahał się od 30 do 67 lat. Średnia wieku pacjentów wynosiła 49 lat. Większość analizowanych osób (76%) była w związku małżeńskim. Leczeni chorzy w 66% (27 przypadków) mieszkali w miastach poniżej 25 tys. mieszkańców i na wsi. W analizowanej grupie pacjentów 51% (21 przypadków) posiadało wykształcenie średnie, zawodowe 32% (13 przypadków), wyższe 12% (5 przypadków) i podstawowe 5% (2 przyp.). Większość osób (81%) była aktywna zawodowo, 6 chorych korzystało z renty inwalidzkiej, a pojedyncze osoby były na emeryturze (1 przyp.) lub bezrobotne (1 przyp.).

Wśród chorych z dyskopatią lędźwiową (grupa B) mężczyzn było więcej 29 – (66%) przypadków niż kobiet 15 – (34%) przypadków. Wiek chorych wahał się od 23 do 60 lat. Średnia wieku chorych wynosiła 43 lata. Większość pacjentów (70%) była w związku małżeńskim. Leczone osoby w 61% (27 przypadków) zamieszkiwały w miastach powyżej 200 tys. mieszkańców i na wsi. Wśród analizowanych najczęściej, bo 68% posiadało wykształcenie średnie (15 przypadków) i zawodowe (15 przypadków), wyższe 25% (11 przypadków) i podstawowe 7% (3 przypadków). Zdecydowana większość osób (91%) była aktywna zawodowo, 3 chorych było na rencie inwalidzkiej i 1 osoba na emeryturze.

Po porównaniu uzyskanych wyników badań dotyczących czynników socjodemograficznych, w grupach A i B, stwierdziłam różnice w zakresie miejsca zamieszkania chorych. W grupie A przeważali chorzy mieszkający na wsi i w miastach poniżej 25 tys. mieszkańców, a w grupie B na wsi i w miastach o liczbie mieszkańców powyżej 200 tys. Analiza statystyczna, z zastosowaniem testu Chi kwadrat, nie wykazała istotnej statystycznie różnicy pomiędzy chorymi w grupie A i B, pod względem miejsca zamieszkania. W obliczeniach statystycznych, przedstawionych w tabeli 4, również nie wykazałam istotnych statystycznie zależności pomiędzy pozostałymi czynnikami socjodemograficznymi (płcią, wiekiem, stanem cywilnym, wykształceniem i aktywnością zawodową) a przynależnością do analizowanych grup chorych A i B.

**Tabela 4.** Dane socjodemograficzne

Czynniki socjodemograficzne	Dyskoppacie						Obliczenia statystyczne p <sup>++</sup>
	szyjne n=41 (grupa A)			łądziwowe n=44 (grupa B)			
	$\bar{x} \pm SD^{++}$	wartości min. i max.	n (%)	$\bar{x} \pm SD$	wartości min. i max.	n (%)	
płeć	żeńska		20 (49)			15 (34)	p=0,192 test Fishera
	męska		21 (51)			29 (66)	
wiek (lata)		49,53 ± 8,64	30-67		42,82 ± 11,36	23-62	p=0,013 test Manna –Whitney'a
stan cywilny	zamężna / żonaty		31 (76)			31 (70)	p=0,633 test Fishera
	rozwidziona/y		3 (7)			4 (9)	
	stan wolny		3 (7)			7 (16)	
	wdowa/wdowiec		4 (10)			2 (5)	
miejsce zamieszkania	miasto pow. 200tys		11 (27)			13 (29)	p=0,421 test Chi-kwadrat
	miasto od 25-200 tys.		3 (7)			7 (16)	
	miasto do 25 tys.		15 (37)			10 (23)	
	wieś		12 (29)			14 (32)	
wykształcenie	podstawowe		2 (5)			3 (7)	p=0,181 test Chi-kwadrat
	zawodowe		13 (32)			15 (34)	
	średnie		21 (51)			15 (34)	
	wyższe		5 (12)			11 (25)	
aktywność zawodowa	pracuje		33 (81)			40 (91)	p=0,218 test Fishera
	renta		6 (15)			3 (7)	
	emerytura		1 (2)			1 (2)	
	bezrobotna/y		1 (2)				

+  $\bar{x} \pm SD^{++}$  - średnia i odchylenie standardowe

++ p - poziom istotności statystycznej

### 5.1.2 Ocena danych z wywiadu chorobowego

Tabela 5 przedstawia wyniki analizy wywiadu chorobowego, w odniesieniu do grup chorych leczonych operacyjnie z powodu dyskopatii szyjnej lub lędźwiowej.

Wśród osób z dyskopatią szyjną długość wywiadu chorobowego wynosiła od 3 do 360 miesięcy (średnia =  $46,43 \pm 66,87$  miesięcy). Dolegliwości bólowe u 13 (32%) pacjentów zapoczątkowało przeciążenie kręgosłupa. Przed leczeniem operacyjnym 17% chorych zażywało narkotyczne leki przeciwbólowe (opiaty). W badanej grupie uzależnienie od nikotyny zadeklarowało 61% chorych. Choroby współistniejące występowały w 59% przypadków. Do najczęściej stwierdzanych chorób należały: nadciśnienie tętnicze (10 przypadków), choroba wrzodowa żołądka (3 przypadki) i cukrzyca (2 przypadki). Wartości wskaźnika BMI wahały się od 17,78 do 38,20, średnia =  $25,82 \pm 4,66$  (wzrost od 150 cm do 187 cm, średnia  $167 \pm 8,87$  cm i waga ciała od 40 kg do 104 kg, średnia  $73 \text{ kg} \pm 15,70$ ). Prawidłowy wskaźnik BMI stwierdzono u 20 osób, u 19 nadwagę, u 1 otyłość i u 1 osoby niedowagę.

W grupie chorych leczonych operacyjnie z powodu dyskopatii lędźwiowej wywiad chorobowy wynosił od 3 do 180 miesięcy (średnia =  $35,77 \pm 43,70$  miesięcy). Przeciążenie kręgosłupa było przyczyną wystąpienia pierwszych objawów choroby u 20 (45%) pacjentów. Z powodu bardzo silnego bólu, przed leczeniem operacyjnym 14 (32%) chorych zażywało opiaty. W badanej grupie 20 (45%) chorych paliło papierosy. Choroby współistniejące odnotowano w 32% przypadków. Najczęściej chorzy byli leczeni z powodu: nadciśnienia tętniczego (6 przypadków), cukrzycy (3 przypadki) i choroby wrzodowej żołądka (3 przypadki). Wartości wskaźnika BMI wahały się od 20,71 do 34,11, średnia =  $27,10 \pm 3,35$  (wzrost od 150 cm do 189 cm, średnia  $173 \pm 9,13$  cm i waga ciała od 55 kg do 118 kg, średnia  $73 \text{ kg} \pm 13,57$ ). Prawidłowy wskaźnik BMI stwierdzono u 12 osób, u 20 nadwagę i u 2 osób otyłość.

Większa częstość występowania chorób współistniejących u chorych w grupie A (dyskopatia szyjna) okazała się istotna statystycznie (test Fishera  $p < 0,05$ ).

W przeprowadzonych obliczeniach nie wykazano różnic istotnych statystycznie pomiędzy analizowanymi grupami A i B pod względem długości wywiadu chorobowego, częstości zgłaszanego przez chorego przeciążenia kręgosłupa, częstości stosowania leków narkotycznych, częstości uzależnienia od nikotyny oraz wartości BMI.

**Tabela 5.** Wywiad chorobowy

Historia choroby	Dyskopatie						Obliczenia statystyczne p <sup>++</sup>
	szyjne n=41 (grupa A)		lędźwiowe n=44 (grupa B)		n (%)	n (%)	
	$\bar{x} \pm SD$ <sup>++</sup>	wartości min. i max.	$\bar{x} \pm SD$	wartości min. i max.			
długość choroby (miesiące)	46,43±66,87	3-360	35,77±43,70	3-180			p=0,836 test Manna –Whitney’a
przeziączenie kręgosłupa	tak				13 (32)	20 (45)	p=0,266 test Fischera
	nie				28 (68)	24 (55)	
stosowanie opiatów	tak				7 (17)	14 (32)	p=0,593 test Fischera
	nie				34 (83)	30 (68)	
nikotyzm	tak				25 (61)	20 (45)	p=0,278 test Fischera
	nie				16 (39)	24 (55)	
choroby współistniejące	tak				24 (59)	14 (32)	p=0,017 test Fischera
	nie				17 (41)	30 (68)	
BMI	25,82±4,46	17,78-38,20	27,10±3,35	20,71-34,11			p=0,082 test Manna–Whitney’a

<sup>++</sup>  $\bar{x} \pm SD$  - średnia i odchylenie standardowe

<sup>++</sup> p - poziom istotności statystycznej



### 5.1.3 Analiza danych z badania przedmiotowego i wyników badania rezonansu magnetycznego kręgosłupa

Wyniki badań przedmiotowego i MR przedstawione są w tabeli 6.

Chorzy, leczeni operacyjnie z powodu dyskopatii w odcinku szyjnym kręgosłupa, częściej (36 osób, 88% przypadków) skarżyli się na ból promieniujący do kończyn górnych (rwa szyjno-barkowa), niż na ból miejscowy kręgosłupa (5 osób, 12% przypadków). Objawy neurologiczne ubytkowe, typu zaburzenia czucia i osłabienie siły mięśniowej w kończynach górnych lub dolnych stwierdzono w 88% przypadków analizowanych chorych. Kwalifikowane osoby do leczenia operacyjnego częściej (68%) wykazywały wielopoziomą dyskopatię. W badaniu MR odcinka szyjnego kręgosłupa i rdzenia kręgowego wartość wymiaru strzałkowego kanału kręgowego, na poziomie leczonej operacyjnie dyskopatii, u 56% pacjentów była mniejsza lub równa 9 mm, a zmiany intensywności sygnału w rdzeniu kręgowym (świadczące o niedokrwieniu rdzenia kręgowego, z powodu ucisku tętniczych naczyń krwionośnych w kanale kręgowym lub otworach międzykręgowych) wykazano w 24% przypadków. Ocena natężenie bólu szyi i kończyn górnych według skali VAS wahała się od 10 do 90 (średnia =  $46,71 \pm 22,95$ ). Ocena jakości życia, dokonana na podstawie kwestionariusza NDI-PL, wynosiła od 6 do 36 punktów (średnia =  $22,88 \pm 7,54$  punktów).

Chorzy leczeni operacyjnie z powodu dyskopatii szyjnej przebywali w szpitalu od 7 do 26 dni (średnia =  $14,10 \pm 4,48$  dni).

W grupie chorych leczonych z powodu dyskopatii w odcinku lędźwiowym kręgosłupa przeważał ból promieniujący do kończyn dolnych – rwa udowa lub kulszowa (38 osób, 86% przypadków), a ból miejscowy odnotowano u 6 osób (14%). Objawy neurologiczne ubytkowe (zaburzenia czucia i osłabienie siły mięśniowej w kończynach dolnych) stwierdzono u 86% badanych osób. Kwalifikowane do leczenia operacyjnego osoby częściej (57%) wykazywały jednopoziomą dyskopatię. W badaniu MR odcinka lędźwiowego nasilenie zmian zwyrodnieniowych podano wg skali Modica. Do I<sup>o</sup> stopnia zakwalifikowano 39% chorych, do II<sup>o</sup> - 7% i III<sup>o</sup> - 54% chorych. Ocena natężenia bólu kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego i kończyn dolnych według skali VAS wynosiła od 20 do 90 (średnia =  $53,29 \pm 20,29$ ). Ocena jakości życia, oceniona na podstawie skali OLBPD-PL, wynosiła od 4 do 36 punktów (średnia =  $25,39 \pm 8,50$  punktów).

**Tabela 6.** Badania przedmiotowe i neuroradiologiczne

Dane kliniczne	Dyskopatie						Obliczenia statystyczne p <sup>++</sup>
	szyjne n=41 (grupa A)			lędźwiowe n=44 (grupa B)			
	$\bar{x} \pm SD^+$	wartości min. i max.	n (%)	$\bar{x} \pm SD$	wartości min. i max.	n (%)	
charakter bólu	miejscowy		5 (12)			6 (14)	p=1,000 test Fishera
	promieniujący		36 (88)			38 (86)	
ubytkowe objawy neurologiczne	tak		36 (88)			38 (86)	p=1,000 test Fishera
	nie		5 (12)			6 (14)	
dyskopatia	jednopoziomowa		13 (32)			25 (57)	p=0,029 test Fishera
	wielopoziomowa		28 (68)			19 (43)	
badanie MR odcinka lędźwiowego	Modic 1°					17 (39)	
	Modic 2°					3 (7)	
	Modic 3°					24 (54)	
badanie MR odcinka szyjnego	wymiar strzałkowy kanału kręgowego	≤9mm	23 (56)				
		>9mm	18 (44)				
	zmiany intensywności i sygnału w rdzeniu kręgowym	tak	10 (24)				
		nie	31 (76)				
skala VAS		46,71±22,95	(10-90)		53,29±20,29	(20-90)	p=0,220 test Manna-Whitney'a
kwestionariusz NDI-PL		22,88±7,54	(6-36)		25,39±8,50	(4-36)	p=0,036 test Manna-Whitney'a
kwestionariusz OLBPD-PL		14,10±4,48	(7-26)		11,10±5,61	(5-35)	

<sup>+</sup>  $\bar{x} \pm SD$  - średnia i odchylenie standardowe

<sup>++</sup> p - poziom istotności statystycznej

Chorzy leczeni operacyjnie z powodu dyskopatii lędźwiowej przebywali w szpitalu od 5 do 35 dni (średnia =  $11,10 \pm 5,61$  dni).

Stwierdziłam istotność statystyczną ( $p < 0,05$ ) różnic pomiędzy grupami A i B pod względem długości pobytu w szpitalu i częstości występowania dyskopatii jedno- lub wielopoziomowej. Natomiast różnice pod względem charakteru i natężenia bólu w skali VAS, ubytkowych objawów neurologicznych nie okazały się istotne statystycznie.

#### 5.1.4 Ocena wyników leczenia

Tabela 7 przedstawia wyniki leczenia operacyjnego chorych w grupach A i B.

Okres obserwacji chorych po leczeniu operacyjnym, z powodu dyskopatii szyjnej, wynosił od 15 do 28 miesięcy (średnia  $22,20 \pm 4,00$  miesiące). Powrót do aktywności zawodowej po operacji nastąpił u 56% osób. Ustąpienie ubytkowych objawów neurologicznych odnotowano w 22% przypadków. Ocena natężenia bólu odcinka szyjnego kręgosłupa i kończyn górnych według skali VAS wynosiła od 0 do 80 (średnia =  $32,32 \pm 24,40$ ). Wynik leczenia wyrażony oceną intensywności bólu, przed- i po operacji, według skali VAS przedstawia ryc. 10. Ocena jakości życia, dokonana na podstawie kwestionariusza NDI-PL, wahała się od 1 do 37 punktów (średnia =  $17,83 \pm 9,25$  punktów). Ocenę stanu niepełnosprawności pacjentów przed i po operacji na podstawie kwestionariusza NDI-PL została przedstawiona na ryc. 11. Według oceny chorego wyniki leczenia był bardzo dobre w 46%, dobre w 49% i słabe w 2,5% i bardzo słabe w 2,5% przypadków. Na pytanie: „czy chora/y poddałby się ponownie operacji?”; *zdecydowanie tak* odpowiedziało 49% osób, *raczej tak* 44% i *zdecydowanie nie* 7% osób. W skali depresji Becka ilość uzyskanych punktów wynosiła od 0 do 46 punktów (średnia =  $13,09 \pm 11,93$ ).

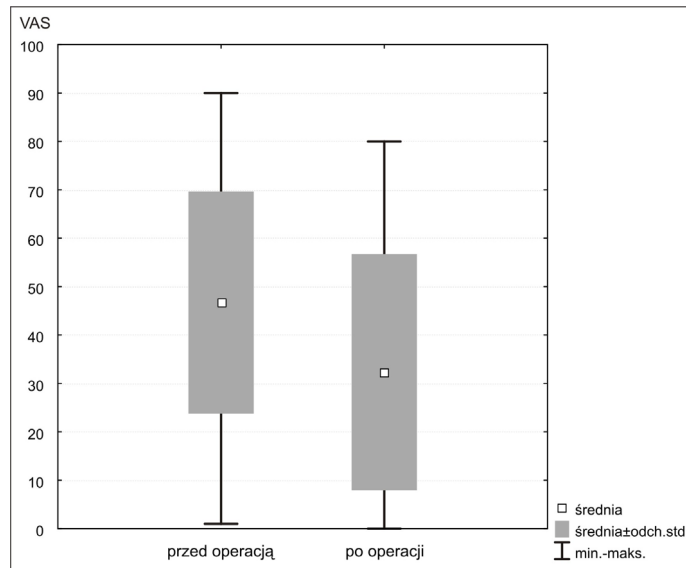
Okres obserwacji chorych po leczeniu operacyjnym, z powodu dyskopatii lędźwiowej, wynosił od 16 do 27 miesięcy (średnia  $22,98 \pm 2,46$  miesiące). Powrót do aktywności zawodowej po operacji nastąpił u 77% osób. Ustąpienie ubytkowych objawów neurologicznych odnotowano w 29% przypadków. Ocena natężenie bólu kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego i kończyn dolnych według skali VAS wynosiła od 0 do 80 (średnia =  $30,45 \pm 25,67$ ). Zmianę natężenia dolegliwości bólowych przed operacją i po operacji, według skali VAS, obrazuje ryc. 12. Ocena jakości życia, dokonana na podstawie skali OLBPD-PL, wyrażała się wartością od 1 do 37 punktów (średnia =  $17,59 \pm 10,15$  punktów).

**Tabela 7. Wyniki leczenia**

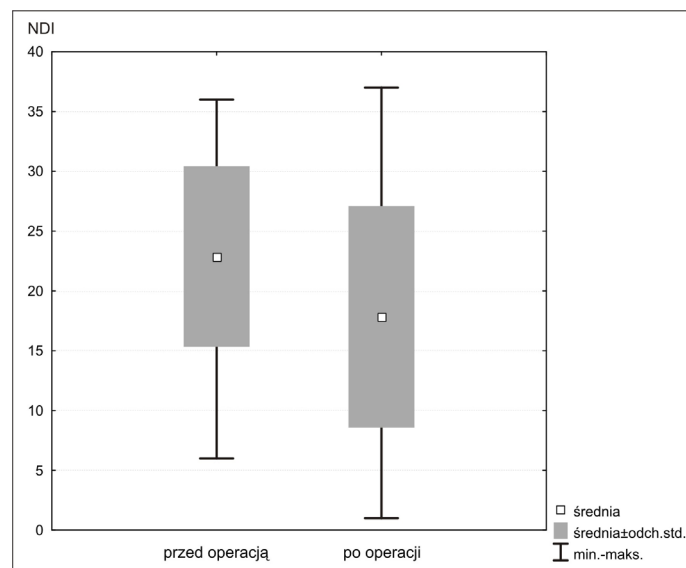
Wyniki	Dyskopatie								Obliczenia statystyczne p <sup>++</sup>
	szyjne n=41 (grupa A)				łędzwiowe n=44 (grupa B)				
	$\bar{x} \pm SD^+$	wartości min. i max.	n (%)	$\bar{x} \pm SD$	wartości min. i max.	n (%)	$\bar{x} \pm SD$	n (%)	
okres obserwacji po operacji (miesiące)	22,20±4,00	(15-28)		22,98±2,46	(16-27)				p=0,476 test Manna-Whitney'a
powrót do aktywności zawodowej	tak		23 (56)			34 (77)			
	nie		18 (44)			10 (23)			p=0,030 test Fishera
ustąpienie ubytkowych objawów neurologicznych	tak		8 (22)			11 (29)			
	nie		28 (78)			27 (71)			p=0,599 test Fishera
skala VAS	32,32±24,40	(0-80)		30,45±25,67	(0-80)				p=0,683 test Manna-Whitney'a
kwestionariusz NDI-PL	17,83±9,25	(1-37)							
kwestionariusz OLBPD-PL	bardzo dobry			17,59±10,15	(1-37)				
	dobry		19 (46)			21 (48)			
	slaby		20 (49)			12 (27)			
	bardzo slaby		1 (2,5)			8 (18)			p=0,016 Chi-kwadrat
czy poddała/ poddałby się Pan/Pani ponownie operacji?	bardzo slaby		1 (2,5)			3 (7)			
	zdecydowanie tak		20 (49)			21 (48)			
	raczej tak		18 (44)			14 (32)			
	raczej nie		3 (7)			7 (15)			p=0,181 Chi-kwadrat
zdecydowanie nie						2 (5)			
skala depresji Becka	13,09±11,93	(0-46)		12,45±11,42	(0-39)				p=0,850 test Manna-Whitney'a

<sup>+</sup>  $\bar{x} \pm SD^+$  - średnia i odchylenie standardowe

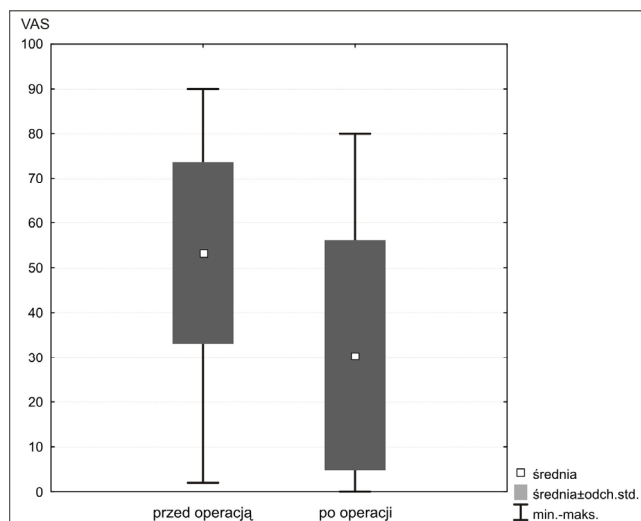
<sup>++</sup> p - poziom istotności statystycznej



**Rycina 10.** Zmiana natężenia bólu, według skali VAS, przed- i po operacji dyskopatii szyjnej (test kolejności par Wilcozona,  $p=0,003$ ).



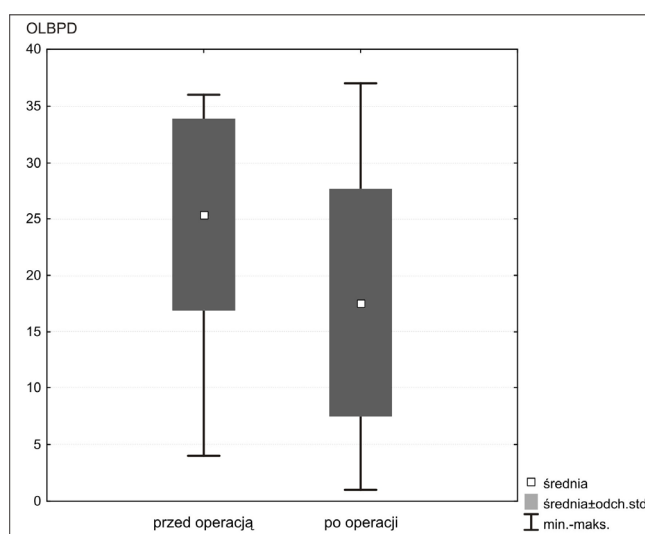
**Rycina 11.** Ocena niepełnosprawności pacjentów przed- i po operacji dyskopatii szyjnej na podstawie kwestionariusza NDI-PL (test kolejności par Wilcozona,  $p=0,001$ ).



**Rycina 12.** Zmiana natężenia bólu, według skali VAS, przed– i po operacji dyskopatii lędźwiowej (test kolejności par Wilcozona,  $p=0,001$ ).

Ryc. 13 uwidacznia zmiany stopnia niepełnosprawności chorych, na podstawie skali OLBPD-PL, przed– i po leczeniu operacyjnym. Według chorego, wyniki leczenia był *bardzo dobre* w 48%, *dobre* w 27% i *bardzo słabe* w 25%. Na pytanie: „czy chora/y poddałby się ponownie operacji?” *zdecydowanie tak* odpowiedziało 48% osób, *raczej tak* 32% i *zdecydowanie nie* 20% osób. W skali depresji Becka ilość uzyskanych punktów wynosiła od 0 do 39 punktów (średnia =  $12,45 \pm 11,42$ ).

Analiza statystyczna wykazała istotność statystyczną ( $p < 0,05$ ) różnicy pomiędzy grupami A i B pod względem częstości powrotu do aktywności zawodowej i oceny wyniku leczenia dokonanej przez pacjenta.



**Rycina 13.** Ocena niepełnosprawności pacjentów, przed– i po operacji dyskopatii lędźwiowej, na podstawie skali OLBPD-PL (test kolejności par Wilcozona,  $p=0,001$ ).

## 5.2 Ocena doświadczenia i satysfakcji z opieki pielęgniarskiej oraz oceny całościowej opieki pielęgniarskiej i pobytu w oddziale według polskiej wersji Skali Zadowolenia z Pielęgnacji Newcastle

Wyniki oceny doświadczenia i satysfakcji z opieki pielęgniarskiej oraz całościowej opieki pielęgniarskiej i całościowego pobytu w oddziale według skali NSNS-PL przedstawia tabela 8.

Chorzy leczeni z powodu dyskopatii szyjnej oceniali swoje doświadczenia z opieki pielęgniarskiej od 44,23 do 100 % (średnia =  $82,00 \pm 15,10$  %), a satysfakcję z opieki pielęgniarskiej ocenili od 36,84 do 100 % (średnia =  $75,60 \pm 18,07$  %). Ocena, dokonana przez chorego, całościowej opieki pielęgniarskiej wahała się od 4 do 7 punktów (średnia =  $5,85 \pm 0,82$  punktów) i całościowego pobytu w szpitalu wynosiła od 3 do 7 punktów (średnia =  $5,70 \pm 1,03$  punktów).

Pacjenci leczeni z powodu dyskopatii lędźwiowej na podstawie skali NSNS-PL oceniali swoje doświadczenia z opieki pielęgniarskiej od 47,44 do 99,36 % (średnia =  $79,04 \pm 13,52$  %) a satysfakcję z opieki pielęgniarskiej od 30,26 do 100 % (średnia =  $74,40 \pm 16,84$  %) (ryc. 14). Ocena, dokonana przez pacjenta, całościowej opieki pielęgniarskiej wahała się od 5 do 7 punktów (średnia =  $5,84 \pm 0,52$  punktów), a całościowego pobytu w szpitalu wynosiła od 4 do 7 punktów (średnia =  $5,73 \pm 0,58$  punktów).

W celu większej wyrazistości interpretacji uzyskanych wyników z części I skali – doświadczenia i części II skali – satysfakcja dokonałam zamiany wyników uzyskanych w punktach na tradycyjną skalę ocen: 0 do 25 % = ocena *niedostateczna*, od 26 do 50 % = ocena *dostateczna*, od 51 do 75 % = ocena *dobra* i od 76 do 100 % = ocena *bardzo dobra*.

W przeprowadzonych obliczeniach statystycznych wykazałam zależności znamienne statystyczne pomiędzy oceną doświadczenia z opieki pielęgniarskiej, a satysfakcją z opieki pielęgniarskiej w grupie A ( $rS = 0,731$ ,  $p < 0,001$ ) i B ( $rS = 0,731$ ,  $p < 0,001$ ) (ryc. 15 a, b). Natomiast nie wykazałam takiej zależności pomiędzy oceną całościowej opieki pielęgniarskiej i oceną całościowego pobytu w oddziale na podstawie skali NSNS-PL a przynależnością do grup A lub B analizowanych chorych.

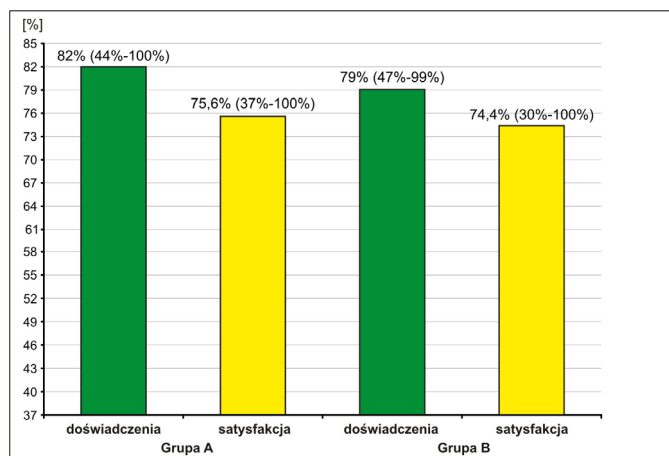
Tabela 8. Ocena doświadczenia i satysfakcji z opieki pielęgniarskiej oraz ocena całościowej opieki pielęgniarskiej i pobytu w oddziale według polskiej wersji Skali Zadovolenia z Pielęgnacji Newcastle

Wyniki	Dyskopatie				Obliczenia statystyczne P <sup>++</sup>
	szyjne n=41 (grupa A)		lędźwiowe n=44 (grupa B)		
	$\bar{x} \pm SD^+$	wartości min. i max.	$\bar{x} \pm SD$	wartości min. i max.	
I część - doświadczenia z opieki pielęgniarskiej	82,00±15,10	44,23-100,00	79,04±13,52	47,44-99,36	p=0,230 test Manna-Whitney'a
II część – satysfakcja z opieki pielęgniarskiej	75,60±18,07	36,84-100,00	74,40±16,84	30,26-100,00	p=0,625 test Manna-Whitney'a
III część – ocena całościowa opieki pielęgniarskiej otrzymanej w oddziale	5,85±0,82	4,00-7,00	5,84±0,52	5,00-7,00	p=0,613 test Manna-Whitney'a
III część – ocena pobytu w oddziale	5,70±1,03	3,00-7,00	5,73±0,58	4,00-7,00	p=0,667 test Manna-Whitney'a

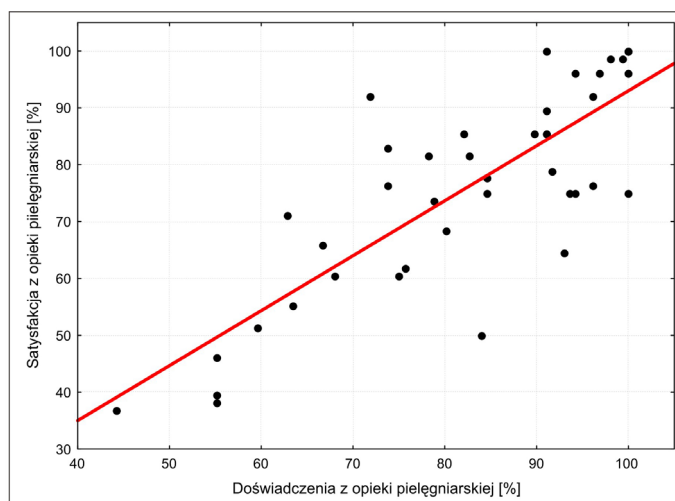
+  $\bar{x} \pm SD^+$  - średnia i odchylenie standardowe

++ p - poziom istotności statystycznej

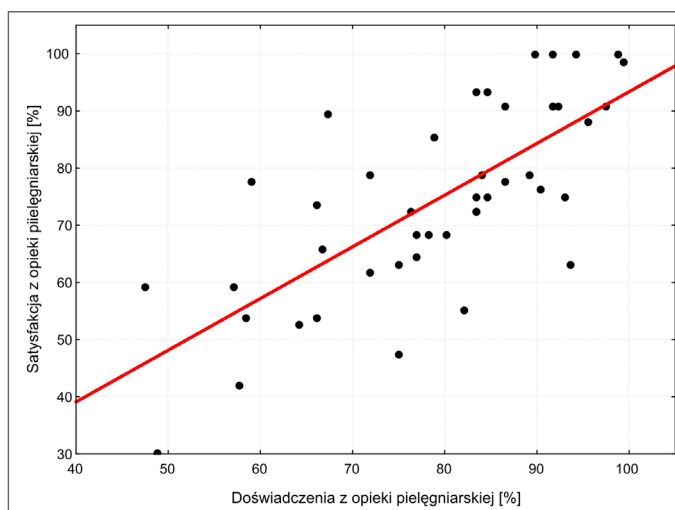




**Rycina 14.** Ocena doświadczenia i satysfakcji z opieki pielęgniarskiej według skali NSNS-PL.



**Rycina 15 a.** Korelacja pomiędzy doświadczeniem, a satysfakcją z opieki pielęgniarskiej w grupie A ( $r_s = 0,731$ ;  $p < 0,001$ ).



**Rycina 15 b.** Korelacja pomiędzy doświadczeniem, a satysfakcją z opieki pielęgniarskiej w grupie B ( $r_s = 0,731$ ;  $p < 0,001$ ).

### 5.3 Szczegółowa analiza twierdzeń I części i pytań II części polskiej wersji Skali Zadovolenia z Pielęgnacji Newcastle

W celu przedstawienia szczegółowej analizy wyników obliczono wartości średnie i odchylenie standardowe dla poszczególnych twierdzeń zawartych w I części – doświadczenia z opieki pielęgniarskiej i II części – satysfakcja z opieki pielęgniarskiej NSNS-PL.

W części I skali – doświadczenia z opieki pielęgniarskiej wyniki odpowiedzi na 26 twierdzeń, które chorzy ocenili w siedmiostopniowej skali od 1<sup>o</sup> do 7<sup>o</sup>, według instrukcji, zostały przekodowane i wyrażone w punktach od 0 do 6 (załącznik nr 12). Oryginalne wyniki odpowiedzi w stopniach dotyczących twierdzeń: 1, 6, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 25, 26 i zostały przekodowane i wyrażone w punktach tak, że stopień 1<sup>o</sup> = 0, 2<sup>o</sup> = 1, 3<sup>o</sup> = 2, 4<sup>o</sup> = 3, 5<sup>o</sup> = 4, 6<sup>o</sup> = 5 i 7<sup>o</sup> = 6 punktów. Natomiast oryginalne wyniki odpowiedzi w stopniach, dotyczące twierdzeń: 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 14, 15, 20, 24 i zostały przekodowane i wyrażone w punktach, ale w inny, odwrotny sposób. Stopień 1<sup>o</sup> = 6, 2<sup>o</sup> = 5, 3<sup>o</sup> = 4, 4<sup>o</sup> = 3, 5<sup>o</sup> = 2, 6<sup>o</sup> = 1 i 7<sup>o</sup> = 0 punktów. W celu przejrzystości oceny poszczególnych pozycji (twierdzeń) tej części skali dokonałam transformacji wyników uzyskanych w punktach na tradycyjną skalę ocen: 0 do 1, 5 punktu = ocena *niedostateczna*, od 1,51 do 3 punktów = ocena *dostateczna*, od 3,01 do 4, 5 punktu = ocena *dobra*, od 4,51 do 6 punktów = ocena *bardzo dobra*.

W części II skali – satysfakcja z opieki pielęgniarskiej wyniki odpowiedzi na 19 pytań, które chorzy podali w pięciostopniowej skali od 1<sup>o</sup> do 4<sup>o</sup>, według instrukcji, zostały przekodowane i wyrażone w punktach od 0 do 4 (załącznik nr 12). Oryginalne wyniki odpowiedzi w stopniach, dotyczące wszystkich pytań, zostały przekodowane i wyrażone w punktach tak, że stopień 1<sup>o</sup> = 0, 2<sup>o</sup> = 1, 3<sup>o</sup> = 2, 4<sup>o</sup> = 3, 5<sup>o</sup> = 4 punkty. Również w tej części skali zamieniłam wyniki punktowe w poszczególnych pozycjach (pytaniach) na tradycyjną skalę ocen: 0 do 1 punktu = ocena *niedostateczna*, od 1 do 2 punktów = ocena *dostateczna*, od 2 do 3 punktów = ocena *dobra*, od 3 do 4 punktów = ocena *bardzo dobra*.

### 5.3.1 Analiza poszczególnych twierdzeń w I części – doświadczenia z opieki pielęgniarskiej polskiej wersji Skali Zadovolenia z Pielęgnacji Newcastle

Wartości średnie i odchylenia standardowe wyników, w poszczególnych pozycjach (twierdzeniach), I części skali – doświadczenia z opieki pielęgniarskiej u chorych leczonych z powodu dyskopatii szyjnej lub lędźwiowej przedstawione zostały w tabeli 9. Wyniki te odzwierciedlają doświadczenie pacjentów dotyczące poszczególnych aspektów pielęgnowania.

W grupie chorych leczonych z powodu dyskopatii szyjnej *bardzo dobry* wynik (od 4,51 do 6 punktów) odnotowane zostały w 21 (81%) pozycjach (twierdzenia: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26), *dobry* wynik (od 3,01 do 4, 5 punktów) - w 5 (19%) pozycjach (twierdzenia: 11, 12, 16, 17, 22), *dostateczny* wynik (od 1,51 do 3 punktów) i *niedostateczny* wynik (0 do 1, 5 punktu) (ryc. 16 a).

*Bardzo dobry* wynik w grupie chorych z dyskopatią lędźwiową występował w 21 (81%) pozycjach (twierdzenia: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 18, 20, 21, 23, 24, 25, 26). *Dobry* wynik stwierdzono w 5 (19%) pozycjach (twierdzenia: 11, 16, 17, 19, 22), (ryc. 16 b).

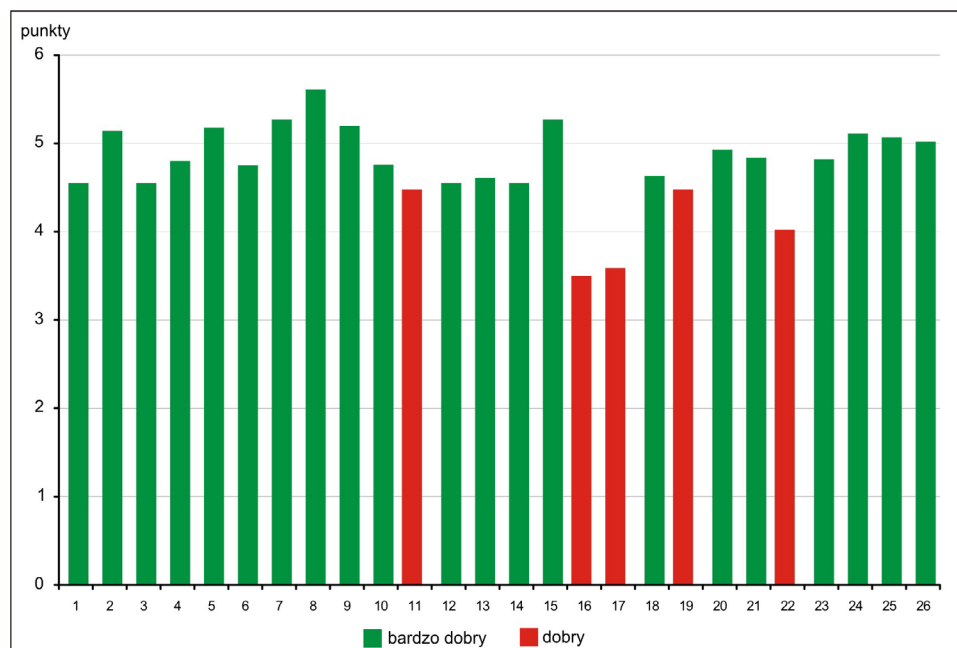
Bardzo dobre wyniki oznaczyłam w tabeli 9 zieloną, dobre – czerwoną czcionką. Analiza statystyczna (test Manna-Whitney'a) poszczególnych twierdzeń I części – doświadczenia z opieki pielęgniarskiej skali NSNS-PL w obu grupach A i B nie wykazała istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami.

**Tabela 9.** Analiza twierdzeń dotyczących doświadczenia z opieki pielęgniarskiej w I części polskiej wersji Skali Zadowolenia z Pielęgnacją Newcastle u chorych leczonych z powodu dyskopatii szyjnej lub lędźwiowej

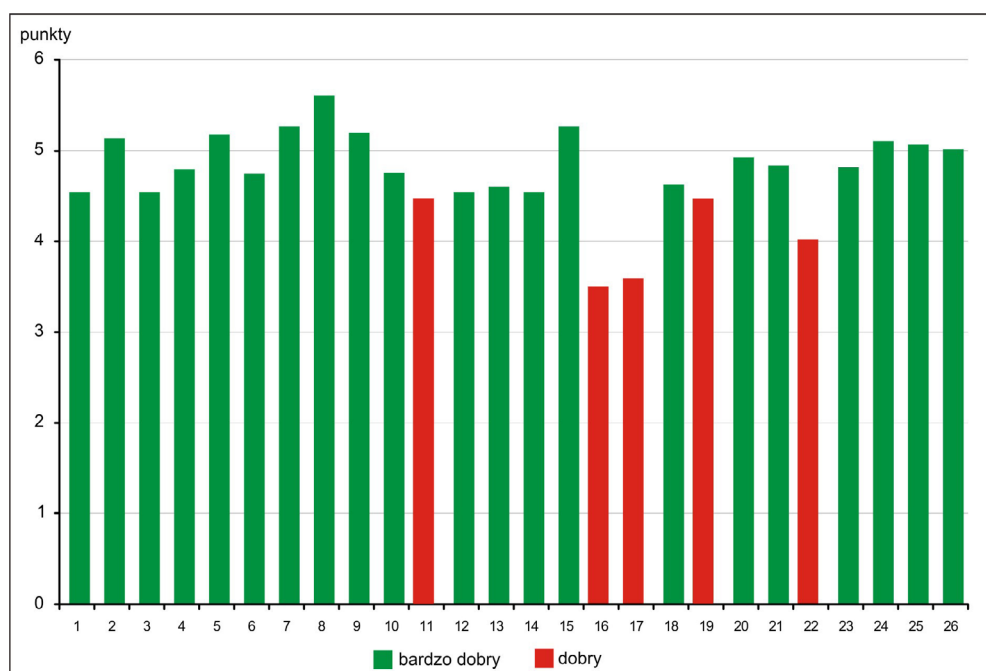
L.p.	Twierdzenia	Dyskopatie		Obliczenia statystyczne test Manna-Whitney'a p <sup>+</sup>
		szyjne (n= 41)	lędźwiowe (n=44)	
1	Można było pożartować z pielęgniarkami	4,51 ± 1,50	4,55 ± 1,63	0,787
2	Pielęgniarki faworyzowały niektórych pacjentów	4,83 ± 1,69	5,14 ± 1,25	0,734
3	Pielęgniarki nie udzielały mi wystarczających informacji	4,68 ± 1,77	4,55 ± 1,62	0,388
4	Pielęgniarki nie wysiłały się zbytnio i były zbyt swobodne	5,00 ± 1,58	4,80 ± 1,58	0,256
5	Przybycie na wezwanie zabierało pielęgniarkom dużo czasu	5,34 ± 1,33	5,18 ± 1,32	0,383
6	Pielęgniarki udzielały mi informacji dokładnie wtedy, gdy ich potrzebowałam/em	4,83 ± 1,60	4,75 ± 1,51	0,563
7	Wydawało się, że pielęgniarki lekcewały moje cierpienie	5,27 ± 1,30	5,27 ± 1,15	0,664
8	Pielęgniarki gasiły światło zbyt późno w nocy	5,59 ± 1,05	5,61 ± 0,84	0,777
9	Pielęgniarki kazały mi wykonywać różne czynności, zanim byłem do nich przygotowany	5,63 ± 0,73	5,20 ± 1,56	0,374
10	Pielęgniarki, niezależnie od tego jak były zajęte, znajdowały dla mnie czas	4,76 ± 1,85	4,75 ± 1,33	0,315
11	Widziałam/em w pielęgniarkach swoich przyjaciół	4,37 ± 1,80	4,48 ± 1,23	0,737
12	Pielęgniarki pocieszały pacjentów, którzy byli przygnębieni	4,46 ± 1,76	4,55 ± 1,02	0,490
13	Pielęgniarki regularnie sprawdzały, czy u mnie wszystko w porządku	4,93 ± 1,39	4,61 ± 1,65	0,317
14	Pielęgniarki nie ze wszystkim dawały sobie radę	5,20 ± 1,42	4,55 ± 1,72	0,026
15	Pielęgniarki nie interesowały się mną	5,24 ± 1,34	5,27 ± 1,34	0,918
16	Pielęgniarki tłumaczyły mi, co mi dolega	4,24 ± 1,55	3,50 ± 2,02	0,105
17	Przed zabiegiem pielęgniarki wyjaśniały mi, na czym ona polega	3,98 ± 1,86	3,59 ± 2,20	0,513
18	Pielęgniarki przekazywały następnej zmianie informacje na temat mojego stanu	4,68 ± 1,35	4,66 ± 1,45	0,927
19	Pielęgniarki wiedziały, co robić, nie czekały na polecenia lekarzy	4,63 ± 1,34	4,48 ± 1,45	0,672
20	Zdarzało się, że pielęgniarki odchodziły i zapomniały, o co prosił pacjent	5,41 ± 1,07	4,93 ± 1,47	0,105
21	Pielęgniarki dbały o prywatność pacjentów	5,15 ± 1,35	4,84 ± 1,54	0,268
22	Pielęgniarki miały czas, by usiąść i porozmawiać ze mną	4,34 ± 1,51	4,02 ± 1,65	0,457
23	Lekarze i pielęgniarki pracowali dojrze, jako zespół	5,15 ± 1,37	4,82 ± 1,69	0,294
24	Wydawało się, że jedna pielęgniarka jakoby nie wiedziała, co robi druga	5,20 ± 1,17	5,11 ± 1,15	0,570
25	Pielęgniarki wiedziały, co robić, aby było jak najlepiej	5,20 ± 1,31	5,07 ± 1,21	0,309
26	Dzięki pielęgniarkom panowała miła atmosfera	5,32 ± 0,93	5,02 ± 1,37	0,417

<sup>+</sup>p - poziom istotności statystycznej

**kolor zielony** - ocena bardzo dobra; **kolor czerwony** - ocena dobra



**Rycina 16 a.** Ocena doświadczenia z opieki pielęgniarskiej według skali NSNS-PL u chorych leczonych operacyjnie z powodu dyskopatii szyjnej.



**Rycina 16 b.** Ocena doświadczenia z opieki pielęgniarskiej według skali NSNS-PL u chorych leczonych operacyjnie z powodu dyskopatii lędźwiowej.

### 5.3.2 Analiza poszczególnych pytań w II części – satysfakcja z opieki pielęgniarstwa polskiej wersji Skali Zadolenia z Pielęgnacji Newcastle

Wartości średnie i odchylenia standardowe wyników, w poszczególnych pozycjach (pytaniach), II części skali – satysfakcja z opieki pielęgniarstwa u chorych leczonych z powodu dyskopatii szyjnej lub lędźwiowej przedstawione zostały w tabeli 10. Wyniki te odzwierciedlają opinie na temat satysfakcji pacjentów z poszczególnych aspektów pielęgnowania.

W grupie chorych leczonych z powodu dyskopatii szyjnej *bardzo dobry* wynik (od 3 do 4 punktów) odnotowany został w 11 (58%) pozycjach (pytania: 2, 3, 4, 5, 9, 12, 14, 16, 17, 18, 19), *dobry* wynik (od 2 do 3 punktów) - w 8 (42 %) pozycjach (pytania: 1, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 15) (ryc. 16 c).

*Bardzo dobry* wynik (od 3 do 4 punktów) w grupie chorych leczonych z powodu dyskopatii lędźwiowej występował tylko w 9 (47%) pozycjach (pytania: 2, 3, 5, 9, 12, 14, 16, 18, 19). *Dobry* wynik (od 2 do 3 punktów) stwierdzono w 10 (53%) pozycjach (pytania: 1, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 15, 17) (ryc. 16 d).

Bardzo dobre wyniki zostały oznaczone w tabeli 10 zieloną, a dobre – czerwoną czcionką.

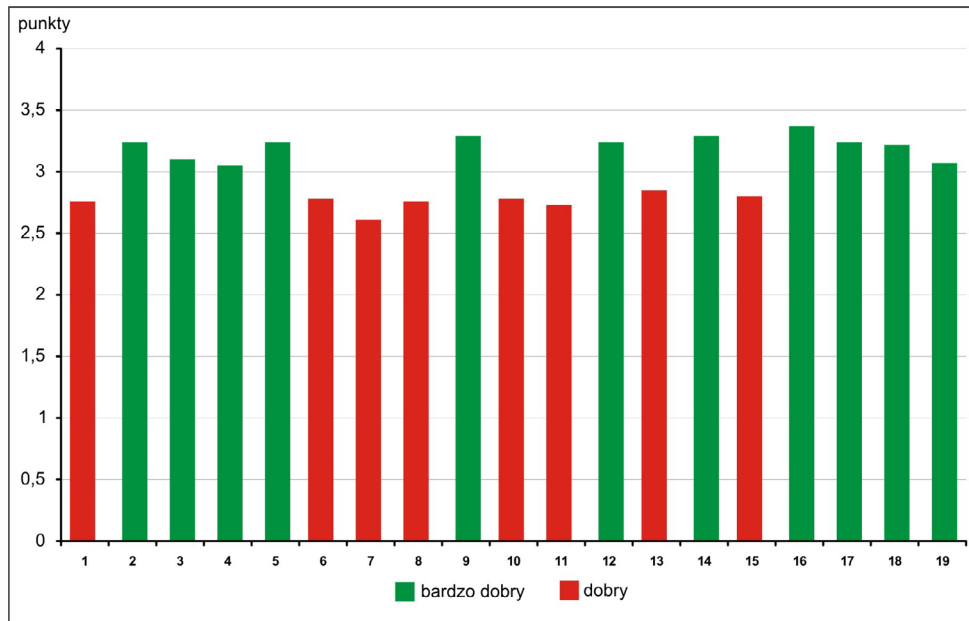
W analizie statystycznej (test Manna-Whitney'a) poszczególnych pytań II części – satysfakcji z opieki pielęgniarstwa NSNS-PL, w obu grupach (A i B) nie stwierdziłam istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami.

**Tabela 10.** Analiza pytań dotyczących satysfakcja z opieki pielęgniarskiej w II części polskiej wersji Skali Zadowolenia z Pielęgnacji Newcastle u chorych leczonych z powodu dyskopatii szyjnej lub lędźwiowej

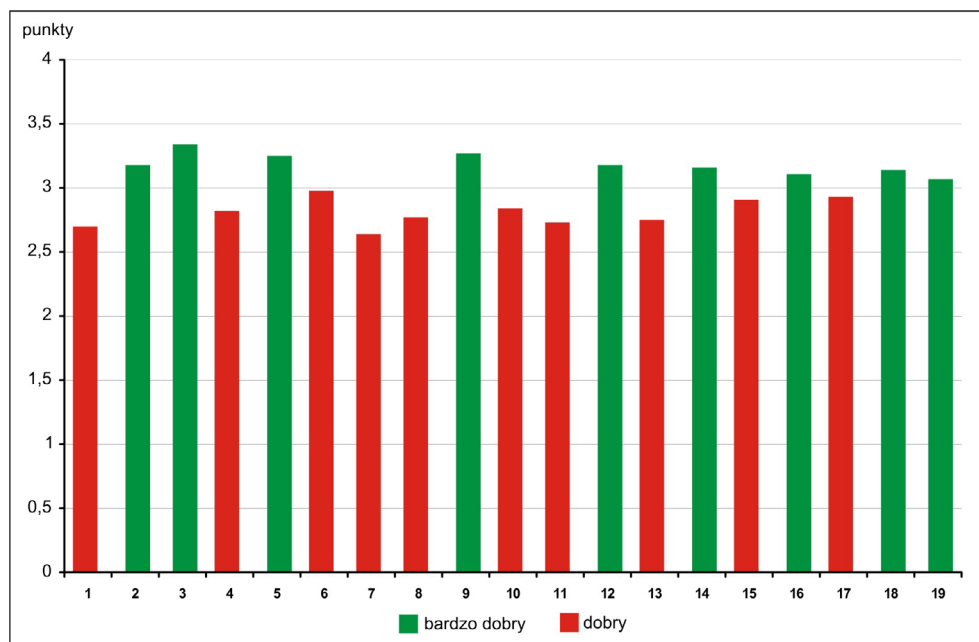
L.p.	Pytania	Dyskopatie		Obliczenia statystyczna test Manna-Whitney'a $p^+$
		szyjne (n=41)	lędźwiowe (n=44)	
1	Czy pielęgniarki poświęcały Ci dostatecznie dużo czasu?	2,76 ± 1,02	2,70 ± 0,93	0,634
2	Jak sprawne były pielęgniarki w wykonywaniu swojej pracy?	3,24 ± 0,97	3,18 ± 0,84	0,398
3	Czy pielęgniarka była w pobliżu w razie potrzeby?	3,10 ± 0,86	3,23 ± 0,77	0,526
4	Czy wiedza pielęgniarek na temat Twojej choroby była wystarczająca?	3,05 ± 0,89	2,82 ± 0,92	0,236
5	Jak szybko pielęgniarki przychodziły na Twoje wezwanie/dzwonki?	3,24 ± 0,83	3,25 ± 0,75	0,771
6	W jakim stopniu pielęgniarki dbały o to, byś czuł się jak w domu	2,78 ± 1,01	2,98 ± 0,82	0,470
7	Czy informacje na temat Twojego stanu leczenia były wystarczające?	2,61 ± 1,05	2,64 ± 1,01	0,967
8	Jak często pielęgniarki sprawdzały czy u Ciebie wszystko w porządku?	2,78 ± 0,96	2,77 ± 0,94	0,912
9	Jak oceniasz gotowość pielęgniarek do pracy?	3,29 ± 0,81	3,27 ± 0,76	0,819
10	W jakim stopniu pielęgniarki wyjaśniały Ci różne rzeczy?	2,78 ± 0,94	2,84 ± 0,91	0,803
11	Jak pielęgniarki uspakajały Twoją rodzinę i przyjaciół?	2,73 ± 1,12	2,73 ± 1,04	0,895
12	Czy byłeś/aś zadowolony/a z zachowania się pielęgniarek w pracy?	3,24 ± 0,83	3,18 ± 0,79	0,640
13	Czy byłaś/eś zadowolony/a z informacji, jakich pielęgniarki Ci udzielały na temat Twojego stanu i opieki?	2,85 ± 0,94	2,75 ± 1,06	0,698
14	Czy byłaś/eś zadowolony z traktowania Cię przez pielęgniarki?	3,29 ± 0,84	3,16 ± 0,78	0,310
15	Czy pielęgniarki chętnie słuchały o Twoich obawach i zmartwieniach?	2,80 ± 0,98	2,91 ± 0,94	0,679
16	Czy czułaś/eś się swobodnie w oddziale?	3,37 ± 0,73	3,11 ± 0,87	0,175
17	Czy pielęgniarki chętnie spełniały Twoje prośby?	3,24 ± 0,77	2,93 ± 0,93	0,110
18	Czy miałaś/eś zapewnioną prywatność?	3,22 ± 0,88	3,14 ± 0,88	0,620
19	Czy pielęgniarki uwzględniały Twoje potrzeby?	3,07 ± 0,85	3,07 ± 0,85	0,940

<sup>+</sup>p - poziom istotności statystycznej

**kolor zielony** - ocena bardzo dobra; **kolor czerwony** - ocena dobra



**Rycina 16 c.** Ocena satysfakcji z opieki pielęgniarskiej według skali NSNS-PL u chorych leczonych operacyjnie z powodu dyskopatii szyjnej.



**Rycina 16 d.** Ocena satysfakcji z opieki pielęgniarskiej według NSNS-PL u chorych leczonych operacyjnie z powodu dyskopatii lędźwiowej.



Analiza poszczególnych twierdzeń dotyczących doświadczenia z opieki pielęgniarskiej I części skali NSNS-PL u chorych leczonych z powodu dyskopatii szyjnej wykazała, że najwyżej oceniane przez chorych były twierdzenia zawarte w punktach: 9 (chory był przygotowany wcześniej do czynności, które kazały wykonać mu pielęgniarki), 8 (światło nie było gaszone zbyt późno w nocy), 20 (pielęgniarki nie zapomniały tego, o co prosił ich pacjent), 5 (przybycie na wezwanie nie zabierało pielęgniarkom dużo czasu) i 26 (dzięki pielęgniarkom panowała miła atmosfera). W grupie chorych leczonych z powodu dyskopatii lędźwiowej wśród pięciu twierdzeń z części I skali „doświadczenia” najwyżej oceniany był punkt 8 (światło nie było gaszone zbyt późno w nocy), 7 (pielęgniarki nie lekcewały mojego cierpienia) i 9 (chory był przygotowany wcześniej do czynności, które kazały wykonać mu pielęgniarki). Pozostałe dwa najwyżej ocenione twierdzenia to: punkt 5 (przybycie na wezwanie nie zabierało pielęgniarkom dużo czasu) i 24 (wydawało się, że jedna pielęgniarka wiedziała, co robi druga).

W I części „doświadczenia” skali NSNS-PL najniżej były oceniane, u pacjentów leczonych z powodu dyskopatii szyjnej, twierdzenia: 17 (przed zabiegiem pielęgniarki wyjaśniały mi, na czym on polega), 16 (pielęgniarki tłumaczyły mi, co mi dolega), 22 (pielęgniarki nie miały czasu by usiąść i porozmawiać ze mną), 11 (widziałem w pielęgniarkach swoich przyjaciół) i 12 (pielęgniarki pocieszały pacjentów, którzy byli przygnębieni). Podobnie, nisko zostały ocenione, twierdzenia I części – doświadczenia z opieki pielęgniarskiej skali NSNS-PL u chorych leczonych z powodu dyskopatii lędźwiowej. Najniższą ocenę odnotowano w twierdzeniach: 16 (pielęgniarki tłumaczyły mi, co mi dolega), 17 (przed zabiegiem pielęgniarki tłumaczyły mi, na czym on polega), 22 (pielęgniarki miały czas, by usiąść i porozmawiać ze mną), 11 (widziałam/widziałem w pielęgniarkach swoich przyjaciół) i 12 (pielęgniarki pocieszały pacjentów, którzy byli przygnębieni).

Przeprowadzona przeze mnie analiza II części – satysfakcja z opieki pielęgniarskiej skali NSNS-PL wykazała, że najwyżej ocenianymi pytaniami przez chorych leczonych z powodu dyskopatii szyjnej były: 16 (czy czułaś/eś się swobodnie w oddziale?), 9 (jak oceniasz gotowość pielęgniarek do pracy?), 17 (czy pielęgniarki chętnie spełniały Twoje prośby?), 2 (jak sprawne były pielęgniarki w wykonywaniu swojej pracy?), 5 (jak szybko pielęgniarki przychodziły na Twoje wezwanie, dzwonki?). Najwyższe oceny na pytania II części – satysfakcja z opieki pielęgniarskiej skali NSNS-PL, chorzy, leczeni z powodu dyskopatii lędźwiowej, przyznali w następujących pytaniach: 9 (jak oceniasz gotowość pielęgniarki do pracy ?), 5 (jak szybko przychodziły pielęgniarki na Twoje wezwanie?),

3 (czy pielęgniarki były w pobliżu w razie potrzeby ?), 2 (jak sprawne były pielęgniarki w wykonywaniu swojej pracy?), 12 (czy byłeś/eś zadowolona/y z zachowania się pielęgniarek w pracy?).

W części II skali satysfakcja z opieki pielęgniarskiej skali NSNS-PL najniżej ocenianymi pytaniami, przez chorych leczonych z powodu dyskopatii szyjnej, były: 7 (czy informacje na temat Twojego leczenia były wystarczające?), 11 (jak pielęgniarki uspakajały Twoją rodzinę i przyjaciół?), 1 (czy pielęgniarki poświęcały Ci dostatecznie dużo czasu?), 6 (jakim stopniu pielęgniarki dbały o to, byś czuł się jak w domu?), 10 (w jaki sposób pielęgniarki wyjaśniały Ci różne rzeczy?).

W grupie chorych leczonych z powodu dyskopatii lędźwiowej, w II części – satysfakcja z opieki pielęgniarskiej skali NSNS-PL odnotowano najniższą ocenę w pytaniach: 7 (czy informacje na temat Twojego stanu leczenia były wystarczające?), 1 (czy pielęgniarki poświęcały Ci dostatecznie dużo czasu?), 11 (Jak pielęgniarki uspakajały Twoją rodzinę i przyjaciół?), 13 (czy byłeś/eś zadowolona/y z informacji, jakich pielęgniarki Ci udzielały na temat Twojego stanu zdrowia?) i 8 (jak często pielęgniarki sprawdzały, czy u Ciebie wszystko w porządku?).

## **6. Czynniki wpływające na zadowolenie z pielęgnacji u chorych leczonych operacyjnie z powodu dyskopatii szyjnej lub lędźwiowej**

W kolejnej części pracy poszukiwałam zależności pomiędzy czynnikami socjodemograficznymi, danymi uzyskanymi z wywiadu chorobowego, z badań przedmiotowego i neuro-radiologicznego oraz wyników leczenia a wynikami uzyskanymi z I części – doświadczenia z opieki pielęgniarstwa i II części – satysfakcja z opieki pielęgniarstwa NSNS-PL. Sprawdziłam również korelację wyników I i II części skali z wynikami odpowiedzi na dwa oddzielne pytania (pytanie 6 i 7) zawarte w części III skali, niewchodzące w skład zasadniczej części skali. Pytanie 6 „Jak ocenilibyś opiekę pielęgniarstwa otrzymaną w tym oddziale?”. Pytanie 7 „Całościowo, jak ocenilibyś swój obecny pobyt w tym oddziale?”

### **6.1 Korelacja czynników socjodemograficznych z wynikami polskiej wersji Skali Zadowolenia z Pielęgnacją Newcastle**

W grupie A – chorych leczonych z powodu dyskopatii szyjnej w obliczeniach statystycznych wykazałam istotnie statystyczną zależność pomiędzy wynikami uzyskanymi w I część skali doświadczenia ( $rS = 0,314$ ,  $p = 0,045$ ) oraz II części skali satysfakcja ( $rS = 0,331$ ,  $p = 0,034$ ) a wiekiem chorych (tabela 11) (ryc. 17 a, b). Wraz ze wzrostem wieku wzrastała ocena doświadczenia i satysfakcji z opieki pielęgniarstwa. W analizie wpływu płci, stanu cywilnego, miejsca zamieszkania, wykształcenia, aktywności zawodowej na wyniki doświadczenia i satysfakcji z opieki pielęgniarstwa nie stwierdziłam istotnych statystycznie zależności.

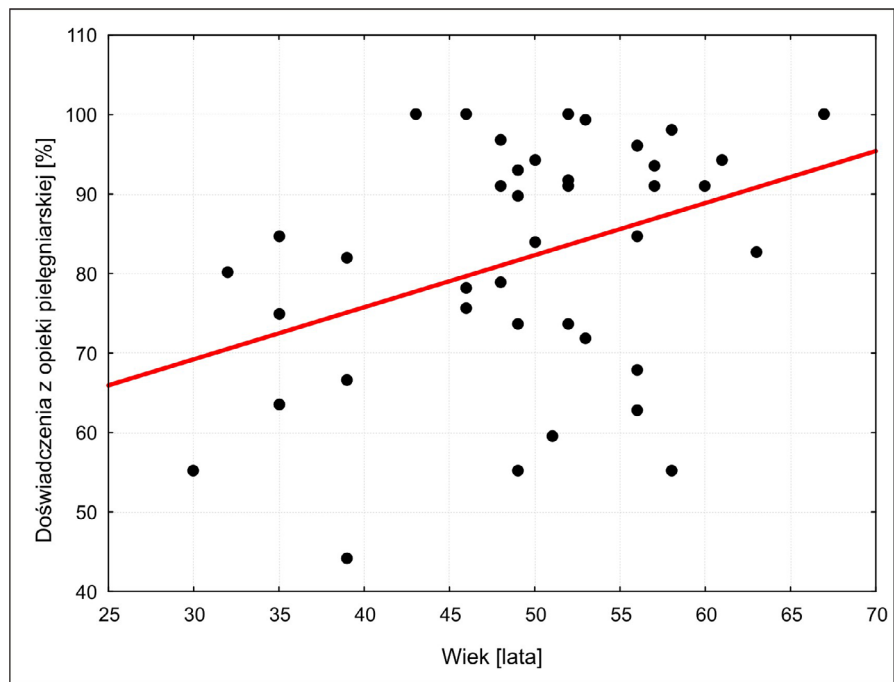
W grupie B – chorych leczonych operacyjnie z powodu dyskopatii lędźwiowej, przeprowadzona analiza statystyczna nie wykazała zależności istotnych statystycznie pomiędzy czynnikami socjodemograficznymi a wynikami części I – doświadczenia i części II satysfakcji z opieki pielęgniarstwa według skali NSNS-PL.

**Tabela 11.** Korelacja czynników socjodemograficznych z wynikami polskiej wersji Skali Zadowolenia z Pielęgnacji Newcastle

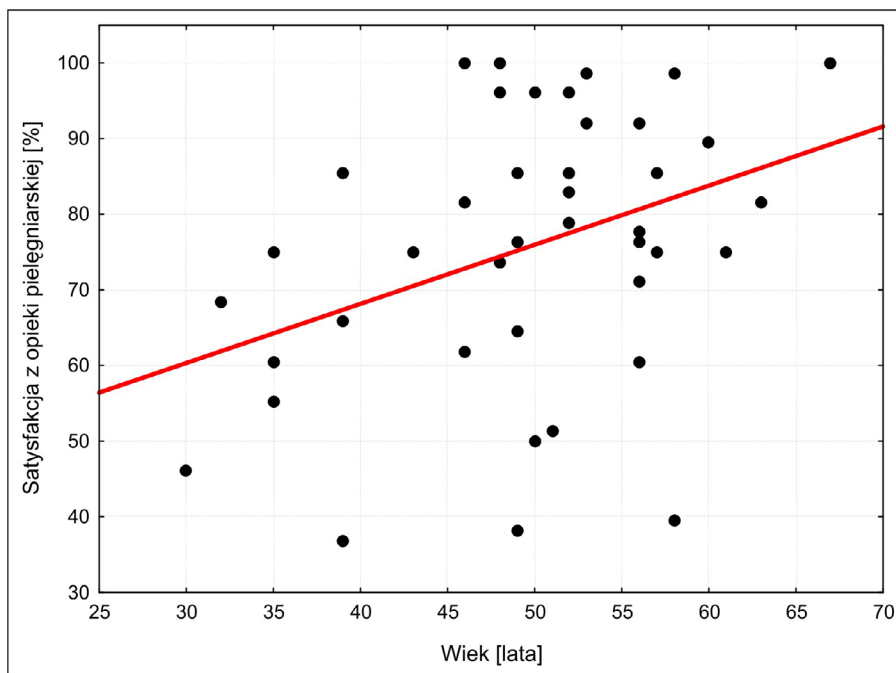
Czynniki socjodemograficzne	Dyskopatie			
	szyjne n=41 (grupa A)		łędzwiowe n=44 (grupa B)	
	Doświadczenie	Satysfakcja	Doświadczenie	Satysfakcja
pleć	p=0,285 <sup>+</sup> test Manna-Whitney'a	p=0,246 test Manna-Whitney'a	p=0,220 test Manna-Whitney'a	p=0,386 test Manna-Whitney'a
wiek	<b>rS=0,314<sup>++</sup></b> <b>p=0,045</b> p=0,917 test Manna-Whitney'a	<b>rS=0,331</b> <b>p=0,034</b> p=0,457 test Manna-Whitney'a	rS=0,128 p=0,408 p=0,807 test Manna-Whitney'a	rS=0,167 p=0,278 p=0,332 test Manna-Whitney'a
stan cywilny	p=0,263 test Kruskala-Wallis'a	p=0,346 test Kruskala-Wallis'a	p=0,839 test Kruskala-Wallis'a	p=0,684 test Kruskala-Wallis'a
miejsce zamieszkania	p=0,630 test Kruskala-Wallis'a	p=0,820 test Kruskala-Wallis'a	p=0,395 test Kruskala-Wallis'a	p=0,157 test Kruskala-Wallis'a
wykształcenie	p=0,097 test Manna-Whitney'a	p=0,256 test Manna-Whitney'a	p=0,622 test Manna-Whitney'a	p=0,653 test Manna-Whitney'a

<sup>+</sup> p - poziom istotności statystycznej

<sup>++</sup> rS - współczynnik korelacji rang Spearmana



**a**



**b**

**Ryciny 17a, b.** Zależność pomiędzy wiekiem chorych, a wynikami oceny doświadczenia (a) i wynikami oceny satysfakcji z opieki pielęgniarskiej w grupie A (b).

## **6.2 Korelacja danych z wywiadu z wynikami polskiej wersji Skali Zadovolenia z Pielęgnacji Newcastle**

W grupie A – chorych leczonych z powodu dyskopatii szyjnej przeprowadzona analiza wykazała zależność pomiędzy stosowaniem przeciwbólowych leków narkotycznych przez chorych przed operacją a wynikami I części skali – doświadczenia (tabela 12) (ryc.18). Chorzy którzy przed operacją dyskopatii szyjnej zażywali leki przeciwbólowe oddziaływujące na receptory opatowe, istotnie statystycznie wyżej (test Manna-Whitney'a;  $p=0,019$ ) oceniali doświadczenia związane z opieką pielęgniarską. Podobnej zależności nie stwierdziłam w odniesieniu do wyników II części skali – satysfakcja i stosowanie opiatów przed operacją. W analizie wpływu długości występowania objawów choroby, obecności przeciążeń kręgosłupa przed operacją, uzależnienia od nikotyny, chorób współistniejących i wskaźnikiem BMI na wyniki doświadczenia i satysfakcję z opieki pielęgniarskiej nie stwierdziłam istotnych statystycznie zależności.

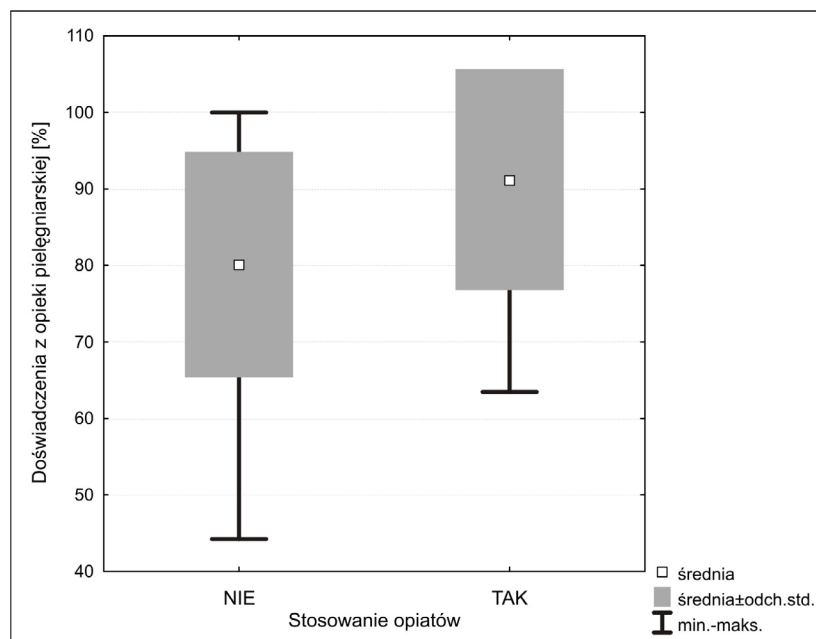
W grupie B – chorych leczonych operacyjnie z powodu dyskopatii lędźwiowej, przeprowadzone obliczenia statystyczne wykazały zależność znamienne statystyczną pomiędzy uzależnieniem od nikotyny a wynikami części I – doświadczenia (test Manna-Whitney'a,  $p=0,046$ ) (ryc.19). Osoby uzależnione od nikotyny wyżej oceniały doświadczenia z opieki pielęgniarskiej. W korelacji pozostałych danych z wywiadu chorobowego, a wynikami części I – doświadczenia i części II satysfakcja skali NSNS-PL nie stwierdziłam istotnych statystycznie zależności.

**Tabela 12.** Korelacja danych z wywiadu z wynikami polskiej wersji Skali Zadovolenia z Pielęgniacji Newcastle

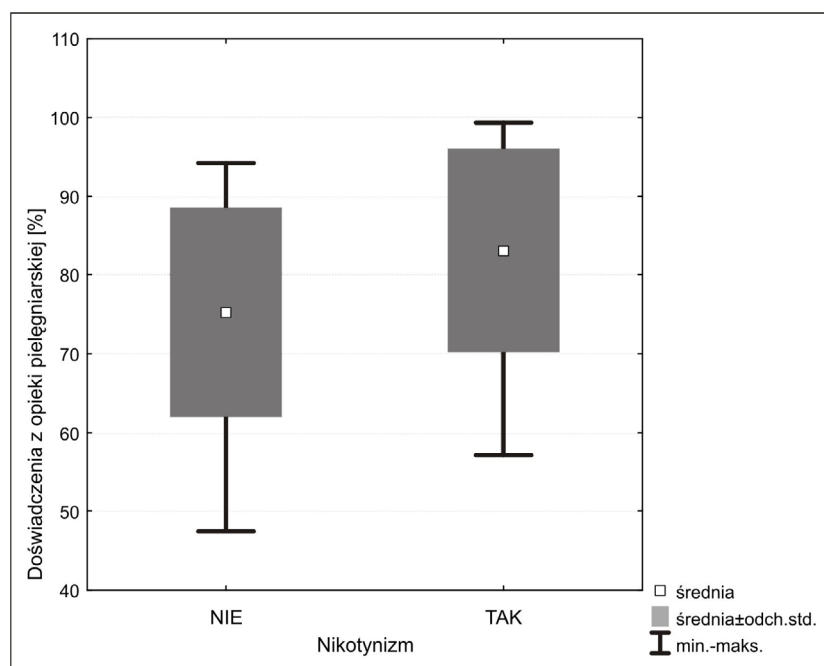
Historia choroby	Dyskopatie					
	szyjne n=41 (grupa A)		lędźwiowe n=44 (grupa B)			
	Doświadczenie	Satysfakcja	Doświadczenie	Satysfakcja	Satysfakcja	
długość choroby (miesiące)	rS= -0,236 <sup>+</sup> p=0,137 <sup>++</sup>	rS= -0,236 p=0,138	rS= 0,061 p=0,693	rS= 0,011 p=0,945		
przebieżenie kręgosłupa	p=0,644 test Manna-Whitney'a	p=0,779 test Manna-Whitney'a	p=0,352 test Manna-Whitney'a	p=0,396 test Manna-Whitney'a		
stosowanie opiatów	<b>p=0,019</b> test Manna-Whitney'a	p=0,123 test Manna-Whitney'a	p=0,186 test Manna-Whitney'a	p=0,296 test Manna-Whitney'a		
nikotyzm	p=0,487 test Manna-Whitney'a	p=0,169 test Manna-Whitney'a	<b>p=0,046</b> test Manna-Whitney'a	p=0,396 test Manna-Whitney'a		
współistniejące choroby	p=0,078 test Manna-Whitney'a	p=0,676 test Manna-Whitney'a	p=0,392 test Manna-Whitney'a	p=0,241 test Manna-Whitney'a		
BMI	rS=0,214 p=0,180	rS=0,233 p=0,143	rS=0,109 p=0,481	rS=0,164 p=0,286		

<sup>+</sup> rS - współczynnik korelacji rang Spearmana

<sup>++</sup> p - poziom istotności statystycznej



**Rycina 18.** Wpływ stosowania opiatów przed operacją na wyniki oceny doświadczenia z opieki pielęgniarskiej w grupie A.



**Rycina 19.** Zależność pomiędzy uzależnieniem od nikotyny, a wynikami doświadczenia z opieki pielęgniarskiej w grupie B.



### **6.3 Korelacja danych z badań przedmiotowego i neuroradiologicznego z wynikami polskiej wersji Skali Zadowolenia z Pielęgnacji Newcastle**

Analiza wpływu zmian intensywności sygnału w rdzeniu kręgowym, w badaniu MR, w grupie A – chorych leczonych z powodu dyskopatii szyjnej, wykazała istotny statystycznie związek z wynikami I części skali – doświadczenia (test Manna-Whitney'a,  $p = 0,002$ ) (tabela 13), (ryc. 20). Chorzy, u których badanie MR odcinka szyjnego kręgosłupa wykazywało zmiany intensywności sygnału w rdzeniu kręgowym o charakterze niedokrwienia rdzenia kręgowego, znamiennej wyżej oceniali doświadczenia z opieki pielęgniarzkiej. Podobną zależność stwierdziłam w wynikach pomiaru w linii strzałkowej kanału kręgowego z wynikami I części skali – doświadczenia (test Manna-Whitney'a,  $p = 0,040$ ) (ryc. 21). W odniesieniu do wyników II części skali – satysfakcja tego typu zależności nie występowały. Ocena wpływu innych analizowanych danych klinicznych, uzyskanych przed operacją: charakteru bólu, obecności ubytkowych objawów neurologicznych, rozległości dyskopatii, intensywności bólu w skali VAS, stopnia niepełnosprawności na podstawie kwestionariusza NDI-PL, na wyniki I i II części skali NSNS-PL, u chorych leczonych z powodu dyskopatii szyjnej, nie przyniosła istotnych statystycznie rezultatów.

W grupie B – chorych leczonych operacyjnie z powodu dyskopatii lędźwiowej, przeprowadzone obliczenia wykazały korelację istotną statystyczną ( $rS = - 0,293$ ,  $p = 0,050$ ) pomiędzy intensywnością bólu ocenioną na podstawie skali VAS a wynikami części I skali – doświadczenia (ryc. 22). Wyższa ocena doświadczenia z opieki pielęgniarzkiej zwykle towarzyszyła niższemu natężeniu bólu według skali VAS przed operacją dyskopatii lędźwiowej. Podobnej zależności nie wykazałam pomiędzy intensywnością bólu a wynikami części II skali – satysfakcja. Inne analizowane czynniki kliniczne: charakter bólu, obecność ubytkowych objawów neurologicznych, rozległość dyskopatii, zaawansowanie zmian zwyrodnieniowych według skali Modica, stopień niepełnosprawności według kwestionariusza OLBPD-PL nie miały istotnego statystycznie wpływu na wyniki I i II części skali NSNS-PL, u chorych leczonych z powodu dyskopatii lędźwiowej.

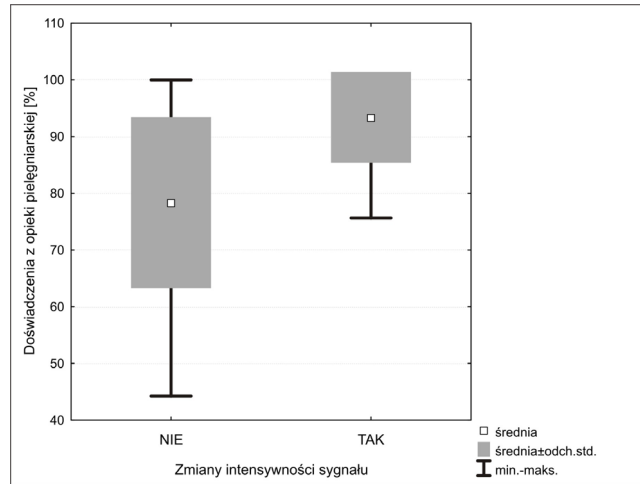
Ocena zależności pomiędzy długością pobytu w szpitalu a wynikami I i II części skali NSNS-PL, u chorych w grupie A i grupie B, nie wykazała korelacji istotnie statystycznych.

**Tabela 13.** Zależność pomiędzy danymi uzyskanymi z badania przedmiotowego i neuroradiologicznego z wynikami polskiej wersji Skali Zadovolenia z Pielęgnacji Newcastle

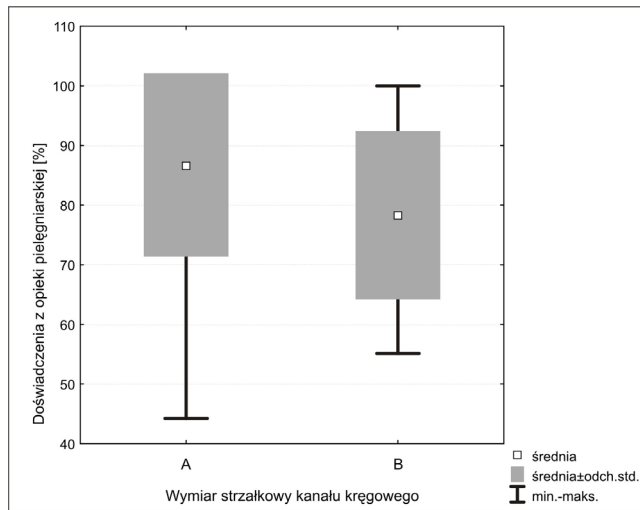
Dane kliniczne	Dyskopatie					
	szyjne n=41 (grupa A)		lędźwiowe n=44 (grupa B)			
	Doświadczenie	Satysfakcja	Doświadczenie	Satysfakcja	Doświadczenie	Satysfakcja
charakter bólu	p=0,449 <sup>+</sup> test Manna-Whitney'a	p=0,944 test Manna-Whitney'a	p=0,527 test Manna-Whitney'a	p=0,341 test Manna-Whitney'a		
objawy neurologiczne ubytkowe	p=0,743 test Manna-Whitney'a	p=0,244 test Manna-Whitney'a	p=0,960 test Manna-Whitney'a	p=0,578 test Manna-Whitney'a		
rozległość dyskopatii	p=0,320 test Manna-Whitney'a	p=0,575 test Manna-Whitney'a	p=0,769 test Manna-Whitney'a	p=0,924 test Manna-Whitney'a		
skala Modica			rS= 0,001 <sup>++</sup> p=0,997	rS= -0,134 p=0,386		
zmiana intensywności sygnału w rdzeniu kręgowym	p=0,002 test Manna-Whitney'a	p=0,354 test Manna-Whitney'a				
wymiar strzałkowy kanału kręgowego	p=0,040 test Manna-Whitney'a	p=0,164 test Manna-Whitney'a				
skala VAS	rS= -0,175 p=0,275	rS= -0,094 p=0,560	rS= -0,293 p=0,050	rS= -0,186 p=0,226		
kwestionariusz NDI-PL	rS= -0,096 p=0,552	rS= -0,209 p=0,189				
kwestionariusz OLBPD-PL			rS= -0,085 p=0,583	rS= 0,023 p=0,881		
długość pobytu w szpitalu (dni)	rS= 0,068 p=0,688	rS= 0,014 p=0,929	rS= -0,017 p=0,914	rS= 0,002 p=0,988		

<sup>+</sup> p- poziom istotności statystycznej

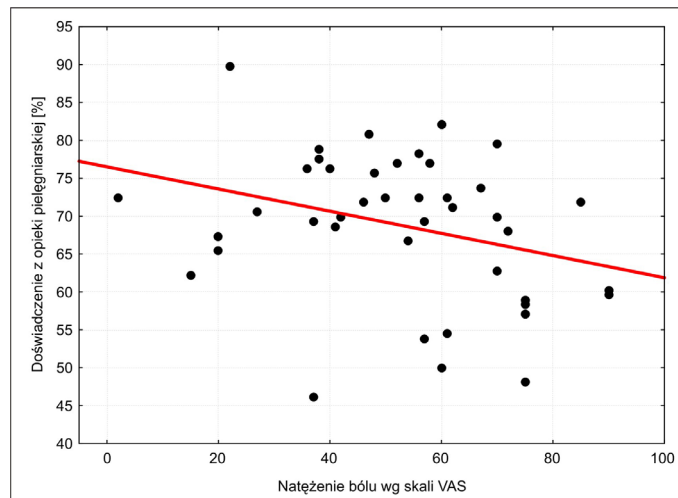
<sup>++</sup> rS- współczynnik korelacji rang Spearmana



**Rycina 20.** Analiza wpływu obecności zmian intensywności sygnału w rdzeniu kręgowym, w badaniu przedoperacyjnym MR, na wyniki doświadczenia z opieki pielęgniarzkiej w grupie A.



**Rycina 21.** Korelacja wymiaru strzałkowego kanału kręgowego w badaniu MR z wynikami doświadczenia z opieki pielęgniarzkiej w grupie A.



**Rycina 22.** Wpływ natężenia bólu, według skali VAS, na wyniki doświadczenia z opieki pielęgniarzkiej w grupie B.

## 6.4 Korelacja wyników leczenia z wynikami polskiej wersji Skali

### Zadowolenia z Pielęgnacji Newcastle

W grupie chorych leczonych z powodu dyskopatii szyjnej, w zakresie remisji neurologicznych objawów ubytkowych, przy pomocy testu Kruskala-Wallisa z wynikami I części – doświadczenia i II części – satysfakcja skali NSNS-PL wykazało istotne różnice statystyczne na poziomie 0,001 w testach Manna-Whitney'a (tabela 14) (ryc. 23 a, b). Pacjenci, u których ustąpiły neurologiczne objawy ubytkowe (poprawa siły mięśniowej, poprawa w zakresie czucia) wyżej oceniali doświadczenia i satysfakcję z opieki pielęgniarstwa. Obliczenia statystyczne wykazały również istotny statystycznie wpływ stopnia natężenia bólu, wyrażonego w skali VAS w badaniu kontrolnym, na wyniki uzyskane w I części skali – doświadczenie ( $rS = -0,306$ ,  $p = 0,050$ ) i II części skali – satysfakcja ( $rS = -0,396$ ,  $p = 0,010$ ). Chorzy, u których natężenie bólu było mniejsze wyżej oceniali doświadczenie i satysfakcję z opieki pielęgniarstwa (ryc. 24 a, b). Ocena wyniku leczenia dokonana przez chorego korelowała z wynikami II części skali „satysfakcja” na poziomie istotności  $p = 0,026$  (test Kruskala-Wallisa) (ryc. 25). Osoby, które oceniły wynik leczenia operacyjnego na bardzo dobry wyżej oceniali satysfakcję z opieki pielęgniarstwa. Korelacja pomiędzy wynikami uzyskanymi z odpowiedzi na pytanie „czy poddała/poddałby się Pan /Pani ponownie operacji?” a wynikami I i II części skali NSNS-PL okazała się istotna statystycznie przy „p” równym odpowiednio 0,013 i 0,008 (test Kruskala-Wallisa) (ryc. 26 a i b). Chorzy, którzy zadeklarowali zdecydowanie, że poddali się ponownie operacji oceniali wyżej doświadczenia i satysfakcję z opieki pielęgniarstwa, niż te osoby które odpowiadały *raczej tak* lub *raczej nie*. Stan psychiczny chorych oceniony w skali depresji Becka wykazywał istotną statystycznie korelację z wynikami II częścią skali satysfakcja ( $rS = -0,348$ ;  $p = 0,026$ ) (ryc. 27). Wraz ze wzrostem nasilenia depresji zmniejszała się ocena satysfakcji z opieki pielęgniarstwa. W przeprowadzonych obliczeniach nie stwierdzono istotnych statystycznych zależności pomiędzy odzyskaniem zdolności do aktywności zawodowej, wynikami stopnia niepełnosprawności uzyskanymi w badaniu według kwestionariusza NDI-PL a wynikami I i II części skali NSNS-PL.

Przeprowadzone obliczenia statystyczne w grupie osób leczonych z powodu dyskopatii lędźwiowej wykazały zależności statystyczne pomiędzy stanem psychicznym chorych (skala depresji Becka) a I częścią skali doświadczenia ( $rS = -0,316$ ;  $p = 0,036$ ) (ryc. 28). Wraz ze wzrostem nasilenia depresji zmniejszała się ocena doświadczenia z opieki pielęgniarstwa. Zależności pomiędzy wynikami leczenia (powrót do pracy zawodowej, ustąpienie ubytkowych

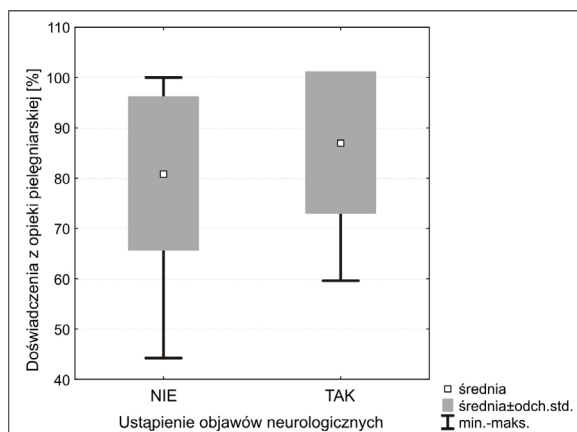
objawów neurologicznych, ocena intensywności bólu w skali VAS, ocena niepełnosprawności na podstawie kwestionariusza OLBDP-PL) a wynikami I i II części polskiej wersji Skali Zadowolenia z Pielęgnacji Newcastle nie dały rezultatów istotnych statystycznie. Podobnie, w tej grupie chorych nie stwierdziłam istotnych statystycznie korelacji pomiędzy wynikami I i II części skali, a deklaracją chorego oceniającą wynik leczenia i pytaniem: „czy poddała/poddałby się Pan /Pani ponownie operacji?” oraz wynikami skali depresji Becka.

**Tabela 14.** Korelacja wyników leczenia dyskopatii z wynikami polskiej wersji Skali Zadowolenia z Pielęgnacji Newcastle

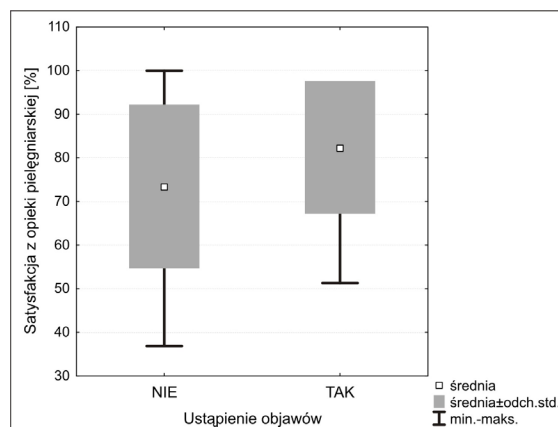
Wyniki	Dyskopatie					
	szyjne n=41 (grupa A)		lędźwiowe n=44 (grupa B)		Satysfakcja	
	Doświadczenie	Satysfakcja	Doświadczenie	Satysfakcja		
powrót do aktywności zawodowej	p=0,177 <sup>+</sup> test Manna-Whitney'a	p=0,831 test Manna-Whitney'a	p=0,617 test Manna-Whitney'a	p=0,213 test Manna-Whitney'a		
ustąpienie neurologicznych objawów ubytkowych	<b>p=0,001</b> test Manna-Whitney'a	<b>p=0,001</b> test Manna-Whitney'a	p=0,671 test Manna-Whitney'a	p=0,728 test Manna-Whitney'a		
skala VAS	<b>rS= -0,309<sup>++</sup></b> <b>p=0,050</b>	<b>rS= -0,396</b> <b>p=0,010</b>	rS= -0,046 <b>p=0,766</b>	rS= -0,001 <b>p=0,995</b>		
kwestionariusz NDI-PL	rS= -0,266 <b>p=0,093</b>	rS= -0,291 <b>p=0,065</b>				
kwestionariusz OLBDP-PL			rS= -0,079 <b>p=0,612</b>	rS= -0,007 <b>p=0,965</b>		
ocena chorego	p=0,112 test Kruskala-Wallis'a	<b>p=0,026</b> test Kruskala-Wallis'a	p=0,568 test Kruskala-Wallis'a	p=0,675 test Kruskala-Wallis'a		
czy poddała/poddałby się Pan/Pani ponownie operacji?	<b>p=0,013</b> test Kruskala-Wallis'a	<b>p=0,008</b> test Kruskala-Wallis'a	p=0,612 test Kruskala-Wallis'a	p=0,293 test Kruskala-Wallis'a		
skala depresji Becka	rS= -0,287 <b>p=0,069</b>	<b>rS= -0,348</b> <b>p=0,026</b>	<b>rS= -0,316</b> <b>p=0,036</b>	rS= -0,098 <b>p=0,528</b>		

<sup>+</sup> p - poziom istotności statystycznej

<sup>++</sup> rS - współczynnik korelacji rang Spearmana

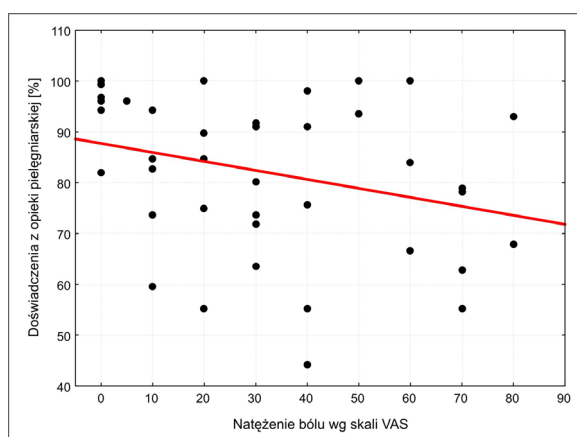


**a**

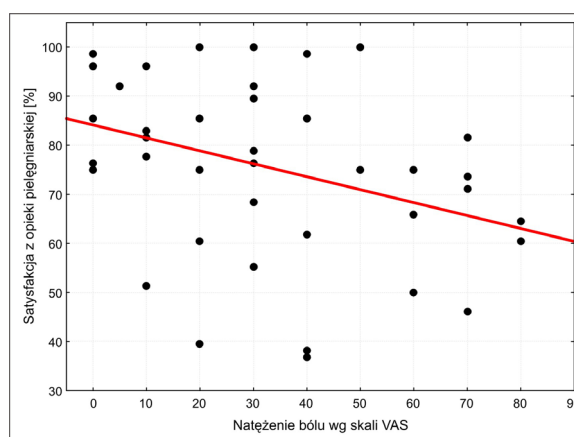


**b**

**Ryciny 23 a b.** Zależności pomiędzy ustępowaniem neurologicznych objawów ubytkowych po operacji, a wynikami doświadczenia (a) i satysfakcji (b) z opieki pielęgniarstwa w grupie A.

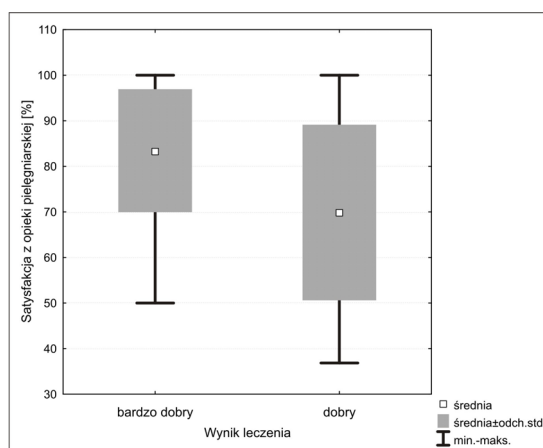


**a**

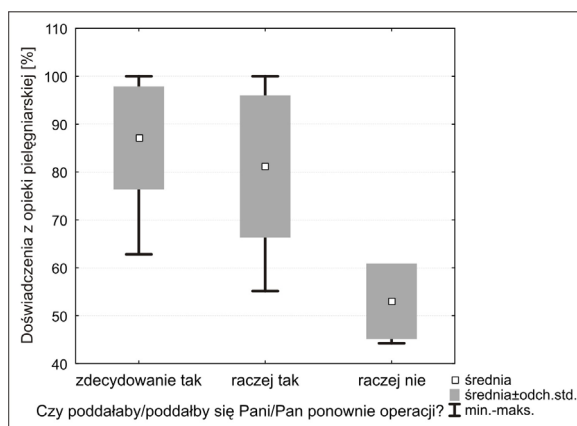


**b**

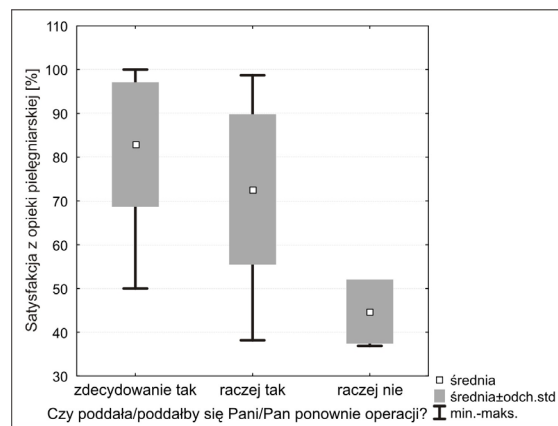
**Ryciny 24 a b.** Związek pomiędzy stopniem natężenia bólu, w badaniu kontrolnym, według skali VAS, a wynikami doświadczenia (a) i wynikami satysfakcji (b) z opieki pielęgniarstwa w grupie A.



**Rycina 25.** Zależność pomiędzy oceną wyniku leczenia dokonaną przez chorego, a wynikami satysfakcji z opieki pielęgniarskiej w grupie A.

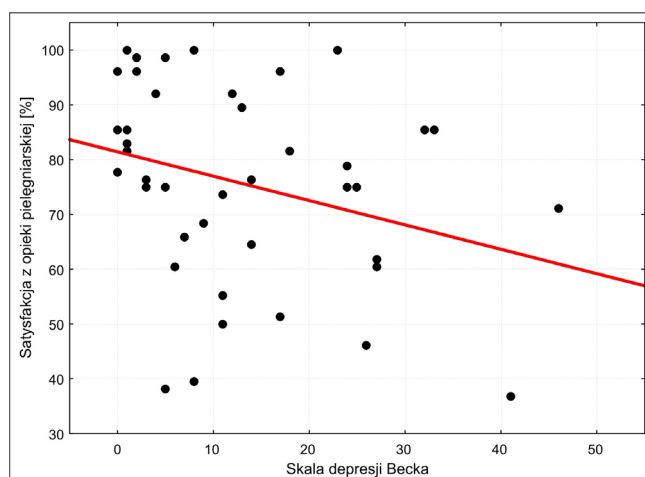


**a**

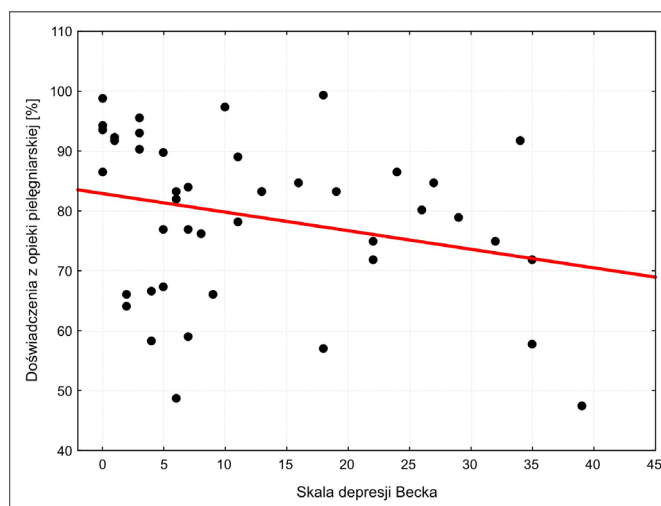


**b**

**Ryciny 26 a b.** Zależności pomiędzy wynikami odpowiedzi na pytanie „czy poddała/poddałby się Pani /Pan ponownie operacji?” w odniesieniu do wyników doświadczenia (a) i satysfakcja (b) z opieki pielęgniarskiej w grupie A.



**Rycina 27.** Korelacja wyników w skali depresji Becka z wynikami satysfakcji z opieki pielęgniarskiej w grupie A.



**Rycina 28.** Korelacja wyników skali depresji Becka z wynikami doświadczenia z opieki pielęgniarskiej w grupie B.

### **6.5 Korelacja wyników III części skali z wynikami I części – doświadczenia i II części – satysfakcja polskiej wersji Skali Zadowolenia z Pielęgnacją Newcastle**

Przeprowadziłam również analizę korelacji wyników odpowiedzi na dwa oddzielne pytania (pytanie 6 i 7) zawarte w części III, niewchodzące w skład zasadniczych części skali z wynikami I i II części skali NSNS-PL. Pytanie 6 „całościowo, jak oceniasz opiekę pielęgniarską otrzymaną w tym oddziale?”. Pytanie 7 „całościowo, jak oceniasz swój obecny pobyt w tym oddziale?” (tabela 15).



**Tabela 15.** Korelacja wyników III części skali z wynikami I części – doświadczenia i II części – satysfakcja z opieki pielęgniarskiej polskiej wersji Skali Zadowolenia z Pielęgnacji Newcastle

Wyniki III części skali	Dyskopatie			
	szyjne n=41 (grupa A)		łędźwiowe n=44 (grupa B)	
	Doświadczenie	Satysfakcja	Doświadczenie	Satysfakcja
ocena opieki pielęgniarskiej otrzymanej w oddziale	<b>rS= 0,621<sup>+</sup> p&lt;0,001<sup>++</sup></b>	<b>rS= 0,799 p&lt;0,001</b>	<b>rS= 0,374 p=0,012</b>	<b>rS= 0,491 p=0,001</b>
ocena pobytu w oddziale	<b>rS= 0,646 p&lt;0,001</b>	<b>rS= 0,733 p&lt;0,001</b>	<b>rS= 0,304 p=0,045</b>	<b>rS= 0,322 p=0,033</b>

<sup>+</sup> rS - współczynnik korelacji rang Spearmana

<sup>++</sup> p - poziom istotności statystycznej

W grupie A – chorych leczonych z powodu dyskopatii szyjnej, stwierdziłam istotne statystycznie korelacje przy  $p < 0,001$ , zarówno w zakresie doświadczenia z opieki pielęgniarskiej i satysfakcji z opieki pielęgniarskiej, w porównaniu z oceną całościowej opieki pielęgniarskiej otrzymanej w oddziale i całościowej oceny pobytu w oddziale. Współczynniki korelacji rang Spearmana wynosiły odpowiednio: dla oceny opieki pielęgniarskiej otrzymanej w oddziale 0,621 (doświadczenia) i 0,799 (satysfakcji) oraz dla oceny pobytu w oddziale 0,646 (doświadczenia) i 0,733 (satysfakcja).

W analizie statystycznej przeprowadzonej w grupie B – chorych leczonych z powodu dyskopatii łędźwiowej, wykazałam również istotne statystycznie zależności pomiędzy wynikami doświadczenia z opieki pielęgniarskiej a wynikami oceny całościowej opieki pielęgniarskiej otrzymanej w oddziale ( $rS = 0,374$ ,  $p = 0,012$ ) i wynikami satysfakcji a wynikami całościowej oceny pielęgniarskiej otrzymanej w oddziale ( $rS = 0,491$ ,  $p = 0,001$ ). W badaniach zależności pomiędzy wynikami doświadczenia i satysfakcji, a oceną całościową pobytu w oddziale uzyskałam istotną statystycznie korelację, odpowiednio:  $rS = 0,304$ ,  $p = 0,045$  i  $rS = 0,322$ ,  $p = 0,033$ .

## 6.6 Analiza regresji logistycznej

Analizę regresji logistycznej przeprowadzono dla skategoryzowanych wartości ocen doświadczenia z opieki pielęgniarskiej i satysfakcji z opieki pielęgniarskiej. W obu grupach A – (chorzy z dyskopatią szyjną) i B – (chorzy z dyskopatią łędźwiową) wyznaczono dwie kategorie uzyskanych wyników w I i II części skali NSNS-PL. Pierwsza kategoria: *bardzo dobry* wynik - wartości od 75 do 100 punktów (27 przypadków z dyskopatią szyjną i 29 przypadków z dyskopatią łędźwiową) i druga kategoria: brak *bardzo dobrego* wyniku

- wartości od 30,26 do 74,99 punktów (26 przypadków z dyskopatią szyjną i 22 przypadki z dyskopatią lędźwiową). Dla każdej z dwóch zmiennych zależnych (skategoryzowanej oceny doświadczenia i skategoryzowanej oceny satysfakcji z opieki pielęgniarstwa) wykonano po cztery analizy, badające skojarzony wpływ na nią zmiennych niezależnych:

1. czynniki socjodemograficzne: płeć, wiek, stan cywilny, miejsce zamieszkania, wykształcenie, aktywność zawodowa przed operacją
2. dane uzyskane z wywiadu: długość choroby, przeciążenie kręgosłupa w wywiadzie, stosowanie „opiatów”, palenie papierosów, choroby współistniejące, BMI
3. dane uzyskane z wywiadu i badania neuroradiologicznego: charakter bólu, obecność neurologicznych objawów ubytkowych, liczba poziomów dyskopatii, wynik badania MR, natężenie bólu według skali VAS, niepełnosprawność według kwestionariusza NDI-PL (dla chorych z dyskopatią szyjną) lub OLBPD-PL (dla chorych z dyskopatią lędźwiową), długość pobytu w szpitalu
4. wyniki leczenia: powrót do aktywności zawodowej, ustąpienie neurologicznych objawów ubytkowych, natężenie bólu według skali VAS, niepełnosprawność według kwestionariusza NDI-PL (dla chorych z dyskopatią szyjną) lub OLBPD-PL (dla chorych z dyskopatią lędźwiową), ocena wyniku leczenia przez chorego, deklaracja chorej/chorego – „czy poddałaby/poddałby się ponownie operacji”, ocena nasilenia depresji według skali Becka.

W żadnej z czterech grup zmiennych niezależnych nie uzyskano wyniku wskazującego na skojarzony wpływ więcej niż jednej zmiennej na wystąpienie bardzo dobrej oceny doświadczenia z opieki pielęgniarstwa i bardzo dobrej oceny satysfakcji z opieki pielęgniarstwa.

Istotny statystycznie wynik w grupie A – chorych z dyskopatią szyjną, otrzymano dla wpływu wieku na bardzo dobrą ocenę satysfakcji oraz wpływu odpowiedzi na pytanie o ponowne poddanie się takiemu samemu leczeniu na bardzo dobrą ocenę doświadczenia oraz bardzo dobrą ocenę satysfakcji. Zależności te zaobserwowane zostały już przy badaniu izolowanych korelacji pomiędzy różnymi cechami a ilościowo wyrażonymi ocenami doświadczenia i satysfakcji, tak, więc kategoryzacja ocen doświadczenia i satysfakcji z opieki pielęgniarstwa przeprowadzona dla potrzeb analizy regresji logistycznej nie przyniosła nowych zależności.

W grupie B – chorych z dyskopatią lędźwiową, uzyskano statystycznie istotny wpływ poziomu wykształcenia na bardzo dobrą ocenę satysfakcji z opieki pielęgniarstwa. Prawdopodobieństwo bardzo dobrej oceny maleje ze wzrostem poziomu wykształcenia. Takiego wyniku nie stwierdzono podczas badania korelacji pomiędzy ilościowo wyrażoną oceną satysfakcji z opieki pielęgniarstwa a poziomem wykształcenia.

## 7. Dyskusja

Do uzyskania obiektywnych wyników dotyczących jakości w opiece zdrowotnej konieczne jest posiadanie informacji nie tylko od osób świadczących usługi, ale również od ich odbiorców. Oceniona przez pacjenta jakość otrzymanej opieki może się różnić od oceny świadczeniodawców. Badanie satysfakcji pacjenta jest jedną z metod stosowanych do oceny jakości opieki zdrowotnej i polega na zebraniu opinii pacjentów o sposobie udzielania świadczeń medycznych. Pomiar satysfakcji pacjenta z leczenia w warunkach ambulatoryjnych i podczas hospitalizacji, prowadzony jest już od ponad pięćdziesięciu lat i jest powszechnym, a w niektórych krajach obowiązkowym badaniem [106, 123, 166, 181].

Obecnie istnieją różne kwestionariusze, mierzące jakość opieki zdrowotnej z perspektywy chorego. Do pomiaru i oceny satysfakcji pacjentów z pobytu w szpitalach są stosowane ankiety i kwestionariusze autorskie [10, 52, 85, 99, 158, 195].

Ogólną ocenę zadowolenia z opieki medycznej w szpitalnych oddziałach zabiegowych w Polsce badano stosując między innymi „Anonimową ankietę badania satysfakcji pacjenta” [77, 78]. Jednym z pierwszych narzędzi oceniających różne aspekty ogólnego zadowolenia pacjenta ze świadczeń medycznych w Polsce, jest kwestionariusz do oceny satysfakcji pacjenta EUROPEP, stosowany przez Europejską Grupę Roboczą ds. Jakości w Medycynie Rodzinnej [108].

Pomiar satysfakcji chorego jest wykorzystywany w celach porównawczych, różnych systemów opieki. Opinie pacjenta są cennym źródłem informacji odnośnie potrzeb i oczekiwań, wskaźnikiem poziomu jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, jak również stanowią niezbędną informacją do planowania procesów opieki. Porównanie wyników oceny jakości usług medycznych może stanowić cenny materiał do poprawy jakości i funkcjonowania placówek opieki medycznej [85].

Preferencja szpitala jest bardzo ważna, gdyż istnieje konkurencja między zakładami opieki zdrowotnej. Opieka zdrowotna jest rozpatrywana jako konkurencyjny rynek, gdzie pacjent jest klientem i konsumentem [48, 75, 118].

W Polsce, od czasu powołania Kas Chorych, koniecznym stało się przyznanie gwarancji ustawowych dla sprawy jakości świadczeń zdrowotnych. Badania nad jakością usług medycznych obejmują ich wielokierunkową ocenę dotyczącą organizacji pracy, postawy personelu medycznego i jego technicznych kompetencji [81, 177].

Podnoszenie jakości świadczeń medycznych przez placówki ochrony zdrowia powoduje, że świadczeniobiorca (pacjent), jak również świadczeniodawca (płatnik świadczeń zdrowotny) zainteresowany jest ich ofertą. Poziom satysfakcji pacjentów jest sprawą indywidualną i subiektywną. Na satysfakcję pacjenta składa się wiele czynników. Ważna jest opieka lekarska, pielęgnarska, badania diagnostyczne, ale na odczucia chorego w trakcie hospitalizacji rzutują także warunki hotelowe, wyżywienie i praca administracji [50, 160]. Zapewnienie pacjentom zadawalającego dostępu do usług medycznych oraz opieki na najwyższym poziomie, odpowiadającej ich potrzebom, to bardzo istotne czynniki satysfakcji chorego z opieki medycznej. Satysfakcja pacjenta z opieki medycznej jest stanem emocjonalnym i poznawczym wynikającym z realizacji przez personel potrzeb emocjonalnych i medycznych, a także umiejętności rozwiązywania i rozstrzygania wielu problemów pacjenta. Podnoszenie jakości w opiece medycznej to działania, w których usługa świadczona pacjentowi i dostarczana zgodnie z aktualnym stanem wiedzy daje prawdopodobieństwo uzyskania pożądanego wyniku opieki [195].

Ocena satysfakcji pacjentów wiąże się z realizacją uświadomionych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Satysfakcja pacjenta z opieki może, zatem oznaczać stopień, w jakim opieka jest przez niego akceptowana w odniesieniu do jego oczekiwań i potrzeb. Zależy ona od stopnia, w jakim otrzymywana usługa spełni oczekiwania chorego. Dzięki pomiarowi satysfakcji z opieki świadczeniodawca usług uzyskuje informację o zapewnieniu oczekiwań i potrzeb pacjentów oraz ewentualnych źródłach niezadowolenia [103].

Pomiar satysfakcji pacjenta dotyczący opieki medycznej jest dokonywany przy pomocy różnorodnych metod i technik badawczych. Najczęściej wykorzystuje się kwestionariusz wypełniany w obecności ankietera lub ankietę, w której pacjent sam udziela odpowiedzi na pytania i odnosi się do przedstawionych twierdzeń.

Badania z wykorzystaniem kwestionariusza w obecności ankietera, prowadzone są powszechnie w zakresie oceny satysfakcji chorego z pobytu w szpitalu. Zazwyczaj badania odbywają się w ostatnim dniu pobytu chorego w szpitalu, bezpośrednio przed uzyskaniem karty wypisowej. Ujemną stroną wywiadu kwestionariuszowego może być wpływ ankietera i miejsce udzielania odpowiedzi – placówka, w której została udzielona usługa medyczna. Gutysz-Wojnicka i Dyk – 2007 [58] w badaniach ankietowych, prowadzonych w ramach adaptacji oryginalnej skali Newcastle do warunków polskich podają trudności w uzyskiwaniu zwrotnych ankiet w dniu wypisu chorego ze szpitala. Otrzymały one zwrot poprawnie wypełnionych ankiet od 49 pacjentek z oddziału położniczego, co stanowiło 93, 88% wręczonych ankiet, od 39 pacjentów z chirurgii (51, 61% wręczonych ankiet),

od 66 pacjentów z kardiologii (74, 24%) i od 51 pacjentów z ortopedii (66,67%). Trudności w uzyskiwaniu zwrotnych ankiet były spowodowane między innymi utrudnionym kontaktem ankietera z pacjentami w dniu wypisu, nietypowymi godzinami wypisu, niechęcią do pozostawienia wypełnionej ankiety, obszernością ankiety (10 stron maszynopisu) [207]. Badania przeprowadzone przez Wyrzykowską – 2007 [201] oceniały postawę i zachowania personelu pielęgniarskiego oraz opiekę pielęgniarską na podstawie anonimowej ankiety, którą otrzymało 600 osób w przeddzień lub w dzień zwolnienia ze szpitala. Z powrotem otrzymano 289 ankiet – uzyskano 48,2% zwrotności.

Badania z zastosowaniem techniki ankiety pocztowej odbywają się w warunkach większego komfortu psychicznego i fizycznego (miejsce zamieszkania), a decyzja odpowiedzi na pytania jest odzwierciedleniem wewnętrznego przekonania o potrzebie udziału w badaniach. Dużym ograniczeniem w badaniach z zastosowaniem ankiet, jako techniki służącej do zbierania opinii, jest brak odpowiedzi, w granicach od 70% do 85%, a w badaniach dotyczących satysfakcji pacjenta ze świadczeń medycznych brak odpowiedzi jest jeszcze wyższy i wynosi od 90-95% [15]. Badania satysfakcji z udzielonego świadczenia medycznego techniką ankietową są jednak zalecane i stosowane, a wskaźnik uczestnictwa w tych badaniach, podawany przez innych autorów, waha się od 30% do 95% [84, 101, 115, 126, 137, 156, 162, 181].

Zwrotność ankiet w badaniach oceniających jakość opieki pielęgniarskiej w Polsce wynosiła od 48,2 do 95% [93, 108, 158, 19].

Podkreślane są też inne korzyści wynikające z badań ankietowych: poufność, anonimowość, nie ma konieczności zatrudnienia ankietera oraz ich niski koszt. Poza osobami, które w sposób świadomy dezaprobuja udział w badaniach ankietowych, nie mogą brać udziału w badaniu pacjenci bezdomni, analfabeci, obcokrajowcy. Najczęstszymi czynnikami wpływającymi na liczbę zwracanych ankiet są aspekty techniczne i organizacyjne (układ graficzny, długość kwestionariusza, zastosowanie listu przewodniego, rodzaj przesyłki) i cechy społeczno-demograficzne respondentów [41, 101].

Gasquet i wsp. – 2001 [50] dowiedli, że częściej uzyskiwali odpowiedź w badaniach dotyczących jakości usług medycznych, jeżeli ankietę wysyłali pocztą, niż w przypadkach, gdy ankietą była wręczana choremu przy wypisie ze szpitala. Gutysz-Wojnicka [59] podkreśla, że nie zostały ustalone istotnie statystycznie różnice w ocenie doświadczenia i satysfakcji z opieki pielęgniarskiej pomiędzy kwestionariuszami wypełnionymi w domu i szpitalu. Badania Banaszewskiej 1999 [15], wykazały znacznie większe zainteresowanie ankietą, dotyczącą oceny usług medycznych, niż w przypadku badań marketingowo-konsumenckich.

W przeprowadzonych przeze mnie badaniach ankietowych zwrotne ankiety uzyskałam od 100% (42 chorych) leczonych z powodu dyskopatii szyjnej i od 71% spośród 66 osób leczonych z powodu dyskopatii lędźwiowej. Ankiety zostały wysłane do chorych pocztą, co najmniej po upływie 12-miesięcznego czasu, który upłynął od zwolnienia chorego z Kliniki. Autorzy, wykorzystujący w swoich badaniach do oceny satysfakcji z opieki pielęgniarskiej ankiety pocztowe, nie podają czasu, jaki upłynął od wypisu chorego ze szpitala do chwili badania [93]. Bardzo zróżnicowana jest liczebność chorych objętych badaniami, bo od 32 do 1559 osób [181, 183]. Uwagę, ze względu na liczebność badanych chorych (11 066 osób) zwraca praca Kabacińskiej 2002 r. [81], dotycząca satysfakcji pacjentów hospitalizowanych na oddziałach chirurgicznych i internistycznych w szpitalach województwa wielkopolskiego, która analizuje wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej. W mojej pracy analizowana grupa chorych była ograniczona do 108 pacjentów.

Zaleca się, aby zapewnienie jakości w szpitalu miało charakter „interzawodowy” i „interdyscyplinarny”. Badania satysfakcji chorego z usługi medycznej nie ograniczają się do oceny satysfakcji z opieki pielęgniarskiej, a obejmują również takie aspekty jak praca personelu lekarskiego, administracji, komunikacji pomiędzy pracownikami służby zdrowia a pacjentem, zarządzanie w oddziale, zakwaterowanie, wyżywienie, elementy determinujące podjęcie decyzji o korzystaniu z usług wybranego zakładu opieki zdrowotnej [85, 158]. Należy jednak podkreślić, że w przypadku organizacji usługowych szczególne znaczenie mają pracownicy bezpośrednio zaangażowani w realizację świadczeń. Chociaż ogólny poziom zadowolenia pacjenta z pobytu w szpitalu jest zależny od wielu czynników, jednak badania wykazują, że wśród nich opieka pielęgniarska jest najbardziej istotnym czynnikiem [68]. Satysfakcja pacjenta z opieki pielęgniarskiej zdaniem McDonnell i wsp. 1990 [116] nabiera jeszcze większego znaczenia, ponieważ personel pielęgniarski stanowi większość pracowników ochrony zdrowia.

W obszarze badań medycznych istotne znaczenie odgrywa opieka pielęgniarska, rozumiana, jako całość zabiegów pielęgnacyjnych, manualnych czy technicznych, ale również w aspekcie kontaktów międzyludzkich, wiedzy pielęgniarek oraz ich zdolności do podejmowania decyzji [56].

Ważnym aspektem w badaniach nad satysfakcją z opieki pielęgniarskiej jest wyodrębnienie z globalnej opieki świadczonej w szpitalu wyłącznie aspektów opieki pielęgniarskiej, określenie kryteriów ich pomiaru i skonstruowanie na tej podstawie narzędzia badawczego, służącego do pomiaru satysfakcji pacjenta z opieki pielęgniarskiej [115].

Dotychczas w badaniach naukowych w Polsce, do pomiaru i oceny satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarstwa w szpitalach stosowane były narzędzia autorskie, opracowane na potrzeby danego zakładu pracy lub prowadzonego badania [51, 80, 160, 175, 176, 183, 201]. Najczęściej badacze wykorzystują „Kwestionariusz satysfakcji pobytu w szpitalu” [103]. Kwestionariusz ten, oprócz wybranych aspektów oceny opieki pielęgniarstwa, zawiera pytania dotyczące zadowolenia pacjenta z warunków hotelowych podczas pobytu w szpitalu [93, 195]. Wśród narzędzi badawczych zastosowanych do oceny zadowolenia z opieki pielęgniarstwa należy również wymienić „Arkusze oceny poziomu pielęgnacji” – AOPP [174]. W piśmiennictwie anglojęzycznym wykorzystywane są różne skale, a do najczęściej używanych należą: Skalę Zadowolenia Pacjenta (PSS – Patient Satisfaction Scale) [97, 152, 166], Skalę Satysfakcji Pacjentów z Opieki Pielęgniarstwa (PSNCC - The Patient Satisfaction with Nursing Care Checklist) [106], Skalę Satysfakcji Pacjenta (LOPSS - LaMonica-Oberst Patient Satisfaction Scale) [106], Kwestionariusz Jakości Opieki Pielęgniarstwa z Satysfakcji Pacjenta (PSNCQQ - The Patient Satisfaction with Nursing Care Quality Questionnaire) [102], Skalę Satysfakcji z Opieki Pielęgniarstwa Newcastle (The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale) [181].

Badania nad satysfakcją z opieki pielęgniarstwa prowadzone są w szpitalach o różnym profilu, w oddziałach zabiegowych i zajmujących się leczeniem zachowawczym [201]. Dotyczą różnych specjalności medycznych: chirurgii ogólnej, chirurgii naczyniowej, urologii, onkologii, ortopedii, położnictwa, kardiologii [51, 82, 160, 195]. Czasami badania są ograniczone do jednej choroby [183], obejmowały też kobiety przebywające w oddziale położniczym [137].

Analizy satysfakcji z opieki pielęgniarstwa były przeprowadzane również u pacjentów hospitalizowanych w oddziałach neurochirurgicznych [66, 77, 78] i oceniały satysfakcję u chorych leczonych nie tylko z powodu dyskopatii lędźwiowej, ale także szyjnej [66, 93]. Moje badania dotyczą jednej choroby i jednego narządu. W badanej grupie znajdują się chorzy leczeni operacyjnie z powodu dyskopatii lędźwiowej lub szyjnej. Przepukliny krążków międzykręgowych w odcinku piersiowym występują sporadycznie – stanowią 0, 25% do 0, 75% przypadków wszystkich przepuklin krążków międzykręgowych [146]. Powyższy fakt tłumaczy, że w mojej grupie badawczej nie ma chorych leczonych operacyjnie z powodu dyskopatii piersiowej.

Z przeglądu literatury wynika, że dotychczas w Polsce nie była dokonana adaptacja (walidacja) do warunków polskich żadnej skali obcojęzycznej, poza skalą NSNS-PL [58]. Z uwagi na to, że nie została ustalona trafność i rzetelność oraz nie było przeprowadzonej

weryfikacji statystycznej narzędzi oceniających satysfakcję, nie było możliwości interpretacji i porównania wyników badań. Poza skalą NSNS-PL nie ma w Polsce innej, zaadaptowanej do warunków polskich, skali (kwestionariusza) oceniającej satysfakcję chorego z opieki pielęgniarstwa. W obszarach kulturowych – angielskim i polskim pacjenci podobnie postrzegają oczekiwania wobec pielęgniarek, a zidentyfikowane aspekty opieki pielęgniarstwa mają dla nich podobne znaczenie. Wysoka wartość współczynnika Alfa Cronbacha obliczonego dla I części skali „doświadczenia” = 0,92 i II części skali „satysfakcja” = 0,98 świadczą o bardzo wysokiej rzetelności adaptacji skali i potwierdzeniu powyższego założenia. Użycie jednolitego pomiaru w celu oceny zadowolenia z opieki pielęgniarstwa dla różnych grup pacjentów jest pomocne w zbieraniu danych i ich interpretacji oraz ułatwia współpracę pomiędzy personelem różnych oddziałów, w celu ustaleń i określenia strategii mającej na celu poprawę świadczonych usług przez pielęgniarki [167].

Dzięki wielośrodkowemu projektowi badawczemu prowadzonemu pod kierunkiem Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, adaptacja kulturowa (walidacja) skali NSNS-PL umożliwiła zastosowanie tego formularza do moich badań. Pewnym ograniczeniem w ostatecznej interpretacji i porównaniu uzyskanych w mojej analizie wyników może być mała liczebność badanej grupy, jak również długi czas, po którym chory wypełniał kwestionariusz skali NSNS-PL. Chory nie wypełniał ankiety w dniu wypisu z Kliniki, ale dopiero po 12 miesiącach, dlatego że moje badania obejmują wpływ odległego wyniku leczenia operacyjnego dyskopatii na stopień zadowolenia z opieki pielęgniarstwa.

Skala NSNS-PL służy do oceny doświadczeń związanych z opieką pielęgniarstwą i satysfakcji z opieki pielęgniarstwa. W Anglii, Thomas i wsp. 1996 [181] przeprowadzili badania w grupie 1559 osób leczonych zarówno zachowawczo, jak i operacyjnie. W ocenie doświadczenia uzyskali średni wynik 84,6%, a satysfakcji z opieki pielęgniarstwa – 84,1%. Inne badania z zastosowaniem skali NSNS-PL dotyczyły chorych z różnymi schorzeniami, które były leczone zachowawczo bądź operacyjnie. Badania Walsh M. i Walsh A. [191] opublikowane w 1999 roku, obejmowały głównie mężczyzn leczonych w oddziale chirurgicznym. 47% osób z ogółu badanych oceniło doświadczenia w zakresie od 90% do 100%, a satysfakcję w tym zakresie oceniło 59% osób badanych. Peterson i wsp. 2005 r. [137] analizowali satysfakcję z opieki pielęgniarstwa u 189 kobiet w oddziale położniczym w stanie Ontario w Kanadzie. Doświadczenia były ocenione średnio na 76,4%, a satysfakcja na 74,7%. Skala NSNS została zaadoptowana też do warunków



tureckich [4]. Publikacja z 2007 roku dotyczy 200 pacjentów leczonych w oddziałach chirurgicznych i internistycznych w szpitalu uniwersyteckim w Istambule. Autorzy zmodyfikowali skalę NSNS i ograniczyli ją tylko do drugiej części – satysfakcja (19 twierdzeń) i trzeciej dotyczących danych demograficznych. Swoją skalę nazwali Satisfaction with Nursing Care Scale (SNCS). Ocena satysfakcji z opieki pielęgniarskiej wynosiła  $55,29 \pm 22,79\%$ . Publikacja innych tureckich autorów - Findik U.Y. i wsp. – 2010 [45], którzy przeprowadzili badania w grupie 229 chorych leczonych w innym szpitalu (uniwersytet w Edirne), w oddziałach o profilach zachowawczym i operacyjnym, ocenia doświadczenie wynikiem  $81,5 \pm 11,6\%$  i satysfakcję  $81,6 \pm 16,3\%$ .

Badania przeprowadzone w Polsce przez Gutysz-Wojnicką [59] pozwoliły na ocenę doświadczenia i satysfakcji z opieki pielęgniarskiej wg skali NSNS-PL u chorych leczonych w oddziałach zachowawczych i zabiegowych. Średni wynik oceny doświadczeń wynosił  $73,22 \pm 16,03\%$  (od 15,38% do 100%). Średni wynik oceny satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej, w badanej populacji pacjentów, został obliczony na  $74,98 \pm 20,83\%$  (1,32% do 100%). Skala Newcastle została wykorzystana w badaniach Ozgi i Binkowskiej-Bury – 2008 [132]. Autorki oceniały doświadczenie i satysfakcję u pacjentów hospitalizowanych w oddziałach zabiegowych: chirurgii urazowej i ortopedii. Wynik doświadczenia wahał się od 39,1% do 94,8% (wartość średnia =  $56,7 \pm 12,7\%$ ). Wyżej została oceniona przez chorych satysfakcja i wynosiła od 32,8% do 100% (wartość średnia =  $66,4 \pm 12,7\%$ ).

Stanisławska i wsp. – 2011 [167] przeprowadziły badania w oddziałach niezabiegowym (kardiologicznym) i zabiegowym (urologicznym). Kwestionariusz skali NSNS-PL wypełniło 100 pacjentów z oddziału kardiologicznego i 100 pacjentów z oddziału urologicznego. Pacjenci hospitalizowani w oddziale urologicznym ocenili doświadczenie z opieki pielęgniarskiej na poziomie 94,16%. Wynik ograniczał się do przedziału od 72% do 100%. Natomiast chorzy leczeni w oddziale kardiologicznym oceniali doświadczenie z opieki na poziomie 65,41% (od 39% do 95%). Pacjenci z oddziału urologicznego ocenili satysfakcję z opieki pielęgniarskiej na 96,97%. Wynik wahał się od 75% do 100%. Chorzy z oddziału kardiologicznego oceniali satysfakcję w przedziale od 25% do 100%. Średnia wartość wynosiła 54,63%.

Jednym z pierwszych badań w Polsce z wykorzystaniem skali NSNS-PL była analiza 60 chorych z oddziału urologicznego, ale autorki: Talarska i Wolska – 2001 [177] nie podały ostatecznych wyników ani doświadczenia, ani satysfakcji z opieki pielęgniarskiej.

W przeprowadzonej analizie, u chorych leczonych z powodu dyskopatii szyjnej lub lędźwiowej, uzyskałam następujące wyniki. Pacjenci hospitalizowani z powodu dyskopatii szyjnej ocenili doświadczenie z opieki pielęgniarstwa na 82% (od 44% do 100%). Natomiast chorzy leczeni z powodu dyskopatii lędźwiowej oceniali doświadczenie na 76% (od 37% do 100%). Chorzy leczeni operacyjnie z powodu dyskopatii szyjnej ocenili satysfakcję z opieki pielęgniarstwa na 79% (od 47% do 99%). Chorzy operowani z powodu dyskopatii lędźwiowej oceniali satysfakcję w przedziale od 30% do 100%. Średnia wartość wynosiła 74%.

Wyniki dotyczące oceny doświadczenia i satysfakcji z opieki pielęgniarstwa przedstawione w powyższych publikacjach są podobne. Nieznacznie niżej zostało ocenione doświadczenie i satysfakcja przez ciężarne przebywające w oddziale położniczym [137], przez chorych z oddziału urazowo-ortopedycznego [132], przez pacjentów z oddziału kardiologicznego [167] i w materiale Gutysz-Wojnickiej [59].

Bardzo nisko (na 55%) została oceniona satysfakcja z opieki pielęgniarstwa przez chorych w oddziałach chirurgicznych i internistycznych w Turcji [4].

Uwagi powyższe dotyczą również własnych badań. Chorzy leczeni operacyjnie z powodu dyskopatii lędźwiowej niżej oceniali doświadczenie i satysfakcję z opieki pielęgniarstwa, niż chorzy leczeni operacyjnie z powodu dyskopatii szyjnej.

W analizie piśmiennictwa, w dotychczas przeprowadzonych badaniach innych autorów i moich, części skali I – doświadczenie i II – satysfakcja z opieki pielęgniarstwa korelują z sobą. W przeprowadzonych obliczeniach statystycznych pozytywna korelacja pomiędzy I i II częścią skali była bardzo wysoka  $p = 0,001$  (współczynnik  $r_s = 0,731$ ,  $p < 0,001$ ). Na znaczenie tej korelacji zwraca uwagę Peterson – 2005 r [137] i twierdzi, że pozytywna korelacja pomiędzy doświadczeniem a satysfakcją potwierdza rzetelność Skali Newcastle.

Prowadzone badania mają na celu określenie charakteru i rodzaju oczekiwań ze strony pacjentów wobec zespołu pielęgniarstwa. Poszukiwane są czynniki oceny jakości opieki pielęgniarstwa, ważne dla pacjenta, w ocenie satysfakcji z tej opieki. Wnikliwej analizie tych czynników dokonali Larrabee i Bolden – 2005 [99]. Wśród najważniejszych wyróżniają: zaspokojenie potrzeb pacjenta, uprzejme traktowanie, okazywanie troski i zainteresowania, profesjonalizm, udzielanie natychmiastowej pomocy. Ważność tych czynników omawiana jest również w publikacjach innych autorów [5, 34, 110, 118]. Wśród badanych obszarów opieki pielęgniarstwa wpływających na satysfakcję pacjenta zwracana jest uwaga na możliwości uczestniczenia pacjenta w planowaniu tej opieki [57].

W badaniach, opublikowanych przez polskich autorów, dokonywane są próby wyznaczenia obszarów opieki, będących przedmiotem pomiaru satysfakcji pacjenta z ogólnej opieki w szpitalu [53]. Badania potwierdzają rolę zaspokajania potrzeb psychospołecznych podczas pobytu chorego w szpitalu, prawidłowych relacji z personelem, zainteresowania chorym, troski, uwagi, równego traktowania, właściwej komunikacji [174].

Badania Motyki – 2005 [124] wykazały istnienie istotnych oczekiwań pacjentów w zakresie informowania na temat własnej choroby. Poza informacją na temat choroby pacjenci leczeni w szpitalach oczekują od personelu pielęgniarskiego sprawności manualnej podczas wykonywania zabiegów [82]. Inne badania podkreślają ważność uzyskiwanych informacji dotyczących stanu zdrowia, zapewnienia bezpieczeństwa, intymności i poufności, przyjaznej atmosfery oraz zainteresowanie chorym i udzielenie wsparcia emocjonalnego [125].

Do ważnych aspektów satysfakcji z opieki pielęgniarskiej należą: podmiotowe traktowanie chorego, sposób przyjęcia do oddziału, relacje interpersonalne panujące w oddziale, organizacja pracy w oddziale, warunki hotelowe, wyżywienie przygotowanie pacjenta do samoopieki [51, 177, 201].

W niektórych publikacjach uwagę poświęca się aspektowi uczuciowemu opieki pielęgniarskiej, który odnosi się do osobistych potrzeb pacjenta wymagającego włączenia się w jego problemy przez osoby sprawujące nad nim opiekę. Dla chorego ważne jest to, że pielęgniarki są: „cieple”, współczujące, „podtrzymujące na duchu”, dyskretne, wyrozumiałe i sumienne [201]. Badania te dowodzą, że dla chorego bardzo istotna jest obecność pielęgniarki i kontakt z nią [197].

Obszary opieki pielęgniarskiej, będące przedmiotem pomiaru satysfakcji identyfikowane były również w neurochirurgii. Oczekiwania ze strony pacjentów obejmowały nie tylko pomoc w utrzymaniu higieny, zaspokajanie potrzeb biologicznych, eliminowanie bólu. Chorzy podkreślali, że oczekują od zespołu pielęgniarskiego: punktualności, odpowiedzialności, życzliwości, kultury osobistej, rzetelnej informacji o wykonywanych czynnościach pielęgnacyjnych, przygotowania psychicznego do operacji i uzyskania informacji dotyczących swojej choroby [175]. Wyniki badań Wasilewskiego – 2008 [195] które były przeprowadzone między innymi też w oddziale neurochirurgii, wskazują na niezmiernie istotną funkcję w pielęgnowaniu chorych – opiekę psychospołeczną, z którą wiąże się pojęcie wsparcia społecznego. Działania o charakterze wspierającym, udzielane pacjentom przez personel pielęgniarski mają duże znaczenie. Zagrożenie bezpieczeństwa

chorego wynika z lęku przed cierpieniem i niepokojem o zdrowie oraz obawami dotyczącym przyszłości. Opieka psychospołeczna obejmuje działania zapewniające poprawę nastroju chorego, zaadaptowanie w nowej grupie społecznej (relacje chorego z personelem), zapewnienie kontaktów z rodziną i bliskimi osobami, zainteresowanie się jego problemami zdrowotnymi, zawodowymi, rodzinnymi. Podstawowym wymogiem jest uszanowanie godności osobistej. Badania przeprowadzone wśród chorych hospitalizowanych z powodu dyskopatii lędźwiowej zwracają uwagę na możliwość zapewnienia zaspokajania potrzeb religijno-duchowych [93].

Badania prowadzone przez placówki służby zdrowia, dotyczące opinii pacjentów, uwzględniającej satysfakcję chorego z opieki pielęgniarskiej, są niejednorodne. Ocena jakości usług medycznych, w tym opieki pielęgniarskiej, jest szczególnie trudna do jednoznacznego określenia i zdefiniowania z uwagi na niemierzalność oraz złożoność procesu jej realizacji. Kwestionariusze, które są zazwyczaj wykorzystywane nie dają odpowiedniego materiału do porównania, ponieważ znacznie różnią się formą, treścią i sposobem doręczania chorym. Pomimo że literatura badawcza dotycząca satysfakcji pacjenta obciążona jest niezgodnościami metodologicznymi, wynika z jej analizy bardzo duża spójność dotycząca wysokiej satysfakcji z opieki pielęgniarskiej [56, 129, 168, 191, 201].

Analiza wyników badań polskich autorów potwierdza te spostrzeżenia. Sielska i wsp. – 2009 [158] podają bardzo dobre wyniki w ocenie aspektów życzliwości i uprzejmości personelu pielęgniarskiego (99%), sprawności wykonywania zabiegów pielęgniarskich (99%), jakości wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych (98%), intymność, szacunku, poszanowanie godności osobistej pacjenta przy wykonywaniu czynności pielęgniarskich (97%). W innych badaniach pacjenci oceniali relację pomiędzy pielęgniarką a pacjentem i umiejętności fachowe (uprzejmość, grzeczność, cierpliwość, staranność w wykonywaniu zabiegów). 92% badanych uważało, że pielęgniarki wykonywały swoją pracę bardzo dobrze [85].

Bardzo wysoką ocenę zadowolenia z opieki pielęgniarskiej, w oddziałach szpitalnych o profilach zachowawczych i operacyjnych, na terenie Wielkopolski, przedstawiła w swojej publikacji Kabacińska – 2002 [81]. Od 97% do 99% respondentów uznało, że personel pielęgniarski traktował ich z szacunkiem. Bardzo wysoko został oceniony czas poświęcony chorym przez pielęgniarki (odpowiedzi na „tak” od 91% do 96%) i sprawność zabiegów wykonywanych przez pielęgniarki (odpowiedzi na „tak” od 96% do 98%).

Ocenę poziomu satysfakcji chorego z opieki pielęgniarskiej przeprowadziły również Sierpińska i Dzirba – 2011 [160]. W rozpatrywaniu kryterium życzliwości pielęgniarek, 87% badanych wystawiło ocenę bardzo dobrą. Szybkość reagowania na wezwanie i prośby chorego od 78% do 83 % chorych oceniło bardzo dobrze. Autorki oceniły również w badaniach wyjaśniania i informacje udzielane choremu na temat planowanych zabiegów pielęgniarskich i zachowania się po operacji (wynik bardzo dobry – 78%) oraz pomoc w utrzymywaniu czystości i higieny ciała (ocena bardzo dobra – 76%).

Badania prowadzone w oddziale onkologicznym wykazały również bardzo duży stopień zadowolenia z opieki pielęgniarskiej. Według wszystkich ankietowanych pielęgniarki charakteryzowały się życzliwością, zachowanie ich było miłe i nieobojętne, a czynności pielęgnacyjne wykonywały przy chorym sprawnie i delikatnie. Wszyscy pacjenci odpowiedzieli, że pielęgniarki rozmawiają z pacjentami podczas wykonywania czynności pielęgnacyjnych. Zdecydowana większość respondentów (90%) odpowiedziała, że zawsze mogła liczyć na pomoc pielęgniarek [183].

W pracach oceniających satysfakcję z opieki pielęgniarskiej, u chorych leczonych między innymi w oddziałach neurochirurgicznych, ocena jest podobna. Na pytanie, jak oceniana jest opieka pielęgniarska 53% leczonych oceniało opiekę jako bardzo dobrą, 43% jako dobrą, 23% jako dostateczną i 1% jako złą. W aspekcie informowanie pacjenta o celowości i sposobie wykonywania zabiegów pielęgniarskich 78% wystawiło ocenę pozytywną. Najwyższą ocenę pozytywną opiniującą opiekę pielęgniarską chorzy przyznali odpowiadając na pytanie dotyczące pozycji sprzyjającej wypoczynkowi. W tym przypadku 84% wszystkich ankietowanych nie miało zastrzeżeń. Opinia dotycząca postawy i fachowości pielęgniarek była wysoka. Zdecydowana większość pacjentów (84%) spotkała się z fachowością wykonywanych usług, zaś ponad 78% pacjentów spotkało się z życzliwością, dobrocią i wyrozumiałością [201]. Badania przeprowadzone przez Wasilewskiego – 2008 [195] wykazały, że zdecydowana większość pacjentów była usatysfakcjonowana warunkami hotelowymi (pomieszczeniami oddziału, zapewnieniem czystości osobistej, odpoczynku i snu). Szczegółowa analiza oceny czynności pielęgniarskich dowiodła, jak istotne jest zapewnienie choremu pomocy przy siadaniu, wstawaniu i chodzeniu (83% - zadowolonych), spożywaniu posiłków (90% - zadowolonych). Ocenę pomiaru satysfakcji z opieki pielęgniarskiej w grupie pacjentów hospitalizowanych z powodu dyskopatii lędźwiowej przedstawili Kropornicka i wsp. – 2003 [93]. Wysoki odsetek odpowiedzi pozytywnych (ponad 90%), uzyskały takie aspekty opieki jak: warunki hotelowe, możliwości zaspokajania potrzeb religijno-duchowych i potrzeby

kontakty z osobami bliskimi. Wysoko pacjenci oceniali ogólną atmosferę panującą w oddziale i postawę pielęgniarek.

Analiza opinii i oceny opieki pielęgniarskiej w szczegółowych kwestionariuszach wykazuje również obszary działań pielęgniarskich, które są oceniane krytycznie. Chorzy oceniali krytycznie aspekty obejmujące komunikatywność z personelem pielęgniarskim, możliwości wyrażenia swojego niepokoju i wątpliwości dotyczących stanu zdrowia, informacji otrzymanych od pielęgniarki w zakresie samoopieki w domu, prozdrowotnego trybu życia. 54% chorych potwierdzało, że pielęgniarka nie zachęcała do wyrażenia myśli, odczuć związanych ze stanem zdrowia, lęku i przygnębienia związanym z objawami choroby. Podobne wyniki dotyczyły przygotowania pacjenta do samoopieki w domu (53% chorych nie otrzymało takich informacji) i przekazywania mu informacji na temat prozdrowotnego trybu życia (36% badanych również nie otrzymało takiej informacji). Pośpiech w pracy pielęgniarek, jako cecha negatywna, był dostrzegany przez pacjentów aż w 63% przypadków [201]. Podkreśla się, że w pracy pielęgniarek jest mało współczucia, ciepła, delikatności, zrozumienia i zainteresowania losem pacjenta [112]. Krytycznej ocenie podlegało również poszanowanie intymności pacjenta [183].

Badania Wasilewskiego – 2008 [195] wykazały, że słabą stroną opieki pielęgniarskiej jest pomoc w rozwiązywaniu problemów pielęgnacyjnych. Niezbyt wysoko zostały ocenione doświadczenia w kontakcie z pielęgniarką, w badaniach przeprowadzonych przez Sierpińską i Dzirbę – 2011 [160], odnoszące się do kryterium sprawowania opieki nad chorym w poszczególnych porach dnia: rano, popołudniu, w nocy - bardzo dobry wynik 67,4%. Oceniona opieka pielęgniarska kształtowała się na niskim poziomie w zakresie wietrzenia sal, zagospodarowania wolnego czasu, pomocy w wykonywaniu ćwiczeń ruchowych i rehabilitacyjnych [183, 195]. Badania Talarskiej i Wolskiej – 2011 [177] wykazały, że pacjenci zwrócili uwagę między innymi na nadmiar obowiązków i brak czasu, aby pielęgniarki mogły realizować funkcje edukacyjne.

Pacjenci leczeni w oddziale neurochirurgii z powodu dyskopatii lędźwiowej najslabiej ocenili pomoc pielęgniarek w rozwiązywaniu problemów pielęgnacyjnych (68% odpowiedzi pozytywnych) i uzyskiwaniu przez pacjentów informacji (63% odpowiedzi pozytywnych). Respondenci za przyczynę słabej oceny powyższych działań pielęgniarskich podali zbyt dużą liczbę pacjentów znajdujących się pod opieką jednej pielęgniarki i wynikający z tego brak czasu dla poszczególnych chorych [93].

Badania przeprowadzone przez Ślusarza i wsp. – 2006 [176] w oddziale neurochirurgii wykazały odbiegające od bardzo dobrej oceny wyniki satysfakcji z opieki pielęgniarskiej.

Badania były przeprowadzone w oparciu o kwestionariusz własnej ankiety „Anonimowa Ankieta Satysfakcji Pacjenta”. Badania objęły 92 pacjentów. Jednym z działów ankiety była opinia pacjentów o pracy pielęgniarek. Udzielanie informacji przez pielęgniarki o wykonywanych czynnościach i zabiegach zostało ocenione na ocenę bardzo dobrą tylko przez 55% pacjentów. Pytanie, dotyczące udzielania informacji przez pielęgniarki o dalszym pielęgnowaniu i leczeniu w domu, uzyskało ocenę bardzo dobrą u 49% ogółu badanych. 60% oceniało bardzo dobrze szybkość reakcji pielęgniarek na wezwanie pacjenta. Przedstawione powyżej wyniki badań zostały uzyskane na podstawie różnych kwestionariuszy. W związku z tym, że nie jest ustalona trafność i rzetelność, brak weryfikacji statystycznej tych narzędzi wyniki badań są trudne do interpretacji [181].

W Skali Newcastle istotne dla pacjenta aspekty opieki pielęgniarskiej i ich hierarchia zostały ustalone w toku badań jakościowych. Były to: sposób zachowania pielęgniarek, zaangażowanie, dostępność pielęgniarek, zapewnienie poczucia bezpieczeństwa, indywidualne podejście do pacjenta, otwartość/niefORMALNOŚĆ relacji, informowanie, profesjonalizm pielęgniarek, organizacja pracy w oddziale, wiedza zawodowa pielęgniarek, czynniki środowiskowe oddziału [59]. Ocena szczegółowo każdego twierdzenia w I części skali – doświadczenia i pytania w drugiej części Skali Newcastle pozwala na stawianie hipotez, jakie elementy opieki pielęgniarskiej powinny ulec zmianie (powinny zostać poprawione) [137]. Analiza poszczególnych punktów skali, zwłaszcza tych o najniższym poziomie satysfakcji, powinna być prowadzona, w tym celu, aby wprowadzić właściwe zmiany mające na celu poprawę działania ze strony personelu pielęgniarskiego. Podpunkty skali, w których stwierdza się wysoki stopień zadowolenia z opieki pielęgniarskiej, wskazują, na które powinny być nadal tak utrzymywane i dalej doskonalone [4]. Użycie jednolitego pomiaru dla różnych grup pacjentów może być pomocne dla ułatwienia zebrania danych i ich interpretacji. Zastosowanie identycznego sposobu pomiaru, gwarantowanego przez zastosowanie Skali Newcastle ułatwia współpracę pomiędzy personelem różnych oddziałów w celu ustaleń i określenia strategii mającej na celu poprawę świadczonych usług przez pielęgniarki.

Na podstawie przeprowadzonej analizy szczegółowej poszczególnych twierdzeń i pytań skali NSNS-PL podjęłam próbę odzwierciedlenia aspektów opieki pielęgniarskiej w grupie analizowanych pacjentów. Analizowałam twierdzenia i pytania, które zostały najwyżej i najniżej ocenione przez chorych. Badania wykazują ważność następujących aspektów opieki pielęgniarskiej u chorych leczonych z powodu dyskopatii szyjnej i lędźwiowej: okazywanie troski i zainteresowania, uprzejme

traktowanie, zaspakajanie potrzeb, udzielanie informacji, udzielanie natychmiastowej pomocy, profesjonalizm (tabela 16).

**Tabela 16.** Aspekty opieki pielęgniarskiej ustalone na podstawie materiału własnego, po szczegółowej analizie wyników I i II części polskiej wersji Skali Zadowolenia z Pielęgnacji Newcastle

Aspekty opieki pielęgniarskiej	Twierdzenia i pytania
okazywanie troski i zainteresowania	Wydawało się, że pielęgniarki lekcewały moje cierpienie Pielęgniarki pocieszały pacjentów, którzy byli przygnębieni Czy pielęgniarki poświęcały Ci dostatecznie dużo czasu? W jaki sposób pielęgniarki dbały o to, byś czuł się jak w domu? Jak często pielęgniarki sprawdzały czy u Ciebie wszystko w porządku? Czy pielęgniarki chętne spełniały Twoje prośby?
uprzejme traktowanie	Widziałam w pielęgniarkach swoich przyjaciół Dzięki pielęgniarkom panowała miła atmosfera Jak pielęgniarki uspakajały Twoją rodzinę i przyjaciół? Czy czułaś/eś się swobodnie w oddziale?
zaspakajanie potrzeb	Przybycie na wezwanie zabierało pielęgniarkom dużo czasu Pielęgniarki udzielały mi informacji dokładnie wtedy, gdy ich potrzebowałam/em Pielęgniarki gasiły światło zbyt późno w nocy Pielęgniarki miały czas, by usiąść i porozmawiać ze mną Czy pielęgniarki chętnie spełniały Twoje prośby?
udzielanie informacji	Pielęgniarki tłumaczyły mi, co mi dolega Przed zabiegiem pielęgniarki wyjaśniały mi, na czym on polega Czy informacje na temat Twojego stanu leczenia były wystarczające? W jaki stopniu pielęgniarki wyjaśniały Ci różne rzeczy? Czy byłeś zadowolony z informacji jakich Ci udzielały pielęgniarki na temat Twojego stanu i opieki?
udzielanie natychmiastowej pomocy	Przybycie na wezwanie zabierało pielęgniarkom dużo czasu Czy pielęgniarki były w pobliżu w razie potrzeby? Jak szybko pielęgniarki przychodziły na Twoje wezwania, dzwonki?
profesjonalizm	Pielęgniarki kazały mi wykonywać różne czynności, zanim byłem do nich przygotowany Pielęgniarki nie ze wszystkim dawały sobie radę Zdarzało się, że pielęgniarki odchodziły i zapominały, o co prosił pacjent Wydawało się, że jedna pielęgniarka jakoby nie wiedziała, co robi druga Jak sprawne były pielęgniarki w wykonywaniu swojej pracy? Jak oceniasz gotowość pielęgniarek do pracy? Czy byłaś/eś zadowolona/ny z zachowania się pielęgniarek w pracy?

W zakresie doświadczenia z opieki pielęgniarskiej chorzy, zarówno z dyskopatią szyjną, jak i lędźwiową, najwyżej oceniali profesjonalizm, a najniżej zakres i sposób udzielanych informacji.



Ocena satysfakcji z opieki pielęgniarstwa była bardzo podobna w obu grupach chorych. Najwyżej był oceniony aspekt profesjonalizmu. Najniżej został oceniony w grupie chorych z dyskopatią szyjną zakres i sposób udzielanych informacji, w grupie chorych z dyskopatią lędźwiową aspekty uprzejmego traktowania i udzielania informacji.

Uzyskane wyniki mogą porównać z badaniami przedstawionymi w innych publikacjach.

Analiza poszczególnych twierdzeń i pytań przeprowadzona na podstawie skali satysfakcji z opieki pielęgniarstwa NSNS wg opracowania Talarzkiej i Wolskiej 2001 [177] wykazała bardzo wysoką ocenę poszczególnych twierdzeń w I części skali – doświadczenie. Większość aspektów opieki pielęgniarstwa została oceniona na 6 punktów z 7 możliwych. W części II kwestionariusza – „satysfakcja” najniższe punktacje wystąpiły w przypadkach odpowiedzi na pytania: 7 (czy informacje na temat Twojego stanu leczenia były wystarczające?), 13 (czy byłeś zadowolony/a z informacji, jakich pielęgniarki Ci udzielały na temat Twojego stanu i opieki?) 17 (czy pielęgniarki chętnie spełniały Twoje prośby?) i 18 (czy miałeś zapewnioną prywatność?). Wyniki te są zgodne z moimi spostrzeżeniami, że najniżej jest oceniana satysfakcja z opieki pielęgniarstwa w zakresie udzielania informacji i uprzejmego traktowania chorych.

Bardzo szczegółowo zostały przedstawione wyniki oceny twierdzeń (I część – doświadczenie) i poszczególnych pytań (II część – satysfakcja) Skali Newcastle przez Walsh M. i Walsh A. – 1999 [191]. W analizowanej grupie 85 chorych w części „doświadczenie” najwyżej były oceniane twierdzenia: 26 (dzięki pielęgniarkom panowała miła atmosfera), 21 (pielęgniarki dbały o prywatność pacjentów), 6 (pielęgniarki udzielały mi informacji dokładnie wtedy, gdy ich potrzebowałam/em), 24 (wydawało się, że jedna pielęgniarka jakoby nie wiedziała, co robi druga), 2 (pielęgniarki faworyzowały niektórych pacjentów), 9 (pielęgniarki kazały mi wykonywać różne czynności, zanim byłam/em do nich przygotowany), 15 (pielęgniarki nie interesowały się mną). Natomiast najniżej zostały ocenione następujące twierdzenia: 3 (pielęgniarki nie udzielały mi wystarczającej informacji), 6 (pielęgniarki udzielały mi informacji dokładnie wtedy, gdy ich potrzebowałam/em), 5 (przybycie na wezwanie zabierało pielęgniarkom dużo czasu, 22 (pielęgniarki miały czas, by usiąść i porozmawiać ze mną, 13 (pielęgniarki regularnie sprawdzały, czy u mnie wszystko w porządku). W części „satysfakcja” najwyżej zostały ocenione pytania: 18 (czy miałeś zapewnioną prywatność?), 19 (czy pielęgniarki uwzględniały Twoje potrzeby?), 16 (czy czułaś/czułeś się swobodnie w oddziale, 2 (jak sprawne

były pielęgniarki w wykonywaniu swojej pracy?), 9 (jak oceniasz gotowość pielęgniarek do pracy?).

W powyżej przedstawionych wynikach, według przyjętych przeze mnie kryteriów wyodrębniających poszczególne aspekty opieki pielęgniarskiej, w odniesieniu do doświadczenia z opieki pielęgniarskiej bardzo wysoko są oceniane okazywanie troski i zainteresowania oraz profesjonalizm pielęgniarki, a nisko udzielanie informacji i zaspakajanie potrzeb. Podobnie jak w ocenie „doświadczenia”, tak i w ocenie „satisfakcji” najwyżej został oceniony profesjonalizm pielęgniarek.

Badania przeprowadzone przez Akin S. i Erdogan S. opublikowane w 2007 [4] przedstawiają tylko szczegółową analizę pytań II części „satisfakcji” Skali Newcastle. Najwyżej przez badanych chorych zostały ocenione pytania: 16 (czy czułaś/eś się swobodnie w oddziale?), 18 (czy miałaś/eś zapewnioną prywatność?) i 5 (jak szybko pielęgniarki przychodziły na Twoje wezwania dzwonki?), 6 (w jakim stopniu pielęgniarki dbały o to, byś czuł się jak w domu?), 14 (czy byłaś/eś zadowolona/y z traktowania Cię przez pielęgniarki?). Natomiast najniżej pacjenci oceniali pytania: 19 (czy pielęgniarki uwzględniały Twoje potrzeby?), 11 (jak pielęgniarki uspakajały Twoją rodzinę i przyjaciół), 15 (czy pielęgniarki chętnie słuchały o Twoich obawach i zmartwieniach?), 7 (czy informacje na temat Twojego stanu leczenia były wystarczające?) i 13 (czy byłaś/eś zadowolona/y z informacji, jakich pielęgniarki Ci udzielały na temat Twojego stanu i opieki?).

Inne, niż własne wyniki są przedstawione powyżej. W ocenie satisfakcji z opieki pielęgniarskiej chorzy najwyżej oceniają okazywanie troski i zainteresowania oraz uprzejme traktowanie. Podobnie jak w moich badaniach aspekt pielęgnacji związany z udzielaniem informacji oceniony został najniżej.

Publikacje Stanisławskiej i wsp. 2011 [167], Findik i wsp. – 2010 [45], Gutysz-Wojnickiej i Dyk – 2007 [58], Peterson i wsp. – 2005 [137], Thomasa 1996 [181] podają sumaryczny wynik doświadczenia i satisfakcji z opieki pielęgniarskiej w skali NSNS.

Badania innych autorów i własne potwierdzają wysoką ocenę postaw pielęgniarek wobec chorych [78, 94, 177]. Opieka nad chorymi z chorobą zwyrodnieniową i dyskopatią kręgosłupa kwalifikowanymi do leczenia operacyjnego wymaga od personelu pielęgniarskiego wiedzy na temat choroby, sposobów leczenia, profilaktyki. Istotna jest także umiejętność słuchania chorego, rozpoznania jego potrzeb natury emocjonalnej oraz udzielania wsparcia psychicznego. Aby zapewnić te aspekty pielęgnacji na odpowiednim

poziomie, konieczna jest ocena poziomu zadowolenia pacjentów z opieki pielęgniarskiej, jak również systematyczna ocena jakości pracy personelu pielęgniarskiego.

Satysfakcja pacjenta jest znaczącym wskaźnikiem jakości opieki pielęgniarskiej. Obejmuje wiele czynników o charakterze dynamicznym, ale również statycznym. Można stwierdzić, że na satysfakcję pacjenta wpływają różne czynniki ze strony pacjenta, jak i ze strony systemu ochrony zdrowia [161]. Wyniki badań satysfakcji pacjenta uzależnione są od oczekiwań chorego w odniesieniu do świadczonej opieki, charakterystyki socjodemograficznej pacjenta (płeć, wiek, stan cywilny, wykształcenie, źródła utrzymania, status majątkowy), zdrowia fizycznego i psychicznego, posiadanego ubezpieczenia zdrowotnego i czynników kulturowych [68, 93, 180]. Czynniki kulturowe wywierają wpływ na satysfakcję chorego stanowiąc jej podłoże poprzez narodowość, postawę moralną, wierzenia, krąg cywilizacyjny, zainteresowania intelektualne i artystyczne. W prowadzonych badaniach konieczne było rozważenie wpływu elementów związanych z organizacją systemu ochrony zdrowia (struktura, sprawność działania i relacje pomiędzy personelem medycznym a chorym). Do innych okoliczności wymagających uwzględnienia należą: osobowość pielęgniarki, komunikacja pomiędzy pielęgniarką i pacjentem [182]. Wyniki badania satysfakcji pacjenta z opieki pielęgniarskiej znajdują zastosowanie w odniesieniu do rodzaju szpitala, typu oddziału, długości hospitalizacji, ogólnego zadowolenia z pobytu w szpitalu. Ważna jest opinia innych, wcześniej leczonych pacjentów oddziału (szpitala), w którym chory aktualnie przebywa [5, 75].

Satysfakcja pacjenta wiąże się z jego oczekiwaniami. Jeżeli chory ma niskie oczekiwania to wtedy jego satysfakcja z opieki jest wyższa. Pacjent z oczekiwaniami niemożliwymi do spełnienia nie będzie zadowolony z opieki. Podkreślane jest w piśmiennictwie znaczenie określenia oczekiwań pacjenta wobec opieki pielęgniarskiej przed przystąpieniem do oceny jego satysfakcji [109, 166].

W większości przeprowadzonych badań mężczyźni byli znacznie bardziej usatysfakcjonowani z opieki pielęgniarskiej, niż kobiety [47, 67, 75, 102, 118, 137, 161, 180]. Analiza statystyczna w badaniach Stanisławskiej i wsp. – 2011 [167] wykazała istotne różnice w ocenie doświadczenia i satysfakcji z opieki pielęgniarskiej ze względu na płeć. Mężczyźni oceniali doświadczenie i satysfakcję z opieki pielęgniarskiej wyżej niż kobiety. Gutysz-Wojnicka – 2010 [59] wykazała również wpływ płci chorych na wynik oceny doświadczeń i satysfakcji z opieki pielęgniarskiej. W jej badaniach mężczyźni przyznawali wyższe oceny, zarówno w zakresie doświadczenia, jak i satysfakcji z opieki pielęgniarskiej. Zadroga – 2005 [207] analizując dane uzyskane przy pomocy skali NSNS-PL,

potwierdziła wpływ płci na wyniki oceny satysfakcji. Inni autorzy podkreślają, że płeć ma wpływ na ocenę satysfakcji i stwierdzili, że kobiety zgłaszały więcej problemów związanych z opieką szpitalną niż mężczyźni. Kobiety przywiązują większą uwagę do swego zdrowia, niż czynią to mężczyźni [62, 98].

Przeciwnie, badania Talarskiej i Wolskiej – 2001 [177] oraz Kropornickiej – 2003 [93] nie wykazały wyższej oceny satysfakcji w grupie analizowanych mężczyzn. Również Bredart i wsp. – 2003 [22] oraz Radwin i wsp. – 2003 [147] nie stwierdzili różnic pomiędzy pomiarami poziomu satysfakcji u mężczyzn i u kobiet. Podobne wyniki zostały potwierdzone również w moich badaniach. Wyniki uzyskane w skali NSNS-PL, dotyczące doświadczenia i satysfakcji, dla osób w średnim wieku są wyższe niż w grupie młodszych pacjentów [180, 190]. Badania Crowna – 2002 [34], polegające na analizie 41 opracowań opublikowanych przez innych autorów wykazały, że starsi pacjenci byli bardziej usatysfakcjonowani z otrzymanej opieki. Wyniki badania Akin – 2007 [4] przeprowadzone w Turcji potwierdziły podobną zależność, pomiędzy wiekiem a satysfakcją z opieki pielęgniarstwa. W badaniach Gutysz-Wojnickiej – 2010 [59] wiek pacjentów, analizowany w przedziałach wiekowych, poniżej 40 lat, od 41 do 60 lat i powyżej 60 lat istotnie statystycznie wpływał na wyniki oceny doświadczenia i satysfakcji pacjenta dotyczących opieki pielęgniarstwa w skali NSNS-PL. Inne badania przeprowadzone w Polsce też wykazały, że wiek pacjentów ma wpływ na wydaną opinię na temat satysfakcji z opieki pielęgniarstwa. Grupa osób w przedziale wieku od 21 do 40 lat była bardziej wymagająca i krytyczna. Bardziej wyrozumiali są ludzie starsi powyżej 60 roku życia [201]. Badania opublikowane przez innych autorów potwierdza powyższe wyniki badań [69, 102, 105, 133, 161].

Jaipaul i Rosenthal – 2003 [69] określili, że poziom satysfakcji z opieki starszych pacjentów wzrastał równoległe do pogorszenia się ich ogólnego stanu zdrowia. W przeprowadzonych badaniach analizowali dwie grupy chorych. W pierwszej grupie znajdowali się chorzy poniżej pięćdziesiątego roku życia a w drugiej chorzy powyżej pięćdziesiątego roku życia. Natomiast Thi i wsp. – 2002 [180] stwierdzili, że starsi pacjenci, których ogólny stan zdrowia był dobry byli bardziej zadowoleni z opieki pielęgniarstwa.

Przeprowadzone analizy statystyczne, w pracach polskich autorów: Talarskiej i Wolskiej – 2001 [177], Kropornickiej i wsp. – 2003 [93], Ozgi i Binkowskiej-Bury – 2008 [132], Kisiel i wsp. – 008 [85], Stanisławskiej – 2011 [167], nie wykazały zależności między satysfakcją z opieki pielęgniarstwa, a wiekiem pacjentów.

W badaniach statystycznych wykazałam, że wraz ze wzrostem wieku wzrastała ocena doświadczenia i satysfakcji z opieki pielęgniarskiej, w grupie chorych z dyskopatią szyjną. Takiej zależności nie wykazałam u chorych leczonych z powodu dyskopatii lędźwiowej.

Poziom wykształcenia jest ważny w determinowaniu satysfakcji pacjenta z opieki pielęgniarskiej. Badania Radwin i wsp. – 2003 [147] wykazały, że chorzy z wyższym wykształceniem mieli niższy poziom satysfakcji. Bredart i wsp. – 2003 [22] oraz Quintana i wsp. – 2006 [133] stwierdzili, że bardziej zadowoleni z opieki pielęgniarskiej byli chorzy z niższym wykształceniem. Niższy poziom satysfakcji bardziej wykształconych pacjentów jest wyjaśniany ich oczekiwaniem, wyższych standardów opieki pielęgniarskiej, w porównaniu z osobami o niższym poziomie wykształcenia [105]. Pacjenci bardziej wykształceni mają większe wymagania, które dotyczą nie tylko większych oczekiwań odnośnie opieki pielęgniarskiej, ale również wyższego poziomu wykształcenia pielęgniarek [75].

Spostrzeżenia te zostały potwierdzone przez McColl wsp. – 1996 [116], którzy analizując wpływ poziomu wykształcenia na ocenę opieki pielęgniarskiej, stwierdzili istotną statystycznie zależność, zarówno w zakresie skali doświadczenia ( $p < 0,001$ ), jak i w zakresie skali satysfakcja ( $p < 0,01$ ).

W pracy, stosując badania oparte na analizie regresji logistycznej w grupie chorych z dyskopatią lędźwiową, uzyskałam statystycznie istotny wpływ poziomu wykształcenia na bardzo dobrą ocenę „satysfakcji” z opieki pielęgniarskiej. Prawdo-podobieństwo bardzo dobrej oceny maleje ze wzrostem poziomu wykształcenia.

Badania przeprowadzone przez Thomas – 1996 [181], Alasad i Ahmad – 2003 [5], Akin i Erdogan – 2007 [4], Merkouris i wsp. – 2004 [118]; Laschinger i wsp. – 2005 [102] nie wykazały zależności pomiędzy wykształceniem chorego a satysfakcją. W publikacjach polskich autorów również, poza publikacją Kisiel i wsp. – 2008 [85], nie wykazano zależności pomiędzy wykształceniem a satysfakcją z opieki pielęgniarskiej [59, 93, 132, 167, 177, 207]. Gutysz-Wojnicka [59] podkreśla, że w jej materiale największą grupę pacjentów stanowili chorzy z wykształceniem zawodowym – 46, 1%, a wyższe wykształcenie deklarowało jedynie 2,2%.

Prowadzone są badania mające na celu stwierdzenie wpływu statusu ekonomicznego pacjenta na ocenę opieki pielęgniarskiej [102, 118, 161]. Wyniki badań wykazały, że chorzy z niskimi dochodami wyżej oceniali opiekę pielęgniarską niż chorzy o średnich dochodach [4, 45]. Can i wsp. – 2008 [26] stwierdzili, że mężczyźni z większymi

dochodami niżej oceniali poziom satysfakcji z opieki pielęgniarstwa. Inne badania wykazały, że pacjenci z wyższymi dochodami byli bardziej zadowoleni z opieki pielęgniarstwa. Chorzy o niższym statusie materialnym niżej oceniali satysfakcję i zgłaszali więcej problemów podczas pobytu w szpitalu [4, 111]. W badaniu, w którym Crow i wsp. – 2002 [34] analizowali 14 opracowań opublikowanych przez innych autorów, wykazali, w 5 analizowanych artykułach, że u ludzi z wyższymi dochodami był wyższy poziom satysfakcji, a u osób z mniejszymi dochodami było więcej problemów podczas pobytu w szpitalu. Badania przeprowadzone w Polsce nie wykazały zależności istotnych statystycznie pomiędzy rodzajem źródła utrzymania a zadowoleniem z opieki pielęgniarstwa [93].

Podkreślana jest rola wpływu ubezpieczenia zdrowotnego na satysfakcję pacjenta. Pacjenci z ubezpieczeniem zdrowotnym, w przeciwieństwie do chorych nieubezpieczonych, byli wysoce zadowoleni z opieki, którą otrzymywali [45].

Sporadycznie i tylko w niektórych badaniach analizowany jest wpływ stanu zdrowia psychicznego oraz fizycznego na zadowolenie z opieki pielęgniarstwa. Crow i wsp. – 2002 [34] wykazali, że poziom satysfakcji spada u chorych z przewlekłymi problemami zdrowotnymi. Poziom satysfakcji jest niski wśród ciężko chorych pacjentów. Badania wykazały, że chorzy w złym stanie ogólnym, z powodu dwóch lub więcej chorób przewlekłych, nie byli zadowoleni z otrzymywanej opieki pielęgniarstwa [67]. Inne opracowania wskazują, że poziom satysfakcji starszych pacjentów wzrastał równolegle do pogorszenia ich ogólnego stanu zdrowia [69, 75, 102, 180].

Do ciekawych spostrzeżeń wynikających z własnych badań należy zaliczyć wpływ stanu psychicznego chorych na zadowolenie z opieki pielęgniarstwa. Stan psychiczny chorych, oceniony w skali depresji Becka, wykazywał istotną statystycznie korelację z wynikami II części – satysfakcja, u chorych leczonych z powodu dyskopatii szyjnej i z wynikami I części – doświadczenia z opieki pielęgniarstwa w skali NSNS-PL. Wraz ze wzrostem nasilenia depresji zmniejszały się odpowiednio oceny satysfakcji i doświadczenia z opieki pielęgniarstwa.

Satysfakcja pacjenta zależy nie tylko od rodzaju jego problemu zdrowotnego, ale i od czasu hospitalizacji [75, 98, 147]. Czas pobytu w szpitalu jest ważnym parametrem satysfakcji chorego z opieki pielęgniarstwa. Tokunaga i wsp. – 2002 [184] wykazali, że poziomy satysfakcji chorych, przebywających w szpitalu powyżej jednego miesiąca, jest wyższy niż u tych, którzy w szpitalu byli leczeni krócej. Wyższa ocena satysfakcji jest argumentowana dłuższym kontaktem z pielęgniarkami, bogatszym doświadczeniem

wynikającym z ilością interwencji pielęgniarских [147]. Podczas krótkiego pobytu w szpitalu pacjenci mogą nie odróżnić jakości opieki pielęgniarской od ogólnego doświadczenia szpitalnego, jako źródła ich satysfakcji lub rozczarowania [129].

W badaniach Stanisławskiej i wsp. – 2011 [167] z wykorzystaniem skali NSNS-PL były inne zależności, w relacji doświadczenia i satysfakcji z opieki pielęgniarской, w odniesieniu do długości pobytu w szpitalu. Analiza statystyczna wykazała istotne różnice, pomiędzy czasem hospitalizacji a oceną doświadczenia z opieki pielęgniarской. Pacjenci, którzy przebywali w oddziale do 5 dni oceniali wyżej doświadczenie z opieki pielęgniarской, niż pacjenci przebywający dłużej. Pacjenci przebywający w oddziałach do 5 dni, wyżej oceniali satysfakcję z opieki pielęgniarской niż pacjenci hospitalizowani od 6 do 10 dni. Analiza statystyczna wykazała istotne różnice pomiędzy tymi grupami. Odwrotną zależność obserwowano we własnych badaniach Gutysz-Wojnicka – 2010 [59]. Najniższe oceny doświadczeń z opieką pielęgniarską wystawiali pacjenci, którzy przebywali w oddziale dłużej niż 30 dni. W opracowaniach innych polskich autorów nie został potwierdzony wpływ długości pobytu pacjenta w szpitalu na wynik oceny opieki pielęgniarской [93, 201].

Z analizy piśmiennictwa wynika, że odmiennie oceniana jest opieka pielęgniarская w zależności od rodzaju szpitala i profilu oddziału. Różnice w ocenie opieki zostały również zanotowane w leczeniu zamkniętym i ambulatoryjnym. Oceny doświadczenia i satysfakcji z opieki pielęgniarской były wyższe w oddziałach zabiegowych niż oddziałach leczenia zachowawczego [59, 75, 150, 167, 180, 201]. W warunkach polskich zostało potwierdzone, że pacjenci w szpitalach powiatowych i wojewódzkich wyżej oceniają opiekę pielęgniarską niż w szpitalach klinicznych, zarówno w aspekcie doświadczenia, jak i satysfakcji w skali NSNS-PL. Osoby leczone w szpitalach prywatnych były bardziej zadowolone z opieki pielęgniarской, niż w szpitalach publicznych [45]. Badania przeprowadzone przez Hekkert i wsp. - 2009 [63] wykazały, że satysfakcja pacjenta z opieki pielęgniarской była wyższa w warunkach szpitalnych niż w ambulatoryjnych.

Wykazywany był związek pomiędzy wynikami badań oceniającymi całkowitą satysfakcją z pobytu chorego w szpitalu i zadowoleniem z opieki pielęgniarской. Tam, gdzie była wysoka ocena opieki pielęgniarской, tam była również wysoka satysfakcja chorego z pobytu w szpitalu [5].

Ocena zależności wyników oceny satysfakcji i doświadczenia z opieki pielęgniarской z pytaniem 7 części III skali NSNS-PL „Całościowo, jak oceniasz swój obecny pobyt

w tym oddziale?” wykazuje istotnie statystyczną zależność [59]. Autorka nie wykazała istotnie statystycznej zależności w odniesieniu do II części skali NSNS-PL – satysfakcja z opieki.

Przeprowadzone badania potwierdzają powyższe wyniki. Zarówno w grupie chorych leczonych z powodu dyskopatii szyjnej, jak i lędźwiowej stwierdziłam istotne statystycznie korelacje w zakresie doświadczenia i satysfakcji z opieki pielęgniarskiej, w porównaniu z całościową oceną pobytu w oddziale. Osoby, którym udzielali rekomendacji inni chorzy, leczeni wcześniej w tym szpitalu lub oddziale, oceniały wyżej opiekę pielęgniarską [6, 137].

Wyniki badań, dotyczących pomiaru satysfakcji pacjentów z pielęgnacji, wykazały, że pacjenci którzy stwierdzili, że w czasie pobytu w oddziale byli pod opieką jednej wyznaczonej pielęgniarki, stwierdzili, że ich poziom satysfakcji był wyższy [55, 115, 181]. W Polsce nie zweryfikowano pozytywnie hipotezy twierdzącej, że pacjenci, mający wyznaczoną konkretną pielęgniarkę odpowiedzialną za opiekę nad nimi, mają bardziej pozytywne doświadczenia i wyższy poziom satysfakcji związany z opieką pielęgniarską. Przypuszczać należy, że w głównej mierze wynika to z istniejącego systemu opieki pielęgniarskiej [59, 177]. Wyrzykowska – 2007 [201] badała, czy znajomość pielęgniarki oddziałowej ma wpływ na wyniki oceny opieki pielęgniarskiej i potwierdziła taką zależność (na poziomie istotnym statystycznie  $p < 0,05$ ). Autorka zaznacza, że pacjenci podkreślali pozytywny wpływ znajomości pielęgniarki oddziałowej na ich poczucie bezpieczeństwa i zadowolenia z opieki pielęgniarskiej.

Na koniec dyskusji chciałabym przedstawić, na podstawie badań własnych, uzyskane rezultaty, których nie mogę odnieść do wyników badań innych autorów. Dotychczas nie podejmowano prób odnoszenia wybranych przez mnie danych klinicznych do satysfakcji z opieki pielęgniarskiej. W niniejszej pracy wykazałam istotne statystycznie zależności pomiędzy doświadczeniem i satysfakcją z opieki pielęgniarskiej na podstawie skali NSNS-PL u chorych w grupie z dyskopatią szyjną, jak lędźwiową.

Do bardzo interesujących mogę zaliczyć zależności w uwzględniające dane z wywiadu chorobowego. Wykazałam, że pacjenci, którzy przed operacją dyskopatii szyjnej zażywali leki przeciwbólowe oddziałujące na receptory opiatowe istotnie statystycznie wyżej oceniali doświadczenia z opieki pielęgniarskiej. Osoby leczone z powodu dyskopatii lędźwiowej, które były uzależnione od nikotyny, też wyżej oceniały doświadczenia z opieki pielęgniarskiej.



Kolejne ważne spostrzeżenia dotyczą analizy wpływu danych z badań klinicznych. Wyższa ocena doświadczenia z opieki pielęgniarstwa zwykle towarzyszyła niższemu natężeniu bólu według skali VAS przed operacją dyskopatii lędźwiowej. Stopień zaawansowania uszkodzenia rdzenia kręgowego określona na podstawie wyników badania MR wpływała na ocenę opieki pielęgniarstwa. Chorzy, u których badanie MR odcinka szyjnego kręgosłupa wykazywało zmiany intensywności sygnału w rdzeniu kręgowym o charakterze niedokrwienia rdzenia kręgowego i większy ucisk rdzenia, znamienne wyżej oceniali doświadczenia z opieki pielęgniarstwa.

Ciekawe wyniki badań uzyskałam określając wpływ wyników leczenia operacyjnego na zadowolenie z opieki pielęgniarstwa. Pacjenci, u których ustąpiły neurologiczne objawy ubytkowe po operacji dyskopatii szyjnej, wyżej oceniali doświadczenia i satysfakcję z opieki pielęgniarstwa. U chorych leczonych z powodu dyskopatii szyjnej zaobserwowałam wpływ stopnia natężenia bólu, wyrażonego w skali VAS w badaniu kontrolnym, na wyniki uzyskane w I i II części skali NSNS-PL. Pacjenci z mniejszym natężeniem bólu wyżej oceniali doświadczenie i satysfakcję z opieki pielęgniarstwa. Ocena wyniku leczenia, dokonana przez chorego po operacji dyskopatii szyjnej, korelowała z wynikami II części satysfakcja skali NSNS-PL.

## 8. Wnioski

1. Chorzy leczeni z powodu dyskopatii szyjnej lub lędźwiowej ocenili doświadczenia i satysfakcję z opieki pielęgniarskiej bardzo wysoko – bardzo dobrze i dobrze, według polskiej wersji Skali Zadovolenia z Pielęgnacji Newcastle. Chorzy leczeni z powodu dyskopatii szyjnej wyżej ocenili doświadczenia i satysfakcję, niż leczeni z powodu dyskopatii lędźwiowej. Zarówno w grupie chorych z dyskopatią szyjną, jak i lędźwiową korelacja wyników doświadczenia i satysfakcji wykazała zależności na poziomie istotności statystycznej.
2. W zakresie doświadczenia z opieki pielęgniarskiej chorzy, zarówno z dyskopatią szyjną i lędźwiową, najwyżej oceniali profesjonalizm, a najniżej zakres i sposób udzielanych informacji przez pielęgniarki. Ocena satysfakcji z opieki pielęgniarskiej była zbliżona w obu grupach chorych, gdzie najwyżej został oceniony profesjonalizm. Najniżej zostały ocenione w grupie chorych z dyskopatią szyjną – zakres i sposób udzielania informacji, a wśród pacjentów z dyskopatią lędźwiową – przejawy uprzejmego traktowania i udzielanie informacji.
3. Wiek, dane z wywiadu – nikotynizm, stosowanie opiatów i dane z badań klinicznych – natężenie bólu, wyniki rezonansu magnetycznego odcinka szyjnego kręgosłupa (zmiany intensywności sygnału w rdzeniu kręgowym i wymiar strzałkowy kanału kręgowego) oraz rezultaty leczenia – ustępowanie neurologicznych objawów ubytkowych, zmiana stopnia natężenia bólu, ocena wyników leczenia dokonana przez chorego, stan psychiczny oceniony w skali depresji Becka wykazywały korelacje z wynikami doświadczenia i satysfakcji polskiej wersji Skali Zadovolenia z Pielęgnacji Newcastle. Zależności występowały częściej u chorych leczonych z powodu dyskopatii szyjnej niż lędźwiowej.

## 9. Streszczenie

**Wstęp.** Jakość opieki pielęgniarskiej jest celem badań w różnych specjalnościach medycyny, szpitalach lub placówkach opieki podstawowej, ale także w poszczególnych chorobach. Badania nad zadowoleniem pacjenta związanym z procesem leczenia obejmuje XIII Narodowy Program Zdrowia (lata 2007-2015). Dotychczas w Polsce nie były szczegółowo analizowane zagadnienia związane z opieką pielęgniarską w grupie pacjentów hospitalizowanych z powodu dyskopatii kręgosłupa.

**Cele pracy.** Praca ma na celu ocenę doświadczenia i satysfakcji z opieki pielęgniarskiej u chorych leczonych operacyjnie z powodu dyskopatii szyjnej lub lędźwiowej, według polskiej wersji Skali Zadowolenia z Pielęgnacji Newcastle (NSNS-PL). Istotnym było wyznaczenie ważnych aspektów opieki pielęgniarskiej i określenie czynników wpływających na zadowolenie z opieki pielęgniarskiej.

**Materiał i metodyka.** Przeprowadzone badania miały charakter prospektywny i obejmowały 108 osób, leczonych operacyjnie od 1. 06. 2009 roku do 31. 05. 2010 roku w Katedrze i Klinice Neurochirurgii i Neurotraumatologii UM w Poznaniu, z powodu dyskopatii w odcinkach szyjnym lub lędźwiowym kręgosłupa. W pierwszym etapie badań dokonano oceny danych: socjodemograficznych, z wywiadu chorobowego, klinicznych i określenia jakości życia chorych według kwestionariusza wskaźnika niepełnosprawności spowodowanej dolegliwościami bólowymi części szyjnej kręgosłupa (NDI -PL) (z dyskropatią szyjną) oraz skali bólu pleców i następowej niepełnosprawności (OLBPDS -PL) (z dyskropatią lędźwiową). Drugi etap badań miał charakter ankietowy. Badania przeprowadzono, co najmniej, 12 miesięcy po operacji. Do pomiaru satysfakcji z opieki pielęgniarskiej zastosowano skalę NSNS-PL. Chorzy ponownie dokonywali oceny natężenia bólu (skala VAS), jakości życia według wskaźnika NDI-PL lub skali OLBPDS-PL. Wszystkie osoby otrzymały do wypełnienia formularz skali depresji Becka oraz prośbę o podaniu danych uzupełniających: okres czasu, który upłynął od operacji, powrót do aktywności zawodowej, ocena poprawy siły mięśniowej w kończynach. Poza tym poproszono o odpowiedź na pytania „ Jak ocenia Pan/Pani wynik leczenia operacyjnego?” i „Czy poddałby/poddałaby się Pan/Pani ponownie operacji?”. Do opracowania materiału wykorzystano metody analizy statystycznej.

**Wyniki.** Chorzy leczeni z powodu dyskopatii szyjnej lub lędźwiowej ocenili doświadczenia i satysfakcję z opieki pielęgniarskiej bardzo wysoko według skali NSNS-PL. Ocena doświadczenia w grupie chorych z dyskopatią szyjną wynosiła średnio 82%, a satysfakcji – 76%. Pacjenci leczeni z powodu dyskopatii lędźwiowej ocenili doświadczenia średnio na 79% a satysfakcję na 74%. W obu grupach chorych korelacja wyników doświadczenia i satysfakcji wykazała zależności na poziomie istotności statystycznej. W zakresie doświadczenia z opieki pielęgniarskiej chorzy, zarówno z dyskopatią szyjną i jak lędźwiową, najwyżej oceniali profesjonalizm, a najniżej zakres i sposób udzielanych informacji przez pielęgniarki. Ocena satysfakcji z opieki pielęgniarskiej była zbliżona w obu grupach chorych. Najwyżej był oceniony aspekt profesjonalizmu. Najniżej zostały ocenione w grupie chorych z dyskopatią szyjną – zakres i sposób udzielania informacji, a w grupie chorych z dyskopatią lędźwiową – przejawy uprzejmego traktowania i udzielania informacji. Niektóre czynniki socjodemograficzne, dane z wywiadu, badań klinicznych oraz wyniki leczenia wykazują korelacje z wynikami doświadczenia i satysfakcji skali NSNS-PL. Badania wykazały, że wpływ na zadowolenie z opieki pielęgniarskiej mogą mieć czynniki, które dotychczas nie były badane. Należą do nich: uzależnienie od leków, używek np. nikotyny, intensywność bólu, ciężkość uszkodzenia rdzenia kręgowego i wyniki leczenia operacyjnego, w aspekcie ustępowania dolegliwości bólowych i neurologicznych objawów ubytkowych.

**Wnioski.** **1.** Chorzy na podstawie skali NSNS-PL ocenili doświadczenia i satysfakcję z opieki pielęgniarskiej na oceny dobre lub bardzo dobre. **2.** Analiza poszczególnych twierdzeń i pytań skali NSNS jest przydatna w ocenie poszczególnych aspektów opieki pielęgniarskiej. **3.** Niektóre czynniki socjodemograficzne, dane z wywiadu i badań klinicznych oraz wyniki leczenia wykazywały korelacje z wynikami skali NSNS-PL. Korelacje występowały częściej u chorych leczonych z powodu dyskopatii szyjnej niż lędźwiowej.

## 10. Abstract

### **Patient's satisfaction as an expression of quality of nursery care in persons treated surgically due to spinal discopathy in cervical or lumbar vertebral segment**

**Introduction.** The quality of nursing care is the goal of research in various medical specialties, hospitals and primary care, but also in various diseases. Research on patient satisfaction associated with the treatment involves XIII National Health Program (2007-2015). So far, in Poland has not been specifically examined issues related to nursing care for patients hospitalized with spinal disc disease.

**The objectives of the work.** The aim of the work is to evaluate the experience and satisfaction with nursing care in patients treated surgically for cervical disc herniation or lumbar disc herniation, according to the Polish version of The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS-PL). Important was to determine the essential aspects of nursing care and to identify factors influencing satisfaction with nursing care.

**Materials and methods.** The study was a prospective and included 108 people who were treated surgically from 1st 06th 2009 to 31<sup>st</sup> 05<sup>th</sup> 2010 in the Department of Neurosurgery and Neurotraumatology University of Medical Sciences, due to disc herniation in the cervical or lumbar spine. In the first stage of the study were evaluated data: sociodemographic, with a medical history, clinical and determine the quality of life of patients by questionnaire disability index due to pain in the cervical spine (NDI-PL) (cervical discectomy) and scale back pain and subsequent disability (OLBPDS-PL) (lumbar discectomy). The second phase of the study was the nature of survey. The study was conducted, at least, 12 months after surgery. To measure satisfaction with nursing care scale was used NSNS-PL. Patients carried out the re-evaluation of pain intensity (VAS scale), quality of life according to the LNDI-P ratio or scale OLBPDS-PL. All persons were given a form to complete Beck's depression scale and a request for additional data gave: the period of time that has elapsed since the operation, return to activity, and the assessment of muscular strength in the limbs. Besides, patients were asked to answer the question "How do you estimate your surgical outcome?" and "Do you agree on a possible reoperation?". Material used to develop methods of statistical analysis.

**Results.** Patients treated for lumbar disc herniation or stenosis evaluated the experience and satisfaction with nursing care of a very high scale NSNS-PL. Evaluation of experience

in patients with cervical intervertebral discs averaged 82% and satisfaction – 76%. Patients treated for lumbar disc disease experience an average rate of 79% and the satisfaction of 74%. In both groups the correlation of experimental results and satisfaction showed depending on the level of statistical significance. In the experience of nursing the sick, both cervical discectomy and the lumbar discectomy, patients top rated professional, and the lowest extent and manner of information provided by nurses. Assessment of satisfaction with nursing care was similar in both groups of patients. Top rated aspect was professional. The lowest were assessed in patients with cervical discectomy – the scope and manner of providing information, and in patients with lumbar discectomy – polite forms of behavior and the delivery of information. Some sociodemographic factors, medical history, clinical and therapeutic results show correlation with the results of experience and satisfaction level NSNS-PL. Studies have shown that the impact on satisfaction with nursing care may be factors that have not yet been investigated. These are: addiction to drugs, stimulants such as nicotine, the intensity of pain, severity of spinal cord injury and results of surgical treatment, in terms of pain regression and disappearing of neurological deficits symptoms.

**Conclusions.** **1.** Patients under the NSNS-PL scale assessed the experience and satisfaction with nursing care in the evaluation of good or very good. **2.** Analysis of individual statements and questions NSNS scale is useful in assessing various aspects of nursing care. **3.** Some sociodemographic factors, medical history and clinical examinations and therapeutic results showed correlation with the results of NSNS-PL scale. Correlations were more frequent in patients treated for cervical disc disease than treated for lumbar disc herniation.

## 11. Piśmiennictwo

1. Abbott J.H., Mercer S.R.: The natural history of acute low back pain, New Zeland. *Physiother Res Int* 2002, 3, 8-16
2. Abramowitz S., Cote A.A., Berry E.: Analyzing patient satisfaction: a multianalytic approach. *Q Rev Bulletin* 1987, 13, 122-130
3. Adamczyk K.: Diagnoza pielęgnarska i plan opieki nad chorym z objawami zespołu bólowego kręgosłupa. Red. K. Jaracz, W. Kozubski. Wydawnictwo Lekarskie. Warszawa PZWL 2008, 362-365
4. Akin S., Erdogan S.: The Turkish version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale used on medical and surgical patients. *J Clin Nurs* 2007, 16, 646-653
5. Alasad J.A., Ahmad M.M.: Patients' satisfaction with nursing care in Jordan. *Int J Health Care Qual Assurance* 2003, 16, 279 -285
6. Alexander L., Sandridge J. & Moore L.: Patient satisfaction: An outcome measure for maternity services. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing* 1993, 7, 28-39
7. Apkarian A.V., Bushnell M.C., Treede R.D., Zubieta J.K.: Human brain mechanisms of pain perception and regulation in health and disease. *Eur J Pain* 2005, 9, 463-484
8. Apkarian A.V., Scholz J.: Shared mechanisms between chronic pain and neurodegenerative disease. *Drug Discovery Today. Disease Mechanisms* 2006, 3, 319-326
9. Apkarian A.V., Sosa Y., Sonty S., Levy R.M., Harden R.N., Parrish T.B., Gitelman D.R.: Chronic Back Pain Is Associated with Decreased Prefrontal and Thalamic Gray Matter Density. *J Neurosci* 2004, 24, 10410-10415
10. Arah O., Asbroek A., Delnoij D., Koning J., Stam P., Poll A., Vriens B., Schmidt P., Klazinga N.: Psychometric Properties of the Dutch Version of the Hospital-Level Consumer Assessment of Health Plans Survey Instrument. *Health Serv Res* 2006, 41, 284-301
11. Bair M.J., Robinson R.L., Katon W., Kroenke K.: Depression and pain comorbidity; a literature review. *Arch Intern Med* 2003, 163, 2433-2445
12. Baliki M.N., Chialvo D.R., Geha P.Y., Levy R.T.M., Harden R.N., Parrish T.B., Apkarian A.V.: Chronic Pain and the Emotional Brain: Specific Brain Activity Associated with Spontaneous Fluctuations of Intensity of Chronic Back Pain. *J Neurosci* 2006, 26, 12165-12173
13. Baliki M.N., Geha P.Y., Apkarian A.V., Chialvo D.R.: Beyond Feeling: Chronic Pain Hurts the Brain, Disrupting the Default-Mode Network Dynamics. *J Neurosci* 2008, 28, 1398-1403
14. Baliki M.N., Geha P.Y., Fields H.L., Apkarian A.V.: Predicting Value of Pain and Analgesia: Nucleus Accumbens Response to Noxious Stimuli Changes in the Presence of Chronic Pain. *Neuron* 2010, 66, 149-160
15. Banaszewska A.: Wykorzystanie techniki ankiety pocztowej do badań satysfakcji pacjenta. *Zdrowie i Zarządzanie* 1999, 3, 70-74
16. Basmajian J.V., Travill A.: Electromyography of the pronator muscles in the forearm. *Anat Rec* 1961, 139, 45-49
17. Becerra L., Harris W., Huppert J.T., Boas D.A., Borsooka D.: Diffuse optical tomography of pain and tactile stimulation: Activation in cortical sensory and emotional systems. *Neuroimage* 2008, 41, 252-259
18. Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J.: An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961, 4, 53-63

19. Beuth W., Ślusarz R.: Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa neurochirurgicznego. Wydawnictwo Uczelniane Akademii Medycznej im.Ludwika Rydygiera, Bydgoszcz 2002, 87-90
20. Bonica J.J.: The Management of Pain., Red. Lea i Febiger, wyd. II Philadelphia 1990
21. Borek-Wojciechowska R., Kłokow S.: Zapewnienie jakości w opiece zdrowotnej - stan aktualny. *Zdrowie Publiczne* 2007, 117, 374-380
22. Bredart A., Robertson C., Razavi D.: Patients' satisfaction ratings and their desire for care improvement across oncology settings from France, Italy, Poland and Sweden. *Psychooncology* 2003, 12, 68-77
23. Brzeziński T.: Historia medycyny. Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa PZWL 2000
24. Bulzacka M.: Jakość i organizacja opieki nad pacjentem po przeszczepie narządów. *Problemy Pielęgniarstwa* 2008, 16, 1, 2, 54-59
25. Burda K.: Analiza problematyki satysfakcji pacjenta w powiązaniu z zagadnieniami dotyczącymi jakości opieki zdrowotnej. *Antidotum* 2003, 1, 61-80
26. Can G., Akin S., Aydiner A., Özdilli K., Durna Z.: Evaluation of the effect of care given by nursing students on oncology patients' satisfaction. *Eur J Oncol Nurs* 2008, 12, 387-392
27. Carrette S., Phil M., Fehlings M.G.: Cervical Radiculopathy. *N Engl J Med* 2005, 353, 392-399
28. Carragee E.J.: Persistent Low Back Pain. *N Engl J Med* 2005, 352, 1891-1898
29. Cauthen J.C.: Lumbar Spine Surgery. Williams&Wilkins. Baltimore, London 1983
30. Chudler E.H., Dong W.K.: The role of the basal ganglia in nociception and pain. *Pain* 1995, 60, 3-38
31. Cieśla D., Wesołowska E., Pastuszko M.: Jakość opieki świadczonej na oddziale neurochirurgii z perspektywy personelu lekarskiego i pielęgniarskiego. *Problemy Pielęgniarstwa* 2010, 18, 2, 97-100
32. Cohen S., Mount B., Strobel M., Biu F.: The McGill QL questionnaire: a Measure of QL appropriate for people with advanced disease. *Palliat Med* 1995, 9, 207-219
33. Couzin J.: Unraveling Pain's DNA. *Science* 2006, 27, 314, 585-586
34. Crow R., Hampson S., Hart J., Kimber A., Storey L., Thomas H.: The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess* 2002, 6, 241-244
35. Czarnecka M.S., Tylka J.: Cechy osobowości a ocena i strategie radzenia sobie z bólem. *Ból* 2010, 11, 9-23
36. Dałek B, Czernicki J.: Testy w ocenie sprawności funkcjonalnej pacjentów w wieku podeszłym. *Fizjoterapia* 1999, 7, 47-51
37. De Good D., Kiernan B.: Perception of fault in patients with chronic pain. *Pain* 1996, 64, 153-159
38. Development of Standarts for Nursing Education and Practice. Guidelines for National Nurses' Association, International Council of Nurses, Geneva 1989
39. Dobrogowski J., Kuś M., Sedlak K., Wordliczak J.: Ból i jego leczenie. Warszawa PWN 1996, 46-58
40. Domżał T.: Ból podstawowy objaw w medycynie. Wydawnictwo Lekarskie Warszawa PZWL 1996, 29-38
41. Etter J.F., Perneger T.V.: Analysis of non-response bias in a mailed health survey. *J Clin Epidemiol* 1997, 50, 1123-1127



42. Fairbank J.C., Pynsent P.B.: The Oswestry Disability Index. *Spine* 2000, 25, 2940-2952
43. Fernandez E., Towery S.: A parsimonious set of verbal descriptors of pain sensation derived from the McGill pain questionnaire. *Pain* 1996, 66, 31-37
44. Fernandez E., Turk D.C.: The utility of cognitive coping strategies for altering pain perception. *Pain* 1989, 38, 123-135
45. Findik U.Y., Unsar S., Sut N.: Patient satisfaction with nursing care and its relationship with patient characteristics. *Nurs Health Sciences* 2010, 12, 162-169
46. Flaherty E.: Using Pain-Rating Scales with Older Adults. *AJN* 2008, 108, 40-47
47. Foss C.: Gender bias in nursing care? Gender-related differences in patient satisfaction with the quality of nursing care. *Scand J Caring Sciences* 2002, 16, 19-26
48. Gardner T.F., Nnadozie M.U., Davis B.A., Kirk S.: Patients anxiety and patient satisfaction in hospital-based and freestanding ambulatory surgery centers. *J Nurs Care Qual* 2005, 20, 238-243
49. Garratt A.M., Helgeland J., Gulbrandsen P.: Five-point scales outperform 10-point scales in a randomized comparison of item scaling for the Patient Experiences Questionnaire. *Journal of Clinical Epidemiology* 2011, 64, 200-207
50. Gasquet I., Falissard B., Ravaud P.: Impact of reminders and method of questionnaire distribution on patient response to mail-back satisfaction survey. *J Clin Epidemiol* 2001, 54, 1174-1180
51. Gawęł G., Twarduś K., Kin-Dąbrowska J., Pyć L.: Jakość opieki pielęgniarskiej na oddziale kardiologicznym. *Problemy Pielęgniarstwa* 2008, 16, 339-342
52. Goldstein E., Farquhar M., Crofton C., Darby C., Garfinkel S.: Measuring Hospital Care from the Patients' Perspective: An Overview of the CAHPS Hospital Survey Development Process. Part II. *Health Serv Res* 2005, 40, 1977-1995
53. Grabska K., Stefańska W.: Sylwetka zawodowa pielęgniarki w opinii pacjentów. *Problemy Pielęgniarstwa* 2009, 17, 8-12
54. Grachev I.D., Fredrickson B.E., Apkaria A.V.: Abnormal brain chemistry in chronic back pain: an in vivo proton magnetic resonance spectroscopy study. *Pain* 2000, 89, 7-18
55. Green J.M., Renfrew M.J., Curtis P.A.: Continuity of care: what matters to women? A review of the evidence. *Midwifery* 2000, 16, 186-196
56. Gruca-Wójtowicz P., Mika M.: Systemy zarządzania jakością w perspektywie personelu pielęgniarskiego. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2011, 2, 57-60
57. Gunther M., Alligood M.R. A discipline specific determination of high quality nursing care. *J Adv Nurs* 2002, 38, 353-359
58. Gutysz-Wojnicka A., Dyk D.: Adaptacja polskiej wersji The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS). *Problemy Pielęgniarstwa* 2007, 15, 133-138
59. Gutysz-Wojnicka A.: Zastosowanie polskiej wersji skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle do oceny opieki pielęgniarskiej. Rozprawa doktorska. Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu. Wydział Nauk o Zdrowiu. Poznań 2010
60. Hahnel S., Forsting M., Dorfler A., Sator K.: Radiologische Befunde bei der lumbalen Spinalcanalstenose. *Acta Radiol* 1996, 165-170
61. Han C., Connolly P., Canbam D.: Measuring Patient Satisfaction as an Outcome of Nursing Care at a Teaching Hospital of Southern Taiwan. *J Nurs Care Qual* 2003, 18, 143-150

62. Hargraves J.L., Wilson I.B., Zaslavsky A.: Adjusting for patient characteristics when analyzing reports from patients about hospital care. *Med Care* 2001, 39, 635-641
63. Hekkert K.D., Cihangir S., Kleefstra S.M., Berg B., Kool R.B.: Patient satisfaction revisited: a multilevel approach. *Soc Sci Med* 2009, 69, 68-75
64. Helmhout J.P.H., Staal B., Martijn W.: Heymans MH et al. Prognostic factors for perceived recovery or functional improvement in non-specific low back pain: secondary analyses of three randomized clinical trials. *Eur Spine J* 2010, 19, 650-659
65. Hoenig L.J.: Jacob's Limp. *Semin Arthritis Rheum* 1997, 26, 684-688
66. Jabłońska R., Beuth W.: Subiektywne wyznaczniki jakości życia chorych z dyskopatią. *Pielęgniarstwo Polskie* 2008, 27, 29-34
67. Jackson J.L., Chamberlin J., Kroenke K.: Predictors of patients satisfaction. *Soc Sci Med* 2001, 52, 609-620
68. Jacox A.K., Bausell B.R., Mahrenholz D.M.: Patient satisfaction with nursing care in hospitals. *Outcomes Management for Nursing Practice* 1997,1, 20-28
69. Jaipaul C.K., Rosenthal G.E.: Are older patients more satisfied with hospital care than younger patients? *J Gen Intern Med* 2003, 18, 23-30
70. Jankowski R., Nowak S.: Zespoły uciskowe kanału kręgowego. W: Wielka Interna. Red. nacz. Antczak, Myśliwiec, Pruszczyk. Tom: Reumatologia. Red. M. Puszczewicz. *Tribune Polska* 2010, 393-400
71. Jaracz J., Rybakowski J.: Depresja a ból: Nowe dane kliniczne, neurobiologiczne i psychofarmakologiczne. *Psychiatr Pol* 2005, 39, 937-950
72. Jaracz K., Kozubski W.: Jakość życia chorych po urazie czaszkowo-mózgowym. *Neurol Neurochir Pol* 2008, 42, 525-535
73. Jensen M., Turner L., Turnenr J., Romano J.: The use of multiple-item scales for pain intensity measurement in chronic pain patients. *Pain* 1996, 67, 35-40
74. Jensen M.P., Turnenr J.A., Romano J.M.: Changes in beliefs, catastrophizing, and coping are associated with improvement in multidisciplinary pain treatment. *J Consult Clin Psychol* 2001, 69, 655-662
75. Johansson P., Oleni M., Fridlund B.: Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: A literature study. *Scand J Caring Sciences* 2002,16, 337-344
76. Jordan A., Manniche C., Mosdal C., Hindsberger C.: The Copenhagen Neck Functional Disability Scale: A Study of Reliability and Validity. *J Manipulative Physiol Ther* 1998, 21 520-527
77. Józwicka M., Ślusarz R., Szewczyk M., Tafelski M., Beuth W.: Satysfakcja pacjenta z opieki medycznej – sposoby przeprowadzania badań. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Lublin – Polonia. Vol LX. Suppl. XVI, 7, Sectio D* 2005, 65-67
78. Józwicka M., Ślusarz R., Szewczyk M., Tafelski M., Beuth W. Satysfakcja pacjenta z opieki medycznej w szpitalnych oddziałach zabiegowych. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Lublin – Polonia. Vol LX, Suppl. XVI, 7, Sectio D* 2005, 68-72
79. Juang K.D., Wang S.J., Fuh J.L., Lu S.R., Su T.P.: Comorbidity of depressive and anxiety disorders in chronic daily headache and its subtypes. *Headache* 2000, 40, 818-823
80. Juszcak K., Jaracz K.: Jakość opieki pielęgniarskiej w świetle aktualnych badań- przegląd literatury. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* 2008, 11, 321-326

81. Kabacińska B.: Satysfakcja pacjentów hospitalizowanych na oddziałach chirurgicznych i internistycznych w szpitalach województwa wielkopolskiego– analiza wybranych aspektów. *Zdrowie i Zarządzanie* 2002, 3, 85-82
82. Kapala W., Chudziński S., Hycza S.: Oczekiwania pacjentów hospitalizowanych na oddziałach zabiegowych wobec personelu pielęgniarstwa. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2008, 2, 12-18
83. King J.T. Jr., Moossy J.J., Tsevat J., Roberts M.S.: Multimodal assesmant after surgery for cervical spondylotic myelopathy. *J Neurosurg Spine* 2005, 2, 526-534
84. Kinnersley P., Stott N., Peters T., Harvey I., Hackett P.: A comparison of methods for measuring patient satisfaction with consultations in primary care. *Fam Pract* 1996, 13, 41-51
85. Kisiel Ź., Samborska-Sablik A., Gaszyński W.: Ocena jakości opieki medycznej na przykładzie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 1 Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. *Zdrowie Publiczne* 2008, 118, 329-333
86. Kiwerski J., Fiutka R.: *Bóle kręgosłupa*. Warszawa PZWL 1997
87. Kiwerski J.: *Schorzenia i urazy kręgosłupa*. Warszawa PZWL 2001
88. Klimaszewska K., Krajewska-Kułak E., Kondzior D., Kowalczyk K., Jankowiak B.: Jakość życia pacjentów z zespołami bólowymi odcinka lędźwiowego kręgosłupa. *Problemy Pielęgniarstwa* 2011, 19, 47-54
89. Kochman D., Łykowska M.: Satysfakcja pacjenta z opieki Medycznej w placówkach chirurgicznych. *Pielęgniarstwo Polskie* 2008, 1, 19-28
90. Kózka M.: Procedury jako element jakości opieki zdrowotnej. W: *Procedury Pielęgniarstwa*. Red: Kózka M., Płaszewska-Żywko L. Wydawnictwo Lekarskie. Warszawa PZWL 2009, 25-28
91. Kózka M.: Zastosowanie badań naukowych w praktyce zawodowej pielęgniarki. W: *Procedury Pielęgniarstwa*. Red: Kózka M., Płaszewska-Żywko L. Wydawnictwo Lekarskie. Warszawa PZWL 2009, 21-24
92. Krasuski M.: Algorytm postępowania diagnostyczno-leczniczego w zespołach bólowych kręgosłupa, *Rehabilitacja Medyczna* 2005, 9, 19-25
93. Kropornicka B., Baczevska B., Turowski K.: Satysfakcja z opieki pielęgniarstwa w grupie pacjentów hospitalizowanych z powodu dyskopatii lędźwiowej. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Lublin-Polonia. Vol. LVIII, 129, Sectio D* 2003, 132-138
94. Kropornicka B.: Jakość opieki pielęgniarstwa w procesie pielęgnowania chorych z dyskopatią lędźwiową. *Rozprawa doktorska*. AM Lublin 2001
95. Król B.: Oczekiwania pacjentów wobec personelu pielęgniarstwa w momencie przyjęcia do szpitala. *Praca magisterska*. UM Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Poznań 1998
96. Kupers R., Kehlet H.: Brain imaging of clinical pain states: a critical review and strategies for future studies. *Lancet* 2006, 5, 1032-1044
97. LaMonica E.L., Oberst M.T., Modea A.R., Wolf R.M.: Development of a patient satisfaction scale. *Res Nurs Health* 1986, 9, 43-50
98. Larsson B.W., Larsson G., Starrin B.: Patients' views on quality of care: a comparison of man and women. *J Nurs Manag* 1999, 7, 133-139
99. Larrabee J., Bolden L.: Defining Patient-Perceived Quality of Nursing Care. *J Nurs Care Qual* 2001, 16, 34-60

100. Larrabee J., Bolden L.: Defining Patient – Perceived Quality of Nursing Care. *J Nurs Care Qual* 2005, 20, 220-230
101. Lasek R.J., Barkley W., Harper D.L., Rosenthal G.E.: An evaluation of the impact of nonresponse bias on patient satisfaction surveys. *Med Care* 1997, 35, 646-652
102. Laschinger H., McGills Hall L., Almost J.A.: Psychometric Analysis of the Patient Satisfaction with Nursing Care Quality Questionnaire. An Actionable Approach to Measuring Patient Satisfaction. *J Nurs Care Qual* 2005, 20, 220-230
103. Lenartowicz H.: Zarządzanie jakością w pielęgniarstwie. Materiały dydaktyczne specjalizacji, organizacji i zarządzania. Centrum Edukacji Medycznej. Warszawa 1998
104. Likert R.: A Technique for the Measurement of Attitudes. *Arch Psychol* 1932, 140, 55
105. Lumby J, England K.: Patient satisfaction with nursing care in a colorectal surgical population. *Int J Nurs Prac* 2000, 6, 140-145
106. Lynn M., McMillen B., Sidani S.: Understanding and Measuring Patients' Assessment of the Quality of Unrnsing Care. *Neurosci Res* 2007, 56, 159-166
107. Łańcucki J.: Podstawy kompleksowego zarządzania jakością TQM. Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu. Poznań 2001, 9-28
108. Łukomska A., Rość D., Jachimowicz-Wołoszynek D.: Satysfakcja pacjenta z podstawowej opieki zdrowotnej. *Annales Academiae Medicae Bydgosiensis* 2004, 18, 41-46
109. Mahon P.Y.: An analysis of the concept of patient satisfaction as it relates to contemporary nursing care. *J Adv Nurs* 1996, 24, 1241-1248
110. Mahon P.Y.: Review of measures of patient satisfaction with nursing care. *Image. The Journal of Nursing Scholarship* 1997, 29, 196
111. Mainous A.G.,Griffit CH., Love M.M.: Patient satisfaction in programs for low income individuals. *J Commun Health* 1999, 24, 381-391
112. Marcinowicz L.: Wybrane elementy jakości usług pielęgniarek i położnych rodzinnych w ocenie pacjentów. *Zdrowie Publiczne* 2002, 112, 64-68
113. Marketos S.G., Skiadas P.: Hippocrates. The Father of Spine Surgery. *Spine* 1999, 24, 1381-1386
114. Mars-Puj szo J.: Terapia bólów szyjnego odcinka kręgosłupa. Warszawa PZWL 2002
115. McColl E., Thomas L., Bond S.: A study to determine patient satisfaction with nursing care. *Nurs Standard* 1996, 52, 34-38
116. McDonnel C., Nash J.G.: Compendium of Instruments measuring patient satisfactionwith nursing care. *Qual Rev Bulletin* 1990, 5, 182-188
117. Melzack R., Katz J.: Pain measurement in persons in pain. W: Wall P. D., Melzack R. (red.): *Textbook of Pain*. Edinburg, Churchill Livingstone, wyd. III, 1995, 337-351
118. Merkouris A., Papathanassoglou E.D.E., Lemonidou C.: Evaluation of patients satisfaction with nursing care: quantitative or qualitative approach? *Int. J Nurs Stud* 2004, 41, 355-367
119. Merskey H., Bogduk N.: Classification of Chronic Pain: Description of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms. IASP Press. Seattle 1994

120. Misterska E., Jankowski R., Głowacki M.: Cross-cultural adaptation of the Neck Disability Index and Copenhagen Neck Functional Disability Scale for patients with neck pain due to degenerative and discopathic disorders. Psychometric properties of the Polish versions. *BMC Musculoscelet Disord* 2011, 84, 2474-2784
121. Misterska E., Jankowski R., Głowacki M.: Quebec Back Pain Disability Scale, Low Back Outcome Score and Revised Oswestry Low Back Pain Disability Scale for Patients with Low Back Pain Due to Degenerative Disc Disease. *Spine* 2011, 36, E1722-E1729
122. Modic M.T., Ross J.S.: Magnetic Resonance Imaging in the Evaluation of Low Back Pain. *Orthop Clin North Am* 1991, 22, 283-301
123. Moret L., Nguyen J., Pillet N., Falissard B., Lombraill P., Gasquet I.: Improvement of psychometric properties of a scale measuring inpatient satisfaction with care: a better response rate and a reduction of the ceiling effect. *BMC Health Serv Res* 2007, 7, 197-202
124. Motyka M.: Obawy pacjentów przygotowywanych do zabiegu operacyjnego. *Sztuka Leczenia*. 2001, 23-26
125. Mykowska A.: Satysfakcja pacjenta z jakości obsługi medycznej. *Zdrowie i Zarządzanie* 2002, 4, 69-73
126. Nelson E.C., Rubin H.R., Hays R.D., Meterko M.: Patient judgments of hospital quality. Response to questionnaire. *Med Care* 1990, 28, 18-22
127. Nightingale F.: Notes on nursing. What it is and what is not. D. Appleton and Company. New York and London 1922
128. Nomura D.K., Morrison B.E., Blankman J.L., Long J.Z., Kinsey S.G., Marcondes M.C., Ward A.M., Kahn Y.K., Lichtman A.H., Conti B., Cravatt B.F.: Endocannabinoid Hydrolysis Generates Brain Prostaglandins That Promote Neuroinflammation. *Science* 2011, 334, 809-813
129. O'Connell B., Young J., Twigg D.: Patient satisfaction with nursing care: a measurement conundrum. *Int J Nurs Prac* 1999, 5, 72-77
130. Ogawa Y., Chiba K., Matsumoto M., Nakamura M., Takaishi H., Toyama Y.: Postoperative factors affecting neurological recovery after surgery for cervical spondylotic myelopathy. *J Neurosurg Spine* 2006, 5, 483-487
131. Opolski K., Dykowska G., Możdżonek M.: Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Ce De Wu. Warszawa 2003
132. Ozga D., Binkowska-Bury M.: Ocena satysfakcji pacjenta z opieki pielęgniarskiej na oddziale szpitalnym. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* 2008, 4, 17, 298-303
133. Quintana J., Gonzales N., Bilbao A.: Predictor of patient satisfaction with hospital health care. *BMC Health Serv Res* 2006, 6, 102-108
134. Pałyska M., Janczewska M., Raduj J.: Znaczenie zmiennych społecznych dla różnicowania ocen jakości usług medycznych przez pacjentów. *Postępy w Psychiatrii i Neurologii* 2007, 16, 309-314
135. Pascoe G.C.: Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning* 6, 1983, 185-210
136. Perla L.: Patient compliance and satisfaction with nursing care during delivery and recovery. *J Nurs Care Qual* 2002, 16, 60-66
137. Peterson W.E., Charles C., DiCenso A., Sword W.: The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale: a valid measure of Materna satisfaction with inpatient postpartum nursing care. *J Adv Nurs* 2005, 52, 672-681

138. Pędziwiatr A.: Koncepcje teoretyczne dotyczące satysfakcji pacjenta. *Pielęgniarstwo Polskie* 2005, 20, 421-423
139. Piątek A.: Doskonalenie jakości opieki pielęgniarskiej. W: *Podstawy organizacji pracy pielęgniarskiej. Podręcznik dla studentów studiów licencjackich Wydziału Pielęgniarstwa oraz Wydziału Nauk o Zdrowiu*. Red: Ksykiewicz-Dorota A. Czelej. Lublin 2004, 161-184
140. Piątek A.: *Standardy opieki pielęgniarskiej w praktyce*. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych. Warszawa 1999
141. Piątek A.: Standardy praktyki w zawodach pielęgniarki i położnej. W: *Podstawy organizacji pracy pielęgniarskiej. Podręcznik dla studentów studiów licencjackich Wydziału Pielęgniarstwa oraz Wydziału Nauk o Zdrowiu*. Red. Ksykiewicz-Dorota A. Czelej. Lublin 2004, 185-205
142. Piątek A.: Wybrane aspekty zapewnienia jakości opieki pielęgniarskiej. W: *Podstawy Pielęgniarstwa. Tom I*. Red: Ślusarska B., Zarzycka D., Zachradniczek K. Czelej. Lublin 2008, 2, 405-418
143. Piątek A.: Zarządzanie jakością. W: *Zarządzanie w pielęgniarstwie. Podręcznik dla studentów studiów licencjackich Wydziału Pielęgniarstwa oraz Wydziału Nauk o Zdrowiu*. Red. Ksykiewicz-Dorota A. Czelej. Lublin 2005, 303-328
144. Pyszkowska J.: Możliwość oceny bólu przewlekłego. Próba obiektywizacji oceny bólu za pomocą zmodyfikowanego Arkusza Oceny Bólu. *Psychoonkologia*. Gdańsk 1999, 4, 13-27
145. Rabe-Jabłońska J., Miller A.: Związki między bólem a depresją. *Psychiatr Pol* 2005, 1, 7-20
146. Radhakrishan K., Litchy W.J., O'Fallon W.M., Kurland L.T.: Epidemiology of cervical radiculopathy: a population-based study from Rochester, Minnesota, 1976 through 1990. *Brain* 1994, 117, 325-335
147. Radwin L.E.: Cancer patients' demographic characteristics and rating of patient-centered nursing care. *J Nurs Scholarsh* 2003, 35, 365-370
148. Rapała K., Rapała A.: Leczenie usprawniające w zespołach bólowych kręgosłupa. W: *Zespoły bólowe kręgosłupa. Zagadnienia wybrane*. Red. K. Rapała, Warszawa PZWL 2004, 108, 156-157
149. Redfern S.J., Norman I.J.: Measuring the quality of care. A consideration of different approaches. *J Adv Nurs* 1990, 15, 1260-1271
150. Resnick A.S., Disbot M., Wurster A., Mullen J.L., Kaiser L.R., Morris J.B.: Contributions of surgical residents to patient satisfaction: impact of residents beyond clinical care. *J Surg Educ* 2008, 65, 243-252
151. Retinger-Grzesiołowa M.: *Neurologia i pielęgniarstwo neurologiczne*. Warszawa PZWL. 1988, 104
152. Risser N. L.: Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings. *Neurosci Res* 1975, 24, 45-52
153. Roland M., Morris R.: A study of the natural history of low back pain: Part 1. Development of a reliable and sensitive measure of disability in low back pain. *Spine* 1983, 8, 141-144
154. Rubin H.R.: Can patients evaluate the quality of hospital care? *Med Care* 1990, 47, 267-326
155. Rudawska I.: Satysfakcja pacjenta czy postrzegana jakość usługi zdrowotnej? O sposobach oceny relacji pacjent-usługodawca. *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2005, 3, 101-106
156. Salomon L., Gasquet I., Mesbah M., Ravaud P.: Construction of a scale measuring patients' opinion on hospital care. *Int J Qual Health Care* 1999, 11, 507-516
157. Sandroni P., Martin D.P., Bruce B.K., Rome J.D.: Congenital idiopathic inability to perceive pain: A new syndrome of insensitivity to pain and itch with preserved small fibers. *Pain* 2006, 122, 210-215

158. Sielska J., Wieja E., Głowacka M.D.: Badania satysfakcji pacjenta, jako przejaw orientacji na klienta w systemie zarządzania jakością. *Pielęgniarstwo Polskie*. 2009, 1, 25-31
159. Sierpińska L.: Proces wdrożenia systemu zarządzania jakością w szpitalu. *Problemy Pielęgniarstwa* 2008, 16, 4, 401-404
160. Sierpińska L., Dzirba A.: Poziom satysfakcji pacjenta z opieki pielęgniarskiej na oddziałach zabiegowych. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2011, 1, 18-22
161. Sitzia J., Wood N.: Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social Science and Medicine* 1997, 45, 1829-1843
162. Sitzia J., Wood N.: Response rate in patient satisfaction research: an analysis of 210 published studies. *Int J Qual Health Care* 1998, 10, 311-317
163. Skinner E.A.: Searching for the structure of coping. *Psychol Bull* 2003, 129, 216-269
164. Skopec R.: Mechanism Linking Aggression Stress through Inflammation to Cancer. *J Cancer Sci Ther* 2011, 3, 134-139
165. Słownik języka polskiego. Red. B. Dunaj. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa 2007
166. Sohonen R., Leino-Kilpi H., Valimaki M., Kim H.S.: The patient satisfaction scale-an empirical investigation in to Finnish adaptation. *J Eval Clin Pract* , 2007, 13, 31-38
167. Stanisławska J., Talarska D., Drozd E., Michalak M., Filipiak K., Gutysz-Wojnicka A., Dyk D.: Ocena satysfakcji pacjenta z opieki pielęgniarskiej w oddziale zabiegowym i niezabiegowym za pomocą The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS). *Przegl Lek* 2011, 68, 157-160
168. Staniszewska S., Ahmed L.: The concepts of expectation and satisfaction: do they capture the way patients evaluate their care? *J Adv Nurs* 1999, 29, 364-372
169. Stryła W., Jalowska M.: Ból w zmianach zwyrodnieniowych kręgosłupa. *Nowiny Lekarskie* 2006, 75, 179-183
170. Suhonen R., Schmidt L., Radwin L.: Measuring individualized nursing care: assessment of reliability and validity of three scales. *J Adv Nurs* 2007, 59, 77-85
171. Szatanik K.: Kwestionariusz bólowy – założenia, budowa kwestionariusza, wyniki przeprowadzonych badań. V Konferencja Sekcji Badania i Leczenia Bólu Pol. Tow Anest i Inten Terap. Poznań-Błażejewko 1985
172. Szczudlik A.: Metody oceny bólu przewlekłego. V Konferencja Sekcji Badania i Leczenia Bólu Pol. Tow Anest i Inten Terap. Poznań-Błażejewko 1985
173. Szczudlik A.: Propozycja konstrukcji polskiego „języka bólu”. *Neurol Neurochir Pol* 1983, 5, 547-552
174. Szewczyk M., Jawień A.: Oczekiwania chorych hospitalizowanych w oddziałach chirurgicznych w zakresie zaspakajania potrzeb psychospołecznych i realizacji opieki. *Przegląd Lekarski* 2005, 62, 871-875
175. Ślusarz R., Beuth W., Kasprzak H.: Jakość opieki pielęgniarskiej w opinii pielęgniarek. *Valetudinaria – Postępy Medycyny Klinicznej i Wojskowej* 2002, 3, 84-89
176. Ślusarz R., Józwicka M.: Ocena opieki pielęgniarskiej w opinii pacjentów oddziałów zabiegowych. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Lublin – Polonia. Vol LXI. Suppl. XVII*, 809, Sectio D 2006, 518-522
177. Talarska D., Wolska A.: Ocena jakości opieki w oddziale urologicznym – satysfakcja pacjentów. *Pielęgniarstwo Polskie* 2001, 2, 291-294

178. Tegeder I., Costigan M., Griffin R.S., Abele A., Belfer I., Schmidt H., Ehnert C., Nejim J., Marian C., Scholz J., Wu T., Allchorne A., Diatchenko L., Binshtok A. M., Goldman D., Adolph J., Sama S., Atlas S. J., Carlezon W.A., Parsegian A.: GTP cyclohydrolase and tetrahydrobiopterin regulate pain sensitivity and persistence. *Nat Med* 2006, 12, 1269-1277
179. Tervo-Heikkinen T., Partenen P., Aalto P.: Patient Satisfaction as a Positive Nursing Outcome. *J Nurs Care Qual* 2008, 23, 58-65
180. Thi P.L.N., Briancon S., Empereur F., Guillemin F.: Factors determining inpatient satisfaction with care. *Soc Sci Med* 2002, 54, 493-504
181. Thomas L.H., McColl E., Priest J., Bond S., Boys R.J.: Newcastle Satisfaction with Nursing Scale: an instrument for quality assessments of nursing care. *Qual Health Care* 1996, 5, 67-72
182. Thorsteinsson L.S.: The quality of nursing care as perceived by individuals with chronic illness. *The Medical Touch of Nursing* 2002, 11, 32-40
183. Tofiluk J., Sierko E., Sokół M., Wojtukiewicz M.Z.: Ocena jakości opieki pielęgniarskiej nad chorymi na raka odbytnicy podczas radiochemioterapii i uzupełniającej. *Problemy Pielęgniarstwa* 2011, 19, 378-385
184. Tokunaga J., Imanaka Y.: Influence of length of stay on patient satisfaction with hospital care in Japan. *Int. J Qual Health Care* 2002, 15, 493-502
185. Tunks E., Marskey H.: Psychotherapy of pain. W: *The management of pain*. Red. J.J. Bonica, Lea and Febiger, Philadelphia 1990
186. Tylka J., Piotrowicz R.: Kwestionariusz oceny jakości życia SF-36. Wersja polska. *Kardiologia Polska* 2009, 67, 1166-1169
187. Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z dnia 6 lutego 1997 r. Dz. U. z dnia 26. 03. 1977 r. nr 28, poz.153. Ministerstwo Zdrowia. Warszawa 1999
188. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r Dz. U., nr 210, poz. 2135
189. Ustawa o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. Dz. U., 31 marca 2009 r., art. 8
190. Uzun O.: Patient satisfaction with Nursing Care at a University Hospital in Turkey. *J Nurs Care Qual* 2001, 16, 24-33
191. Walsh M., Walsh A.: Evidence-based practice: is patient satisfaction evidence? *Nurs Standard* 1998, 12, 38-42
192. Ware J., Davies-Avery A., Steward A.: The measurement and meaning of patient satisfaction. *Health and Medical Care Services Review* 1978, 1, 1-15
193. Ware J. E.: SF-36 Health Survey Update. *Spine* 2000, 25, 3130-3139
194. Ware, J.E., Sherbourne, C.: The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): Conceptual Framework and item Selection *Medical Care* 1992, 30, 473-483
195. Wasilewski T.: Subiektywna ocena wybranych aspektów satysfakcji z pobytu w szpitalu pacjentów oddziałów zabiegowych. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2008, 3, 81-86
196. Wewers M.E., Lowe N.K.: A critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena. *Res Nurs Health* 1990, 13, 227-236
197. Williams S.A.: Quality and care, patient's perceptions. *J Nurs Care Qual* 1998, 12, 18-25



198. Williams B., Coyle J. & Healy D.: The meaning of patient satisfaction: An explanation of high reported levels. *Soc Sci Med* 1998, 47, 1351-1359
199. Wheeler A.H., Goolkasian P., Baird A.C.: Development of the Neck Pain and Neck Pain and Disability Scale. *Spine* 1999, 24, 1290-1294
200. Wrodycka B., Chmielewski H., Gruszczyński W., Żytkowski A., Chudzik W.: Depresja „maskowana” (atypowa) u chorych z zespołem bólowym kręgosłupa w praktyce ambulatoryjnej neurologa. *Pol Merkurusz Lek* 2006, XXI, 121, 38
201. Wyrzkowska M.: Ocena opieki pielęgniarskiej w opinii pacjentów. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2007, 1, 3-10
202. Van Hooff M.L., van der Merwe J.D., O'Dowd J., Pavlov P.W., Spruit M., de Kleuver M., van Limbeek J.: Daily functioning and self-management in patients with chronic low back pain after an intensive cognitive behavioral programme for pain management. *Eur Spine J* 2010, 19, 1517-1526
203. Von Korff M., Ormel J., Katon W.: Disability and depression among high utilizers of health care. A longitudinal analysis. *Arch Gen Psych* 1992, 49, 9-100
204. Van Tulder M., Bart K., Bombardier C.: Low back pain. *Best Practice & Research in Clinical Rheumatology* 2002, 16, 5, 761-775
205. Visschedijk M.A., Uitdehaag B.M., Klein M.: Value of health-related quality of life to predict Disability course in multiple sclerosis. *Neurology* 2004, 63, 2046-2050
206. Yellen E., Davis G., Ricard R.: The Measuring of Patient Satisfaction. *J Nurs Care Qual* 2002, 16, 23-29
207. Zagroda M., Cudak-Bańska E., Dyk D., Krysiak I., Gutysz-Wojnicka A.: Ocena satysfakcji pacjenta z opieki pielęgniarskiej. *Pielęgniarstwo Polskie* 2005, 19, 49-52
208. Zhou G.Q., Yang F., Leung V.V.L., Cheung K.M.C.: Molecular and cellular biology of the intervertebral disc and the use of animal models *Current. Orthopedics* 2008, 22, 267-273
209. Żukiel R., Jankowski R.: Bóle kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego w ciąży. *Klin Perinat Ginekol* 1993, 6, 85-94
210. Żukiel R., Nowak S., Jankowski R., Sokół B.: Postępy w leczeniu bólów lędźwiowo-krzyżowych i rwy kulszowej na przestrzeni wieków. *Neuroskop* 2010, 12, 110-117

## 12. Spis rycin

<b>Rycina 1.</b> Skala numeryczna określająca natężenie bólu.....	15
<b>Rycina 2.</b> Skala wzrokowo – analogowa (VAS).....	15
<b>Rycina 3.</b> Skala bólu (PSS) .....	16
<b>Rycina 4.</b> Skala stresu bólowego (PDS) .....	16
<b>Rycina 5.</b> Skala graficzna pomiaru natężenia bólu na podstawie mimiki twarzy.....	16
<b>Rycina 6.</b> Poziomy ważności dokumentacji ISO .....	28
<b>Rycina 7.</b> Analizowana grupa chorych .....	41
<b>Ryciny 8.</b> Zdjęcia badania MR odcinka szyjnego kręgosłupa wykazują zmiany intensywności sygnału w rdzeniu kręgowym (a). Strzałka wskazuje miejsce pomiaru wymiaru strzałkowego kanału kręgowego (b) .....	44
<b>Ryciny 9 a, b, c, d, e, f.</b> Stopień zaawansowania zmian zwyrodnieniowych w odcinku lędźwiowo-krzyżowym kręgosłupa w badaniu MR według skali Modica I typ a, b, II typ c, d, III typ e, f .....	45
<b>Rycina 10.</b> Zmiana intensywności bólu, według skali VAS, przed i po operacji dyskopatii szyjnej.....	57
<b>Rycina 11.</b> Ocena niepełnosprawności pacjentów przed i po operacji dyskopatii szyjnej na podstawie kwestionariusza NDI-PL.....	57
<b>Rycina 12.</b> Zmiana intensywności bólu, według skali VAS, przed i po operacji dyskopatii lędźwiowej .....	58
<b>Rycina 13.</b> Ocena niepełnosprawności pacjentów przed i po operacji dyskopatii lędźwiowej na podstawie skali OLBDP-PL .....	58
<b>Rycina 14.</b> Ocena doświadczenia i satysfakcji z opieki pielęgniarstwa według skali NSNS-PL .....	61
<b>Ryciny 15 a, b.</b> Korelacja pomiędzy doświadczeniem, a satysfakcją z opieki pielęgniarstwa w grupie A (a) i korelacja pomiędzy doświadczeniem, a satysfakcją z opieki pielęgniarstwa w grupie B (b). .....	61
<b>Ryciny 16 a, b, c, d.</b> Ocena doświadczenia z opieki pielęgniarstwa według skali NSNS-PL, u chorych leczonych operacyjnie z powodu dyskopatii szyjnej (a).....	65
Ocena doświadczenia z opieki pielęgniarstwa według skali NSNS-PL, u chorych leczonych operacyjnie z powodu dyskopatii lędźwiowej (b). .....	65

Ocena satysfakcji z opieki pielęgniarskiej według skali NSNS-PL u chorych leczonych operacyjnie z powodu dyskopatii szyjnej (c).....	68
Ocena satysfakcji z opieki pielęgniarskiej według skali NSNS-PL u chorych leczonych operacyjnie z powodu dyskopatii lędźwiowej (d).....	68
<b>Ryciny 17 a, b.</b> Zależność pomiędzy wiekiem chorych, a wynikami oceny doświadczenia z opieki pielęgniarskiej w grupie A (a) i wynikami oceny satysfakcji z opieki pielęgniarskiej w grupie A (b) .....	73
<b>Rycina 18.</b> Wpływ stosowana opiatów przed operacją na wyniki oceny doświadczenia z opieki pielęgniarskiej w grupie A .....	76
<b>Rycina 19.</b> Zależność pomiędzy uzależnieniem od nikotyny, a wynikami doświadczenia z opieki pielęgniarskiej w grupie B.....	76
<b>Rycina 20.</b> Analiza wpływu obecności zmian intensywności sygnału w rdzeniu kręgowym, w badaniu przedoperacyjnym MR, na wyniki doświadczenia z opieki pielęgniarskiej w grupie A.....	79
<b>Rycina 21.</b> Korelacja wymiaru strzałkowego kanału kręgowego w badaniu MR z wynikami doświadczenia z opieki pielęgniarskiej w grupie A.....	79
<b>Rycina 22.</b> Wpływ natężenia bólu, według skali VAS, na wyniki doświadczenia z opieki pielęgniarskiej w grupie B.....	79
<b>Ryciny 23 a, b.</b> Zależności pomiędzy ustępowaniem neurologicznych objawów ubytkowych po operacji, a wynikami doświadczenia (a) i satysfakcji z opieki pielęgniarskiej (b) w grupie A. ....	82
<b>Ryciny 24 a, b.</b> Związek pomiędzy stopniem natężenia bólu, w badaniu kontrolnym, według skali VAS, a wynikami doświadczenia (a) i wynikami satysfakcji z opieki pielęgniarskiej w grupie A (b) .....	82
<b>Rycina 25.</b> Zależność pomiędzy oceną wyniku leczenia dokonaną przez chorego, a wynikami satysfakcji z opieki pielęgniarskiej w grupie A .....	83
<b>Ryciny 26 a, b.</b> Zależności pomiędzy wynikami odpowiedzi na pytanie „czy poddała/poddałby się Pan /Pani ponownie operacji?” w odniesieniu do wyników doświadczenia (a) i satysfakcja z opieki pielęgniarskiej (b) w grupie A .....	83
<b>Rycina 27.</b> Korelacja wyników skali depresji Becka z wynikami satysfakcji w grupie A. ....	84
<b>Rycina 28.</b> Korelacja wyników skali depresji Becka z wynikami doświadczenia z opieki pielęgniarskiej w grupie A .....	84

## 13. Spis tabel

<b>Tabela 1.</b> Zmodyfikowany Arkusz Oceny Bólu według Szatnika.....	18
<b>Tabela 2.</b> Ocena i analiza opieki pielęgniarzkiej na podstawie badania dokumentacji metodą Nursing Audit.....	30
<b>Tabela 3.</b> Ocena jakości opieki pielęgniarzkiej zaproponowana przez Lenartowicz -1998 .....	31
<b>Tabela 4.</b> Dane socjodemograficzne .....	50
<b>Tabela 5.</b> Wywiad chorobowy .....	52
<b>Tabela 6.</b> Badania przedmiotowe i neuroradiologiczne.....	54
<b>Tabela 7.</b> Wyniki leczenia.....	56
<b>Tabela 8.</b> Ocena doświadczenia, satysfakcji z opieki pielęgniarzkiej oraz ocena całościowej opieki pielęgniarzkiej i pobytu w oddziale według skali NSNS-PL.....	60
<b>Tabela 9.</b> Analiza twierdzeń dotyczących doświadczenia z opieki pielęgniarzkiej w I części skali NSNS-PL u chorych leczonych z powodu dyskopatii szyjnej lub lędźwiowej.....	64
<b>Tabela 10.</b> Analiza pytań dotyczących satysfakcji z opieki pielęgniarzkiej w II części skali NSNS-PL, u chorych leczonych z powodu dyskopatii szyjnej lub lędźwiowej.....	67
<b>Tabela 11.</b> Korelacja czynników socjodemograficznych z wynikami skali NSNS-PL.....	72
<b>Tabela 12.</b> Korelacja danych z wywiadu z wynikami skali NSNS-PL.....	75
<b>Tabela 13.</b> Korelacja danych z badań przedmiotowego i neuroradiologicznego z wynikami skali NSNS - PL.....	78
<b>Tabela 14.</b> Korelacja wyniku leczenia dyskopatii z wynikami skali NSNS-PL.....	81
<b>Tabela 15.</b> Korelacja wyników III części skali z wynikami I części – doświadczenia i II części – satysfakcja skali NSNS-PL .....	85
<b>Tabela 16.</b> Aspekty opieki pielęgniarzkiej ustalone na podstawie materiału własnego, po szczegółowej analizie wyników I i II części skali NSNS-PL.....	100

## **13. Wykaz załączników**

### **Załącznik nr 1**

#### **Informacja dla chorego z dyskopatią w odcinkach szyjnym lub lędźwiowym kręgosłupa przed przystąpieniem do badań**

Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa powodują dolegliwości bólowe utrudniające codzienne funkcjonowanie. Dolegliwości bólowe mogą występować zarówno jako ból miejscowy, jak i w postaci promieniowania bólu do odległych części ciała.

Przeprowadzone u Pani /Pana badanie rezonansu magnetycznego wykazało zaawansowanie zmian zwyrodnieniowych i dyskopatii, jednak badania ankietowe, które otrzymuje Pani/Pan do wypełnienia, pozwolą stwierdzić, w jakim stopniu te zmiany ograniczają codzienną aktywność ruchową i normalne funkcjonowanie. Dotyczyć one mogą między innymi problemów związanych z utrzymaniem higieny osobistej, koncentracją uwagi, czytaniem, podnoszeniem przedmiotów, prowadzeniem samochodu, ubieraniem itp.

Istotne jest dokładne przeczytanie pytań i udzielenie odpowiedzi najbardziej odpowiadających do Pani/Pana sytuacji. Prosimy o odpowiedzi na wszystkie pytania.

## Załącznik nr 2

### Zgoda chorego na badania\*

- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| 1. Czy przeczytała Pani/Pan informację dotyczącą badań?   | Tak | Nie |
| 2. Czy miała Pani/Pan możliwość zadania pytań i przedyskutowania zagadnień dotyczących badania? | Tak | Nie |
| 3. Czy otrzymała Pani/Pan wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania ?                        | Tak | Nie |
| 4. Czy otrzymała Pani/Pan wystarczające informacje na temat programu badawczego?                | Tak | Nie |
| 5. Z kim Pani/Pan rozmawiała? (proszę podać nazwisko)<br>.....                                  | Tak | Nie |
| 6. Czy zgadza się Pani/Pan na udział w badaniu?<br>Chory      Imię i nazwisko.....<br>Data..... | Tak | Nie |

**\* Chory powinien odpowiedzieć na wszystkie pytania.**

**Chory w każdej chwili może przerwać udział w badaniu bez podania przyczyny.**

**Nie będzie miało to wpływu na dalszą opiekę medyczną.**

Lekarz, który prosił o wyrażenie zgody

Imię i nazwisko.....

Podpis .....

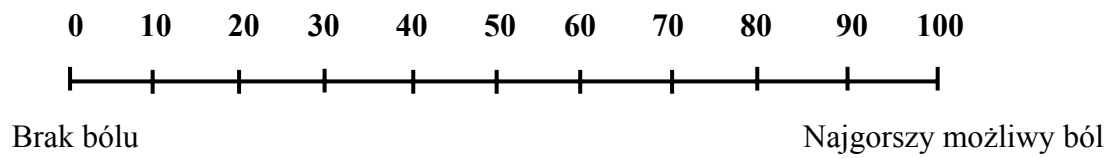
Data.....

### Załącznik nr 3

#### Wzrokowo – analogowa skala bólu (VISUAL ANALOGUE SCALE)

Imię i nazwisko:..... Data: .....

**Zaznacz, jak silny ból dzisiaj odczuwasz.**



## Załącznik nr 4

### Wskaźnik Niepełnosprawności Spowodowanej Dolegliwościami Bólowymi Części Szyjnej Kręgosłupa (NECK DISABILITY INDEX-POLISH VERSION)

Imię i nazwisko Pacjenta:..... Data:.....

<p><b>Część 1 – Intensywność bólu</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Obecnie nie odczuwam żadnego bólu</li> <li><input type="checkbox"/> Obecnie ból jest bardzo łagodny</li> <li><input type="checkbox"/> Obecnie ból jest umiarkowany.</li> <li><input type="checkbox"/> Obecnie ból jest dosyć silny.</li> <li><input type="checkbox"/> Obecnie ból jest bardzo silny.</li> <li><input type="checkbox"/> Nie mogę sobie wyobrazić gorszego bólu niż obecny.</li> </ul>	<p><b>Część 6 – Skupienie się</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mogę się w pełni skupić, kiedy chcę, bez problemu.</li> <li><input type="checkbox"/> Mogę się w pełni skupić, kiedy chcę, z małymi problemami.</li> <li><input type="checkbox"/> Skupienie się, kiedy chcę, sprawia mi pewne kłopoty.</li> <li><input type="checkbox"/> Skupienie się, kiedy chcę, sprawia mi duże kłopoty.</li> <li><input type="checkbox"/> Skupienie się, kiedy chcę, sprawia mi ogromne kłopoty.</li> <li><input type="checkbox"/> W ogóle nie mogę się skupić.</li> </ul>
<p><b>Część 2 – Pielęgnacja (Mycie, Ubieranie się, itp.)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Dbam o siebie normalnie i nie wywołuje to dodatkowego bólu.</li> <li><input type="checkbox"/> Dbam o siebie normalnie, ale wywołuje to dodatkowy ból.</li> <li><input type="checkbox"/> Pielęgnacja sprawia mi ból, jestem powolny i delikatny.</li> <li><input type="checkbox"/> Potrzebuję trochę pomocy, ale większość rzeczy robię samodzielnie.</li> <li><input type="checkbox"/> Pod wszystkimi aspektami pielęgnacji osobistej potrzebuję codziennej pomocy</li> <li><input type="checkbox"/> Nie ubieram się, myję się z trudnością i zostaję w łóżku</li> </ul>	<p><b>Część 7 – Praca</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mogę pracować tyle, ile zechcę.</li> <li><input type="checkbox"/> Mogę wykonywać swoją normalną pracę, ale nie więcej.</li> <li><input type="checkbox"/> Mogę wykonywać większość swojej normalnej pracy, ale nie więcej.</li> <li><input type="checkbox"/> Nie mogę wykonywać swojej normalnej pracy.</li> <li><input type="checkbox"/> Prawie w ogóle nie mogę wykonywać żadnej pracy</li> <li><input type="checkbox"/> W ogóle nie mogę wykonywać żadnej pracy</li> </ul>
<p><b>Część 3 – Podnoszenie przedmiotów</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mogę podnosić ciężkie przedmioty i nie powoduje to dodatkowego bólu.</li> <li><input type="checkbox"/> Mogę podnosić ciężkie przedmioty, ale powoduje to dodatkowy ból.</li> <li><input type="checkbox"/> Ból uniemożliwia mi podnoszenie dużych ciężarów z podłogi, ale mogę to zrobić, jeśli są one w wygodnym położeniu, np. na stole.</li> <li><input type="checkbox"/> Ból uniemożliwia mi podnoszenie dużych ciężarów, ale mogę to zrobić, jeśli średnie ciężary znajdują się w wygodnym położeniu.</li> <li><input type="checkbox"/> Mogę podnosić tylko bardzo lekkie przedmioty.</li> <li><input type="checkbox"/> W ogóle nie mogę niczego podnosić ani nosić.</li> </ul>	<p><b>Część 8 – Prowadzenie samochodu</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Nie odczuwam bólu szyi podczas prowadzenia samochodu.</li> <li><input type="checkbox"/> Mogę prowadzić samochód tak długo jak tylko chcę, ale odczuwam delikatny ból szyi</li> <li><input type="checkbox"/> Mogę prowadzić samochód tak długo jak tylko chcę ale odczuwam umiarkowany ból karku.</li> <li><input type="checkbox"/> Nie mogę prowadzić samochodu tak długo jakbym chciał, ponieważ odczuwam umiarkowany ból szyi.</li> <li><input type="checkbox"/> Z powodu silnego bólu karku prawie w ogóle nie mogę prowadzić samochodu.</li> <li><input type="checkbox"/> W ogóle nie mogę prowadzić samochodu.</li> </ul>
<p><b>Część 4 – Czytanie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mogę czytać tyle ile zechcę i nie odczuwam bólu szyi</li> <li><input type="checkbox"/> Mogę czytać tyle ile zechcę, ale odczuwam delikatny ból szyi</li> <li><input type="checkbox"/> Mogę czytać tyle ile zechcę, ale odczuwam umiarkowany ból szyi.</li> <li><input type="checkbox"/> Nie mogę czytać tyle ile bym chciał/a, ponieważ odczuwam umiarkowany ból szyi.</li> <li><input type="checkbox"/> Prawie w ogóle nie mogę czytać, ponieważ odczuwam silny ból szyi.</li> <li><input type="checkbox"/> W ogóle nie mogę czytać z powodu bólu szyi.</li> </ul>	<p><b>Część 9 – Spanie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Nie mam problemów ze spaniem.</li> <li><input type="checkbox"/> Mam niewielkie problemy ze spaniem (mniej niż 1 godz. bez snu).</li> <li><input type="checkbox"/> Mam małe problemy ze spaniem (1-2 godz. bez snu).</li> <li><input type="checkbox"/> Mam średnie problemy ze spaniem (2-3 godz. bez snu).</li> <li><input type="checkbox"/> Mam duże problemy ze spaniem (3-5 godz. bez snu).</li> <li><input type="checkbox"/> Mam ogromne problemy ze spaniem (5-7 godz. bez snu).</li> </ul>
<p><b>Część 5 – Ból głowy</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> W ogóle nie odczuwam bólu głowy.</li> <li><input type="checkbox"/> Odczuwam delikatny ból głowy, który zdarza się sporadycznie</li> <li><input type="checkbox"/> Odczuwam umiarkowany ból głowy, który zdarza się sporadycznie.</li> <li><input type="checkbox"/> Odczuwam umiarkowany ból głowy, który zdarza się często.</li> <li><input type="checkbox"/> Odczuwam silny ból głowy, który zdarza się często.</li> <li><input type="checkbox"/> Prawie cały czas odczuwam ból głowy.</li> </ul>	<p><b>Część 10 – Wypoczynek</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mogę brać udział we wszystkich zajęciach rekreacyjnych, bez odczuwania bólu szyi.</li> <li><input type="checkbox"/> Mogę brać udział we wszystkich zajęciach rekreacyjnych, odczuwając lekki ból szyi.</li> <li><input type="checkbox"/> Z powodu bólu szyi nie mogę brać udziału we wszystkich typowych dla mnie zajęciach rekreacyjnych</li> <li><input type="checkbox"/> Z powodu bólu szyi mogę brać udział tylko w kilku typowych dla mnie zajęciach rekreacyjnych</li> <li><input type="checkbox"/> Z powodu bólu szyi prawie w ogóle nie mogę brać udziału w typowych dla mnie zajęciach rekreacyjnych</li> <li><input type="checkbox"/> W ogóle nie mogę brać udziału w jakichkolwiek zajęciach rekreacyjnych.</li> </ul>

#### Proszę przeczytać polecenia:

Niniejszy kwestionariusz został przygotowany po to, by dostarczyć lekarzowi informacji o stopniu, w jakim dolegliwości bólowe części szyjnej kręgosłupa wpływają na zdolność wykonywania codziennych czynności. Odpowiedzi należy udzielić w każdej części, zaznaczając TYLKO JEDNO zdanie, które najbardziej odpowiada Państwa sytuacji. Zdajemy sobie sprawę, że do Państwa sytuacji może pasować więcej niż jedno zdanie, jednak PROSIMY O ZAZNACZANIE TYLKO JEDNEJ ODPOWIEDZI, KTÓRA NAJBLIŻEJ OPISUJE OBECNE DOLEGLIWOŚCI.



## Załącznik nr 5

### Skala bólu pleców i następowej niesprawności (OSWESTRY LOW BACK PAIN DISABILITY SCALE -POLISH VERSION)

**Instrukcja:** Niniejszy kwestionariusz został opracowany, aby pomóc nam zrozumieć, jak bardzo dolegliwości bólowe kręgosłupa wpływają na Państwa zdolność wykonywania codziennych czynności. Proszę w każdej sekcji zaznaczyć tylko JEDNĄ ODPOWIEDŹ, która najlepiej określa Państwa funkcjonalność. Zdajemy sobie sprawę, że mogą Państwo uważać, że pasuje więcej niż jedno stwierdzenie, niemniej jednak proszę zaznaczyć tylko jedną opcję, która najlepiej opisuje aktualne dolegliwości.

Imię..... Nazwisko..... Data .....

Waga..... Wzrost..... Wiek.....

<p><b>1. Intensywność bólu</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ból jest bardzo słaby, pojawia się i ustępuje.</li> <li><input type="checkbox"/> Ból jest słaby, o stałym natężeniu.</li> <li><input type="checkbox"/> Ból jest umiarkowany, pojawia się i ustępuje.</li> <li><input type="checkbox"/> Ból jest umiarkowany, o stałym natężeniu.</li> <li><input type="checkbox"/> Ból jest silny, pojawia się i ustępuje.</li> <li><input type="checkbox"/> Ból jest silny, o stałym natężeniu.</li> </ul>	<p><b>6. Pielęgnacja ( mycie, ubieranie się itp.)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Nie muszę zmieniać mojego sposobu mycia lub ubierania się, aby, aby uniknąć bólu.</li> <li><input type="checkbox"/> Zazwyczaj nie zmieniam mojego sposobu mycia lub ubierania się, mimo iż powoduje to lekki ból.</li> <li><input type="checkbox"/> Mycie i ubieranie się powoduje zwiększenie bólu, ale daję sobie radę nie zmniejszając sposobu wykonywania tych czynności.</li> <li><input type="checkbox"/> Mycie i ubieranie się powoduje zwiększenie bólu, co zmusza mnie do zmiany sposobu wykonywania tych czynności.</li> <li><input type="checkbox"/> Z powodu bólu nie jestem w stanie wykonać bez pomocy niektórych czynności związanych z myciem i ubieraniem.</li> <li><input type="checkbox"/> Z powodu bólu nie jestem w stanie umyć się ani ubrać bez pomocy.</li> </ul>
<p><b>2. Podnoszenie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mogę podnosić ciężkie przedmioty bez bólu.</li> <li><input type="checkbox"/> Mogę podnosić ciężkie przedmioty, ale podnoszenie wywołuje ból.</li> <li><input type="checkbox"/> Ból nie pozwala mi podnosić ciężkich przedmiotów z podłogi.</li> <li><input type="checkbox"/> Ból nie pozwala mi podnosić ciężkich przedmiotów z podłogi, ale radzę sobie, jeśli są ułożone w dogodny sposób, np. na stole.</li> <li><input type="checkbox"/> Ból nie pozwala mi podnosić ciężkich przedmiotów, ale mogę podnosić lekkie i niezbyt ciężkie przedmioty, jeśli są ułożone w dogodny sposób.</li> <li><input type="checkbox"/> Mogę podnosić jedynie bardzo lekkie przedmioty.</li> </ul>	<p><b>7. Chodzenie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ból nie powstrzymuje mnie od pokonania żadnego dystansu.</li> <li><input type="checkbox"/> Ból uniemożliwia mi chodzenie na odległość dłuższą niż 1500 m.</li> <li><input type="checkbox"/> Ból uniemożliwia mi chodzenie na odległość dłuższą niż 800 m.</li> <li><input type="checkbox"/> Ból uniemożliwia mi chodzenie na odległość dłuższą niż 400 m.</li> <li><input type="checkbox"/> Mogę chodzić tylko z pomocą laski lub o kulach.</li> <li><input type="checkbox"/> Spędzam w łóżku większość czasu i muszę czołgać się do toalety.</li> </ul>
<p><b>3. Siedzenie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mogę siedzieć na dowolnym krześle tak długo, jak chcę, bez bólu.</li> <li><input type="checkbox"/> Mogę siedzieć tylko w moim ulubionym krześle tak długo, jak chcę.</li> <li><input type="checkbox"/> Ból nie pozwala mi siedzieć dłużej, niż jedną godzinę.</li> <li><input type="checkbox"/> Ból nie pozwala mi siedzieć dłużej, niż pół godziny.</li> <li><input type="checkbox"/> Ból nie pozwala mi siedzieć dłużej, niż dziesięć minut.</li> <li><input type="checkbox"/> Ból w ogóle nie pozwala mi siedzieć</li> </ul>	<p><b>8. Stanie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mogę stać tak długo, jak chcę, bez bólu</li> <li><input type="checkbox"/> Odczuwam lekki ból gdy stoję, ale ból ten nie narasta.</li> <li><input type="checkbox"/> Nie mogę stać dłużej, niż godzinę, bez narastającego bólu.</li> <li><input type="checkbox"/> Nie mogę stać dłużej, niż pół godziny, bez narastającego bólu.</li> <li><input type="checkbox"/> Nie mogę stać dłużej, niż dziesięć minut, bez narastającego bólu.</li> <li><input type="checkbox"/> Unikam stania, ponieważ ból od razu narasta.</li> </ul>
<p><b>4. Spanie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Leżąc w łóżku nie odczuwam bólu.</li> <li><input type="checkbox"/> Leżąc w łóżku odczuwam ból, ale nie utrudnia mi on snu.</li> <li><input type="checkbox"/> Z powodu bólu przysypiam jedynie ¼ nocy.</li> <li><input type="checkbox"/> Z powodu bólu przysypiam jedynie ½ nocy.</li> <li><input type="checkbox"/> Z powodu bólu przysypiam jedynie ¼ nocy.</li> <li><input type="checkbox"/> Z powodu bólu w ogóle nie śpiam.</li> </ul>	<p><b>9. Życie towarzyskie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Moje życie towarzyskie jest normalne i nie przysparza mi bólu kręgosłupa.</li> <li><input type="checkbox"/> Moje życie towarzyskie jest normalne, ale wzmaga odczuwany ból.</li> <li><input type="checkbox"/> Ból nie ma znaczącego wpływu na moje życie towarzyskie, ale muszę unikać bardziej wymagających zajęć takich, jak taniec itp.</li> <li><input type="checkbox"/> Ból ogranicza moje życie towarzyskie i nie wychodzę zbyt często z domu.</li> <li><input type="checkbox"/> Z powodu bólu całe moje życie towarzyskie ograniczam do spotkań w domu.</li> <li><input type="checkbox"/> Z powodu bólu nie prowadzę prawie żadnego życia towarzyskiego.</li> </ul>
<p><b>5. Podróżowanie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Nie odczuwam bólu podczas podróży.</li> <li><input type="checkbox"/> Odczuwam pewien ból, gdy podróżuję, ale żadna z moich typowych form podróżowania nie wzmaga bólu.</li> <li><input type="checkbox"/> Odczuwam dodatkowy ból w trakcie podróży, ale nie zmusza mnie on do szukania innych sposobów podróżowania.</li> <li><input type="checkbox"/> Odczuwam dodatkowy ból w trakcie podróży, który zmusza mnie on do szukania innych sposobów podróżowania.</li> <li><input type="checkbox"/> Ból ogranicza wszelkie sposoby podróżowania</li> <li><input type="checkbox"/> Ból uniemożliwia mi podróżowanie, chyba że podczas podróży mogę leżeć.</li> </ul>	<p><b>10. Zmiana natężenia bólu</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Odczuwamy przez mnie ból szybko słabnie.</li> <li><input type="checkbox"/> Odczuwamy przez mnie ból jest zmienny, ale generalnie słabnie.</li> <li><input type="checkbox"/> Odczuwamy przez mnie ból zdaje się słabnąć, ale obecnie poprawa następuje powoli.</li> <li><input type="checkbox"/> Odczuwany przez mnie ból ani nie słabnie, ani nie wzmaga się.</li> <li><input type="checkbox"/> Odczuwany przez mnie ból stopniowo się wzmaga.</li> <li><input type="checkbox"/> Odczuwany przez mnie ból szybko się wzmaga.</li> </ul>



## **Załącznik 7**

### **Informacja dla chorego leczonego operacyjnie z powodu dyskopatii w odcinkach szyjnym lub lędźwiowym kręgosłupa po roku od zabiegu operacyjnego.**

W trosce o dobro leczonych przez nas chorych podejmujemy próbę oceny skuteczności przeprowadzonego leczenia.

Badania ankietowe pozwolą stwierdzić w jakim stopniu leczenie operacyjne wpłynęło na stan Pani/Pana zdrowia.

Celem badań jest również określenie satysfakcji z opieki pielęgniarstwa, która miała miejsce podczas pobytu w szpitalu.

Istotne jest dokładne przeczytanie pytań i udzielenie odpowiedzi najbardziej odpowiadających Pani /Pana sytuacji. Prosimy o udzielenie odpowiedzi na każde pytanie.



## Załącznik nr 9

### Skala Zadowolenia z Pielęgnacji Newcastle

*Copyright by Zakład Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki,  
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2011*

#### Chory

imię.....

nazwisko.....

#### TWOJE POGLĄDY NA OPIKĘ PIELEŃNIARSKĄ

Pytania zawarte w ankiecie dotyczą opieki pielęgniarskiej świadczonej przez pielęgniarki podczas pobytu w szpitalu, oraz Twoich poglądów na tę opiekę. W zakończeniu, kilka pytań dotyczy Ciebie.

Chcielibyśmy, abyś dokładnie zastanowił/a się nad każdym pytaniem i odpowiedział/a na tyle uczciwie, na ile to możliwe. Nie spędzaj zbyt dużo czasu nad każdym z pytań. Twoja pierwsza reakcja będzie prawdopodobnie lepsza długo rozważana odpowiedź. Jeśli nie jesteś pewny/a jak odpowiedzieć na którekolwiek z pytań, odpowiedz tak jak potrafisz najlepiej i dodaj komentarz obok pytania.

**TWOJE NAZWISKO I IMIĘ NIE UKAŻĄ SIĘ W ŻADNYM MIEJSCU TEJ ANKIETY.**

Informacje, które przekażesz, nie będą używane w żaden sposób, który umożliwiłby **Twoją** identyfikację.

#### (PRZYKŁAD)

Pierwszy zestaw pytań, zaczynający się na następnej stronie, dotyczy Twoich doświadczeń związanych z opieką pielęgniarską podczas Twojego pobytu na tym oddziale. Pytania składają się ze stwierdzenia. Po którym następuje siedem możliwych odpowiedzi. Zakreśl numer odpowiedzi, która najlepiej opisuje Twoje doświadczenia. Poniżej podajemy dwa przykłady odpowiedzi.

### Przykład 1

Jeśli pielęgniarki zachowywały się cicho w nocy, to odpowiesz zakreślając numer 7, co oznacza „całkowicie się zgadzam”. Twoja odpowiedź będzie wyglądała następująco:

**Pytanie:** PIELEŃNIARKI ZACHOWYWAŁY SIĘ BARDZO CICHU W NOCY.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się nie zgadzam
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>

### Przykład 2

Jeśli pielęgniarki nie były elegancko ubrane, możesz odpowiedzieć „bardzo się zgadzam”. Twoja odpowiedź będzie wyglądała następująco:

**Pytanie:** PIELEŃNIARKI NIE BYŁY ELEGANCKO UBRANE.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się nie zgadzam
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>

Jeśli pielęgniarki zawsze były elegancko ubrane, możesz odpowiedzieć zakreślając odpowiedź numer 1, co oznacz „całkowicie się zgadzam”. Twoja odpowiedź będzie wyglądała następująco:

**Pytanie:** PIELEŃNIARKI NIE BYŁY ELEGANCKO UBRANE.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się nie zgadzam
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>

**Jeśli nie jesteś pewien, jak odpowiedzieć na pytanie, odpowiedz tak jak najlepiej potrafisz i dodaj swój komentarz uwagi obok pytania.**

## Część 1. TWOJE DOŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE OPIEKI PIELEŃNIARSKIEJ

Proszę zakreślić jedną odpowiedź przy każdym pytaniu

### 1. Można było pożartować z pielęgniarkami.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

### 2. Pielęgniarki faworyzowały niektórych pacjentów.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

### 3. Pielęgniarki nie udzielały mi wystarczających informacji.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

### 4. Pielęgniarki nie wysiły się zbytnio i były zbyt swobodne.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

### 5. Przybycie na wezwanie zabierało pielęgniarkom dużo czasu.

Całkowicie zgadzam się	Bardzo się zgadzam	Trochę się zgadzam	Ani się zgadzam ani nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Bardzo się nie zgadzam	Całkowicie się nie zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

### 6. Pielęgniarki udzielały mi informacji dokładnie wtedy, gdy ich potrzebowałem/am.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

### 7. Wydawało się, że pielęgniarki lekcewały moje cierpienie.

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

**8. Pielęgniarki gasiły światło zbyt późno w nocy.**

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

**9. Pielęgniarki kazały mi wykonywać różne czynności, zanim byłem do nich przygotowany.**

Całkowicie zgadzam się	Bardzo się zgadzam	Trochę się zgadzam	Ani się zgadzam ani nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Bardzo się nie zgadzam	Całkowicie nie zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

**10. Pielęgniarki, niezależnie od tego jak były zajęte, znajdowały dla mnie czas.**

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

**11. Widziałam/em w pielęgniarkach swoich przyjaciół.**

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

**12. Pielęgniarki pocieszały pacjentów, którzy byli przygnębieni.**

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

**13. Pielęgniarki regularnie sprawdzały, czy u mnie wszystko w porządku.**

Całkowicie zgadzam się	Bardzo się zgadzam	Trochę się zgadzam	Ani się zgadzam ani nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Bardzo się nie zgadzam	Całkowicie nie zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

**14. Pielęgniarki nie ze wszystkim dawały sobie radę.**

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7



**15. Pielęgniarki nie interesowały się mną.**

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

**16. Pielęgniarki tłumaczyły mi, co mi dolega.**

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

**17. Przed zabiegiem pielęgniarki wyjaśniały mi, na czym ona polega.**

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

**18. Pielęgniarki przekazywały następnej zmianie informacje na temat mojego stanu.**

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

**19. Pielęgniarki wiedziały, co robić, nie czekały na polecenia lekarzy.**

Całkowicie zgadzam się	Bardzo się zgadzam	Trochę się zgadzam	Ani się zgadzam ani nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Bardzo się nie zgadzam	Całkowicie nie zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

**20. Zdarzało się, że pielęgniarki odchodziły i zapomniały, o co prosił pacjent.**

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

**21. Pielęgniarki dbały o prywatność pacjentów.**

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	2	3	4	5	6	7

**22. Pielęgniarki miały czas, by usiąść i porozmawiać ze mną.**

Całkowicie zgadzam się	Bardzo się zgadzam	Trochę się zgadzam	Ani się zgadzam ani nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Bardzo się nie zgadzam	Całkowicie się nie zgadzam
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>

**23. Lekarze i pielęgniarki pracowali dodrze, jako zespół.**

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>

**24. Wydawało się, że jedna pielęgniarka jakoby nie wiedziała, co robi druga.**

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>

**25. Pielęgniarki wiedziały, co robić, aby było jak najlepiej.**

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>

**26. Dzięki pielęgniarkom panowała miła atmosfera.**

Całkowicie nie zgadzam się	Bardzo się nie zgadzam	Trochę się nie zgadzam	Ani się zgadzam ani nie zgadzam	Trochę się zgadzam	Bardzo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>

## Część 2. TWOJE OPINIE O OPIECE PIELEŃNIARSKIEJ

W tej części, pytamy o Twoje opinie na temat opieki pielęgniarstwa. Przy każdym pytaniu zaznacz cyfrę, która najbardziej opisuje Twoją opinię.

### Pomyśl o swoim pobycie w oddziale. Co myślałeś na ten temat?

Lp.		Całkowicie Niezado- wolony	Ledwie Zadowo- lony	Dość zadowo- lony	Bardzo zadowo- lony	Całkowicie Zadowo- lony
1	Czy pielęgniarki poświęcały Ci dostatecznie dużo czasu?	1	2	3	4	5
2	Jak sprawne były pielęgniarki w wykonywaniu swojej pracy?	1	2	3	4	5
3	Czy pielęgniarka była w pobliżu w razie potrzeby?	1	2	3	4	5
4	Czy wiedza pielęgniarek na temat Twojej choroby była wystarczająca?	1	2	3	4	5
5	Jak szybko pielęgniarki przychodziły na Twoje wezwanie/dzwonki?	1	2	3	4	5
6	W jakim stopniu pielęgniarki dbały o to, byś czuł się jak w domu	1	2	3	4	5
7	Czy informacje na temat Twojego stanu leczenia były wystarczające?	1	2	3	4	5
8	Jak często pielęgniarki sprawdzały czy u Ciebie wszystko w porządku?	1	2	3	4	5
9	Jak oceniasz gotowość pielęgniarek do pracy?	1	2	3	4	5
10	W jakim stopniu pielęgniarki wyjaśniały Ci różne rzeczy?	1	2	3	4	5
11	Jak pielęgniarki uspakajały Twoją rodzinę i przyjaciół?	1	2	3	4	5
12	Czy byłeś/aś zadowolony/a z zachowania się pielęgniarek w pracy?	1	2	3	4	5
13	Czy byłeś/aś zadowolony/a z informacji, jakich pielęgniarki Ci udzielały na temat Twojego stanu i opieki?	1	2	3	4	5
14	Czy byłeś zadowolony z traktowania Cię przez pielęgniarki?	1	2	3	4	5
15	Czy pielęgniarki chętnie słuchały o Twoich obawach i zmartwieniach?	1	2	3	4	5
16	Czy czułeś/aś się swobodnie w oddziale?	1	2	3	4	5
17	Czy pielęgniarki chętnie spełniały Twoje prośby?	1	2	3	4	5
18	Czy miałeś/aś zapewnioną prywatności?	1	2	3	4	5
19	Czy pielęgniarki uwzględniały Twoje potrzeby?	1	2	3	4	5



**6. Jak ocenilibyś opiekę pielęgniarską otrzymaną na tym oddziale?**

Okropna	Bardzo zła	Zła	Wystarczająca	Dobra	Bardzo dobra	Wyśmienita
1	2	3	4	5	6	7

**7. Jak ocenilibyś swój obecny pobyt w tym oddziale?**

Okropna	Bardzo zła	Zła	Wystarczająca	Dobra	Bardzo dobra	Wyśmienita
1	2	3	4	5	6	7

**8. Czy są jakieś sposoby, dzięki którym opieka pielęgniarska mogła być poprawiona podczas Twojego obecnego pobytu w szpitalu?**

**9. Inne uwagi/komentarze.**

**10.**

BARDZO DZIĘKUJEMY ZA WSPÓŁPRACĘ

Data:                   .....                   .....                   .....  
                                  DZIEŃ                   MIESIĄC                   ROK

**Wszystkie informacje będą wykorzystane z zachowaniem największej poufności.**

## Załącznik nr 10

### Skala Depresji Becka

<p><b>A. 0.</b> Nie jestem smutny ani przygnębiony.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Odczuwam często smutek, przygnębienie.</li> <li>2. Przeżywam stale smutek, przygnębienie i nie mogę uwolnić się od tych przeżyć.</li> <li>3. Jestem stale tak smutny i nieszczęśliwy, że jest to nie do wytrzymania.</li> </ol>	<p><b>K. 0.</b> Nie jestem bardziej podenerwowany niż dawniej.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jestem bardziej nerwowo i przykry niż dawniej.</li> <li>2. Jestem stale zdenerwowany lub rozdrażniony.</li> <li>3. Wszystko co dawniej mnie drażniło, stało się obojętne.</li> </ol>
<p><b>B. 0.</b> Nie przejmuję się zbyt przyszłością.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Często martwię się o przyszłość.</li> <li>2. Obawiam się, że w przyszłości nic dobrego mnie nie czeka.</li> <li>3. Czuję, że przyszłość jest beznadziejna i nic tego nie zmieni.</li> </ol>	<p><b>L. 0.</b> Ludzie interesują mnie jak dawniej.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Interesuję się ludźmi mniej niż dawniej.</li> <li>2. Utraciłem większość zainteresowań innymi ludźmi.</li> <li>3. Utraciłem wszelkie zainteresowania innymi ludźmi.</li> </ol>
<p><b>C. 0.</b> Sądzę, że nie popełniam większych zaniedbań.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sądzę, że czynię więcej zaniedbań niż inni.</li> <li>2. Kiedy spoglądam na to co robiłem, widzę mnóstwo błędów i zaniedbań.</li> <li>3. Jestem zupełnie niewydolny i wszystko robię źle.</li> </ol>	<p><b>M. 0.</b> Decyzję podejmuję łatwo, tak jak dawniej.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Częściej niż kiedyś odwlekam podjęcie decyzji.</li> <li>2. Mam dużo trudności z podjęciem decyzji.</li> <li>3. Nie jestem w stanie podjąć żadnej decyzji.</li> </ol>
<p><b>D. 0.</b> To co robię sprawia mi przyjemność.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nie cieszy mnie to co robię.</li> <li>2. Nic mi teraz nie daje prawdziwego zadowolenia.</li> <li>3. Nie potrafię przeżywać zadowolenia i przyjemności i wszystko mnie nuży.</li> </ol>	<p><b>N. 0.</b> Sądzę, że wyglądam nie gorzej niż dawniej.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Martwię się tym, że wyglądam staro i nie atrakcyjnie.</li> <li>2. Czuję, że wyglądam coraz gorzej.</li> <li>3. Jestem przekonany, że wyglądam okropnie i odpychająco.</li> </ol>
<p><b>E. 0.</b> Nie czuję się winnym ani wobec siebie, ani wobec innych.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dość często miewam wyrzuty sumienia.</li> <li>2. Często czuję, że zawińłem.</li> <li>3. Stale czuję się winnym.</li> </ol>	<p><b>O. 0.</b> Mogę pracować jak dawniej.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Z trudem rozpoczynam każdą czynność.</li> <li>2. Z wielkim wysiłkiem zmuszam się do zrobienia czegokolwiek.</li> <li>3. Nie jestem w stanie nic robić.</li> </ol>
<p><b>F. 0.</b> Sądzę, że nie zasługuję na karę</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sądzę, że zasługuję na karę</li> <li>2. Spodziewam się ukarania</li> <li>3. Wiem, że jestem karany (lub ukarany)</li> </ol>	<p><b>P. 0.</b> Sypiam dobrze, jak zwykle.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sypiam gorzej niż dawniej.</li> <li>2. Rano budzę się 1-2 godzin za wcześniej i trudno jest mi ponownie usnąć.</li> <li>3. Budzę się kilka godzin za wcześniej i nie mogę usnąć.</li> </ol>
<p><b>G. 0.</b> Jestem z siebie zadowolony.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nie jestem z siebie zadowolony.</li> <li>2. Czuję do siebie niechęć.</li> <li>3. Nienawidzę siebie.</li> </ol>	<p><b>Q. 0.</b> Nie męczę się bardziej niż dawniej.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Męczę się znacznie łatwiej niż poprzednio.</li> <li>2. Męczę się wszystkim co robię.</li> <li>3. Jestem zbyt zmęczony, aby cokolwiek robić</li> </ol>
<p><b>H. 0.</b> Nie czuję się gorszy od innych ludzi.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zarzucam sobie, że jestem nieudolny i popełniam błędy.</li> <li>2. Stale potępiam siebie za popełnione błędy.</li> <li>3. Winię siebie za wszystko zło, które istnieje.</li> </ol>	<p><b>R. 0.</b> Mam apetyt nie gorszy niż dawniej.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mam trochę gorszy apetyt.</li> <li>2. Apetyt mam wyraźnie gorszy.</li> <li>3. Nie mam w ogóle apetytu.</li> </ol>
<p><b>I. 0.</b> Nie myślę o odebraniu sobie życia.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Myślę o samobójstwie - ale nie mógłbym tego dokonać.</li> <li>2. Pragnę odebrać sobie życie.</li> <li>3. Popełnię samobójstwo, jak będzie odpowiednia sposobność</li> </ol>	<p><b>S. 0.</b> Nie tracę na wadze ciała (w okresie ostatniego miesiąca).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Straciłem na wadze więcej niż 2 kg.</li> <li>2. Straciłem na wadze więcej niż 4 kg.</li> <li>3. Straciłem na wadze więcej niż 6 kg.</li> </ol> <p>Jadam specjalnie mniej, aby stracić na wadze: 1. tak, 2. nie.</p>
<p><b>J. 0.</b> Nie płaczę częściej niż zwykle.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Płaczę częściej niż dawniej.</li> <li>2. Ciągłe chce mi się płakać.</li> <li>3. Chciałbym płakać, lecz nie jestem w stanie.</li> </ol>	<p><b>T. 0.</b> Nie martwię się o swoje zdrowie bardziej niż zawsze.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Martwię się swoimi dolegliwościami, mam rozstrój żołądka, zaparcie, bóle.</li> <li>2. Stan mego zdrowia bardzo mnie martwi, często o tym myślę.</li> <li>3. Tak bardzo martwię się o swoje zdrowie, że nie mogę o niczym innym myśleć.</li> </ol>
<p><b>U. 0.</b> Moje zainteresowania seksualne nie uległy zmianom.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jestem mniej zainteresowany sprawami płci (seksu).</li> <li>2. Problemy płciowe wyraźnie mniej mnie interesują.</li> <li>3. Utraciłem wszelkie zainteresowania sprawami seksu.</li> </ol>	

Skala składa się z 21 punktów ocenianych od 0 do 3. W każdym punkcie należy zakreślić tylko jedną odpowiedź. Ocena dotyczy ostatniej doby.

## Załącznik nr 11

### Dane uzupełniające do badań katamnesticznych

Imię i nazwisko.....

1. Ile czasu upłynęło od operacji? (miesiące) .....
2. Czy po operacji Pan/Pani podjęła pracę zawodową? a - tak, b - nie
3. Czy po operacji ustąpiły neurologiczne objawy ubytkowe?  
(poprawiła się siła mięśniowa w kończynach górnych/dolnych,  
ustąpiły zaburzenia czucia powierzchniowego) a - tak, b - nie
4. Czy Pani/Pan poddała/poddałby się ponownie operacji? a - tak, b - nie

## Załącznik nr 12

### Obliczanie ogólnej punktacji doświadczenia i satysfakcji z opieki pielęgniarskiej \*

#### Obliczanie ogólnej punktacji doświadczenia z opieki pielęgniarskiej

Ogólną punktację „doświadczenia z opieki pielęgniarskiej” oblicza się na podstawie odpowiedzi uzyskanych w części 1 kwestionariusza, pytania 1-26.

W części I skali „doświadczenia dotyczące opieki pielęgniarskiej” w twierdzeniach nr **5, 9, 13, 19, 22** odpowiedź do każdego z twierdzeń powinna podana być w odwrotnej kolejności.

Należy:

- przekodować uzyskane odpowiedzi wg wzoru:

Pytanie	Odpowiedź oryginalna	Odpowiedź przekodowana
1, 6, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 25, 26	1	0
	2	1
	3	2
	4	3
	5	4
	6	5
	7	6
2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 14, 15, 20, 24	1	6
	2	5
	3	4
	4	3
	5	2
	6	1
	7	0

\* Instrukcja prowadzenia badania z wykorzystaniem Skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle



zsumować wszystkie przekodowane punkty uzyskane ze wszystkich:

- poprawnych odpowiedzi (poprawna odpowiedź to taka, gdy respondent zakreślił tylko jedną odpowiedź, niepoprawna to taka, gdy zakreślono więcej odpowiedzi lub brak jest zakreślenia odpowiedzi);
- podzielić sumę otrzymana w punkcie 2 przez całkowitą liczbę poprawnych odpowiedzi;
- podzielić wynik uzyskany w punkcie 3 przez 6, a następnie pomnożyć go przez 100.

### **Obliczenie ogólnej punktacji satysfakcja z opieki pielęgniarskiej**

Ogólną punktację „satysfakcja z opieki pielęgniarskiej” oblicza się na podstawie odpowiedzi uzyskanych w części 2 kwestionariusza, pytania 1-19.

Należy:

- przekodować uzyskane odpowiedzi wg wzoru:

$$1 = 0$$

$$2 = 1$$

$$3 = 2$$

$$4 = 3$$

$$5 = 4$$

- zsumować wszystkie przekodowane punkty uzyskane ze wszystkich poprawnych odpowiedzi;
- podzielić sumę otrzymana w punkcie 2 przez całkowitą liczbę poprawnych odpowiedzi;
- podzielić wynik uzyskany w punkcie 3 przez 4, a następnie pomnożyć go przez 100.