

Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział Kraków;
Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie
Centre of Oncology – Maria Skłodowska-Curie Memorial Institute, Cracov Division;
Institute of Health Care, Higher Vocational School in Tarnów,

MAŁGORZATA PASEK

***The relation between the evaluation of life circumstances quality among
the hospitalized on internal diseases department
and planning of nursing care. Preliminary study***

**Wpływ oceny jakości życia pacjentów hospitalizowanych w oddziale internistycznym
na planowanie opieki pielęgniarskiej. Badania wstępne**

Jakość życia – według WHO – to sposób postrzegania przez człowieka pozycji życiowej w kontekście kultury i systemu wartości, w którym żyje, w relacji do zadań, oczekiwań i standardów obowiązujących w jego środowisku /3/. Najczęściej badanymi dziedzinami życia są: stan fizyczny, stan psychiczny, stopień niezależności, relacje społeczne, adaptacja do środowiska, sfera duchowa.

Hospitalizacja – dla większości pacjentów - jest sytuacją trudną, często postrzegana jako „skrajnie negatywne doświadczenie” /1, str.308/. Wiąże się ona z konfrontacją pacjenta z dużą, nieznaną instytucją. Instytucją - szpitalem posiadającym własne procedury i regulaminy – hierarchię ważności. W wielu sytuacjach jest to przeszkodą w zaspokajaniu potrzeb bio – psycho – społeczno – duchowych hospitalizowanych pacjentów.

CELEM BADAŃ

- ⇒ poznanie oceny jakości życia pacjentów hospitalizowanych w oddziale internistycznym
- ⇒ próba wykorzystania wniosków wynikających z badań do planowania opieki pielęgniarskiej nad pacjentem

MATERIAŁ I METODY

Badania zostały przeprowadzone w maju 2004 roku na czterech oddziałach internistycznych w szpitalach w Tarnowie. Grupę badawczą stanowiło 105 osób, 39 mężczyzn (37,1%) i 66 kobiet (62,9%). Zdecydowaną większość respondentów stanowiły osoby z wykształceniem zawodowym (33,3%) i średnim (31,5%). Wykształcenie w badanej grupie przedstawia tabela nr 1.

Tab.1. Wykształcenie w badanej grupie

Wykształcenie	n-badanych	%
Niepełne podstawowe	6	5,7
Podstawowe	22	20,9
Zawodowe	35	33,3
Średnie	33	31,5
Wyższe	9	8,6

Większość osób badanych (56,19%) pozostawało w związkach małżeńskich. Szczegółowe dane przedstawia tabela nr 2:

Tab.2. Stan cywilny a płeć w badanej grupie

Stan cywilny	Ogółem		Mężczyźni		Kobiety	
	N=105	%	N=39	%	N=66	%
Zamężna/ żonaty/	59	56,19	25	64,10	34	51,51
Wdowa/wdowiec	33	31,43	8	20,52	25	37,88
Panna / kawaler/	12	11,43	6	15,38	6	9,09
Żyjący w separacji	1	0,95	0	0,00	1	1,52
Po rozwodzie	0	0,00	0	0,00	0	0,00

Najczęstszą przyczyną hospitalizacji pacjentów – zarówno u mężczyzn (30,77%) jak i u kobiet (42,42%) były choroby układu krążenia. Szczegółowe dane przedstawia tabel nr 3:

Tab.3. Przyczyna hospitalizacji a płeć w badanej grupie

Przyczyna hospitalizacji	Ogółem		Mężczyźni		Kobiety	
	N=105	%	N=39	%	N=66	%
Choroby układu krążenia	40	38,09	12	30,77	28	42,42
Choroby układu oddechowego	14	13,33	11	28,21	3	4,55
Choroby układu pokarmowego	14	13,33	3	7,69	11	16,67
Cukrzyca	11	10,48	3	7,69	8	12,12
Choroby układu moczowego	8	7,61	4	10,26	4	6,06
Choroby nowotworowe	6	5,72	2	5,13	4	6,06
Choroby metaboliczne	5	4,77	1	2,56	4	6,06
Choroby narządu ruchu	4	3,81	2	5,13	2	3,03
Diagnostyka	2	1,91	1	2,56	1	1,52
Choroby układu krwiotwórczego	1	0,95	0	0,00	1	1,52

Dla realizacji celu pracy zastosowano polską wersję kwestionariusza WHOQOL Bref, który umożliwia zbadanie profilu jakości życia w zakresie czterech dziedzin: fizycznej, psychologicznej, relacji społecznych, środowiska. Składał się z 26 pytań, pierwsze dwa dotyczyły indywidualnego odbioru jakości życia i swojego zdrowia, pozostałe – stanowiły podskale tworzące poszczególne dziedziny. Surowe wyniki zostały opracowane zgodnie z zaleceniami autorów polskiej wersji narzędzia badawczego. Kwestionariusz był tak opracowany, aby mógł być wypełniony samodzielnie przez osobę odpowiadającą. Wszystkie pytania miały charakter zamknięty i posiadały pięciopunktową skalę odpowiedzi /4/.

W analizie statystycznej stosowano elementy statystyki opisowej. Zastosowano skalę punktową i obliczono częstość odpowiedzi na poszczególne pytania kwestionariusza. Różnice między grupami ocenione testem nieparametrycznym ρ -Spearmana. W celu obliczenia współczynników korelacji między poszczególnymi zmiennymi, zastosowano korelację tau-Kendalla. W przypadkach wymagających testowania hipotez przyjęto poziom istotności $p \leq 0,05$. Obliczenia wykonano przy użyciu pakietu statystycznego Statistica 6,0 wykorzystując moduły „statystyki podstawowe i tabele” oraz „statystyki nieparametryczne”.

WYNIKI BADAŃ I ICH ANALIZA

Średnia wieku badanych wyniosła $57,58 \pm 15,5$; najmłodsza osoba miała 22 lata, najstarsza 96. Grupy mężczyzn i kobiet nie różniły się między sobą ze względu na wiek.

W tabeli nr 4 przedstawiono ocenę jakości życia badanych pacjentów w aspekcie płci w odniesieniu do poszczególnych poskal kwestionariusza.

Tab.4. Ocena percepcji jakości życia a płeć badanych (1-bardzo niezadowolony, 2-niezadowolony, 3-ani niezadowolony ani zadowolony, 4-zadowolony, 5-bardzo zadowolony)

Podskale	N ważnych	Ogółem		Mężczyźni		Kobiety	
		średnia	SD	średnia	SD	średnia	SD
Wsparcie społeczne	105	3,85	0,81	3,82	0,76	3,86	0,84
Środowisko domowe	105	3,84	0,56	3,97	0,43	3,76	0,61
Związki osobiste	103	3,65	0,80	3,77	0,74	3,58	0,83
Mobilność	105	3,50	1,07	3,64	1,11	3,41	1,04
Samooocena	103	3,42	0,63	3,54	0,64	3,34	0,62
Wygląd zewnętrzny	105	3,39	0,96	3,54	1,10	3,30	0,86

Ból i dyskomfort	104	3,36	0,93	3,38	1,02	3,34	0,89
Ocena jakości swojego życia	105	3,34	0,77	3,33	0,77	3,35	0,77
Transport	105	3,31	0,95	3,28	1,12	3,33	0,85
Zdrowie i opieka zdrowotna: dostępność i jakość	104	3,26	0,85	3,18	0,77	3,30	0,89
Aktywność seksualna	95	3,21	0,91	3,24	1,00	3,19	0,85
Negatywne uczucia	105	3,17	0,75	3,26	0,79	3,12	0,73
Możliwość zdobywania nowych informacji i umiejętności	103	3,10	0,82	3,15	0,84	3,06	0,81
Wypoczynek i sen	105	3,08	0,99	3,28	1,00	2,95	0,97
Zależność od leków i leczenia	103	3,07	0,96	3,03	1,12	3,09	0,87
Czynności dnia codziennego	105	2,99	0,84	3,08	0,87	2,94	0,82
Wolność/ bezpieczeństwo fizyczne i psychiczne	105	2,90	0,70	2,90	0,79	2,91	0,65
Duchowość/religia/ osobista wiara	105	2,85	0,95	2,92	0,98	2,80	0,93
Środowisko fizyczne (zanieczyszczenie, hałas, ruch uliczny, klimat)	104	2,85	0,79	2,82	0,76	2,86	0,81
Zdolność do pracy	104	2,82	0,91	2,90	1,02	2,77	0,84
Zasoby finansowe	105	2,81	0,89	3,08	0,84	2,65	0,89
Energia i zmęczenie	105	2,80	1,02	3,05	1,10	2,65	0,95
Ocena stanu swojego zdrowia	105	2,73	0,82	2,79	0,95	2,70	0,74
Pozytywne uczucia	105	2,72	0,91	2,90	0,88	2,62	0,92
Myślenie/uczenie się /pamięć/koncentracja	103	2,57	0,74	2,61	0,68	2,55	0,77
Możliwości i uczestnictwo w rekreacji i wypoczynku	105	2,53	0,96	2,74	1,07	2,41	0,88

SD – odchylenie standardowe

Ogólna ocena jakości życia dokonana przez respondentów kształtuje się na poziomie średnim, tj. 3,34 + 0,77 (ani zadowolony, ani niezadowolony); natomiast stan zdrowia oceniają poniżej tej wartości (2,73 + 0,82). Najprawdopodobniej związane jest to z aktualną sytuacją życiową, tj. hospitalizacją – przyczyną pobytu w szpitalu dla około 98% pacjentów była choroba. Tylko jeden mężczyzna stwierdził, że jest bardzo zadowolony z jakości swojego życia. Najwyżej w grupie badanych – zarówno mężczyzn jak i kobiet oceniane jest wsparcie społeczne (odpowiednio 3,82+ 0,76 i 3,86+ 0,84). Ważnym aspektem są również związki osobiste oceniane przez badanych na poziomie 3,65+0,80. Fakt ten może być wykorzystany w planowaniu opieki pielęgniarstwa, tj. zaangażowanie rodziny i osób znaczących dla chorego do opieki nieprofesjonalnej nad pacjentem.

Najniżej uplasowały się w odczuciu subiektywnym badanych pacjentów możliwości i uczestnictwo w rekreacji i wypoczynku – ogółem 2,53 + 0,96. Dane te mogą wskazywać na konieczność podjęcia przez personel medyczny działań na rzecz organizacji czasu wolnego hospitalizowanych.

Również myślenie, uczenie się, pamięć, koncentracja oceniane są nisko przez respondentów - 2,57+0,74. Wiedza na ten temat ma istotne znaczenie w realizowaniu funkcji edukacyjnej pielęgniarstwa, w szczególności w prowadzeniu procesu edukacji.

Obecność pozytywnych uczuć w odbiorze badanych kształtuje się na poziomie 2,72+0,91; potwierdza to teorię na temat negatywnego wpływu hospitalizacji na badanych. Dlatego ważną wydaje się konieczność tworzenia i wprowadzania w praktykę standardów przyjęcia pacjentów do szpitala i oddziału. Za tą propozycją przemawia także niska ocena badanych na temat zdrowia i opieki zdrowotnej, jej dostępność i jakość, tj. 3,26+0,85.

Zgodnie z metodologią opracowania wyników globalnych oceny jakości życia podjęto działania w tym kierunku. Dane surowe pochodzące z oceny poszczególnych podskal zostały przekształcone i uzyskano wyniki w przedziale 4 – 20. Opinie badanych pacjentów przedstawia tabela nr 5.

Tab.5. Ocena percepcji jakości życia w poszczególnych dziedzinach a płeć badanych

Dziedziny	Nważnych	Ogółem		Mężczyźni		Kobiety	
		średnia	SD	średnia	SD	średnia	SD
Relacje społeczne	105	14,60	2,93	14,97	3,30	14,38	2,69
Środowisko	105	12,55	1,92	12,85	1,99	12,38	1,86
Dziedzina fizyczna	105	12,41	2,96	12,82	3,22	12,17	2,80
Dziedzina psychologiczna	105	12,07	2,36	12,56	2,67	11,77	2,12

Grupa badanych pacjentów najwyżej oceniła relacje społeczne: mężczyźni 14,97 + 3,30; kobiety 14,38 + 2,69; czyli: związki osobiste, wsparcie społeczne oraz aktywność seksualną. Natomiast najniżej w opinii badanych oceniona została dziedzina psychologiczna, szczególnie dla badanych kobiet – 11,77+2,12.

Przedmiotem badań była także ocena zależności między oceną globalnej jakości życia a płcią badanych. Wyniki bada przedstawia tabela nr 6.

Tab. 6. Korelacja oceny percepcji jakości życia a płeć badanych (1-bardzo niezadowolony, 2-niezadowolony, 3-ani niezadowolony ani zadowolony, 4-zadowolony, 5-bardzo zadowolony)

	Mężczyźni		Kobiety		Test U Manna-Whitney'a	
	średnia	SD	średnia	SD	z	p
Ocena jakości swojego życia	3,33	0,77	3,35	0,77	0,08	0,937
Ocena stanu swojego zdrowia	2,79	0,95	2,70	0,74	0,85	0,394
Dziedzina psychologiczna	12,56	2,67	11,77	2,12	2,12	0,034*
Dziedzina fizyczna	12,82	3,22	12,17	2,80	1,50	0,135
Środowisko	12,85	1,99	12,38	1,86	1,25	0,213
Relacje społeczna	14,97	3,30	14,38	2,69	0,47	0,636

* p < 0.05; ** p < 0.01; *** p < 0.001

Z przeprowadzonych badań wynika, że w badanej grupie mężczyzn i kobiet istotnie statystycznie różnica zachodzi w dziedzinie psychologicznej (z=2,12; p<0,05), dotyczącej wyglądu zewnętrznego, pozytywnych i negatywnych uczuć, samooceny, duchowości, myślenia i koncentracji. Najprawdopodobniej wynika to z naturalnych różnic w psychice kobiet i mężczyzn. Jeżeli byłoby to brane pod uwagę w planowaniu pracy pielęgniarskiej należałoby uwzględnić różne sposoby postępowania w zależności od płci pacjentów.

Badana grupa pacjentów hospitalizowanych szczególnie duże znaczenie w ocenie jakości życia przypisuje następującym zakresom: ból i dyskomfort (p<0,05), energia i zmęczenie (p<0,05), mobilność (p < 0,001), zdolność do pracy (p < 0,0001), związki osobiste (p<0,05), aktywność seksualna (p < 0,0001), środowisko domowe (p<0,05), transport (p < 0,01). Indywidualne podejście pielęgniarki do każdego pacjenta powinna uwzględniać znaczące elementy w codziennym życiu – badana grupa deklarowała, że szczególnie ważnymi dziedzinami jest: zdolność do pracy i aktywność seksualna.

Z przeprowadzonych badań wynika, że istnieje istotnie statystyczna zależność między wiekiem badanych a oceną dziedziny fizycznej, im mniejszy wiek tym percepcja tej sfery niższa (p Spearmana=-0,25; p<0,01). Również opinie kobiet na temat dziedziny fizycznej są podobne, oceniają jakość życia niż niż mężczyźni (p Spearmana=-0,28; p<0,05). Stwierdzono, że im osoby badane mają wyższe wykształcenie, tym ocena dziedziny psychologicznej (τ Kendalla =0,17; p<0,01), relacji społecznych (τ Kendalla =0,13; p<0,05), środowiska (τ Kendalla =0,19; p<0,01) jest wyższa.

Z przeprowadzonych badań wynika, że proces pielęgnowania powinien w sposób istotny być zróżnicowany ze względu na wiek, płeć, wykształcenie. Potwierdza to dane z literatury przedmiotu, tj. jakość życia zależy od podstawowych wskaźników demograficznych /2/.

W tabelach 7 i 8 przedstawiono korelację między oceną odpowiednio jakości swojego życia i oceną swojego zdrowia a percepcją poszczególnych dziedzin.

Tab. 7. Zależność oceny zadowolenia z jakości swojego życia a wartość w poszczególnych dziedzinach - współczynniki korelacji τ Kendalla

Dziedzina	N	τ Kendalla	z	p
Dziedzina fizyczna	105	0,34	5,12	0,0001***
Dziedzina psychologiczna	105	0,49	7,44	0,0001***
Relacje społeczna	105	0,29	4,46	0,0001***
Środowisko	105	0,30	4,58	0,0001***

Tab. 8. Zależność oceny zadowolenia ze swojego zdrowia a wartość w poszczególnych dziedzinach - współczynniki korelacji τ Kendalla

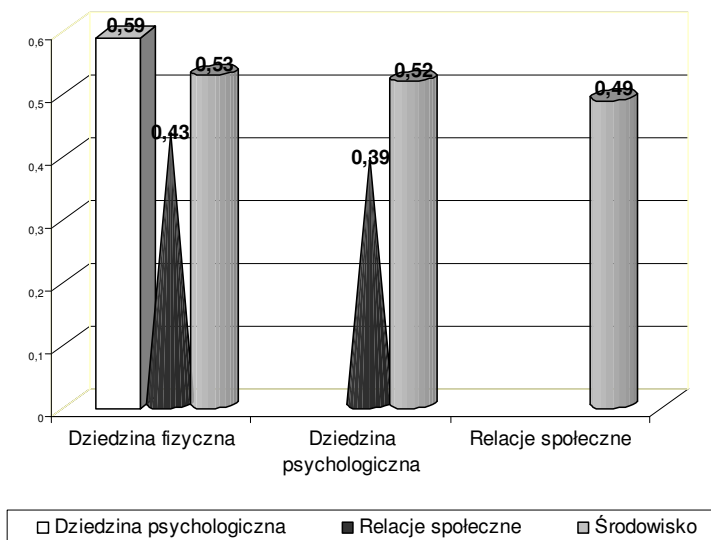
Dziedzina	N	Kendalla	z	p
Dziedzina fizyczna	105	0,56	8,40	0,0001***
Dziedzina psychologiczna	105	0,46	6,96	0,0001***
Relacje społeczna	105	0,22	3,31	0,001***
Środowisko	105	0,34	5,15	0,0001***

* p < 0.05; ** p < 0.01; *** p < 0.001

Z przeprowadzonych badań wynika, im ogólna ocena jakości życia jest wyższa tym wyżej oceniana jest dziedzina fizyczna, psychologiczna, relacje społeczne, środowisko. Istotnie statystycznie korelacja zachodzi również między percepcją zdrowia badanych a ich odbiorem poszczególnych dziedzin jakości życia im wyższa ocena zdrowia tym wyższa ocena dziedzin.

Przedmiotem badań była także ocena zależności między poszczególnymi dziedzinami (ryc.1).

Ryc.1. Korelacje między dziedzinami - Współczynniki korelacji Spearmana



Stwierdzono istotnie statystycznie zależność między wszystkimi sferami. Im wyżej odbierana jest dziedzina fizyczna tym wyżej oceniana dziedzina psychologiczna (wsp. Spearmana=0,59; $p<0,001$), relacje społeczne (wsp. Spearmana=0,43; $p<0,001$), środowisko (wsp. Spearmana=0,53; $p<0,001$). Im wyżej oceniana przez badanych dziedzina psychologiczna tym wyżej uplasowały się relacje społeczne (wsp. Spearmana=0,39; $p<0,001$) i środowisko (wsp. Spearmana=0,52; $p<0,001$). Im wyżej odbierane przez pacjentów były relacje społeczne tym wyżej oceniane było środowisko (wsp. Spearmana=0,49; $p<0,001$).

WNIOSKI

1. Badana grupa oceniła jakość życia na poziomie średnim, tj. $3,34 + 0,77$ (ani zadowolony, ani niezadowolony).
2. Przy ocenie jakości życia głównymi determinantami były: wiek, płeć, wykształcenie.
3. Wiedza na temat jakości życia pacjentów hospitalizowanych może w istotny sposób przyczynić się do podniesienia standardu opieki pielęgniarskiej nad chorymi.
4. Prowadzenie badań nad jakością życia pacjentów powinno stać się rutynową procedurą w planowaniu opieki pielęgniarskiej.

PIŚMIENNICTWO

1. Bishop G.D.: Psychologia zdrowia. Wydawnictwo Astrum. Wrocław 2000
2. Sierakowska M., Krajewska – Kułak E.: Jakość życia w chorobach przewlekłych – nowe spojrzenie na pacjenta i problemy zdrowotne w aspekcie subiektywnej oceny. Pielęgniarstwo XXI wieku, 2(7)/2004, 23-26
3. Tobiasz – Adamczyk B.: Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000, 233-251

4. Wołowicka L. (red.): Wybrane problemy metodologii badań związane ze stanem zdrowia. W: Wołowicka L.: Jakość życia w naukach medycznych. Akademia Medyczna w Poznaniu, Poznań 2001

STRESZCZENIE

W oparciu o polską wersję kwestionariusza WHOQOL Bref, przeprowadzono w oddziałach internistycznych szpitali w Tarnowie badania oceny jakości życia w zakresie dziedzin: fizycznej, psychologicznej, relacji społecznych, środowiska. Badaniami objęto grupę 105 osób hospitalizowanych w maju 2004 r. Celem badań było poznanie oceny jakości życia pacjentów oraz próba wykorzystania wniosków wynikających z badań do planowania opieki pielęgniarstwa nad pacjentem. Głównymi determinantami były: wiek, płeć, wykształcenie badanych. Badana grupa oceniła jakość życia na poziomie średnim, tj. $3,34 \pm 0,77$ (ani zadowolony, ani niezadowolony). Wykazano, że wiedza na temat jakości życia pacjentów hospitalizowanych może w istotny sposób przyczynić się do podniesienia standardu opieki pielęgniarstwa nad chorymi, a prowadzenie badań nad jakością życia pacjentów powinno stać się rutynową procedurą w planowaniu opieki pielęgniarstwa.

SUMMARY

According to the polish version of WHOQOL Bref pool, the examination of life quality circumstances evaluation in internal diseases department of hospitals in Tarnów took place. The quality of life was examined from the physical, psychological, social relation and environmental points of view. Examination took place on 105 patients hospitalized in May 2004. The aim of it was to know their evaluation of life circumstances and the attempt to use the conclusions in planning the nursing care on those units. Respondents evaluated their life circumstances on medium level $3,34 \pm 0,77$ (nor satisfied nor either). It has been proven that the knowledge about the life circumstances of hospitalized patients is essential to increase the standards of nursing care and conducting such examinations should become the routine part of nurse work planning.