

ZDROWIE I JEGO UWARUNKOWANIA

ROZDZIAŁ XXIII

Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego UM w Lublinie,
Chair and Department of Neurological Nursing Medical University of Lublin

ELŻBIETA PRZYCHODZKA, KRZYSZTOF TUROWSKI,
REGINA LORENCOWICZ, JÓZEF JASIK, JOLANTA CELEJ-SZUSTER

Ocena poziomu pielęgnowania świadczonego pacjentom po operacji kręgosłupa

Evaluation of the level of nursing care provided to patients after spine surgery

Słowa kluczowe: poziom pielęgnowania, dysfunkcja kręgosłupa

Keywords: level of nursing care, spine dysfunction

WSTĘP

Jakość opieki pielęgniarstwa jest określona jako prawidłowe wykonywanie usługi od początku do końca. W aspekcie filozoficznym jest to „pewien stopień doskonałości”. Jakość to jest to, co zadowala, a nawet zachwyca pacjenta, jest to sposób myślenia, który powoduje, że poszukuje się najlepszych rozwiązań świadczonych usług, to zgodność z przyjętymi standardami [19]. Nieodzownym elementem w procesie zapewniania i doskonalenia jakości opieki jest ocena realizowanych działań. Ocena jakości usług medycznych, w tym pielęgniarstwa jest szczególnie trudna do jednoznacznego określenia i zdefiniowania z uwagi na dużą złożoność procesu jej wytwarzania. Badania nad jakością są trudne do przeprowadzenia, wymagają od badacza wysokiego stopnia świadomości i umiejętności refleksyjnego myślenia [6]. Zdaniem Cornera, w badaniach dotyczących jakości powinno się być twórczym i nie traktować jakości i ilości jako wartości przeciwstawnych [7]. Ocena neurochirurgicznej opieki pielęgniarstwa powinna obejmować wszystkie obszary działań i wskazywać na te, które wymagają poprawy tak, aby jakość opieki była na najwyższym poziomie.

Głównym celem badań była próba oceny wybranych standardów pielęgnowania świadczonych pacjentom po operacji kręgosłupa.

MATERIAŁ I METODA

Praca przedstawia fragment badań dotyczących jakości świadczonych usług medycznych, prowadzonych w Klinice Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 4 w Lublinie. Do badań wykorzystano metody analizy i krytyki piśmiennictwa oraz sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem techniki ankiety, kwestionariusza własnej konstrukcji do zbadania danych socjodemograficznych oraz narzędzia kwestionariusza BOHIPSZO.

Arkusze Oceny Jakości Opieki – BOHIPSZO jest to metoda zawierająca 71 kryteriów podlegających ocenie autorstwa prof. dr hab. H. Lenartowicz. Nazwa metody pochodzi od pierwszych liter komponentów uznanych za istotne w pielęgnowaniu, które powinny być podstawą oceny: Bezpieczeństwo, Ochrona przed zakażeniami, Hotelowe usługi i zaspokojenie potrzeb, Informowanie, Podmiotowość pacjenta, Samopielęgnacja, Zabiegi leczniczo-pielęgnacyjne, Organizacja i dokumentowanie. Powyższe komponenty zaprojektowane w formie standardów tworzą spójną całość, tak aby mogły być mierzalne i oceniane. Do każdego ze standardów przypisano kryteria oceny, przedstawione w postaci deskryptowej (opisowej, wraz z charakterystyką stanów pożądaných i niepożądanych oraz pośrednich) i w określonej liczbie punktów. Poszczególne kryteria oszacowano w kilkupunktowej skali. Suma wszystkich kryteriów wynosiła 240 punktów (100%). Wartość punktową badający wpisuje do rubryk : „TAK”, „NIE” lub „NIE WYMAGA”, szacujących stopień realizacji określonego zadania przez pielęgniarkę w stosunku do poszczególnego pacjenta. Kolejnym etapem jest obliczanie całościowego współczynnika opieki pielęgniarskiej oraz współczynnika realizowania poszczególnych kryteriów zawartych w specjalnym arkuszu. Za pomocą tego arkusza porównano stan opieki realizowanej do poziomu opieki jaki pacjent powinien otrzymać. Określono zarówno ogólny współczynnik opieki jak i szczegółowe współczynniki dla poszczególnych kryteriów u danego pacjenta. W końcowym etapie badań obliczono współczynnik opieki dla poszczególnych kryteriów u całej badanej populacji. Wartość współczynnika określała zakres niedoborów w realizacji poszczególnych obszarów opieki pielęgniarskiej. Metodę pomocniczą arkusza stanowiła obserwacja uczestnicząca oraz analiza dokumentacji medycznej. Obserwację prowadzono w odniesieniu do opieki jaką świadczone badanemu pacjentowi według kryteriów zawartych w arkuszu BOHIPSZO, oceniających poszczególne standardy opieki pielęgniarskiej [21]. Badania miały charakter indywidualny i dotyczyły okresu pooperacyjnego. Osobami zbierającymi materiał badawczy byli autorzy niniejszej pracy. Ogółem badaniami objęto grupę 100 chorych leczonych operacyjnie z powodu dysfunkcji kręgosłupa przebywających w Klinice Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 4 w Lublinie. Przebadano 57 mężczyzn (57%) i 43 kobiety (43%). Średnia wieku w badanej grupie wynosiła 45,81 lat.

WYNIKI

OGÓLNA OCENA JAKOŚCI OPIEKI

Analizie poddano ocenę jakości opieki pielęgniarskiej w/g istotnych w pielęgniarstwie standardów, tj.: **I** Bezpieczeństwo chorego, **II** Ochrona przed zakażeniem, **III** Hotelowe usługi wraz z zaspokojeniem potrzeb egzystencjalnych, **IV** Informowanie, **V** Podmiotowość, **VI** Samopielęgnacja, **VII** Zabiegi leczniczo-pielęgnacyjne, **VIII** Organizowanie i dokumentowanie opieki pielęgniarskiej. Obliczono globalny współczynnik opieki pielęgniarskiej oraz oddzielnie współczynniki dla każdego Standardu opieki. Dokonano analizy danych, która pozwoliła na zidentyfikowanie mocnych i słabych stron pielęgnowania. Z przeprowadzonych badań wynika, że w szpitalu klinicznym ogólny współczynnik opieki pielęgniarskiej był wysoki i wyniósł 88,20% pożądanego stanu. Niedobór opieki ukształtował się na poziomie 11,80%. Stwierdzono najwyższy współczynnik opieki w zakresie realizacji Standardu: Zabiegi leczniczo-pielęgnacyjne (97,05%), Ochrona przed zakażeniami (96,87%) oraz Bezpieczeństwo chorego (94,63%). Nieco niżej lecz również na wysokim poziomie oceniono standardy Organizowanie i dokumentowanie opieki pielęgniarskiej (92,84%), Podmiotowość (84,60%) oraz Hotelowe usługi (82,62%). Natomiast najniższe wskaźniki opieki odnotowano w zakresie realizacji standardu Informowanie (79,41%) i Samopielęgnacja (77,58%), (tab. I).

Tabela I. Ocena standardów oraz całkowity współczynnik opieki

Standardy	Współczynnik opieki (%)
Bezpieczeństwo chorego	94,63
Ochrona przed zakażeniem	96,87
Hotelowe usługi wraz z zaspokojeniem potrzeb egzystencjalnych	82,62
Informowanie	79,41
Podmiotowość	84,60
Samopielęgnacja	77,58
Zabiegi leczniczo-pielęgnacyjne	97,05
Organizowanie i dokumentowanie opieki pielęgniarskiej	92,84
Całościowy współczynnik opieki	88,20

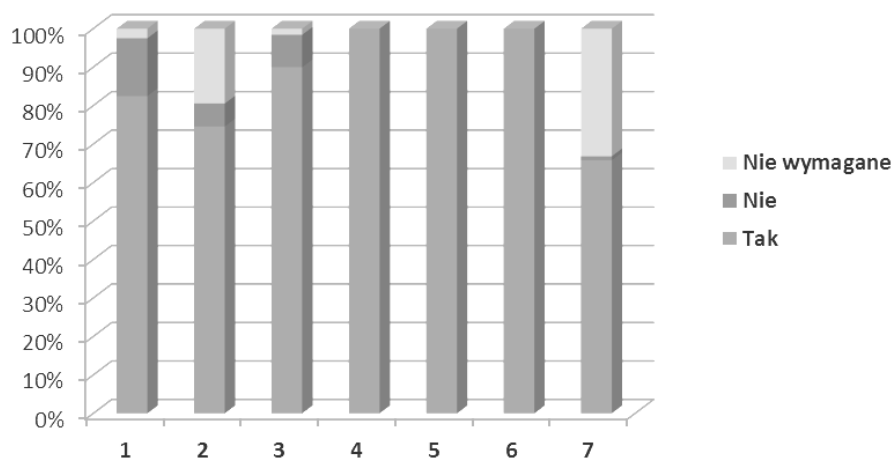
OCENA WYBRANYCH STANDARDÓW OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ

Standard I. Bezpieczeństwo pacjenta jest zapewnione

Zapewnienie poczucia bezpieczeństwa stanowi jeden z najistotniejszych elementów opieki pielęgniarskiej. Z przeprowadzonych badań wynika, że współczynnik opieki w zakresie standardu I jest wysoki, osiągnął on 94,63% pożądanego stanu. Niedobór opieki ukształtował się na poziomie 5,37%.

W ocenie stopnia realizacji standardu I stwierdzono, że ocena bezpieczeństwa chorego w 100% była spełniona w kryteriach takich jak: apteczka oddziałowa nie jest dostępna dla osób niepowołanych, leki i płyny infuzyjne są przechowywane w oryginalnych opakowaniach i na wyznaczonym miejscu, środki dezynfekcyjne i inne chemikalia nie są dostępne dla pacjentów (kryt.4), kryteria dotyczące czynności w przypadku pożaru i sposobu ewakuacji chorych (kryt.6) oraz wzywania zespołu reanimacyjnego i postępowania w stanach nagłych (kryt.5).

Badania wykazały jednak, że nie zawsze (kryt. 1) instalacja była sprawna, a pacjent nie zawsze został pouczony o bezpiecznym zachowaniu (83,00%). Pomieszczenia (sala chorych, pokój zabiegowy, korytarz i inne) były uporządkowane, w nocy właściwie oświetlone, podłogi suche, właściwie sprzątnięte w 75,00% (kryt.2). Uzyskane wyniki ilustruje tabela II i rycina 1.



Ryc.1. Ocena składowych standardu i (bezpieczeństwo chorego)

Tabela II. Ocena składowych standardu I (Bezpieczeństwo chorego)

	KRYTERIA	Tak	Nie	Nie wymagane
1	Instalacja: - elektryczna, - gazowa, - tlenowa, - aparatura, nie zagrażają choremu; - pacjent został pouczony o bezpiecznym zachowaniu, - rozmieszczone są napisy ostrzegające	83,00%	15,00%	2,00%
2	Pomieszczenia (sala chorych, pokój zabiegowy, korytarz i inne) są: - uporządkowane, - w nocy właściwie oświetlone, - podłogi suche, właściwe sprzątnięcie, - łóżka zabezpieczone bocznymi ściankami bądź innym sposobem, - okna i drzwi zabezpieczone, jeśli jest taka potrzeba	75,00%	6,00%	19,00%
3	Sprawna sygnalizacja znajduje się w zasięgu ręki chorego w: - sali, - łazience, - w.c., - odpowiednie uchwyty i poręcze są zamocowane, - wózek i łóżko posiadają sprawne hamulce	90,00%	8,40%	1,60%
4	Apteczka oddziałowa nie jest dostępna dla osób niepowołanych. Leki i płyny infuzyjne są przechowywane w oryginalnych opakowaniach i na wyznaczonym miejscu. Środki dezynfekcyjne i inne chemikalia nie są dostępne dla pacjentów.	100,00%	0,00%	0,00%
5	Standardy wzywania zespołu reanimacyjnego i postępowania w stanach nagłych są opracowane i znane pielęgniarkom. Odpowiedni sprzęt i środki farmakologiczne są przygotowane	100,00%	0,00%	0,00%
6	Tok czynności w przypadku pożaru i sposób ewakuacji chorych jest znany pielęgniarkom i personelowi pomocniczemu. - Sprzęt przeciwpożarowy jest umieszczony na właściwym miejscu	100,00%	0,00%	0,00%

	KRYTERIA	Tak	Nie	Nie wymagane
7	Pacjent ma założoną bransoletkę identyfikacyjną. Na frontowej stronie jego dokumentacji pielęgniarskiej jest informacja, na jakie środki jest uczulony. Na łóżku umieszczone jest jego nazwisko i imię	66,00%	1,00%	33,00%
Współczynnik opieki=94,63%				

STANDARD II. PACJENT JEST CHRONIONY PRZED ZAKAŻENIAMI

Z przeprowadzonych badań wynika, że współczynnik opieki w standardzie II jest bardzo wysoki osiągnął 96,87% pożądanego stanu. Niedobór opieki wyniósł tylko 3,13%. W 100% przypadków narzędzia są jednorazowe bądź sterylizowane zgodnie z zasadami, jałowość jest kontrolowana regularnie, okresy ważności przestrzegane (kryt.9) oraz odkażanie jest zgodne z ustalonymi zasadami (kryt.10). W maksymalnym stopniu kryterium 13 NIE BYŁO WYMAGANE, ponieważ żaden z pacjentów poddanych ocenie nie spełniał założenia, iż jest zakażony lub zakaźnie chory. W 98,67% przypadków stwierdzono, że tok postępowania z czystą i brudną bielizną, naczyniami, odpadkami kuchennymi, zużytym materiałem opatrunkowym i sprzętem jednorazowym itp. jest prawidłowy (kryt.11) Pielęgniarki postępowaly aseptycznie przy wykonywaniu bądź asystowaniu w czasie wszystkich zabiegów wymagających jałowości w 99,00% (kryt.8). Z badań wynika, że pielęgniarstwo jest reprezentowane w Komitecie ds. Zakażeń Wewnątrzszpitalnych, natomiast 7,67% pielęgniarek nie zna wskaźnika zakażeń wewnątrzszpitalnych (kryt.15). Przeprowadzone badania wykazały, że pomieszczenia oddziału nie są dezynfekowane zgodnie z zasadami i często wietrzone w 14% pożądanego stanu (kryt.12). Uzyskane wyniki ilustruje tabela III i rycina 2.

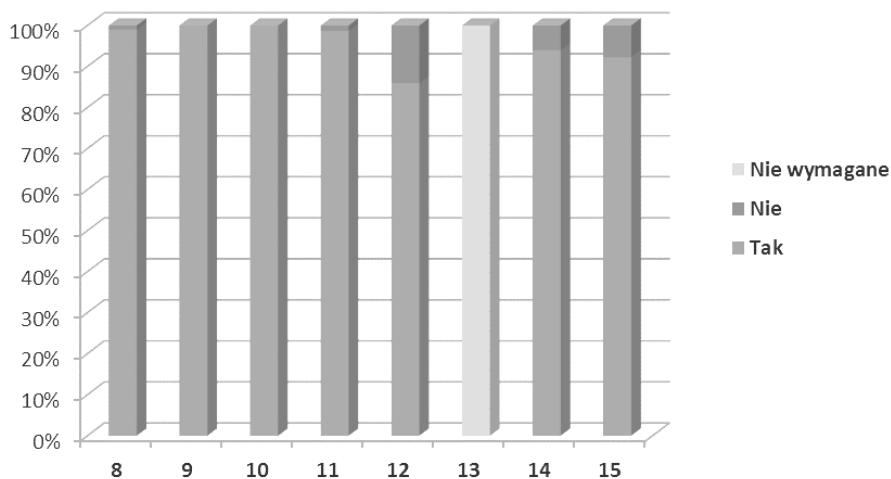
Tabela III. Ocena poszczególnych składowych standardu II

	PYTANIA	Tak	Nie	Nie wymagane
8	Pielęgniarka postępuje aseptycznie przy wykonywaniu bądź asystowaniu w czasie wszystkich zabiegów wymagających jałowości.	99,00%	1,00%	0,00%
9	Narzędzia są jednorazowe bądź sterylizowane zgodnie z zasadami. Jałowość jest kontrolowana regularnie, okresy ważności przestrzegane.	100,00%	0,00%	0,00%
10	Odkazane zgodnie z ustalonymi zasadami są: - aparatura medyczna, np. inkubatory, respiratory, maski tlenowe, itd. - sprzęt sanitarny, np. baseny, kaczki, miski, stojaki do kroplówek, budki grzewcze, - meble, łóżka z materacami, szafki.	100,00%	0,00%	0,00%

Elżbieta Przychodzka, Krzysztof Turowski, Regina Lorencowicz, Józef Jasik,
Jolanta Celej-Szuster

Ocena poziomu pielęgnowania świadczonego pacjentom po operacji kręgosłupa

11	Tok postępowania z: - czystą i brudną bielizną, - naczyniami, odpadkami kuchennymi, - zużytym materiałem opatrunkowym i sprzętem jednorazowymi, itp.	98,67%	1,33%	0,00%
12	Pomieszczenia oddziału są dezynfekowane zgodnie za zasadami i często wietrzone.	86,00%	14,00%	0,00%
13	Pacjent potencjalnie zakażony i zakaźnie chory jest izolowany zgodnie z reżimem sanitarnym. Użyty sprzęt, bielizna, inny materiał jest właściwie niszczone, przemieszczany, dezynfekowany, sterylizowany.	0,00%	0,00%	100,00%
14	Pielęgniarki i podległy im personel: - myją ręce po każdej czynności, - wykorzystują inne środki ochrony (rękawiczki, fartuchy...) adekwatnie do sytuacji.	94,00%	6,00%	0,00%
15	Aktualne karty zdrowia mają wszystkie pielęgniarki i cały pomocniczy personel. Pielęgniarstwo jest reprezentowane w Komitecie ds. Zakażeń Wewnątrzszpitalnych. Pielęgniarki znają wskaźnik zakażeń wewnątrz szpitala, w którym pracują.	92,33%	7,67%	0,00%
Współczynnik opieki=96,87%				



Ryc. 2. Ocena składowych standardu II (Ochrona przed zakażeniem)

**STANDARD III. WARUNKI HOTELOWE POBYTU SĄ DOBRE,
POTRZEBY EGZYSTENCJALNE ZASPOKOJONE**

Wartość opieki pielęgniarskiej w tym Standardzie ukształtowała się na dość wysokim poziomie, wyliczony współczynnik opieki osiągnął 82,62% pożądanego stanu. Niedobór opieki stanowi 17,38%.

Badania wykazały w 100%, że pacjenci mogli korzystać z własnej odzieży, o ile nie było wyraźnych przeciwwskazań (kryt.19). Szafka przyłóżkowa, parawan, zasłony, podłoga były czyste w 82,50% (kryt.17). Również w 82,50% pacjent mógł regulować radio, TV i światło przy łóżku, szafka i stolik przyłóżkowy były w zasięgu ręki chorego (kryt 21).

Z badań wynika, że pacjenci tylko w 25,50% mieli zapewnioną wygodną i właściwą pozycję oraz ciszę i spokój sprzyjający wypoczynkowi w ciągu dnia i nocy. Pacjenci byli budzeni rano przed godziną szóstą do mierzenia temperatury i zabiegów pielęgnacyjno – leczniczych (kryt.20). Niedobór opieki w tym kryterium jest bardzo wysoki i wynosi 74,50%.

Badania wykazały, że w większości pacjenci (81%) nie wymagali pomocy pielęgniarki przy pojeniu i karmieniu (kryt.24), jak również w 71,00% przypadków nie było wymagane, aby rzeczy pacjenta były odpowiednio przechowywane (kryt.26). Otrzymane wyniki przedstawia tabela IV i rycina 3.

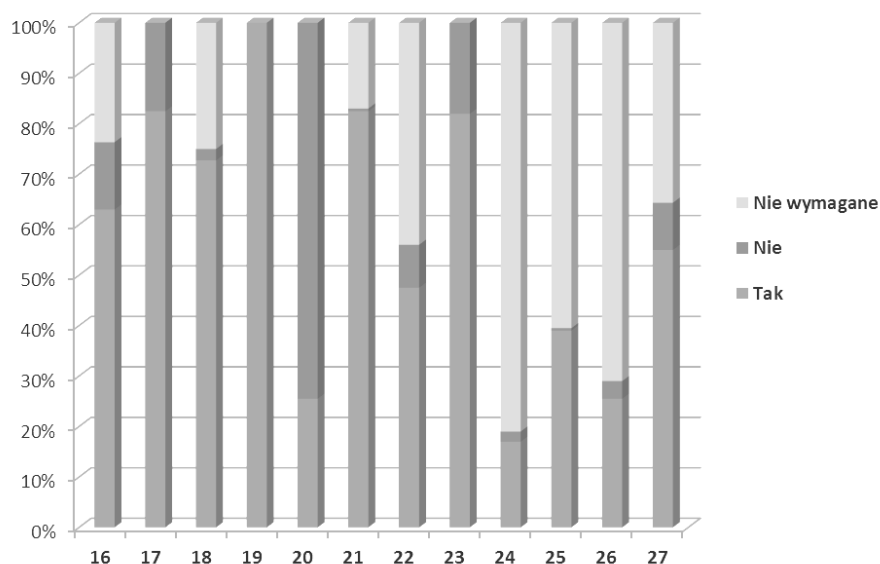
Tabela IV. Ocena składowych standardu III (Hotelowe usługi wraz z zaspokojeniem potrzeb egzystencjalnych)

KRYTERIA		Tak	Nie	Nie wymagane
16	Pokój pacjenta jest odpowiednio przestronny i umeblowany. Pacjent otrzymał pomoc w utrzymaniu temperatury ciała (ogrzewanie/oziębienie). Łazienka, w.c. są czyste.	63,00%	13,33%	23,67%
17	Łóżko jest wygodne i czyste. Szafka przyłóżkowa, parawan, zasłony, podłoga są czyste.	82,50%	17,50%	0,00%
18	Ciało pacjenta (skóra, śluzówki, zęby, włosy, paznokcie) jest czysta. Bielizna osobista, pościel, ręczniki są czyste. Pacjent mężczyzna jest ogolony, kobieta – uczesana. Środki higieny osobistej, np. mydło, pasta do zębów, grzebień oraz pantofle w razie potrzeby są zapewnione przez oddział.	72,75%	2,25%	25,00%
19	Pacjent może korzystać z własnej odzieży, o ile nie ma wyraźnych przeciwwskazań.	100,00%	0,00%	0,00%

Elżbieta Przychodzka, Krzysztof Turowski, Regina Lorencowicz, Józef Jasik,
Jolanta Celej-Szuster

Ocena poziomu pielęgnowania świadczonego pacjentom po operacji kręgosłupa

KRYTERIA		Tak	Nie	Nie wymagane
20	Pacjent ma zapewnioną wygodną i właściwą pozycję oraz ciszę i spokój sprzyjający wypoczynkowi w ciągu dnia i nocy. Pacjent nie jest budzony rano do mycia, mierzenia temperatury i innych zabiegów.	25,50%	74,50%	0,00%
21	Pacjent leżący może regulować radio, tv, oświetlenie przy łóżku. Szafka i stolik przyłóżkowy oraz inne wyposażenie osobiste jest w zasięgu ręki chorego.	82,50%	0,50%	17,00%
22	Pacjentowi udzielono pomocy przy uruchomieniu bądź ograniczeniu ruchu. Pacjent może korzystać z laski, podpórki spacerowej, wózka. Zalecane ćwiczenia wykonywane są odpowiednio często przez samego pacjenta. Ćwiczenia wykonywane z pomocą pielęgniarki.	47,50%	8,50%	44,00%
23	Pacjent otrzymuje posiłki wg zleconej diety, o właściwej temperaturze. Posiłki podawane o odpowiedniej porze. Naczynia, sztucze są estetyczne, czyste i należyście przechowywane.	82,00%	18,00%	0,00%
24	Pacjent jest pojony i karmiony przez pielęgniarkę bez pośpiechu, w spokojnej atmosferze.	17,00%	2,00%	81,00%
25	Pacjent był zachęcany do przyjmowania bądź ograniczania płynów i pokarmów. Pacjent uzyskał pomoc w przypadku nudności i wymiotów.	39,00%	0,50%	60,50%
26	Odpowiednio są przechowywane: - prywatne, wartościowe rzeczy, żywność pacjenta.	25,50%	3,50%	71,00%
27	Pacjent otrzymał basen/kaczkę zaraz po poproszeniu. Naczynie zostało odebrane bez ponownego proszenia o zabranie. Wypróżnienia i oddawanie moczu jest odnotowywane i regulowane	55,00%	9,33%	35,67%
Współczynnik opieki=82,62%				



Ryc. 3. Ocena składowych standardu III (Hotelowe usługi wraz z zaspokojeniem potrzeb egzystencjalnych)

STANDARD IV. PACJENT JEST POINFORMOWANY W STOPNIU ZGODNYM Z JEGO ŻYCZENIEM

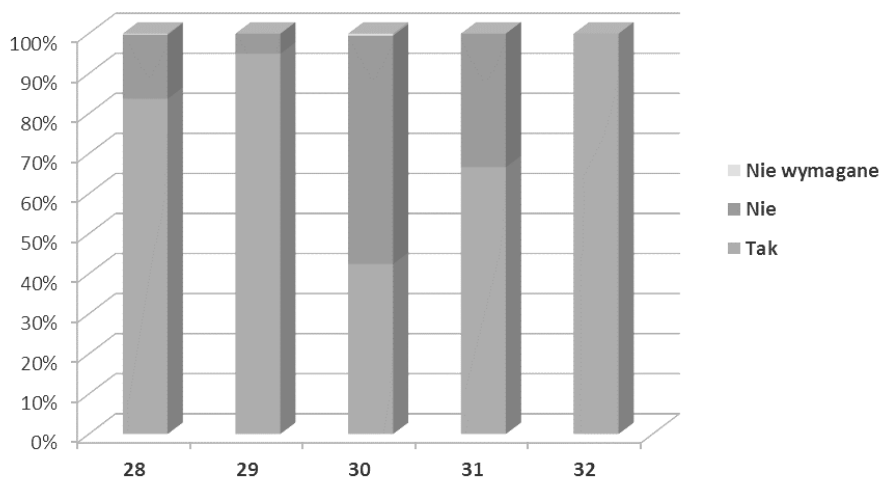
Niższy poziom jakości opieki niż w poprzednich standardach uzyskano w standardzie dotyczącym informowania pacjentów. Współczynnik opieki osiągnął jedynie 79,41%, a wartość niedoboru opieki w tym standardzie wyniosła 20,59%.

Z badań wynika, że w 100% była zapewniona poufność uzyskanej informacji w czasie kontaktów pacjent- pielęgniarka (kryt.32). Stwierdzono, że 95% pacjentów było zapoznawanych z rozkładem pomieszczeń w oddziale, udogodnieniami dla chorych w oddziale i w szpitalu, zwyczajami, rozkładem dnia, z chorymi z tej samej sali (kryt.29). Badania wykazały, iż w 57% pacjentów nie zna nazwiska lekarza leczącego, pielęgniarki oddziałowej i pielęgniarki odpowiedzialnej za jego pielęgnację. W oddziale nie panuje zwyczaj przedstawiania się chorym, z podaniem funkcji (kryt.30).

Przeprowadzone badania wykazały, że często nie spełnionymi kryteriami tego standardu było; pacjent w przystępny sposób jest zapoznany ze stanem zdrowia, otrzymuje na bieżąco informacje o wszystkim co ma być przy nim wykonane, ma zapewniony wgląd do dokumentacji pielęgnowania (kryt.31). Niedobór opieki w zakresie tego kryterium wynosi 33,33%. Szczegółowe wyniki badań przedstawia tabela V i rycina 4.

Tabela V. Ocena poszczególnych składowych standardu IV (Informowanie)

KRYTERIA		Tak	Nie	Nie wymagane
28	Pacjent ma dostęp do informacji o rodzajach, zakresach, warunkach świadczonej opieki przez szpital/zakład. Poinformowany jest o wszystkich przysługujących mu prawach. Zapoznany z tokiem składania skarg i informacji. Informator i pisemny zestaw jego praw jest dostępny.	83,75%	16,00%	0,25%
29	Pacjent został zapoznany z: - rozkładem pomieszczeń w oddziale, udogodnieniami dla chorych w oddziale i szpitalu, - zwyczajami, rozkładem dnia, z chorymi z tej samej sali.	95,00%	5,00%	0,00%
30	Pacjent zna osobę i nazwisko lekarza leczącego, pielęgniarki oddziałowej i pielęgniarki odpowiedzialnej za jego pielęgnację. W oddziale panuje zwyczaj przedstawiania się chorym, z podaniem funkcji.	42,50%	57,00%	0,50%
31	Pacjent w przystępny sposób jest zapoznany ze stanem zdrowia – choroby warunkującym zakres pielęgnowania. Otrzymuje na bieżąco informacje o wszystkim, co ma być przy nim wykonywane i dlaczego. Ma zapewniony wgląd do dokumentacji pielęgnowania, domaga się jej uzupełnienia, jeśli jest niekompletna lub skorygowana, jeśli jest niedokładna.	66,67%	33,33%	0,00%
32	Poufność uzyskanej informacji w czasie kontaktów pacjent – pielęgniarka i pozyskanej z innych źródeł jest zachowana.	100,00%	0,00%	0,00%
Współczynnik opieki=79,41%				



Ryc. 4. Ocena poszczególnych składowych standardu IV (Informowanie)

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Badania przeprowadzone na potrzeby niniejszej pracy pozwoliły na ocenę ogólnego współczynnika opieki pielęgniarskiej oraz standardów: **I** Bezpieczeństwo chorego, **II** Ochrona przed zakażeniem, **III** Hotelowe usługi wraz z zaspokojeniem potrzeb egzystencjalnych, **IV** Informowanie. Za pomocą tej metody można w sposób wymierny przedstawić poziom opieki oczekiwanej, realizowanej oraz ustalić obszary deficytu opieki pielęgniarskiej [21]. Jak wskazuje metoda BO-HIPSO, jakość opieki pielęgniarskiej to nie tylko sam akt pielęgnacyjny, to również organizowanie opieki pielęgniarskiej powiązane z zarządzaniem i nadzorowaniem prowadzonych działań.

Wyniki badań własnych wskazują na dość wysoki ogólny poziom świadczeń pielęgniarskich. Globalny współczynnik opieki pielęgniarskiej odnoszący się do wszystkich standardów osiągnął 88,20% pożądanego stanu.

Analiza materiału badawczego wykazała na różny stopień świadczonej opieki w ocenianych obszarach. Najwyższy współczynnik opieki stwierdzono w zakresie standardu Ochrona przed zakażeniami (96,87%) oraz Bezpieczeństwo chorego (94,63%). Natomiast największy deficyt opieki odnotowano w zakresie kryteriów związanych z Informowaniem (79,41%).

Bezpieczeństwo pacjenta obejmuje działania o szerokim zakresie i jest priorytetem w jakości opieki zdrowotnej a zarazem ważnym elementem jakości opieki pielęgniarskiej [9, 21, 25]. Analiza materiału badawczego wykazała wysoki odsetek wskaźnika opieki w zakresie standardu Bezpieczeństwo pacjenta jest zapewnione. kształtował się on na poziomie 94,63% stanu pożądanego. To bardzo ważne, aby pacjenci mieli zapewnione poczucie bezpieczeństwa w stopniu przez nich oczeki-

wanym. Stwierdzono jednak nieprawidłowości odnośnie pouczania pacjentów o bezpiecznym zachowaniu oraz umieszczania napisów ostrzegawczych. Uchybienia w tym zakresie osiągnęły wielkość 15%. Podobne wskaźniki otrzymała Sierpińska i wsp. wartość nieprawidłowości wynosił 11,54% w szpitalach z certyfikatem jakości oraz 19,29% w szpitalach bez certyfikatu [26].

W badaniach Sierpińskiej i wsp. stwierdzono uchybienia w zakresie bezpiecznych warunków w pomieszczeniach szpitala wielkości 6,5% w szpitalach z certyfikatem jakości oraz 19,1% w szpitalach bez świadectwa jakości [25].

Kryteria zawarte w tym standardzie mogą nasuwać wątpliwości, czy mieszczą się w zakresie działań pielęgniarzkich. Według Akin pielęgniarki są rozgoryczone, że ich opieka jest oceniana przez pryzmat środowiska [1]. Autorka metody BO-HIPSCO uzasadnia, że każda pielęgniarka ma moralną powinność zapewnienia pacjentowi bezpieczeństwa pomimo, że pewne działania nie zależą od niej bezpośrednio. Press zauważa, że to często najmniejsza rzecz np. brudna podłoga ma wpływ na ocenę jakości opieki. Zdaniem autora oczywiście najważniejsza jest opieka nad pacjentem, nie oznacza to jednak, że inne aspekty hospitalizacji nie powinny być oceniane [24].

Doniesienia w piśmiennictwie przedmiotu, prezentowane przez Gwizdak, wskazują na zachowanie czystości pomieszczeń i przestrzegania procedur epidemiologicznych przez personel szpitala jako element zapewniający bezpieczeństwo pacjenta [14].

Bezpieczeństwo pacjenta podczas hospitalizacji jest ważnym elementem jakości opieki pielęgniarzkiej. Analiza literatury przedstawia, że możliwe jest zapobieganie aż 42% zdarzeń niepożądanych mogących wystąpić w placówkach ochrony zdrowia [8, 26]. W kilku badaniach przeprowadzonych w amerykańskich szpitalach autorzy zidentyfikowali związek między jakością opieki pielęgniarzkiej i zdarzeniami niepożądane. Badacze sugerują, że należy zwrócić szczególną uwagę na optymalizację dostarczenia opieki pacjentowi a zmniejszyć się występowanie zdarzeń niepożądanych [10, 22]. Amerykański Instytut Medyczny, Stowarzyszenie Pielęgniarek Amerykańskich i inni badacze wskazują, że wiele niepożądanych implikacji wynika ze zmniejszonej obsady pielęgniarzkiej [3, 201, 17, 18, 20].

Błędów postępowania medycznego nie można całkowicie wyeliminować, jedynie zredukować. Takie zaniedbania wynikają nie tylko z „czynnika ludzkiego”, ale również niewłaściwego finansowania, zarządzania oraz organizacji [9].

Badania własne potwierdziły istnienie pewne deficytów w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa pacjentowi. Hupcey opisał poczucie bezpieczeństwa jako zmiennej bazowej w zakresie potrzeb psychospołecznych pacjentów [15]. Należałoby dążyć do podwyższenia jakości opieki w zakresie tego standardu, ponieważ pacjent po operacji kręgosłupa bardzo potrzebuje poczucia bezpieczeństwa. W celu poprawy bezpieczeństwa pacjenta wskazane jest opracowanie systemu przekazywania danych o zdarzeniach zagrażających bezpieczeństwu pacjentów.

Kolejnym ważnym standardem w opiece pielęgniarzkiej jest Ochrona przed zakażeniem. Świadczenia zapobiegające zakażeniom należą do kluczowych działań

pielęgniarskich realizowanych wobec pacjenta zwłaszcza w oddziałach zabiegowych.

Uzyskane wyniki badań własnych wskazują na wysoką jakość realizowanych w tym standardzie działań, wskaźnik opieki osiągnął wartość 96,87% pożądanego stanu. Na podstawie danych z badań własnych można stwierdzić, że mocną stroną opieki w zakresie ochrony pacjenta przed zakażeniami jest: przestrzeganie przez pielęgniarki zasad aseptyki (100% , 99%), kontrola jałowości (100%), odkażanie aparatury medycznej, sprzętu, mebli (100%, 93%).

W badaniach przeprowadzonych przez Ślusarza i wsp. w oddziale neurochirurgii wskaźnik opieki był równie wysoki (96,3%) [27]. Analiza materiału badawczego w niniejszej pracy wykazała niewielkie zaniedbania w zakresie przestrzegania zasad dezynfekcji i wietrzenia pomieszczeń oddziału, zarejestrowano 14% przypadków niezgodności.

Według Gaweł i wsp. dezynfekowanie oddziału i częste wietrzenie pomieszczeń jest mocną stroną opieki pielęgniarskiej w badanych szpitalach (88,3% pożądanego stanu) co potwierdzają badania własne [12].

Wyniki uzyskane wykazały niewielki deficyt (7,67%) wiedzy w zakresie znajomości przez pielęgniarki zagadnień związanych ze wskaźnikiem zakażeń wewnątrz oddziału i sytuacją epidemiologiczną szpitala. Według Gaweł i wsp. 13,7% pielęgniarek nie zna sytuacji epidemiologicznej szpitala, w którym pracuje [12].

Literatura przedmiotu wskazuje na ogromny wpływ mycia i dezynfekcji rąk, stosowania rękawic oraz fartuchów ochronnych w zapobieganiu zakażeniom. Z badań własnych wynika, iż uchybienia w zakresie tego kryterium są niewielkie i sięgają wartości 6% .

Standard określający Hotelowe usługi wraz z zaspokojeniem potrzeb egzystencjalnych jest ważnym elementem mającym wpływ na jakość opieki wobec pacjenta zwłaszcza po zabiegu operacyjnym. Pacjenci nie powinni doznawać nieprzyjemnych dolegliwości wynikających z warunków hotelowych czy też niezaspokojonych potrzeb egzystencjonalnych. Analiza materiału badawczego wykazała, że ogólny współczynnik opieki w zakresie tego standardu wynosi 82,62%. Największe nieprawidłowości dotyczą zbyt wczesnego budzenia chorych do pomiarów temperatury oraz toalety porannej, wygodnej i właściwej pozycji oraz brak ciszy i spokoju sprzyjającemu wypoczynkowi w ciągu dnia i nocy. Uchybienia w tym zakresie osiągnęły wielkość 74,5% Wyniki badań własnych są zbieżne z wynikami uzyskanymi przez Gaweł i wsp.[13]. Na nieco odmienne wyniki wskazują badania Wyrzykowskiej, gdzie warunki sprzyjające wypoczynkowi pacjentów uzyskiwały wysokie oceny (84%) [30].

Rytm pracy w oddziale, duże natężenie interwencji nie zabezpiecza odpowiednich warunków odpoczynku. Pielęgniarki muszą racjonować opiekę, być może w sposób który ma wpływ na poczucie komfortu przez pacjenta [22]. Wyniki badań własnych wykazały również deficyt opieki w odniesieniu do zapewnienia pacjentom sal spełniających ich oczekiwania oraz czystości pomieszczeń sanitarnych. Sale chorych nie zawsze są przestronne i dobrze umeblowane w 13,33%. W zbliżonym odsetku odnotowano deficyt w zakresie czystości i estetyki pomieszczeń węzłów sanitarnych. Uzyskane wyniki zależne są od warunków lokalowych szpitala min. sal wieloosobowych. Smolińska i wsp. potwierdzają pozytywną ocenę (70%) bezpo-

średniego otoczenia chorych w klinice neurochirurgii w zakresie czystości i estetyki oddziału [5].

Badania przeprowadzone przez Wasilewskiego wykazały, że warunki lokalowe oraz pomieszczenia sanitarne spełniają oczekiwania pacjentów [29]. Natomiast Gawęł i wsp., wskazują w swoich badaniach na wysoki odsetek (40%) uchybień w zakresie czystości i estetyki pomieszczeń sanitarnych zwłaszcza toalet i łazienek w badanych szpitalach [13]. Według Ślusarza i wsp. tylko w 37% oddział jest miejscem czystym i bezpiecznym dla pacjenta [27].

Kolejnym standardem, wskazanym w piśmiennictwie przedmiotu, zapewniającym jakość opieki pielęgniarzkiej jest Informowanie pacjentów w stopniu zgodnym z jego oczekiwaniami. Personel pielęgniarzki jest zobligowany do udzielania informacji dotyczących stosowanych procedur, wykonywanych czynności i zachowania po zabiegu operacyjnym [11, 23]. Duże znaczenie przypisuje się w piśmiennictwie przedmiotu stylowi komunikacji z pacjentem, zwracając szczególną uwagę na społeczne i emocjonalne aspekty funkcjonowania osoby chorej. Natomiast jak wynika z badań własnych, poziom informowania pacjenta jest niezadawalający. Świadczy o tym ogólny współczynnik opieki, który w zakresie tego standardu wyniósł 79,41%, i należy do najniższych wskaźników opieki. Wartość niedoboru opieki w tym standardzie wyniosła aż 20,59%. Największe uchybienia dotyczą braku znajomości przez pacjentów nazwiska lekarza leczącego, pielęgniarki oddziałowej i pielęgniarki odpowiedzialnej za jego pielęgnację. W szpitalu nie zawsze panuje zwyczaj przedstawiania się chorym z podaniem funkcji. Anonimowość w procesie opieki utrudnia nawiązanie poprawnych relacji interpersonalnych, nie sprzyja kształtowaniu zachowań prozdrowotnych.

Podobne wyniki do badań własnych uzyskała Gawęł i wsp., wskaźnik tego standardu wyniósł 61,5%, natomiast tylko 31,7% pacjentów znało nazwiska i osoby zajmującej się jego opieką [12]. Pielęgniarki przywiązują za małą wagę do zapoznania pacjenta z osobami sprawującymi nad nim opiekę. Badania zespołu Gawęł, Twarduś, Klin-Dabrowska dowodzą, że 1/4 pielęgniarek nie informuje chorego kto jest odpowiedzialny za leczenie oraz kto pełni funkcję pielęgniarki oddziałowej [13].

W badaniach własnych dowiedziono również, że pacjenci mieli ograniczony dostęp do informacji o rodzajach, zakresach i warunkach świadczonej przez szpital opieki oraz sposobu składania skarg i interwencji. Jedna czwarta pacjentów nie była informowana na bieżąco o wszystkich wykonywanych czynnościach i miała ograniczony wgląd do dokumentacji pielęgnowania. Pacjent ma prawo wglądu do dotyczącej go dokumentacji medycznej prowadzonej przez zakład opieki zdrowotnej [28].

Zbliżone wyniki uzyskała Gawęł i wsp., w ocenie autorki tylko 68% pielęgniarek udzieliło pacjentowi informacji o stanie zdrowia w sposób zrozumiały i w zakresie niezbędnym do sprawowania opieki pielęgniarzkiej [13]. Według innych badań 1/4 pacjentów nie ma wglądu do dokumentacji pielęgnowania oraz nie zna sposobu składania skarg i interwencji (14,6%) [12]. Anczewska i wsp. dowiedli w swoich badaniach, że wysoki odsetek pacjentów nie jest zapoznawany z przysługującymi im prawami, regulaminami i trybem składania wniosków i skarg [2]. W swoich badaniach Bączyk

wsp., Jaracz i wsp. wykazali wysoki odsetek pielęgniarek świadczących niski poziom opieki w zakresie komunikowania [4, 16].

Informacje dla pacjenta są bardzo istotnym elementem mającym wpływ na podejmowane decyzje dotyczące zdrowia, dlatego powinny być przekazywane w sposób przystępny, wyczerpujący i dostosowany do poziomu rozumienia pacjenta. Każdy pacjent ma prawo do informacji, trudno jest bowiem podjąć właściwą decyzję nie mając odpowiedniej informacji. Pacjenci domagają się jasnych informacji i chcą uczestniczyć w procesach decyzyjnych. Zobowiązuje to do większej odpowiedzialności i rzetelności w wykonywaniu obowiązków zawodowych [13].

WNIOSKI

1. Opieka pielęgniarska świadczona pacjentom po operacji kręgosłupa skoncentrowana była głównie na ochronie przed zakażeniami i zapewnieniu bezpieczeństwa chorym, zaś w mniejszym stopniu dotyczyła działań związanych z informowaniem pacjentów w stopniu zgodnym z jego oczekiwaniami.
2. W celu poprawy bezpieczeństwa pacjenta wskazane jest opracowanie systemu przekazywania danych o zdarzeniach zagrażających bezpieczeństwu pacjentów.
3. Dla poprawy jakości usług medycznych wskazane jest uwzględnianie przede wszystkim ocen grup najbardziej krytycznych.

PIŚMIENNICTWO

1. 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.
2. Anczewska M., Raduj J. i wsp. Porównanie opinii pacjentów o jakości opieki na oddziałach psychiatrycznych i neurologicznych. *Psychiatria Polska*, 2010, tom XLIV 2: 255-265.
3. Ballard K.A.: Patient Safety: A Shared Responsibility. *Online J. of Issues in Nursing* 2003, 8(3): Manuscript 4.
4. Bączyk G., Ochmańska M., Stępień S.: Subiektywna ocena jakości opieki pielęgniarskiej w zakresie bólu pooperacyjnego u chorych leczonych chirurgicznie. *Problemy Pielęgniarstwa* 2009, 17 (3): 173-177.
5. Carr-Hill R. & Jenkins-Clarke S. (2003), *Improving the Effectiveness of the Nursing Workforce*. Centre for Health Economics, University of York, York.
6. Clark D.: What is qualitative research and what can it contribute to palliative care? *Palliative Medicine*. 1997, 11: 159-166.
7. Corner J.: Is there a research paradigm for palliative care? *Palliative Medicine* 1996, 10: 201-208.
8. Cronenwett L. R.: Research, practice and policy: Issues in evidence based care. *Online J. of Issues in Nursing* 2002, 39 (30): 176 - 180

9. Dąbrowska-Bedner M., Steć M.: Bezpieczeństwo pacjenta jako część systemu jakości opieki zdrowotnej na przykładzie Polski i Szwecji. *Zdrowie publiczne* 2009, (3): 325-330.
10. Doran D. I., Sidani S., Keatings M., Doidge D.: An empirical test of the nursing role effectiveness model. *Journal of Advanced Nursing* 2002, 38: 29–39.
11. Dyga-Konarska M.: Informacyjne i emocjonalne wsparcie pacjenta przez personel medyczny. *Standardy Medyczne* 2004, 5: 599-604.
12. Gawel G, Kowal A, Rak A.: Ocena poziomu pielęgnowania metodą BOHIPSZO. *Pielęgniarstwo XXI wieku*. 2003, 2: 55-61.
13. Gawel G., Twarduś K., Klin-Dąbrowska J.: Jakość opieki pielęgniarskiej na oddziale kardiologicznym. *Problemy Pielęgniarstwa* 2008, 16 (40), 339-342.
14. Gwizdak T.: Bezpieczeństwo pacjenta w szpitalu *Problemy Pielęgniarstwa* 2008, 16 (1, 2): 181–185.
15. Hupcey J.E. (2000) Feeling safe: the psychosocial needs of ICU patients. *Journal of Nursing Scholarship* 32, 361–367.
16. Jaracz K., Wdowczyk K., Górna K.: Ocena jakości opieki w aspekcie bólu pooperacyjnego z zastosowaniem polskiej wersji skali klinicznych wskaźników jakości postępowania z bólem pooperacyjnym. *Pielęgniarstwo Polskie* 2005, 1 (19): 9–14.
17. Kovner C., Jones C., Zhan C., Gergen P. J., Basu J Nurse staffing and postsurgical adverse events: an analysis of administrative data from a sample of U.S. hospitals, 1990-1996. *Health Services Research* 2002, 37: 611–629.
18. Krauss M.J., Evanoff B., Hitcho E., Ngugi K.E., Dunagan W.C., Fischer I., Birge S., Johnson S., Costantinou E., Fraser V.J., A case – control study of patient, medication and care – related risk factor for inpatient falls, „*Journal of General Internal Medicine*” 2005, 20: 116–120.
19. Krukowski J, Gaworska-Krzemińska A, Majkiewicz M.: Ocena związku pomiędzy jakością opieki pielęgniarskiej, a satysfakcją pacjenta w schyłkowej fazie choroby. *Problemy Pielęgniarstwa* 2011, 19 (3), 282–287.
20. Krukowski J.: Błędy i zaniedbania w medycynie. Siódma ogólnopolska Konferencja Jakość w opiece Zdrowotnej. Kraków 2002: 25.
21. Lenartowicz H.: Zarządzanie jakością w pielęgniarstwie. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1998.
22. Lucero R.J., Lake E.T., Aiken L.H.: Nursing care quality and adverse events in US hospitals, „*Journal Clinical Nursing*” 2010, 19 (15–16): 2185–2195.
23. Majasaari H. et al.: Patients’ perceptions of emotional support and information provided to family members. *AORN Journal* 2005.
24. Press I. Patient satisfaction: Understanding and managing the experience of care. Ann Arbor, MI: Health Administration Press 2006.

25. Sierpińska L., Ksykiewicz – Dorota A., Jędrych M.: Provision of patient safety during hospitalization as a measure of quality of care *Medical and Biological Sciences*, 2014, 28(1): 39-44.
26. Sierpińska L.: Przegląd narzędzi oceny poziomu pielęgnowania chorego w lecznictwie stacjonarnym *Pielęgniarstwo XXI wieku*. 2011, 3 (36): 41-44.
27. Ślusarz R., Beuth W., Kasprzak H. A.: Jakość opieki pielęgniarskiej w opinii pielęgniarek. *Valetudiana — Post. Med. Klin. Wojsk.* 2002, 7: 84–89.
28. Unruh L (2003): Licensed nurse staffing and adverse events in hospitals. *Medical Care* 41: 142–152
29. Wasilewski T.: Subiektywna ocena wybranych aspektów satysfakcji z pobytu w szpitalu pacjentów oddziałów zabiegowych. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*, 2008, 3, 81-86.
30. Wyrzykowska M.: Ocena opieki pielęgniarskiej w opinii pacjentów. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*, 2007, 1: 3-10.

STRESZCZENIE

Jakość opieki pielęgniarskiej to nie tylko sam akt pielęgnacyjny, to również organizowanie opieki pielęgniarskiej powiązane z zarządzaniem i nadzorowaniem prowadzonych działań. Należy zwrócić szczególną uwagę na obszary opieki, w których występują deficyty, ponieważ rozpoznane niedostatki w zakresie opieki powinny być podstawą do opracowania planu korygującego oraz wprowadzenia zmian i ulepszeń na rzecz poprawy jakości opieki pielęgniarskiej. Głównym celem badań była próba oceny wybranych standardów pielęgnowania świadczonych pacjentom po operacji kręgosłupa. Badaniami objęto grupę 100 chorych leczonych operacyjnie z powodu dysfunkcji kręgosłupa, przebywających w Klinice Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 4 w Lublinie. Do badania wykorzystano metody analizy i krytyki piśmiennictwa oraz sondażu diagnostycznego. Zastosowane techniki badawcze to analiza dokumentacji, wywiad oraz obserwacja. Narzędziem zastosowanym do badań był arkusz oceny BOHPSZO opracowany przez Helenę Lenartowicz. Jakość opieki pielęgniarskiej mierzona procentowym współczynnikiem wynosiła 88,20% stanu pożądanego. Wykazano różny stopień świadczonej opieki w ocenianych obszarach. Najwyższy współczynnik opieki stwierdzono w zakresie standardu Ochrona przed zakażeniami (96,87%) oraz Bezpieczeństwo chorego (94,63%). Natomiast największy deficyt opieki odnotowano w zakresie realizacji standardu związanych z Informowaniem (79,41%).

ABSTRACT

The quality of nursing care does not consist only of the nursing act itself but also includes organization of nursing care, management and supervision of conducted actions. Special attention should be paid to the areas of care with deficits because recognized shortcomings in care should form the basis for developing corrective

*Elżbieta Przychodzka, Krzysztof Turowski, Regina Lorencowicz, Józef Jasik,
Jolanta Celej-Szuster*

Ocena poziomu pielęgnowania świadczonego pacjentom po operacji kręgosłupa

plans and introducing changes and improvements in care quality. The study is an attempt at evaluating certain selected standards of nursing care provided to patients after spine surgery. The study group included 100 patients treated surgically for spine dysfunction, hospitalized in the Department of Neurosurgery and Pediatric Neurosurgery, Independent Teaching Hospital No. 4 in Lublin. Methods of literature analysis and critique, and diagnostic poll were used in the study. The employed research techniques included analysis of documentation and records, interviews and observation. Helena Lenartowicz's sheet of valuation BOHIPSZO was used as a research tool. The nursing care quality was measured as percentages and amounted to 88.20% of the desired level. The studies revealed different degrees of care provided in evaluated areas. The highest ratio was found in the "Protection against infections" standard (96.87%) and "Patient safety" standard (94.63%). On the other hand, the greatest deficit of care was noted in fulfilling the standard of "Information giving and educating" (79,41%).

Artykuł zawiera 38599 znaków ze spacjami + grafika