

ALICJA DOBRZEWIŃSKA¹, RADOSŁAW OWCUK¹, WIOLETTA MĘDRZYCKA-DĄBROWSKA^{1,2},
KATARZYNA KWIECIEŃ-JAGUŚ^{1,2}

Wpływ wybranych czynników na poziom satysfakcji członków rodzin pacjentów hospitalizowanych na oddziale intensywnej terapii – doniesienia wstępne

The influence of selected factors on the level of satisfaction of family members of ICU patients – preliminary results

¹Katedra i Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Gdański Uniwersytet Medyczny

²Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego, Gdański Uniwersytet Medyczny

KEY WORDS

intensive care unit (ICU), family members, experiences, satisfaction with care

SUMMARY

Introduction. The evaluation of patient satisfaction in the intensive care unit environment becomes complicated due to the severity of illness and the degree of unconsciousness. Family satisfaction survey is the most useful tool for understanding the experiences of ICU patients.

Aim. The aim of the study was to evaluate the satisfaction of ICU patient's family members and to assess the predictors of selected factors on the level of satisfaction.

Material and methods. Studies initially involved 110 family representatives of ICU patients. The study was conducted at the Department of Anaesthesiology and Intensive Care at the Medical University of Gdańsk. The research involved the diagnostic poll method, using the questionnaires as a research technique. Data were collected on the authorship questionnaire which was prepared on the basis of the Canadian version of FS-ICU 34. Statistical calculation were made with IBM SPSS Statistics 21 statistic package. The study was conducted from January to July 2013.

Results. Out of 110 family representatives, 80 participants were included. The study group was diverse in terms of gender, age, place of living, relationship with patients. The age of the studied respondents was oscillated between 16 to 82. Patients were staying on the intensive care unit from 3 to 67 days. The evaluation of family satisfaction included: the overall satisfaction with care, the evaluation of nursing skills, competence and communication, the evaluation of physician skills and competences, pastoral care, social work, satisfaction with decision making.

Conclusions. The most significant seems to be appropriate communication, reliability and consistency of information received, support in case of transfer of ICU patient into long term care facilities.

WSTĘP

Specjalistyczna intensywna opieka zapoczątkowana została w Stanach Zjednoczonych w 1958 roku otwarciem pierwszego oddziału intensywnej terapii w Baltimore. Obecnie w USA około 65,5% szpitali zapewnia krytyczną opiekę,

a liczba ta stale rośnie (1). W Polsce pierwszy oddział intensywnej terapii powstał w 1960 roku w Łodzi. Intensywna terapia to prosty pomysł zgromadzenia w jednym miejscu najbardziej dotkliwie chorych pacjentów, gdzie mogą być obserwowani i otoczeni specjalistyczną opieką przez zespół, który reaguje znacznie szybciej w sytuacji kryzysowej niż inne

zespoły szpitalne. Ta prosta idea była początkiem rozwoju intensywnej opieki i krytycznej medycyny jako specjalności. Oddział intensywnej terapii to znane i bezpieczne miejsce dla pracujących w nim lekarzy, pielęgniarek i personelu, a dla rodziny początkowo obce i nieprzyjazne środowisko. Od oddziału intensywnej terapii oczekuje się wysokiego poziomu jakości opieki definiowanej jako „bezpieczeństwo, terminowość, efektywność, skuteczność, sprawiedliwość oraz skoncentrowanie na pacjencie” (2).

Pobyt w szpitalu dla wielu osób jest nowym i trudnym doświadczeniem, dla pewnej części kolejnym trudnym powrotem w obce środowisko. Trafiając do szpitala, pacjent zostaje pozbawiony bliskości osób, przedmiotów, miejsc, w których czuł się pewnie i bezpiecznie. Zmienia się rola społeczna, pozycja, jaką zajmował, oraz stopień poszanowania społecznego, który dotychczas osiągnął (3). Przyjęcie na oddział intensywnej terapii jest często, choć nie zawsze, nieoczekiwane, a stan pacjenta uznaje się zazwyczaj za niestabilny. Niepewność o stan zdrowia i rokowanie potrafi koncentrować całą energię rodziny, powodując zmianę ról i funkcji każdego członka rodziny i swoisty przewrót w codzienności dotychczas uporządkowanej i stabilnej. Całe życie rodziny zaczyna kręcić się wokół szpitala, ich czas zatrzymuje się i płynie powoli w poczekalni i przy łóżku krewnego, rodzina zmagając się z podjęciem indywidualnych trudnych decyzji. Dotychczasowe priorytetowe potrzeby schodzą na dalszy plan, niekiedy pojawiają się obawy finansowe, a jeśli sytuacja ta się przedłuża, może powodować to stan fizycznego i psychicznego wyczerpania i dezorientacji (1).

Pisząc o integralnej roli rodziny w intensywnej terapii i jej ogromnym potencjale, jaki wnosi w leczenie i opiekę nad pacjentem, nie należy równocześnie zapominać o tym, że od personelu oddziału intensywnej terapii (lekarzy, personelu pielęgniarskiego, duszpasterzy) oczekuje się wsparcia poprzez zrozumienie sytuacji kryzysowej, w której znalazła się rodzina. Udzielenie tego wsparcia wymaga od profesjonalistów intensywnej opieki znajomości i uświadamiania sobie sytuacji rodziny. Badania prowadzone na przestrzeni kilkunastu lat ukazują, że pobyt pacjenta na oddziale intensywnej terapii wiąże się z dużym stresem, depresją, zmęczeniem, bezradnością, strachem i niepokojem. Dotychczasowe badania nadal wykazują, że „potrzeby rodzin są w dużym stopniu ignorowane pomimo licznych badań przeprowadzonych w ostatnich kilkunastu latach” (4-8). Spotkanie się z potrzebami rodzin i pacjentów, dostrzeżenie i zrozumienie tych potrzeb niesie ze sobą równocześnie polepszenie satysfakcji z opieki i z pobytu.

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy było oszacowanie satysfakcji członków rodziny pacjenta przebywającego na oddziale intensywnej terapii oraz ocena związku wybranych czynników na poziom satysfakcji. Dla tak podjętego głównego celu pracy określono następujące cele szczegółowe, które miały nam dać odpowiedź na następujące pytania:

1. Czy ogólna satysfakcja z pobytu na intensywnej terapii ma związek z satysfakcją z opieki udzielonej: pacjentowi, członkowi rodziny, udzielonej przez pielęgniarki i lekarzy?
2. Czy ogólna satysfakcja z uczestnictwa w podejmowaniu decyzji względem opieki nad krytycznie chorym członkiem rodziny zależy od łatwości w uzyskiwaniu informacji oraz zrozumienia, rzetelności, kompletności i spójności przekazywanych informacji?
3. Czy członkowie rodziny krytycznie chorego pacjenta czują się zaangażowani w proces podejmowania decyzji?

MATERIAŁ I METODY

Badaniem objęto 110 członków rodzin pacjentów przebywających w Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii Centrum Medycyny Inwazyjnej Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku. Po uzyskaniu pisemnej zgody Kierownika Kliniki rozpoczęto badania ankietowe na zasadzie anonimowości i dobrowolności. Cel badań oraz informacje dotyczące wypełnienia ankiety zostały przedstawione członkom rodziny w momencie otrzymania ankiety. Badania trwały 7 miesięcy, od stycznia do lipca 2013 roku. Otrzymano 80 prawidłowo wypełnionych ankiet.

W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, wykorzystując ankietę jako technikę badawczą. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety wzorowany na kanadyjskiej ankiecie „Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit” FS-ICU 34 (9, 10). FS-ICU została opracowana przez Heylanda i Tranmera w 2001 roku w celu pomiaru poziomu satysfakcji rodzin ze świadczonej opieki, przetłumaczona na kilka języków, używana w wielu badaniach i udoskonalana. W 2007 roku Wall i wsp. skrócili instrument z 43 do 24 pytań, który stał się uznaną metodą obejmującą 14 pytań z satysfakcji z opieki i 10 pytań z satysfakcji zadowolenia z informacji i podejmowania decyzji.

Ankieta FS-ICU składa się z trzech części. Część pierwsza, demograficzna, składa się z pięciu pytań dotyczących ankietowanego: płeć, wiek, stopnia pokrewieństwa z pacjentem, zamieszkiwania z pacjentem i częstotliwości widywania się w przypadku niezamieszkiwania wspólnego oraz zamieszkania członka rodziny pod kątem dostępności do pacjenta, tzn. w mieście, gdzie jest ulokowany szpital lub poza miastem. Część druga ocenia satysfakcję pacjenta z opieki i jest podzielona na kilka podkategorii: satysfakcję z opieki udzielonej pacjentowi w ocenie członka rodziny, udzielonej członkowi rodziny, odbiór pielęgniarek, lekarzy, pracowników socjalnych, opieki duszpasterskiej, atmosfery w klinice (pokoju dla rodzin/poczekalni) oraz całościowej satysfakcji z dotychczasowego pobytu. Część trzecia ocenia satysfakcję z uczestniczenia w podejmowaniu decyzji względem opieki nad krytycznie chorym członkiem rodziny i jest podzielona na dwie podkategorie: zapotrzebowanie na informację, proces podejmowania decyzji oraz trzy pytania otwarte. Pytania zamknięte 1-6, 8 i 10-13 w drugiej części zawierały pięć odpowiedzi: „wspaniale”, „bardzo dobrze”,

„dobrze”, „godziwie”, „źle”. Pytania 7 i 9 zawierały warianty odpowiedzi: „bardzo często”, „często”, „dość rzadko”, „rzadko”, „wcale”, a pytanie numer 14: „całkowicie zadowolony”, „bardzo zadowolony”, „średnio zadowolony”, „lekkoniezadowolony”, „bardzo niezadowolony”. Niezaznaczenie żadnej odpowiedzi było traktowane jako odpowiedź „nie dotyczy”, o czym ankietowani byli poinformowani podczas przekazywania ankiety. Pytania zamknięte w trzeciej części od 1-5 również zawierały pięć odpowiedzi: „wspaniała/wspaniale”, „bardzo dobra/bardzo dobrze”, „dobra/dobrze”, „godziwa/godziwie”, „zła/źle”. W pytaniach od 6-16 należało wybrać jedną odpowiedź z trzech lub pięciu dostępnych, w zależności od tego, z którą odpowiedzi ankietowany najbardziej się utożsamiał. Pytania od 17-21 miały charakter otwarty i dobrowolny.

Wszystkie obliczenia statystyczne wykonano przy użyciu pakietu statystycznego IBM SPSS Statistics 21. Zmienne ilościowe zostały scharakteryzowane za pomocą średniej arytmetycznej, odchylenia standardowego, mediany, wartości minimalnej i maksymalnej. Zmienne typu jakościowego przedstawiono za pomocą licznosci oraz wartości procentowych (czyli odsetka). Do weryfikacji hipotez badawczych zastosowano test jednorodności Kurskale-Wallisa. W zastosowanych testach podawano wartość *p* (prawdopodobieństwo testu, *p*-value), jako najniższy poziom istotności, przy którym sprawdzana hipoteza zerowa (brak zależności między zmiennymi) mogłaby być odrzucona przy danej wartości sprawdzianu. We wszystkich obliczeniach za poziom istotności przyjęto *p* < 0,05.

WYNIKI

W badaniu uczestniczyło 80 respondentów (rodzin) Oddziału Intensywnej Terapii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku. Badana grupa była wewnątrznie zróżnicowana pod względem płci, wieku, miejsca zamieszkania oraz stopnia pokrewieństwa względem pacjenta. Najliczniejszą grupę badanych stanowiły kobiety (*n* = 52; 65%). Badane osoby były w wieku od 16 do 82 lat. Ponad połowa badanych była w wieku poniżej 50. r.ż., zaś 80 lat lub więcej miały 2 osoby. Średni wiek badanych wynosił 44,6 roku (SD ± 15,5), połowa z badanych osób miała nie więcej niż 42,5 roku (SD ± 15,5).

Wśród osób odwiedzających pacjentów oddziału intensywnej terapii przeważały dzieci chorych (*n* = 26; 32,5%). Pozostałe grupy pokrewieństwa (małżonek/partner, rodzice, rodzeństwo) liczyły od 15 do 17,5% badanych. Strukturę płci, wieku oraz stopnia pokrewieństwa badanych zebrano w tabeli 1.

Spośród badanych rodzin pacjentów mniej niż połowa (*n* = 38) zamieszkiwała z pacjentem. Wśród osób niemieszkających z pacjentem ponad połowa widywała się z nim kilka razy w tygodniu, pozostałe osoby w równej części widywały się z pacjentem kilka razy w miesiącu lub kilka razy w roku.

Pacjenci badanych rodzin przebywali w szpitalu na oddziale intensywnej terapii od 3 do 67 dni. Średnia długość

Tabela 1. Charakterystyka społeczno-demograficzna badanych.

Zmienne	Liczba respondentów (<i>n</i> = 80)	
	%	M/SD
Płeć		
K	65	-
M	35	-
Wiek (lata)		44,60/± 15,55
< 30 r.ż.	17,5	
30-39	21,25	
40-49	22,5	
50-59	21,25	
60-69	11,25	
70 <	6,25	
Stopień pokrewieństwa względem pacjenta		
dzieci	32,5	-
małżonek/partner	17,5	-
rodzice	16,3	-
rodzeństwo	15,0	-
inne osoby	18,8	-
Zamieszkiwanie z pacjentem		
tak	47,5	-
nie	52,5	-
Częstość kontaktów osób niemieszkających z pacjentem		
kilka razy w tyg.	52,4	-
kilka razy w miesiącu	23,8	-
kilka razy w roku	23,4	-
Długość pobytu chorego w szpitalu (dni)		17,68/± 12,6

M – średnia, SD – odchylenie standardowe

pobytu na oddziale intensywnej terapii wynosiła 18 dni (SD ± 12,6) (tab. 1).

Ocena satysfakcji z opieki udzielonej pacjentowi w Klinice Intensywnej Terapii

Oceniając satysfakcję z opieki udzielonej pacjentowi, wzięto pod uwagę następujące elementy: zainteresowanie i opiekę zapewnioną przez personel oraz postępowanie z następującymi objawami: ból, duszność, zaburzenia świadomości, zaburzenia ciśnienia krwi i akcji serca oraz zaburzenia temperatury ciała. Biorąc pod uwagę średnie wartości punktowe, najczęściej badane elementy zostały ocenione na poziomie 4,1: zainteresowanie, duszność, zaburzenia temperatury – była to jednocześnie najwyższa ocena. Najniżej oceniono satysfakcję z opieki w przypadku pacjentów z zaburzeniami świadomości – 3,9 (tab. 2).

Następnie przeprowadzono analizę łącznej oceny poziomu satysfakcji z opieki udzielanej pacjentowi z uwzględnieniem płci, wieku, stopnia pokrewieństwa oraz długości pobytu w szpitalu (tab. 3). Przeciętnie ocena kobiet wyniosła 16,1 pkt i kształtowała się powyżej ogólnej średniej. Analiza z użyciem testu Kurskale-Wallisa nie wykazała istotnej statystycznie różnicy między wynikami kobiet

Tabela 2. Ocena satysfakcji z opieki – ocena komponentów.

Wyszczególnienie	n	M	SD
Ocena satysfakcji z opieki udzielonej pacjentowi			
zainteresowanie	80	4,1	0,7
ból	76	4,0	0,7
duszność	76	4,0	0,8
zaburzenia świadomości	72	3,9	0,9
zaburzenia AS/HR	73	4,1	0,7
zaburzenia temp. ciała	73	4,1	0,8
Ocena satysfakcji z opieki udzielanej respondentom			
potrzeby	79	3,6	1,0
wsparcie emocjonalne	76	3,3	1,1
wsparcie duchowe	60	3,0	1,4
Satysfakcja z opieki pielęgniarskiej			
umiejętności i kompetencje	80	4,2	0,8
częstotliwość komunikacji	76	4,0	1,1
Satysfakcja z opieki lekarskiej			
umiejętności i kompetencje	80	4,1	0,8
częstotliwość komunikacji	79	4,1	0,9
Ocena satysfakcji z opieki personelu socjalnego	58	3,0	0,8
Ocena satysfakcji z opieki duszpasterza	50	3,0	1,2
Ocena całościowej satysfakcji z pobytu w KIT	78	4,2	0,7
Ocena satysfakcji rodziny z uczestnictwa w podejmowaniu decyzji.			
Zapotrzebowanie na informację			
łatwość uzyskania informacji	80	3,7	0,8
zrozumienie	79	3,7	0,8
rzetelność	79	3,8	0,7
kompletność	80	3,7	0,9
spójność	79	3,4	1,0

M – średnia, SD – odchylenie standardowe

Tabela 3. Łączna ocena poziomu satysfakcji z opieki względem zmiennych.

Wyszczególnienie	A	B	C	D	poziom p-value test jednorodności Kurskala-Wallisa
Ocena satysfakcji z opieki udzielonej pacjentowi	p = 0,578	p = 0,186	p = 0,514	p = 0,474	
Ocena satysfakcji z opieki udzielanej respondentom	p = 0,617	p = 0,404	p = 0,528	p = 0,212	
Satysfakcja z opieki pielęgniarskiej	p = 0,778	p = 0,707	p = 0,707	p = 0,071*	
Satysfakcja z opieki lekarskiej	p = 0,837	p = 0,109	p = 0,161	p = 0,950	
Ocena satysfakcji z opieki personelu socjalnego	-	-	-	-	
Ocena satysfakcji z opieki duszpasterza	-	-	-	-	
Ocena całościowej satysfakcji z pobytu w KIT	p = 0,036*	p = 0,137	p = 0,623	p = 0,497	
Ocena satysfakcji rodziny z uczestnictwa w podejmowaniu decyzji. Zapotrzebowanie na informację	p = 0,321	p = 0,289	p = 0,433	p = 0,797	

*istotność różnic

A – płeć, B – wiek, C – stopień pokrewieństwa, D – długość pobytu chorego w szpitalu

i mężczyzn ($p = 0,0578$). Kolejną z badanych cech była ocena poziomu satysfakcji z opieki w zależności od wieku badanych. Najniższą satysfakcję z opieki oceniali osoby w wieku 40-49 lat (12,2 pkt). Najwyższą natomiast osoby w wieku 30-39 lat – 18,1 pkt. Nie wykazano istotnych statystycznie różnic pomiędzy badanymi średnimi ($p = 0,186$). Analiza ocen satysfakcji rodzin pacjentów w zależności od stopnia pokrewieństwa wykazała, że najniższą satysfakcję z opieki udzielanej pacjentowi oceniali dzieci pacjentów (13,8 pkt), najwyższą natomiast małżonkowie – 17,7 pkt. Analiza statystyczna z wykorzystaniem testu Kurskala-Wallisa wykazała brak istotności różnic pomiędzy poziomem satysfakcji z opieki a stopniem pokrewieństwa badanych ($p = 0,514$).

Analizując poziom satysfakcji z opieki na podstawie średnich wartości punktowych, wykazano, że najniższy poziom satysfakcji deklarowali respondenci, których bliscy przebywali w szpitalu najkrócej, tzn. do 1 tygodnia (14 pkt). Najwyższą natomiast respondenci pacjentów przebywających 2 i 3 tygodnie – na poziomie 16 pkt. Badanie z użyciem testu Kurskala-Wallisa wykazało brak istotności różnic pomiędzy oceną poziomu satysfakcji z opieki a czasem hospitalizacji ($p = 0,474$).

Satysfakcja z opieki udzielonej członkom rodzin – opieka nad chorym, wsparcie duchowe i emocjonalne

Oceniając satysfakcję z opieki udzielanej pacjentowi, wzięto pod uwagę: zainteresowanie, opiekę zapewnioną przez personel pielęgniarski oraz postępowanie z następującymi objawami: ból, duszność, zaburzenia świadomości, zaburzenia ciśnienia krwi i akcji serca, zaburzenia temperatury ciała. Najczęściej badane elementy zostały ocenione na poziomie 4,1. W przypadku zainteresowania, duszności, zaburzeń temperatury oceny były najwyższe. Najniższą oceniono satysfakcję z opieki w przypadku zaburzeń świadomości. Przeprowadzona analiza łącznej oceny poziomu satysfakcji

z opieki udzielonej pacjentowi względem płci ($p = 0,578$), wieku ($p = 0,186$), stopnia pokrewieństwa ($p = 0,514$) oraz długości pobytu w szpitalu ($p = 0,474$) wykazała brak istotności różnic pomiędzy badanymi zmiennymi.

Oceniając satysfakcję z opieki udzielanej respondentowi, wzięto pod uwagę następujące elementy: rozpoznanie jego potrzeb, wsparcie emocjonalne i wsparcie duchowe. Najwyżej oceniono satysfakcję z rozpoznania potrzeb respondenta, najniżej natomiast wsparcie duchowe (tab. 2). Analiza łącznej oceny poziomu satysfakcji z opieki z uwzględnieniem średnich wartości punktowych wykazała, iż: przeciętna ocena satysfakcji kobiet wyniosła 7,9 pkt i kształtowała się poniżej ogólnej średniej i średniej mężczyzn; najniżej satysfakcję z opieki udzielanej respondentom oceniały osoby w wieku 40-49 lat – 7,0 pkt; najniższy poziom satysfakcji ze świadczonej opieki, na poziomie 7 pkt, deklarowało rodzeństwo chorych; najwyższy poziom satysfakcji z opieki nad pacjentem deklarowali rodzice (8,7 pkt). Analizując poziom oceny satysfakcji z opieki z uwzględnieniem długości pobytu pacjenta w szpitalu, wykazano, że najniżej satysfakcję z opieki oceniali ci, których bliski przebywał w szpitalu najkrócej, tzn. do 1 tygodnia (7,8 pkt). Najwyżej natomiast respondenci pacjentów przebywających w szpitalu 2 tygodnie – 8,7 pkt. Dane dotyczące badanych cech zebrano w tabeli 3. Analiza statystyczna z użyciem testu Kurskala-Wallisa wykazała brak istotności różnic pomiędzy oceną poziomu satysfakcji a: płcią ($p = 0,617$), wiekiem ($p = 0,404$), stopniem pokrewieństwa ($p = 0,528$) i długością pobytu pacjenta w szpitalu ($p = 0,212$).

Ocena satysfakcji z opieki personelu pielęgniarskiego

Oceniając satysfakcję z opieki personelu pielęgniarskiego, wzięto pod uwagę następujące elementy: umiejętności i kompetencje. Analizując wyniki na podstawie średnich wartości punktowych, wykazano, iż nieco wyżej zostały ocenione kompetencje i umiejętności w porównaniu z częstotliwością komunikacji. W pierwszym przypadku średnia wyniosła 4,2, zaś w drugim 4,0 pkt (tab. 2).

Analiza z wykorzystaniem testu Kurskala-Wallisa wykazała brak istotności różnic pomiędzy oceną poziomu satysfakcji z opieki personelu pielęgniarskiego a płcią ($p = 0,778$), wiekiem ($p = 0,707$) oraz stopniem pokrewieństwa ($p = 0,707$). Analiza zgromadzonego materiału z wykorzystaniem testu statystycznego Kurskala-Wallisa potwierdziła istotność różnic pomiędzy poziomem satysfakcji z opieki pielęgniarskiej a długością pobytu pacjenta w szpitalu ($p = 0,071$). Analizując średnie wartości punktowe, wykazano, iż najniższa satysfakcja z opieki personelu pielęgniarskiego dotyczyła osób przebywających najdłużej w szpitalu – 3,8 pkt. Najwyższa satysfakcja z opieki pielęgniarskiej była związana z najkrótszym pobytom pacjenta w szpitalu – 6,1 pkt (tab. 3).

Ocena satysfakcji z opieki lekarskiej

Oceniając satysfakcję z opieki personelu lekarskiego, wzięto pod uwagę umiejętności i kompetencje, a także częstość komunikacji. Analizując średnie wartości punktowe

otrzymane w kategorii „umiejętności i kompetencje”, a także „częstotliwość komunikacji”, wykazano, iż oba komponenty zostały ocenione na poziomie 4,1 pkt (tab. 2). Analiza z wykorzystaniem testu Kurskala-Wallisa wykazała brak istotności różnic pomiędzy poziomem satysfakcji z opieki lekarskiej a: płcią badanych ($p = 0,837$), wiekiem ($p = 0,109$), stopniem pokrewieństwa z pacjentem ($p = 0,161$), długością hospitalizacji pacjenta ($p = 0,905$) (tab. 3).

Ocena satysfakcji z opieki pracowników socjalnych oraz opieki duszpasterskiej

Oceniając satysfakcję z opieki pracowników socjalnych i duszpasterskiej, uwzględniono problem asystowania i wspierania respondentów.

Zadowolenie z opieki pracownika socjalnego oraz duszpasterza, uwzględniając średnie wartości punktowe, oceniono na poziomie 3,0 (tab. 2).

Ocena całościowej satysfakcji z dotychczasowego pobytu pacjenta w Klinicznym Oddziale Intensywnej Terapii

Ponad 42 respondentów (53%) było bardzo zadowolonych w ocenie satysfakcji z pobytu chorego w Klinicznym Oddziale Intensywnej Terapii. Dwadzieścia siedem z badanych rodzin (34%) oceniało swój poziom satysfakcji jako „całkowicie zadowolony” (ryc. 1). Analizując wartości średnie, poziom atmosfery w Klinicznym Oddziale Intensywnej Terapii oceniono na 3,9 (tab. 2).

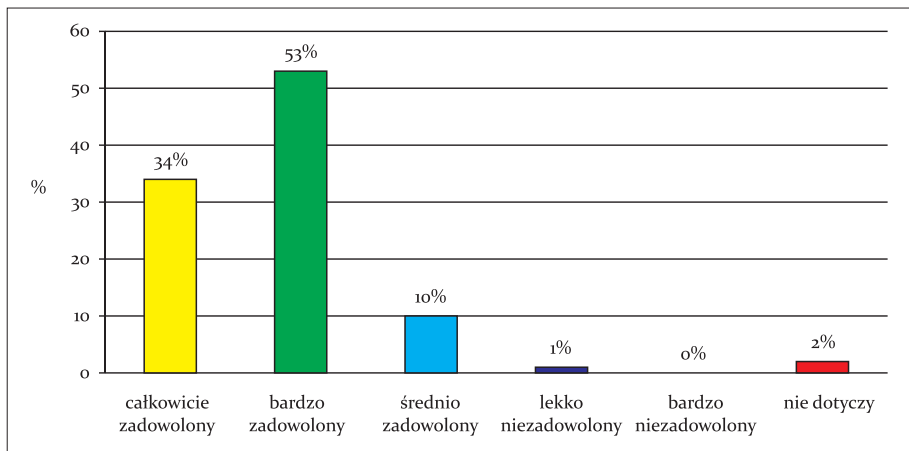
Analiza średnich wartości punktowych pozwoliła obliczyć średnią wartość ogólnego poziomu satysfakcji, która wyniosła 4,2. Analiza z wykorzystaniem testu Kurskala-Wallisa wykazała istotną statystycznie różnicę pomiędzy ogólnym poziomem satysfakcji a płcią badanych. Średnia ocena ogólnego poziomu satysfakcji kobiet wyniosła 4,1 pkt i była to wartość statystycznie istotnie niższa w porównaniu z oceną mężczyzn ($p = 0,036$) (tab. 3).

Ocena satysfakcji rodziny z uczestnictwa w podejmowaniu decyzji względem opieki nad krytycznie chorym członkiem rodziny

Ocena satysfakcji rodziny z uczestnictwa w podejmowaniu decyzji obejmowała ocenę zapotrzebowania na informację oraz proces podejmowania decyzji.

Oceniając zapotrzebowanie na informację w czasie pobytu w Klinicznym Oddziale Intensywnej Terapii, uwzględniono: łatwość uzyskania informacji, zrozumienie przekazywanych informacji, ich rzetelność, a także kompletność i spójność. Analiza średnich wartości punktowych pozwoliła na ocenę poszczególnych składowych oceny informacji. Łatwość uzyskania informacji, zrozumienie i kompletność zostały ocenione na poziomie 3,7 pkt. Rzetelność przekazywanych informacji respondenci ocenili na poziomie 3,8 pkt, zaś spójność otrzymywanych informacji oceniono najniżej – na 3,4 pkt (tab. 2).

Analiza z wykorzystaniem testu Kurskala-Wallisa wykazała brak istotności różnic pomiędzy oceną informacji



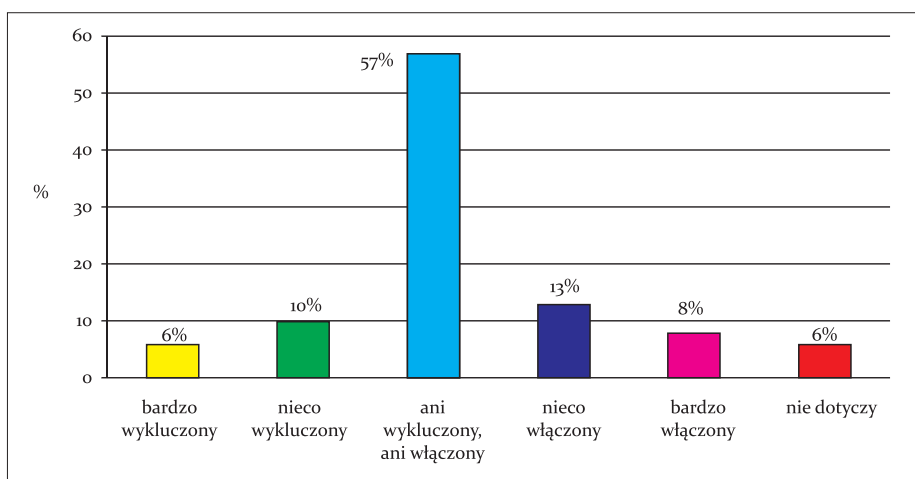
Ryc. 1. Ocena całościowej satysfakcji. Źródło: Opracowanie własne

a płcią ($p = 0,321$), wiekiem ($p = 0,289$), stopniem pokrewieństwa ($p = 0,433$) i czasem hospitalizacji pacjentów ($p = 0,709$).

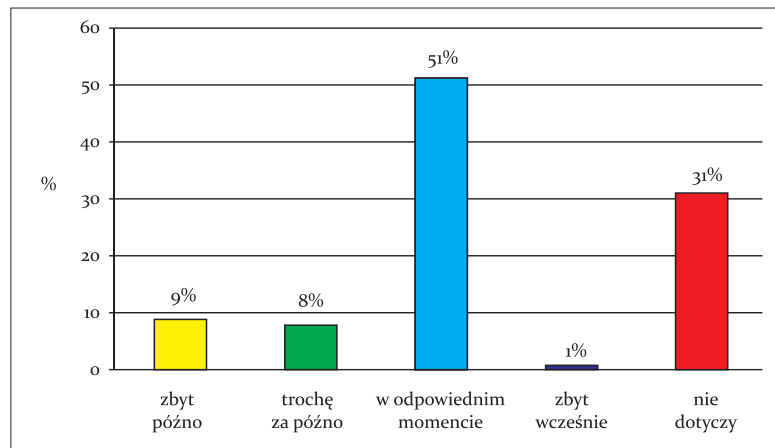
Ocena procesu podejmowania decyzji była nierozdzielnie związana z oceną udziału respondentów w procesie podejmowania decyzji, zaangażowania, otrzymywania odpowiedniej ilości informacji, ilości czasu niezbędnego na podjęcie decyzji, wsparcia podczas procesu podejmowania decyzji, kontroli nad sprawowaną opieką, otrzymywanej nadziei oraz procesu porozumiewania się w rodzinie. Analiza zgromadzonego materiału wykazała, iż zdecydowana większość respondentów (58%) nie czuła się ani wykluczona, ani włączona do procesu podejmowania decyzji (ryc. 2). Ponad 51% badanych było zdania, że zostało zaangażowanych do podjęcia decyzji o pacjencie w odpowiednim momencie (ryc. 3). Ponad połowa badanych uznała, że otrzymywana ilość informacji jest wystarczająca. W pytaniu „Czy czuł/-a Pan/Pani, że otrzymał/-a odpowiednią ilość czasu na przemyślenie przekazywanych informacji?” 60% respondentów oceniło ilość otrzymanego czasu za wystarczającą, zaś 15% było zdania, że potrzebowaloby nieco więcej

czasu (ryc. 4). W pytaniu dotyczącym wsparcia w procesie podejmowania decyzji 26% respondentów twierdziło, że czuło wsparcie. 36% było zdania, że nie czuło się ani przytłoczonym, ani wspieranym. Na pytanie „Czy czuł/-a Pan/Pani, że miał/-a kontrolę nad sprawowaną opieką nad członkiem rodziny?” połowa respondentów oceniła, że „ani miała, ani nie miała” kontroli nad sprawowaną opieką nad członkiem rodziny, pozbawionych kontroli było 16% respondentów, zaś 20% było zdania, że taką kontrolę posiadało. Kolejne dwa pytania dotyczyły nadziei oraz zakresu zgody rodziny względem opieki nad pacjentem. Niemal połowa z badanych uznała, że ilość nadziei na odzyskanie zdrowia przez pacjenta była odpowiednia, zaś 3% stwierdziło, że było jej za dużo. W pytaniu dotyczącym zgody na zakres opieki 34% respondentów twierdziło, że w rodzinie było porozumienie dotyczące kwestii zakresu opieki nad chorym, 30% badanych stwierdziło brak konfliktów.

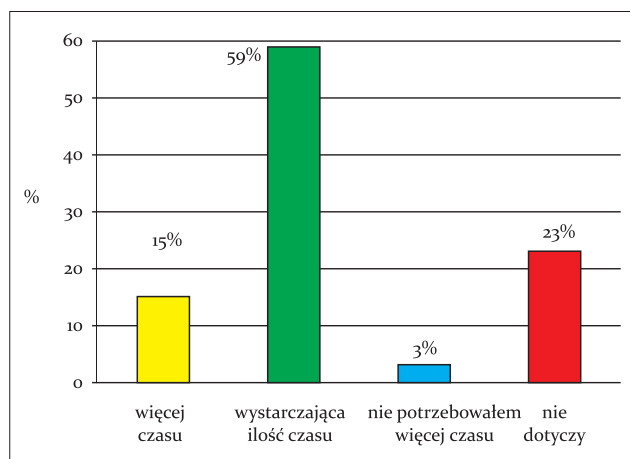
W kwestii oceny ilości czasu na przemyślenie postawionych sobie pytań i budzących obaw 65% respondentów było zdania, że ilość ta była odpowiednia. W pytaniu dotyczącym stopnia zadowolenia z poziomem jakości świadczonej opieki



Ryc. 2. Proces podejmowania decyzji. Czy czuje się Pan/Pani włączony/-a w proces podejmowania decyzji? Źródło: Opracowanie własne



Ryc. 3. Proces podejmowania decyzji. Czy był/-a Pan/Pani zaangażowany/-a w odpowiednim momencie w proces podejmowania decyzji? Źródło: Opracowanie własne

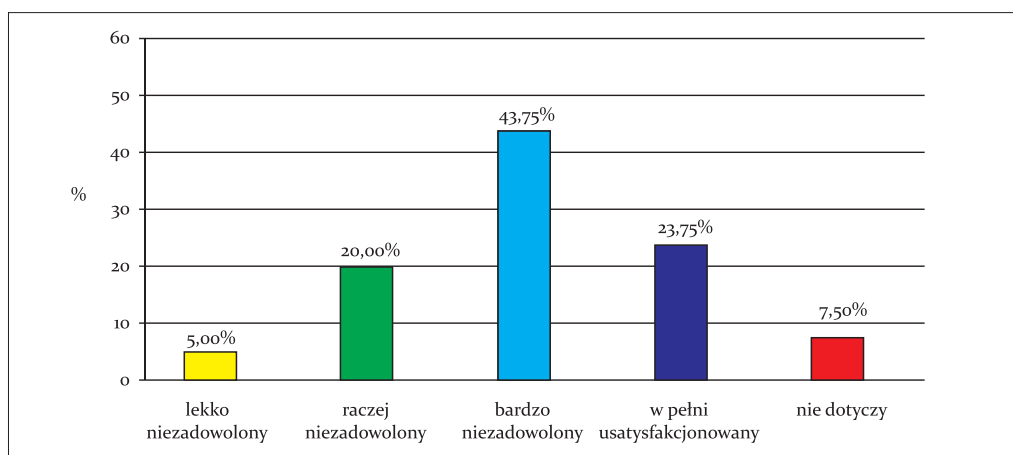


Ryc. 4. Proces podejmowania decyzji. Czy czuł/-a Pan/Pani, że otrzymał/-a wystarczającą ilość czasu na przemyślenie przekazanych informacji? Źródło: Opracowanie własne

nad chorym, 44% rodzin pacjentów było zadowolonych, 24% usatysfakcjonowanych, zaś 20% odczuwało niezadowolenie (ryc. 5). Ostatnie z pytań dotyczyło zadowolenia z roli w podejmowaniu decyzji związanych z opieką nad członkiem rodziny w Klinice Intensywnej Terapii. 35% badanych było raczej niezadowolonych ze swojej roli w procesie podejmowania decyzji, 36% było bardzo zadowolonych, zaś 11% było w pełni usatysfakcjonowanych.

DYSKUSJA

Na ogólną ocenę poziomu satysfakcji z opieki udzielanej pacjentowi składała się ocena zainteresowania pacjentem oraz postępowanie z objawami takimi jak ból, zaburzenia akcji serca czy zaburzenia świadomości. W badaniu własnym najwyższy stopień uzyskano w ocenie: zainteresowania, duszność i zaburzenia temperatury. Najniżej zaś oceniono opiekę nad pacjentem z zaburzeniami świadomości.



Ryc. 5. Proces podejmowania decyzji. Czy był/-a Pan/Pani zadowolony/-a z poziomu (jakości) opieki zdrowotnej, jaką otrzymał członek Pana/Pani rodziny? Źródło: Opracowanie własne

Kobiety znacznie wyżej oceniały satysfakcję z opieki nad pacjentem. W przeprowadzonym badaniu nie stwierdzono jednak istotnych statystycznie różnic ze względu na wiek, stopień pokrewieństwa i długość przebywania na Oddziale Intensywnej Terapii. Na ocenę satysfakcji z opieki udzielonej członkowi rodziny wzięto pod uwagę następujące elementy: rozpoznanie jego potrzeb, wsparcie emocjonalne i wsparcie duchowe. Najwyżej została oceniona satysfakcja z rozpoznania potrzeb respondenta, najniżej natomiast wsparcie duchowe. W przypadku wsparcia duchowego najwięcej respondentów stwierdziło, że „problem jego nie dotyczy”. W przeprowadzonym badaniu własnym nie stwierdzono istotnie statystycznych różnic ze względu na płeć, wiek, stopień pokrewieństwa oraz długość pobytu na IT. Przeprowadzone badania własne są zbliżone do wyników badań przeprowadzonych przez Hwanga i wsp. w roku 2013 (11). Badanie zespołu pod kierownictwem Hwanga przeprowadzono na oddziałach intensywnej terapii z wykorzystaniem skali FS-ICU 24. Zgromadzony materiał wykazał, że poziom satysfakcji rodzin pacjentów oddziału intensywnej terapii nie zależy ani od długości pobytu pacjenta w oddziale, ani doświadczeń członków rodzin chorego związanych z wcześniejszą hospitalizacją w OIT. Pomimo iż długość pobytu pacjenta na oddziale intensywnej terapii nie wpływa na poziom satysfakcji, badania przeprowadzone przez Jongerdena i wsp. potwierdziły, że jednym z istotniejszych czynników wpływających na poziom satysfakcji rodzin pacjentów przebywających na oddziale intensywnej terapii jest środowisko oddziału IT. Przytoczone badanie wykazało, że zmniejszenie natężenia hałasu, dostępność pojedynczych sal i naturalne oświetlenie przyczyniają się do wzrostu poziomu satysfakcji rodzin pacjentów o 6% (12).

Na ocenę satysfakcji z opieki pielęgniarskiej i lekarskiej składały się ocena umiejętności i kompetencji oraz częstotliwość komunikacji. Umiejętności i kompetencje personelu pielęgniarskiego zostały ocenione na poziomie „wspaniałym”, zaś częstotliwość komunikacji „bardzo często”. Kolejna ocena również była pozytywna, w przypadku umiejętności to „bardzo dobre”, zaś częstotliwości komunikowania „często”. Negatywnie oceniło umiejętności i kompetencje 3% respondentów, zaś częstotliwość komunikacji 18%. W przeprowadzonym badaniu własnym umiejętności i kompetencje lekarzy oceniono na poziomie „bardzo dobrym”, zaś częstotliwość komunikacji „bardzo często”. Kolejna ocena również była pozytywna, w przypadku umiejętności to „wspaniałe”, zaś częstotliwości komunikowania „bardzo często”. Negatywnie umiejętności i kompetencje lekarzy oceniło 3% respondentów, zaś częstotliwość komunikacji 7%. Najniższa satysfakcja z opieki personelu pielęgniarskiego i lekarskiego dotyczyła osób przebywających najdłużej w szpitalu, zaś najwyższa w przypadku osób przebywających najkrócej na oddziale. Przeprowadzone badanie własne wykazało, iż jest to różnica istotna statystycznie.

Ocena pracowników socjalnych i kapelana, będąca składową oceny ogólnej satysfakcji z opieki, obejmowała asystowanie i wspieranie pacjenta i członków rodziny. Najczęściej

opiekę pracowników socjalnych respondenci ocenili na poziomie „dobrym” lub „bardzo dobrym”, a opiekę duszpasterską na poziomie „dobrym”. Z uwagi na duży odsetek wskazań „nie dotyczy”, nie przeprowadzono dalszych analiz oceny poziomu satysfakcji z opieki personelu socjalnego i opieki duszpasterskiej z uwzględnieniem płci, wieku, pokrewieństwa z pacjentem i długości okresu przebywania w szpitalu.

Całościowa satysfakcja z dotychczasowego pobytu w KIT została wysoko oceniona – najwięcej respondentów było „bardzo zadowolonych” i „całkowicie zadowolonych”. Badania własne wykazały, że przeciętnie ocena kobiet była statystycznie istotnie niższa niż mężczyzn. Najwyżej oceniano opiekę pielęgniarek i lekarzy oraz opiekę udzieloną pacjentowi.

Oceniając zapotrzebowanie na informacje w czasie pobytu w Klinicznym Oddziale Intensywnej Terapii, uwzględniono następujące elementy: łatwość w uzyskiwaniu informacji, zrozumienie przekazywanych informacji, ich rzetelność, kompletność oraz spójność. Najczęściej każdy z badanych elementów oceniano na poziomie „godziwie” oraz „dobrze”. Oceny „bardzo dobrze” i „wspaniale” nie przekroczyły łącznie w żadnym z elementów 6% wskazań. Stosunkowo najwyżej oceniono rzetelność, a najniżej spójność informacji. Nie stwierdzono istotnie statystycznych różnic ze względu na płeć, wiek, stopień pokrewieństwa oraz długość pobytu na Oddziale Intensywnej Terapii. Proces podejmowania decyzji obejmował kilka tematów: udział w podejmowaniu decyzji, zaangażowanie w odpowiednim momencie, otrzymanie odpowiedniej ilości informacji, wystarczającą ilość czasu na podjęcie decyzji, wsparcie podczas procesu podejmowania decyzji, kontrolę nad sprawowaną nad chorym opieką, otrzymanie nadziei na odzyskanie zdrowia przez członka rodziny oraz porozumienie w rodzinie. 58% respondentów odpowiadając na pytanie o uczestnictwo w procesie podejmowania decyzji, zaznaczyło odpowiedź „że nie czuli się ani włączeni, ani wykluczeni z procesu podejmowania decyzji”, co można traktować jako ocenę neutralną samego uczestnictwa w procesie podejmowania decyzji. W przytoczonym badaniu ocenie rodzin poddano kilka istotnych, według autorów, czynników: zespół terapeutyczny, w tym ocena lekarzy i pielęgniarek, całkowitą opieką, poszanowanie i respekt dla rodziny i pacjenta, komunikację oraz pokój dla pacjenta i rodzin.

Porównując powyższe wyniki badań z badaniami przeprowadzonymi w Kanadzie w 2007 roku przez Henricha, Dodek i Heylanda i wsp. (13), można zauważyć podobieństwa pomiędzy treścią komentarzy udzielonych przez rodziny pacjentów. W przytoczonym badaniu ocenie rodzin poddano kilka istotnych, według autorów, czynników: zespół terapeutyczny, w tym ocena lekarzy i pielęgniarek, całkowitą opieką, poszanowanie i respekt dla rodziny i pacjenta, komunikację oraz pokój dla pacjenta i rodzin. Rodziny w obu badaniach wysoko oceniały: jakość świadczonych usług, zaangażowanie, postawę oraz umiejętności osobiste personelu, wysoko została oceniona ogólna opieka: „szczerze wierzę, że otrzymaliśmy najlepszą

opiekę” oraz „opieka świetna, modelowa, na najwyższym poziomie”. W ocenie poszanowania i współczucia dla pacjenta rodziny szczególnie zwracały uwagę na otrzymane: empatię, wsparcie, troskę, życzliwość, współczucie oraz szacunek. Negatywne komentarze względem personelu lekarskiego i pielęgniarskiego w badaniach kanadyjskich względem lekarzy dotyczyły unikania kontaktu z rodziną, braku umiejętności interpersonalnych, zaś względem pielęgniarek – niestosownych rozmów pomiędzy personelem, wypowiedzi pełnych frustracji oraz niezadowolenia z pracy. Negatywne komentarze w badaniach własnych odnośnie personelu lekarskiego i pielęgniarskiego w badaniach własnych dotyczyły głównie trudności w: identyfikacji rozmówcy (lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta), dostępie do lekarza dyżurnego oraz w komunikacji. Komunikacja została oceniona bardzo negatywnie zarówno w badaniach własnych, jak i badaniach kanadyjskich badaczy. W obu badaniach rodziny zwracały szczególną uwagę na trudność w dostępie do informacji, sprawność przekazywanych informacji, częstotliwość komunikacji oraz brak widoczności lekarza na oddziale. Rodziny wskazywały również na niedobór personelu, co odbierano jako złą organizację instytucji. Badanie własne wykazało, że rodziny pacjentów hospitalizowanych na intensywnej terapii wysoko oceniły jakość sprzętu i aparatury dostępnej na oddziale, negatywnie zaś oceniono brak bodźców wzrokowych i słuchowych dla pacjenta przytomnego (muzyka, radio, telewizja). Ponadto, badania własne wskazywały na trudności w uzyskaniu infor-

macji o stanie zdrowia pacjenta od pielęgniarki, a także brak wsparcia i pomocy w sytuacji przekazywania pacjenta do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego.

WNIOSKI

Przeprowadzone badanie pozwoliło na wysunięcie następujących wniosków:

1. Ocena satysfakcji jest składową takich elementów jak: satysfakcja z opieki udzielonej pacjentowi i rodzinie przez pielęgniarki i lekarzy, asystowanie i wsparcie ze strony pracowników socjalnych i duszpasterza oraz atmosfery w klinice, pokoju dla rodzin oraz poczekalni.
2. Długość pobytu pacjenta na Oddziale Intensywnej Terapii decyduje o satysfakcji z opieki pielęgniarskiej – im dłuższy pobyt pacjenta, tym niższa satysfakcja.
3. W ocenie satysfakcji z opieki najwyżej została oceniona opieka pielęgniarek i lekarzy oraz opieka udzielona pacjentowi, zaś najniżej ocena personelu socjalnego i duszpasterza.
4. Ocena satysfakcji rodziny z uczestnictwa w podejmowaniu decyzji względem opieki nad krytycznie chorym członkiem rodziny jest składową takich elementów jak zapotrzebowanie na informację oraz proces podejmowania decyzji. W zapotrzebowaniu na informację najwyżej oceniono rzetelność, a najniżej spójność.

ADRES DO KORESPONDENCJI

Alicja Dobrzewińska
Katedra i Klinika Anestezjologii
i Intensywnej Terapii GUMed
al. Niepodległości 888/2,
81-861 Sopot
tel.: +48 694-744-924
alicjadobrze@gmail.com

PIŚMIENNICTWO

1. Hunziker S, McHugh W, Sarnoff-Lee B et al.: Predictors and correlates of dissatisfaction with intensive care. *Crit Care Med* 2012; 5: 1554-1561.
2. Sheaffer H: The Met and Unmet Needs of Families of Patients in the ICU and Implications for Social Work Practice. Doctorate in Social Work Dissertations 2010 http://repository.upenn.edu/edissertations_sp2/2 (data dostępu: 12.01.2013).
3. Niebrój L, Kosińska M (Red.): Rodzina: opieka nad chorym. Wyd. Śląska Akademia Medyczna, Katowice 2003: 153-159.
4. Khalaïla R: Patients' family satisfaction with needs met at the medical intensive care unit. *J Adv Nurs* 2013; 69(5): 1172-1182.
5. Davidson JE: Family – Centered Care. Meeting the Needs of Patients' Families and Helping Families Adapt to Critical Illness. <http://ccn.aacnjournals.org/content/29/3/28.short> (data dostępu: 12.12.2012).
6. Freitas KS, Kimura M, Ferreira KASL: Family Members' Needs at Intensive Care Units: Comparative Analysis Between a Public and a Private Hospital. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2007; 15(1): 84-92.
7. Williams CM: The identification of family members' contribution to patients' care in the intensive care unit: a naturalistic inquiry. *Nurs Crit Care* 2005; 10(1): 6-14.
8. Wasser T, Pasquale MA, Matchett SC et al.: Establishing reliability and validity of the Critical Care Family Satisfaction Survey. *Crit Care Med* 2001; 29(1): 192-196.
9. Heyland DK, Tranmer JE: Measuring Family Satisfaction With Care in the Intensive Care Unit: The Development of a Questionnaire and Preliminary Results. *J Crit Care* 2001; 16(4): 142-149.
10. Heyland D: Family Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU 34) questionnaire. <http://www.thecarenet.ca> (data dostępu: 12.12.2012).
11. Hwang D, Robinson J, Bauthystia C et al.: Families with intensive care experience are not more satisfied with shared decision making. *Critical Care Medicine* 2013 Dec; 41(12); suppl. 1: A207 [Poster Session: Patient & Family Support 1: PDF Only]. <http://ovidsp.tx.ovid.com/> (data dostępu: 12.10.2014).
12. Jongerden IP, Slooter AJ, Peelen LM. et al.: Effect of intensive care environment on family and patient satisfaction: A before-after study. *Int Care Med* 2013;39 (9): 1626-1634.
13. Henrich NJ, Dodek P, Heyland D et al.: Qualitative analysis of an intensive care unit family satisfaction survey. *Crit Care Med* 2011; 39(5): 1000-1005.

nadesłano: 29.01.2015

zaakceptowano do druku: 16.02.2015