

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Ocena jakości opieki pielęgnacyjnej w zakresie bólu pooperacyjnego

The quality of nursing care in postoperative pain management

ANNA JURCZAK^{1, A, D, E}, ANNA KIRYK^{2, B}, ARTUR KOTWAS^{3, C}, JOLANTA PAWLIK^{4, B}, ALEKSANDER CELEWICZ^{5, D, F}, MAŁGORZATA SZKUP^{1, A, E}, ELŻBIETA GROCHANS^{1, A, D, G}¹ Zakład Pielęgniarstwa Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie² Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Pielęgniarstwa Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie³ Katedra i Zakład Zdrowia Publicznego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie⁴ Studium Doktoranckie Wydziału Nauk o Zdrowiu, Zakład Pielęgniarstwa Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie⁵ Katedra i Klinika Ginekologii Operacyjnej i Onkologii Ginekologicznej Dorosłych i Dzievcząt Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 2 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

A – przygotowanie projektu badania, B – zbieranie danych, C – analiza statystyczna, D – interpretacja danych, E – przygotowanie maszynopisu, F – opracowanie piśmiennictwa, G – pozyskanie funduszy

Streszczenie **Wstęp.** Każdemu pacjentowi po zabiegu operacyjnym towarzyszy ból, który jest przeżyciem indywidualnie odczuwanym i interpretowanym przez chorego. Stopień natężenia bólu zależy od wielu czynników, m.in. typu osobowości, osobniczej wrażliwości, czasu trwania i lokalizacji oraz od jakości opieki pielęgnarskiej.

Cel pracy. Ocena jakości opieki pielęgnarskiej w zakresie bólu pooperacyjnego.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono wśród 180 chorych hospitalizowanych w północnej Polsce w okresie od czerwca do lipca 2014 r. Do badań zastosowano polską wersję Skali Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym oraz Kwestionariusz Zadovolnienia Pacjenta z Jakości Opieki Pielęgnarskiej.

Wyniki. Analiza danych wskazuje, iż licniejszą grupę chorych stanowiły kobiety – 81,67%, mężczyźni – 18,33%. Z przeprowadzonych badań wynika, że jakość opieki w opinii respondentów była na poziomie średnim (średnia 56,67 pkt. w zakresie skali od 14 do 70 pkt.). Respondenci, oceniając jakość opieki pielęgnarskiej, najwyżej ocenili troskę i okazywanie szacunku (średnia 4,54).

Wnioski. Ogólna ocena jakości opieki pielęgnarskiej w aspekcie bólu pooperacyjnego była na poziomie średnim, co wskazuje na potrzebę jej monitorowania i doskonalenia. Edukacja personelu pielęgnarskiego dotycząca zagadnień bólu pooperacyjnego, jego monitorowania, oceniania i sposobów leczenia może przyczynić się do poprawy jakości opieki pielęgnarskiej w tym zakresie.

Słowa kluczowe: ból, pielęgnarka, jakość opieki.

Summary **Background.** Each patient after surgery feels pain, which is an experience individually perceived and interpreted by the patient. The degree of pain intensity depends on many factors, among others, type of personality, individual sensitivity, duration and location including the quality of nursing care.

Objectives. The aim of this study was to assess the quality of nursing care in postoperative pain management.

Material and methods. The study was conducted on 180 hospitalized patients in northern Poland in the period from June to July 2014. The study was conducted with the use of the Polish version of Scale Clinical Quality Indicators for the Treatment of Postoperative Pain and Patient Satisfaction Questionnaire with the Quality of Nursing Care.

Results. Analysis of the data indicates that the most numerous group of patients were women – 81.67%, men – 18.33%. Respondents regarded the standard of nursing care as average (the mean score was 56.67 with the scale range 14–70 points). What they valued most was a concern and respect for the patient (mean 4.54).

Conclusions. The standard of nursing care in postoperative pain management was assessed as average, which proves the necessity of its monitoring and improvement. Education of nurses in the field of postoperative pain, its monitoring, assessment and the ways of its alleviation, may improve the quality of nursing care.

Key words: pain, nurse, quality of care.

Wstęp

Ból pooperacyjny jest nieprzyjemnym i emocjonalnym odczuciem wywołanym przez śródoperacyjne uszkodzenie tkanek lub narządów, któremu towarzyszy autonomiczna, emocjonalna i behawioralna odpowiedź ustroju.

Jest rodzajem bólu ostrego, towarzyszącym niemal każdemu pacjentowi po zabiegu operacyjnym. Pojawia się wówczas, gdy przestaje działać śródoperacyjna analgezja [1]. Źródłem bólu pooperacyjnego są uszkodzone tkanki powierzchowne oraz struktury położone głębiej [2].

Największe natężenie bólu pojawia się w pierwszych dobach po operacji i stopniowo maleje [3]. Intensywność odczuwanego bólu jak i jego obszar odczuwania uzależnione są od takich czynników, jak: rodzaj operacji, przygotowanie przedoperacyjne, cechy osobowości pacjenta, wiek oraz płeć.

Opieka pielęgnarska pełni kluczową rolę w rozpoznaniu, zwalczaniu i leczeniu bólu pooperacyjnego u chorych poddawanych zabiegom operacyjnym. Jest jednym z najważniejszych obszarów świadczeń zdrowotnych, przebiegających w bezpośrednim kontakcie z chorym. Pie-

łęgniarka przygotowująca chorego do operacji powinna (obok chirurga i anestezjologa) przeprowadzić z pacjentem rozmowę, dzięki której pacjent przezwycięży obawę i niepokój przed planowanym zabiegiem operacyjnym. Na jakość opieki pielęgniarskiej nad pacjentem po operacji mają wpływ takie działania, jak: wczesna profilaktyka i pomiary bólu pooperacyjnego przy użyciu skal, komunikowanie oraz środowisko [4]. Wczesna profilaktyka dotyczy zapobiegania rozwojowi nadwrażliwości w okresie okołoperacyjnym. Określa się to mianem „analgezji z wyprzedzeniem”, podawane są wówczas nieopioidowe lub niesteroidowe leki przeciwbólowe. Prawidłowo prowadzony proces pielęgnowania oraz leczenia powinien być poprzedzony właściwym przygotowaniem pacjenta do zabiegu operacyjnego, zarówno w zakresie przekazania choremu wiedzy na temat leczenia bólu – metodach jego zwalczania, jak również przygotowania psychologicznego, mającego wpływ na odczuwanie bólu [5].

Cel pracy

Celem badania była ocena jakości opieki pielęgniarskiej w zakresie leczenia bólu pooperacyjnego u chorych leczonych chirurgicznie.

Materiał i metody

Badaniem objęto 180 chorych hospitalizowanych, którzy zostali poddani zabiegowi operacyjnemu. Badania zostały przeprowadzone w województwie zachodniopomorskim w 2014 r. u pacjentów w 3. dobie po zabiegu operacyjnym. Wiek najmłodszej osoby biorącej udział w badaniu to 18 lat, a najstarszej – 83 lata. Uwzględniając wiek, pacjentów podzielono na dwie grupy: do 40 lat oraz 41 lat i więcej – odpowiednio 80 i 100 osób. Najliczniejszą grupę badawczą stanowiły kobiety – 81,67%. Badania nie wymagały zgody Komisji Bioetycznej PUM.

Do badań zastosowano polską wersję Skali Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym, składającą się z 14 pozycji pogrupowanych w cztery podskale: Komunikowanie, Działanie, Zaufanie, Środowisko. Ustosunkowanie się osoby badanej do każdego z 14 stwierdzeń przebiega według 5-stopniowej skali Likerta, gdzie 1 punkt oznacza – zdecydowanie nie zgadzam się, a 5 punktów – zdecydowanie zgadzam się. Zakres teore-

tyczny dla wyniku ogólnego skali wynosi od 14 do 70 punktów. Pożądana minimalna punktacja za całość skali powinna być równa lub wyższa niż 63 punkty, a w odniesieniu do podskal: Komunikowanie – 13,5 pkt., Środowisko – 13,5 pkt., Działanie – 18 pkt., Zaufanie – 18 pkt.

Drugim narzędziem zastosowanym w pracy był Kwestionariusz Zadowolenia Pacjenta z Jakości Opieki Pielęgniarskiej, zawierający 19 stwierdzeń dotyczących zadowolenia z otrzymanej opieki pielęgniarskiej. Ustosunkowanie się badanego do każdego ze stwierdzeń następowało w 5-stopniowej skali Likerta, gdzie przyznanie 5 punktów świadczyło o tym, że otrzymana opieka była wzorowa, a przyznanie 1 punktu oznaczało, że opieka była zła. Wynik ogólny dla całości kwestionariusza mieści się w granicach 19–95 punktów. Uzyskanie przez pacjentów mniej niż 20 punktów świadczy o tym, że opieka pielęgniarska była zła, 20–38 – zadowalająca, 39,57 – dobra, 58–76 – bardzo dobra i 77–95 – wzorowa.

Analizę statystyczną wyników przeprowadzono za pomocą pakietu komputerowego PQStat ver. 1.4.2.324.

Wyniki Skali Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym oraz Skali Kwestionariusza Zadowolenia Pacjenta z Jakości Opieki Pielęgniarskiej w zależności od wieku ankietowanych analizowano za pomocą współczynnika korelacji rang Spearmana. Natomiast wyniki skal klinicznych wskaźników jakości postępowania z bólem pooperacyjnym w zależności od płci i metod zabiegu analizowano testem U Manna-Whitneya. W przypadku podziału pod względem pozostałych zmiennych socjodemograficznych zastosowano test Kruskala-Wallisa. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

Wyniki

Jakość opieki w ogólnej ocenie respondentów była na poziomie średnim – 56,67 pkt. W podskali Komunikowanie ankietowani w leczeniu bólu pooperacyjnego najwyższej oceniali pracę zespołową (średnia 4,29 pkt.). Najniżej ocenili działania dotyczące informowania o sposobach zwalczania bólu (średnia 4,02). W podskali Działanie najniżej oceniono sposób ilościowej oceny bólu przez personel za pomocą skali analogowo-wzrokowej – VAS (średnia 2,79) oraz sposób uśmierzania bólu (średnia 3,80). W podskali Zaufanie najniżej oceniono działania dotyczące podawania środków przeciwbólowych zanim pacjenci zaczną odczuwać ból (średnia 4,14). Oznacza to, że leki przeciwbólowe po-

Tabela 1. Ocena jakości opieki według Skali Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym w ogólnej ocenie pacjentów

Podskale	\bar{x}	SD	Min–Maks	Q_1 – Q_3	Me
Wynik ogólny (zakres skali 14–70)	56,67				
KOMUNIKOWANIE (zakres skali 3–15)	12,37				
1. Przed operacją zostałem poinformowany o sposobie zwalczania bólu, jaki będzie mi zaferowany po zabiegu	4,02	1,35	1–5	3–5	5
11. Kiedy pielęgniarki przychodzą na dyżur, wiedzą wszystko na temat mojego bólu i sposobu, w jaki był leczony	4,06	1,18	1–5	3–5	4,5
14. Pielęgniarki i lekarze współpracują w leczeniu mojego bólu	4,29	1,04	1–5	4–5	5
DZIAŁANIE (zakres skal 4–20)	14,76				
2. Po operacji rozmawiałem z pielęgniarką o tym, jak chciałbym, aby mój ból był uśmierzany	3,80	1,39	1–5	3–5	4
3. Otrzymałem pomoc w znalezieniu wygodnej pozycji w łóżku, która pozwoliła mi uniknąć bólu lub zmniejszyła dolegliwość	4,00	1,30	1–5	3–5	5
6. Personel pytał mnie, czy nie mam dolegliwości bólowych, gdy zauważył, że byłem niespokojny, głęboko oddychałem, zmieniłem pozycję	4,17	1,19	1–5	4–5	5
7. Członkowie personelu prosili mnie o określenie w skali od 1 do 10 poziomu bólu co najmniej raz rano, wieczorem i w południe	2,79	1,71	1–5	1–5	3

ZAUFANIE (zakres skal 4-20)	17,12				
5. Nawet, jeśli nie prosiłem, to otrzymywałem leki przeciwbólowe	4,17	1,22	1 – 5	4–5	5
8. Pielęgniarki pomagały mi w uśmierzaniu bólu, dopóki nie odczuwałem ulgi	4,14	1,19	1–5	4–5	5
12. Pielęgniarki posiadają wiedzę na temat uśmierzania bólu	4,39	0,94	1–5	4–5	5
13. Pielęgniarki wierzyły mi, gdy mówiłem im, że mnie boli	4,42	0,92	1–5	4–5	5
ŚRODOWISKO (zakres skal 3–15)	12,42				
4. Zapewniono mi ciszę i spokój, abym miał spokojny sen	4,26	1,18	1–5	4–5	5
9. Miałem miły/przyjazny pokój	4,22	1,20	1–5	4–5	5
10. Na dyżurze jest wystarczająca liczba pielęgniarek, aby szybko zareagować na moją prośbę o uśmierzenie bólu	3,94	1,40	1–5	3–5	5

Tabela 2. Ogólna ocena bólu pooperacyjnego i zadowolenia z opieki pooperacyjnej w ocenie pacjentów

Aspekty oceny	$\bar{x} \pm SD$	Min–Maks	Q_1-Q_3	Me
Najsilniejszy ból w ciągu 24 godzin po operacji	6,01 ± 2,71	0–10	4–8	6
Najmniejszy ból w ciągu 24 godzin po operacji	2,68 ± 2,24	0–9	1–4	2
Aktualny ból	2,43 ± 2,37	0–10	1–4	2
Zadowolenie ze sposobu uśmierzania bólu pooperacyjnego	8,30 ± 2,15	1–10	7–10	9

Tabela 3. Zależność między odczuwaniem bólu a wiekiem ankietowanych

Wiek	Brak bólu		Ból odczuwalny	
	n	%	n	%
Do 40 lat	66	41,25	14	70
41 lat i powyżej	94	58,75	6	30
$\chi^2 = 5,95; df = 1; p = 0,0147$				

dawane były wtedy, gdy chory zgłaszał ból. W podskali Środowisko najniżej oceniono aspekt opieki określający niewystarczającą liczbę personelu pielęgniarstwa na dyżurach (średnia 3,94), utrudniało to szybkie reagowanie na prośbę pacjenta o uśmierzenie bólu pooperacyjnego (tab. 1).

Ból odczuwany w ciągu 24 godzin po zabiegu operacyjnym znajdował się w przedziale 6,01–2,68 pkt. W 3. dobie po zabiegu operacyjnym nasilenie bólu wśród pacjentów w chwili prowadzenia ankiety wynosiło średnio 2,43 pkt. Natomiast zadowolenie ze sposobu uśmierzania bólu pooperacyjnego było wysokie i wynosiło średnio – 8,30 pkt. (tab. 2).

Stwierdzono istotną zależność ($\chi^2 = 5,95; df = 1; p = 0,0147$) między odczuwaniem bólu podczas operacji a wiekiem respondentów. Oznacza to, że w grupie badanej, w przedziale wiekowym do 40 lat, odczucie bólu było silniejsze niż się spodziewano w stosunku do pacjentów powyżej 41 lat (tab. 3).

Nie wykazano istotnych zależności między odczuwaniem bólu pooperacyjnego a takimi zmiennymi socjodemograficznymi, jak: płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania, aktywność zawodowa ($p > 0,05$).

Dyskusja

Świadomość społeczeństwa dotycząca przebiegu procesów leczenia pooperacyjnego sukcesywnie wzrasta, dlatego też pacjenci oczekują, że ból, który towarzyszy im po operacji zostanie skutecznie zniwelowany [5]. Odpowiedzialność za zapewnienie właściwej opieki w zakresie leczenia bólu po zabiegu w dużej mierze wchodzi w zakres kompetencji pielęgniarki. W postępowaniu pielęgnacyjnym, dotyczącym pacjenta po operacji, należy pamiętać o zapewnieniu na jak najwyższym poziomie jakości opieki pielęgniarstwa.

Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że jakość opieki w opinii respondentów oceniona została na

poziomie średnim (średnia 56,67 pkt. w zakresie skali 14–70 pkt.). Brak informacji na temat sposobów zwalczania bólu pooperacyjnego (średnia 4,02 w zakresie skali 3–15 pkt.) miał wpływ na ocenę jakości opieki na poziomie średnim. Podobne wyniki uzyskano w badaniach Jaracz i wsp. [6], którzy wskazują na potrzebę udzielania chorym bardziej wyczerpujących informacji dotyczących postępowania przeciwbólowego po zabiegu operacyjnym (średnia 2,83). Bączek i wsp. [7] potwierdzili w swoich badaniach, że ankietowani w podskali Komunikowanie najniżej ocenili aspekty opieki dotyczące skutecznego informowania o sposobach zwalczania bólu po operacji (średnia 3,69). Inni autorzy, w tym Schmidt i wsp. [8], na podstawie badań stwierdzili, że personel pielęgniarstwa mało czasu poświęca na rozmowę z pacjentem, głównie skupia się na wykonywaniu działań instrumentalnych. Przypuszcza się, że wynika to z braku umiejętności komunikacji personelu z pacjentami, co wykazali w swoich badaniach Hussain i wsp. [9]. Z analizy badań ww. autorów wynika, że 90% chorych nie czuło się swobodnie w trakcie rozmowy z pielęgniarkami. Natomiast odmienne wyniki uzyskali Kołodziej i wsp. [10], którzy dowodzą, że 80% badanej grupy, została wyczerpująco poinformowana o istocie bólu pooperacyjnego, o czasie jego trwania, jak również o skutecznych możliwościach jego zwalczania.

Z analizy badań własnych wynika, że w podskali Działanie respondenci nisko oceniają stwierdzenie dotyczące pomiaru nasilenia dolegliwości bólowych za pomocą skali bólu przez personel (średnia 2,79). Oznacza to, że pielęgniarki nie dokonywały systematycznie pomiaru nasilenia dolegliwości bólowych po zabiegu operacyjnym. W badaniach prowadzonych przez innych autorów uzyskano podobne wyniki w tej podskali – Jaracz i wsp. [6] (średnia 2,59) i Bączek i wsp. [7] (średnia 2,74). Regularna ocena bólu dokonywana jest głównie w szpitalach, które posiadają lub ubiegają się o certyfikat „Szpital bez bólu” [5].

Analizując podskale Zaufanie z badań własnych wynika, że ankietowani najniżej ocenili działania, które dotyczyły podawania leków przeciwbólowych zanim pacjenci zaczęli odczuwać ból (średnia 4,14). Oznacza to, że środki przeciwbólowe podawane były dopiero wtedy, gdy pacjent zgłaszał dolegliwości bólowe. Natomiast odmienne wyniki uzyskano w podskali Zaufanie. Jaracz i wsp. [6] i Bączyk i wsp. [7] wykazali, że chorzy najniżej oceniali aspekty opieki, które dotyczyły oporów przyjmowania zleconych leków przez pacjentów, gdy w danym momencie nie odczuwali bólu.

W podskali Środowisko w badaniach własnych pacjenci wysoko ocenili zapewnienie odpowiednich warunków szpitalnych, zapewnienie ciszy i spokoju (średnia 4,26). W badaniach Jaracz i wsp. [6] oraz Bączyk i wsp. [7], wymienione obszary opieki także ocenione zostały wysoko (średnia 4,68). Poziom opieki w aspekcie warunków szpitalnych i komfortu oceniono na wysokim poziomie (średnia 4,59). Z analizy badań własnych wynika, że najniżej respondenci ocenili aspekt opieki związany z liczbą pielęgniarek na dyżurze (średnia 3,94). Zbyt mała obsada personelu na dyżurach przyczyniała się do wydłużenia czasu oczekiwania na środki przeciwbólowe, co powodowało odczuwanie silniejszych dolegliwości bólowych. Problem niewystarczającej liczby pielęgniarek na dyżurze potwierdzają badania Jankowiak [11], wykazano w nich, że zagwarantowanie odpowiedniej obsady pielęgniarskiej zapewni profesjonalną i kompleksową opiekę nad chorym, która jest wyznacznikiem podwyższenia jakości usług pielęgniarskich.

Czynnikiem socjodemograficznym, który wykazał wysoce dodatnią korelację, był wiek respondentów. Uzyskane wyniki wskazywały, że im pacjenci byli starsi, tym zdecydowanie wyżej oceniali jakość opieki pielęgniarskiej niż pozostali respondenci. Podobne wyniki uzyskano w badaniach Uzun [12], gdzie stwierdzono, że pacjenci powyżej 65. r.ż. wyżej oceniali świadczoną opiekę pielęgniarską niż pacjenci w przedziale wiekowym poniżej 65 r.ż. Natomiast Stomberg i wsp. [13] oraz Peterson i wsp. [14], dowiedli, że ankietowani powyżej 40 lat wyżej oceniali świadczoną opiekę niż pacjenci poniżej 40 r.ż.

Ból pooperacyjny jest nadal znaczącym czynnikiem towarzyszącym choremu po zabiegu operacyjnym. Systematyczna i wnikliwa obserwacja pacjenta w połączeniu z zapewnieniem ciszy i spokoju, atmosfery zaufania i zainteresowania wraz z właściwą terapią przeciwbólową stanowi ważny element opieki pielęgniarskiej.

Wnioski

1. Ogólna ocena jakości opieki pielęgniarskiej w aspekcie bólu pooperacyjnego była na poziomie średnim, co wskazuje na potrzebę jej monitorowania i doskonalenia.
2. Wiek istotnie wpływa na nasilenie dolegliwości bólowych. Osoby młodsze wykazywały silniejsze odczuwanie bólu, co wpływa na gorszą jakość opieki.
3. Edukacja personelu pielęgniarskiego dotycząca zagadnień bólu pooperacyjnego, jego monitorowania, oceny i sposobów leczenia może przyczynić się do poprawy jakości opieki pielęgniarskiej w tym zakresie.

Piśmiennictwo

1. Siwińska K, Stefańska-Wronka K, Tamowicz B, i wsp. Wybrane metody leczenia bólu pooperacyjnego po zabiegach ortopedycznych kończyny dolnej z uwzględnieniem edukacji pacjentów w zakresie metod anestezji i analgezji. *Pielęg Pol* 2007; 2–3(24–25): 156.
2. Dobrogowski J, Wordliczek J, red. *Medycyna bólu*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2004, 2005: 22–36.
3. Paszkiewicz-Mes E. Rola pielęgniarki w leczeniu bólu po zabiegach operacyjnych. *Pielęg XXI Wieku* 2011; 4: 38–41.
4. Underwood P, Dahlen-Hartfield R, Mogle B. Continuing professional education: does it make a difference in perceived nursing practice? *J Nurses Staff Dev* 2004; 20: 90–98.
5. Dobrogowski J, Mayzner-Zawadzka E, Drobnik L, i wsp. Uśmierzanie bólu pooperacyjnego – zalecenia 2008. *Ból* 2008; 9: 9–19.
6. 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. *Pielęg Pol* 2005; 1(19): 9–14.
7. Bączyk G, Ochmańska M, Stępień S. Subiektywna ocena jakości opieki pielęgniarskiej w zakresie bólu pooperacyjnego u chorych leczonych chirurgicznie. *Probl Pielęg* 2009; 17(3): 173–177.
8. Schmidt LA. Patients perceptions of nursing care in the hospital setting. *J Adv Nurs* 2003; 44: 393–399.
9. Hussain KM, Rasheed H, Saeed A, et al. Patient satisfaction with nursing care. *Rawal Med J* 2007; 32: 28–30.
10. Kołodziej W, Karpel E. Ból pooperacyjny na oddziale chirurgicznym w ocenie ankietowanego – badania z zastosowaniem kwestionariusza McGilla-Melzacka – doniesienia wstępne. *Probl Pielęg* 2008; 16(3): 231–236.
11. Jankowiak B. Poziom satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej jako jeden z elementów jakości opieki zdrowotnej. Podlaska konferencja naukowo-szkoleniowa. Białystok: Akademia Medyczna, Wydział Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia; 2000: 273–281.
12. Uzun O. Patient satisfaction with nursing care at a University Hospital in Turkey. *J Nur Care Qual* 2001; 16: 24–33.
13. Stomberg MW, Wickström K, Joelsson H, et al. Postoperative pain management on surgical wards – do quality assurance strategies result in long-term effects on staff member attitudes and clinical outcomes? *Pain Manag Nurs* 2003; 4: 11–22.
14. Peterson W, Charles C, DiCenso A, et al. The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale: a valid measure of maternal satisfaction with inpatient postpartum nursing care. *J Adv Nurs* 2005; 52: 672–681.

Adres do korespondencji:
Dr n med. Anna Jurczak
Zakład Pielęgniarstwa
Wydział Nauk o Zdrowiu PUM
ul. Żołnierska 48
70-204 Szczecin
Tel. (91) 48-00-910
E-mail: jurczaka@op.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 18.03.2015 r.
Po recenzji: 12.04.2015 r.
Zaakceptowano do druku: 20.04.2015 r.