

# Ocena gotowości do wypisu pacjentów z chorobami przewlekłymi

Anna Andruszkiewicz, Aldona Kubica, Marta Nowik, Piotr Michalski, Halina Idczak

Katedra i Zakład Promocji Zdrowia Collegium Medicum Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Adres do korespondencji: Katedra i Zakład Promocji Zdrowia UMK w Toruniu, ul. Łukasiewicza 1, 85-821 Bydgoszcz  
anna.andruszkiewicz@cm.umk.pl

## Abstract

### *Assessment of readiness for discharge of patients with chronic diseases*

**Introduction.** The most common cause of ineffectiveness in the treatment of chronic diseases is a lack of cooperation between the patient and the therapeutic team. An important factor that could change the situation is education of the patient, which would allow the patient to assume the role of an expert and become an active participant in the therapeutic process.

**The main purpose of the study:** The main purpose was to assess the readiness for discharge of hospitalized patients.

**Material and methods.** The study evaluated 325 chronically ill patients who were hospitalized. On the day of release from the hospital, the patients assessed their preparedness for discharge.

**Results.** Studies showed that in all analyzed aspects of readiness for discharge there are statistically significant differences depending on the type of diagnosed chronic illness in a patient.

**Conclusions.** The readiness for discharge of patients hospitalized because of chronic disease is insufficient.

**Key words:** the readiness to discharge, chronic diseases

**Słowa kluczowe:** gotowość do wypisu, choroby przewlekłe

Badania finansowane z grantu nr 980 na utrzymanie potencjału badawczego w 2015 roku Katedry i Zakładu Promocji Zdrowia Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu na temat „Ocena przygotowania pacjentów przewlekle chorych do samoopieki”.

## Wstęp

Najnowsze dane epidemiologiczne wskazują na wzrost liczby chorych przewlekle, schorzenia te stają się poważnym problemem współczesnej medycyny. Ponad połowa zgonów na świecie jest spowodowana chorobami przewlekłymi i dotknięta jest nimi coraz większa liczba osób w wieku produkcyjnym [1]. Zatem choroby przewlekłe są najpoważniejszym problemem społecznym i zdrowotnym społeczeństw, a jednocześnie wyzwaniem dla współczesnych systemów ochrony zdrowia. Jak wynika z definicji Światowej Organizacji Zdrowia, są to schorzenia trwa-

jące długo, a ich progresja następuje powoli [2]. Współcześnie podkreśla się znaczenie edukacji terapeutycznej w procesie leczenia pacjentów przewlekle chorych. Celem edukacji powinno być przekazanie pacjentowi wiedzy, umiejętności oraz motywacji niezbędnych do świadomej samokontroli i samoopieki. Takie podejście powinno dać pacjentowi poczucie wpływu na przebieg własnej choroby i pozwolić, aby to on stał się aktywną stroną w procesie terapeutycznym [3]. Należy podkreślić, że w wielu krajach europejskich szpitale są postrzegane jako ośrodki, które mogą odgrywać istotną rolę w edukacji pacjentów przewlekle chorych [4]. Pobyt w szpitalu wiąże się nie

tylko z możliwością diagnozowania i leczenia, ale jest również szansą na prowadzenie skutecznej edukacji przygotowującej do życia z chorobą przewlekłą.

Światowa Organizacja Zdrowia umieściła nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych w gronie najważniejszych problemów zdrowotnych ludzkości, uznając je za jedną z głównych przyczyn niemożności uzyskania prawidłowych efektów terapii [5]. Z badań WHO wynika, że w krajach rozwiniętych tylko 50% pacjentów chorych przewlekłe przestrzega zaleceń lekarskich [6]. W Polsce co czwarty pacjent nie stosuje się do zaleceń terapeutycznych [7, 8]. Nieprzestrzeganie zaś zaleceń niesie z sobą poważne konsekwencje społeczne, ekonomiczne, a przede wszystkim wpływa negatywnie na stan zdrowia osób przewlekłe chorych [9]. Niezwykle istotny wpływ na nieprzestrzeganie zaleceń, a tym samym nieskuteczność terapii jako całości, ma brak odpowiedniej motywacji do kontynuowania leczenia oraz brak informacji dotyczących schorzenia i zasad leczenia u chorych [10].

Stopień przygotowania pacjenta do samoopieki jest traktowany w pielęgniarstwie zarówno jako proces, jak i wskaźnik działań pielęgniarstwa w tym zakresie. Samoopieka odnosi się do zdolności, możliwości inicjowania i wykonywania czynności, które zmierzają do zachowania zdrowia, zarządzania objawami, które towarzyszą chorobie, oraz przywrócenia prawidłowego funkcjonowania pacjenta. Ocena samoopieki powinna dotyczyć zdolności człowieka do jej realizacji w następujących kategoriach: przyjmowania leków zgodnie ze zleceniem, rozpoznania objawów i zarządzania nimi, wykonywania czynności życia codziennego i zarządzania zmianą w stanie zdrowia. Analiza zagadnienia wskazuje, że gotowość pacjenta powinna być monitorowana przy wypisie ze szpitala [11]. Biorąc pod uwagę powyższe przesłanki, celem prowadzonych analiz było zbadanie gotowości do wypisu pacjentów hospitalizowanych z powodu chorób przewlekłych.

## ■ Materiał i metody

Do badania włączono 325 pacjentów hospitalizowanych z powodu chorób przewlekłych, w tym 136 (41,85%) kobiet i 187 (57,54%) mężczyzn, 2 osoby nie oznaczyły płci. Wiek badanych wahał się od 20 do 88 lat ( $M = 61,66$ ;  $SD = 12,40$ ). Badani najczęściej ( $n = 115$ ; 35,38%) posiadali wykształcenie zawodowe, najmniej było osób z wykształceniem podstawowym ( $n = 50$ ; 15,38%). Najwięcej badanych osób ( $n = 125$ ; 38,46%) jako miejsce zamieszkania wskazało duże miasto liczące od 100 do 500 tysięcy mieszkańców, a najmniej liczna grupa ( $n = 10$ ; 6,15%) miasto do 100 tys. mieszkańców. W grupie najwięcej osób było na emeryturze ( $n = 144$ ; 44,31%), najmniej było bezrobotnych ( $n = 20$ ; 6,15%). Poproszeni o ocenę swojego statusu materialnego pacjenci na skali 7-stopniowej (7 oznaczało zdecydowanie dobrze, a 0 zdecydowanie źle) wskazali  $M = 4,45$  ( $SD = 1,22$ ).

Większość ( $n = 225$ ; 69,23%) badanych wskazywała dodatkowo na przynajmniej jedną chorobę współistniejącą. Średnia liczba wcześniejszych hospitalizacji wynosiła  $M = 3,44$  ( $SD = 4,31$ ). Średni czas chorowania wynosił

$M = 8,53$  lat ( $SD = 9,68$ ). 67,08% ( $n = 218$ ) badanych była na stałe pod opieką przynajmniej jednej poradni specjalistycznej. 80,62% ( $n = 262$ ) przyjmowało leki na stałe. Analizy były prowadzone w grupie pacjentów przewlekłe chorych. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby hospitalizowane z powodu ostrego incydentu wieńcowego – 21,54% ( $n = 70$  osób), które miały rozpoznaną chorobę wieńcową, równoliczne były grupy pacjentów z nadciśnieniem tętniczym, miażdżycą kończyn dolnych, zaćmą i astmą oskrzelową, stanowiły one 15,38% ( $n = 50$ ) badanych. Najmniej liczna grupa pacjentów to osoby z nowotworem jelita grubego, u których wyłoniono stomię – 14,77% ( $n = 48$ ), oraz po transplantacji nerek, których było tylko siedmioro (2,15%). W związku z tym z analiz dotyczących porównania poszczególnych grup wykluczono tych pacjentów z uwagi na zbyt małą liczebność grupy.

Kryterium włączenia pacjentów do badania było: rozpoznanie choroby przewlekłej, hospitalizacja nie krótsza niż 3 dni. Z badań wykluczono pacjentów z zaburzeniami poznawczymi, którzy nie byli zdolni do samodzielnej odpowiedzi na pytania.

Do przeprowadzenia badań wykorzystano Kwestionariusz Gotowości do Wypisu oceniający zdolność pacjenta do podejmowania codziennej aktywności. Narzędzie to zostało opracowane przez kanadyjskie pielęgniarki w ramach projektu HOBIC [11]. W procesie adaptacji narzędzia obliczono rzetelność mierzoną za pomocą miary zgodności wewnętrznej Alfa Cronbacha = 0,816, co oznacza, że jest bardzo wysoka i wystarczająca do porównań międzyosobniczych. Trafność oceniano metodą sędziów kompetentnych i tu również uzyskano satysfakcjonujący wskaźnik.

W skład kwestionariusza wchodzi osiem kategorii:

1. Wiedza na temat leków (*Czy wie Pan/Pani, jakie leki, o jakich porach, ile razy dziennie będzie musiał/a Pan/Pani przyjmować?*).
2. Wiedza na temat przyczyn przyjmowania leków (*Czy wie Pan/Pani, dlaczego należy te leki przyjmować?*).
3. Zdolność do przyjmowania przepisanych leków (*Czy uważa Pan/Pani, że jest Pan/Pani w stanie przyjmować zlecone leki?*).
4. Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem (*Czy potrafi Pan/Pani zauważyć niepokojące symptomy związane ze zdrowiem?*).
5. Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem (*Czy uważa Pan/Pani, że zalecenia przekazane przez lekarza prowadzącego jest Pan/Pani w stanie przestrzegać?*).
6. Wiedza związana z osobami, do których można się zgłosić po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności życiowych (*Czy wie Pan/Pani, do kogo może Pan/Pani się zgłosić, gdy będzie potrzebna pomoc np. w kąpaniu, robieniu zakupów, przygotowaniu posiłków?*).
7. Wiedza związana z osobami/instytucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku (*Czy wie Pan/Pani, do kogo trzeba się zgłosić/pod jaki numer zadzwonić w razie nagłego wypadku?*).
8. Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej (*Czy jest Pan/Pani w stanie sam/a się wy-*

kąpać, zrobić zakupy, przygotować posiłek, odwiedzić przyjaciół?).

Do każdego obszaru przyporządkowana została jednakowa skala punktowa możliwych odpowiedzi (0 – nieprzygotowany; 1 – słabo przygotowany; 2 – częściowo przygotowany; 3 – umiarkowanie przygotowany; 4 – dobrze przygotowany; 5 – bardzo dobrze przygotowany). Badanie było przeprowadzone w przeddzień lub w dzień wypisu. Chorzy byli poproszeni o samodzielną ocenę swojego przygotowania w poszczególnych kategoriach. Pytania zgodnie z kwestionariuszem zadawali przeszkoleni ankieterzy (pielęgniarki, które nie pracowały na oddziałach, gdzie były prowadzone badania) [11].

Analizy statystyczne w niniejszej pracy zostały przeprowadzone za pomocą programu STATISTICA 10. Do zbadania istotności różnic pomiędzy wyodrębnionymi grupami badanych wykorzystano test nieparametryczny Kruskala-Wallisa. W celu zlokalizowania różnic wykorzystano test porównań wielokrotnych. Przyjęto poziom istotności  $p \leq 0,05$ .

Badania zostały przeprowadzone zgodnie z zasadami określonymi w Deklaracji Helsińskiej. Na prowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu.

## Wyniki

Pierwszy etap miał na celu analizę samooceny pacjentów w zakresie gotowości do wypisu. Badani największą wiedzę mają na temat osób/instytucji, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku ( $M = 4,63$ ;  $SD = 0,85$ ). Najmniejszą wiedzę mają zaś na temat leków, które powinni przyjmować ( $M = 3,28$ ;  $SD = 1,72$ ). Wyniki przedstawiono w **Tabeli I**.

Kolejny etap miał za zadanie odpowiedzieć na pytanie, czy pacjenci różnią się między sobą w zakresie przygotowania do wypisu w poszczególnych kategoriach. Z uwagi na skalę pomiarową zmiennej zależnej (porządkowa) posłużono się testem nieparametrycznym

Kruskala-Wallisa. Analiza wykazała, że we wszystkich ocenianych kategoriach gotowości do wypisu oraz w wyniku ogólnym, który wskazuje na globalny poziom przygotowania pacjenta do wypisu, występują statystycznie istotne różnice w grupach chorych w zależności od rodzaju schorzenia. Wyniki prezentuje **Tabela II**.

W celu zlokalizowania różnic dokonano porównań *post-hoc*. Zastosowano test porównań wielokrotnych. Kolejne tabele zawierają wyniki analiz dla poszczególnych kategorii.

Porównania *post-hoc* wykazały, że pacjenci dzielą się na dwie różniące się od siebie grupy. Pacjenci z miażdżycą kończyn dolnych, astmą oskrzelową i zaćmą wykazują wyższą wiedzę na temat leków, które powinni przyjmować, niż pacjenci z nadciśnieniem tętniczym, po ostrym incydencie wieńcowym i z nowotworem jelita grubego. Wyniki przedstawia **Tabela III**.

Porównania *post-hoc* wykazały różnicę istotną statystycznie pomiędzy poszczególnymi grupami chorych. Pacjenci po ostrym incydencie wieńcowym i z nowotworem jelita grubego deklarują, że mają najmniejszą wiedzę na temat przyczyny przyjmowania leków, najwyższy poziom wiedzy w tym zakresie mieli pacjenci z miażdżycą kończyn dolnych, astmą oskrzelową i zaćmą. Wyniki zawiera **Tabela IV**.

Porównania *post-hoc* wykazały różnicę istotną statystycznie pomiędzy poszczególnymi grupami chorych. Pacjenci z miażdżycą kończyn dolnych deklarują istotnie wyższy poziom zdolności do przyjmowania zapisanych leków niż pacjenci z nadciśnieniem tętniczym, po ostrym incydencie wieńcowym i z nowotworem jelita grubego. Wyniki prezentuje **Tabela V**.

Porównania *post-hoc* wykazały różnicę istotną statystycznie pomiędzy poszczególnymi grupami chorych. Największą zdolność rozpoznawania niepokojących objawów deklarowali pacjenci z miażdżycą kończyn dolnych, astmą oskrzelową i zaćmą. Natomiast najniżej w tej kategorii ocenili się pacjenci z nadciśnieniem tętniczym i nowotworem jelita grubego. Wyniki przedstawia **Tabela VI**.

**Tabela I.** Charakterystyka gotowości do wypisu pacjentów z chorobami przewlekłymi

Kategoria oceny gotowości do wypisu	N	M	SD	Minimum	Maksimum
1. Wiedza na temat leków	325	3,28	1,72	0	5
2. Wiedza o przyczynach przyjmowania leków	325	3,67	1,55	0	5
3. Zdolność do przyjmowania zapisanych leków	325	4,24	1,07	0	5
4. Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem	325	3,95	1,23	0	5
5. Zdolność do przestrzegania zaleceń	325	4,10	1,09	0	5
6. Wiedza związana z osobami, do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności	325	4,21	1,25	0	5
7. Wiedza związana z osobami/instytucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku	325	4,63	0,85	0	5
8. Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej	325	4,42	1,04	0	5
Ogólna ocena gotowości do wypisu	325	32,50	6,62	9	40

Źródło: Opracowanie własne.

**Tabela II.** Wyniki średnie w poszczególnych kategoriach gotowości do wypisu dla analizowanych grup chorych oraz istotność różnic między nimi

Kategoria oceny gotowości do wypisu	Średnie wartości w grupach						H	p
	Nadciśnienie tętnicze	Ostre incydenty wieńcowe	Nowotwory jelita grubego	Miażdżycza kończyn dolnych	Astma oskrzelowa	Zaćma		
1. Wiedza na temat leków	2,80	2,50	2,48	4,12	4,12	3,80	<b>66,05</b>	< 0,001
2. Wiedza o przyczynach przyjmowania leków	3,70	2,97	2,46	4,54	4,29	4,22	<b>74,61</b>	< 0,001
3. Zdolność do przyjmowania zapisanych leków	4,16	3,89	3,81	4,82	4,43	4,44	<b>37,77</b>	< 0,001
4. Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem	3,54	3,49	3,52	4,5	4,43	4,32	<b>64,16</b>	< 0,001
5. Zdolność do przestrzegania zaleceń	3,2	3,74	3,87	4,78	4,57	4,54	<b>99,64</b>	< 0,001
6. Wiedza związana z osobami, do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności	4,74	3,70	3,38	4,90	4,48	4,20	<b>82,46</b>	< 0,001
7. Wiedza związana z osobami/instytucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku	4,8	4,39	4,54	4,9	4,73	4,66	<b>16,68</b>	0,005
8. Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej	4,66	4,77	3,98	4,26	4,00	4,62	<b>35,66</b>	< 0,001
Suma gotowości do wypisu	31,6	29,4	28	36,8	35,2	34,8	<b>80,63</b>	< 0,001

Źródło: Opracowanie własne.

**Tabela III.** Poziomy istotności analiz wykonanych testem porównań wielokrotnych w zakresie wiedzy na temat leków ze względu na rodzaj schorzenia

Wiedza na temat leków	{1} R:124,49	{2} R:123,21	{3} R:116,05	{4} R:213,60	{5} R:205,37	{6} R:184,81
Nadciśnienie tętnicze {1}		1,000	1,000	< 0,001	< 0,001	0,015
Ostry incydent wieńcowy {2}	1,000		1,000	< 0,001	< 0,001	0,004
Nowotwory jelita grubego {3}	1,000	1,000		< 0,001	< 0,001	0,003
Miażdżycza tętnic kończyn dolnych {4}	< 0,001	< 0,001	< 0,001		1,000	1,000
Astma oskrzelowa {5}	< 0,001	< 0,001	< 0,001	1,000		1,000
Zaćma {6}	0,015	0,004	0,003	1,000	1,000	

Źródło: Opracowanie własne.

Porównania *post-hoc* wykazały różnicę istotną statystycznie pomiędzy poszczególnymi grupami chorych. Najwyżej swoją zdolność do przestrzegania zaleceń terapeutycznych ocenili pacjenci z miażdżycą kończyn dolnych, astmą oskrzelową i zaćmą. Natomiast najniżej

ocenili się w tej kategorii pacjenci z nadciśnieniem tętniczym i nowotworem jelita grubego. Wyniki prezentuje **Tabela VII.**

Porównania *post-hoc* wykazały różnicę istotną statystycznie pomiędzy poszczególnymi grupami chorych. Pa-

**Tabela IV.** Poziomy istotności analiz wykonanych testem porównań wielokrotnych w zakresie wiedzy o przyczynach przyjmowania leków ze względu na rodzaj schorzenia

Wiedza o przyczynach przyjmowania leków	{1} R:147,47	{2} R:129,51	{3} R:89,781	{4} R:220,41	{5} R:193,02	{6} R:183,51
Nadciśnienie tętnicze {1}		1,000	<b>0,028</b>	<b>0,001</b>	0,201	0,739
Ostry incydent wieńcowy {2}	1,000		0,311	< <b>0,001</b>	<b>0,003</b>	<b>0,022</b>
Nowotwory jelita grubego {3}	<b>0,028</b>	0,311		< <b>0,001</b>	< <b>0,001</b>	< <b>0,001</b>
Miażdżycza tętnic kończyn dolnych {4}	<b>0,001</b>	< <b>0,001</b>	< <b>0,001</b>		1,000	0,662
Astma oskrzelowa {5}	0,201	<b>0,003</b>	< <b>0,001</b>	1,000		1,000
Zaćma {6}	0,739	<b>0,022</b>	< <b>0,001</b>	0,662	1,000	

Źródło: Opracowanie własne.

**Tabela V.** Poziomy istotności analiz wykonanych testem porównań wielokrotnych w zakresie zdolności do przyjmowania zapisanych leków ze względu na rodzaj schorzenia

Zdolność do przyjmowania zapisanych leków	{1} R:142,71	{2} R:147,84	{3} R:113,77	{4} R:210,76	{5} R:167,70	{6} R:163,10
Nadciśnienie tętnicze {1}		1,000	1,000	<b>0,003</b>	1,000	1,000
Ostry incydent wieńcowy {2}	1,000		0,669	<b>0,003</b>	1,000	1,000
Nowotwory jelita grubego {3}	1,000	0,669		<b>0,000</b>	0,058	0,105
Miażdżycza tętnic kończyn dolnych {4}	<b>0,003</b>	<b>0,003</b>	<b>0,000</b>		0,307	0,132
Astma oskrzelowa {5}	1,000	1,000	0,058	0,307		1,000
Zaćma {6}	1,000	1,000	0,105	0,132	1,000	

Źródło: Opracowanie własne.

**Tabela VI.** Poziomy istotności analiz wykonanych testem porównań wielokrotnych w zakresie umiejętności zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem ze względu na rodzaj schorzenia

Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem	{1} R:111,53	{2} R:143,56	{3} R:113,56	{4} R:217,75	{5} R:194,72	{6} R:177,94
Nadciśnienie tętnicze {1}		0,886	1,000	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,004</b>
Ostry incydent wieńcowy {2}	0,886		1,000	<b>0,000</b>	<b>0,041</b>	0,642
Nowotwory jelita grubego {3}	1,000	1,000		<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,008</b>
Miażdżycza tętnic kończyn dolnych {4}	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>		1,000	0,448
Astma oskrzelowa {5}	<b>0,000</b>	<b>0,041</b>	<b>0,000</b>	1,000		1,000
Zaćma {6}	<b>0,004</b>	0,642	<b>0,008</b>	0,448	1,000	

Źródło: Opracowanie własne.

**Tabela VII.** Poziomy istotności analiz wykonanych testem porównań wielokrotnych w zakresie zdolności do przestrzegania zaleceń ze względu na rodzaj schorzenia

Zdolność do przestrzegania zaleceń	{1} R:81,570	{2} R:139,67	{3} R:122,82	{4} R:225,99	{5} R:194,50	{6} R:189,15
Nadciśnienie tętnicze {1}		<b>0,008</b>	0,368	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>
Ostry incydent wieńcowy {2}	<b>0,008</b>		1,000	<b>0,000</b>	<b>0,022</b>	<b>0,049</b>
Nowotwory jelita grubego {3}	0,368	1,000		<b>0,000</b>	<b>0,002</b>	<b>0,004</b>
Miażdżycza tętnic kończyn dolnych {4}	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>		1,000	0,637
Astma oskrzelowa {5}	<b>0,000</b>	<b>0,022</b>	<b>0,002</b>	1,000		1,000
Zaćma {6}	<b>0,000</b>	<b>0,049</b>	<b>0,004</b>	0,637	1,000	

Źródło: Opracowanie własne.

**Tabela VIII.** Poziomy istotności analiz wykonanych testem porównań wielokrotnych w zakresie wiedzy związanej z osobami, do których można się zgłosić o pomoc ze względu na rodzaj schorzenia

Wiedza związana z osobami, do których można zgłosić się po pomoc w codziennych czynnościach	{1} R:198,10	{2} R:131,96	{3} R:86,240	{4} R:212,30	{5} R:176,77	{6} R:154,09
Nadciśnienie tętnicze {1}		<b>0,001</b>	<b>0,000</b>	1,000	1,000	0,240
Ostry incydent wieńcowy {2}	<b>0,001</b>		0,114	<b>0,000</b>	0,133	1,000
Nowotwory jelita grubego {3}	<b>0,000</b>	0,114		<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,004</b>
Miażdżycza tętnic kończyn dolnych {4}	1,000	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>		0,815	<b>0,022</b>
Astma oskrzelowa {5}	1,000	0,133	<b>0,000</b>	0,815		1,000
Zaćma {6}	0,240	1,000	<b>0,004</b>	<b>0,022</b>	1,000	

Źródło: Opracowanie własne.

pacjenci z miażdżyczą kończyn dolnych, astmą oskrzelową i zaćmą deklarowali, że posiadają wiedzę na temat osób, do których należy się zgłosić w celu uzyskania pomocy w wykonywaniu codziennych czynności. Natomiast najniżej ocenili się w tej kategorii pacjenci z nowotworem jelita grubego i po ostrych incydentach wieńcowych. Wyniki zawiera **Tabela VIII**.

Porównania *post-hoc* nie wykazały różnic istotnych statystycznie pomiędzy poszczególnymi grupami chorych w zakresie wiedzy związanej z osobami, instytucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku.

Porównania *post-hoc* wykazały różnicę istotną statystycznie pomiędzy poszczególnymi grupami chorych. Największą zdolność do podejmowania codziennej aktywności deklarowali pacjenci po ostrych incydentach wieńcowych i z nadciśnieniem tętniczym, najniżej w tej kategorii ocenili się pacjenci z nowotworem jelita grubego i astmą oskrzelową. Wyniki przedstawia **Tabela IX**.

Porównania *post-hoc* wykazały różnicę istotną statystycznie pomiędzy poszczególnymi grupami chorych. Najlepiej przygotowani do wypisu w swojej ocenie byli pacjenci z miażdżyczą kończyn dolnych, astmą oskrzelową

i zaćmą, najmniej przygotowani do wypisu czuli się pacjenci z nowotworem jelita grubego i po ostrych incydentach wieńcowych. Wyniki prezentuje **Tabela X**.

## Dyskusja

Analiza uzyskanych wyników wykazała, że pacjenci po wyłonieniu stomii z powodu nowotworu jelita grubego oraz po ostrym incydencie wieńcowym najniżej oceniali swój stopień przygotowania do wypisu. Potwierdzają to badania innych autorów, którzy wykazali, że chorzy po wyłonieniu stomii wymagają bardziej aktywnego przygotowania do wypisu ze względu na zarówno specyfikę schorzenia, jak i metodę leczenia, która powoduje, że pacjent musi wprowadzić wiele zmian w swoim codziennym funkcjonowaniu [12]. Być może ma na to wpływ również postęp w metodach operacyjnych, który skrócił czas przebywania pacjentów na oddziale i tym samym czas, jaki ma personel, aby przygotować pacjenta do wypisu [13, 14]. Również pacjenci kardiologiczni wypisywani ze szpitala mieli poczucie braku informacji dotyczących dalszego leczenia, ewentualnych powikłań,

**Tabela IX.** Poziomy istotności analiz wykonanych testem porównań wielokrotnych w zakresie zdolności do podejmowania codziennej aktywności ze względu na rodzaj schorzenia

Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej	{1} R:180,95	{2} R:189,96	{3} R:118,24	{4} R:153,23	{5} R:132,69	{6} R:164,39
Nadciśnienie tętnicze {1}		1,000	<b>0,011</b>	1,000	0,132	1,000
Ostry incydent wieńcowy {2}	1,000		<b>&lt; 0,001</b>	0,457	<b>0,012</b>	1,000
Nowotwory jelita grubego {3}	<b>0,011</b>	<b>&lt; 0,001</b>		0,883	1,000	0,191
Miażdżycza tętnic kończyn dolnych {4}	1,000	0,457	0,883		1,000	1,000
Astma oskrzelowa {5}	0,132	<b>0,012</b>	1,000	1,000		1,000
Zaćma {6}	1,000	1,000	0,191	1,000	1,000	

Źródło: Opracowanie własne.

**Tabela X.** Poziomy istotności analiz wykonanych testem porównań wielokrotnych w zakresie wyniku ogólnego gotowości do wypisu ze względu na rodzaj schorzenia

Wynik ogólny gotowości do wypisu	{1} R:133,15	{2} R:122,50	{3} R:94,135	{4} R:228,70	{5} R:194,65	{6} R:184,59
Nadciśnienie tętnicze {1}		1,000	0,493	<b>0,000</b>	<b>0,013</b>	0,067
Ostry incydent wieńcowy {2}	1,000		1,000	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,003</b>
Nowotwory jelita grubego {3}	0,493	1,000		<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>
Miażdżycza tętnic kończyn dolnych {4}	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>		1,000	0,230
Astma oskrzelowa {5}	<b>0,013</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	1,000		1,000
Zaćma {6}	0,067	<b>0,003</b>	<b>0,000</b>	0,230	1,000	

Źródło: Opracowanie własne.

koniecznych zmian stylu życia oraz źródeł wsparcia [15, 16]. Badania prowadzone przez Kubicę [17] pokazały, że edukacja prowadzona w szpitalu w odniesieniu do pacjentów po zawale serca jest niewystarczająca lub nie odpowiada na potrzeby pacjentów [18].

Grupa pacjentów z miażdżycą kończyn dolnych i astmą oskrzelową w swojej ocenie była najlepiej przygotowana do wypisu. Być może wynika to z faktu, że schorzenia te były przyczyną częstych hospitalizacji i chorzy zdobyli już niezbędny zakres wiedzy podczas wcześniejszych pobytów na oddziale lub w trakcie korzystania z usług poradni specjalistycznych.

Niepokojący jest fakt, że badani najniżej oceniali swoje przygotowanie w zakresie kluczowych rokowniczo kategorii: wiedza na temat leków (M = 3,28), wiedza na temat przyczyn przyjmowania leków (M = 3,67), umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem (M = 3,95). Na oddziałach, gdzie były prowadzone badania, przygotowania do wypisu pacjentów były oparte na indywidualnych rozmowach pacjenta z lekarzem oraz na informacjach przekazywanych przez pielęgniarki w trakcie wykonywania czynności pielęgnacyjnych. Nie było opracowanych programów. Nie funkcjonowały żadne dodatkowe formy wspomagające

proces przygotowania pacjentów do wypisu, np. broszury edukacyjne czy spotkania grupowe pacjentów. Bardzo istotnym czynnikiem wpływającym na skuteczność edukacji jest zaangażowanie wszystkich członków zespołu terapeutycznego i ich merytoryczne przygotowanie do pełnienia funkcji edukatora. Niestety, aktualny system opieki szpitalnej umniejsza rolę często bardzo przecież czasochłonnej edukacji pacjenta w zakresie jego przygotowania do funkcjonowania z chorobą [19].

Analiza różnic w zakresie poszczególnych kategorii, które wchodziły w skład oceny gotowości do wypisu pacjentów, pokazała interesujące zależności. Badani pacjenci z miażdżycą kończyn dolnych, astmą oskrzelową i zaćmą najczęściej różnili się na poziomie istotnym statystycznie w swoich ocenach od pozostałych grup chorych. Być może, jak wspomniano wcześniej, specyfika przebiegu schorzenia, na które cierpieli, wcześniejsza edukacja w trakcie hospitalizacji czy korzystania z poradni specjalistycznych, miały na to wpływ. Trzeba też pamiętać, że być może indywidualne oczekiwania tej grupy pacjentów w zakresie uzyskanych informacji w szpitalu pozwoliły im na taką ocenę swojego przygotowania do wypisu [20]. Biorąc pod uwagę uzyskane wyniki, warto pamiętać, że samoocena pacjentów w zakresie wiedzy

dotyczącej choroby jest czynnikiem o bardzo dużym potencjale modyfikującym skuteczność edukacji. Osoby, które są przekonane, że ich wiedza jest wystarczająca, nie mają motywacji do jej pogłębienia, w odróżnieniu od pacjentów, którzy odczuwają niedobór informacji i mogą być potencjalnie silniej zmotywowani do aktywnego uczestnictwa w proponowanych formach edukacji terapeutycznej [18].

Według danych opublikowanych przez Kardasa [8, 21] z powodu nieprzestrzegania zaleceń polski system ochrony zdrowia traci rocznie około 6 miliardów złotych. Natomiast niewymierne są koszty życia i cierpienia związanego z chorobą, które ponoszą pacjenci i ich rodziny. Dzięki edukacji terapeutycznej można zwiększyć świadomość pacjentów co do zasad stosowanej terapii, jej celowości oraz zwiększyć umiejętności z zakresu samokontroli. Niezbędnym warunkiem do osiągnięcia tego celu jest relacja pacjent – zespół terapeutyczny i traktowanie chorego jak partnera w procesie leczenia. Jednocześnie badania potwierdzają znaczenie i potrzebę prowadzenia edukacji terapeutycznej w grupie pacjentów przewlekle chorych [22].

## Ograniczenia badania

Przeprowadzone przez nasz zespół badanie dostarcza ważnych informacji wskazujących dziedziny wymagające szczególnie intensywnych działań edukacyjnych u pacjentów przewlekle chorych, jednakże relatywnie niewielka liczebność badanej grupy nakazuje ostrożność w zakresie interpretacji uzyskanych wyników. Niezbędne są dalsze badania w celu uzyskania precyzyjnej diagnozy stanu obecnego, co pozwoli dobrze zaprojektować, skutecznie wdrożyć i wiarygodnie ocenić działania edukacyjne z chorymi przewlekle, realizowane w szpitalach.

## Wnioski

Przygotowanie do wypisu pacjentów hospitalizowanych z powodu chorób przewlekłych jest niewystarczające. Konieczne są intensywne działania mające na celu definiowanie grup wymagających szczególnego wspierania procesu terapeutycznego poprzez ukierunkowaną edukację.

Edukacja realizowana w trakcie hospitalizacji pacjentów powinna być zaplanowana, monitorowana i, co warto podkreślić, prowadzona przez wszystkich członków zespołu terapeutycznego zgodnie z posiadanymi przez nich kompetencjami.

## Piśmiennictwo

- World Health Organization, 2015, [http://who.int/topic/chronic\\_diseases/en/](http://who.int/topic/chronic_diseases/en/); dostęp: 29.06.2015.
- World Health Organization, 2011, *The Atlas of Heart Disease and Stroke*, <http://www.who.int/careaseandstroke/>; dostęp: 29.06.2015.
- Szyndler A., Gąsowski J., Wizner B. et al., *Edukacja pacjentów – integralna część postępowania w nadciśnieniu tętniczym*, „Przewodnik Lekarza” 2004; 7: 90–97.
- Visser S., Deccache A., Bensing J., *Patient education in Europe: united differences*, „Patient Education and Counseling” 2001; 44 (1): 1–5.
- Sabate E. (red.), *Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action*, World Health Organization, Geneva 2003.
- Osterberg L., Blaschke T., *Adherence to medication*, „N. Engl. J. Med.” 2005; 353: 487–497.
- Postawy pacjentów wobec zaleceń lekarskich w terapii chorób przewlekłych. Raport z badań*, Warszawa 2010, [http://www.polpharma.pl/gfx/polpharma/pl/polpharmakatalog-fleshowy/334/2/1/raport\\_z\\_badania\\_screen.pdf](http://www.polpharma.pl/gfx/polpharma/pl/polpharmakatalog-fleshowy/334/2/1/raport_z_badania_screen.pdf); dostęp: 26.06.2015.
- Gaciong Z., Kardas P. (red.), *Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Od przyczyny do praktycznych rozwiązań*, Naukowa Fundacja Polfarmy, Warszawa 2015.
- Grabańska K., Bogdański P., *Miejsce leczenia niefarmakologicznego w prewencji i terapii nadciśnienia tętniczego*, „Forum Zaburzeń Metabolicznych” 2010; 2: 115–122.
- Januszkiewicz A., *Nadciśnienie tętnicze – aspekty kliniczne*, Czelej, Warszawa 2006: 21–98.
- Andruszkiewicz A., Biercewicz M., Felsmann M., Marzec A., *Skale oceny stanu pacjenta/klienta według HOBIC i ich wykorzystanie w podstawowej ocenie stanu pacjenta*, w: Kilańska D. (red.), *Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej ICNP® w praktyce pielęgniarskiej*, PZWL, Warszawa 2014: 122–123.
- Rossi G., Vaccarezza H., Vaccaro C.A., Mentz R.E., Im V., Alvarez A. et al., *Two-day hospital stay after laparoscopic colorectal surgery under an Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) pathway*, „World J. Surg.” 2013; 37 (10): 2483–2489, doi: 10.1007/s00268-013-2155-x.
- Lv L., Shao Y.F., Zhou Y.B., *The Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) pathway for patients undergoing colorectal surgery: An update of meta-analysis of randomized controlled trials*, „Int. J. Color Dis.” 2012; 27 (12): 1549–1554, doi: 10.1007/s00384-012-1577-5.
- Lithner M., Klefsgard R., Johansson J., Andersson E., *The significance of information after discharge for colorectal cancer surgery – a qualitative study*, „BMC Nursing” 2015; 14: 36, doi:10.1186/s12912-015-0086-6.
- Smith J., Liles C., *Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients: A comparative, descriptive study*, „J. Clin. Nurs.” 2007; 16: 662–671.
- Oterhals K., Hanestad B.R., Eide G.E., Hanssen T.A., *The relationship between in-hospital information and patient satisfaction after acute myocardial infarction*, „Eur. J. Cardiovasc. Nurse” 2006; 5: 303–310.
- Kubica A., *Edukacja zdrowotna na tle wybranych czynników a skuteczność terapii antyagregacyjnej u pacjentów po zawale serca*, Wydawnictwo Naukowe UMK, Toruń–Bydgoszcz 2012.
- Kubica A., Jurek A., Olejarczyk E., Magielski P., Araszkiewicz A., Dabrowska J., Budzbon D., Michalski A., Wisniewska-Szmyt J., Sukiennik T., Zabielska E., Król A., Koziński M., Dobosiewicz R., Sinkiewicz W., Grabczewska Z., Sukiennik A., Kubica J., *Wybrane czynniki demograficzno-społeczne a skuteczność edukacji zdrowotnej prowadzonej na podstawie broszury edukacyjnej u osób z ostrym zawałem serca*, „Folia Cardiologica Excerpta” 2008; 3: 199–207.



19. Sidani S., *Self-care*. w: D. Doran, *Nursing Outcomes: The State of the Science*, Jones & Bartlett Learning, Ontario 2011.
20. Marcolongo R., Bonadiman L., *Therapeutic patient education in Italy: A critical outline*, „International Review of Asthma” 2004; 6 (3): 52–61.
21. Kardas P., *ABC nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych*, „Puls Medycyny” 2012; 1: 6–10.
22. Kubica A., Andruszkiewicz A., Grzešek G. et al., *Edukacja zdrowotna jako metoda poprawy realizacji programu terapeutycznego*, „Folia Cardiologica” 2010; 2: 93–99.