

Dr hab. n. o zdr. Dorota Koziel, prof. UJK
Instytut Nauk Medycznych
Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Kielce, 17.05.2018 r.

RECENZJA

Rozprawy doktorskiej mgr Bożeny Ewy Kopcych

*Oczekiwania chorych i ich rodzin/opiekunów w zakresie jakości wykonywanych świadczeń
pielęgniarskich w opiece domowej*

napisanej pod kierunkiem dr hab. n. o zdr. Jolanty Lewko

**w Zakładzie Zintegrowanej Opieki Medycznej Wydziału Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.**

W przedstawionej do recenzji dysertacji autorka poddała analizie oczekiwania chorych oraz ich rodzin/ opiekunów dotyczące jakości świadczeń pielęgniarskich w opiece domowej. Wybrany przez doktorantkę temat badawczy uważam za bardzo ważny wobec zmian demograficznych polegających na starzeniu się społeczeństwa i związanej z tym chorobowości i niepełnosprawności oraz oczekiwań coraz wyższej jakości świadczonych usług zdrowotnych.

Opieka pielęgniarska w domu chorego może być świadczona w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej w formie usług pielęgnacyjnych i opiekuńczych, domowej opieki nad pacjentami wentylowanymi mechanicznie (w zespole: lekarz, pielęgniarka, rehabilitant), świadczeń opieki paliatywno-hospicyjnej (hospicjum domowe) oraz świadczeń pielęgniarki POZ.

Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa to opieka nad obłożnie i przewlekle chorym przebywającym w domu. Może nią być objęty pacjent, który nie wymaga leczenia w warunkach stacjonarnych, jednak ze względu na istniejące problemy zdrowotne potrzebuje systematycznej i intensywnej opieki pielęgniarskiej w warunkach domowych. Do pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej mogą być zakwalifikowani pacjenci, którzy: w ocenie opartej na skali Barthel otrzymali 40 punktów lub mniej, nie korzystają w tym samym czasie z domowej opieki dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, hospicjum domowego, stacjonarnego zakładu opiekuńczego (opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego), nie są w ostrej fazie choroby psychicznej. Świadczenia pielęgniarskie

realizowane są we współpracy z lekarzem rodzinnym i pielęgniarką środowiskową, obejmują pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym, edukację zdrowotną osób objętych opieką, członków ich rodzin, pomoc w pozyskiwaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego niezbędnego do właściwej pielęgnacji i rehabilitacji chorego w domu.

Opieka paliatywna/hospicyjna jest to całościowe postępowanie mające na celu poprawę jakości życia chorego i jego bliskich zmagających się z problemami związanymi z zagrażającą życiu, postępującą chorobą, poprzez zapobieganie i niesienie ulgi w cierpieniu przez wczesne ich wykrycie, całościową ocenę i leczenie uwzględniające uśmierzenie bólu, duszności i inne czynniki somatyczne oraz pomoc w rozwiązywaniu problemów psychosocjalnych i duchowych wraz ze wsparciem dla rodziny chorego podczas choroby i w okresie żałoby.

Praca składa się ze 167 stron tekstu w układzie zbliżonym do typowych dla prac medycznych. Składa się z 15 rozdziałów, 35 tabel i 20 rycin oraz 260 pozycji piśmiennictwa, w tym 72 anglojęzycznych (28%). Doktorantka wykazała się właściwym wyborem aktualnego piśmiennictwa (55% cytowanych prac wydanych było w ostatnim dziesięcioleciu).

We wprowadzeniu Autorka uzasadnia wybór tematu argumentując, że poznanie oczekiwań pacjentów i ich opiekunów odnośnie jakości świadczonej opieki jest konieczne dla zapewnienia usług zdrowotnych na najwyższym poziomie. Systematyczna analiza mierników opieki daje możliwość doskonalenia systemu ochrony zdrowia. Doktorantka zwraca uwagę na opiekę pielęgniarską jako podsystem, który decyduje o ogólnym poziomie świadczeń.

W tej części pracy recenzent odnajduje kilka zdań, w których znajdują się błędne informacje: str. 11 „*Realizacja świadczeń medycznych według Maciąg i Sakowskiej to dyscyplina naukowa.....*”, błędy stylistyczne i gramatyczne wynikające głównie z budowania zbyt długich zdań np.: str. 12 „*P. Blenkrin uważa, iż uzyskanie dobrych wyników leczenia wymaga z jednej strony profesjonalizmu pracowników ochrony zdrowia, a z drugiej satysfakcji z leczenia, jako głównych wyznaczników poziomu realizowanych świadczeń zarówno w wymiarze medycznym, psychologicznym jak i społecznym, ponieważ satysfakcja pacjenta objętego pielęgniarską opieką domową przekłada się na poprawę jego stanu funkcjonalnego a tym samym na współudział w kontynuacji procesu leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji*”, str. 13 „*Jak wynika z analizy licznych publikacji [27-32] na podstawie pomiaru satysfakcji pacjenta określa się ich jakość w opiece pielęgniarskiej, która przekłada się na*

funkcjonowanie Niepublicznych Zakładów Opieki Pielęgniarskiej, podmiotów medycznych zadaniem, których poza świadczeniami na rzecz pacjentów jest ustawiczne prowadzenie badań oceniających poziom zadowolenia pacjentów, z jakości świadczonych usług”.

W rozdziale 2. i 3. Doktorantka dokonuje przeglądu piśmiennictwa charakteryzując opiekę długoterminową w sektorze usług medycznych, zadania pielęgniarki rodzinnej pracującej w POZ oraz opiekę paliatywno- hospicyjną. Zasadnicza uwaga recenzenta dotycząca tej części pracy odnosi się do pojęcia „opieka domowa”. Autorka nie definiuje opieki domowej, chociaż czytelnik domyśla się z kontekstu, że pod tym pojęciem rozumiemy usługi zdrowotne świadczone w domu chorego w ramach opieki długoterminowej, paliatywno- hospicyjnej i usług świadczonych przez pielęgniarki rodzinne. Błędnie podaje informację zbyt ogólną: str. 19. „*Funkcję nadzorczą nad kontraktowaniem i opłacaniem świadczeń w pielęgniarskiej opiece domowej obecnie w Polsce pełni Narodowy Fundusz Zdrowia*”. Tytuł tabeli 1. Specjaliści z dziedziny pielęgniarstwa z podziałem na kwalifikacje zawodowe w latach 2002-2016 jest niewłaściwy wobec jej zawartości. Autorka podaje bowiem liczby specjalistów tylko wybranych dziedzin pielęgniarstwa. Podobnie jak poprzednio czytamy zbyt długie zdania, powodujące, że czytelnik gubi ich znaczenie: str. 17 „*Priorytetem teraz i na przyszłość stać się powinna intensywna szeroko panelowa dywersyfikacja przedmiotowa i podmiotowa w alokacji świadczeń medycznych skierowanych do stale powiększającej się grupy pacjentów wymagających systematycznego udzielania świadczeń medycznych w środowisku zamieszkania.*”

Rozdział 4. zatytułowany *Satysfakcja jako miernik jakości usług medycznych w pielęgniarskiej opiece domowej* powinien brzmieć: *Satysfakcja jako miernik jakości usług pielęgniarskich* bowiem w tej części pracy autorka nie odnosi się w ogóle do opieki domowej tylko do oceny satysfakcji z usług pielęgniarskich i medycznych.

Pomimo powyższych uwag uważam, że Doktorantka wykazała się dobrą znajomością i krytycznym podejściem do literatury przedmiotu. Wyczerpująco wprowadza w analizowaną w dalszej części pracy problematykę wykorzystując ponad 120 pozycji piśmiennictwa.

W rozdziale 5. Założenia i cel pracy Doktorantka formułuje cel główny i cele szczegółowe, zadaje pytania badawcze i stawia hipotezy. Cel jest spójny z tematem pracy, hipotezy poprawnie sformułowane. Uwaga recenzenta dotyczy pytań problemowych 2-6, które są zbudowane jako zdania twierdzące a na końcu zdań mamy pytajnik.

Rozdział 6. Materiał i metodyka badań.

Badaniem objęto grupę 332 osób (148 chorych i 184 opiekunów). Kryteria włączenia do badań są określone prawidłowo. Autorka w kryteriach włączenia dla rodziny/ opiekuna wymieniła wymóg korzystania z opieki pielęgniarskiej w warunkach domowych. Jak to należy uzasadnić?

W opinii recenzenta brakuje charakterystyki chorych włączonych do badania z uwzględnieniem problemów zdrowotnych. Nie wiemy również jakim rodzajem usług byli objęci chorzy: opieki długoterminowej, paliatywno-hospicyjnej czy pielęgniarki rodzinnej. Różnice w stanie zdrowia i ogólnej kondycji chorych w znaczący sposób mogą różnicować oczekiwania w odniesieniu do jakości świadczeń pielęgniarskich.

W badaniach wykorzystano 4 kwestionariusze standaryzowane oraz jeden kwestionariusz własnego autorstwa. Wymieniając kwestionariusze badawcze autorka na str. 37 pominęła kwestionariusz *Część IV. Oczekiwania wobec personelu pielęgniarskiego*. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę komisji bioetycznej UM w Białymstoku. Nie zamieszczono jednak informacji na temat zgody autorów kwestionariuszy: AIS, SWLS, SWS i NSNS na ich wykorzystanie. Należy jednak przypuszczać, mając wiedzę co do zasad udostępniania narzędzi przez Pracownię Testów Psychologicznych, że wykorzystano je z zachowaniem praw autorskich.

Zastosowane metody, techniki i narzędzia badawcze pozwoliły na zebranie bardzo bogatego materiału do dalszej analizy oraz umożliwiły weryfikację postawionych hipotez. Należy podkreślić, że każdy badany pacjent odpowiadał sumarycznie na 155 pytań.

Opis zastosowanych metod statystycznych został przedstawiony wyczerpująco.

W rozdziale 7. wyniki zostały przedstawione graficznie (tabele i ryciny) i opisowo. Tabele i ryciny są czytelne, zrozumiałe i estetycznie zbudowane. Zauważono kilka błędów przedstawionych poniżej.

Doktorantka zaplanowała badanie porównując odpowiedzi pacjentów do odpowiedzi rodzin/opiekunów. Takie porównanie wskazuje na punkty wspólne i rozbieżności w zakresie badanych aspektów i jest niewątpliwie cennym materiałem prowadzącym do poznania opinii respondentów a dalej może być wykorzystane w celu poprawy jakości świadczonych usług.

Układ pytań w części czwartej kwestionariusza, przechodzenie od pytań o oczekiwania do pytań o ocenę kategorii świadczonej opieki utrudnia nieco interpretację wyników. Gubi się też autorka np. w rozdziale 7.2.7 na str. 61 pisze: „ w opinii pacjentów **przeważała** atmosfera przyjazna i życzliwa.....” a dalej na str. 62 „ nie zaobserwowano istotnej statystycznie różnicy pomiędzy zmiennymi kategoriami w zakresie **oczekiwanej** atmosfery udzielania świadczeń pielęgniarских...” lub str. 64 „...**informują** pacjentów...” a dalej „.....zdecydowana większość **oczekuje**...” lub tytuł tabeli 14. Str. 67 *Różnice między grupami w zakresie ocen cech pielęgniarek* powinno być: *Różnice między grupami w zakresie oczekiwań odnośnie wybranych cech pielęgniarek* i dalej w innych miejscach w rozdziale 7.2.16 tytuł dotyczy oczekiwań a interpretacja: brak podjęcia działań profilaktycznych (pytanie w kwestionariuszu dotyczy działania pielęgniarki).

Autorka błędnie skomentowała intensywność korzystania z opieki medycznej. Pytanie 8 w I części kwestionariusza dotyczyło korzystania ze świadczeń przez podopiecznych rodzin a nie ich samych (komentarz na str. 49 i tabela 9 str. 50). Wyniki w tabeli przedstawione są poprawnie, tytuł powinien brzmieć: Intensywność korzystania z opieki medycznej chorych w opinii respondentów.

Tytuł podrozdziału 7.1.3 został niefortunnie sformułowany jako *Stan cywilny pacjentów* a faktycznie autorka omawia stan cywilny zarówno pacjentów jak i ich rodzin/ opiekunów.

W rozdziale 7.2.9 str. 64 nie ma podstaw do wnioskowania: „*Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie w relacjach pomiędzy zespołem medycznym a świadczeniobiorcami usług...*”.

Za cenne i poprawnie metodologicznie przygotowane części pracy recenzent uważa dalsze rozdziały, w których Doktorantka analizuje akceptację choroby i przeprowadza korelację z wybranymi zmiennymi dotyczącymi oczekiwań pacjentów wobec pielęgniarek i oceną ich jakości życia, ocenia wsparcie społeczne udzielone przez lekarza, pielęgniarkę i rodzinę.

Autorka wykazała się samodzielnością i umiejętnością logicznego wnioskowania.

Skala zadowolenia z pielęgnacji Newscatle (w aneksie Satysfakcja Pacjenta z Opieki Pielęgniarskiej) powinna być ewentualnie wykorzystana w części ograniczonej do opieki domowej. Pacjenci nie mogli wyrazić swojej opinii w twierdzeniu nr 26. tego kwestionariusza: „ Dzięki pielęgniarkom na oddziale panowała miła atmosfera” ponieważ opieka była świadczona w domu. Uważam również, że opinia rodziny na ten doświadczeń związanych z opieką pielęgniariską jest bezzasadna. W tabeli 33. i omówieniu na str. 92 znajduje się błąd w wartościach: pacjent min. 6,92 i mak. 7,49 (średnia 70,62) i rodzina min. 4,5, mak. 8,22 (średnia 59,35).

Dyskusja stanowi bardzo obszerną część pracy. Na 22 stronach tekstu autorka przedstawia wyniki badań, nawiązuje do jakości opieki zdrowotnej, omawia sytuację rodziny w chorobie i zapotrzebowanie na świadczenia pielęgniarskie. Pewien niedosyt pozostawia ograniczona dyskusja wyników badań własnych w kontekście doniesień innych autorów.

Pracę kończy 8 wniosków, które nawiązują do celu pracy i hipotez badawczych. Interesujący byłby komentarz w postaci wniosku wypływającego z pracy a nawiązującego do postawionej hipotezy, że wsparcie społeczne odgrywa kluczową rolę w radzeniu sobie z chorobą.

Zamieszczone powyżej uwagi wynikają z wnikliwej analizy przedłożonego do recenzji tekstu, nie umniejszają jednak znaczenia poznawczego pracy. Wszelkie uwagi recenzenta mogłyby być wykorzystane w dalszych publikacjach autorki.

Reasumując, stwierdzam, że pomimo wielu uwag przedstawionych w recenzji, praca Pani mgr Bożeny Ewy Kopcych jest samodzielnym i oryginalnym opracowaniem.

Doktorantka wykazała się dobrą znajomością tematu rozprawy, prawidłowo sformułowała cel pracy, opracowała metodykę badań, opisała wyniki badań oraz wyciągnęła adekwatne do celu wnioski.

Stwierdzam, że praca spełnia wymogi stawiane rozprawom doktorskim i zwracam się do Wysokiej Rady Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku o dopuszczenie Pani mgr Bożeny Ewy Kopcych do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Kielce, dnia 17.05.2018 roku

dr hab. Dorota Koziel prof. UJK

PRODZIEKAN
Dorota Koziel

dr hab. n. o zdr. Dorota Koziel prof. UJK