

## ZASTOSOWANIE SKALI C-HOBIC W OCENIE GOTOWOŚCI DO WYPISU PACJENTÓW KLINIKI CHIRURGII PLASTYCZNEJ — DONIESIENIE WSTĘPNE

### Using C-HOBIC data in the assessment of readiness for discharge of patients of the clinic of plastic surgery – a preliminary report

Weronika Kiłoczko, Hanna Grabowska

Katedra Pielęgniarstwa, Gdański Uniwersytet Medyczny

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2019; 1: 12–18

Praca wpłynęła: 15.02.2019; przyjęto do druku: 11.03.2019

Adres do korespondencji:

Hanna Grabowska, Katedra Pielęgniarstwa, Gdański Uniwersytet Medyczny, ul. Dębinki 7/15, 80-211 Gdańsk, e-mail: hanna.grabowska@gumed.edu.pl

#### Streszczenie

**Cel pracy:** Celem badań była ocena gotowości do wypisu pacjentów kliniki chirurgii plastycznej.

**Materiał i metody:** Badania, którymi objęto 65 pacjentów, przeprowadzono w Klinice Chirurgii Plastycznej w Gdańsku w 2018 r. W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankietową, w której wykorzystano kwestionariusz ankiety składający się ze skali „Ocena gotowości do wypisu C-HOBIC” oraz pytań konstrukcji własnej. Do analizy statystycznej użyto pakietu statystycznego IBM SPSS 23 oraz arkusza kalkulacyjnego Excel 2013.

**Wyniki:** Większość uczestników badania potwierdziła otrzymanie świadczeń związanych z edukacją zdrowotną ( $n = 59$ ; 90,8%). Zdaniem połowy respondentów ( $n = 32$ ; 49,2%) przekazana im wiedza była wyczerpująca, natomiast w opinii 27 osób (41,5%) – umiarkowana. Uczestnicy badań byli najlepiej przygotowani do podjęcia samoopieki w zakresie przyjmowania leków zgodnie z zaleceniem, wiedzy o aktualnie przyjmowanych lekach oraz celu ich stosowania. Respondenci wykazali ograniczoną i częściową zdolność rozumienia istoty i powodów zmian zachodzących w ciele, a także wiedzę, do kogo chory powinien się zgłosić w razie nagłego zdarzenia medycznego i potrzeby pomocy w codziennych czynnościach.

**Wnioski:** Przygotowanie do wypisu pacjentów hospitalizowanych z powodu zabiegu jest niewystarczające. Znaczący wpływ na zasoby samoopiekuńcze badanych miały płeć oraz miejsce zamieszkania. Kwestionariusz oceny gotowości do wypisu C-HOBIC okazał się przydatnym narzędziem umożliwiającym zdiagnozowanie deficytów wiedzy pacjentów oraz zaplanowanie działań z zakresu edukacji zdrowotnej.

**Słowa kluczowe:** gotowość do wypisu, samoopieka, edukacja zdrowotna, skala C-HOBIC.

#### Summary

**Aim of the study:** The aim of the research was to assess the readiness for discharge of patients of the Clinic of Plastic Surgery.

**Material and methods:** The research, which included 65 patients, was carried out in the Clinic of Plastic Surgery in Gdansk in 2018. A diagnostic survey was carried out using a questionnaire, consisting of the "C-HOBIC discharge assessments" and the author's questions. In the statistical analysis IBM SPSS 23 statistical package and Excel 2013 spreadsheet were used.

**Results:** The majority of the survey participants confirmed they had been provided with services related to health education ( $n = 59$ , 90.8%). Half of the respondents ( $n = 32$ , 49.2%) believe that the education was comprehensive, while 27 survey participants (41.5%) rated it as moderate. The patients demonstrated the highest level of readiness for self-care in terms of their ability to take medications as recommended, their knowledge about the medications they are currently taking, and the purpose of their use. The respondents demonstrated a limited and partial ability to understand the nature and causes of changes in the body, as well knowing to whom the patient should turn in case of a medical emergency or when they need assistance in everyday activities.

**Conclusions:** The preparation for the discharge of patients hospitalised due to surgery is insufficient. Gender and place of residence had a significant influence on the self-care resources of the patients. The C-HOBIC readiness assessment questionnaire proved to be a useful tool for diagnosing knowledge deficits among patients and planning health education activities.

**Key words:** the readiness to discharge, self-care, health education, C-HOBIC scale.

## Wstęp

Edukacja zdrowotna i przygotowanie pacjentów do sprawowania samokontroli i samoopieki należą do kluczowych świadczeń udzielanych przez pielęgniarki, co znajduje odzwierciedlenie zarówno w międzynarodowych wytycznych [1], jak i w rodzimych dokumentach [2].

W piśmiennictwie dostępne są liczne doniesienia podkreślające konieczność włączania pacjentów oddziałów chirurgicznych w proces planowania wypisu ze szpitala. Otrzymywanie informacji od personelu medycznego stanowi niezbędny czynnik warunkujący odzyskanie przez pacjentów kontroli nad własnym życiem po zabiegu i możliwości zarządzania codziennymi czynnościami w domu. Ponadto wykazano, że deficyt wiedzy i niezbędnych umiejętności zwiększa cierpienie i niepokój pacjentów w obliczu nieznannej przyszłości [3, 4].

Samoopieka oznacza samodzielne podejmowanie przez człowieka codziennych aktywności oraz decyzji dotyczących jego zdrowia i życia. Zakres przygotowania do niej chorych jest zwykle zróżnicowany i ściśle związany z czynnikami socjodemograficznymi oraz stanem klinicznym. Na zasoby samoopiekuńcze chorych i ich zdolność do podejmowania aktywnej, efektywnej i odpowiedzialnej współpracy w szeroko rozumianym procesie terapeutycznym niebagatelny wpływ ma przygotowanie merytoryczne i metodologiczne oraz zaangażowanie personelu medycznego w edukację pacjentów i ich bliskich [4–6].

Realizowana w czasie hospitalizacji pacjentów edukacja zdrowotna powinna być zaplanowana, monitorowana i prowadzona przez wszystkich członków zespołu terapeutycznego zgodnie z ich umiejętnościami [5]. Warto zatem podkreślić znaczenie i konieczność dokonywania w praktyce pielęgniarskiej oceny posiadanych przez chorych kompetencji, w tym ich gotowości do wypisu ze szpitala oraz możliwości implementacji otrzymanych porad i zaleceń [7, 8]. W tym celu stosuje się różne narzędzia, przy czym stosunkowo często (zwłaszcza w polskim pielęgniarstwie) wykorzystuje się narzędzia autorskie, które nie zostały poddane walidacji [9–14].

W Kanadzie powstał interesujący projekt C-HOBIC (*Health Outcomes for Better Information and Care*), którego założeniem jest poprawa jakości opieki pielęgniarskiej. System C-HOBIC zawiera liczne wskaźniki projakościowe i narzędzia oceny statusu funkcjonalnego (skale ADL i IADL), samoopieki terapeutycznej/gotowości do wypisu, oceny symptomów (ból, nudności, zmęczenia, duszności, kontynencji moczu) oraz bezpieczeństwa (ryzyka upadku, ryzyka rozwoju odleżyn). Kwestionariusz oceny gotowości do wypisu został zaprojektowany przez Sidani i Doran w celu umożliwienia pacjentowi i/lub pielęgniarkę określenia poziomu samowystarczalności chorego w zakresie dbania o siebie i zarządzania zdrowiem [15, 16].

Celem badań była ocena gotowości pacjentów Kliniki Chirurgii Plastycznej w Gdańsku do wypisu, za pomocą skali C-HOBIC.

## Materiał i metody

Badaniem objęto 65 pacjentów, w tym 32 (49,2%) kobiety i 33 (50,8%) mężczyzn. Wiek chorych mieścił się w przedziale od 19 do 84 lat ( $M = 55,14$  lat;  $SD = 17,82$ ). Ponad połowę pacjentów ( $n = 42$ ; 64,6%) stanowili mieszkańcy miast. Blisko co trzeci badany miał przeprowadzony zabieg w znieczuleniu miejscowym ( $n = 44$ ; 67,7%), pozostali ( $n = 21$ ; 32,3%) – w znieczuleniu ogólnym.

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego – technikę ankietową. Posłużono się kwestionariuszem ankiety składającym się z dwóch części: skali C-HOBIC „Ocena gotowości do wypisu” zawierającej 12 pytań („Czy wie Pani/Pan, jakie leki, o jakich porach, ile razy dziennie będzie musiała/musił Pani/Pan przyjmować?”, „Czy wie Pani/Pan, dlaczego należy przyjmować te leki?”, „Czy uważa Pani/Pan, że jest w stanie przyjmować zlecone leki?”, „Czy potrafi Pani/Pan zauważyć niepokojące objawy związane ze zdrowiem/przeprowadzonym zabiegiem chirurgicznym?”, „Czy posiada Pani/Pan wiedzę, jakie czynności należy wykonać w celu kontrolowania swojego stanu zdrowia po zabiegu?”, „Czy uważa Pani/Pan, że jest w stanie przestrzegać zaleceń lekarza prowadzącego/pielęgniarki wręczającej wskazówki pielęgniarskie – w tym dotyczących postępowania z raną i zmianą opatrunków?”, „Czy potrafi Pani/Pan wykonywać samodzielnie zalecenie lekarza prowadzącego/pielęgniarki wręczającej wskazówki pielęgniarskie?”, „Czy wie Pani/Pan, jakie objawy są normą po zabiegu, który Panią/Pana dotyczy, i czy wie Pani/Pan, dlaczego tak się dzieje?”, „Czy wie Pani/Pan, do kogo może się zgłosić, gdy będzie potrzebna pomoc, np. podczas kąpienia, robienia zakupów, przygotowania posiłków?”, „Czy wie Pani/Pan, do kogo trzeba się zgłosić/pod jaki numer zadzwonić w razie nagłej potrzeby?”, „Czy jest Pani/Pan w stanie dostosować swoją pracę lub inne aktywności do obecnego stanu zdrowia?”, „Czy jest Pani/Pan w stanie sama/sam się wykąpać, zrobić zakupy, przygotować posiłek, odwiedzić przyjaciół?”) z określoną kafeterią odpowiedzi, do których respondenci ustosunkowywali się, wybierając jedną z sześciu możliwych opcji (0 – brak zdolności, 1 – ograniczona zdolność, 2 – słaba zdolność, 3 – umiarkowana zdolność, 4 – duża zdolność, 5 – bardzo duża zdolność), oraz pytań uzupełniających obejmujących dane socjodemograficzne i informacje dotyczące sytuacji zdrowotnej respondentów i ich doświadczeń związanych z edukacją zdrowotną.

W analizie statystycznej zastosowano pakiet IBM SPSS 23 oraz arkusz kalkulacyjny Excel 2013. Zmienne typu jakościowego zostały przedstawione za pomocą

liczności oraz wartości procentowych, a zmienne ilościowe zostały scharakteryzowane za pomocą średniej arytmetycznej i odchylenia standardowego. Istotność różnic pomiędzy więcej niż dwiema grupami sprawdzono, stosując nieparametryczny test istotności Kruskala-Wallisa, a istotność różnic pomiędzy dwiema grupami testem *U* Manna-Whitneya i *t*-Studenta. W celu sprawdzenia powiązania, siły i kierunku pomiędzy zmiennymi zastosowano test korelacji Spearmana. We wszystkich obliczeniach za poziom istotności przyjęto  $p \leq 0,05$ .

Badania zostały przeprowadzone w drugim półroczu 2018 r. w Klinice Chirurgii Plastycznej w Centrum Medycyny Inwazyjnej Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku. Na ich przeprowadzenie uzyskano zgodę Niezależnej Komisji Bioetycznej ds. Badań Naukowych GUMed nr NKBBN/427/2018. Wszyscy respondenci zostali poinformowani o celu badań oraz uzyskali zapewnienie o ich anonimowym i dobrowolnym charakterze.

## Wyniki

Większość uczestników badania potwierdziła otrzymanie świadczeń związanych z edukacją zdrowotną ( $n = 59$ ; 90,8%), przy czym wiedzę najczęściej przekazywali zarówno pielęgniarka, jak i lekarz ( $n = 25$ ). Udział w edukacji prowadzonej wyłącznie przez lekarza zade-

klarowało 14 osób, tylko przez pielęgniarkę – 12 osób, a 8 pacjentów otrzymało wyłącznie broszurę.

Zdaniem połowy respondentów ( $n = 32$ ; 49,2%) przekazana im wiedza była wyczerpująca, natomiast według 27 osób (41,5%) – umiarkowana. Tylko 3 osoby (4,6%) uznały jej poziom za niedostateczny i tyle samo wstrzymało się od odpowiedzi.

Poddając analizie odpowiedzi w kategoriach zawartych w „Kwestionariuszu oceny gotowości do wypisu C-HOBIC”, stwierdzono, że uczestnicy badań wykazali najwyższy poziom przygotowania do podjęcia samoopieki (tj. dużą i bardzo dużą zdolność) w zakresie zdolności przyjmowania leków zgodnie z zaleceniem ( $n = 52$ ; 80,0%), wiedzy o aktualnie przyjmowanych lekach ( $n = 50$ ; 76,9%) oraz celu przyjmowania leków ( $n = 49$ ; 75,4%). Na dalszych pozycjach znalazły się kompetencje związane z podejmowaniem codziennych aktywności ( $n = 46$ ; 70,8%), przestrzeganiem zaleceń terapeutycznych ( $n = 45$ ; 69,2%), dostrzeganiem objawów związanych ze stanem zdrowia i wykonywaniem zaleceń terapeutycznych lub aktywności (w obu przypadkach  $n = 44$ ; 67,7%), a także wiedza o tym, co zrobić w celu kontrolowania zmian ( $n = 43$ ; 66,1%).

Ograniczona i częściowa zdolność dotyczyła rozumienia istoty i powodów zmian zachodzących w ciele (odpowiednio 11 vs 3 osoby), a także wiedzy, do kogo chory powinien się zgłosić w razie nagłego zdarzenia medycznego

Tabela 1. Gotowość chorych do wypisu ze szpitala

Kategoria oceny	Brak zdolności		Ograniczona zdolność		Częściowa zdolność		Umiarkowana zdolność		Duża zdolność		Bardzo duża zdolność	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Wiedza o aktualnie przyjmowanych lekach	0	0	2	3,1	3	4,6	10	15,4	27	41,5	23	35,4
Wiedza dotycząca celu przyjmowania leków	0	0	1	1,5	5	7,7	10	15,4	26	40	23	35,4
Zdolność przyjmowania leków zgodnie z zaleceniem	0	0	0	0	1	1,5	12	18,5	26	40	26	40
Zdolność dostrzegania objawów związanych ze stanem zdrowia	0	0	2	3,1	1	1,5	18	27,7	27	41,5	17	26,2
Wiedza o tym, co zrobić, aby kontrolować zmiany	0	0	5	7,7	3	4,6	14	21,5	24	36,9	19	29,2
Zdolność przestrzegania zaleceń dotyczących leczenia	0	0	1	1,5	2	3,1	17	26,2	23	35,4	22	33,8
Zdolność wykonywania zaleceń dotyczących leczenia lub aktywności	0	0	2	3,1	1	1,5	18	27,7	24	36,9	20	30,8
Rozumienie zmian zachodzących w ciele	0	0	11	16,9	3	4,6	20	30,8	16	24,6	15	23,1
Wiedza na temat tego, do kogo się zgłosić po pomoc, jeśli jest potrzebna w codziennych czynnościach	2	3,1	9	13,8	3	4,6	14	21,5	16	24,6	21	32,3
Wiedza na temat tego, do kogo się zgłosić w razie nagłego zdarzenia medycznego	3	4,6	7	10,8	6	9,2	12	18,5	15	23,1	22	33,8
Zdolność dostosowania regularnych aktywności do zmian w ciele	0	0	7	10,8	1	1,5	19	29,2	23	35,4	15	23,1
Zdolność podejmowania codziennych aktywności	0	0	1	1,5	2	3,1	16	24,6	23	35,4	23	35,4

(7 vs 6 osób) oraz w sytuacji, gdy wymaga pomocy w codziennych czynnościach (9 vs 3 osoby). W nieco mniejszym stopniu odnosiła się też do dostosowania regularnych aktywności do zmian zachodzących w organizmie (7 vs 1 osoba). Tylko nieliczni uczestnicy badań zadeklarowali brak wiedzy o tym, do kogo należy się zgłosić po pomoc w codziennych czynnościach ( $n = 2$ ) oraz w razie nagłego zdarzenia medycznego ( $n = 3$ ). Szczegółowe odpowiedzi respondentów przedstawiono w tabeli 1.

W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej nie stwierdzono korelacji między wiekiem respondentów a udzielonymi przez nich odpowiedziami, co obrazuje tabela 2.

Uzyskane wyniki potwierdziły, że w większości ocenianych kategorii, (tj. 8 z 12) z wyjątkiem wiedzy o sposobach kontrolowania zmian, o tym, do kogo należy się zgłosić w razie nagłego zdarzenia medycznego, oraz umiejętności dostrzegania objawów związanych ze stanem zdrowia i podejmowania codziennych aktywności ( $p > 0,05$ ) (tab. 3), kobiety miały większą zdolność do samoopieki.

W dalszej kolejności przeanalizowano wpływ miejsca zamieszkania badanych na ocenę zdolności do samoopieki. Mieszkańcy miast w porównaniu z mieszkańcami wsi uzyskali istotnie wyższą ocenę w kategoriach: zdolność dostrzegania objawów związanych ze stanem zdrowia, zdolność podejmowania codziennych aktywności oraz wiedza, do kogo się zgłosić po pomoc w codziennych czynnościach. Wykonywanie zaleceń terapeutycznych lub aktywności przyjęło natomiast wartość graniczną istotności statystycznej. Wyniki analizy zawiera tabela 4.

## Dyskusja

Zaangażowanie pielęgniarek w edukację zdrowotną powinno odpowiadać potrzebom pacjentów, którzy oczekują od personelu umiejętności przekazywania

informacji medycznych [17]. Pielęgniarki najczęściej stanowią dla chorych i ich bliskich podstawowe źródło wiedzy, co znalazło częściowe potwierdzenie zarówno w badaniach własnych, jak i innych autorów [4, 13].

Konieczność zintensyfikowania działań mających na celu ocenę zapotrzebowania na ukierunkowaną edukację zdrowotną wskazali również Andruszkiewicz i wsp., którzy zastosowali „Kwestionariusz oceny gotowości do wypisu C-HOBIC” w grupie przewlekle chorych. Stwierdzili oni niewystarczające przygotowanie pacjentów hospitalizowanych z powodu chorób przewlekłych do wypisu, w tym przede wszystkim w zakresie wiedzy na temat leków, jakie powinni przyjmować. Badani wiedzieli najwięcej na temat osób czy instytucji, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku [5]. Analiza wyników uzyskanych w toku badań własnych wykazała brak zdolności pacjentów do podjęcia działań związanych ze zgłaszaniem się po pomoc w razie nagłego wypadku oraz poszukiwaniem pomocy w codziennych czynnościach. Respondenci posiadali jednak dużą wiedzę na temat aktualnie przyjmowanych leków, celu ich przyjmowania oraz stosowania ich zgodnie z zaleceniem. Stwierdzone różnice prawdopodobnie są spowodowane odmiennym charakterem i specyfiką postępowania terapeutycznego w przebiegu chorób przewlekłych w porównaniu z leczeniem chirurgicznym.

W badaniach własnych stwierdzono, że kobiety w porównaniu z mężczyznami oraz mieszkańcy miast w porównaniu z pacjentami mieszkającymi na wsi dysponują istotnie wyższym potencjałem samoopiekuńczym. Stwierdzone zależności różnią się od wyników badań Cierznikowskiej i wsp. przeprowadzonych w grupie pacjentów ze stomią. Autorki stwierdziły bowiem, że odsetek kobiet gorzej przygotowanych do samoopieki jest wprawdzie nieco wyższy niż mężczyzn, ale różnica nie osiągnęła poziomu istotności statystycznej – podobnie jak w przypadku analizy wpływu miejsca zamiesz-

**Tabela 2.** Wpływ wieku badanych na ocenę zdolności do samoopieki

Kategoria oceny	n	$\rho$	p
Wiedza o aktualnie przyjmowanych lekach	65	0,01	0,971
Wiedza dotycząca celu przyjmowania leków	65	0,03	0,796
Zdolność przyjmowania leków zgodnie z zaleceniem	65	-0,06	0,647
Zdolność dostrzegania objawów związanych ze stanem zdrowia	65	0,01	0,947
Wiedza o tym, co zrobić, aby kontrolować zmiany	65	-0,06	0,629
Zdolność przestrzegania zaleceń dotyczących leczenia	65	-0,10	0,447
Zdolność wykonywania zaleceń dotyczących leczenia lub aktywności	65	-0,19	0,129
Rozumienie zmian zachodzących w ciele	65	-0,03	0,797
Wiedza na temat tego, do kogo się zgłosić po pomoc, jeśli jest potrzebna w codziennych czynnościach	65	-0,04	0,758
Wiedza na temat tego, do kogo się zgłosić w razie nagłego zdarzenia medycznego	65	-0,02	0,864
Zdolność dostosowania regularnych aktywności do zmian w ciele	65	0,17	0,182
Zdolność podejmowania codziennych aktywności	65	-0,06	0,639

Tabela 3. Ocena gotowości do wypisu a płeć respondentów

Kategoria oceny	n	M	SD	t	df	p
Wiedza o aktualnie przyjmowanych lekach						
Kobieta	32	4,28	0,85	2,19	63	0,032
Mężczyzna	33	3,76	1,06			
Wiedza dotycząca celu przyjmowania leków						
Kobieta	32	4,25	0,88	2,07	63	0,043
Mężczyzna	33	3,76	1,03			
Zdolność przyjmowania leków zgodnie z zaleceniem						
Kobieta	32	4,44	0,67	2,67	63	0,010
Mężczyzna	33	3,94	0,83			
Zdolność dostrzegania objawów związanych ze stanem zdrowia						
Kobieta	32	4,00	0,94	1,18	63	0,242
Mężczyzna	33	3,73	0,94			
Wiedza o tym, co zrobić w celu kontrolowania zmian						
Kobieta	32	3,94	1,13	1,26	63	0,211
Mężczyzna	33	3,58	1,17			
Zdolność przestrzegania zaleceń dotyczących leczenia						
Kobieta	32	4,31	0,64	3,11	63	0,003
Mężczyzna	33	3,64	1,06			
Zdolność wykonywania zaleceń dotyczących leczenia lub aktywności						
Kobieta	32	4,41	0,61	4,75	63	0,000
Mężczyzna	33	3,42	1,00			
Rozumienie zmian zachodzących w ciele						
Kobieta	32	3,69	1,18	2,21	63	0,031
Mężczyzna	33	2,94	1,42			
Wiedza, do kogo się zgłosić po pomoc, gdy jest potrzebna w codziennych czynnościach						
Kobieta	32	3,88	1,39	2,18	63	0,033
Mężczyzna	33	3,09	1,51			
Wiedza, do kogo się zgłosić w razie nagłego zdarzenia medycznego						
Kobieta	32	3,66	1,68	1,01	63	0,317
Mężczyzna	33	3,27	1,38			
Zdolność dostosowania regularnych aktywności do zmian w ciele						
Kobieta	32	3,88	1,18	1,99	63	0,050
Mężczyzna	33	3,30	1,13			
Zdolność podejmowania codziennych aktywności						
Kobieta	32	4,16	0,95	1,33	63	0,187
Mężczyzna	33	3,85	0,91			

kania na zakres samoopieki badanych. W odniesieniu do analizy wpływu wieku respondentów na ich zdolność do samoopieki zarówno w badaniach Cierzniańskiej i wsp., jak i własnych nie stwierdzono natomiast takiej zależności [10].

Analiza odpowiedzi pacjentów oddziałów chirurgicznych pozwala na sformułowanie wniosku dotyczącego niepełnego przygotowania chorych do podejmowania aktywności samoopiekuńczych po zabiegu [10–14]. Wprawdzie w badaniach Cierzniańskiej oraz Myszone-Tarnowskiej odsetek zadowolonych z edukacji pacjentów wahał się między 70% a 80% [10, 13], ale w badaniach własnych niespełna połowa uczestników zgodziła się z opinią, że otrzymane informacje były wy-

czepujące. Postuluje się zatem, aby proces edukacji rozpoczął się w okresie przedoperacyjnym, co zwiększy szansę chorych na efektywne funkcjonowanie po zabiegu i po wypisie ze szpitala oraz przyczyni się do obniżenia kosztów leczenia i ryzyka powikłań [10–12, 14, 18].

Wydaje się zasadne zachęcanie pielęgniarek do stosowania dostępnych narzędzi oceniających gotowość do wypisu wśród pacjentów oddziałów chirurgicznych. Pozwoliłoby to zidentyfikować obszary, w których pacjenci odczuwają największy deficyt, i w konsekwencji umożliwiłoby zaplanowanie ukierunkowanej i indywidualizowanej edukacji zdrowotnej [7, 8, 19]. Uniwersalny charakter wykorzystanego w niniejszym opracowaniu kwestionariusza jest w tym kontekście ogromną zaletą.

Tabela 4. Wpływ miejsca zamieszkania na zdolność do samoopieki

Kategoria oceny	n	M	SD	z	p
Wiedza o aktualnie przyjmowanych lekach					
Miasto	42	4,12	0,94	1,10	0,273
Wieś	23	3,83	1,07		
Wiedza dotycząca celu przyjmowania leków					
Miasto	42	4,07	1,00	0,93	0,351
Wieś	23	3,87	0,97		
Zdolność przyjmowania leków zgodnie z zaleceniem					
Miasto	42	4,29	0,77	1,40	0,161
Wieś	23	4,00	0,80		
Zdolność dostrzegania objawów związanych ze stanem zdrowia					
Miasto	42	3,98	1,05	1,96	0,050
Wieś	23	3,65	0,65		
Wiedza o tym, co zrobić w celu kontrolowania zmian					
Miasto	42	3,86	1,26	1,61	0,108
Wieś	23	3,57	0,95		
Zdolność przestrzegania zaleceń dotyczących leczenia					
Miasto	42	4,10	0,93	1,58	0,113
Wieś	23	3,74	0,92		
Zdolność wykonywania zaleceń leczenia lub aktywności					
Miasto	42	4,02	1,09	1,93	0,053
Wieś	23	3,70	0,63		
Rozumienie dlaczego doświadczasz zmian w ciele					
Miasto	42	3,48	1,31	1,23	0,218
Wieś	23	3,04	1,40		
Wiedza do kogo się zgłosić po pomoc gdy jest potrzebna w codziennych czynnościach					
Miasto	42	3,76	1,49	2,52	0,012
Wieś	23	2,96	1,36		
Wiedza do kogo się zgłosić w razie nagłego zdarzenia medycznego					
Miasto	42	3,64	1,57	1,63	0,104
Wieś	23	3,13	1,42		
Zdolność dostosowania regularnych aktywności do zmian w ciele					
Miasto	42	3,71	1,25	1,63	0,102
Wieś	23	3,35	1,03		
Zdolność podejmowania codziennych aktywności					
Miasto	42	4,14	0,95	1,96	0,050
Wieś	23	3,74	0,86		

## Wnioski

Ogólne przygotowanie do wypisu pacjentów hospitalizowanych z powodu zabiegu okazało się niewystarczające.

Uczestnicy badań wykazali najwyższy poziom przygotowania do podjęcia samoopieki w zakresie zdolności przyjmowania leków zgodnie z zaleceniem, wiedzy o aktualnie przyjmowanych lekach oraz celu przyjmowania leków.

Kobiety i mieszkańcy miast byli w większym stopniu gotowi do wypisu.

Kwestionariusz oceny gotowości do wypisu C-HOBIC okazał się przydatnym narzędziem umożliwiającym

zdiagnozowanie deficytów wiedzy pacjentów oraz zaplanowanie działań z zakresu edukacji zdrowotnej.

*Autorki deklarują brak konfliktu interesów.*

## Piśmiennictwo

1. Wytyczne Europejskiej Federacji Stowarzyszeń Pielęgniarek dotyczące wdrożenia Artykułu 31 Dyrektywy w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych 2005/36/EC, z poprawkami wprowadzonymi przez Dyrektywę 2013/55/EU [http://www.efnweb.be/wp-content/uploads/EFN-Competency-Framework-19-05-2015.pdf?fbclid=IwAR07muZvTDKSpXf2ojkABhlaVJRazZglgClu2OqZAAtKYUkz3KGtr5w\_gBl (dostęp: 16.01.2019)].

2. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2007 r. Nr 210 poz. 1540).
3. 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.
4. Grochans E, Czekala I, Kuczyńska M i wsp. Ocena przygotowania pacjentów z drenażem klatki piersiowej do samoopieki. *Piel Chir Angiol* 2011; 2: 76-81.
5. Andruszkiewicz A, Kubica A, Nowik M i wsp. Ocena gotowości do wypisu z chorobami przewlekłymi. *Zdr Publ Zarz* 2016; 14: 44-52.
6. Grabowska H, Nowakowska H, Grabowski W, Gaworska-Krzemińska A. Funkcja wychowawcza pielęgniarki w aspekcie ICNP. *Pielęg Pol* 2017; 65: 552-557.
7. Kaya S, Sain Guven G, Teleş M i wsp. Validity and reliability of the Turkish version of the readiness for hospital discharge scale/short form. *J Nurs Manag* 2018; 26: 295-301.
8. Nurhayati N, Songwathana P, Vachprasit R. Surgical patients' experiences of readiness for hospital discharge and perceived quality of discharge teaching in acute care hospitals. *J Clin Nurs* 2018. doi: 10.1111/jocn.14764. [Epub ahead of print]
9. Galvin EC, Wills T, Coffey A. Readiness for hospital discharge: A concept analysis. *J Adv Nurs* 2017; 73: 2547-2557.
10. Cierzniańska K, Kozłowska E, Szewczyk MT. Analiza deficytu samoopieki u chorych ze stomią w oparciu o teorię pielęgniarstwa Dorothy Orem. *Piel Chir Angiol* 2007; 1: 16-22.
11. Kózka M, Bazaliński D, Cipora E. Przygotowanie chorego z przetoką jelitową do samoopieki z uwzględnieniem powikłań dermatologicznych i chirurgicznych. *Piel Chir Angiol* 2010; 2: 57-62.
12. Ponczek D, Rozwora A. Ocena przystosowania się do życia chorych z kolostomią. *Piel Chir Angiol* 2011; 3: 140-148.
13. Myszona-Tarnowska M, Gotlib J. Ocena wiedzy pacjentów po zabiegu wszczepienia pomostów aortalno-wierćcowych na temat samoopieki po operacji. *Piel Chir Angiol* 2013; 4: 148-154.
14. Walewska E, Nowak A, Ścisto L i wsp. Przygotowanie chorego do samoopieki po radykalnym usunięciu pęcherza moczowego. *Probl Pielęg* 2013; 21: 72-78.
15. Hannah K, White PA, Kennedy MA. C-HOBIC – Standardized Information to Support Clinical Practice and Quality Patient Care across Canada. *Nurs Inform* 2012; 2012: 142.
16. Andruszkiewicz A. Studium przypadku HOBIC. W: E-zdrowie. Wprowadzenie do informatyki w pielęgniarstwie. Kilańska D, Grabowska H, Gaworska-Krzemińska A (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2018; 236-265.
17. Kapała W, Skrobisz J. Oczekiwania pacjentów hospitalizowanych w oddziale chirurgii trybem planowym względem zespołu lekarskiego, pielęgniarskiego i warunków lokalowych. *Now Lek* 2006; 75: 351-358.
18. Changsuphan S, Kongvattananon P, Somprasert C. Patient readiness for discharge after total hip replacement: an integrative review. *J Health Research* 2018; 32: 164-171.
19. Ubbink DT, Tump E, Koenders JA i wsp. Which Reasons Do Doctors, Nurses, and Patients Have for Hospital Discharge? A Mixed-Methods Study. *PLoS ONE* 2014; 9: 91333.