

Uniwersytet Jagielloński  
Collegium Medicum  
Wydział Nauk o Zdrowiu

Agnieszka Kruszecka-Krówka

Satysfakcja rodziców dzieci hospitalizowanych w oddziałach  
pediatrycznych z opieki pielęgniarskiej

*Praca doktorska*

**Promotor:**

dr hab. n. o zdr. Agnieszka Gniadek, prof. UJ

**Promotor pomocniczy:**

dr n. med. Grażyna Cepuch

**Pracę wykonano:**

w Zakładzie Pielęgniarstwa Klinicznego UJCM

**Kierownik jednostki:**

dr hab. n. hum. Maria Kózka, prof. UJ

Kraków 2020

**Pani Profesor Agnieszce Gniadek**  
Promotorowi mojej pracy doktorskiej  
składam serdeczne podziękowania  
za motywowanie do działania,  
okazaną życzliwość oraz cenne uwagi  
w trakcie pisania mojej pracy.

**Pani Profesor Marii Kózce**  
oraz **dr Grażynie Cepuch,**  
serdecznie dziękuję za wszelkie okazane wsparcie.

Serdecznie Dziękuję **Pani dr Ewie Smoleń** oraz  
**Pani dr Krystynie Piskorz-Ogórek**  
za inspirację, pomoc  
w pozyskaniu zgody na realizację badania  
oraz udział w jego realizacji na terenie  
województw podkarpackiego i warmińsko-mazurskiego.

**Bartłomiejowi Sosenko** składam serdeczne podziękowania  
za przyjacielskie, wszechstronne wsparcie, nieustanne inspirowanie  
do rozwoju oraz niocenioną pomoc techniczną.

**Zespołowi Pielęgniarstwa Pediatrycznego UJCM**  
dziękuję za współpracę w realizacji badania w placówkach krakowskich.

## Spis treści

Wstęp.....	6
------------	---

### Rozdział 1

Dziecko w systemie opieki zdrowotnej w Polsce .....	8
1.1. Organizacja instytucjonalnej opieki zdrowotnej nad dziećmi.....	8
1.1.1. Zakres i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych.....	8
1.1.2. Opieka nad dziećmi w ramach krajowej sieci szpitali .....	10
1.1.3. Dane epidemiologiczne z zakresu opieki zdrowotnej nad dziećmi w Polsce .....	12
1.2. Podstawy prawne i etyczne hospitalizacji dzieci.....	19
1.3. Specyfika rozwojowa dziecka jako czynnik determinujący planowanie opieki pielęgniarskiej w oddziałach pediatrycznych.....	23
1.4. Specyfika pracy pielęgniarskiej w oddziałach pediatrycznych .....	28

### Rozdział 2

Satysfakcja rodziców z opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem w oddziałach pediatrycznych .....	32
2.1. Pojęcie satysfakcji z opieki w kontekście zapewnienia jakości w podmiotach leczniczych .....	32
2.2. Pomiar satysfakcji z opieki pielęgniarskiej .....	34
2.3. Przegląd wybranych narzędzi do oceny satysfakcji rodziców z opieki nad dzieckiem .....	37
2.4. Determinanty satysfakcji z opieki medycznej .....	42
2.5. Jakość opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem z perspektywy rodzica.....	43
2.5.1. Sytuacja rodziców oraz rodziny w aspekcie choroby i hospitalizacji dziecka .....	43
2.5.2. Satysfakcja rodziców z opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem.....	45

### Rozdział 3

Metodologiczne podstawy badań własnych.....	47
3.1. Cel pracy i problemy badawcze.....	47

3.2. Hipotezy badawcze.....	48
3.3. Metody i narzędzia badawcze.....	49
3.4. Materiał badawczy.....	52
3.4.1. Teren i zakres badań .....	52
3.4.2. Grupa badana i warunki rekrutacji do grupy .....	54
3.5. Organizacja i przebieg badania.....	55
3.6. Opracowanie statystyczne wyników .....	57
Rozdział 4	
Wyniki badań .....	59
4.1. Charakterystyka badanej grupy .....	59
4.2. Satysfakcja rodziców z opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem .....	63
4.2.1. Satysfakcja rodziców z opieki pielęgniarskiej w poszczególnych szpitalach. ....	69
4.2.2. Satysfakcja rodziców z opieki a poziom zabezpieczenia zdrowotnego szpitala .....	78
4.2.3. Satysfakcja rodziców z opieki a rodzaj oddziału.....	82
4.2.4. Satysfakcja rodziców z opieki a okres rozwojowy hospitalizowanych dzieci .....	83
4.2.5. Satysfakcja rodziców z opieki a tryb przyjęcia dzieci do szpitala.....	87
4.2.6. Satysfakcja rodziców z opieki a przyczyna hospitalizacji dzieci .....	89
4.2.7. Satysfakcja rodziców z opieki a obecność chorób współistniejących u dzieci .....	93
4.2.8. Satysfakcja rodziców z opieki a czas hospitalizacji dzieci.....	94
4.2.9. Satysfakcja rodziców z opieki a liczba hospitalizacji dzieci .....	98
4.2.10. Satysfakcja z opieki a płeć rodziców .....	100
4.2.11. Satysfakcja z opieki a wiek rodziców .....	101
4.2.12. Satysfakcja z opieki a miejsce zamieszkania rodziców .....	103
4.2.13. Satysfakcja z opieki a wykształcenie rodziców .....	104
4.2.14. Satysfakcja rodziców z opieki a liczba posiadanych dzieci.....	107
4.3. Ogólna satysfakcja rodziców z opieki vs. poziom satysfakcji w kryteriach głównych....	110

## Rozdział 5

Dyskusja .....	113
5.1. Satysfakcja rodziców z opieki pielęgniarskiej.....	113
5.1.1. <i>Informacja</i> .....	114
5.1.2. <i>Opieka i leczenie</i> .....	115
5.1.3. <i>Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece</i> .....	117
5.1.4. <i>Profesjonalizm/Profesjonalne podejście</i> .....	119
5.2. Satysfakcja rodziców z opieki pielęgniarskiej a miejsce hospitalizacji dzieci, poziom zabezpieczenia zdrowotnego szpitala oraz rodzaj oddziału .....	120
5.3. Satysfakcja rodziców z opieki pielęgniarskiej a wiek dzieci, tryb przyjęcia do szpitala, przyczyna oraz czas hospitalizacji.....	122
5.4. Satysfakcja z opieki pielęgniarskiej a płeć, wiek, poziom wykształcenia rodziców oraz liczba posiadanych dzieci .....	127
5.5. Ogólny satysfakcja rodziców z opieki vs. satysfakcja w kryteriach głównych.....	130
5.6. Ograniczenia badania .....	132

## Rozdział 6

Wnioski .....	134
Streszczenie.....	135
Summary .....	138
Piśmiennictwo .....	141
Wykaz tabel.....	165
Wykaz rycin .....	166
Aneks.....	167

## Wstęp

Konieczność leczenia szpitalnego może stanowić trudne, niezrozumiałe a nawet traumatyczne doświadczenie dla dziecka w każdym z okresów rozwojowych. Wobec tego, pacjent pediatryczny potrzebuje specyficznych warunków hospitalizacji, zindywidualizowanego podejścia zespołu medycznego, a także współuczestnictwa rodziców w opiece na każdym etapie procesu terapeutycznego.

Rodzice w szpitalu stają się ważnym ogniwem zespołu terapeutycznego, odgrywając niezastąpioną rolę w adaptacji pacjenta zarówno do ograniczeń związanych z chorobą i terapią, jak również do warunków szpitalnych. Respektowanie potrzeb dziecka w trakcie choroby i hospitalizacji, a także ochrona praw przynależnych jego opiekunom, są zagwarantowane w ustawodawstwie krajowym oraz w dokumentach międzynarodowych. Stanowią tym samym podstawę dla realizacji holistycznej opieki pielęgniarskiej uwzględniającej przeciwdziałanie jatrogenii.

Zatem, dążenie do zapewnienia dziecku wysokiej jakości usług pielęgniarskich w trakcie hospitalizacji wymaga nie tylko koncentracji na jego problemach zdrowotnych i rozwojowych, ale także uwzględnienia uwarunkowań rodzinnych i kontekstu społecznego w planowaniu świadczeń. Dla pacjenta i jego rodziców/rodziny jakość usług medycznych, w tym i pielęgniarskich, oznacza przede wszystkim subiektywne poczucie satysfakcji/zadowolenia z opieki.

Ocena satysfakcji z opieki pielęgniarskiej jest kluczowym elementem ewaluacji ogólnej jakości usług w jednostkach opieki medycznej. Stanowi różnicę pomiędzy oczekiwaniami pacjenta lub jego rodziny dotyczących świadczeń pielęgniarskich, a percepcją opieki, która faktycznie została zrealizowana. W przypadku pacjentów pediatrycznych oceny satysfakcji/zadowolenia z otrzymanych usług dokonują zwykle rodzice obecni wraz z dziećmi w czasie hospitalizacji, współuczestniczący zarówno w opiece, jak i w procesie podejmowania decyzji z nią związanych.

Oczekiwania rodziców wobec poszczególnych elementów opieki pielęgniarskiej mogą być zróżnicowane i warunkowane wieloczynnikowo. W piśmiennictwie naukowym akcentuje się szczególną rolę pacjentów i ich rodzin w ocenie przede wszystkim interpersonalnego aspektu

opieki wskazując, iż opinie świadczeniobiorców o otrzymanych usługach stanowią podstawę dla optymalizacji jakości świadczeń medycznych, w tym i działań pielęgniarских.

## **Rozdział 1**

### **Dziecko w systemie opieki zdrowotnej w Polsce**

#### **1.1. Organizacja instytucjonalnej opieki zdrowotnej nad dziećmi**

Współczesne systemy opieki zdrowotnej cechuje profesjonalizm, złożoność form pomocy, nieustanny rozwój, konkurencyjność oraz odejście od przedmiotowego traktowania pacjenta i jego rodziny do upodmiotowienia. W równym stopniu zmiany te dotyczą opieki nad pacjentem dorosłym oraz nad dzieckiem. Choć początki rozwoju instytucjonalnych form opieki dowodzą niskiej pozycji dziecka, zarówno w rodzinie jak i w społeczeństwie, postęp intelektualny, technologiczny oraz kulturowy na przestrzeni wieków sprawił, że obecnie „dziecko stanowi wartość, jakiej jeszcze nigdy w dziejach historii nie miało” [1]. Opieka nad pacjentem pediatrycznym wymaga kompleksowego podejścia do jego problemów zdrowotnych i rozwojowych z uwzględnieniem jego sytuacji rodzinnej w planowaniu działań [2]. Doskonalenie jakości opieki zdrowotnej nad dziećmi w Polsce zmierza do poprawy dostępu do świadczeń zdrowotnych, zapewnienia optymalnych warunków opieki ambulatoryjnej i stacjonarnej, a także możliwości kontynuacji terapii rozpoczętej w procesie hospitalizacji w ramach wielospecjalistycznego lecznictwa otwartego [3, 4].

##### **1.1.1. Zakres i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych**

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wraz z późniejszymi zmianami, określa zakres i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych w Polsce. Do korzystania ze świadczeń gwarantowanych ustawowo uprawnione są wszystkie osoby objęte powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym oraz inne osoby, posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej - na podstawie właściwych regulacji prawnych [5, 6]. Świadczenia gwarantowane dzieciom obejmują przede wszystkim podstawową opiekę zdrowotną, w tym szczepienia ochronne [7], leczenie szpitalne, opiekę stomatologiczną [8], ambulatoryjną opiekę specjalistyczną [9], świadczenia rehabilitacji leczniczej [10], leczenie uzdrowiskowe, świadczenia z zakresu ratownictwa medycznego, a także inne formy opieki i leczenia [3]. Ponadto, dzieci i młodzież szkolna objęte są profilaktyczną opieką zdrowotną nad uczniami [11] oraz mają prawo do świadczeń zdrowotnych podczas pobytu

w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej lub Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu (European Free Trade Association - EFTA) na podstawie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) [12].

Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. [13] wprowadziła zmiany klasyfikacji podmiotów leczniczych w Polsce, wyodrębniając trzy rodzaje działalności:

- stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne – szpitalne;
- stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne - inne niż szpitalne (zakłady opiekuńczo-lecznicze, pielęgnacyjno-opiekuńcze, zakłady rehabilitacji leczniczej, hospicja);
- ambulatoryjne świadczenia zdrowotne - przychodnie, poradnie, ośrodki zdrowia, zakłady diagnostyczne, medyczne laboratoria diagnostyczne, lecznice lub ambulatoria z izbą chorych [13].

Ambulatoryjna opieka zdrowotna obejmuje udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej osobom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych [5]. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne dotyczą podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej. Ich realizacja może odbywać się w pomieszczeniach zakładu leczniczego lub w miejscu pobytu pacjenta [13]. Podstawowa opieka zdrowotna (POZ) dotyczy profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz pielęgnacyjnych świadczeń zdrowotnych z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej i pediatrii. Część ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych realizowanych ze środków publicznych wymaga skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego [5].

Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, inne niż szpitalne, polegają przede wszystkim na udzielaniu całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych, rehabilitacyjnych, usprawniających i edukacyjnych. Obejmują również przygotowanie pacjenta i jego bliskich do samoopieki oraz samopielęgnacji w warunkach domowych. W ramach tych świadczeń realizowana jest wszechstronna opieka psychologiczna i społeczna nad pacjentami znajdującymi się w stanie terminalnym i ich rodzinami [13].

Świadczenia szpitalne stanowią wykonywane całodobowo kompleksowe świadczenia zdrowotne, jak: diagnozowanie, leczenie, pielęgnowanie oraz rehabilitacja, które nie mogą być realizowane w ramach innych rodzajów działalności leczniczej. Udzielane są w ramach szpitali

ogólnych, psychiatrycznych oraz uzdrowiskowych [13]. Sposób kierowania i kwalifikowania pacjentów do szpitali uzdrowiskowych określa odrębny akt wykonawczy [14].

### **1.1.2. Opieka nad dziećmi w ramach krajowej sieci szpitali**

Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. [15] wprowadziło w Polsce krajową sieć szpitali, określając także ich poziomy referencyjne w zależności od udzielanych przez nie świadczeń zdrowotnych. Pierwszy poziom referencyjny obejmował szpitale udzielające świadczeń zdrowotnych w czterech podstawowych specjalnościach medycznych: chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, położnictwa i ginekologii oraz pediatrii, a także z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii. Drugi poziom referencyjny dotyczył szpitali wojewódzkich, które udzielały świadczeń zdrowotnych w zakresie takim samym jak szpitale pierwszego poziomu referencyjnego, dodatkowo zapewniając świadczenia w co najmniej czterech z spośród specjalności, jak: kardiologia, neurologia, dermatologia, patologia ciąży i noworodka, okulistyka, laryngologia, chirurgia urazowa, urologia, neurochirurgia, chirurgia dziecięca oraz chirurgia onkologiczna. Szpitale drugiego stopnia referencyjności mogły także realizować świadczenia zdrowotne w zakresie ambulatoryjnych zabiegów operacyjnych, diagnostyki oraz opieki psychiatrycznej. Trzeci poziom referencyjny obejmował szpitale kliniczne państwowych uczelni medycznych lub państwowych uczelni prowadzących działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, a także jednostki badawczo-rozwojowe podległe Ministrowi Zdrowia i Opieki Społecznej. Szpitale kliniczne udzielały świadczeń zdrowotnych w zakresie trzeciego poziomu referencyjnego w obszarze większym niż jedno województwo, natomiast jednostki badawczo-rozwojowe podległe Ministrowi Zdrowia i Opieki Społecznej udzielały świadczeń zdrowotnych na terenie całego kraju [15].

Kolejną reformę organizacji opieki szpitalnej, w tym szpitalnej opieki pediatrycznej, zapoczątkowała Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Wprowadzono pojęcie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, który gwarantuje świadczeniobiorcom dostęp do opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego, świadczeń wysokospecjalistycznych, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanej w poradniach przyszpitalnych, rehabilitacji leczniczej, programów lekowych, leków stosowanych w chemioterapii, a także nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej [3]. W ramach systemu

wyróżniono podstawowe poziomy zabezpieczenia zdrowotnego - szpitale I, II i III stopnia, a także specjalistyczne poziomy zabezpieczenia - szpitale onkologiczne lub pulmonologiczne, szpitale pediatryczne oraz szpitale ogólnopolskie [4]. Poziomy systemu zabezpieczenia wyznaczono na podstawie rodzaju udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej i określono przez wskazanie profili lub komórek organizacyjnych, w których są one realizowane w trybie hospitalizacji [3].

Poziom szpitali I stopnia obejmuje profile: chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych, położnictwa i ginekologii, neonatologii (jeden z poziomów referencyjnych), a także pediatrii. W ramach poziomu szpitali II stopnia wskazano profile: chirurgii dziecięcej, chirurgii plastycznej, kardiologii, neurologii, okulistyki, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, otolaryngologii, reumatologii oraz urologii. Poziom szpitali III stopnia obejmuje profile: chirurgii klatki piersiowej oraz chirurgii klatki piersiowej dla dzieci, chirurgii naczyniowej, chorób płuc oraz chorób płuc dla dzieci, chorób zakaźnych oraz chorób zakaźnych dla dzieci, kardiochirurgii oraz kardiochirurgii dla dzieci, nefrologii oraz nefrologii dziecięcej, neurochirurgii oraz neurochirurgii dziecięcej, neurologii dla dzieci, okulistyki dla dzieci, ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci, otolaryngologii dla dzieci, toksykologii klinicznej oraz toksykologii klinicznej dla dzieci, transplantologii klinicznej oraz transplantologii klinicznej dla dzieci, a także urologii dziecięcej. Poziom szpitali onkologicznych obejmuje profile brachyterapii, ginekologii onkologicznej, chemioterapii, chirurgii onkologicznej oraz chirurgii onkologicznej dla dzieci, hematologii, hematologii i onkologii dziecięcej, onkologii klinicznej, radioterapii, terapii izotopowej, transplantologii klinicznej oraz transplantologii klinicznej dla dzieci. W ramach poziomu szpitali pulmonologicznych wyróżniono profile: chemioterapii, chirurgii klatki piersiowej oraz chirurgii klatki piersiowej dla dzieci, chorób płuc oraz chorób płuc dla dzieci. Z kolei poziom szpitali pediatrycznych uwzględnia wszystkie profile systemu zabezpieczenia dla dzieci w zakresie leczenia szpitalnego, a poziom szpitali ogólnopolskich - wszystkie profile systemu zabezpieczenia w zakresie leczenia szpitalnego [3].

Po spełnieniu warunków określonych ustawą, świadczeniodawca zostaje zakwalifikowany do jednego z poziomów systemu zabezpieczenia zdrowotnego na okres czterech lat, biorąc pod uwagę przede wszystkim minimalną liczbę wskazanych profili systemu [3, 4].

Poprzez wprowadzenie reformy systemu szpitalnictwa dążono do optymalizacji liczby oddziałów specjalistycznych oraz zapewnienia ciągłości i kompleksowości udzielania świadczeń, także dzięki zabezpieczeniu ich finansowania [3, 4]. Jednak w obliczu rosnącej konkurencji na rynku usług zdrowotnych, coraz więcej uwagi koncentruje się nie tylko na ofercie medycznej

podmiotu leczniczego, która bywa niewystarczająca do pozyskiwania i utrzymywania pacjentów, ale także na dążeniu do zapewnienia wysokiej jakości udzielanych świadczeń, zarówno z punktu widzenia świadczeniodawcy, jak i świadczeniobiorcy i jego rodziny [16].

### **1.1.3. Dane epidemiologiczne z zakresu opieki zdrowotnej nad dziećmi w Polsce**

Profilaktyczna, powszechna opieka zdrowotna nad dziećmi stanowi jeden z najistotniejszych aspektów ochrony zdrowia, zapewniając możliwość wczesnego wykrycia nieprawidłowości, a także niwelowania bądź ograniczenia ich długofalowych konsekwencji dla pacjenta. Kluczowe ogniwo systemu ochrony zdrowia stanowią więc podstawowa opieka medyczna oraz ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Do szpitala dzieci przyjmowane są tylko wtedy, gdy nie jest możliwe ich leczenie w warunkach domowych, ambulatoryjnych lub w ramach oddziałów pobytu dziennego [17].

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) w 2016 r. we wszystkich placówkach ambulatoryjnej opieki medycznej w Polsce udzielono ponad 320,3 mln porad. Około 21,2% wszystkich świadczeń zrealizowanych w ramach POZ dotyczyło grupy dzieci i młodzieży. Odsetek porad specjalistycznych wobec pacjentów do 18. r.ż. wyniósł 12,8%. Podobną sytuację odnotowano w latach 2017-2018: odsetek świadczeń udzielonych dzieciom i młodzieży w ramach POZ wyniósł kolejno 21,5% i 21,4%, z kolei w zakresie opieki specjalistycznej - 12,9% i 12,6%. W okresie od 2016 r. do 2018 r. około 28,5% - 29% porad stomatologicznych dotyczyło pacjentów pediatrycznych [18-20].

W ramach polskiego ratownictwa medycznego w 2016 r. zrealizowano około 3,2 mln wyjazdów, z czego około 6,3% dotyczyła dzieci i młodzieży do 18. r.ż. Szpitalne oddziały ratunkowe (SOR) zapewniały świadczenia zdrowotne w trybie ambulatoryjnym, leczenia jednego dnia oraz stacjonarnym (powyżej 24 godzin). W izbie przyjęć lub w SOR pomocy medycznej w trybie ambulatoryjnym udzielono około 4,6 mln osób, z czego pacjenci do 18. r.ż. stanowili 19,4%. Szpitalne oddziały ratunkowe w trybie stacjonarnym udzieliły pomocy 83,8 tys. osób, a udział dzieci i młodzieży w tej grupie wynosił 8,9%. Pacjenci pediatryczni znacznie częściej korzystali z pomocy SOR, niż z innych form pomocy doraźnej. Podobną sytuację odnotowano w roku 2018 - wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego dotyczące dzieci i młodzieży

stanowiły 6% świadczeń, natomiast pomoc udzielona w trybie ambulatoryjnym w grupie pacjentów do 18. r.ż. - 20,2% [18, 19, 21].

Zarówno w 2016 r., jak i w 2017 r. we wszystkich szpitalach ogólnych w Polsce hospitalizowanych było około 7,8 mln pacjentów, z czego kolejno 17,4% i 17,6% stanowiły dzieci i młodzież do 18. r.ż. Oddziały pediatryczne obejmowały 5,3% (9,8 tys.) wszystkich łóżek w leczeniu stacjonarnym. W 2016 roku leczonych stacjonarnie w oddziałach pediatrycznych szpitali ogólnych było 446,5 tys. pacjentów. Hospitalizacje dzieci odbywały się także w oddziałach neonatologii, chirurgii dziecięcej oraz specjalistycznych oddziałach zachowawczych i zabiegowych. W latach 2016 - 2017 liczba leczonych pacjentów w odniesieniu do średniej liczby łóżek w oddziałach była zbliżona i wyniosła kolejno 46 i 45,7 dla oddziałów pediatrycznych oraz 67 i 66,8 dla oddziałów chirurgii dziecięcej [18, 19].

W roku 2018 w oddziałach pediatrycznych oraz chirurgii dziecięcej hospitalizowanych było kolejno 424,7 tys. oraz 132,6 tys. pacjentów. Liczba leczonych dzieci w odniesieniu do liczby łóżek wyniosła 44,7 dla oddziałów pediatrycznych oraz 65,6 dla chirurgicznych [22].

Średni czas pobytu chorego w oddziale szpitalnym w roku 2016 wyniósł w skali kraju 5,3 dnia i nie zmienił się w roku 2017. Od początku lat 90. obserwuje się wyraźne skrócenie czasu hospitalizacji pacjentów w wieku do 19. r.ż. Dla oddziałów pediatrycznych średnia liczba dni pobytu pacjenta w latach 2016-2017 wyniosła 4, natomiast dla oddziałów chirurgii dziecięcej 3 dni w 2016 r. oraz 2,9 dnia w 2017 r. Dla porównania, średni okres hospitalizacji dzieci i młodzieży w Polsce w 1990 r. wynosił 12 dni, natomiast w 1999 r. - 7 dni [23]. Na przestrzeni lat obserwuje się także systematyczny wzrost udziału rodziców w hospitalizacji dzieci [24].

Najczęstszym wskazaniem do hospitalizacji dzieci w Polsce były choroby układu oddechowego, które stanowiły główną przyczynę przyjęcia do szpitala pacjentów w wieku od 1. r.ż. do 4. r.ż. Choroby dolnych dróg oddechowych stanowiły najczęstszą przyczynę hospitalizacji dzieci w oddziałach pediatrycznych szpitali o różnym poziomie zabezpieczenia zdrowotnego [23, 25]. Odnotowano także utrzymujący się wzrost częstości hospitalizacji dzieci i młodzieży z powodu urazów, zatruc oraz innych określonych skutków działania czynników zewnętrznych. W 2017 r. stanowiły one najczęstszą przyczynę hospitalizacji dzieci powyżej 4. r.ż. [23]. Wykazano również wzrost udziału niemowląt w tej grupie pacjentów [26]. Częstymi przyczynami hospitalizacji dzieci były także choroby zakaźne i pasożytnicze, choroby układu

pokarmowego, a także stany patologiczne noworodka (choroby rozpoczynające się w okresie okołoporodowym) [23].

Uwagę zwraca wzrost liczby hospitalizacji z powodu zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży wszystkich kategorii wiekowych w ostatniej dekadzie - od 7620 pacjentów w 2007 r. do 10084 w 2017 r. [23]. Szczegóły dotyczące wybranych przyczyn hospitalizacji dzieci w latach 2016-2017 przedstawiono w Tab. I i II.

Tab. I. Wybrane przyczyny hospitalizacji dzieci w Polsce w 2016 r.

Wybrane przyczyny hospitalizacji	ICD-10	Liczba dzieci hospitalizowanych w 2016 r. według kategorii wiekowych				Ogółem
		Poniżej 1. r.ż.	1-4 r.ż.	5-14 r.ż.	15-19 r.ż.	
		Choroby układu oddechowego	J00-J99	<b>51582</b>	<b>81566</b>	
Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt ze służbą zdrowia	Z00-Z99	199258	8176	12723	6175	226332
Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych	S00-T98	<b>7417</b>	<b>35216</b>	<b>98635</b>	<b>56987</b>	<b>198255</b>
Wybrane stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym	P00-P96	<b>168140</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>168140</b>
Objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych i laboratoryjnych niesklasyfikowane gdzie indziej	R00-R99	13459	19042	45031	26308	103840
Wybrane choroby zakaźne i pasożytnicze	A00-B99	19516	40035	32387	7392	99330
Choroby układu pokarmowego	K00-K93	10123	19408	37181	19465	86177
Choroby układu moczowo-płciowego	N00-N99	10059	11333	24808	15298	61498
Wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe	Q00-Q99	21616	13030	17005	4790	56441
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemian metabolicznych	E00-E90	3597	6342	30092	16118	56149
Choroby układu nerwowego	G00-G99	5044	9073	23817	13022	50956
Choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej	M00-M99	346	3622	24147	19210	47325

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Zakładu Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności [23]

Tab. I. Wybrane przyczyny hospitalizacji dzieci w Polsce w 2016 r. - cd.

Wybrane przyczyny hospitalizacji	ICD-10	Liczba dzieci hospitalizowanych w roku 2016 według kategorii wiekowych				Ogółem
		Poniżej 1. r.ż.	1-4 r.ż.	5-14 r.ż.	15-19 r.ż.	
Nowotwory	C00-D48	1838	4315	10626	7472	24251
Choroby ucha i wyrostka sutkowa tego	H60-H95	4057	7402	9740	2105	23304
Choroby krwi i narządów krwiotwórczych oraz wybrane choroby przebiegające z udziałem mechanizmów immunologicznych	D50-D89	2377	5553	10079	3518	21527
Ciąża, poród i okres połogu	O00-O99	0	0	71	18672	18743
Choroby układu krążenia	I00-I99	1155	1206	6679	7968	17008
Zatrucie lekami, środkami farmakologicznymi i substancjami biologicznymi; Toksyczne skutki działania substancji zazwyczaj niestosowanych w celach leczniczych	T36-T65	561	3722	3199	6287	13769
Choroby oka i przydatków oka	H00-H59	2011	2682	6537	2447	13677
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania	F00-F99	176	1095	5592	3171	10034
Następstwa urazów, zatruc i innych skutków działania czynników zewnętrznych	T90-T98	<b>16</b>	<b>257</b>	<b>2934</b>	<b>2455</b>	<b>5662</b>
Oparzenia	T20-T32	<b>642</b>	<b>3367</b>	<b>1111</b>	<b>518</b>	<b>5638</b>
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności [HIV]	B20-B24	82	44	255	117	498

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Zakładu Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności [23]

Tab. II. Wybrane przyczyny hospitalizacji dzieci w Polsce w 2017 r.

Wybrane przyczyny hospitalizacji	ICD-10	Liczba dzieci hospitalizowanych w roku 2017 według kategorii wiekowych				Ogółem
		Poniżej 1. r.ż.	1-4 r.ż.	5-14 r.ż.	15-19 r.ż.	
		Choroby układu oddechowego	J00-J99	53356	77913	
Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych	S00-T98	8008	33243	91692	51119	184062
Wybrane stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym	P00-P96	159580	0	0	0	159580
Objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych i laboratoryjnych niesklasyfikowane gdzie indziej	R00-R99	14671	18490	45266	26367	104794
Wybrane choroby zakaźne i pasożytnicze	A00-B99	20867	42839	28146	6306	98158
Choroby układu pokarmowego	K00-K93	10910	20909	36563	19767	88149
Wybrane stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym	P00-P96	86787	0	0	0	86787
Choroby układu nerwowego	G00-G99	9149	24682	12802	35330	81963
Choroby układu moczowo-płciowego	N00-N99	11838	11708	25886	14979	64411
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemian metabolicznych	E00-E90	3654	6173	34689	17122	61638
Wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe	Q00-Q99	23814	13623	17785	5406	60628
Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt ze służbą zdrowia	Z00-Z99	49583	1242	2207	1235	54267
Choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej	M00-M99	306	3422	22088	17463	43279
Choroby skóry i tkanki podskórnej	L00-L99	4204	7850	12644	7139	31837

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Zakładu Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności [23]

Tab. II. Wybrane przyczyny hospitalizacji dzieci w Polsce w 2017 r. - cd.

Wybrane przyczyny hospitalizacji	ICD-10	Liczba dzieci hospitalizowanych w roku 2017 według kategorii wiekowych				Ogółem
		Poniżej 1. r.ż.	1-4 r.ż.	5-14 r.ż.	15-19 r.ż.	
Nowotwory	C00-D48	2084	5429	12953	8254	28720
Choroby ucha i wyrostka sutkowa tego	H60-H95	4160	8530	11842	2079	26611
Choroby krwi i narządów krwiotwórczych oraz wybrane choroby przebiegające z udziałem mechanizmów immunologicznych	D50-D89	2308	5707	9664	3557	21236
Choroby oka i przydatków oka	H00-H59	2387	3592	9735	2953	18667
Choroby układu krążenia	I00-I99	1027	1274	7157	8195	17653
Ciąża, poród i okres połogu	O00-O99	0	0	66	17330	17396
Zatrucie lekami, środkami farmakologicznymi i substancjami biologicznymi; Toksyczne skutki działania substancji zazwyczaj niestosowanych w celach leczniczych	T36-T65	560	3459	3995	6393	14407
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania	F00-F99	179	1266	5571	3068	10084
Następstwa urazów, zatruc i innych skutków działania czynników zewnętrznych	T90-T98	9	285	4585	2960	7839
Oparzenia	T20-T32	717	3395	1143	440	5695
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności [HIV]	B20-B24	90	50	278	136	554

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Zakładu Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności [23]

Zarówno w Polsce, jak i w wielu krajach europejskich obserwuje się zwiększenie zapotrzebowania na usługi zdrowotne oraz malejącą liczbę pielęgniarek pracujących w systemie opieki zdrowotnej [27, 28]. Wzrost liczby hospitalizacji w szpitalach pediatrycznych w poprzednich dekadach, a także zwiększenie odsetka dzieci hospitalizowanych wraz z opiekunem, nawet do 85% - 90%, determinują potrzebę orientacji świadczeniodawców nie tylko na pacjenta, ale także jego bliskich, którzy stali się częścią zespołu terapeutycznego [24].

## **1.2. Podstawy prawne i etyczne hospitalizacji dzieci**

„Dziecko” w rozumieniu Konwencji o Prawach Dziecka [29] oznacza każdą istotę ludzką w wieku poniżej osiemnastu lat, chyba że zgodnie z prawem uzyska ono pełnoletniość wcześniej, przed ukończeniem 18. r.ż., co w Polsce regulują odrębne przepisy zawarte w Kodeksie rodzinnym i opiekuńczym [30]. Dziecko, „z uwagi na swoją niedojrzałość fizyczną oraz umysłową, wymaga szczególnej opieki i troski, w tym właściwej ochrony prawnej, zarówno przed, jak i po urodzeniu” [29]. Tymczasem art. 2 Ustawy o Rzeczniku Praw Dziecka uznaje, że „dzieckiem jest każda istota ludzka od poczęcia do osiągnięcia pełnoletniości” [31]. Pomimo braku spójności definicji w krajowych i międzynarodowych aktach normatywnych nie ma wątpliwości, że dziecko, jako „zbiór fundamentalnych, nienaruszalnych i niepodzielnych praw” stanowi wyjątkowy podmiot opieki w ochronie zdrowia [32].

Konieczność ochrony godności osoby ludzkiej ustanawiają najważniejsze międzynarodowe regulacje prawne, jak m.in.: Powszechna Deklaracja Praw Człowieka, rezolucje i rekomendacje Rady Europy, Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej z 7.12.2000 r. oraz inne dokumenty [33, 34]. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej [32] określa godność człowieka źródłem jego wolności i praw oraz nakłada obowiązek ochrony godności dziecka przez władze publiczne. Bezwarunkowe poszanowanie „przyrodzonej, niezbywalnej i nienaruszalnej” godności dziecka [32], uznanie jego fundamentalnych praw, w tym prawa do życia i do śmierci, a także uwzględnienie należnej mu specyfiki rozwojowej w planowaniu i realizowaniu świadczeń opiekuńczych i terapeutycznych nie tylko stanowi podstawę dla optymalizacji działań w obszarze pielęgniarstwa pediatrycznego, ale jest przede wszystkim zagwarantowane prawnie [32, 33].

Jednym z podstawowych praw człowieka jest prawo do ochrony zdrowia. Dziecko jako pacjent korzysta z większości praw, które przysługują pacjentom dorosłym, z uwzględnieniem

ograniczeń wynikających z niedojrzałości oraz praw należnych jego rodzicom/opiekunom [35]. Prawo dziecka do szczególnej troski i pomocy oraz do szczególnej opieki zdrowotnej gwarantuje zarówno Konwencja o Prawach Dziecka przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych, jak i Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej [29, 32]. Konwencja uznaje niezbywalne prawo dziecka do życia, tożsamości, wyrażania swoich poglądów, informacji, swobody myśli, sumienia i wyznania. Gwarantuje także prawo do ochrony przed ingerencją w sferę życia prywatnego, rodzinnego, domowego oraz w korespondencję. Ustanawia prawo dzieci do jak najwyższego poziomu zdrowia i udogodnień w zakresie leczenia i rehabilitacji. Obliguje Państwa do ochrony dziecka przed wszelkimi formami przemocy, w tym zaniedbaniem oraz określa szczególne prawo dzieci fizycznie lub psychicznie niepełnosprawnych do pełni normalnego życia w warunkach honorujących ich godność. Wskazuje na rodzinę jako podstawową jednostkę społeczną, która zasługuje na pomoc i wsparcie. Gwarantuje także prawo dzieci do nauki, czasu wolnego, wypoczynku i zabawy [29]. Z kolei Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej ustanawia prawo do ochrony życia i zdrowia oraz ochrony przed eksperymentem, także medycznym. Nakazuje respektowanie i w miarę sposobności uwzględnienie zdania dziecka w podejmowanych decyzjach dotyczących jego osoby [32]. Zarówno Konwencja o Prawach Dziecka jak i Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej stanowią podstawę prawną ochrony dzieci w Polsce, także w kontekście choroby i hospitalizacji [29, 32]. Na straży praw dziecka, w szczególności prawa do życia i ochrony zdrowia, stoi Rzecznik Praw Dziecka w myśl przepisów ustawy z 2000 r. [31]. Szczegółowe regulacje dotyczące postępowania leczniczego i rehabilitacyjnego w zakresie ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży zawarto w odrębnym ustawodawstwie krajowym [36, 37].

Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej oraz udzielanych z należytą starannością gwarantuje ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [38]. Ustawa zapewnia prawo każdego pacjenta do poszanowania intymności, umierania w spokoju i godności, leczenia bólu, kontaktu osobistego, korespondencyjnego lub telefonicznego z innymi osobami oraz do opieki duszpasterskiej. Wprowadza prawo pacjenta, w tym małoletniego powyżej 16. r.ż., do informacji w zakresie praw pacjenta, leczenia oraz pielęgnowania, jak również gwarantuje tajemnicę informacji związanych z jego osobą. Także pacjent poniżej 16. r.ż. ma prawo do otrzymania informacji od członka zespołu medycznego w zakresie niezbędnym do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego oraz w formie dostosowanej do jego możliwości rozwojowych i potrzeb. Ustawa określa prawo pacjenta, w tym małoletniego powyżej 16. r.ż. do

wyrażenia zgody lub odmowy na udzielanie świadczeń, definiuje pojęcie zgody równoległej oraz określa zadania sądu opiekuńczego w orzekaniu w sprawach spornych [38]. Szczególne regulacje dotyczące samostanowienia pacjenta małoletniego w kontekście ochrony płodu ludzkiego i warunków dopuszczalności przerywania ciąży oraz transplantologii zawarte zostały w odrębnych przepisach prawnych [39, 40].

Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z 1991 roku zagwarantowała rodzicom/opiekunom możliwość pobytu z dzieckiem w szpitalu w czasie jego hospitalizacji oraz współuczestniczenie w opiece, czyniąc ich tym samym częścią zespołu terapeutycznego [41]. Rodzice dzieci hospitalizowanych stanowią zróżnicowaną grupę osób o różnym poziomie wiedzy, dyscypliny, kultury osobistej oraz nawyków żywieniowych i higienicznych. Biorąc czynny udział w opiece nad dzieckiem w szpitalu, oczekują od zespołu terapeutycznego profesjonalizmu, życzliwości i wyrozumiałości [42]. Oczekiwania rodziców ulegają zmianie wraz z rosnącym poziomem świadomości praw dziecka i rodzica oraz popularyzacją wiedzy medycznej [43, 44]. Mimo to, brak szczegółowych normalizacji dotyczących zasad pobytu rodziców/opiekunów z dzieckiem w czasie jego hospitalizacji stanowi jeden z priorytetowych problemów współczesnej szpitalnej opieki pediatrycznej, także pielęgniarstwie. Nowelizacja Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z 2019 r. gwarantuje odstąpienie od pobierania opłat za pobyt przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego z pacjentem małoletnim w szpitalu, jednak inne kwestie dotyczące regulacji warunków obecności rodziców z dzieckiem w czasie hospitalizacji pozostają niewyjaśnione [45]. W Polsce od wielu lat czynione są starania zmierzające do wdrożenia postulatów zawartych w Europejskiej Karcie Praw Dziecka w Szpitalu, będącej wyrazem dostrzeżenia szczególnych potrzeb dzieci w okresie hospitalizacji oraz troski o zapewnienie warunków leczenia i opieki respektujących ich specyfikę rozwojową [17]. Dokument ten, opracowany przez Krajowe Stowarzyszenie na rzecz Opieki nad Dziećmi w Szpitalu w Wielkiej Brytanii (National Association for the Welfare of Children in Hospital - NAWCH) i zaaprobowany w 1988 r. przez 13 krajów europejskich, nadal oczekuje na ratyfikację przez Polskę, choć jest wprowadzany przez wiele szpitali w kraju na podstawie wewnętrznych regulaminów [6]. Zgodnie z postulatami Europejskiej Karty Praw Dziecka w Szpitalu, dzieci należy przyjmować do szpitala tylko wtedy, gdy niemożliwe jest ich leczenie w domu, pod opieką poradni lub w oddziale dziennym, a podczas hospitalizacji mają prawo do stałej obecności rodziców lub opiekunów. Karta podkreśla szczególne znaczenie obecności rodziców z dzieckiem w trudnym czasie leczenia szpitalnego i akcentuje konieczność zapewnienia optymalnych warunków bezpłatnego pobytu rodziców z dzieckiem w trakcie hospitalizacji. Europejska Karta Praw Dziecka w Szpitalu odnosi

się również do problemu samostanowienia pacjenta pediatrycznego, postulując prawo zarówno rodziców jak i dziecka do uzyskiwania informacji, a także współuczestnictwa we wszystkich decyzjach dotyczących leczenia. Co więcej, ustanawia prawo dziecka do zabawy, odpoczynku, nauki, ochrony przed zbędnymi zabiegami diagnostycznymi i leczniczymi oraz do intymności [17].

Konieczność ochrony dziecka przed bólem, cierpieniem oraz jatrogenią w postaci nieuzasadnionych działań leczniczych i diagnostycznych akcentuje także Karta opracowana przez Stowarzyszenie na Rzecz Dzieci ze Schorzeniami Zagrożającymi Życiu lub w Stanach Terminalnych oraz ich Rodzin (The Association for Children with Life-threatening or Terminal Conditions and their Families - ACT). Polską analogią karty ACT jest Karta Praw Dziecka Śmiertelnie Chorego w Domu. Dokumenty te gwarantują dziecku kontynuowanie nauki stosownie do jego potrzeb oraz stanu zdrowia. Obligują także do pomocy instytucjonalnej rodzinie dziecka nieuleczalnie chorego na każdym etapie choroby oraz po jego śmierci [33, 34].

Respektowanie i ochrona praw dziecka w szpitalu, a także poszanowanie praw jego rodziców/opiekunów nadal stanowią wyzwanie dla zespołów terapeutycznych, pomimo znamiennej ich akcentowania w regulacjach międzynarodowych i krajowych. Fakt choroby oraz cierpienia dziecka bywa trudny do zaakceptowania, nie tylko dla jego najbliższych, ale także dla profesjonalistów sprawujących wszechstronną opiekę w czasie hospitalizacji. Jednakże, akceptacja pacjenta i jego sytuacji zdrowotnej, bezwarunkowe uznanie i ochrona należnych mu praw oraz respektowanie praw przysługujących jego rodzicom stanowi fundament opieki ukierunkowanej przede wszystkim na dobro dziecka. [33]. W kontekście satysfakcji rodziców/opiekunów z opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem takie podmiotowe podejście jest niezbędne i stanowi wyraz humanistycznej empatii oraz profesjonalizmu zawodowego w trudnej dla dziecka i rodziny sytuacji choroby i hospitalizacji.

### **1.3. Specyfika rozwojowa dziecka jako czynnik determinujący planowanie opieki pielęgniarskiej w oddziałach pediatrycznych**

Dziecko do prawidłowego rozwoju potrzebuje zaspokojenia podstawowych potrzeb psychicznych. Należą do nich więź emocjonalna z rodzicami, potrzeba miłości, poczucia bezpieczeństwa, nauki, zabawy, aktywności ruchowej i poznawczej. Choroba dziecka, szczególnie zagrażająca życiu lub przewlekła, stanowi czynnik mogący utrudnić, a czasem uniemożliwić zaspokojenie tych potrzeb, rzutując tym samym na stan psycho-emocjonalny pacjenta oraz pełnienie przez niego dotychczasowych ról społecznych [46-49]. Triantafyllou & Matziou [48] wskazują, że hospitalizacja dzieci związana jest z szeregiem niekorzystnych psychologicznie zdarzeń. Mogą one skutkować wystąpieniem objawów stresu pourazowego na poziomie diagnostycznym (posttraumatic stress symptoms at both diagnostic - PTSD) bądź na poziomie subsyndromalnym (posttraumatic stress symptoms - PTSS). Wśród czynników ryzyka wystąpienia PTSD wymienia się nie tylko trudne dla dziecka sytuacje kliniczne, np. zabiegi kardiochirurgiczne, oparzenia i inne rodzaje urazów, ale także czynniki związane z ogólnym doświadczeniem hospitalizacji, jak inwazyjne procedury medyczne, ból, zaburzenie rytmu snu i czuwania oraz separacja od rodziców [48]. Negatywne emocje związane z chorobą i procesem hospitalizacji mogą wywierać wpływ na powodzenie leczenia oraz dalszy rozwój dziecka, przyczyniając do wystąpienia trwałych, a niekiedy również nieodwracalnych zaburzeń zarówno psychicznych, jak i związanych z funkcjonowaniem wielu układów i narządów [47-50].

Przyczynę cierpienia dziecka w obliczu choroby i hospitalizacji stanowi brak zaspokojenia podstawowych potrzeb, ból, lęk, brak akceptacji zmian w wyglądzie zewnętrznym, ograniczenie sprawności i aktywności w przebiegu choroby bądź terapii (regres samodzielności), izolacja społeczna, a także poczucie odmienności od rówieśników [49, 51]. Każdorazowe nieposzanowanie praw dziecka-pacjenta przyczynia się do narastania braku zaufania do zespołu medycznego oraz instytucji szpitala, nasilając poczucie zagrożenia i krzywdy [33, 34, 49].

W cierpieniu dziecka następuje wzajemne przenikanie się procesów biologicznych, psychicznych i duchowych. Jego doświadczenie zależy w dużej mierze od wieku, dojrzałości psychospołecznej i emocjonalnej dziecka, zdolności do uruchomienia mechanizmów obronnych, a także świadomości cierpienia, która narasta stopniowo, podobnie jak świadomość godności osobowej [33, 34, 52]. Reakcje dziecka w sytuacji hospitalizacji są zależne od rodzaju choroby

i terapii, nasilenia objawów, czasu i warunków pobytu w szpitalu, postaw rodzicielskich oraz stosowanych przez rodziców metod wychowawczych [33, 34, 53-55].

Wsparcie rodziny ma kluczowe znaczenie w procesie adaptacji pacjenta do choroby, determinując jego postawę zarówno do problemów zdrowotnych, jak i opieki pielęgniarskiej [47]. Adaptacji do hospitalizacji sprzyja możliwość psychicznego i fizycznego przygotowania dziecka do pobytu w szpitalu [56]. Wykazano, że dzieci, które są przygotowywane psychicznie przez rodziców do pobytu w szpitalu, łatwiej przystosowują się do warunków oddziału i rzadziej ujawniają negatywne zmiany behawioralne po powrocie do domu [57]. Istotny jest również stosunek pracowników szpitala do dziecka i jego bliskich oraz atmosfera hospitalizacji, którą w dużej mierze kreuje zespół pielęgniarski [58]. Wyniki badań przedstawione przez Bednarek i Machel [56] wskazują, że pielęgniarki dostrzegają potrzebę nawiązanie kontaktu emocjonalnego z pacjentem pediatrycznym w trakcie przyjęcia do oddziału, a także znaczenie obecności rodzica z dzieckiem na każdym etapie leczenia, uznając rozłąkę z rodziną za główny czynnik stresogeny hospitalizacji. Pierwsze spostrzeżenia dziecka dotyczące szpitala, procesu terapeutycznego oraz osób zaangażowanych w opiekę mogą mieć wpływ na ugruntowanie się pozytywnej bądź negatywnej postawy do terapii i własnej sytuacji zdrowotnej. Najbardziej znamienymi doświadczeniami dziecka w okresie pierwszej hospitalizacji są zabiegi inwazyjne, towarzyszący im ból, a także własne reakcje emocjonalne związane z pobytem w oddziale [59]. Za stresogenne czynniki mogące zakłócić proces adaptacji pacjenta uznaje się konieczność podporządkowania regulaminowi szpitalnemu, nudę oraz brak stymulacji [46]. Ograniczenie aktywności fizycznej i brak możliwości zaspokojenia potrzeb rozwojowych dziecka przyczynia się do zdominowania jego myśli obrazami o treściach lękowych [49, 50].

Reakcje dziecka na hospitalizację oraz separację od rodziców są zróżnicowane w poszczególnych okresach rozwojowych [49]. U niemowląt wykorzystanie zmysłu wzroku, słuchu, smaku, dotyku i węchu ułatwia rozwój poznawczy, a także interakcje społeczne z głównymi opiekunami. Od urodzenia do 6. m.ż. ostrość percepcji stopniowo się poprawia i prowadzi do zwiększonego różnicowania bodźców zewnętrznych, takich jak wzory, kolory, dźwięki lub wyraz twarzy [60]. W pierwszym półroczu życia dziecka dominują ogólne reakcje organizmu (niepokój, zaburzenia rytmu snu i czuwania, łaknienia i wydalania) w odpowiedzi na brak zapewnienia potrzeby bliskości z matką (dotyk, zapach, barwa głosu, rytm serca). Między 6. a 8. m.ż. dziecko zaczyna rozpoznawać osoby mu bliskie oraz obce, zatem przejawia niepokój w reakcji na kontakt z nieznanymi mu członkami zespołu terapeutycznego [60, 61].

Podstawowe potrzeby (głód, pragnienie, potrzeba wygody), jak również negatywne stany emocjonalne lub fizyczne (gniew lub ból) dziecko wyraża płaczem [60, 61]. Pomiędzy 6. m.ż. a 8. m.ż. dziecka brak bezpośredniej opieki matki wyzwała lęk separacyjny, a opuszczenie sali szpitalnej przez rodzica rozumiane jest jako jego brak w ogóle. Od około 8. m.ż. dziecko rozwija świadomość „trwałości” przedmiotów oraz osób. W okresie od 13. m.ż. do 18. m.ż. kształtuje się także samoświadomość - poczucie odrębności od matki oraz od innych osób, a także świadomość odrębności własnych przeżyć i odczuć [60]. Nasilenie lęków separacyjnych występuje u dzieci pomiędzy 18. m.ż. a 3-4 r.ż. Egoistyczne przywiązanie do matki sprawia, że dziecko interpretuje jej nieobecność jako porzucenie, a stany lękowe mogą przyjmować formę agresji (krzyk, niepokój ruchowy, bicie, kopanie, gryzienie) lub autoagresji (uderzanie głową o ścianę, szczebelki łóżeczka). Reakcjami dziecka na separację są kolejno protest, rozpacz i odrzucenie, kiedy dziecko zachowuje się tak, jakby zapomniało o matce [61]. Od urodzenia do drugiego roku życia, interakcje i wzorce przywiązania między dzieckiem i głównym opiekunem są ważnym katalizatorem dla rozwoju poznawczego, społeczno-emocjonalnego i behawioralnego, warunkując także rozwój mowy [60]. Obecność rodzica z dzieckiem w czasie hospitalizacji umożliwi łagodzenie skutków separacji od środowiska domowego, choroby oraz terapii [49, 60-62].

W okresie przedszkolnym skutki hospitalizacji bywają dla dziecka mniej dotkliwe niż we wcześniejszych okresach rozwojowych, a dzieci równoważą swoją potrzebę polegania na głównym opiekunie z silnym pragnieniem niezależności [60]. Dzieci stają się bardziej podatne na tłumaczenie i perswazję oraz zdolne do oczekiwania na powrót rodziców. Pacjenci wykazują potrzebę kontaktu z rówieśnikami, zabawy, rywalizacji, osiągnięcia sukcesów, pochwał i aprobaty. W tym okresie, w związku z rozwojem świadomości własnego ciała, mogą jednak reagować lękiem na zmiany w wyglądzie zewnętrznym bądź obniżenie sprawności fizycznej w przebiegu choroby i leczenia. Typowe w tym okresie rozwojowym są zachowania agresywne o charakterze agresji fizycznej, werbalnej lub instrumentalnej. W okresie przedszkolnym następuje także dalszy rozwój rozumienia emocji innych osób - rozwój empatii i współczucia [60, 61]. Według Bell i wsp. [62], wystąpienie choroby przewlekłej u dzieci w tym lub we wcześniejszych okresach rozwojowych stanowi czynnik ryzyka opóźnionej gotowości szkolnej oraz wystąpienia tzw. wrażliwości rozwojowej w obszarze społecznym, emocjonalnym, poznawczym, fizycznym, a także w rozwoju mowy.

Okres szkolny związany jest z dalszym rozwojem niezależności od rodziców, umacnianiem integracji z rówieśnikami oraz potrzebą aktywności fizycznej. W okresie szkolnym następuje kształtowanie się kontroli emocji, samooceny, poczucia własnej wartości. Dziecko porównuje siebie i czuje się porównywane do swoich rówieśników [60]. Poczucie własnej wartości w coraz większym stopniu opiera się na świadomości swoich kompetencji, statusie grupy rówieśniczej, identyfikacji z głównym opiekunem lub osobami znaczącymi (nauczycielem, grupą rówieśniczą) [63]. Długotrwała hospitalizacja może stanowić zagrożenie dla rozluźnienia więzi rodzinnych i towarzyskich, nasilenia bierności lub ograniczenia zainteresowań. Stanowi także czynnik ryzyka absencji szkolnej, zatracenia poczucia odpowiedzialności w stosunku do obowiązku szkolnego oraz opóźnienia poznawczego, na który wpływ mają także stopień aktywność choroby lub stosowanie agresywnych form leczenia [51, 64, 65].

W okresie młodzieńczym reakcja na chorobę, szczególnie o charakterze przewlekłym, może przybierać formę agresji, depresji, lęku, buntu, negowania potrzeby leczenia, a także podejmowania zachowań ryzykownych [66]. Choroba może wywierać wpływ zarówno na przebieg okresu adolescencji, jak i wczesnego etapu dorosłości. Pacjent, pokonując ograniczenia związane ze swoją sytuacją zdrowotną i procesem hospitalizacji, równocześnie stawia czoła wyzwaniom generowanym przez własne dorastanie [66, 67]. Na funkcjonowanie młodzieży w chorobie w dużej mierze wpływ ma występowanie dolegliwości bólowych, ograniczenie sprawności ruchowej, konieczność ograniczeń dietetycznych, stosowana długotrwale farmakoterapia, konieczność rezygnacji z planów oraz występujące w tym okresie rozwojowym zniekształcenia poznawcze [33, 49, 60, 67]. Kluczowe znaczenie ma subiektywna percepcja choroby oraz jej akceptacja, a także posiadanie ugruntowanego celu i sensu w życiu, pomimo ograniczeń związanych z doświadczaniem przykrych objawów [68]. Jakość życia młodzieży stanowi wypadkową adaptacji do choroby oraz wyzwań rozwojowych, a młodzież wykazuje potrzebę wsparcia zarówno wśród rodziców, jak i rówieśników [69, 70]. Dowiedziono, że choroba przewlekła może mieć negatywny wpływ na subiektywną ocenę jakości życia w obszarze funkcjonowania społecznego młodzieży również w okresie klinicznej remisji [67].

Daley i wsp. [71] potwierdzili, że młodzież jako odbiorca usług zdrowotnych oczekuje od zespołu medycznego podmiotowego traktowania przejawiającego się w partnerskiej rozmowie, okazywaniu szacunku i akceptacji, a także ochronie intymności podczas realizacji świadczeń. Duncan i wsp. [72] wskazują, że zaangażowanie rodziców w opiekę nad pacjentem w okresie adolescencji przyczynia się do osiągnięcia lepszych efektów zdrowotnych, szczególnie w przebiegu

chorób przewlekłych. Zwracają jednak uwagę, iż orientacja na pacjenta i realizacja „opieki przyjaznej nastolatki” sprzyja umacnianiu poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie, co jest niezbędne w perspektywie samoopieki i samokontroli w okresie dorosłości. Także Lerch i Thrane [73] akcentują, iż dorastanie wiąże się z pragnieniem niezależności od kontroli rodzicielskiej oraz potrzebą samostanowienia przez nastolatki w procesie terapeutycznym. Wyzwaniem dla zespołu medycznego sprawującego opiekę nad pacjentem w okresie adolescencji jest więc zapewnienie poufności informacji z nim związanych, przy jednoczesnym uszanowaniu potrzeb i praw jego rodziców [74].

Dolegliwości i ograniczenia, których źródłem jest choroba i hospitalizacja, mogą mieć destrukcyjny wpływ na pacjenta pediatrycznego [47]. Dziecko jako pacjent wymaga specyficznych warunków hospitalizacji, a także zindywidualizowania opieki [17, 47, 56]. Planując działania pielęgniarские należy bezwzględnie wziąć pod uwagę należną dla wieku specyfikę rozwojową, która może determinować sposób przeżywania cierpienia, potrzeby zdrowotne i opiekuńcze, proces i zakres komunikowania się, udział rodziców/rodziny w opiece lub uczestnictwo pacjenta w procesie samoopieki. Konieczność leczenia szpitalnego może stanowić trudne, niezrozumiałe a nawet traumatyczne doświadczenie dla dziecka w każdym z okresów rozwojowych [49, 62, 64]. Poznanie specyfiki rozwojowej pacjenta i uwzględnienie jej w planowaniu opieki stanowi, obok uznania autonomii oraz ochrony i respektowania praw dziecka w szpitalu, podstawę jego ochrony przed jatrogenią. Kluczowa w tym kontekście staje się obecność rodziców z dzieckiem i ich udział w opiece na każdym etapie leczenia [47]. American Academy of Pediatrics [75] uznaje, iż dążenie do partnerstwa świadczeniodawców oraz rodziny w opiece nad dziećmi stanowi jeden z celów współczesnych systemów opieki, dzięki któremu możliwe jest osiągnięcie wysokiej jakości świadczeń, zapewnienie bezpieczeństwa pacjentów podczas hospitalizacji oraz redukcji kosztów związanych z opieką. Przekłada się to na wzrost zadowolenia pacjentów i ich rodzin z usług oraz wzrost poziomu satysfakcji z pracy wśród członków zespołu medycznego.

#### 1.4. Specyfika pracy pielęgniarskiej w oddziałach pediatrycznych

Podczas pobytu pacjenta w szpitalu opieka pielęgniarska stanowi najbardziej czasochłonną formę oddziaływań ze strony zespołu terapeutycznego, charakteryzując się największym natężeniem bezpośrednich kontaktów zarówno z pacjentem, jak i jego rodziną [58, 76, 77]. Zakres działań zespołu pielęgniarskiego w szpitalu, w myśl ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, obejmuje przede wszystkim:

- rozpoznawanie warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta oraz jego problemów pielęgnacyjnych;
- planowanie i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej;
- samodzielne udzielanie w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych;
- realizację zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji [78].

Ponadto, pielęgniarki w podmiotach leczniczych podejmują szereg prac związanych z działalnością kierowniczą, badawczą, administracyjną lub dydaktyczną [78]. Domeną zespołu pielęgniarskiego jest rozpoznawanie potrzeb edukacyjnych pacjentów/opiekunów oraz prowadzenie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia [27]. Zadania te są niezwykle ważne w kontekście przygotowania pacjenta do samoopieki, a jego bliskich do aktywnego współuczestniczenia w opiece, zarówno w czasie hospitalizacji, jak i po wypisie ze szpitala. Szczegółowy zakres świadczeń udzielanych przez pielęgniarkę samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego, określono w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 2017 r. [79]. Regulacje, stanowiące podstawę prawną i etyczną dla wykonywania zawodu, obligują pielęgniarki do ustawicznego kształcenia i doskonalenia zawodowego w celu zapewnienia profesjonalnej opieki zgodnej z aktualną wiedzą medyczną [78, 80].

Pielęgniarstwo jest profesją o szczególnym charakterze i wyjątkowej misji, wynikającej z gotowości do opieki nad człowiekiem na różnych etapach życia, niezależnie od wieku, stanu zdrowia, zamożności, wykształcenia, kontekstu kulturowego i rodzinnego. Bez względu na miejsce pracy i zakres świadczonych usług, od pielęgniarek oczekuje się kompetencji, wiedzy, umiejętności, odpowiednich postaw i systemu wartości oraz predyspozycji zawodowych [81].

Opieka szpitalna jest jedną z najbardziej rozpowszechnionych form organizacji instytucjonalnej opieki zdrowotnej, jednocześnie stawiając przed członkami zespołu terapeutycznego największe wymagania w związku z koniecznością zapewnienia ciągłości całodobowej opieki nad pacjentem [81]. W Polsce system pracy pielęgniarek w szpitalach ma najczęściej charakter pracy jednozmianowej bądź dwuzmianowej - w wymiarze dziennych i nocnych dyżurów dwunastogodzinnych. Praca w systemie zmianowym destrukcyjnie oddziałuje zarówno na zdrowie psychiczne jak i fizyczne pielęgniarek, ze względu na stałą ekspozycję na środowiskowe stresory miejsca pracy w postaci czynników chemicznych, fizycznych, biologicznych, ciągłych interakcji społecznych oraz konieczność równoległego wykonywania kilku czynności jednocześnie [27, 82-84]. Za ważne predyspozycje zawodowe uznaje się dobrą kondycję psychofizyczną, umiejętność radzenia sobie ze stresem, zdolność nawiązywania kontaktu, bezkonfliktowość w pracy z ludźmi, a także umiejętność interdyscyplinarnego współdziałania. Wśród wymagań pracodawcy w stosunku do pielęgniarek wyróżnić należy lojalność, zaangażowanie oraz wydajność w realizacji obowiązków zawodowych. Problemem dla rodzimych podmiotów leczniczych jest jednak deficyt kadr pielęgniarskich [81] oraz nieproporcjonalne w stosunku do obsad pielęgniarskich obciążenie pracą, które powoduje zaniechanie przez pielęgniarki wykonywania części świadczeń, co może mieć bezpośredni wpływ na bezpieczeństwo pacjenta i jakość opieki [84].

Pielęgniarka jest osobą, od której pacjent i jego rodzina oczekują zarówno fachowej pomocy medycznej, jak również szeroko rozumianego wsparcia [85]. Codzienną pracę pielęgniarki charakteryzuje stała gotowość do kontaktu z człowiekiem cierpiącym, opiekuńcza postawa, zaangażowanie emocjonalne w relacje z pacjentem i jego rodziną, świadomość profesjonalnej odpowiedzialności za życie, zdrowie i bezpieczeństwo podopiecznych [46, 76, 77, 81], a także lęk przed popełnieniem nieodwracalnego błędu [46]. W związku z tym, istotnymi cechami pielęgniarki są sprawność manualna, zdecydowanie, wrażliwość na potrzeby ludzi, empatia, cierpliwość, opiekuńczość, uczciwość, szczerłość, dyskrecja, odpowiedzialność oraz poczucie własnej skuteczności [76, 77]. W ocenie pielęgniarek istotną rolę w profesjonalnym realizowaniu zadań zawodowych odgrywa doświadczenie, stanowiące podstawę ich kompetencji klinicznych [77]. W przypadku, gdy pacjentem jest dziecko, konieczna jest znajomość i uwzględnienie w opiece należytej mu specyfiki rozwojowej, która warunkuje jego potrzeby w zakresie opieki i komunikowania się, reakcje na chorobę i hospitalizację oraz udział w samoopiece. Determinuje także zagrożenia związane z pobytem w szpitalu i separacją od środowiska domowego, warunkując podjęcie działań zmierzających do zapewnienia dziecku

fizycznego i psychicznego bezpieczeństwa. Alavi i wsp. [77] akcentują, iż pacjenci pediatryczni potrzebują całościowej, stałej, zorganizowanej i skoncentrowanej na rodzinie opieki połączonej z empatią. Podstawę tej opieki powinna stanowić szczerą, naturalną sympatią do dzieci oraz zainteresowanie ich problemami zdrowotnymi, rozwojowymi i społecznymi. Brak zaangażowania w relacje z dziećmi stanowi najważniejszą z indywidualnych barier w wykonywaniu zawodu pielęgniarki pediatrycznej [77].

Choroba, cierpienie czy śmierć dziecka są znamienymi doświadczeniami nie tylko dla jego rodziców i bliskich, ale także dla zespołu medycznego [33]. Opiece nad pacjentem pediatrycznym często towarzyszą dylematy etyczne. Reakcje członków zespołu pielęgniarskiego na sytuacje trudne są wypadkową własnych zasobów potrzebnych do radzenia sobie, wcześniejszych doświadczeń osobistych i zawodowych, a także zaangażowania emocjonalnego w relacje z pacjentem i jego rodzicami. W pracę pielęgniarek pediatrycznych wpisana jest konieczność radzenia sobie z presją otoczenia, szczególnie w trudnych sytuacjach klinicznych oraz odnajdywanie satysfakcji z aspektów pracy, które jednocześnie stanowią istotne źródło stresu [33, 86, 87].

Nadrzędnym celem zespołu medycznego zaangażowanego w opiekę nad dzieckiem w czasie hospitalizacji jest jego dobro. Holistyczna opieka nad pacjentem pediatrycznym wymaga nieustannego dążenia do wyeliminowania i zapobiegania generowaniu błędów jatrogennych. Jatrogenia obejmuje wszelkie zachowania i czynności zespołu medycznego, związane z przedmiotowym podejściem do pacjenta [88, 89]. Działania jatrogenne mają destrukcyjny wpływ na stan psycho-emocjonalny lub/i fizyczny dziecka, przez co mogą zaburzać przebieg procesu terapeutycznego. Według Mroczek i wsp. [89] najczęściej obserwowanym przez pielęgniarki oraz najczęściej popełnianym przez nie błędem jatrogenym jest niewłaściwe przekazywanie informacji pacjentowi i jego rodzinie. Wrażliwość na potrzeby pacjenta, poszanowanie jego intymności i autonomii, okazywanie zrozumienia, serdeczne podejście, łagodzenie lęku, ochrona przed bólem jatrogenym oraz umiejętność komunikowania się z dzieckiem w różnych okresach rozwojowych stanowią niezbędny element holistycznej opieki pielęgniarskiej [33].

Praca pielęgniarki pediatrycznej wymaga wysokiego poziomu odpowiedzialności społecznej, a także emocjonalnego zaangażowania się w relację z pacjentem i jego rodziną [76, 77]. Obciążenie psychiczne i fizyczne, trudność pogodzenia życia rodzinnego z pracą, jak również brak autonomii lub autorytetu w podejmowaniu decyzji zawodowych, obok uwarunkowań

indywidualnych (demograficznych, osobowościowych) i organizacyjnych, stanowią czynnik ryzyka rozwoju wypalenia zawodowego u pielęgniarek [90-94]. Zespół wypalenia zawodowego jest pojęciem wielowymiarowym, obejmującym takie komponenty jak: wyczerpanie emocjonalne, depersonalizację (odzwierciedloną w negatywnych postawach wobec pacjentów i współpracowników) oraz obniżone poczucie dokonań osobistych [92, 93]. Wypalenie zawodowe może generować poczucie zmęczenia, problemy z pamięcią i koncentracją, depresję, niepokój, zaburzenia snu, drażliwość, a także nadużywanie substancji psychoaktywnych. Doniesienia naukowe wskazują, iż pielęgniarki pediatryczne charakteryzuje umiarkowanie wysoki poziom wyczerpania emocjonalnego i depersonalizacji oraz niski poziom osobistych osiągnięć [95]. Na poczucie braku osiągnięć i satysfakcji z pracy znaczny wpływ wywiera, obok warunków pracy i wynagrodzenia, niezadowolenie pacjentów i ich rodzin z opieki pielęgniarskiej [96]. Braki w obsadach pielęgniarek, przede wszystkim deficyt wykształconego, zmotywowanego personelu pielęgniarskiego, mogą skutkować obniżeniem jakości świadczeń w danej jednostce opieki leczniczej [84]. Zaangażowanie w pracę jest wynikiem różnych interakcji między wymaganiami pracy i dostępnymi zasobami [97]. Według Atashzadeh Shoorideh i wsp. [98], motywacja zawodowa pielęgniarek ma szczególne znaczenie w promowaniu jakości usług pielęgniarskich. Istotnym czynnikiem zwiększającym zaangażowanie pielęgniarek jest efektywność pracy zespołowej [97].

## Rozdział 2

### Satysfakcja rodziców z opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem w oddziałach pediatrycznych

#### 2.1. Pojęcie satysfakcji z opieki w kontekście zapewnienia jakości w podmiotach leczniczych

Jednym z głównych celów współczesnych podmiotów leczniczych jest zapewnienie wysokiej jakości oferowanych usług [99-101]. Jakość uznawana jest za kluczowy wyznacznik atrakcyjności świadczeń i produktów, a także konkurencyjności przedsiębiorstw [102]. Pojęcie „jakości” zostało zdefiniowane już w czasach antycznych przez głównego przedstawiciela epoki klasycznej filozofii greckiej - Platona. Filozof ten, wprowadzając greckie pojęcie jakości - *poiotes*, uznał je za metafizyczne i określił jako „stopień doskonałości” zwany idealizmem obiektywnym [103]. Nowoczesne ujęcie jakości, zaproponowane przez Juran, Feigenbaum, Crosby, Deming lub Ishikawa jest znacznie szersze i definiowane między innymi jako „stopień zgodności z wymaganiami czy wytycznymi” (Crosby), „przewidywany stopień jednoznaczności i niezawodności...” (Deming) bądź jako „przydatność użytkowa” (Juran) [101, 104]. W ujęciu marketingowym jakość stanowi poziom usatysfakcjonowania konsumenta [105]. Jest także definiowana jako realizacja spełniająca lub przekraczająca oczekiwania nabywcy [58]. Z kolei według normy ISO 9001, jakość uznawana jest za „stopień, w jakim zbiór inherentnych właściwości spełnia wymagania” [106]. Według Juszcak i Rykowskiej [58] różnorodność definiowania pojęcia jakości jako kategorii interdyscyplinarnej wynika zarówno z subiektywnego jej charakteru, jak i abstrakcyjności oraz różnorodności płaszczyzn interpretacyjnych.

Teoretyczne rozważania nad zagadnieniem jakości w opiece zdrowotnej zapoczątkował A. Donabedian, według którego „jakość to ten rodzaj opieki, w którym maksymalizuje się mierzalne dobro pacjenta, biorąc pod uwagę równowagę oczekiwanych korzyści i strat towarzyszących procesowi opieki we wszystkich jego elementach” [104]. Pojęcie jakości usług, pomimo dużych różnorodności sformułowań, obejmuje zarówno ich poprawną realizację w świetle aktualnej wiedzy i opracowanych standardów, jak i wartości istotne dla pacjenta. Zatem, zarządzanie jakością jest zagadnieniem interdyscyplinarnym zmierzającym do poprawy jakości opieki nad pacjentem zarówno w ujęciu technicznym, jak i funkcjonalnym [100]. Jakość techniczna obejmuje wszystkie elementy niezbędne do wytworzenia produktu właściwego, jak: sprzęt medyczny, wyposażenie, kompetencje pracowników, wykorzystywane technologie medyczne, procedury czy standardy. Wysoką jakość opieki zdrowotnej determinują również

zasoby infrastrukturalne i finansowe, które są zorganizowane w możliwie najbardziej efektywny sposób [106, 107]. Jakość funkcjonalna jest z kolei wynikiem oceny usługi medycznej przez pacjenta i stanowi sumę jego doświadczeń w relacji z określonym podmiotem leczniczym [100]. Według Garbacz i Guziak [101] wynika w dużej mierze z użyteczności dla odbiorcy, która jest sprecyzowana przez jego określone wymagania. Koncepcja zarządzania jakością została zawarta w tzw. Trylogii Jurana, obejmującej wymiary: planowania opieki, a także kontroli i poprawy jakości [108]. Podstawowe wyznaczniki jakości usługi medycznej to jakość struktury, procesu oraz wyniku, obejmująca między innymi ocenę śmiertelności, zachorowalności, występowania powikłań i skutków ubocznych, jak również ewaluację satysfakcji pacjenta z otrzymanych usług [101].

Ocena jakości opieki dokonywana jest przez świadczeniodawców - członków zespołu medycznego, kadre zarządzającą placówkami medycznymi, polityków, samorządy terytorialne, płatników, a także przez świadczeniobiorców - pacjenta lub jego rodzinę [109, 110]. Jakość, inaczej rozumiana i interpretowana przez różnych uczestników systemu, stała się jedną z najistotniejszych cech opieki zdrowotnej [107]. Najczęściej stosowanymi zewnętrznymi systemami zarządzania, których celem jest dążenie do zagwarantowania wysokiej jakości usług medycznych, są program akredytacji oraz normy ISO [111]. Wymiar i znaczenie jakości opieki dla poszczególnych podmiotów dokonujących jej oceny są zróżnicowane i wynikają z ich subiektywnych motywacji [101]. Przez świadczeniobiorców jakość usług medycznych utożsamiana jest przede wszystkim z subiektywnym poczuciem satysfakcji z opieki [110, 112].

Słowo satysfakcja najczęściej rozumiane jest jako pewne minimum niezbędne do zaspokojenia oczekiwań [100]. W kontekście zarządzania pojęcie satysfakcji ujmowane jest jako różnica pomiędzy usługą oczekiwaną, a rzeczywiście otrzymaną [113]. W piśmiennictwie naukowym brak spójnego definiowania pojęć „satysfakcja z opieki” bądź „satysfakcja pacjenta”. Większość autorów odwołuje się jednak do stopnia zaspokojenia potrzeb, pragnień lub oczekiwań w związku z otrzymanymi świadczeniami [102-115]. Według Risser [116], „satysfakcja pacjenta z opieki pielęgniarskiej to stopień zgodności pomiędzy oczekiwaniami pacjenta a percepcją opieki, którą rzeczywiście on otrzymuje”. Mahon [117] uznaje, że satysfakcja z opieki jest zjawiskiem wielowymiarowym skorelowanym (negatywnie) z oczekiwaniami świadczeniobiorcy. Łukomska i Nowakowska [118] podają, że satysfakcja z opieki odzwierciedla stopień zaspokojenia zbioru wymagań i oczekiwań pacjenta, a te, według Mykowskiej [113], determinowane są z jednej strony przez jego wcześniejsze doświadczenia i przekonania, z drugiej

zaś wynikają z wewnętrznych potrzeb specyficznych dla danej jednostki. Fraś [102] uznaje z kolei, że poziom satysfakcji jest równoznaczny ze stopniem akceptowania przez pacjenta opieki zdrowotnej w odniesieniu do jego potrzeb. Pojęcie satysfakcji ujmowane jest również jako emocje pacjenta, łatwo ulegające zmianie pod wpływem czynników zewnętrznych, które odzwierciedlone są w subiektywnej, indywidualnej opinii o usługach zdrowotnych [118]. Pascoe [119] określa satysfakcję z opieki jako proces porównawczy będący wypadkową udziału sfery emocjonalnej oraz poznawczej człowieka w odpowiedzi na doświadczenia dotyczące struktury, procesu i wyniku opieki. Według Czerw i wsp. [100], pacjent zadowolony z opieki stanowi cel dla wszelkich działań podejmowanych przez zespół pielęgniarski. W niniejszej rozprawie przyjęto definicję satysfakcji z opieki pielęgniarskiej opracowaną przez Amerykańskie Towarzystwo Pielęgniarskie (American Nurses Association - ANA) [120], według której jest ona „miarą opinii pacjenta, jego opiekuna lub rodziny odnośnie opieki pielęgniarskiej udzielanej w ramach świadczeń pielęgniarskich”.

## **2.2. Pomiar satysfakcji z opieki pielęgniarskiej**

Ocena satysfakcji pacjenta i jego rodziny/opiekunów z otrzymanych świadczeń jest jednym z postulatów Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia oraz Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością [107]. Kwestie jakości w ochronie zdrowia w Polsce reguluje ustawa o działalności leczniczej z 15 kwietnia 2011 r. [13]. Uwzględnienie oceny pacjenta lub jego opiekunów z opieki stanowi odpowiedź na wnioski zawarte w Narodowym Programie Zdrowia (NPZ) na lata 2007-2015 [121], gdzie jednym z celów operacyjnych była poprawa jakości świadczeń zdrowotnych w zakresie ich skuteczności, bezpieczeństwa, akceptowalności społecznej, a także przestrzegania praw pacjenta. W NPZ zaakcentowano także potrzebę rozwijania badań w obszarze satysfakcji pacjentów z opieki, uznając za największą słabość systemu dominującą w społeczeństwie krytyczną opinię o publicznej ochronie zdrowia. Za najbardziej racjonalny kierunek działań uznano poprawę akceptowalności świadczeń zdrowotnych poprzez życzliwe traktowanie chorego oraz zapewnienie ciągłości opieki. Społeczna akceptacja usług zdrowotnych uznana została za jeden z głównych obszarów jakości w jednostkach opieki medycznej [122]. Także Hanefeld i wsp. [123] akcentują potrzebę poprawy akceptowalności usług oraz zwiększenia poziomu zaufania pacjenta i jego rodziny do świadczeniodawców.

Obecnie podmioty lecznicze wprowadzają szereg wewnętrznych i zewnętrznych metod zapewniania jakości. Metody zewnętrzne są stosowane wobec wszystkich placówek przez nadrzędne instytucje, grupy eksperckie lub pozarządowe instytucje powołane do ich certyfikowania. Wśród metod wewnętrznych wyróżnić można przede wszystkim monitorowanie zdarzeń niepożądanych, w tym zakażeń szpitalnych, ocenę jakości opieki dokonywaną przez kadrę kierowniczą oraz badanie satysfakcji pacjentów, będące wyrazem subiektywnego spojrzenia warunkowanego ich oczekiwaniami i wymaganiami [100, 101, 107].

Zadowolenie z opieki pielęgniarskiej uznawane jest za ważny wskaźnik satysfakcji pacjenta z całościowej opieki szpitalnej oraz istotny element oceny jakości opieki medycznej w ogóle [112, 124, 125]. Wyniki badań Otani i Kurz [125] dowodzą, że spośród licznych czynników związanych z pobytem pacjenta w szpitalu i leczeniem (procedura przyjęcia do szpitala, miłe otoczenie, podejście do rodziny i bliskich, opieka lekarska, proces wypisu ze szpitala), największe znaczenie dla ogólnego poziomu zadowolenia z hospitalizacji miała percepcja opieki pielęgniarskiej. Już w 1987 r. podobne wnioski przedstawił Lemke [126] wykazując, iż pacjenci uznający swój pobyt w szpitalu za bardzo satysfakcjonujący, w 95% wyrazili również wysoki poziom satysfakcji z opieki pielęgniarskiej. Według Parveen i wsp. [127] zachowania opiekuńcze pielęgniarek determinują wysoką jakość usług zdrowotnych w jednostkach opieki medycznej. Zespołowi pielęgniarskiemu przypisuje się także fundamentalne znaczenie w tworzeniu pozytywnej atmosfery hospitalizacji, a także w kreowaniu wizerunku szpitala [58].

Doniesienia naukowe potwierdzają, że zadowolenia pacjenta z opieki pielęgniarskiej ma istotne znaczenie w całościowej ocenie satysfakcji z przebiegu hospitalizacji [99, 125, 126]. Ocenę satysfakcji należy więc uznać za integralną część holistycznej opieki pielęgniarskiej nad pacjentem, pozwalającą poznać jego potrzeby, oczekiwania oraz uwagi względem otrzymywanych świadczeń, także dotyczące respektowania jego praw w trakcie hospitalizacji [124, 128, 129]. W tym kontekście ocena satysfakcji z opieki pełni również funkcję kontrolną i pozwala chronić pacjenta i jego rodzinę przed jatrogenią [58, 118]. Opinie świadczeniobiorców stanowią przede wszystkim wartościowe źródło informacji, które umożliwiają analizę sytuacji i wprowadzanie zmian w celu optymalizacji opieki w oparciu o udokumentowane przesłanki [99, 124, 128-131]. Podjęcie interwencji na podstawie wyników oceny satysfakcji pacjentów zwiększa zyskowność, a umiejętność sprostania oczekiwaniom świadczeniobiorców przyczynia się do wzrostu konkurencyjności jednostki opieki medycznej [102, 118, 129]. Ponieważ pozytywna

opinia świadczeniobiorców wspiera promocję podmiotu leczniczego wśród potencjalnych konsumentów [58, 99, 131], należy uznać, iż najbardziej skuteczną formą rekomendacji dla szpitala są zadowoleni pacjenci [118, 131]. Wysoka satysfakcja z opieki sprzyja także zachowaniom prozdrowotnym po wypisie ze szpitala i wzmacnia poczucie odpowiedzialności pacjenta/rodziny w procesie przywracania, utrzymania i potęgowania zdrowia. Co więcej, pacjent usatysfakcjonowany częściej zgadza się na przyjęty schemat postępowania terapeutycznego, stosuje się do zaleceń dotyczących leczenia i pielęgnowania oraz zgłasza się na zalecane badania kontrolne [99, 129, 131]. Ponadto, zadowolenie pacjenta ściśle związane jest z satysfakcją zawodową pracownika, pełniąc funkcję motywacyjną [118, 132]. Z kolei poczucie braku uznania otoczenia, w tym pacjentów, generuje niską ocenę własnej pracy oraz kompetencji, przejawiając się jako utrata przeświadczenia o możliwości odnoszenia sukcesów w życiu zawodowym [92].

Pacjenci oraz ich rodziny mają nienaruszalne prawo do oceniania opieki, jednakże część z nich nie jest skłonna do wyrażenia krytycznych uwag nawet wówczas, gdy badania opinii gwarantują anonimowość i dokonywane są w dniu wypisu ze szpitala [133]. W tradycyjnym podejściu do kwestii oceny jakości opieki dominował pogląd, że pacjenci i ich rodziny nie są przygotowani do wartościowania merytorycznych kompetencji zespołu terapeutycznego [99, 134]. Z tego względu w ocenie jakości opieki z perspektywy pacjenta mogą dominować elementy niezwiązane bezpośrednio z procedurą medyczną, jak na przykład poziom kultury osobistej członków zespołu medycznego lub zaangażowanie w relacje z pacjentem i jego rodziną [99]. Dla świadczeniodawcy, „jakość” jest natomiast obiektywnie określonym stopniem zgodności usługi z profesjonalną i aktualną wiedzą oraz przyjętym standardem opieki. Oceny jakości opieki dokonywane przez pacjentów i ich rodziny oraz przez profesjonalistów mogą więc być znacznie zróżnicowane [109]. W opinii polskich pielęgniarek jakość opieki jest uzależniona przede wszystkim od warunków pracy, obciążenia pracą, rodzaju wykonywanych zadań oraz możliwości zapewnienia bezpieczeństwa podopiecznym [27], co uzyskuje potwierdzenie także w wynikach badań naukowych prowadzonych w innych krajach europejskich [28, 135]. Obecnie uznaje się, iż do pełnej oceny jakości usług niezbędna jest analiza danych pochodzących z różnych źródeł, wśród których istotne znaczenie ma ocena satysfakcji pacjenta z opieki [123, 133].

### 2.3. Przegląd wybranych narzędzi do oceny satysfakcji rodziców z opieki nad dzieckiem

Badania naukowe w obszarze satysfakcji/zadowolenia pacjentów z opieki są prowadzone w różnych krajach świata od lat 50. XX wieku. W Polsce początek zainteresowania tym obszarem badawczym miał miejsce na przełomie lat 80. i 90. i był związany z transformacją ustrojową, gospodarczą i społeczną. Pierwszą ocenę zadowolenia rodziców z opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem przeprowadzono w latach 80. XX wieku [133, 136].

Obecnie do oceny satysfakcji z opieki bądź jej wybranych elementów rekomenduje się zastosowanie standaryzowanych narzędzi badawczych. Zaleca się także wyjaśnienie przyjętego sposobu rozumienia pojęcia „satysfakcji z opieki”, co ma zasadnicze znaczenie dla analizy i interpretacji uzyskanych wyników badań [128, 133]. Pomimo powyższych rekomendacji, badania naukowe w obszarze satysfakcji rodziców z opieki pielęgniarskiej w oddziałach pediatrycznych były i nadal są prowadzone z wykorzystaniem różnych, także autorskich kwestionariuszy ankiet [110, 137-141] oraz narzędzi badawczych opracowanych dla pacjentów dorosłych, jak *Newcastle Nursing Care Satisfaction Scale* [142]. W związku z tym, w porównywaniu uzyskanych rezultatów należy zachować pewną ostrożność.

Poniżej przedstawiono krótką charakterystykę wybranych standaryzowanych narzędzi badawczych wykorzystywanych w pomiarze satysfakcji z opieki pielęgniarskiej lub jej elementów.

Kwestionariusz potrzeb rodziców: *NPQ - Needs of Parent's Questionnaire*, został opracowany przez Gudrúna Kristjánssdóttira w latach 80. XX wieku w celu zidentyfikowania potrzeb rodziców/opiekunów podczas hospitalizacji dzieci, a także oceny poziomu satysfakcji z otrzymanych świadczeń. Kwestionariusz zawiera 71 pozycji podzielonych na trzy części. Pierwsza z nich obejmuje 51 stwierdzeń, odwołujących się do potrzeb rodziców w trakcie hospitalizacji, które są podzielone na sześć kategorii takich jak: potrzeba zaufania, niezawodność, potrzeba informacji, potrzeba wsparcia, potrzeby dotyczące zasobów fizycznych i ludzkich oraz potrzeby dziecka i innych członków rodziny. Dla każdego elementu opracowano trzy pytania, które odpowiadają trzem skalom - istotności dla rodziców oraz satysfakcji, ocenianym w skali Likerta, a także niezależności, w której rodzic udziela odpowiedzi „Tak” lub „Nie”. Druga część kwestionariusza składa się z pytań dotyczących samego narzędzia, natomiast trzecia część odnosi się do danych socjodemograficznych uczestników [143].

Budreau i Chase. [144] w latach 90. XX. wieku opracowali kolejny kwestionariusz do oceny zadowolenia rodziców/rodziny z opieki medycznej w oddziałach pediatrycznych. *The*

*Pediatric Family Satisfaction Questionnaire* zawiera 28 stwierdzeń dotyczących różnych aspektów opieki nad dzieckiem, podzielonych na 3 grupy: opieka medyczna, satysfakcja z opieki pielęgniarskiej oraz satysfakcja z zakwaterowania. Każde z 28 kryteriów kwestionariusza oceniane jest przez rodziców według 5-stopniowej skali Likerta. Narzędzie wykorzystywane jest do oceny całościowej satysfakcji z opieki, w tym ewaluacji świadczeń pielęgniarskich, które zawierają się w 11 uogólnionych stwierdzeniach, a także dla porównania zadowolenia z opieki świadczonej zarówno przez zespół pielęgniarski, jak i innych profesjonalistów [129].

Istotnym narzędziem do oceny jakości opieki w oddziałach pediatrycznych z perspektywy pacjenta/rodzica jest *The Pyramid Questionnaire*, opracowany w 1996 roku przez Arnetz i Arnetz i popularnie wykorzystywany w badaniach wielu autorów, także w ostatniej dekadzie [99, 145-147]. Kwestionariusz zawiera 63 pozycje, które mierzą ogólne zadowolenie z opieki oraz 8 wskaźników satysfakcji: dostępność, postawy personelu, proces opieki, udzielanie informacji dotyczących stanu zdrowia dziecka, udzielanie informacji dotyczących realizowanych procedur/czynności, leczenie, uczestnictwo rodziców w opiece oraz środowisko pracy personelu. Rodzice oceniają każdą z pozycji kwestionariusza według 4-stopniowej skali Likerta. Ponadto, dokonują oceny jakości opieki przy użyciu 10-stopniowej skali analogowo-wizualnej. Do narzędzia dołączona jest metryczka dotycząca danych socjo-demograficznych respondentów, procesu hospitalizacji i wcześniejszych doświadczeń w tym zakresie. Rodzice oceniają także stan zdrowia dziecka w chwili przyjęcia do szpitala oraz własny poziom lęku/niepokoju generowany jego sytuacją zdrowotną [99, 145].

Kolejnym narzędziem do oceny doświadczeń rodziców podczas procesu hospitalizacji dziecka jest kwestionariusz opracowany przez Solheim i Garratt - *Parent Experience of Paediatric Care Questionnaire*. Narzędzie obejmuje 25 pozycji przypisanych do jednej z 6 skal, takich jak: usługi lekarskie, usługi pielęgniarskie, obiekty/infrastruktura szpitalna, informacje przy wypisie ze szpitala, informacje dotyczące badań i testów laboratoryjnych oraz organizacja opieki. Każde z kryteriów oceniane jest przez respondentów w 5-stopniowej skali Likerta. Skala dotycząca opieki pielęgniarskiej odnosi się do: pomocy pielęgniarki w opiece nad dzieckiem, udzielania wsparcia rodzicom, informowania dotyczącego roli rodziców w opiece, zainteresowania opinią rodziców. Pozostałe kryteria satysfakcji z opieki, z wyjątkiem usług lekarskich, dotyczą w różnym stopniu ogólnej percepcji doświadczeń z procesu hospitalizacji dziecka oraz satysfakcji z opieki realizowanej przez różnych członków zespołu medycznego [148]. Także narzędzia badawcze opracowane przez Varni i wsp. [149] - *PedsQL Health Care Satisfaction Generic Module* oraz *Health Care Satisfaction Hematology/Oncology Specific Module* są kwestionariuszami do oceny

zadowolenia rodziców z różnych aspektów opieki nad dzieckiem, obejmującymi ewaluację świadczeń pielęgniarskich [47, 149].

W ostatnich dekadach obserwuje się wzrost zainteresowania badaczy jakością opieki w oddziałach noworodkowych oraz intensywnej terapii neonatologicznej. *The Parent Feedback Questionnaire* opracowany został w celu oceny satysfakcji rodziców z opieki nad noworodkami w czasie hospitalizacji. Kwestionariusz ocenia ogólną satysfakcję z opieki oraz zadowolenie z zaspokojenia szeroko pojętych oczekiwań rodziców, w tym potrzeb emocjonalnych, duchowych oraz informacyjnych. Do oceny zadowolenia rodziców z opieki neonatologicznej wykorzystywany jest także *Neonatal Index of Parent Satisfaction - NIPS*, autorstwa Mitchell-Di Censo i wsp., odwołujący się do trzech obszarów satysfakcji: przekonania rodziców o jakości opieki, komunikowania się oraz postaw zespołu medycznego. Kolejnym narzędziem badawczym w tej grupie jest *Neonatal Parents Satisfaction Form - Neonatal Intensive Care Unit (NICU - PSF)*, uwzględniający ogólną ocenę satysfakcji wraz z różnymi jej elementami, jak między innymi: ciągłość opieki, komunikacja, przekazywanie informacji, gotowość do opieki, udział rodziców w opiece, uczestnictwo w procesie podejmowania decyzji, udzielanie wsparcia lub zaspokajanie potrzeb duchowych [150]. Z kolei kwestionariusz *Inpatient Parent Satisfaction, Children's Health Care Minneapolis* jest standaryzowanym narzędziem stosowanym do oceny satysfakcji rodziców z opieki nad dziećmi w każdym z okresów rozwojowych, także nad noworodkami. Umożliwia pomiar zarówno ogólnego zadowolenia z opieki, jak i satysfakcji w takich obszarach opieki jak: komunikacja, kompetencje zawodowe, informacja, terminowości opieki, potrzeby wsparcia, podejmowanie decyzji dotyczących opieki oraz uczestnictwo rodziców w opiece [150].

Kwestionariusz *Picker Institute Pediatric Inpatient Survey* został opracowany w celu identyfikacji doświadczeń i problemów pacjentów w określonych aspektach opieki zdrowotnej, jak informacja i edukacja pacjenta/rodzica, koordynacja opieki, zapewnienie komfortu fizycznego, udzielanie wsparcia emocjonalnego, szacunek dla preferencji pacjenta, zaangażowanie rodziny w opiekę oraz zapewnienie ciągłości świadczeń. Narzędzie umożliwia także ocenę poziomu ogólnej satysfakcji rodziców z opieki [151]. Ponadto, opracowany został także kwestionariusz *Picker Institute Inpatient - Neonatal Intensive Care Unit (NICU)* służący do pomiaru satysfakcji rodziców z opieki świadczonej podczas pobytu dziecka w oddziale intensywnej terapii neonatologicznej. Narzędzia Instytutu Pickera umożliwiają ocenę opieki na różnych etapach procesu hospitalizacji - od przyjęcia do oddziału do wypisu dziecka ze szpitala [150].

Kinder i Allen [152] opracowali narzędzie badawcze przeznaczone do oceny satysfakcji rodziców z opieki nad dzieckiem realizowanej wyłącznie przez zespół pielęgniarek pediatrycznych. *Parents' Perceptions of satisfaction with Care from Pediatric Nurse Practitioners (PPSC-PNP)* służy do pomiaru zarówno ogólnej satysfakcji z opieki, jak i satysfakcji w 28 kryteriach szczegółowych, podzielonych na 4 komponenty główne: komunikowanie się, kompetencje kliniczne, zachowania opiekuńcze oraz kontrola decyzji.

Kwestionariusz *The Family Centered Care Survey (FCCS)*, opracowany przez Shields i Tanner [153] w 2004 r., jest narzędziem przeznaczonym do oceny satysfakcji rodziców z realizacji opieki skoncentrowanej na rodzinie. Kwestionariusz zawiera 20 pytań podzielonych na 3 grupy: szacunek, współpraca oraz wsparcie. FCCS odnosi się przede wszystkim do interpersonalnego aspektu opieki realizowanej przez różnych członków zespołu terapeutycznego oraz zaangażowania rodziny w opiekę, a każde pytanie jest oceniane przez respondentów w 4-stopniowej skali Likerta.

Kleefstra i wsp. [154] skonstruowali narzędzie badawcze do oceny satysfakcji pacjenta z opieki w ramach oddziałów chirurgii jednego dnia - *Core questionnaire for the assessment of Patient Satisfaction' (COPS) for general Day care (COPS-D)*, który wykorzystywany jest także do oceny zadowolenia rodziców z udzielonych świadczeń w ramach dziennej opieki okołozabiegowej nad dzieckiem. Kwestionariusz umożliwia ocenę satysfakcji pacjenta w sześciu wymiarach opieki, takich jak: procedura przyjęcia do oddziału, opieka pielęgniarska, opieka lekarska, udzielanie informacji, autonomia oraz absolutorium i opieka, pokój operacyjny oraz wizyta wstępna. Narzędzie umożliwia także wyrażenie ogólnego poziomu zadowolenia z leczenia pacjenta i pobytu w szpitalu w skali od 0 do 10. Niestety, jedynie 2 z 17 kryteriów opieki uwzględnionych w kwestionariuszy w sposób bezpośredni dotyczą opieki świadczonej przez zespół pielęgniarski [115, 154].

Kwestionariusz *Empathic* autorstwa Latour i wsp. jest narzędziem opracowanym w celu oceny satysfakcji rodziców z opieki w oddziałach intensywnej terapii. Oryginalne narzędzie zawiera 65 pozycji podzielonych na pięć dziedzin, takich jak: informacja, opieka i leczenie, organizacja opieki, udział rodziców w opiece oraz profesjonalne podejście. Kwestionariusz umożliwia pomiar zarówno ogólnej satysfakcji rodziców z otrzymanych świadczeń, jak i ocenę zadowolenia w każdej z poszczególnych dziedzin. Każda z pozycji oceniana jest przez rodziców według 6-stopniowej skali Likerta. Autorzy opracowali także skróconą wersję kwestionariusza - *Empathic - 30* oraz kwestionariusz do oceny satysfakcji rodziców z opieki w oddziałach

intensywnej terapii noworodkowej - *Empathic - N*, zawierający 57 pozycji. Do narzędzia dołączona jest metryczka dotycząca danych socjo-demograficznych. Badani mają także możliwość opisanie swoich doświadczeń poprzez dołączenia komentarza dotyczącego dowolnych aspektów opieki [137, 155-157]. Kwestionariusze wykorzystywane były przede wszystkim do pomiaru satysfakcji rodziców z opieki nad dzieckiem w oddziałach intensywnej terapii, między innymi we Włoszech, Polsce, Hiszpanii, Australii, Francji oraz Danii [158-163].

Badania w obszarze satysfakcji rodziców z opieki realizowano w Polsce dotychczas przede wszystkim w oparciu o różne niestandardyzowane kwestionariusze autorskie [42, 44, 56, 164-169], co uniemożliwiało obiektywne wnioskowanie i porównywanie otrzymanych wyników [133, 136, 162]. Pierwsze badanie z zastosowaniem standaryzowanego kwestionariusza *Empathic* autorstwa Latour i wsp. [156] poddanego walidacji w polskich warunkach przeprowadziły Smoleń i Ksykiewicz-Dorota [170].

## 2.4. Determinanty satysfakcji z opieki medycznej

Satysfakcja z opieki jest pojęciem wielowymiarowym [117]. Obejmuje szereg czynników systemowych, przede wszystkim związanych z organizacją świadczeń zdrowotnych, jak ciągłość opieki, dostępność usług oraz ich bezpieczeństwo [112, 113, 171]. Innymi czynnikami wpływającymi na satysfakcję z opieki mogą być także zmienne kulturowe, w tym wartość, jaką ludzie przypisują zdrowiu, a także ich zachowania zdrowotne [112, 113, 171, 172]. Satysfakcja z opieki determinowana jest przez indywidualne potrzeby i oczekiwania pacjenta i jego rodziny względem opieki oraz wyobrażenia roli, jaką odgrywają instytucje ochrony zdrowia we współczesnym społeczeństwie [47, 99, 112, 118, 131, 171]. Tang i wsp. [124], Abuqamar i wsp. [173] oraz Johansson i wsp. [132] wśród czynników mających wpływ na ocenę zadowolenia z opieki wymieniają także wcześniejsze doświadczenia pacjenta z pobytem w szpitalu, leczeniem i pielęgowaniem. Czynnikiem determinującym ocenę uzyskanych świadczeń może być także poważne rozpoznanie kliniczne i związane z tym zagrożenie dla zdrowia i życia pacjenta, końcowy wynik opieki, rozumiany przez pacjenta i jego rodzinę jako poprawa stanu zdrowia, bądź jej brak, a także stopień akceptacji choroby lub poziom satysfakcji z życia [172, 173]. Także stan emocjonalny pacjenta bądź jego opiekuna może determinować satysfakcję z otrzymanych świadczeń medycznych. Matziou i wsp. [99] oraz Tsironi i wsp. [147] wskazują również na związek pomiędzy występowaniem u rodziców lęku, depresji oraz agresji, a postrzeganiem przez nich sytuacji zdrowotnej dziecka podczas hospitalizacji. Z kolei zmienne dotyczące pacjentów i ich bliskich, które mogą warunkować oczekiwania w stosunku do opieki lub zadowolenie z otrzymanych świadczeń, to przede wszystkim: wiek, płeć, poziom wykształcenia, liczba posiadanych dzieci [124, 157, 174], a także struktura rodziny, status zawodowy [142] i ekonomiczny [110, 124]. Powyższe czynniki mogą być potencjalnymi determinantami także w odniesieniu do satysfakcji rodziców z opieki nad dzieckiem hospitalizowanym w oddziale pediatrycznym. W tym kontekście wskazuje się także na uniwersalny predyktor jakim jest wiek dziecka - warunkujący nie tylko proces jego adaptacji do hospitalizacji i zakres udziału rodziców w opiece, ale także obraz oraz przebieg choroby, który bywa odmienny w różnych okresach rozwojowych [47, 132].

## **2.5. Jakość opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem z perspektywy rodzica**

### **2.5.1. Sytuacja rodziców oraz rodziny w aspekcie choroby i hospitalizacji dziecka**

Choroba i hospitalizacja dziecka stanowią sytuację trudną dla całej rodziny [129, 138, 142, 175, 176]. Rodzina rozumiana jest jako system, w którym choroba dziecka może zaburzać funkcjonowanie całości [175]. Oddziałują na stan emocjonalny rodziców i rodzeństwa oraz więź emocjonalną rodziny, dezorganizując ich codzienne życie i realizowanie przypisanych im ról społecznych [142, 177]. Wpływ choroby dziecka na funkcjonowanie rodziny warunkowany jest wieloma czynnikami. Szczególne zagrożenie obserwuje się wówczas, gdy choroba wystąpiła nagle [178], zagraża życiu pacjenta, ma charakter przewlekły [179-182], związana jest z doświadczaniem przez dziecko bólu o charakterze chronicznym [183, 184] lub niepomysłnie rokuje [179]. Choroba dziecka może być czynnikiem prowadzącym do konieczności rezygnacji przez jednego z rodziców z pracy zawodowej, ubożenia rodziny, zmiany wzajemnych relacji matki i ojca lub rozpadu rodziny [185], zmiany postaw rodzicielskich wobec dziecka [53, 55], stygmatyzacji społecznej, a nawet wykluczenia społecznego [186-190].

Choroba i proces hospitalizacji dziecka mogą mieć znamieny wpływ na emocjonalność rodziców, w tym występowanie lęku, depresji, agresji oraz poczucia winy. Mogą determinować również poziom ogólnej jakości i satysfakcji z życia [138, 142, 176, 177, 191-193]. Według Dahav i Sjöström-Strand [191], obawy rodziców potęgowane są brakiem rzetelnych informacji, niezrozumieniem komunikatów zespołu medycznego, a także ograniczeniem udziału w opiece nad dzieckiem i możliwości współdecydowania w procesie terapeutycznym. Traumatycznym przeżyciem, zarówno dla pacjenta, jak i jego bliskich, są często niezrozumiałe procedury medyczne, przede wszystkim zabiegi indukujące ból i niepokój u dziecka. Doniesienia naukowe Oommen i Shetty [194] wskazują na występowanie związku pomiędzy lękiem rodziców a poziomem natężenia bólu u dziecka podczas procedur inwazyjnych. W generowaniu lęku rodziców istotną rolę odgrywają także stresory środowiskowe oddziały, jak praca aparatury medycznej, hałas, intensywne oświetlenie, a także nieznanostwo topografii szpitala, wewnętrznych regulaminów oraz praw pacjenta i rodzica [195]. Za szczególnie trudną sytuację dla rodziny należy uznać separację dziecka od rodziców z uwagi na konieczność jego izolacji ze względów medycznych. Realizacja przez rodziców całodobowych zadań opiekuńczych wobec chorego dziecka w szpitalu rzutuje także na kształtowanie ich rytmu dobowego, przede wszystkim

zaburzając sen i odpoczynek [196, 197]. Wyzwaniem dla wielu podmiotów leczniczych pozostaje zapewnienie bazy lokalowej dla rodziców przy oddziałach pediatrycznych, co może potęgować ich frustrację [47, 99]. Dowiedziono, iż stres rodzicielski w sytuacji choroby i hospitalizacji dziecka może stanowić czynnik ryzyka rozwoju PTSD także u pacjenta pediatrycznego [48, 198-200].

Jednakże, choroba dziecka może również stanowić czynnik integrujący i wzmacniający rodzinę, choć reakcje poszczególnych jej członków w zaistniałej sytuacji mogą być odmienne. Proces adaptacji do choroby i hospitalizacji dziecka jest warunkowany przez dotychczasowe doświadczenia życiowe, indywidualne cechy osobowości, strategie radzenia sobie w trudnych sytuacjach oraz jakość interakcji społecznych. Istotne w tym aspekcie jest poczucie wsparcia zarówno w rodzinie, jak i w systemie zewnętrznym, który stanowią między innymi środowisko pracy, społeczność szkolna, grupa rówieśnicza, relacje interpersonalne [176, 201, 202].

Reakcje rodziców na chorobę dziecka zmieniają się w czasie. Stanowią pewien proces, w którym kluczowym etapem staje się akceptacja dziecka, jego sytuacji zdrowotnej oraz siebie w roli głównego opiekuna w chorobie. Umożliwia to konstruktywną adaptację i końcowe przystosowanie się rodziców do nowej sytuacji życiowej [33, 176, 203]. Miarą rozwoju pacjenta pediatrycznego w chorobie jest osiąganie sukcesów na drodze pokonywania barier, zagrożeń i ograniczeń z nią związanych. W tym aspekcie nieoceniona jest obecność rodziców z dzieckiem w szpitalu, ich czynny udział w opiece oraz mądre wyznaczanie celów do osiągnięcia [52]. W związku z tym profesjonalna opieka pielęgniarska powinna obejmować udzielanie wsparcia zarówno pacjentowi jak i jego bliskim na każdym etapie hospitalizacji [138, 142]. Niezbędne jest także rzetelne informowanie rodziców w zakresie realizowanych i planowanych świadczeń pielęgniarskich, włączenie ich w proces podejmowania decyzji dotyczących opieki, a także przygotowanie do postępowania po wypisie ze szpitala. Według Doupnik i wsp. [178] interwencje zespołu medycznego, w tym pielęgniarskiego przyczynić się mogą do istotnej redukcji stresu i lęku u opiekunów, które indukowane są w przebiegu choroby dziecka oraz procesu hospitalizacji.

## 2.5.2. Satysfakcja rodziców z opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem

Pomiar satysfakcji pacjenta z opieki pielęgniarskiej jest zadaniem trudnym i złożonym, tak jak sam proces pielęgnowania, obejmujący nie tylko zabiegi manualne i techniczne, ale także sfery: intelektualną, decyzyjną oraz kontaktów interpersonalnych [133]. W piśmiennictwie naukowym akcentuje się trudności natury etycznej oraz metodologicznej w obszarze prowadzenia badań satysfakcji z opieki w grupie pacjentów pediatrycznych. Ograniczenia te determinują zakres prowadzonych badań, jak również stosowane metody (zwykle projekcyjne, np. test rysunkowy, rzadziej sondaż diagnostyczny) i narzędzia badawcze [178, 204, 205]. Wobec tego, gdy pacjentem jest dziecko, oceny satysfakcji z opieki medycznej, także pielęgniarskiej, dokonują najczęściej jego rodzice lub opiekunowie [118, 178], którzy mają prawo obecności przy dziecku, współuczestniczenia w opiece nad nim w szpitalu i współdecydowania w zakresie pielęgnowania i leczenia [17, 38].

W doniesieniach naukowych akcentuje się wiele czynników, które decydują o jakości w opiece nad pacjentem, między innymi: dostępność usług medycznych, fachowość/profesjonalizm zespołu medycznego, bezpieczeństwo procedur, ciągłość opieki, dostosowanie opieki do potrzeb, zadowolenie pacjenta oraz wydajność [109, 118]. Z kolei wśród aspektów opieki pielęgniarskiej, które mają największy wpływ na satysfakcję pacjenta, najczęściej wymienia się zadania i czynności wynikające z realizacji przez pielęgniarkę funkcji opiekuńczej. Są to przede wszystkim: przyjacielska postawę wobec pacjenta [206], troskliwa opieka, zapewnienie bezpieczeństwa i intymności, poszanowanie godności osobistej, respektowanie praw pacjenta [118, 130, 132, 207, 208], staranność w wykonywaniu zabiegów [172], podmiotowe traktowanie, udzielanie wsparcia [76, 77, 85, 209], reagowanie na ból i udział w niwelowaniu bólu [99, 146, 210, 211] oraz relacje pielęgniarka-pacjent. Pacjenci oczekują od pielęgniarki także umiejętności obserwacji oraz aktualnej i profesjonalnej wiedzy medycznej. Z perspektywy świadczeniobiorcy istotne znaczenie mają również czas oczekiwania na usługi, czas poświęcony na kontakt z pacjentem (bycie na czas, punktualność, unikanie zbędnej zwłoki, struktura czasu pracy - czas poświęcony na pielęgnację bezpośrednią), [112, 138, 212, 213], a także przyjazne, komfortowe otoczenie [99, 132]. Dostosowanie planowanej opieki do indywidualnych potrzeb pacjenta [113], a w przypadku, gdy jest nim dziecko także zorientowanie na oczekiwania jego rodziców/rodziny, stanowi priorytet dla współczesnych systemów ochrony zdrowia. Funkcjonowanie nowoczesnego szpitala pediatrycznego wymaga nie tylko kompleksowego

podejścia do problemów zdrowotnych i rozwojowych dziecka, ale także uwzględnienia jego sytuacji rodzinnej [214].

Dla rodziców w ocenie zadowolenia z opieki nad dzieckiem istotne są przede wszystkim: cechy osobowościowe pielęgniarek, łagodny ton głosu [205], życzliwość [205, 215], zaangażowanie emocjonalne w opiekę [132] oraz zdolność komunikowania się z rodzicem/pacjentem [42, 138, 139, 215]. Rodzice oczekują od pielęgniarki cierpliwości, zdecydowania, sprawności manualnej, otwartości, umiejętnego udzielania informacji [42, 148, 215], delikatności [42], a także respektowania uczuć dziecka [216]. Wśród potrzeb rodziców/opiekunów wskazuje się również poszanowanie godności dziecka, szybkie reagowanie na sygnalizowane problemy i potrzeby [138, 148], udzielanie wsparcia [85, 209, 217], możliwość współdecydowania i współuczestnictwa w opiece nad dzieckiem, dobre relacje pomiędzy personelem oddziału [47, 99, 132, 138, 174, 214, 217, 218] oraz uwzględnienie domowych przyzwyczajzeń dziecka w planowaniu świadczeń [138]. Według Bednarek i wsp. [2], rodzice oczekują od zespołu pielęgniarskiego także przygotowania do postępowania zapobiegającego wystąpieniu lub ograniczającego ryzyko wystąpienia chorób i powikłań u dziecka, wspierania jego rozwoju oraz kształtowania stylu życia sprzyjającego zdrowiu.

Odpowiedzią na oczekiwania rodziców w stosunku do procesu hospitalizacji może być wdrożenie do praktyki systemu opieki skoncentrowanej na rodzinie (*Family-centered care - FCC*). FCC zakłada włączenie rodziców w proces podejmowania decyzji dotyczących opieki i leczenia, uwzględniając współpracę z zespołem terapeutycznym, opartą na zasadach szacunku i równości. Uwzględnia także kontekst rodziny, otoczenia, środowiska szkolnego oraz codziennej aktywności dziecka w planowaniu działań opiekuńczych i terapeutycznych. Pomimo powszechnego uznania korzyści wynikających z systemu FCC, jego wdrożenie do praktyki klinicznej jest wciąż niewystarczające [214, 219], a nawet bywa on określany koncepcją abstrakcyjną [220]. Wyniki badań naukowych potwierdzają jednak wysokie zadowolenie rodziców z opieki skoncentrowanej na rodzinie oraz silne zrozumienie przez nich idei partnerstwa w opiece nad dzieckiem [43].

Potrzeby i oczekiwania rodziców względem opieki pielęgniarskiej są zróżnicowane i mają różną wartość i znaczenie dla całościowego zadowolenia z usług świadczonych dziecku i rodzinie w trakcie hospitalizacji.

## Rozdział 3

### Metodologiczne podstawy badań własnych

#### 3.1. Cel pracy i problemy badawcze

Celem pracy była ocena satysfakcji rodziców z opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem w oddziałach pediatrycznych o różnej specyfice z uwzględnieniem jej potencjalnych determinant.

#### Problemy badawcze:

1. Jaki jest poziom ogólnej satysfakcji rodziców z opieki pielęgniarskiej nad dziećmi w oddziałach pediatrycznych?
2. Jaki jest poziom satysfakcji rodziców z opieki pielęgniarskiej nad dziećmi w kryteriach głównych *Informacja, Opieka i leczenie, Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece* oraz *Profesjonalizm/Profesjonalne podejście*?
3. Jaki jest poziom satysfakcji rodziców z opieki pielęgniarskiej nad dziećmi w zakresie kryteriów szczegółowych?
4. Jaka jest zależność pomiędzy satysfakcją rodziców z opieki pielęgniarskiej, a miejscem hospitalizacji dziecka, poziomem zabezpieczenia zdrowotnego szpitali oraz rodzajem oddziałów szpitalnych (oddziały niezabiegowe vs. oddziały zabiegowe)?
5. Jaka jest zależność pomiędzy satysfakcją rodziców z opieki pielęgniarskiej, a wybranymi zmiennymi, jak: wiek dziecka, przyczyna hospitalizacji, tryb przyjęcia do szpitala, obecność chorób współistniejących, doświadczenie wcześniejszych hospitalizacji w ostatnich 12. miesiącach poprzedzających badanie oraz czas pobytu dziecka w oddziale?
6. Jaka jest zależność pomiędzy satysfakcją rodziców z opieki pielęgniarskiej, a wybranymi zmiennymi, jak: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie rodziców oraz liczba posiadanych dzieci?
7. Jaka jest związek pomiędzy poziomem satysfakcji rodziców w kryteriach głównych *Informacja, Opieka i leczenie, Dostępność, Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece* oraz *Profesjonalizm/Profesjonalne podejście*, a ogólną satysfakcją rodziców z opieki?

### 3.2. Hipotezy badawcze

1. Poziom ogólnej satysfakcji rodziców z opieki pielęgniarskiej nad dziećmi w oddziałach pediatrycznych jest wysoki.
2. Występują różnice pomiędzy poziomem satysfakcji rodziców z opieki pielęgniarskiej w poszczególnych kryteriach głównych - rodzice wykazują najwyższą satysfakcję w kryterium *Dostępność*, natomiast najniższą w kryterium *Informacja*.
3. Rodzice wykazują najniższy poziom satysfakcji w kryterium szczegółowym *Pielęgniarka przedstawiła się z imienia i nazwiska*.
4. Niższą satysfakcję z opieki pielęgniarskiej wykazują rodzice dzieci hospitalizowanych w oddziałach niezabiegowych, w porównaniu do rodziców pacjentów z oddziałów zabiegowych.
5. Najwyższy poziom satysfakcji z opieki pielęgniarskiej wykazują rodzice dzieci starszych, przyjętych do szpitala w trybie planowym oraz o okresie hospitalizacji powyżej 28 dni.
6. Rodzice poniżej 30. r.ż. oraz rodzice z wykształceniem wyższym wykazują najniższy poziom satysfakcji z opieki.
7. Występuje związek pomiędzy poziomem satysfakcji rodziców w kryterium *Informacja*, a ogólnym poziomem satysfakcji z opieki pielęgniarskiej.

W prezentowanym badaniu zmienną zależną była ocena satysfakcji rodziców z opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem w oddziałach pediatrycznych o różnej specyfice, uzyskana ze „Standaryzowanego kwestionariusza oceny poziomu zadowolenia rodziców/opiekunów z opieki pielęgniarskiej”. Zmiennymi niezależnymi były z kolei:

- miejsce hospitalizacji dziecka;
- poziom zabezpieczenia zdrowotnego szpitali/oddziałów szpitalnych;
- rodzaj oddziału;
- wiek dziecka hospitalizowanego;
- przyczyna hospitalizacji;
- czas hospitalizacji dziecka;
- tryb przyjęcia dziecka do szpitala;
- obecność chorób współistniejących u dziecka;
- wcześniejsze doświadczenie hospitalizacji w ostatnich 12 miesiącach (hospitalizacje pierwszorazowe vs. kolejne);

- wiek, płeć, miejsce zamieszkania oraz wykształcenie rodziców oraz liczba posiadanych dzieci.

### 3.3. Metody i narzędzia badawcze

W celu oceny satysfakcji rodziców z opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem zastosowano metodę sondażu diagnostycznego techniką ankiety z wykorzystaniem kwestionariuszy ankiet zawierających: Standaryzowany kwestionariusz oceny poziomu zadowolenia rodziców/opiekunów z opieki pielęgniarskiej - *Empathic* Latoura i wsp. [156] w adaptacji do warunków polskich autorstwa Smoleń i Ksykiewicz-Doroty [162] oraz metryczkę dotyczącą wybranych zmiennych socjo-demograficznych rodziców oraz związanych z dzieckiem i procesem hospitalizacji.

Standaryzowany kwestionariusz oceny poziomu zadowolenia rodziców/opiekunów z opieki pielęgniarskiej obejmuje pięć kryteriów głównych satysfakcji: *Informację, Opiekę i leczenie, Dostępność, Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece* oraz *Profesjonalizm/Profesjonalne Podejście*, zawierających od 2 do 19 kryteriów szczegółowych.

Kryterium *Informacja* zawiera 8 kryteriów szczegółowych:

1. *Pielęgniarka informowała o zasadach pielęgnowania dziecka.*
2. *Pielęgniarka nie podawała sprzecznych informacji.*
3. *Pielęgniarka informowała zrozumiale i rzeczowo.*
4. *Pielęgniarka informowała o zmianach w pielęgnowaniu dziecka.*
5. *Pielęgniarka codziennie informowała o pielęgnowaniu dziecka.*
6. *Pielęgniarka przekazywała informacje o pielęgnowaniu dziecka w odpowiednim czasie.*
7. *Pielęgniarka zapoznała z zasadami funkcjonowania oddziału.*
8. *Pielęgniarka poinformowała o godzinach odwiedzin.*

Kryterium *Opieka i leczenie* obejmuje 9 kryteriów szczegółowych:

1. *Pielęgniarka była wyczulona na komfort dziecka.*
2. *Pielęgniarka niezwłocznie reagowała na zmiany stanu dziecka.*
3. *Pielęgniarka uczestniczyła w zapobieganiu/lagodzeniu dolegliwości bólowych.*
4. *Pielęgniarka podawała lek w odpowiednim czasie.*

5. *Pielęgniarka posiadała wiedzę dotyczącą stanu bio-psycho-społecznego dziecka.*
6. *Pielęgniarka zapewniła wsparcie emocjonalne.*
7. *Pielęgniarka zapewniła wsparcie duchowe.*
8. *Pielęgniarka wykazała się troskliwym podejściem do rodziców/opiekunów.*
9. *Pielęgniarka przygotowała do opieki w domu po wypisie ze szpitala.*

Kryterium *Dostępność* zawiera 2 kryteria szczegółowe:

1. *Pielęgniarka była dostępna dla dziecka w miarę potrzeb.*
2. *Pielęgniarka była dostępna dla rodziców/opiekunów w miarę potrzeb.*

Kryterium *Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece* obejmuje 6 kryteriów szczegółowych:

1. *Rodzice współpracowali z zespołem pielęgniarskim.*
2. *Pielęgniarka przygotowała rodziców/opiekunów do opieki nad dzieckiem.*
3. *Pielęgniarka pytała o oczekiwania rodziców/opiekunów dotyczące opieki nad dzieckiem.*
4. *Pielęgniarka zachęcała rodziców/opiekunów do bycia blisko dziecka w trakcie hospitalizacji.*
5. *Rodzice/opiekunowie aktywnie uczestniczyli w podejmowaniu decyzji dotyczących opieki.*
6. *Pielęgniarka stymulowała rodziców/opiekunów do przebywania z dzieckiem w czasie badań i czynności pielęgnacyjnych.*

Kryterium *Profesjonalizm/Profesjonalne podejście* zawiera 19 kryteriów szczegółowych:

1. *Widoczna była współpraca w zespole pielęgniarsko-lekarskim.*
2. *Rodzice/opiekunowie wiedzieli, która pielęgniarka opiekuje się ich dzieckiem.*
3. *Pielęgniarka przedstawiła się z imienia i nazwiska.*
4. *Praca pielęgniarki na dyżurze była dobrze zorganizowana.*
5. *Praca zespołu pielęgniarskiego zapewniła dziecku poczucie bezpieczeństwa.*
6. *Najbliższe otoczenie dziecka było czyste.*
7. *Informacje pisemne dotyczące zasad funkcjonowania oddziału były w miejscu dostępnym dla rodziców.*
8. *Godziny odwiedzin na oddziale były elastyczne.*
9. *Zakwaterowanie dla rodziców/opiekunów w pobliżu oddziału było zapewnione.*
10. *Pielęgniarka zapewniła opiekę wysokiej jakości niezależnie od rasy, wyznania, płci, wykształcenia.*
11. *Pielęgniarka chroniła prywatności dziecka.*

12. *Pielęgniarka chroniła prywatności rodziców/opiekunów.*
13. *Pielęgniarka odnosiła się z szacunkiem do rodziców/opiekunów.*
14. *Pielęgniarka powstrzymywała się od zbędnych dyskusji przy łóżku dziecka.*
15. *Pielęgniarka wykazywała empatię dziecku.*
16. *Pielęgniarka wykazywała empatię rodzicom/opiekunom.*
17. *Pielęgniarka mile witała rodziców/opiekunów przy przyjęciu/odwiedzinach.*
18. *Zmiana atmosfery w pracy nie wpływała na poziom świadczonych usług pielęgniarki wobec dziecka.*
19. *Zdrowie dziecka było najwyższym priorytetem dla pielęgniarki.*

Każde z kryteriów szczegółowych było oceniane przez rodziców w pięciostopniowej skali Likerta od 1 pkt. do 5 pkt., gdzie „1” oznaczało jestem bardzo niezadowolona/niezadowolony, a „5” - jestem bardzo zadowolona/zadowolony. Ogólna ocena satysfakcji rodziców z opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem stanowiła średnią wszystkich ocen uzyskanych dla każdego z kryteriów głównych. Z kolei ocena w kryteriach głównych stanowiła średnią ocen uzyskanych z przypisanych im kryteriów szczegółowych. Ocena satysfakcji podawana była w wartościach punktowych, z dokładnością dwóch miejsc po przecinku.

Ocena od 1-2,5 pkt. oznacza niski poziom satysfakcji z opieki pielęgniarskiej (ogólnej, w kryteriach głównych oraz w każdym z kryteriów szczegółowych). Ocena od 2,6 pkt. do 4 pkt. odpowiada średniemu poziomowi satysfakcji z opieki. Za wysoki poziom satysfakcji z opieki pielęgniarskiej uznaje się ocenę w zakresie od 4 pkt. do 5 pkt.

Dla narzędzia uzyskano bardzo wysokie wskaźniki rzetelności. Współczynnik alfa-Cronbacha dla ogólnej satysfakcji z opieki wyniósł 0,965, natomiast dla poszczególnych kryteriów głównych kolejno: 0,853 - kryterium *Informacja*, 0,786 - kryterium *Opieka i leczenie*, 0,926 - kryterium *Dostępność*, 0,786 - kryterium *Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece* oraz 0,909 - kryterium *Profesjonalizm/Profesjonalne podejście* [162].

Metryczka dotycząca danych socjo-demograficznych uwzględniała płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie rodziców oraz liczbę posiadanych dzieci, a także zmienne związane z dzieckiem i procesem hospitalizacji, jak wiek dziecka hospitalizowanego, przyczynę hospitalizacji, obecność chorób współistniejących, tryb przyjęcia dziecka do szpitala, czas hospitalizacji oraz doświadczenie wcześniejszych hospitalizacji w ostatnich 12. miesiącach.

### **3.4. Materiał badawczy**

#### **3.4.1. Teren i zakres badań**

Badanie przeprowadzono w okresie od grudnia 2016 roku do grudnia 2018 roku w oddziałach zabiegowych i niezabiegowych 7 wiodących placówek pediatrycznych na terenie województw: małopolskiego, podkarpackiego i warmińsko-mazurskiego, należących do podstawowego lub specjalistycznego poziomu zabezpieczenia zdrowotnego w ramach krajowej sieci szpitali. Dobór placówek do badania był celowy - badanie przeprowadzono w szpitalach, w których uzyskano zgody dyrekcji na jego realizację.

Badanie było realizowane w oddziałach:

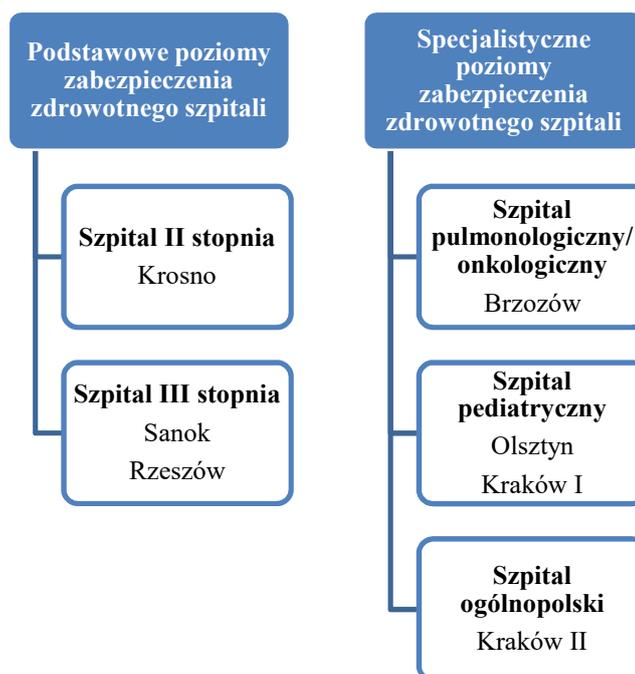
- Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie,
- Szpitala Specjalistycznego w Sanoku,
- Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego Nr 2 w Rzeszowie,
- Szpitala Specjalistycznego w Brzozowie/Podkarpackiego Ośrodka Onkologicznego im. ks. Bronisława Markiewicza w Brzozowie,
- Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego im. prof. dr Stanisława Popowskiego w Olsztynie,
- Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Ludwika w Krakowie,
- Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie.

W dalszej części pracy przyjęto uproszczone nazwy poszczególnych jednostek opieki medycznej, którymi posługiwano się w opisie materiału badawczego (Ryc. 1.).

Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie	•Krosno
Szpital Specjalistyczny w Sanoku	•Sanok
Szpital Wojewódzki Nr 2 w Rzeszowie	•Rzeszów
Szpital Specjalistyczny w Brzozowie	•Brzozów
Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie	•Olsztyn
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Ludwika w Krakowie	•Kraków I
Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie	•Kraków II

Ryc. 1. Uproszczone nazwy szpitali przyjęte w opisie materiału badawczego.

Zróznicowanie szpitali uczestniczących w badaniu ze względu na poziomy zabezpieczenia zdrowotnego przedstawiono na Ryc. 2.



Ryc. 2. Zróżnicowanie szpitali ze względu na poziom zabezpieczenia zdrowotnego.

### 3.4.2. Grupa badana i warunki rekrutacji do grupy

Badanie zostało przeprowadzone w grupie 1030 rodziców dzieci hospitalizowanych w oddziałach zabiegowych i niezabiegowych wyżej wymienionych placówek.

Kryteriami włączenia do badania były:

- stała lub okresowa, nie krótsza niż 12 godzin na dobę, obecność rodzica z dzieckiem w czasie hospitalizacji;
- hospitalizacja trwająca minimum trzy doby;
- dobrowolne wyrażenie zgody na uczestnictwo w badaniu.

Kryteriami wykluczenia z udziału w badaniu były natomiast:

- brak woli uczestnictwa w badaniu;
- hospitalizacja trwająca krócej niż trzy doby;
- nieobecność rodziców w czasie hospitalizacji dziecka lub okresowa obecność przy dziecku, krótsza niż 12 godzin w ciągu doby;
- okres schyłku życia dziecka.

Uwzględniając zmiany charakteru pracy większości pielęgniarek w szpitalach w Polsce (głównie 12-godzinne dyżury dzienne i nocne) oraz średni czas hospitalizacji w oddziałach pediatrycznych i chirurgii dziecięcej, wynoszący odpowiednio 4 i 3 dni [23], ustalono kryterium hospitalizacji trwającej minimum 3 doby jako jeden z warunków włączenia uczestnika do badania. Czas ten daje możliwość dokonania oceny dotyczącej opieki realizowanej przez co najmniej kilku członków zespołu pielęgniarskiego. Na etapie doboru rodziców do badania weryfikowano także ich obecność z dzieckiem w czasie hospitalizacji. Nie rekrutowano grupy kontrolnej do badania.

### **3.5. Organizacja i przebieg badania**

Badanie miało charakter wielośrodkowy, przekrojowy, obserwacyjny. Udział rodziców w badaniu był dobrowolny. Każdy rodzic otrzymał ustną oraz pisemną informację dotyczącą celu oraz zasad badania, a także sposobu uzupełniania kwestionariuszy. Rodzice zostali zapewnieni, ustnie i pisemnie, o możliwości odmowy lub rezygnacji z udziału w badaniu bez ponoszenia jakichkolwiek konsekwencji. Ponadto zapewniono rodziców, że zarówno zgoda na uczestnictwo w badaniu, jak i brak zgody bądź rezygnacja z uczestnictwa w nim, nie będą miały wpływu na jakość opieki nad dzieckiem. Rodzice wyrazili świadomą zgodę na udział w badaniu.

Materiał badawczy został zebrany podczas bezpośrednich spotkań z rodzicami. Członkowie zespołu pielęgniarskiego oddziału nie byli zaangażowani w realizację badania. Po otrzymaniu karty wypisowej ze szpitala, jeden z rodziców będący głównym opiekunem dziecka w czasie hospitalizacji, wypełniał kwestionariusze ankiet.

Badanie zostało przeprowadzane zgodnie z zasadami Deklaracji Helsińskiej oraz obowiązującymi regulacjami prawnymi. Na prowadzenie badania otrzymano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego (opinia nr: 122.6120.254.2016 z dn. 29 września 2016 roku), ordynatorów/kierowników oddziałów oraz dyrekcji szpitali.

Uwzględniono ocenę satysfakcji rodziców z opieki w zależności od placówki, poziomu zabezpieczenia zdrowotnego szpitala oraz rodzaju oddziału - oddziały niezabiegowe vs. oddziały zabiegowe. Informacje dotyczące poziomu zabezpieczenia zdrowotnego placówek objętych badaniem uzyskano z Rządowego Projektu Sieci Szpitali [4].

Podział na kategorie wiekowe dzieci utworzono zgodnie z obowiązującym w pediatrii podziałem na okresy rozwojowe:

- noworodkowy (do 28. dnia życia);
- niemowlęcy (od 29. dnia życia do 12. miesiąca życia);
- poniemowlęcy (od 13. miesiąca życia. do końca 2. roku życia);
- przedszkolny (od 3. roku życia do 6. roku życia);
- wczesnoszkolny (od 7. roku życia do 12. roku życia.);
- adolescencji - pokwitania (od 12. roku życia do 19. roku życia) [60].

W analizach statystycznych uwzględniono tryb nagły oraz planowy przyjęcia dziecka do szpitala.

Przyczyny hospitalizacji zróżnicowano na:

- zaostrzenie choroby przewlekłej;
- nagłe zachorowanie;
- diagnostykę;
- leczenie onkologiczne;
- zabieg chirurgiczny;
- rehabilitację i inne.

W analizach uwzględniono obecność/brak obecności chorób współistniejących u dziecka, bez ich jakościowego oraz ilościowego zróżnicowania. Nie analizowano oceny satysfakcji rodziców z opieki w zależności od rozpoznania klinicznego u dziecka.

Czas hospitalizacji dziecka w oddziale zróżnicowano na pobyt:

- do 7 dni;
- od 8 do 14 dni;
- od 15 do 21 dni;
- od 22 do 28 dni;
- powyżej 28 dni.

Wiek rodziców przypisano do jednej z trzech kategorii: poniżej 30. roku życia, 31 - 40 lat, powyżej 40. roku życia.

Miejsce zamieszkania rodziców zróżnicowano na miasto oraz wieś.

### 3.6. Opracowanie statystyczne wyników

Analizę statystyczną danych przeprowadzono za pomocą pakietu IBM SPSS Software for Windows, Version 23.0 [Armonk, NY (USA): IBM Corp]. W prezentacji wyników w przypadku zmiennych ilościowych wykorzystano metody statystyki opisowej - średnią arytmetyczną ( $\bar{x}$ ), odchylenie standardowe (SD), minimum (Min), maksimum (Max), mediana (Me). Zgodność rozkładu określonych zmiennych z rozkładem normalnym oceniano za pomocą testu Kołmogorowa-Smirnowa. W odniesieniu do zmiennych jakościowych zastosowano liczebność (n) i procent (%). Analiza materiału badawczego wskazała na pojedyncze braki odpowiedzi dotyczących wieku rodziców, stąd liczebności (n) nie zawsze są równe 1030. Jednakże, w tym przypadku wartość 100% wyliczona została dla ważnych odpowiedzi udzielonych przez rodziców (n=1003).

Z uwagi na fakt, że zmienne ilościowe miały charakter daleki od normalnego, analizy opierały się głównie o testy nieparametryczne. Ponadto, podjęta została próba analizy regresji liniowej, jednak przy sprawdzaniu kolejnych założeń wykazano, że główny warunek jej zastosowania, którym jest normalność reszt, nie został spełniony.

Na potrzeby weryfikacji hipotez, w sytuacji gdy zmienna zależna była mierzona na skali co najmniej porządkowej a niezależna na jakościowej, zastosowano nieparametryczne testy istotności różnic U Manna-Whitneya (dla 2 prób) oraz Kruskala-Wallisa (dla więcej niż 2 prób [221]. Z kolei dla zmiennych ilościowych/porządkowych zastosowano korelację rho Spearmana, gdzie maksymalny stopień korelacji przyjmuje wartość 1. Im bardziej zbliża się stopień związku do tej granicy, tym bardziej wzrostowi wartości jednej zmiennej towarzyszy wzrost wartości drugiej zmiennej [222].

W analizie oceny satysfakcji rodziców z opieki pielęgniarskiej w zależności od miejsca hospitalizacji w pierwszym etapie wykorzystano test Kruskala-Wallisa (dla więcej niż 2 prób). W drugim etapie przeprowadzono bardziej precyzyjne obliczenia z wykorzystaniem testu U Manna-Whitneya dla 2 prób i przeanalizowano satysfakcję rodziców w każdej jednostce opieki medycznej osobno w porównaniu do satysfakcji rodziców z pozostałych szpitali łącznie.

W analizie statystycznej celem sprawdzenia istotności związku między zmiennymi jakościowymi wykorzystano test Chi-kwadrat [223]. Przy zależności istotnej statystycznie sprawdzano również siłę związku, która jest normalizowana i przyjmuje wartości z kategorii od 0 do 1 [224]. W tym celu zastosowano miary symetryczne Phi (dla tabel 2 na 2) oraz V - Cramera (dla tabel większych niż 2 na 2) [222]. Uzyskane wyniki od 0 do 0,29 oznaczają zależność słabą, od 0,30 do 0,49 - zależność umiarkowaną, natomiast od 0,5 do 1 - zależność silną. Współczynnik Phi może przyjmować wartości ujemne, co wskazuje na odwrotną zależność. Podczas analizy testem Chi-kwadrat uwzględniono założenia, które dotyczą wielkości liczebności teoretycznych, a właściwie liczby dopuszczalnych dla danej tabeli liczebności teoretycznych, które mają wartość między 1 a 5. Otrzymany wynik jest dokładny wówczas, gdy żadna z liczebności teoretycznych nie jest mniejsza od jedności i gdy nie więcej niż 20% liczebności teoretycznych jest mniejszych od 5 [224].

Wszelkie związki uznano za istotne z punktu widzenia statystycznego, gdy  $p \leq 0,05$ .

Obszerne tabele z kompletnymi wynikami z przeprowadzonego badania dotyczącymi satysfakcji rodziców z opieki pielęgniarskiej w kryteriach szczegółowych zostały umieszczone w Aneksie i oznaczone literą „A” przy należytym numeracji. W tekście głównym pracy ograniczono się do opisu najważniejszych rezultatów uzyskanych z analizy w kryteriach szczegółowych.

Wyniki wstępne z realizacji badania w oddziałach niezabiegowych szpitali na terenie Krakowa (Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie oraz Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Krakowie) opublikowano w czasopiśmie *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2019; 16(10): 1774 [130].

## Rozdział 4

### Wyniki badań

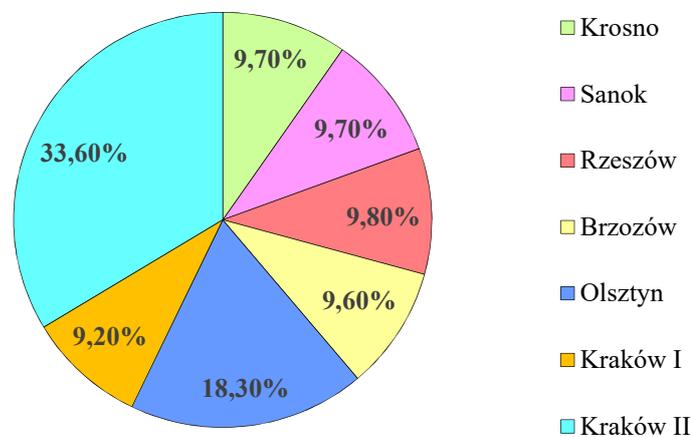
#### 4.1. Charakterystyka badanej grupy

Badanie sondażowe przeprowadzono w grupie 1030 rodziców dzieci hospitalizowanych w oddziałach niezabiegowych (ogólno pediatrycznych oraz specjalistycznych) oraz zabiegowych szpitali w Krośnie, Sanoku, Rzeszowie, Brzozowie, Olsztynie oraz Krakowie. Udział rodziców w badaniu w poszczególnych jednostkach opieki medycznej przedstawia Tab. III. i Ryc. 3.

Tab. III. Udział rodziców w badaniu w poszczególnych szpitalach.

Szpital	n	
	[liczba]	[%]
Krosno	100	9,70
Sanok	100	9,70
Rzeszów	101	9,80
Brzozów	99	9,60
Olsztyn	189	18,30
Kraków I	95	9,20
Kraków II	346	33,60
Ogółem	1030	100,00

Legenda: n - liczba ważnych odpowiedzi, % - odsetek odpowiedzi



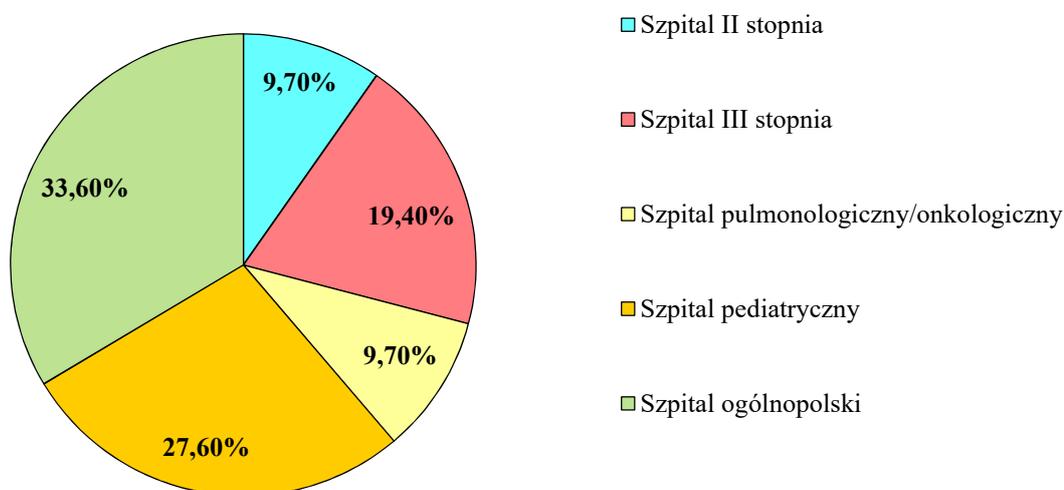
Ryc. 3. Udział rodziców w badaniu w poszczególnych szpitalach.

Udział rodziców w badaniu w odniesieniu do poziomu zabezpieczenia zdrowotnego szpitali przedstawi w Tab. IV. i na Ryc. 4.

Tab. IV. Zróżnicowanie badanych ze względu na poziom zabezpieczenia zdrowotnego szpitali.

Poziomy zabezpieczenia zdrowotnego placówki	Szpital	n		
		[liczba]	[%]	
Podstawowe	Szpital II stopnia	Krosno	100	9,70
	Szpital III stopnia	Sanok Rzeszów	200	19,40
Specjalistyczne	Szpital pulmonologiczny/onkologiczny	Brzozów	100	9,70
	Szpital pediatryczny	Olsztyn Kraków I	284	27,60
	Szpital ogólnopolski	Kraków II	346	33,60
<b>Ogółem</b>			<b>1030</b>	<b>100,00</b>

Legenda: n - liczba ważnych odpowiedzi, % - odsetek odpowiedzi



Ryc. 4. Udział rodziców w badaniu według poziomów zabezpieczenia zdrowotnego szpitali.

Wśród uczestników badania dominowały kobiety, stanowiąc 87,3% (n=899) rodziców. Najliczniejszą grupą byli respondenci z kategorii wiekowej 31 - 40 lat, którzy stanowili 50,7% (n=522) badanych. Wykształcenie wyższe zadeklarowało 60,4% (n=622) rodziców. Osoby zamieszkujące wieś stanowiły 58,7% (n=605) respondentów. Niemal połowa rodziców - 46,6% (n=480) posiadała dwoje dzieci. Szczegóły przedstawiono w Tab. V.

Tab. V. Charakterystyka badanej grupy.

Wybrane zmienne dotyczące rodziców	n		
	[liczba]	[%]	
Płeć	Kobieta	899	<b>87,30</b>
	Mężczyzna	131	12,70
Kategoria wiekowa	Do 30. r.ż.	325	31,60
	31-40 lat	522	<b>50,70</b>
	Powyżej 40 r.ż.	156	15,10
	Brak danych	27	2,60
Wykształcenie	Wyższe	622	<b>60,40</b>
	Średnie	299	29,00
	Zawodowe	86	8,30
	Podstawowe	23	2,20
Miejsce zamieszkania	Miasto	425	41,30
	Wieś	605	<b>58,70</b>
Liczba posiadanych dzieci	Jedno	335	32,50
	Dwoje	480	<b>46,60</b>
	Więcej niż dwoje	215	20,90

**Legenda:** n - liczba ważnych odpowiedzi, % - odsetek odpowiedzi

Średnia wieku rodziców wynosiła 34,02 lat (Me=33; Min=17; Max=72) (Tab. VI.).

Tab. VI. Wiek rodziców uczestniczących w badaniu.

Wiek rodziców	n	$\bar{x}$	Me	SD	Min	Max
	1003	34,02	33	6,85	17	72

**Legenda:** n - liczba ważnych odpowiedzi,  $\bar{x}$  - średnia arytmetyczna, Me - mediana, SD - odchylenie standardowe, Min - wartość minimalna, Max - wartość maksymalna. Wartości wyrażone są w latach poza n.

Noworodki i niemowlęta stanowiły 28,9% (n=298) wszystkich hospitalizowanych dzieci. Najmniej liczną grupę - 9,7% (n=100) stanowili pacjenci w okresie powikłania. W oddziałach niezabiegowych hospitalizowanych było 82,3% (n=848), natomiast w oddziałach zabiegowych 17,7% (n=182) dzieci. W trybie nagłym do szpitala przyjętych zostało 75% (n=772) pacjentów, a główną przyczyną hospitalizacji było nagłe zachorowanie, na które wskazało 72,3% (n=745) rodziców. Obecność choroby/chorób współistniejących stwierdzono u 14,5% (n=149) dzieci. Najczęstsze były hospitalizacje do 7 dni, które dotyczyły 44,9% (n=462) pacjentów, natomiast

hospitalizacje najdłuższe, powyżej 28 dni, dotyczyły 2,8% (n=29) dzieci. Dominowały pierwszorazowe hospitalizacje dzieci, na które wskazało 73,5% (n=757) rodziców (Tab. VII.).

Tab. VII. Zmienne dotyczące hospitalizowanych dzieci.

Zmienne dotyczące dzieci i procesu hospitalizacji	n		
	[liczba]	[%]	
Okres rozwojowy dziecka	Noworodkowy oraz niemowlęcy	298	<b>28,90</b>
	Poniemowlęcy	212	20,60
	Przedszkolny	192	18,60
	Wczesnoszkolny	228	22,10
	Pokwitania	100	9,70
Tryb przyjęcia do szpitala	Nagły	772	<b>75,00</b>
	Planowy	258	25,00
Przyczyna przyjęcia do szpitala	Zaostrzenie choroby przewlekłej	151	14,70
	Nagłe zachorowanie	745	<b>72,30</b>
	Diagnostyka	63	6,10
	Leczenie onkologiczne	15	1,50
	Zabieg chirurgiczny	46	4,50
	Inne (w tym rehabilitacja)	10	1,00
Choroba/Choroby współistniejące	Obecne	149	14,50
	Brak	881	<b>85,50</b>
Czas hospitalizacji	Do 7 dni	462	<b>44,90</b>
	8-14 dni	304	29,50
	15-21 dni	170	16,50
	22-28 dni	65	6,30
	Powyżej 28 dni	29	2,80
Pobyt w szpitalu	Pierwszy	757	<b>73,50</b>
	Kolejny	273	26,50

**Legenda:** n - liczba ważnych odpowiedzi, % - odsetek odpowiedzi

Średnia wieku dzieci wynosiła 4,79 lat (Me=3,12; Min=0,08; Max=18) (Tab. VIII.).

Tab. VIII. Wiek hospitalizowanych dzieci.

Wiek dzieci	n	$\bar{x}$	Me	SD	Min	Max
	1030	4,79	3,12	4,59	0,08	18

**Legenda:** n - liczba ważnych odpowiedzi,  $\bar{x}$  - średnia arytmetyczna, Me - mediana, SD - odchylenie standardowe, Min - wartość minimalna, Max - wartość maksymalna. Wartości wyrażone są w latach poza n.

Czas pobytu dziecka w szpitalu wyniósł średnio 10,46 dnia (Me=8; Min=3; Max=200) (Tab. IX.).

Tab. IX. Czas hospitalizacji dzieci.

Czas hospitalizacji dzieci	<b>n</b>	$\bar{x}$	<b>Me</b>	<b>SD</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
	1030	10,64	8	9,35	3	200

**Legenda:** n - liczba ważnych odpowiedzi,  $\bar{x}$  - średnia arytmetyczna, Me - mediana, SD - odchylenie standardowe, Min - wartość minimalna, Max - wartość maksymalna. Wartości wyrażone są w liczbie dni poza n.

#### 4.2. Satysfakcja rodziców z opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem

Średni poziom ogólnej satysfakcji rodziców z opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem wyniósł 4,38 pkt. (Me=4,56; Min=1,40; Max=5,00).

Satysfakcja rodziców z opieki w zakresie kryteriów głównych była wysoka. Najwyższy średni poziom satysfakcji - 4,57 pkt. - uzyskano dla kryterium *Dostępność* (Me=5; Min=1; Max=5), a najniższy - 4,28 pkt. (Me=4,50; Min=1; Max=5) dla kryterium *Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece*. Zbliżony średni poziom satysfakcji - 4,29 pkt. (Me=4,50; Min=1; Max=5), rodzice wyrazili także w kryterium *Informacja* (Tab. X.).

Tab. X. Satysfakcja rodziców z opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem.

<b>Kryterium opieki</b>	<b>n</b>	$\bar{x}$	<b>Me</b>	<b>SD</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
Informacja	1030	4,29	4,50	0,79	1,00	5,00
Opieka i leczenie	1030	4,34	4,56	0,75	1,22	5,00
Dostępność	1030	<b>4,57</b>	5,00	0,69	1,00	5,00
Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece	1030	<b>4,28</b>	4,50	0,77	1,00	5,00
Profesjonalizm/Profesjonalne podejście	1030	4,41	4,58	0,62	1,37	5,00
<b>Ogólny wskaźnik satysfakcji</b>	1030	<b>4,38</b>	4,56	0,64	1,40	5,00

**Legenda:** n - liczba ważnych odpowiedzi,  $\bar{x}$  - średnia arytmetyczna, Me - mediana, SD - odchylenie standardowe, Min - wartość minimalna, Max - wartość maksymalna. Wartości wyrażone są w punktach poza n.

Wykazano znaczne zróżnicowanie średniego poziomu satysfakcji rodziców z opieki pielęgniarskiej w poszczególnych kryteriach szczegółowych - od 2,99 pkt. do 4,68 pkt.

W zakresie kryterium głównego *Informacja* najwyższy średni poziom satysfakcji - 4,59 pkt. (Me=5; Min=1; Max=5) - uzyskano dla kryterium szczegółowego *Pielęgniarka informowała zrozumiale i rzeczowo*. Rodzice wykazali wysoki średni poziom satysfakcji także w kryterium *Pielęgniarka nie podawała sprzecznych informacji* - 4,53 pkt. (Me=5; Min=1; Max=5).

Najniższy średni poziom satysfakcji - 4,0 pkt. (Me=4; Min=1; Max=5) - uzyskano dla kryterium szczegółowego *Pielęgniarka codziennie informowała o pielęgnowaniu dziecka*. Także w kryterium *Pielęgniarka poinformowała o godzinach odwiedzin* rodzice wyrazili zbliżony niższy średni poziom satysfakcji z opieki - 4,10 pkt. (Me=5; Min=1; Max=5) (Tab. XI).

Tab. XI. Satysfakcja rodziców w zakresie kryterium *Informacja*.

<b>Informacja</b>	<b>n</b>	<b><math>\bar{x}</math></b>	<b>Me</b>	<b>SD</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
1. Pielęgniarka informowała o zasadach pielęgnowania dziecka	1030	4,22	5,00	1,03	1,00	5,00
2. Pielęgniarka nie podawała sprzecznych informacji	1030	<b>4,53</b>	5,00	0,84	1,00	5,00
3. Pielęgniarka informowała zrozumiale i rzeczowo	1030	<b>4,59</b>	5,00	0,73	1,00	5,00
4. Pielęgniarka informowała o zmianach w pielęgnowaniu dziecka	1030	4,27	5,00	1,03	1,00	5,00
5. Pielęgniarka codziennie informowała o pielęgnowaniu dziecka	1030	<b>4,00</b>	4,00	1,22	1,00	5,00
6. Pielęgniarka przekazywała informacje o pielęgnowaniu dziecka w odpowiednim czasie	1030	4,21	5,00	1,09	1,00	5,00
7. Pielęgniarka zapoznała z zasadami funkcjonowania oddziału	1030	4,42	5,00	1,01	1,00	5,00
8. Pielęgniarka poinformowała o godzinach odwiedzin	1030	<b>4,10</b>	5,00	1,33	1,00	5,00
<b>Satysfakcja w kryterium Informacja</b>	1030	<b>4,29</b>	4,50	0,79	1,00	5,00

**Legenda:** n - liczba ważnych odpowiedzi,  $\bar{X}$  - średnia arytmetyczna, Me - mediana, SD - odchylenie standardowe, Min - wartość minimalna, Max - wartość maksymalna. Wartości wyrażone są w punktach poza n.

Średni poziom satysfakcji rodziców w zakresie kryterium głównego *Opieka i leczenie* wyniósł od 3,92 pkt. do 4,68 pkt. Rodzice wyrazili najwyższy średni poziom satysfakcji w kryterium *Pielęgniarka podawała lek w odpowiednim czasie* - 4,68 pkt. (Me=5; Min=1; Max=5). Kolejne wyższe średnie poziomy satysfakcji rodziców z opieki uzyskano także w kryteriach *Pielęgniarka uczestniczyła w zapobieganiu/łagodzeniu dolegliwości bólowych* - 4,59 pkt. (Me=5; Min=1; Max=1) oraz *Pielęgniarka niezwłocznie reagowała na zmiany stanu dziecka* - 4,54 pkt. (Me=5; Min=1; Max=1).

Najniższy średni poziom satysfakcji rodziców wykazano dla kryterium *Pielęgniarka zapewniła wsparcie duchowe* - 3,92 pkt. (Me=4; Min=1; Max=5). Kolejnymi elementami opieki, dla których uzyskano niższe poziomy satysfakcji respondentów, były kryteria szczegółowe *Pielęgniarka przygotowała do opieki w domu po wypisie ze szpitala* - 4,14 pkt. (Me=4; Min=1; Max=5) oraz *Pielęgniarka zapewniła wsparcie emocjonalne* - 4,17 pkt. (Me=5; Min=1; Max=5) (Tab. XII.).

Tab. XII. Satysfakcja rodziców w zakresie kryterium *Opieka i leczenie*.

<b>Opieka i leczenie</b>	<b>n</b>	<b><math>\bar{x}</math></b>	<b>Me</b>	<b>SD</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
1. Pielęgniarka była wyczulona na komfort dziecka	1030	4,36	5,00	0,96	1,00	5,00
2. Pielęgniarka niezwłocznie reagowała na zmiany stanu dziecka	1030	<b>4,54</b>	5,00	0,79	1,00	5,00
3. Pielęgniarka uczestniczyła w zapobieganiu/łagodzeniu dolegliwości bólowych	1030	<b>4,59</b>	5,00	0,74	1,00	5,00
4. Pielęgniarka podawała lek w odpowiednim czasie	1030	<b>4,68</b>	5,00	0,72	1,00	5,00
5. Pielęgniarka posiadała wiedzę dotyczącą stanu bio - psycho-społecznego dziecka	1030	4,36	5,00	0,90	1,00	5,00
6. Pielęgniarka zapewniła wsparcie emocjonalne	1030	<b>4,17</b>	5,00	1,08	1,00	5,00
7. Pielęgniarka zapewniła wsparcie duchowe	1030	<b>3,92</b>	4,00	1,24	1,00	5,00
8. Pielęgniarka wykazała się troskliwym podejściem do rodziców/opiekunów	1030,	4,32	5,00	1,00	1,00	5,00
9. Pielęgniarka przygotowała do opieki w domu po wypisie ze szpitala	1030	<b>4,14</b>	4,00	1,03	1,00	5,00
<b>Satysfakcja w kryterium Opieka i leczenie</b>	1030	<b>4,34</b>	4,56	0,75	1,22	5,00

**Legenda:** n - liczba ważnych odpowiedzi,  $\bar{X}$  - średnia arytmetyczna, Me - mediana, SD - odchylenie standardowe, Min - wartość minimalna, Max - wartość maksymalna. Wartości wyrażone są w punktach poza n.

W zakresie kryterium głównego *Dostępność* wykazano zbliżony poziom satysfakcji rodziców - od 4,54 pkt. dla kryterium *Pielęgniarka była dostępna dla rodziców/opiekunów w miarę potrzeb* (Me=5; Min=1; Max=5) do 4,59 pkt. dla kryterium *Pielęgniarka była dostępna dla dziecka w miarę potrzeb* (Me=5; Min=1; Max=5) (Tab. XIII.).

Tab. XIII. Satysfakcja rodziców w zakresie kryterium *Dostępność*.

<b>Dostępność</b>	<b>n</b>	<b><math>\bar{x}</math></b>	<b>Me</b>	<b>SD</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
1. Pielęgniarka była dostępna dla dziecka w miarę potrzeb	1030	4,59	5,00	0,69	1,00	5,00
2. Pielęgniarka była dostępna dla rodziców/opiekunów w miarę potrzeb	1030	4,54	5,00	0,74	1,00	5,00
<b>Satysfakcja w kryterium Dostępność</b>	1030	<b>4,57</b>	5,00	0,69	1,00	5,00

**Legenda:** n - liczba ważnych odpowiedzi,  $\bar{x}$  - średnia arytmetyczna, Me - mediana, SD - odchylenie standardowe, Min - wartość minimalna, Max - wartość maksymalna. Wartości wyrażone są w punktach poza n.

Średni poziom satysfakcji rodziców w zakresie kryterium głównego *Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece* mieścił się w granicach od 3,78 pkt. do 4,54 pkt. Respondenci wyrazili najwyższy średni poziom satysfakcji w kryterium *Rodzice współpracowali z zespołem pielęgniarskim* - 4,54 pkt. (Me=5; Min=1; Max=5). Kolejny wysoki średni poziom satysfakcji uzyskano w kryterium *Rodzice/opiekunowie aktywnie uczestniczyli w podejmowaniu decyzji dotyczących opieki* - 4,51 pkt. (Me=5; Min=1; Max=5).

Najniższy średni poziom satysfakcji rodziców uzyskano dla kryterium szczegółowego *Pielęgniarka pytała o oczekiwania rodziców/opiekunów dotyczące opieki nad dzieckiem* - 3,78 pkt. (Me=4; Min=1; Max=5). Respondenci wyrazili niższy poziom satysfakcji z opieki także w zakresie kryterium szczegółowego *Pielęgniarka zachęcała rodziców/opiekunów do bycia blisko dziecka w trakcie hospitalizacji* - 4,20 pkt. (Me=5; Min=1; Max=5) (Tab. XIV.).

Tab. XIV. Satysfakcja rodziców w zakresie kryterium *Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece*.

<b>Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece</b>	<b>n</b>	<b><math>\bar{x}</math></b>	<b>Me</b>	<b>SD</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
1. Rodzice współpracowali z zespołem pielęgniarskim	1030	<b>4,54</b>	5,00	0,74	1,00	5,00
2. Pielęgniarka przygotowała rodziców/opiekunów do opieki nad dzieckiem	1030	4,30	5,00	0,98	1,00	5,00
3. Pielęgniarka pytała o oczekiwania rodziców/opiekunów dotyczące opieki nad dzieckiem	1030	<b>3,78</b>	4,00	1,30	1,00	5,00
4. Pielęgniarka zachęcała rodziców/opiekunów do bycia blisko dziecka w trakcie hospitalizacji	1030	4,20	5,00	1,14	1,00	5,00
5. Rodzice/opiekunowie aktywnie uczestniczyli w podejmowaniu decyzji dotyczących opieki	1030	4,51	5,00	0,82	1,00	5,00
6. Pielęgniarka stymulowała rodziców/opiekunów do przebywania z dzieckiem w czasie badań i czynności pielęgnacyjnych	1030	4,36	5,00	0,94	1,00	5,00
<b>Satysfakcja w kryterium Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece</b>	1030	<b>4,28</b>	4,50	0,77	1,00	5,00

**Legenda:** n - liczba ważnych odpowiedzi,  $\bar{x}$  - średnia arytmetyczna, Me - mediana, SD - odchylenie standardowe, Min - wartość minimalna, Max - wartość maksymalna. Wartości wyrażone są w punktach poza n.

Średni poziom satysfakcji rodziców w zakresie kryterium głównego *Profesjonalizm/Profesjonalne podejście* mieścił się w granicach od 2,99 pkt. do 4,67 pkt. Najwyższy średni poziom satysfakcji rodziców z opieki wykazano w kryterium szczegółowym *Pielęgniarka zapewniła opiekę wysokiej jakości niezależnie od rasy, wyznania, płci, wykształcenia* - 4,67 pkt. (Me=5; Min=1; Max=5). Kolejne zbliżone wyższe średnie poziomy satysfakcji uzyskano w kryteriach *Godziny odwiedzin na oddziale były elastyczne* - 4,63 pkt. (Me=5; Min=1; Max=5), *Zdrowie dziecka było najwyższym priorytetem dla pielęgniarki* - 4,62 pkt. (Me=5; Min=1; Max=5), *Najbliższe otoczenie dziecka było czyste* - 4,62 pkt. (Me=5; Min=1; Max=5) oraz *Pielęgniarka odnosiła się z szacunkiem do rodziców/opiekunów* - 4,61 pkt. (Me=5; Min=1; Max=5).

Najniższy średni poziom satysfakcji rodziców, zarówno w kryterium głównym *Profesjonalizm/Profesjonalne podejście*, jak i w ogóle, uzyskano dla kryterium szczegółowego *Pielęgniarka przedstawiła się z imienia i nazwiska* - 2,99 pkt. (Me=3; Min=1; Max=5). Kolejny niższy średni poziom satysfakcji rodziców z opieki uzyskano w zakresie kryterium szczegółowego *Rodzice/opiekunowie wiedzieli, która pielęgniarka opiekuje się ich dzieckiem* - 4,10 pkt. (Me=5; Min=1; Max=5) (Tab. XV.).

Tab. XV. Satysfakcja rodziców w zakresie kryterium *Profesjonalizm/Profesjonalne podejście*.

<b>Profesjonalizm/Profesjonalne podejście</b>	<b>n</b>	<b><math>\bar{x}</math></b>	<b>Me</b>	<b>SD</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
1. Widoczna była współpraca w zespole pielęgniarsko-lekarskim	1030	4,52	5,00	0,78	1,00	5,00
2. Rodzice/opiekunowie wiedzieli, która pielęgniarka opiekuje się ich dzieckiem	1030	<b>4,10</b>	5,00	1,17	1,00	5,00
3. Pielęgniarka przedstawiła się z imienia i nazwiska	1030	<b>2,99</b>	3,00	1,58	1,00	5,00
4. Praca pielęgniarki na dyżurze była dobrze zorganizowana	1030	4,43	5,00	0,84	1,00	5,00
5. Praca zespołu pielęgniarskiego zapewniła dziecku poczucie bezpieczeństwa	1030	4,48	5,00	0,80	1,00	5,00
6. Najbliższe otoczenie dziecka było czyste	1030	<b>4,62</b>	5,00	0,73	1,00	5,00
7. Informacje pisemne dotyczące zasad funkcjonowania oddziału były w miejscu dostępnym dla rodziców	1030	4,51	5,00	0,85	1,00	5,00
8. Godziny odwiedzin na oddziale były elastyczne	1030	<b>4,63</b>	5,00	0,76	1,00	5,00
9. Zakwaterowanie dla rodziców/opiekunów w pobliżu oddziału było zapewnione	1030	4,15	5,00	1,30	1,00	5,00
10. Pielęgniarka zapewniła opiekę wysokiej jakości niezależnie od rasy, wyznania, płci, wykształcenia	1030	<b>4,67</b>	5,00	0,71	1,00	5,00
11. Pielęgniarka chroniła prywatności dziecka	1030	4,55	5,00	0,83	1,00	5,00
12. Pielęgniarka chroniła prywatności rodziców/opiekunów	1030	4,53	5,00	0,83	1,00	5,00
13. Pielęgniarka odnosiła się z szacunkiem do rodziców/opiekunów	1030	<b>4,61</b>	5,00	0,76	1,00	5,00
14. Pielęgniarka powstrzymywała się od zbędnych dyskusji przy łóżku dziecka	1030	4,57	5,00	0,81	1,00	5,00
15. Pielęgniarka wykazywała empatię dziecku	1030	4,51	5,00	0,84	1,00	5,00
16. Pielęgniarka wykazywała empatię rodzicom/opiekunom	1030	4,40	5,00	0,94	1,00	5,00
17. Pielęgniarka mile witała rodziców/opiekunów przy przyjęciu/odwiedzinach	1030	4,38	5,00	0,96	1,00	5,00
18. Zmiana atmosfery w pracy nie wpływała na poziom świadczonych usług pielęgniarki wobec dziecka	1030	4,45	5,00	0,83	1,00	5,00
19. Zdrowie dziecka było najwyższym priorytetem dla pielęgniarki	1030	<b>4,62</b>	5,00	0,68	1,00	5,00
<b>Satysfakcja w kryterium Profesjonalizm/Profesjonalne podejście</b>	1030	<b>4,41</b>	4,58	0,62	1,37	5,00

**Legenda:** n - liczba ważnych odpowiedzi,  $\bar{x}$  - średnia arytmetyczna, Me - mediana, SD - odchylenie standardowe, Min - wartość minimalna, Max - wartość maksymalna. Wartości wyrażone są w punktach poza n.

#### 4.2.1. Satysfakcja rodziców z opieki pielęgniarskiej w poszczególnych szpitalach

Miejsce hospitalizacji dziecka istotnie statystycznie różnicowało zarówno poziom ogólnej satysfakcji rodziców z opieki, jak i poziom satysfakcji we wszystkich kryteriach głównych (*Informacja, Opieka i leczenie, Dostępność, Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece, Profesjonalizm/Profesjonalne podejście*) ( $p \leq 0,001$ ).

Rodzice dzieci hospitalizowanych w Sanoku wykazali najwyższy średni poziom ogólnej satysfakcji z opieki - 4,75 pkt. (Me=4,89; SD=0,30). Badani z Sanoka byli również najbardziej usatysfakcjonowani z opieki w zakresie kryteriów: *Informacja* - 4,67 pkt. (Me=4,88; SD=0,48), *Opieka i leczenie* - 4,75 pkt. (Me=5; SD=0,37), *Dostępność* - 4,89 pkt. (Me=5; SD=0,33), *Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece* - 4,70 pkt. (Me=5; SD=0,43) oraz *Profesjonalizm/Profesjonalne podejście* - 4,77 pkt. (Me=4,89; SD=0,32).

Najniższy średni poziom satysfakcji z opieki wykazali rodzice dzieci hospitalizowanych w Rzeszowie - 4,05 pkt. (Me=4,12; SD=0,73). Rodzice z Rzeszowa wyrazili najniższą satysfakcję w niemal wszystkich kryteriach głównych: *Informacja* - 3,71 pkt. (Me=3,75; SD=1), *Opieka i leczenie* - 4,00 pkt. (Me=4,22; SD=0,93), *Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece* - 3,81 pkt. (Me=4,00; SD=0,91) oraz *Profesjonalizm/Profesjonalne podejście* - 4,15 (Me=3,37; SD=0,66). Z kolei dla kryterium *Dostępność* najniższy poziom satysfakcji rodziców - 4,39 pkt., uzyskano w Krakowie II (Me=5,00; SD=0,81) (Tab. XVI.).

Tab. XVI. Satysfakcji rodziców z opieki pielęgniarskiej w poszczególnych szpitalach.

Szpital	Kryterium główne satysfakcji z opieki						Ogólna satysfakcja
	Informacja	Opieka i leczenie	Dostępność	Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece	Profesjonalizm/ Profesjonalne podejście		
Krosno	n	100	100	100	100	100	100
	$\bar{X}$	<b>4,61</b>	<b>4,62</b>	<b>4,77</b>	<b>4,59</b>	<b>4,66</b>	<b>4,65</b>
	Me	4,88	4,89	5,00	4,83	4,84	4,87
	SD	0,55	0,61	0,52	0,63	0,52	0,52
Sanok	n	100	100	100	100	100	100
	$\bar{X}$	<b>4,67</b>	<b>4,75</b>	<b>4,89</b>	<b>4,70</b>	<b>4,77</b>	<b>4,75</b>
	Me	4,88	5,00	5,00	5,00	4,89	4,89
	SD	0,48	0,37	0,33	0,43	0,32	0,30
Rzeszów	n	101	101	101	101	101	101
	$\bar{X}$	<b>3,71</b>	<b>4,00</b>	<b>4,57</b>	<b>3,81</b>	<b>4,15</b>	<b>4,05</b>
	Me	3,75	4,22	5,00	4,00	4,37	4,12
	SD	1,00	0,93	0,73	0,91	0,66	0,73
Brzozów	n	99	99	99	99	99	99
	$\bar{X}$	<b>4,45</b>	<b>4,58</b>	<b>4,69</b>	<b>4,44</b>	<b>4,56</b>	<b>4,54</b>
	Me	4,63	4,78	5,00	4,67	4,68	4,72
	SD	0,66	0,59	0,52	0,62	0,48	0,50
Olsztyn	n	189	189	189	189	189	189
	$\bar{X}$	<b>4,50</b>	<b>4,51</b>	<b>4,61</b>	<b>4,44</b>	<b>4,54</b>	<b>4,52</b>
	Me	4,75	4,78	5,00	4,83	4,74	4,73
	SD	0,65	0,63	0,62	0,71	0,56	0,58
Kraków I	n	95	95	95	95	95	95
	$\bar{X}$	<b>4,33</b>	<b>4,14</b>	<b>4,44</b>	<b>4,25</b>	<b>4,35</b>	<b>4,30</b>
	Me	4,38	4,22	5,00	4,33	4,37	4,39
	SD	0,68	0,73	0,69	0,61	0,50	0,55
Kraków II	n	346	346	346	346	346	346
	$\bar{X}$	<b>4,10</b>	<b>4,14</b>	<b>4,39</b>	<b>4,08</b>	<b>4,20</b>	<b>4,18</b>
	Me	4,25	4,33	5,00	4,17	4,34	4,29
	SD	0,84	0,80	0,81	0,81	0,67	0,69
Ogółem	n	1030	1030	1030	1030	1030	1030
	$\bar{X}$	4,29	4,34	4,57	4,28	4,41	4,38
	Me	4,50	4,56	5,00	4,50	4,58	4,56
	SD	0,79	0,75	0,69	0,77	0,62	0,64
<b>p (test Kruskala-Wallis)</b>	<b>0,001</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>

**Legenda:** n - liczba ważnych odpowiedzi,  $\bar{X}$  - średnia arytmetyczna, Me - mediana, SD - odchylenie standardowe, p - poziom istotności. Wartości wyrażone są w punktach poza n.

Wykazano różnice istotne statystycznie pomiędzy satysfakcją rodziców we wszystkich kryteriach szczegółowych, a miejscem hospitalizacji dziecka ( $p < 0,001$ ). Rodzice dzieci hospitalizowanych w Sanoku wyrazili najwyższy średni poziom satysfakcji z opieki w 41. kryteriach szczegółowych. Jedynie w kryteriach *Pielęgniarka poinformowała o godzinach odwiedzin* oraz *Zakwaterowanie dla rodziców/opiekunów w pobliżu oddziału było zapewnione*, najwyższy średni poziom satysfakcji uzyskano w Krośnie, natomiast w kryterium *Godziny odwiedzin na oddziale były elastyczne* - w Brzozowie. Z kolei rodzice z Rzeszowa oraz Krakowa II wykazali najniższy średni poziom satysfakcji z opieki kolejno w 31 oraz 13 kryteriach szczegółowych (Tab. XVIA. - aneks.).

Rodzice z Sanoka wyrazili istotnie statystycznie wyższy średni poziom ogólnej satysfakcji z opieki, satysfakcji we wszystkich kryteriach głównych (*Informacja, Opieka i leczenie, Dostępność, Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece, Profesjonalizm/Profesjonalne podejście*) ( $p < 0,001$ ) (Tab. XVII.), a także w każdym z kryteriów szczegółowych ( $p \leq 0,004$ ) (Tab. XVIII. - aneks) w porównaniu do rodziców dzieci hospitalizowanych w pozostałych szpitalach.

Tab. XVII. Satysfakcja rodziców z opieki w Sanoku oraz pozostałych szpitalach.

Szpital		Kryterium główne satysfakcji z opieki					Ogólna satysfakcja
		Informacja	Opieka i leczenie	Dostępność	Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece	Profesjonalizm/Profesjonalne podejście	
Sanok	n	100	100	100	100	100	100
	$\bar{X}$	<b>4,67</b>	<b>4,75</b>	<b>4,89</b>	<b>4,70</b>	<b>4,78</b>	<b>4,76</b>
	Me	4,88	5,00	5,00	5,00	4,89	4,89
	SD	0,48	0,37	0,33	0,43	0,32	0,30
Pozostałe szpitale	n	930	930	930	930	930	930
	$\bar{X}$	<b>4,25</b>	<b>4,30</b>	<b>4,53</b>	<b>4,24</b>	<b>4,37</b>	<b>4,34</b>
	Me	4,50	4,56	5,00	4,50	4,53	4,52
	SD	0,81	0,77	0,71	0,78	0,63	0,65
Ogółem	n	1030	1030	1030	1030	1030	1030
	$\bar{X}$	4,29	4,34	4,57	4,28	4,41	4,38
	Me	4,50	4,56	5,00	4,50	4,58	4,56
	SD	0,79	0,75	0,69	0,77	0,62	0,64
<b>p (test U Manna-Whitneya)</b>		<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>

**Legenda:** n - liczba ważnych odpowiedzi,  $\bar{X}$  - średnia arytmetyczna, Me - mediana, SD - odchylenie standardowe, p - poziom istotności. Wartości wyrażone są w punktach poza n.

Rodzice dzieci hospitalizowanych w Krośnie wykazali istotnie statystycznie wyższy średni poziom ogólnej satysfakcji z opieki, satysfakcji we wszystkich kryteriach głównych (*Informacja, Opieka i leczenie, Dostępność, Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece, Profesjonalizm/Profesjonalne podejście*) ( $p \leq 0,001$ ), (Tab. XVIII.), a także w zdecydowanej większości kryteriów szczegółowych, w porównaniu do respondentów z pozostałych placówek. Różnic istotnych statystycznie nie wykazano jedynie w kryteriach: *Rodzice współpracowali z zespołem pielęgniarskim* ( $p=0,053$ ), *Informacje pisemne dotyczące zasad funkcjonowania oddziału były w miejscu dostępnym dla rodziców* ( $p=0,652$ ) oraz *Godziny odwiedzin na oddziale były elastyczne* ( $p=0,117$ ) (Tab. XVIII.A. - aneks).

Tab. XVIII. Satysfakcja rodziców z opieki w Krośnie oraz pozostałych szpitalach.

Szpital	Kryterium główne satysfakcji z opieki						
		Informacja	Opieka i leczenie	Dostępność	Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece	Profesjonalizm/Profesjonalne podejście	Ogólna satysfakcja
Krosno	n	100	100	100	100	100	100
	$\bar{X}$	<b>4,61</b>	<b>4,62</b>	<b>4,77</b>	<b>4,59</b>	<b>4,66</b>	<b>4,65</b>
	Me	4,88	4,89	5,00	4,83	4,84	4,87
	SD	0,55	0,61	0,52	0,63	0,52	0,52
Pozostałe szpitale	n	930	930	930	930	930	930
	$\bar{X}$	<b>4,26</b>	<b>4,31</b>	<b>4,54</b>	<b>4,25</b>	<b>4,38</b>	<b>4,35</b>
	Me	4,50	4,56	5,00	4,50	4,53	4,53
	SD	0,81	0,76	0,70	0,77	0,62	0,64
Ogółem	n	1030	1030	1030	1030	1030	1030
	$\bar{X}$	4,29	4,34	4,57	4,28	4,41	4,38
	Me	4,50	4,56	5,00	4,50	4,58	4,56
	SD	0,79	0,75	0,69	0,77	0,62	0,64
<b>p (test U Manna-Whitneya)</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,001</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>

**Legenda:** n - liczba ważnych odpowiedzi,  $\bar{X}$  - średnia arytmetyczna, Me - mediana, SD - odchylenie standardowe, p - poziom istotności. Wartości wyrażone są w punktach poza n.

Respondenci z Brzozowa wykazali istotnie statystycznie wyższy średni poziom ogólnej satysfakcji z opieki ( $p=0,010$ ), a także satysfakcji w kryteriach głównych *Opieka i leczenie* ( $p=0,001$ ) oraz *Profesjonalizm/Profesjonalne podejście*, w porównaniu do rodziców z pozostałych

szpitali ( $p=0,015$ ) (Tab. XIX.). Istotnie statystycznie wyższy średni poziom satysfakcji rodziców z Brzozowa uzyskano również w 20. Kryteriach szczegółowych (Tab. XIXA. - aneks).

Tab. XIX. Satysfakcja rodziców z opieki w Brzozowie oraz pozostałych szpitalach.

Szpital		Kryterium główne satysfakcji z opieki					
		Informacja	Opieka i leczenie	Dostępność	Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece	Profesjonalizm/ Profesjonalne podejście	Ogólna satysfakcja
Brzozów	n	99	99	99	99	99	99
	$\bar{X}$	<b>4,45</b>	<b>4,58</b>	<b>4,69</b>	<b>4,44</b>	<b>4,56</b>	<b>4,54</b>
	Me	4,63	4,78	5,00	4,67	4,68	4,72
	SD	0,66	0,59	0,52	0,62	0,48	0,50
Pozostałe szpitale	n	931	931	931	931	931	931
	$\bar{X}$	<b>4,28</b>	<b>4,32</b>	<b>4,55</b>	<b>4,26</b>	<b>4,39</b>	<b>4,36</b>
	Me	4,50	4,56	5,00	4,50	4,58	4,55
	SD	0,80	0,76	0,70	0,78	0,63	0,65
Ogółem	n	1030	1030	1030	1030	1030	1030
	$\bar{X}$	4,29	4,34	4,57	4,28	4,41	4,38
	Me	4,50	4,56	5,00	4,50	4,58	4,56
	SD	0,79	0,75	0,69	0,77	0,62	0,64
<b>p (test U Manna-Whitneya)</b>		0,061	<b>0,001</b>	0,106	0,060	<b>0,015</b>	<b>0,010</b>

**Legenda:** n - liczba ważnych odpowiedzi,  $\bar{X}$  - średnia arytmetyczna, Me - mediana, SD - odchylenie standardowe, p - poziom istotności. Wartości wyrażone są w punktach poza n.

Rodzice z Olsztyna wykazali istotnie statystycznie wyższy średni poziom zarówno ogólnej satysfakcji z opieki, jak i satysfakcji w kryteriach głównych *Informacja*, *Opieka i leczenie*, *Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece* oraz *Profesjonalizm/Profesjonalne podejście* ( $p \leq 0,001$ ), w porównaniu do respondentów z pozostałych jednostek opieki medycznej. Także w kryterium *Dostępność* wykazano najwyższy średni poziom satysfakcji rodziców dzieci hospitalizowanych w Olsztynie, jednak bez istotności statystycznej ( $p=0,538$ ) (Tab. XX.). Istotnie statystycznie wyższy średni poziom satysfakcji rodziców z Olsztyna uzyskano również w 29. kryteriach szczegółowych (Tab. XXA. - aneks).

Tab. XX. Satysfakcja rodziców z opieki w Olsztynie oraz w pozostałych szpitalach.

Szpital	Kryterium główne satysfakcji z opieki						
		Informacja	Opieka i leczenie	Dostępność	Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece	Profesjonalizm/Profesjonalne podejście	Ogólna satysfakcja
Olsztyn	n	189	189	189	189	189	189
	$\bar{X}$	<b>4,50</b>	<b>4,51</b>	<b>4,61</b>	<b>4,44</b>	<b>4,54</b>	<b>4,52</b>
	Me	4,75	4,78	5,00	4,83	4,74	4,73
	SD	0,65	0,63	0,62	0,71	0,56	0,58
Pozostałe szpitale	n	841	841	841	841	841	841
	$\bar{X}$	<b>4,25</b>	<b>4,31</b>	<b>4,56</b>	<b>4,24</b>	<b>4,38</b>	<b>4,35</b>
	Me	4,50	4,56	5,00	4,50	4,58	4,52
	SD	0,81	0,77	0,70	0,78	0,62	0,65
Ogółem	n	1030	1030	1030	1030	1030	1030
	$\bar{X}$	4,29	4,34	4,57	4,28	4,41	4,38
	Me	4,50	4,56	5,00	4,50	4,58	4,56
	SD	0,79	0,75	0,69	0,77	0,62	0,64
<b>p (test U Manna-Whitneya)</b>	<b>0,000</b>	<b>0,001</b>	0,538	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	

**Legenda:** n - liczba ważnych odpowiedzi,  $\bar{X}$  - średnia arytmetyczna, Me - mediana, SD - odchylenie standardowe, p - poziom istotności. Wartości wyrażone są w punktach poza n.

Rodzice dzieci hospitalizowanych w Rzeszowie wyrazili istotnie statystycznie niższy średni poziom ogólnej satysfakcji z opieki oraz satysfakcji w kryteriach głównych: *Informacja*, *Opieka i leczenie*, *Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece* oraz *Profesjonalizm/Profesjonalne podejście*, w porównaniu do rodziców z pozostałych szpitali ( $p < 0,001$ ) (Tab. XXI.). Istotności statystycznej nie wykazano jedynie w kryterium głównym *Dostępność* ( $p = 0,662$ ). W przypadku większości kryteriów szczegółowych uzyskano także istotnie statystycznie niższy średni poziom satysfakcji rodziców z Rzeszowa w porównaniu do respondentów z innych jednostek opieki medycznej (Tab. XXIA. - aneks).

Tab. XXI. Satysfakcja rodziców z opieki w Rzeszowie oraz pozostałych szpitalach.

Szpital	Kryterium główne satysfakcji z opieki						
	Informacja	Opieka i leczenie	Dostępność	Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece	Profesjonalizm/Profesjonalne podejście	Ogólna satysfakcja	
Rzeszów	n	101	101	101	101	101	101
	$\bar{X}$	<b>3,71</b>	<b>4,00</b>	<b>4,57</b>	<b>3,81</b>	<b>4,15</b>	<b>4,05</b>
	Me	3,75	4,22	5,00	4,00	4,37	4,12
	SD	1,00	0,93	0,73	0,91	0,66	0,73
Pozostałe szpitale	n	929	929	929	929	929	929
	$\bar{X}$	<b>4,36</b>	<b>4,38</b>	<b>4,57</b>	<b>4,33</b>	<b>4,43</b>	<b>4,41</b>
	Me	4,63	4,56	5,00	4,50	4,63	4,61
	SD	0,74	0,72	0,68	0,73	0,60	0,62
Ogółem	n	1030	1030	1030	1030	1030	1030
	$\bar{X}$	4,29	4,34	4,57	4,28	4,41	4,38
	Me	4,50	4,56	5,00	4,50	4,58	4,56
	SD	0,79	0,75	0,69	0,77	0,62	0,64
<b>p (test U Manna-Whitneya)</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	0,662	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	

**Legenda:** n - liczba ważnych odpowiedzi,  $\bar{X}$  - średnia arytmetyczna, Me - mediana, SD - odchylenie standardowe, p - poziom istotności. Wartości wyrażone są w punktach poza n.

Rodzice dzieci hospitalizowanych w Krakowie I wyrazili istotnie statystycznie niższy średni poziom ogólnej satysfakcji z opieki ( $p = 0,024$ ), a także satysfakcji w kryteriach głównych: *Opieka i leczenie* ( $p = 0,001$ ), *Dostępność* ( $p = 0,013$ ) oraz *Profesjonalizm/Profesjonalne podejście* ( $p = 0,037$ ) (Tab. XXII.). Respondenci z Krakowa I wykazali podobny jak pozostali uczestnicy

badania, średni poziom satysfakcji w kryterium *Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece* ( $p=0,130$ ) i w kryterium *Informacja* ( $p=0,804$ ). W przypadku 18. kryteriów szczegółowych uzyskano istotnie statystycznie niższy średni poziom satysfakcji wśród badanych z Krakowa I, w porównaniu do rodziców z pozostałych jednostek opieki medycznej. Jedynie średni poziom satysfakcji rodziców uzyskany dla kryterium szczegółowego *Pielęgniarka zapoznała z zasadami funkcjonowania oddziału* był istotnie statystycznie wyższy w Krakowie I niż w pozostałych szpitalach ( $p=0,029$ ) (Tab. XXIIA.).

Tab. XXII. Satysfakcja rodziców z opieki w Krakowie I oraz pozostałych szpitalach.

Szpital	Kryterium główne satysfakcji z opieki						
	Informacja	Opieka i leczenie	Dostępność	Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece	Profesjonalizm/Profesjonalne podejście	Ogólna satysfakcja	
Kraków I	n	95	95	95	95	95	95
	$\bar{X}$	<b>4,33</b>	<b>4,14</b>	<b>4,44</b>	<b>4,25</b>	<b>4,35</b>	<b>4,30</b>
	Me	4,38	4,22	5,00	4,33	4,37	4,39
	SD	0,68	0,73	0,69	0,61	0,50	0,55
Pozostałe szpitale	n	935	935	935	935	935	935
	$\bar{X}$	<b>4,29</b>	<b>4,36</b>	<b>4,58</b>	<b>4,28</b>	<b>4,41</b>	<b>4,39</b>
	Me	4,50	4,56	5,00	4,50	4,58	4,59
	SD	0,80	0,75	0,69	0,78	0,63	0,65
Ogółem	n	1030	1030	1030	1030	1030	1030
	$\bar{X}$	4,29	4,34	4,57	4,28	4,41	4,38
	Me	4,50	4,56	5,00	4,50	4,58	4,56
	SD	0,79	0,75	0,69	0,77	0,62	0,64
<b>p (test U Manna-Whitneya)</b>	<b>0,804</b>	<b>0,001</b>	<b>0,013</b>	<b>0,130</b>	<b>0,037</b>	<b>0,024</b>	

**Legenda:** n - liczba ważnych odpowiedzi,  $\bar{X}$  - średnia arytmetyczna, Me - mediana, SD - odchylenie standardowe, p - poziom istotności. Wartości wyrażone są w punktach poza n.

Ogólny średni poziom satysfakcji z opieki, satysfakcji we wszystkich kryteriach głównych (*Informacja, Opieka i leczenie, Dostępność, Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece, Profesjonalizm /Profesjonalne podejście*), a także w większości kryteriów szczegółowych był niższy w grupie rodziców dzieci hospitalizowanych w Krakowie II, w porównaniu do respondentów z innych szpitali objętych badaniem ( $p<0,001$ ). Jedynie w kryterium szczegółowym

Najbliższe otoczenie dziecka było czyste nie uzyskano istotności statystycznej ( $p=0,186$ ) (Tab. XXIII. oraz Tab. XXIII.A. - aneks).

Tab. XXIII. Satysfakcja rodziców z opieki w Krakowie II oraz pozostałych szpitalach.

Szpital	Kryterium główne satysfakcji z opieki						Ogólna satysfakcja
	Informacja	Opieka i leczenie	Dostępność	Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece	Profesjonalizm/Profesjonalne podejście		
Kraków II	n	346	346	346	346	346	346
	$\bar{x}$	<b>4,10</b>	<b>4,14</b>	<b>4,39</b>	<b>4,08</b>	<b>4,20</b>	<b>4,18</b>
	Me	4,25	4,33	5,00	4,17	4,34	4,29
	SD	0,84	0,80	0,81	0,81	0,67	0,69
Pozostałe szpitale	n	684	684	684	684	684	684
	$\bar{x}$	<b>4,39</b>	<b>4,44</b>	<b>4,66</b>	<b>4,38</b>	<b>4,51</b>	<b>4,48</b>
	Me	4,75	4,67	5,00	4,67	4,74	4,68
	SD	0,75	0,71	0,60	0,72	0,56	0,59
Ogółem	n	1030	1030	1030	1030	1030	1030
	$\bar{x}$	4,29	4,34	4,57	4,28	4,41	4,38
	Me	4,50	4,56	5,00	4,50	4,58	4,56
	SD	0,79	0,75	0,69	0,77	0,62	0,64
<b>p (test U Manna-Whitneya)</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>

**Legenda:** n - liczba ważnych odpowiedzi,  $\bar{x}$  - średnia arytmetyczna, Me - mediana, SD - odchylenie standardowe, p - poziom istotności. Wartości wyrażone są w punktach poza n.

#### 4.2.2. Satysfakcja rodziców z opieki a poziom zabezpieczenia zdrowotnego szpitala

Wykazano różnice istotne statystycznie pomiędzy ogólną satysfakcją rodziców oraz satysfakcją we wszystkich kryteriach głównych (*Informacja, Opieka i leczenie, Dostępność, Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece, Profesjonalizm/Profesjonalne podejście*), a poziomem zabezpieczenia zdrowotnego szpitala ( $p<0,001$ ). Rodzice dzieci hospitalizowanych w szpitalu onkologicznym/pulmonologicznym wyrazili najwyższy średni poziom ogólnej satysfakcji z opieki - 4,65 pkt. (Me=4,87; SD=0,52). W szpitalu onkologicznym/pulmonologicznym uzyskano również najwyższą satysfakcję respondentów we wszystkich kryteriach głównych: *Informacja* - 4,61 pkt. (Me=4,88; SD=0,55), *Opieka i leczenie* - 4,62 pkt. (Me=4,89; SD=0,61),

*Dostępność* - 4,77 pkt. (Me=5,00; SD=0,52), *Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece* - 4,59 pkt. (Me=4,83; SD=0,63) oraz *Profesjonalizm/Profesjonalne podejście* - 4,66 pkt. (Me=4,84; SD=0,52). Z kolei rodzice, których dzieci hospitalizowane były w szpitalu ogólnopolskim wykazali zarówno najniższą ogólną satysfakcję z opieki - 4,18 pkt. (Me=4,29; SD=0,69), jak i satysfakcję w kryteriach głównych: *Informacja* - 4,10 pkt. (Me=4,25; SD=0,84), *Opieka i leczenie* - 4,14 pkt. (Me=4,33; SD=0,80), *Dostępność* - 4,39 pkt. (Me=5,00; SD=0,81), *Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece* - 4,08 pkt. (Me=4,17; SD=0,81) oraz *Profesjonalizm/Profesjonalne podejście* - 4,20 pkt. (Me=4,34; SD=0,67). Szczegółowe dane dotyczące satysfakcji rodziców z opieki w zależności od poziomu zabezpieczenia zdrowotnego szpitali przedstawiono w Tab. XXIV.

Tab. XXIV. Satysfakcja rodziców z opieki a poziom zabezpieczenia zdrowotnego szpitala.

Poziom zabezpieczenia zdrowotnego szpitala		Kryterium główne satysfakcji z opieki						
		Informacja	Opieka i leczenie	Dostępność	Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece	Profesjonalizm/Profesjonalne podejście	Ogólna satysfakcja	
Poziomy podstawowe	II stopnia	n	99	99	99	99	99	99
		$\bar{X}$	4,45	4,58	4,69	4,44	4,56	4,54
		Me	4,63	4,78	5,00	4,67	4,68	4,72
		SD	0,66	0,59	0,52	0,62	0,48	0,50
	III stopnia	n	201	201	201	201	201	201
		$\bar{X}$	4,19	4,37	4,73	4,26	4,46	4,40
		Me	4,50	4,67	5,00	4,50	4,68	4,61
		SD	0,92	0,80	0,59	0,84	0,61	0,66
	Poziomy specjalistyczne	Pulmonologiczny/ Onkologiczny	n	100	100	100	100	100
$\bar{X}$			<b>4,61</b>	<b>4,62</b>	<b>4,77</b>	<b>4,59</b>	<b>4,66</b>	<b>4,65</b>
Me			4,88	4,89	5,00	4,83	4,84	4,87
		SD	0,55	0,61	0,52	0,63	0,52	0,52
Pediatriczny		n	284	284	284	284	284	284
		$\bar{X}$	4,44	4,38	4,56	4,38	4,48	4,45
		Me	4,75	4,56	5,00	4,58	4,66	4,62
		SD	0,67	0,69	0,65	0,68	0,55	0,58
Ogólnopolski		n	346	346	346	346	346	346
	$\bar{X}$	<b>4,10</b>	<b>4,14</b>	<b>4,39</b>	<b>4,08</b>	<b>4,20</b>	<b>4,18</b>	
	Me	4,25	4,33	5,00	4,17	4,34	4,29	
	SD	0,84	0,80	0,81	0,81	0,67	0,69	
Ogółem	n	1030	1030	1030	1030	1030	1030	
	$\bar{X}$	4,29	4,34	4,57	4,28	4,41	4,38	
	Me	4,50	4,56	5,00	4,50	4,58	4,56	
	SD	0,79	0,75	0,69	0,77	0,62	0,64	
<b>p (test Kruskala-Wallisa)</b>		<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	

**Legenda:** n - liczba ważnych odpowiedzi,  $\bar{X}$  - średnia arytmetyczna, Me - mediana, SD - odchylenie standardowe, p - poziom istotności. Wartości wyrażone są w punktach poza n.

Wykazano różnice istotne statystycznie pomiędzy satysfakcją rodziców we wszystkich kryteriach szczegółowych a poziomem zabezpieczenia zdrowotnego szpitali ( $p < 0,001$ ). Rodzice dzieci hospitalizowanych w szpitalu onkologicznym/pulmonologicznym wyrazili najwyższy średni poziom satysfakcji w większość kryteriów szczegółowych, w porównaniu do respondentów

z jednostek opieki medycznej o innym poziomie zabezpieczenia zdrowotnego. Wyjątek stanowiły kryteria:

- *Pielęgniarka uczestniczyła w zapobieganiu/łagodzeniu dolegliwości bólowych.*
- *Pielęgniarka zapewniła wsparcie emocjonalne.*
- *Pielęgniarka wykazała się troskliwym podejściem do rodziców/opiekunów.*
- *Godziny odwiedzin na oddziale były elastyczne.*
- *Pielęgniarka zapewniła opiekę wysokiej jakości niezależnie od rasy, wyznania, płci, wykształcenia.*
- *Pielęgniarka powstrzymywała się od zbędnych dyskusji przy łóżku dziecka.*
- *Pielęgniarka wykazywała empatię dziecku,*

dla których wyższy średni poziom satysfakcji rodziców uzyskano w szpitalu II stopnia. Z kolei rodzice ze szpitali pediatrycznych wykazali najwyższy średni poziom satysfakcji w kryterium *Informacje pisemne dotyczące zasad funkcjonowania oddziału były w miejscu dostępnym dla rodziców*. W kryterium *Rodzice współpracowali z zespołem pielęgniarskim* uzyskano natomiast najwyższy poziom satysfakcji respondentów w szpitalach III stopnia i onkologicznym, a w kryterium *Pielęgniarka przedstawiła się z imienia i nazwiska* - w onkologicznym oraz pediatrycznym.

Rodzice dzieci hospitalizowanych w szpitalu II stopnia wykazali wyższy średni poziom satysfakcji z opieki w 38. kryteriach szczegółowych, w porównaniu do respondentów ze szpitali III stopnia. Jedynie w kryteriach szczegółowych: *Pielęgniarka była dostępna dla rodziców/opiekunów w miarę potrzeb*, *Rodzice współpracowali z zespołem pielęgniarskim*, *Widoczna była współpraca w zespole pielęgniarsko-lekarskim*, *Najbliższe otoczenie dziecka było czyste* oraz *Informacje pisemne dotyczące zasad funkcjonowania oddziału były w miejscu dostępnym dla rodziców*, wyższy średni poziom satysfakcji z opieki uzyskano w szpitalach III stopnia. Z kolei w kryterium szczegółowym *Pielęgniarka była dostępna dla dziecka w miarę potrzeb*, średni poziom satysfakcji rodziców ze szpitali II i III stopnia był jednakowy.

Rodzice dzieci hospitalizowanych w szpitalu ogólnopolskim wyrazili najniższy średni poziom satysfakcji z opieki w większości kryteriów szczegółowych. Wyjątek stanowiły kryteria *Pielęgniarka przekazywała informacje o pielęgowaniu dziecka w odpowiednim czasie* oraz *Pielęgniarka poinformowała o godzinach odwiedzin*, w których niższy średni poziom satysfakcji uzyskano w szpitalu III stopnia, a także kryterium *Najbliższe otoczenie dziecka było czyste*,

w którym niższy średni poziom satysfakcji wykazali badani ze szpitala II stopnia (Tab. XXIVA. - aneks).

#### 4.2.3. Satysfakcja rodziców z opieki a rodzaj oddziału

Nie wykazano istotności statystycznej pomiędzy rodzajem oddziału a ogólną satysfakcją z opieki ( $p=0,686$ ) oraz satysfakcją w kryteriach głównych: *Informacja* ( $p=0,257$ ), *Opieka i leczenie* ( $p=0,848$ ), *Dostępność* ( $p=0,077$ ), *Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece* ( $p=0,989$ ) oraz *Profesjonalizm/Profesjonalne podejście* ( $p=0,147$ ) (Tab. XXV.).

Tab. XXV. Satysfakcja rodziców z opieki w oddziałach niezabiegowych i zabiegowych.

Rodzaj oddziału		Kryterium główne satysfakcji z opieki					Ogólna satysfakcja
		Informacja	Opieka i leczenie	Dostępność	Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece	Profesjonalizm/Profesjonalne podejście	
Niezabiegowy	n	848	848	848	848	848	848
	$\bar{X}$	<b>4,29</b>	<b>4,35</b>	<b>4,58</b>	<b>4,29</b>	<b>4,42</b>	<b>4,38</b>
	Me	4,50	4,56	5,00	4,50	4,58	4,57
	SD	0,79	0,75	0,68	0,75	0,61	0,63
Zabiegowy	n	182	182	182	182	182	182
	$\bar{X}$	<b>4,31</b>	<b>4,32</b>	<b>4,49</b>	<b>4,26</b>	<b>4,35</b>	<b>4,35</b>
	Me	4,56	4,50	5,00	4,67	4,55	4,53
	SD	0,82	0,75	0,73	0,83	0,63	0,67
Ogółem	n	1030	1030	1030	1030	1030	1030
	$\bar{X}$	4,29	4,34	4,57	4,28	4,41	4,38
	Me	4,50	4,56	5,00	4,50	4,58	4,56
	SD	0,79	0,75	0,69	0,77	0,62	0,64
<b>p (test U Manna-Whitneya)</b>		<b>0,257</b>	<b>0,848</b>	<b>0,077</b>	<b>0,989</b>	<b>0,147</b>	<b>0,686</b>

**Legenda:** n - liczba ważnych odpowiedzi,  $\bar{X}$  - średnia arytmetyczna, Me - mediana, SD - odchylenie standardowe, p - poziom istotności. Wartości wyrażone są w punktach poza n.

Rodzice dzieci hospitalizowanych w oddziałach zabiegowych wyrazili istotnie statystycznie wyższą satysfakcję z opieki w kryterium szczegółowym *Najbliższe otoczenie dziecka*

było czyste ( $p=0,001$ ), a istotnie statystycznie niższą w kryteriach *Pielęgniarka była dostępna dla rodziców/opiekunów w miarę potrzeb* ( $p=0,045$ ), *Pielęgniarka przedstawiła się z imienia i nazwiska* ( $p=0,010$ ), *Godziny odwiedzin na oddziale były elastyczne* ( $p=0,050$ ), *Zakwaterowanie dla rodziców/opiekunów w pobliżu oddziału było zapewnione* ( $p=0,000$ ) oraz *Pielęgniarka wykazywała empatię rodzicom/opiekunom* ( $p=0,007$ ) (Tab. XXVA. - aneks).

#### 4.2.4. Satysfakcja rodziców z opieki a okres rozwojowy hospitalizowanych dzieci

Okres rozwojowy hospitalizowanych dzieci istotnie statystycznie różnicował ogólną satysfakcję rodziców z opieki pielęgniarskiej, a także satysfakcję w kryteriach głównych: *Informacja*, *Opieka i leczenie*, *Dostępność*, *Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece* oraz *Profesjonalizm/Profesjonalne podejście* ( $p<0,001$ ). Wyższą ogólną satysfakcję z opieki wyrazili rodzice dzieci starszych - okres przedszkolny - 4,48 pkt. (Me=4,63; SD=0,59), wczesnoszkolny - 4,44 pkt. (Me=4,75; SD=0,65), pokwitania - 4,36 pkt. (Me=4,75; SD=0,81), a niższą rodzice dzieci młodszych - okres poniemowlęcy - 4,12 pkt. (Me=4,38; SD=0,92) oraz okres noworodkowy i niemowlęcy - 4,16 pkt. (Me=4,38; SD=0,86).

Najwyższy średni poziom ogólnej satysfakcji z opieki, jak również satysfakcji w kryteriach głównych: *Informacja*, *Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece* oraz *Profesjonalizm/Profesjonalne podejście*, wyrazili rodzice dzieci w okresie przedszkolnym. W przypadku kryteriów głównych *Opieka i leczenie* oraz *Dostępność* najwyższy średni poziom satysfakcji uzyskano w grupie rodziców dzieci w okresie przedszkolnym oraz wczesnoszkolnym. Z kolei rodzice dzieci w okresie *poniemowlęcym* wykazali najniższy średni poziom zarówno ogólnej satysfakcji z opieki, jak i satysfakcji we wszystkich kryteriach głównych (Tab. XXVI.).

Tab. XXVI. Satysfakcja rodziców z opieki a okres rozwojowy hospitalizowanych dzieci.

Okres rozwojowy dziecka	Kryterium główne satysfakcji z opieki						Ogólna satysfakcja
	Informacja	Opieka i leczenie	Dostępność	Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece	Profesjonalizm/Profesjonalne podjęcie		
Okres noworodkowy i niemowlęcy	n	298	298	298	298	298	298
	$\bar{X}$	4,16	4,21	4,51	4,20	4,34	4,29
	Me	4,38	4,44	5,00	4,42	4,58	4,46
	SD	0,86	0,82	0,76	0,81	0,65	0,70
Okres poniemowlęcy	n	212	212	212	212	212	212
	$\bar{X}$	<b>4,12</b>	<b>4,15</b>	<b>4,45</b>	<b>4,13</b>	<b>4,21</b>	<b>4,21</b>
	Me	4,38	4,33	5,00	4,33	4,37	4,42
	SD	0,92	0,87	0,73	0,82	0,72	0,72
Okres przedszkolny	n	192	192	192	192	192	192
	$\bar{X}$	<b>4,48</b>	<b>4,51</b>	<b>4,67</b>	<b>4,43</b>	<b>4,55</b>	<b>4,53</b>
	Me	4,63	4,67	5,00	4,67	4,71	4,64
	SD	0,59	0,55	0,58	0,63	0,47	0,48
Okres wczesnoszkolny	n	228	228	228	228	228	228
	$\bar{X}$	4,44	<b>4,51</b>	<b>4,67</b>	4,39	4,54	4,51
	Me	4,75	4,67	5,00	4,67	4,71	4,66
	SD	0,65	0,59	0,58	0,71	0,49	0,52
Okres pokwitania	n	100	100	100	100	100	100
	$\bar{X}$	4,36	4,41	4,57	4,32	4,41	4,41
	Me	4,75	4,67	5,00	4,58	4,61	4,64
	SD	0,81	0,76	0,74	0,83	0,66	0,67
Ogółem	n	1030	1030	1030	1030	1030	1030
	$\bar{X}$	4,29	4,34	4,57	4,28	4,41	4,38
	Me	4,50	4,56	5,00	4,50	4,58	4,56
	SD	0,79	0,75	0,69	0,77	0,62	0,64
<b>p (test Kruskala-Wallisa)</b>		<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>

**Legenda:** n - liczba ważnych odpowiedzi,  $\bar{X}$  - średnia arytmetyczna, Me - mediana, SD - odchylenie standardowe, p - poziom istotności. Wartości wyrażone są w punktach poza n.

Okres rozwojowy dziecka istotnie statystycznie różnicował satysfakcję rodziców w kryteriach szczegółowych. Wyjątek stanowiły kryteria: *Rodzice współpracowali z zespołem pielęgniarskim* ( $p=0,829$ ), *Pielęgniarka przygotowała rodziców/opiekunów do opieki nad dzieckiem* ( $p=0,054$ ), *Rodzice/opiekunowie aktywnie uczestniczyli w podejmowaniu decyzji*

*dotyczących opieki* ( $p=0,237$ ) oraz *Godziny odwiedzin na oddziale były elastyczne* ( $p=0,320$ ), dla których nie wykazano różnic istotnych statystycznie.

Rodzice dzieci w okresie przedszkolnym wyrazili wyższy średni poziom satysfakcji z opieki w 24 kryteriach szczegółowych, w porównaniu do rodziców dzieci z innych okresów rozwojowych. Z kolei wśród rodziców dzieci w okresie ponimowlęcym uzyskano najniższy średni poziom satysfakcji w 39 z 44 kryteriów szczegółowych. Wyjątek stanowiły kryteria *Pielęgniarka informowała o zasadach pielęgnowania dziecka* oraz *Rodzice współpracowali z zespołem pielęgniarskim*, w których najniższy średni poziom satysfakcji wyrazili rodzice noworodków i niemowląt, a także *Pielęgniarka przygotowała do opieki w domu po wypisie ze szpitala*, *Pielęgniarka przygotowała rodziców/opiekunów do opieki nad dzieckiem* oraz *Rodzice/opiekunowie aktywnie uczestniczyli w podejmowaniu decyzji dotyczących opieki*, dla których najniższy poziom satysfakcji uzyskano zarówno w grupie rodziców noworodków i niemowląt, jak i dzieci w okresie ponimowlęcych (Tab. XXVIA. - aneks).

Dzieci w okresie przedszkolnym częściej hospitalizowane były w Brzozowie, natomiast dzieci w okresie wczesnoszkolnym w Olsztynie. Hospitalizacje pacjentów w okresie ponimowlęcym odbywały się częściej w Brzozowie, Krakowie I oraz Krakowie II ( $p<0,001$ ; V-Craméra=0,18;  $\chi^2=126,42$ ;  $df=24$ ) (Tab. XXVII.).

Tab. XXVII. Hospitalizacje dzieci w poszczególnych okresach rozwojowych w szpitalach objętych badaniem.

Okres rozwojowy dziecka		Szpital						Ogółem	
		Sanok	Krosno	Brzozów	Olsztyn	Rzeszów	Kraków I		Kraków II
Okres noworodkowy i niemowlęcy	n	37	40	19	31	18	14	139	298
	%	37,00	40,00	19,19	16,40	17,82	14,74	40,17	28,93
Okres poniemowlęcy	n	20	15	26	34	10	24	83	212
	%	20,00	15,00	26,26	17,99	9,90	25,26	23,99	20,58
Okres przedszkolny	n	23	22	24	36	22	18	47	192
	%	23,00	22,00	24,24	19,05	21,78	18,95	13,58	18,64
Okres wczesnoszkolny	n	16	19	27	60	28	26	52	228
	%	16,00	19,00	27,27	31,75	27,72	27,37	15,03	22,14
Okres pokwitania	n	4	4	3	28	23	13	15	100
	%	4,00	4,00	3,03	14,81	22,77	13,68	7,23	9,71
Ogółem	n	100	100	99	189	101	95	346	1030
	%	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**p<0,001; V-Craméra=0,18;  $\chi^2=126,42$ ; (df=24)**

**Legenda:** n - liczba ważnych odpowiedzi, % - odsetek ważnych odpowiedzi, V-Craméra - współczynnik siły związku,  $\chi^2$ - wynik testu chi-kwadrat, df- stopnie swobody, p - poziom istotności

#### 4.2.5. Satysfakcja rodziców z opieki a tryb przyjęcia dzieci do szpitala

Rodzice dzieci przyjętych do szpitala w trybie planowym wykazali zarówno wyższy poziom ogólnej satysfakcji z opieki, jak i satysfakcji we wszystkich kryteriach głównych, w porównaniu do rodziców pacjentów przyjętych do szpitala w trybie nagłym. Jednakże, istotność statystyczną wykazano tylko w kryteriach *Informacja* ( $p=0,034$ ) oraz *Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece* ( $p=0,046$ ) (Tab. XXVIII.).

Tab. XXVIII. Satysfakcja rodziców z opieki a tryb przyjęcia dzieci do szpitala.

Tryb przyjęcia do szpitala	Kryterium główne satysfakcji z opieki						Ogólna satysfakcja
	Informacja	Opieka i leczenie	Dostępność	Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece	Profesjonalizm/Profesjonalne podejście		
Nagły	n	772	772	772	772	772	772
	$\bar{X}$	<b>4,26</b>	<b>4,33</b>	<b>4,56</b>	<b>4,25</b>	<b>4,40</b>	<b>4,36</b>
	Me	4,50	4,56	5,00	4,50	4,58	4,55
	SD	0,83	0,76	0,68	0,78	0,62	0,65
Planowy	n	258	258	258	258	258	258
	$\bar{X}$	<b>4,41</b>	<b>4,37</b>	<b>4,58</b>	<b>4,36</b>	<b>4,42</b>	<b>4,43</b>
	Me	4,63	4,56	5,00	4,67	4,58	4,60
	SD	0,67	0,71	0,71	0,72	0,61	0,61
Ogółem	n	1030	1030	1030	1030	1030	1030
	$\bar{X}$	4,29	4,34	4,57	4,28	4,41	4,38
	Me	4,50	4,56	5,00	4,50	4,58	4,56
	SD	0,79	0,75	0,69	0,77	0,62	0,64
<b>p (test U Manna-Whitneya)</b>	<b>0,034</b>	0,573	0,486	<b>0,046</b>	0,570	0,132	

**Legenda:** n - liczba ważnych odpowiedzi,  $\bar{X}$  - średnia arytmetyczna, Me - mediana, SD - odchylenie standardowe, p - poziom istotności. Wartości są wyrażone w punktach poza n.

Rodzice dzieci przyjętych do szpitala w trybie planowym wyrazili także wyższy średni poziom satysfakcji z opieki w 32 kryteriach szczegółowych, lecz istotność statystyczną wykazano jedynie w kryteriach:

- *Pielęgniarka informowała o zasadach pielęgnowania dziecka* ( $p=0,025$ ).

- *Pielęgniarka informowała o zmianach w pielęgnowaniu dziecka (p=0,030).*
- *Pielęgniarka zapoznała z zasadami funkcjonowania oddziału (p=0,049).*
- *Pielęgniarka pytała o oczekiwania rodziców/opiekunów dotyczące opieki nad dzieckiem (p=0,040).*
- *Pielęgniarka stymulowała rodziców/opiekunów do przebywania z dzieckiem w czasie badań i czynności pielęgnacyjnych (p=0,035).*
- *Pielęgniarka przedstawiła się z imienia i nazwiska (p=0,045).*
- *Informacje pisemne dotyczące zasad funkcjonowania oddziału były w miejscu dostępnym dla rodziców (p=0,049).*

Z kolei wśród rodziców dzieci przyjętych do szpitala w trybie nagłym uzyskano istotnie statystycznie wyższy średni poziom satysfakcji w kryterium *Zakwaterowanie dla rodziców/opiekunów w pobliżu oddziału było zapewnione* (p=0,004) (Tab. XXVIA. - aneks).

W każdej z placówek przeważał tryb nagły przyjęcia dziecka do szpitala. Tryb planowy częściej dotyczył pacjentów w Krakowie I, Olsztynie oraz Krakowie II, niż pacjentów z innych jednostek opieki medycznej (Tab. XXIX.).

Tab. XXIX. Tryb przyjęcia dzieci do szpitala w poszczególnych szpitalach.

Tryb przyjęcia dziecka do szpitala	Szpital							Ogółem	
	Krosno	Sanok	Rzeszów	Brzozów	Olsztyn	Kraków I	Kraków II		
Nagły	n	96	94	84	85	127	50	236	772
	%	96,00	94,00	83,17	85,86	67,20	52,63	68,21	74,95
Planowy	n	4	6	17	14	62	45	110	258
	%	4,00	6,00	16,83	14,14	32,80	47,37	31,79	25,05
Ogółem	n	100	100	101	99	189	95	346	1030
	%	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**p<0,001; V-Craméra=0,30;  $\chi^2=92,48$ ; (df=6)**

**Legenda:** n - liczba ważnych odpowiedzi, % - odsetek ważnych odpowiedzi, V-Craméra – współczynnik siły związku,  $\chi^2$ - wynik testu chi-kwadrat, df- stopnie swobody, p - poziom istotności

#### 4.2.6. Satysfakcja rodziców z opieki a przyczyna hospitalizacji dzieci

Przyczyna hospitalizacji dziecka istotnie statystycznie różnicowała satysfakcję rodziców z opieki w kryteriach *Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece* ( $p=0,036$ ) oraz *Profesjonalizm/Profesjonalne podejście* ( $p=0,035$ ).

Najwyższy średni poziom ogólnej satysfakcji z opieki, jak również satysfakcji w kryteriach głównych *Dostępność*, *Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece* oraz *Profesjonalizm/Profesjonalne podejście*, uzyskano wśród rodziców dzieci hospitalizowanych z powodu leczenia onkologicznego. Z kolei w kryteriach *Informacja* oraz *Opieka i leczenie* najwyższy średni poziom satysfakcji wykazali rodzice dzieci hospitalizowanych z przyczyn diagnostycznych.

Rodzice dzieci hospitalizowanych celem rehabilitacji wykazali najniższy średni poziom ogólnej satysfakcji z opieki, a także satysfakcji w kryteriach *Informacja*, *Opieka i leczenie* oraz *Profesjonalizm/Profesjonalne podejście*. W kryterium *Dostępność* najniższy średni poziom satysfakcji z opieki uzyskano w grupie rodziców dzieci przyjętych do szpitala z powodu zaostrzenia choroby przewlekłej. Respondenci, których dzieci przyjęte zostały do szpitala z powodu nagłego zachorowania, wyrazili najniższy średni poziom satysfakcji w kryterium *Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece* (Tab. XXX.).

Tab. XXX. Satysfakcja rodziców z opieki a przyczyna hospitalizacji dzieci.

Przyczyna hospitalizacji dziecka		Kryterium główne satysfakcji z opieki					Ogólna satysfakcja
		Informacja	Opieka i leczenie	Dostępność	Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece	Profesjonalizm/Profesjonalne podejście	
Zaostrzenie choroby przewlekłej	n	151	151	151	151	151	151
	$\bar{X}$	<b>4,37</b>	<b>4,36</b>	<b>4,54</b>	<b>4,36</b>	<b>4,44</b>	<b>4,41</b>
	Me	4,63	4,56	5,00	4,50	4,68	4,59
	SD	0,73	0,78	0,78	0,68	0,61	0,64
Nagle zachorowanie	n	745	745	745	745	745	745
	$\bar{X}$	<b>4,26</b>	<b>4,32</b>	<b>4,55</b>	<b>4,24</b>	<b>4,38</b>	<b>4,35</b>
	Me	4,50	4,56	5,00	4,50	4,58	4,53
	SD	0,82	0,76	0,69	0,79	0,63	0,65
Diagnostyka	n	63	63	63	63	63	63
	$\bar{X}$	<b>4,53</b>	<b>4,53</b>	<b>4,73</b>	<b>4,46</b>	<b>4,56</b>	<b>4,56</b>
	Me	4,75	4,67	5,00	4,67	4,79	4,72
	SD	0,56	0,58	0,47	0,66	0,57	0,50
Leczenie onkologiczne	n	15	15	15	15	15	15
	$\bar{X}$	<b>4,43</b>	<b>4,48</b>	<b>4,80</b>	<b>4,64</b>	<b>4,67</b>	<b>4,60</b>
	Me	4,75	4,78	5,00	4,83	4,74	4,70
	SD	0,71	0,59	0,37	0,54	0,30	0,44
Zabieg chirurgiczny	n	46	46	46	46	46	46
	$\bar{X}$	<b>4,30</b>	<b>4,35</b>	<b>4,63</b>	<b>4,37</b>	<b>4,48</b>	<b>4,43</b>
	Me	4,75	4,67	5,00	4,67	4,68	4,72
	SD	0,89	0,82	0,69	0,85	0,56	0,68
Rehabilitacja i inne	n	10	10	10	10	10	10
	$\bar{X}$	<b>4,25</b>	<b>4,17</b>	<b>4,55</b>	<b>4,25</b>	<b>4,32</b>	<b>4,31</b>
	Me	4,13	4,11	4,75	4,25	4,42	4,24
	SD	0,60	0,60	0,50	0,63	0,42	0,49
Ogółem	n	1030	1030	1030	1030	1030	1030
	$\bar{X}$	<b>4,29</b>	<b>4,34</b>	<b>4,57</b>	<b>4,28</b>	<b>4,41</b>	<b>4,38</b>
	Me	4,50	4,56	5,00	4,50	4,58	4,56
	SD	0,79	0,75	0,69	0,77	0,62	0,64
<b>p (test Kruskala-Wallisa)</b>		0,122	0,327	0,363	<b>0,036</b>	<b>0,035</b>	0,063

**Legenda:** n - liczba ważnych odpowiedzi,  $\bar{X}$  - średnia arytmetyczna, Me - mediana, SD - odchylenie standardowe, p - poziom istotności. Wartości są wyrażone w punktach poza n.

Wykazano różnice istotne statystycznie pomiędzy przyczyną hospitalizacji dzieci a satysfakcją rodziców w 12 kryteriach szczegółowych:

- *Pielęgniarka poinformowała o godzinach odwiedzin* ( $p=0,016$ ).
- *Pielęgniarka przygotowała rodziców/ opiekunów do opieki nad dzieckiem* ( $p=0,047$ ).
- *Pielęgniarka pytała o oczekiwania rodziców/opiekunów dotyczące opieki nad dzieckiem* ( $p=0,022$ ).
- *Pielęgniarka stymulowała rodziców/opiekunów do przebywania z dzieckiem w czasie badań i czynności pielęgnacyjnych* ( $p=0,013$ ).
- *Pielęgniarka przedstawiła się z imienia i nazwiska* ( $p=0,000$ ).
- *Praca pielęgniarki na dyżurze była dobrze zorganizowana* ( $p=0,043$ ).
- *Praca zespołu pielęgniarskiego zapewniła dziecku poczucie bezpieczeństwa* ( $p=0,011$ ).
- *Najbliższe otoczenie dziecka było czyste* ( $p=0,006$ ).
- *Informacje pisemne dotyczące zasad funkcjonowania oddziału były w miejscu dostępnym dla rodziców* ( $p=0,018$ ).
- *Godziny odwiedzin na oddziale były elastyczne* ( $p=0,017$ ).
- *Pielęgniarka chroniła prywatności dziecka* ( $p=0,014$ ).
- *Pielęgniarka chroniła prywatności rodziców/opiekunów* ( $0,033$ ).

Rodzice dzieci przyjętych do szpitala w celu diagnostyki wyrazili najwyższy średni poziom satysfakcji z opieki w kryteriach: *Pielęgniarka poinformowała o godzinach odwiedzin*, *Pielęgniarka przygotowała rodziców/opiekunów do opieki nad dzieckiem* oraz *Pielęgniarka przedstawiła się z imienia i nazwiska*.

Respondenci, których dzieci przyjęto do leczenia onkologicznego wykazali najwyższy średni poziom satysfakcji z opieki w kryteriach:

- *Pielęgniarka pytała o oczekiwania rodziców/opiekunów dotyczące opieki nad dzieckiem*.
- *Pielęgniarka stymulowała rodziców/opiekunów do przebywania z dzieckiem w czasie badań i czynności pielęgnacyjnych*.
- *Praca pielęgniarki na dyżurze była dobrze zorganizowana*.
- *Praca zespołu pielęgniarskiego zapewniła dziecku poczucie bezpieczeństwa*.

- *Najbliższe otoczenie dziecka było czyste.*
- *Informacje pisemne dotyczące zasad funkcjonowania oddziału były w miejscu dostępnym dla rodziców.*
- *Pielęgniarka chroniła prywatności dziecka.*
- *Pielęgniarka chroniła prywatności rodziców/opiekunów.*

Ta sama grupa rodziców wyraziła najniższy średni poziom satysfakcji w kryterium *Pielęgniarka poinformowała o godzinach odwiedzin*.

Rodzice pacjentów przyjętych do szpitala w celu przeprowadzenia zabiegu operacyjnego wykazali najwyższy średni poziom satysfakcji w kryterium *Godziny odwiedzin na oddziale były elastyczne*, natomiast najniższy - w kryterium *Pielęgniarka przedstawiła się z imienia i nazwiska*.

W grupie rodziców dzieci przyjętych do szpitala w celu rehabilitacji uzyskano najniższy średni poziom satysfakcji w kryteriach szczegółowych:

- *Pielęgniarka poinformowała o godzinach odwiedzin.*
- *Pielęgniarka przygotowała rodziców/opiekunów do opieki nad dzieckiem.*
- *Najbliższe otoczenie dziecka było czyste.*
- *Pielęgniarka chroniła prywatności dziecka.*

Rodzice dzieci hospitalizowanych z powodu nagłego zachorowania wyrazili najniższy średni poziom satysfakcji w kryteriach:

- *Pielęgniarka stymulowała rodziców/opiekunów do przebywania z dzieckiem w czasie badań i czynności pielęgnacyjnych.*
- *Praca pielęgniarki na dyżurze była dobrze zorganizowana.*
- *Praca zespołu pielęgniarskiego zapewniła dziecku poczucie bezpieczeństwa.*
- *Informacje pisemne dotyczące zasad funkcjonowania oddziału były w miejscu dostępnym dla rodziców.*
- *Pielęgniarka chroniła prywatności rodziców/opiekunów (Tab. XXVIII A. - aneks).*

Wykazano zróżnicowanie przyczyn hospitalizacji dzieci w placówkach objętych badaniem, jednak w każdym ze szpitali przeważały przyjęcia z powodu nagłego zachorowania ( $p < 0,001$ ;  $V\text{-Craméra} = 0,19$ ) (Tab. XXXI.).

Tab. XXXI. Przyczyny hospitalizacji dzieci w poszczególnych szpitalach.

Przyczyna hospitalizacji dziecka		Szpital							Ogółem
		Sanok	Krosno	Brzozów	Olsztyn	Rzeszów	Kraków I	Kraków II	
Zaostrzenie choroby przewlekłej	n	6	9	16	34	13	30	43	151
	%	6,00	9,00	16,16	17,99	12,87	31,58	12,43	14,66
Nagle zachorowanie	n	88	87	71	103	79	65	252	745
	%	<b>88,00</b>	<b>87,00</b>	<b>71,72</b>	<b>54,50</b>	<b>78,22</b>	<b>68,42</b>	<b>72,83</b>	<b>72,33</b>
Diagnostyka	n	6	4	11	27	7	0	8	63
	%	6,00	4,00	11,11	14,29	6,93	0,00	2,31	6,12
Leczenie onkologiczne	n	0	0	0	8	2	0	5	15
	%	0,00	0,00	0,00	4,23	1,98	0,00	1,45	1,46
Zabieg chirurgiczny	n	0	0	0	9	0	0	37	46
	%	0,00	0,00	0,00	4,76	0,00	0,00	10,69	4,47
Rehabilitacja i inne	n	0	0	1	8	0	0	1	10
	%	0,00	0,00	1,01	4,23	0,00	0,00	0,29	0,97
Ogółem	n	100	100	99	189	101	95	346	1030
	%	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**p<0,001; V-Craméra=0,19**

**Legenda:** n - liczba ważnych odpowiedzi, % - odsetek ważnych odpowiedzi, V-Craméra - współczynnik siły związku, p - poziom istotności

#### 4.2.7. Satysfakcja rodziców z opieki a obecność chorób współistniejących u dzieci

Obecność chorób współistniejących u dziecka nie różnicowała ogólnej satysfakcji rodziców z opieki ( $p=0,637$ ), satysfakcji w kryteriach głównych *Informacja* ( $p=0,432$ ), *Opieka i leczenie* ( $p=0,563$ ), *Dostępność* ( $p=0,286$ ), *Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece* ( $p=0,728$ ) oraz *Profesjonalizm/Profesjonalne podejście* ( $p=0,356$ ), a także w żadnym z kryteriów szczegółowych (Tab. XXXII. i Tab. XXIXA. - aneks).

Tab. XXXII. Satysfakcja rodziców z opieki a obecność chorób współistniejących u dzieci.

Choroby współistniejące u dziecka	Kryterium główne satysfakcji z opieki						Ogólna satysfakcja
	Informacja	Opieka i leczenie	Dostępność	Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece	Profesjonalizm/Profesjonalne podejście		
Obecne	n	149	149	149	149	149	149
	$\bar{X}$	<b>4,30</b>	<b>4,37</b>	<b>4,52</b>	<b>4,31</b>	<b>4,44</b>	<b>4,39</b>
	Me	4,63	4,56	5,00	4,50	4,63	4,58
	SD	0,82	0,73	0,70	0,73	0,59	0,63
Nieobecne	n	881	881	881	881	881	881
	$\bar{X}$	<b>4,29</b>	<b>4,34</b>	<b>4,57</b>	<b>4,28</b>	<b>4,40</b>	<b>4,38</b>
	Me	4,50	4,56	5,00	4,50	4,58	4,56
	SD	0,79	0,75	0,69	0,77	0,62	0,64
Ogółem	n	1030	1030	1030	1030	1030	1030
	$\bar{X}$	4,29	4,34	4,57	4,28	4,41	4,38
	Me	4,50	4,56	5,00	4,50	4,58	4,56
	SD	0,79	0,75	0,69	0,77	0,62	0,64
<b>p (test U Manna-Whitneya)</b>	0,432	0,563	0,286	0,728	0,356	0,637	

**Legenda:** n - liczba ważnych odpowiedzi,  $\bar{X}$  - średnia arytmetyczna, Me - mediana, SD - odchylenie standardowe, p - poziom istotności. Wartości są wyrażone w punktach poza n.

#### 4.2.8. Satysfakcja rodziców z opieki a czas hospitalizacji dzieci

Czas hospitalizacji dziecka istotnie statystycznie różnicował zarówno ogólną satysfakcję rodziców z opieki, jak i satysfakcję w kryteriach głównych: *Informacja*, *Opieka i leczenie*, *Dostępność*, *Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece* oraz *Profesjonalizm/Profesjonalne podejście* ( $p < 0,001$ ). Rodzice dzieci hospitalizowanych powyżej 28 dni wykazali wyższy średni poziom zarówno ogólnej satysfakcji z opieki, jak i satysfakcji we wszystkich kryteriach głównych, w porównaniu do rodziców dzieci o krótszym okresie hospitalizacji.

Badani, których dzieci hospitalizowane były od 15 do 21 dni wyrazili niższy średni poziom ogólnej satysfakcji z opieki, a także satysfakcji w kryteriach *Informacja*, *Opieka i leczenie* oraz *Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece*, w porównaniu do pozostałych respondentów. W kryterium *Dostępność* oraz *Profesjonalizm/Profesjonalne podejście* najniższy średni poziom

satysfakcji wykazali rodzice dzieci, których pobyt w szpitalu mieścił się w granicach od 22 do 28 dni (Tab. XXXIII.).

Tab. XXXIII. Satysfakcja rodziców z opieki a czas hospitalizacji dziecka.

Czas hospitalizacji dziecka	Kryterium główne satysfakcji z opieki						Ogólna satysfakcja
	Informacja	Opieka i leczenie	Dostępność	Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece	Profesjonalizm/Profesjonalne podejście		
Do 7 dni	n	462	462	462	462	462	462
	$\bar{x}$	4,41	4,48	4,66	4,38	4,51	4,49
	Me	4,75	4,78	5,00	4,67	4,74	4,69
	SD	0,74	0,67	0,61	0,75	0,56	0,59
8 - 14 dni	n	304	304	304	304	304	304
	$\bar{x}$	4,20	4,25	4,56	4,23	4,36	4,32
	Me	4,50	4,44	5,00	4,33	4,53	4,49
	SD	0,84	0,78	0,67	0,76	0,62	0,65
15 - 21 dni	n	170	170	170	170	170	170
	$\bar{x}$	<b>4,14</b>	<b>4,15</b>	4,39	<b>4,11</b>	4,26	<b>4,21</b>
	Me	4,31	4,33	5,00	4,17	4,42	4,39
	SD	0,82	0,81	0,86	0,79	0,68	0,71
22 - 28 dni	n	65	65	65	65	65	65
	$\bar{x}$	4,19	4,17	<b>4,37</b>	4,16	<b>4,22</b>	4,22
	Me	4,38	4,44	5,00	4,33	4,37	4,41
	SD	0,77	0,84	0,77	0,76	0,71	0,66
Powyżej 28 dni	n	29	29	29	29	29	29
	$\bar{x}$	<b>4,62</b>	<b>4,53</b>	<b>4,67</b>	<b>4,41</b>	<b>4,61</b>	<b>4,57</b>
	Me	4,88	4,78	5,00	4,83	4,74	4,79
	SD	0,55	0,65	0,50	0,76	0,44	0,51
Ogółem	n	1030	1030	1030	1030	1030	1030
	$\bar{x}$	4,29	4,34	4,57	4,28	4,41	4,38
	Me	4,50	4,56	5,00	4,50	4,58	4,56
	SD	0,79	0,75	0,69	0,77	0,62	0,64
<b>p (Kruskala-Wallis)</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>

**Legenda:** n - liczba ważnych odpowiedzi,  $\bar{x}$  - średnia arytmetyczna, Me - mediana, SD - odchylenie standardowe, p - poziom istotności. Wartości są wyrażone w punktach poza n.

Czas hospitalizacji dziecka istotnie statystycznie różnicował satysfakcję rodziców w niemal wszystkich kryteriach szczegółowych, z wyjątkiem kryteriów *Godziny odwiedzin na oddziale były elastyczne* ( $p=0,139$ ) oraz *Pielęgniarka wykazywała empatię dziecku* ( $p=0,092$ ).

Rodzice dzieci hospitalizowanych najdłużej, powyżej 28 dni, wykazali najwyższy średni poziom satysfakcji w 35 kryteriach szczegółowych. Jedynie w kryteriach:

- *Pielęgniarka uczestniczyła w zapobieganiu/lagodzeniu dolegliwości bólowych.*
- *Pielęgniarka zapewniła wsparcie emocjonalne.*
- *Pielęgniarka przygotowała do opieki w domu po wypisie ze szpitala.*
- *Pielęgniarka pytała o oczekiwania rodziców/opiekunów dotyczące opieki nad dzieckiem.*
- *Pielęgniarka stymulowała rodziców/opiekunów do przebywania z dzieckiem w czasie badań i czynności pielęgnacyjnych.*
- *Rodzice/opiekunowie wiedzieli, która pielęgniarka opiekuje się ich dzieckiem.*
- *Zakwaterowanie dla rodziców/opiekunów poblizu oddziału było zapewnione,*

najwyższy średni poziom satysfakcji z opieki uzyskano w grupie rodziców dzieci z najkrótszym okresem hospitalizacji - do 7 dni.

W kryteriach szczegółowych: *Pielęgniarka była dostępna dla dziecka w miarę potrzeb* oraz *Godziny odwiedzin na oddziale były elastyczne*, najwyższy średni poziom satysfakcji uzyskano w grupach rodziców dzieci o najkrótszym (do 7 dni) i najdłuższym (powyżej 28 dni) okresie hospitalizacji.

Badani, których dzieci przebywały w szpitalu od 15 do 21 dni oraz 22 do 28 dni wyrazili najniższy średni poziom satysfakcji z opieki w większości kryteriów szczegółowych. Zależność pomiędzy okresem hospitalizacji dziecka a satysfakcją rodziców w kryteriach szczegółowych przedstawiono w Tab. XXXA. - aneks.

Wykazano, iż hospitalizacje trwające powyżej 28 dni częściej dotyczyły pacjentów w Olsztynie, Krakowie I oraz Krakowie II, natomiast hospitalizacje poniżej 7 dni częściej miały miejsce w Brzozowie, Krośnie oraz Sanoku. Hospitalizacje od 15 do 21 dni oraz od 22 do 28 dni dotyczyły przede wszystkim pacjentów szpitali krakowskich ( $p<0,001$ ; V-Craméra=0,28;  $\chi^2=322,93$ ;  $df=24$ ) (Tab. XXXIV.).

Tab. XXXIV. Czas hospitalizacji dzieci w poszczególnych szpitalach.

Czas hospitalizacji dzieci	Szpital								Ogółem
	Sanok	Krosno	Brzozów	Olsztyn	Rzeszów	Kraków I	Kraków II		
Do 7 dni	n	65	72	84	92	60	3	86	462
	%	65,00	72,00	84,85	48,68	59,41	3,16	24,86	44,85
8 - 14 dni	n	31	24	13	67	26	35	108	304
	%	31,00	24,00	13,13	35,45	25,74	36,84	31,21	29,51
15 - 21 dni	n	4	3	2	16	10	36	99	170
	%	4,00	3,00	2,02	8,47	9,90	37,89	28,61	16,50
22 - 28 dni	n	0	1	0	4	3	17	40	65
	%	0,00	1,00	0,00	2,12	2,97	17,89	11,56	6,31
Powyżej 28 dni	n	0	0	0	10	2	4	13	29
	%	0,00	0,00	0,00	5,29	1,98	4,21	3,76	2,82
Ogółem	n	100	100	99	189	101	95	346	1030
	%	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**p<0,001, V-Craméra=0,28,  $\chi^2=322,93$  (df=24)**

**Legenda:** n - liczba ważnych odpowiedzi, % - odsetek ważnych odpowiedzi, V-Craméra - współczynnik siły związku,  $\chi^2$ - wynik testu chi-kwadrat, df- stopnie swobody, p - poziom istotności

#### 4.2.9. Satysfakcja rodziców z opieki a hospitalizacje pierwszorazowe lub kolejne

Nie wykazano istotnego statystycznie zróżnicowania zarówno ogólnej satysfakcji rodziców z opieki ( $p=0,347$ ), jak i satysfakcji w kryteriach *Informacja* ( $p=0,887$ ), *Opieka i leczenie* ( $p=0,526$ ), *Dostępność* ( $p=0,109$ ), *Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece* ( $p=0,213$ ) oraz *Profesjonalizm/Profesjonalne podejście* ( $p=0,363$ ), w przypadku pierwszorazowych i kolejnych hospitalizacji dzieci (Tab. XXXV.).

Rodzice dzieci hospitalizowanych po raz pierwszy wyrazili istotnie statystycznie wyższą satysfakcję z opieki w kryterium szczegółowym *Rodzice/opiekunowie wiedzieli, która pielęgniarka opiekuje się ich dzieckiem* ( $p=0,039$ ) (Tab. XXXIA. - aneks).

Tab. XXXV. Satysfakcja rodziców z opieki w pierwszej i kolejnych hospitalizacjach.

Hospitalizacja	Kryterium główne satysfakcji z opieki						Ogólna satysfakcja
	Informacja	Opieka i leczenie	Dostępność	Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece	Profesjonalizm/Profesjonalne podejście		
Pierwsza	n	757	757	757	757	757	757
	$\bar{X}$	<b>4,29</b>	<b>4,36</b>	<b>4,59</b>	<b>4,30</b>	<b>4,42</b>	<b>4,39</b>
	Me	4,50	4,56	5,00	4,50	4,58	4,57
	SD	0,80	0,72	0,66	0,76	0,60	0,63
Kolejna	n	273	273	273	273	273	273
	$\bar{X}$	<b>4,30</b>	<b>4,29</b>	<b>4,50</b>	<b>4,24</b>	<b>4,37</b>	<b>4,34</b>
	Me	4,50	4,56	5,00	4,33	4,58	4,55
	SD	0,78	0,82	0,76	0,78	0,65	0,67
Ogółem	n	1030	1030	1030	1030	1030	1030
	$\bar{X}$	4,29	4,34	4,57	4,28	4,41	4,38
	Me	4,50	4,56	5,00	4,50	4,58	4,56
	SD	0,79	0,75	0,69	0,77	0,62	0,64
<b>p (test U Manna-Whitneya)</b>		0,887	0,526	0,109	0,213	0,363	0,347

**Legenda:** n - liczba ważnych odpowiedzi,  $\bar{X}$  - średnia arytmetyczna, Me - mediana, SD - odchylenie standardowe, p - poziom istotności. Wartości są wyrażone w punktach poza n.

Najwięcej pierwszorazowych hospitalizacji wskazano kolejno wśród pacjentów w Krośnie (84%), Brzozowie (80,81%) oraz Sanoku (76%), natomiast najmniej wśród dzieci z Krakowa i (36,80%) ( $p=0,01$ ;  $V\text{-Craméra}=0,12$ ;  $\chi^2=15,87$ ;  $df=6$ ) (Tab. XXXVI.).

Tab. XXXVI. Pierwsze i kolejne hospitalizacje w poszczególnych szpitalach.

Hospitalizacja	Szpital							Ogółem	
	Sanok	Krosno	Brzozów	Olsztyn	Rzeszów	Kraków I	Kraków II		
Pierwsza	n	76	84	80	131	72	60	254	757
	%	76,00	<b>84,00</b>	80,81	69,31	71,29	63,16	73,41	73,50
Kolejna	n	24	16	19	58	29	35	92	273
	%	24,00	16,00	19,19	30,69	28,71	<b>36,84</b>	26,59	26,50
Ogółem	n	100	100	99	189	101	95	346	1030
	%	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**$p=0,010$ ;  $V\text{-Craméra}=0,12$ ;  $\chi^2=15,87$ ; ( $df=6$ )**

**Legenda:** n - liczba ważnych odpowiedzi, % - odsetek ważnych odpowiedzi, V-Craméra - współczynnik siły związku,  $\chi^2$  - wynik testu chi-kwadrat, df - stopnie swobody, p - poziom istotności

#### 4.2.10. Satysfakcja z opieki a płeć rodziców

Nie wykazano istotności statystycznej pomiędzy płcią respondentów a średnim ogólnym poziomem satysfakcji z opieki ( $p=0,114$ ), a także satysfakcją w kryteriach głównych: *Informacja* ( $p=0,296$ ), *Opieka i leczenie* ( $p=0,160$ ), *Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece* ( $p=0,226$ ) oraz *Profesjonalizm/Profesjonalne podejście* ( $p=0,164$ ). Kobiety wyraziły istotnie statystycznie wyższy niż mężczyźni średni poziom satysfakcji z opieki w kryterium *Dostępność* ( $p=0,032$ ) (Tab. XXXVII.).

Tab. XXXVII. Satysfakcja z opieki a płeć rodziców.

Płeć rodziców		Kryterium główne satysfakcji z opieki					
		Informacja	Opieka i leczenie	Dostępność	Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece	Profesjonalizm/Profesjonalne podejście	Ogólna satysfakcja
Kobieta	n	899	899	899	899	899	899
	$\bar{X}$	<b>4,31</b>	<b>4,35</b>	<b>4,58</b>	<b>4,29</b>	<b>4,41</b>	<b>4,39</b>
	Me	4,50	4,56	5,00	4,50	4,63	4,58
	SD	0,79	0,75	0,69	0,76	0,62	0,64
Mężczyzna	n	131	131	131	131	131	131
	$\bar{X}$	<b>4,21</b>	<b>4,27</b>	<b>4,49</b>	<b>4,20</b>	<b>4,36</b>	<b>4,31</b>
	Me	4,50	4,44	5,00	4,33	4,53	4,46
	SD	0,84	0,76	0,67	0,80	0,58	0,64
Ogółem	n	1030	1030	1030	1030	1030	1030
	$\bar{X}$	4,29	4,34	4,57	4,28	4,41	4,38
	Me	4,50	4,56	5,00	4,50	4,58	4,56
	SD	0,79	0,75	0,69	0,77	0,62	0,64
<b>p (test U Manna-Whitneya)</b>		0,296	0,160	<b>0,032</b>	0,226	0,164	0,114

**Legenda:** n - liczba ważnych odpowiedzi,  $\bar{X}$  - średnia arytmetyczna, Me - mediana, SD - odchylenie standardowe, p - poziom istotności. Wartości są wyrażone w punktach poza n.

Kobiety wykazały także istotnie statystycznie wyższy niż mężczyźni średni poziom satysfakcji w kryteriach szczegółowych:

- *Pielęgniarka zapoznała z zasadami funkcjonowania oddziału* ( $p=0,041$ ).
- *Pielęgniarka uczestniczyła w zapobieganiu/łagodzeniu dolegliwości bólowych* ( $p=0,041$ ).

- *Pielęgniarka była dostępna dla rodziców/opiekunów w miarę potrzeb (p=0,041).*
- *Rodzice/opiekunowie aktywnie uczestniczyli w podejmowaniu decyzji dotyczących opieki (p=0,025).*
- *Zakwaterowanie dla rodziców/opiekunów w pobliżu oddziału było zapewnione (p=0,013).*
- *Pielęgniarka chroniła prywatności rodziców/opiekunów (p=0,008).*
- *Pielęgniarka wykazywała empatię rodzicom/opiekunom (p=0,016) (Tab. XXXIIA.).*

Wykazano słaby związek istotny statystycznie pomiędzy płcią respondentów a miejscem hospitalizacji dziecka. Kobiety stanowiły najwyższy odsetek badanych w Sanoku (95%), Krośnie (94%) oraz w Brzozowie (93,94%). Większy udział mężczyzn w badaniu wykazano w Krakowie I (16,84%), Krakowie II (15,90%), Olsztynie (15,87%) i Rzeszowie (12,87%) (p=0,003; V-Craméra=0,14;  $\chi^2=19,69$ ; df=6) (Tab. XXXVIII.).

Tab. XXXVIII. Udział kobiet i mężczyzn w badaniu w poszczególnych szpitalach.

Płeć rodzica	Szpital								Ogółem
	Sanok	Krosno	Brzozów	Olsztyn	Rzeszów	Kraków I	Kraków II		
Kobieta	n	95	94	93	159	88	79	291	899
	%	<b>95,00</b>	<b>94,00</b>	<b>93,94</b>	84,13	87,13	83,16	84,10	87,28
Mężczyzna	n	5	6	6	30	13	16	55	131
	%	5,00	6,00	6,06	<b>15,87</b>	<b>12,87</b>	<b>16,84</b>	<b>15,90</b>	12,72
Ogółem	n	100	100	99	189	101	95	346	1030
	%	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**p=0,003, V-Craméra=0,14,  $\chi^2=19,69$  (df=6)**

**Legenda:** n - liczba ważnych odpowiedzi, % - odsetek ważnych odpowiedzi, V-Craméra - współczynnik siły związku,  $\chi^2$ - wynik testu chi-kwadrat, df - stopnie swobody, p - poziom istotności

#### 4.2.11. Satysfakcja z opieki a wiek rodziców

Wiek rodziców istotnie statystycznie różnicował zarówno ogólną satysfakcję z opieki pielęgniarskiej (p=0,015), jak i satysfakcję w kryteriach *Informacja* (p=0,015), *Opieka i leczenie* (p=0,015), a także *Profesjonalizm/Profesjonalne podejście* (p=0,013). Nie wykazano istotności statystycznej pomiędzy wiekiem rodziców, a satysfakcją w kryteriach *Dostępność* (p=0,235) oraz *Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece* (p=0,113).

Rodzice poniżej 30. r.ż. wyrazili zarówno niższy średni poziom ogólnej satysfakcji z opieki, jak i niższy średni poziom satysfakcji w kryteriach głównych (*Informacja, Opieka i leczenie, Dostępność, Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece, Profesjonalizm/Profesjonalne podejście*), w porównaniu do rodziców z innych kategorii wiekowych (Tab. XXXIX.).

Tab. XXXIX. Satysfakcja z opieki a wiek rodziców.

Wiek rodziców		Kryterium główne satysfakcji z opieki					Ogólna satysfakcja
		Informacja	Opieka i leczenie	Dostępność	Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece	Profesjonalizm/Profesjonalne podejście	
Do 30 lat	n	325	325	325	325	325	325
	$\bar{X}$	<b>4,19</b>	<b>4,24</b>	<b>4,51</b>	<b>4,22</b>	<b>4,34</b>	<b>4,30</b>
	Me	4,50	4,44	5,00	4,33	4,53	4,47
	SD	0,86	0,81	0,74	0,78	0,63	0,67
31 - 40 lat	n	522	522	522	522	522	522
	$\bar{X}$	<b>4,36</b>	<b>4,40</b>	<b>4,59</b>	<b>4,30</b>	<b>4,45</b>	<b>4,42</b>
	Me	4,63	4,67	5,00	4,50	4,68	4,60
	SD	0,75	0,72	0,66	0,78	0,60	0,62
≥41 lat	n	156	156	156	156	156	156
	$\bar{X}$	<b>4,34</b>	<b>4,39</b>	<b>4,61</b>	<b>4,34</b>	<b>4,45</b>	<b>4,43</b>
	Me	4,63	4,56	5,00	4,50	4,61	4,64
	SD	0,77	0,71	0,64	0,71	0,60	0,61
Ogółem	n	1003	1003	1003	1003	1003	1003
	$\bar{X}$	4,30	4,35	4,57	4,28	4,41	4,38
	Me	4,50	4,56	5,00	4,50	4,58	4,57
	SD	0,79	0,75	0,69	0,77	0,61	0,64
<b>p (test Kruskala-Wallis)</b>		<b>0,015</b>	<b>0,015</b>	0,235	0,113	<b>0,013</b>	<b>0,015</b>

**Legenda:** n - liczba ważnych odpowiedzi,  $\bar{X}$  - średnia arytmetyczna, Me - mediana, SD - odchylenie standardowe, p - poziom istotności. Wartości są wyrażone w punktach poza n.

Rodzice poniżej 30. r.ż. wyrazili także najniższy średni poziom satysfakcji z opieki w 42 kryteriach szczegółowych, a różnice istotne statystycznie uzyskano w przypadku 16 z nich. Jedynie w kryterium *Rodzice współpracowali z zespołem pielęgniarskim* najniższy średni poziom satysfakcji wykazano wśród rodziców najstarszych, ≥41 r.ż., lecz otrzymane różnice nie były istotne statystycznie ( $p=0,879$ ). Z kolei w kryterium *Pielęgniarka nie podawała sprzecznych*

informacji uzyskano taki sam poziom satysfakcji - 4,47 pkt., zarówno wśród rodziców najmłodszych, jak i najstarszych (Tab. XXXIII A.).

Wykazano słaby związek istotny statystycznie pomiędzy wiekiem rodziców a miejscem hospitalizacji dziecka. Rodzice poniżej 30 r.ż. stanowili wyższy odsetek respondentów w Krośnie (43%), Sanoku (40,82%) oraz Brzozowie (38,38%;  $p < 0,001$ ; V-Craméra=0,13;  $\chi^2=35,55$ ;  $df=12$ ) (Tab. XL.).

Tab. XL. Udział rodziców w badaniu w poszczególnych szpitalach według kategorii wiekowych.

Wiek rodziców	Szpital								Ogółem
	Sanok	Krosno	Brzozów	Olsztyn	Rzeszów	Kraków I	Kraków II		
do 30. r.ż.	n	40	43	38	37	26	25	116	325
	%	40,82	43,00	38,38	19,58	25,74	27,47	35,69	32,40
31 - 40 lat	n	48	47	52,	114	56	46	159	522
	%	48,98	47,00	52,53	60,32	55,45	50,55	48,92	52,04
≥41 lat.	n	10	10	9	38	19	20	50	156
	%	10,20	10,00	9,09	20,11	18,81	21,98	15,38	15,55
Ogółem	n	98	100	99	189	101	91	325	1003
	%	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**$p < 0,001$ ; V-Craméra=0,13;  $\chi^2=35,55$ ; (df=12)**

**Legenda:** n - liczba ważnych odpowiedzi, % - odsetek ważnych odpowiedzi, V-Craméra – współczynnik siły związku,  $\chi^2$ - wynik testu chi-kwadrat, df - stopnie swobody, p - poziom istotności

#### 4.2.12. Satysfakcja z opieki a miejsce zamieszkania rodziców

Miejsce zamieszkania rodziców nie różnicowało średniego poziomu ogólnej satysfakcji z opieki pielęgniarskiej ( $p=0,274$ ), satysfakcji w kryteriach głównych: *Informacja* ( $p=0,120$ ), *Opieka i leczenie* ( $p=0,450$ ), *Dostępność* ( $p=0,589$ ), *Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece* ( $p=0,276$ ) oraz *Profesjonalizm/Profesjonalne podejście* ( $p=0,616$ ) (Tab. XLI.), a także w żadnym z kryteriów szczegółowych (Tab. XXXIV A. - aneks).

Tab. XLI. Satysfakcja z opieki a miejsce zamieszkania rodziców.

Miejsce zamieszkania	Kryterium główne satysfakcji z opieki						Ogólna satysfakcja
	Informacja	Opieka i leczenie	Dostępność	Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece	Profesjonalizm/Profesjonalne podejście		
Wieś	n	605	605	605	605	605	605
	$\bar{X}$	<b>4,26</b>	<b>4,31</b>	<b>4,54</b>	<b>4,26</b>	<b>4,39</b>	<b>4,35</b>
	Me	4,50	4,56	5,00	4,50	4,58	4,54
	SD	0,82	0,79	0,72	0,78	0,64	0,67
Miasto	n	425	425	425	425	425	425
	$\bar{X}$	<b>4,35</b>	<b>4,39</b>	<b>4,60</b>	<b>4,31</b>	<b>4,42</b>	<b>4,41</b>
	Me	4,63	4,56	5,00	4,50	4,58	4,60
	SD	0,74	0,69	0,64	0,74	0,58	0,60
Ogółem	n	1030	1030	1030	1030	1030	1030
	$\bar{X}$	4,29	4,34	4,57	4,28	4,41	4,38
	Me	4,50	4,56	5,00	4,50	4,58	4,56
	SD	0,79	0,75	0,69	0,77	0,62	0,64
<b>p (test U Manna-Whitneya)</b>		0,120	0,450	0,589	0,276	0,616	0,274

**Legenda:** n - liczba ważnych odpowiedzi,  $\bar{X}$  - średnia arytmetyczna, Me - mediana, SD - odchylenie standardowe, p - poziom istotności. Wartości są wyrażone w punktach poza n.

#### 4.2.13. Satysfakcja z opieki a wykształcenie rodziców

Poziom wykształcenia istotnie statystycznie różnicował ogólną satysfakcję rodziców z opieki pielęgniarskiej ( $p < 0,001$ ), a także satysfakcję w kryteriach głównych: *Informacja* ( $p = 0,017$ ), *Opieka i leczenie* ( $p = 0,000$ ), *Dostępność* ( $p = 0,001$ ), *Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece* ( $p = 0,007$ ) oraz *Profesjonalizm/Profesjonalne podejście* ( $p = 0,000$ ).

Najwyższy średni poziom ogólnej satysfakcji z opieki, a także satysfakcji we wszystkich kryteriach głównych wyrazili rodzice z wykształceniem zawodowym, a następnie rodzice deklarujący wykształcenie średnie. Najniższy średni poziom satysfakcji uzyskano w grupie respondentów z wykształceniem podstawowym (Tab. XLII.).

Tab. XLII. Satysfakcja z opieki a wykształcenie rodziców.

Wykształcenie rodziców		Kryterium główne satysfakcji z opieki					Ogólna satysfakcja
		Informacja	Opieka i leczenie	Dostępność	Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece	Profesjonalizm/Profesjonalne podejście	
Wyższe	n	622	622	622	622	622	622
	$\bar{X}$	<b>4,25</b>	<b>4,28</b>	<b>4,53</b>	<b>4,24</b>	<b>4,37</b>	<b>4,34</b>
	Me	4,50	4,56	5,00	4,50	4,53	4,51
	SD	0,80	0,75	0,69	0,77	0,62	0,64
Średnie	n	299	299	299	299	299	299
	$\bar{X}$	<b>4,37</b>	<b>4,44</b>	<b>4,61</b>	<b>4,35</b>	<b>4,45</b>	<b>4,44</b>
	Me	4,75	4,78	5,00	4,67	4,63	4,66
	SD	0,77	0,75	0,66	0,74	0,58	0,61
Zawodowe	n	86	86	86	86	86	86
	$\bar{X}$	<b>4,40</b>	<b>4,54</b>	<b>4,75</b>	<b>4,43</b>	<b>4,59</b>	<b>4,54</b>
	Me	4,56	4,78	5,00	4,67	4,76	4,69
	SD	0,73	0,57	0,59	0,69	0,52	0,55
Podstawowe	n	23	23	23	23	23	23
	$\bar{X}$	<b>4,04</b>	<b>3,98</b>	<b>4,20</b>	<b>3,97</b>	<b>4,14</b>	<b>4,06</b>
	Me	4,38	4,22	4,50	4,33	4,42	4,31
	SD	1,01	1,02	1,01	1,11	0,93	0,97
Ogółem	n	1030	1030	1030	1030	1030	1030
	$\bar{X}$	4,29	4,34	4,57	4,28	4,41	4,38
	Me	4,50	4,56	5,00	4,50	4,58	4,56
	SD	0,79	0,75	0,69	0,77	0,62	0,64
<b>p (test Kruskala-Wallisa)</b>		<b>0,017</b>	<b>0,000</b>	<b>0,001</b>	<b>0,007</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>

**Legenda:** n - liczba ważnych odpowiedzi,  $\bar{X}$  - średnia arytmetyczna, Me - mediana, SD - odchylenie standardowe, p - poziom istotności. Wartości są wyrażone w punktach poza n.

Poziom wykształcenia istotnie statystycznie różnicował satysfakcję rodziców w 26 kryteriach szczegółowych.

Rodzice z wykształceniem zawodowym wykazali wyższy średni poziom satysfakcji w większości kryteriów szczegółowych, w porównaniu do rodziców z innym rodzajem wykształcenia. Jedynie w kryteriach: *Pielęgniarka nie podawała sprzecznych informacji*, *Pielęgniarka zapoznała z zasadami funkcjonowania oddziału*, *Praca zespołu pielęgniarskiego*

zapewniła dziecku poczucie bezpieczeństwa oraz Godziny odwiedzin na oddziale były elastyczne, wyższy średni poziom satysfakcji uzyskano wśród respondentów deklarujących wykształcenie średnie.

Niemal wszystkie kryteria szczegółowe uzyskały najniższy średni poziom satysfakcji wśród rodziców z wykształceniem podstawowym. Wyjątek stanowiło kryterium *Pielęgniarka przedstawiła się z imienia i nazwiska*, w którym najniższy średni poziom satysfakcji wykazano w grupie rodziców z wykształceniem wyższym. Zależność pomiędzy wykształceniem rodziców a satysfakcją z opieki w kryteriach szczegółowych przedstawiono w Tab. XXXVA. - aneks.

Wykazano słaby związek istotny statystycznie pomiędzy poziomem wykształcenia rodziców a miejscem hospitalizacji dziecka ( $p < 0,001$ ; V-Craméra=0,22;  $\chi^2=153,60$ ;  $df=18$ ). Zdecydowana większość respondentów z Krakowa I (90,5%) oraz Krakowa II (76,9%) zadeklarowała wykształcenie wyższe. Większa różnorodność pod względem poziomu wykształcenia dotyczyła badanych z pozostałych szpitali, jednakże najmniej liczną grupę w każdym z nich stanowili rodzice z wykształceniem podstawowym (Tab. XLIII.).

Tab. XLIII. Udział rodziców w badaniu według poziomu wykształcenia.

Poziom wykształcenia rodziców	Szpital							Ogółem	
	Sanok	Krosno	Brzozów	Olsztyn	Rzeszów	Kraków I	Kraków II		
Wyższe	n	53	41	42	88	46	86	266	622
	%	53,00	41,00	42,42	46,56	45,54	90,53	76,88	60,39
Średnie	n	36	41	43	61	41	9	68	299
	%	36,00	41,00	43,43	32,28	40,59	9,47	19,65	29,03
Zwodowe	n	11	14	11	29	12	0	9	86
	%	11,00	14,00	11,11	15,34	11,88	0,00	2,60	8,35
Podstawowe	n	0	4	3	11	2	0	3	23
	%	0,00	4,00	3,03	5,82	1,98	0,00	0,87	2,23
Ogółem	n	100	100	99	189	101	95	346	1030
	%	100,00	100,00%	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**$p < 0,001$ , V-Craméra=0,22,  $\chi^2=153,60$  (df=18)**

**Legenda:** n - liczba ważnych odpowiedzi, % - odsetek ważnych odpowiedzi, V-Craméra - współczynnik siły związku,  $\chi^2$  - wynik testu chi-kwadrat, df- stopnie swobody, p - poziom istotności

#### 4.2.14. Satysfakcja rodziców z opieki a liczba posiadanych dzieci

Wykazano różnice istotne statystycznie pomiędzy liczbą posiadanych dzieci, a ogólną satysfakcją rodziców z opieki ( $p=0,000$ ), jak również satysfakcją w kryteriach: *Informacja* ( $p=0,040$ ), *Opieka i leczenie* ( $p=0,000$ ), *Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece* ( $p=0,061$ ) oraz *Profesjonalizm/Profesjonalne podejście* ( $p=0,000$ ). Istotności statystycznej nie uzyskano jedynie w kryterium *Dostępność* ( $p=0,061$ ). Rodzice posiadający troje lub większą liczbę dzieci wyrazili najwyższy średni poziom ogólnej satysfakcji z opieki, a także najwyższy średni poziom satysfakcji w kryteriach głównych. Najmniej usatysfakcjonowani byli rodzice posiadający jedno dziecko (Tab. XLIV.).

Tab. XLIV. Satysfakcja rodziców z opieki a liczba posiadanych dzieci.

Liczba posiadanych dzieci	Kryterium główne satysfakcji z opieki						Ogólna satysfakcja
	Informacja	Opieka i leczenie	Dostępność	Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece	Profesjonalizm/Profesjonalne podejście		
Jedno	n	335	335	335	335	335	335
	$\bar{X}$	<b>4,23</b>	<b>4,21</b>	<b>4,53</b>	<b>4,23</b>	<b>4,32</b>	<b>4,30</b>
	Me	4,50	4,44	5,00	4,33	4,53	4,47
	SD	0,82	0,78	0,67	0,76	0,62	0,63
Dwoje	n	480	480	480	480	480	480
	$\bar{X}$	<b>4,29</b>	<b>4,37</b>	<b>4,56</b>	<b>4,27</b>	<b>4,41</b>	<b>4,38</b>
	Me	4,56	4,56	5,00	4,50	4,63	4,58
	SD	0,80	0,75	0,71	0,80	0,62	0,66
Troje i powyżej	n	215	215	215	215	215	215
	$\bar{X}$	<b>4,40</b>	<b>4,48</b>	<b>4,64</b>	<b>4,38</b>	<b>4,52</b>	<b>4,48</b>
	Me	4,63	4,67	5,00	4,67	4,68	4,63
	SD	0,71	0,67	0,65	0,71	0,58	0,59
Ogółem	n	1030	1030	1030	1030	1030	1030
	$\bar{X}$	4,29	4,34	4,57	4,28	4,41	4,38
	Me	4,50	4,56	5,00	4,50	4,58	4,56
	SD	0,79	0,75	0,69	0,77	0,62	0,64
<b>p (test Kruskala-Wallis)</b>	<b>0,040</b>	<b>0,000</b>	0,061	<b>0,029</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	

**Legenda:** n - liczba ważnych odpowiedzi,  $\bar{X}$  - średnia arytmetyczna, Me - mediana, SD - odchylenie standardowe, p - poziom istotności. Wartości są wyrażone w punktach poza n.

Wykazano różnice istotne statystycznie pomiędzy liczbą posiadanych dzieci, a satysfakcją rodziców z opieki w 21 kryteriach szczegółowych.

Rodzice trojga lub większej liczby dzieci wyrazili najwyższy średni poziom satysfakcji z opieki w niemal wszystkich kryteriach szczegółowych. Wyjątek stanowiło kryterium *Rodzice współpracowali z zespołem pielęgniarskim*, w którym najwyższy średni poziom satysfakcji uzyskano w grupie rodziców posiadających jedno dziecko, jednakże uzyskane różnice nie były istotne statystycznie.

Rodzice posiadający jedno dziecko wykazali najniższy średni poziom satysfakcji z opieki w 38 kryteriach szczegółowych. Jedynie w kryteriach *Informacje pisemne dotyczące zasad funkcjonowania oddziału były w miejscu dostępnym dla rodziców*, *Pielęgniarka poinformowała o godzinach odwiedzin* oraz *Godziny odwiedzin na oddziale były elastyczne*, najniższy średni poziom satysfakcji z opieki uzyskano wśród rodziców posiadających dwoje dzieci. Z kolei w kryteriach *Pielęgniarka zapoznała z zasadami funkcjonowania oddziału* oraz *Pielęgniarka chroniła prywatności dziecka*, taki sam poziom satysfakcji wykazano wśród rodziców posiadających jedno lub dwoje dzieci (Tab. XXXVIA.).

Wykazano słaby związek istotny statystycznie pomiędzy liczbą posiadanych dzieci a miejscem hospitalizacji. Rodzice posiadający troje lub większą liczbę dzieci stanowili najwyższy odsetek badanych w Olsztynie (30,69%) ( $p=0,04$ ;  $V\text{-Craméra}=0.10$ ;  $\chi^2=22,20$ ;  $df=12$ ) (Tab. XLV.).

Tab. XLV. Udział rodziców w badaniu według liczby posiadanych dzieci.

Liczba dzieci w rodzinie	Szpital								Ogółem
	Sanok	Krosno	Brzozów	Olsztyn	Rzeszów	Kraków I	Kraków II		
Jedno	n	31	36	28	44	32	36	128	335
	%	31,00	36,00	28,28	23,28	31,68	37,89	36,99	32,52
Dwoje	n	47	46	53	87	50	40	157	480
	%	47,00	46,00	53,54	46,03	49,50	42,11	45,38	46,60
Troje lub powyżej	n	22	18	18	58	19	19	61	215
	%	22,00	18,00	18,18	30,69	18,81	20,00	17,63	20,87
Ogółem	n	100	100	99	189	101	95	346	1030
	%	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**p=0,040, V-Craméra=0,10,  $\chi^2=22,20$  (df=12)**

**Legenda:** n - liczba ważnych odpowiedzi, % - odsetek ważnych odpowiedzi, V-Craméra - współczynnik siły związku,  $\chi^2$  - wynik testu chi-kwadrat, df - stopnie swobody, p - poziom istotności

### 4.3. Ogólna satysfakcja rodziców z opieki vs. poziom satysfakcji w kryteriach głównych

Wykazano wysoki stopień związku pomiędzy średnią ogólną satysfakcją rodziców z opieki, a średnim poziomem satysfakcji w kryteriach głównych: *Informacja* ( $\rho=0,882$ ), *Opieka i leczenie* ( $\rho=0,905$ ), *Dostępność* ( $\rho=0,723$ ), *Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece* ( $\rho=0,903$ ) oraz *Profesjonalizm/Profesjonalne podejście* ( $\rho=0,914$ ) (Tab. XLVI.).

Tab. XLVI. Ogólna satysfakcja rodziców z opieki a poziom satysfakcji w kryteriach głównych.

Wszystkie szpitale		Poziom satysfakcji w kryteriach głównych				
		Informacja	Opieka i leczenie	Dostępność	Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece	Profesjonalizm/Profesjonalne podejście
Średnia ogólna satysfakcja z opieki	<b>n</b>	1030	1030	1030	1030	1030
	<b>rho</b>	0,882	0,905	<b>0,723</b>	0,903	<b>0,914</b>
	<b>p</b>	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

**Legenda:** n - liczba ważnych odpowiedzi, rho - współczynnik korelacji Spearmana, p - istotność dwustronna

Wykazano zróżnicowanie siły związku pomiędzy średnią ogólną satysfakcją rodziców z opieki pielęgniarskiej a średnim poziomem satysfakcji w kryteriach głównych (*Informacja*, *Opieka i leczenie*, *Dostępność*, *Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece*, *Profesjonalizm/profesjonalne podejście*) w poszczególnych jednostkach opieki medycznej.

Najwyższy stopień związku pomiędzy średnią ogólną satysfakcją z opieki a średnim poziomem satysfakcji w kryterium *Profesjonalizm/Profesjonalne podejście* uzyskano w Olsztynie ( $\rho=0,921$ ).

W Brzozowie uzyskano najwyższy stopień związku pomiędzy średnią ogólną satysfakcją z opieki a średnim poziomem satysfakcji w kryterium *Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece* ( $\rho=0,909$ ).

Najwyższy stopień związku pomiędzy średnią ogólną satysfakcją rodziców a średnim poziomem satysfakcji w kryterium *Informacja* wykazano w Sanoku ( $\rho=0,851$ ).

W Krośnie najwyższy stopień związku uzyskano pomiędzy średnią ogólną satysfakcją z opieki a średnim poziomem satysfakcji w kryterium *Opieka i leczenie* ( $\rho=0,915$ ).

Niemal we wszystkich szpitalach uzyskano nieco niższy, choć nadal wysoki stopień związku pomiędzy średnią ogólną satysfakcją z opieki, a średnim poziomem satysfakcji w kryterium *Dostępność* ( $\rho$  od 0,600 do 0,793). Jedynie w Sanoku wykazano umiarkowaną wartość korelacji w tym kryterium ( $\rho=0,439$ ). Szczegóły dotyczące związku pomiędzy średnią ogólną satysfakcją rodziców z opieki a średnim poziomem satysfakcji w kryteriach głównych w poszczególnych szpitalach przedstawiono w Tab. XLVII.

Tab. XLVII. Średnia ogólna satysfakcja rodziców z opieki a średni poziom satysfakcji w kryteriach głównych w poszczególnych szpitalach.

Szpital		Poziom satysfakcji w kryteriach głównych					
		Informacja	Opieka i leczenie	Dostępność	Uczestnictwo /Udział rodziców	Profesjonalizm/ Profesjonalne podejście	
Krosno	ogólna satysfakcja	<b>n</b>	100	100	100	100	100
		<b>rho</b>	0,886	0,915	<b>0,629</b>	0,890	0,888
		<b>p</b>	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Sanok	ogólna satysfakcja	<b>n</b>	100	100	100	100	100
		<b>rho</b>	0,851	0,794	<b>0,439</b>	0,807	0,836
		<b>p</b>	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Rzeszów	ogólna satysfakcja	<b>n</b>	101	101	101	101	101
		<b>rho</b>	0,883	0,873	<b>0,600</b>	0,891	0,881
		<b>p</b>	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Brzozów	ogólna satysfakcja	<b>n</b>	99	99	99	99	99
		<b>rho</b>	0,885	0,862	<b>0,754</b>	0,909	0,901
		<b>p</b>	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Olsztyn	ogólna satysfakcja	<b>n</b>	189	189	189	189	189
		<b>rho</b>	0,870	0,917	<b>0,745</b>	0,894	0,921
		<b>p</b>	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Kraków I	ogólna satysfakcja	<b>n</b>	95	95	95	95	95
		<b>rho</b>	0,851	0,904	<b>0,721</b>	0,874	0,905
		<b>p</b>	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Kraków II	ogólna satysfakcja	<b>n</b>	346	346	346	346	346
		<b>rho</b>	0,859	0,902	<b>0,793</b>	0,874	0,904
		<b>p</b>	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

**Legenda:** n - liczba ważnych odpowiedzi, rho - współczynnik korelacji Spearmana, p - istotność dwustronna

## Rozdział 5

### Dyskusja

#### 5.1. Satysfakcja rodziców z opieki pielęgniarskiej

Ocena satysfakcji pacjenta oraz jego rodziny z otrzymanych świadczeń uznawana jest za filar wysokiej jakości opieki skoncentrowanej na pacjencie [225], zaś w Polsce stanowi element Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością, który wyznacza kierunek zmian w nowoczesnych jednostkach opieki zdrowotnej [100]. Kluczową rolę w zapewnieniu pacjentowi świadczeń pielęgniarskich wysokiej jakości odgrywa poznanie, zrozumienie i zaspokojenie jego potrzeb oraz oczekiwań w zakresie opieki, a także uwzględnienie kontekstu rodzinnego i społecznego w planowaniu działań [129, 226].

Wyniki badań z ostatniej dekady prowadzonych w różnych ośrodkach naukowych z wykorzystaniem standaryzowanych narzędzi badawczych [47, 99, 128-130, 142, 146, 148, 163, 170, 227] bądź autorskich kwestionariuszy ankiet [42, 44, 110, 138-141, 163, 164, 168, 169], potwierdzają wysokie zadowolenie rodziców z opieki pielęgniarskiej lub jej wybranych aspektów. Również uzyskane wyniki z badania własnego dowodzą wysokiej satysfakcji rodziców z opieki zespołu pielęgniarskiego nad dzieckiem. W niniejszym badaniu średni ogólny poziom satysfakcji z opieki wyniósł 4,38 pkt. W zakresie poszczególnych kryteriów głównych: *Informacja*, *Opieka i leczenie*, *Dostępność*, *Uczestnictwo/Udział rodziców* oraz *Profesjonalizm/Profesjonalne podejście* uzyskano zbliżone wyniki. Podobnie jak w doniesieniu Smoleń i Ksykiewicz-Dorota [128], także w niniejszym badaniu rodzice wyrazili najwyższy poziom satysfakcji w kryterium *Dostępność* (4,5pkt. vs. 4,57 pkt.). Nieco niższy poziom zadowolenia respondentów wykazano w kryteriach *Uczestnictwo/Udział rodziców* (4,28 pkt.) oraz *Informacja* (4,29 pkt.), co potwierdziło rezultaty otrzymane przez Mol i wsp. [163]. W wynikach badaniach przedstawionych przez Smoleń i Ksykiewicz-Dorota [128] rodzice wyrazili najniższy poziom zadowolenia z opieki w kryterium *Informacja* (4,0 pkt.), jednakże swoje uczestnictwo w opiece nad dzieckiem podczas hospitalizacji ocenili oni porównywalnie jak respondenci w badaniu własnym, a średni rezultat dla tego kryterium wyniósł 4,2 pkt. Willebrand i wsp. [146] również wskazali na wysoką satysfakcję rodziców z otrzymanych świadczeń (9,1 pkt./10 pkt.), choć wśród wyodrębnionych obszarów opieki, dla których poziom satysfakcji był niższy, ponownie znalazły się kryteria *Informacja* oraz *Uczestnictwo*. Przeciwnie niż w niniejszym badaniu, najniższy poziom satysfakcji rodziców uzyskano dla *Dostępności* (2,9 pkt./4 pkt.). Należy jednak zauważyć,

iz w cytowanym doniesieniu wykorzystano odmienne narzędzie badawcze - The Quality of Care Indices - Parent questionnaire, dlatego porównując rezultaty Willebrand i wsp. [146] oraz własne należy zachować pewną ostrożność. Karaca i Durna potwierdzają, iż problem dostępu pacjentów i ich rodzin do informacji w czasie hospitalizacji dotyczy także opieki realizowanej w oddziałach dla dorosłych o różnej specyfice [209].

### **5.1.1. Informacja**

Według Matziou i wsp. [99] oraz Muck i Cimke [47] sposób komunikowania się zespołu pielęgniarskiego z rodzicami dzieci hospitalizowanych stanowi główny czynnik mający wpływ na postrzeganie przez nich opieki w oddziale pediatrycznym. Nieefektywny proces komunikowania się pielęgniarek z rodzinami pacjentów może generować niską satysfakcję z otrzymanych świadczeń, rzutując na brak zaufania do zespołu sprawującego opiekę [228]. Istotnym elementem codziennych relacji zespołu medycznego i rodziców jest przekazywanie informacji [47]. Według Reuter-Rice i wsp. [229], wzajemne interakcje członków zespołu medycznego oraz rodziców dziecka przebiegają w trzech fazach: poszukiwania informacji oraz czujnego oczekiwania, kiedy w relacji dominuje rola zespołu terapeutycznego, a postawę opiekunów charakteryzuje bierność, a także podejmowania decyzji - gdy rodzina zaczyna udzielać wskazówek i informacji zwrotnych dotyczących dziecka profesjonalistom medycznym, co jednocześnie inicjuje jej współuczestnictwo w opiece [229]. Od przebiegu fazy informowania może więc w dużej mierze zależeć udział i zaangażowanie rodziców w procesie hospitalizacji dziecka [47, 229]. Muck i Cimke [47] dowodzą, iż rodzice oczekują od zespołu pielęgniarskiego zarówno przekazu informacji odnośnie opieki i świadczeń pielęgnacyjnych w których uczestniczą, ale także zademonstrowania czynności, profesjonalnego nadzoru w trakcie samodzielnego przeprowadzania zabiegu oraz informacji zwrotnej od pielęgniarki na temat poprawności zrealizowanych działań. W doniesieniach naukowych Muck i Cimke [47] zaspokojenie oczekiwań rodziców w tym aspekcie determinowało wyższą satysfakcję z opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem. Willebrand i wsp. [146] akcentują, iż wysokie zadowolenie pacjenta i jego rodziny w zakresie informowania (dostępu do informacji, sposobu przekazywania informacji) ma także istotny wpływ na satysfakcję rodziców ze współuczestnictwa w opiece nad dzieckiem, równocześnie ograniczając roszczenia w zakresie udziału w procesie podejmowania decyzji. Wyniki badań naukowych potwierdzają także kluczową rolę rodziny w adaptacji dziecka do warunków hospitalizacji oraz w powrocie pacjenta do zdrowia [47, 230], pozytywne znaczenie wspólnych ram decyzyjnych i komunikacyjnych w całym zespole medycznym dla interakcji

z rodzinami pacjentów [47] oraz wpływ rzetelnego informowanie rodziców w zakresie wybranych aspektów opieki na zmniejszenie poziomu lęku u badanych [231, 232]. Można zatem zakładać, iż rodzic dobrze poinformowany wykazuje wyższe poczucie bezpieczeństwa i wyższy stopień zaufania do zespołu terapeutycznego, lepiej rozumie swoją rolę w opiece nad dzieckiem w trakcie hospitalizacji, a tym samym przejawia wyższy stopień akceptacji w stosunku do otrzymywanych świadczeń. Według Al-Mutair i wsp. [230], rodzina oraz jej potrzeby, także w zakresie informowania, powinny zostać uznane za istotny element całościowej opieki klinicznej nad dzieckiem.

W niniejszym badaniu średni poziom satysfakcji rodziców w poszczególnych kryteriach szczegółowych dotyczących informowania wyniósł od 4,0 pkt. do 4,59 pkt. Badani wykazali wyższy poziom satysfakcji ze sposobu przekazywania informacji - zrozumiałego, rzeczowego, spójnego, zaś niższy z samego dostępu do informacji. Także wyniki badań przedstawione przez Matziou i wsp. [99] oraz Willebrand i wsp. [146] potwierdzają mniejsze zadowolenie rodziców z poziomu kontaktu zespołu sprawującego opiekę zarówno z opiekunami, jak i dzieckiem [99, 146]. Co więcej, w doniesieniu Matziou i wsp. [99] ponad 20% badanych uznało, że nie otrzymywało od członków zespołu medycznego informacji dotyczących stanu dziecka, wyników badań, opieki, leczenia oraz rokowania. Jak w badaniu własnym, respondenci wykazali jednak wysoki poziom satysfakcji w zakresie zrozumiałości przekazywanych komunikatów, a także docenili możliwość zadawania pytań. Należy zwrócić uwagę, iż w cytowanym doniesieniu naukowym zastosowane odmienne narzędzie badawcze - standaryzowany kwestionariusz Pyramid, a opinie badanych dotyczyły opieki sprawowanej zarówno przez zespół pielęgniarski, jak i innych profesjonalistów medycznych. Matziou i wsp. [99] wskazują, iż problem dostępu pacjenta i jego rodziny do informacji wynika w znacznym stopniu z dużego obciążenia zespołu pielęgniarskiego pracą, co ma istotny wpływ na ograniczenie czasu przeznaczanego na bezpośredni kontakt z dzieckiem i jego rodzicami. Podobne trudności występują również w rodzimym systemie ochrony zdrowia [83, 84]. Karaca i Durna [209] potwierdzają z kolei, iż mniejsze zadowolenie w aspekcie informowania w zakresie opieki pielęgniarskiej dotyczy także pacjentów dorosłych hospitalizowanych w oddziałach o różnej specyfice.

### **5.1.2. Opieka i leczenie**

Satysfakcja rodziców z działań opiekuńczych zespołu pielęgniarskiego może mieć kluczowe znaczenie zarówno dla ogólnego poziomu zadowolenia z opieki medycznej [125, 146],

jak i całościowego postrzegania pobytu wraz z dzieckiem w szpitalu [125]. Uznaje się, iż pomimo braku możliwości merytorycznej oceny rodziców odnośnie wszystkich działań opiekuńczo-leczniczych zespołu pielęgniarskiego, ich opinia jest wartościowym źródłem informacji zwłaszcza w kontekście interpersonalnego aspektu opieki [99].

W badaniu własnym opinie rodziców w zakresie kryterium głównego *Opieka i leczenie* były zróżnicowane. Rodzice wykazali najniższy poziom satysfakcji w kryterium szczegółowym *Pielęgniarka zapewniła wsparcie duchowe* - 3,92 pkt., co potwierdziło wyniki przedstawione przez Smoleń i Ksykiewicz-Dorota [128]. Zarówno w doniesieniu Smoleń i Ksykiewicz-Dorota [128], jak i w badaniu własnym także przygotowanie rodziców do opieki nad dzieckiem po wypisie ze szpitala oraz udzielenie wsparcia emocjonalnego przez zespół pielęgniarski uzyskało stosunkowo niski poziom zadowolenia respondentów. Rodzice dzieci hospitalizowanych zmagają się z negatywnymi emocjami, poczuciem winy i bezradności, co może rzutować na ich wydolność opiekuńczą oraz realizację przypisanych im ról społecznych [201]. Al-Mutair i wsp. [230] podkreślają, iż stan emocjonalny rodziców oraz funkcjonowanie rodziny mogą mieć istotny wpływ także na sytuację zdrowotną dziecka. Udzielanie rodzinie wsparcia na każdym etapie hospitalizacji motywuje jej członków do radzenia sobie w obliczu choroby dziecka, sprzyjając jednocześnie funkcjonowaniu pacjenta pediatrycznego w obszarze poznawczym, społecznym oraz emocjonalnym [33, 130]. Wyniki badań Sigurdardottir i wsp. [232] dowodzą, iż postrzeganie otrzymanego wsparcia było istotnym predyktorem satysfakcji rodziców z opieki nad dzieckiem podczas pobytu w szpitalu. Jednakże rezultaty niniejszego badania, jak i doniesienia naukowe innych autorów potwierdzają, iż wsparcie udzielane rodzicom dzieci w trakcie hospitalizacji, a także po wypisie ze szpitala jest niewystarczające [128, 130, 139, 146]. Jednocześnie wskazuje się, iż głównym źródłem wsparcia dla rodziców w czasie pobytu dziecka w szpitalu jest zespół pielęgniarski [178, 195, 204, 233, 234].

Najwyższy poziom satysfakcji rodziców w zakresie procesu opieki i leczenia uzyskano dla kryterium *Pielęgniarka podawała lek w odpowiednim czasie* - 4,68 pkt. Rodzice wyrazili wysoki poziom satysfakcji również z zapobiegania/łagodzenia dolegliwości bólowych u dziecka (4,59 pkt.). W piśmiennictwie naukowym z zakresu satysfakcji rodziców z opieki potwierdzono szczególnie udział zespołu pielęgniarskiego oraz rodziców w eliminowaniu/łagodzeniu bólu u pacjentów pediatrycznych [47, 212, 235, 236]. Wysokie zadowolenie rodziców z udziału zespołu medycznego w leczeniu bólu u dzieci uzyskali również Willebrand i wsp. [146]. Także w badaniach przedstawionych przez Matziou i wsp. [99] ponad 80% respondentów było wysoce usatysfakcjonowanych w tym aspekcie. Wykazano ponadto, że rodzice którzy byli zadowoleni

z kontroli dolegliwości bólowych u dziecka, istotnie statystycznie wyżej oceniali niemal wszystkie inne kryteria satysfakcji [99]. Z kolei w doniesieniach Sam i wsp. [115] brak kontroli bólu pooperacyjnego u dziecka determinował istotnie niższą satysfakcję rodziców z otrzymanych świadczeń. Kluczową rolę rodziców i zespołu pielęgniarskiego w procesie leczenia bólu u dziecka wskazali także Vasey i wsp. [211], potwierdzając zarazem wpływ skutecznego działania przeciwbólowego u pacjenta pediatrycznego na zmniejszenie poziomu lęku u rodziców oraz zwiększenie zadowolenia z opieki pielęgniarskiej. Kontrola bólu stanowiła istotny element oceny komfortu fizycznego dzieci w badaniach przedstawionych przez Byczkowskiego i wsp. [237]. Zatem, ocenę natężenia bólu oraz skuteczne eliminowanie doznań bólowych z wykorzystaniem metod farmakologicznych i niefarmakologicznych należy uznać za podstawę profesjonalnej opieki nad pacjentem pediatrycznym. W opiece pielęgniarskiej należy również dążyć do ograniczenia generowania bólu proceduralnego i traumatycznego dotyku poprzez komasację zabiegów oraz racjonalne planowanie działań [238].

### **5.1.3. Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece**

Możliwość obecności rodziców/opiekunów z dzieckiem podczas hospitalizacji oraz ich współuczestnictwa w opiece i procesie podejmowania decyzji dotyczących opieki jest gwarantowana w ustawodawstwie krajowym [38], a także postulowana w Europejskiej Karcie Praw Dziecka w Szpitalu [17]. Obecność rodziców z dzieckiem w czasie pobytu w szpitalu wspiera jego adaptację do hospitalizacji oraz motywację do terapii, a także ogranicza generowanie negatywnych emocji i umożliwia zapewnienie pacjentowi poczucia bezpieczeństwa psychicznego i fizycznego, pomimo separacji od środowiska domowego. Korzyści wynikające z pobytu rodziców wraz z dzieckiem w szpitalu to także organizowanie mu czasu wolnego oraz przejęcie od zespołu pielęgniarskiego części zadań opiekuńczych i higienicznych [47]. Jednakże, obecność rodziców w szpitalu w czasie hospitalizacji może stanowić również źródło pewnych zagrożeń, jak inicjowanie sytuacji niebezpiecznych, niestosowanie się do uwag zaleceń lub utrudnianie dostępu personelu medycznego do dziecka [42]. Wskazuje się, iż problemy we współpracy rodziców z zespołem medycznym, przede wszystkim pielęgniarskim, mogą mieć źródło w zaburzonym procesie komunikowania się, obejmującym niezrozumienie przez opiekunów zasad regulaminu placówki [239]. Według Łukasik i wsp. [42], dziecko nie może być jednak właściwie leczone w izolacji od rodziny, stąd konieczność uwzględnienia w planowaniu opieki zarówno potrzeb pacjenta, jak i jego bliskich.

Wyniki badania autorskiego wskazały na zróżnicowanie poziomu satysfakcji respondentów w zakresie współuczestnictwa w opiece nad dzieckiem. Rodzice wyżej ocenili własną aktywność w podejmowaniu decyzji dotyczących opieki nad dzieckiem oraz własne zaangażowanie we współpracę z zespołem pielęgniarskim. Niższy poziom satysfakcji uzyskano z kolei w kryteriach szczegółowych odnoszących się bezpośrednio do inicjatywy pielęgniarki, dotyczących poznania oczekiwań rodziców odnośnie opieki, zachęcenia do przebywania z dzieckiem w czasie hospitalizacji, a także przygotowania do opieki po wypisie ze szpitala. Wyniki badań innych autorów w tym aspekcie są zróżnicowane. Smoleń i Ksykiewicz-Dorota [128] wskazały na wysokie zadowolenie rodziców, szczególnie ojców, ze współdziałania w podejmowaniu decyzji dotyczących opieki nad dzieckiem. Z kolei w badaniach Matziou i wsp. [99] oraz Willebrand i wsp. [146] rodzice przejawiali potrzebę większego zaangażowania zarówno w bezpośrednią opiekę nad dzieckiem podczas hospitalizacji, jak i w obszar decyzyjny dotyczący pielęgnowania i leczenia. Według Legrow i wsp. [240], konieczność rezygnacji przez rodziców z przypisanych im ról i przywilejów rodzicielskich stanowi jedno z najbardziej stresujących doświadczeń w trakcie pobytu z dzieckiem w szpitalu, a szczególne ich obawy dotyczą procesu podejmowania decyzji oraz komunikowania się z zespołem terapeutycznym. Ursin i Syltern [241] wskazują jednak, iż rodzice powinni być włączeni w ten proces na każdym etapie hospitalizacji, niezależnie od stanu zdrowia dziecka. Holistyczne podejście zespołu pielęgniarskiego do pacjenta wymaga uwzględnienia w planowaniu opieki także potrzeb jego rodziców i bliskich [47]. Rea i wsp. [217] oraz Ding i wsp. [242] potwierdzili, iż wdrożenie do praktyki systemu opieki skoncentrowanego na rodzinie (Family Centered Care - FCC) ma istotny wpływ nie tylko na zadowolenie rodziców z opieki, ale także na ich stan emocjonalny, poziom wiedzy oraz kształtowanie umiejętności opiekuńczych i pielęgnacyjnych. Skutkuje to lepszym radzeniem sobie w warunkach domowych oraz uzyskiwaniem lepszych długofalowych rezultatów zdrowotnych u dziecka. Rea i wsp. [217] wykazali także silne pragnienie współuczestnictwa rodziców w opiece nad dzieckiem w czasie hospitalizacji. Muck i Cimke [47] potwierdzili z kolei, że im większe było zaangażowanie rodziców w opiekę nad dzieckiem, tym wykazywali oni wyższy poziom satysfakcji z całościowego pobytu w szpitalu. Partnerskie podejście do rodziców oraz włączenie ich w proces opiekuńczo-terapeutyczny może skutkować także umocnieniem poczucia odpowiedzialności za zdrowie dziecka [47]. Jest to istotne w perspektywie konieczności kontynuowania po wypisie ze szpitala wysokospecjalistycznej opieki nad pacjentem obciążonym chorobą przewlekłą, wadą wrodzoną, powikłaniami wcześniactwa lub niepełnosprawnością [233].

#### 5.1.4. *Profesjonalizm/Profesjonalne podejście*

Ocena profesjonalizmu członków zespołu pielęgniarskiego w realizacji zadań zawodowych stanowi ważny element ewaluacji satysfakcji z opieki pielęgniarskiej w oddziałach pediatrycznych, wywierając istotny wpływ na ogólne postrzeganie uzyskanych świadczeń [146, 170]. Profesjonalizm w opiece pielęgniarskiej stanowi połączenie wiedzy, umiejętności oraz odpowiedzialności za realizowane zadania zawodowe [170]. Latour i wsp. [156] akcentują, że w kształtowaniu profesjonalizmu zawodowego znaczenie mają także postawy (podejście) pielęgniarek wobec dziecka i jego rodziców oraz współpraca w zespole medycznym. Według Kinder i Allen [152], wysoka ocena kompetencji klinicznych pielęgniarek pediatrycznych przez rodziców ma najsilniejszy pozytywny związek z ich intencją do przestrzegania otrzymanych zaleceń zdrowotnych w warunkach domowych.

W niniejszym badaniu szczegółowe oceny satysfakcji rodziców z opieki pielęgniarskiej w zakresie kryterium głównego *Profesjonalizm/Profesjonalne podejście* wyniosły średnio od 2,99 pkt. do 4,67 pkt. Rodzice wykazali najwyższy poziom satysfakcji w kryterium szczegółowym *Pielęgniarka zapewniła opiekę wysokiej jakości niezależnie od rasy, wyznania, płci, wykształcenia*, w którym porównywalny wynik (4,7 pkt.) wykazały także Smoleń i Ksykiewicz-Dorota [170]. W badaniu własnym zbliżony poziom satysfakcji rodziców uzyskano również dla kryterium *Zdrowie dziecka było najwyższym priorytetem dla pielęgniarki* (4,62 pkt.). Jak w innych doniesieniach naukowych, najniższy poziom satysfakcji rodziców dotyczył przedstawienia się przez pielęgniarkę [130, 170]. Uzyskane wyniki okazały się jednak sprzeczne z rezultatami Bednarek i wsp. [2], które wskazały iż 90% respondentów znało personel sprawujący opiekę nad ich dzieckiem z imienia i nazwiska. Findanci i wsp. [138] dowodzą, iż rodzice oczekują poznania tożsamości osób zaangażowanych w opiekę nad ich dzieckiem. Jednakże w doniesieniach Kazimierczak i wsp. [243] niemal 80% pielęgniarek oddziału chirurgii dziecięcej potwierdziło, że nie przedstawia się pacjentom oraz ich rodzinom, a 67% badanych przyznało, że nie nosi identyfikatora. Sytuacja ta narusza zasady kultury zawodu, ogranicza poczucie bezpieczeństwa oraz zaufania do pracowników oddziału, potęgując dystans pomiędzy odbiorcami opieki - dzieckiem i jego najbliższymi, a pielęgniarkami. Zapewne uwrażliwienie członków zespołu terapeutycznego na znaczenie dla pacjentów i ich rodzin zasady przedstawienia się podając imię, nazwisko oraz stanowisko pracy, będzie czynnikiem poprawiającym odbiór opieki pielęgniarskiej i przyczyni się do budowania pozytywnego wizerunku grupy zawodowej.

## **5.2. Satysfakcja rodziców z opieki pielęgniarskiej a miejsce hospitalizacji dzieci, poziom zabezpieczenia zdrowotnego szpitala oraz rodzaj oddziału**

Wyniki badania autorskiego wskazały istotne statystycznie różnice w satysfakcji rodziców z opieki pielęgniarskiej w poszczególnych jednostkach opieki medycznej. Najwyższy poziom satysfakcji z opieki - 4,75 pkt. - uzyskano wśród rodziców dzieci hospitalizowanych w Szpitalu Specjalistycznym w Sanoku. Z kolei rodzice dzieci z Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego w Rzeszowie wykazali najniższy poziom zadowolenia w niemal wszystkich kryteriach głównych opieki oraz w większości kryteriów szczegółowych. Jedynie w kryterium *Dostępność* najniższy poziom satysfakcji uzyskano wśród respondentów z Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie. Według Ziviani i wsp. [244], satysfakcja pacjenta/rodziny z opieki medycznej, w tym pielęgniarskiej, determinowana jest przez wiele czynników zewnątrzorganizacyjnych i wewnątrzorganizacyjnych, które mogą wzajemnie na siebie oddziaływać. Wśród nich, obok zmiennych indywidualnych, charakterystycznych dla każdego z respondentów, istotne mogły okazać się także zmienne systemowe (poziom zabezpieczenia zdrowotnego szpitala, profil szpitala/oddziału, system organizacji pracy i zarządzania, zasoby kadrowe lub infrastruktura), jak również zmienne związane z dzieckiem oraz procesem hospitalizacji. Doniesienia naukowe Hosseinian i wsp. [129] oraz Pype i wsp. [245] wskazują istotny wpływ rodzaju systemu organizacji pracy w oddziałach pediatrycznych na jakość opieki pielęgniarskiej [129, 245]. Potwierdzają także, iż większa koncentracja na dziecku i jego potrzebach, efektywne komunikowanie się, emocjonalna bliskość z pacjentem oraz inne korzyści wynikające z wprowadzenia modelu Primary Nursing w jednostkach opieki pediatrycznej, generują większe zadowolenie rodziców z otrzymanych świadczeń, a także przyczyniają się do budowania wysokiego statusu społecznego zawodu [129, 245, 246]. Zapewne, także inne czynniki systemowe mogą determinować zadowolenie z opieki wśród odbiorców świadczeń i ich bliskich. Choć zależność pomiędzy satysfakcją rodziców z opieki a wybranymi zmiennymi omówiono poniżej, należy uznać, iż w tym aspekcie przyszłe badania w obszarze satysfakcji rodziców wymagałyby poszerzenia.

W niniejszym badaniu wykazano różnice istotne statystycznie pomiędzy satysfakcją rodziców z opieki pielęgniarskiej, a poziomem zabezpieczenia zdrowotnego szpitali. Najniższy poziom satysfakcji z opieki wyrazili rodzice pacjentów szpitala ogólnopolskiego, obejmującego wszystkie profile systemu zabezpieczenia w zakresie leczenia szpitalnego. Z kolei doniesienia naukowe Matziou i wsp. [99] wskazały na wyższy poziom satysfakcji z opieki wśród rodziców

dzieci hospitalizowanych w oddziałach dziecięcych szpitali ogólnych, w porównaniu do rodziców dzieci leczonych w specjalistycznych szpitalach pediatrycznych. W jednostkach o wyższym poziomie zabezpieczenia zdrowotnego częściej hospitalizowane są dzieci wymagające wysokospecjalistycznej opieki [3], także pacjenci w stanie zagrożenia życia, co może generować negatywne emocje u rodziców, jak również wyższe oczekiwania wobec zespołu medycznego. Tym samym zakres zadań realizowanych w ramach opieki pielęgniarskiej może być bardzo szeroki. Smoleń i Ksykiewicz-Dorota [212] potwierdziły istotne statystycznie różnice w strukturze czasu pracy pielęgniarek pediatrycznych z oddziału klinicznego oraz wojewódzkiego. Dowiedziono, iż czynności związane z udziałem w leczeniu zajmowały pielęgniarkom trzykrotnie więcej czasu w jednostce opieki medycznej o wyższym poziomie referencyjnym. Z kolei pielęgniarki z oddziału o niższym stopniu referencyjności istotnie statystycznie więcej czasu poświęciły na komunikowanie się z dzieckiem oraz jego rodzicami/opiekunami, w porównaniu z pielęgniarkami oddziału klinicznego [212]. Brak normalizacji zatrudnienia pielęgniarek w oddziałach pediatrycznych oraz nadmierne obciążenie pracą mogło skutkować zaniechaniem przez personel wykonania części świadczeń, które są domeną zespołu pielęgniarskiego, co determinowało niższą satysfakcję rodziców z opieki. Problem zaniechania realizacji zadań w ramach opieki pielęgniarskiej, z czego 60% stanowiły świadczenia związane z edukacją pacjenta i jego rodziny, wykazano w oddziałach dla dorosłych o różnej specyfice [83]. Być może wprowadzenie norm zatrudnienia dla pielęgniarek w oddziałach o różnym profilu umożliwi optymalizację opieki, przyczyniając się do zwiększenia bezpieczeństwa pacjentów w procesie hospitalizacji, osiągnięcia lepszych rezultatów zdrowotnych oraz wyższej satysfakcji z otrzymanych świadczeń.

W badaniu własnym rodzaj oddziału (niezabiegowy vs. zabiegowy) nie determinował poziomu ogólnej satysfakcji rodziców z opieki, jak również satysfakcji w żadnym z kryteriów głównych (*Informacja, Opieka i leczenie, Dostępność, Uczestnictwo/Udział rodziców, Profesjonalizm/Profesjonalne podejście*). W doniesieniach naukowych przedstawionych przez Kruszecką-Krówka i wsp. [130] nie wykazano także różnicy istotnej statystycznie w satysfakcji rodziców z opieki w oddziałach ogólnopediatrycznych oraz specjalistycznych (niezabiegowych). W niniejszym badaniu uzyskano natomiast istotnie statystycznie wyższy poziom satysfakcji rodziców dzieci z oddziałów zabiegowych z zapewnienia czystości otoczenia. Istotnie statystycznie niższy poziom satysfakcji dotyczył z kolei dostępności pielęgniarki dla rodziców w miarę potrzeb, przedstawienia się pielęgniarki z imienia i nazwiska oraz możliwości zakwaterowania w pobliżu oddziału. Również Solheim i Garratt [148] wskazali na mniejsze

zadowolenie rodziców dzieci hospitalizowanych w oddziałach zabiegowych z warunków lokalowych dla opiekunów w trakcie hospitalizacji. Konieczność przestrzegania szczególnego reżimu sanitarnego w związku ze specyfiką opieki nad pacjentem w okresie okołozabiegowym może generować wysokie oczekiwania rodziców w zakresie warunków sanitarnych, jednak narzuca im również konieczność ścisłego podporządkowania się zasadom obowiązującym w oddziale. Jak potwierdzają doniesienia naukowe, rodzicom dzieci w okresie okołozabiegowym towarzyszy lęk, który może determinować postrzeganie opieki medycznej, także pielęgniarskiej [247]. W przeanalizowanym piśmiennictwie naukowym z obszaru satysfakcji dominował jednak wysoki poziom zadowolenia z opieki wśród opiekunów dzieci hospitalizowanych w oddziałach zabiegowych, w tym również w oddziałach chirurgii jednego dnia [99, 115, 248]. Jednakże w doniesieniach przedstawionych przez Brenner i wsp. [249] 62% pacjentów wyraziło niezadowolenie z opieki, pomimo nieobecności powikłań pooperacyjnych. Także w badaniach Elebute i wsp. [250] zdecydowana większość rodziców wyraziła niski poziom satysfakcji z opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem w oddziale chirurgicznym. Należy jednak uwzględnić, iż badanie było prowadzone w oparciu o kwestionariusz autorski w zupełnie odmiennych warunkach społeczno-kulturowych, gdzie standard kształcenia, pracy zawodowej pielęgniarek i opieki pielęgniarskiej może być znacznie niższy niż w krajach rozwijających się bądź rozwiniętych. Elebute i wsp. [250] wskazali także na ograniczony bezpośredni kontakt członków zespołu pielęgniarskiego z dzieckiem oraz rodzicami, ze względu na duże obciążenie w codziennej pracy oddziału, w którym hospitalizowane były również osoby dorosłe.

### **5.3. Satysfakcja rodziców z opieki pielęgniarskiej a wiek dzieci, tryb przyjęcia do szpitala, przyczyna oraz czas hospitalizacji**

Choroba i związany z nią pobyt w szpitalu stanowią sytuację trudną w życiu dziecka, choć sposób przeżywania tego okresu oraz reakcje na hospitalizację są różne, w zależności od okresu rozwojowego, dojrzałości pacjenta, a także czynników indywidualnych specyficznych dla każdej jednostki [138]. W badaniu własnym najwyższy poziom ogólnej satysfakcji z opieki, a także satysfakcji we wszystkich kryteriach głównych (*Informacja, Opieka i leczenie, Dostępność, Uczestnictwo/Udział rodziców, Profesjonalizm/Profesjonalne podejście*) oraz w większości kryteriów szczegółowych wyrazili rodzice dzieci w okresie przedszkolnym i wczesnoszkolnym. Najniższą satysfakcję z opieki uzyskano natomiast wśród rodziców dzieci w okresie poniemowlęcym. Jedynie w kryteriach szczegółowych *Rodzice współpracowali z zespołem*

*pielęgniarskim* oraz *Pielęgniarka informowała o zasadach pielęgnowania dziecka* najniższy poziom satysfakcji wykazali rodzice noworodków i niemowląt. Także badania innych autorów, prowadzone w oparciu o kwestionariusz *Empathic* w polskiej adaptacji, jak i inne narzędzie badawcze, wskazały na wyższy poziom zadowolenia z opieki rodziców dzieci starszych, powyżej 6. - 7. roku życia [47, 130, 142]. Wykazano również wyższą satysfakcję rodziców adolescentów z zapewnienia dziecku poczucia bezpieczeństwa w czasie hospitalizacji [170]. Pomimo odmiennych uwarunkowań kulturowych badanych grup oraz wykorzystania różnych standaryzowanych narzędzi badawczych, otrzymano zbliżone wyniki w tym aspekcie, wskazując na uniwersalność predyktora satysfakcji z opieki, jakim jest okres rozwojowy/wiek dziecka [130]. Uzyskane wyniki badań można tłumaczyć specyfiką wczesnych okresów rozwojowych, która determinuje charakter objawów chorobowych, zakres udziału rodziców w opiece, adaptację do hospitalizacji, a także nasilenie lęku separacyjnego u dziecka. Powyższe czynniki mogą generować większe potrzeby rodziców wobec opieki pielęgniarskiej [47]. Wydaje się także, że dziecko starsze jest na ogół bardziej samodzielne i zwykle wymaga od zespołu pielęgniarskiego mniejszego bezpośredniego udziału w opiece. Jednakże, wyniki badań Willebrand i wsp. [146] oraz Sam i wsp. [115], prowadzonych w oddziałach zabiegowych, wykazały istotnie statystycznie niższy poziom satysfakcji z wybranych elementów opieki wśród rodziców dzieci starszych. W oddziale chirurgii jednego dnia rodzice dzieci starszych wykazali mniejsze zadowolenie w zakresie informowania i procedury wypisu ze szpitala [115], natomiast w centrum oparzeniowym starszy wiek dziecka związany był z niższą satysfakcją respondentów z dostępności pielęgniarek. Należy jednak zauważyć, iż w badaniach Willebrand i wsp [146] oraz Sam i wsp. [115] wykorzystano odmienne narzędzie badawcze, badania prowadzono w bardzo wąskiej grupie rodziców dzieci wymagających specyficznego leczenia chirurgicznego, a oceniana przez nich „dostępność” odnosiła się przede wszystkim do możliwości kontaktu telefonicznego opiekunów z centrum oparzeniowym [146]. Z kolei wyniki badań innych autorów przeprowadzonych z wykorzystaniem kwestionariusza *Empathic* nie wykazały związku pomiędzy wiekiem dziecka hospitalizowanego, a satysfakcją rodziców z opieki pielęgniarskiej. Jednakże, badania te miały charakter jednośrodkowy i obejmowały znacznie mniejszą liczbę rodziców/opiekunów [128, 170].

Według Foster i wsp. [251], tryb przyjęcia dziecka do szpitala może mieć istotny wpływ na przebieg procesu hospitalizacji, a także determinuje potrzeby rodziców dotyczące opieki. Przyjęcie do szpitala w trybie pilnym uniemożliwia fizyczne oraz psychiczne przygotowanie dzieci do hospitalizacji, utrudniając proces adaptacji do nowej sytuacji. Fakt nagłego przyjęcia

dziecka do szpitala staje się zwykle źródłem stresu także u rodziców/opiekunów, co może mieć wpływ na oczekiwania dotyczące opieki, a także satysfakcję z otrzymanych świadczeń. W doniesieniu Bednarek i wsp. [2], prawie połowa badanych pielęgniarek pediatrycznych uznała, że planowa hospitalizacja gwarantuje lepszą adaptację dziecka do warunków szpitalnych i terapii. Niestety, we wszystkich jednostkach opieki medycznej objętych niniejszym badaniem dominował tryb nagły przyjęcia dzieci do szpitala, a tryb planowy częściej dotyczył pacjentów szpitali o wyższym stopniu zabezpieczenia zdrowotnego. Wyniki badania własnego dowiodły, iż rodzice dzieci przyjmowanych do szpitala w trybie planowym wykazywali wyższy ogólny poziom satysfakcji z opieki w porównaniu do rodziców, których dzieci przyjęte zostały do szpitala w trybie nagłym, lecz różnice istotne statystycznie wykazano jedynie w zakresie informowania oraz współuczestnictwa w opiece. W odniesieniu do szczegółowych kryteriów satysfakcji, uwagę zwraca istotny statystycznie wyższy poziom zadowolenia rodziców dzieci przyjętych do szpitala w trybie nagłym z możliwości pobytu w pobliżu dziecka w czasie hospitalizacji, co jest zgodne z wynikami przedstawionymi przez innych badaczy [170]. Uzyskane rezultaty częściowo potwierdziły doniesienia wstępne Kruszeckiej-Krówka i wsp. [130], w których rodzice dzieci przyjętych do szpitala planowo wykazali istotnie statystycznie wyższy poziom satysfakcji w niemal wszystkich obszarach opieki, z wyjątkiem profesjonalnego podejścia. Z kolei Smoleń i Ksykiewicz-Dorota [128], Bilicka i wsp. [44] oraz Sochocka i Wojtyłko [168] dostarczają zróżnicowanych wyników badań w tym zakresie. W doniesieniach Smoleń i Ksykiewicz-Dorota [128] przyjęcie dziecka do szpitala w trybie planowym determinowało wyższą satysfakcję rodziców z profesjonalizmu opieki pielęgniarskiej. Z kolei tryb nagły związany był z wyższym poziomem zadowolenia z możliwości uczestnictwa w opiece oraz współdziałania rodziców w procesie podejmowania decyzji dotyczących dziecka. Należy zwrócić jednak uwagę, iż doniesienie Smoleń i Ksykiewicz-Dorota [128] dotyczyło badań jednoosobowych, które objęło znacznie mniejszą grupę rodziców.

W niniejszym badaniu oceniono zależność pomiędzy satysfakcją rodziców z opieki pielęgniarskiej, a przyczyną hospitalizacji dziecka. Rodzice dzieci hospitalizowanych z powodu leczenia onkologicznego wykazali istotnie statystycznie wyższy poziom satysfakcji ze współuczestnictwa w opiece nad dzieckiem oraz profesjonalnego podejścia pielęgniarek. Najniższy poziom satysfakcji z opieki w tym zakresie uzyskano kolejno wśród respondentów, których dzieci przyjęte zostały do szpitala z powodu nagłego zachorowania oraz w celu rehabilitacji. W badaniach Smoleń i Ksykiewicz-Dorota [128] nie potwierdzono jednak zależności pomiędzy satysfakcją z opieki, a przyczyną hospitalizacji dziecka. Także Fernando i Senanayake

[139] nie wykazali istotnej statystycznie różnicy w satysfakcji rodziców dzieci w chorobie ostrej oraz przewlekłej. W piśmiennictwie naukowym wskazuje się, iż poziom satysfakcji rodziców z opieki determinują nie tylko przyczyna hospitalizacji oraz rozpoznanie kliniczne, ale przede wszystkim postrzeganie stanu zdrowia dziecka przez badanych oraz ich emocje związane z trudnym doświadczeniem choroby i hospitalizacji. Matziou i wsp. [99] oraz Willebrand i wsp. [146] dowiedli, iż rodzice, którzy uznawali stan dziecka za poważny, wyrazili istotnie statystycznie wyższą satysfakcję z opieki lub jej wybranych elementów/kryteriów, w porównaniu do respondentów, którzy ocenili stan zdrowia dziecka jako dobry [99, 146].

W ostatnich dekadach odnotowuje się znaczne skrócenie średniego czasu hospitalizacji dzieci w Polsce w oddziałach pediatrycznych. Jednocześnie, obserwuje się wzrost możliwości przeżycia pacjentów najbardziej obciążonych zdrowotnie, a także zwiększoną zapadalność na choroby przewlekłe. Sytuacja ta może determinować stałą zależność dzieci od instytucji ochrony zdrowia [23]. W niniejszym badaniu oceniono więc satysfakcję rodziców z opieki z uwzględnieniem czasu hospitalizacji dzieci oraz wcześniejszych doświadczeń pobytów w szpitalu.

Uzyskane wyniki z badania własnego wykazały na występowanie zależności istotnej statystycznie pomiędzy satysfakcją rodziców z opieki pielęgniarskiej, a czasem hospitalizacji dzieci. Podobnie jak w doniesieniach przedstawionych przez Smoleń i Ksykiewicz-Dorota [170], najwyższy poziom satysfakcji z opieki wykazali rodzice dzieci o najdłuższym okresie pobytu w szpitalu, przekraczającym 28 dni. Z kolei rodzice dzieci o średnim czasie hospitalizacji - od 15 do 21 dni oraz od 22 do 28 dni, byli najmniej usatysfakcjonowani z udzielonych świadczeń. W innych badaniach naukowych, prowadzonych z wykorzystaniem kwestionariusza *Empathic* w polskiej adaptacji, uzyskano zróżnicowane rezultaty w tym aspekcie [130, 128]. Kruszecka-Krówka i wsp. [130] wykazały, iż czas pobytu dziecka w szpitalu nie różnicował ogólnego poziomu satysfakcji rodziców z opieki pielęgniarskiej oraz satysfakcji w kryteriach głównych [130]. Smoleń i Ksykiewicz-Dorota [128] uzyskały wyższy poziom zadowolenia z opieki w zakresie informowania oraz dostępności pielęgniarek w grupie rodziców dzieci hospitalizowanych powyżej 28 dni. Także wyniki badania Divecha i wsp. [252], prowadzonego w oddziale intensywnej terapii dla dzieci, potwierdziły wyższe zadowolenie rodziców z zapoznania z zasadami funkcjonowania oddziału oraz ze współuczestnictwa w opiece nad dzieckiem w przypadku hospitalizacji trwającej powyżej 14 dni. Należy zauważyć, że im dłużej pacjent przebywa w szpitalu, tym lepsza jest jego adaptacja do warunków hospitalizacji. Także rodzice wykazują stopniowe przystosowanie do sytuacji choroby dziecka i procesu leczenia.

Można założyć, iż w niniejszym badaniu najdłuższe hospitalizacje, przekraczające 28 dni, w znacznym stopniu wynikały z poważnego stanu zdrowia dziecka, tym bardziej, iż dotyczyły one przede wszystkim szpitali o wyższym poziomie zabezpieczenia zdrowotnego. W związku z tym, pomyślne zakończenie terapii mogło generować wyższy poziom satysfakcji z opieki, na co zwrócono uwagę także w doniesieniu Matziou i wsp. [99]. W tej sytuacji czynnikami determinującymi wyższą satysfakcję badanych mogły więc być zadowolający końcowy wynik opieki, a także stopień adaptacji do choroby oraz warunków hospitalizacji. Nie można także wykluczyć większego zaangażowania zespołu pielęgniarskiego w opiekę nad dzieckiem w trudnej sytuacji zdrowotnej. Z drugiej jednak strony, gdy czas hospitalizacji wydłuża się ze względu na powikłania leczenia, infekcję wewnątrzszpitalną lub inne czynniki jatrogenne, negatywne reakcje dziecka i doświadczenia rodziców mogą skutkować niższą satysfakcją z opieki medycznej, w tym pielęgniarskiej. Fidanci i wsp. [138] wskazuje również na wzrost poziomu lęku u matek w przebiegu hospitalizacji. Zapewne wartościowe byłoby uwzględnienie także tego aspektu w kolejnych badaniach.

W niniejszym badaniu wcześniejsze doświadczenia rodziców związane z hospitalizacją dziecka nie determinowały ogólnego poziomu satysfakcji rodziców z opieki, jak i satysfakcji w zakresie kryteriów głównych (*Informacja, Opieka i leczenie, Dostępność, Uczestnictwo/Udział rodziców, Profesjonalizm/Profesjonalne podejście*). Rodzice dzieci hospitalizowanych po raz pierwszy wyrazili natomiast istotnie statystycznie wyższy poziom satysfakcji w kryterium szczegółowym *Rodzice/Opiekunowie wiedzieli, która pielęgniarka zajmuje się ich dzieckiem*, co było sprzeczne z doniesieniami przedstawionymi przez Smoleń i Ksykiewicz-Dorota [170]. W doniesieniu naukowym Smoleń i Ksykiewicz-Dorota [170] dowiedziono także, iż rodzice dzieci z wcześniejszymi doświadczeniami hospitalizacji byli bardziej usatysfakcjonowani z profesjonalizmu zespołu pielęgniarskiego, w tym ochrony prywatności rodziców oraz zapewnienia wysokiej jakości opieki niezależnie od różnic kulturowych, wykształcenia, płci czy pochodzenia etnicznego. Potwierdzono również wyższą satysfakcję rodziców dzieci hospitalizowanych po raz kolejny z dostępności pielęgniarki w razie potrzeb dziecka [128]. Także w wynikach badań naukowych Sharew i wsp. [253] pacjenci z historią wcześniejszych pobytów w szpitalu wykazywali wyższy poziom zadowolenia z opieki pielęgniarskiej. Według Matziou i wsp. [99], rodzice z wcześniejszymi doświadczeniami choroby i hospitalizacji dziecka są lepiej przygotowani i łatwiej adaptują się do kolejnego pobytu w szpitalu, co może mieć wpływ na mniejsze oczekiwania względem opieki pielęgniarskiej. Pierwszorazowe przyjęcie dziecka do szpitala związane jest natomiast z większym poczuciem niepewności, zarówno u pacjenta, jak

i opiekunów. Z drugiej strony, wcześniejsze doświadczenia u części rodziców mogą być przykre, a nawet traumatyczne, przyjmując cechy zespołu stresu pourazowego [254], co może w sposób znamieny utrudnić współpracę z zespołem terapeutycznym, rzutując na niezadowolenie z opieki, negowanie konieczności pobytu w szpitalu oraz generowanie lęku. Być może wpływ na otrzymane rezultaty własne mają także zmienne nie uwzględnione w badaniu, jak miejsce poprzednich hospitalizacji, przyczyny wcześniejszych pobytów w szpitalu, przebieg opieki i leczenia czy stan kliniczny dziecka. Warto także zaakcentować, iż zależność od instytucji sprawujących opiekę nad dzieckiem, częste i długotrwałe hospitalizacje lub obciążenie rodziców codziennymi obowiązkami w chorobie dziecka, często skutkują poczuciem wyczerpania oraz mogą wywierać destrukcyjny wpływ na więzi rodzinne. Tak więc satysfakcja rodziców z opieki może być warunkowana wcześniejszymi doświadczeniami hospitalizacji, stopniem adaptacji do choroby dziecka, poczuciem fizycznego i psychicznego obciążenia [99, 146, 148, 232, 247, 255], poczuciem wsparcia, sposobami radzenia sobie w trudnych sytuacjach, a nawet poziomem funkcjonowania społecznego dziecka [248]. W badaniach Matziou i wsp. [99] oraz Shafer i wsp. [247] dowiedziono, iż występowanie lęku u rodziców determinowało niższą satysfakcję z opieki [99, 232]. Według Bartik i Toruner [255], interwencje zespołu medycznego ukierunkowane na redukcję lęku u dziecka i jego opiekunów mają pozytywny wpływ nie tylko na poprawę ich stanu emocjonalnego, ale także na istotnie statystycznie wyższy poziom zadowolenia z usług medycznych. Powinny one objąć wszystkich rodziców/opiekunów, bez względu na wcześniejsze doświadczenia związane z chorobą dziecka i hospitalizacją lub ich brak.

#### **5.4. Satysfakcja z opieki pielęgniarskiej a płeć, wiek, poziom wykształcenia rodziców oraz liczba posiadanych dzieci**

Doniesienia naukowe przedstawione przez Matziou i wsp. [99], Sam i wsp. [115], Fernando i Senanayake [139], Solheim i Garratt [148], Aslanabadi i Shahbazi [227] oraz Schmidt i wsp. [256] wskazują na ograniczony wpływ zmiennych dotyczących rodziców na ich satysfakcję z udzielonych świadczeń w przebiegu procesu hospitalizacji. W niniejszym badaniu wykazano jednak, iż płeć, wiek, poziom wykształcenia oraz liczba posiadanych dzieci były istotnymi predyktorami satysfakcji rodziców z opieki pielęgniarskiej lub jej wybranych obszarów.

Odmienne priorytety, potrzeby oraz zakres oczekiwań mężczyzn i kobiet odnośnie opieki nad dzieckiem w trakcie hospitalizacji mogą warunkować występowanie różnic w percepcji otrzymanych świadczeń. Postęp kulturowy oraz zmiany w postrzeganiu roli kobiety i mężczyzny

zarówno w życiu rodzinnym, jak również społecznym, przyczyniły się do zwiększenia udziału ojców w opiece i wychowaniu dzieci. Nadal jednak obserwuje się dominującą rolę matek podczas hospitalizacji dziecka, przejawiającą się nie tylko w obecności wraz z dzieckiem w czasie pobytu w szpitalu, ale także w chęci aktywnego współuczestnictwa w opiece i terapii [47, 99, 114, 128, 130, 138, 146, 170].

Wyniki niniejszego badania potwierdziły, iż głównymi opiekunami pacjentów pediatrycznych w trakcie hospitalizacji były matki. Wskazano, iż mężczyźni częściej uczestniczyli w opiece nad dzieckiem w szpitalach o wyższym poziomie zabezpieczenia zdrowotnego. W badaniu własnym matki wyraziły istotnie statystycznie wyższy poziom satysfakcji z dostępności pielęgniarki, w porównaniu do ojców. Kobiety były bardziej usatysfakcjonowane z okazywania empatii oraz z udziału pielęgniarek w zapobieganiu bólu u dziecka. Przeciwnie niż w badaniach Smoleń i Ksykiewicz-Dorota [128], kobiety wyżej oceniły także swój współudział w podejmowaniu decyzji dotyczących opieki nad dzieckiem. Z kolei w doniesieniach naukowych innych autorów wykazano wyższy poziom satysfakcji mężczyzn w obszarze informowania [99], zapewnienia komfortu dziecku [128] oraz zainteresowania jego stanem zdrowia [166], a wyższą satysfakcję matek z profesjonalizmu zespołu pielęgniarskiego [170]. Warto także zwrócić uwagę, iż część wyników badań z obszaru satysfakcji rodziców z opieki nad dzieckiem w oddziałach pediatrycznych nie potwierdza zależności pomiędzy płcią respondentów, a poziomem zadowolenia z opieki [115, 142, 146]. Zróżnicowanie wyników innych autorów oraz rezultatów badania własnego można tłumaczyć doбором odmiennych narzędzi badawczych, znacznymi różnicami w liczebności badanych grup oraz udziałem czynników nie uwzględnionych w badaniach, jak np. dominujący model rodziny (patriarchalny/matriarchalny/partnerski), związki kulturowe, społeczne lub narodowościowe.

W badaniu własnym także wiek rodziców różnicował ich zadowolenie z opieki. Rodzice poniżej 30. r.ż. wykazali niższą satysfakcję z otrzymanych usług, w porównaniu do rodziców z innych kategorii wiekowych. Młodszy wiek respondentów, związany zazwyczaj z mniejszym doświadczeniem życiowym i niższymi kompetencjami opiekuńczo-wychowawczymi, może determinować większe wyobrażenia oraz potrzeby odnośnie opieki pielęgniarskiej. Młodszy rodzice mogą oczekiwać także bardziej partnerskiego i holistycznego podejścia w opiece pielęgniarskiej, niż rodzice z innych kategorii wiekowych. Zważywszy na fakt, iż doniesienia naukowe w tym aspekcie nie dostarczają jednoznacznych rezultatów [47, 128, 142, 146] można uznać, iż na satysfakcję rodziców wpływ może mieć także współudział innych zmiennych, także nie uwzględnionych w badaniu własnym.

Wyniki niniejszego badania wskazały, iż respondenci posiadający co najmniej troje dzieci byli najbardziej zadowoleni ze świadczeń pielęgniarskich. Jedynie w zakresie współpracy z zespołem pielęgniarskim w opiece nad dzieckiem potwierdzono najwyższą satysfakcję wśród respondentów posiadających jedno dziecko. Uzyskane rezultaty z badania własnego częściowo potwierdziły wyniki badań przedstawione przez Smoleń i Ksykiewicz-Dorota [128], w których wykazano, że opiekunowie posiadający więcej niż jedno dziecko wyrazili istotnie statystycznie wyższą satysfakcję z dostępności pielęgniarki w razie potrzeb. Także Muck i Cimke [47] uzyskali wyższy poziom satysfakcji z opieki pielęgniarskiej wśród rodziców posiadających co najmniej troje dzieci. Zatem, działania pielęgniarskie wobec rodziców powinny być zorientowane na przygotowanie ich do aktywnego współdziałania w opiece poprzez dostarczenie wiedzy, kształtowanie umiejętności i postaw oraz zapewnienie wsparcia tak, aby niezależnie od doświadczenia rodzicielskiego, sytuacji rodzinnej oraz życiowej, świadomie i w poczuciu własnych kompetencji podejmowali wyzwania stawiane przez chorobę dziecka w trudnym dla całej rodziny procesie hospitalizacji.

W niniejszym badaniu wykształcenia istotnie statystycznie determinowało satysfakcję rodziców z opieki. Przeciwnie niż w wynikach badań przedstawionych przez Smoleń i Ksykiewicz-Dorota [128], rodzice z wykształceniem zawodowym wykazali najwyższy poziom zadowolenia z opieki, zaś rodzice z wykształceniem podstawowym byli najmniej usatysfakcjonowani z otrzymanych świadczeń. Kolejną grupę badanych wykazującą niższy poziom satysfakcji stanowili rodzice z wykształceniem wyższym, którzy najniżej ocenili między innymi przedstawienie się przez pielęgniarkę z imienia i nazwiska. Wyniki niniejszego badania częściowo potwierdziły doniesienia wstępne Kruszeckiej-Krówka i wsp. [130], w których wykazano, iż rodzice z wykształceniem średnim i zawodowym byli bardziej zadowoleni z otrzymanych usług, niż rodzice z wyższym poziomem wykształcenia, co było także spójne z rezultatami Marć [166], Puczkowskiej i wsp. [167], Smoleń i Ksykiewicz-Doroty [128], Solheim i Garratt [148], Muck i Cimke [47] oraz Sharew i wsp. [253]. Być może wyższe wykształcenie rodziców związane jest z ich wyższą świadomością w zakresie praw dziecka i rodzica w szpitalu, lepszą znajomością specyfiki rozwojowej dziecka, a także silniejszą potrzebą współuczestnictwa w opiece, skutkując wyższymi wymaganiami wobec zespołu pielęgniarskiego [47, 166, 167]. Uzyskanie w badaniu własnym niższego poziomu satysfakcji z opieki wśród rodziców z podstawowym wykształceniem może być natomiast determinowane nadmiernymi oczekiwaniami w stosunku do instytucji ochrony zdrowia oraz jej pracowników, wynikającymi z uwarunkowań kulturowych, nieumiejętności radzenia sobie w trudnych sytuacjach, braku

wsparcia oraz nierealnym wyobrażeniu roli, jaką odgrywają podmioty lecznicze w społeczeństwie. Może to skutkować przyjęciem przez część rodziców postawy roszczeniowej wobec członków zespołu medycznego oraz mniejszym zaangażowaniem w opiekę nad dzieckiem. Należy zwrócić także uwagę na coraz większą popularyzację wiedzy medycznej wśród rodziców, która, choć nierzadko pochodzi z niewiarygodnych źródeł lub jest opatrnie rozumiana przez opiekunów, może kształtować oczekiwania względem opieki medycznej, także wobec świadczeń pielęgniarskich. W przeanalizowanym piśmiennictwie naukowym z obszaru satysfakcji rodziców z opieki wyniki dotyczące związku zadowolenia z opieki z wykształceniem respondentów są jednak zróżnicowane. Divecha i wsp. [252] wskazali, iż rodzice z wyższym poziomem wykształcenia byli bardziej pewni kompetencji zespołu medycznego, wykazywali wyższe zadowolenie z otrzymanego wsparcia oraz uzyskanych informacji. W doniesieniach naukowych Uysal i Cirlak [142] oraz Aslanabadi i Shahbazi [227] wykształcenie rodziców nie miało związku z poziomem satysfakcji z opieki, a wyższe zadowolenie wykazywali rodzice pracujący zawodowo, niż rodzice niepracujący. Z kolei brak zależności pomiędzy satysfakcją rodziców z opieki a poziomem ich wykształcenia oraz sytuacją materialną rodziny wykazali Sam i wsp. [115].

Wydaje się, że poznanie uwarunkowań kulturowych, ocena sposobów radzenia sobie w trudnych sytuacjach, poczucia wsparcia społecznego, a także oczekiwań rodziców względem opieki pielęgniarskiej przy przyjęciu do szpitala, byłyby pomocne w procesie planowania interwencji pielęgniarskich. Być może lepsze poznanie szeroko pojętej sytuacji rodziców i rodziny umożliwiłoby realizację lub zweryfikowanie ich oczekiwań na wczesnym etapie hospitalizacji, wpływając na osiągnięcie wyższego poziomu satysfakcji z opieki.

W realizacji zadań zawodowych w oddziale pediatrycznym konieczne jest uwzględnienie przygotowania rodziców do opieki nad dzieckiem, informowanie w zakresie niezbędnym do prawidłowego zrozumienia przez nich wewnętrznych regulaminów, praw dziecka/rodzica w szpitalu, sytuacji zdrowotnej dziecka, a także roli rodzica i zespołu pielęgniarskiego w opiece w trakcie hospitalizacji.

## **5.5. Ogólny satysfakcja rodziców z opieki vs. satysfakcja w kryteriach głównych**

W niniejszym badaniu oceniono zależność pomiędzy ogólną satysfakcją rodziców z opieki a poziomem satysfakcji w kryteriach głównych: *Informacja, Opieka i leczenie, Dostępność,*

*Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece* oraz *Profesjonalizm/Profesjonalne podejście*. Wykazano występowanie wysokiej siły związku we wszystkich badanych elementach, najwyższy stopień korelacji uzyskując dla kryterium *Profesjonalizm/Profesjonalne podejście* ( $\rho=0,914$ ), natomiast najniższy dla kryterium *Dostępność* ( $\rho=0,723$ ).

Niniejsze wyniki potwierdziły, iż w opiece pielęgniarskiej nad dzieckiem każda z domen poddanych ewaluacji była istotna z perspektywy świadczeniobiorcy, w tym wypadku rodziców uczestniczących w procesie hospitalizacji. Także w doniesieniach przedstawionych przez Matziou i wsp. [99] najistotniejszy determinantem ogólnej satysfakcji z opieki była, obok wyniku leczenia oraz zadowolenia rodziców w zakresie informowania - satysfakcja z profesjonalnego podejścia/postaw zespołu terapeutycznego. Z kolei Mucuk i Cimke [47] wykazali wysoki stopień związku ( $\rho=0,730$ ) pomiędzy ogólną satysfakcją z opieki a poziomem zadowolenia rodziców ze współuczestnictwa w opiece, wyrażonym w kwestionariuszu *Family Centered Care Survey*.

## 5.6. Ograniczenia badania

Jednym z najważniejszych celów współczesnych systemów zarządzania opieką zdrowotną jest zapewnienie wysokiej jakości usług medycznych [257, 258]. Wyniki badania własnego oraz rezultaty otrzymane przez innych autorów [47, 99, 128, 130, 170] potwierdzają znaczenie oceny interpersonalnego wymiaru opieki oraz współuczestnictwa rodziców w opiece nad dzieckiem podczas hospitalizacji, w subiektywnej opinii świadczeniobiorców o otrzymanych usługach. Choć rodzice dzieci hospitalizowanych wykazują podobne oczekiwania względem opieki pielęgniarskiej [138], to ich zakres może być odmienny i zależny nie tylko od specyfiki choroby, ale także jej przebiegu, stanu zdrowia dziecka [99, 141, 157], wyników leczenia [259], stanu emocjonalnego rodziców [99, 147], uwarunkowań kulturowych [259] i rasowych [260], wcześniejszych doświadczeń pobytu w szpitalu [170], czasu hospitalizacji [141, 170] oraz czynników indywidualnych, w tym wybranych zmiennych socjo-demograficznych badanych [99, 128, 130, 148, 166, 167, 170, 252, 253]. W prezentowanym badaniu własnym nie udało się jednak wskazać, która z analizowanych zmiennych niezależnych miała dominujący wpływ na satysfakcję rodziców z opieki pielęgniarskiej. Istotnymi predyktorami satysfakcji były natomiast poziom zabezpieczenia zdrowotnego szpitala, tryb przyjęcia dziecka do szpitala, przyczyna i czas hospitalizacji, okres rozwojowy dziecka, płeć, wiek oraz poziom wykształcenia rodziców, a także liczba posiadanych dzieci. Potwierdzono także zróżnicowanie satysfakcji badanych z opieki pielęgniarskiej w poszczególnych jednostkach opieki medycznej. Warto podkreślić, iż w Polsce występuje porównywalny poziom organizacji opieki zdrowotnej we wszystkich szpitalach publicznych, jednolity system publicznego ubezpieczenia zdrowotnego, a także niewielkie zróżnicowanie kulturowe i wyznaniowe społeczeństwa [130]. Porównując wyniki badania własnego z doniesieniami innych autorów należy mieć na uwadze, że otrzymane różnice mogą wynikać nie tylko z doboru narzędzi badawczych do oceny satysfakcji z opieki, ale także z oczekiwań pacjentów i ich rodziców determinowanych ogólnym poziomem świadczonych usług medycznych, organizacją i finansowaniem systemu opieki zdrowotnej, a także czynnikami z obszaru kulturowego. Doniesienia naukowe dostarczają jednak dowodów na wyższy poziom jakości opieki, większe bezpieczeństwo pacjentów oraz wyższą satysfakcję z opieki w sytuacji zapewnienia przyjaznego środowiska pracy oraz optymalnych obsad pielęgniarskich, z uwzględnieniem profesjonalnego przygotowania zawodowego pielęgniarek, niezależnie od czynników systemowych, finansowania ochrony zdrowia oraz różnic kulturowych społeczeństwa [28]. Zatem, planując przyszłe badania w obszarze satysfakcji rodziców z opieki w oddziałach pediatrycznych, można rozważyć uwzględnienie także wyżej wymienionych aspektów.

Wśród ograniczeń badania należy wskazać również zbyt mały udział w grupie badanej rodziców dzieci hospitalizowanych w oddziałach zabiegowych, brak oceny przy przyjęciu do szpitala: oczekiwań rodziców dotyczących opieki pielęgniarskiej, stanu klinicznego dziecka oraz postrzegania sytuacji zdrowotnej pacjenta przez rodziców. W badaniu nie uwzględniono także oceny stanu emocjonalnego rodziców, a także sposobów radzenia sobie w sytuacjach trudnych, co mogło determinować potrzeby respondentów odnośnie opieki oraz satysfakcję z otrzymanych świadczeń. Nie poddano ocenie czynników wewnątrzorganizacyjnych, które mogły mieć wpływ na jakość opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem oraz poziom satysfakcji rodziców. Powyższe ograniczenia badania wskazują na wieloczynnikowość pojęcia satysfakcji z opieki pielęgniarskiej oraz wyznaczają kilka kierunków dla prowadzenia przyszłych badań w tym obszarze.

## Rozdział 6

### Wnioski

1. Poziom ogólnej satysfakcji rodziców z opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem był wysoki.
2. Rodzice wykazali najwyższy poziom satysfakcji z dostępności pielęgniarki w razie potrzeb, natomiast najniższy - z własnego współuczestnictwa w opiece nad dzieckiem.
3. W zakresie kryteriów szczegółowych, rodzice wyrazili najwyższy poziom satysfakcji z opieki z podawania leków przez pielęgniarkę w odpowiednim czasie, natomiast najniższy - z przedstawienia się przez pielęgniarkę z imienia i nazwiska.
4. Rodzice dzieci hospitalizowanych w szpitalu ogólnopolskim wyrazili najniższą satysfakcję z opieki pielęgniarskiej; rodzaj oddziału nie różnicował poziomu satysfakcji badanych.
5. Wiek, przyczyna oraz tryb przyjęcia dziecka do szpitala, a także czas hospitalizacji były istotnymi predyktorami satysfakcji rodziców z opieki pielęgniarskiej (najniższy poziom satysfakcji z opieki wykazali rodzice dzieci w okresie poniemowlęcym, rodzice dzieci przyjętych do szpitala w trybie nagłym, z powodu nagłego zachorowania lub w celu rehabilitacji, a także o czasie hospitalizacji od 15 do 21 lub od 22 do 28 dni).
6. Płeć, wiek, wykształcenie badanych, a także liczba posiadanych dzieci istotnie statystycznie determinowały satysfakcję rodziców z opieki pielęgniarskiej (wyższy poziom satysfakcji z opieki wykazały kobiety, rodzice powyżej 30. roku życia, rodzice z wykształceniem zawodowym lub średnim oraz rodzice posiadający co najmniej troje dzieci).
7. Poziom satysfakcji rodziców z profesjonalizmu pielęgniarek najsilniej korelował z ogólną satysfakcją z opieki.

## Streszczenie

### Wstęp

Ocena satysfakcji rodziców z opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem stanowi kluczowy element ewaluacji jakości opieki w oddziałach pediatrycznych.

### Cel pracy

Celem pracy była ocena satysfakcji rodziców z opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem w oddziałach pediatrycznych o różnej specyfice z uwzględnieniem jej potencjalnych determinant.

### Material i metody

Badanie zostało zrealizowane w okresie od 2016 do 2018 r. w grupie 1030 rodziców dzieci hospitalizowanych w oddziałach niezabiegowych i zabiegowych 7 szpitali różnych poziomów zabezpieczenia zdrowotnego na terenie 3 województw: małopolskiego, podkarpackiego oraz warmińsko-mazurskiego. W celu oceny satysfakcji rodziców z opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem zastosowano metodę sondażu diagnostycznego techniką ankiety z wykorzystaniem kwestionariuszy ankiet zawierających: Standaryzowany kwestionariusz *Empathic* w polskiej adaptacji Smoleń i Ksykiewicz-Dorota oraz metryczkę dotyczącą zmiennych socjo-demograficznych rodziców, a także związanych z dzieckiem i procesem hospitalizacji. Na prowadzenie badania otrzymano zgody Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego (opinia nr: 122.6120.254.2016), dyrektorów szpitali oraz kierowników/ordynatorów oddziałów.

W analizie statystycznej wykorzystano elementy statystyki opisowej - średnią arytmetyczną ( $\bar{x}$ ), odchylenie standardowe (SD), minimum (Min), maksimum (Max), medianę (Me), liczebność (n) i procent (%). Zgodność rozkładu określonych zmiennych z rozkładem normalnym oceniano za pomocą testu Kołmogorowa-Smirnowa. Z uwagi na fakt, że zmienne ilościowe miały charakter daleki od normalnego, analizy opierały się głównie o testy nieparametryczne: U Manna-Whitneya oraz Kruskala-Wallisa. Dla zmiennych ilościowych/porządkowych zastosowano korelację Spearmana. W celu sprawdzenia istotności związku między zmiennymi jakościowymi wykorzystano test Chi-kwadrat, a dla oceny siły związku zastosowano miary symetryczne Phi oraz V-Cramera. Za poziom istotności uznano  $p \leq 0.05$ .

## Wyniki

Wśród uczestników badania dominowały kobiety, stanowiąc 87,3% (n=899) rodziców. Najlichnieszą grupą byli respondenci z kategorii wiekowej 31 - 40 lat, którzy stanowili 50,7% (n=522) badanych. Wykształcenie wyższe zadeklarowało 60,4% (n=622) rodziców. Niemal połowa rodziców - 46,6% (n=480) posiadała dwoje dzieci. Noworodki i niemowlęta stanowiły 28,9% (n=298) wszystkich pacjentów. W oddziałach niezabiegowych hospitalizowanych było 82,3% (n=848) dzieci. Dominował tryb nagły przyjęcia dzieci do szpitala, który dotyczył 75% (n=772) pacjentów, a główną przyczyną hospitalizacji było nagłe zachorowanie, na które wskazało 72,3% (n=745) rodziców. Najwięcej było hospitalizacji krótkich, do 7 dni, które dotyczyły 44,9% (n=462) pacjentów. Przeważały pierwszorazowe hospitalizacje dzieci, na które wskazało 73,5% (n=757) rodziców.

Średni poziom ogólnej satysfakcji rodziców z opieki zespołu pielęgniarskiego nad dzieckiem wyniósł 4,38 pkt. Poziom satysfakcji rodziców z opieki pielęgniarskiej w zakresie poszczególnych kryteriów głównych był zbliżony. Najniższą satysfakcję rodziców wykazano kolejno dla kryteriów *Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece* oraz *Informacja*, natomiast najwyższą dla kryterium *Dostępność* (4,28 pkt. oraz 4,29 pkt. vs. 4,57 pkt.). Wykazano znaczne zróżnicowanie średnich poziomów satysfakcji respondentów w poszczególnych kryteriach szczegółowych - od 2,99 pkt. dla kryterium *Pielęgniarka przedstawiła się z imienia i nazwiska* do 4,68 pkt. - dla kryterium *Pielęgniarka podawała lek w odpowiednim czasie*. Miejsce hospitalizacji dziecka istotnie statystycznie różnicowało satysfakcję rodziców z opieki ( $p \leq 0,001$ ). Najniższy poziom satysfakcji z opieki wyrazili rodzice dzieci hospitalizowanych w Rzeszowie, natomiast najwyższy - respondenci z Sanoka (4,05 pkt. vs. 4,75 pkt.). Rodzice dzieci ze szpitala o najwyższym poziomie zabezpieczenia zdrowotnego wykazali najniższy poziom satysfakcji z opieki. Najwyższą satysfakcję z opieki uzyskano wśród rodziców dzieci starszych (okres przedszkolny, wczesnoszkolny, pokwitania), przyjętych do szpitala w trybie planowym, hospitalizowanych w celu leczenia onkologicznego lub diagnostyki, a także z okresem pobytu w szpitalu poniżej 7 dni lub powyżej 28 dni. Kobiety, rodzice powyżej 30. r.ż., respondenci z wykształceniem zawodowym lub średnim oraz badani posiadający troje dzieci lub więcej byli najbardziej usatysfakcjonowani z opieki pielęgniarskiej bądź jej wybranych elementów. Rodzaj oddziału oraz doświadczenie wcześniejszych hospitalizacji w ostatnich 12 miesiącach nie miały wpływu na ogólną satysfakcję rodziców z opieki. Wykazano najwyższy stopień związku pomiędzy średnim poziomem satysfakcji rodziców w kryterium głównym *Profesjonalizm/Profesjonalne podejście* a ogólną satysfakcją z opieki pielęgniarskiej ( $\rho=0,914$ ).

## **Wnioski**

Rodzice wykazali wysoki poziom ogólnej satysfakcji z opieki pielęgniarskiej. Niższy poziom satysfakcji respondentów dotyczył ich współuczestnictwa w opiece oraz informowania przez zespół pielęgniarski. Poziom zabezpieczenia zdrowotnego placówki, okres rozwojowy dziecka, tryb przyjęcia do szpitala, przyczyna i czas hospitalizacji, a także płeć, wiek, poziom wykształcenia rodziców oraz liczba posiadanych dzieci były istotnymi predyktorami satysfakcji rodziców z opieki pielęgniarskiej. Zadowolenie rodziców z profesjonalizmu zespołu pielęgniarskiego najbardziej determinowało ogólną satysfakcję z udzielonych świadczeń pielęgniarskich.

**Słowa kluczowe:** satysfakcja z opieki, opieka pielęgniarska, hospitalizacja, dziecko, rodzice.

## Summary

### Introduction

The evaluation of parents' satisfaction with the nursing care of the child constitutes the key element of evaluation of the quality of care in paediatric wards.

### Aim of the work

The aim of the work was the evaluation of parents' satisfaction with the nursing care of the child in paediatric wards with different specialisations in consideration of its potential determinants.

### Material and methods

The survey was carried out during the period from 2016 till 2018 in a group of 1,030 parents of children hospitalised in non-surgical and surgical wards of seven hospitals of different levels of health security in the territory of three provinces: Małopolska, Podkarpacie, and Warmia & Mazury. For the purpose of evaluation of parents' satisfaction with the nursing care of the child, the diagnostic poll method with the questionnaire technique was applied with the use of survey questionnaires containing: A standardised *Empathic* questionnaire in Polish adaptation by Smoleń and Ksykiewicz-Dorota and particulars encompassing variable socio-demographic data of parents as well as data regarding the child and the hospitalisation process. The conduct of research was approved by the Bioethical Commission of the Jagiellonian University (opinion no. 122.6120.254.2016), directors of hospitals and heads of wards.

The statistical analysis was carried out using elements of descriptive statistics: the arithmetic mean ( $\bar{x}$ ), standard deviation (SD), minimum (Min), maximum (Max), median (Me), number (n) and percentage (%). The consistence of the distribution of specific variables with the normal distribution was evaluated by means of the Kolmogorov-Smirnov test. Due to the fact that quantitative variables were far from normal, analyses were based mainly on non-parametric tests: the U Mann-Whitney test and the Kruskal-Wallis test. For quantitative/ordinal variables, Spearman's correlation was applied. For the purpose of checking the importance of the relationship between qualitative variables, the Chi-square test was used, and for the evaluation of strength of the relationship, Phi and V-Cramer symmetric measures were applied. The level of significance was set at  $p \leq 0,05$ .

## Results

Women constituted a majority of respondents, accounting for 87,3% (n=899) of parents. The largest group was formed by respondents from the age category of 31 - 40 years, who accounted for 50,7% (n=522) of respondents. Higher education was declared by 60,4% (n=622) of parents. Almost one half of parents - 46.6% (n=480) - had two children. Newborns and infants accounted for 28,9% (n=298) of all parents. In non-surgical wards, 82,3% (n=848) of children were hospitalised. In most cases, children were admitted to a hospital on an emergency basis; this refers to 75% (n=772) of patients, and the main reason for hospitalisation was sudden illness, which was indicated by 72,3% (n=745) of parents. Short-term hospitalisations up to 7 days were most frequent - they concerned 44,9% (n=462) of patients. Most children were hospitalised for the first time - this fact was reported by 73,5% (n=757) of parents.

The average score of the general satisfaction of parents with the nursing team's care of the child was satisfactory, amounting to 4,38 pts. Evaluations of parents' satisfaction with nursing care with regard to main criteria were similar. The lowest satisfaction of parents was indicated for *Parental Participation* and *Information* criteria, whereas the highest one was reported for the *Availability* criterion (4,28 pts and 4,29 pts vs. 4,57 pts, respectively). A large degree of differentiation was shown for average scores of respondents' satisfaction in individual specific criteria - from 2,99 pts for the criterion *The nurse introduced herself with her first name and surname* to 4,68 pts - for the criterion *The nurse administered the drug in proper time*. The place of the child's hospitalisation statistically differentiated the level of parents' satisfaction with care ( $p \leq 0,001$ ). Parents of children hospitalised in Rzeszów were least satisfied with received benefits, whereas respondents in Sanok showed the highest average general score of satisfaction (4,05 pts vs. 4,75 pts). Parents from the hospital with the highest level of health protection showed the lowest level of satisfaction with care. The highest level of satisfaction with care was expressed by parents of older children (the kindergarten period, the early school period, the adolescence period), children admitted to a hospital on a planned basis, children hospitalised for the purpose of oncologic treatment or diagnosis, or children staying in hospital for a period shorter than 7 days or longer than 28 days. Women, parents above 30 years of age, respondents with vocational or secondary education, and respondents having three or more children were satisfied to the greatest extent with nursing care or its selected elements. The type of the ward and the experience of previous hospitalisations during the last 12 months had no impact on parents' level of general satisfaction with care. The highest degree of correlation was shown between the evaluation of

parents in the main criterion *Professionalism/Professional approach* and general satisfaction with nursing care ( $\rho=0,914$ ).

### **Conclusions**

Parents expressed a high level of general satisfaction with nursing care, and the lower satisfaction of respondents concerned their co-participation in care and information provided by the nursing team. The level of health protection of the institution, the child's development period, the hospital admittance procedure, the cause and time of hospitalisation, as well as the gender, age, education level of parents and the number of their children were important predictors of parents' satisfaction with nursing care. The satisfaction of parents with the professionalism of the nursing team was the strongest determinant of general satisfaction with granted nursing benefits.

**Keywords:** satisfaction with care, nursing care, hospitalisation, child, parents.

## Piśmiennictwo

1. Zbyrad T. W trosce o dziecko - kształtowanie się form opieki od średniowiecznych szpitali do domów pomocy społecznej. *Polska Myśl Pedagog.* 2016; 2(2): 391-409.
2. Bednarek A., Mianowana V., Jachorek M. Zakres funkcji Profilaktycznej i promocji zdrowia w pracy pielęgniarki pediatrycznej a oczekiwania rodziców hospitalizowanych noworodków. Część II. *Probl Pielęg.* 2011; 19(3): 296-302.
3. Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2017 poz. 844 ze zm.).
4. Rządowy Projekt Sieci Szpitali. [dok. elektr.] <http://siecszpitali.mz.gov.pl/> (dostęp 17.08.2019).
5. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2019 poz. 1373, t.j. z dnia 24.07.2019).
6. Zdanowska J., Sielska J., Wieja W. Organizacja opieki zdrowotnej nad dziećmi - wybrane aspekty prawne. *Pielęg Pol.* 2016; 1(59): 82-86.
7. Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz.U. 2019 poz. 357, t.j. z dnia 25.02.2019).
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz.U. 2013 poz. 1462 ze zm.).
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2013 poz. 1413 ze zm.).
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2013 poz. 1522 ze zm.).
11. Ustawa z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz.U. 2019 poz. 1078).
12. Mokrzycka A. Prawo do ochrony zdrowia. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014: 137-140.

13. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2018 poz. 2190, t.j. z dnia 23.11.2018).
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 stycznia 2012 r. w sprawie sposobu kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego (Dz.U. 2012 poz. 14).
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie krajowej sieci szpitali oraz ich poziomów referencyjnych (Dz.U. 1998 poz. 164.1193).
16. Israel-Aina Y.T., Odunvbun M.E., Aina-Israel O. Parental satisfaction with quality of health care of children with sickle cell disease at the University of Benin Teaching Hospital, Benin City. *J Community Med Primary Health Care*. 2017; 29(2): 33-45.
17. European Association for Children in Hospital. The 10 articles of a EACH Charter. [dok. elektr.] <https://www.each-for-sick-children.org/> (dostęp 12.12.2018).
18. Główny Urząd Statystyczny. Zdrowie i Ochrona Zdrowia w 2016 r. Warszawa 2017. [dok. elektr.] <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2016-r-,1,7.html> (dostęp 10.12.2019).
19. Główny Urząd Statystyczny. Zdrowie i Ochrona Zdrowia w 2017 r. Warszawa 2018. [dok. elektr.] <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2017-r-,1,8.html> (dostęp 10.12.2019).
20. Główny Urząd Statystyczny. Ambulatoryjna opieka zdrowotna w 2018 r. Warszawa 2019. [dok. elektr.] <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/ambulatoryjna-opieka-zdrowotna-w-2018-roku,13,3.html> (dostęp 10.12.2019).
21. Główny Urząd Statystyczny. Pomoc doraźna i ratownictwo medyczne w 2018 r. Warszawa 2019. [dok. elektr.] <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/pomoc-dorazna-i-ratownictwo-medyczne-w-2018-roku,14,3.html> (dostęp 10.12.2019).
22. Główny Urząd Statystyczny, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Biuletyn Statystyczny Ministra Zdrowia. Warszawa 2019. [dok. elektr.] [https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user\\_upload/Biuletyny\\_informacyjny/biuletyn\\_statystyczny\\_2019\\_5db016ddd0b8d.pdf](https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/Biuletyny_informacyjny/biuletyn_statystyczny_2019_5db016ddd0b8d.pdf) (dostęp 10.12.2019).
23. Zakład Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności. Badania chorobowości szpitalnej ogólnej. [dok. elektr.] <http://www.statystyka.medstat.waw.pl/> (dostęp 13.09.2019).

24. Piskorz-Ogórek K. Zasoby strukturalne stacjonarnego leczenia pediatrycznego w Polsce. *Przeds Zarz.* 2012; 13(4): 71-85.
25. Jankowska-Folusiak J., Dębicki L., Zeman K. Analiza hospitalizacji na oddziale pediatrycznym szpitala wojewódzkiego ze szczególnym uwzględnieniem chorób dolnych dróg oddechowych. *Pediatr Med Rodz.* 2016; 12(3): 310-317.
26. Szeredzińska R. Zdrowie dzieci i młodzieży. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka* 2017; 16(1): 95-131.
27. Kózka M., Gabryś T., Brzyski P., Ogarek M., Cisek M., Przewoźniak L., Ksykiewicz-Dorota A., Gajda K., Brzostek T. Wybrane czynniki determinujące ocenę jakości opieki pielęgniarskiej w szpitalach pełniących stały dyżur. Wyniki projektu RN4CAST. *Zdr Publ Zarz.* 2012; 10(4): 278-288.
28. Aiken L.H., Sermeus W., Van den Heede K., Sloane D.M., Busse R., McKee M., Bruyneel L., Rafferty A.M., Griffiths P., Moreno-Casbas M.T., Tishelman C., Scott A., Brzostek T., Kinnunen J., Schwendimann R., Heinen M., Zikos D., Sjetne I.S., L Smith H.L., Kutney-Lee A. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ.* 2012; 20(344): e1717.
29. Konwencja o Prawach Dziecka, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 r. (Dz.U. 1991 Nr 120, poz. 526).
30. Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. - Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz.U. 2019 poz. 2086, t.j. z dnia 30.10.2019).
31. Ustawa z dnia 6 stycznia 2000 r. o Rzeczniku Praw Dziecka (Dz.U. 2017 poz. 922, t.j. z dnia 11.05.2017).
32. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 (Dz.U. 1997 Nr 78, poz. 483).
33. Kruszecka-Krówka A., Cepuch G. Medykalizacja śmierci a prawa i godność dziecka u kresu życia. *Psychoonkologia.* 2016; 20(4): 197-202.
34. Cepuch G., Domańska D., Dębska G. Ból i cierpienie a godność i prawa dziecka chorego w aspekcie uporczywej terapii. *Psychoonkologia.* 2013; 17(4): 163-169.

35. Respondo E. Prawne aspekty ochrony zdrowia dzieci w Polsce. *Roczniki Nauk Prawnych* 2014; 24(3): 41-58.
36. Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz.U. 1993 Nr 17, poz. 78 ze zm.).
37. Ustawa z dnia 10 stycznia 2018 r. o zmianie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz ustawy o bezpieczeństwie imprez masowych (Dz.U. 2018 poz. 310).
38. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2019 poz. 1127, t.j. z dnia 17.06.2019).
39. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 2018 poz. 1878, t.j. z dnia 2.10.2018).
40. Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. 2017 poz. 798 ze zm.).
41. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. 1991 Nr 91, poz. 408 ze zm.).
42. Łukasik R., Waksmańska W., Gawlik K. Aspekty pobytu rodziców wraz z dzieckiem w szpitalu. *Probl Pielęg.* 2010; 18(2): 169-175.
43. Arabiat D., Whitehead L., Foster M., Shields L., Harris L. Parents' experiences of Family Centred Care practices. *J Pediatr Nurs.* 2018; 42: 39-44.
44. Bilicka D., Korbińska M., Popow A., Szewczyk M. Oczekiwania rodziców względem opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem w warunkach szpitalnych. *Pielęg Chir Angiol.* 2009; 1: 20-25.
45. Nowelizacja Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2019 poz. 1127, 1128).
46. Perek M., Kózka M., Twarduś K. Trudne sytuacje w pracy pielęgniarek pediatrycznych i sposoby radzenia sobie z nimi. *Probl Pielęg.* 2007; 15(4): 223-228.
47. Mucuk S., Cimke S. Mothers' participation in the hospitalized children's care and their satisfaction. *IJCS.* 2017; 10(3): 1643.
48. Triantafyllou Chr., Matziou V. Aggravating factors and assessment tool for Posttraumatic Stress Disorder in children after hospitalization. *Psychiatriki* 2019; 30(3): 264-270.

49. Rokach A. Psychological, emotional and physical experiences of hospitalized children. *Clin Case Rep Rev.* 2016; 2(4): 399-401.
50. Kochman D., Rezmerska L., Nowak A. Wybrane problem w procesie adaptacji dziecka w wieku 0-6 lat do pobytu w szpitalu. *Innowacje w Pielęg Naukach Zdr.* 2016; 2(1): 8-23.
51. Emerson N.D., Distelberg B., Morrell H.E., Williams-Reade J., Tapanes D., Montgomery S. Quality of life and school absenteeism in children with chronic illness. *J Sch Nurs.* 2016; 32(4): 258-266.
52. Butscher M. Cierpienie jako szansa dobrego rozwoju. Aspekt psychologiczny. [W:] Szczepaniak L. (red). *Bioetyczne Zeszyty Pediatri, rozmowy o nadziei w cierpieniu i umieraniu.* Fundacja Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie, Kraków 2012: 57-65.
53. Szałowska D., Pilarz E., Tkaczyk M. Postawy rodzicielskie oraz funkcjonowanie emocjonalne rodziców dzieci z przewlekłą chorobą nerek *Pediatr Med Rodz.* 2013; 9(3): 276-281.
54. Harrison L., Short M.B. A preliminary study on the effects of parental accommodations on frequency of sickness in children. *Int Arch Public Health Community Med.* 2018, 2(1): 007.
55. Kózka M., Perek M., Kruszecka A. Postawy rodziców dzieci po przeszczepie szpiku kostnego. *Probl Pielęg.* 2011; 19(1): 5-12.
56. Bednarek A., Machul R. Uwarunkowania reakcji dzieci na hospitalizację w oddziale chirurgicznym - opinia rodziców i pielęgniarek. *Przeds Zarz.* 2013; 14(10): 151-167.
57. Mack R., Giarelli E., Bernhardt B.A. The adolescent research participant: strategies for productive and ethical interviewing. *J Pediatr Nurs.* 2009; 24(6): 448-457.
58. Juszczak K., Rykowska I. Rola naczelnego pielęgniarki w podnoszeniu jakości usług pielęgniarskich. *Pielęg Pol.* 2013; 3(49): 219-229.
59. Jakubik M., Kierys A., Bednarek A. Udział pielęgniarki w adaptacji dziecka do warunków szpitalnych. *Probl Pielęg.* 2011; 19(4): 545-550.
60. Guerra N.G., Williamson A.A., Lucas-Molina B. Normal development: Infancy, childhood, and adolescence. [W:] Rey J.M. (red). *IACAPAP e-Textbook of Child and*

Adolescent Mental Health. International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. Geneva, Switzerland, 2012: 1-39.

61. Perek M. Choroba i hospitalizacja jako sytuacja trudna dla dziecka i rodziny. [W:] Cepuch G., Perek M. (red). Modele opieki pielęgniarskiej and dzieckiem z chorobą ostrą i zagrażającą życiu. PZWL, Warszawa 2012: 7-16.
62. Bell M.F., Bayliss D.M., Glauert R., Harrison A., Ohan J.L. Chronic illness and developmental vulnerability at school entry. *Pediatrics* 2016; 137(5): e20152475.
63. Shaffer D.R., Kipp K. Developmental Psychology: Childhood and Adolescence, 8th Edition. Wadsworth, Belmont 2010.
64. Compas B.E. Coping with chronic illness in childhood and adolescence. *Annu Rev Clin Psychol.* 2012; 8: 455-480.
65. Crump C., Rivera D., London R., Landau M., Erlendson B., Rodriguez E. Chronic health conditions and school performance among children and youth. *Ann Epidemiol.* 2013; 23(4): 179-184.
66. Jin M., An Q., Wang L. Chronic conditions in adolescents. *Exp Ther Med.* 2017; 14(1): 478-482.
67. Cepuch G., Kruszecka-Krówka A., Gniadek A., Daszuta M., Kózka M. Potential predictors of the selected areas of the quality of life in adolescents with Crohn's disease in remission - a single-centre study. *Anthropol. Anz.* 2019; 76(1): 1-8.
68. Krok D. When is meaning in life most beneficial to young people? Styles of meaning in life and well-being among late adolescents. *J Adult Dev.* 2018; 25(2): 96-106.
69. Crossen K. Missed opportunities for adolescent friendly care in hospital. *J Paediatr Child Health.* 2017; 53(12): 1176-1179.
70. Distelberg B., Williams-Reade J., Tapanes D., Montgomery S., Pandit M. Evaluation of a family systems intervention for managing pediatric chronic illness: Mastering Each New Direction (MEND). *Fam Process.* 2014; 53(2): 194-213.
71. Daley A.M., Polifroni E.C., Sadler L.S. "Treat Me Like a Normal Person!" A meta-ethnography of adolescents' expectations of their health care providers. *J Pediatr Nurs.* 2017; 36: 70-83.

72. Duncan R.E., Jekel M., O'Connell M.A., Sanci L.A., Sawyer S.M. Balancing parental involvement with adolescent friendly health care in teenagers with diabetes: are we getting it right? *J Adolesc Health*. 2014; 55(1): 59-64.
73. Lerch M.F., Thrane S.E. Adolescents with chronic illness and the transition to self-management: a systematic review. *J Adolesc*. 2019; 72: 152-161.
74. Sasse R.A., Aroni R.A., Sawyer S.M., Duncan R.E. Confidential consultations with adolescents: an exploration of Australian parents' perspectives. *J Adolesc Health*. 2013; 52(6): 786-791.
75. American Academy of Pediatrics. Patient and family-centered care and the pediatrician's role. [dok. elektr.], <https://pediatrics.aappublications.org/content/129/2/394> (dostęp 12.12.2019).
76. Alavi A., Bahrami M., Zargham-Boroujeni A., Yousefy A. Pediatric nurses' perception of factors associated with caring self-efficacy: a qualitative content analysis. *Iranian J Nurs Midwifery Res*. 2015; 20(2): 232-238.
77. Alavi A., Bahrami M., Zargham-Boroujeni A., Yousefy A. Threats to pediatric nurses' perception of caring self-efficacy: a qualitative study. *Iran Red Crescent Med J*. 2016; 18(3): e25716.
78. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2011 Nr 174, poz. 1039).
79. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz.U. 2017 poz. 497).
80. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych. Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej. [dok. elektr.] <https://nipip.pl/prawo/samorzadowe/krajowy-zjazd-pielengniarek-i-polozonych/kodeks-etyki-zawodowej-pielengniarki-i-polozonej-rzeczypospolitej-polskiej/> (dostęp: 10.11.2018).
81. Kuriata E., Felińczak A., Grzebieluch J., Szachniewicz M. Specyfika pracy pielęgniarskiej w szpitalu - warunki pracy i aktualne wyzwania. Część I. *Piel Zdr Publ*. 2011; 1(2): 163-167.

82. Lachowicz K. Badanie i ocena obciążenia i zagrożeń wynikających z warunków pracy w zawodzie pielęgniarki. *Bezpieczeństwo. Teoria i Praktyka* 2018; 4: 239-253.
83. Gabryś T., Kózka M., Brzyski P., Ogarek M., Cisek M., Przewoźniak L., Ksykiewicz-Dorota A., Gajda K., Brzostek T. Czynniki wpływające na rekomendację szpitala jako miejsca pracy w opinii pielęgniarek zatrudnionych w polskich szpitalach. *Zdr Publ Zarz.* 2012; 10(4): 289-296.
84. Cisek M., Przewoźniak L., Kózka M., Brzostek T., Brzyski P., Ogarek M., Gabryś T., Gajda K., Ksykiewicz-Dorota A. Obciążenie pracą podczas ostatniego dyżuru w opiniach pielęgniarek pracujących w szpitalach objętych projektem RN4CAST. *Zdr Publ Zarz.* 2013; 11(2): 210-224.
85. Konuk Sener D., Karaca A. Mutual expectations of mothers of hospitalized children and pediatric nurses who provided care: qualitative study. *J Pediatr Nurs.* 2017; 34: e22-e28.
86. Zhang Y.Y., Zhang C., Han X.R., Li W., Wang Y.L. Determinants of compassion satisfaction, compassion fatigue and burn out in nursing: A correlative meta-analysis. *Medicine (Baltimore)* 2018; 97(26): e11086.
87. Bowden M.J., Mukherjee S., Williams L.K., De Graves S., Jackson M., Mc Carthy M.C. Work-related stress and reward: an Australian study of multidisciplinary pediatric oncology healthcare providers. *Pchyooncology.* 2015; 24(11): 1432-1438.
88. Fedak M., Sulewska M., Krupienicz A. Czynniki jatropatogenne w pracy pielęgniarskiej. *Pielęg Pol.* 2013; 4(50): 295-299.
89. Mroczek B., Majewska I., Jasińska-Starczewska M., Pawlak I., Wolińska W. Analiza błędów jatrogennych w pielęgniarstwie. *Med Health Sci Rev.* 2016; 2(2): 3-8.
90. Kellogg M.B., Knight M., Dowling J.S., Crawford S.L. Secondary traumatic stress in pediatric nurses. *J Pediatr Nurs.* 2018; 43: 97-103.
91. Boyle D.A., Bush N.J. Reflections on the emotional hazards of pediatric oncology nursing: four decades of perspectives and potential. *J Pediatr Nurs.* 2018; 40: 63-73.
92. Erenkfeit K., Dudzińska L., Indyk A. Wpływ środowiska pracy na powstanie wypalenia zawodowego. *Med Środow.* 2012; 5(3): 121-128.

93. Cañadas-De la Fuente G.A., Gómez-Urquiza J.L., Ortega-Campos E.M., Cañadas G.R., Albendín-García L., De la Fuente-Solana E.I. Prevalence of burnout syndrome in oncology nursing: A meta-analytic study. *Psychooncology*. 2018; 27(5): 1426-1433.
94. Cañadas-De la Fuente G.A., Ortega E., Ramirez-Baena L., De la Fuente-Solana E.I., Vargas C., Gómez-Urquiza J.L. Gender, marital status, and children as risk factors for burnout in nurses: A meta-analytic study. *Int J Environ Res Public Health*. 2018; 15(10): 2102.
95. Pradas-Hernández L., Ariza T., Gómez-Urquiza J.L., Albendín-García L., De la Fuente E.I., Cañadas-De la Fuente G.A. Prevalence of burnout in paediatric nurses: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2018; 13(4): e0195039.
96. Kędra E., Sanak K. Stres i wypalenie zawodowe w pracy pielęgniarek. *Piel Zdr Publ*. 2013; 3(2): 119-132.
97. Stychno E., Ksykiewicz-Dorota A., Kulczycka K. Zaangażowanie w pracy pielęgniarek - przegląd badań. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach. Administracja i Zarządzanie* 2018; 43(116): 81-91.
98. Atashzadeh Shoorideh F., Pazargadi M., Zagheri Tafreshi M. The concept of nursing care quality from the perspective of stakeholders: a phenomenological study. *J Qual Res Health Sci*. 2012; 1(3): 214-228.
99. Matziou V., Boutopoulou B., Chrysostomou A., Vlachioti E., Mantziou T., Petsios K. Parent's satisfaction concerning their child's hospital care. *Jpn J Nurs Sci*. 2011; 8(2): 163-173.
100. Czerw A., Religioni U., Olejniczak D. Metody pomiaru oraz oceny jakości świadczonych usług w podmiotach leczniczych. *Probl Hig Epidemiol*. 2012; 93(2): 269-273.
101. Garbacz K., Guziak D. Znaczenie jakości w usługach medycznych w zarządzaniu szpitalem. *Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania* 2012; 28: 37-51.
102. Frąś J. Zarządzanie jakością usług w opiece zdrowotnej. *Polskie Stowarzyszenie Zarządzania Wiedzą. Studia i Materiały* 2010; 25: 88-98.
103. Opolski K., Dykowska G., Mózdzanek M. Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. *Geneza jakości. Zarys historyczny*. CeDeeWu, Warszawa 2005: 35.

104. Walshe K., Smith J. Zarządzanie w opiece zdrowotnej - doskonalenie jakości w opiece zdrowotnej. Wolters Kluwer, Warszawa 2011: 550.
105. Bielawa A. Postrzeganie i rozumienie jakości - przegląd definicji jakości. *Studia i Prace WNEiZ*. 2011; 21: 143-152.
106. Fraś J., Gołębiowski M., Bielawa A. Podstawy zarządzania jakością w przedsiębiorstwie. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2006: 16.
107. Bembnowska M., Joško-Ochojska J. Zarządzanie jakością w ochronie zdrowia. *Hygeia Public Health* 2015; 50(3): 457-462.
108. Juran M. Upper Management and Quality. Juran Institute, Nowy Jork 1982: 72.
109. Szpringer M., Chmielewski J., Kosecka J., Sobczyk B. Poziom satysfakcji pacjenta jako jeden z aspektów jakości opieki medycznej. *Med Og Nauk Zdr*. 2015; 21(2): 132-137.
110. Abdeldafie S.Y., Abraham B.K. Parent's satisfaction with nursing care for pediatric gastrointestinal endoscopy patients in Khartoum State Public Hospitals Khartoum, Sudan. *IOSR-JNHS*. 2017; 6(3): 96-102.
111. Szetela A. Zewnętrzne metody oceny jakości w ochronie zdrowia - akredytacja i system zarządzania jakością według normy ISO 9001:2008. *Probl Zarz*. 2012; 10(37): 211-228.
112. Brodzińska M., Modzelewska K., Stachowska M., Talarska D. Stratyfikacja czynników determinujących opinię o jakości świadczeń w zakresie kompetencji pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej. Doniesienia wstępne. *Probl Hig Epidemiol*. 2010; 91(2): 303-307
113. Mykowska A. Satysfakcja pacjenta a jakość obsługi medycznej. *Zdr Zarz*. 2002; 4(6): 69-73.
114. Georgoudi E., Kyriazis S., Mihalache A., Kourkouta L. Measurement of patient satisfaction as a quality indicator of hospital health services: the case of outpatient clinics in general hospital. *SJPH*. 2017; 5: 128-135.
115. Sam C.J., Arunachalam P.A. Manivasagan S., Surya T. Parental satisfaction with pediatric day-care surgery and its determinants in a tertiary care hospital. *J Indian Assoc Pediatr Surg*. 2017; 22: 226-231.

116. Risser N. Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings. *Nurs Res.* 1975; 24: 45-52.
117. Mahon P.Y. An analysis of the concept of patient satisfaction as it relates to contemporary nursing care. *J Adv Nurs.* 1996; 24(6): 1241-1248.
118. Łukomska A., Nowakowska I. Satysfakcja pacjenta jako wskaźnik jakości usług zdrowotnych. *Pielęg Pol.* 2011; 2(40): 102-105.
119. Pascoe G.C. Patient satisfaction in primary health care. *Evaluation Program Planning.* 1983; 6: 185-210.
120. American Nurses Association: ANA Indicator History. [dok. elektr.] <http://www.nursingworld.org>, (dostęp 12.02.2018).
121. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015. [dok. elektr.] [http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/zal\\_urm\\_npz\\_90\\_15052007p.pdf](http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zal_urm_npz_90_15052007p.pdf) (dostęp 10.12.2019).
122. Maxwell R.J. Quality assessment in health. *Br Med J.* 1984; 288(6428): 1470-1472.
123. Hanefeld J., Powell-Jackson T., Balabanova D. Understanding and measuring quality of care: dealing with complexity. *Bull World Health Organ.* 2017; 95(5): 368-374.
124. Tang W.M., Soong C.Y., Lim W.C. Patient satisfaction with nursing care: a descriptive study using interaction model of client health behavior. *Int J Nurs Sci.* 2013; 3(2): 51-56.
125. Otani K., Kurz R.S. The impact of nursing care and other healthcare attributes on hospitalized patient satisfaction and behavioural intentions. *J Healthc Manag.* 2004; 49(3): 181-197.
126. Lemke R.W. Identifying consumer satisfaction through patient surveys. *Health Prog.* 1987; 68(2): 56-58.
127. Parveen K., Hussain K., Afzal M., Gilani S.A. Determining the association of eight Commitment human resource practices with nurses' compassionate care behaviour: a cross-sectional investigation. *J Nurs Manag.* [opublikowano online jako ahead of print 28.11.2019, doi.org/10.1111/jonm.12904].
128. Smoleń, E., Ksykiewicz-Dorota, A. Satisfaction with chosen elements of nursing care at the department of paediatrics. *Przeds Zarz.* 2014; 15(12): 215-228.

129. Hosseinian M., Mirbagher Ajorpaz N., Esalat Manesh S. Mothers' satisfaction with two systems of providing care to their hospitalized children. *Iran Red Crescent Med J.* 2015; 17(2): e23333.
130. Kruszecka-Krówka A., Smoleń E., Cepuch G., Piskorz-Ogórek K., Perek M., Gniadek A. Determinants of parental satisfaction with nursing care in paediatric wards - a preliminary report. *Int J Environ Res Public Health.* 2019; 16(16): 284.
131. Kinder F.D. Parents' perception of satisfaction with pediatric nurse practitioners' care and parental intent to adhere to recommended health care regimen. *Pediatr Nurs.* 2016; 42(3): 138-144.
132. Johansson P., Oléni M., Fridlund B. Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scand J Caring Sci.* 2002;16(4): 337-344.
133. Gutysz-Wojnicka A., Dyk D. Adaptacja polskiej wersji The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale(NSNS). *Probl Pielęg.* 2007; 15(2-3): 133-138.
134. Lenartowicz H. Zarządzanie jakością w pielęgniarstwie. CEM, Warszawa, 1998.
135. Aiken L.H., Clarke S.P., Sloane D.M., Lake E.T., Cheney T. Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *J Nurs Adm.* 2009; 39(7-8 Suppl): 45-51.
136. Smoleń E., Ksykiewicz-Dorota A. Przegląd narzędzi stosowanych w pomiarze satysfakcji rodziców/opiekunów z opieki w pediatrii. *Prz Pediatr.* 2013; 43(1): 30-34.
137. Latour J.M., Hazelzet J.A., Duivenvoorden H.J., van Goudoever J.B. Construction of a parent satisfaction instrument: perceptions of paediatric intensive care nurses and physicians. *J Crit Care.* 2009; 24(2): 255-266.
138. Fidanci B.E., Arslan F., Fidanci K. Parent's Expectations and satisfaction on Paediatrics Clinic. *Transl Med.* 2014; 4(4): 137.
139. Fernando R.R.C., Senanayake M.P. Parental satisfaction with communication provided by different health care personnel at Lady Ridgeway Hospital for Children, Colombo. *Sri Lanka J Child Health.* 2012; 41(4): 180-185.
140. Salmani N., Abbaszadeh A., Rassouli M. Factors creating trust in hospitalized children's mothers towards nurses. *Iran J Pediatr.* 2014; 24(6): 729-738.

141. Franck L.S., Ferguson D., Fryda S., Rubin N. The influence of family accommodation on pediatric hospital experience in Canada. *BMC Health Serv Res.* 2017; 17(1): 561.
142. Uysal G., Cirlak A. The expectations related to nursing and the satisfaction levels of the parents of the children who have acute health problems. *Procedia Soc Behav Sci.* 2014; 152: 435-439.
143. Rosyan Carvalho Andrade R.C., Biaggi Leite A.C.A., de Andrade Alvarenga W., Martimiano R.R., dos Santos C.B., Nascimento L.C. Translation and cultural adaptation of the Needs of Parents Questionnaire (NPQ) to be used in Brazil. *Esc Anna Nery.* 2018; 22(1): e20170104.
144. Budreau G., Chase L. A family-centered approach to the development of a pediatric family satisfaction questionnaire. *Pediatr Nurs.* 1994; 20(6): 604-608.
145. Ygge B.M., Arnetz J.E. Quality of paediatric care: application and validation of an instrument for measuring parent satisfaction with hospital care. *Int J Qual Health Care.* 2001; 13(1): 33-43.
146. Willebrand M., Sjoberg F., Huss F., Sveen J. Parent's perceived quality of pediatric burn care. *J Crit Care.* 2018; 43: 256-259.
147. Tsironi S., Koulierakis G. Factors associated with parents' levels of stress in paediatric wards. *J Child Health Care.* 2018; 22(2): 175-185.
148. Solheim E., Garratt A.M. Parent experiences of inpatient pediatric care in relation to health care delivery and sociodemographic characteristics: results of a Norwegian national survey. *BMC Health Serv Res.* 2013; 13: 512-523.
149. Varni J.W., Quiggens D.L., Ayala G.X. Development of the pediatric hematology/oncology parent satisfaction survey. *Children's Health Care* 2000; 29(4): 243-255.
150. Conner J.M., Nelson E.C. Neonatal intensive care: satisfaction measured from a parent's perspective. *Pediatrics.* 1999; 103(1): 336-349.
151. Jenkinson C., Coulter A., Bruster S. The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. *Int J Qual Health Care.* 2002; 14(5): 353-358.

152. Kinder F.D., Allen L.R. Parents' perception of satisfaction with care from pediatric nurse practitioners instrument. *J Pediatr Health Care*. 2014; 28(2): 128-135.
153. Shields L., Tanner A. Pilot study of a tool to investigate perceptions of family-centered care in different care settings. *Pediatr Nurs*. 2004; 30(3): 189-197.
154. Kleefstra S., Kool R., Zandbelt L., de Haes J. An instrument assessing patient satisfaction with day care in hospitals. *BMC Health Serv Res*. 2012; 12: 125.
155. Latour J.M., Duivenvoorden H.J., Hazelzet J.A., van Goudoever J.B. Development and validation of a neonatal intensive care parent satisfaction instrument. *Pediatr Crit Care Med*. 2012; 13(5): 554-559.
156. Latour J.M., van Goudoever J.B., Duivenvoorden H.J., Albers M.J., van Dam N.A., Dullaart E., van Heerde M., de Neef M., Verlaat C.W., van Vught E.M., Hazelzet J.A. Construction and psychometric testing of the EMPATHIC questionnaire measuring parent satisfaction in the paediatric intensive care unit. *Intensive Care Med*. 2011; 37(2): 310-318.
157. Latour J.M., van Goudoever J.B., Duivenvoorden H.J., van Dam N.A., Dullaart E., Albers M.J., Verlaat C.W., van Vught E.M., van Heerde M., Hazelzet J.A. Perceptions of parents on satisfaction with care in the paediatric intensive care unit: the EMPATHIC study. *Intensive Care Med*. 2009; 35(6): 1082-1089.
158. Pilar Orive F.J., Basabe Lozano J., Lopez Zuniga A., Lopez Fernandez Y.M., Escudero Argaluz J., Latour J.M. Spanish translation and validation of the EMPATHIC-30 questionnaire to measure parental satisfaction in intensive care units. *An Pediatr (Barc)*. 2018; 89(1): 50-57.
159. Witulska K., Migdal M., Sulich E., Piotrowski A., Latour J. The Empathic-30 questionnaire is reliable and valid for Polish pediatric intensive care units. *Eur J Pediatr*. 2016; 175(11): 1575.
160. Mikkelsen G., Rasmussen B., Larsson K. Abstract P-355: Translation of the Danish version of the Empathic-30 questionnaire. *Pediatr Crit Care Med*. 2018; 19(6S): 155-156.
161. Grandjean C., Latour J.M., Cotting J., Fazan M.C., Leteurtre S., Ramelet A.S. Measurement of parent satisfaction in the paediatric intensive care unit - translation, cultural adaptation and psychometric equivalence for the French-speaking version of the Empathic-65 questionnaire. *Intensive Crit Care Nurs*. 2017; 38: 40-45.

162. Smoleń E., Ksykiewicz-Dorota A. Validation of polish version of the questionnaire for evaluation of parents/caregivers satisfaction with nursing care in a paediatric ward. *Med Biol Sci.* 2015; 29(1): 41-46.
163. Mol C., Argent A.C., Morrow B. Parental satisfaction with the quality of care in a South African paediatric intensive care unit. *SAJCC.* 2018; 34(2): 51-58.
164. Gawlik K., Waksmańska W., Łukasik R. Opieka pielęgniarska nad dzieckiem hospitalizowanym w opinii rodziców. *Pielęg XXI w.* 2012; 1(38): 11-14.
165. Jakubczyk M., Sakson A., Krzemkowska A., Charlikowska H., Czerwionka-Szaflarska M. Analiza stosunku chorych dzieci i ich rodziców do hospitalizacji. *Pediatr Pol.* 2004; 78(10): 89-94.
166. Marć M. Zakres komunikowania się pomiędzy pielęgniarką a rodzicami dziecka hospitalizowanego. *Zdr Publ.* 2003; 113(3-4): 249-252.
167. Puczkowska E., Krajewska-Kułak E., Jankowiak B., Wasilewska A., Kułak W. Ocena stopnia zadowolenia matek z opieki na oddziale pediatrycznym. *Pediatr Pol.* 2005; 80(3): 294-298.
168. Sochacka L., Wojtyłko A. Poczucie satysfakcji podopiecznych Oddziału Chirurgii Dziecięcej WCM w Opolu a model opieki funkcjonujący w Oddziale. *Pielęg Zdr Publ.* 2011; 1(1): 19-25.
169. Paszkiewicz-Mes E., Mielczarek J., Głowacka A., Brosowska B. Postawy etyczne pielęgniarek pediatrycznych w opinii rodziców dzieci hospitalizowanych. *Pielęg XXI w.* 2013; 2(43): 29-33.
170. Smoleń E., Ksykiewicz-Dorota A. Nurses' professionalism as a component of evaluation of parents/caregivers satisfaction with nursing care. *Med Pr.* 2015; 66(4): 549-556.
171. Dyk D., Gutysz-Wojnicka A. Satysfakcja chorego z opieki medycznej. [W:] Krajewska-Kułak E., Wrońska I., Kędziora-Kornatowska K. (red.). *Problemy wielokulturowe w medycynie.* PZWL, Warszawa 2010: 190-196.
172. Moczydłowska A., Krajewska-Kułak E., Kózka M., Bielski K., Kulesza-Bronczyk B., Kalandyk H. Oczekiwania chorych wobec personelu pielęgniarskiego. *Probl Pielęg.* 2014; 22(4): 464-470.

173. Abuqamar M., Arabiat D.H., Holmes S. Parents' perceived satisfaction of care, communication and environment of the pediatric intensive care units at a Tertiary Children's Hospital. *J Pediatr Nurs.* 2016; 31(3): e177-184.
174. Leszczyńska A. Oczekiwania rodziców w zakresie jakości usług pielęgniarskich na oddziałach pediatrii. *Probl Pielęg.* 2014; 22(4): 453-458.
175. Gerc K. Cierpienie dziecka przewlekle chorego: oddziaływania psychologiczne wspierające jego rodzinę. *Psychoterapia* 2016; 4(179): 45-56.
176. Bargiel-Matusiewicz K., Ziółkowska N. Style radzenia sobie ze stresem oraz poziom lęku u matek oraz ojców dzieci chorych onkologicznie. *Ann Univ Paedagog Crac. Stud Psychol.* 2015; 8: 24-33.
177. Mastalerz-Migas A., Koczy M., Stelmaszczyk I., Zagórska J., Steciwo A. Jak funkcjonuje rodzina z dzieckiem chorym na nowotwór - doniesienie wstępne. *Fam Med Primary Care Rev.* 2011; 13(2): 185-188.
178. Doupnik S.K., Hill D., Palakshappa D., Worsley D., Bae H., Shaik A., Qiu M.K., Marsac M., Feudtner C. Parent coping support interventions during acute pediatric hospitalizations: a meta-analysis. *Pediatrics* 2017; 140(3): e20164171.
179. Mu P.F., Lee M.Y., Sheng Tung P.C., Huang L.Y., Chen Y.W. The experiences of family members in the year following the diagnosis of a child or adolescent with cancer: a qualitative systematic review. *Database System Rev Implement Rep.* 2015; 13(5): 293-329.
180. Malm-Buatsi E., Aston C.E., Ryan J., Tao Y., Palmer B.W., Kropp B.P., Klein J., Wisniewski A.B., Frimberger D. Mental health and parenting characteristics of caregivers of children with spina bifida. *J Pediatr Urol.* 2015; 11(2): 65.e1-65.e7.
181. Jones C., Reilly C. Parental anxiety in childhood epilepsy: a systematic review. *Epilepsia* 2016; 57(4): 529-537.
182. Reilly C., Atkinson P. Memon A., Jones C., Dabydeen L., Das K.B., Gillberg C., Neville B.G.R., Scott R.C. Symptoms of depression, anxiety, and stress in parents of young children with epilepsy: A case controlled population-based study. *Epilepsy Behav.* 2018; 80: 177-183.

183. Benjamin J.Z., Harbeck-Weber C., Sim L. Pain is a family matter: quality of life in mothers and fathers of youth with chronic pain. *Child Care Health Dev.* 2019; 45(3): 440-447.
184. Matziou V., Vlachioti E., Megapanou E., Ntoumou A., Dionisakopoulou C., Dimitriou V., Tsoumakas K., Matziou, T., Perdikaris P. Perceptions of children and their parents about the pain experienced during their hospitalization and its impact on parents' quality of life. *Jpn J Clin Oncol.* 2016; 46(9): 862-870.
185. Arruda-Colli M.N.F., Bedoya S.Z., Muriel A., Pelletier W., Wiener L. In good times and in bad: what strengthens or challenges a parental relationship during a child's cancer trajectory? *J Psychosoc Oncol.* 2018; 36(5): 635-648.
186. Reilly C., Atkinson P., Memon A., Jones C., Dabydeen L., Das K.B., Cross J.H., Neville B.G.R., Gillberg C., Scott R.C. Parenting stress and perceived stigma in mothers of young children with epilepsy: a case-control study. *Epilepsy Behav.* 2018; 89: 112-117.
187. Somanadhan S., Larkin P.J. Parents' experiences of living with, and caring for children, adolescents and young adults with mucopolysaccharidosis (MPS). *Orphanet J Rare Dis.* 2016; 11(1): 138.
188. Manago B., Davis J.L., Goar C. Discourse in action: parents' use of medical and social models to resist disability stigma. *Soc Sci Med.* 2017; 184: 169-177.
189. Cantwell J., Muldoon O., Gallagher S. The influence of self-esteem and social support on the relationship between stigma and depressive symptomology in parents caring for children with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res.* 2015; 59(10): 948-957.
190. Zhou T., Wang Y., Yi C. Affiliate stigma and depression in caregivers of children with autism spectrum disorders in China: effects of self-esteem, shame and family functioning. *Psychiatry Res.* 2018; 264: 260-265.
191. Dahav P., Sjöström-Strand A. Parents' experiences of their child being admitted to a paediatric intensive care unit: a qualitative study-like being in another world. *Scand J Caring Sci.* 2018; 32(1): 363-370.

192. Reilly C., Taft C., Nelander M., Malmgren K., Olsson I. Health-related quality of life and emotional well-being in parents of children with epilepsy referred for presurgical evaluation in Sweden. *Epilepsy Behav.* 2015; 53: 10-14.
193. Jalenques I., Auclair C., Morand D., Legrand G., Marcheix M., Ramanoel C., Hartmann A., Syndrome de Gilles de La Tourette Study Group, Derost P. Health-related quality of life, anxiety and depression in parents of adolescents with Gilles de la Tourette syndrome: a controlled study. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2017; 26(5): 603-617.
194. Oommen S., Shetty A. Does parental anxiety affect children's perception of pain during intravenous cannulation? *Nurs Child Young People.* [opublikowano online jako ahead of print 28.10.2019, doi: 10.7748/ncyp.2019.e1187].
195. Turner M., Chur-Hansen A., Winefield H., Stanners M. The assessment of parental stress and support in the neonatal intensive care unit using the Parent Stress Scale - Neonatal Intensive Care Unit. *Women Birth.* 2015; 28(3): 252-258.
196. Nassery W., Landgren K. Parents' experience of their sleep and rest when admitted to hospital with their ill child: a qualitative study. *Compr Child Adolesc Nurs.* 2019; 42(4): 265-279.
197. Stremmler R., Adams S., Dryden-Palmer K. Nurses' views of factors affecting sleep for hospitalized children and their families: A focus group study. *Res Nurs Health.* 2015; 38(4): 311-322.
198. Landolt M.A., Ystrom E., Sennhauser F.H., Gnehm H.E., Vollrath M.E. The mutual prospective influence of child and parental post-traumatic stress symptoms in pediatric patients. *J Child Psychol Psychiatry.* 2011; 53(7): 767-774.
199. Als L.C., Picouto M.D., O'Donnell K.J., Nadel S., Cooper M., Pierce C.M., Kramer T., Glover V.A.S., Garralda M.E. Stress hormones and posttraumatic stress symptoms following paediatric critical illness: an exploratory study. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2017; 26(5): 511-519.
200. Dow B.L., Kenardy J.A., Long D.A., Le Brocque R.M. Cognitive/affective factors are associated with children's acute posttraumatic stress following pediatric intensive care. *Psychol Trauma.* 2019; 11(1): 55-63.

201. Chrapek E. Psychologiczne trudności, wsparcie społeczne oraz radzenie sobie ze stresem u rodziców dzieci z chorobą nowotworową. *Psychiatr Psychol Klin.* 2016; 16(1): 27-32.
202. Kichler K., Hnatyszyn M. Rodzina z dzieckiem z chorobą rozrostową układu krwiotwórczego - perspektywa matki. *Psychoonkologia.* 2015; 19(4): 169-174.
203. Cepuch G., Kruszecka-Krówka A. Child's dignity in suffering and death. *Przegl Lek.* 2017; 74(1): 21-24.
204. Shirdelzade S., Ramezanzade E., Gazerani A. Children satisfaction of nursing care by drawing. *Int J Pediatr.* 2014 (supp 4); 2(2-3): 35-39.
205. Marcinowicz L., Abramowicz P., Zarzycka D., Abramowicz M., Konstantynowicz J. How hospitalized children and parents perceive nurses and hospital amenities: a qualitative descriptive study in Poland. *J Child Health Care.* 2016; 20(1): 120-128.
206. Strzelecka A., Nowak-Starz G. Subiektywna ocena pacjentów dotycząca postawy personelu medycznego podstawowej opieki zdrowotnej w świetle satysfakcji z usług medycznych. *Probl Pielęg.* 2015; 23(3): 380-385.
207. Grochans E., Seewald K., Szkup-Jabłońska M., Jurczak A., Augustyniuk K., Grzywacz A., Prociak D., Karakiewicz B. Satysfakcja z opieki pielęgniarskiej pacjentów pielęgnowanych tradycyjnie oraz w systemie Primary Nursing. *Probl Pielęg.* 2011; 19(2): 177-184.
208. Grochans E., Wieder-Huszla S., Jurczak A., Stanisławska M., Janic E., Szych Z. Wsparcie emocjonalne jako wyznacznik jakości opieki pielęgniarskiej. *Probl Hig Epidemiol.* 2009; 90(2): 236-239.
209. Karaca A., Durna Z. Patient satisfaction with the quality of nursing care. *Nurs Open.* 2019; 6(2): 535-545.
210. 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.
211. Vasey J., Smith J., Kirshbaum MN., Chirema K. Tokenism or true partnership: parental involvement in a child's acute pain care. *J Clin Nurs.* 2019; 28(9-10): 1491-1505.

212. Smoleń E., Ksykiewicz-Dorota A. Struktura czasu pracy pielęgniarek pediatrycznych na oddziałach szpitalnych o różnym poziomie referencyjnym. *Med. Pr.* 2017; 68(1): 95-103.
213. Grahn M., Olsson E., Mansson M.E. Interactions between children and pediatric nurses at the emergency department: a Swedish interview study. *J Pediatr Nurs.* 2016; 31(3): 284-292.
214. Shields L. What is “family-centered care”? *EJPCH.* 2015; 3(2): 139-144.
215. Waksmańska W., Łukasik R., Gawlik K., Makowska-Songin J. Oczekiwania rodzin pacjentów a postawy personelu medycznego - analiza na przykładzie Szpitala Pediatrycznego w Bielsku Białej. *Probl Pielęg.* 2012; 20(1): 70-75.
216. Turbiarz A., Babiarczyk B. Obawy dzieci i rodziców przygotowywanych do zabiegu operacyjnego w znieczuleniu ogólnym - przegląd literatury. *Probl Pielęg.* 2015; 23(1): 128-133.
217. Rea K.E., Rao P., Hill E., Savior K.M., Cousino M.K. Families' experiences with pediatric family-centered rounds: a systematic review. *Pediatrics.* 2018; 141(3): e20171883.
218. Willebrand M., Sveen J. Perceived support in parents of children with burns. *Gen Hosp Psychiatry.* 2016; 38: 105-108.
219. Kuo D.Z., Houtrow A.J., Arango P., Kuhlthau K.A., Simmons J.M., Neff J.M. Family-Centered Care: current applications and future directions in pediatric health care. *Matern Child Health.* 2012; 16(2): 297-305.
220. Smith W. Concept analysis of Family-Centered Care of hospitalized pediatric patients. *J Pediatr Nurs.* 2018; 42: 57-64.
221. Bedyńska S., Brzezicka A. Statystyczny drogowskaz. SWPS, Warszawa 2007: 203-207.
222. Bedyńska S., Cypryańska M. Statystyczny drogowskaz 1. SEDNO, Warszawa 2013: 201.
223. Górniak J., Wachnicki J. Pierwsze kroki w analizie danych. SPSS, Kraków 2008: 138-141.

224. Nawojczyk M. Przewodnik po statystyce dla socjologów. SPSS, Kraków 2002: 223.
225. Dunsch F., Evans D.K., Macis M., Wang Q. Bias in patient satisfaction surveys: a threat to measuring healthcare quality. *BMJ Glob Health*. 2018; 3: e000694.
226. Joolae S., Haji Babae F., Peyravi H., Haghani H. Nursing medication errors and its relationship with work condition in Iran University of Medical Sciences. *Iran J Med Ethics Hist Med*. 2010; 3(1): 65-76.
227. Aslanabadi S., Shahbazi S.H. Mothers' satisfaction with nursing care in a Children's Hospital. *Iran J Nurs*. 2014; 26(86): 61-70.
228. Dittman K., Hughes S. Increased nursing participation in multidisciplinary rounds to enhance communication, patient safety, and parental satisfaction. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2018; 30(4): 445-455.e4.
229. Reuter-Rice K., Doser K., Eads J.K., Berndt S. Pediatric traumatic brain injury: families and healthcare team interaction trajectories during acute hospitalization. *J Pediatr Nurs*. 2017; 34: 84-89.
230. Al-Mutair A.S., Plummer V., O'Brien A., Clerehan R. Family needs and involvement in the intensive care unit: a literature review. *J Clin Nurs*. 2013; 22(13-14): 1805-1817.
231. Pomicino L., Maccacari E., Buchini S. Levels of anxiety in parents in the 24 hr before and after their child's surgery: a descriptive study. *J Clin Nurs*. 2018; 27(1-2): 278-287.
232. Sigurdardottir A.O., Garwick A.W., Svavarsdottir E.K. The importance of family support in pediatrics and its impact on healthcare satisfaction. *Scan J Caring Sci*. 2017; 31(2): 241-252.
233. Kruszecka-Krówka A., Gniadek A., Jonas A. Problemy rodziców w opiece nad dzieckiem przedwcześnie urodzonym po wypisie ze szpitala. *Pielęg Zdr Publ*. 2018; 8(2): 97-104.
234. Aftyka A., Rozalska-Walaszek I., Wróbel A., Bednarek A., Dąbek K., Zarzycka D. Support provided by nurses to parents of hospitalized children - cultural adaptation and validation of Nurse Parent Support Tool and initial research results. *Scand J Caring Sci*. 2017; 31(4): 1012-1021.

235. Rosenberg R.E., Klejmont L., Gallen M., Fuller J., Dugan C., Budin W., Olsen-Gallagher I. Making Comfort Count: Using Quality Improvement to Promote Pediatric Procedural Pain Management. *Hosp Pediatr*. 2016; 6(6): 359-368.
236. Thorsell Cederberg J., Weineland Strandskov S., Dahl J., Ljungman G. Parents' relationship to pain during children's cancer treatment - a preliminary validation of the Pain Flexibility Scale for Parents. *J Pain Res*. 2017; 10: 507-514.
237. Byczkowski T.L., Fitzgerald M., Kennebeck S., Vaughn L., Myers K., Kachelmeyer A., Timm N. A comprehensive view of parental satisfaction with pediatric emergency department visits. *Ann Emerg Med*. 2013; 62(4): 340-350.
238. Cepuch G., Kruszecka-Krówka A. Selected traumatic factors and their impact on ill newborns in hospital conditions - part II. Pain and touch. *Probl Pielęg*. 2019; 27(1): 1-5.
239. Łukasik R., Woś H. Postawy personelu medycznego wobec pobytu rodziców w szpitalu wraz z chorym dzieckiem. *Probl Pielęg*. 2009; 19(2): 98-104.
240. Legrow K., Hodnett E., Stremler R., Cohen E., Victor J.C. Psychometric testing of the family satisfaction with decision making subscale (FS-ICU/DM) in an acute care pediatric hospital setting. *EJPCH*. 2014; 2(3): 383-392.
241. Ursin L., Syltern J. In the best interest of the parents: Norwegian health personnel on the proper role of parents in neonatal decision-making. *Pediatrics*. 2018; 142(Suppl 1): S567-S573.
242. Ding X., Zhu L., Zhang R., Wang L., Latour J.M. Effects of family-centered care interventions on preterm infants in neonatal intensive care units: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Aust Crit Care*. 2019; 32(1): 63-75.
243. Kazimierzak M., Grzymała-Turzańska B., Kobiółka A. Specyfika opieki nad nieletnim pacjentem w oddziale chirurgii dziecięcej. *Pielęg Pol*. 2016; 3(61): 403-414.
244. Ziviani J., Darlington Y., Feeney R., Rodger S., Watter P. Early intervention services of children with physical disabilities: complexity of child and family needs. *Aust Occup Ther J*. 2014; 61(2): 67-75.
245. Pype P., Wens J., Stes A., Grypdonck M., Eynden B.V., Deveugele M. Patients' nursing records revealing opportunities for interprofessional workplace learning in primary care: a chart review study. *Educ Health*. 2014; 27(1): 89-92.

246. Hosseinian M., Shahshahani M.S., Adib-Hajbagheri M. Mothers satisfaction of hospital care in the pediatric ward of Kashan Shahid Beheshti hospital during 2010-11. *Feyz J Kashan Univ Med Sci.* 2011; 15(2): 153-160.
247. Shafer J.S., Jenkins B.N., Fortier M.A., Stevenson R.S., Hikita N., Zuk J., Gold J.I., Golianu B., Kaplan S.H., Mayes L., Kain Z.N. Parental satisfaction of child's perioperative care. *Paediatr Anaesth.* 2018; 28(11): 955-962.
248. Nurliza I., Norzi G., Azlina A., Hashimah I., Sabzah M.H. Daycare tonsillectomy: a safe outpatient procedure. Hospital Sultanah Bahiyah, Alor Setar Malaysia experience. *Med J Malaysia.* 2011; 66(5): 474-478.
249. Brenner M., Larkin P.J., Hilliard C., Cawley D., Howlin F., Connolly M. Parents' perspectives of the transition to home when a child has complex technological health care needs. *Int J Integr Care.* 2015; 15: e035.
250. Elebute O.A., Ademuyiwa A.O., Seyi-olajide J.O., Bode C.O. An audit of parental satisfaction of pediatric day case surgery at the Lagos University Teaching Hospital. *J Clin Sci.* 2014; 11(2): 44-46.
251. Foster M., Whitehead L., Arabiat D., Frost L. Parents' and staff perceptions of parental needs during a child's hospital admission: an Australian study. *J Pediatr Nurs.* 2018, 43: e2-e9.
252. Divecha C., Tullu M., Deshmukh C., Minocha N. Assessment of parental satisfaction in a pediatric intensive care unit in a tertiary care centre. *Pediatr Crit Care Med.* 2018; 19(6S): 254.
253. Sharew N.T., Bizuneh H.T., Assefa H.K., Habtewold T.D. Investigating admitted patients' satisfaction with nursing care at Debre Berhan Referral Hospital in Ethiopia: a cross-sectional study. *BMJ Open.* 2018; 8(5): e021107.
254. van Meijel E.P., Gigengack M.R., Verlinden E., Opmeer B.C., Heij H.A., Goslings J.C., Bloemers F.W., Luitse J.S., Boer F., Grootenhuis M.A., Lindauer R.J. Predicting posttraumatic stress disorder in children and parents following accidental child injury: evaluation of the Screening Tool for Early Predictors of Posttraumatic Stress Disorder (STEPP). *BMC Psychiatry.* 2015; 15: 113.
255. Bartik K., Toruner E.K. Effectiveness of a preoperative preparation program on children's emotional states and parental anxiety. *J Perianesth Nurs.* 2018; 33(6): 972-980.

256. Schmidt S., Thyen U., Chaplin J., Mueller-Godeffroy E., Bullinger M. European DISABKIDS Group. Healthcare needs and healthcare satisfaction from the perspective of parents of children with chronic conditions: The DISABKIDS approach towards instrument development. *Child Care Health Dev.* 2008; 34(3): 355-366.
257. Al-Abri R., Al-Balushi A. Patient satisfaction survey as a tool towards quality improvement. *Oman Med J.* 2014; 29(1): 3-7.
258. Chen Q., Beal E.W., Okunrintemi V., Cerier E., Paredes A., Sun S., Olsen G., Pawlik T.M. The association between patient satisfaction and patient-reported health outcomes. *JPE.* 2018; 6(3): 1-9.
259. Tavallali A.G., Jirwe M., Kabir Z.N. Cross-cultural care encounters in paediatric care: minority ethnic parents' experiences. *Scand J Caring Sci.* 2017; 31(1): 54-62.
260. Nagarajan N., Rahman S., Boss E.F. Are there racial disparities in family-reported experiences of care in inpatient pediatrics? *Clin Pediatr.* 2017; 56(7): 619-626.

## Wykaz tabel

Tab. I. Wybrane przyczyny hospitalizacji dzieci w Polsce w 2016 r.....	15
Tab. II. Wybrane przyczyny hospitalizacji dzieci w Polsce w 2017 r. ....	17
Tab. III. Udział rodziców w badaniu w poszczególnych szpitalach .....	59
Tab. IV. Zróżnicowanie badanych ze względu na poziom zabezpieczenia zdrowotnego szpitali .....	60
Tab. V. Charakterystyka badanej grupy.....	61
Tab. VI. Wiek rodziców uczestniczących w badaniu .....	61
Tab. VII. Zmienne dotyczące hospitalizowanych dzieci .....	62
Tab. VIII. Wiek hospitalizowanych dzieci.....	62
Tab. IX. Czas hospitalizacji dzieci.....	63
Tab. X. Satysfakcja rodziców z opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem.....	63
Tab. XI. Satysfakcja rodziców w zakresie kryterium <i>Informacja</i> .....	64
Tab. XII. Satysfakcja rodziców w zakresie kryterium <i>Opieka i leczenie</i> .....	65
Tab. XIII. Satysfakcja rodziców w zakresie kryterium <i>Dostępność</i> .....	66
Tab. XIV. Satysfakcja rodziców w zakresie kryterium <i>Uczestnictwo/Udział rodziców w opiece</i> .....	67
Tab. XV. Satysfakcja rodziców w zakresie kryterium <i>Profesjonalizm/Profesjonalne podejście</i> .	68
Tab. XVI. Satysfakcja rodziców z opieki pielęgniarskiej w poszczególnych szpitalach .....	70
Tab. XVII. Satysfakcja rodziców z opieki w Sanoku oraz pozostałych szpitalach .....	72
Tab. XVIII. Satysfakcja rodziców z opieki w Krośnie oraz pozostałych szpitalach .....	73
Tab. XIX. Satysfakcja rodziców z opieki w Brzozowie oraz pozostałych szpitalach .....	74
Tab. XX. Satysfakcja rodziców z opieki w Olsztynie oraz pozostałych szpitalach.....	75
Tab. XXI. Satysfakcja rodziców z opieki w Rzeszowie oraz pozostałych szpitalach .....	76
Tab. XXII. Satysfakcja rodziców z opieki w Krakowie I oraz pozostałych szpitalach .....	77
Tab. XXIII. Satysfakcja rodziców z opieki w Krakowie II oraz pozostałych szpitalach .....	78
Tab. XXIV. Satysfakcja rodziców z opieki a poziom zabezpieczenia zdrowotnego szpitala .....	80
Tab. XXV. Satysfakcja rodziców z opieki w oddziałach niezabiegowych i zabiegowych .....	82
Tab. XXVI. Satysfakcja rodziców z opieki a okres rozwojowy hospitalizowanych dzieci.....	84
Tab. XXVII. Hospitalizacje dzieci w poszczególnych okresach rozwojowych w szpitalach objętych badaniem.....	86
Tab. XXVIII. Satysfakcja rodziców z opieki a tryb przyjęcia dzieci do szpitala .....	87
Tab. XXIX. Tryb przyjęcia dzieci do szpitala w poszczególnych szpitalach .....	88

Tab. XXX. Satysfakcja rodziców z opieki a przyczyna hospitalizacji dzieci.....	90
Tab. XXXI. Przyczyny hospitalizacji dzieci w poszczególnych szpitalach .....	93
Tab. XXXII. Satysfakcja rodziców z opieki a obecność chorób współistniejących u dzieci .....	94
Tab. XXXIII. Satysfakcja rodziców z opieki a czas hospitalizacji dziecka.....	95
Tab. XXXIV. Czas hospitalizacji dzieci w poszczególnych szpitalach.....	97
Tab. XXXV. Satysfakcja rodziców z opieki a liczba hospitalizacji dziecka .....	98
Tab. XXXVI. Pierwsze i kolejne hospitalizacje w poszczególnych szpitalach .....	99
Tab. XXXVII. Satysfakcja z opieki a płeć rodziców .....	100
Tab. XXXVIII. Udział kobiet i mężczyzn w badaniu w poszczególnych szpitalach .....	101
Tab. XXXIX. Satysfakcja z opieki a wiek rodziców .....	102
Tab. XL. Udział rodziców w badaniu w poszczególnych szpitalach według kategorii wiekowych .....	103
Tab. XLI. Satysfakcja z opieki a miejsce zamieszkania rodziców .....	104
Tab. XLII. Satysfakcja z opieki a wykształcenie rodziców .....	105
Tab. XLIII. Udział rodziców w badaniu według poziomu wykształcenia.....	106
Tab. XLIV. Satysfakcja rodziców z opieki a liczba posiadanych dzieci .....	107
Tab. XLV. Udział rodziców w badaniu według liczby posiadanych dzieci .....	109
Tab. XLVI. Ogólna satysfakcja rodziców z opieki a poziom satysfakcji w kryteriach głównych .....	110
Tab. XLVII. Ogólna satysfakcja rodziców z opieki a poziom satysfakcji w kryteriach głównych w poszczególnych szpitalach .....	112

### Wykaz rycin

Ryc. 1. Uproszczone nazwy szpitali przyjęte w opisie materiału badawczego .....	53
Ryc. 2. Zróznicowanie szpitali ze względu na poziom zabezpieczenia zdrowotnego .....	54
Ryc. 3. Udział rodziców w badaniu w poszczególnych szpitalach .....	59
Ryc. 4. Udział rodziców w badaniu według poziomów zabezpieczenia zdrowotnego szpitali ....	60

## Aneks

1. Tab. XVIIA. Satysfakcja z opieki w zakresie kryteriów szczegółowych w poszczególnych szpitalach
2. Tab. XVIIIA. Satysfakcja z opieki w zakresie kryteriów szczegółowych w Sanoku oraz pozostałych szpitalach
3. Tab. XVIIIA. Satysfakcja z opieki w zakresie kryteriów szczegółowych w Krośnie oraz pozostałych szpitalach
4. Tab. XIXA. Satysfakcja z opieki w zakresie kryteriów szczegółowych w Brzozowie oraz pozostałych szpitalach
5. Tab. XXA. Satysfakcja z opieki w zakresie kryteriów szczegółowych w Olsztynie oraz pozostałych szpitalach
6. Tab. XXI A. Satysfakcja z opieki w zakresie kryteriów szczegółowych w Rzeszowie oraz pozostałych szpitalach
7. Tab. XXII A. Satysfakcja z opieki w zakresie kryteriów szczegółowych w Krakowie I oraz pozostałych szpitalach
8. Tab. XXIII A. Satysfakcja z opieki w zakresie kryteriów szczegółowych w Krakowie II oraz pozostałych szpitalach
9. Tab. XXIV A. Satysfakcja rodziców z opieki w kryteriach szczegółowych a poziom zabezpieczenia zdrowotnego szpitala
10. Tab. XXV A. Satysfakcja rodziców z opieki w kryteriach szczegółowych a rodzaj oddziału
11. Tab. XXVI A. Satysfakcja rodziców z opieki w kryteriach szczegółowych a okres rozwojowy hospitalizowanych dzieci
12. Tab. XXVII A. Satysfakcja rodziców z opieki w kryteriach szczegółowych a tryb przyjęcia dzieci do szpitala
13. Tab. XXVIII A. Satysfakcja rodziców z opieki w kryteriach szczegółowych a przyczyna hospitalizacji dzieci
14. Tab. XXIX A. Satysfakcja rodziców z opieki w kryteriach szczegółowych a obecność chorób współistniejących u dzieci

15. Tab. XXXA. Satysfakcja rodziców z opieki w kryteriach szczegółowych a czas hospitalizacji dzieci
16. Tab. XXXIA. Satysfakcja rodziców z opieki w kryteriach szczegółowych w pierwszej oraz kolejnych hospitalizacjach
17. Tab. XXXIIA. Satysfakcja rodziców z opieki w kryteriach szczegółowych a płeć rodziców
18. Tab. XXXIIIA. Satysfakcja rodziców z opieki w kryteriach szczegółowych a wiek rodziców
19. Tab. XXXIVA. Satysfakcja rodziców z opieki w kryteriach szczegółowych a miejsce zamieszkania rodziców
20. Tab. XXXVA. Satysfakcja z opieki w kryteriach szczegółowych a wykształcenie rodziców
21. Tab. XXXVIA. Satysfakcja rodziców z opieki w kryteriach szczegółowych a liczba posiadanych dzieci
22. Standaryzowany kwestionariusz oceny poziomu zadowolenia rodziców/opiekunów z opieki pielęgniarskiej - „*Empathic*” Latoura i wsp. w adaptacji Ewy Smoleń i Anny Ksykiewicz-Dorota
23. Zgoda Komisji Bioetycznej UJ na realizację badania (nr 122.6120.254.2016)
24. Przedłużenie zgody Komisji Bioetycznej UJ na realizację badania











































## Załącznik nr 22

J. M. Latour, J. A. Hazelzet, H. J. Duivenvoorden, J. B. van Goudoever  
**STANDARYZOWANY KWESTIONARIUSZ ANKIETY SATYSFAKCJI  
RODZICÓW/OPIEKUNÓW Z OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ NA ODDZIALE PEDIATRII**  
Adaptacja: E. Smoleń, A. Ksykiewicz-Dorota

Szanowna Pani Szanowny Panie,

W tabeli przedstawiono elementy opieki realizowane przez pielęgniarki. Proszę określić w jakim stopniu jest Pani/Pan usatysfakcjonowana/y z opieki pielęgniarskiej w czasie pobytu dziecka na oddziale Pediatrii. Oceny proszę dokonać w skali od 1 do 5. Pierwszy stopień „1” oznacza „jestem bardzo niezadowolona/niezadowolony” a najwyższy „5” „jestem bardzo zadowolona/ zadowolony”. Wybraną odpowiedź odzwierciedlającą Pani/Pana ocenę proszę oznaczyć kółkiem lub krzyżykiem.

Lp.	Elementy opieki	Ocena				
<b>I. Informacja</b>						
1.	Pielęgniarka informowała o zasadach pielęgnowania dziecka	1	2	3	4	5
2.	Pielęgniarka nie podawała sprzecznych informacji	1	2	3	4	5
3.	Pielęgniarka informowała zrozumiale i rzeczowo	1	2	3	4	5
4.	Pielęgniarka informowała o zmianach w pielęgnowaniu dziecka	1	2	3	4	5
5.	Pielęgniarka informowała codziennie o pielęgnowaniu dziecka	1	2	3	4	5
6.	Pielęgniarka przekazała informacje w odpowiednim czasie o pielęgnowaniu dziecka	1	2	3	4	5
7.	Pielęgniarka zapoznała z zasadami funkcjonowania oddziału	1	2	3	4	5
8.	Pielęgniarka informowała o godzinach odwiedzin	1	2	3	4	5
<b>II. Opieka i leczenie</b>						
1.	Pielęgniarka była wyczulona na komfort dziecka	1	2	3	4	5
2.	Pielęgniarka niezwłocznie reagowała na zmiany stanu dziecka	1	2	3	4	5
3.	Pielęgniarka uczestniczyła w zapobieganiu/łagodzeniu dolegliwości bólowych	1	2	3	4	5
4.	Pielęgniarka podawała lek w odpowiednim czasie	1	2	3	4	5
5.	Pielęgniarka posiadała wiedzę dotyczącą stanu bio-psycho-społecznego dziecka	1	2	3	4	5
6.	Pielęgniarka zapewniała wsparcie emocjonalne	1	2	3	4	5

Lp.	Elementy opieki	Ocena				
<b>I. Informacja</b>						
7.	Pielęgniarka zapewniła wsparcie duchowe	1	2	3	4	5
8.	Pielęgniarka wykazała się troskliwym podejściem do rodziców/opiekunów	1	2	3	4	5
9.	Pielęgniarka przygotowała do opieki w domu po wypisie z oddziału	1	2	3	4	5
<b>III. Dostępność</b>						
1.	Pielęgniarka była dostępna dla dziecka w miarę potrzeb	1	2	3	4	5
2.	Pielęgniarka była dostępna dla rodziców/opiekunów w miarę potrzeb	1	2	3	4	5
<b>IV. Uczestnictwo / Udział rodziców</b>						
1.	Rodzice współpracowali z zespołem pielęgniarskim	1	2	3	4	5
2.	Pielęgniarka przygotował rodziców/opiekunów do opieki nad dzieckiem	1	2	3	4	5
3.	Pielęgniarka pytała o oczekiwania rodziców/opiekunów dotyczące opieki nad dzieckiem	1	2	3	4	5
4.	Pielęgniarka zachęcała rodziców/opiekunów do bycia blisko dziecka w trakcie hospitalizacji	1	2	3	4	5
5.	Rodzice/opiekunowie aktywnie uczestniczyli w podejmowaniu decyzji dotyczących opieki ich dziecka	1	2	3	4	5
6.	Pielęgniarka stymulowała rodziców/opiekunów do przebywania dzieckiem w czasie badań i czynności pielęgnacyjnych	1	2	3	4	5
<b>V. Profesjonalizm / Profesjonalne podejście</b>						
1.	Widoczna była współpraca w zespole pielęgniarsko-lekarskim	1	2	3	4	5
2.	Rodzice/opiekunowie wiedzieli, która pielęgniarka opiekuje się ich dzieckiem	1	2	3	4	5
3.	Pielęgniarka przedstawiła się z imienia i nazwiska	1	2	3	4	5
4.	Praca pielęgniarki na dyżurze była dobrze zorganizowana	1	2	3	4	5
5.	Praca zespołu pielęgniarskiego zapewniła dziecku poczucie bezpieczeństwa	1	2	3	4	5
6.	Najbliższe otoczenie dziecka było czyste	1	2	3	4	5
7.	Informacje pisemne dotyczące zasad funkcjonowania oddziału były w miejscu dostępnym dla rodziców	1	2	3	4	5
8.	Godziny odwiedzin na oddziale były elastyczne	1	2	3	4	5
9.	Zakwaterowanie dla rodziców/opiekunów w pobliżu oddziału było zapewnione	1	2	3	4	5
10.	Pielęgniarka zapewniła opiekę wysokiej jakości niezależnie od rasy, wyznania, płci, wykształcenia	1	2	3	4	5
11.	Pielęgniarka chroniła prywatność dziecka	1	2	3	4	5
12.	Pielęgniarka chroniła prywatność rodziców/opiekunów	1	2	3	4	5
13.	Pielęgniarka odnosiła się z szacunkiem do rodziców/opiekunów	1	2	3	4	5

Lp. Elementy opieki		Ocena				
<i>I. Informacja</i>						
14.	Pielęgniarka powstrzymywała się od zbędnych dyskusji przy łóżku dziecka	1	2	3	4	5
15.	Pielęgniarka wykazywała empatię dziecku	1	2	3	4	5
16.	Pielęgniarka wykazywała empatię rodzicom/opiekunom	1	2	3	4	5
17.	Pielęgniarka mile witała rodziców/opiekunów przy przyjęciu/odwiedzinach	1	2	3	4	5
18.	Zmiana atmosfery w pracy nie wpływała na poziom świadczonych usług pielęgniarki wobec dziecka	1	2	3	4	5
19.	Zdrowie dziecka było najwyższym priorytetem dla pielęgniarki	1	2	3	4	5
20.	Miejsce na dodatkowe uwagi rodziców/opiekunów .....	1	2	3	4	5

1. Rok oraz miesiąc urodzenia dziecka 

					-		
--	--	--	--	--	---	--	--
2. Liczba dzieci w rodzinie .....
3. Pobyt Dziecka na Oddziale Pediatrii
- a. Liczba pobytów (*ostatnie 12 m-cy*) .....
  - b. Czas pobytu ..... (*w tygodniach*) / ..... (*w dniach*)
4. Rozpoznanie kliniczne (*choroby*) .....
5. Choroby współistniejące .....
6. Tryb przyjęcia
- a. Nagły
  - b. Planowy
  - c. Inny:
    - Przeniesienie z innego oddziału szpitalnego (*jakiego?*) .....
    - Przeniesienie z innego zakładu opieki zdrowotnej (*jakiego?*) .....
7. Przyczyna hospitalizacji:
- a. Zaostrzenie choroby przewlekłej
  - b. Nagłe zachorowanie
  - c. Uraz
  - d. Wypadek (*komunikacyjny, zatrucie niezamierzone, katastrofa, wypadek w gospodarstwie, wypadek w domu itp.*)
  - e. Samouszkodzenie
  - f. Inne .....
8. Płeć rodzica/opiekuna
- a. Kobieta
  - b. Mężczyzna
9. Wiek rodzica/opiekuna .....
10. Opiekun
- a. Rodzice
  - b. Dziakowie
  - c. Rodzina
  - d. Inne .....
11. Wykształcenie rodzica/opiekuna
- a. Wyższe
  - b. Średnie
  - c. Zawodowe
  - d. Podstawowe
12. Miejsce zamieszkania rodzica/opiekuna
- a. Wieś
  - b. Miasto do 20 tys. mieszkańców
  - c. Miasto od 20 tys. do 50 tys. mieszkańców
  - d. Miasto od 50 do 100 tys. mieszkańców
  - e. Miasto powyżej 100 tys. mieszkańców

**OPINIA**

**nr 122.6120.254.2016 z dnia 29 września 2016 roku**



UNIWERSYTET  
JAGIELLOŃSKI  
W KRAKOWIE

Na zebraniu w dniu 29 września 2016 r. Komisja zapoznała się z wnioskiem z dnia 12 września 2016 r. złożonym:

przez kierownika tematu: **mgr Agnieszka Kruszecka - Krówka**  
zatrudnionego w: **Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego**  
**Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa UJCM**  
**31 – 501 Kraków, ul. Kopernika 25**

oraz jego merytorycznym uzasadnieniem dotyczącym przeprowadzenia eksperymentu medycznego pt. „Ocena zadowolenia rodziców z opieki zespołu pielęgniarskiego nad dzieckiem w oddziałach pediatrycznych”.

Komisja Bioetyczna

Uniwersytetu

Jagiellońskiego

Do wniosku dołączono:

1. Protokół badania.
2. Lista piśmiennictwa.
3. Standaryzowany kwestionariusz ankiety satysfakcji rodziców/opiekunów z opieki pielęgniarskiej na oddziale pediatrii.
4. Zgoda autorów na użycie kwestionariusz w polskiej wersji językowej.
5. Informacja dla uczestnika badania.
6. Deklaracja świadomej zgody na udział w badaniu.
7. Deklaracja zgody na przetwarzanie danych osobowych.
8. Życiorys naukowy Wnioskodawcy.
9. Oświadczenie o realizacji projektu w ramach prac badawczych UJ/UJCM.

Komisja wyraża pozytywną opinię w sprawie przeprowadzenia wnioskowanych badań - na warunkach określonych we wniosku oraz dodatkowo zastrzegając:

- 1/ obowiązek uzyskania pisemnej zgody każdej osoby wyrażającej wolę (gotowość) udziału w danym eksperymencie, zgodnie z obowiązującym przepisami,
- 2/ obowiązek przedstawienia Komisji:
  - wszystkich zmian w protokole mających wpływ na przebieg oraz ocenę badania,
  - zawiadomienia o przyczynach przedwczesnego zakończenia badania,
  - sprawozdania w toku przeprowadzanych badań - co sześć miesięcy,
  - raportu końcowego,
- 3/ warunek zamieszczenia w formularzu wniosku informacji o specjalizacji i miejscu pracy członków zespołu badawczego,
- 4/ warunek zamieszczenia w „deklaracja świadomej zgody na udział w badaniu” informacji zapewniającej pacjenta o braku wpływu decyzji o rezygnacji z udziału w badaniu na opiekę medyczną,
- 5/ warunek przedłożenia Komisji przed rozpoczęciem badania pisemnej zgody kierowników/dyrektorów szpitali uczestniczących w badaniu na jego przeprowadzenie.

**Badanie może być prowadzone do dnia 29 września 2017 roku.**

**Skład i działania Komisji zgodne z GCP oraz wymogami lokalnymi. Lista członków Komisji biorących udział w posiedzeniu stanowi załącznik do niniejszego dokumentu.**

Kraków, dnia 29 września 2016 r.

Przewodniczący  
Komisji Bioetycznej UJ

Prof. dr hab. n. med. Piotr Thor

OPINIA KOMISJI BIOETYCZNEJ UJ  
DO WYŁĄCZNEGO WYKORZYSTANIA  
DLA CELÓW STATUTOWYCH  
UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO

ul. Grzegorzewska 20

PL 31-531 Kraków

tel. +48 (12) 433 27 39

kbet@cm-uj.krakow.pl

www.kbet.cm-uj.krakow.pl

## AKCEPTACJA

dot. opinii nr: 122.6120.254.2016 z dnia 29 września 2016 roku

### TYTUŁ BADANIA:

„Ocena zadowolenia rodziców z opieki zespołu pielęgniarskiego nad dzieckiem w oddziałach pediatrycznych”

### WNIOSKODAWCA:

mgr Agnieszka Kruszecka-Krówka  
Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego  
Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa UJCM  
Wydział Nauk o Zdrowiu  
31-501 Kraków, ul. Kopernika 25

### PRZEDSTAWIONE DOKUMENTY:

Wniosek z dnia 13 września 2017 r. dotyczący wyrażenia zgody Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego na **przedłużenie badania do 29 września 2019 r.**

Komisja Bioetyczna Uniwersytetu Jagiellońskiego na posiedzeniu w dniu 28 września 2017 r., po zapoznaniu się z wyżej wymienionym dokumentem, pozytywnie zaopiniowała zgłoszoną poprawkę.

### Lista członków Komisji Bioetycznej biorących udział w posiedzeniu:

Przewodniczący: Prof. dr hab. n. med. Piotr Thor (urologia) - Katedra Patofizjologii UJ CM,

#### Członkowie:

Mgr Leszek Kądziela (radca prawny),  
Dr n. med. Stefan Bednarz (internista/przedstawiciel Okręgowej Rady Lekarskiej) - Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii UJ CM,  
Dr n. med. Barbara Groszek (lekarz internista/toksykolog),  
Prof. dr hab. n. med. Grażyna Bochenek (internista/alergolog/pulmonolog) - II Katedra Chorób Wewnętrznych UJ CM,  
Prof. dr hab. med. Roman Pfitzner (chirurg ogólny/kardiochirurg) - Klinika Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii UJ CM,  
Dr n. med. Teresa Pawlik (internista/lekarz rodzinny) - Przychodnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Szpital Uniwersytecki w Krakowie,  
Dr n. med. Bartosz Grabski (psychiatra/seksuolog) - Katedra Psychiatrii UJ CM,  
Jolanta Kopeć (położna) - Specjalistyczne Centrum Diagnostyczno-Zabiegowe MEDICINA 2000 Sp. z o.o. w Krakowie,  
Prof. dr hab. n. med. Andrzej Surdacki (internista) - II Klinika Kardiologii UJ CM.

Kraków, 28 września 2017 r.

Przewodniczący  
Komisji Bioetycznej UJ  
  
prof. dr hab. n. med. Piotr Thor

OPINIA KOMISJI BIOETYCZNEJ UJ  
DO WYŁĄCZNEGO WYKORZYSTANIA  
DLA CELÓW STATUTOWYCH  
UNIwersytetu Jagiellońskiego



UNIwersytet  
JAGIELLOŃSKI  
W KRAKOWIE

Komisja Bioetyczna

Uniwersytetu

Jagiellońskiego

ul. Podwale 3/5

PL 31-118 Kraków

tel. +48 506 836 972

+48 512 749 464

kbet@cm-uj.krakow.pl

www.kbet.cm-uj.krakow.pl