

OCENA ZADOWOLENIA PACJENTÓW ZE ZNIECZULENIA STOSOWANEGO DO ZABIEGU CHIRURGICZNEGO

Grading of satisfaction from general anaesthesia used for surgery operation

Daria Schneider-Matyka¹, Dorota Jarecka², Małgorzata Starczewska¹

¹Zakład Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

²Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2020; 3: 112–117

Praca wpłynęła: 11.02.2020, przyjęto do druku: 9.04.2020

Adres do korespondencji:

dr Daria Schneider-Matyka, Zakład Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny, ul. Żołnierska 48, 71-210 Szczecin,

e-mail: daria.schneidermatyka@gmail.com

Streszczenie

Wstęp: Troska o jakość świadczonych usług medycznych wiąże się z możliwością poprawy satysfakcji pacjentów. Ze względu na subiektywność odczuć ocena zadowolenia stanowi duże wyzwanie, badanie poziomu zadowolenia pacjenta ze znieczulenia do zabiegu jest jednak istotnym narzędziem do zgromadzenia informacji o mocnych i słabych stronach opieki szpitalnej. Celem badań była ocena zadowolenia pacjentów ze znieczulenia z uwzględnieniem zmiennych socjodemograficznych w wybranych aspektach.

Materiał i metody: Badaniem objęto 217 operowanych pacjentów oddziałów chirurgicznych i ginekologicznych. Większość stanowiły kobiety – 79,6%. Średnia wieku wynosiła 46,69 lat (przedział wiekowy 18–86 lat). W pracy badawczej wykorzystano standaryzowany kwestionariusz ankiety *Polskiej skali satysfakcji ze znieczulenia* (PSSZ).

Wyniki: Satysfakcja ze znieczulenia lokuje się między zadowoleniem a niezadowoleniem. Wykazano korelację pomiędzy PSSZ a wiekiem badanych ($p < 0,05$). Dodatkowo stwierdzono, że poziom zadowolenia ze znieczulenia wzrastał z wiekiem badanych. Nie wykazano korelacji pomiędzy PSSZ a płcią, miejscem zamieszkania i wykształceniem ($p > 0,05$). Stwierdzono ponadto, że na poziom zadowolenia ze znieczulenia wpływały przygotowanie farmakologiczne, czas pobytu na bloku operacyjnym i rodzaj znieczulenia.

Wnioski: 1. Zadowolenie badanych pacjentów ze znieczulenia było na poziomie średnim. 2. Wiek pacjentów może determinować poziom zadowolenia – starsi pacjenci byli bardziej zadowoleni ze znieczulenia niż młodszy. 3. Przygotowanie farmakologiczne, rodzaj znieczulenia i czas pobytu na bloku operacyjnym mogą mieć wpływ na lepszą ocenę.

Słowa kluczowe: pacjent, satysfakcja, znieczulenie, zabieg chirurgiczny.

Summary

Introduction: Examining the patient's level of satisfaction with anaesthesia for surgery is an important tool to gather information about the strengths and weaknesses of services rendered. The aim of the research was to grade the satisfaction level of the patients regarding anaesthesia according to PSSZ in chosen aspects.

Material and methods: The research was undertaken with 217 patients after operation from surgical and gynaecologic branches. The majority of the respondents were 79.6%. The average age of respondents was 46.69 years (18-86 years). A diagnostic survey method was used with the addition of a standardised questionnaire: the Polish Scale of Satisfaction with Anaesthesia.

Results: The satisfaction is located between to ends of the scale, from satisfied to not satisfied. A correlation was found between PSSZ and the age of the respondents ($p < 0.05$), and it was found that the level of satisfaction with anaesthesia increased with the age of the patients. However, no correlation was found between PSSZ and gender, place of residence, and education ($p > 0.05$). In addition, it was shown that pharmacological preparation, time spent in the operating theatre, and type of anaesthesia affected the level of satisfaction with anaesthesia.

Conclusions: 1. The satisfaction among the examined patients with anaesthesia was at an average level. 2. Patient age can determine the satisfaction level; older patients were more satisfied with anaesthesia than were younger patients. 3. The use of pharmacological preparation, the type of anaesthesia used, and the length of stay in the operating theatre may lead to better assessment of satisfaction with anaesthesia.

Key words: patient, satisfaction, anaesthesia, surgery.

Wstęp

Nowoczesne podejście do procesu terapeutycznego nie może opierać się wyłącznie na wykonywaniu procedur medycznych. Obowiązkiem zespołu medycznego jest dołożenie wszelkich starań, aby zadbać o najwyższą jakość wykonywanych zadań.

Ze względu na subiektywność odczuć zadowolenie i satysfakcja są trudne do zmierzenia. Satysfakcja to uczucie przyjemności i zadowolenia z czegoś [1]. Najważniejszymi czynnikami determinującymi poziom zadowolenia pacjenta są dostępność i fachowość zespołu terapeutycznego, bezpieczeństwo i ciągłość opieki adekwatnej do potrzeb [2–4]. Zakłada się, że pacjent przyjęty do szpitala w celu leczenia operacyjnego opuści oddział szpitalny zadowolony z poprawy stanu zdrowia. Badanie poziomu zadowolenia pacjenta m.in. ze znieczulenia podanego do zabiegu chirurgicznego jest istotnym narzędziem do gromadzenia informacji o mocnych i słabych stronach świadczonych usług. Zwiększona dbałość o wykonywanie procedur medycznych pozwoli zatem podmiotowi medycznemu tworzyć jak najlepszy wizerunek, którego świadectwem będą zadowoleni pacjenci [5–8].

Na przygotowanie do znieczulenia nakłada się kilka istotnych czynników. Punktem wyjścia jest świadoma zgoda pacjenta na znieczulenie i zabieg chirurgiczny [7, 9, 10]. Prawo i etyka nakazują uzyskanie świadomej zgody na leczenie i znieczulenie do zabiegu. W Polsce postępowanie w zakresie anestezjologii reguluje rozporządzenie ministra zdrowia z 20 grudnia 2012 r. [10]. Bezwzględnym przeciwwskazaniem do zastosowania określonej metody znieczulenia jest brak zgody pacjenta. Lekarz anestezjolog podczas wizyty przedoperacyjnej ma obowiązek w sposób zrozumiały poinformować o przebiegu znieczulenia, związanym z nim ryzyku i o ewentualnym przygotowaniu farmakologicznym. Przygotowanie farmakologiczne, czyli premedykacja, jest stosowane w celu zmniejszenia lęku, tak aby pacjent był zdolny do współpracy. Leki z grupy benzodiazepin, barbituranów, neuroleptyków czy opioidów powodują niepamięć, działają przeciwbólowo, ułatwiają wprowadzenie do znieczulenia i zmniejszają zapotrzebowanie na leki w trakcie prowadzenia znieczulenia [2]. Ponadto wykazano, że kontakt z anestezjologiem i uzyskanie wyczerpujących informacji w okresie okołoperacyjnym korzystnie wpływa na poczucie bezpieczeństwa, a tym samym na wzrost satysfakcji ze znieczulenia [11]. Badania Pozdnyakova i wsp. wykazały, że pomimo uzyskania odpowiedzi na pytania dotyczące znieczulenia jednym z najniżej ocenionych aspektów w badaniu satysfakcji ze znieczulenia była dostępność anestezjologa [12].

W ciągu roku na świecie przeprowadza się ok. 234 mln operacji. Podczas zabiegu uszczerbku na zdrowiu doznaje 7 mln, a około 1 mln ludzi umiera. Uważa

się, że aż 50% powikłań można uniknąć. Szacuje się, że zaledwie 3–17% zabiegów wiąże się z poważnymi powikłaniami. Komunikowanie się i wspieranie zespołu terapeutycznego jest fundamentem bezpieczeństwa. Przestrzeganie algorytmu porozumiewania się zespołowego, zasad pracy w grupie terapeutycznej i ustalenie, kto jest liderem, pozwala wyrażać wątpliwości dotyczące bezpieczeństwa pacjenta. Poczucie bezpieczeństwa w procesie zdrowienia jest istotnym i często ocenianym przez pacjentów elementem, a z punktu widzenia zespołu anestezjologicznego stanowi kluczowe wyzwanie. Podczas drugiej edycji Światowej Inicjatywy na rzecz Bezpieczeństwa Pacjenta WHO stworzono Okołooperacyjną Kartę Kontroli. Zawiera ona 19 elementów, których nie wolno pominąć w trzech okresach opieki okołoperacyjnej. Wdrożenie tej procedury zapobiega niepożądanym zdarzeniom, ponieważ wszyscy członkowie zespołu operacyjnego komunikują się i kontrolują [7].

Cel pracy

Celem badań była ocena zadowolenia pacjentów ze znieczulenia z uwzględnieniem zmiennych socjodemograficznych w wybranych aspektach.

Materiał i metody

Badaniem objęto 217 pacjentów oddziałów chirurgicznych i ginekologicznych jednego ze szpitali w województwie zachodniopomorskim, operowanych na profilowanych blokach operacyjnych i w gabinecie zabiegowym oddziału ginekologicznego. Zdecydowaną większość stanowiły kobiety (79,6%), średnia wieku wynosiła 46,69 lat. Najliczniejszą grupą byli pacjenci w wieku od 33 do 58 lat. Prawie połowa respondentów (47,7%) miała wykształcenie średnie. Większość badanych (63,9%) mieszkała w miastach od 10 do 100 tys. mieszkańców.

W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem standaryzowanego kwestionariusza ankiety Polskiej skali satysfakcji ze znieczulenia (PSSZ). Narzędzie służy do oceny preferencji i zadowolenia ze znieczulenia. Składa się z 11 pytań (5 negatywnych i 6 pozytywnych). Trzy pytania dotyczą odczuwania bólu w różnych aspektach, sześć – odczuć, które mogą mieć miejsce podczas znieczulenia, dwa – oceny doświadczeń związanych ze znieczuleniem. Respondenci oceniali swoje zadowolenie ze znieczulenia w skali od 1 do 6. Po odwróceniu punktacji w wybranych pytaniach i wyliczeniu średniej uzyskuje się łączny wynik od 1 do 6. Im wyższa punktacja, tym większe zadowolenie ze znieczulenia [4].

Posłużono się również kwestionariuszem ankiety własnej z danymi demograficznymi, socjoekonomicznymi

nymi oraz o stanie zdrowia. Dodano też pytania o stosowaną premedykację, długość trwania zabiegu chirurgicznego oraz tryb jego wykonania. Ankiety zostały wypełnione w zerowej dobie po zabiegu.

Badanie zostało przeprowadzone zgodnie z Deklaracją Helsińską oraz uzyskało pozytywną opinię Komisji Bioetycznej.

Edycji tekstu dokonano za pomocą oprogramowania Microsoft Office Word 2007 PL. Dane zostały zgromadzone i poddane wstępnym obliczeniom w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Excel 2007 PL. Analizę wykonano w programie R, wersja 3.5.1.

Analizę zmiennych ilościowych przeprowadzono, wyliczając średnią, odchylenie standardowe, medianę, kwartyle, minimum oraz maksimum. Analizę zmiennych jakościowych przeprowadzono, wyliczając liczbę i procent wystąpień każdej z wartości. Analizowane zmienne ilościowe (wyniki PSSZ i wiek pacjenta) nie miały rozkładu normalnego, porównanie w dwóch grupach wykonano za pomocą testu U Manna-Whitneya, porównania w trzech i więcej grupach dokonano za pomocą testu Kruskala-Wallisa, a w przypadku wykrycia istotnych statystycznie różnic opracowano analizę *post-hoc* testem Dunna w celu zidentyfikowania różniących się grup. Korelacje między zmiennymi analizowano za pomocą współczynnika korelacji rangowej Spearmana. Na wykresach przedstawiono mediany, kwartyle i zakresy wartości zmiennych.

Wyniki

Analiza danych dotyczących zadowolenia pacjenta ze znieczulenia z zastosowaniem PSSZ wykazała, że średnia ocen lokowała się pomiędzy zadowoleniem a niezadowoleniem. Średnia wyników wahała się od

Tabela 1. Poziom zadowolenia ze znieczulenia z uwzględnieniem wieku badanych

Badane cechy	Współczynnik korelacji*	p	Kierunek zależności	Siła zależności
wynik PSSZ i wiek	0,155	0,023	dodatni	bardzo słaba

PSSZ – Polska skala satysfakcji ze znieczulenia, * brak normalności rozkładu przynajmniej jednej z korelowanych zmiennych, współczynnik korelacji Spearmana

Tabela 2. Poziom zadowolenia ze znieczulenia z uwzględnieniem przygotowania farmakologicznego badanych

PSSZ (punkty)	Przygotowanie farmakologiczne (n = 125)	Brak przygotowania (n = 91)	p*
M ±SD	3,79 ±0,38	3,57 ±0,33	< 0,001
Me	3,89	3,55	
Q1–Q3	3,64–4,09	3,36–3,73	

PSSZ – Polska skala satysfakcji ze znieczulenia, * brak normalności rozkładu w grupach, test U Manna-Whitneya

2,64 do 4,73, mediana wynosiła 3,73 pkt, pierwszy i trzeci kwartył odpowiednio 3,45 i 4, a więc typowa ocena znieczulenia oscylowała pomiędzy 3,45 a 4 pkt.

Wykazano, że prawie połowa pacjentów (46,3%) poddała się zabiegowi z zakresu chirurgii ogólnej, 30,5% pacjentek było operowanych z powodu chorób ginekologicznych, 16,7% stanowiły pacjentki bloku położniczego, a operowani w zakresie chirurgii ręki stanowili 6,5% całości grupy.

Większość pacjentów (82,9%) była planowo przygotowana do leczenia operacyjnego, w trybie pilnym operowano 17,1% pacjentów. Premedykację podano 57,9% pacjentów, a 42,1% ankietowanych było operowanych bez przygotowania farmakologicznego.

Najczęściej (42%) stosowanym znieczuleniem było znieczulenie podpajęczynówkowe, znieczulenie ogólne dotchawicze wykonano u 25,8% respondentów, a ogólnemu znieczuleniu poddano 22,6%. Najmniej (9,6%) wykonano znieczuleń nasiętkowych.

Zdecydowanie najliczniejsza grupa pacjentów (45,4%) przebywała na bloku operacyjnym od 10 do 30 min. Od 31 do 60 min na bloku operacyjnym spędziło 31% badanych, a 15,7% od 61 do 90 min. Powyżej 90 min operowano 4,2% pacjentów. Brak informacji na temat czasu zabiegu dotyczył 3,7% badanych.

Dokonano oceny temperatury, komfortu psychicznego i atmosfery na sali operacyjnej. Temperatura na sali została oceniona średnio na 4,64 pkt, komfort psychiczny – na 3,68 pkt, natomiast atmosfera panująca na sali operacyjnej została oceniona średnio na 5,15 pkt.

W dalszej części badań dokonano analizy korelacji pomiędzy oceną zadowolenia ze znieczulenia i danymi socjodemograficznymi. Wykazano korelację pomiędzy wynikami PSSZ a wiekiem badanych ($p < 0,05$). Wiek był czynnikiem wpływającym na zadowolenie ze znieczulenia. Zależność ta była dodatnia, co oznacza, że poziom zadowolenia ze znieczulenia wzrastał wraz z wiekiem badanych (tab. 1).

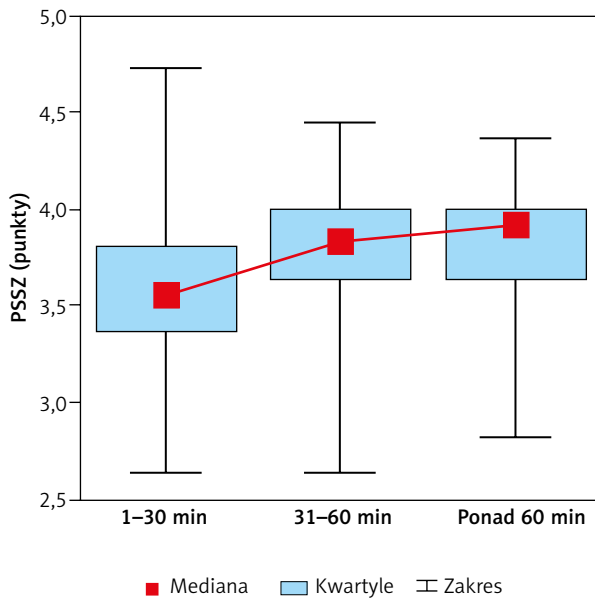
Nie dostrzeżono korelacji pomiędzy PSSZ a płcią, miejscem zamieszkania i wykształceniem badanych.

Wykazano statystycznie istotne różnice w ocenie zadowolenia ze znieczulenia z uwzględnieniem przygotowania farmakologicznego. Pacjenci, którzy byli przy-

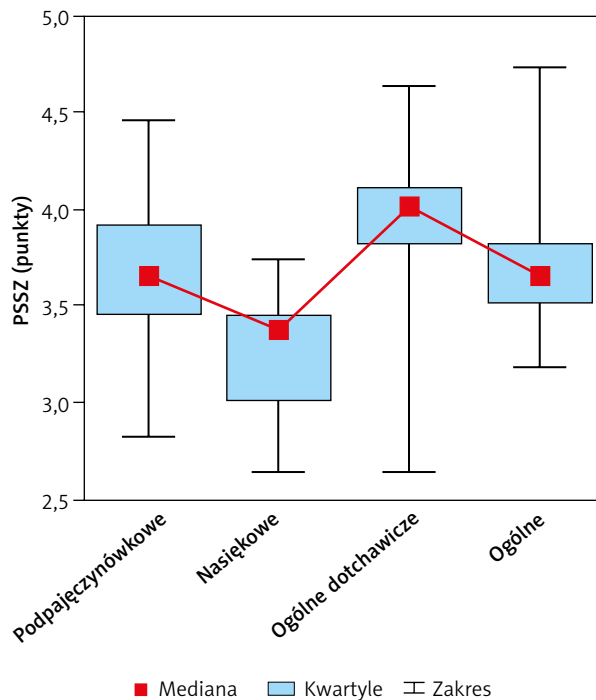
Tabela 3. Zadowolenie ze znieczulenia według PSSZ z uwzględnieniem czasu pobytu badanych na bloku operacyjnym

PSSZ (punkty)	10–30 min (n = 98) A	31–60 min (n = 67) B	Ponad 60 min (n = 43) C	p*
M ±SD	3,59 ±0,36	3,76 ±0,39	3,8 ±0,33	< 0,001
Me	3,55	3,82	3,91	
Q1–Q3	3,36–3,8	3,64–4	3,64–4	B, C > A

PSSZ – Polska skala satysfakcji ze znieczulenia, * brak normalności rozkładu w grupach, test Kruskala-Wallisa + wyniki analizy *post-hoc* (test Dunna)



Ryc. 1. Zadowolenie ze znieczulenia według *Polskiej skali satysfakcji ze znieczulenia* (PSSZ) z uwzględnieniem czasu pobytu badanych na bloku operacyjnym



Ryc. 2. Zadowolenie ze znieczulenia według *Polskiej skali satysfakcji ze znieczulenia* (PSSZ) z uwzględnieniem rodzaju wykonanego znieczulenia

gotowani farmakologicznie do zabiegu, byli bardziej zadowoleni ze znieczulenia niż pacjenci bez przygotowania ($p < 0,05$) (tab. 2).

Dodatkowo potwierdzono statystycznie istotne różnice w ocenie zadowolenia pacjentów ze znieczulenia z uwzględnieniem czasu pobytu badanych na bloku operacyjnym ($p < 0,001$). Analiza *post-hoc* wykazała, że pacjenci przebywający na bloku 31–60 min i ponad 60 min ocenili znieczulenie istotnie lepiej niż pacjenci, którzy przebywali na bloku 10–30 min (tab. 3, ryc. 1).

W badaniu sprawdzono również wpływ rodzaju znieczulenia na ocenę zadowolenia pacjenta. Analiza wykazała, że poziom zadowolenia ze znieczulenia według PSSZ zależy istotnie od rodzaju znieczulenia ($p < 0,05$). Z analizy *post-hoc* wynika, że pacjenci, którzy zostali znieczuleni ogólnie dotchawiczo, ocenili znieczulenie istotnie lepiej niż pacjenci, którzy zostali znieczuleni ogólnie i podpajęczynówkowo – ci z kolei ocenili znieczulenie istotnie lepiej niż pacjenci, którzy zostali znieczuleni nasiętkowo (tab. 4, ryc. 2).

Dyskusja

Pobyt w szpitalu jest dla pacjenta dużym obciążeniem psychicznym. Zabiegom chirurgicznym towarzyszą obawy związane z powodzeniem leczenia i bólem pooperacyjnym. Wyniki badań pozwoliły wytonić obszary, które mogą wpłynąć na satysfakcję ze znieczulenia.

Średnia ocen znieczulenia w badaniach własnych lokowała się pomiędzy zadowoleniem a niezadowoleniem. Badania Teunkens i wsp. udowodniły dużą ogólną satysfakcję ze znieczulenia u 98% pacjentów, z czego 59,1% było bardzo zadowolonych [13]. Badania Ashehri i wsp. prowadzone wśród pacjentów z Arabii Saudyjskiej potwierdziły ogólną satysfakcję u 95,2% ankietowanych [14]. Badanie przeprowadzone w Kanadzie z udziałem 2730 pacjentów wykazało całkowitą satysfakcję ze znieczulenia aż u 98,9% respondentów [15].

W badaniach własnych poziom zadowolenia korelował z wiekiem pacjentów. Im starsi pacjenci, tym lepsza była ocena. Badania Ozgi i wsp. również wyka-

Tabela 4. Zadowolenie ze znieczulenia według PSSZ w uwzględnieniu rodzaju wykonanego znieczulenia

PSSZ (punkty)	Podpajęczynówkowe (n = 84)	Nasiętkowe (n = 21)	Ogólne dotchawicze (n = 56)	Ogólne (n = 43)	p^*
M \pm SD	3,66 \pm 0,34	3,26 \pm 0,32	3,94 \pm 0,31	3,67 \pm 0,3	< 0,001
Me	3,64	3,36	4	3,64	
Q1–Q3	3,45–3,91	3–3,45	3,82–4,09	3,5–3,82	Od > O, P > N

PSSZ – Polska skala satysfakcji ze znieczulenia, * brak normalności rozkładu w grupach, test Kruskala-Wallisa + wyniki analizy *post-hoc* (test Dunna)w

zały zależność między wiekiem chorych a poziomem zadowolenia – blisko 80% pacjentów przebywających na rencie lub emeryturze pozytywnie oceniło znieczulenie do zabiegu chirurgicznego [4]. Podobne wyniki uzyskali Teunkens i wsp. Najczęściej do grupy pacjentów bardzo zadowolonych z przebiegu znieczulenia należeli mężczyźni, osoby z wyższym wykształceniem i osoby starsze [13]. W badaniach własnych czynniki demograficzne, tj. płeć, wykształcenie czy miejsce zamieszkania, nie miały wpływu na ocenę. W badaniach przeprowadzonych przez Rusiecką i wsp. wskazano różnice w zakresie stanów lękowych przed zabiegiem w odniesieniu do płci, jednak różnice te odnosiły się przede wszystkim do ekspresji obaw i lęku niż do faktycznie odczuwanego poziomu lęku [16]. Pawlak i wsp. potwierdzili zależność pomiędzy wysokim poziomem lęku przed leczeniem operacyjnym a wiekiem. Wykazano wyższy poziom stresu u młodszych pacjentów [8].

Komfort psychiczny istotnie wpływał na zadowolenie ze znieczulenia. Wyniki badań własnych wykazały, że zadowolenie respondentów balansowało między zadowoleniem a niezadowoleniem. Liczne wyniki badań obrazują ścisłą zależność między komfortem psychicznym a ilością czasu poświęconego pacjentom [4, 7–9]. Podkreśla się również, że istotnie pozytywny wpływ na obniżenie poziomu stresu i ocenę znieczulenia ma rozmowa z lekarzem anestezjologiem i przygotowanie farmakologiczne [17]. Prawidłowo przeprowadzona konsultacja anestezjologiczna może zredukować liczbę powikłań okołoperacyjnych [7, 17]. Liczne badania wskazują, że ważną rolę odgrywają relacje interpersonalne, a także ilość informacji przekazywanych pacjentom [2, 18–21].

Z badań własnych wynika, że rodzaj wykonanego znieczulenia istotnie wpływa na zadowolenie pacjenta. Wykazano, że pacjenci, u których wykonano znieczulenie ogólne dotchawicze, osiągnęli znacznie wyższy poziom satysfakcji ze znieczulenia niż ci, u których wykonano znieczulenie nasiękowe. Podkreślić należy, że do wszystkich znieczuleń ogólnych dotchawiczych pacjenci byli przygotowywani farmakologicznie. Podanie premedykacji przed znieczuleniem koreluje z wysoką oceną, należy więc wnioskować, że podanie leków uspokajających i powodujących niepamięć wsteczną ma istotnie pozytywny wpływ na poziom satysfakcji.

Badania Gembremedha i wsp. nie potwierdzają wyników badań własnych. Odsetek pacjentów, którzy byli zadowoleni ze znieczulenia, wynosił w nich 90,4%. Do czynników, które negatywnie wpływały na poziom satysfakcji, zaliczono znieczulenie ogólne, świadomość śródoperacyjną, ból podczas operacji i ból bezpośrednio po operacji [22]. Badania Quigleya i wsp. prowadzone w grupie pacjentów, u których wykonano endarterektomię tętnicy szyjnej, nie wykazały statystycznie istotnej różnicy w zadowoleniu ze znieczulenia między grupą pacjentów znieczulonych ogólnie a grupą znieczuloną

miejscowo [17]. Wyniki Jałowieckiego i wsp. wykazały, że najwyższy poziom satysfakcji osiągnęli pacjenci poddani znieczuleniu zewnątrzoponowemu. Dodatkowo stwierdzono największą częstość występowania nudności i wymiotów u pacjentów znieczulonych ogólnie dotchawiczo. Nudności i wymioty – poza bólem – stanowiły w badanej grupie najczęstszą przyczynę braku satysfakcji z opieki anestezjologicznej [23]. Badania Rusieckiej i wsp. dowodzą, że 78,3% pacjentów obawiała się znieczulenia ogólnego dotchawiczego z powodu utraty świadomości. Wskazywano, że pacjenci w znieczuleniu podpajęczynówkowym i zewnątrzoponowym wykazywali mniejszą reakcję emocjonalną, co z kolei powodowało, że odznaczali się oni niższym poziomem lęku. W mniejszym stopniu pacjenci ci obawiali się również komplikacji czy niewybudzenia po operacji [16].

Przedstawione wyniki badań własnych wskazują czynniki, które mogą mieć wpływ na ocenę satysfakcji pacjentów ze znieczulenia. Wykazano, że wiek, rodzaj znieczulenia, czas pobytu na bloku operacyjnym oraz przygotowanie farmakologiczne pacjentów mogą determinować poziom satysfakcji ze znieczulenia. Zaprezentowane badania mają jednak pewne ograniczenia. W badaniach własnych nie uwzględniono oceny poziomu satysfakcji pacjentów wynikającej z dostępności anestezjologa w okresie okołoperacyjnym. Uzyskanie wyczerpujących informacji na temat planowanego znieczulenia oraz dostępność anestezjologa po zabiegu może mieć wpływ na poczucie bezpieczeństwa pacjenta, a tym samym na ocenę poziomu satysfakcji ze znieczulenia.

Wnioski

1. Zadowolenie badanych ze znieczulenia było na poziomie średnim.
2. Wiek pacjentów może determinować poziom zadowolenia – starsi pacjenci byli bardziej zadowoleni ze znieczulenia niż młodszy.
3. Przygotowanie farmakologiczne, rodzaj znieczulenia i czas pobytu na bloku operacyjnym mogą mieć wpływ na lepszą ocenę zadowolenia ze znieczulenia.

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Batbaatar E, Dorjdagva J, Luvsannyam A i wsp. Determinants of patient satisfaction: a systematic review. *Perspect Public Health* 2017; 137: 89-101.
2. Larsen R. *Anestezjologia* (3 ed.) Edra Urban & Partner, Wrocław 2013.
3. Dyk D, Ozga D, Gutysz-Wojnicka A i wsp. Polish adaptation of the Iowa Satisfaction with Anesthesia Scale. *Pielęg XXI* 2016; 15: 28-34.
4. Ozga D, Dyk D. Polska skala satysfakcji ze znieczulenia – nowe narzędzie badawcze w opiece anestezjologicznej. *Anestezjol Ratown* 2016; 10: 317-320.

5. Szprinder M, Chmielewski J, Kosecka J i wsp. Poziom satysfakcji pacjenta jako jeden z aspektów jakości opieki medycznej. *Med Ogólna N Zdr* 2015; 21: 132-137.
6. Furtak-Niczyporuk M, Kos M, Jurek A i wsp. The evaluation of nursing care from the patient perspective. *J Educ Health Sport* 2017; 7: 31-34.
7. Allman K, Wilson J. *Oksfordzki Podręcznik Anestezjologii* (2 ed.). Medipage, Warszawa 2018.
8. Pawlak A, Krejca M, Janas-Kozik M i wsp. Ocena lęku i depresji w okresie okotooperacyjnym u pacjentów poddawanych rewaskularyzacji mięśnia sercowego. *Psychiatr Pol* 2012; 46: 63-74 .
9. Niechwiadowicz-Czapka T. Rola i zadania pielęgniarki w zakresie przygotowania psychicznego pacjenta do operacji. *Puls Ucz* 2014; 8: 36-44.
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Dz.U. z 2013 r. poz. 15).
11. Urman RD, Gan TJ. Patient satisfaction: measuring the association between anesthetic management and patient experience. *Anesth Analg* 2019; 129: 918-920.
12. Pozdnyakova A, Tung A, Dutton R i wsp. Factors affecting patient satisfaction with their anesthesiologist: an analysis of 51,676 surveys from a large multihospital practice. *Anesth Analg* 2019; 129: 951-959.
13. Teunkens A, Vanhaecht K, Vermeulen MD, et al. Measuring satisfaction and anesthesia related outcomes in a surgical day care centre: a three-year single-centre observational study. *J Clin Anesth* 2017; 43: 15-23.
14. Alshehri AA, Alomar YM, Mohammed GA i wsp. A survey on post-anesthetic patient satisfaction in a university hospital. *Saudi J Anaesth* 2015; 9: 303-305.
15. Tong D, Chung F, Wong D. Predictive factors in global and anesthesia satisfaction in ambulatory surgical patients. *Anesthesiol* 1997; 87: 856-864.
16. Rusiecka UA, Panasiuk L. Analiza obaw pacjentów przed planowanym znieczuleniem ogólnym. *Aspekt Zdr Chorob* 2018; 3: 23-50.
17. Quigley TM, Ryan WR, Morgan S. Patient satisfaction after carotid endarterectomy using a selective policy of local anesthesia. *Am J Surg* 2000; 179: 382-385.
18. McCarthy RJ, Trigg R, John C i wsp. Patient satisfaction for carotid endarterectomy performed under local anaesthesia. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2004; 27: 654-659.
19. Shabashev S, Fouad Y, Huncke TK i wsp. Cochlear implantation under conscious sedation with local anesthesia; safety, efficacy, costs, and satisfaction. *Cochlear Implants Int* 2017; 18: 297-303.
20. Ironfield CM, Barrington MJ, Kluger R i wsp. Are patients satisfied after peripheral nerve blockade? Results from an international registry of regional anesthesia. *Reg Anesth Pain Med* 2014; 39: 48-55.
21. Jeon YT. Peripheral nerve block for anesthesia in patients having knee arthroplasty. *Korean J Anesthesiol* 2012; 62: 403-404.
22. Gembremedhn E, Chekol W, Amberbir W i wsp. Patient satisfaction with anaesthesia services and associated factors at the University of Gondar Hospital, 2013: a cross-sectional study. *BMC Res Notes* 2015; 8: 377.
23. Jałowiecki P, Rudner R, Tomala A i wsp. Ocena jakości postępowania anestezjologicznego na podstawie opinii chorych o znieczuleniu. *Anesth Inten Terap* 2001; 33: 141-147.