

Uniwersytet Jagielloński
Collegium Medicum
Wydział Nauk o Zdrowiu

Alicja Wojtaszek

CZYNNIKI DETERMINUJĄCE GOTOWOŚĆ
PACJENTÓW Z CHOROBA PRZEWLEKŁĄ
DO WYPISU ZE SZPITALA

Praca doktorska

Opiekun naukowy: dr hab. n. med. Joanna Bonior, Prof. UJ

Promotor pomocniczy: dr n. o zdr. Iwona Repka

Pracę wykonano w Zakładzie Fizjologii Medycznej

Katedry Nauk Biomedycznych

Instytut Fizjoterapii

Wydział Nauk o Zdrowiu

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Kraków, 2023

*Składam serdeczne podziękowania
Szanownej Pani Promotor prof. UJ dr hab. n. med. Joannie Bonior
za poświęcony czas, cenne rady oraz udzielone wsparcie
w pisaniu niniejszej pracy*

*Pragnę również podziękować
Szanownej Pani prof. UJ dr hab. n. hum. Marii Kóźce
za wkład w powstanie niniejszej pracy
a tym samym możliwość rozwoju naukowego*

*Dziękuję również Pani dr n. o zdr. Iwonie Repce
za poświęcony czas, wszelkie wskazówki oraz cierpliwość*

*Serdecznie dziękuję Panu Dyrektorowi Markowi Wierzbie
oraz pracownikom Podhalańskiego Szpitala Specjalistycznego w Nowym Targu
za życzliwość i pomoc w przeprowadzeniu badań*

*Szczególne podziękowania składam
mamie Marii i tacie Andrzejowi za nieocenioną pomoc w trudnym czasie
a także mężowi oraz synkowi za wyrozumiałość i dużą cierpliwość*

*Dziękuję również Pani dr n. med. Marii Ziębie
za pomoc i zaufanie
bez, których ta praca by nie powstała*

Spis treści

Spis skrótów.....	6
Streszczenie.....	8
Summary.....	12
1. Wstęp.....	15
2. Choroba przewlekła.....	17
2.1. Definiowanie pojęć.....	17
2.2. Klasyfikacja.....	18
2.3. Epidemiologia – wybrane aspekty.....	19
2.4. Czynniki ryzyka wybranych chorób przewlekłych.....	23
2.5. Następstwa chorób przewlekłych oraz sposoby radzenia sobie z nimi.....	26
3. Rola edukacji zdrowotnej w przygotowaniu pacjenta do wypisu ze szpitala.....	30
3.1. Edukacja zdrowotna w pracy pielęgniarki.....	30
3.2. Gotowość do wypisu ze szpitala.....	33
4. Założenia badań własnych.....	36
4.1. Cel główny.....	36
4.2. Problemy badawcze.....	36
4.3. Metody zbierania danych i analizy.....	37
4.4. Metody badawcze.....	38
4.5. Organizacja badania.....	41
4.6. Opracowanie statystyczne wyników.....	41
5. Wyniki.....	42
5.1. Charakterystyka socjodemograficzna badanej grupy.....	42
5.2. Ocena gotowości do wypisu ze szpitala.....	48
5.2.1. Analiza zależności między danymi socjodemograficznymi a gotowością do wypisu ze szpitala.....	50
5.2.2. Analiza zależności między liczbą hospitalizacji a gotowością do wypisu ze szpitala.....	61

5.2.3. Analiza zależności między występowaniem chorób współistniejących a gotowością do wypisu ze szpitala	62
5.2.4. Analiza zależności między czasem trwania choroby przewlekłej a gotowością do wypisu ze szpitala	81
5.3. Ocena stanu zdrowia badanych	83
5.3.1. Analiza zależności między stanem zdrowia badanych a gotowością do wypisu ze szpitala ..	87
5.4. Ocena akceptacji choroby.....	98
5.4.1. Analiza zależności między akceptacją choroby a gotowością do wypisu ze szpitala	100
5.5. Ocena umiejscowienia kontroli zdrowia.....	102
5.5.1. Analiza zależności między umiejscowieniem kontroli zdrowia a gotowością do wypisu ze szpitala	105
6. Dyskusja.....	109
6.1. Ocena gotowości do wypisu ze szpitala oraz wpływ na nią danych socjodemograficznych, liczby hospitalizacji, chorób współistniejących oraz czasu trwania ChP	110
6.2. Ocena stanu zdrowia pacjentów z wykorzystaniem danych socjodemograficznych oraz jego wpływ na gotowość do wypisu ze szpitala.....	113
6.3. Ocena akceptacji choroby z wykorzystaniem danych socjodemograficznych oraz jej wpływ na gotowość do wypisu ze szpitala.....	114
6.4. Ocena umiejscowienia kontroli zdrowia z wykorzystaniem danych socjodemograficznych oraz jego wpływ na gotowość do wypisu ze szpitala	115
7. Wnioski.....	119
8. Piśmiennictwo	121
9. Spis rycin i tabel.....	133
Spis rycin	133
Spis tabel.....	134
Aneks	138
Informacja dla osoby badanej.....	138
Formularz świadomej zgody na udział w badaniu.....	139
Formularz zgody na przetwarzanie danych osobowych	140
Autorski kwestionariusz dla pacjenta	141

Kwestionariusz do danych z dokumentacji medycznej.....	142
Gotowość do wypisu – ocena zdolności pacjenta do podejmowania codziennej aktywności	143
Kwestionariusz stanu zdrowia – NHP	145
Skala akceptacji choroby – AIS.....	148
Skala umiejscowienia kontroli zdrowia MHLC – wersja B.....	149

Spis skrótów

ADL	(ang. <u>A</u> ctivities of <u>D</u> aily <u>L</u> iving)	– Skala Podstawowych Czynności Życia Codziennego
C-HOBIC	(ang. <u>C</u> anadian <u>H</u> ealth <u>O</u> utcomes for <u>B</u> etter <u>I</u> nformation and <u>C</u> are)	
ChMN		– choroby mózgowo-naczyniowe
ChNS		– choroba niedokrwienna serca
ChP		– choroby przewlekłe
ChSN		– choroby sercowo-naczyniowe
ChUK		– choroby układu krążenia
EHR	(ang. <u>E</u> lectronic <u>H</u> ealth <u>R</u> ecord)	– elektroniczny rejestr zdrowia
GINA	(ang. <u>G</u> lobal <u>I</u> nitiative for <u>A</u> sthma)	– Światowa Inicjatywa na Rzecz Zwalczenia Astmy
IADL	(ang. <u>I</u> nstrumental <u>A</u> ctivities of <u>D</u> aily <u>L</u> iving)	– Skala Złożonych Czynności Dnia Codziennego
ICD	(ang. <u>I</u> nternational <u>S</u> tatistical <u>C</u> lassification of <u>D</u> isease and <u>R</u> elated <u>H</u> ealth <u>P</u> roblems)	– Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych
ICN	(ang. <u>I</u> nternational <u>C</u> ouncil of <u>N</u> urses)	– Międzynarodowa Rada Pielęgniarek
ICNP®	(ang. <u>I</u> nternational <u>C</u> lassification for <u>N</u> ursing <u>P</u> ractice)	– Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej
IDF	(ang. <u>I</u> nternational <u>D</u> ietes <u>F</u> ederation)	– Międzynarodowa Federacja Diabetologiczna
IG		– indeks glikemiczny
IOTF	(ang. <u>I</u> nternational <u>O</u> besity <u>T</u> ask <u>F</u> orce)	– Międzynarodowa Grupa Zadaniowa do Spraw Otyłości

JCHEPT	<i>(ang. <u>J</u>oint <u>C</u>ommittee on <u>H</u>ealth <u>E</u>ducation and <u>P</u>romotion <u>T</u>erminology)</i>	– Komisja Edukacji Zdrowotnej i Terminologii Promocyjnej
KRN		– Krajowy Rejestr Nowotworów
NCCI	<i>(ang. The <u>N</u>ational <u>C</u>ommission on <u>C</u>hronic <u>I</u>llness)</i>	– Amerykańska Komisja ds. Chorób Przewlekłych
NCHS	<i>(ang. <u>N</u>ational <u>C</u>enter of <u>H</u>ealth <u>S</u>tatistic)</i>	– Amerykańska Agencja ds. Statystyki Zdrowia
NT		– nadciśnienie tętnicze
PchUO		– przewlekłe choroby układu oddechowego
POChP		– przewlekła obturacyjna choroba płuc
POZ		– Podstawowa Opieka Zdrowotna
RZS		– reumatoidalne zapalenie stawów
SM	<i>(ang. <u>S</u>clerosis <u>M</u>ultiplex)</i>	– stwardnienie rozsiane
WHO	<i>(ang. <u>W</u>orld <u>H</u>ealth <u>O</u>rganization)</i>	– Światowa Organizacja Zdrowia

Streszczenie

Wstęp: Choroby przewlekłe (ChP) stanowią jeden z najpowszechniejszych problemów medycyny, z którym zmagają się kraje rozwijające się. Ukazują stosunkowo nowy problem, który pojawił się, jako wyzwanie społeczne dopiero w XX wieku. Wpływają one na wszystkie wymiary funkcjonalne człowieka. Istotny aspekt stanowią zasoby osobiste, mające wpływ na sprawność człowieka oraz poczucie własnej skuteczności, które reprezentowane są poprzez gotowość do podejmowania kolejnych wyzwań związanych z jej postrzeganiem. Kontrola zdrowia to również ważny czynnik w akceptacji choroby. Jest to przekonanie, że dana osoba ma wpływ na to, co dzieje się z jej zdrowiem. Ma to istotne znaczenie w modyfikacji zachowań jednostki połączonych z powrotem do zdrowia.

Cel pracy: Zidentyfikowanie czynników determinujących gotowość pacjentów z chorobą przewlekłą do wypisu ze szpitala.

Material i metody: Badaniem zostało objętych 209 chorych obu płci (kobiety – 54,55%, mężczyźni – 45,45%) w przedziale wiekowym od 18 do 93 lat, leczonych w Podhalańskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II w Nowym Targu w 3 oddziałach zachowawczych w tym 97 pacjentów z Oddziału Chorób Wewnętrznych z pododdziałem Reumatologii, 100 z Oddziału Neurologicznego z pododdziałem Leczenia Udarów oraz 12 z oddziału Kardiologii. Do zebrania danych została wykorzystana metoda sondażu diagnostycznego techniką ankietowania z użyciem autorskiego kwestionariusza ankiety oraz kwestionariusza do danych z dokumentacji medycznej a także standaryzowanych narzędzi. W pracy zastosowano: 1. Autorski kwestionariusz ankiety, 2. Kwestionariusz do danych z dokumentacji medycznej, 3. Standaryzowane narzędzia: A) *Kwestionariusz Gotowości do Wypisu*, B) *Profil Zdrowia NHP* (ang. *Nottingham Health Profile* – NHP), C) *Skala Akceptacji Choroby AIS* (ang. *Acceptance of Illness Scale* – AIS), *Wielowymiarowa Skala Umiejszczenia Kontroli Własnego Zdrowia w wersji B MHLC-B* (ang. *Multidimensional Health Locus of Control* – MHLC-B). Dane zgromadzono w programie Excel. Porównanie wartości zmiennych ilościowych w dwóch grupach wykonano za pomocą testu Manna-Whitney'a, a w trzech i więcej grupach za pomocą testu Kruskala-Walisa. Analizę post-hoc wykonano za pomocą testu Dunna a korelację między zmiennymi ilościowymi wykonano za pomocą współczynnika korelacji Spearmana. Za istotne statystycznie przyjęto wyniki, dla których wartość $p < 0,05$. Analizę wykonano w programie R, wersja 4.1.2.

Wyniki: Przeprowadzona analiza gotowości do wypisu ze szpitala, w poszczególnych jej kategoriach, jak i w ogólnej ocenie, dokonana przez pacjenta i osobę badającą wykazała, że

chory w każdej kategorii oceniał swoją gotowość do wypisu wyżej niż osoba badająca. Nie stwierdzono istotnych statystycznie korelacji w ocenie pacjenta i osoby badającej ($p > 0,05$) między liczbą hospitalizacji, czasem trwania choroby przewlekłej, płcią pacjentów, umiejscowieniem kontroli zdrowia w wymiarze: wewnętrznej kontroli, wpływu innych osób na własne zdrowie, a także przypadkowych czynników zewnętrznych, oraz chorób współistniejących tj. chorób układu krążenia, chorób naczyń krwionośnych, chorób płuc, chorób układu kostno-stawowego, chorób układu pokarmowego w ocenie pacjenta, zaburzeniach przemiany materii, chorób układu nerwowego, chorób oczu, a ogólną oceną gotowości do wypisu. Analiza statystyczna wykazała istotne korelacje między akceptacją choroby a wszystkimi kategoriami gotowości do wypisu oraz ogólną oceną zarówno subiektywną ($p < 0,001$, $r = 0,384$) jak i obiektywną ($p < 0,001$, $r = 0,358$). Najsilniejszą zależność zaobserwować można w ocenie osoby badającej między zdolnością do podejmowania codziennej aktywności fizycznej ($p < 0,001$, $r = 0,464$). Wśród osób, u których wzrasta poziom akceptacji choroby przewlekłej, wzrasta również zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej. Analiza statystyczna wykazała istotne zależności między stanem zdrowia pacjenta w ocenie subiektywnej i obiektywnej w wymiarach takich jak ból, energia, reakcje emocjonalne, zaburzenia snu i ograniczenia ruchowe ($p < 0,001$) oraz w wymiarze wyobcowania społecznego w ocenie obiektywnej ($p = 0,019$) a gotowością do wypisu ze szpitala. Pacjenci odczuwający nasilone dolegliwości bólowe, mający problemy ze snem wykazywali się obniżoną energią bardziej niż pozostałe badane osoby, których koncentracja na własnym zdrowiu miała charakter emocjonalny, posiadali mniejszą gotowość do wypisu ze szpitala. Analiza w zakresie danych socjodemograficznych dowodzi, że wraz z wiekiem zmniejsza się gotowość do wypisu ze szpitala, a także osoby z dużych miast oraz stanu wolnego są bardziej gotowi do wypisu niż inne grupy.

Wnioski: (1) Ogólna ocena gotowości do wypisu ze szpitala dokonana przez pacjenta z chorobą przewlekłą i osobę badającą była na poziomie dobrym, przy czym subiektywna ocena u większości chorych była wyższa niż wyniki uzyskane w ocenie obiektywnej. (2) Wykazano zależność istotną statystycznie pomiędzy niektórymi czynnikami socjodemograficznymi a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie pacjenta z chorobą przewlekłą i osoby badającej. Osoby starsze, mieszkające na wsi, będące w związku małżeńskim, z wykształceniem podstawowym, prezentowały mniejszą ogólną ocenę gotowości do wypisu ze szpitala; płeć nie miała znamionnego wpływu. (3) Nie stwierdzono istotnie statystycznego wpływu liczby hospitalizacji i czasu trwania choroby przewlekłej na gotowość pacjenta do wypisu ze szpitala zarówno w ocenie subiektywnej jak i obiektywnej. Istnieje jednak znamionny statystycznie

związek pomiędzy współistniejącymi chorobami układu pokarmowego tylko w ocenie obiektywnej oraz układu moczowego w obydwu ocenach a gotowością do wypisu ze szpitala, która u tych chorych była zdecydowanie mniejsza. (4) Najlepszy stan zdrowia prezentowali pacjenci z chorobą przewlekłą, którzy nie czuli się wyobcowani społecznie a najgorszą jakość życia posiadali ci z niskim poziomem energii życiowej. (5) Wykazano istotny statystycznie wpływ niektórych czynników socjodemograficznych na stan zdrowia i jakość życia pacjentów z chorobą przewlekłą. Osoby z wykształceniem podstawowym posiadały niższą energię i większe dolegliwości bólowe oraz ograniczenia ruchowe, podchodziły także bardziej emocjonalnie do choroby, natomiast u pacjentów z wykształceniem podstawowym i wyższym stwierdzono większe zaburzenia snu. Stan cywilny wpływał istotnie na stan zdrowia chorych w podskalach: ból, ograniczenia ruchowe oraz wyobcowanie społeczne, których wyniki były wyższe u osób owdowiających i będących w separacji powodując gorszą jakość życia; płeć i miejsce zamieszkania nie miały znamiennego wpływu. Wraz z wiekiem pogarszała się jakość życia. (6) Wykazano istotną statystycznie zależność pomiędzy stanem zdrowia pacjentów z chorobą przewlekłą a gotowością do wypisu ze szpitala. Osoby, które deklarowały niski poziom energii życiowej, odczuwające dolegliwości bólowe, podchodzące emocjonalnie do swojej choroby, z zaburzeniami snu oraz ograniczeniami ruchowymi, posiadały mniejszą gotowość do wypisu ze szpitala zarówno w ocenie subiektywnej jak i w obiektywnej. Jedynie w ocenie osoby badającej znamieny wpływ na tę gotowość miało wyobcowanie społeczne. (7) Pacjenci z chorobą przewlekłą prezentowali wobec niej postawę neutralną. (8) Stwierdzono istotny statystycznie wpływ niektórych czynników socjodemograficznych na akceptację choroby przez pacjentów z chorobą przewlekłą. Osoby w wieku powyżej 60 r.ż, płci żeńskiej, z wykształceniem podstawowym, owdowiałe lub będące w separacji, mieszkające na wsi posiadają niższy stopień akceptacji choroby. (9) Akceptacja choroby przewlekłej ma istotny statystycznie wpływ na gotowość do wypisu zarówno w ocenie pacjenta jak i osoby badającej, Im wyższa akceptacja choroby tym lepsza gotowość do wypisu. (10) Stwierdzono istotny statystycznie wpływ niektórych czynników socjodemograficznych na umiejscowienie kontroli zdrowia u osób z chorobą przewlekłą. Im pacjenci starsi i pochodzący z dużych miast tym większą kontrolę za własne zdrowie pokładali w innych osobach, w przeciwieństwie do tych z wykształceniem podstawowym, którzy umiejscawiali ją w obszarze czynników zewnętrznych, czyli w przypadku. (11) Nie wykazano znamiennego wpływu umiejscowienia kontroli zdrowia, zarówno w wymiarze wewnętrznym jak i zewnętrznym, na ocenę gotowości pacjenta z chorobą przewlekłą do wypisu ze szpitala.

Słowa kluczowe: Gotowość do wypisu, choroba przewlekła, wypis ze szpitala, akceptacja choroby, umiejscowienie kontroli zdrowia

Summary

Introduction: Chronic illnesses constitute one of the most common problems of medicine, which developing countries are facing. They embody a relatively new problem that emerged as a social challenge only in the 20th century. A chronic illness affects all functional dimensions of a person. Personal resources form an important aspect, impacting human efficiency as well as the sense of self-effectiveness, which is represented by the willingness to address further challenges related to the perception of a chronic illness. Health surveillance is also an important aspect in the acceptance of an illness. This is a belief that any given person can affect what happens to his or her health. This in turn has a substantial value in modifying the conduct which is directly linked to an individual's health.

Objective of the thesis: The present study attempts to identify the factors determining the readiness of patients with a chronic somatic illness to be discharged from hospital.

Research material and methods: The study was conducted on 209 patients of both sexes (women – 54,55%, men – 45,45%), aged 18 to 93, treated at the John Paul II Podhale Region Specialty Hospital in Nowy Targ in 3 medical treatment wards. 97 patients from the Rheumatology Ward of the Internal Medicine Department, 100 patients from the Stroke Treatment Ward of the Department of Neurology and 12 patients from the Department of Cardiology. The diagnostic survey method with questionnaire techniques such as: proprietary survey questionnaire, questionnaire from medical records and other standardized survey tools were employed to collect the data. The study used: 1. Proprietary questionnaire. 2. Questionnaire from medical records. 3. Standardized tools: A) Readiness for Discharge Questionnaire, B) Nottingham Health Profile (NHP) C) Acceptance of Illness Scale (AIS), D) Multidimensional Health Locus of Control- form B (MHLC-B). All data was collected in the Excel program. The comparison of quantitative variables in two groups was made by using the Mann-Whitney test, and in groups three and more by the Kruskal-Wallis method. Post-hoc analysis was performed using Dunn's test and the correlation between quantitative variables by Spearman's correlation coefficient. Results with $p < 0,05$ were considered statistically relevant. The analysis was performed in the R program, version 4.1.2.

Results: The analysis of hospital discharge readiness, both in its respective categories and the overall evaluation, conducted by the patient and the researcher, showed in each case that the patient evaluated his or her discharge readiness higher than the researcher. No statistically significant correlation was found, in the patient's and researcher's evaluation ($p > 0.05$), between the evaluation of discharge readiness and the number of hospitalizations, duration of chronic

illness, patients' gender, health locus of control in terms of: internal control, influence of other people on one's own health and also accidental external factors as well as co-existing illnesses, i.e. cardiovascular diseases, blood vessel diseases, lung diseases, osteoarticular system diseases, digestive system diseases in the patient's judgment, metabolic disorders, thyroid diseases, diseases of the nervous system and eye diseases. The statistical analysis showed significant correlations between the acceptance of the illness and the discharge readiness in all categories as well as in the overall evaluation both subjective ($p < 0,001$, $r = 0,384$) and objective ($p < 0,001$, $r = 0,358$). The strongest relation can be observed in the researcher's assessment of the ability to undertake daily physical activity ($p < 0.001$, $r = 0.464$). Individuals with an increased level of chronic illness acceptance also exhibit corresponding increase in their ability to undertake daily physical activity. The statistical analysis showed significant links between the readiness for discharge from the hospital and the patient's health status in his or her subjective and objective judgment, in dimensions such as pain, energy, emotional reactions, sleep disorders and motor limitations ($p < 0.001$) as well as in the dimension of social alienation in the objective judgment ($p = 0.019$). Patients who were experiencing severe pain and sleep problems, displaying more energy than others, socially alienated, approaching their state of health very emotionally and with reduced mobility, were marked by a lower degree of readiness for discharge from hospital. Sociodemographic data also proves that the older the patient, the more his or her discharge readiness decreased, whereas inhabitants of large cities as well as single people exhibit more readiness for discharge.

Conclusions: (1) The overall assessment of readiness for discharge from the hospital conducted by the patient with a chronic disease as well as the examiner was at a satisfactory level, with the patient's subjective assessment being higher than the results obtained in the objective assessment. (2) A significant statistical correlation was found between some sociodemographic factors and the readiness for discharge from the hospital in the assessment given by the patient with a chronic disease and the examiner. Married elderly people living in the countryside with primary education presented a lower overall assessment of readiness to be discharged from the hospital; gender had no relevant effect. (3) There was no statistically significant impact on the patient's readiness for discharge from the hospital in relation to the number of hospitalizations and the duration of chronic illnesses, both in subjective and objective assessment. However, there is a statistically significant relationship between coexisting diseases of the digestive system in the objective assessment and the urinary system diseases in both assessments types and the discharge readiness, which was definitely lower for these patients. (4) The highest health status was presented by patients with a chronic disease who did not feel

socially alienated, while those with a low level of life energy had the worst quality of life. (5) A statistically significant impact was shown when assessing some sociodemographic factors on the health and quality of life of patients with a chronic disease. People with primary education expressed lower energy, greater pain and higher mobility limitations, they also had a more emotional approach to the disease, while patients with primary and higher education had greater sleep disorders. Marital status significantly impacts the health of patients in the subcategories of pain, mobility limitations and social alienation, with higher score observed among widowed and separated people, contributing to poorer quality of life; gender and place of residence had no significant effect. Quality of life deteriorated with age. (6) A statistically significant connection was found between the health status of patients with a chronic disease and the readiness to be discharged from the hospital. Patients declaring a low level of life energy, experiencing pain, emotionally approaching their illness, with sleep disorders and mobility limitations, were less ready to be discharged from the hospital, both in the subjective and objective assessment. Social alienation had a significant impact on this readiness only in the opinion of the researcher. (7) Patients with chronic disease presented a neutral attitude towards their condition. (8) A statistically significant correlation between some sociodemographic factors and the acceptance of the disease by patients with a chronic disease was also found. Women over 60 with primary education, widowed or separated, living in the countryside show a lower degree of acceptance of the disease. (9) Acceptance of a chronic disease showed relevant results on readiness for discharge, both in the assessment of the patient and the examiner. The higher the acceptance of the disease, the greater the readiness for discharge. (10) A statistically significant effect of some sociodemographic factors on the health locus of control among people with a chronic disease was found. The older the patients and living in bigger cities the more control over their own health they placed in other people, in contrast to those with primary education, who placed it in the area of external factors, such as fate. (11) No significant effect of the health locus of control, both internal and external, on the readiness to be discharged from the hospital was found when assessing patients with chronic diseases.

Keywords: Discharge readiness, chronic illness, hospital discharge, illness acceptance, health control locus

1. Wstęp

ChP stanowią współcześnie jeden z najpowszechniejszych problemów medycyny, z którym zmagają się przede wszystkim kraje rozwijające się. Ukazują stosunkowo nowe zagadnienie, które pojawiło się, jako wyzwanie społeczne dopiero w XX wieku. Na dzień dzisiejszy jest ono główną przyczyną zgonów. W ubiegłym stuleciu najczęstszym powodem śmierci były choroby zakaźne takie jak: grypa, zapalenie płuc czy gruźlica. Ich opanowanie poprzez umiejętność leczenia a także zastosowanie szczepień sprawiło, iż na pierwsze miejsce pod względem umieralności wysunęły się właśnie ChP, które dominują także w wyniku wydłużenia życia ludzkiego [1]. Według Światowej Organizacji Zdrowia (ang. *World Health Organization* – WHO) staną się one w nadchodzącej perspektywie najbardziej kosztownym wydatkiem zdrowotnym. Szacunkowe dane zakładają, iż 133 mln ludzi na całym świecie choruje na nie a wskaźnik ten ma wzrastać o 1% rocznie do 2030 roku [2]. Jak wynika z najnowszych danych epidemiologicznych zwiększa się liczba osób z ChP, które stają się poważnym wyzwaniem dla dzisiejszej medycyny. Na świecie coraz więcej osób w wieku produkcyjnym zapada na nie i coraz więcej umiera z ich powodu [3].

ChP oddziałuje na wszystkie wymiary funkcjonalne człowieka, które wymagają uruchomienia zasobów osobistych a te wpływają w znacznym stopniu na poprawę zdrowia, oraz warunkują proces zdrowienia w sytuacji rozpoznania choroby [4, 5]. W identyfikacji ChP istotną rolę odgrywają następujące zasoby: poczucie własnej wartości, otwartość, poczucie kontroli osobistej, wiara w siebie oraz swoje możliwości i kompetencje, optymizm, nadzieja, samoakceptacja, adaptacja do nietypowych sytuacji. Osoba prezentująca wysokie poczucie własnej skuteczności wykazuje gotowość do: wybierania trudniejszych zadań, uczenia się nowych rzeczy oraz lepiej radzi sobie z lękiem i stresem [5]. Ponadto, indywidualne uwarunkowania kształtują sposób reakcji na informację o chorobie oraz zakres adaptacji do sytuacji zdrowotnej [6, 7].

Badania naukowe wskazują, iż osoby, które zaakceptowały chorobę chętniej podejmują walkę o własne zdrowie oraz doświadczają mniej negatywnych emocji [6]. Jednak, co ważne, nie każdy chory w pełni zaakceptuje fakt ChP [8, 9]. Najczęściej taka osoba reaguje lękiem przed śmiercią, czy też obawą przed dalszą przyszłością [10]. Istnieją dwie grupy czynników warunkujących stopień akceptacji choroby. Pierwsza grupa to czynniki związane ze specyfiką schorzenia: długością trwania, rodzajem oraz dolegliwościami. Do drugiej grupy uwarunkowań zalicza się czynniki związane z osobą chorego: wiek, płeć, wykształcenie, poziom inteligencji oraz cechy osobowości (optymizm, wytrwałość), które oddziałują w sposób pozytywny na

akceptację choroby [8]. Wpływ na nią mają również następujące czynniki: miejsce zamieszkania, stan cywilny, aktywność zawodowa oraz nałogi. Osoby starsze cechują się większą akceptacją choroby aniżeli młodsze, a osoby pracujące fizycznie lepiej znoszą informacje o ChP. Pozostałe czynniki nie mają wpływu na zjawisko akceptacji choroby [11]. Podejście pacjenta do choroby zależne jest od wielu czynników. Najważniejsze z nich to: osobowość pacjenta, indywidualne skłonności do zachowań zdrowotnych, samoakceptacja choroby, sposoby radzenia sobie ze stresem oraz otrzymywane wsparcie społeczne. Za akceptację choroby uznaje się pozytywną postawę wobec danej sytuacji czy poglądu, która mobilizuje siły pacjenta, co w rezultacie zapobiega obniżeniu jakości życia [12].

W psychologii zdrowia publicznego ważnym elementem jest, aby ustalić związek pomiędzy postrzeganiem choroby przez pacjentów a predyspozycjami do podejmowania prozdrowotnych zachowań [13]. Kontrola zdrowia jest również ważnym aspektem w akceptacji choroby. Jest to przekonanie, że dana osoba ma wpływ na to, co dzieje się z jej zdrowiem. Poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia podkreśla, iż człowiek stara się dążyć do zaspokojenia potrzeb dzięki różnym formom zachowań. Ma to istotne znaczenie w modyfikacji zachowań połączonych ze zdrowiem jednostki. Do zachowań zdrowotnych włącza się także aktywności, które kształtują postawę zdrowotną człowieka. Do dominujących zachowań zdrowotnych zalicza się: prawidłowe nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, praktyki zdrowotne oraz pozytywne nastawienie psychiczne [14].

Podjęcie tematu, jakim jest gotowość do wypisu ze szpitala pacjentów z ChP, a także wyłonienie determinantów na nią wpływających wiąże się z przekonaniem, iż zagadnienie to w polskiej ochronie zdrowia nie jest uznawane za dostatecznie ważne, bądź też z różnych powodów jest odsuwane na dalszy plan. Może to wynikać ze zbyt ograniczonej liczby personelu, który obecnie ma nadmiar obowiązków. Pojęcie gotowości do wypisu ze szpitala zwłaszcza osób zmagających się z chorobami o podłożu przewlekłym zdaje się być niedostrzegane przez personel szpitali a to wiąże się z ponownymi hospitalizacjami generującymi dodatkowe koszty, lub niepomyślnym procesem terapeutycznym skutkującym pogorszeniem się stanu zdrowia danego pacjenta. Wydawać by się mogło, że ocena tej gotowości powinna pozostać w kwestii lekarza prowadzącego, jednak to pielęgniarka posiada w zakresie swoich obowiązków realizację edukacji zdrowotnej. Oznacza to, że jest jedną z tych osób w zespole terapeutycznym, która może stwierdzić gotowość pacjentów do wypisu ze szpitala. Praca ta ma na celu uświadomienie pracownikom służby zdrowia, jak ważne jest przygotowanie pacjenta do opuszczenia szpitala, a także, jakie czynniki odgrywają znaczenie w tym procesie.

2. Choroba przewlekła

2.1. Definiowanie pojęć

Analiza definicji ChP, wskazuje na dwie tendencje do określania jej charakteru. Na pierwsze miejsce wysuwa się prawidłowość, która prezentowana jest w naukach medycznych i odnosi się do czasu jej trwania, jako najważniejszego czynnika w odróżnieniu od innych typów chorób. W następnej kolejności, przedstawiany jest kierunek, który dominuje w naukach społecznych – w psychologii i odnosi się do charakterystycznych cech występujących w ChP [1]. Wśród wyjaśnień, które oparte są o jej czas trwania wyróżnia się definicję WHO, według której ChP ma długi czas trwania a dodatkowo powoli się rozwija. Kolejna definicja, również zwraca uwagę, na czas trwania choroby, z uwzględnieniem przedziału powyżej trzech miesięcy lub stałej hospitalizacji przez co najmniej miesiąc [15]. Rozwija się ona powoli, jej początek najczęściej bywa trudny do uchwycenia przez lekarzy, a koniec może przeciągać się w czasie lub nigdy nie nastąpić. Jej przebieg opiera się na fazach remisji oraz nawrotów [16]. Do drugiej grupy definicji zalicza się tę przedstawioną przez Amerykańską Komisję ds. Chorób Przewlekłych (*ang. The National Commission on Chronic Illness – NCCI*), w której zwraca się uwagę, że wszystko co przewlekłe, uznawane jest za zaburzone lub odbiega od przyjętych norm i posiada jedną lub więcej cech charakterystycznych, do których zalicza się: długotrwały przebieg, proces leczenia, etiologię oraz przebieg choroby, które nie są określone w jednoznaczny sposób, pozostawiają po sobie różne dysfunkcje lub niepełnosprawność, a także wymagają podejścia specjalistycznego, nadzoru oraz opieki [1, 17, 18].

2.2. Klasyfikacja

Klasyfikacja chorób to zbiór kategorii, dzięki którym można przypisać konkretne stany chorobowe według ustalonych kryteriów [19]. W piśmiennictwie medycznym bardzo mało uwagi poświęca się tworzeniu klasyfikacji ChP. Wydaje się, iż jest to poboczny problem, ponieważ dla lekarzy istotniejszym staje się określenie etiologii bądź też przebiegu pojedynczej jednostki chorobowej, powodując tym samym ustalenie odpowiedniego postępowanie terapeutycznego [1].

Najczęściej stosowanym systemem klasyfikacji chorób jest podział na: choroby ostre i przewlekłe. W celu określenia definicji choroby ostrej muszą zostać spełnione takie cechy jak: krótki czas trwania, szybki początek, szybkie nasilenie objawów. W przypadku definicji ChP, uwzględnia się charakterystyczne obszary, które zwracają uwagę na: dłuższy czas trwania, powolny jej początek wraz z mniejszym natężeniem objawów. Dążąc do szybkiego rozgraniczenia między chorobą ostrą a przewlekłą, Amerykańska Agencja ds. Statystyki Zdrowia (ang. *National Center of Health Statistic* – NCHS) podała, iż choroba ostra trwa zazwyczaj do 3 miesięcy natomiast powyżej tego czasu chorobę należy uznać za przewlekłą. W piśmiennictwie spotkać można podział, który jest uwarunkowany czynnikami etiologicznymi np.: choroby ostre powodują drobnoustroje chorobotwórcze natomiast do powstania chorób przewlekłych przyczynia się styl życia, zachowania zdrowotne czy też środowisko [20].

W medycynie najczęściej stosowanym systemem klasyfikacji chorób przewlekłych jest Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD (ang. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* – ICD). Umożliwia ona systematyczne rejestrowanie, analizowanie, interpretację oraz porównanie danych dotyczących umieralności i chorobowości. Ma ona zastosowanie w klasyfikowaniu szeregu chorób i innych problemów zdrowotnych. Określa ona nie tylko jednostki chorobowe, ale także różnego rodzaju objawy, cechy, nieprawidłowe wyniki badań, dolegliwości oraz stany i sytuację socjalną pacjenta [19].

ChP są główną przyczyną zgonów, następujących wcześniej niż u osób bez ich występowania oraz wcześniej niż w typowym wieku życia. Intensywny rozwój medycyny sprawił, że zgon poniżej 75 r.ż. uznawany jest za przedwczesny. W obecnej sytuacji do ChP zalicza się około 150 jednostek chorobowych a ich wykaz znajduje się w Dzienniku Ustaw, jako Rozporządzenie Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej z dn. 28.10.2011 r., który podlega ustawicznym zmianom, gdyż coraz to nowsze schorzenia zostają uznawane za przewlekłe. Do najczęściej występujących ChP zalicza się:

- cukrzycę;
- choroby układu krążenia (ChUK)
- nowotwory;
- przewlekłe choroby układu oddechowego (PChUO);
- otyłość;
- reumatoidalne zapalenie stawów (RZS)
- choroby mózgowo naczyniowe (ChMN) w tym stwardnienie rozsiane (*ang. Sclerosis Multiplex – SM*) [18, 21].

2.3. Epidemiologia – wybrane aspekty

Jak wynika z najnowszych danych epidemiologicznych zwiększa się liczba chorych na ChP, które to stają się poważnym wyzwaniem dla dzisiejszej medycyny. Na świecie coraz więcej osób w wieku produkcyjnym ma zdiagnozowane te choroby, które to niejednokrotnie są przyczyną śmierci [22]. W ostatnich latach, prawie we wszystkich krajach rozwiniętych, zdrowie publiczne zmieniało się w bardzo szybkim tempie. Do tych zmian zalicza się rewolucję epidemiologiczną, która jak podają niektórzy autorzy trwa do dzisiaj a spowodowana jest warunkami życia, czynnikami środowiskowymi, społeczno-ekonomicznymi oraz kulturowymi. Wcześniejsze zmiany dotyczyły śmiertelności głównie z powodu chorób ostrych zwłaszcza zakaźnych – przewodu pokarmowego, zapaleniem płuc czy gruźlicą. Jednak działania resortu zdrowia publicznego, czyli poprawa warunków higienicznych oraz wpływ szczepień ochronnych spowodowały, że aktualnie na pierwszy plan wysunęły się ChP [3].

A. Cukrzyca

Cukrzyca jest uznawana za jedną z najbardziej poważnych jednostek chorobowych współczesnego świata, stała się także największym wyzwaniem zdrowotnym XXI wieku. Każdego roku zapadalność na tę chorobę wzrasta (1/11 osób ma cukrzycę). Jak wynika z danych, w 2015 roku około 8,8% ludzi (415 mln) w wieku od 20 do 79 lat chorowało na cukrzycę a 75% z nich żyło w krajach o średnich lub niskich dochodach. Gdyby ta tendencja wzrostowa utrzymała się, to w 2040 roku liczba ta wyniesie już 10,4% (642 mln) [22]. W Polsce w 2017 roku liczba chorych na cukrzycę wynosiła 2,533 mln (6,58% populacji), z czego 1,408 mln stanowiły kobiety a 1,124 mln mężczyźni [23]. Zarówno w Polsce jak i na świecie częściej chorują na nią mężczyźni. I tak na świecie w 2015 roku 215,2 mln mężczyzn i 199,5 mln kobiet chorowało na cukrzycę. Międzynarodowa Federacja Diabetologiczna (*ang. International*

Diabetes Federation – IDF) przewiduje zwiększenie się liczby pacjentów na świecie do 642 mln w bardzo niedalekiej przyszłości, bo już w 2024 roku. Dane na temat umieralności na cukrzycę również są niepokojące. Okazują się, że ryzyko zgonu jest 2-3-krotnie wyższe od populacyjnego a współczynnik zgonów waha się od 5-25/100000. Jak podaje IDF na świecie, co 6 sekund umiera na cukrzycę jedna osoba. W ciągu roku z powodu tej choroby umiera około 4,8 mln ludzi. Według WHO w 2015 roku z powodu cukrzycy zmarło 1,5 mln ludzi natomiast z powodu powikłań, jakie ona niesie za sobą, aż 3,7 mln chorych [24]. Niepokojącym jest fakt, iż cukrzycę rozpoznaje się nawet u dzieci. Jest ona jedną z najczęstszych ChP. Jak wynika z danych zarówno w Polsce jak i na świecie obserwowany jest ustawiczny wzrost zachorowalności na cukrzycę typu 1 [25].

B. Choroby układu krążenia

ChUK podobnie jak cukrzyca cechuje największą liczbą zachorowalności i umieralności zarówno w Polsce jak i w Europie. Stanowią one blisko połowę przyczyn wszystkich zgonów [26]. Z danych WHO wynika, że w roku 2002 na świecie odnotowano aż 16,7 mln zgonów z powodu ChUK, zaś w samej Europie aż 4 mln [27]. W 2008 roku zmarło blisko 43% ludności polskiej a najliczniejszą grupą są osoby, które doznały śmierci z powodu chorób sercowo-naczyniowych (ChSN). W Polsce od lat dziewięćdziesiątych obserwowany jest spadek umieralności na ChUK, natomiast wzrost zachorowalności na te choroby jest określany, jako trzeci okres przemiany epidemiologicznej charakteryzującej się wzrostem spożycia tłuszczów, obniżenia aktywności fizycznej: co w ostateczności powoduje powstanie takich chorób jak nadciśnienie tętnicze (NT) czy miażdżycy [28]. Można oszacować, że w Polsce dziennie umiera około 100 osób, u których zdiagnozowano zawał serca a ogółem z powodu ChSN 500 osób dziennie [29, 30]. Wskaźniki umieralności w Polsce z powodu choroby niedokrwiennej serca (ChNS) czy też udarów mózgu są od 1,5 do 3 razy wyższe aniżeli w pozostałych krajach europejskich. Do najczęstszych ChUK zalicza się NT. Ciśnienie rozkurczowe serca wyższe o 5mmHg u osób z grupy ryzyka, zwiększa wystąpienie udaru mózgu o 34% a o 21% ChNS. Chociaż jak wynika z danych częściej śmierć z powodu NT występuje u kobiet to jednak statystycznie jest ono bardziej niebezpieczne dla mężczyzn. Dane wskazują, że jest ono przyczyną 6% wszystkich zgonów w populacji [30]. Około 45% zgonów pacjentów z NT umiera w przebiegu ChNS a 51% w wyniku udaru mózgu. Około 40% osób dorosłych, którzy ukończyli 25 r.ż. choruje na NT. Dotyczy to zarówno krajów rozwiniętych jak i rozwijających się. Szacuje się, że w Polsce na nadciśnienie tętnicze choruje aż 30-35% populacji [31].

C. Nowotwory

Zarówno w Polsce jak i na świecie nowotwory stanowią bardzo poważny problem zdrowotny. Znajdują się one w Polsce na drugim miejscu, pod względem liczby zgonów ogółem a na pierwszym w przypadku zgonów przed 65 r.ż [32]. Około 60% zachorowań na nowotwory złośliwe dotyczy tej grupy wiekowej, i wynika to z rosnącej długości życia oraz stałego przyrostu ludności w tej populacji. W przypadku mężczyzn najczęściej występującym jest nowotwór złośliwy płuc. Stanowi on 20% zachorowań i około 30% zgonów [33]. Według raportu przedstawionego przez bazę GLOBOCAN w 2018 roku rozpoznano aż 2,1 mln zachorowań na ten typ nowotworu a szacunkowo 1,8 mln osób najprawdopodobniej poniesie śmierć z jego powodu. Współczynnik zachorowalności w przypadku raka płuc u mężczyzn wynosi 49,3/100 000 a u kobiet jest na drugim miejscu zaraz po raku piersi, którego współczynnik zachorowalności wynosi 22,2% [34]. U kobiet najczęściej występującym jest nowotwór złośliwy piersi. Ryzyko jego wystąpienia przed 75 rokiem życia szacuje się na około 25% natomiast ryzyko śmierci na 15%. Najwięcej, bo aż 80% wszystkich zachorowań na ten rodzaj nowotworu według Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN) odnotowuje się po 50 roku życia a połowa z nich występuje między 50 a 69 rokiem życia [35]. W Polsce ryzyko wystąpienia tego nowotworu jest wysokie. Pomimo coraz lepszych metod profilaktyki i leczenia liczba zgonów we wszystkich grupach wiekowych wciąż rośnie [36].

D. Przewlekłe choroby układu oddechowego

Do PChUo zalicza się w głównej mierze: gruźlicę płuc, zespół serca płucnego a także przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP) czy też astmę. W 2017 roku choroby te przyczyniły się do zgonów aż 52 743 osób a współczynnik umieralności wynosił 137,3/100 000. Zapadalność na gruźlicę w 2018 roku wynosiła 5487, to o 300 przypadków mniej aniżeli w roku poprzednim, i o 2749 mniej niż w roku 2009. Jeśli chodzi o umieralność to w 2017 roku z powodu gruźlicy zmarły 543 osoby a współczynnik wyniósł 1,3/100 000 [37]. Według Światowej Inicjatywy na Rzecz Zwalczenia Astmy (*ang. Global Initiative for Asthma – GINA*) w 2004 roku chorowało na nią blisko 300 mln ludzi na świecie a dane szacunkowe, dotyczące 2025 roku wskazują, że liczba ta wzrośnie o 45-59% w krajach rozwijających się. W latach 2006-2008 w Polsce na astmę chorowało około 4-5 mln ludzi [38].

Najnowsze badania wskazują, iż POChP występuje u około 15% społeczeństwa Unii Europejskiej powyżej 40 roku życia. W Polsce choroba ta dotyka 10% ogółu populacji, natomiast u 1/5 tych osób stwierdza się postać zaawansowaną [39].

E. Otyłość

Według WHO otyłość została uznana za chorobę przewlekłą oraz epidemię XXI wieku. Dotyka ona społeczeństwa zarówno w Polsce jak i na całym świecie [40]. Jest to problem nie tylko zdrowotny, który przyczynia się aż do 10-13% zgonów w krajach Europy, ale również ekonomiczny [41]. Liczba chorych wciąż rośnie a badania epidemiologiczne pokazują tę tendencję zwłaszcza w krajach wysoko uprzemysłowionych. Najwięcej ludzi z otyłością występuje w Stanach Zjednoczonych oraz Wielkiej Brytanii, gdzie dotyczy ona blisko 30% społeczeństwa. W Polsce również odnotowuje się przypadki występowania otyłości [42]. Dotyczy zarówno dorosłych, ale niestety także dzieci i młodzież. W 2014 roku występowała u 41 mln dzieci poniżej 5 roku życia a wciąż ostatnich dziesięcioleci zauważa się postępujące obniżanie progu wiekowego [43]. Według raportu Międzynarodowej Grupy Zadaniowej do Spraw Otyłości (ang. *International Obesity Task Force* – IOTF) liczba dzieci w wieku szkolnym na świecie z otyłością wyniosła 155 mln [44]. Według danych epidemiologicznych prawie 2,8 mln ludzi dorosłych na świecie umiera w ciągu roku z jej powodu. Międzynarodowe Towarzystwo Badań nad Otyłością (ang. *International Association for the Study of Obesity* – IASO) podało, iż w latach 2003-2007 w Polsce otyłość dotyczyła 23,4% kobiet i 20,3 mężczyzn [40]. Według WHO na świecie żyje około 500 mln ludzi, którzy cierpią na otyłość [45].

F. Reumatoidalne Zapalenie Stawów

Jest to choroba autoimmunologiczna, zaliczana do chorób przewlekłych i dotyczy od 0,3 – 1,5% populacji ogólnej, natomiast w Stanach Zjednoczonych oraz Europie Zachodniej dotyczy większego odsetka bo od 0,5 – 2,0%. Najmniej zachorowalności na RZS odnotowuje się w Europie Południowej (16,5/ 1000 000 osób), w USA natomiast jest to 38/ 1000 000 osób. Polska zalicza się do krajów, w którym zachorowalność na tę przypadłość wynosi 0,9%, a każdego roku odnotowuje się od 800 do 1500 nowych zachorowań [46]. RZS głównie dotyczy kobiet zwłaszcza po 40 roku życia, a także występuje 3 razy częściej aniżeli u mężczyzn. U około 80% pacjentów rozwija się ono pomiędzy 35. a 50. rokiem życia. Częstsze występowanie choroby zwiększa się wraz z wiekiem i osiąga około 2 % powyżej 55 roku życia [47].

G. Choroby mózgowo-naczyniowe

Do najczęściej diagnozowanych chorób mózgowych zalicza się niewątpliwie udar mózgu, który to stanowi wyzwanie dla dzisiejszej medycyny. Istnieją dwa rodzaje udaru mózgu tj. niedokrwienny oraz krwotoczny. Ten pierwszy występuje w około 85% populacji i znajduje się

na trzecim miejscu co do częstości występowania oraz na pierwszym jako przyczyna niepełnosprawności występującej głównie w grupie wiekowej po 60 roku życia. Pozostała część to udary krwotoczne [48].

Do neurodegeneracyjnych chorób mózgu zalicza się stwardnienie rozsiane. Jak wskazują dane dotyczy ona 2,3 mln ludności na świecie. Najwyższa zachorowalność na SM występuje w Ameryce Północnej (140/ 100 000 osób) oraz w Europie (108/ 100 000 osób) a najniższa w Azji Wschodniej (2,2/ 100 000 osób). W Polsce zachorowalność jest wysoka i wynosi około 40 000- 50 000 przypadków [49].

2.4. Czynniki ryzyka wybranych chorób przewlekłych

Medycyna w XIX miała na celu m. in. określanie przyczyn występowania wielu ChP a dzięki jej rozwojowi zidentyfikowano ich czynniki ryzyka. Odpowiadają one w dużej mierze, za jakość życia człowieka. W przeważającej większości ich wystąpienie ma związek z podatnością organizmu na te właśnie czynniki, a nie wynika to z biologicznego procesu starzenia się. Szacuje się, że tylko około 20% populacji ludzi pomyślnie przechodzi okres starości, natomiast pozostałe osoby stanowią grupę chorych przewlekle [50].

Czynnikiem ryzyka określa się parametr, który wpływa na rozwój danej choroby. W celu ich pogrupowania wykorzystywane są długoletnie badania epidemiologiczne, umożliwiające zestawienie typowych cech weryfikujących prawdopodobieństwo wystąpienia konkretnych schorzeń [51].

Do czynników ryzyka powstawania ChP, w tym m. in. otyłości, cukrzycy czy ChUSN należą w głównej mierze styl życia oraz sposób odżywiania. Wysoki poziom spożywanych kalorii, nasyconych kwasów tłuszczowych i cholesterolu powoduje problemy w funkcjonowaniu tych układów i zostało to udowodnione w badaniach klinicznych, epidemiologicznych i doświadczalnych. Również wysoki poziom spożywania cukrów wpływa na powstanie cukrzycy, otyłości czy wpływa niekorzystnie na układ sercowo-naczyniowy [52]. Stosowanie diety zawierającej niezbędne składniki odżywcze pozbawionej np. cukrów prostych to podstawa by uniknąć wielu chorób. Spożywanie produktów o wysokim indeksie glikemicznym (IG) wpływa na rozwój cukrzycy. Poza dietą na jej rozwój, wpływa również wysiłek fizyczny, który zapobiega powstawaniu otyłości, powodującej w dużej mierze cukrzycę typu 2. Udowodniono, że wystarczy 30 min dodatkowej aktywności fizycznej, aby zminimalizować ryzyko jej powstawania [53].

W ostatnich latach zachowania zdrowotne większości ludzi uległy znacznej zmianie. Większość spędza czas przed ekranem komputera a do pracy czy szkoły przemieszcza się za pomocą samochodu a nie np. rowerem. Tak prowadzony styl życia przyczynia się w dużej mierze do powstawania otyłości a ta z kolei prowadzi do chorób innych układów [54]. W 2004 roku badanie INTERHERT przeprowadzone w 52 krajach wykazało 6 głównych czynników ryzyka chorób układu krążenia oraz 3 czynniki kardioprotekcyjne. Do czynników ryzyka zalicza się: zaburzenia lipidowe, palenie papierosów, NT, cukrzycę, otyłość brzuszną oraz element psychospołeczny. Tymczasem do czynników kardioprotekcyjnych zakwalifikowano dietę bogatą w warzywa i owoce, niewielkie spożywanie alkoholu oraz aktywność fizyczną [55–57]. Warto także zwrócić uwagę na występowanie komponentów psychologicznych, jako przyczyn powstawania ChUK. Ostry lub przewlekły stres może przyczynić się do powstania NT a nawet zawału serca [55].

Do najważniejszych modyfikowalnych czynników ryzyka ChSN zalicza się zdecydowanie nikotynizm, który to przyspiesza rozwój choroby wieńcowej oraz jest przyczyną nagłej śmierci sercowej. Osoby uzależnione od nikotyny, są w grupie o znacznie większym ryzyku wystąpienia tętniaka aorty brzusznej oraz miażdżycy. Możliwość pojawienia się zawału serca u palacza jest 2-krotnie wyższa niż, u osoby niepalącej [58]. Czynniki ryzyka ChSN, można podzielić na modyfikowalne i niemodyfikowalne. Do pierwszych zalicza się takie, którym dzięki podejmowanym interwencjom można zmieniać nasilenie poprzez np. zmianę stylu życia. Niemodyfikowalne natomiast to wiek, płeć, obciążenia rodzinne, choroby współistniejące [57].

Możliwość wystąpienia udaru mózgu wzrasta 2-krotnie, zarówno u kobiet jak i mężczyzn z każdą dekadą życia oraz o 5% wśród osób powyżej 65 roku życia. Jak wynika z danych częściej na udary mózgu chorują mężczyźni niż kobiety. Zwraca również uwagę fakt, iż częściej występuje u osób rasy czarnej i latynoskiej. Zwiększa się prawdopodobieństwo wystąpienie udaru u osób z predyspozycjami genetycznym [59]. Do najpowszechniejszych modyfikowalnych czynników ryzyka udarów zalicza się niewątpliwie palenie tytoniu, które zwiększa dwukrotnie ryzyko jego wystąpienia [60]. Do kolejnych czynników, które podlegają modyfikacji zalicza się NT, cukrzycę, zaburzenia lipidowe, migotanie przedsionków, zwężenie tętnicy szyjnej >60%, nadużywanie alkoholu oraz choroby serca takie jak np. zawał czy wady zastawkowe. Istnieją jeszcze prawdopodobne czynniki modyfikowalne, do których zalicza się: brak aktywności fizycznej, otyłość, hyperhomocysteinemia, hormonalna terapia zastępcza, doustne środki antykoncepcyjne, infekcje, dieta [61].

Powstawanie RZS wciąż nie jest do końca znane. Prawdopodobną przyczyną początku tej choroby są czynniki: genetyczne, hormonalne, środowiskowe, immunologiczne oraz infekcyjne

[62]. Najbardziej poznany czynnik środowiskowy wpływający na rozwój RZS to palenie tytoniu. Powoduje ono rozwój bardziej agresywnej choroby oraz wczesnym powstawaniu nadżerek. Niektóre badania wskazują oprócz tego, rolę zakażenia wirusem Epstein-Barra oraz bakteriami *Proteus mirabilis*. Od kilku lat obserwuje się zależność pomiędzy występowaniem choroby zapalnej przyzębia a RZS. U osób, u których występują choroby zapalne przyzębia, częściej rozpoznaje się RZS [63].

Do najbardziej powszechnych i znanych czynników ryzyka ChUO zaliczyć niewątpliwie można: nikotynizm jak również zanieczyszczenie środowiska [64]. W przypadku POChP zauważalny oprócz palenia tytoniu czynnik sprzyjający powstawaniu tej choroby, to szkodliwe pyły i gazy. W przypadku przewlekłego wdychania takich substancji jak kobalt, glin i manganu uruchamia się proces szybszego rozwoju powstania POChP czy rozedmy płuc [65]. Ponieważ niektóre badania wykazały, że na rozwój ChUO takich jak: POChP czy astma oskrzelowa wpływ miał status socjoekonomiczny. Osoby o niższym statusie miały mniejszy dostęp do opieki medycznej a także były uzależnione od nikotyny w większym stopniu niż osoby zamożne [66]. W przypadku powstawania astmy oskrzelowej istotną rolę pełnią również czynniki genetyczne, nadreaktywność oskrzeli, otyłość oraz płeć żeńska. W alergicznym typie astmy oskrzelowej narażenie na alergen powoduje kaskadę procesów immunologicznych prowadzących do rozwoju choroby [67].

Przyczyny powstawania stwardnienia rozsianego (*ang. Sclerosis Multiplex- SM*) nie są do końca poznane. Mówi się, że jest to choroba o wieloczynnikowej patogenezie, na którą wpływ mają czynniki genetyczne, immunopatologiczne oraz środowiskowe. Częściej na SM chorują kobiety aniżeli mężczyźni [68].

2.5. Następstwa chorób przewlekłych oraz sposoby radzenie sobie z nimi

U osoby, u której rozpoznano ChP, niejednokrotnie dochodzi do braku jej akceptacji. Stan ten nie mija, a wraz z postępem choroby nasilają się jej objawy. Dochodzi do wystąpienia u człowieka negatywnych następstw, we wszystkich aspektach życia, zwłaszcza w sferze: biologicznej, psychicznej, społecznej, behawioralnej oraz środowiskowej [69].

To jak chory postrzega swoją chorobę zależy w głównej mierze od cechy emocjonalnych człowieka. Silne emocje oddziałują na procesy poznawcze. Według badań naukowych istnieją powiązania pomiędzy negatywną afektywnością a uwrażliwieniem pacjenta na występujące w chorobie objawy oraz tendencję do ich traktowania, jako czegoś, co w danej chwili zagraża zdrowiu i życiu [70, 71]. W wielu przypadkach, chory próbuje samodzielnie konstruować wizję przyszłości życia z ChP, próbuje odnaleźć jej przyczynę, możliwy przebieg i czas trwania. To, w jaki sposób choroba zmieni życie człowieka zależy przede wszystkim od występujących objawów (dyskomfort, ból, ograniczenia) oraz informacji pozyskanych od innych pacjentów lub personelu medycznego na temat jednostki chorobowej. Jeżeli przewagę będą miały zdarzenia i informacje negatywne, wtedy dochodzi do wystąpienia u pacjenta smutku i żalu, a nawet złości, którą może wyładowywać np. na rodzinie, przyjaciółach [71]. ChP wiąże się najczęściej z niekorzystnymi następstwami. Niejednokrotnie choroba somatyczna przyczynia się do zmiany w wyglądzie, zmian w sferze intelektualnej, seksualnej, ale także wynikają z niej pewne ograniczenia ruchowe spowodowane bólem. Powoduje zaburzenia i ograniczenia w sferze zawodowej, emocjonalnej, społecznej czy też rodzinnej. Oprócz negatywnych symptomów ChP, wyróżnia się również pozytywne zachowania związane z jej wystąpieniem. Może ona stać się powodem, dla których człowiek zmieni postrzeganie samego siebie, relacje interpersonalne oraz filozofię życia. Etap ten chory może traktować, jako przebudowę własnej egzystencji i najczęściej wiąże się z poradzeniem sobie z chorobą [72]. Stan zdrowia człowieka jest najważniejszym determinantem, który wpływa na funkcjonowanie w rodzinie [73].

Występowanie ChP, wiąże się z pojawieniem się przede wszystkim cierpienia fizycznego. Wraz z rozwojem medycyny większość dolegliwości można złagodzić poprzez procedury medyczne, jednak wciąż zbyt mało czasu poświęca się zdrowiu psychicznemu, które odgrywa kluczową rolę w życiu osoby przewlekle chorej [74]. Choroba somatyczna to złożony zespół czynników stresogennych. Stwarza ona poczucie zagrożenia zdrowia lub życia. Objawy występującej choroby powodują znaczny dyskomfort, zakłócają lub uniemożliwiają zaspokajanie ważnych dla funkcjonowania potrzeb, zarówno fizjologicznych, jak też potrzebę bezpieczeństwa, osiągnięć i znaczenia oraz autonomii. Zaburza realizację celów, które wiążą się

z pełnionymi rolami życiowymi. Często podczas choroby istotna jest długa hospitalizacja, która powoduje zerwania kontaktów z rodziną i bliskimi, utratą indywidualności a oprócz tego podporządkowaniu się regulaminowi oddziału tak bardzo różnemu od życia codziennego [75]. Obniża ona w sposób znaczny bezpieczeństwo ekonomiczne, a tudzież w dużej mierze wpływa na relacje społeczne. Rozwój medycyny spowodował, że zespół terapeutyczny składający się z lekarzy, psychologów oraz terapeutów nastawiony jest na wspomaganie procesów przystosowania się pacjentów z ChP oraz wykorzystują skuteczne sposoby radzenia sobie ze stresem [76]. Wzmacniają oni w pacjencie jego siłę charakteru, pomagają mu odnaleźć w sobie nietypowe zdolności bądź też szczególne umiejętności, co w rezultacie prowadzi do przystosowania się chorego do nowej, zmienionej sytuacji życiowej. Takie działania przyczyniają się do postrzegania choroby przez pacjenta, jako pozytywnego doświadczenia. Pomaga to wypracować własne metody radzenia sobie z ChP [77]. Dokładna prezentacja następstw ChP znajduje się w Tabeli I.

Tabela I. Negatywne następstwa chorób przewlekłych [1].

Obszar	Następstwa
Biologiczny	<ul style="list-style-type: none"> – pojawienie się niepełnosprawności lub oszpeceń – pojawienie się dyskomfortu fizycznego – utrata życia – brak dobrostanu fizycznego – zaburzenia integralności ciała
Psychologiczny	<ul style="list-style-type: none"> – przeżywanie cierpienia – pojawienie się negatywnych stanów emocjonalnych (np. lęku przed śmiercią, niepełnosprawnością) – zmiany obrazu własnego ciała – zmniejszenie bądź utrata niezależności, prywatności, autonomii, poczucia kontroli – utrudnienia w realizacji zadań rozwojowych i wyznaczaniu sobie celów – obniżenie poczucia własnej wartości
Społeczny	<ul style="list-style-type: none"> – konieczność przyjęcia nowych ról społecznych (roli chorego) – utrudnienia w wykonywaniu dotychczasowych ról społecznych – pogorszenie bądź utrata związków z bliskimi
Behawioralny	<ul style="list-style-type: none"> – konieczność systematycznego poddawania się procedurom diagnostycznym, terapeutycznym i rehabilitacyjnym – zmiana form i wzorów aktywności, głównie pracy i wypoczynku – konieczność wprowadzenia zmian w stylu życia
Środowiskowy	<ul style="list-style-type: none"> – zagrożenie pogorszeniem sytuacji materialnej – utrata możliwości pozostania w przyjaznym środowisku

Wpływ ChP na życie jest zależny od osoby chorej. Ta sama jednostka chorobowa u jednego człowieka, może powodować zaburzenia w dotychczasowym życiu, u innego nie zostanie zauważona. Zależy to przede wszystkim od takich czynników jak: właściwości choroby, osobowość chorego, aktualna sytuacja, w której się znajduje, ilość i jakość otrzymywanego wsparcia od społeczeństwa, rodziny, przyjaciół, oraz interpretacja faktu zachorowania [1].

Znaczenie oraz sposób, w jaki człowiek chory myśli o swojej chorobie ma decydujący wpływ na to, w jaki sposób będzie się z nią zmagał oraz jakie strategie zaradcze wybierze. Adaptacja do choroby stanowi zgodę na zmiany w życiu. W stanach przewlekłych, nieuleczalnych, brak akceptacji najczęściej skutkuje powstaniem bezradności a to z kolei może powodować rozwój chorób psychicznych, które współtowarzyszą pacjentom z chorobami przewlekłymi [78]. Osoby akceptujące fakt występującej u siebie choroby przewlekłej, chętniej podejmują walkę o swoje zdrowie, a także doświadczają mniej negatywnych emocji [79]. Zaakceptowanie choroby to rozpoznanie i zrozumienie ograniczeń oraz strat z nią związanych. Osoby pogodzone ze swoim losem i występowaniem choroby somatycznej, pomimo towarzyszenia dolegliwości chorobowych myślą realistycznie, są samowystarczalne, niezależne i ważne. Za akceptację choroby, nie należy uważać słabości i rezygnacji a jedynie siłę osoby, która godzi się z tym, co przyniesie dalszy postęp w chorobie. Taka postawa pozwala człowiekowi lepiej przetrwać okres choroby [80].

Fakt ChP wiąże się ze źródłem ciągłego stresu wywołanego przez liczne kontrole, terapie, leczenie czy też poczuciem stygmatyzacji przez otoczenie. Występowanie tego rodzaju stresu wpływa na zdolność radzenia sobie z nową sytuacją, jaką jest choroba –przeszkoda, która utrudnia realizację zamierzonych celów życiowych. Dlatego pacjent może próbować pokonać tę przeszkodę, ominąć ją w swoim życiu, wyznaczyć sobie inny zastępczy cel lub całkowicie zrezygnować z jego osiągnięcia [81]. Do najważniejszych form radzenia sobie ze stresem wywołanym ChP jest wsparcie społeczne. Jest ono potrzebne, kiedy człowiek znajdzie się w trudnej sytuacji życiowej, do której zalicza się rozpoznanie choroby [82].

W piśmiennictwie spotyka się cztery style radzenia sobie z chorobą. Należą do nich:

- Styl skoncentrowany na zadaniu: polega na dążeniu do rozwiązania problemu poprzez próby zmiany sytuacji a główny nacisk kładzie się na tym, aby rozwiązać problem.
- Styl zorientowany na poszukiwanie najlepszych rozwiązań: polega na poszukiwaniu najnowszych, ale mniej sprawdzonych rozwiązań. Osoba stosująca ten styl zdaje sobie sprawę, że osiągnięcie nawet najmniejszego efektu może wiązać się z dużo większym nakładem czasu i środków.

- Styl skoncentrowany na emocjach: najczęściej stosowany u osób, które koncentrują się na swoich przeżyciach takich jak: złość, napięcie i poczucie winy. Na pierwszy rzut wysuwają się reakcje emocjonalne, które stają się dla osoby pierwszoplanowe.
- Styl skoncentrowany na unikaniu: polega on na tym, że osoby chore starają się odsuwać od siebie myśli związane ze swoim stanem zdrowia, czyli eliminują sytuacje powodujące występowanie stresu. Nie przejmują się one problemem i nie dążą do jego rozwiązania i poprawy sytuacji [81].

W kwestii występowania choroby somatycznej oraz tego, w jaki sposób dany człowiek zareaguje, ważne jest również umiejscowienie kontroli własnego zdrowia [83]. Jest ono bardzo istotne w sytuacji oceny znaczenia bodźców i oczekiwań, a także w sytuacji zachowania się człowieka. Pozwala ono kontrolować behawioralne i poznawcze działania w przypadku zdrowia psychicznego i fizycznego. Umiejscowienie kontroli zdrowia, można podzielić na zewnętrzne i wewnętrzne. Zewnętrzne umiejscowienie to przekonanie jednostki o tym, iż zdarzenie (choroba) jest wynikiem szczęścia, przypadku lub jest pod kontrolą innych ludzi natomiast wewnętrzne umiejscowienie zdrowia jest wtedy, gdy człowiek postrzega chorobę, jako znajdującą się pod jego własną kontrolą lub w wyniku własnych trwałych cech. Osoby, które charakteryzują się wewnętrzną kontrolą zdrowia wykazują bardziej odpowiedzialne zachowanie w stosunku do swojego zdrowia, oraz procesu rekonwalescencji. Osoby te za wszelką cenę będą stawiały swoje zdrowie na pierwszym miejscu, a także będą robiły wszystko, aby zachować dobre samopoczucie w przeciwieństwie do osób z zewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia [84, 85].

Do powszechnie uznanych predyktorów zachowań zdrowotnych, które pozytywnie wpływają na powrót do zdrowia są niewątpliwie zasoby odpornościowe w postaci poczucia własnej skuteczności. Z definicji wynika, że poczucie własnej wartości to ogólne przekonanie człowieka dotyczące własnych możliwości do przeprowadzenia działań, które skutkują osiągnięciem zaplanowanego rezultatu. Można więc śmiało powiązać ten czynnik z sytuacją zdrowotną danej jednostki. Wpływa to również na ocenę zasobów człowieka w sytuacji stresowej [86].

3. Rola edukacji zdrowotnej w przygotowaniu pacjenta do wypisu ze szpitala

3.1. Edukacja zdrowotna w pracy pielęgniarki

Edukacja zdrowotna to ważny element terapii osób z ChP. Jest uznawana za jeden z elementów leczenia. Pomaga w uzyskaniu pozytywnych efektów terapeutycznych, poprawia samopoczucie oraz jakość życia osób przewlekle chorych, poza tym podnosi satysfakcje pacjentów z opieki medycznej [87]. Nie ma jednoznacznego wzoru, który definiuje edukację zdrowotną. Jak podaje WHO składa się ona z rozsądnie skonstruowanych możliwości edukacyjnych, które obejmują wszystkie możliwe formy komunikacji w celu poprawy umiejętności rozumienia i korzystania z wiedzy o zdrowiu. Według Amerykańskiej Komisji Edukacji Zdrowotnej i Terminologii Promocyjnej (*ang. Joint Committee on Health Education and Promotion Terminology – JCHEPT*) edukacja powinna kłaść nacisk na zdobywanie przez określone grupy ludzi, takich informacji i umiejętności, które ułatwią podejmowanie decyzji zdrowotnych o odpowiedniej jakości [88].

WHO w dokumencie „Zdrowie dla Wszystkich” uzupełnia znaczenie edukacji zdrowotnej o następujące informacje:

- podkreślenie umiejętności samooceny, indywidualnych zdolności oraz wsparcie społeczne w rozwoju zdrowego stylu życia;
- teoretyczne oraz praktyczne przygotowanie pracowników służby zdrowia w zakresie promocji zdrowia;
- doszkalanie innych grup zawodowych, aby podnieść możliwości promowania zdrowia
- zapewnienie i wdrożenie środków oraz odpowiedniej infrastruktury w zapewnieniu programów promocji zdrowia [89].

Oprócz tego, że jest nastawiona na przekazywanie informacji to również sprzyja podwyższeniu motywacji pacjentów oraz zwiększania ich pewności siebie. Dlatego jest ona tak istotna w Podstawowej Opiece Zdrowotnej (POZ), ale także w tzw. medycynie naprawczej. Im bardziej wyedukowany pacjent tym efektywniejszy proces leczenia oraz rekonwalescencji [90]. Edukacja zdrowotna należy do działań obligatoryjnych zarówno lekarza jak i pielęgniarki, rehabilitanta dietetyka, psychologa. Edukowanie pacjenta powinno towarzyszyć tym osobom na wszystkich etapach tj. diagnozowania, leczenia i pielęgnowania. Ma na celu przygotowanie pacjenta i jego rodziny do opieki nieprofesjonalnej, czyli tej sprawowanej w środowisku

domowym. To do ich zadań, należy przygotowanie osoby chorej do samoopieki i samopielęgnacji [91]. Sytuacja wystąpienia zachorowania u człowieka oraz pobyt w szpitalu, daje personelowi możliwości do edukacji. W przypadku osób zdrowych jest to zdecydowanie ograniczone. Bezpośredni kontakt z chorym i jego rodziną daje szanse wpływania na zachowania zdrowotne, czyli prowadzenia skutecznej edukacji zdrowotnej. Sytuacja, w jakiej znalazł się pacjent i jego rodzina, a mianowicie choroba i pobyt w szpitalu stają się czynnikiem motywującym do podejmowania konkretnych działań w zamyśle poprawy własnego zdrowia [92].

Cele edukacji zdrowotnej są uwarunkowane trzema aspektami czyli: zdrowie, czynniki ryzyka oraz radzenie sobie w chorobie. Dlatego wyróżnia się jej trzy modele:

- ukierunkowany na zdrowie - to przekazanie wiedzy oraz kształtowanie umiejętności korzystania z zachowań zdrowotnych mający pozytywny wpływ na zdrowie;
- ukierunkowany na czynniki ryzyka - polega na motywowaniu, doradzaniu udzielaniu wskazówek oraz wspieraniu we wdrażaniu pozytywnych zmian wpływających na zdrowie
- ukierunkowany na chorobę - polega na uświadamianiu, jaki jest związek pomiędzy chorobą a czynnikami jej ryzyka oraz wspólne poszukiwanie i dążenie do rozwiązania problemu zdrowotnego [93].

W pracy pielęgniarki do zadań obligatoryjnych, należy prowadzenie edukacji zdrowotnej pacjentów, a także ich rodzin. Osoba przewlekle chora wymaga jej na każdym etapie leczenia. Prowadzi to do podejmowania przez niego świadomych decyzji, odnośnie własnego zdrowia, co ułatwia proces terapeutyczny i zmusza do dbania o swoje zdrowie [91, 94].

Jednym z najważniejszych elementów opieki pielęgniarskiej, jest przygotowanie chorego do wypisu ze szpitala poprzez uzyskanie wiedzy i umiejętności niezbędnych do samoopieki i samopielęgnacji [95]. Dlatego, należy cel edukacji zdrowotnej ukierunkować na przygotowanie chorych do uczestniczenia w sposób aktywny w terapii danej choroby poprzez motywowanie, zwiększanie wiedzy na temat jednostki chorobowej, naukę umiejętności praktycznych wykorzystywanych w samokontroli. Przed jej rozpoczęciem należy określić cel główny, który chce się uzyskać i tym samym da możliwość skutecznego wykorzystania wszystkich osiągnięć naukowych [96]. Praktyczne rady oraz omówienie stylu życia i prawidłowego dbania o siebie powinny zostać przedyskutowane, zarówno przy wypisie pacjenta z oddziału jak i później podczas kontroli w POZ. Przekazanie tych informacji w sposób prosty i zrozumiały zarówno

pacjentowi jak i jego rodzinie minimalizuje w przyszłości liczbę niepotrzebnych hospitalizacji [97].

Jedną z popularnych metod edukacji zdrowotnej stosowanych na oddziałach szpitalnych jest używanie broszur edukacyjnych. Są one wygodne dla personelu medycznego ze względu na relatywnie mały wysiłek oraz ograniczony czas. Kolejnym plusem jest możliwość odświeżenia przekazanych informacji w dowolnym momencie. Problem pojawia się wówczas, gdy pacjent nie jest zaangażowany w rozszerzanie wiedzy o chorobie i nie wykazuje chęci korzystania z ich korzystania. Dlatego, tak ważna w tej metodzie jest motywacja pacjenta. Jednak nie może być ona jedyną formą edukacji zdrowotnej. Dobrym rozwiązaniem jest łączenie różnych metod, co daje możliwości osiągnięcia lepszych wyników. W edukacji ważny jest również pacjent i jego osobiste sytuacja [98].

Aby edukacja i przygotowanie do wypisu były skuteczne, muszą odnosić się indywidualnie do pacjenta [98]. Dlatego tak ważna jest ocena jego możliwości do pozyskania i zrozumienia przekazywanych informacji, a także do podjęcia właściwych decyzji dotyczących stanu zdrowia. Proces ten nosi nazwę alfabetyzmu zdrowotnego. Do najważniejszych czynników mających wpływ na jego poziom należą: wykształcenie, indywidualne zdolności, płeć, proces starzenia się, kultura i język, warunki życia oraz rozwój we wczesnym dzieciństwie. Niski poziom alfabetyzmu powoduje utrudnienia w prowadzeniu edukacji zdrowotnej przez trudności w komunikacji i zrozumieniu zaleceń [99]. Do technik pomocnych w trakcie edukacji zdrowotnej u osób chorych przewlekle wykazujących cechy alfabetyzmu zdrowotnego należą: powolne mówienie, używanie prostych słów i zdań, unikanie stosowania nazewnictwa medycznego, wykorzystywanie metod interaktywnych do których należą ilustracje czy też filmy [100].

Istnieją narzędzia do weryfikowania przez profesjonalny personel medyczny zrozumienia przez pacjenta przekazywanych mu informacji podczas edukacji. Technika ta nosi nazwę teach-back. Polega ona na prośeniu chorego, aby powtarzał swoimi słowami to, co usłyszał w trakcie edukacji, co pozwala na bieżąco kontrolować poziom zrozumienia treści oraz korygować nieścisłości i wyjaśniać to, co zostało przez pacjenta źle lub niecałkowicie zrozumiane [101].

3.2. Gotowość do wypisu ze szpitala

Gotowość do wypisu ze szpitala określa się jako zdolność pacjentów do radzenia sobie w środowisku domowym po wypisie. Wpływa ona pozytywnie na późniejsze ewentualne hospitalizacje pacjenta, które nie są tak częste jak u chorych nieprzygotowanych do wypisu [102]. W literaturze spotkać się można również z określeniem „gotowość domowa”. Jest to termin, który na początku odnosił się do pacjentów poddanych znieczuleniu, a także do tych, którzy mieli przeprowadzony zabieg w trybie ambulatoryjnym. W związku z tym, iż zjawisko gotowości do wypisu stało się wielowymiarowe i wielofazowe, używa się go do określenia gotowości do wypisu pacjentów hospitalizowanych zwłaszcza tych z przewlekłymi schorzeniami. Gotowość do opuszczenia szpitala stała się coraz ważniejsza, gdyż umożliwia ona wyzbycia się niepożądanych skutków takich jak: kolejne nieplanowane hospitalizacje, korzystanie z oddziałów ratunkowych, depresja, obniżenie jakości życia [103].

Do kluczowych informacji podczas wypisu do domu zalicza się świadomość pacjenta odnosząca się do:

- stosowania przepisanych leków zgodnie ze zleceniem lekarskim;
- obserwacji stanu zdrowia w tym rozpoznania objawów i umiejętności zarządzania nimi;
- zakresu wykonywania czynności dnia codziennego;
- zarządzania zmianą w stanie zdrowia [3, 104].

Zgłaszana przez pacjenta gotowość do opuszczenia oddziału szpitalnego, może być przydatna do określenia ryzyka ponownego przyjęcia do szpitala [104]. Najczęściej jednak decyzję o opuszczeniu placówki medycznej, podejmuje personel medyczny tj. lekarz, pielęgniarka tudzież, w niewielkim procencie rodzina pacjenta. Często jednak dochodzi do sytuacji, że pacjent nie jest gotowy na opuszczenie szpitala zarówno fizycznie jak i psychicznie [105].

Jednym z narzędzi oceniających gotowość pacjenta do wypisu ze szpitala jest Kwestionariusz Gotowości do Wypisu. Powstał on dzięki kanadyjskim pielęgniarkom. Unikalny projekt C-HOBIC (ang. *Canadian Health Outcomes for Better Information and Care- C-HOBIC*), pokazywał sposób wprowadzania danych w całej opiece zdrowotnej a jego założeniem było poprawienie jakości opieki sprawowanej przez pielęgniarki [106, 107]. Podczas gdy początkowym celem projektu było elektroniczne gromadzenie ustandaryzowanych danych klinicznych w opiece doraźnej, kompleksowej opiece ciągłej oraz opiece długoterminowej to

z czasem zostało to rozszerzone na sektor opieki domowej [108, 109]. Dane o pacjencie są kodowane według standardowej terminologii klinicznej [110]. Plusem HOBIC jest to, że dane zgromadzone o pacjencie będą wciąż aktualizowane i uzupełniane przez pielęgniarki oraz lekarzy. Umożliwi to spójne monitorowanie na wszystkich etapach opieki oraz pozwoli na wcześniejsze wykrycie pozytywnych lub negatywnych zmian zdrowotnych u pacjenta na przestrzeni czasu. Biorąc pod uwagę rosnący nacisk na zmniejszenie możliwości ponownego przyjęcia do szpitala, oraz dni pobytu w szpitalu w dużej mierze umożliwi to personelowi na dokładniejszą analizę stanu zdrowia danego pacjenta [108].

Projekt C- HOBIC zawiera wiele wskaźników pro jakościowych oraz:

- narzędzi do oceny stanu funkcjonalnego pacjenta w tym Skalę Podstawowych Czynności Życia Codziennego ADL (ang. *Activities of Daily Living*- ADL) oraz Skalę Złożonych Czynności Dnia Codziennego IADL (ang. *Instrumental Activities of Daily Living*) oceniających m.in. jedzenie czy higienę osobistą;
- skale gotowości do wypisu/ samoopieki terapeutycznej;
- oceny symptomów choroby w tym ocenę bólu, nudności, zmęczenia, duszności, nietrzymania moczu;
- skale do oceny upadków czy odleżyn [106, 107, 111-113].

Program Hobic przechwytywał dane zgromadzone przez lekarzy i pielęgniarki przy użyciu różnych narzędzi w tym między innymi Międzynarodowego Narzędzia Resident Assessment (interRAI), Terapeutycznej skali samoopieki/ Skala Gotowości do wypisu, opracowanej przez Sidani i Doran oraz Skali nudności, unikalnych dla Hobic. Skala Gotowości do wypisu to seria ocen, która umożliwi klinicytom w różnych placówkach używania jednolitego języka do oceny stanu pacjentów w celu zachowania ciągłości opieki [108]. Do celów projektu zalicza się:

- standaryzacje oceny i wyników dokumentacji pacjenta poprzez uczestniczące w procesie leczenia, pielęgniarki;
- możliwość monitorowania stanu pacjenta przez pielęgniarki w czterech sektorach służby zdrowia takich jak: opieka doraźna, kompleksowa opieka ciągła, opieka długoterminowa oraz opieka domowa;
- ustandaryzowanie języka używanego w HOBIC do Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej ICNP® (ang. *International Classification for Nursing Practice* ICNP®) opracowanej przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek ICN (ang. *International Council of Nurses*- ICN)

- przechowywanie wszystkich znormalizowanych danych o pacjencie w bezpiecznych bazach danych;
- zachęcanie pielęgniarki do stosowania w praktyce pielęgniarskiej informacji zawartych w Elektronicznych Rejestrach Zdrowia (ang. *Electronic Health Record-EHR*) i systematyczne ich uzupełnianie [108, 114].

Gotowość do wypisu ze szpitala staje się pojęciem coraz bardziej zauważalnym i ważnym, jednak wciąż bagatelizowanym, którego celem jest bezpieczne przejście pacjentów ze szpitala do opieki domowej. Ma ona również znaczenie dla zadowolenia pacjenta z pobytu w szpitalu oraz dodatkowo do uzyskania lepszych wyników leczenia. Pacjenci, którzy nie są gotowi do wypisu ze szpitala, mogą nie radzić sobie z trudnościami napotkanymi w domu, co z kolei prowadzi do wystąpienia wysokiego ryzyka zdarzeń niepożądanych w postaci nawrotu, zaostrzenia choroby lub braku przestrzegania zaleceń lekarskich, co skutkuje pogorszeniem stanu zdrowia [105]. Decyzja o wypisie pacjenta może być trudna, szczególnie w sytuacji, kiedy personel medyczny, może ocenić gotowość do wypisu wyżej niż sam pacjent. Dzieje się tak, dlatego, gdyż personel bierze pod uwagę tylko kryteria kliniczne, a nie socjo-ekonomiczne. Pacjenci często czują się niedoinformowani oraz niegotowi na psychiczne i fizyczne radzenie sobie z ChP w domu [115].

Jednym z czynników wpływający na gotowość do wypisu ze szpitala jest samoocena pacjenta w stosunku do swojej choroby a także status socjoekonomiczny. Jak wynika z badań naukowych pacjenci z niższą samoocena, tudzież o niższym statusie socjoekonomicznym prezentowali mniejszą gotowość do wypisu ze szpitala, co niejednokrotnie wiązało się z ponowną hospitalizacją [115]. Takie postępowanie związane było z nieprzestrzeganiem zaleceń przedstawianych podczas wypisu ze szpitala, powodujących poważne konsekwencje zdrowotne. Szacuje się, że około 20% pacjentów popełnia poważne błędy w zaleceniach wypisowych, a około 60-80% pacjentów nie stosuje się w ogóle do zaleceń dotyczących długotrwałego leczenia [116, 117]. Głównym problemem podczas wypisywania pacjenta ze szpitala jest nieprawidłowy sposób komunikacji z personelem pozbawiony jasnych, klarownych zasad samoopieki w domu oraz brak nadzoru i ciągłości opieki nad pacjentem przez POZ [117].

4. Założenia badań własnych

4.1. Cel główny

Celem głównym badania było zidentyfikowanie czynników determinujących gotowość pacjentów z chorobą przewlekłą do wypisu ze szpitala.

4.2. Problemy badawcze

W pracy zostały sformułowane następujące problemy badawcze:

1. Jaka jest ogólna ocena gotowości do wypisu ze szpitala dokonana przez pacjenta z chorobą przewlekłą oraz osobę badającą?
2. Jaki jest wpływ czynników socjodemograficznych na ocenę gotowości do wypisu ze szpitala w ocenie pacjenta z chorobą przewlekłą i osoby badającej?
3. Czy istnieje związek między liczbą hospitalizacji a gotowością pacjenta z chorobą przewlekłą do wypisu ze szpitala w ocenie subiektywnej i obiektywnej?
4. Czy istnieje związek między chorobami współistniejącymi a gotowością pacjenta z chorobą przewlekłą do wypisu ze szpitala w ocenie subiektywnej i obiektywnej?
5. Czy istnieje związek między czasem trwania choroby przewlekłej a gotowością do wypisu ze szpitala ocenianym przez pacjenta i osobę badającą?
6. Jaki jest ogólny stan zdrowia pacjentów z chorobą przewlekłą?
7. Jaki jest wpływ czynników socjodemograficznych na stan zdrowia pacjentów z chorobą przewlekłą?
8. Jaka jest zależność między stanem zdrowia pacjentów z chorobą przewlekłą a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie subiektywnej i obiektywnej?
9. Jaka jest ogólna akceptacja choroby przewlekłej przez pacjentów?
10. Jaki jest wpływ czynników socjodemograficznych na akceptację choroby?
11. Jaki jest związek między stopniem akceptacji choroby przewlekłej a gotowością pacjentów do wypisu ze szpitala w ocenie subiektywnej i obiektywnej?
12. Jaka jest ocena umiejscowienia kontroli zdrowia u pacjentów z chorobą przewlekłą?
13. Jaki jest wpływ czynników socjodemograficznych na umiejscowienie kontroli zdrowia u pacjentów z chorobą przewlekłą?
14. Jaka jest zależność pomiędzy umiejscowieniem kontroli własnego zdrowia a gotowością pacjentów z chorobą przewlekłą do wypisu ze szpitala w ocenie subiektywnej i obiektywnej?

4.3. Metody zbierania danych i analizy

Teren badania i okres

Badania przeprowadzono w Podhalańskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II w Nowym Targu na terenie oddziałów zachowawczych takich jak: Oddział Chorób Wewnętrznych z pododdziałem Reumatologii, Oddział Neurologiczny z pododdziałem Leczenia Udarów oraz Oddział Kardiologii w okresie od stycznia 2018 do grudnia 2019 roku. Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Dyrektora Szpitala, a także zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego (opinia nr 1072.6120.13.2017 z dnia 25.01.2018 r.). Każda z badanych osób otrzymała informację dotyczącą przebiegu badania (Załącznik 1), wyraziła pisemną zgodę na udział w badaniu zgodnie z założeniami Deklaracji Helskińskiej (Załącznik 2) a także mogła wycofać się z udziału w badaniu na każdym jego etapie. Dodatkowo pacjenci wyrazili pisemną zgodę na przetwarzanie danych osobowych (Załącznik 3).

Grupa badana

Badaniami objęto 209 pacjentów z rozpoznaną chorobą przewlekłą, leczonych na oddziałach zachowawczych.

Kryterium włączenia do badania:

1. Pacjenci w wieku od 18 r. ż
2. Pacjent z rozpoznaną chorobą przewlekłą somatyczną
3. Co najmniej 6 miesięcy od rozpoznania choroby przewlekłej
4. Świadoma zgoda na udział w badaniu
5. Stan zdrowia umożliwiający samodzielne wypełnienie kwestionariuszy

Kryterium wyłączenia z badania:

1. Pacjenci w wieku poniżej 18 r. ż
2. Brak rozpoznanej choroby przewlekłej somatycznej
3. Rozpoznanie choroby przewlekłej somatycznej krótsze niż 6 miesięcy
4. Brak zgody na udział w badaniu lub rezygnacja w trakcie trwania badania
5. Brak samodzielności w wypełnianiu kwestionariuszy

4.4. Metody badawcze

Do zebrania danych została wykorzystana metoda sondażu diagnostycznego techniką ankietowania z użyciem autorskiego kwestionariusza ankiety oraz kwestionariusza do danych z dokumentacji medycznej pacjentów a także standaryzowanych narzędzi.

W pracy zastosowano:

1. **Autorski kwestionariusz ankiety (Załącznik 4)**

Autorski kwestionariusz zawiera metrykę, czyli wiek, płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie, stan cywilny oraz informacje o chorobie, hospitalizacjach i przyjmowanych lekach.

2. **Kwestionariusz do danych z dokumentacji medycznej (Załącznik 5)**

Kwestionariusz ten jest wykorzystywany przez ankietera do zebrania informacji z indywidualnej dokumentacji pacjenta o jednostce chorobowej, chorobach współistniejących, przyjmowanych lekach, długości trwania ChP oraz liczbie hospitalizacji.

3. **Standaryzowane narzędzia:**

A. *Kwestionariusz Gotowości do Wypisu* (Załącznik 6)

Gotowość do wypisu to narzędzie przygotowane przez kanadyjskie pielęgniarki w ramach projektu C-HOBIC w polskiej adaptacji A. Andruszkiewicz [3]. Skala ta pozwala ocenić zdolność pacjenta do podejmowania codziennej aktywności. W skład kwestionariusza wchodzi osiem zagadnień, które pozwalają ocenić wiedzę pacjenta na temat leków, przyczyn oraz zdolności ich przyjmowania, umiejętności zauważania symptomów związanych ze zdrowiem, zdolności do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem, wiedzy związanej z osobami, do których można zgłosić się o pomoc w wykonywaniu codziennych czynności, wiedzy związanej z osobami/instytucjami, do których należy się zgłosić w sytuacji wypadku oraz zdolności do podejmowania codziennej aktywności. Każde z tych stwierdzeń oceniane jest przez chorego oraz ankietera w skali punktowej od 0 do 5. Ich suma daje ogólną ocenę gotowości do wypisu. Im wyższy wynik uzyskany w poszczególnych kategoriach tym lepsze przygotowanie pacjenta do wypisu. Nie istnieją normy pozwalające powiedzieć od ilu punktów mówimy o dużej gotowości do wypisu. Można jednak obliczyć średnią liczbę punktów przypadającą na pytanie i zinterpretować zgodnie z kluczem do pojedynczego pytania, w którym:

- 0 oznacza, że pacjent jest do wypisu nieprzygotowany,
- 1 oznacza, że pacjent jest do wypisu słabo przygotowany,
- 2 oznacza, że pacjent jest do wypisu częściowo przygotowany,
- 3 oznacza, że pacjent jest do wypisu umiarkowanie przygotowany,
- 4 oznacza, że pacjent jest do wypisu dobrze przygotowany,
- 5 oznacza, że pacjent jest do wypisu bardzo dobrze przygotowany [3].

Pacjentów, którzy są odpowiednio przygotowani do opuszczenia szpitala, cechuje niższy poziom stresu. Dysponując szerszą wiedzą, związaną z jednostką chorobową przyczyniają się do poprawy swojego stanu zdrowia a także mają na niego wpływ poprzez eliminację czynników ryzyka choroby oraz stosowania się do zaleceń terapeutycznych. Wpływa to korzystnie na system ochrony zdrowia gdyż zmniejsza się przez to ilość ponownych hospitalizacji.

B. Profil Zdrowia NHP (Zał. 7)

Profil Zdrowia w polskiej adaptacji K. Wrześniewskiego. Przeznaczony jest dla pacjentów, którzy ukończyli 16 lat. Czas jego wypełnienia to 5-10 minut. Składa się z dwóch części. Pierwsza część dotyczy aktualnie doświadczanych problemów wynikających ze stanu zdrowia pacjenta w wymiarze funkcjonowania fizycznego, psychologicznego i społecznego. NHP posiada 6 podskali. Im wyższy wynik w obrębie danej podskali (większa liczba stwierdzeń, z którym ankietowany się zgadza), tym większe upośledzenie danego rodzaju funkcji (gorsza jakość życia). Druga część ocenia wpływ aktualnego stanu zdrowia na siedem dziedzin życia takich jak: praca zarobkowa, czynności wykonywane w środowisku domowych, życie towarzyskie, życie rodzinne, życie seksualne, zainteresowania i hobby oraz zarządzanie czasem wolnym, które są analizowane odrębnie. Punktacja wynosi 0-100 punktów, gdzie 100 oznacza niższą jakość życia [118, 119]. Jest to skala powszechnie stosowana do mierzenia jakości życia u osób z różnego rodzaju problemami zdrowotnymi [120].

Celowość zastosowania tej skali w pracy, polegała na ocenie stanu zdrowia badanych pacjentów oraz jego wpływu na ocenę gotowości do wypisu ze szpitala. Dzięki zawartych w profilu zdrowia pytaniach odnoszących się do różnych sfer życia zarówno fizycznych, psychologicznych a także społecznych można ocenić stan zdrowia pacjentów bardziej szczegółowo. Pozwala to uzyskać dokładniejsze informacje o gotowości tych pacjentów do wypisu ze szpitala.

C. Skala Akceptacji Choroby (Zał. 8)

Skala akceptacji choroby jest skalą opracowaną przez Felton, Revenson i Hinrichsen zaadaptowaną do warunków polskich przez Z. Juczyńskiego [121]. Skala ta może mieć zastosowanie, w każdej chorobie występującej u osoby dorosłej. Kwestionariusz ten zawiera osiem stwierdzeń, dotyczących negatywnych konsekwencji złego stanu zdrowia, które w rezultacie powodują poczucie dyskomfortu psychicznego i obniżone poczucie własnej wartości. Każde ze stwierdzeń oceniane jest w skali od 1 do 5 gdzie; 1 - oznacza zdecydowaną zgodę (brak akceptacji choroby) a 5 - oznacza zdecydowany brak zgody (akceptacja choroby). Chory maksymalnie może uzyskać 40 punktów. Im wyższa liczba punktów tym lepsza akceptacja choroby [122-125].

Zastosowanie tej skali miało na celu ukazanie wpływu akceptacji własnej choroby na gotowość do wypisu ze szpitala. Wiedza dotycząca stopnia zaakceptowania ChP przez pacjenta jest przydatna w dalszym leczeniu oraz może rzutować na kolejne prognozy terapeutyczne.

D. Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia w wersji B (Zał. 9)

Skala autorstwa K. i B. Wallstonów oraz DeVellis w polskiej adaptacji Z. Juczyńskiego [121] służy do oceny trzech aspektów umiejscowienia kontroli zdrowia. Skala ta sporządzona jest w dwóch egzemplarzach A i B obydwie skale posiadają 18 stwierdzeń, które oceniane są w sześciostopniowej skali Likerta [13, 126-128]. Uzyskanie wyższych wyników sugeruje silniejsze przekonanie o wpływie danego czynnika na stan zdrowia. Instrukcja wypełniania tego kwestionariusza jasno mówi o tym, że odpowiedzi powinny być zgodne z własnymi przekonaniemiami a nie z tym, co sądzą inni lub co powinno się sądzić [126]. Nie istnieją normy pozwalające powiedzieć czy dany wynik jest wysoki, średni czy niski. Można jednak, dla każdej z podskal, obliczyć średnią liczbę punktów przypadającą na pytanie i zinterpretować zgodnie z kluczem do pojedynczego pytania, w którym 1 oznacza „zdecydowanie się nie zgadzam”, 2 – „do pewnego stopnia nie zgadzam się”, 3 – „w małym stopniu nie zgadzam się”, 4 – „zgadzam się w małym stopniu”, 5 - „zgadzam się do pewnego stopnia”, a 6 – „zdecydowanie się zgadzam”.

Narzędzie weryfikuje przekonania jednostki w zakresie: wymiaru wewnętrznej kontroli, która to zwiększa autonomię w podejmowaniu działań na rzecz aktywności prozdrowotnych oraz zwiększa poczucie odpowiedzialności za swoje zdrowie. Poprzez wpływ wewnętrznej kontroli człowiek dąży do poprawy i utrzymania zdrowia a także częściej podejmuje profilaktyczne zachowania zdrowotne. Kolejne wymiary to wpływ innych osób na własne

zdrowie oraz oddziaływania przypadkowych czynników zewnętrznych. Obydwa wymiary sugerują w sposób określony, konkretne zachowania zdrowotne niekoniecznie zgodne z przekonaniami jednostki, jednak ich wpływ jest na tyle silny, że człowiek poddaje się im.

4.5. Organizacja badania

Badaniem objęto grupę pacjentów obu płci, zróżnicowaną pod względem miejsca zamieszkania, wieku, stanu cywilnego, wykształcenia. Przed przystąpieniem do badania, pacjenci zostali poinformowani o celu i przebiegu oraz wyrazili pisemną zgodę na udział w badaniu i przetwarzaniu danych osobowych. Badanie wykonano na salach pacjentów (czas na wypełnienie samodzielnie trzech ankiet – około 25 min.). Kolejno wypełniono przez badającego kwestionariusz do danych z dokumentacji medycznej oraz dokonano oceny gotowości do wypisu ze szpitala zgodnie z kwestionariuszem Gotowości do Wypisu.

4.6. Opracowanie statystyczne wyników

Po uporządkowaniu i analizie zebranych danych sporządzono arkusz zbiorczy w programie Microsoft Excel, w którym zgromadzono wszystkie informacje. Analizę statystyczną wykonano w programie R, wersja 4.1.2.

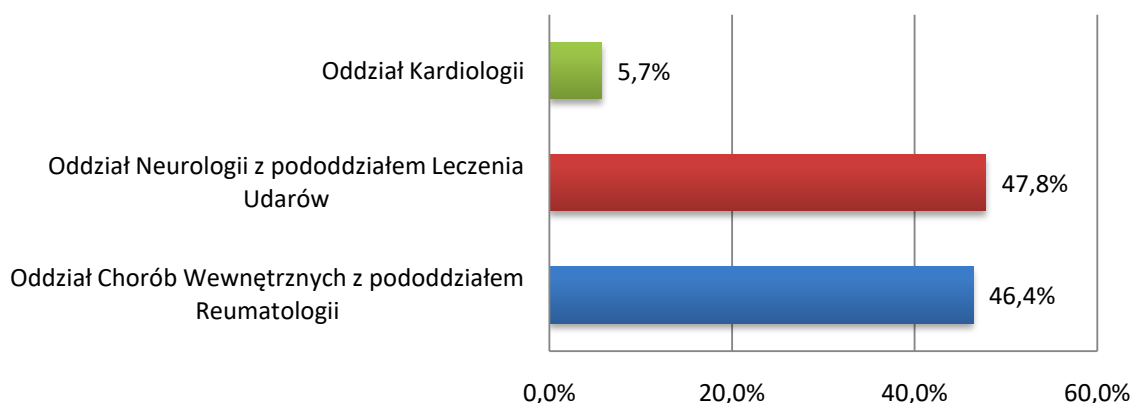
Analizę zmiennych ilościowych (tj. wyrażonych liczbą) przeprowadzono wyliczając średnią, odchylenie standardowe, medianę oraz kwartyle. Analizę zmiennych jakościowych (tj. niewyrażonych liczbą) przeprowadzono wyliczając liczbę i procent wystąpień każdej z wartości. Porównanie wartości zmiennych ilościowych w dwóch grupach wykonano za pomocą testu Manna-Whitney'a. Porównanie wartości zmiennych ilościowych w trzech i więcej grupach wykonano za pomocą testu Kruskala-Wallisa. Po wykryciu istotnych statystycznie różnic, wykonywano analizę post-hoc testem Dunna w celu zidentyfikowania różniących się istotnie statystycznie grup. Korelacje między zmiennymi ilościowymi analizowano za pomocą współczynnika korelacji Spearmana.

W analizie przyjęto poziom istotności 0,05. A więc wszystkie wartości p poniżej 0,05 interpretowano jako świadczące o istotnych zależnościach.

5. Wyniki

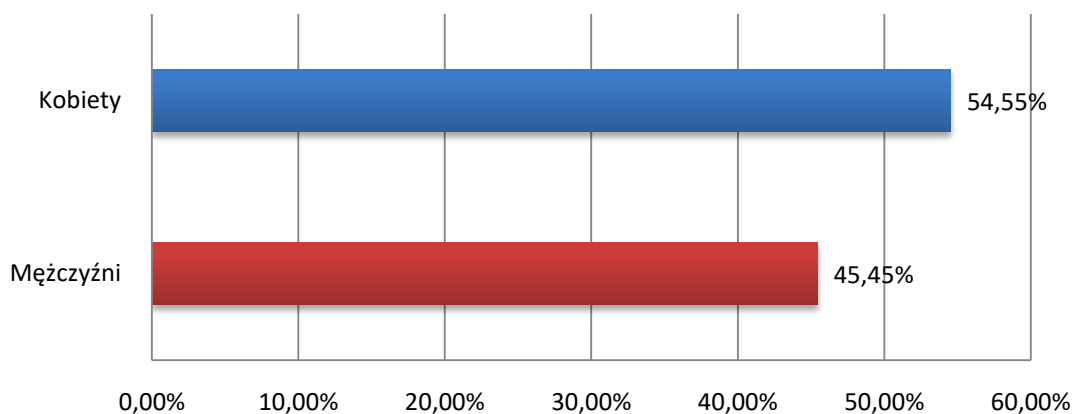
5.1. Charakterystyka socjodemograficzna badanej grupy

W badaniu wzięło udział 209 pacjentów leczonych zachowawczo z powodu ChP. Badaniem objęto 97 chorych (46,4%) Oddziału Chorób Wewnętrznych z pododdziałem Reumatologii, 100 chorych (47,8%) Oddziału Neurologii z pododdziałem Leczenia Udarów, 12 chorych (5,7%) Oddziału Kardiologii. Dane te prezentuje Rycina 1.



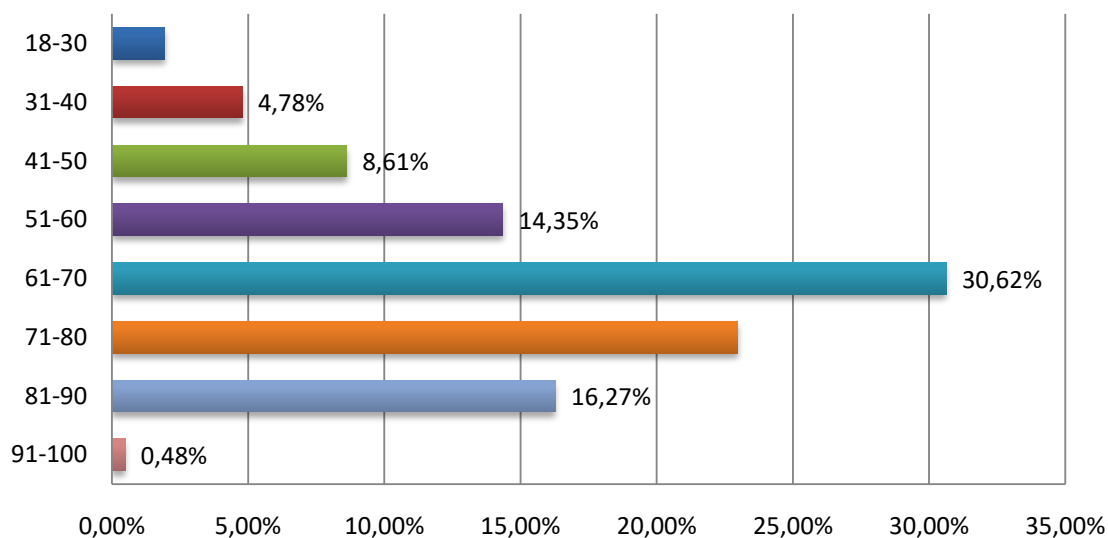
Rycina 1. Grupa badana z podziałem na oddział leczenia.

Wśród badanych nieco większy odsetek stanowiły kobiety (54,5%) (Ryc. 2).



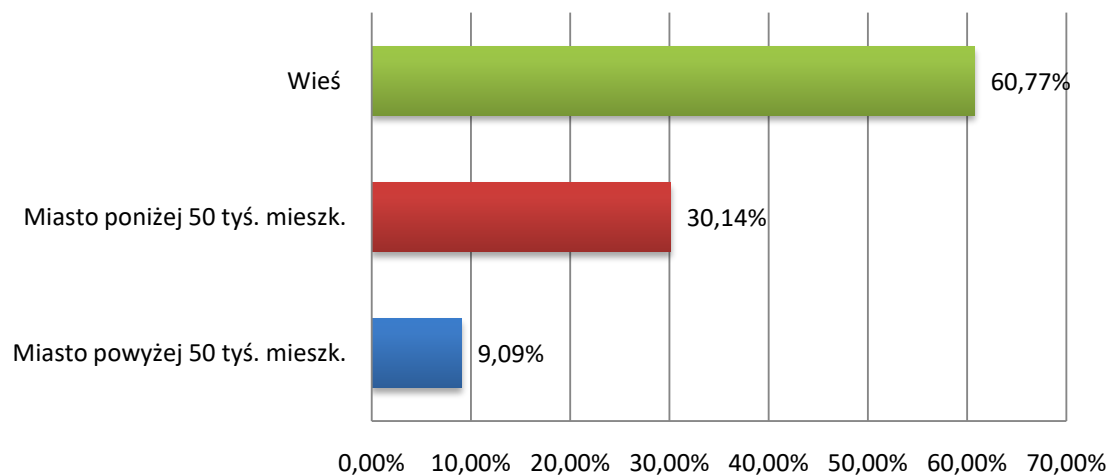
Rycina 2. Płeć badanych.

Grupa badanych była zróżnicowana pod względem wieku. Wiek pacjentów wynosił średnio 65,68 lata (SD = 14,72) i wahał się od 18 do 93 lat (Ryc. 3).



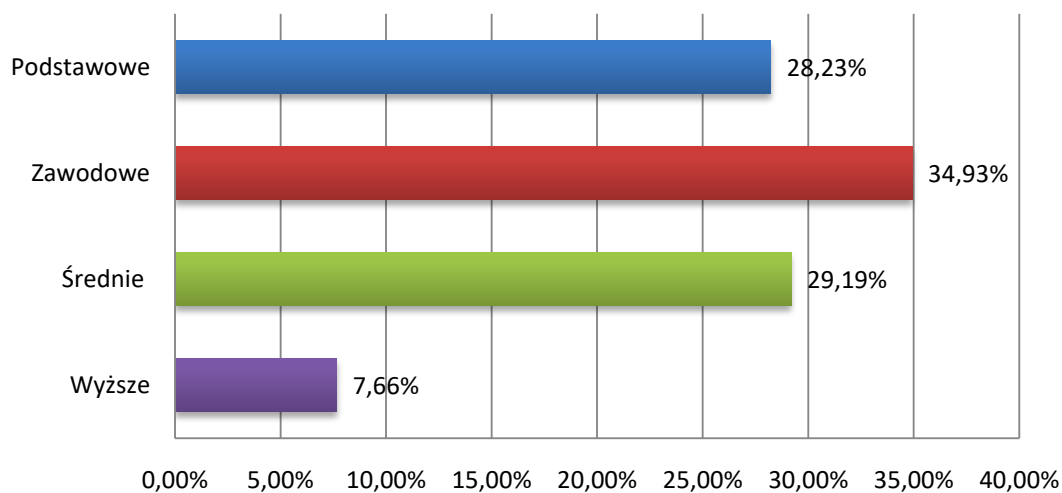
Rycina 3. Wiek badanych [lata].

Ponad połowa chorych to osoby pochodzące ze wsi (60,77%), najmniejszą grupę badanych stanowiły osoby mieszkające w mieście powyżej 50 tys. mieszkańców (9,09%) (Ryc. 4).



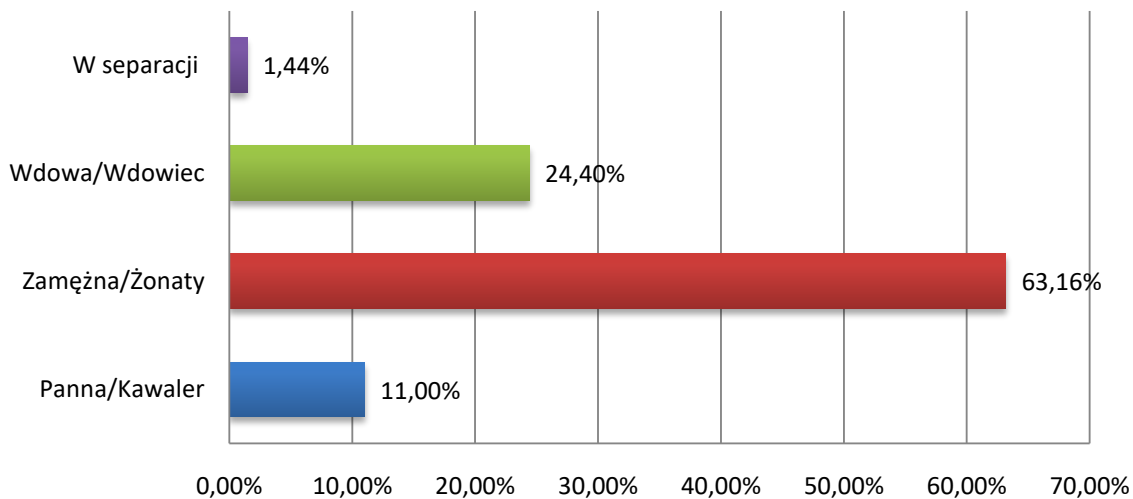
Rycina 4. Miejsce zamieszkania badanych.

W zakresie wykształcenia najczęściej respondentów posiadało wykształcenie zawodowe (34,93%), a najmniej wykształcenie wyższe (7,66%) (Ryc. 5).



Rycina 5. Wykształcenie badanych.

W obszarze stanu cywilnego dominowały osoby pozostające w związkach małżeńskich (63,16%), najmniej było w separacji (1,44%) (Ryc. 6).



Rycina 6. Stan cywilny badanych.

44,02% ankietowanych było hospitalizowanych w ciągu ostatniego roku. ¼ ankietowanych (25,36%) oceniła znajomość swojej jednostki chorobowej jako umiarkowana, najmniej ankietowanych 15,31% oceniło znajomość swojej jednostki chorobowej na bardzo dobrym poziomie natomiast 17,22% ankietowanych ocenia znajomość swojej jednostki chorobowej na słabym poziomie. W obszarze znajomości działania i dawkowania przyjmowanych leków oraz skutków ubocznych, najwięcej badanych osób (23,4%) deklarowało słabą wiedzę, 22,5% częściową, natomiast około 20% pacjentów uznało, że ich wiedza jest na poziomie dobrym lub bardzo dobrym (9,01%). (Tab. II.).

Tabela II. Charakterystyka kliniczna badanej populacji wg kwestionariusza pacjenta

Hospitalizacja w ostatnim roku	n	%
Tak	92	44,02%
Nie	117	55,98%
Znajomość własnej jednostki chorobowej		
Słaba znajomość	36	17,22%
Częściowa znajomość	38	18,18%
Umiarkowana znajomość	53	25,36%
Dobra znajomość	50	23,92%
Bardzo dobra znajomość	32	15,31%
Znajomość działania, skutków ubocznych i dawkowania przyjmowanych leków		
Słaba znajomość	49	23,44%
Częściowa znajomość	47	22,49%
Umiarkowana znajomość	41	19,62%
Dobra znajomość	42	20,10%
Bardzo dobra znajomość	19	9,09%
Brak odpowiedzi	11	5,26%

Wśród badanych pacjentów, większość przyjęta została na oddział w trybie nagłym (64,59%), pozostała część w trybie planowym (34,93%). U 1/3 chorych czas trwania ChP wynosił 0,5 – 5 lat (32,06%) a u najmniejszej grupy osób 36-40 lat (0,48%) i 41-45 lat (0,48%). Do najczęściej występujących chorób współistniejących u respondentów zalicza się choroby układu krążenia (32,54%) oraz choroby układu nerwowego (29,19%). Najmniej pacjentów zadeklarowało współistnienie innych chorób (0,48%). (Tab. III).

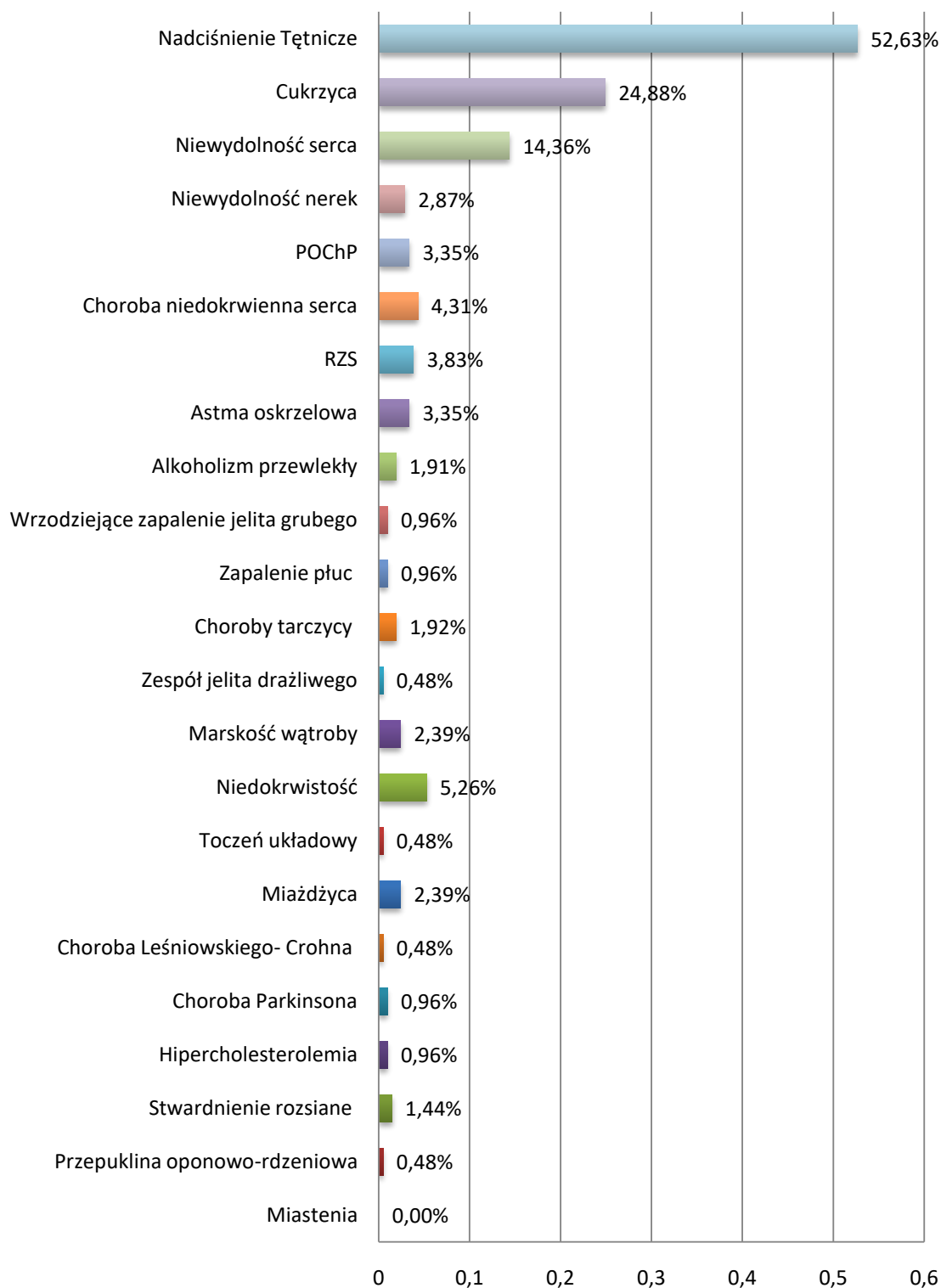
Tabela III. Charakterystyka kliniczna badanej populacji w oparciu o dokumentację medyczną

Tryb hospitalizacji	n	%
Nagły	135	64,59%
Planowy	73	34,93%
Brak odpowiedzi	1	0,48%
Czas trwania choroby przewlekłej [lata]		
0,5 – 5	67	32,06%
6 – 10	64	30,62%
11 – 15	29	13,88%
16 – 20	25	11,96%
21 – 25	3	1,44%
26 – 30	16	7,66%
31 – 35	3	1,44%
36 – 40	1	0,48%
41 – 45	1	0,48%
Liczba hospitalizacji		
0 – 10	136	65,07%
11 – 20	40	19,14%
21 – 30	21	10,05%
31 – 40	7	3,35%
41 – 50	2	0,96%
51 – 60	2	0,96%
Brak odpowiedzi	1	0,48%
Choroby współistniejące*		
Choroby układu krążenia	68	32,54%
Choroby naczyń krwionośnych	18	8,61%
Choroby płuc	25	11,96%
Choroby układu kostno-stawowego	25	11,96%
Choroby układu pokarmowego	32	15,31%
Choroby wątroby**	8	3,83%
Choroby układu moczowego	33	15,79%
Zaburzenia przemiany materii	18	8,61%
Zmiany nastroju**	5	2,39%
Choroby tarczycy**	11	5,26%
Choroby układu nerwowego	61	29,19%
Choroby krwi i układu krzepnięcia**	7	3,35%
Choroby oczu	48	22,97%
Choroby zakaźne**	4	1,91%
Choroby reumatyczne**	9	4,31%
Inne choroby**	1	0,48%

* Odsetki nie sumują się do 100, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru

** W związku ze zbyt małą liczbą występowania tych chorób współistniejących (poniżej 18), nie będą one podlegały dalszej analizie (rozdział 5.2.3. Analiza zależności między występowaniem chorób współistniejących a gotowością do wypisu ze szpitala).

Najwięcej pacjentów chorowało na NT (52,63%), cukrzycę (24,88%) oraz niewydolność serca (14,36%) (Ryc. 7).



*odsetki nie sumują się do 100, gdyż występuje zjawisko wielochorobowości u pacjentów.

Rycina 7. Rozpoznanie lekarskie wg historii choroby pacjenta.

5.2. Ocena gotowości do wypisu ze szpitala

Ocena pacjenta:

Respondenci oceniali, że są dobrze przygotowani do wypisu (średnia w zaokrągleniu równa 4) we wszystkich obszarach takich jak: Wiedza na temat leków, Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków, Zdolność do przyjmowania przepisanych leków, Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem, Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem, Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności, Wiedza związana z osobami/institucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku i Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej.

Ogólna ocena gotowości do wypisu wynosiła średnio 32,07 punktu, co daje 4,01 punktu na pytanie (w zaokrągleniu 4), a więc respondenci czuli się dobrze przygotowani do wypisu (Tab. IV).

Tabela IV. Gotowość do wypisu ze szpitala w ocenie pacjenta

Gotowość do Wypisu ze Szpitala	N	Zakres wartości	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3
Wiedza na temat leków	209	0 -5	3,73	1,45	4	0	5	3	5
Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków	209	0 -5	3,99	1,19	4	0	5	3	5
Zdolność do przyjmowania przepisanych leków	209	0 -5	4,19	1,11	5	0	5	4	5
Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem	209	0 -5	3,52	1,42	4	0	5	3	5
Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem	209	0 -5	4,28	1,02	5	1	5	4	5
Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności	208	0 -5	4,26	1,13	5	0	5	4	5
Wiedza związana z osobami/institucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku	208	0 -5	4,15	1,30	5	0	5	4	5
Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej	208	0 -5	3,97	1,46	5	0	5	3	5
Ogólna ocena gotowości do wypisu	209	0 -40	32,07	6,96	33	7	40	28	38

Ocena osoby badającej:

Respondenci zdaniem osób badających, byli umiarkowanie przygotowani do wypisu (średnia w zaokrągleniu równa 3) w obszarach takich jak: Wiedza na temat leków i Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem.

Natomiast dobre przygotowanie do wypisu (średnia w zaokrągleniu równa 4) wyodrębniono w obszarach takich jak: Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków, Zdolność do przyjmowania przepisanych leków, Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem, Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności, Wiedza związana z osobami/institucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku i Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej.

Ogólna ocena gotowości do wypisu wynosiła średnio 29,6 punktu, co daje 3,7 punktu na pytanie (w zaokrągleniu 4), a więc respondenci, zdaniem osób badających, byli dobrze przygotowani do wypisu (Tab. V).

Tabela V. Gotowość do wypisu ze szpitala w ocenie osoby badającej

Gotowość do Wypisu ze Szpitala	N	Zakres wartości	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3
Wiedza na temat leków	209	0-5	3,46	1,57	4	0	5	2	5
Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków	209	0-5	3,58	1,42	4	0	5	3	5
Zdolność do przyjmowania przepisanych leków	209	0-5	3,86	1,34	4	0	5	3	5
Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem	209	0-5	3,09	1,58	3	0	5	2	4
Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem	209	0-5	3,88	1,25	4	0	5	3	5
Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności	209	0-5	4,10	1,24	5	0	5	4	5
Wiedza związana z osobami/institucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku	209	0-5	3,91	1,46	5	0	5	3	5
Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej	209	0-5	3,73	1,56	4	0	5	3	5
Ogólna ocena gotowości do wypisu	209	0-40	29,60	8,42	31	7	40	25	37

5.2.1. Analiza zależności między danymi socjodemograficznymi a gotowością do wypisu ze szpitala

➤ Wiek [lata]

Ocena pacjenta:

Wiek koreluje istotnie ($p < 0,05$) i ujemnie ($r < 0$) z gotowością do wypisu w takich obszarach jak: Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków, Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem, Wiedza związana z osobami, do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności, Wiedza związana z osobami/institucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku, Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej i Ogólna ocena gotowości do wypisu, a więc im pacjent starszy, tym mniejsza gotowość do wypisu w tych obszarach (Tab. VI).

Tabela VI. Korelacje między wiekiem a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie pacjenta

Gotowość do wypisu ze szpitala	Wiek
	Współczynnik korelacji Spearmana
Wiedza na temat leków	$r = -0,134$, $p = 0,053$
Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków	$r = -0,218$, $p = 0,001$ *
Zdolność do przyjmowania przepisanych leków	$r = -0,111$, $p = 0,111$
Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem	$r = -0,221$, $p = 0,001$ *
Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem	$r = -0,061$, $p = 0,383$
Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności	$r = -0,239$, $p = 0,001$ *
Wiedza związana z osobami/institucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku	$r = -0,343$, $p < 0,001$ *
Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej	$r = -0,390$, $p < 0,001$ *
Ogólna ocena gotowości do wypisu	$r = -0,341$, $p < 0,001$ *

* zależność istotna statystycznie ($p < 0,05$)

Ocena osoby badającej:

Wiek koreluje istotnie ($p < 0,05$) i ujemnie ($r < 0$) z gotowością do wypisu we wszystkich obszarach, a więc im starszy pacjent, tym mniejsza gotowość do wypisu w tych obszarach (Tab. VII).

Tabela VII. Korelacje między wiekiem a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie osoby badającej

Gotowość do wypisu ze szpitala	Wiek
	Współczynnik korelacji Spearmana
Wiedza na temat leków	$r=-0,283$, $p<0,001$ *
Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków	$r=-0,327$, $p<0,001$ *
Zdolność do przyjmowania przepisanych leków	$r=-0,224$, $p=0,001$ *
Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem	$r=-0,325$, $p<0,001$ *
Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem	$r=-0,155$, $p=0,025$ *
Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności	$r=-0,317$, $p<0,001$ *
Wiedza związana z osobami/institucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku	$r=-0,396$, $p<0,001$ *
Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej	$r=-0,459$, $p<0,001$ *
Ogólna ocena gotowości do wypisu	$r=-0,430$, $p<0,001$ *

* zależność istotna statystycznie ($p<0,05$)

➤ Płeć

Ocena pacjenta:

Brak jest istotnych zależności między płcią a poszczególnymi kategoriami oraz ogólną gotowością do wypisu ze szpitala ($p>0,05$) (Tab. VIII).

Tabela VIII. Korelacje między płcią a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie pacjenta

Gotowość do wypisu ze szpitala		Płeć		P
		Kobiety (N=114)	Mężczyźni (N=95)	
Wiedza na temat leków	śr±SD	3,87±1,42	3,56±1,49	p=0,103
	mediana	4	4	
	kwartyle	3 - 5	2 - 5	
Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków	śr±SD	3,94±1,24	4,05±1,13	p=0,532
	mediana	4	4	
	kwartyle	3 - 5	4 - 5	
Zdolność do przyjmowania przepisanych leków	śr±SD	4,15±1,2	4,23±1	p=0,922
	mediana	5	4	
	kwartyle	4 - 5	4 - 5	
Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem	śr±SD	3,68±1,33	3,33±1,51	p=0,12
	mediana	4	4	
	kwartyle	3 - 5	2 - 5	
Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem	śr±SD	4,32±1	4,23±1,05	p=0,509
	mediana	5	5	
	kwartyle	4 - 5	4 - 5	
Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności	śr±SD	4,25±1,11	4,28±1,16	p=0,581
	mediana	5	5	
	kwartyle	4 - 5	4 - 5	
Wiedza związana z osobami/instytucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku	śr±SD	4,18±1,18	4,13±1,43	p=0,488
	mediana	5	5	
	kwartyle	4 - 5	4 - 5	
Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej	śr±SD	3,82±1,61	4,15±1,24	p=0,235
	mediana	5	5	
	kwartyle	3 - 5	3,25 - 5	
Ogólna ocena gotowości do wypisu	śr±SD	32,2±7,09	31,92±6,83	p=0,552
	mediana	33	32	
	kwartyle	28 - 38	29 - 38	

p - test Manna-Whitney'a

Ocena osoby badającej:

Nie zaobserwowano istotnych zależności między płcią badanych respondentów a poszczególnymi kategoriami oraz ogólną gotowością do wypisu ze szpitala ($p>0,05$) (Tab. IX).

Tabela IX. Korelacje między płcią a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie osoby badającej

Gotowość do wypisu ze szpitala		Płeć		P
		Kobiety (N=114)	Mężczyźni (N=95)	
Wiedza na temat leków	śr±SD	3,61±1,58	3,28±1,54	p=0,089
	mediana	4	4	
	kwartyle	3 - 5	2 - 5	
Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków	śr±SD	3,52±1,5	3,65±1,32	p=0,665
	mediana	4	4	
	kwartyle	3 - 5	3 - 5	
Zdolność do przyjmowania przepisanych leków	śr±SD	3,82±1,44	3,92±1,23	p=0,882
	mediana	4	4	
	kwartyle	3 - 5	3 - 5	
Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem	śr±SD	3,14±1,61	3,03±1,55	p=0,537
	mediana	4	3	
	kwartyle	2 - 4,75	2 - 4	
Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem	śr±SD	3,92±1,3	3,82±1,18	p=0,305
	mediana	4	4	
	kwartyle	3 - 5	3 - 5	
Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności	śr±SD	4,12±1,13	4,06±1,37	p=0,688
	mediana	4	5	
	kwartyle	4 - 5	4 - 5	
Wiedza związana z osobami/instytucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku	śr±SD	3,9±1,4	3,93±1,53	p=0,543
	mediana	4	5	
	kwartyle	3 - 5	3,5 - 5	
Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej	śr±SD	3,54±1,7	3,96±1,35	p=0,108
	mediana	4	5	
	kwartyle	2,25 - 5	3 - 5	
Ogólna ocena gotowości do wypisu	śr±SD	29,56±8,64	29,65±8,19	p=0,879
	mediana	31	30	
	kwartyle	26 - 37	25 - 36	

p - test Manna-Whitney'a

➤ Miejsce zamieszkania

Ocena pacjenta:

Wartości $p < 0,05$ wskazują istotne statystycznie zależności:

- W zakresie wiedzy dotyczącej leków i zdolności do przyjmowania przepisanych leków istotnie lepiej przygotowani do wypisu byli pacjenci z małych miast niż pacjenci ze wsi (Tab. X).

Tabela X. Korelacje między miejscem zamieszkania a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie pacjenta

Gotowość do wypisu ze szpitala		Miejsce zamieszkania			p
		Miasto powyżej 50 tys. mieszk. - A (N=19)	Miasto poniżej 50 tys. mieszk. - B (N=63)	Wieś - C (N=127)	
Wiedza na temat leków	śr±SD	3,95±1,31	4,11±1,27	3,5±1,52	p=0,009 * B>C
	mediana	4	5	4	
	kwartyle	4 - 5	4 - 5	3 - 5	
Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków	śr±SD	4,21±1,18	4,16±1,19	3,87±1,18	p=0,066
	mediana	5	5	4	
	kwartyle	4 - 5	4 - 5	3 - 5	
Zdolność do przyjmowania przepisanych leków	śr±SD	4,21±1,13	4,4±1,1	4,08±1,11	p=0,03 * B>C
	mediana	5	5	4	
	kwartyle	4 - 5	4 - 5	4 - 5	
Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem	śr±SD	3,74±1,37	3,63±1,38	3,43±1,46	p=0,474
	mediana	4	4	4	
	kwartyle	3 - 5	3 - 5	3 - 5	
Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem	śr±SD	4,16±1,12	4,4±0,94	4,24±1,04	p=0,499
	mediana	5	5	5	
	kwartyle	3 - 5	4 - 5	4 - 5	
Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności	śr±SD	4,11±1,49	4,32±1,04	4,26±1,12	p=0,981
	mediana	5	5	5	
	kwartyle	4 - 5	4 - 5	4 - 5	
Wiedza związana z osobami/instytucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku	śr±SD	4,26±1,28	4,16±1,36	4,13±1,28	p=0,844
	mediana	5	5	5	
	kwartyle	4 - 5	4 - 5	4 - 5	
Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej	śr±SD	4,32±1,06	4,23±1,3	3,79±1,56	p=0,134
	mediana	5	5	5	
	kwartyle	4 - 5	4 - 5	3 - 5	
Ogólna ocena gotowości do wypisu	śr±SD	32,95±7,15	33,35±6,52	31,31±7,09	p=0,087
	mediana	36	35	32	
	kwartyle	31 - 38	30 - 39	27 - 37	

p - test Kruskala-Wallis + analiza post-hoc (test Dunna)

* zależność istotna statystycznie (p<0,05)

Ocena osoby badającej:

Wartości p<0,05 wskazują istotne statystycznie zależności:

- W zakresie wiedzy dotyczącej leków, zdolności do ich przyjmowania oraz do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem i w zakresie ogólnym istotnie lepiej przygotowani do wypisu byli pacjenci z miast poniżej 50 tys mieszkańców, niż zamieszkujący środowisko wiejskie.
- W zakresie wiedzy dotyczącej przyczyn przyjmowania leków istotnie lepiej przygotowani do wypisu byli respondenci z miast (poniżej i powyżej 50 tys mieszkańców) niż pacjenci z terenów wiejskich (Tab. XI).

Tabela XI. Korelacje między miejscem zamieszkania a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie osoby badającej

Gotowość do wypisu ze szpitala		Miejsce zamieszkania			p
		Miasto powyżej 50 tys. mieszk. - A (N=19)	Miasto poniżej 50 tys. mieszk. - B (N=63)	Wieś - C (N=127)	
Wiedza na temat leków	śr±SD	3,79±1,51	3,83±1,47	3,23±1,59	p=0,013 *
	mediana	4	4	4	
	kwartyle	3,5 - 5	3 - 5	2 - 5	B>C
Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków	śr±SD	4±1,41	3,89±1,26	3,36±1,46	p=0,018 *
	mediana	5	4	4	
	kwartyle	3,5 - 5	3 - 5	2 - 5	A,B>C
Zdolność do przyjmowania przepisanych leków	śr±SD	4,05±1,39	4,19±1,24	3,67±1,36	p=0,007 *
	mediana	5	5	4	
	kwartyle	4 - 5	4 - 5	3 - 5	B>C
Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem	śr±SD	3,74±1,24	3,16±1,6	2,96±1,6	p=0,134
	mediana	4	4	3	
	kwartyle	3 - 5	2 - 4,5	2 - 4	
Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem	śr±SD	4±1,2	4,16±1,17	3,72±1,28	p=0,03 *
	mediana	5	5	4	
	kwartyle	3 - 5	4 - 5	3 - 5	B>C
Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności	śr±SD	3,95±1,65	4,22±1,04	4,06±1,27	p=0,811
	mediana	5	5	4	
	kwartyle	4 - 5	4 - 5	4 - 5	
Wiedza związana z osobami/instytucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku	śr±SD	4,05±1,47	3,98±1,44	3,86±1,47	p=0,67
	mediana	5	5	4	
	kwartyle	4 - 5	4 - 5	3 - 5	
Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej	śr±SD	3,95±1,31	4±1,34	3,56±1,68	p=0,321
	mediana	4	5	4	
	kwartyle	3,5 - 5	3 - 5	2 - 5	
Ogólna ocena gotowości do wypisu	śr±SD	31,53±8,35	31,43±7,59	28,41±8,66	p=0,024 *
	mediana	35	32	29	
	kwartyle	30 - 37	28,5 - 37	24 - 36	B>C

p - test Kruskala-Wallisa + analiza post-hoc (test Dunna)

* zależność istotna statystycznie (p<0,05)

➤ Wykształcenie

Ocena pacjenta:

Wartości p<0,05 wskazują istotne statystycznie zależności:

- W zakresie wiedzy dotyczącej leków istotnie lepiej przygotowani do wypisu byli pacjenci z wykształceniem zawodowym i wyższym niż z wykształceniem podstawowym, a ponadto istotnie lepiej przygotowani do wypisu były osoby z wykształceniem średnim niż z wykształceniem podstawowym i zawodowym.
- W zakresie wiedzy dotyczącej przyczyn przyjmowania leków, zdolności do ich przyjmowania i zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem, istotnie lepiej

przygotowani do wypisu byli pacjenci z wykształceniem średnim niż z wykształceniem podstawowym i zawodowym.

- W zakresie wiedzy dotyczącej osób/instytucji, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku i w zakresie ogólnym istotnie lepiej przygotowani do wypisu byli chorzy z wykształceniem zawodowym niż z wykształceniem podstawowym, a ponadto istotnie lepiej przygotowani do wypisu byli pacjenci z wykształceniem średnim niż z wykształceniem podstawowym i zawodowym (Tab. XII).

Tabela XII. Korelacje między wykształceniem a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie pacjenta

Gotowość do wypisu ze szpitala		Wykształcenie				P
		Podstawowe - A (N=59)	Zawodowe - B (N=73)	Średnie - C (N=61)	Wyższe - D (N=16)	
Wiedza na temat leków	śr±SD	3,19±1,51	3,62±1,58	4,33±1,01	3,94±1,29	p<0,001*
	mediana	4	4	5	4	
	kwartyle	2 - 4	3 - 5	4 - 5	3,75 - 5	D,B>A C>B,A
Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków	śr±SD	3,76±1,18	3,85±1,29	4,41±0,96	3,88±1,26	p=0,003*
	mediana	4	4	5	4	
	kwartyle	3 - 5	3 - 5	4 - 5	3,75 - 5	C>B,A
Zdolność do przyjmowania przepisanych leków	śr±SD	3,97±1,27	4,14±1,11	4,49±0,87	4,06±1,18	p=0,037*
	mediana	4	4	5	4,5	
	kwartyle	4 - 5	4 - 5	4 - 5	3 - 5	C>B,A
Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem	śr±SD	3,1±1,54	3,38±1,48	4,05±1,12	3,62±1,26	p=0,003*
	mediana	3	4	4	4	
	kwartyle	2 - 4	2 - 5	4 - 5	3 - 5	C>B,A
Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem	śr±SD	4,1±1,21	4,26±1	4,52±0,79	4,12±1,02	p=0,148
	mediana	5	5	5	4	
	kwartyle	4 - 5	4 - 5	4 - 5	4 - 5	
Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności	śr±SD	3,98±1,35	4,4±0,95	4,43±1,02	4,07±1,28	p=0,068
	mediana	4	5	5	4	
	kwartyle	4 - 5	4 - 5	4 - 5	4 - 5	
Wiedza związana z osobami/instytucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku	śr±SD	3,64±1,57	4,18±1,27	4,62±0,82	4,13±1,19	p=0,001*
	mediana	4	5	5	5	
	kwartyle	3 - 5	4 - 5	4 - 5	3 - 5	B>A C>B,A
Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej	śr±SD	3,56±1,71	4,15±1,25	4,1±1,43	4,13±1,19	p=0,14
	mediana	4	5	5	5	
	kwartyle	3 - 5	4 - 5	4 - 5	3,5 - 5	
Ogólna ocena gotowości do wypisu	śr±SD	29,31±7,58	31,97±6,84	34,95±5,29	31,75±6,99	p<0,001*
	mediana	31	32	37	33,5	
	kwartyle	26 - 35	29 - 38	32 - 39	28,25 - 37	B>A C>B,A

p - test Kruskala-Wallisa + analiza post-hoc (test Dunna)

* zależność istotna statystycznie (p<0,05)

Ocena osoby badającej:

Wartości $p < 0,05$ wskazują istotne statystycznie zależności:

- W zakresie wiedzy dotyczącej leków i przyczyn ich przyjmowania, istotnie lepiej przygotowani do wypisu byli pacjenci z wykształceniem zawodowym i wyższym niż osoby z wykształceniem podstawowym, a ponadto istotnie lepiej przygotowani do wypisu byli respondenci z wykształceniem średnim niż z wykształceniem podstawowym i zawodowym.
- W zakresie zdolności do przyjmowania przepisanych leków i zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem, istotnie lepiej przygotowani do wypisu byli pacjenci z wykształceniem średnim niż z wykształceniem podstawowym i zawodowym.
- W zakresie zdolności do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem istotnie lepiej przygotowani do wypisu były osoby z wykształceniem średnim niż z wykształceniem podstawowym, zawodowym i wyższym.
- W zakresie wiedzy dotyczącej osób do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności, istotnie lepiej przygotowani do wypisu byli chorzy z wykształceniem zawodowym i średnim niż z wykształceniem podstawowym.
- W zakresie wiedzy dotyczącej osób/instytucji, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku istotnie lepiej przygotowani do wypisu byli pacjenci z wykształceniem zawodowym niż z wykształceniem podstawowym, a ponadto istotnie lepiej przygotowani do wypisu byli pacjenci z wykształceniem średnim niż pacjenci z wykształceniem podstawowym, zawodowym i wyższym.
- W zakresie zdolności do podejmowania codziennej aktywności fizycznej istotnie lepiej przygotowani do wypisu byli pacjenci z wykształceniem zawodowym i średnim niż z wykształceniem podstawowym.
- W zakresie ogólnym istotnie lepiej przygotowani do wypisu byli pacjenci z wykształceniem zawodowym niż pacjenci z wykształceniem podstawowym, a ponadto istotnie lepiej przygotowani do wypisu byli pacjenci z wykształceniem średnim niż pacjenci z wykształceniem podstawowym i zawodowym (Tab. XIII).

Tabela XIII. Korelacje między wykształceniem a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie osoby badającej

Gotowość do wypisu ze szpitala		Wykształcenie				p
		Podstawowe - A (N=59)	Zawodowe - B (N=73)	Średnie - C (N=61)	Wyższe - D (N=16)	
Wiedza na temat leków	śr±SD	2,75±1,58	3,41±1,62	4,11±1,16	3,81±1,56	p<0,001 *
	mediana	3	4	4	4	
	kwartyle	1,5 - 4	2 - 5	4 - 5	3,75 - 5	D,B>A C>B,A
Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków	śr±SD	2,95±1,5	3,56±1,38	4,16±1,11	3,75±1,44	p<0,001 *
	mediana	3	4	5	4	
	kwartyle	2 - 4	3 - 5	4 - 5	3,5 - 5	D,B>A C>B,A
Zdolność do przyjmowania przepisanych leków	śr±SD	3,51±1,49	3,84±1,34	4,26±1,09	3,75±1,34	p=0,017 *
	mediana	4	4	5	4	
	kwartyle	3 - 5	3 - 5	4 - 5	2,75 - 5	C>B,A
Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem	śr±SD	2,58±1,64	3,01±1,56	3,66±1,44	3,19±1,33	p=0,002 *
	mediana	3	3	4	3	
	kwartyle	1 - 4	2 - 4	3 - 5	2 - 4	C>B,A
Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem	śr±SD	3,53±1,5	3,79±1,18	4,38±0,9	3,62±1,2	p=0,002 *
	mediana	4	4	5	4	
	kwartyle	3 - 5	3 - 5	4 - 5	3 - 4,25	C>B,D,A
Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności	śr±SD	3,76±1,43	4,16±1,24	4,36±0,98	4±1,21	p=0,05 *
	mediana	4	5	5	4	
	kwartyle	3 - 5	4 - 5	4 - 5	4 - 5	C,B>A
Wiedza związana z osobami/instytucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku	śr±SD	3,39±1,69	3,95±1,46	4,46±0,96	3,62±1,41	p=0,001 *
	mediana	4	4	5	4	
	kwartyle	2 - 5	4 - 5	4 - 5	2 - 5	B>A C>B,D,A
Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej	śr±SD	3,19±1,84	3,99±1,34	3,95±1,5	3,69±1,2	p=0,025 *
	mediana	4	5	5	4	
	kwartyle	1,5 - 5	3 - 5	3 - 5	3 - 4,25	B,C>A
Ogólna ocena gotowości do wypisu	śr±SD	25,64±9,42	29,71±8,09	33,34±6,15	29,44±7,49	p<0,001 *
	mediana	27	31	35	30	
	kwartyle	20,5 - 32,5	26 - 36	30 - 38	27 - 35	B>A C>B,A

p - test Kruskala-Wallisa + analiza post-hoc (test Dunna)

* zależność istotna statystycznie (p<0,05)

➤ Stan cywilny

Ocena pacjenta:

Wartości p<0,05 wskazują istotne statystycznie zależności:

- W zakresie wiedzy dotyczącej przyjmowania leków, osób/instytucji, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku, podejmowania codziennej aktywności fizycznej i w zakresie ogólnym, istotnie lepiej przygotowani do wypisu byli pacjenci stanu wolnego i w związku małżeńskim niż osoby owdowiałe i w separacji (Tab. XIV).

Tabela XIV. Korelacje między stanem cywilnym a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie pacjenta

Gotowość do wypisu ze szpitala		Stan cywilny			p
		Panna/Kawaler - A (N=23)	Zamężna/Żonaty - B (N=132)	Wdowa/wdowiec, w separacji - C (N=54)	
Wiedza na temat leków	śr±SD	4,13±1,14	3,73±1,49	3,54±1,48	p=0,224
	mediana	4	4	4	
	kwartyle	4 - 5	3 - 5	3 - 5	
Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków	śr±SD	4,26±1,18	4,1±1,1	3,61±1,32	p=0,009 *
	mediana	5	4	4	
	kwartyle	3,5 - 5	4 - 5	3 - 4	
Zdolność do przyjmowania przepisanych leków	śr±SD	4,3±1,06	4,26±1,1	3,96±1,15	p=0,073
	mediana	5	5	4	
	kwartyle	4 - 5	4 - 5	4 - 5	
Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem	śr±SD	3,61±1,67	3,55±1,43	3,41±1,31	p=0,461
	mediana	4	4	4	
	kwartyle	2,5 - 5	3 - 5	3 - 4	
Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem	śr±SD	4,17±1,34	4,37±0,91	4,11±1,11	p=0,328
	mediana	5	5	4	
	kwartyle	4 - 5	4 - 5	4 - 5	
Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności	śr±SD	4,39±0,99	4,32±1,07	4,07±1,32	p=0,417
	mediana	5	5	5	
	kwartyle	4 - 5	4 - 5	4 - 5	
Wiedza związana z osobami/instytucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku	śr±SD	4,09±1,73	4,32±1,2	3,78±1,25	p=0,001 *
	mediana	5	5	4	
	kwartyle	4,5 - 5	4 - 5	3 - 5	
Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej	śr±SD	4,09±1,44	4,15±1,34	3,46±1,63	p=0,004 *
	mediana	5	5	4	
	kwartyle	3,5 - 5	4 - 5	3 - 5	
Ogólna ocena gotowości do wypisu	śr±SD	33,04±8,81	32,77±6,64	29,94±6,54	p=0,004 *
	mediana	38	33,5	31	
	kwartyle	29 - 40	30 - 38	26,25 - 35	

p - test Kruskala-Wallisa + analiza post-hoc (test Dunna)

* zależność istotna statystycznie (p<0,05)

Ocena osoby badającej:

Wartości p<0,05 wskazują istotne statystycznie zależności:

- W zakresie wiedzy na temat leków, przyczyn ich przyjmowania, osób/instytucji, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku, podejmowania codziennej aktywności fizycznej, zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem i w zakresie ogólnym, istotnie lepiej przygotowani do wypisu byli pacjenci stanu wolnego i w związku małżeńskim niż osoby owdowiałe i w separacji.
- W zakresie zdolności do przyjmowania przepisanych leków i wiedzy związanej z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności, istotnie

lepiej przygotowani do wypisu byli pacjenci w związku małżeńskim niż pacjenci owdowiali i w separacji (Tab. XV).

Tabela XV. Korelacje między stanem cywilnym a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie osoby badającej

Gotowość do wypisu ze szpitala		Stan cywilny			p
		Panna/Kawaler - A (N=23)	Zamężna/Żonaty - B (N=132)	Wdowa/wdowiec, w separacji - C (N=54)	
Wiedza na temat leków	śr±SD	3,91±1,28	3,58±1,54	2,98±1,64	p=0,015 *
	mediana	4	4	3,5	
	kwartyle	3 - 5	3 - 5	1,25 - 4	A,B>C
Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków	śr±SD	3,87±1,46	3,76±1,33	3,02±1,5	p=0,002 *
	mediana	5	4	3,5	
	kwartyle	2 - 5	3 - 5	2 - 4	A,B>C
Zdolność do przyjmowania przepisanych leków	śr±SD	4±1,28	3,99±1,31	3,48±1,4	p=0,015 *
	mediana	4	4	4	
	kwartyle	4 - 5	3 - 5	3 - 4	B>C
Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem	śr±SD	3,48±1,73	3,2±1,56	2,65±1,48	p=0,022 *
	mediana	4	4	3	
	kwartyle	2,5 - 5	2 - 4	1,25 - 4	A,B>C
Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem	śr±SD	3,74±1,45	4,02±1,16	3,59±1,34	p=0,11
	mediana	4	4	4	
	kwartyle	2,5 - 5	3 - 5	3 - 5	
Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności	śr±SD	4,09±1,47	4,24±1,13	3,74±1,33	p=0,014 *
	mediana	5	5	4	
	kwartyle	4 - 5	4 - 5	3 - 5	B>C
Wiedza związana z osobami/instytucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku	śr±SD	3,87±1,84	4,2±1,27	3,24±1,49	p<0,001 *
	mediana	5	5	4	
	kwartyle	4 - 5	4 - 5	2 - 4	B,A>C
Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej	śr±SD	3,87±1,82	4,02±1,38	2,94±1,63	p<0,001 *
	mediana	5	5	3	
	kwartyle	3 - 5	3 - 5	2 - 4	B,A>C
Ogólna ocena gotowości do wypisu	śr±SD	30,83±11,01	31,01±7,66	25,65±7,83	p<0,001 *
	mediana	37	32	28	
	kwartyle	27 - 40	27 - 37	19,25 - 31	A,B>C

p - test Kruskala-Wallis + analiza post-hoc (test Dunna)

* zależność istotna statystycznie (p<0,05)

5.2.2. Analiza zależności między liczbą hospitalizacji a gotowością do wypisu ze szpitala

Ocena pacjenta:

Nie stwierdzono istotnych statystycznie korelacji pomiędzy liczbą hospitalizacji a subiektywną oceną gotowości do wypisu. Jedynie w przypadku zdolności do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem, stwierdzono zależność na pograniczu istotności statystycznej ($p=0,051$) (Tab. XVI).

Tabela XVI. Korelacje między liczbą hospitalizacji a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie pacjenta

Gotowość do wypisu ze szpitala	Liczba hospitalizacji
	Współczynnik korelacji Spearmana
Wiedza na temat leków	$r=0,006, p=0,935$
Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków	$r=0,044, p=0,530$
Zdolność do przyjmowania przepisanych leków	$r=0,089, p=0,200$
Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem	$r=0,048, p=0,494$
Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem	$r=0,135, p=0,051$
Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności	$r=-0,025, p=0,724$
Wiedza związana z osobami/instytucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku	$r=-0,026, p=0,705$
Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej	$r=-0,041, p=0,555$
Ogólna ocena gotowości do wypisu	$r=0,003, p=0,968$

Ocena osoby badającej:

Nie zaobserwowano istotności statystycznych między obiektywną oceną gotowości do wypisu a liczbą hospitalizacji (wszystkie $p>0,05$) (Tab. XVII).

Tabela XVII. Korelacje między liczbą hospitalizacji a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie osoby badającej

Gotowość do wypisu ze szpitala	Liczba hospitalizacji
	Współczynnik korelacji Spearmana
Wiedza na temat leków	$r=0,002, p=0,977$
Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków	$r=-0,012, p=0,864$
Zdolność do przyjmowania przepisanych leków	$r=0,039, p=0,573$
Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem	$r=0,017, p=0,811$
Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem	$r=0,077, p=0,267$
Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności	$r=-0,040, p=0,562$
Wiedza związana z osobami/instytucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku	$r=-0,045, p=0,516$
Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej	$r=-0,001, p=0,993$
Ogólna ocena gotowości do wypisu	$r=-0,008, p=0,906$

5.2.3. Analiza zależności między występowaniem chorób współistniejących a gotowością do wypisu ze szpitala

Pytanie o choroby współistniejące miało charakter wielokrotnego wyboru, w związku z tym dokonano analizy odpowiedzi w grupach dominujących jednostek chorobowych, które wystąpiły u przynajmniej 18 pacjentów.

➤ Choroby układu krążenia

Ocena pacjenta:

Brak istotnych zależności między chorobami układu krążenia a gotowością do wypisu ze szpitala zarówno w poszczególnych kategoriach jak i ogólnej ocenie (Tab. XVIII).

Tabela XVIII. Analiza wpływu chorób układu krążenia na gotowość do wypisu ze szpitala w ocenie pacjenta

Gotowość do wypisu ze szpitala		Choroby układu krążenia		P
		Nie (N=141)	Tak (N=68)	
Wiedza na temat leków	śr±SD	3,71±1,47	3,76±1,43	p=0,949
	mediana	4	4	
	kwartyle	3 - 5	3 - 5	
Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków	śr±SD	4,03±1,19	3,91±1,19	p=0,357
	mediana	4	4	
	kwartyle	4 - 5	3 - 5	
Zdolność do przyjmowania przepisanych leków	śr±SD	4,18±1,16	4,19±1,03	p=0,682
	mediana	5	4	
	kwartyle	4 - 5	4 - 5	
Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem	śr±SD	3,55±1,43	3,44±1,42	p=0,52
	mediana	4	4	
	kwartyle	3 - 5	2 - 5	
Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem	śr±SD	4,35±0,95	4,15±1,15	p=0,316
	mediana	5	5	
	kwartyle	4 - 5	4 - 5	
Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności	śr±SD	4,33±1,08	4,13±1,23	p=0,224
	mediana	5	5	
	kwartyle	4 - 5	4 - 5	
Wiedza związana z osobami/institucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku	śr±SD	4,18±1,33	4,1±1,24	p=0,297
	mediana	5	5	
	kwartyle	4 - 5	4 - 5	
Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej	śr±SD	4,01±1,44	3,88±1,5	p=0,451
	mediana	5	5	
	kwartyle	3 - 5	3 - 5	
Ogólna ocena gotowości do wypisu	śr±SD	32,33±6,81	31,53±7,29	p=0,492
	mediana	33	32,5	
	kwartyle	29 - 38	28 - 37	

p - test Manna-Whitney'a

Ocena osoby badającej:

Zależności nieistotne statystycznie (wszystkie $p > 0,05$) (Tab. XIX).

Tabela XIX. Analiza wpływu chorób układu krążenia na gotowość do wypisu ze szpitala w ocenie osoby badającej

Gotowość do wypisu ze szpitala		Choroby układu krążenia		P
		Nie (N=141)	Tak (N=68)	
Wiedza na temat leków	śr±SD	3,48±1,58	3,43±1,55	p=0,746
	mediana	4	4	
	kwartyle	2 - 5	2 - 5	
Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków	śr±SD	3,62±1,4	3,49±1,47	p=0,607
	mediana	4	4	
	kwartyle	3 - 5	2 - 5	
Zdolność do przyjmowania przepisanych leków	śr±SD	3,8±1,41	3,99±1,2	p=0,491
	mediana	4	4	
	kwartyle	3 - 5	3 - 5	
Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem	śr±SD	3,12±1,57	3,03±1,6	p=0,725
	mediana	4	3	
	kwartyle	2 - 4	2 - 4,25	
Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem	śr±SD	3,91±1,17	3,81±1,41	p=0,989
	mediana	4	4	
	kwartyle	3 - 5	3 - 5	
Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności	śr±SD	4,19±1,18	3,9±1,35	p=0,084
	mediana	5	4	
	kwartyle	4 - 5	3 - 5	
Wiedza związana z osobami/institucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku	śr±SD	3,96±1,47	3,81±1,44	p=0,28
	mediana	5	4	
	kwartyle	4 - 5	3 - 5	
Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej	śr±SD	3,75±1,57	3,68±1,55	p=0,513
	mediana	4	4	
	kwartyle	3 - 5	3 - 5	
Ogólna ocena gotowości do wypisu	śr±SD	29,84±8,19	29,12±8,92	p=0,678
	mediana	31	30	
	kwartyle	25 - 37	25 - 36	

p - test Manna-Whitney'a

➤ Choroby naczyń krwionośnych

Ocena pacjenta:

Zależności nieistotne statystycznie (wszystkie $p > 0,05$) (Tab. XX).

Tabela XX. Analiza zależności między chorobami naczyń krwionośnych a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie pacjenta

Gotowość do wypisu ze szpitala		Choroby naczyń krwionośnych		P
		Nie (N=191)	Tak (N=18)	
Wiedza na temat leków	śr±SD	3,71±1,45	3,89±1,53	p=0,483
	mediana	4	4,5	
	kwartyle	3 - 5	3,25 - 5	
Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków	śr±SD	3,97±1,19	4,17±1,15	p=0,476
	mediana	4	4,5	
	kwartyle	3 - 5	4 - 5	
Zdolność do przyjmowania przepisanych leków	śr±SD	4,25±1	3,56±1,89	p=0,356
	mediana	5	4,5	
	kwartyle	4 - 5	2,25 - 5	
Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem	śr±SD	3,54±1,4	3,22±1,66	p=0,462
	mediana	4	3,5	
	kwartyle	3 - 5	2,25 - 4,75	
Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem	śr±SD	4,28±1,01	4,33±1,19	p=0,492
	mediana	5	5	
	kwartyle	4 - 5	4 - 5	
Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności	śr±SD	4,29±1,1	3,94±1,39	p=0,269
	mediana	5	4,5	
	kwartyle	4 - 5	3 - 5	
Wiedza związana z osobami/instytucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku	śr±SD	4,17±1,27	4±1,64	p=0,834
	mediana	5	5	
	kwartyle	4 - 5	4 - 5	
Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej	śr±SD	3,93±1,49	4,33±1,08	p=0,296
	mediana	5	5	
	kwartyle	3 - 5	4 - 5	
Ogólna ocena gotowości do wypisu	śr±SD	32,13±6,88	31,44±7,96	p=0,875
	mediana	33	33	
	kwartyle	28,5 - 38	27 - 37,5	

p - test Manna-Whitney'a

Ocena osoby badającej:

Zależności nieistotne statystycznie (wszystkie $p > 0,05$) (Tab. XXI).

Tabela XXI. Analiza zależności między chorobami naczyń krwionośnych a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie osoby badającej

Gotowość do wypisu ze szpitala		Choroby naczyń krwionośnych		P
		Nie (N=191)	Tak (N=18)	
Wiedza na temat leków	śr±SD	3,43±1,56	3,72±1,6	p=0,37
	mediana	4	4	
	kwartyle	2 - 5	3 - 5	
Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków	śr±SD	3,56±1,43	3,78±1,26	p=0,622
	mediana	4	4	
	kwartyle	2,5 - 5	3 - 5	
Zdolność do przyjmowania przepisanych leków	śr±SD	3,92±1,26	3,22±1,93	p=0,21
	mediana	4	4	
	kwartyle	3 - 5	2 - 5	
Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem	śr±SD	3,1±1,58	3±1,53	p=0,744
	mediana	3	3	
	kwartyle	2 - 4	2 - 4	
Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem	śr±SD	3,87±1,25	3,94±1,3	p=0,797
	mediana	4	4	
	kwartyle	3 - 5	4 - 5	
Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności	śr±SD	4,14±1,22	3,67±1,41	p=0,083
	mediana	5	4	
	kwartyle	4 - 5	3 - 5	
Wiedza związana z osobami/instytucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku	śr±SD	3,91±1,45	3,94±1,51	p=0,93
	mediana	5	4,5	
	kwartyle	3 - 5	4 - 5	
Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej	śr±SD	3,68±1,59	4,22±1,17	p=0,179
	mediana	4	5	
	kwartyle	3 - 5	3,25 - 5	
Ogólna ocena gotowości do wypisu	śr±SD	29,61±8,39	29,5±8,93	p=0,972
	mediana	31	31,5	
	kwartyle	25,5 - 36,5	25 - 36,5	

p - test Manna-Whitney'a

➤ Choroby płuc

Ocena pacjenta:

Zależności nieistotne statystycznie (wszystkie $p > 0,05$) (Tab. XXII).

Tabela XXII. Analiza zależności między chorobami płuc a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie pacjenta

Gotowość do wypisu ze szpitala		Choroby płuc		P
		Nie (N=184)	Tak (N=25)	
Wiedza na temat leków	śr±SD	3,71±1,46	3,84±1,46	p=0,531
	mediana	4	4	
	kwartyle	3 - 5	3 - 5	
Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków	śr±SD	3,99±1,18	3,96±1,27	p=0,981
	mediana	4	4	
	kwartyle	3,75 - 5	3 - 5	
Zdolność do przyjmowania przepisanych leków	śr±SD	4,16±1,12	4,36±1,04	p=0,302
	mediana	4	5	
	kwartyle	4 - 5	4 - 5	
Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem	śr±SD	3,55±1,4	3,24±1,61	p=0,406
	mediana	4	3	
	kwartyle	3 - 5	2 - 5	
Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem	śr±SD	4,28±0,99	4,28±1,24	p=0,554
	mediana	5	5	
	kwartyle	4 - 5	4 - 5	
Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności	śr±SD	4,29±1,14	4,04±1,04	p=0,084
	mediana	5	4	
	kwartyle	4 - 5	3 - 5	
Wiedza związana z osobami/institucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku	śr±SD	4,21±1,22	3,71±1,76	p=0,315
	mediana	5	5	
	kwartyle	4 - 5	2,75 - 5	
Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej	śr±SD	4,05±1,37	3,29±1,94	p=0,09
	mediana	5	4	
	kwartyle	3 - 5	1,75 - 5	
Ogólna ocena gotowości do wypisu	śr±SD	32,27±6,81	30,64±7,98	p=0,349
	mediana	33	30	
	kwartyle	29 - 38	25 - 38	

p - test Manna-Whitney'a

Ocena osoby badającej:

Zależności nieistotne statystycznie (wszystkie $p > 0,05$) (Tab. XXIII).

Tabela XXIII. Analiza zależności między chorobami płuc a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie osoby badającej

Gotowość do wypisu ze szpitala		Choroby płuc		P
		Nie (N=184)	Tak (N=25)	
Wiedza na temat leków	śr±SD	3,45±1,56	3,52±1,61	p=0,778
	mediana	4	4	
	kwartyle	2 - 5	3 - 5	
Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków	śr±SD	3,6±1,39	3,4±1,66	p=0,71
	mediana	4	4	
	kwartyle	3 - 5	2 - 5	
Zdolność do przyjmowania przepisanych leków	śr±SD	3,85±1,37	3,92±1,15	p=0,863
	mediana	4	4	
	kwartyle	3 - 5	4 - 5	
Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem	śr±SD	3,15±1,56	2,64±1,68	p=0,14
	mediana	4	3	
	kwartyle	2 - 4	1 - 4	
Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem	śr±SD	3,9±1,21	3,68±1,52	p=0,61
	mediana	4	4	
	kwartyle	3 - 5	3 - 5	
Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności	śr±SD	4,13±1,23	3,84±1,28	p=0,127
	mediana	5	4	
	kwartyle	4 - 5	3 - 5	
Wiedza związana z osobami/institucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku	śr±SD	3,98±1,39	3,44±1,8	p=0,205
	mediana	5	4	
	kwartyle	4 - 5	2 - 5	
Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej	śr±SD	3,8±1,49	3,2±1,96	p=0,221
	mediana	4	4	
	kwartyle	3 - 5	2 - 5	
Ogólna ocena gotowości do wypisu	śr±SD	29,87±8,28	27,64±9,3	p=0,249
	mediana	31	27	
	kwartyle	26,75 - 36,25	20 - 37	

p - test Manna-Whitney'a

➤ Choroby układu kostno-stawowego

Ocena pacjenta:

Wartości $p < 0,05$ wskazują istotne statystycznie zależności:

- W zakresie wiedzy dotyczącej przyczyn przyjmowania leków istotnie lepiej przygotowani do wypisu byli pacjenci z chorobami układu kostno-stawowego (Tab. XXIV).

Tabela XXIV. Analiza zależności między chorobami układu kostno-stawowego a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie pacjenta

Gotowość do wypisu ze szpitala		Choroby układu kostno-stawowego		P
		Nie (N=184)	Tak (N=25)	
Wiedza na temat leków	śr±SD	3,68±1,49	4,04±1,1	p=0,391
	mediana	4	4	
	kwartyle	3 - 5	4 - 5	
Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków	śr±SD	3,92±1,22	4,52±0,71	p=0,02 *
	mediana	4	5	
	kwartyle	3 - 5	4 - 5	
Zdolność do przyjmowania przepisanych leków	śr±SD	4,15±1,15	4,44±0,71	p=0,441
	mediana	4,5	5	
	kwartyle	4 - 5	4 - 5	
Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem	śr±SD	3,49±1,44	3,72±1,28	p=0,541
	mediana	4	4	
	kwartyle	3 - 5	3 - 5	
Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem	śr±SD	4,27±1,02	4,36±1,04	p=0,55
	mediana	5	5	
	kwartyle	4 - 5	4 - 5	
Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności	śr±SD	4,27±1,15	4,24±0,97	p=0,552
	mediana	5	5	
	kwartyle	4 - 5	4 - 5	
Wiedza związana z osobami/institucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku	śr±SD	4,13±1,29	4,36±1,35	p=0,167
	mediana	5	5	
	kwartyle	4 - 5	4 - 5	
Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej	śr±SD	3,94±1,48	4,16±1,34	p=0,409
	mediana	5	5	
	kwartyle	3 - 5	4 - 5	
Ogólna ocena gotowości do wypisu	śr±SD	31,83±7,08	33,84±5,86	p=0,199
	mediana	32	36	
	kwartyle	27,75 - 38	31 - 37	

p - test Manna-Whitney'a

* zależność istotna statystycznie (p<0,05)

Ocena osoby badającej:

Zależności nieistotne statystycznie (wszystkie p>0,05) (Tab. XXV).

Tabela XXV. Analiza zależności między chorobami układu kostno-stawowego a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie osoby badającej

Gotowość do wypisu ze szpitala		Choroby układu kostno-stawowego		P
		Nie (N=184)	Tak (N=25)	
Wiedza na temat leków	śr±SD	3,42±1,6	3,72±1,24	p=0,569
	mediana	4	4	
	kwartyle	2 - 5	3 - 5	
Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków	śr±SD	3,53±1,45	3,92±1,12	p=0,289
	mediana	4	4	
	kwartyle	2 - 5	3 - 5	
Zdolność do przyjmowania przepisanych leków	śr±SD	3,81±1,38	4,24±0,93	p=0,235
	mediana	4	4	
	kwartyle	3 - 5	4 - 5	
Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem	śr±SD	3,08±1,59	3,16±1,49	p=0,9
	mediana	3	4	
	kwartyle	2 - 4	2 - 4	
Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem	śr±SD	3,83±1,26	4,2±1,12	p=0,133
	mediana	4	5	
	kwartyle	3 - 5	4 - 5	
Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności	śr±SD	4,1±1,23	4,04±1,31	p=0,736
	mediana	5	4	
	kwartyle	4 - 5	4 - 5	
Wiedza związana z osobami/instytucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku	śr±SD	3,91±1,44	3,96±1,59	p=0,643
	mediana	4	5	
	kwartyle	3 - 5	4 - 5	
Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej	śr±SD	3,72±1,55	3,76±1,69	p=0,731
	mediana	4	5	
	kwartyle	3 - 5	3 - 5	
Ogólna ocena gotowości do wypisu	śr±SD	29,41±8,49	31±7,9	p=0,428
	mediana	30,5	32	
	kwartyle	24,75 - 36,25	28 - 37	

p - test Manna-Whitney'a

➤ Choroby układu pokarmowego

Ocena pacjenta:

Wartości $p < 0,05$ wskazują istotne statystycznie zależności:

- W zakresie wiedzy na temat leków i związanej z osobami/instytucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku, istotnie lepiej przygotowani do wypisu byli pacjenci bez chorób układu pokarmowego (Tab. XXVI).

Tabela XXVI. Analiza zależności między chorobami układu pokarmowego a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie pacjenta

Gotowość do wypisu ze szpitala		Choroby układu pokarmowego		P
		Nie (N=177)	Tak (N=32)	
Wiedza na temat leków	śr±SD	3,82±1,41	3,22±1,6	p=0,019 *
	mediana	4	4	
	kwartyle	3 - 5	2 - 4	
Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków	śr±SD	4,01±1,22	3,88±1,04	p=0,215
	mediana	4	4	
	kwartyle	3 - 5	3,75 - 5	
Zdolność do przyjmowania przepisanych leków	śr±SD	4,24±1,05	3,91±1,4	p=0,311
	mediana	5	4	
	kwartyle	4 - 5	3 - 5	
Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem	śr±SD	3,51±1,41	3,56±1,52	p=0,698
	mediana	4	4	
	kwartyle	3 - 5	3 - 5	
Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem	śr±SD	4,27±1	4,38±1,16	p=0,187
	mediana	5	5	
	kwartyle	4 - 5	4 - 5	
Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności	śr±SD	4,31±1,11	4±1,24	p=0,074
	mediana	5	4	
	kwartyle	4 - 5	3,75 - 5	
Wiedza związana z osobami/instytucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku	śr±SD	4,23±1,23	3,72±1,59	p=0,036 *
	mediana	5	4	
	kwartyle	4 - 5	3,75 - 5	
Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej	śr±SD	4,02±1,44	3,69±1,53	p=0,122
	mediana	5	4	
	kwartyle	3 - 5	3 - 5	
Ogólna ocena gotowości do wypisu	śr±SD	32,38±6,72	30,34±8,06	p=0,259
	mediana	33	32	
	kwartyle	29 - 38	27 - 36	

p - test Manna-Whitney'a

* zależność istotna statystycznie (p<0,05)

Ocena osoby badającej:

Wartości p<0,05 wskazują istotne statystycznie zależności:

- W zakresie wiedzy dotyczącej leków, przyczyn ich przyjmowania i związanej z osobami/instytucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku oraz w zakresie ogólnym, istotnie lepiej przygotowani do wypisu byli pacjenci bez chorób układu pokarmowego (Tab. XXVII).

Tabela XXVII. Analiza zależności między chorobami układu pokarmowego a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie osoby badającej

Gotowość do wypisu ze szpitala		Choroby układu pokarmowego		P
		Nie (N=177)	Tak (N=32)	
Wiedza na temat leków	śr±SD	3,59±1,51	2,72±1,67	p=0,003 *
	mediana	4	3	
	kwartyle	3 - 5	1,75 - 4	
Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków	śr±SD	3,66±1,4	3,12±1,48	p=0,04 *
	mediana	4	4	
	kwartyle	3 - 5	2 - 4	
Zdolność do przyjmowania przepisanych leków	śr±SD	3,93±1,3	3,5±1,52	p=0,132
	mediana	4	4	
	kwartyle	3 - 5	2,75 - 5	
Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem	śr±SD	3,12±1,58	2,91±1,59	p=0,451
	mediana	4	3	
	kwartyle	2 - 4	1 - 4	
Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem	śr±SD	3,92±1,23	3,66±1,36	p=0,313
	mediana	4	4	
	kwartyle	3 - 5	2,75 - 5	
Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności	śr±SD	4,16±1,2	3,75±1,44	p=0,079
	mediana	5	4	
	kwartyle	4 - 5	3 - 5	
Wiedza związana z osobami/institucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku	śr±SD	4,03±1,4	3,28±1,61	p=0,002 *
	mediana	5	4	
	kwartyle	4 - 5	2,75 - 4,25	
Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej	śr±SD	3,79±1,56	3,41±1,58	p=0,103
	mediana	4	4	
	kwartyle	3 - 5	3 - 5	
Ogólna ocena gotowości do wypisu	śr±SD	30,19±8,28	26,34±8,57	p=0,017 *
	mediana	31	29	
	kwartyle	26 - 37	19,75 - 32	

p - test Manna-Whitney'a

* zależność istotna statystycznie (p<0,05)

➤ Choroby układu moczowego

Ocena pacjenta:

Wartości p<0,05 wskazują istotne statystycznie zależności:

- W zakresie wiedzy dotyczącej leków, zdolności do ich przyjmowania i w zakresie ogólnym, istotnie lepiej przygotowani do wypisu byli pacjenci bez chorób układu moczowego (Tab. XXVIII).

Tabela XXVIII. Analiza zależności między chorobami układu moczowego a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie pacjenta

Gotowość do wypisu ze szpitala		Choroby układu moczowego		p
		Nie (N=176)	Tak (N=33)	
Wiedza na temat leków	śr±SD	3,88±1,35	2,91±1,72	p=0,001 *
	mediana	4	3	
	kwartyle	3 - 5	1 - 4	
Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków	śr±SD	4,04±1,17	3,73±1,28	p=0,147
	mediana	4	4	
	kwartyle	4 - 5	3 - 5	
Zdolność do przyjmowania przepisanych leków	śr±SD	4,27±1,04	3,76±1,37	p=0,019 *
	mediana	5	4	
	kwartyle	4 - 5	3 - 5	
Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem	śr±SD	3,55±1,39	3,33±1,59	p=0,574
	mediana	4	4	
	kwartyle	3 - 5	2 - 5	
Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem	śr±SD	4,34±0,97	4±1,22	p=0,148
	mediana	5	4	
	kwartyle	4 - 5	3 - 5	
Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności	śr±SD	4,29±1,11	4,15±1,25	p=0,604
	mediana	5	5	
	kwartyle	4 - 5	4 - 5	
Wiedza związana z osobami/instytucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku	śr±SD	4,19±1,28	3,97±1,38	p=0,358
	mediana	5	5	
	kwartyle	4 - 5	4 - 5	
Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej	śr±SD	4,04±1,4	3,58±1,73	p=0,182
	mediana	5	4	
	kwartyle	3 - 5	2 - 5	
Ogólna ocena gotowości do wypisu	śr±SD	32,57±6,64	29,42±8,09	p=0,035 *
	mediana	33	31	
	kwartyle	29 - 38	26 - 35	

p - test Manna-Whitney'a

* zależność istotna statystycznie (p<0,05)

Ocena osoby badającej

Wartości p<0,05 wskazują istotne statystycznie zależności:

- W zakresie wiedzy dotyczącej leków, zdolności do ich przyjmowania, zdolności do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem i w zakresie ogólnym, istotnie lepiej przygotowani do wypisu byli pacjenci bez chorób układu moczowego (Tab. XXIX).

Tabela XXIX. Analiza zależności między chorobami układu moczowego a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie osoby badającej

Gotowość do wypisu ze szpitala		Choroby układu moczowego		P
		Nie (N=176)	Tak (N=33)	
Wiedza na temat leków	śr±SD	3,57±1,51	2,88±1,75	p=0,031 *
	mediana	4	3	
	kwartyle	3 - 5	1 - 4	
Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków	śr±SD	3,64±1,4	3,24±1,5	p=0,126
	mediana	4	4	
	kwartyle	3 - 5	2 - 4	
Zdolność do przyjmowania przepisanych leków	śr±SD	3,97±1,28	3,3±1,53	p=0,012 *
	mediana	4	4	
	kwartyle	3 - 5	2 - 5	
Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem	śr±SD	3,16±1,56	2,73±1,64	p=0,152
	mediana	3	3	
	kwartyle	2 - 4,25	1 - 4	
Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem	śr±SD	3,98±1,19	3,33±1,45	p=0,013 *
	mediana	4	4	
	kwartyle	3 - 5	2 - 5	
Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności	śr±SD	4,11±1,21	4±1,41	p=0,992
	mediana	4,5	5	
	kwartyle	4 - 5	3 - 5	
Wiedza związana z osobami/instytucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku	śr±SD	3,93±1,46	3,85±1,44	p=0,54
	mediana	5	4	
	kwartyle	3 - 5	4 - 5	
Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej	śr±SD	3,78±1,51	3,45±1,82	p=0,422
	mediana	4	4	
	kwartyle	3 - 5	2 - 5	
Ogólna ocena gotowości do wypisu	śr±SD	30,13±8,19	26,79±9,17	p=0,048 *
	mediana	31	29	
	kwartyle	26 - 37	20 - 34	

p - test Manna-Whitney'a

* zależność istotna statystycznie (p<0,05)

➤ Zaburzenia przemiany materii

Ocena pacjenta:

Wartości p<0,05 wskazują istotne statystycznie zależności:

- W zakresie wiedzy dotyczącej osób, do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności istotnie lepiej przygotowani do wypisu byli pacjenci bez zaburzeń przemiany materii (Tab. XXX).

Tabela XXX. Analiza zależności między zaburzeniami przemiany materii a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie pacjenta

Gotowość do wypisu ze szpitala		Zaburzenia przemiany materii		P
		Nie (N=191)	Tak (N=18)	
Wiedza na temat leków	śr±SD	3,75±1,43	3,44±1,69	p=0,475
	mediana	4	4	
	kwartyle	3 - 5	2,25 - 5	
Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków	śr±SD	4,01±1,15	3,78±1,56	p=0,706
	mediana	4	4	
	kwartyle	3 - 5	4 - 5	
Zdolność do przyjmowania przepisanych leków	śr±SD	4,24±1,03	3,61±1,69	p=0,153
	mediana	5	4	
	kwartyle	4 - 5	3,25 - 5	
Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem	śr±SD	3,52±1,44	3,5±1,34	p=0,791
	mediana	4	4	
	kwartyle	3 - 5	3 - 4	
Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem	śr±SD	4,29±1,02	4,22±1	p=0,655
	mediana	5	4,5	
	kwartyle	4 - 5	4 - 5	
Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności	śr±SD	4,31±1,1	3,83±1,34	p=0,041 *
	mediana	5	4	
	kwartyle	4 - 5	4 - 5	
Wiedza związana z osobami/instytucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku	śr±SD	4,19±1,28	3,78±1,44	p=0,106
	mediana	5	4	
	kwartyle	4 - 5	3,25 - 5	
Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej	śr±SD	4,03±1,39	3,33±1,97	p=0,16
	mediana	5	4	
	kwartyle	3 - 5	2 - 5	
Ogólna ocena gotowości do wypisu	śr±SD	32,31±6,74	29,5±8,83	p=0,213
	mediana	33	31	
	kwartyle	29 - 38	26,5 - 36,5	

p - test Manna-Whitney'a

* zależność istotna statystycznie (p<0,05)

Ocena osoby badającej:

Wartości p<0,05 wskazują istotne statystycznie zależności:

- W zakresie wiedzy dotyczącej osób do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności, istotnie lepiej przygotowani do wypisu byli pacjenci bez zaburzeń przemiany materii (Tab. XXXI).

Tabela XXXI. Analiza zależności między zaburzeniami przemiany materii a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie osoby badającej

Gotowość do wypisu ze szpitala		Zaburzenia przemiany materii		P
		Nie (N=191)	Tak (N=18)	
Wiedza na temat leków	śr±SD	3,5±1,54	3,06±1,86	p=0,409
	mediana	4	3,5	
	kwartyle	2,5 - 5	1,25 - 5	
Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków	śr±SD	3,63±1,39	3,06±1,66	p=0,158
	mediana	4	3	
	kwartyle	3 - 5	2 - 4,75	
Zdolność do przyjmowania przepisanych leków	śr±SD	3,93±1,25	3,11±1,97	p=0,149
	mediana	4	4	
	kwartyle	3 - 5	1 - 5	
Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem	śr±SD	3,09±1,6	3,06±1,35	p=0,747
	mediana	3	4	
	kwartyle	2 - 4	2 - 4	
Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem	śr±SD	3,91±1,26	3,56±1,15	p=0,13
	mediana	4	4	
	kwartyle	3 - 5	2,25 - 4	
Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności	śr±SD	4,14±1,22	3,61±1,38	p=0,03 *
	mediana	5	4	
	kwartyle	4 - 5	3,25 - 4	
Wiedza związana z osobami/instytucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku	śr±SD	3,95±1,45	3,56±1,54	p=0,173
	mediana	5	4	
	kwartyle	3 - 5	2,25 - 5	
Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej	śr±SD	3,77±1,52	3,22±1,9	p=0,254
	mediana	4	4	
	kwartyle	3 - 5	1,25 - 5	
Ogólna ocena gotowości do wypisu	śr±SD	29,92±8,21	26,22±10,07	p=0,148
	mediana	31	29	
	kwartyle	26 - 37	19 - 33,25	

p - test Manna-Whitney'a

* zależność istotna statystycznie (p<0,05)

➤ Choroby układu nerwowego

Ocena pacjenta:

Zależności nieistotne statystycznie (wszystkie p>0,05) (Tab. XXXII).

Tabela XXXII. Analiza zależności między chorobami układu nerwowego a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie pacjenta

Gotowość do wypisu ze szpitala		Choroby układu nerwowego		P
		Nie (N=148)	Tak (N=61)	
Wiedza na temat leków	śr±SD	3,7±1,47	3,8±1,42	p=0,645
	mediana	4	4	
	kwartyle	3 - 5	3 - 5	
Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków	śr±SD	4,01±1,2	3,93±1,18	p=0,499
	mediana	4	4	
	kwartyle	3,75 - 5	3 - 5	
Zdolność do przyjmowania przepisanych leków	śr±SD	4,23±1,09	4,08±1,17	p=0,311
	mediana	5	4	
	kwartyle	4 - 5	4 - 5	
Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem	śr±SD	3,57±1,42	3,38±1,43	p=0,282
	mediana	4	4	
	kwartyle	3 - 5	3 - 4	
Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem	śr±SD	4,34±0,95	4,15±1,17	p=0,375
	mediana	5	5	
	kwartyle	4 - 5	4 - 5	
Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności	śr±SD	4,28±1,17	4,23±1,02	p=0,407
	mediana	5	5	
	kwartyle	4 - 5	4 - 5	
Wiedza związana z osobami/institucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku	śr±SD	4,2±1,25	4,03±1,4	p=0,393
	mediana	5	5	
	kwartyle	4 - 5	4 - 5	
Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej	śr±SD	4,03±1,44	3,82±1,5	p=0,205
	mediana	5	4	
	kwartyle	3 - 5	3 - 5	
Ogólna ocena gotowości do wypisu	śr±SD	32,34±6,74	31,43±7,48	p=0,481
	mediana	33	33	
	kwartyle	30 - 38	26 - 37	

p - test Manna-Whitney'a

Ocena osoby badającej:

Zależności nieistotne statystycznie (wszystkie $p > 0,05$) (Tab. XXXIII).

Tabela XXXIII. Analiza zależności między chorobami układu nerwowego a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie osoby badającej

Gotowość do wypisu ze szpitala		Choroby układu nerwowego		P
		Nie (N=148)	Tak (N=61)	
Wiedza na temat leków	śr±SD	3,43±1,57	3,52±1,58	p=0,679
	mediana	4	4	
	kwartyle	2 - 5	3 - 5	
Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków	śr±SD	3,61±1,42	3,51±1,42	p=0,534
	mediana	4	4	
	kwartyle	3 - 5	3 - 5	
Zdolność do przyjmowania przepisanych leków	śr±SD	3,89±1,33	3,79±1,38	p=0,514
	mediana	4	4	
	kwartyle	3 - 5	3 - 5	
Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem	śr±SD	3,17±1,53	2,9±1,68	p=0,32
	mediana	4	3	
	kwartyle	2 - 4	2 - 4	
Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem	śr±SD	3,92±1,19	3,77±1,4	p=0,626
	mediana	4	4	
	kwartyle	3 - 5	3 - 5	
Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności	śr±SD	4,13±1,26	4,02±1,19	p=0,386
	mediana	5	4	
	kwartyle	4 - 5	3 - 5	
Wiedza związana z osobami/instytucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku	śr±SD	3,95±1,41	3,82±1,57	p=0,677
	mediana	5	4	
	kwartyle	3,75 - 5	3 - 5	
Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej	śr±SD	3,79±1,57	3,57±1,53	p=0,179
	mediana	5	4	
	kwartyle	3 - 5	3 - 5	
Ogólna ocena gotowości do wypisu	śr±SD	29,89±8,18	28,9±9,01	p=0,562
	mediana	31	31	
	kwartyle	25,75 - 37	25 - 36	

p - test Manna-Whitney'a

➤ Choroby oczu

Ocena pacjenta:

Wartości $p < 0,05$ wskazują istotne statystycznie zależności:

- W zakresie wiedzy dotyczącej osób/instytucji, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku, istotnie lepiej przygotowani do wypisu byli pacjenci bez chorób oczu (Tab. XXXIV).

Tabela XXXIV. Analiza zależności między chorobami oczu a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie pacjenta

Gotowość do wypisu ze szpitala		Choroby oczu		P
		Nie (N=161)	Tak (N=48)	
Wiedza na temat leków	śr±SD	3,74±1,45	3,69±1,48	p=0,916
	mediana	4	4	
	kwartyle	3 - 5	3 - 5	
Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków	śr±SD	4,02±1,18	3,88±1,21	p=0,364
	mediana	4	4	
	kwartyle	4 - 5	3 - 5	
Zdolność do przyjmowania przepisanych leków	śr±SD	4,19±1,05	4,19±1,32	p=0,345
	mediana	4	5	
	kwartyle	4 - 5	4 - 5	
Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem	śr±SD	3,56±1,4	3,38±1,51	p=0,52
	mediana	4	4	
	kwartyle	3 - 5	2 - 5	
Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem	śr±SD	4,34±0,92	4,08±1,3	p=0,52
	mediana	5	5	
	kwartyle	4 - 5	3,75 - 5	
Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności	śr±SD	4,28±1,08	4,21±1,3	p=0,661
	mediana	5	5	
	kwartyle	4 - 5	4 - 5	
Wiedza związana z osobami/instytucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku	śr±SD	4,28±1,21	3,75±1,49	p=0,007 *
	mediana	5	4	
	kwartyle	4 - 5	3 - 5	
Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej	śr±SD	3,99±1,44	3,88±1,54	p=0,695
	mediana	5	5	
	kwartyle	3 - 5	3 - 5	
Ogólna ocena gotowości do wypisu	śr±SD	32,38±6,72	31,04±7,71	p=0,342
	mediana	33	32,5	
	kwartyle	29 - 38	27 - 37	

p - test Manna-Whitney'a

* zależność istotna statystycznie (p<0,05)

Ocena osoby badającej:

Wartości p<0,05 wskazują istotne statystycznie zależności:

- W zakresie zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem i wiedzy dotyczącej osób/instytucji, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku, istotnie lepiej przygotowani do wypisu byli pacjenci bez chorób oczu (Tab. XXXV).

Tabela XXXV. Analiza zależności między chorobami oczu a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie osoby badającej

Gotowość do wypisu ze szpitala		Choroby oczu		P
		Nie (N=161)	Tak (N=48)	
Wiedza na temat leków	śr±SD	3,55±1,51	3,17±1,72	p=0,242
	mediana	4	3,5	
	kwartyle	3 - 5	1,75 - 5	
Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków	śr±SD	3,68±1,39	3,25±1,49	p=0,064
	mediana	4	4	
	kwartyle	3 - 5	2 - 4,25	
Zdolność do przyjmowania przepisanych leków	śr±SD	3,89±1,26	3,75±1,6	p=0,913
	mediana	4	4	
	kwartyle	3 - 5	3 - 5	
Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem	śr±SD	3,26±1,54	2,52±1,6	p=0,005 *
	mediana	4	2	
	kwartyle	2 - 4	1 - 4	
Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem	śr±SD	3,93±1,15	3,69±1,55	p=0,712
	mediana	4	4	
	kwartyle	3 - 5	3 - 5	
Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności	śr±SD	4,16±1,14	3,9±1,52	p=0,711
	mediana	4	5	
	kwartyle	4 - 5	3 - 5	
Wiedza związana z osobami/institucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku	śr±SD	4,04±1,38	3,48±1,61	p=0,012 *
	mediana	5	4	
	kwartyle	4 - 5	2 - 5	
Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej	śr±SD	3,75±1,54	3,65±1,66	p=0,842
	mediana	4	4	
	kwartyle	3 - 5	3 - 5	
Ogólna ocena gotowości do wypisu	śr±SD	30,26±7,95	27,4±9,58	p=0,063
	mediana	31	28	
	kwartyle	26 - 37	20 - 36	

p - test Manna-Whitney'a

* zależność istotna statystycznie (p<0,05)

5.2.4. Analiza zależności między czasem trwania choroby przewlekłej a gotowością do wypisu ze szpitala

Ocena pacjenta:

Analiza statystyczna nie wykazała istotnych statystycznie zależności między czasem trwania choroby przewlekłej a oceną gotowości do wypisu ze szpitala w poszczególnych kategoriach, jak i w zakresie wyniku ogólnego (wszystkie $p > 0,05$) (Tab. XXXVI).

Tabela XXXVI. Analiza wpływu czasu trwania choroby przewlekłej na gotowość do wypisu ze szpitala w ocenie pacjenta

Gotowość do wypisu ze szpitala	Czas trwania ChP
	Współczynnik korelacji Spearmana
Wiedza na temat leków	$r = -0,014$, $p = 0,841$
Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków	$r = -0,027$, $p = 0,697$
Zdolność do przyjmowania przepisanych leków	$r = 0,057$, $p = 0,414$
Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem	$r = 0,016$, $p = 0,816$
Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem	$r = -0,014$, $p = 0,836$
Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności	$r = 0,005$, $p = 0,938$
Wiedza związana z osobami/institucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku	$r = -0,058$, $p = 0,408$
Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej	$r = -0,021$, $p = 0,759$
Ogólna ocena gotowości do wypisu	$r = 0,000$, $p = 0,996$

Ocena osoby badającej:

Analiza statystyczna nie wykazała istotnych zależności między czasem trwania choroby przewlekłej a gotowością do wypisu ze szpitala zarówno w poszczególnych kategoriach, jak i w wyniku ogólnym (wszystkie $p > 0,05$) (Tab. XXXVII).

Tabela XXXVII. Analiza zależności między czasem trwania choroby przewlekłej a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie osoby badającej

Gotowość do wypisu ze szpitala	Czas trwania ChP
	Współczynnik korelacji Spearmana
Wiedza na temat leków	r=-0,063, p=0,362
Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków	r=-0,088, p=0,206
Zdolność do przyjmowania przepisanych leków	r=0,001, p=0,988
Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem	r=-0,024, p=0,734
Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem	r=-0,044, p=0,525
Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności	r=-0,027, p=0,697
Wiedza związana z osobami/instytucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku	r=-0,052, p=0,454
Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej	r=-0,048, p=0,490
Ogólna ocena gotowości do wypisu	r=-0,036, p=0,608

5.3. Ocena stanu zdrowia badanych

Najlepszą jakość życia (najmniej punktów) ankietowani uzyskali na podskali wyobcowania społecznego (średnio 0,8 punktu na 5 możliwych, czyli 16% wyniku maksymalnego). Dalsza kolejność była następująca:

- skala reakcji emocjonalnych: średnio 3 punktu na 9 możliwych, czyli 33,33% wyniku maksymalnego
- skala ograniczeń ruchowych: średnio 2,86 punktu na 8 możliwych, czyli 35,75% wyniku maksymalnego
- skala bólu: średnio 3,12 punktu na 8 możliwych, czyli 39% wyniku maksymalnego
- skala zaburzeń snu: średnio 2,48 punktu na 5 możliwych, czyli 49,6% wyniku maksymalnego
- skala energii: średnio 1,49 punktu na 3 możliwych, czyli 49,67% wyniku maksymalnego (Tab. XXXVIII).

Tabela XXXVIII. Ocena stanu zdrowia wg Skali Nottingham Health Profile

NHP	N	Liczba pytań	Średnia	SD	% wyniku maks.	Mediana	Min	Max	Q1	Q3
Energia	209	3	1,49	1,17	49,67	1	0	3	0	3
Ból	209	8	3,12	2,64	39,00	3	0	8	1	5
Reakcje emocjonalne	209	9	3,00	2,45	33,33	3	0	9	1	5
Zaburzenia snu	209	5	2,48	1,78	49,60	2	0	5	1	4
Wyobcowanie społeczne	209	5	0,80	1,22	16,00	0	0	5	0	1
Ograniczenia ruchowe	209	8	2,86	2,38	35,75	3	0	8	1	5

111 uczestników ankiety (53,11%) wśród dziedzin życia, na które wpływ ma stan zdrowia wymieniło pracę zarobkową, 110 ankietowanych (52,63%) prace domowe, 96 ankietowanych (45,93%) zainteresowania i hobby, 89 ankietowanych (42,58%) czas wolny, 84 ankietowanych (40,19%) życie seksualne, 78 ankietowanych (37,32%) życie towarzyskie, a 59 ankietowanych (28,23%) życie rodzinne (Tab. XXXIX).

Tabela XXXIX. Wpływ dziedzin życia na stan zdrowia badanych

Dziedziny życia, na które wpływ ma stan zdrowia	n	% *
Praca zarobkowa	111	53,11%
Prace domowe	110	52,63%
Życie towarzyskie	78	37,32%
Życie rodzinne	59	28,23%
Życie seksualne	84	40,19%
Zainteresowania i hobby	96	45,93%
Czas wolny	89	42,58%

* Odsetki nie sumują się do 100, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru

Wiek koreluje istotnie ($p < 0,05$) i dodatnio ($r > 0$) ze wszystkimi podskalami NHP, a więc im starszy pacjent, tym gorsza jakość życia (wyższy wynik punktowy) we wszystkich obszarach (Tab. XL).

Tabela XL. Stan zdrowia respondentów z uwzględnieniem wieku

NHP	Wiek
	Współczynnik korelacji Spearmana
Energia	$r=0,286$, $p < 0,001$ *
Ból	$r=0,286$, $p < 0,001$ *
Reakcje emocjonalne	$r=0,201$, $p=0,004$ *
Zaburzenia snu	$r=0,200$, $p=0,004$ *
Wyobcowanie społeczne	$r=0,156$, $p=0,024$ *
Ograniczenia ruchowe	$r=0,419$, $p < 0,001$ *

* zależność istotna statystycznie ($p < 0,05$)

Kobiety nie różniły się od mężczyzn wynikiem ogólnego stanu zdrowia wg NHP (wszystkie $p > 0,05$) (Tab. XLI).

Tabela XLI. Stan zdrowia respondentów z uwzględnieniem płci

NHP		Płeć		p
		Kobiety (N=114)	Mężczyźni (N=95)	
Energia	śr±SD	1,54±1,21	1,42±1,13	p=0,442
	mediana	2	1	
	kwartyle	0 - 3	0 - 2	
Ból	śr±SD	3,28±2,71	2,94±2,56	p=0,449
	mediana	3	2	
	kwartyle	1 - 6	1 - 5	
Reakcje emocjonalne	śr±SD	3,22±2,59	2,74±2,25	p=0,235
	mediana	3	2	
	kwartyle	1 - 5	1 - 4	
Zaburzenia snu	śr±SD	2,48±1,89	2,48±1,64	p=0,982
	mediana	2	2	
	kwartyle	1 - 4	1 - 4	
Wyobcowanie społeczne	śr±SD	0,87±1,32	0,72±1,1	p=0,579
	mediana	0	0	
	kwartyle	0 - 1	0 - 1	
Ograniczenia ruchowe	śr±SD	3,11±2,59	2,57±2,07	p=0,219
	mediana	3	2	
	kwartyle	1 - 5	1 - 4	

p - test Manna-Whitney'a

Miejsce zamieszkania respondentów nie wpływało na wynik NHP (wszystkie $p > 0,05$) (Tab. XLII).

Tabela XLII. Stan zdrowia respondentów z uwzględnieniem miejsca zamieszkania

NHP		Miejsce zamieszkania			p
		Miasto powyżej 50 tys. mieszk. (N=19)	Miasto poniżej 50 tys. mieszk. (N=63)	Wieś (N=127)	
Energia	śr±SD	1,58±1,3	1,4±1,17	1,52±1,15	p=0,721
	mediana	2	2	1	
	kwartyle	0 - 3	0 - 2	0,5 - 3	
Ból	śr±SD	3,21±2,99	2,9±2,47	3,22±2,68	p=0,771
	mediana	2	3	3	
	kwartyle	0 - 6	1 - 5	1 - 5	
Reakcje emocjonalne	śr±SD	3,26±2,64	2,83±2,69	3,05±2,31	p=0,525
	mediana	3	2	3	
	kwartyle	0,5 - 5,5	0,5 - 4	1 - 5	
Zaburzenia snu	śr±SD	1,95±1,65	2,35±1,8	2,63±1,78	p=0,216
	mediana	2	2	3	
	kwartyle	0,5 - 3	1 - 4	1 - 4	
Wyobcowanie społeczne	śr±SD	0,79±1,03	0,84±1,26	0,78±1,24	p=0,823
	mediana	0	0	0	
	kwartyle	0 - 1	0 - 1	0 - 1	
Ograniczenia ruchowe	śr±SD	2,68±2,67	2,73±2,35	2,95±2,36	p=0,732
	mediana	2	2	3	
	kwartyle	0 - 5,5	1 - 4	1 - 5	

p - test Kruskala-Wallis

Wyniki na skalach Ból i Ograniczenia ruchowe były istotnie wyższe u osób owdowiałych i będących w separacji niż u panien, kawalerów i osób będących w związku małżeńskim, co stanowi o gorszej jakości życia.

Wynik na skali Wyobcowanie społeczne był istotnie wyższy u osób owdowiałych i będących w separacji, niż u osób będących w związku małżeńskim, powodując gorszą jakość życia (Tab. XLIII).

Tabela XLIII. Stan zdrowia respondentów z uwzględnieniem stanu cywilnego

NHP		Stan cywilny			p
		Panna/Kawaler - A (N=23)	Zamężna/Żonaty - B (N=132)	Wdowa/wdowiec w separacji - C (N=54)	
Energia	śr±SD	1,22±1,13	1,48±1,17	1,61±1,19	p=0,395
	mediana	1	2	2	
	kwartyle	0 - 2	0 - 3	1 - 3	
Ból	śr±SD	1,96±2,23	2,99±2,59	3,94±2,72	p=0,007 *
	mediana	1	2	4	
	kwartyle	0 - 3,5	1 - 5	1,25 - 6	
Reakcje emocjonalne	śr±SD	2,52±2,45	2,89±2,32	3,46±2,72	p=0,293
	mediana	2	2	3	
	kwartyle	0 - 4	1 - 4,25	1,25 - 5,75	
Zaburzenia snu	śr±SD	2,26±1,94	2,36±1,67	2,87±1,92	p=0,181
	mediana	2	2	3	
	kwartyle	0,5 - 4	1 - 4	1 - 5	
Wyobcowanie społeczne	śr±SD	1±1,38	0,55±0,91	1,31±1,61	p=0,002 *
	mediana	0	0	1	
	kwartyle	0 - 2	0 - 1	0 - 2	
Ograniczenia ruchowe	śr±SD	2,17±2,21	2,6±2,21	3,8±2,62	p=0,006 *
	mediana	2	2	4	
	kwartyle	0 - 3	0,75 - 4	2 - 6,75	

p - test Kruskala-Wallisa + analiza post-hoc (test Dunna)

* zależność istotna statystycznie (p<0,05)

Wyniki na skalach Energia, Reakcje emocjonalne, Ból i Ograniczenia ruchowe były istotnie wyższe u osób z wykształceniem podstawowym niż z wykształceniem zawodowym i średnim, co przekłada się na gorszą jakość życia.

Wynik na skali Zaburzenia snu był istotnie wyższy u osób z wykształceniem podstawowym i wyższym niż z wykształceniem zawodowym i średnim, w powiązaniu z gorszą jakością życia (Tab. XLIV).

Tabela XLIV. Stan zdrowia respondentów z uwzględnieniem wykształcenia

NHP		Wykształcenie				p
		Podstawowe - A (N=59)	Zawodowe - B (N=73)	Średnie - C (N=61)	Wyższe - D (N=16)	
Energia	śr±SD	1,86±1,12	1,32±1,19	1,26±1,15	1,75±1	p=0,012 *
	mediana	2	1	1	2	
	kwartyle	1 - 3	0 - 2	0 - 2	1 - 2,25	
Ból	śr±SD	3,86±2,74	2,71±2,58	2,72±2,42	3,81±2,83	p=0,038 *
	mediana	4	2	2	5	
	kwartyle	1 - 6	0 - 5	0 - 5	1 - 6	
Reakcje emocjonalne	śr±SD	3,97±2,64	2,75±2,24	2,41±2,27	2,81±2,48	p=0,006 *
	mediana	4	2	2	2	
	kwartyle	2 - 6	1 - 4	0 - 4	1 - 4,5	
Zaburzenia snu	śr±SD	2,97±1,82	2,18±1,58	2,2±1,81	3,19±1,87	p=0,013 *
	mediana	3	2	2	3,5	
	kwartyle	1 - 5	1 - 4	1 - 4	1,75 - 5	
Wyobcowanie społeczne	śr±SD	0,98±1,47	0,81±1,14	0,69±1,13	0,5±0,89	p=0,534
	mediana	0	0	0	0	
	kwartyle	0 - 1	0 - 1	0 - 1	0 - 1	
Ograniczenia ruchowe	śr±SD	3,69±2,41	2,34±2,21	2,57±2,33	3,25±2,49	p=0,009 *
	mediana	3	2	2	3,5	
	kwartyle	2 - 6	0 - 4	0 - 4	1 - 5,25	

p - test Kruskala-Wallisa + analiza post-hoc (test Dunna)

* zależność istotna statystycznie (p<0,05)

5.3.1. Analiza zależności między stanem zdrowia badanych a gotowością do wypisu ze szpitala

➤ Energia

Ocena pacjenta:

Energia koreluje istotnie (p<0,05) i ujemnie (r<0) z gotowością do wypisu w takich obszarach jak: Wiedza na temat leków, Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków, Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem, Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem, Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności, Wiedza związana z osobami/instytucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku, Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej i Ogólna ocena gotowości do wypisu, a więc im większe problemy w zakresie Energii, tym mniejsza gotowość do wypisu w tych obszarach (Tab. XLV).

Tabela XLV. Korelacje między stanem zdrowia (energiją) a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie pacjenta

Gotowość do wypisu ze szpitala	Energia
	Współczynnik korelacji Spearmana
Wiedza na temat leków	$r=-0,163$, $p=0,018$ *
Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków	$r=-0,223$, $p=0,001$ *
Zdolność do przyjmowania przepisanych leków	$r=-0,135$, $p=0,052$
Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem	$r=-0,201$, $p=0,004$ *
Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem	$r=-0,193$, $p=0,005$ *
Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności	$r=-0,215$, $p=0,002$ *
Wiedza związana z osobami/instytucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku	$r=-0,259$, $p<0,001$ *
Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej	$r=-0,423$, $p<0,001$ *
Ogólna ocena gotowości do wypisu	$r=-0,322$, $p<0,001$ *

* zależność istotna statystycznie ($p<0,05$)

Ocena osoby badającej:

Energia koreluje istotnie ($p<0,05$) i ujemnie ($r<0$) z gotowością do wypisu we wszystkich obszarach gotowości do wypisu, a więc im większe problemy w zakresie Energii tym mniejsza gotowość do wypisu w tych obszarach (Tab. XLVI).

Tabela XLVI. Korelacje między stanem zdrowia (energiją) a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie osoby badającej

Gotowość do wypisu ze szpitala	Energia
	Współczynnik korelacji Spearmana
Wiedza na temat leków	$r=-0,156$, $p=0,024$ *
Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków	$r=-0,231$, $p=0,001$ *
Zdolność do przyjmowania przepisanych leków	$r=-0,177$, $p=0,010$ *
Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem	$r=-0,182$, $p=0,008$ *
Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem	$r=-0,179$, $p=0,010$ *
Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności	$r=-0,210$, $p=0,002$ *
Wiedza związana z osobami/instytucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku	$r=-0,173$, $p=0,013$ *
Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej	$r=-0,393$, $p<0,001$ *
Ogólna ocena gotowości do wypisu	$r=-0,273$, $p<0,001$ *

* zależność istotna statystycznie ($p<0,05$)

➤ Ból

Ocena pacjenta:

Ból koreluje istotnie ($p < 0,05$) i ujemnie ($r < 0$) z gotowością do wypisu w takich obszarach jak: Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków, Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem, Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem, Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności, Wiedza związana z osobami/instytucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku, Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej i Ogólna ocena gotowości do wypisu, a więc im pacjenci bardziej odczuwają dolegliwości bólowe, tym mniejsza jest ich gotowość do wypisu w tych obszarach (Tab. XLVII).

Tabela XLVII. Korelacje między stanem zdrowia (ból) a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie pacjenta

Gotowość do wypisu ze szpitala	Ból
	Współczynnik korelacji Spearmana
Wiedza na temat leków	$r = -0,108$, $p = 0,121$
Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków	$r = -0,168$, $p = 0,015$ *
Zdolność do przyjmowania przepisanych leków	$r = -0,100$, $p = 0,150$
Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem	$r = -0,193$, $p = 0,005$ *
Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem	$r = -0,147$, $p = 0,034$ *
Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności	$r = -0,199$, $p = 0,004$ *
Wiedza związana z osobami/instytucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku	$r = -0,233$, $p = 0,001$ *
Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej	$r = -0,360$, $p < 0,001$ *
Ogólna ocena gotowości do wypisu	$r = -0,281$, $p < 0,001$ *

* zależność istotna statystycznie ($p < 0,05$)

Ocena osoby badającej:

Ból koreluje istotnie ($p < 0,05$) i ujemnie ($r < 0$) z gotowością do wypisu we wszystkich obszarach, a więc im większe problemy w zakresie Bólu odczuwa pacjent tym mniejsza jest jego gotowość do wypisu w tych obszarach (Tab. XLVIII).

Tabela XLVIII. Korelacje między stanem zdrowia (ból) a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie osoby badającej

Gotowość do wypisu ze szpitala	Ból
	Współczynnik korelacji Spearmana
Wiedza na temat leków	r=-0,143, p=0,040 *
Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków	r=-0,207, p=0,003 *
Zdolność do przyjmowania przepisanych leków	r=-0,153, p=0,027 *
Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem	r=-0,198, p=0,004 *
Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem	r=-0,199, p=0,004 *
Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności	r=-0,235, p=0,001 *
Wiedza związana z osobami/instytucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku	r=-0,197, p=0,004 *
Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej	r=-0,331, p<0,001 *
Ogólna ocena gotowości do wypisu	r=-0,280, p<0,001 *

* zależność istotna statystycznie (p<0,05)

➤ Reakcje emocjonalne

Ocena pacjenta:

Reakcje emocjonalne korelują istotnie (p<0,05) i ujemnie (r<0) z gotowością do wypisu w takich obszarach jak: Wiedza na temat leków, Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków, Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem, Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem, Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności, Wiedza związana z osobami/instytucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku, Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej i Ogólna ocena gotowości do wypisu, a więc im większe problemy w zakresie Reakcji emocjonalnych, tym mniejsza gotowość do wypisu w tych obszarach (Tab. XLIX).

Tabela XLIX. Korelacje między stanem zdrowia (reakcjami emocjonalnymi) a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie pacjenta

Gotowość do wypisu ze szpitala	Reakcje emocjonalne
	Współczynnik korelacji Spearmana
Wiedza na temat leków	$r=-0,147$, $p=0,034$ *
Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków	$r=-0,141$, $p=0,042$ *
Zdolność do przyjmowania przepisanych leków	$r=-0,123$, $p=0,075$
Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem	$r=-0,227$, $p=0,001$ *
Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem	$r=-0,149$, $p=0,031$ *
Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności	$r=-0,182$, $p=0,009$ *
Wiedza związana z osobami/instytucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku	$r=-0,265$, $p<0,001$ *
Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej	$r=-0,231$, $p=0,001$ *
Ogólna ocena gotowości do wypisu	$r=-0,252$, $p<0,001$ *

* zależność istotna statystycznie ($p<0,05$)

Ocena osoby badającej:

Reakcje emocjonalne koreluje istotnie ($p<0,05$) i ujemnie ($r<0$) z gotowością do wypisu w takich obszarach jak: Wiedza na temat leków, Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków, Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem, Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem, Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności, Wiedza związana z osobami/instytucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku, Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej i Ogólna ocena gotowości do wypisu, a więc im większe problemy w zakresie Reakcji emocjonalnych występują u pacjenta w ocenie osoby badającej, tym mniejsza gotowość do wypisu w tych obszarach (Tab. L).

Tabela L. Korelacje między stanem zdrowia (reakcjami emocjonalnymi) a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie osoby badającej

Gotowość do wypisu ze szpitala	Reakcje emocjonalne
	Współczynnik korelacji Spearmana
Wiedza na temat leków	$r=-0,173$, $p=0,012$ *
Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków	$r=-0,219$, $p=0,001$ *
Zdolność do przyjmowania przepisanych leków	$r=-0,127$, $p=0,067$
Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem	$r=-0,245$, $p<0,001$ *
Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem	$r=-0,186$, $p=0,007$ *
Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności	$r=-0,222$, $p=0,001$ *
Wiedza związana z osobami/instytucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku	$r=-0,191$, $p=0,006$ *
Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej	$r=-0,285$, $p<0,001$ *
Ogólna ocena gotowości do wypisu	$r=-0,273$, $p<0,001$ *

* zależność istotna statystycznie ($p<0,05$)

➤ Zaburzenia snu

Ocena pacjenta:

Zaburzenia snu korelują istotnie ($p<0,05$) i ujemnie ($r<0$) z gotowością do wypisu w takich obszarach jak: Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków, Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej i Ogólna ocena gotowości do wypisu, a więc im większe problemy w zakresie Zaburzeń snu tym mniejsza gotowość do wypisu w tych obszarach (Tab. LI).

Tabela LI. Korelacje między stanem zdrowia (zaburzeniami snu) a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie pacjenta

Gotowość do wypisu ze szpitala	Zaburzenia snu
	Współczynnik korelacji Spearmana
Wiedza na temat leków	r=-0,123, p=0,075
Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków	r=-0,192, p=0,005 *
Zdolność do przyjmowania przepisanych leków	r=-0,097, p=0,161
Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem	r=-0,118, p=0,090
Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem	r=-0,050, p=0,473
Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności	r=-0,087, p=0,212
Wiedza związana z osobami/instytucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku	r=-0,077, p=0,268
Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej	r=-0,178, p=0,010 *
Ogólna ocena gotowości do wypisu	r=-0,177, p=0,011 *

* zależność istotna statystycznie (p<0,05)

Ocena osoby badającej:

Zaburzenia snu korelują istotnie (p<0,05) i ujemnie (r<0) z gotowością do wypisu w takich obszarach jak: Wiedza na temat leków, Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków, Zdolność do przyjmowania przepisanych leków, Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem, Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem, Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej i Ogólna ocena gotowości do wypisu, a więc im większe problemy w zakresie Zaburzeń snu tym mniejsza gotowość do wypisu w tych obszarach (Tab. LII).

Tabela LII. Korelacje między stanem zdrowia (zaburzeniami snu) a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie osoby badającej

Gotowość do wypisu ze szpitala	Zaburzenia snu
	Współczynnik korelacji Spearmana
Wiedza na temat leków	$r=-0,162$, $p=0,019$ *
Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków	$r=-0,243$, $p<0,001$ *
Zdolność do przyjmowania przepisanych leków	$r=-0,169$, $p=0,015$ *
Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem	$r=-0,193$, $p=0,005$ *
Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem	$r=-0,137$, $p=0,048$ *
Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności	$r=-0,120$, $p=0,083$
Wiedza związana z osobami/instytucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku	$r=-0,068$, $p=0,326$
Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej	$r=-0,219$, $p=0,001$ *
Ogólna ocena gotowości do wypisu	$r=-0,235$, $p=0,001$ *

* zależność istotna statystycznie ($p<0,05$)

➤ Wyobcowanie społeczne

Ocena pacjenta:

Wyobcowanie społeczne koreluje istotnie ($p<0,05$) i ujemnie ($r<0$) z gotowością do wypisu w takich obszarach jak: Wiedza związana z osobami/instytucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku i Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej, a więc im większe problemy w zakresie Wyobcowania społecznego tym mniejsza gotowość do wypisu w tych obszarach (Tab. LIII).

Tabela LIII. Korelacje między stanem zdrowia (wyobcowaniem społecznym) a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie pacjenta

Gotowość do wypisu ze szpitala	Wyobcowanie społeczne
	Współczynnik korelacji Spearmana
Wiedza na temat leków	r=-0,081, p=0,246
Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków	r=-0,045, p=0,518
Zdolność do przyjmowania przepisanych leków	r=-0,053, p=0,448
Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem	r=-0,129, p=0,063
Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem	r=-0,013, p=0,852
Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności	r=-0,133, p=0,056
Wiedza związana z osobami/instytucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku	r=-0,168, p=0,015 *
Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej	r=-0,138, p=0,047 *
Ogólna ocena gotowości do wypisu	r=-0,126, p=0,069

* zależność istotna statystycznie (p<0,05)

Ocena osoby badającej:

Wyobcowanie społeczne koreluje istotnie (p<0,05) i ujemnie (r<0) z gotowością do wypisu w takich obszarach jak: Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności, Wiedza związana z osobami/instytucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku, Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej i Ogólna ocena gotowości do wypisu, a więc im większe problemy w zakresie Wyobcowania społecznego tym mniejsza gotowość do wypisu w tych obszarach (Tab. LIV).

Tabela LIV. Korelacje między stanem zdrowia (wyobcowaniem społecznym) a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie osoby badającej

Gotowość do wypisu ze szpitala	Wyobcowanie społeczne
	Współczynnik korelacji Spearmana
Wiedza na temat leków	r=-0,120, p=0,083
Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków	r=-0,099, p=0,152
Zdolność do przyjmowania przepisanych leków	r=-0,092, p=0,184
Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem	r=-0,133, p=0,054
Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem	r=-0,093, p=0,180
Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności	r=-0,195, p=0,005 *
Wiedza związana z osobami/instytucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku	r=-0,153, p=0,027 *
Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej	r=-0,187, p=0,007 *
Ogólna ocena gotowości do wypisu	r=-0,163, p=0,019 *

* zależność istotna statystycznie (p<0,05)

➤ Ograniczenia ruchowe

Ocena pacjenta:

Ograniczenia ruchowe koreluje istotnie (p<0,05) i ujemnie (r<0) z gotowością do wypisu we wszystkich obszarach, a więc im większe problemy w zakresie Ograniczeń ruchowych tym mniejsza gotowość do wypisu we wszystkich obszarach (Tab. LV).

Tabela LV. Korelacje między stanem zdrowia (ograniczeniami ruchowymi) a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie pacjenta

Gotowość do wypisu ze szpitala	Ograniczenia ruchowe
	Współczynnik korelacji Spearmana
Wiedza na temat leków	r=-0,180, p=0,009 *
Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków	r=-0,252, p<0,001 *
Zdolność do przyjmowania przepisanych leków	r=-0,158, p=0,022 *
Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem	r=-0,185, p=0,007 *
Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem	r=-0,171, p=0,013 *
Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności	r=-0,264, p<0,001 *
Wiedza związana z osobami/instytucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku	r=-0,262, p<0,001 *
Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej	r=-0,552, p<0,001 *
Ogólna ocena gotowości do wypisu	r=-0,372, p<0,001 *

* zależność istotna statystycznie (p<0,05)

Ocena osoby badającej:

Ograniczenia ruchowe korelują istotnie (p<0,05) i ujemnie (r<0) z gotowością do wypisu we wszystkich obszarach, a więc im większe problemy w zakresie Ograniczeń ruchowych tym mniejsza gotowość do wypisu w tych obszarach (Tab. LVI).

Tabela LVI. Korelacje między stanem zdrowia (ograniczeniami ruchowymi) a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie osoby badającej

Gotowość do wypisu ze szpitala	Ograniczenia ruchowe
	Współczynnik korelacji Spearmana
Wiedza na temat leków	r=-0,229, p=0,001 *
Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków	r=-0,281, p<0,001 *
Zdolność do przyjmowania przepisanych leków	r=-0,241, p<0,001 *
Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem	r=-0,218, p=0,002 *
Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem	r=-0,215, p=0,002 *
Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności	r=-0,304, p<0,001 *
Wiedza związana z osobami/instytucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku	r=-0,225, p=0,001 *
Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej	r=-0,518, p<0,001 *
Ogólna ocena gotowości do wypisu	r=-0,367, p<0,001 *

* zależność istotna statystycznie (p<0,05)

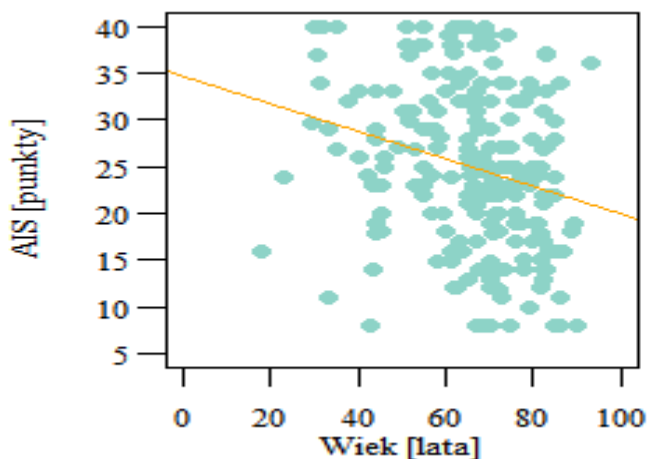
5.4. Ocena akceptacji choroby

Średni wynik AIS wynosił 24,99 punktu, co daje 3,12 punktu na pytanie. A więc respondenci ani akceptowali ani nie akceptowali swojej choroby (prezentowali wobec niej postawę neutralną) (Tab. LVII).

Tabela LVII. Uśredniony wynik akceptacji choroby przez badanych

		AIS [punkty]								
Zakres punktowy	N	Braki danych	Średnia	SD	Średnia na pytanie	Mediana	Min	Max	Q1	Q3
8-40	209	0	24,99	8,73	3,12	25	8	40	18	32

Badana populacja była w wieku od 18 – 93 lat. Akceptacja choroby przewlekłej utrzymywała się na podobnym poziomie u pacjentów do 60 roku życia, a powyżej tego wieku akceptacja choroby szybko malała ($Rho=-0,281$, $p=0,000$) (Ryc. 8).



Rycina 8. Akceptacja choroby z uwzględnieniem wieku pacjentów

Wśród badanych, mężczyźni ocenili swoją akceptację choroby wyżej niż kobiety ($\bar{x}=25,81$, $SD=8,042$) jednak nie jest to zależność istotna statystycznie ($p>0,05$) (Tab. LVIII).

Tabela LVIII. Akceptacja choroby z uwzględnieniem płci pacjentów

AIS [punkty]	Płeć		p
	Kobiety (N=114)	Mężczyźni (N=95)	
śr±SD	24,27±9,21	25,85±8,08	p=0,175
Mediana	23,5	27	
Kwartyle	18 – 32	19 - 32	

Poziom akceptacji choroby był istotnie wyższy u osób z wykształceniem zawodowym i średnim niż u osób z wykształceniem podstawowym. Zależność istotna statystycznie ($p < 0,001$) (Tab. LIX).

Tabela LIX. Akceptacja choroby z uwzględnieniem wykształcenia pacjentów

AIS [punkty]	Wykształcenie				p
	Podstawowe (N=59) - A	Zawodowe (N=73) - B	Średnie (N=61) - C	Wyższe (N=16) - D	
śr±SD	20,86±7,47	26,53±8,38	27,03±9,33	25,38±7,74	p<0,001
mediana	20	26	28	24	
kwartyle	15 - 25	21 - 33	20 - 34	21,75 - 29,75	C,B>A

p - test Kruskala-Wallis + analiza post-hoc (test Dunna)

Poziom akceptacji choroby był istotnie wyższy u osób będących w związku małżeńskim niż u osób owdowiałych lub w separacji. Zależność istotna statystycznie ($p < 0,05$) (Tab. LX).

Tabela LX. Akceptacja choroby z uwzględnieniem stanu cywilnego pacjentów

AIS [punkty]	Stan cywilny			P
	Panna/Kawaler (N=23) - A	Zamężna/Żonaty (N=132) - B	Wdowa/wdowiec, w separacji (N=54) - C	
śr±SD	24,6±8,86	26,65±8,23	21,09±8,76	p=0,001
mediana	24	26,5	21	
kwartyle	17 - 29,36	21 - 33	14 - 27	B>C

p - test Kruskala-Wallis + analiza post-hoc (test Dunna)

Pacjenci mieszkający w mieście poniżej 50 tys. Mieszkańców, bardziej niż osoby mieszkające w środowisku wiejskim, czy też w dużym mieście akceptowali u siebie fakt choroby przewlekłej; przy czym fakt ten nie jest istotny statystycznie ($p = 0,896$) (Tab. LXI).

Tabela LXI. Akceptacja choroby z uwzględnieniem miejsca zamieszkania pacjentów

AIS [punkty]	Miejsce zamieszkania			p
	Miasto powyżej 50 tys. mieszk. (N=19)	Miasto poniżej 50 tys. mieszk. (N=63)	Wieś (N=127)	
śr±SD	24,26±8,88	24,88±9,53	25,15±8,35	p=0,896
mediana	24	25	25	
kwartyle	16,5 - 31	17,5 - 32,5	19 - 32	

p - test Kruskala-Wallis

5.4.1. Analiza zależności między akceptacją choroby a gotowością do wypisu ze szpitala

Ocena pacjenta:

AIS koreluje istotnie ($p < 0,05$) i dodatnio ($r > 0$) z gotowością do wypisu we wszystkich obszarach, a więc im większa akceptacja choroby tym większa gotowość do wypisu w tych obszarach (Tab. LXII).

Tabela LXII. Korelacje między akceptacją choroby a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie pacjenta

Gotowość do wypisu ze szpitala	AIS
	Współczynnik korelacji Spearmana
Wiedza na temat leków	$r=0,177$, $p=0,010$ *
Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków	$r=0,227$, $p=0,001$ *
Zdolność do przyjmowania przepisanych leków	$r=0,235$, $p=0,001$ *
Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem	$r=0,253$, $p < 0,001$ *
Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem	$r=0,282$, $p < 0,001$ *
Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności	$r=0,304$, $p < 0,001$ *
Wiedza związana z osobami/institucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku	$r=0,348$, $p < 0,001$ *
Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej	$r=0,414$, $p < 0,001$ *
Ogólna ocena gotowości do wypisu	$r=0,384$, $p < 0,001$ *

* zależność istotna statystycznie ($p < 0,05$)

Ocena osoby badającej:

AIS koreluje istotnie ($p < 0,05$) i dodatnio ($r > 0$) z gotowością do wypisu we wszystkich obszarach, a więc im większa akceptacja choroby tym większa gotowość do wypisu w tych obszarach (Tab. LXIII).

Tabela LXIII. Korelacje między akceptacją choroby a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie osoby badającej

Gotowość do wypisu ze szpitala	AIS
	Współczynnik korelacji Spearmana
Wiedza na temat leków	r=0,212, p=0,002 *
Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków	r=0,265, p<0,001 *
Zdolność do przyjmowania przepisanych leków	r=0,244, p<0,001 *
Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem	r=0,247, p<0,001 *
Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem	r=0,213, p=0,002 *
Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności	r=0,365, p<0,001 *
Wiedza związana z osobami/instytucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku	r=0,262, p<0,001 *
Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej	r=0,464, p<0,001 *
Ogólna ocena gotowości do wypisu	r=0,358, p<0,001 *

* zależność istotna statystycznie (p<0,05)

5.5. Ocena umiejscowienia kontroli zdrowia

Średni wynik na podskali "Wymiar wewnętrzny" wynosi 26,87 punktów, co daje 4,48 punktów na pytanie, a więc respondenci raczej umieszczają swoją kontrolę zdrowia w tym obszarze.

Średni wynik na podskali "Wpływ innych" wynosi 28,4 punktów, co daje 4,73 punktów na pytanie, a więc respondenci umieszczają swoją kontrolę zdrowia w tym obszarze

Średni wynik na podskali "Przypadek" wynosi 25,5 punktów, co daje 4,25 punktów na pytanie, a więc respondenci raczej umieszczają swoją kontrolę zdrowia w tym obszarze (Tab. LXIV).

Tabela LXIV. Średni wynik umiejscowienie kontroli zdrowia w poszczególnych podskalach

MHLC	N	Braki danych	Średnia	SD	Średnia na pytanie	Mediana	Min	Max	Q1	Q3
Wymiar wewnętrzny	209	0	26,87	5,24	4,48	28	10	36	23	31
Wpływ innych	209	0	28,40	5,56	4,73	30	10	36	25	32
Przypadek	209	0	25,50	5,73	4,25	26	6	36	22	30

Wiek koreluje istotnie ($p < 0,05$) i dodatnio ($r > 0$) z wpływem innych, a więc im starszy wiek tym respondenci w większym stopniu kontrolę za własne zdrowie przekierowują na czynniki ograniczające własną autonomię, w tym działania podejmowane przez personel medyczny (Tab. LXV).

Tabela LXV. Korelacje między umiejscowieniem kontroli zdrowia a wiekiem pacjentów

MHLC	Wiek	
	Współczynnik korelacji Spearmana	
Wymiar wewnętrzny	$r = -0,047,$	$p = 0,504$
Wpływ innych	$r = 0,147,$	$p = 0,034 *$
Przypadek	$r = 0,068,$	$p = 0,326$

* zależność istotna statystycznie ($p < 0,05$)

Mężczyźni wydatniej niż kobiety umiejscawiają swoje zdrowie w wymiarze wewnętrznym oraz wpływie innych osób. Natomiast, kobiety bardziej niż mężczyźni umiejscawiają swoje zdrowie w wymiarze przypadku. Zależności te nie są jednak istotne statystycznie ($p>0,05$) (Tab. LXVI).

Tabela LXVI. Umiejscowienie kontroli zdrowia z uwzględnieniem płci respondentów

MHLC		Płeć		p
		Kobiety (N=114)	Mężczyźni (N=95)	
Wymiar wewnętrzny	śr±SD	26,46±5,4	27,36±5,03	p=0,219
	mediana	27	29	
	kwartyle	23 - 31	25 - 31	
Wpływ innych	śr±SD	27,85±5,99	29,05±4,93	p=0,254
	mediana	29,5	30	
	kwartyle	25 - 32	26,5 - 32,5	
Przypadek	śr±SD	25,75±5,9	25,21±5,54	p=0,44
	mediana	27	25	
	kwartyle	22 - 30	22 - 30	

Wynik na skali Wpływ innych był istotnie większy u osób z dużych miast niż u pozostałych respondentów ($p=0,018$). W pozostałych wymiarach brak zależności istotnych statystycznie ($p>0,05$) (Tab. LXVII).

Tabela LXVII. Umiejscowienie kontroli zdrowia z uwzględnieniem miejsca zamieszkania

MHLC		Miejsce zamieszkania			p
		Miasto powyżej 50 tys. mieszk. - A (N=19)	Miasto poniżej 50 tys. mieszk. - B (N=63)	Wieś - C (N=127)	
Wymiar wewnętrzny	śr±SD	28,53±4,27	27,11±5,78	26,5±5,07	p=0,182
	mediana	30	29	27	
	kwartyle	25 - 31	23 - 31,5	23 - 30	
Wpływ innych	śr±SD	31,16±5,17	27,71±5,41	28,32±5,6	p=0,018 *
	mediana	32	28	30	
	kwartyle	29,5 - 34	24,5 - 32	26 - 32	
Przypadek	śr±SD	25,79±5,94	25,87±5,72	25,28±5,73	p=0,848
	mediana	25	26	27	
	kwartyle	21 - 31	21,5 - 30	22 - 30	

p - test Kruskala-Wallis + analiza post-hoc (test Dunna)

* zależność istotna statystycznie ($p<0,05$)

Obszar czynników zewnętrznych w zakresie kontroli własnego zdrowia był istotnie większy u osób z wykształceniem podstawowym niż u osób z wykształceniem średnim i wyższym, a ponadto był istotnie większy u osób z wykształceniem zawodowym niż u osób z wykształceniem wyższym. ($p>0,05$) (Tab. LXVIII).

Tabela LXVIII. Umiejscowienie kontroli zdrowia z uwzględnieniem wykształcenia

MHLC		Wykształcenie				P
		Podstawowe - A (N=59)	Zawodowe - B (N=73)	Średnie - C (N=61)	Wyższe - D (N=16)	
Wymiar wewnętrzny	śr±SD	27,14±4,89	27,93±4,5	25,89±5,85	24,75±6,32	p=0,115
	mediana	28	29	26	25,5	
	kwartyle	23,5 - 31	25 - 31	21 - 31	22,75 - 27,75	
Wpływ innych	śr±SD	29,05±5,24	29,23±4,81	26,97±5,74	27,62±8,06	p=0,087
	mediana	30	30	28	29,5	
	kwartyle	25,5 - 33,5	26 - 33	23 - 31	26,75 - 32,25	
Przypadek	śr±SD	26,76±4,66	26,27±5,12	24,33±6,61	21,81±6,43	p=0,012 *
	mediana	27	27	26	21,5	
	kwartyle	24 - 30	23 - 30	20 - 30	16,5 - 25,5	

p - test Kruskala-Wallis + analiza post-hoc (test Dunna)

* zależność istotna statystycznie ($p<0,05$)

Brak jest istotnych zależności między umiejscowieniem kontroli zdrowia a stanem cywilnym badanych ($p>0,05$) (Tab. LXIX).

Tabela LXIX. Umiejscowienie kontroli zdrowia z uwzględnieniem stanu cywilnego

MHLC		Stan cywilny			P
		Panna/Kawaler (N=23)	Zamężna/Żonaty (N=132)	Wdowa/wdowiec w separacji (N=54)	
Wymiar wewnętrzny	śr±SD	27,43±4,8	26,99±5,4	26,31±5,06	p=0,522
	mediana	29	28	27	
	kwartyle	23,5 - 31	23 - 31	23 - 30	
Wpływ innych	śr±SD	29,04±4,55	28,27±5,82	28,44±5,34	p=0,97
	mediana	30	30	29	
	kwartyle	26 - 32	25,75 - 32	25 - 32,75	
Przypadek	śr±SD	26,04±5,72	25,31±5,99	25,74±5,11	p=0,853
	mediana	28	26	26,5	
	kwartyle	21,5 - 31	21,75 - 30	22 - 29	

p - test Kruskala-Wallis

5.5.1. Analiza zależności między umiejscowieniem kontroli zdrowia a gotowością do wypisu ze szpitala

➤ Wpływ czynników wewnętrznych na umiejscowienie kontroli zdrowia

Ocena pacjenta:

Wymiar wewnętrzny koreluje istotnie ($p < 0,01$) i dodatnio ($r = 0,264$) ze zdolnością do podejmowania codziennej aktywności fizycznej. Jednocześnie wraz ze wzrostem przekonań o wewnętrznej kontroli zdrowia podnosi się gotowość do wypisu w obszarze zdolności do podejmowania codziennej aktywności fizycznej (Tab. LXX).

Tabela LXX. Korelacje między umiejscowieniem kontroli zdrowia w wymiarze wewnętrznym a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie pacjenta

Gotowość do wypisu ze szpitala	Wymiar wewnętrzny
	Współczynnik korelacji Spearmana
Wiedza na temat leków	$r = 0,050$, $p = 0,475$
Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków	$r = -0,019$, $p = 0,784$
Zdolność do przyjmowania przepisanych leków	$r = 0,045$, $p = 0,522$
Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem	$r = -0,052$, $p = 0,455$
Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem	$r = 0,041$, $p = 0,553$
Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności	$r = 0,104$, $p = 0,135$
Wiedza związana z osobami/instytucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku	$r = 0,015$, $p = 0,828$
Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej	$r = 0,264$, $p < 0,001$ *
Ogólna ocena gotowości do wypisu	$r = 0,061$, $p = 0,376$

* zależność istotna statystycznie ($p < 0,05$)

Ocena osoby badającej:

Wymiar wewnętrzny koreluje istotnie ($p = 0,013$) i dodatnio ($r = 0,171$) ze zdolnością do podejmowania codziennej aktywności fizycznej. Im większe przekonanie o wewnętrznej kontroli zdrowia, toteż większa gotowość do wypisu w obszarze zdolności do podejmowania codziennej aktywności fizycznej (Tab. LXXI).

Tabela LXXI. Korelacje między umiejscowieniem kontroli zdrowia w wymiarze wewnętrznym a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie osoby badającej

Gotowość do wypisu ze szpitala	Wymiar wewnętrzny
	Współczynnik korelacji Spearmana
Wiedza na temat leków	r=-0,026, p=0,712
Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków	r=-0,006, p=0,931
Zdolność do przyjmowania przepisanych leków	r=0,033, p=0,635
Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem	r=-0,101, p=0,144
Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem	r=0,012, p=0,868
Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności	r=0,107, p=0,125
Wiedza związana z osobami/instytucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku	r=0,031, p=0,658
Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej	r=0,171, p=0,013 *
Ogólna ocena gotowości do wypisu	r=0,013, p=0,855

* zależność istotna statystycznie (p<0,05)

➤ Wpływ innych osób na umiejscowienie kontroli zdrowia

Ocena pacjenta:

Brak istotnych zależności (wszystkie p>0,05) (Tab. LXXII).

Tabela LXXII. Korelacje między umiejscowieniem kontroli zdrowia w wymiarze wpływu innych osób a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie pacjenta

Gotowość do wypisu ze szpitala	Wpływ innych
	Współczynnik korelacji Spearmana
Wiedza na temat leków	r=0,064, p=0,354
Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków	r=-0,010, p=0,886
Zdolność do przyjmowania przepisanych leków	r=0,060, p=0,392
Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem	r=0,078, p=0,261
Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem	r=0,131, p=0,059
Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności	r=0,066, p=0,343
Wiedza związana z osobami/instytucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku	r=0,046, p=0,507
Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej	r=0,018, p=0,794
Ogólna ocena gotowości do wypisu	r=0,062, p=0,373

Ocena osoby badającej:

Brak istotnych zależności (wszystkie $p > 0,05$) (Tab. LXXIII).

Tabela LXXIII. Korelacje między umiejscowieniem kontroli zdrowia w wymiarze wpływu innych osób a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie osoby badającej

Gotowość do wypisu ze szpitala	Wpływ innych
	Współczynnik korelacji Spearmana
Wiedza na temat leków	$r=0,000, p=0,998$
Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków	$r=0,003, p=0,969$
Zdolność do przyjmowania przepisanych leków	$r=0,001, p=0,994$
Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem	$r=0,066, p=0,343$
Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem	$r=0,068, p=0,327$
Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności	$r=0,012, p=0,860$
Wiedza związana z osobami/institucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku	$r=0,034, p=0,630$
Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej	$r=-0,018, p=0,798$
Ogólna ocena gotowości do wypisu	$r=0,014, p=0,845$

➤ **Wpływ przypadku na umiejscowienie kontroli zdrowia**

Ocena pacjenta:

Brak istotnych zależności (wszystkie $p > 0,05$) (Tab. LXXIV).

Tabela LXXIV. Korelacje między umiejscowieniem kontroli zdrowia w wymiarze przypadku a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie pacjenta

Gotowość do wypisu ze szpitala	Przypadek
	Współczynnik korelacji Spearmana
Wiedza na temat leków	r=-0,014, p=0,838
Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków	r=-0,080, p=0,250
Zdolność do przyjmowania przepisanych leków	r=0,042, p=0,546
Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem	r=-0,026, p=0,712
Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem	r=-0,033, p=0,634
Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności	r=0,060, p=0,386
Wiedza związana z osobami/instytucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku	r=-0,014, p=0,846
Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej	r=0,040, p=0,570
Ogólna ocena gotowości do wypisu	r=0,002, p=0,975

Ocena osoby badającej:

Brak istotnych zależności (wszystkie $p > 0,05$) (Tab. LXXV).

Tabela LXXV. Korelacje między umiejscowieniem kontroli zdrowia w wymiarze przypadku a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie osoby badającej

Gotowość do wypisu ze szpitala	Przypadek
	Współczynnik korelacji Spearmana
Wiedza na temat leków	r=-0,021, p=0,765
Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków	r=-0,079, p=0,258
Zdolność do przyjmowania przepisanych leków	r=0,069, p=0,323
Umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem	r=-0,017, p=0,808
Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem	r=0,024, p=0,731
Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności	r=0,062, p=0,369
Wiedza związana z osobami/instytucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku	r=0,100, p=0,148
Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej	r=0,032, p=0,649
Ogólna ocena gotowości do wypisu	r=0,017, p=0,806

6. Dyskusja

Ważnym elementem pracy zespołu terapeutycznego jest przygotowanie pacjenta do wypisu ze szpitala. Opiera się ono na edukacji, która ma na celu zmniejszenie czynników ryzyka ChP a także wpływa na przestrzeganie zaleceń lekarskich mających istotne znaczenie w funkcjonowaniu chorego w środowisku domowym [129]. Wielu pacjentów uważa, iż nie są oni odpowiednio przygotowani do wypisu ze szpitala i nie poradzą sobie z ChP w warunkach domowych. Dzieje się tak dlatego, że personel medyczny może ocenić tę gotowość wyżej aniżeli sam pacjent [115].

Stopień przygotowania pacjenta do opuszczenia szpitala uznawany jest w pielęgniarstwie jako pewien proces, zmierzający do poprawy funkcjonowania człowieka w środowisku domowym. Oceniany jest w kategoriach takich jak: wiedza na temat leków i przyczyn ich przyjmowania, zdolność do przyjmowania przepisanych leków, umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem, zdolność do przestrzegania zaleceń związanych ze stosowanym leczeniem, wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności, wiedza związana z osobami/instytucjami, do których należy dzwonić w razie wypadku a także zdolność do podejmowania codziennych czynności. Braki w poszczególnych kategoriach, obniżają ogólną gotowość pacjentów z ChP do wypisu ze szpitala [3].

Analizując tę problematykę, należy wziąć pod uwagę wiele jej aspektów a także czynników ją determinujących przedstawionych w niniejszej pracy. Ważnym elementem podczas oceny zdolności pacjenta do prawidłowego funkcjonowania poza oddziałem szpitalnym jest akceptacja choroby, dzięki czemu lepiej przechodzi on okres rekonwalescencji. Dodatkowo, także wpływać na nią mogą czynniki takie jak wiek, płeć miejsce zamieszkania czy też wykształcenie. Ważna jest również informacja na temat stanu zdrowia pacjenta, umiejscowienia kontroli własnego zdrowia, czas trwania ChP, ilość hospitalizacji czy też występowanie chorób współistniejących.

Głównym problemem, jaki podjęto w przedstawionej rozprawie doktorskiej było zidentyfikowanie czynników, które mają wpływ na gotowość pacjentów z ChP do wypisu ze szpitala. Uzyskane wyniki badań wykazały, iż miały na nią wpływ: wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, stan cywilny ale także akceptacja choroby, stan zdrowia badanych oraz niektóre choroby współistniejące. Umiejscowienie kontroli zdrowia, jak również liczba hospitalizacji i czas trwania ChP nie wpływają w sposób istotny na gotowość chorych do wypisu ze szpitala.

6.1. Ocena gotowości do wypisu ze szpitala oraz wpływ na nią danych socjodemograficznych, liczby hospitalizacji, chorób współistniejących oraz czasu trwania ChP

Ocena gotowości do wypisu ze szpitala z zastosowaniem skali gotowości do wypisu C-HOBIC to badanie rzadko spotykane zarówno w Polsce jak i na świecie. Deficyt tych doniesień weryfikują jej czynniki determinujące opisane w niniejszej pracy. Jednym z badań przeprowadzonym w Polsce w tym zakresie są wyniki uzyskane przez Andruszkiewicz A. i wsp. [3]. Analiza ta wskazuje, że pacjenci chorujący na miażdżycę kończyn dolnych, astmę oskrzelową i zaciemę wykazują się wysokim przygotowaniem w zakresie: celowości przyjmowania leków, rozpoznawania objawów niepokojących a także przestrzegania zaleceń terapeutycznych. Jedynie największą zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej deklarowali pacjenci z NT i po ostrych incydentach wieńcowych, co może być związane z koniecznością szybkiej rekonwalescencji. Według autorów o lepszym przygotowaniu tych pacjentów może świadczyć ilość hospitalizacji, co przekłada się na zakres wiedzy dotyczącej schorzenia. Najslabiej przygotowanymi do wypisu okazali się pacjenci z nowotworem jelita grubego oraz po ostrych incydentach wieńcowych. Jak podaje Bączyk G. i wsp. [130] chorzy z wytworzoną sztuczną przetoką jelitową w przebiegu choroby nowotworowej jelita grubego wymagają znacznie szerszej, częstszej i bardziej intensywnej edukacji, z powodu większego ryzyka powikłań związanych z zabiegiem założenia stomii, a także wymagają bardziej specjalistycznej wiedzy dotyczącej np. wymiany worka stomijnego czy wykonywania irygacji. W opinii pacjentów może być to trudne do wykonania. Według Cierzniańskiej K. i wsp. [131] tylko u 10% chorych z wyłonioną stomią jelitową, występuje deficyt samoopieki, natomiast u pozostałej zdecydowanej większości z nich działania samoopiekuńcze są wystarczające. W kolejnych badaniach Cierzniańskiej K. i wsp. [132] wykazano, że chorzy ze stomią leczeni w oddziale chirurgicznym niżej oceniali gotowość do wypisu ze szpitala niż osoby bez stomii. Ważna jest również analiza badań wykonanych przez Derezulko D. i wsp. [133], które wykazują, iż czas hospitalizacji pacjentów, po przebytej operacji czy to w znieczuleniu ogólnym czy miejscowym nie ma wpływu na gotowość do samoopieki po opuszczeniu szpitala. Uzyskane wyniki badań własnych wykazały, iż liczba hospitalizacji u pacjentów z ChP nie jest istotna i nie wpływa w istotnie statystycznie na gotowość do wypisu ze szpitala. Jedynie, na pograniczu istotności statystycznej znalazła się zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem.

Brak jest dostępnych danych mówiących o wpływie czasu trwania ChP na ocenę gotowości do wypisu ze szpitala. Przeprowadzone badania nie wykazały jego wpływu zarówno w ocenie pacjenta jak i osoby badającej.

W Polsce i na świecie brak jest badań na temat wpływu chorób współistniejących na zjawisko gotowości do wypisu ze szpitala. W badaniach własnych podjęto ten aspekt. Wykazano, że osoby badające oceniły, iż pacjenci ze współistniejącymi chorobami dotyczącymi układu moczowego oraz pokarmowego, w wyniku ogólnej gotowości byli gorzej przygotowani do opuszczenia szpitala niż pacjenci, u których nie występowały dodatkowo te schorzenia. Także, pacjenci ze współistniejącymi chorobami układu moczowego sami ocenili, iż są gorzej przygotowani do wypisu w związku z mniejszą wiedzą na temat leków oraz zdolnością do ich przyjmowania. Osoby, u których dodatkowo wystąpiły choroby układu kostno-stawowego ocenili swoją wiedzę na temat przyczyn przyjmowania leków istotnie lepiej niż ci u których to schorzenie nie występowało. Zaburzenia przemiany materii u pacjentów, występujące jako choroby dodatkowe wpłynęły istotnie na ich wiedzę dotyczącą osób do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności. Takie wyniki uzyskano również w ocenie osoby badającej. Chorzy deklarujący występowanie, oprócz choroby podstawowej również choroby oczu posiadają mniejszą wiedzę związaną z osobami czy też instytucjami do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku. Osoby przeprowadzające badanie u tych pacjentów wykazały również deficyty umiejętności zauważania symptomów związanych ze zdrowiem.

Kiłoczko W. i wsp. [107] zastosowali w badaniach skalę gotowości do wypisu C-HOBIC wśród pacjentów Kliniki Chirurgii Plastycznej. Jak wynika z tej analizy osoby posiadały największe przygotowanie, umiejętności i zdolności w takich kategoriach jak: wiedza na temat przyjmowanych leków, wiedza na temat przyczyn przyjmowania przepisanych leków oraz zdolność do przyjmowania przepisanych leków. Natomiast Hydzik P. i wsp. [102] dowiedli, że aż 47% pacjentów z zawałem mięśnia sercowego wykazywało niską gotowość do wypisu ze szpitala a tylko 25% czuło się do niego bardzo dobrze przygotowanym. Podobne wyniki uzyskali Wang M. i wsp [115] wykazując, że 29% chorych z zespołem stopy cukrzycowej posiadało wysoki poziom gotowości do wypisu. Inaczej natomiast przedstawiają się dane opublikowane przez Xiong L. i wsp. [105], którzy wskazali, że aż 86,6% chorych z poważnymi zaburzeniami depresyjnymi odpowiedziało, że czują się gotowi do wypisu ze szpitala. W badaniach przeprowadzonych przez Kosobucką A. i wsp. [129] u pacjentów po zawale mięśnia sercowego, wysoki poziom gotowości stwierdzono u 31%, średni u 43,2% a niski u 25,8%. Z analizy wyników badań własnych wynika, że chorzy ocenili swoją gotowość do wypisu wyżej aniżeli osoby badające, w każdej z kategorii oraz w wyniku ogólnym. Wykazano także, iż ocenili oni na

poziomie dobrym takie kategorie gotowości do wypisu jak: wiedza na temat leków, wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków, zdolność do przyjmowania przepisanych leków, umiejętność zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem, zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem, wiedza związana z osobami, do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności, wiedza związana z osobami/instytucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku i zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej. Także osoba badająca oceniła dobre przygotowanie pacjenta do wypisu ze szpitala w w/w kategoriach za wyjątkiem umiejętności zauważania symptomów/zmian związanych ze zdrowiem. Zarówno sami pacjenci jak i osoby przeprowadzające badanie ocenili ogólną gotowość do wypisu ze szpitala na poziomie dobrym.

W pracy zbadano także wpływ danych socjodemograficznych na gotowość do wypisu ze szpitala. Kłoczko W. i wsp. [107] wykazali, że kobiety uzyskały lepszy wynik w większości kategorii gotowości do wypisu i w wyniku ogólnym aniżeli mężczyźni, co oznacza, iż są one lepiej do tego przygotowane. Również miejsce zamieszkania miało tutaj istotne znaczenie. Pacjenci z dużych miast byli bardziej przygotowani do samoopieki niż ci mieszkający na wsi. Podobne wyniki uzyskali także Kochman M. i wsp. [134] wskazując, iż kobiety z rozpoznaniem POChP były bardziej samodzielne podczas pobytu w domu niż mężczyźni. W badaniach Cierzaniakowskiej K. i wsp. [131] wykazano, że kobiety posiadające stonię jelitową były mniej przygotowane do samoopieki niż mężczyźni. Zależność ta nie była jednak istotna statystycznie. Nie stwierdzono także istotności pomiędzy wiekiem chorych, miejscem zamieszkania, stanem cywilnym a ich gotowością do samoopieki. Jedynie zaobserwowano znamienne wpływy wykształcenia wyższego na lepszy poziom samoopieki. Natomiast już w kolejnych badaniach Cierzaniakowskiej K. i wsp. [132] przeprowadzonych w grupie chorych leczonych chirurgicznie z powodu raka jelita grubego dowiedziono, że wiek jest istotnym czynnikiem determinującym gotowość do wypisu ze szpitala, i im pacjent był starszy tym była ona niższa. Wykazano także, że płeć, wykształcenie oraz miejsce zamieszkania nie mają wpływu na tę ocenę przy czym zaobserwowano, iż osoby mieszkające na wsi posiadały niższą zdolność do podejmowania codziennych aktywności fizycznych. Badania Derezulko D. i wsp. [133] potwierdzają powyższe dane, bowiem nie wykazano istotnego statystycznie związku pomiędzy tymi cechami społeczno-demograficznymi (wiek, płeć, miejsce zamieszkania i wykształcenie) a gotowością do wypisu. Zaobserwowano jedynie tendencję, że im pacjenci mają wyższe wykształcenie tym wyżej także ją oceniają. Z badań własnych wynika, że wprawdzie płeć pacjentów z ChP nie ma istotnego statystycznie wpływu na ich gotowość do wypisu ze szpitala to jednak zaobserwowano tendencję, że kobiety oceniły gotowość do samoopieki wyżej aniżeli

mężczyźni. Natomiast stwierdzono, że zarówno w ocenie subiektywnej jak i obiektywnej wiek ma istotny wpływ na gotowość do wypisu ze szpitala we wszystkich kategoriach i w wyniku ogólnym. Im pacjent był starszy (powyżej 70 r.ż) była ona niższa natomiast zamieszkujący miasto byli bardziej gotowi do wypisu ze szpitala, aniżeli mieszkańcy wsi. Charakteryzowali się oni lepszą wiedzą na temat leków i przyczyn ich przyjmowania, zdolnością do przyjmowania przepisanych leków oraz ogólnej gotowości do wypisu. Wszystkie te zależności były istotne statystycznie. Również, stan cywilny miał znamienny wpływ w tym zakresie bowiem chorzy stanu wolnego charakteryzowali się najlepszą wiedzą z zakresu przyczyn stosowanej farmakoterapii, umiejętności kontaktu z osobami/instytucjami w razie nagłego wypadku a także zdolności do podejmowania codziennej aktywności fizycznej. Wykazano także istotny wpływ wykształcenia na poziom gotowości do wypisu. Pacjenci z wykształceniem średnim i wyższym posiadają wyższą wiedzę, umiejętności i zdolności w większości kategorii do wypisu oraz w wyniku ogólnym.

6.2. Ocena stanu zdrowia pacjentów z wykorzystaniem danych socjodemograficznych oraz jego wpływ na gotowość do wypisu ze szpitala

Jakość życia najczęściej kojarzona jest z osobami, u których występują zaawansowane stadia choroby, powodujące jej obniżenie. ChP najczęściej dotyka takich sfer życia jak: praca zarobkowa, życie społeczne czy też rodzinne. Niejednokrotnie uniemożliwia ona wykonywanie prostych czynności dnia codziennego, realizację celów zawodowych, a także uzależnia chorego od innych osób czy nawet aparatury medycznej [135]. W badaniach własnych aż 53,11% pacjentów oceniło, iż stan zdrowia wpływa w sposób znaczny na pracę zarobkową, a tylko 28,23% że na życie rodzinne.

Z badań przeprowadzonych przez Muszaliak M. i Kędziora-Kornatowską K. [136] wynika, iż u osób starszych (powyżej 75 r.ż.) występują większe dolegliwości bólowe, co przekłada się na ich znaczne ograniczenia ruchowe. Wróbel A. i wsp. [137], wykazali także występowanie zależności pomiędzy wiekiem pacjentów z RZS a odczuwaniem bólu, im jest on starszy, tym są one większe. W badaniach własnych wykazano, że wiek ma istotny statystycznie wpływ na wyodrębnione wymiary stanu zdrowia takie jak: ból, reakcje emocjonalne, zaburzenia snu, energię, ograniczenia ruchowe oraz wyobcowanie społeczne. Pacjenci starsi (powyżej 80 r.ż.), wskazują na duże ograniczenia ruchowe a młodzi (do 20 r.ż.), na problemy natury emocjonalnej. Znamienny wpływ na stan zdrowia miały także wykształcenie oraz stan cywilny. Chorzy z wykształceniem podstawowym prezentowali gorszą jakość życia ze względu na niższy

poziom energii, występowanie dolegliwości bólowych oraz ograniczeń ruchowych aniżeli ci z wykształceniem zawodowym i średnim. U osób owdowiałych czy będących w separacji wykazano większe dolegliwości bólowe i ograniczenia ruchowe w porównaniu do tych będących w związkach małżeńskich a czuły się one także bardziej wyobcowane społecznie. Płeć oraz miejsce zamieszkania nie miały istotnego wpływu na stan zdrowia badanych.

Analiza piśmiennictwa wykazała brak danych, które badają bezpośredni wpływ stanu zdrowia pacjentów na gotowość do wypisu ze szpitala. Uzyskane wyniki wykazały, iż takie komponenty stanu zdrowia jak: energia, ból, reakcje emocjonalne, zaburzenia snu, ograniczenia ruchowe a także wyobcowanie społeczne w ocenie osoby badającej mają istotny statystycznie wpływ na ogólną ocenę gotowości do wypisu ze szpitala. Pacjenci z niskim poziomem energii, występującymi dolegliwościami bólowymi, zaburzeniami snu i ograniczeniami ruchowymi a także podchodzący emocjonalnie do swojej choroby prezentowali niższy poziom gotowości do wypisu aniżeli osoby bez tych problemów.

6.3. Ocena akceptacji choroby z wykorzystaniem danych socjodemograficznych oraz jej wpływ na gotowość do wypisu ze szpitala

Swobodne i bezpieczne opuszczenie przez pacjenta szpitala wiąże się z kompleksowym przygotowaniem do samoopieki i wynika z akceptacji ChP. Jej brak skutkować może negatywnymi następstwami podczas procesu terapeutycznego, dlatego tak ważne jest określenie jej stopnia przed wypisem ze szpitala [122]. W badaniach Smoleń E. i wsp. [138] nad akceptacją choroby nowotworowej, dowiedziono, iż pacjenci młodzi (do 40 r.ż) wykazywali lepszą akceptację ChP, aniżeli ci starsi (powyżej 70 r.ż.) podobnie jak pozostający w związkach małżeńskich w porównaniu do osób owdowiałych lub stanu wolnego, u których był on niski. Natomiast zespół Uchmanowicz I. i wsp. [139] nie wykazał istotnych różnic między środowiskiem zamieszkania, płcią, wiekiem oraz występowaniem chorób współistniejących a stopniem akceptacji ChP. Badania Mazurek J. i Lurbiecki J. [122] przeprowadzone u pacjentów z POCHP wykazały, że kobiety lepiej akceptowały występowanie u siebie ChP, podobnie jak osoby w przedziale wiekowym 51-60 lat, zamieszkujący duże miasta oraz posiadający wyższe wykształcenie. Natomiast badania przeprowadzone przez Szpilewską K. i wsp. [140] dowiodły, iż aż 75% mężczyzn z wyłonioną stomią jelitową akceptowało chorobę bardziej aniżeli kobiety. Badania te pokazały również zależność wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia maleje akceptacja choroby. W badaniach własnych, w grupie chorych poniżej 60 r. ż. akceptacja choroby utrzymywała się na podobnym poziomie, natomiast po uzyskaniu tego

wieku, w bardzo szybkim tempie malała. Mężczyźni ocenili ją wyżej niż kobiety, podobnie była ona istotnie wyższa u osób z wykształceniem zawodowym i średnim w porównaniu do chorych posiadających wykształcenie podstawowe a także u tych będących w związku małżeńskim, natomiast brak jest istotności w zakresie miejsca zamieszkania. Wyniki uzyskane przez Mazurek J. i Lubriecki J. [122], ukazują również, iż pacjenci z jaskrą posiadali niski poziom akceptacji choroby, co przekładało się na zmniejszenie aktywności fizycznej. Badania przeprowadzone przez Fedorowicz O. i wsp. [141] dowodzą, że na akceptację stanu zdrowia chorych będących po operacji przeszczepienia nerki duży wpływ miała liczba współistniejących ChP. W badaniach własnych wykazano, iż pacjenci u których dodatkowo występują choroby oczu posiadają mniejszą wiedzę związaną z osobami/instytucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku. Zaobserwowano również wpływ chorób współistniejących w zakresie układu moczowego zarówno w ocenie pacjenta jak i osoby badającej oraz w zakresie chorób układu pokarmowego w ocenie osoby badającej a ogólną oceną gotowości do wypisu ze szpitala.

Brak jest badań, w których analizowano wpływ stopnia akceptacji choroby na gotowość do wypisu, gdyż koncentrują się one przede wszystkim na stopniu przystosowania w odniesieniu do ChP, stąd wyniki badań własnych można uznać za pionierskie. Uzyskane dane wykazały, iż pacjenci, którzy prezentują wysoki stopień akceptacji choroby są bardziej gotowi by opuścić szpital, aniżeli ci nieakceptujący tego faktu. Przejawia się to we wszystkich kategoriach wypisu oraz w ocenie ogólnej. Najsilniejszą korelację zaobserwowano u pacjentów z wysokim poziomem akceptacji a zdolnością do podejmowania codziennej aktywności fizycznej, weryfikowanej przez osobę badającą, a także przez samego pacjenta. Pacjenci ci byli częściej zdolni do podejmowania codziennych aktywności fizycznych niż osoby o niskiej akceptacji choroby.

6.4. Ocena umiejscowienia kontroli zdrowia z wykorzystaniem danych socjodemograficznych oraz jego wpływ na gotowość do wypisu ze szpitala

ChP stawia przed człowiekiem szereg wyzwań. Powoduje, że osoba zaczyna tworzyć swój własny obraz choroby, który kształtowany jest poprzez poczucie kontroli zdrowia, co przekłada się na gotowość do wypisu ze szpitala. Na zachowanie się człowieka w chorobie duży wpływ ma umiejscowienie kontroli własnego zdrowia. Może ono dotyczyć wewnętrznego przekonania o kontrolowaniu stanu zdrowia lub czynników zewnętrznych takich jak wpływ przypadku czy też innych ludzi [85]. Jak wynika z badań Basińskiej M. i wsp. [85] wiek badanych pacjentów, u których występuje cukrzyca typu 1 ma istotny związek z zewnętrznym wymiarem kontroli

zdrowia. Chorzy wraz z wiekiem pokładają większą kontrolę nad swoim zdrowiem w osobach trzecich. Podobne wyniki uzyskały Kurowska K. i Wyrzucka L. [142], które wykazały, że młodzi pacjenci (przedział wiekowy 30-41 lat), umiejscawiają swoje zdrowie w oparciu o czynniki wewnętrzne aniżeli zewnętrzne. Inne badania Kurowskiej K i wsp. [143] pokazały, iż kobiety postrzegają swoją chorobę jako zdarzenie na które mają osobiście wpływ w przeciwieństwie do mężczyzn, którzy swoje zdrowie pokładają w czynnikach zewnętrznych. Badania przeprowadzone przez Sosnowska-Bąk M. i wsp. [144] w grupie pacjentów z ChP wykazały, iż silne umiejscowienie kontroli zdrowia w wymiarze wewnętrznym zwiększa prawdopodobieństwo przestrzegania przez nich zaleceń lekarskich. Podobne wyniki uzyskali Omeje O. i Nebo C. [145] wśród pacjentów z NT, którzy wykorzystując czynniki wewnętrzne są bardziej zmobilizowani do przestrzegania zaleceń lekarskich a także, bardziej dbają o swoje zdrowie, co może przyczyniać się do lepszej gotowości do wypisu ze szpitala. W badaniach własnych zaobserwowano istotną statystycznie zależność, między pacjentami, którzy wykorzystują zasoby własne w radzeniu sobie z ChP a zdolnościami do podejmowania codziennej aktywności fizycznej zarówno w ocenie samego pacjenta jak i osoby badającej. Brak jest jednak istotnych statystycznie zależności między wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia a zdolnością do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem w ocenie pacjenta i osoby badającej, co oznacza, nie wpływa ona istotnie na ocenę gotowości do wypisu ze szpitala w obszarze przestrzegania zaleceń lekarskich.

Brak jest jednak badań, które porównywałyby ocenę gotowości do wypisu ze szpitala w odniesieniu do kontroli zdrowia. Jak wynika z badań własnych, nie zaobserwowano zależności pomiędzy gotowością do wypisu ze szpitala w zakresie wymiaru wewnętrznego, zewnętrznej kontroli zdrowia, czyli wpływu innych osób oraz wpływu przypadku. Analiza uzyskanych wyników badań pokazała, że im pacjenci starsi tym w mniejszym stopniu umiejscawiają kontrolę własnego zdrowia w kategorii wymiaru wewnętrznego, bardziej pokładając ufność w personelu medycznym. Mężczyźni bardziej umiejscawiali swoje zdrowie w tym obszarze, dodatkowo wzmacniając udział innych osób, podczas gdy, badane kobiety intensywniej koncentrowały swoją uwagę na wpływie przypadku czy innych czynników zewnętrznych takich jak wpływ innych osób.

Bardzo istotnym elementem w leczeniu ChP jest niewątpliwie edukacja. Ma ona na celu przekazanie osobie chorej wiedzy i umiejętności potrzebnych do sprawowania samoopieki. Wpływa również na obniżenie poziomu lęku spowodowanego chorobą, tudzież na spojrzenie na nią w inny bardziej pozytywny sposób [90, 146]. Jak wynika z wielu przeprowadzonych badań naukowych, edukacja pacjentów z ChP wpłynęła w sposób pozytywny na przestrzeganie przez

nich zaleceń. Jak podają Michalski P. i wsp. [56] edukacja bezpośrednio prowadzona przez pielęgniarki u pacjentów kardiologicznych trwająca około godziny przyczyniła się do zmniejszenia liczby osób palących papierosy. Z badań przeprowadzonych przez Derezulko D. i wsp. [133] wynika, że aż 93,5% hospitalizowanych uczestniczyło w edukacji zdrowotnej. Ponad połowa chorych uznała, iż edukacja zdrowotna prowadzona przez pielęgniarkę była w pełni wyczerpująca. Badania przeprowadzone przez Irmak Z. i wsp. [147] również potwierdzają, iż wykonanie edukacji zdrowotnej w kontakcie bezpośrednim daje dobre rezultaty. Pacjenci, u których prowadzono poradnictwo w takiej formie tj. poprzez grupową edukację, a także indywidualne wizyty domowe, przyczyniło się do poprawy takich aspektów życia jak: aktywność fizyczna, zasady żywienia, palenie papierosów oraz stosowanie się do zaleceń terapeutycznych. W oddziałach zachowawczych, w których przeprowadzone były badania własne, ograniczone było prowadzenie edukacji w formie bezpośredniego kontaktu. Pacjenci, mieli jedynie do dyspozycji materiały w formie ulotek, które znajdowały się w pomieszczeniu socjalnym, co utrudniało korzystanie, szczególnie pacjentom z ograniczeniami ruchowymi czy też problemami narządu wzroku. Chorzy skarżyli się również na fakt, iż same broszury czy ulotki nie są dla nich wystarczającym źródłem wiedzy dotyczących ich choroby. Dodatkowo przy wypisie otrzymywali oni dokument z opisem edukacji w dużej mierze skupiony jednak na stosowaniu odpowiedniej diety. Brak było jednak kontroli nad tym, czy dany pacjent zapoznał się z informacjami tam zawartymi i czy były one dla niego zrozumiałe. Stosowanie jedynie broszur informacyjnych przez personel wynikać mogło z przekonania, iż metoda ta jest wystarczająca i przynosi efekty, które po przejściu pacjenta do środowiska domowego nie były kontrolowane. Dużo badań na temat poprawy edukacji zdrowotnej, porusza wpływ aplikacji zdrowotnych na smartfony czy tablety. Mają one na celu wspieranie zdrowego stylu życia poprzez wsparcie w prowadzeniu aktywności fizycznej czy też stosowaniu diety [148]. Nasuwa się jednak pytanie o ich wiarygodność. Pomimo istnienia strony internetowej scalającej wszystkie aplikacje dotyczące zdrowia istnieje ryzyko, iż pacjent nie zweryfikuje tych informacji i zostaną mu przekazane błędne komunikaty. Niesie to za sobą szereg konsekwencji przede wszystkim zdrowotnych.

Przedstawione w pracy wyniki badań własnych umożliwiają lepsze spojrzenie na problem jakim jest szeroko pojęta gotowość do wypisu ze szpitala, u osób cierpiących na ChP. Niewątpliwie wpływ poszczególnych determinantów na tę gotowość skłania do przeprowadzenia szerszych badań, a w szczególności tych z uwzględnieniem edukacji podczas pobytu pacjenta w szpitalu, która jest bardzo istotnym elementem i przygotowuje do kontynuacji zaleceń w środowisku domowym. Niniejsza praca ma charakter poznawczy jednak, może być pomocna

w zrozumieniu determinantów wpływających na gotowość do wypisu, które umożliwią udoskonalenie programów dla pacjentów przygotowujących się do samoopieki i samopielęgnacji. Pomocna może być również dla studentów oraz nauczycieli akademickich, nakreślając im problem jakim jest gotowość do wypisu ze szpitala.

7. Wnioski

1. Ogólna ocena gotowości do wypisu ze szpitala dokonana przez pacjenta z chorobą przewlekłą i osobę badającą była na poziomie dobrym, przy czym subiektywna ocena u większości chorych była wyższa niż wyniki uzyskane w ocenie obiektywnej.
2. Wykazano zależność istotną statystycznie pomiędzy niektórymi czynnikami socjodemograficznymi a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie pacjenta z chorobą przewlekłą i osoby badającej. Osoby starsze, mieszkające na wsi będące w związku małżeńskim z wykształceniem podstawowym, prezentowały mniejszą ogólną ocenę gotowości do wypisu ze szpitala; płeć nie miała znamionnego wpływu.
3. Nie stwierdzono istotnie statystycznego wpływu liczby hospitalizacji i czasu trwania choroby przewlekłej na gotowość pacjenta do wypisu ze szpitala zarówno w ocenie subiektywnej jak i obiektywnej. Istnieje jednak znamionny statystycznie związek pomiędzy współistniejącymi chorobami układu pokarmowego tylko w ocenie obiektywnej oraz układu moczowego w obydwu ocenach a gotowością do wypisu ze szpitala, która u tych chorych była zdecydowanie mniejsza.
4. Najlepszy stan zdrowia prezentowali pacjenci z chorobą przewlekłą, którzy nie czuli się wyobcowani społecznie a najgorszą jakość życia posiadali ci z niskim poziomem energii życiowej.
5. Wykazano istotny statystycznie wpływ niektórych czynników socjodemograficznych na stan zdrowia i jakość życia pacjentów z chorobą przewlekłą. Osoby z wykształceniem podstawowym posiadały niższą energię i większe dolegliwości bólowe oraz ograniczenia ruchowe, podchodziły także bardziej emocjonalnie do choroby, natomiast u pacjentów z wykształceniem podstawowym i wyższym stwierdzono większe zaburzenia snu. Stan cywilny wpływał istotnie na stan zdrowia chorych w podskalach: ból, ograniczenia ruchowe oraz wyobcowanie społeczne, których wyniki były wyższe u osób owdowiałych i będących w separacji powodując gorszą jakość życia; płeć i miejsce zamieszkania nie miały znamionnego wpływu. Wraz z wiekiem pogarszała się jakość życia
6. Wykazano istotną statystycznie zależność pomiędzy stanem zdrowia pacjentów z chorobą przewlekłą a gotowością do wypisu ze szpitala. Osoby, które deklarowały niski poziom energii życiowej, odczuwające dolegliwości bólowe, podchodzące emocjonalnie do swojej choroby, z zaburzeniami snu oraz ograniczeniami ruchowymi, posiadały mniejszą gotowość

do wypisu ze szpitala zarówno w ocenie subiektywnej jak i w obiektywnej. Jedynie w ocenie osoby badającej znamienny wpływ na tę gotowość miało wyobcowanie społeczne.

7. Pacjenci z chorobą przewlekłą prezentowali wobec niej postawę neutralną.
8. Stwierdzono istotny statystycznie wpływ niektórych czynników socjodemograficznych na akceptację choroby przez pacjentów z chorobą przewlekłą. Osoby w wieku powyżej 60 r.ż, płci żeńskiej, z wykształceniem podstawowym, owdowiałe lub będące w separacji, mieszkający na wsi posiadają niższy stopień akceptacji choroby.
9. Akceptacja choroby przewlekłej ma istotny statystycznie wpływ na gotowość do wypisu zarówno w ocenie pacjenta jak i osoby badającej, Im wyższa akceptacja choroby tym lepsza gotowość do wypisu.
10. Stwierdzono istotny statystycznie wpływ niektórych czynników socjodemograficznych na umiejscowienie kontroli zdrowia u osób z chorobą przewlekłą. Im pacjenci starsi i pochodzący z dużych miast tym większą kontrolę za własne zdrowie pokładali w innych osobach, w przeciwieństwie do tych z wykształceniem podstawowym, którzy umiejscawiali ją w obszarze czynników zewnętrznych, czyli w przypadku.
11. Nie wykazano znamiennego wpływu umiejscowienia kontroli zdrowia, zarówno w wymiarze wewnętrznym jak i zewnętrznym, na ocenę gotowości pacjenta z chorobą przewlekłą do wypisu ze szpitala.

8. Piśmiennictwo

1. Ziarko M.: Zmaganie się ze stresem choroby przewlekłej. Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych. Poznań 2014.
2. Kurpas D., Hans-Wytrychowska A., Mroczek B.: Choroby przewlekłe w podstawowej opiece zdrowotnej. *Family Medicine & Primary Care Review*, 2011; 13 (2): 325-327.
3. Andruszkiewicz A., Kubica A., Nowik M., Michalski P., Idczak H.: Ocena gotowości do wypisu pacjentów z chorobami przewlekłymi. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 2016; 14 (1): 44-52.
4. Kurowska K., Kudas A.: Wpływ zachowań zdrowotnych na jakość życia osób z niewydolnością serca. *Folia Cardiologica Excerpta*, 2013; 8 (1): 1-8.
5. Majda A., Józefowska H.: Zasoby osobiste pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2009; 17 (4): 283-293.
6. Kurowska K., Lach B.: Akceptacja choroby i sposoby radzenia sobie ze stresem u chorych na cukrzycę typu 2. *Diabetologia Praktyczna*, 2011; 12 (3): 113-119.
7. Kurpas D., Kusz J., Jedynak T., Mroczek B.: Stopień akceptacji choroby przewlekłej wśród pacjentów. *Family Medicine & Primary Care Review*, 2012; 14 (3): 396-398.
8. Łatka J., Majda A., Sołtys A.: Uwarunkowania akceptacji choroby przez chorych poddawanych hemodializie zewnątrzustrojowej. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2013; 21 (3): 318-326.
9. Ogórek-Tęcza B., Ratoń A., Kamińska A., Bodys-Cupak I.: Poczucie sensu życia u chorych przewlekłe. *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 2012; 4 (41): 41-45.
10. Wnuk M., Marcinkowski J.: Jakość życia w chorobach przewlekłych. *Hygeia Public Health*, 2013; 48 (3): 274-278.
11. Olek D., Uchmanowicz I., Chudiak A., Jankowska-Polańska B.: Wpływ akceptacji choroby na jakość życia chorych w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2014; 22 (4): 471-476.
12. Kurpas D., Czech T., Mroczek B.: Akceptacja choroby pacjentów z cukrzycą oraz jej wpływ na jakość życia i subiektywną ocenę zdrowia. *Family Medicine & Primary Care Review*, 2012; 14 (3): 383-388.
13. Sak. J., Jarosz M., Mosiewicz J., Sagan D., Wiechetek M., Pawlikowski J., i wsp.: Postrzeganie własnej choroby a poczucie odpowiedzialności za swoje zdrowie osób przewlekłe chorych. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2011; 17 (4): 169-173.

14. Piasecka H., Nowicki G., Ślusarska B.: Sposób żywienia i umiejscowienie kontroli zdrowia w grupie studentów medycyny. *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 2014; 2 (47): 17-22.
15. Konieczny I.: Choroba przewlekła jako przeszkoda w osiągnięciu niezależności u dzieci. *Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej*, 2015; 10:181-197.
16. Wałachowska M. Dermatologiczna choroba przewlekła jako czynnik ryzyka wykluczenia społecznego. *Kultura i Edukacja*, 2019; 1 (123): 263-282.
17. Ostrzyżek A.: Jakość życia w chorobach przewlekłych. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2008; 89 (4): 467-470.
18. Markocka-Mączka K., Grabowski K., Taboła R.: Choroby przewlekłe- problem XXI wieku, [w:] Dybińska E. (red.), Zboina B. (red.), *Dobrostan a edukacja*. Lublin, Wyd. NeuroCentrum, 2016: 177-186.
19. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10, Volume II*, 2009.
20. Topór-Mądry R., Choroby przewlekłe. Obciążenie, jakość życia i konsekwencje ekonomiczne. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 2011; 9 (1): 25-49.
21. Dz.U. 2011 nr 242 poz. 1442
22. World Health Organization: *Global report on diabetes*. Geneva 2016
23. Towpik I., Walicka M., Marcinkowska K., Lisicka I., Raczyńska M., Wierzba W., i wsp.: Epidemiologia cukrzycy w Polsce w latach 2014-2017. *Diabetologia Praktyczna* 2020; 6 (5): 284-291.
24. Filon J.: *Cukrzyca-Wyzwanie Zdrowia Publicznego w XXI W.* Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. Białystok 2019.
25. Ławnik A., Kubińska Z., Pańczuk A., Danielewicz J.: Dziecko szkolne z cukrzycą typu 1 w opinii studentów wychowania fizycznego. *Rozprawy Społeczne* 2020; 14 (1): 43-52.
26. Salska A., Chiżyński K., Salski W., Wiszniewska M., Walusiak-Skorupa J.: Choroby układu krążenia związane z pracą zawodową- istotny problem zdrowotny osób pracujących. *Choroby Serca i Naczyń* 2015; 12 (2): 75-87.
27. Majewicz A., Marcinkowski J.: Epidemiologia chorób układu krążenia. Dlaczego w Polsce jest tak małe zainteresowanie istniejącymi programami profilaktycznymi. *Probl High Epidemiol* 2008; 89 (3):322-325.
28. Maciąg D., Grzegorska K., Cichońska M., Marcinkowski J.: Profilaktyka chorób układu krążenia prowadzona w podstawowej opiece zdrowotnej. *Probl High Epidemiol* 2012; 93 (2):377-384.

29. Parol D., Mamcarz A.: Diety roślinne w kontekście chorób układu sercowo-naczyniowego. *Folia Cardiologica* 2015; 10 (2): 92-99.
30. Pawlak J., Pawlak B., Zalewska P., Klawe J., Zawadka M., Bitner A.: Praca zmianowa a powstawanie chorób układu sercowo-naczyniowego w kontekście regulacji normatywnej. *Hygeia Public Health* 2013; 48 (1): 6-9.
31. Mazur-Mucha M., Chrostowska M.: Rozpoznanie i leczenie nadciśnienia tętniczego u pacjentów ze współistniejącą cukrzycą w świetle zmieniających się wytycznych. *Varia Medica* 2020; 4 (1): 18-28.
32. Tuchowska P., Worach-Kardas H., Marcinkowski J.: Najczęstsze nowotwory złośliwe w Polsce- główne czynniki ryzyka i możliwości optymalizacji działań profilaktycznych. *Probl High Epidemiol* 2013; 94 (2): 166-171.
33. Zatoński W., Sulkowska U., Didkowska J.: Kilka uwag o epidemiologii nowotworów w Polsce. *Nowotwory Journal of Oncology* 2015; 65 (3): 179-196.
34. Lampart G., Górecki M., Karczmarek-Borowska B.: Zespół przewlekłego zmęczenia u chorych na raka płuca w trakcie chemioterapii-badania wstępne. *Problemy Nauk Stosowanych* 2018; 9: 159-170.
35. Demuth A., Nowaczyk P., Czerniak U.: Stan odżywiania oraz nawyki i preferencje żywieniowe kobiet leczonych z powodu nowotworu piersi. *Probl High Epidemiol* 2018; 99 (2): 172-179.
36. Bojakowska U., Kalinowski P., Kowalska M.: Epidemiologia i profilaktyka raka piersi. *Journal of Education, Health and Sport* 2016; 6 (8): 701-710.
37. Korzeniowska- Koseła M. (red): Gruźlica i choroby układu oddechowego w Polsce w 2018 roku. Konferencja Naukowo-Szkoleniowa specjalistów chorób płuc. Zakopane 2019.
38. Niewiadomska E., Kowalska M.: Epidemiologia astmy oskrzelowej u osób dorosłych w województwie śląskim na podstawie wtórnych danych epidemiologicznych. *Medycyna pracy* 2017; 68 (4): 479-489.
39. Jassem E.: Chory na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP) w opiece lekarza rodzinnego. *Pneumonol. Arelgol. Pol.* 2014; 82 (2): 11-21.
40. Brończyk-Puzoń A., Koszowska A., Nowak J., Dittfeld A., Bieniek J.: Epidemiologia otyłości na świecie i w Polsce. *Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2014; 5 (1): 1-5.
41. Wąsowski M., Walicka M., Marcinkowska-Suchowierska E.: Otyłość- definicja, epidemiologia, patogeneza. *Postępy Nauk Medycznych* 2013; 26 (4): 301-306.
42. Jung A.: Otyłość-choroba cywilizacyjna. *Pediatr Med Rodz* 2014; 10 (3): 226-232

43. Kędzior A., Jakube-Kipa K., Brzuszek M., Mazur A.: Trendy w występowaniu nadwagi i otyłości u dzieci na świecie, w Europie i w Polsce. *Endokrynol. Ped.* 2017 16.1.58: 41-48.
44. Przybylska D., Kurowska M., Przybylski P.: Otyłość i nadwaga w populacji rozwojowej. *Hygeia Public Health* 2012; 47 (1): 28-35.
45. Baran M., Majorczyk M., Jaworek J.: Cukrzyca i otyłość u pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów (RZS) Jako czynniki pogarszające przebieg choroby. *Pielęgniarstwo Polskie* 2016; 2 (60): 227-230.
46. Marcol- Majewska A., Majewski G., Kotyla P.: Reumatoidalne zapalenie stawów – propozycje postępowania diagnostycznego. *Forum Reumatol.* 2017; 3 (2): 88-92.
47. Targońska-Stępiak B.: Reumatoidalne zapalenie stawów u ludzi starszych. *Wiad Lek* 2019; 72, 9 (1): 1676-1682.
48. Mickiewicz J., Rutkiewicz- Hanczewska M., Kuźmierski R.: Zaburzenia mowy i języka u pacjentów po przebytych udarach mózgu. Studium epidemiologiczne. *Prace Językoznawcze* 2022; 24 (2): 135-149.
49. Brzęk A., Krzystanek E., Siuda J.: Fizjoterapia i leczenie w wybranych jednostkach chorobowych w obrębie ośrodkowego układu nerwowego: rozważania teoretyczne i zalecenia praktyczne. Podręcznik dla studentów kierunków medycznych, w tym fizjoterapii i lekarskiego. Śląski Uniwersytet w Katowicach. 2022. str: 23-31.
50. Kuluk T., Janiszewska M., Piróg E., Pacian A., Stefanowicz A., Żołnierczuk-Kieliszek D., Pacian J.: Sytuacja zdrowotna osób starszych w Polsce i innych krajach europejskich. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2011; 17 (2): 90-95.
51. Szczęch R., Narkiewicz K.: Czynniki ryzyka chorób układu krążenia. *Choroby Serca i Naczyń* 2008; 5 (1): 55-56.
52. Kłósiewicz-Latoszek L., Cybulska B.: Cukier a ryzyko otyłości, cukrzycy i chorób sercowo-naczyniowych. *Probl High Epidemiol* 2011; 92 (2): 181-186.
53. Gibała M., Janowski G.: Wpływ stylu życia na zapobieganie oraz przebieg cukrzycy. *Piel. Zdr. Publ.* 2016; 6 (1): 63-67.
54. Szymocha M., Bryła M., Maniecka-Bryła I.: Epidemia otyłości w XXI wieku. *Zdr Publ* 2009; 119 (2): 207-212.
55. Kózka M., Majda A., Wróbel K.: Styl życia i ryzyko występowania ostrych zespołów wieńcowych. *Probl High Epidemiol* 2013; 94 (4): 740-746.
56. Michalski P., Kosobucka A., Nowik M., Pietrzykowski Ł., Andruszkiewicz A., Kubica A.: Edukacja zdrowotna pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego. *Folia Cardiologica* 2016; 11 (6): 519-524.

57. Surma S., Szyndler A., Narkiewicz K.: Świadomość nadciśnienia tętniczego i innych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego w populacji osób dorosłych. *Choroby Serca i Naczyń* 2018; 15 (1): 14-22.
58. Zatoński W., Jankowski P., Banasiak W., Kawecka-Jaszcz K., Musiał J., Narkiewicz K., i wsp.: Wspólne stanowisko dotyczące rozpoznawania i leczenia zespołu uzależnienie od tytoniu u pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego. *Kardiologia Polska* 2011; 69 (1): 96-100.
59. Strepikowska A., Buciąński A.: Udar mózgu- czynniki ryzyka i profilaktyka. *Postępy Farmakoterapii* 2009; 65 (1): 46-50.
60. Kustra J., Kalisz M., Szczepańska-Szerej A.: Palenie tytoniu jako czynnik ryzyka udaru mózgu. *Med. Og Nauki Zdr.* 2014; 20 (1): 17-20.
61. Broła W., Fudala M.: Profilaktyka udaru mózgu-rola lekarza rodzinnego. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie* 2011; 1: 128-140.
62. Ignaczak E., Ignaczak P., Buczkowski K., Jeka S.: Rola lekarza rodzinnego w diagnostyce i opiece nad pacjentem z reumatoidalnym zapaleniem stawów. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2012; 6 (4): 168-174.
63. Białowas K., Świerkot J., Radwan-Oczko M.: Rola *Porphyromonas gingivalis* w reumatoidalnym zapaleniu stawów i spondyloartropatiach zapalnych. *Postępy Hig Med Dosw (online)* 2014; 68: 1171-1179.
64. Grochans E., Bąk A., Reczyńska A., Jurczak A., Szkup-Jabłońska M., Brzostek B.: Ocena jakości życia chorych z przewlekłymi chorobami układu oddechowego. *Probl High Epidemiol* 2012; 93 (3): 542-545.
65. Witteczak T., Walusiak J., Pałczyński C.: Choroby układu oddechowego u spawaczy. *Medycyna Pracy* 2009; 60 (3): 201-208.
66. Sahni S., Talwar Ankoor., Khanijo S., Talwar Arunabh: Socioeconomic status and it's relationship to chronic respiratory disease. *Adv. Respir. Med.* 2017; 85: 97-108.
67. Grzywa-Celińska A., Lachowska-Kotowska P., Prystupa A., Celiński R., Kotowski M.: Astma i stan astmatyczny w codziennej praktyce lekarskiej. *Med. Og Nauk Zdr.* 2013; 19 (4): 397-402.
68. Rosiak K., Zagożdżon P.: Czynniki środowiskowe w epidemiologii stwardnienia rozsianego. *Probl High Epidemiol* 2012; 93 (4): 627-631.
69. Sęk H., Ziarko M.: Człowiek w sytuacji przewlekłej choroby. *Psychological Journal* 2017; 23 (1): 89-96.

70. Załuski M.: Predyspozycje afektywne a obraz choroby przewlekłej. *Pielęgniarstwo Polskie* 2018; 1 (67): 84-91.
71. Raniszewska-Wyrwa A.: Doświadczenie somatycznej choroby przewlekłej a poczucie jakości życia. *Perspektywa filozoficzno-psycho społeczna. Pielęgniarstwo Polskie* 2013; 1 (47): 37-41.
72. Ogińska-Bulik N., Michalska P.: Poznawcza ocena choroby a wzrost po traumie u osób zmagających się ze stwardnieniem rozsianym. *Czasopismo Psychologiczne- Psychological Journal* 2016; 22 (2): 229-236.
73. Kuczyńska H., Sienkiewicz Z.: Wpływ przewlekłej obturacyjnej choroby płuc na funkcjonowanie pacjenta w rodzinie. *Geriatrics* 2019; 13: 83-89.
74. Andysz A., Merecz D.: Psychologiczne konsekwencje przewlekłych chorób układu oddechowego. Rola personelu medycznego w ich przezwyciężaniu. *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2012; 80 (4): 329-338.
75. Leksowska A., Jaworska I., Gorczyca P.: Choroba somatyczna jako wyzwanie adaptacyjne dla człowieka. *Folia Cardiologica* 2011; 6 (4): 244-248.
76. Sęk H., Kaczmarek Ł., Ziarko M., Pietrzykowska E., Lewicka J.: Sprężystość psychiczna a dobrostan w chorobie przewlekłej- mediująca rola podmiotowego umocnienia i radzenia sobie. *Polskie Forum Psychologiczne* 2012; 17 (2): 327-343.
77. Kossakowska M., Zielazny P.: Obraz choroby i korzyści psychospołeczne u osób zakażonych wirusem HIV i chorych na AIDS. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2013; 22 (3): 177-185.
78. Miniszewska J., Adamska M.: Przekonania na temat zdrowia i choroby a akceptacja ograniczeń wynikających z przewlekłej choroby somatycznej na przykładzie osób z łuszczycą. *Psychiatr. Psychol. Klin.* 2014; 14 (3): 202-212.
79. Kurowska K., Lach B.: Akceptacja choroby i sposoby radzenia sobie ze stresem u chorych na cukrzycę typ 2. *Diabet. Prakt.* 2011; 12 (3): 113-119.
80. Basińska M., Kasprzak A.: Związek między strategiami radzenia sobie ze stresem a akceptacją choroby w grupie osób chorych na łuszczycę. *Przegl. Dermatol.* 2012; 99: 692-700.
81. Mućko P., Kokoszka A., Skłodowska Z.: Porównanie stylów radzenia sobie z chorobą, występowania objawów depresyjnych i lękowych oraz lokalizacji poczucia kontroli u chorych na cukrzycę typu 1 i 2. *Diabetologia Praktyczna* 2005; 6 (5): 240-249.

82. Rolka A., Pliecka E., Kowalewska B., Krajewska-Kułak E., Jankowiak B., Klimaszewska K., Kowalczyk K.: Ocena akceptacji choroby i jakość życia pacjentów ze wszczepionym rozrusznikiem serca. *Piel. Zdr. Publ.* 2012; 2 (3): 183-192.
83. Kurpas D., Kusz J., Jedynek T., Mroczek B.: Umiejscowienie kontroli zdrowia u osób ze schorzeniami przewlekłymi. *Family Medicine & Primary Care Review* 2012; 14 (2): 186-188.
84. Basińska M., Zalewska-Rydzkowska D., Junik R., Skibicka M.: Przewidywanie stosowania się do zaleceń dietetycznych przez chorych na cukrzycę typu 1- związek z umiejscowieniem kontroli zdrowia. *Diabetologia Praktyczna* 2007; 8 (11): 419-424.
85. Basińska M., Maćkowska P., Listwa A.: Przekonania o umiejscowieniu kontroli zdrowia chorych na cukrzycę typu 1 a zachowania zdrowotne. *Diabet. Prakt.* 2011; 12 (4): 151-159.
86. Guzińska K., Kupc A., Borys B.: Zasoby odporności na stres w procesie zdrowienia u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca. *Psychiatria* 2007; 4 (4): 144-152.
87. Wojnarowska B. *Edukacja zdrowotna*. Wyd. PWN. Warszawa 2008.
88. Reznier A., Reznier W., Kosecka J.: Edukator zdrowia w podstawowej opiece zdrowotnej jako szansa na podniesienie poziomu promocji zdrowia i profilaktyki w Polsce. *Probl High Epidemiol* 2013; 94 (3): 407-412.
89. Kubica A., Sinkiewicz W., Szymański P., Bogdan M.: Edukacja zdrowotna w chorobach układu krążenia- możliwości i zagrożenia. *Folia Cardiologica Experta* 2006; 1 (4): 177-181.
90. Nowakowska I., Ćwierotka M., Ćwierotka A.: Edukacja zdrowotna jako istotny element poprawy systemu zdrowotnego. *Pielęgniarstwo Polskie* 2016; 3 (61): 415-418.
91. Pabiś M., Ślusarska B., Jarosz M., Zarzycka D., Dobrowolska B., Brzozowska A.: Kompetencje pielęgniarek w zakresie edukacji zdrowotnej w polskim systemie opieki medycznej. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2010; 3-4 (32-33): 75-85.
92. Kubica A., Bogdan M., Budnik-Szymoniuk M.: Zaburzenia lękowe u chorych po zawale serca. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej* 2004; 4: 103-106.
93. Cybulski M., Krajewska- Kułak E. (red). *Edukacja prozdrowotna seniorów jako szansa na pomyślne starzenie się na przykładzie miasta Białegostku*. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. Białystok 2016. s. 25.
94. Wojnarowska B.: *Edukacja zdrowotna*. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2017.
95. Kózka M., Bazaliński D., Cipora E.: Przygotowanie chorego z przetoką jelitową do samoopieki z uwzględnieniem powikłań dermatologicznych i chirurgicznych. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*. 2010; 2: 57-62.

96. Krystoń-Serafin M., Jankowiak B., Krajewska-Kułak E., Sierakowska M., Popławska E.: Ocena wiedzy pacjentów na temat cukrzycy typu 2 jako niezbędny element terapii. *Diabetologia Praktyczna* 2005; 6 (1): 7-14.
97. Bohdan M., Tarnawska M., Woś M., Chlebus K., Rafałowska M., Stopczyńska I., i wsp.: Pacjent z niewydolnością serca i obniżoną frakcją wyrzutową lewej komory po wypisie ze szpitala –co dalej?. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2019 13 (1): 1-11.
98. Kubica A., Andruszkiewicz A., Grzešek G., Kosiński M., Sinkiewicz W., Bronisz A., i wsp.: Edukacja zdrowotna jako metoda poprawy realizacji programu terapeutycznego. *Folia Cardiologica Excerpta* 2010; 5 (2): 93-99.
99. Kolasa J., Maciejewski C., Zych A., Balsam P., Grabowski M.: Rola edukacji zdrowotnej u chorych z niewydolnością serca. *Folia Cardiologica* 2019; 14 (3): 252-257.
100. Osborn CY., Cavanaugh K., Kripalani S.: Strategies to address low health literacy and numeracy in diabetes. *Clinical Diabetes*. 2010; 28 (4): 171-175.
101. White M., Garbez R., Carroll M., Brinker E., Howie-Esquivel.: Is “teach-back” associated with knowledge retention and hospital readmission in hospitalized heart failure patients? *J Cardiovasc Nurs*. 2013; 28 (2): 137-146.
102. Hydzik P., Kolarczyk E., Kustrzycki W., Kubiela G., Kałużna-Oleksy M., Szczepanowski R., i wsp.: Readiness for Discharge from Hospital after Myocardial Infarction: A Cross-Sectional Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021; 18:1-13.
103. Chen Ch., Zhiang X., Tang Ch., Xiao X., Tao Z.: Psychometric properties of the Chinese Version of the Readiness for Hospital Discharge Scale for people living with HIV. *International Journal of Nursing Sciences* 2020; 7: 220-227.
104. Mixon AS., Goggins K., Bell SP., Vasilevskis EE., Nwosu S., Schildcrout JS., et al.: Preparedness for hospital discharge and prediction of readmission. *J Hosp Med* 2016; 11 (9): 603-609.
105. Xiong L., Liu Y., Chen Q., Tian Y., Yang M.: Readiness for Hospital Discharge of Adult Patients with Major Depressive Disorder in China: A Cross-Sectional Study. *Patient Preference and Adherence* 2021; 15:1681-1692.
106. Naggle L., White P.: Evaluating Nurses’ Use of HOBIC in Home Care. *CJNR* 2013; 45 (3): 92-114.
107. Kiłoczko W., Grabowska K.: Zastosowanie skali C-HOBIC w ocenie gotowości do wypisu pacjentów kliniki chirurgii plastycznej –doniesienia wstępne. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2019; 1: 12-18.

108. Hannah K., White PA., Kennedy MA., Hammel N.: C-Hobic-Standardized Information to Support Clinical Practice and Quality Patient Care across Canada. *NI* 2012;23:142-147.
109. VanDeVelde-Coke S., Doran D., Grinspun D., Hayes L., Boal AS., Velji K., et al.: Measuring outcomes of nursing care, improving the health of Canadians: NNQR (C), C-HOBIC and NQuiRE. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*. 2012; 25 (2):26-37.
110. Jeffs L., Hannah K., White P., Maione M.: Integration of the C-HOBIC dataset into discharge abstract database (DAD) special project fields demonstration project. *Canadian Nurse Association* 2017.
111. White P. The Case for Standardized Data in Nursing. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*. 2016;28(4):29-35.
112. Landowska P., Grabowska H.: Proces pielęgnowania pacjenta z przewlekłym zapaleniem trzustki w ujęciu Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej ICNP. *Pielęgniarstwo Polskie* 2020;4(78):235-239.
113. Andruszkiewicz A.: Studium przypadku HOBIC. W: Kiliańska D., Grabowska H., Gaworska-Krzemińska A. (red.). *E-zdrowie. Wprowadzenie do informatyki w pielęgniarstwie*. Wyd. PZWL. Warszawa 2018: s. 236-265.
114. Hannah K., White P., Naggle L., Pringle D.: Standardizing Nursing Information in Canada for Inclusion in Electronic Health Records: C-HOBIC. *J Am Med Inform Assoc*. 2009;16:524 -530.
115. Wang M., Lv L., Yu Z., Gao L., Lu Q., Ou J., et al.: A cross-sectional study of readiness for discharge, chronic illness resources and postdischarge outcomes in patients with diabetic foot ulcer. *Nursing Open* 2021; 8: 2645-2654.
116. Buszko K., Kosobucka A., Michalski P., Pietrzykowski Ł., Jurek A., Wawrzyniak M. et al.: The readiness for hospital discharge of patients after acute myocardial infarction: a new self-reported questionnaire. *Med Res J* 2017; 2 (1): 20-28.
117. Krook M., Iwarzon M., Siouta E.: The Discharge Process- From a Patient's Perspective. *SAGE Open Nursing* 2020; 6: 1-9.
118. Uchmanowicz I.: Jakość życia zależna od zdrowia (HRQOL) u chorych na cukrzyce metody pomiaru. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2013; 21 (2): 266-270.
119. Kłak A., Mińko M., Siwczyńska D.: Metody kwestionariuszowe badania jakości życia. *Probl High Epidemiol* 2012; 93 (4): 632-638.
120. Zięba M., Cisoń-Apanasewicz U.: Jakość życia w naukach medycznych. *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej* 2017; 2 (3): 57-62.

121. Juczyński Z.: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Wydanie drugie. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. 2012
122. Mazurek J., Lurbiecki J.: Skala akceptacji choroby i jej znaczenie w praktyce klinicznej. *Polski Merkurusz Lekarski*, 2014; 36 (212): 106-108.
123. Uchmanowicz I.: Wpływ zespołu kruchości na ocenę akceptacji choroby u chorych w wieku podeszłym na niewydolność serca. *Gerontologia Polska*, 2015; 1, 3-10.
124. Bień A., Rzońca E., Kańczugowska A., Iwanowicz-Palus G.: Factors Affecting the Quality of Life and the Illness Acceptance of Pregnant Women with Diabetes. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 2016; 13 (1): 68.
125. Adamska M., Juczyńska K., Miniszewska J.: Sposób postrzegania własnej choroby jako czynnik wyznaczający jej akceptację u osób chorych na łuszczycę. *Current Problems of Psychiatry*, 2015; 16 (1): 26-37.
126. Opuchlik K., Wrześcińska M., Kocur J.: Ocena poziomu stylów radzenia sobie ze stresem i poczucia umiejscowienia kontroli zdrowia u osób z chorobą niedokrwienną serca i nadciśnieniem tętniczym. *Psychiatria Polska*, 2009; 43 (2):235-245.
127. Nowicki J, G., Ślusarska B., Młynarska M., Rudnicka-Drożak E., Chemperek E., Gawroński M.: Umiejscowienie kontroli zdrowia a deklarowane zachowania zdrowotne w grupie osób wykonujących zawody medyczne i pozamedyczne. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* 2017; 1 (50): 38-48.
128. Pilweska A, B., Pałucka K., Łepecka-Klusek C., Putowski L.: Umiejscowienie kontroli zdrowia w grupie starzejących się mężczyzn- doniesienia wstępne. *Gerontologia Polska* 2016; 24: 45-50.
129. Kosobucka A., Michalski P., Pietrzykowski Ł., Kasprzak M., Fabiszek T., Felssman M., et. al.: The impact of readiness of discharge from hospital on adherence to treatment in patients after myocardial infarction. *Cardiology Journal* 2022; 29 (4): 582-590.
130. Bączyk G., Głowacka A., Kozłowska K., Niewiadomska E.: Ocena stopnia samodzielności chorych z przetoką jelitową. *Pielęgniarstwo Polskie* 2016; 3 (61): 360-366.
131. Cierzniaowska K., Kozłowska E., Szewczyk M.: Analiza deficytu samoopieki u chorych ze stomią w oparciu o teorię pielęgniarstwa Dorothy Orem. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2007; 1:16-22.
132. Cierzniaowska K., Kozłowska E., Popow A., Łątka J.: Ocena gotowości do wypisu i samoopieki pacjentów leczonych chirurgicznie z powodu raka jelita grubego. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i i angiologiczne* 2022; 16 (3): 108-116.

133. Derezulko D., Grabowska H.: Ocena przygotowania pacjentów po zabiegu chirurgicznym do samoopieki. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2020; 1: 12-17.
134. Kochman M., Górajek-Jóźwik J.: Samoopieka w działaniach podejmowanych przez pacjentów z POChP na rzecz zdrowia. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2014; 20 (2): 109-119.
135. Ciećko W., Bandurska E., Zarzeczna-Baran M., Siemińska A.: Analiza jakości życia pacjentów w zaawansowanej fazie chorób przewlekłych. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2017; 11 (2): 84-90.
136. Muszalik M., Kędziora-Kornatowska K.: Jakość życia przewlekle chorych pacjentów w starszym wieku. *Gerontologia Polska* 2006; 14 (4): 185-189.
137. Wróbel A., Nawalna A., Staszkiwicz M., Majda A.: Ból a funkcjonowanie chorych z reumatoidalnym zapaleniem stawów. *Pielęgniarstwo Polskie* 2017; 2 (64): 254-259.
138. Smoleń E., Jarema M., Hombek K., Słysz M., Kalita K.: Akceptacja i przystosowanie do choroby u pacjentów leczonych onkologicznie. *Problemy Pielęgniarstwa* 2018; 26 (1): 37-43
139. Uchmanowicz I., Pieniacka M., Jankowska-Polańska B.: Problem akceptacji choroby a jakość życia pacjentów z niewydolnością serca. *Problemy Pielęgniarstwa* 2015; 23 (1): 69-74
140. Szpilewska K., Juzwiszyn J., Bolanowska Z., Milan M., Chabowski M., Janczak D.: Acceptance of disease and the quality of life in patients with enteric stoma. *Pol Przegl Chir* 2018; 90 (1): 13-17.
141. Fedorowicz O., Jaźwińska-Tarnawska E., Adamiszek A., Niewiński P., Krajewska M., Wiela-Hojeńska A.: Determinants of disease acceptance in renal transplantation patients assessed with the application of Acceptance Illness Scale (AIS). *J Pharm Pharm Sci* 2021; 24: 308-316.
142. Kurowska K., Wyrzucka L.: Zachowania zdrowotne a umiejscowienie kontroli zdrowia u osób po przeszczepieniu nerki. *Psychiatr. Psychol. Klin.* 2013; 12 (3): 174-183.
143. Kurowska K., Horodecka A.: Umiejscowienie kontroli zdrowia a oczekiwania pacjentów objętych opieką medyczną w POZ. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2014; 8 (3): 105-116.
144. Sosnowska-Bąk M., Gruszczyńska M., Wyszomirska J., Daniel-Sielańczyk A.: The Influence of Selected Psychological Factors on Medication Adherence in Patients with Chronic Disease. *Healthcare* 2022; 10: 426 .
145. Omeje O., Nebo C.: The influence of locus control on adherence to treatment regimen among hypertensive patients. *Patient Preference and Adherence* 2011; 5: 141-148.

146. Rapacz A., Kózka M., Ogarek M.: Edukacja pacjentów z zespołem stopy cukrzycowej a poczucie koherencji. *Problemy Pielęgniarstwa* 2007; 15 (1): 44-49.
147. Irmak Z., Fesci H.: Effects of nurse-managed secondary prevention program on lifestyle and risk factors of patients who had experienced myocardial infarction. *Appl. Nurs. Res.* 2010; 23: 147-152.
148. Zadarko-Domaradzka M., Zadarko E.: Aplikacje zdrowotne na urządzenia mobilne w edukacji zdrowotnej społeczeństwa. *Edukacja- Technika- Informatyka.* 2016; 4 (18): 291-296.

9. Spis rycin i tabel

Spis rycin

Rycina 1. Grupa badana z podziałem na oddział leczenia.	42
Rycina 2. Płeć badanych.	42
Rycina 3. Wiek badanych [lata].	43
Rycina 4. Miejsce zamieszkania badanych.	43
Rycina 5. Wykształcenie badanych.	44
Rycina 6. Stan cywilny badanych.	44
Rycina 7. Rozpoznanie lekarskie wg historii choroby pacjenta.	47
Rycina 8. Akceptacja choroby z uwzględnieniem wieku pacjentów	98

Spis tabel

Tabela I. Negatywne następstwa chorób przewlekłych	27
Tabela II. Charakterystyka kliniczna badanej populacji wg kwestionariusza pacjenta	45
Tabela III. Charakterystyka kliniczna badanej populacji w oparciu o dokumentację medyczną .	46
Tabela IV. Gotowość do wypisu ze szpitala w ocenie pacjenta.....	48
Tabela V. Gotowość do wypisu ze szpitala w ocenie osoby badającej.....	49
Tabela VI. Korelacje między wiekiem a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie pacjenta...	50
Tabela VII. Korelacje między wiekiem a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie osoby badającej.....	51
Tabela VIII. Korelacje między płcią a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie pacjenta	52
Tabela IX. Korelacje między płcią a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie osoby badającej	53
Tabela X. Korelacje między miejscem zamieszkania a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie pacjenta	54
Tabela XI. Korelacje między miejscem zamieszkania a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie osoby badającej.....	55
Tabela XII. Korelacje między wykształceniem a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie pacjenta.....	56
Tabela XIII. Korelacje między wykształceniem a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie osoby badającej	58
Tabela XIV. Korelacje między stanem cywilnym a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie pacjenta.....	59
Tabela XV. Korelacje między stanem cywilnym a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie osoby badającej	60
Tabela XVI. Korelacje między liczbą hospitalizacji a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie pacjenta.....	61
Tabela XVII. Korelacje między liczbą hospitalizacji a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie osoby badającej.....	62
Tabela XVIII. Analiza wpływu chorób układu krążenia na gotowość do wypisu ze szpitala w ocenie pacjenta	63
Tabela XIX. Analiza wpływu chorób układu krążenia na gotowość do wypisu ze szpitala w ocenie osoby badającej.....	64
Tabela XX. Analiza zależności między chorobami naczyń krwionośnych a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie pacjenta	65

Tabela XXI. Analiza zależności między chorobami naczyń krwionośnych a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie osoby badającej.....	66
Tabela XXII. Analiza zależności między chorobami płuc a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie pacjenta	67
Tabela XXIII. Analiza zależności między chorobami płuc a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie osoby badającej.....	68
Tabela XXIV. Analiza zależności między chorobami układu kostno-stawowego a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie pacjenta	69
Tabela XXV. Analiza zależności między chorobami układu kostno-stawowego a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie osoby badającej.....	70
Tabela XXVI. Analiza zależności między chorobami układu pokarmowego a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie pacjenta	71
Tabela XXVII. Analiza zależności między chorobami układu pokarmowego a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie osoby badającej.....	72
Tabela XXVIII. Analiza zależności między chorobami układu moczowego a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie pacjenta	73
Tabela XXIX. Analiza zależności między chorobami układu moczowego a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie osoby badającej.....	74
Tabela XXX. Analiza zależności między zaburzeniami przemiany materii a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie pacjenta	75
Tabela XXXI. Analiza zależności między zaburzeniami przemiany materii a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie osoby badającej.....	76
Tabela XXXII. Analiza zależności między chorobami układu nerwowego a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie pacjenta	77
Tabela XXXIII. Analiza zależności między chorobami układu nerwowego a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie osoby badającej.....	78
Tabela XXXIV. Analiza zależności między chorobami oczu a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie pacjenta	79
Tabela XXXV. Analiza zależności między chorobami oczu a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie osoby badającej.....	80
Tabela XXXVI. Analiza wpływu czasu trwania choroby przewlekłej na gotowość do wypisu ze szpitala w ocenie pacjenta	81
Tabela XXXVII. Analiza zależności między czasem trwania choroby przewlekłej a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie osoby badającej.....	82

Tabela XXXVIII. Ocena stanu zdrowia wg Skali Nottingham Health Profile	83
Tabela XXXIX. Wpływ dziedzin życia na stan zdrowia badanych.....	84
Tabela XL. Stan zdrowia respondentów z uwzględnieniem wieku	84
Tabela XLI. Stan zdrowia respondentów z uwzględnieniem płci.....	85
Tabela XLII. Stan zdrowia respondentów z uwzględnieniem miejsca zamieszkania.....	85
Tabela XLIII. Stan zdrowia respondentów z uwzględnieniem stanu cywilnego	86
Tabela XLIV. Stan zdrowia respondentów z uwzględnieniem wykształcenia	87
Tabela XLV. Korelacje między stanem zdrowia (energiją) a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie pacjenta	88
Tabela XLVI. Korelacje między stanem zdrowia (energiją) a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie osoby badającej.....	88
Tabela XLVII. Korelacje między stanem zdrowia (ból) a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie pacjenta	89
Tabela XLVIII. Korelacje między stanem zdrowia (ból) a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie osoby badającej.....	90
Tabela XLIX. Korelacje między stanem zdrowia (reakcjami emocjonalnymi) a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie pacjenta	91
Tabela L. Korelacje między stanem zdrowia (reakcjami emocjonalnymi) a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie osoby badającej	92
Tabela LI. Korelacje między stanem zdrowia (zaburzeniami snu) a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie pacjenta	93
Tabela LII. Korelacje między stanem zdrowia (zaburzeniami snu) a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie osoby badającej.....	94
Tabela LIII. Korelacje między stanem zdrowia (wyobcowaniem społecznym) a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie pacjenta	95
Tabela LIV. Korelacje między stanem zdrowia (wyobcowaniem społecznym) a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie osoby badającej.....	96
Tabela LV. Korelacje między stanem zdrowia (ograniczeniami ruchowymi) a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie pacjenta	97
Tabela LVI. Korelacje między stanem zdrowia (ograniczeniami ruchowymi) a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie osoby badającej.....	97
Tabela LVII. Uśredniony wynik akceptacji choroby przez badanych	98
Tabela LVIII. Akceptacja choroby z uwzględnieniem płci pacjentów	98
Tabela LIX. Akceptacja choroby z uwzględnieniem wykształcenia pacjentów	99

Tabela LX. Akceptacja choroby z uwzględnieniem stanu cywilnego pacjentów	99
Tabela LXI. Akceptacja choroby z uwzględnieniem miejsca zamieszkania pacjentów	99
Tabela LXII. Korelacje między akceptacją choroby a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie pacjenta.....	100
Tabela LXIII. Korelacje między akceptacją choroby a gotowością do wpisu ze szpitala w ocenie osoby badającej	101
Tabela LXIV. Średni wynik umiejscowienie kontroli zdrowia w poszczególnych podskalach .	102
Tabela LXV. Korelacje między umiejscowieniem kontroli zdrowia a wiekiem pacjentów	102
Tabela LXVI. Umiejscowienie kontroli zdrowia z uwzględnieniem płci respondentów	103
Tabela LXVII. Umiejscowienie kontroli zdrowia z uwzględnieniem miejsca zamieszkania.....	103
Tabela LXVIII. Umiejscowienie kontroli zdrowia z uwzględnieniem wykształcenia	104
Tabela LXIX. Umiejscowienie kontroli zdrowia z uwzględnieniem stanu cywilnego.....	104
Tabela LXX. Korelacje między umiejscowieniem kontroli zdrowia w wymiarze wewnętrznym a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie pacjenta.....	105
Tabela LXXI. Korelacje między umiejscowieniem kontroli zdrowia w wymiarze wewnętrznym a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie osoby badającej	106
Tabela LXXII. Korelacje między umiejscowieniem kontroli zdrowia w wymiarze wpływu innych osób a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie pacjenta	106
Tabela LXXIII. Korelacje między umiejscowieniem kontroli zdrowia w wymiarze wpływu innych osób a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie osoby badającej	107
Tabela LXXIV. Korelacje między umiejscowieniem kontroli zdrowia w wymiarze przypadku a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie pacjenta.....	108
Tabela LXXV. Korelacje między umiejscowieniem kontroli zdrowia w wymiarze przypadku a gotowością do wypisu ze szpitala w ocenie osoby badającej	108

Aneks

Załącznik nr 1.

Informacja dla osoby badanej

Niniejsze badanie naukowe ma na celu poznanie czynników determinujących gotowość pacjentów z chorobą przewlekłą do wypisu ze szpitala. Badanie realizowane jest w ramach przygotowań pracy doktorskiej. Uzyskane wyniki pomogą udoskonalić dalsze badania w tym obszarze.

Udział w badaniu jest możliwy po wyrażeniu przez Pana/Panią dobrowolnej zgody. Po uzyskaniu zgody:

- a) zostanie Pan/Pani poproszony/-a o wypełnienie kilku ankiet dotyczących akceptacji choroby, umiejscowienia kontroli własnego zdrowia, oraz ogólnego profilu zdrowia.
- b) czas na wypełnienie ankiet będzie wystarczający
- c) po wyrażeniu zgody na badanie, istnieje możliwość rezygnacji z badania w dobrowolnym czasie bez podania przyczyn
- d) nie udzielenie zgody lub wycofanie się z badania nie będzie wiązało się dla Pana/Pani z żadnymi konsekwencjami finansowymi a w szczególności nie pociągnie to za sobą utraty prawa do opieki zdrowotnej, które Panu/Pani przysługują
- e) Wszystkie informacje zgromadzone na Pani/Pana temat w toku badania będą ściśle poufne
- f) do przeprowadzenia badania niezbędny będzie wgląd w Pana/Pani dokumentację medyczną. Aby zapewnić całkowitą anonimowość oraz ograniczenie dostępu do Pana/Pani danych osobowych zostaną podjęte procedury uniemożliwiające dostęp do badania osobom niepowołanym
- g) żadne dane osobowe Pana/Pani nie zostaną użyte w publikacjach, które mogą powstać na podstawie uzyskanych wyników z tego badania
- h) w przypadku jakichkolwiek wątpliwości informacji udzieli osoba przeprowadzająca badanie

Zgodnie z: ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. „O ochronie danych osobowych” Dz. U. Nr 133, poz. 883 z 1997 r. z późniejszymi zmianami.

Zapoznałem/-am się z powyższą informacją

.....

data

.....

podpis osoby uzyskującej informację

Formularz świadomej zgody na udział w badaniu
„Czynniki determinujące gotowość pacjenta z chorobą przewlekłą
do wypisu ze szpitala”

Ja niżej podpisany/-a wyrażam dobrowolną zgodę na udział w badaniu naukowym. Przeczytałem/-am informacje dotyczące badania oraz szczegółowo omówiłem/-am jego cele, metody i przebieg. W trakcie trwania badania będę miał/-a możliwość zadawania pytań oraz otrzymania rzetelnej odpowiedzi. Mam prawo do wyrażenia zgody na badanie jak również mogę odmówić udziału na każdym jego etapie bez ponoszenia konsekwencji finansowych oraz bez wpływu na dalszą hospitalizację. Jestem również świadomy/-a o wykorzystaniu do badania moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. „O ochronie danych osobowych” Dz. U. Nr 133, poz. 883 z 1997 r. z późniejszymi zmianami.

.....
data

.....
podpis osoby wyrażającej zgodę

Formularz zgody na przetwarzanie danych osobowych
„Czynniki determinujące gotowość pacjenta z chorobą przewlekłą
do wypisu ze szpitala”

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz innych danych związanych z udziałem w badaniu naukowym dla potrzeb niezbędnych do realizacji celów tego badania (zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. „O ochronie danych osobowych”, Dz. U. Nr 133, poz. 883 z 1997 r. z późniejszymi zmianami).

.....

data

.....

podpis osoby wyrażającej zgodę

Autorski kwestionariusz dla pacjenta

DANE PACJENTA (wypełnia pacjent)

1. Proszę podać wiek w latach
2. Proszę wskazać płeć:
 - Kobieta
 - Mężczyzna
3. Proszę wskazać miejsce zamieszkania:
 - Miasto powyżej 50 tys. mieszkańców
 - Miasto poniżej 50 tys. mieszkańców
 - Wieś
4. Proszę wskazać wykształcenie:
 - Podstawowe
 - Zawodowe
 - Średnie
 - Wyższe
5. Proszę wskazać stan cywilny:
 - Panna/Kawaler
 - Zamężna/Żonaty
 - Wdowa/Wdowiec
 - W separacji
6. Czy w ciągu ostatniego roku przebywał/a Pan/Pani w szpitalu?
 - Tak
 - Nie
7. Jeśli tak to z jakiego powodu?
.....
8. Z jakiego powodu aktualnie przebywa Pan/Pani w szpitalu? (jednostka chorobowa)
.....
9. Proszę podać jak długo Pan/Pani choruje przewlekłe?(liczba podana w latach)
.....
10. Proszę ocenić znajomość przez Pana/Panią jednostki chorobowej
 - 1- słaba znajomość
 - 2-częściowa znajomość
 - 3-umiarkowana znajomość
 - 4-dobra znajomość
 - 5-bardzo dobra znajomość
11. Czy przyjmuje Pan/Pani leki na stałe? (Jeśli tak proszę wymienić)
 - Tak.....
 - Tak ale nie pamiętam jakie
 - Nie
 - Nie wiem
12. Proszę ocenić znajomość działania, skutków ubocznych, dawkowania przyjmowanych leków
 - 1- słaba znajomość
 - 2- częściowa znajomość
 - 3- umiarkowana znajomość
 - 4- dobra znajomość
 - 5- bardzo dobra znajomość

Termin wypisu.....

Termin badania.....

Gotowość do wypisu – ocena zdolności pacjenta do podejmowania codziennej aktywności

OCENA PACJENTA	OCENA OSOBY BADAJĄCEJ
1. Wiedza na temat leków <i>(Czy wie Pan/Pani jakie leki, o jakich porach, ile razy dziennie będzie musiał/a Pan/Pani przyjmować?)</i>	
0- nieprzygotowany 1- słabo przygotowany 2- częściowo przygotowany 3- umiarkowanie przygotowany 4- dobrze przygotowany 5- bardzo dobrze przygotowany	0- nieprzygotowany 1- słabo przygotowany 2- częściowo przygotowany 3- umiarkowanie przygotowany 4- dobrze przygotowany 5- bardzo dobrze przygotowany
2. Wiedza dotycząca przyczyn przyjmowania leków <i>(Czy wie Pan/Pani dlaczego należy te leki przyjmować?)</i>	
0- nieprzygotowany 1- słabo przygotowany 2- częściowo przygotowany 3- umiarkowanie przygotowany 4- dobrze przygotowany 5- bardzo dobrze przygotowany	0- nieprzygotowany 1- słabo przygotowany 2- częściowo przygotowany 3- umiarkowanie przygotowany 4- dobrze przygotowany 5- bardzo dobrze przygotowany
3. Zdolność do przyjmowania przepisanych leków <i>(Czy uważa Pan/Pani że jest Pan/Pani w stanie przyjmować zlecone leki?)</i>	
0- nieprzygotowany 1- słabo przygotowany 2- częściowo przygotowany 3- umiarkowanie przygotowany 4- dobrze przygotowany 5- bardzo dobrze przygotowany	0- nieprzygotowany 1- słabo przygotowany 2- częściowo przygotowany 3- umiarkowanie przygotowany 4- dobrze przygotowany 5- bardzo dobrze przygotowany
4. Umiejętność zauważania symptomów/ zmian związanych ze zdrowiem <i>(Czy potrafi Pan/Pani zauważyć symptomy związane ze zdrowiem?)</i>	
0- nieprzygotowany 1- słabo przygotowany 2- częściowo przygotowany 3- umiarkowanie przygotowany 4- dobrze przygotowany 5- bardzo dobrze przygotowany	0- nieprzygotowany 1- słabo przygotowany 2- częściowo przygotowany 3- umiarkowanie przygotowany 4- dobrze przygotowany 5- bardzo dobrze przygotowany

5. Zdolność do przestrzegania zaleceń związanych z zastosowanym leczeniem <i>(Czy uważa Pan/Pani, że zalecenia przekazane przez lekarza prowadzącego jest Pan/Pani w stanie przestrzegać?)</i>	
0- nieprzygotowany 1- słabo przygotowany 2- częściowo przygotowany 3- umiarkowanie przygotowany 4- dobrze przygotowany 5- bardzo dobrze przygotowany	0- nieprzygotowany 1- słabo przygotowany 2- częściowo przygotowany 3- umiarkowanie przygotowany 4- dobrze przygotowany 5- bardzo dobrze przygotowany
6. Wiedza związana z osobami do których można zgłosić się po pomoc w wykonywaniu codziennych czynności tj. kąpanie, robienie zakupów, przygotowywanie posiłków <i>(Czy wie Pan/Pani do kogo może Pan/Pani się zgłosić, gdy będzie potrzebna pomoc w np. kąpaniu, robieniu zakupów, przygotowaniu posiłków?)</i>	
0- nieprzygotowany 1- słabo przygotowany 2- częściowo przygotowany 3- umiarkowanie przygotowany 4- dobrze przygotowany 5- bardzo dobrze przygotowany	0- nieprzygotowany 1- słabo przygotowany 2- częściowo przygotowany 3- umiarkowanie przygotowany 4- dobrze przygotowany 5- bardzo dobrze przygotowany
7. Wiedza związana z osobami/ instytucjami, do których należy dzwonić w razie nagłego wypadku <i>(Czy wie Pan/Pani do kogo trzeba się zgłosić/pod jaki numer zadzwonić w razie nagłego wypadku?)</i>	
0- nieprzygotowany 1- słabo przygotowany 2- częściowo przygotowany 3- umiarkowanie przygotowany 4- dobrze przygotowany 5- bardzo dobrze przygotowany	0- nieprzygotowany 1- słabo przygotowany 2- częściowo przygotowany 3- umiarkowanie przygotowany 4- dobrze przygotowany 5- bardzo dobrze przygotowany
8. Zdolność do podejmowania codziennej aktywności fizycznej (kąpanie, robienie zakupów, przygotowywanie posiłków, odwiedzanie przyjaciół) <i>(Czy jest Pan/Pani w stanie sam/a się wykąpać, zrobić zakupy, przygotować posiłek, odwiedzić przyjaciół?)</i>	
0- nieprzygotowany 1- słabo przygotowany 2- częściowo przygotowany 3- umiarkowanie przygotowany 4- dobrze przygotowany 5- bardzo dobrze przygotowany	0- nieprzygotowany 1- słabo przygotowany 2- częściowo przygotowany 3- umiarkowanie przygotowany 4- dobrze przygotowany 5- bardzo dobrze przygotowany

Kwestionariusz stanu zdrowia – NHP
Nottingham Health Profile

*(Polska adaptacja, za zgodą autorów wykonana przez B. Bojarską, R. Pikulę i K.
Wrześniewskiego)*

Poniżej znajduje się lista problemów, które miewają ludzie w swym codziennym życiu. Proszę przeczytać ją i postawić znaczek V w okienku oznaczającym TAK, jeśli ma Pan(i) dany problem. Proszę postawić znaczek V w okienku oznaczającym NIE, jeśli nie doświadcza Pan(i) danego problemu. Proszę odpowiedzieć na każde pytanie. Jeśli nie jest Pan(i) pewny(a), czy odpowiedzieć TAK czy NIE, proszę zaznaczyć tę odpowiedź, która jest bardziej prawdziwa w tej chwili.

1. Jestem stale zmęczony(a). TAK/NIE
2. Mam bóle w nocy. TAK/NIE
3. Wszystko mnie przygnębia. TAK/NIE
4. Mam nieznośne bóle. TAK/NIE
5. Biorę tabletki, żeby zasnąć. TAK/NIE
6. Zapomniałem(am) już, co to przyjemność. TAK/NIE
7. Jestem rozdrażniony(a). TAK/NIE
8. Zmiana pozycji sprawia mi ból. TAK/NIE
9. Czuję się osamotniony(a). TAK/NIE
10. Mogę chodzić tylko po domu. TAK/NIE
11. Trudno mi się schylać. TAK/NIE
12. Wszystko robię z wysiłkiem. TAK/NIE
13. Budzę się wcześniej rano. TAK/NIE
14. Nie mogę w ogóle chodzić. TAK/NIE
15. Trudno mi nawiązać kontakt z ludźmi. TAK/NIE
16. Czas mi się dłuży. TAK/NIE
17. Mam trudności z chodzeniem po schodach. TAK/NIE
18. Trudno mi po coś sięgnąć. TAK/NIE

Proszę pamiętać: jeśli nie jest Pan(i) pewny(a), czy odpowiedzieć TAK czy NIE, proszę zaznaczyć tę odpowiedź, która jest bardziej prawdziwa w tej chwili

19. Odczuwam ból, kiedy chodzę. TAK/NIE
20. Ostatnio łatwo wpadam w złość. TAK/NIE
21. Czuję, że nie mam nikogo bliskiego. TAK/NIE
22. Nie mogę długo zasnąć w nocy. TAK/NIE
23. Czuję, jakbym tracił(a) kontrolę nad sobą. TAK/NIE
24. Odczuwam ból, kiedy stoję. TAK/NIE
25. Trudno mi ubierać się samodzielnie. TAK/NIE
26. Szybko tracę siły. TAK/NIE
27. Trudno mi długo stać (w kuchni przy zlewie lub kiedy czekam na autobus). TAK/NIE
28. Mam ciągle bóle. TAK/NIE
29. Długo nie mogę zasnąć. TAK/NIE
30. Czuję, że jestem dla innych ciężarem. TAK/NIE
31. Zmartwienia nie pozwalają mi w nocy spać. TAK/NIE
32. Czuję, że nie warto żyć. TAK/NIE
33. Źle sypiam w nocy. TAK/NIE
34. Trudno mi się z ludźmi dogadać. TAK/NIE
35. Potrzebuję pomocy przy chodzeniu poza domem (np. muszę używać laski albo na kimś się wesprzeć). TAK/NIE
36. Odczuwam ból, gdy chodzę po schodach. TAK/NIE
37. Budzę się w złym nastroju. TAK/NIE
38. Czuję ból, gdy siedzę. TAK/NIE

Teraz proszę zastanowić się nad tym, czy problemy ze zdrowiem wpływają na Pana(i) aktywność w życiu. Na poniższej liście proszę zaznaczyć TAK przy każdej z dziedzin życia, na którą wpływa Pana(i) stan zdrowia, albo NIE przy każdej z dziedzin, na którą nie wpływa lub nie odnosi się do Pana(i).

Czy Pana(i) obecny stan zdrowia powoduje problemy w takich dziedzinach jak...

39. PRACA ZAROBKOWA. TAK/NIE

40. PRACE DOMOWE (np. sprząatanie, gotowanie, naprawy, inne prace wokół domu) TAK/NIE

41. ŻYCIE TOWARZYSKIE (spotkania ze znajomymi, pójście do kawiarni) TAK/NIE

42. ŻYCIE RODZINNE (tzn. kontakty z domownikami) TAK/NIE

43. ŻYCIE SEKSUALNE TAK/NIE

44. ZAINTERESOWANIA I HOBBY (np. sport, sztuka, robótki ręczne, majsterkowanie)

TAK/NIE

45. CZAS WOLNY (np. letnie lub zimowe wakacje, weekendy poza domem) TAK/NIE

B.J Felton, T.A. Revenson i G.A. Hinrichsen
Skala akceptacji choroby – AIS
 Adaptacja: Z. Juczyński

.....płeć M K wiek..... data badania.....

Proszę ustosunkować się do każdego stwierdzenia zaznaczając na skali od 1 do 5 liczbę, która najlepiej określa Pana/i obecny stan. Swoj wybór należy zaznaczyć otaczając kółkiem odpowiednią liczbę. Każda odpowiedź jest dobra o ile jest prawdziwa.

-
1. Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę

zdecydowanie							zdecydowanie
zgadzam się	1	2	3	4	5		nie zgadzam się
 2. Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię

zdecydowanie							zdecydowanie
zgadzam się	1	2	3	4	5		nie zgadzam się
 3. Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny

zdecydowanie							zdecydowanie
zgadzam się	1	2	3	4	5		nie zgadzam się
 4. Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chce

zdecydowanie							zdecydowanie
zgadzam się	1	2	3	4	5		nie zgadzam się
 5. Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół

zdecydowanie							zdecydowanie
zgadzam się	1	2	3	4	5		nie zgadzam się
 6. Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem

zdecydowanie							zdecydowanie
zgadzam się	1	2	3	4	5		nie zgadzam się
 7. Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być

zdecydowanie							zdecydowanie
zgadzam się	1	2	3	4	5		nie zgadzam się
 8. Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby

zdecydowanie							zdecydowanie
zgadzam się	1	2	3	4	5		nie zgadzam się

AKC

K. A WALLSTON, B. S. WALLSTON i R. DE VELLIS
Skala umiejscowienia kontroli zdrowia MHLIC – wersja B
 Adaptacja: Z. Juczyński

..... wiek..... płeć M K data badania.....

Skala przedstawia poglądy różnych ludzi na pewne istotne zagadnienia związane ze zdrowiem. Każde stwierdzenie wyraża pogląd, z którym można się zgodzić lub nie. Chodzi tu o osobiste przekonanie i nie ma tu odpowiedzi ani dobrych ani złych. Ważne jest, aby odpowiadać zgodnie z własnymi przekonaniem, a nie z tym- co powinno się sądzić.

Obok znajdują się odpowiedzi od „zdecydowanie nie zgadzam się” (1)- do „zdecydowanie zgadzam się” (6). Przy każdym zdaniu należy otoczyć kółkiem liczbę, która wyraża właściwy stopień zgody. Należy podać jedną odpowiedź dla każdego stwierdzenia. Poszczególne liczby oznaczają:

NIE Zdecydowanie nie zgadzam się 1	w pewnym stopniu nie zgadzam się 2	w małym stopniu nie zgadzam się 3	w małym stopniu zgadzam się 4	w pewnym stopniu zgadzam się 5	TAK Zdecydowanie Zgadzam się 6
--	--	---	--	---	---

- | | |
|--|-------------|
| 1. Kiedy jestem zdrowy, mam po prostu szczęście..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 2. Moje samopoczucie fizyczne zależy od tego, jak dobrze dbam o siebie... | 1 2 3 4 5 6 |
| 3. Kiedy choruję, to wiem, że to dlatego, iż o siebie nie dbam..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 4. Opieka, która otrzymuje od innych, decyduje o tym jak szybko powracam do zdrowia..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 5. Nawet jeśli dbam o siebie, łatwo mogę zachorować..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 6. Kiedy choruję, jest to sprawa losu..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 7. Pozostanę raczej zdrowy, jeżeli dobrze zadbam o siebie..... | 1 2 3 4 5 6 |
| 8. Dokładne wypełnianie poleceń lekarza jest najlepszym sposobem zachowania dobrego zdrowia..... | 1 2 3 4 5 6 |

Proszę odwrócić kartkę

©2001 Copyright for the Polish edition by Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa
 Psychologicznego
 00 – 183 Warszawa, ul. Stawki 5/7
 Tłumaczenie i adaptacja za zgodą Autorów
 ISBN 83-88242-04-0

NIE Zdecydowanie nie zgadzam się 1	w pewnym stopniu nie zgadzam się 2	w małym stopniu nie zgadzam się 3	w małym stopniu zgadzam się 4	w pewnym stopniu zgadzam się 5	TAK Zdecydowanie Zgadzam się 6
--	--	---	--	---	---

9. Jeżeli zachoruję, to do zdrowia powracam o własnych siłach..... 1 2 3 4 5 6
10. Często czuję, że jeżeli mam zachorować, to zachoruję niezależnie od tego co zrobię..... 1 2 3 4 5 6
11. Jeżeli regularnie będę się konsultował z dobrym lekarzem, to zmniejszę prawdopodobieństwo zachorowania..... 1 2 3 4 5 6
12. Wydaje mi się, że na mój stan zdrowia duży wpływ mają przypadkowe zdarzenia..... 1 2 3 4 5 6
13. Swoje zdrowie mogę zachować jedynie konsultując się z lekarzem..... 1 2 3 4 5 6
14. Ponoszę pełną odpowiedzialność za swoje zdrowie 1 2 3 4 5 6
15. To czy pozostanę zdrowy, czy też zachoruję, zależy w dużej mierze od innych ludzi (np. lekarzy, pielęgniarek, rodziny, przyjaciół..... 1 2 3 4 5 6
16. Cokolwiek złego dzieje się z moim zdrowiem, to jest to moja wina..... 1 2 3 4 5 6
17. Kiedy zachoruję, muszę po prostu poczekać aż mi przejdzie..... 1 2 3 4 5 6
18. Lekarze utrzymują mnie w dobrym zdrowiu..... 1 2 3 4 5 6

W	I	P