



# OCZEKIWANIA PACJENTÓW WOBEC ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W PRZYCHODNI LEKARSKIEJ *MEDIKON* W BIAŁYMSTOKU

Dr n. med. Arkadiusz Czartoszewski

Dr n. o zdr. Andrzej Guzowski

Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kułak





**OCZEKIWANIA PACJENTÓW  
WOBEC ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
W PRZYCHODNI LEKARSKIEJ *MEDIKON* W BIAŁYMSTOKU**



Uniwersytet Medyczny w Białymstoku



**OCZEKIWANIA PACJENTÓW  
WOBEC ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
W PRZYCHODNI LEKARSKIEJ *MEDIKON* W BIAŁYMSTOKU**

**Dr n. med. Arkadiusz Czartoszewski,  
Dr n. o zdr. Andrzej Guzowski,  
Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kułak**

Białystok 2020

Recenzenci monografii

**Prof. dr hab. Małgorzata Kowalska**

Katedra i Zakład Epidemiologii Wydział Lekarski w Katowicach,  
Śląski Uniwersytet Medyczny Katowice

**Prof. dr hab. n. med. Jerzy T. Marcinkowski**

Komitet Zdrowia Publicznego PAN  
Kierownik Katedry Higieny i Epidemiologii Uniwersytetu Zielonogórskiego  
Uczelnia Łazarskiego w Warszawie - Wydział Medyczny

ISBN – 978-83-957032-8-7

Wydanie I

Białystok 2020

Opracowanie graficzne: Agnieszka Kułak

Monografia powstała na bazie wyników rozprawy doktorskiej Arkadiusza Czartoszewskiego  
Zawarte w niej materiały mogą być wykorzystywane tylko na użytek własny, do celów  
naukowych, dydaktycznych lub edukacyjnych.  
Zabroniona jest niezgodna z prawem autorskim reprodukcja, redystrybucja lub odsprzedaż.

Druk:

"Duchno" Teresa Duchnowska, 15-501 Białystok, ul. Baranowicka 115/307

*„Największym darem jaki otrzymałam od swych pacjentów, było zrozumienie, że istnieje coś więcej niż same lekarstwa. Coś poza ścisłą wiedzą medyczną. Troską i miłością można uzdrowić wielu cierpiących ludzi (...). W mojej pracy z pacjentami nauczyłam się że niezależnie od tego czy są to schizofrenicy, czy niedorozwinięci umysłowo, czy po prostu umierający, że ich życie ma swój cel. Wszyscy oni nie tylko mogą się od Was uczyć, od Was otrzymywać pomoc, ale mogą też stać się Waszymi nauczycielami”.*

*Elizabeth Kübler-Ross*





Szanowni Państwo

Zmiany demograficzne, postęp cywilizacyjny, techniczny i realia ekonomiczne zmuszają większość krajów do ciągłego reformowania systemu opieki zdrowotnej oraz dostosowywania jej do bieżących potrzeb. Podstawowa Opieka Zdrowotna (POZ) to pierwszy poziom profesjonalnych usług medycznych, do którego zgłaszają się pacjenci ze swoimi problemami zdrowotnymi i w którym zaspokojona zostaje większość potrzeb leczniczych i profilaktycznych populacji.

Organizacja świadczeń POZ różni się pomiędzy poszczególnymi krajami w sposób znaczny, także pod względem udziału specjalistów medycznych. W europejskich systemach ochrony zdrowia dominują lekarze ogólni (*general practitioners*) lub rodzinni (*family physicians*). Różnorodność i złożoność problemów rozwiązywanych w POZ, zestawione z różnorodnością organizacyjną, utrudniają ocenę i porównanie efektywności oraz jakości świadczeń. Dostęp do POZ powinien być jednak pozbawiony barier – fizycznych, organizacyjnych i finansowych.

Reforma z 1999 roku zakładała upodmiotowienie pacjenta, pozwalając mu na wybór miejsca leczenia, w tym także wybór lekarza POZ. W roku 2008 prawa pacjenta zostały zebrane w jednolitym akcie normatywnym, a kolejne lata przynosiły coraz to nowe rozwiązania prawne, mające wzmocnić pozycję prawną pacjenta

Z perspektywy pacjenta jedną z kluczowych wartości jest jakość oferowanych świadczeń. WONCA (World Organization of Family Doctors, Światowa Organizacja Lekarzy Rodzinnych) określa zapewnienie jakości jako „*zaplanowany, dynamiczny proces, oparty na przeglądzie aktualnie sprawowanej opieki oraz podjęciu działań, mających na celu poprawę standardu opieki nad pacjentem*”.

Przeprowadzone dotychczas badania jednoznacznie wykazują, że jakość w opiece zdrowotnej nie wynika automatycznie z poziomu wykształcenia kadry medycznej i wyposażenia placówek w nowoczesną technologię, a oprócz tych determinantów usług medycznych występują elementy, które stanowią tzw. „otoczkę” świadczeń medycznych – serdeczność, dyspozycyjność personelu, łatwość nawiązywania kontaktów, empatia, wsparcie psychiczne, udzielanie wyczerpujących informacji, warunki lokalowe, a nawet relacje interpersonalne pomiędzy pracownikami.

Z punktu widzenia medycyny rodzinnej opinia pacjenta (poziom jego oczekiwań i satysfakcji) jest istotnym parametrem oceny jakości opieki, wskaźnikiem oceny standardu usług medycznych, bowiem opieka medyczna, która nie satysfakcjonuje pacjenta, jest mniej efektywna. W związku z tym doświadczenie pacjenta jest aktualnie określane, jako jeden z trzech filarów (obok efektywności klinicznej oraz bezpieczeństwa pacjentów) dobrej jakości opieki zdrowotnej.

W literaturze ocena satysfakcji pacjenta oraz metody jej poprawy zajmują istotne miejsce. Ma to znaczenie tym większe, że wzrasta poziom świadomości zdrowotnej i edukacji prozdrowotnej na skutek gwałtownie rosnącej liczby informacji na tematy medyczne przekazywanych w środkach masowego przekazu.

Mamy nadzieję, że wyniki zaprezentowane w monografii pozwolą na szczegółowe rozpoznanie oczekiwań pacjentów, określenie przyczyn braku zadowolenia pacjentów z uzyskanych usług oraz wdrożenie działań naprawczych, służących poprawie jakości usług podniesienie poziomu zadowolenia pacjentów Przychodni Lekarskiej Medikon w Białymstoku

*Dr n. med. Arkadiusz Czartoszewski  
Dr n. o zdr. Andrzej Guzowski  
Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kulak*



## **WYKAZ AUTORÓW**

**Dr n. med. Arkadiusz Czartoszewski**

Przychodnia Lekarska *Medikon* w Białymstoku

**Dr n. o zdr. Andrzej Guzowski**

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny  
w Białymstoku

**Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kulak**

Zakład zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny  
w Białymstoku



## **SPIS TREŚCI**

<b>1. Geneza powstania podstawowej opieki zdrowotnej na świecie.....</b>	<b>Str. 13</b>
<b>2. Podstawowa opieka zdrowotna w Polsce.....</b>	<b>Str. 24</b>
<b>3. Założenia i cel pracy.....</b>	<b>Str. 36</b>
<b>4. Wyniki ogólne.....</b>	<b>Str. 39</b>
<b>5. Czynniki demograficzne a oczekiwania pacjentów.....</b>	<b>Str. 73</b>
<b>6. Stan zdrowia i satysfakcja z życia a oczekiwania pacjentów.....</b>	<b>Str. 94</b>
<b>7. Ocena zaufania do lekarza i pielęgniarki.....</b>	<b>Str. 117</b>
<b>8. Omówienie wyników.....</b>	<b>Str. 137</b>
<b>9. Wnioski z badań.....</b>	<b>Str. 163</b>
<b>10. Wykaz tabel.....</b>	<b>Str. 164</b>
<b>11. Wykaz rycin.....</b>	<b>Str. 165</b>



## GENEZA POWSTANIA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ NA ŚWIECIE

### PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA – DEFINICJA I ZNACZENIE

Podstawowa opieka zdrowotna jest wyodrębnionym elementem systemu ochrony zdrowia, umożliwiającym dostęp do świadczeń zdrowotnych, jak najbliżej miejsca zamieszkania pacjentów. Według założeń WHO (*World Health Organization*) podstawowa opieka zdrowotna jest:

- dostępna - w razie potrzeby, po akceptowalnych kosztach [1]
- ciągła - koncentrująca się nie na krótkim czasie trwania choroby, ale na długoterminowym zdrowiu osoby [2]
- kompleksowa - świadcząca zakres usług adekwatny do typowych problemów danej populacji
- skoordynowana – pełniąca dla pacjenta rolę swoistej „bramy” do systemu opieki zdrowotnej [3, 4].

W polskich warunkach podstawowa opieka zdrowotna zasięgiem swoich działań obejmuje [5]:

- „zapewnienie opieki zdrowotnej nad świadczeniobiorcą i jego rodziną;
- koordynację opieki zdrowotnej nad świadczeniobiorcą w systemie ochrony zdrowia;
- ocenę potrzeb oraz ustalenie priorytetów zdrowotnych populacji objętej opieką oraz wdrażanie działań profilaktycznych;
- rozpoznawanie, eliminowanie lub ograniczanie zagrożeń i problemów zdrowia fizycznego i psychicznego;
- zapewnienie profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz promocji zdrowia dostosowanych do potrzeb różnych grup społeczeństwa;
- zapewnienie edukacji świadczeniobiorcy w zakresie odpowiedzialności za własne zdrowie i kształtowanie świadomości prozdrowotnej”.

### POJĘCIE, CELE I ZADANIA SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA

W opisach metod organizacji ochrony zdrowia [6 – 9] nieustannie przewija się pojęcie systemu. Jak podaje słownik języka polskiego PWN (Państwowe Wydawnictwo Naukowe), jest to „układ elementów mający określoną strukturę i stanowiący logicznie uporządkowaną całość” [10].

Pojęcie „system” włączane jest w takie określenia jak: „system zdrowotny”, „system opieki medycznej”, „system opieki zdrowotnej”, czy „system ochrony zdrowia”, które często są stosowane zamiennie. Natomiast w opinii Saneckiego [11], określenie „systemu zdrowia” jest terminem najszerszym.

Według WHO „system zdrowia” są to wszystkie organizacje, instytucje i zasoby zmierzające do poprawy zdrowia [12]. Za cele funkcjonowania systemów ochrony zdrowia WHO uznaje [13]:

- stałą poprawę zdrowia populacji rozumianego jako status zdrowotny społeczeństwa opisywany przy użyciu jednoznacznych, obiektywnych i powtarzalnych mierników,
- zaspokajanie potrzeb i oczekiwań pacjentów korzystających z usług podmiotów systemu opieki zdrowia
- utrzymanie solidaryzmu finansowania systemu opieki zdrowotnej.

Na system ochrony zdrowia, za Miller i Opolski [14] składają się:

- opieka zdrowotna – klasyczna medycyna z jej działaniami leczniczymi i naprawczymi
- ochrona zdrowia – obejmująca wszelkie działania sektorów życia społeczno-gospodarczego na rzecz szeroko pojętego zdrowia publicznego
- struktury zarządzania w ochronie zdrowia
- metody finansowania.

Począwszy od drugiej połowy XIX wieku na świecie wykształciło się kilka modeli systemów zdrowia [15]. Do najbardziej klasycznych należały: model Bismarcka, model Beveridge’a i model Siemaszki, a założenia każdego z nich miały kluczowy wpływ na kształt systemu ochrony zdrowia w poszczególnych krajach [15].

## **MODEL BISMARCKA**

Model Bismarcka (ubezpieczeniowy), jest najstarszym z modeli klasycznych [8]. Jego początek datuje się na lata 80. XIX wieku, kiedy to w Rzeszy Niemieckiej rządy sprawował kanclerz Otto von Bismarck. Ówczesny rząd musiał zmierzyć się z szeregiem problemów społecznych. Z jednej strony była to rewolucja przemysłowa, napływ ludności wiejskiej do tworzących się ośrodków przemysłowych, przeludnienie miast, a z drugiej jednocześnie coraz szybszy rozwój nauk medycznych. Wszystko powyższe rodziło potrzebę całościowego spojrzenia przez rząd na problemy ludności. W otoczeniu europejskim Rzesza Niemiecka wysuwała się na czoło z wprowadzonymi (już w latach czterdziestych XIX wieku w Prusach i



Saksonii) programami socjalnymi. Niejako naturalnym ich skutkiem było uchwalenie trzech kolejnych ustaw o obowiązkowych ubezpieczeniach [16]:

- na wypadek choroby (1883 r.),
- od wypadków przy pracy (1884 r.),
- w razie starości i inwalidztwa (1889 r.).

Powyższe ubezpieczenia, wprowadzone po raz pierwszy na świecie, uczyniły z Rzeszy wzór dla innych krajów, a rozwinięty tam model systemu zdrowotnego dał początek wielu narodowym systemom ubezpieczeniowym [17]. Zgodnie z założeniami systemu, składki na ubezpieczenia były powszechne i obowiązkowe, jednakże ich wysokość zależała od pułapu osiąganego dochodu. Miały być one współdzielone, czyli częściowo opłacane przez pracownika, a częściowo przez pracodawcę. Wprowadzono też autonomiczne, w stosunku do państwa, instytucje ubezpieczeniowe – tak zwane kasy chorych. Przepływ pieniędzy organizował podział rynku usług medycznych na świadczeniodawców (podmioty lecznicze), które zawierały kontrakty z płatnikiem (kasami chorych) oraz świadczeniobiorców (pacjentów). Kluczową dla funkcjonowania systemu była zasada solidarności społecznej (zdrowi odpowiadają za chorych, bogaci za biednych), zaś zasada pomocniczości państwa, ograniczała się do odpowiedniego ustawodawstwa i organizacji sektora zdrowia. Pomimo kolejnych reform zdrowotnych, idee modelu Bismarcka w jego klasycznej postaci, nadal funkcjonują w Niemczech oraz krajach Europy Zachodniej, takich jak Francja, Belgia, Austria, czy Holandia [17]. Założenia modelu ubezpieczeniowego z powodzeniem funkcjonowały też w międzywojennej Polsce [18].

## MODEL BEVERIDGE’A

Model Beveridge’a jest to system tak zwanej narodowej (państwowej) służby zdrowia (NHS - *National Health Service*), który został wprowadzony w roku 1948 roku w Wielkiej Brytanii w oparciu o raport lorda Williama Henry’ego Beveridge’a z 1942 roku [19]. Zakładał on, że zdrowie jest dobrem publicznym, a jego zapewnienie należy do obowiązków państwa. W modelu tym częściej używano określenia „służba zdrowia”, niż „opieka zdrowotna”, ponieważ zdecydowana większość podmiotów leczniczych organizowana była przez jednostki administracji publicznej i miała do spełnienia swoistą misję [8]. Ustalono także zakres bezpłatnych usług medycznych, do których mieli równy dostęp wszyscy obywatele, niezależnie od statusu materialnego i społecznego [20]. Aby osiągnąć ten cel, opiekę medyczną, która miała być finansowana bezpośrednio z budżetu państwa, wyłączono z systemu ubezpieczeń społecznych. Dysponowanie wszystkimi środkami leżało w gestii

parlamentu, który przy pomocy narzędzi ustawodawczych zabezpieczał z budżetu określone fundusze przeznaczane na opiekę zdrowotną, zasilanego podatkami centralnymi (ogólnymi) lub lokalnymi. Najważniejszym podatkiem ogólnym był tzw. podatek celowy na rzecz ubezpieczenia narodowego (NI - *National Insurance*) [23].

W późniejszych latach, głównie za rządów Margaret Thatcher, NHS uzupełniono o sektor niezależny (prywatny), wdrożono mechanizmy częściowo rynkowe (zwiększenie rywalizacji między szpitalami), rozszerzono pulę dobrowolnych ubezpieczeń i polis zdrowotnych [21, 22]. Obecnie, w Wielkiej Brytanii, nadal funkcjonuje NHS, który opiera się na działalności tzw. opieki podstawowej (PC - *Primary Care*), obejmującej leczenie podstawowe (ok 70% wszystkich porad) zapewnione przez lekarzy pierwszego kontaktu (GP - *General Practitioner*), stomatologów, farmaceutów oraz tzw. opiekę wtórną (SC - *Secondary Care*), obejmującą leczenie specjalistyczne i leczenie szpitalne [23].

Klasyczne założenia lorda Beveridge'a dały wzór systemom zdrowotnym m. in. w Danii, Grecji, Włoszech, Portugalii i Hiszpanii [17].

## MODEL SIEMASZKI

Podstawy działania kolejnego modelu sformułował w latach 20. XX wieku radziecki komisarz do spraw zdrowia – Nikołaj Aleksandrowicz Siemaszko (bliski współpracownik Lenina) [24]. System ten nazywano od jego nazwiska modelem Siemaszki i funkcjonował on w dawnym ZSRR, a po II wojnie światowej również w innych krajach tzw. demokracji ludowych Europy środkowowschodniej, między innymi w Czechosłowacji, Węgrzech, Litwie i Polsce [24]. Model zakładał scentralizowany system organizowania i finansowania systemu ochrony zdrowia (nazywanego później, podobnie jak w modelu brytyjskim, służbą zdrowia) i rozwijany był w oparciu o pięcioletnie plany rozwoju [7]. Zgodnie z założeniami Siemaszki, państwo odpowiadało za organizację opieki medycznej, promocję zdrowia, kształcenie kadr medycznych, projektowanie i produkcję niezbędnej aparatury medycznej, wyrób leków, organizowanie niezbędnej infrastruktury. Z owych założeń wynikała też struktura własnościowa podmiotów leczniczych - państwo było właścicielem wszystkich zakładów opieki zdrowotnej (ZOZ - Zakład Opieki Zdrowotnej), a zatrudnieni w nich lekarze traktowani byli jako urzędnicy państwowi [25]. W schemacie państwowej służby zdrowia funkcjonowały państwowe szpitale, przychodnie, gabinety stomatologiczne, apteki, laboratoria medyczne i sieć sanatoriów. Sektor prywatny praktycznie nie istniał, a do minimum ograniczono liczbę indywidualnych praktyk lekarskich i prywatnych gabinetów stomatologicznych [25].

Ideą modelu radzieckiego był powszechny i bezpłatny dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej - każdy obywatel, bez względu na zarobki i status społeczny miał dostęp do szerokiego wachlarza świadczeń medycznych, z wysokospecjalistyczną opieką włącznie [25].

Jak pokazała historia, owe założenia w dużej mierze były niestety niemożliwe do zastosowania [26]. Fakt, iż planowanie finansowania służby zdrowia odbywało się na szczeblu centralnym, nieraz było przyczyną jej marginalizowania na tle innych wydatków państwa np. związanych z przemysłem czy obronnością, a to z czasem prowadziło do niewydolności finansowej służby zdrowia. Z kolei funkcjonowanie państwowych szpitali oraz przychodni i związane z tym zatrudnianie kadr na etatach państwowych, sprzyjało zjawiskom korupcyjnym [26].

Model Siemaszki obecnie traktowany jest wyłącznie jako model historyczny, a państwa, w których funkcjonował, powróciły w dużej mierze do systemów ubezpieczeniowych [24].

## KONCEPCJA „PÓL ZDROWIA” LALONDE’A

Koniec lat 60. przyniósł w Kanadzie reformę finansowania systemu opieki zdrowotnej i wprowadzony został jednolity system powszechnych ubezpieczeń społecznych, który wbrew oczekiwaniom polityków z czasem doprowadził do znacznego zwiększenia kosztów opieki zdrowotnej [27]. Aby zbadać przyczyny tego problemu, zdecydowano o powołaniu Komitetu do Spraw Kosztów Służby Zdrowia - zespołu trzynastoosobowego działającego pod kierownictwem Huberta Laframboise’a [27]. Końcowy raport firmowany przez Lalonde’a (ówczesnego ministra zdrowia i opieki społecznej Kanady) okazał się dziełem przełomowym, który na wiele lat wyznaczył obszar zainteresowań zdrowia publicznego, jako dziedziny nauki [28].

W końcowym raporcie określono cztery determinanty warunkujące zdrowie [28, 29]:

- szeroko rozumiany styl życia, na który składają się *„wszystkie uzewnętrznione behawioralnie decyzje człowieka przeważnie w formie nieświadomych nawyków i zwyczajów ukształtowanych w toku życia. Na skutek antyzdrowotnych przyzwyczajzeń tj. palenia tytoniu, nieodpowiedniej diety, nadużywania alkoholu powstają warunki realnie zagrażające zdrowiu człowieka, a w wyniku ich rozpowszechnienia i ryzyka internalizacji – zagrażające populacji”*
- czynniki biologiczne, do których zalicza się uwarunkowania genetyczne, rozwój i dojrzewanie, starzenie się, procesy adaptacyjne i regulację homeostazy
- środowisko fizyczne, rozumiane przez warunki mieszkaniowe, dochód, warunki

zatrudnienia oraz normy kulturowe

- opieka zdrowotna, a więc stan opieki medycznej, jakość i dostępność jej zasobów, aktualny stan prawny opieki zdrowotnej.

W oryginalnej pracy nie kwantyfikowano tych obszarów, a powszechnie znany podział (odpowiednio: 50%, 20%, 20%, 10%) jest efektem późniejszych badań amerykańskich [30].

Według Włodarczyka [31] koncepcja Lalonde'a istotnie inspirowała treść późniejszej debaty publicznej na temat polityki zdrowotnej.

## REZOLUCJA „HEALT FOR ALL BY THE YEAR 2000”

Międzynarodowa polityka zdrowotna z ramienia ONZ (Organizacja Narodów Zjednoczonych) realizowana jest przez specjalnie powołaną do tego celu agendę – Światową Organizację Zdrowia (WHO- *World Health Organization*) [32].

Systematycznie rosnąca świadomość nieadekwatności istniejących systemów ochrony zdrowia do problemów zdrowotnych i socjoekonomicznych ludzkości, doprowadziła do przyjęcia przez WHO (w maju 1977 roku), rezolucji nr 30.43, czyli tak zwanej strategii „Zdrowie dla wszystkich do roku 2000” (w skrócie nazywanej HFA 2000) [27, 33]. Wskazano, iż głównym celem WHO i wszystkich państw członkowskich jest „uzyskanie przez wszystkich obywateli świata poziomu zdrowia, który umożliwiłby im prowadzenie ekonomicznie i społecznie produktywnego życia” [27, 33].

Strategia HFA 2000 miała polegać na propagowaniu zachowań prozdrowotnych oraz ograniczeniu występowania chorób, które wynikają bezpośrednio z czynników modyfikowalnych, takich jak zmiana stylu życia, a także niekorzystnych dla zdrowia czynników środowiskowych [27, 33].

Rezolucja określiła zdrowie jako jeden z najważniejszych czynników napędzających rozwój ludzkości, dała też bodziec do realizacji wielu działań z zakresu zdrowia publicznego o zasięgu globalnym [27, 33].

## DEKLARACJA Z AŁMA - ATY

Poniekąd naturalnym wynikiem określenia strategii HFA 2000 była międzynarodowa konferencja w Ałma – Ata (byłym ZSRR), zorganizowana w roku 1978 przez WHO i UNICEF (*United Nations International Children's Emergency Fund*). Efektem sześciodniowych obrad ŚZZ (jednostki strukturalnej WHO), było podpisanie tak zwanej Deklaracji z Ałma – Aty [34]. Na treść dokumentu składa się dziesięć punktów określających praktyczne aspekty wdrożenia rezolucji HFA 2000 [29].

W punkcie pierwszym deklaracji ŚZZ (Światowe Zgromadzenie Zdrowia) zgromadzenie potwierdziło pozycję dotychczasowej definicji zdrowia według WHO z 1946 roku [35] mówiąc, iż *„zdrowie, które jest pozytywnym w pełni stanem fizycznym, umysłowym i społecznym, a nie tylko nieobecnością choroby lub niepełnosprawności”* [36].

W punkcie drugim i trzecim podkreślono różnice w stanie zdrowia ludności krajów rozwijających się i rozwiniętych oraz zaznaczono, że promocja zdrowia ma znaczenie dla redukcji tych różnic oraz poprawienia jakości życia i pokoju na świecie, w czwartym, zaznaczono, że jednocześnie prawem, jak i obowiązkiem ludzi, jest udział w planowaniu ich opieki zdrowotnej [34, 36].

Analogicznie, w punkcie piątym, w myśl strategii HFA 2000, zobligowano rządy państw do zapewnienia obywatelom do 2000 roku odpowiedniego poziomu zdrowia, który umożliwi im prowadzenie społecznie i ekonomicznie efektywnego życia. Ten odpowiedni (*„adequate”* [37]) poziom zdrowia został doprecyzowany w punkcie szóstym, jako oparty na *„praktycznych, naukowo popartych i społecznie akceptowalnych metodach i technologiach”* [36] i realizowany *„po kosztach jakim społeczeństwo i państwo może podolać aby utrzymać na każdym etapie ich rozwoju w duchu niezależności i samookreślenia”* [36]. Jednocześnie kluczowa stała się powszechna dostępność opieki zdrowotnej dla jednostek i rodzin, usytuowana *„tak blisko, jak tylko możliwe, miejsc, gdzie ludzie żyją i pracują”* [36]

Najbardziej rozbudowana, siódma część deklaracji zakładała, że POZ (podstawowa opieka Zdrowotna:

- *„Odzwierciedla i wyływa z warunków ekonomicznych oraz społeczno-kulturowych i politycznych cech kraju i jego społeczeństwa oraz jest oparta na uzyskaniu odpowiednich wyników świadczeń socjalnych, biomedycznych i zdrowotnych oraz nauki i doświadczeniu zdrowia publicznego”* [36]
- *„Jest ukierunkowana na główne problemy zdrowotne w społeczeństwie, dostarczając świadczenia promocyjne, prewencyjne, lecznicze i rehabilitacyjne”* [36]
- *„Składa się przynajmniej z: edukacji dotyczącej najczęstszych problemów zdrowotnych i ich zwalczania; promocji zaopatrzenia w żywność i właściwego odżywiania; odpowiedniego zaopatrzenia w bezpieczną wodę i podstawowe warunki sanitarne; opieki nad zdrowie matki i dziecka, łącznie z planowaniem rodziny; szczepień przeciw głównym chorobom zakaźnym; zapobiegania i zwalczania występujących lokalnie chorób endemicznych; właściwego leczenia powszechnych chorób i urazów; oraz dostarczania podstawowych leków”* [36]

- *„Angażuje, oprócz sektora zdrowia, wszystkie odpowiednie sektora i aspekty państwowego i społecznego rozwoju, a w szczególności rolnictwo, hodowle zwierząt, produkcję żywności, przemysł, edukację, mieszkalnictwo, prace publiczne, komunikację i inne sektory; oraz domaga się skoordynowanych wysiłków tych wszystkich sektorów” [36]*
- *wymaga i promuje maksymalną społeczną i indywidualną niezależność i uczestnictwo w planowaniu, organizacji, działaniu i kontroli podstawowej opieki zdrowotnej korzystając w jak najszerszym zakresie z lokalnych, krajowych i innych osiągalnych zasobów; i dla tego celu rozwija odpowiednią edukację w zakresie zdolności uczestnictwa społeczeństwa w tych działaniach” [36]*
- *„Powinna być rozwijana przez zintegrowane, funkcjonalne i wzajemnie się wspierające systemy referencyjne, prowadząc do stałej poprawy całościowego zdrowia dla wszystkich oraz dając pierwszeństwo tym, którzy są w największej potrzebie” [36]*
- *„Polega na lokalnym i referencyjnym poziomach, na pracownikach opieki zdrowotnej włączając lekarzy, pielęgniarki, położne, personel pomocniczy i pracowników socjalnych tam gdzie zachodzi potrzeba, a także uzdrowiaczy tradycyjnych jeśli trzeba, lecz odpowiednio przygotowanych społecznie i technicznie aby działać jako zespół opieki zdrowotnej i odpowiadać wyrażonym potrzebom zdrowotnym społeczeństwa” [36].*

W deklaracji zalecono także, aby rządy państw skoordynowały działanie podstawowej opieki zdrowotnej, jako elementu całego krajowego systemu opieki zdrowotnej, z pozostałymi sektorami działalności państwa, z zapewnieniem odpowiednich zasobów i racjonalnym wykorzystaniem osiągniętych środków [36]. Zaznaczono, że realizacja regionalnych strategii ochrony zdrowia (punkt IX), nie może pozostawać oderwana od realiów funkcjonowania systemów zdrowotnych innych krajów, bowiem w każdym kraju, radość ludzi ze zdrowia, daje korzyści każdemu innemu krajowi [36].

W ostatniej części deklaracji pojawił się apel o lepsze wydatkowanie światowych zasobów, z których obecnie większość przeznaczana jest na cele zbrojeniowe, co wydawało się jak najbardziej zasadne z punktu widzenia sytuacji na świecie i toczącej się zimnej wojny między dwoma największymi mocarstwami świata [36].

Reasumując, w ówczesnych realiach deklaracja z Ałma – Aty okazała się dziełem niezwykle istotnym, a według Cianciary [30], wręcz wizjonerskim, znajdującym wydzźwięk w wielu późniejszych analizach i wywierającym „moralną presję” [38] na rządzących.

Po raz pierwszy w historii stwierdzono, iż kluczowe dla realizacji celów strategii HFA 2000 jest wzmocnienie pozycji podstawowej opieki zdrowotnej, a PHC ma być podstawą

krajowych systemów opieki zdrowotnej [38]. Jak zauważa Bem [39], położono nacisk na model systemu zdrowotnego, w którym powszechność opieki zdrowotnej powinna opierać się na funkcjonowaniu w systemie placówek niepublicznych oraz działalności społeczności lokalnych. Galewicz [40] podkreśla, że w świetle zaleceń płynących z deklaracji „*podstawowa opieka zdrowotna obejmuje nie tylko fundamentalną warstwę opieki zdrowotnej w węższym rozumieniu; w jej skład wchodzi również społeczna, a szczególnie państwowa aktywność, mające na celu zaopatrzenie ludności w elementarne dobra warunkujące zdrowie*”.

## PIŚMIENNICTWO

1. Strona internetowa WHO <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/primary-health-care> (data dostępu 26.02.2019)
2. Strona internetowa WHO <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/primary-health-care/main-terminology> (data dostępu 26.02.2019)
3. Starfield B.: Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology, New York: Oxford University Press, 1998.
4. Linden, M., Gothe, H. i Ormel, J.: Pathways to care and psychological problems of general practice patients in a “gate keeper” and an “open access” health care system, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2003; 38: 690-697.
5. Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, Dz.U. 2017 poz. 2217.
6. Wielicka K.: Zarys funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej w wybranych krajach Unii Europejskiej, *Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej*, 2014: 491-504.
7. Jończyk P.: Struktura systemów oraz finansowanie opieki zdrowotnej w Polsce i na świecie, *Master of Business Administration*, 2010; 2(103): 116–139.
8. Mróz T.: Uwarunkowania prawne, ekonomiczne i socjologiczne funkcjonowania wybranych systemów ochrony zdrowia, Białystok: Temida 2, 2012.
9. Włodarczyk C., Poździoch S.: Systemy zdrowotne, zarys problematyki, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2001.
10. Słownik języka polskiego PWN, <https://sjp.pwn.pl/slowniki/> (data dostępu 23.02.2019).
11. Senecki M.: Systemy zdrowia – Procesy transformacji – Przyczyny i cele zmian [w:] *Zdrowie publiczne - Wybrane zagadnienia Tom I*, Opolski J. (red.), Warszawa, 2011, 31-47.
12. The World Health Report 2000 – Health systems: improving performance, WHO, Geneva 2000.

13. Paszkowska M.: System ochrony zdrowia w Polsce - zmiana modelu, *Problemy Zarządzania*, 2017; 15/3(1): 25-41.
14. Miller M, Opolski J.: Zdrowie Publiczne w Polsce a polityka zdrowotna w świetle dokumentów Światowej Organizacji Zdrowia, *Postępy Nauk Medycznych*, 2009; 4: 282-289
15. Sanecki M.: Przegląd modeli opieki zdrowotnej i ubezpieczeń zdrowotnych w różnych krajach świata, [w:] *Zdrowie publiczne – wybrane zagadnienia*, Opolski J. (red.), Warszawa, 2008: 119–170.
16. Chylak K.: Systemy organizacji i finansowania ubezpieczeń społecznych na ziemiach polskich przed powstaniem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, 2014; 9(2): 7-16.
17. Kulesher R, Forrestal E.: International models of health systems financing, *Journal of Hospital Administration*, 2014; 3(4): 127-139.
18. Lenio P.: *Publicznoprawne źródła finansowania ochrony zdrowia*, Warszawa: Wolters Kluwer, 2018.
19. Social and Allied Services (The Beveridge Report), 1942 <https://sourcebooks.fordham.edu/mod/1942beveridge.asp> (data dostępu 21.02.2019).
20. Kautsch M, Klich J, Whitfield M.: *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2001.
21. Jacobs A.: Seeing Difference: Market Health Reform in Europe, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 1998; 23(1): 1–33.
22. Blendon R.J., Donelan K.: British Public Opinion on National Health Service Reform, *Health Affairs Journal*, 1989; 8(4): 52-62.
23. Strona internetowa NHS, <https://www.nhs.uk/> (data dostępu 21.02.2019).
24. Depta A.: Transformacja współczesnych systemów zdrowotnych w wybranych krajach [w:] *Finansowanie ochrony zdrowia, wybrane zagadnienia*, Suchecka J.(red.), Kraków: Wolters Kluwer, 2015: 27-61.
25. Jasiński G.: Wybrane aspekty organizacji i metod finansowania systemów ochrony zdrowia w państwach europejskich, *Biuletyn Kas Chorych*, 2001, 3-4: 16-22.
26. Krajewski-Siuda K, Romaniuk P, Pomierna I.: Reformy zdrowotne w Polsce a problem korupcji – w poszukiwaniu determinantów przebiegu procesów reformatorskich, *Annales Academiae Medicae Silesiensis*, 2010; 61(1-2): 75-90.
27. Wysocki MJ, Miller M.: Paradygmat Lalonde'a, Światowa Organizacja Zdrowia i nowe zdrowie publiczne, *Przegląd Epidemiologiczny*, 2003; 57: 505–512.



28. Lalonde M.: *A New Perspective on the Health of Canadians*, Canada, Ottawa, 1974, <https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/population-health/a-new-perspective-on-health-canadians.html> (data dostępu 6.06.2020).
29. Kozłowska E, Marzec A, Kalinowski P, Bojakowska U.: Koncepcja zdrowia i jego ochrony w świetle literatury przedmiotu, *Journal of Education, Health and Sport*, 2016; 6(9): 575-585.
30. Cianciara D.: Zarządzać zdrowiem albo robić rachunki umieralności – oto jest pytanie do zdrowia publicznego w Polsce, *Przegląd Epidemiologiczny*, 2013; 67: 741 – 747.
31. Włodarczyk CW.: *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Kraków: Vesalius, 1996.
32. Poździoch S., Ryś A.: *Zdrowie publiczne, wybrane zagadnienia*, Kraków: Vesalius, 1996.
33. World Health Organization. *Primary health care. Report of the International Conference on Primary Health Care „Health for All” Series, No. 1*. Genewa, WHO, 1978.
34. *Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 1978*.
35. *Official records of the World Health Organisation No. 2. Summary report on proceedings minutes and final acts of the International Health Conference in New York from 10 June to 22 July 1946*. Nowy Jork, Genewa 1948, 16.
36. *Polskie tłumaczenie Deklaracji z Ałma–Aty, Promocja zdrowia, kultura zdrowotna i fizyczna*, 2015; 6(294): 15-16.
37. Strona internetowa WHO, <http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/declaration-of-alma-ata,-1978> (data dostępu 17.02.2019).
38. Cueto M.: The origins of Primary Health Care and selective Primary Health Care, *American Journal of Public Health*, 2004; 94(11): 1864-1874.
39. Bem A.: Podstawowa opieka zdrowotna – rola w systemie ochrony zdrowia, mechanizmy wynagradzania świadczeniodawców, *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, 2011; 158: 566-575.
40. Galewicz W.: *Zdrowie jako prawo człowieka*, Diametros, 2014; 42: 57–82.

## PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA W POLSCE

### OCHRONA ZDROWIA W II RP

Rzeczpospolita, odradzająca się po czasach zaborów, była państwem bardzo niejednorodnym, a 123. lata podziału ziem polskich, pomiędzy trzech zaborców, odcisnęły na poziomie życia ludności i organizacji administracji publicznej trwałe piętno [1]. Stan zdrowia ówczesnej ludności Polski był zły [2]. Dodatkowo dziesiątkowały Polaków, szalejące epidemie tyfusu, ospy prawdziwej, grypy, czy gruźlicy. Szerzeniu chorób sprzyjał także głód, fatalne warunki higieniczno-sanitarne i znikoma świadomość zdrowotna ludności [3].

Walka o poprawę stanu zdrowia Polaków toczyła się u progu powstania II Rzeczpospolitej, nieco na uboczu działań niepodległościowych [4]. Jeszcze przed odzyskaniem niepodległości, 03.01.1919, Rada Regencyjna Królestwa Polskiego (RRKP) wydała dekret o tymczasowej organizacji władzy państwowej, w którym sprawy zdrowotne Polaków powierzono Ministerstwu Spraw Wewnętrznych (MSW) [4]. Również w owym dekreście, po raz pierwszy w historii II RP, użyto określenia „*służby zdrowia*” [4]. Niespełna trzy miesiące później nadzór nad służbą zdrowia wyłączono z kompetencji MSW, powierzając go nowoutworzonemu Ministerstwu Zdrowia Publicznego, Opieki Społecznej i Ochrony Pracy (MZPOSiOP) [5], na czele którego stanął Witold Chodźko, działacz społeczny, lekarz psychiatra i neurolog [6, 7]. W zakres kompetencji nowego resortu wchodziło między innymi zwalczanie chorób zakaźnych, opieka sanitarno–lekarska nad ciężarnymi, dziećmi, nadzór nad higieną mieszkań, miejsc pracy oraz organizacja szpitalnictwa. Wszystkie te działania określone były jednak dość ogólnikowo, a rzeczywistą opiekę zdrowotną nad ludnością powierzono samorządom [8].

W oparciu o funkcjonujący na terenie Prus model Bismarcka, na terenach II RP, już w roku 1920, wprowadzono ujednolicony system obowiązkowego ubezpieczenia chorobowego [9]. Ubezpieczeniem miały być objęte wszystkie osoby, bez względu na wiek i płeć, zatrudnione na podstawie stosunku służbowego lub roboczego. Składka na ubezpieczenie wynosiła 6,5% zarobku i w 3/5 była pokrywana przez pracodawcę, a w 2/5 przez pracownika [10]. Obowiązkowe ubezpieczenia miały gwarantować pracownikom bezpłatny dostęp do opieki lekarskiej w czasie trwania choroby, a także zasiłek rekompensujący utratę pensji i zasiłek pogrzebowy. Ubezpieczenia chorobowe wbrew ideowym założeniom nie były powszechne. Nie objęły dużej rzeszy mieszkańców wsi, pracowników umysłowych o wysokich zarobkach, drobnych rzemieślników, czy bezrobotnych [11]. Na dzień 30.09.1921, a więc

w momencie przeprowadzenia pierwszego powszechnego spisu ludności, na ogólną liczbę 27,2mln ludności II RP [12], obowiązkowym ubezpieczeniem objętych było niespełna 5,5% obywateli [13].

Środkami ze składek miały dysponować, powołane w myśl ustawy Kasy Chorych, utworzone po jednej w każdym powiecie oraz dodatkowe w miastach powyżej 50. tys. mieszkańców [9]. Przynależność ubezpieczonego do danej kasy była obowiązkowa i wynikała z jego miejsca zamieszkania. Wiązało się to z wprowadzeniem swego rodzaju rejonizacji. Kasy Chorych, jako płatnicy, organizowały ubezpieczonym dostęp do pomocy lekarskiej w pobliżu miejsca zamieszkania, najczęściej w formie specjalistycznej opieki ambulatoryjnej (raczej jako pomocy doraźnej) [9].

Niezależnie od funkcjonowania Kas Chorych państwo podejmowało próby realizacji założeń ustawy sanitarnej [8]. Począwszy od roku 1925 na terenach II RP powstawały tak zwane ośrodki zdrowia, czyli instytucje terenowe, lokalizowane w miejscowościach gminnych, nastawione głównie na zapobieganie chorobom (gruźlica, jaglica, choroby weneryczne), opiekę nad matką i dzieckiem oraz walkę z alkoholizmem. Ponieważ nie istniała powszechna opieka zdrowotna, nie były to więc (w obecnym rozumieniu) placówki lecznicze. W roku 1937 w sumie funkcjonowało ich mniej niż 500., a swoją opieką obejmowały ok 1,4mln ludzi [2]. Problemem w tworzeniu ośrodków zdrowia były zdecydowane braki kadrowe, a szczególnie lekarzy. W roku 1923 na 10. tys. ludzi przypadało 2,4 lekarza [14] (dla porównania w roku 2018 było to 2,4 lekarza na 1 tys. mieszkańców [15]). Nie bez znaczenia była też niechęć lekarzy do pracy na wsi, gdzie jeszcze w roku 1931 mieszkało ponad 72% ogólnej ludności Polski [16]. Zarobki oferowane lekarzom w ośrodkach zdrowia były niskie, a lekarzy skutecznie odstraszał fakt, że praca na prowincji, najczęściej wśród biednej ludności chłopskiej, wykluczała możliwość odbywania wizyt prywatnych [17].

Z biegiem lat zaznaczał się problem niewydolności finansowej Kas Chorych i w roku 1933, w myśl ustawy o ubezpieczeniu społecznym, zastąpiono je Ubezpieczalniami Społecznymi [18]. Każda ubezpieczalnia zatrudniała tak zwanych lekarzy domowych, zwykle po jednym na każdy rejon, czyli jednostkę administracyjno-terytorialną ubezpieczalni [19]. Ideą wprowadzenia zmian było „*zbliżenie lekarza do pacjentów, naprawiające błąd lecznictwa kas chorych, w których pacjent był anonimowym numerkiem*” [20]. Uproszczono schemat zgłaszania się do lekarza - pacjent nie musiał już udawać się do odpowiednich biur administracyjnych Kasy Chorych celem potwierdzenia prawa do świadczeń przed każdą wizytą u lekarza, a jedynym dokumentem niezbędnym żeby zapisać się na wizytę była legitymacja ubezpieczeniowa [21]. Od tej pory, każdy ubezpieczony oraz jego rodzina, mógł

zgłosić się do swojego lekarza rejonowego (domowego) po poradę, nie tylko w momencie zachorowania, ale również w czasie zdrowia. Instytucja lekarza domowego miała rozwijać się kosztem lekarzy specjalistów przyjmujących głównie w miastach [20].

Reformy ubezpieczeniowe i zdrowotne okresu dwudziestolecia międzywojennego od samego początku spotykały się z przeszkodami w ich realizacji, takimi jak zły wyjściowy stan zdrowia Polaków po okresie zaborów, braki kadrowe, czy wreszcie niedobory finansowe. Czynniki powyższe sprawiły, iż nigdy nie udało się zrealizować ich do końca, a definitywny kres ambitnym założeniom miała położyć II wojna światowa [17].

### OCHRONA ZDROWIA W LATACH 1945 – 1989

W początkach kształtowania modelu ochrony zdrowia PRL (Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej), Prętki wyróżnia dwa etapy [22].

W pierwszej kolejności, bezpośrednio po zakończeniu działań wojennych, system organizowano w oparciu o przepisy prawa przyjęte w okresie II Rzeczypospolitej. Chodzi tu głównie o wcześniej wspomnianą ustawę o ubezpieczeniu społecznym z 1933 roku [18] oraz uchwaloną w przededniu II wojny światowej ustawę o publicznej służbie zdrowia [23]. Były to działania jedynie doraźne i tymczasowe, gdyż nie odpowiadały nowym warunkom społecznym i politycznym. Poprzedni system krytykowano za wielotorowość opieki zdrowotnej i niewielką jej dostępność [24].

Drugi etap rozpoczął się w momencie uchwalenia ustawy o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia [25]. Jej celem była realizacja założeń państwa socjalistycznego i wdrożenie gospodarki planowej w opiece zdrowotnej. Wprowadzając ustawę podkreślano, iż *„zdrowie obywateli nie jest ich sprawą prywatną lecz problemem państwowym”* [26]. Postawienie takich założeń było kluczowe dla realizacji idei tak zwanego państwa opiekuńczego (ang. *welfare state*) [27, 28, 29], na wzór radzieckiego modelu Siemaszki.

Realizacja ustawy nie oznaczała jednak zupełnej reorganizacji podmiotów ochrony zdrowia, a jedynie włączenie ich w system jednolitego planowania w ramach narodowych programów gospodarczych [30].

Od tej pory wszystkie decyzje o organizacji służby zdrowia miały zapadać na szczeblu centralnym, w tym np. Minister Zdrowia ustalał rozmieszczenie zakładów społecznych służby zdrowia i decydował o ich finansowaniu oraz normach obsady personalnej [31].

Do zakładów społecznych służby zdrowia zaliczano zakłady lecznicze utrzymywane przez państwo, związki samorządu terytorialnego, czy instytucje ubezpieczeń społecznych i przez to do minimum ograniczono zasięg sektora prywatnego [25].

Najwyżej w drabinie zakładów leczniczych znajdowały się te o charakterze specjalistycznym, utrzymywane bezpośrednio przez państwo, obsługujące teren co najmniej jednego województwa (szpitale kliniczne, szpitale wojewódzkie, szpitale psychiatryczne, czy instytuty przeciwrakowe) [25].

Do obowiązków powiatowych związków samorządu terytorialnego należało utrzymanie szpitali powiatowych (zapewniających leczenie co najmniej w zakresie chorób wewnętrznych, chirurgii, ginekologii i położnictwa, chorób dziecięcych i zakaźnych), okręgowych ośrodków zdrowia (obejmujących co najmniej jedną gminę) oraz powiatowych ośrodków zdrowia, które uzupełniały ich działalność o lecznictwo specjalistyczne [25].

W późniejszych latach o kształcie opieki podstawowej zdecydowało rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 1967 roku w sprawie organizacji otwartej opieki zdrowotnej, uzupełniające przepisy ustawy z 1948 roku [32].

W celu zapewnienia podstawowej opieki zdrowotnej, obszar województwa podzielono na obwody zapobiegawczo - lecznicze, a każdy obwód na rejony zapobiegawczo – lecznicze [32].

Obwodem zwykle był obszar powiatu (bądź miasta stanowiącego powiat) lub jego część licząca ponad 100. tys. mieszkańców, w jego obrębie działały właściwe zakłady społeczne służby zdrowia, które miały zapewnić zamieszkałym na ich terenie obywatelom opiekę specjalistyczną w dziedzinach medycyny innych, niż funkcjonujące w ramach rejonu - tak więc placówki obwodowe udzielały świadczeń specjalistycznych [32].

Rejon obejmował zwykle obszar liczący co najmniej 3. tys. mieszkańców, przy czym rejony wiejskie obsługiwali zazwyczaj lekarze ogólni oraz lekarze dentyści, a w rejonach obejmujących miasta wojewódzkie i powiatowe opiekę zdrowotną sprawowali lekarze chorób wewnętrznych lub medycyny ogólnej, pediatrii, ginekologii i położnictwa oraz lekarze dentyści [32].

Osoby zamieszkałe lub zatrudnione na określonym obszarze mogły korzystać jedynie ze świadczeń terenowo właściwego zakładu otwartej opieki zdrowotnej, a ze świadczeń specjalistycznych - wyłącznie po uzyskaniu skierowania od lekarza rejonowego [32].

W myśl rozporządzenia, otwartą opiekę zdrowotną sprawowały [32]: miejskie, dzielnicowe lub osiedlowe przychodnie rejonowe; wiejskie ośrodki zdrowia; powiatowe

przychodnie obwodowe; przychodnie przyszpitalne i przykliniczne; przychodnie i ośrodki wojewódzkie oraz punkty lekarskie, felczerskie, pielęgniarskie i położnicze

Każda z wyżej wymienionych instytucji, pomimo iż działała w ramach pozornie jednolitego systemu, dążyła odrębnie do realizacji powierzonych jej celów, mimo iż były one niemal identyczne. Zdaniem Indulskiego, podział ten nie był sprzyjający zachowaniu ciągłości opieki zdrowotnej i spowodował „*nieskoordynowane rozczłonkowanie świadczonych usług zdrowotnych*” [33].

Począwszy od roku 1973 zaczęto powoływać tak zwane Zespoły Opieki Zdrowotnej (ZOZ) [34]. Istotą reorganizacji było zniesienie sztucznych barier organizacyjnych spowodowanych samodzielnością jednostek służby zdrowia. W tym celu dokonywano połączenia lecznictwa otwartego, lecznictwa zamkniętego oraz (w części przypadków) stacji pogotowia ratunkowego w jedną instytucję – Zespół Opieki Zdrowotnej. Powyższe miało sprzyjać lepszemu wykorzystaniu zasobów materialnych i kadrowych służby zdrowia oraz bardziej kompleksowemu udzielaniu świadczeń zdrowotnych [33].

Pod koniec lat 80. służba zdrowia PRL charakteryzowała się dużym upolitycznieniem, a do jej głębokiej niewydolności doprowadziła nadmierna centralizacja i nieefektywna alokacja środków finansowych [35]. Negatywne nastroje panujące wśród pacjentów ewidentnie podsycaly rozprzestrzenioną korupcję oraz coraz bardziej wydłużające się kolejki do specjalistów i na specjalistyczne badania. Windak i wsp. [36] krytyce poddają dualizm ówczesnego modelu opieki podstawowej - w wiejskich ośrodkach zdrowia intencjonalnie zatrudniano lekarzy ogólnych, a w miastach utrzymywano model wielospecjalistyczny model (zaczepnięty ze wzorów sowieckich) [36]. Zarzutem Prętkiego [22], kierowanym w stronę lekarzy ogólnych, było zbyt częste odsyłanie pacjentów do specjalistów, co niepotrzebnie wydłużało kolejki i generowało dodatkowe koszty. Balicki i wsp. [37], w swoim raporcie, krytycznej ocenie poddali ograniczoną możliwość wyboru lekarza wynikającą z rejonizacji, brak lekarza odpowiedzialnego za koordynację diagnostyki i leczenia, czy chociażby niedostateczną wiedzę i umiejętności lekarzy rejonowych, wynikające z braku dostatecznego przeszkolenia (do podjęcia pracy w ośrodku zdrowia nie było wymagane posiadanie jakiegokolwiek specjalizacji lekarskiej).

## **KSZTAŁTOWANIE SIĘ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ PO 1989 ROKU**

Po roku 1989 następowało stopniowe odchodzenie od scentralizowanego modelu budżetowego, na rzecz modelu ubezpieczeniowego i wraz ze zmianą ustroju państwa polskiego, pojawiła się możliwość głębokich reform [38, 39]. W roku 1990 rząd premiera Tadeusza

Mazowieckiego przyjął raport wskazujący na potrzebę wzmocnienia pozycji podstawowej opieki zdrowotnej w strukturze systemu ochrony zdrowia [40]. Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z 1991 roku dopuściła możliwość funkcjonowania obok siebie jednostek publicznych (prowadzonych przez państwo lub jednostki samorządu terytorialnego) i jednostek niepublicznych (prowadzonych między innymi przez osoby fizyczne, zakłady pracy, instytucje zagraniczne) [41, 42]. Stworzyła także prawne możliwości przekształcania dotychczasowych instytucji spełniających cele opieki podstawowej (ośrodki zdrowia, poradnie rejonowe), w jednostki niezależne i finansowane na podstawie negocjowanych umów (kontraktów) [37]. Rok później powołano Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce (KLRwP) - stowarzyszenie, które miało odpowiadać za jak najszybsze wprowadzenie w polskich warunkach instytucji lekarza rodzinnego, będącego podstawą funkcjonowania POZ [43]. Z kolei niespełna dwa lata później, w 1994 roku, oficjalnie utworzono odrębną specjalizację - medycynę rodzinną [36, 44], opracowano też programy kształcenia z medycyny rodzinnej dla lekarzy już pracujących w opiece podstawowej (lekarzy ogólnych, internistów, pediatrów), w ramach tak zwanej „krótkiej ścieżki specjalizacyjnej” i w tym samym roku, w Żywcu, otworzono pierwszą polską poradnię lekarza rodzinnego [45].

Niemniej jednak, początki funkcjonowania medycyny rodzinnej i podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce były trudne. Postulowano, iż *„lekarz rodzinny jest dobrym rozwiązaniem, ale tylko w wiejskich terenach, małych miejscowościach, tam, gdzie daleko do miasta i specjalistów”* [46]. Oddając nastroje wśród pacjentów, wspomina się, że *„społeczeństwo nie akceptowało nowej formy, zwłaszcza w miastach. Każdy był przyzwyczajony do starego systemu, gdzie z dzieckiem idzie się do pediatry, kobieta w ciąży do ginekologa, a pacjent dorosły idzie do internisty”* [47].

Ambitnym założeniom reformatorskim w ochronie zdrowia nie sprzyjały też zawirowania na scenie politycznej. Mróz i wsp. [38] podkreślają, że częste zmiany ekip rządzących i związany z tym brak porozumienia w kwestii opracowania spójnej polityki zdrowotnej sprawiły, iż demontaż systemu socjalistycznej opieki zdrowotnej trwał prawie dekadę – do roku 1999, kiedy to ostatecznie wprowadzono w Polsce powszechne ubezpieczenia zdrowotne. Wdrożona przez rząd Jerzego Buzka reforma zmieniła system finansowania ochrony zdrowia z budżetowego na budżetowo – ubezpieczeniowy [48].

Od 1999 roku źródłem finansowania publicznej opieki zdrowotnej stały się środki pochodzące z obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych, a głównym płatnikiem stały się Kasy Chorych. Przez pojęcie płatnika Szetela [49] rozumie *„podmiot dokonujący, w części lub w całości, zakupu świadczeń opieki zdrowotnej w imieniu pacjenta lub refinansujący te*

*świadczenia*”. Reforma ta kładła nacisk na komercjalizację usług medycznych, wprowadzenie mechanizmów rynkowych w sektorze zdrowotnym, zniesienie rejonizacji i wprowadzenie możliwości wolnego wyboru lekarza. Abstrahując od wcześniejszych reform z początku lat 90., Balicki [50] uważa, że dopiero reforma z 1999 „doprowadziła do utworzenia instytucji podstawowej opieki zdrowotnej. Lekarzowi pierwszego kontaktu (lekarz rodzinny) przypisano funkcję kontrolowania popytu na usługi medyczne przez decyzje o skierowaniu (lub nie) na dalsze leczenie u specjalisty lub w szpitalu”.

## WSPÓŁCZESNY MODEL FUNKCJONOWANIA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W POLSCE

Obecnie, głównym płatnikiem w polskim systemie opieki zdrowotnej jest Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), utworzony w 2003 roku w miejsce kas chorych [51]. Oddziały wojewódzkie NFZ odpowiadają za zawieranie umów na wykonywanie świadczeń zdrowotnych ze świadczeniodawcami [52]. Umowy zawierane są po przeprowadzeniu konkursu ofert i gwarantują finansowanie określonej puli świadczeń (tzw. limity). Wyjątek stanowi tu podstawowa opieka zdrowotna, która finansowana jest w oparciu o tak zwaną stawkę kawitacyjną, czyli kwotę wypłacaną na każdego pacjenta objętego taką opieką [53, 54, 55].

Zadania z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej realizuje zespół składający się z: lekarza POZ, pielęgniarki POZ oraz położnej POZ [56].

Pacjent ma prawo imiennego wyboru lekarza rodzinnego, pielęgniarki oraz położnej, na podstawie pisemnej deklaracji wyboru [56].

Lekarz POZ udziela świadczeń, do których zalicza się [57]:

- profilaktykę chorób – badanie, porady w ramach profilaktyki wieku rozwojowego oraz szczepienia ochronne
- świadczenia w zakresie profilaktyki chorób układu krążenia
- udzielanie porad w leczeniu różnych schorzeń, w tym zapewnienie diagnostyki laboratoryjnej oraz obrazowej i nie obrazowej (EKG, USG, RTG) zgodnie z obowiązującym wykazem
- wykonywanie różnych zabiegów w gabinecie zabiegowym oraz w domu pacjenta
- orzekanie o stanie zdrowia
- inne świadczenia wynikające z potrzeb populacji objętej opieką, np.: kierowanie do poradni specjalistycznych, szpitala, na leczenie uzdrowiskowe, kwalifikowanie doświadczeń transportu sanitarnego, wystawianie zleceń przewozów, zleceń na



realizację świadczeń z zakresu zadań pielęgniarki POZ, wystawianie zaświadczeń dotyczących stanu zdrowia pacjenta, itp..

Świadczenia pielęgniarki POZ obejmują działania związane z [57]:

- profilaktyką u dzieci w wieku 0-6 r.ż.
- profilaktyką gruźlicy
- świadczeniami leczniczymi, w tym: wykonywaniem iniekcji i zabiegów na podstawie zleceń lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego, w gabinecie pielęgniarki POZ i/lub w domu pacjenta
- diagnostyką, w tym: pobieranie materiałów do badań na podstawie zlecenia lekarza POZ, w sytuacji gdy z przyczyn medycznych powinna być zrealizowana w domu pacjenta
- działaniami pielęgnacyjnymi i rehabilitacyjnymi, zwłaszcza odniesieniu do osób, u których, w wyniku choroby, występuje ograniczenie sprawności psychofizycznej.

Świadczenia położnej POZ obejmują działania związane z [57]:

- edukacją w zakresie planowania rodziny
- opieką w okresie ciąży, porodu oraz połogu
- edukacją przedporodową realizowaną u kobiet w ciąży (w tym w ciąży wysokiego ryzyka), począwszy od 21. (dwudziestego pierwszego) tygodnia ciąży, do czasu terminu rozwiązania
- opieką nad kobietą, noworodkiem oraz niemowlęciem do ukończenia 2. (drugiego) miesiąca życia, realizowaną w ramach wizyt patronażowych
- opieką nad kobietą w każdym okresie jej życia.

Uzupełnienie świadczeń realizowanych w podstawowej opiece zdrowotnej stanowią świadczenia realizowane przez pielęgniarkę/higienistkę szkolną oraz świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej [56].

## PIŚMIENNICTWO

1. Morawski W.: Gospodarka II Rzeczypospolitej [w:] Polski wiek XX, Persak K., Machcewicz P. (red.), Warszawa: Bellona i Muzeum Historii Polski, 2009: 271–300.
2. Dwadzieścia lat publicznej służby zdrowia w Polsce odrodzonej 1918 - 1939, Warszawa 1939.

3. Lisiak H, Żok A.: Stan zdrowia społeczeństwa II Rzeczypospolitej w pierwszych latach niepodległości i zmagania Państwa z epidemiami chorób zakaźnych, *Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Handlu i Usług w Poznaniu*, 2017; 35: 109 – 126.
4. Dekret Rady Regencyjnej o tymczasowej organizacji Władz Naczelnych w Królestwie Polskim, *Dz.U.* 1918 nr 1 poz. 1.
5. Dekret Rady Regencyjnej Królestwa Polskiego o utworzeniu Ministerstwa Zdrowia Publicznego, Opieki Społecznej i Ochrony Pracy, *Dz.U.* 1918 nr 5 poz. 8.
6. Cianciara D.: Zdrowie publiczne w Polsce przed II wojną światową – lekcja dla współczesnych, *Przegląd Epidemiologiczny*, 2011; 65: 635 – 641.
7. Radzik T., Skarberk J., Witusik A.: *Słownik Biograficzny Miasta Lublina*, Lublin: Wydawnictwo UMCS, 1993.
8. Zasadnicza ustawa sanitarna z dnia 19 lipca 1919 r., *Dz .Pr. P. P.* 1919 nr 63 poz. 371.
9. Ustawa z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, *Dz.U.* 1920 nr 44 poz. 272.
10. Makarzec P.: Ubezpieczenia społeczne w II Rzeczypospolitej, *Zeszyty Naukowe WSEI seria: Administracja*, 2012; 1: 197-210.
11. Wójcik M.: Zdrowotne aspekty życia rodzin robotniczych w II Rzeczypospolitej, *Journal of Ecology and Health*, 2011; 5: 225-229.
12. Kubiczek F.: *Historia Polski w liczbach*, Warszawa: ZWS, 1994.
13. Ćwiąkała – Małys A., Łagowski P.: Ewolucyjny obraz przekształceń systemu ochrony zdrowia w Polsce, *Przegląd Prawa i Administracji*, 2013; 93: 89-101.
14. Bielak R.: *100 lat Polski w liczbach 1918-2018*, Warszawa: GUS, 2018.
15. *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paryż 2018.
16. Drugi powszechny spis ludności Polski z roku 1931, <http://statlibr.stat.gov.pl/F> (dostęp 02.03.2019)
17. Wiśniewski Z.: Lekarze w II Rzeczypospolitej - Ostatnia ustawa zdrowotna II Rzeczypospolitej, *Gazeta Lekarska*, 2008; 6: 36-39.
18. Ustawa z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym, *Dz.U.* 1933 nr 51 poz. 396
19. Sprawozdanie Ubezpieczalni w Tomaszowie Mazowieckim za rok 1936 <https://docplayer.pl/29793315-Sprawozdanie-w-roku-z-dzial-lnosci-ubezpieczalni-ubezpieczalnia-spoleczna-zaklady-graficzne-felik-a-pruskiego-w-tomaszowie-maz.html> (dostęp 03.03.2019)

20. Wiśniewski Z.: Lekarze w II Rzeczypospolitej - Co izbowe, a co związkowe?, *Gazeta Lekarska*, 2008; 1: 34-36.
21. Sprawozdanie Ubezpieczalni w Bielsku na Śląsku za rok 1936 <http://sbc.org.pl/Content/134148/Sprawozdania-Ubezpieczalnia-Spo%C5%82eczna-Bielsko1936.pdf> (dostęp 03.03.2019)
22. Prętki K.: *Przekształcenia systemu ochrony zdrowia w Polsce po II wojnie światowej*, Poznań: Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego, 2007.
23. Ustawa z dnia 15 czerwca 1939 r. o publicznej służbie zdrowia, *Dz.U.* 1939 nr 54 poz. 342.
24. Grata P.: Od Drugiej Rzeczypospolitej do Polski Ludowej. Ewolucja systemu ochrony zdrowia w Polsce w latach 1944–1950, *Polska 1944/45–1989. Studia i Materiały*, 2017; 15: 5-23.
25. Ustawa z dnia 28 października 1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia, *Dz.U.* 1948 nr 55 poz. 434.
26. Lutrzykowski A.: Podstawy prawne opieki zdrowotnej w pierwszych latach po zakończeniu II wojny światowej, *Piotrkowskie Zeszyty Historyczne*, 2001; 3: 255-267
27. Golinowska S.: Modele polityki społecznej w Polsce i Europie na początku XXI wieku, <http://www.batory.org.pl/upload/files/Programy%20operacyjne/Forum%20Idei/Modele%20polityki%20spolecznej.pdf> (dostęp 12.03.2019)
28. Grewiński M.: Jaka przyszłość państwa opiekuńczego? – o przeobrażeniach welfare state [w:] *Polska polityka społeczna wobec wyzwań spójności społeczno – ekonomicznej UE*, Głąbicka K. (red.), Radom: Wyd. Politechnika Radomska, 2007, 80-97.
29. Płonka M.: Ekonomia społeczna a koncepcje polityki społecznej państwa. Model polski, *Ekonomia Społeczna*, 2015; 2: 85–100.
30. Sobiech J.: Ekonomiczno- finansowa problematyka rozwoju roli rad narodowych w ochronie zdrowia w Polsce Ludowej, *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny*, 1976; 38/2: 103-124.
31. Zemke – Górecka A.: *Status prawny samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej i jego prywatyzacja*, Warszawa: Wolters Kluwer, 2010.
32. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 31 lipca 1967 r. w sprawie organizacji otwartej opieki zdrowotnej. *Dz.U.* 1967 nr 36 poz. 183.
33. Indulski J. (red.): *Organizacja Ochrony zdrowia*, Warszawa: PZWL, 1984.
34. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 20 lutego 1973 r. w sprawie organizacji zespołów opieki zdrowotnej. *Dz.U.* 1973 nr 7 poz. 52.

35. Ćwiakalska – Małys A., Łagowski P.: Ewolucyjny obraz przekształceń systemu ochrony zdrowia w Polsce, *Przeгляд Prawa i Administracji*, 2013; 93: 89 – 101.
36. Windak A., Tomasik T., Łuczak J., Godycki – Ćwirko M.: 25 lat medycyny rodzinnej w Polsce <https://www.mp.pl/medycynarodzinna/na-marginesie/namarginesie/163989,25-lat-medycyny-rodzinnej-w-polsce> (dostęp 16.03.2019).
37. Balicki M., Niżankowski R., Tomasik T., Windak A.: *Strategia przekształceń podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce*, Warszawa, 1994.
38. Mróz T. (red.) *Uwarunkowania prawne, ekonomiczne i socjologiczne funkcjonowania wybranych systemów ochrony zdrowia*, Białystok: Temida2, 2012.
39. Kuszewski K., Gericke H.: *Health systems in transition: Poland*, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Kopenhaga, 2005.
40. Windak A.: *Podstawowa opieka zdrowotna, stan obecny i perspektywy reform w Polsce* [w:] *Zdrowie Publiczne. Wybrane zagadnienia*, Poździoch S., Ryś A. (red.), Kraków: Vesalius, 1996, 286.
41. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, Dz.U. 1991 nr 91 poz. 408.
42. Wołoszyn – Cichocka A., Lubeńczuk G.: *Działalność lecznicza – pojęcie oraz formy i zasady wykonywania*, *Studia Iuridica Lublinensia*, 2014; 23: 65-87.
43. Statut KLRwP, <https://www.klrwp.pl/strona/38/statut/pl#preambula> (dostęp 16.03.2019)
44. Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 sierpnia 1994 r. zmieniające zarządzenie w sprawie specjalizacji lekarzy, lekarzy dentystów, magistrów farmacji oraz innych pracowników z wyższym wykształceniem zatrudnionych w służbie zdrowia i opieki społecznej, Dz. Urz. MZiOS, nr 11, poz. 23.
45. Sulikowska L.: *Jeszcze jest wiele do zrobienia*, *Gazeta Lekarska*, 2012; 7/8: 40-41.
46. Skarbek M.: *Nie jesteśmy braćmi mniejszymi specjalistów. Rozmowa z dr Adamem Windakiem*, *Gazeta Lekarska*, 2006; 10: 8-10.
47. Partyka O., Kuszewski K., Radiukiewicz S., Włodarczyk C.: *Podstawowa opieka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia i kształcenie lekarzy rodzinnych w Polsce. Co warto wiedzieć z historii?*, *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 2017; 15/4: 366–373.
48. Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Dz.U. 1997 nr 28 poz. 153.

49. Szetela P.: Rola samorządu terytorialnego w polskim systemie ochrony zdrowia: organizator, podmiot tworzący oraz płatnik, *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 2015; 13(1): 55–68.
50. Balicki M.: *Problemy służby zdrowia – diagnoza i recepty*, Warszawa: Friedrich-Ebert-Stiftung, 2013.
51. Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, Dz.U. 2003 nr 45 poz. 391
52. Paszkowska M.: *Finansowy Kwartalnik Internetowy „e-Finanse”* 2010; 6(3): 76 - 94
53. Golinowska S.: *Polska: Zarys systemu ochrony zdrowia*, Warszawa, 2012
54. Balicki M.: *Organizacja i funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej w Polsce*, Narodowy Fundusz Zdrowia, *Zdrowie publiczne - Wybrane zagadnienia TOM I*, Opolski J. (red.), Warszawa, 2011, 97-124.
55. Zarządzenie nr 100/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 września 2018 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, <http://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-100-2018dsoz,6827.html> (dostęp 03.04. 2019)
56. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, Dz.U. 2016 poz. 86.
57. Strona Internetowa Narodowego Funduszu Zdrowia, <http://www2.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/informacje-o-swiadczeniach/podstawowa-opieka-zdrowotna/> (dostęp 14.04.2019)

## ZAŁOŻENIA, CEL PRACY I MATERIAŁ

### WPROWADZENIE

Charakterystyczna dla obecnych czasów jest rosnąca rola jakości usług we wszystkich dziedzinach życia, co szczególnie jest widoczne w ochronie zdrowia, gdzie od jakości zależy nie tylko satysfakcja odbiorcy usług (pacjenta), ale również jego zdrowie i życie [1].

Światowa Organizacja Zdrowia definiuje jakość opieki zdrowotnej jako „*stopień, do jakiego usługi zdrowotne obejmujące jednostki i populacje zwiększają prawdopodobieństwo osiągnięcia oczekiwań w zakresie efektów leczenia oraz wykazują zgodność z aktualną i profesjonalną wiedzą*” [2].

Zespolona Komisja do spraw Akredytacji Placówek Medycznych (JCAHO - *The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*) podaje nieco szerszą definicję jakości opieki zdrowotnej, podkreślając jej wpływ na osiągnięcie założonych efektów leczenia, ale również na redukcję „*prawdopodobieństwa wystąpienia działań niepożądanych*” [3].

Światowa Organizacja Lekarzy Rodzinnych (WONCA - *The World Organization of Family Doctors*) określa zapewnienie jakości jako „*zaplanowany, dynamiczny proces, oparty na przeglądzie aktualnie sprawowanej opieki oraz podjęciu działań, mających na celu poprawę standardu opieki nad pacjentem*” [4].

Podobną definicję stosuje Europejskie Stowarzyszenie na rzecz Jakości i Bezpieczeństwa w Medycynie Rodzinnej (EQUIP - *European Society for Quality and Safety in Primary Care*), stwierdzając, iż zapewnianie jakości to proces ciągły [5].

Zdaniem Nowak – Starz i wsp. [6] początków starań o poprawę jakości w medycynie należy upatrywać w głoszonej przez Hipokratesa zasadzie *primum non nocere*, która kładła nacisk przede wszystkim na zapewnienie jakości podczas samego procesu leczniczego.

W literaturze przedmiotu [7,8], za twórcę podstaw nowoczesnego systemu jakości w medycynie uznaje się Avedisa Donabediana, wyróżniającego trzy wymiary jakości opieki:

- struktura - wszystkie zasoby pozostające w dyspozycji praktyki, czyli: personel, baza lokalowa, wyposażenie, zasoby finansowe
- proces - działania realizowane przez personel i pacjentów, obejmujące profilaktykę, leczenie, koordynowanie opieki, współpracę z innymi podmiotami
- wynik - mierzalna poprawa stanu zdrowia lub satysfakcji pacjentów.

Donabedian podkreślał, że nie można mówić o wysokiej jakości, jeżeli przynajmniej w

jednym z wyżej wymienionych wymiarów spotyka się błędy lub uchybienia [7].

Lewandowski, jako przykład podaje tu opiekę sprawowaną przez gruntownie wykształconą kadrę medyczną, podpartą najnowszą technologią medyczną, ale pozbawioną odpowiedniej płaszczyzny kontaktu z pacjentem, która staje się opieką „bezduszną” [9].

Bazując na koncepcji Donabediana, Maxwell wyróżnił sześć zasad budowania jakości opieki zdrowotnej [7,10]:

- skuteczność – udzielanie świadczeń bazując na podstawie aktualnej wiedzy medycznej, co prowadzi do osiągnięcia zamierzonego efektu terapeutycznego,
- efektywność – świadczenia mają przynosić korzyści dla pacjenta przy poniesieniu możliwie najniższych nakładów,
- adekwatność – świadczenia powinny być dopasowane do oczekiwań pacjentów i potrzeb populacji,
- dostępność – udzielanie świadczeń bez zwłoki, bez względu na status finansowy pacjenta,
- wydajność – dostępne zasoby ludzkie, finansowe i materialne są możliwie najlepiej wykorzystane,
- równość – wszyscy ludzie mają jednakowy dostęp do świadczeń medycznych.

### CEL BADAŃ

Badania obecne miały na celu ocenę oczekiwań pacjentów Przychodni Lekarskiej MEDIKON w Białymstoku wobec świadczeń zdrowotnych.

### MATERIAŁ

Badania rozpoczęto po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej UMB – R-I-002/480/2018 oraz Dyrekcji Przychodni Lekarskiej MEDIKON w Białymstoku.

Początek działania przychodni rodzinnej MEDIKON przy ulicy Edukacyjnej 1B w Białymstoku przypada na rok 2006.

W latach 2006 – 2018 przychodnia rodzinna funkcjonowała jako Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej MEDIKON (NZOZ MEDIKON), a od 2018 działa w strukturze MEDIKON sp. z o.o. jako Przychodnia Lekarska MEDIKON.

Obecnie, w przychodni zatrudnionych jest trzech lekarzy (z czego dwóch, w tym autor pracy, odbywa szkolenie specjalizacyjne z zakresu medycyny rodzinnej), dwie pielęgniarki oraz jedna położna środowiskowa.

Z racji położenia na obrzeżach miasta, przychodnia swą opieką obejmuje populację

miejsko – wiejską liczącą 1.540 osób, z czego 1.020 to osoby dorosłe (stan na 31.03.2019).

Badaniem objęto 307. pacjentów Przychodni Lekarskiej MEDIKON w Białymstoku, (co stanowi 30,1 % dorosłych pacjentów przychodni i 19,94% ogólnej liczby pacjentów przychodni).

Dobór pacjentów był celowy, rozdano 320. ankiet, zwrotnie otrzymano 307. ankiet. Badania trwały od listopada 2018 do marca 2019.

## PIŚMIENNICTWO

1. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, Dz.U. 2016 poz. 86.
2. Bemnowska M., Joško-Ochojska J.: Zarządzanie jakością w ochronie zdrowia, *Hygeia Public Health*, 2015; 50(3): 457-462.
3. Czerw A., Religioni U., Olejniczak D.: Metody pomiaru oraz oceny jakości świadczonych usług w podmiotach leczniczych, *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2012; 93(2): 269-273.
4. Gottwald M., Landsdown G.E.: *Clinical Governance: Improving the Quality of healthcare for patients and service sers*, Open University Press, 2014: 121.
5. Europejskie Stowarzyszenie na rzecz Jakości i Bezpieczeństwa w Medycynie Rodzinnej <http://equip.woncaeurope.org/about> (dostęp 18.04.2019)
6. Nowak-Starz G., Siwek M., Salwa A., Babiarz A., Bujnowska M., Strzelecka A., Wójcik T., Markowski K.: Rola jakości usług medycznych we współczesnym systemie ochrony zdrowia [w:] *Zdrowie publiczne standardem dobrostanu*, Turowski K. (red.), Lublin, 2018, 237-247.
7. Bemnowska M., Joško-Ochojska J.: Zarządzanie jakością w ochronie zdrowia, *Hygeia Public Health*, 2015; 50(3): 457-462.
8. Michalak J.: Obiektywne i subiektywne mierniki jakości opieki zdrowotnej, *Problemy Zarządzania*, 2011; 9/3: 126-139.
9. Lewandowski R.A.: Perspektywy doskonalenia jakości w placówkach ochrony zdrowia, *Rocznik Naukowy Wydziału Zarządzania w Ciechanowie*, 2009; 1-2(3): 85-99.
10. Maxwell R. J.: Quality assessment in health, *British Medical Journal*, 1984; 288:, 1470-1472.



## WYNIKI OGÓLNE

### METODOLOGIA TEJ CZĘŚCI BADAŃ

W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem zestawu kwestionariuszy:

- autorskiego kwestionariusza ankietowego,
- FAS - Skali oceny zamożności rodziny.

Kwestionariusz składał się z IV części:

- pierwszej - złożonej z 11 pytań o wiek, płeć, stan cywilny, miejsce zamieszkania, o osoby zamieszkujące razem z badanym, wykształcenie oraz samoocenę sytuacji materialnej, stanu zdrowia, stosowania się do zaleceń lekarza, przyczyny ostatniej wizyty u lekarza i oddalenia przychodni Medikon od miejsca zamieszkania badanego
- drugiej – złożonej z 11 pytań o to, jak często korzystali badani z usług lekarza rodzinnego/pielęgniarki rodzinnej w gabinecie lub w trakcie wizyty domowej; sytuacji z tym związanych; czynników, które ich zadaniem mają wpływ na zadowolenie z wizyty lekarskiej/opieki pielęgniarskiej; oceny ilości informacji na temat zdrowia przekazywanej przez lekarza/pielęgniarkę rodzinną; samooceny jakości opieki lekarza/pielęgniarki rodzinnych w ciągu ostatnich 12. miesięcy; oceny kontaktu z lekarzem/pielęgniarką rodzinną; oceny zapewnienia intymności, godności i prywatności osobistej podczas wizyty/działań lekarza/pielęgniarki; oceny możliwości współuczestniczenia w podejmowaniu decyzji o przebiegu leczenia i wykonywanych badaniach; oceny uprzejmości lekarza/pielęgniarki; oceny przebiegu wizyty
- trzeciej dotyczącej pracy rejestracji - 12. pytań
- czwartej - złożonej z 5. pytań o to, czy badani są zadowoleni ze świadczonych usług; czy zetknęli się z nieuprzejmym traktowaniem przez personel Przychodni; czy poleciliby Przychodnię Medikon innym osobom, czy zamierzają korzystać z usług tej Przychodni w przyszłości oraz czy mają jakieś propozycje zmian w Przychodni

W skali zasobów materialnych rodziny FAS (ang. *Family Affluence Scale*) podstawą są następujące cztery pytania [1]:

- *Czy Twoja rodzina posiada samochód osobowy lub wieloosobowy (np. typu van)?*
- *Czy masz własny pokój dla Twojego wyłącznego użytku?*
- *Ile razy w ostatnich 12 miesiącach wyjeżdżałeś ze swoją rodziną na wakacje lub święta poza miejsce zamieszkania?*

- Ile komputerów należy do Twojej rodziny?

Za odpowiedź „nie” przyznaje się 0 pkt., za odpowiedź „tak” - 1 pkt., a za odpowiedź „dwa i więcej” - 2 pkt.

Za bardzo niski poziom FAS uznaje się wynik 0-1 punktów, za niski 2-3, za przeciętny 4-5 i za wysoki powyżej 6 punktów. [1]

## OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA BADANEJ ZBIOROWOŚCI

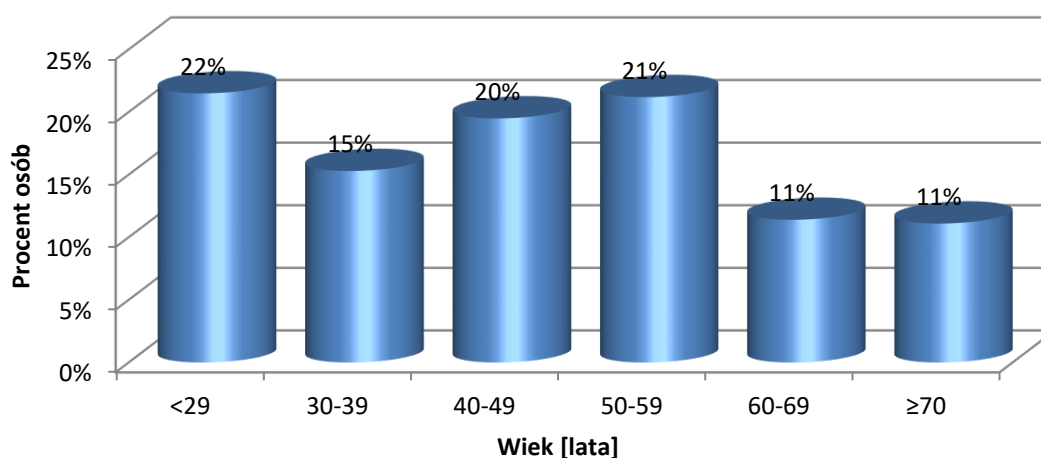
W przeprowadzonym badaniu wzięło udział 307. osób dorosłych – pacjentów Przychodni Lekarskiej MEDIKON w Białymstoku.

W poniższej Tabeli I oraz na Ryc. 1 przedstawiono strukturę wiekową respondentów. W badanej grupie dominowali pacjenci w grupie wiekowej poniżej 29. lat (21,5%) oraz pomiędzy 50-59 lat (21,2%).

Większość ankietowanych pacjentów stanowiły kobiety – 61% (Tab. II i Ryc. 2).

**Tabela I.** Struktura wiekowa respondentów.

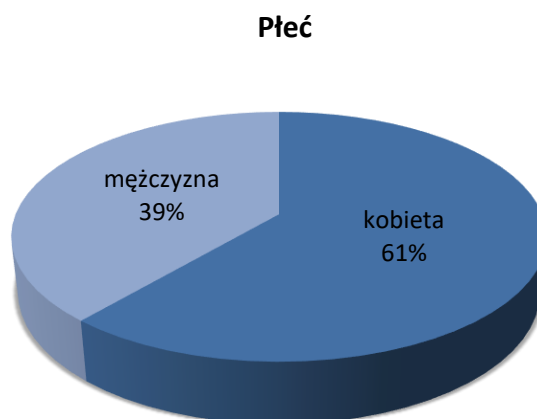
Wiek [lata]	Liczność	Procent
<29	66	21,5%
30-39	47	15,3%
40-49	60	19,5%
50-59	65	21,2%
60-69	35	11,4%
≥70	34	11,1%



**Rycina 1.** Struktura wiekowa respondentów.

**Tabela II.** Struktura płci respondentów.

Płeć	Liczność	Procent
kobieta	188	61,2%
mężczyzna	119	38,8%

**Rycina 2.** Struktura płci respondentów.

Ankietowani pacjenci to w większości osoby żyjące w związkach małżeńskich (63,5%), co piąty respondent był stanu wolnego, a prawie co dziesiątemu współmałżonek już zmarł (Tab. III).

**Tabela III.** Stan cywilny respondentów.

Stan cywilny	Liczność	Procent
w związku małżeńskim	195	63,5%
wdowiec/wdowa	28	9,1%
kawaler/panna	66	21,5%
po rozwodzie	15	4,9%
w separacji	3	1,0%

Zdecydowana większość (86,6%) ankietowanych osób to mieszkańcy miast (Tab. IV, Ryc. 3).

**Tabela IV.** Miejsce zamieszkania respondentów.

Miejsce zamieszkania	Liczność	Procent
wieś	41	13,4%
miasto	266	86,6%

**Rycina 3.** Miejsce zamieszkania respondentów.

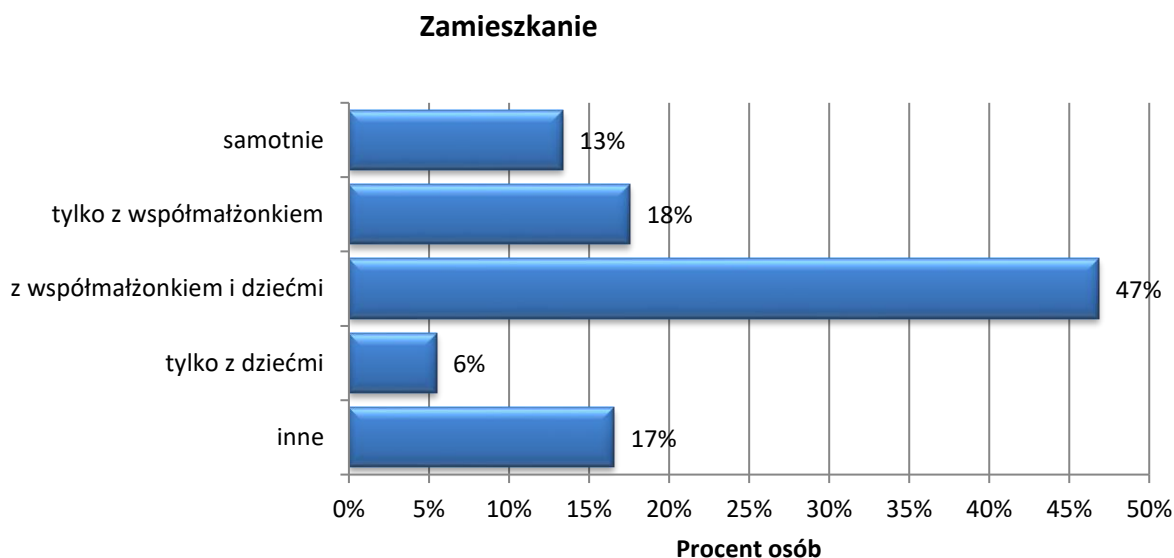
Prawie co drugi respondent (46,9%) mieszkał z całą rodziną (współmałżonkiem i dziećmi), a 13,4% osób zamieszkuje samotnie. Pozostałe wyniki obrazuje Tab. V. i Ryc. 4.

Co drugi ankietowany oceniał swoją sytuację materialną jako dobrą, a co czwarty nawet jako bardzo dobrą. Oceny skrajnie negatywne należały do rzadkości (Tab. VI i Ryc. 5).

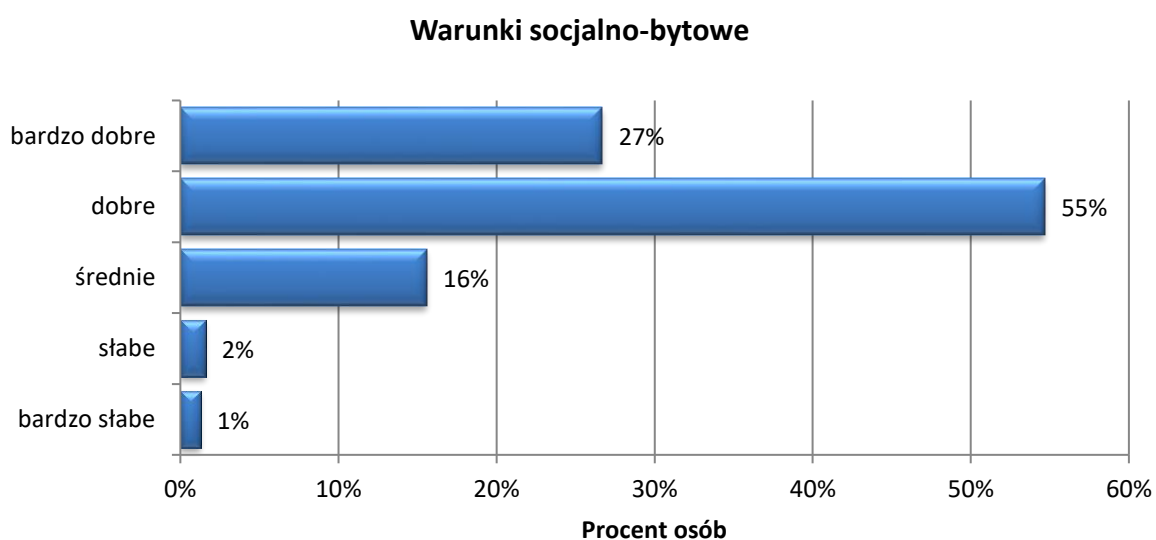
Oceny sytuacji materialnej dokonano także za pomocą standaryzowanego kwestionariusza FAS, dzięki któremu wyznaczono punktową miarę oceny sytuacji materialnej (Ryc. 6). Wartość FAS może obejmować zakres 0-9 pkt, przy czym wyższe wartości oznaczają większą zamożność.

**Tabela V.** Status zamieszkania respondentów.

Zamieszkanie	Liczność	Procent
samotnie	41	13,4%
tylko z współmałżonkiem	54	17,6%
z współmałżonkiem i dziećmi	<b>144</b>	<b>46,9%</b>
tylko z dziećmi	17	5,5%
inne	51	16,6%



**Rycina 4.** Status zamieszkania respondentów.



**Rycina 5.** Warunki socjalno - bytowe.

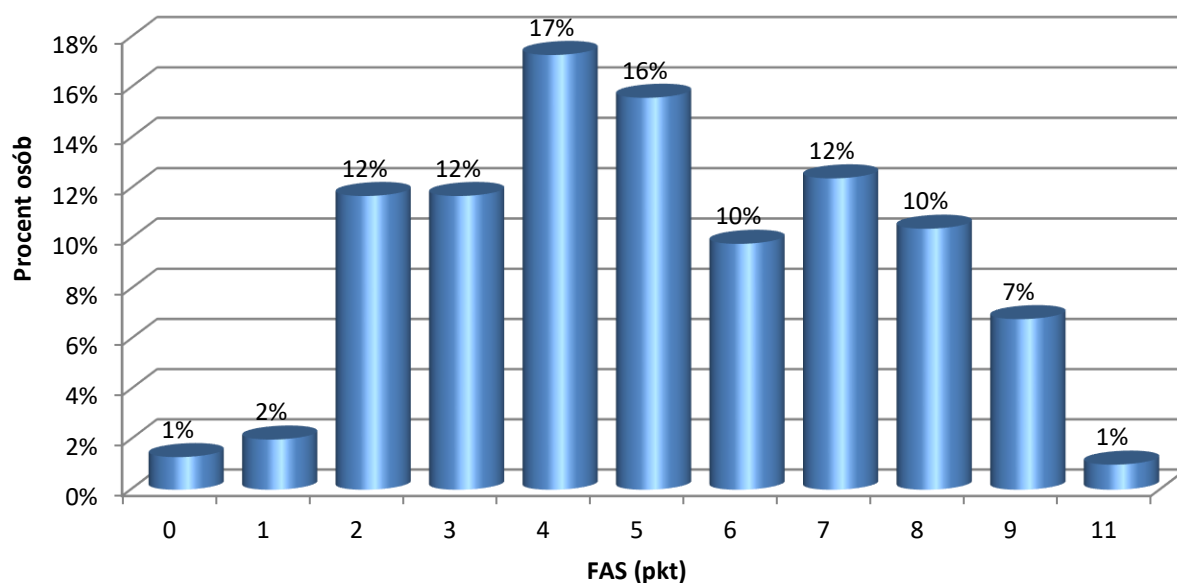
**Tabela VI.** Warunki socjalno - bytowe.

Warunki socjalno-bytowe	Liczność	Procent
bardzo dobre	82	26,7%
dobrze	<b>168</b>	<b>54,7%</b>
średnie	48	15,6%
słabe	5	1,6%
bardzo słabe	4	1,3%

Analizując poniższy wykres (Ryc. 6) można stwierdzić, że wśród respondentów dominowały osoby o średnim statusie materialnym, chociaż w samoocenie deklarowali najczęściej, iż ich warunki socjalno-bytowe są dobre. Natomiast po dokonaniu opisowej kategoryzacji respondentów pod kątem posiadanych zasobów materialnych za pomocą kwestionariusza FAS okazało się, że wysoki zasób dotyczył 18,2% badanych, średni 37,8%, a niski 44% (Tab. VII, Ryc. 7).

**Tabela VII.** Wyniki opisowe kwestionariusza oceny zasobów materialnych rodziny.

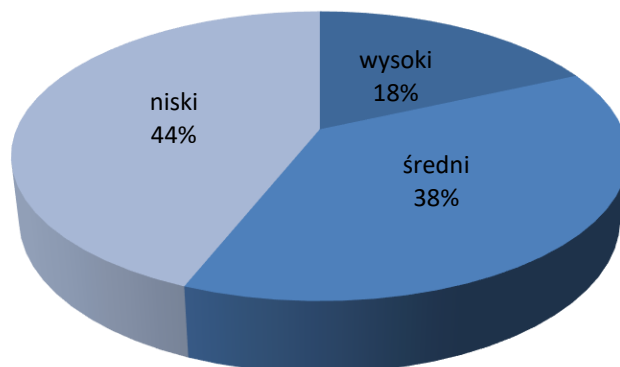
Poziom zasobów materialnych rodziny (FAS)	Liczność	Procent
wysoki	56	18,2%
średni	116	37,8%
niski	<b>135</b>	<b>44,0%</b>



**Rycina 6.** Procentowy rozkład wyników punktowych kwestionariusza oceny zamożności rodziny.

Wśród respondentów dominowały osoby z wykształceniem średnim (35,8%) i wyższym (36,8%). Wyniki obrazuje Tabela VIII i Ryc. 8.

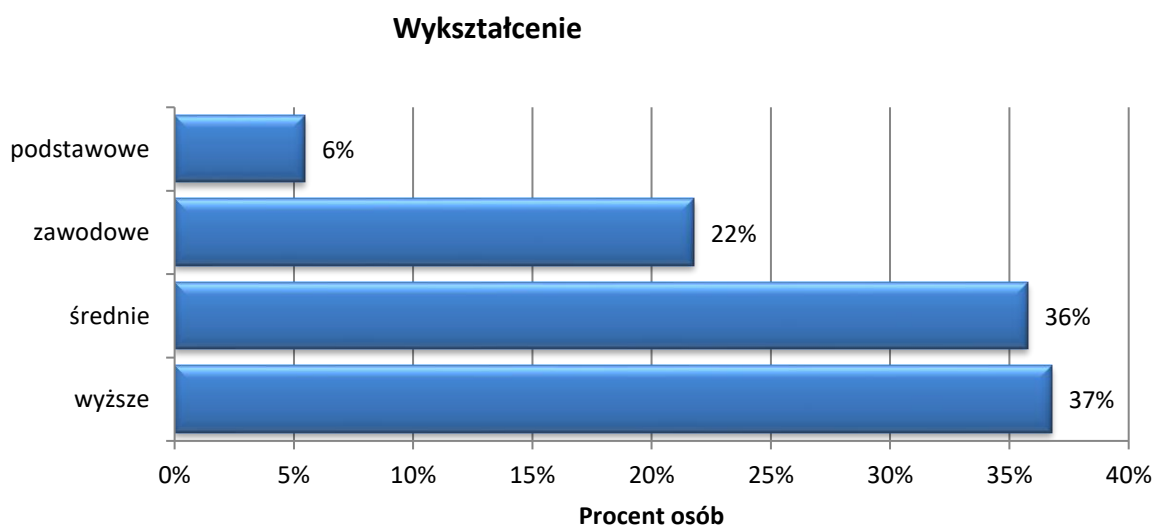
## Poziom zasobów materialnych rodziny (FAS)



**Rycina 7.** Procentowy rozkład wyników opisowych kwestionariusza oceny zamożności rodziny.

**Tabela VIII.** Wykształcenie respondentów.

Wykształcenie	Liczność	Procent
podstawowe	17	5,5%
zawodowe	67	21,8%
średnie	110	35,8%
wyższe	<b>113</b>	<b>36,8%</b>



**Rycina 8.** Wykształcenie respondentów.

Ponad połowa pacjentów oceniała stan swojego zdrowia jako dobry (52,8%), a co dziesiąty respondent jako bardzo dobry (11,1%). Przeciętnie o swoim zdrowiu wypowiadało się 1/3 pacjentów (32,9%). Wyniki obrazuje Tab. IX i Ryc.9.

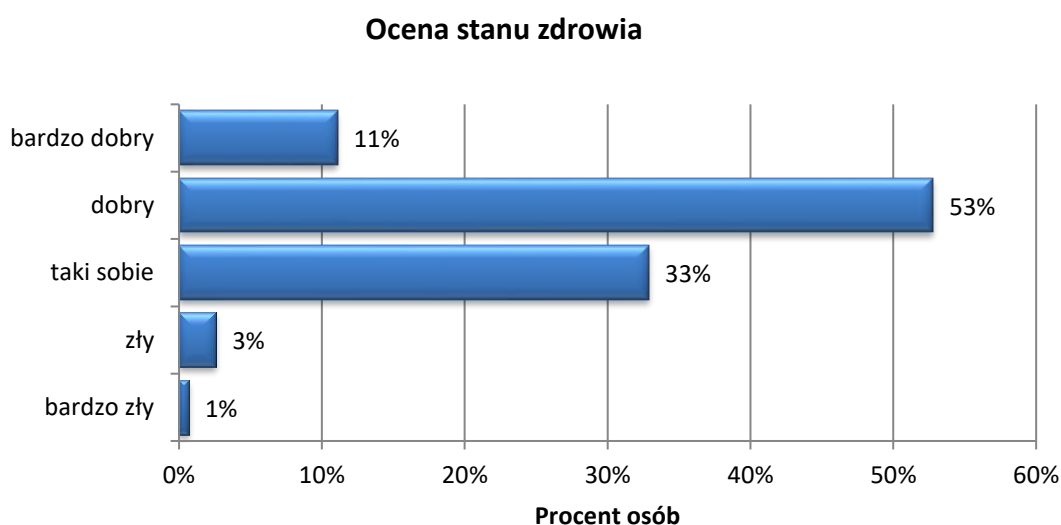
Zdecydowana większość ankietowanych osób (69,4%) deklarowała, że zawsze stosuje się do zaleceń lekarza. Nie czyniło tego zaledwie 2,9% badanej populacji (Tab. X, Ryc. 10).

**Tabela IX.** Subiektywna ocena stanu zdrowia.

Ocena stanu zdrowia	Liczność	Procent
bardzo dobry	34	11,1%
dobry	<b>162</b>	<b>52,8%</b>
taki sobie	101	32,9%
zły	8	2,6%
bardzo zły	2	0,7%

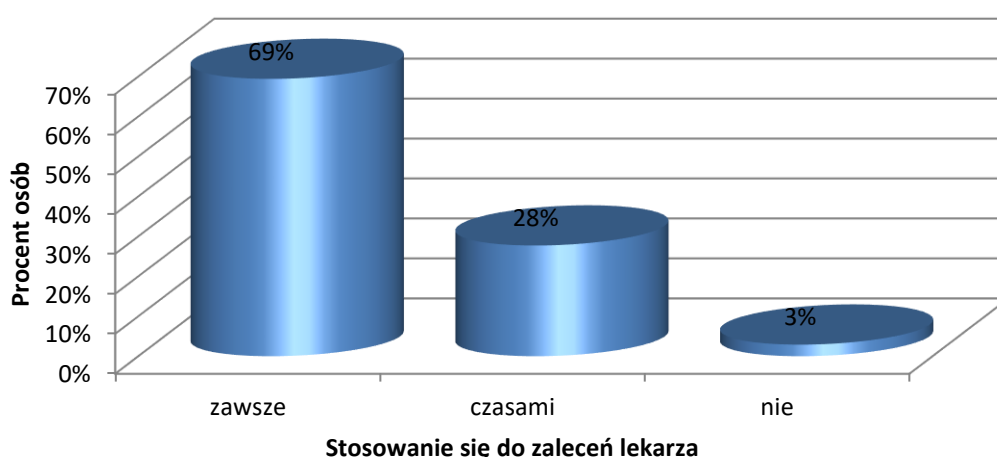
**Tabela X.** Ocena częstości stosowanie się pacjentów do zaleceń lekarskich.

Stosowanie się do zaleceń lekarza	Liczność	Procent
zawsze	<b>213</b>	<b>69,4%</b>
czasami	85	27,7%
nie	9	2,9%



**Rycina 9.** Subiektywna ocena stanu zdrowia.





**Rycina 10.** Ocena częstości stosowanie się pacjentów do zaleceń lekarskich.

## OPINIE PACJENTÓW O PRZYCHODNI LEKARSKIEJ MEDIKON

W drugiej części opracowania przedstawiono ogólne opinie pacjentów na temat przychodni MEDIKON.

Najczęstszą przyczyną wizyt w przychodni były sezonowe infekcje (co trzecie wskazanie – 33,2%). Na kolejnym miejscu uplasowały się wizyty związane z kontynuacją leczenia (20,8%) oraz dolegliwościami bólowymi (17,9%). Mniej, niż co dziesiąty pacjent odwiedził MEDIKON z powodu badań profilaktycznych oraz szczepień (6,8%). Wyniki obrazuje Tab. XI i Ryc. 11.

**Tabela XI.** Przyczyny ostatniej wizyty u lekarza.

Przyczyna ostatniej wizyty u lekarza	Liczność	Procent
infekcja	102	33,2%
kontynuacja leczenia	64	20,8%
dolegliwości bólowe	55	17,9%
wypisanie skierowania do specjalisty	40	13,0%
szczepienie, bilans, profilaktyka	21	6,8%
załatwienie spraw członka rodziny	13	4,2%
inne	9	2,9%
usługi administracyjne	3	1,0%



**Rycina 11.** Przyczyny ostatniej wizyty u lekarza.

Co szósty pacjent (15%) musiał pokonywać odległość większą niż 5. km, aby dotrzeć do przychodni. Jednakże większość respondentów mieszkała w odległości nie większej niż 1 km (Tab. XII, Ryc. 12).

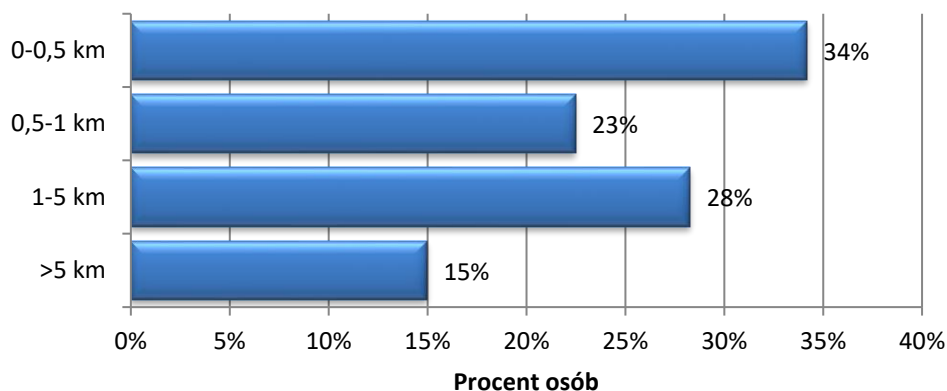
Największy odsetek ankietowanych osób (41%) odwiedzał przychodnię kilka razy w roku. Pozostałe wyniki obrazuje Tab. XIII i Ryc. 13.

Z pomocy pielęgniarek pacjenci korzystali rzadziej, a co trzecia osoba nawet mniej niż raz-dwa razy w roku (30,6%). Wyniki obrazuje Tab. XIV i Ryc.14.

**Tabela XII.** Odległość przychodni MEDIKON od miejsca zamieszkania pacjentów.

Odległość przychodni MEDIKON od miejsca zamieszkania	Liczność	Procent
0-0,5 km	105	34,2%
0,5-1 km	69	22,5%
1-5 km	87	28,3%
>5 km	46	15,0%

## Odległość przychodni od miejsca zamieszkania

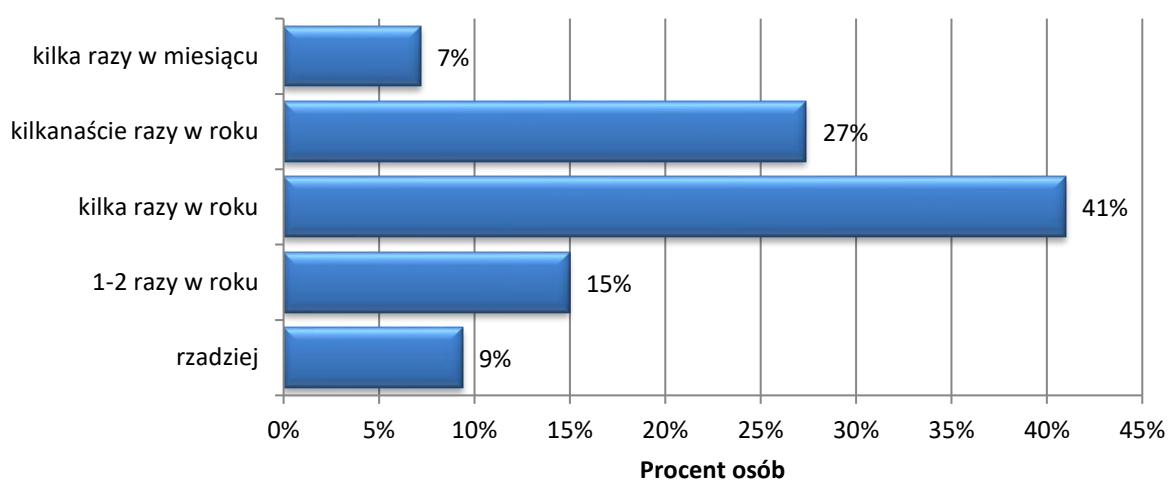


Rycina 12. Odległość przychodni MEDIKON od miejsca zamieszkania pacjentów.

Tabela XIII. Częstość korzystania z usług lekarza POZ.

Częstość korzystania z usług lekarza	Liczność	Procent
kilka razy w miesiącu	22	7,2%
kilkanaście razy w roku	84	27,4%
kilka razy w roku	<b>126</b>	<b>41,0%</b>
1-2 razy w roku	46	15,0%
rzadziej	29	9,4%

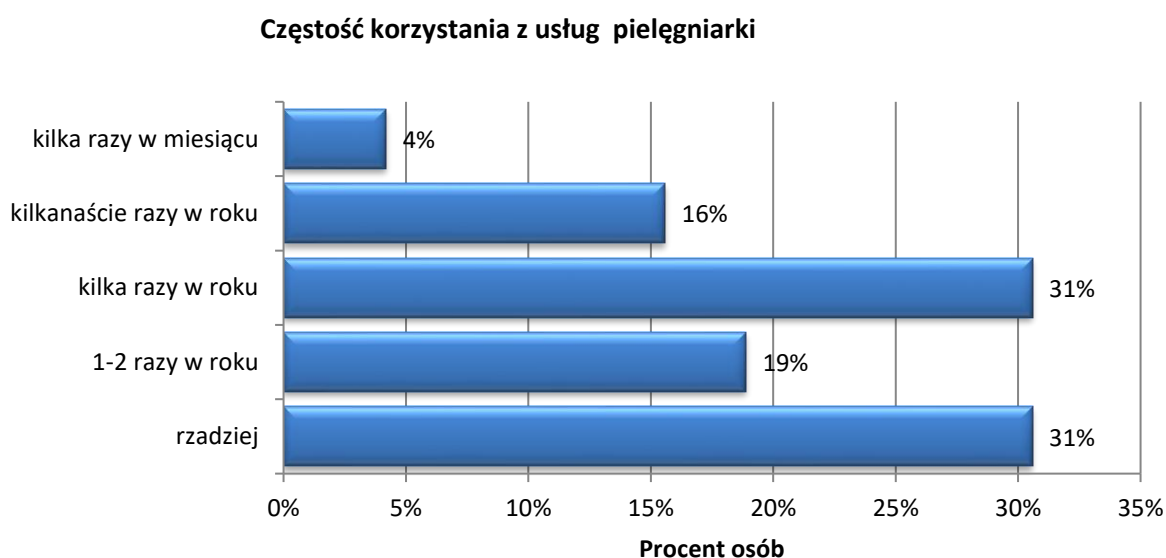
## Częstość korzystania z usług lekarza



Rycina 13. Częstość korzystania z usług lekarza POZ

**Tabela XIV.** Częstość korzystania z usług pielęgniarki POZ

Częstość korzystania z usług pielęgniarki	Liczność	Procent
kilka razy w miesiącu	13	4,2%
kilkanaście razy w roku	48	15,6%
kilka razy w roku	<b>94</b>	<b>30,6%</b>
1-2 razy w roku	58	18,9%
rzadziej	<b>94</b>	<b>30,6%</b>

**Rycina 14.** Częstość korzystania z usług pielęgniarki POZ.

Poniższa Tabela XV i Ryc. 15 przedstawia szczegółowe oceny związane z wrażeniami wyniesionymi z wizyty w gabinecie lekarskim. Pacjenci przede wszystkim dobrze oceniali uważne wysłuchanie przez lekarza opisu ich dolegliwości (69,7%) oraz ilość poświęconego im przez lekarza czasu (zawsze – 55,7%).

Również wysoko punktowany był zasób udzielanych informacji na temat choroby, jej przyczyn oraz leczenia (53,9%). Zdaniem badanych najmniej czasu lekarze poświęcali na rozmowy związane ze szkodliwością alkoholu (58,9%), profilaktyką nowotworów (54,3%), szkodliwością palenia (52,3%) oraz na temat radzenia sobie ze stresem (51,3%).

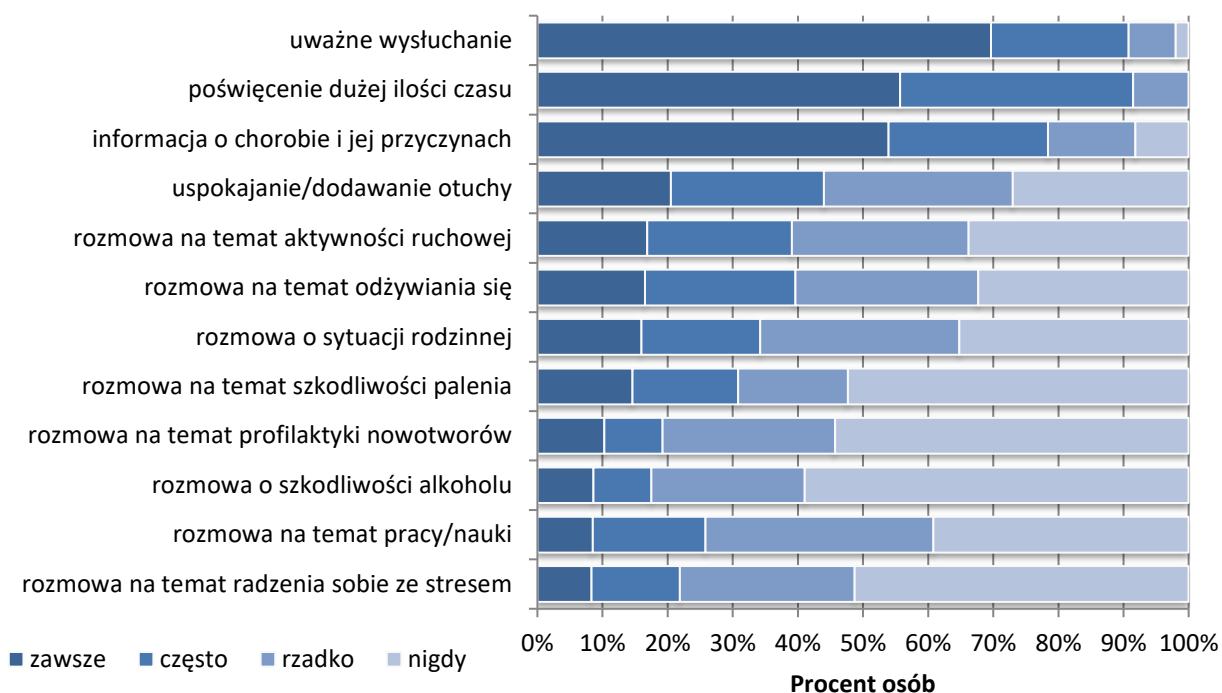
W przypadku wizyt pielęgniarskich pacjenci również chwali ilość poświęconego im czasu (51,1%) i uważne wysłuchanie opisu dolegliwości (58,3%). Najrzadziej natomiast mogli liczyć na rozmowy związane z profilaktyką chorób oraz edukacją na temat zdrowego modelu życia, w tym na rozmowy o szkodliwości alkoholu (76,7%), na temat radzenia sobie ze stresem

(74,1%), profilaktyki nowotworu (71,55) oraz szkodliwości palenia (71,1%). Wyniki obrazuje tabela XVI i Ryc. 16.

**Tabela XV.** Ocena jakości wybranych aspektów kontaktu z lekarzem.

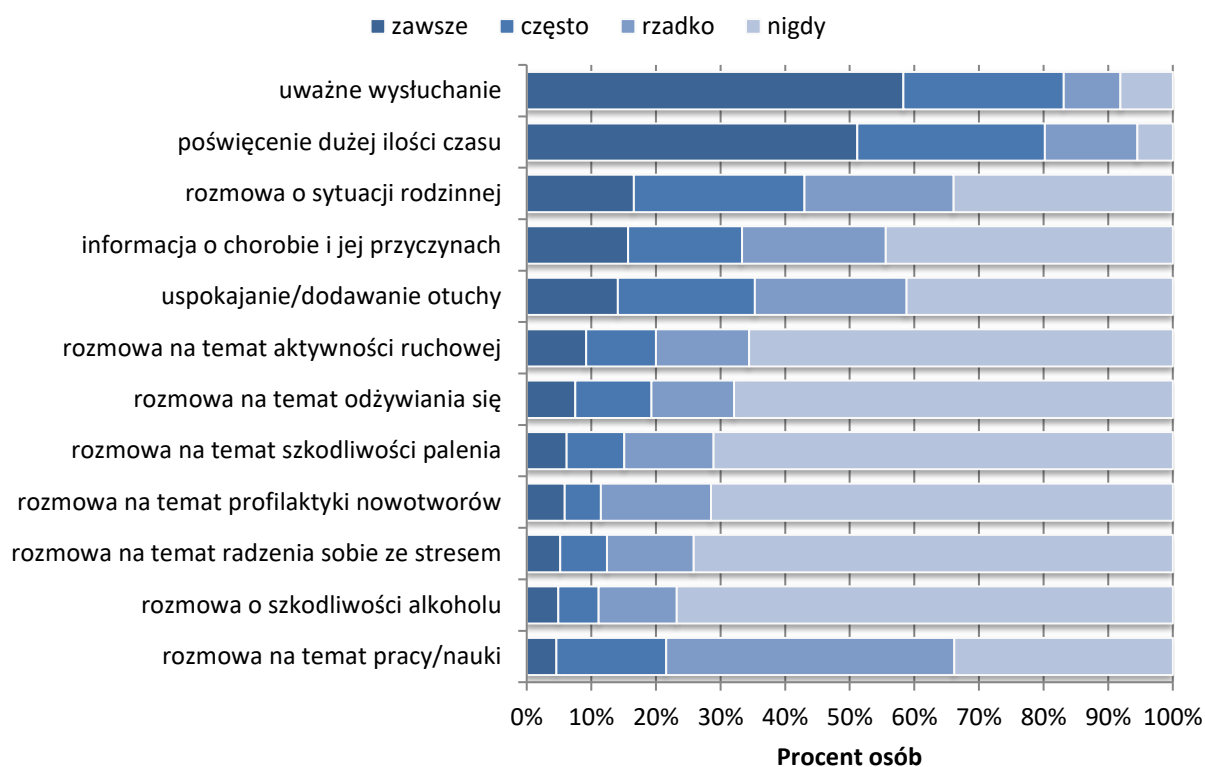
Elementy kontaktu z lekarzem	Ocena jakości kontaktu			
	zawsze	często	rzadko	nigdy
poświęcenie dużej ilości czasu	171	110	26	0
	<b>55,7%</b>	35,8%	8,5%	0,0%
uważne wysłuchanie opisu dolegliwości	<b>214</b>	65	22	6
	<b>69,7%</b>	21,2%	7,2%	2,0%
rozmowa o sytuacji rodzinnej	49	56	94	<b>108</b>
	16,0%	18,2%	30,6%	<b>35,2%</b>
rozmowa na temat pracy/nauki	26	53	107	<b>120</b>
	8,5%	17,3%	35,0%	<b>39,2%</b>
uspokajanie/dodawanie otuchy	63	72	<b>89</b>	83
	20,5%	23,5%	<b>29,0%</b>	27,0%
informacja o chorobie i jej przyczynach	<b>165</b>	75	41	25
	<b>53,9%</b>	24,5%	13,4%	8,2%
rozmowa na temat profilaktyki nowotworów	31	27	80	<b>164</b>
	10,3%	8,9%	26,5%	<b>54,3%</b>
rozmowa na temat szkodliwości palenia	44	49	51	<b>158</b>
	14,6%	16,2%	16,9%	<b>52,3%</b>
rozmowa na temat odżywiania się	50	70	85	<b>98</b>
	16,5%	23,1%	28,1%	<b>32,3%</b>
rozmowa na temat aktywności ruchowej	51	67	82	<b>102</b>
	16,9%	22,2%	27,2%	<b>33,8%</b>
rozmowa o szkodliwości alkoholu	26	27	71	<b>178</b>
	8,6%	8,9%	23,5%	<b>58,9%</b>
rozmowa na temat radzenia sobie ze stresem	25	41	81	<b>155</b>
	8,3%	13,6%	26,8%	<b>51,3%</b>

**Kontakt z lekarzem**



**Rycina 15.** Ocena jakości wybranych aspektów kontaktu z lekarzem

**Kontakt z pielęgniarką**



**Rycina 16.** Ocena jakości wybranych aspektów kontaktu z pielęgniarką.

**Tabela XVI.** Ocena jakości wybranych aspektów kontaktu z pielęgniarką.

Elementy kontaktu z pielęgniarką	Ocena jakości kontaktu			
	zawsze	często	rzadko	nigdy
poświęcenie dużej ilości czasu	<b>157</b>	89	44	17
	<b>51,1%</b>	29,0%	14,3%	5,5%
uważne wysłuchanie opisu dolegliwości	<b>179</b>	76	27	25
	<b>58,3%</b>	24,8%	8,8%	8,1%
rozmowa o sytuacji rodzinnej	51	81	71	<b>104</b>
	16,6%	26,4%	23,1%	<b>33,9%</b>
rozmowa na temat pracy/nauki	14	52	<b>136</b>	103
	4,6%	17,0%	<b>44,6%</b>	33,8%
uspokajanie/dodawanie otuchy	43	65	72	126
	14,1%	21,2%	23,5%	<b>41,2%</b>
informacja o chorobie i jej przyczynach	48	54	68	<b>136</b>
	15,7%	17,6%	22,2%	<b>44,4%</b>
rozmowa na temat profilaktyki nowotworów	18	17	52	<b>218</b>
	5,9%	5,6%	17,0%	<b>71,5%</b>
rozmowa na temat szkodliwości palenia	19	27	42	<b>217</b>
	6,2%	8,9%	13,8%	<b>71,1%</b>
rozmowa na temat odżywiania się	23	36	39	<b>207</b>
	7,5%	11,8%	12,8%	<b>67,9%</b>
rozmowa na temat aktywności ruchowej	28	33	44	<b>200</b>
	9,2%	10,8%	14,4%	<b>65,6%</b>
rozmowa o szkodliwości alkoholu	15	19	37	<b>234</b>
	4,9%	6,2%	12,1%	<b>76,7%</b>
rozmowa na temat radzenia sobie ze stresem	16	22	41	<b>226</b>
	5,2%	7,2%	13,4%	<b>74,1%</b>

Poniższa tabela XVII przedstawia punktowe oceny poszczególnych elementów wizyt lekarskich oraz pielęgniarskich. Zakres możliwych do uzyskania punktów wynosił od 1-5. Można więc stwierdzić, że oceny wszystkich aspektów pracy personelu podczas wizyt były zdecydowanie powyżej średniej.

Większość pacjentów było zdania, że otrzymała wystarczającą ilość informacji na temat choroby od lekarza (78,5%) i pielęgniarki (70,4%). Wyniki obrazuje Tabela XVIII.

Większość pacjentów wysoko oceniała jakość opieki medycznej otrzymanej w przychodni, w tym jako bardzo dobrą od lekarza – 69,4% i pielęgniarki- 68,1%. Nikt nie przyznał oceny negatywnej. Wyniki obrazuje Tabela XIX.

**Tabela XVII.** Ocena wpływu wybranych parametrów na poziom zadowolenia z kontaktu z lekarzem i pielęgniarką. (1 – ocena najniższa, ..., 5- ocena najwyższa)

Cechy wizyty	Zadowolenie z wizyty	
	u lekarza	u pielęgniarki
punktualność	4,52	<b>4,64</b>
powitanie	4,33	4,40
zrozumiały język	<b>4,63</b>	<b>4,65</b>
kontakt wzrokowy	4,33	4,32
szacunek	<b>4,60</b>	4,54
uśmiech	4,42	4,45
nieobwinianie	4,33	4,36
nieokazywanie wyższości	4,44	4,46
schludne ubranie	4,33	4,36

**Tabela XVIII.** Subiektywna ocena ilości otrzymywanych informacji od lekarza i pielęgniarki.

Ocena	Ilość otrzymywanych informacji			
	lekarz		pielęgniarka	
	N	%	N	%
wystarczająca	<b>241</b>	<b>78,5%</b>	<b>216</b>	<b>70,4%</b>
niewystarczająca	17	5,5%	17	5,5%
trudno powiedzieć	47	15,3%	67	21,8%
zależy kiedy	2	0,7%	7	2,3%

**Tabela XIX.** Ogólna ocena jakości opieki otrzymanej ze strony lekarza i pielęgniarki.

Ocena	Jakość opieki			
	lekarz		pielęgniarka	
	N	%	N	%
bardzo dobra	<b>213</b>	<b>69,4%</b>	<b>209</b>	<b>68,1%</b>
dobra	78	25,4%	70	22,8%
zła	1	0,3%	0	0,0%
zależy kiedy	1	0,3%	1	0,3%
trudno powiedzieć	14	4,6%	27	8,8%



Również zdecydowanie pozytywnie wyglądał kontakt lekarzy i pielęgniarek z pacjentem. Ocenę bardzo dobrą lekarzom wystawiło 68,7% badanych, a pielęgniarkom – 66,4%. Wyniki obrazuje Tab. XX.

**Tabela XX.** Ogólna ocena kontaktu z lekarzem i pielęgniarką.

Ocena	Kontakt z lekarzem/pielęgniarką			
	lekarz		pielęgniarka	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
bardzo dobry	<b>211</b>	<b>68,7%</b>	<b>204</b>	<b>66,4%</b>
dobry	84	27,4%	79	25,7%
zły	1	0,3%	0	0,0%
zależy kiedy	9	2,9%	14	4,6%
trudno powiedzieć	2	0,7%	10	3,3%

Niemalże wszyscy respondenci potwierdzili, że podczas wizyt mieli zapewnioną intymność, w tym zawsze ze strony lekarza – 96,7% i pielęgniarki – 96,1%, a także prywatność, w tym zawsze (ze strony lekarza – 96,1% i pielęgniarki – 94,5%). Wyniki obrazuje Tabela XXI i XXII.

O tym, że ma możliwość pełnego decydowania w leczeniu i wykonywanych badaniach przekonanych było 60,3% badanych. Pozostali (39,7%) uważali, że takiej możliwości lekarz im nie zapewnia. Wyniki obrazuje tab. XXIII i Ryc. 17.

**Tabela XXI.** Stopień zaspokojenia potrzeby intymności podczas wizyty u lekarza i pielęgniarki.

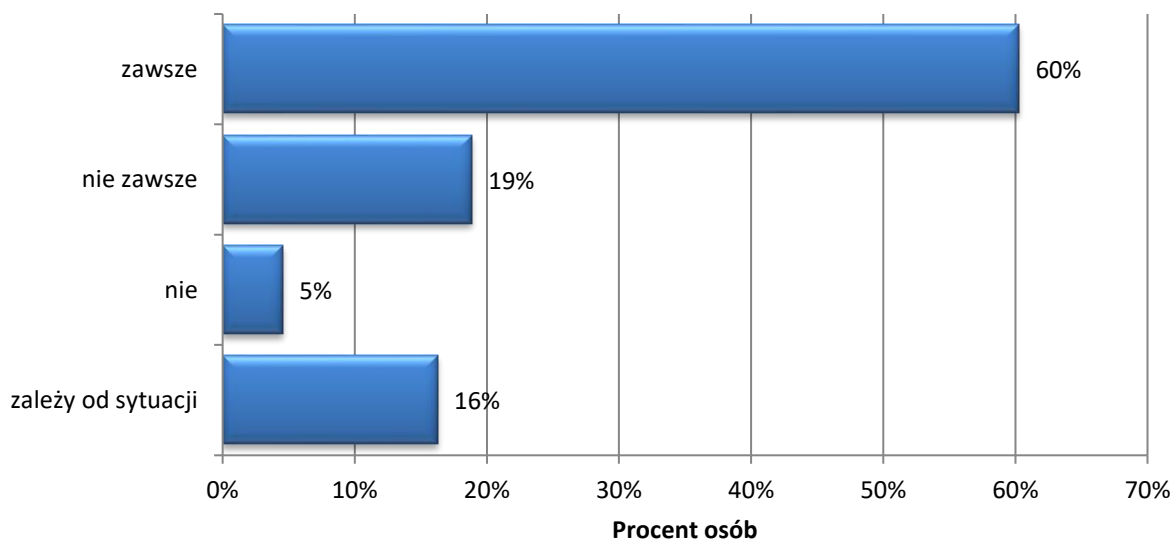
Ocena	Zapewnienie intymności podczas wizyt			
	lekarz		pielęgniarka	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
zawsze	<b>297</b>	<b>96,7%</b>	<b>295</b>	<b>96,1%</b>
nie zawsze	7	2,3%	9	2,9%
niedostatecznie	3	1,0%	3	1,0%
brak	0	0,0%	0	0,0%

**Tabela XXII.** Stopień zaspokojenia potrzeby prywatności podczas wizyty u lekarza i pielęgniarki.

Ocena	Zapewnienie prywatności			
	Lekarz		Pielęgniarka	
	N	%	N	%
zawsze	295	96,1%	290	94,5%
nie zawsze	7	2,3%	11	3,6%
niedostatecznie	5	1,6%	6	2,0%
brak	0	0,0%	0	0,0%

**Tabela XXIII.** Ocena możliwości współdecydowania z lekarzem.

Możliwość współpodejmowania decyzji	Liczność	Procent
zawsze	185	60,3%
nie zawsze	58	18,9%
nie	14	4,6%
zależy od sytuacji	50	16,3%

**Możliwość współpodejmowania decyzji****Rycina 17.** Ocena możliwości współdecydowania z lekarzem.

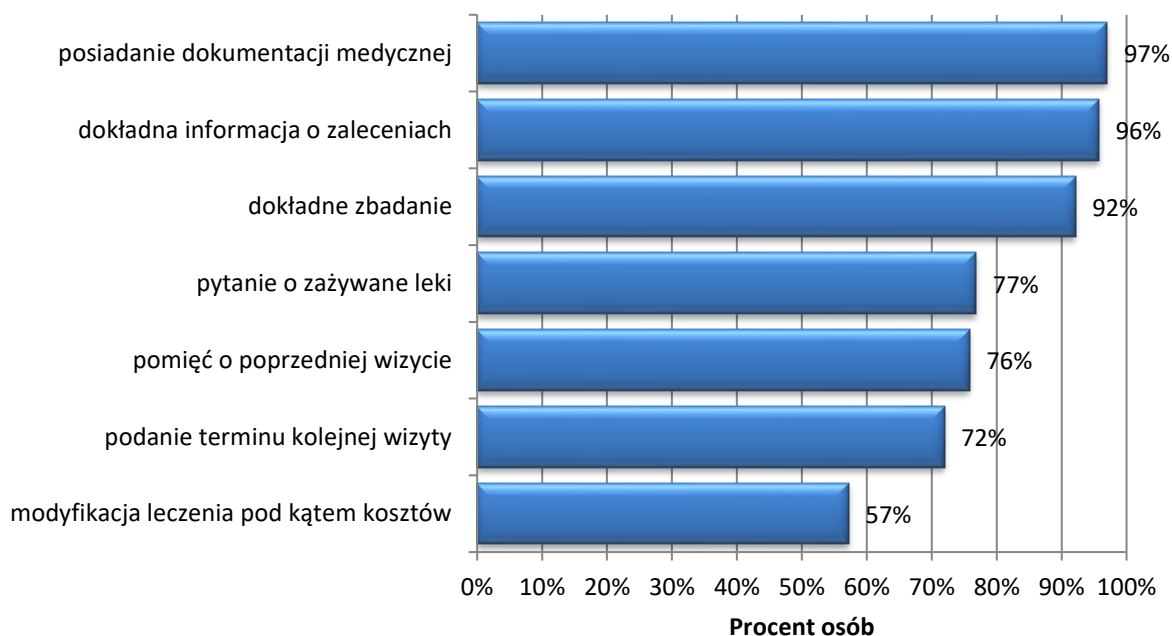
Oceny personelu medycznego pod kątem uprzejmości były bardzo wysokie. Tylko 6,5% respondentów zetknęło się z jakimś przejawem braku kultury ze strony lekarza, a 9,5% ze strony pielęgniarki. Wyniki obrazuje Tabela XXIV.

**Tabela XXIV.** Ocena uprzejmości lekarza i pielęgniarki.

Ocena	Uprzejmość personelu przychodni			
	lekarz		pielęgniarka	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
zawsze	287	93,5%	278	90,6%
nie zawsze	20	6,5%	29	9,5%

Podczas wizyt, lekarz w większości posiadał dokumentację medyczną (97,1%), przeprowadzał dokładne badanie (92,2%) i dokładnie informował o zaleceniach (95,8%). Najbardziej zdaniem pacjentów brał pod uwagę możliwości finansowe chorych i nie proponował pod tym kątem modyfikacji leczenia (57,3%). Dane zawiera tabela XXV i Ryc. 18.

**Wizyta lekarska (przebieg)**



**Rycina 18.** Ocena przebiegu wizyty lekarskiej.

**Tabela XXV.** Ocena przebiegu wizyty lekarskiej. (Suma nie musi wynosić 100% gdyż można było wskazać dowolną liczbę wariantów odpowiedzi)

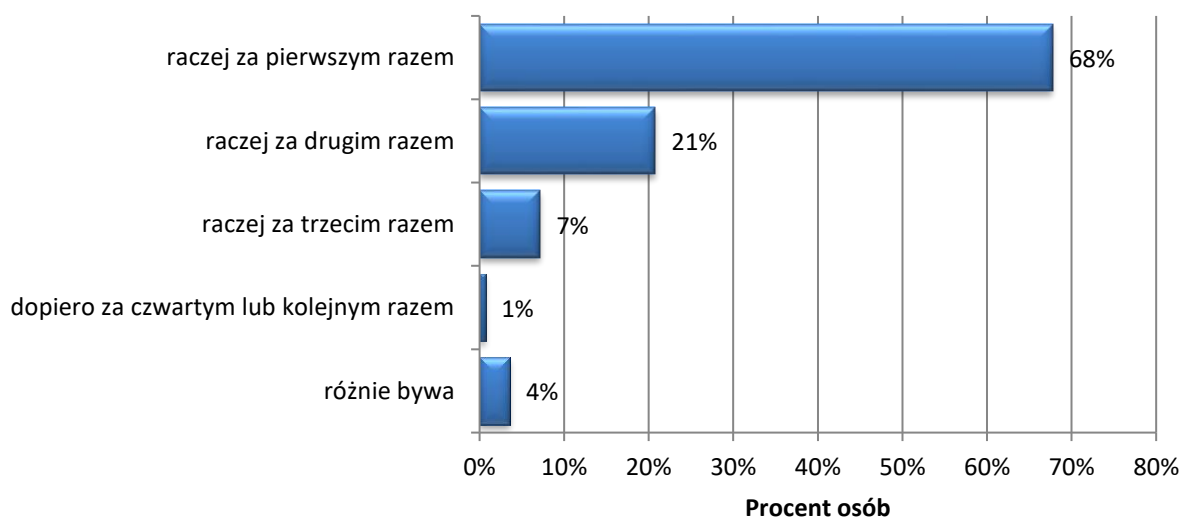
Wizyta lekarska (przebieg)	Liczność	Procent <sup>1)</sup>
posiadanie dokumentacji medycznej	298	97,1%
dokładna informacja o zaleceniach	294	95,8%
dokładne zbadanie	283	92,2%
pytanie o zażywane leki	236	76,9%
pamięć o poprzedniej wizycie	233	75,9%
podanie terminu kolejnej wizyty	221	72,0%
modyfikacja leczenia pod kątem możliwości finansowych	176	57,3%

## OPINIE PACJENTÓW O REJESTRACJI PRZYCHODNI

W kolejnej części opracowania przedstawiono opinie pacjentów na temat jakości pracy rejestracji przychodni.

Aż dwie trzecie respondentów (67,8%) potwierdziło, że dodzwoniło się do rejestracji już za pierwszym razem. Pozostała wskazania zawiera Tabela XXVI i Ryc. 19.

### Łatwość dodzwonienia się do rejestracji



**Rycina 19.** Łatwość dodzwonienia się do rejestracji

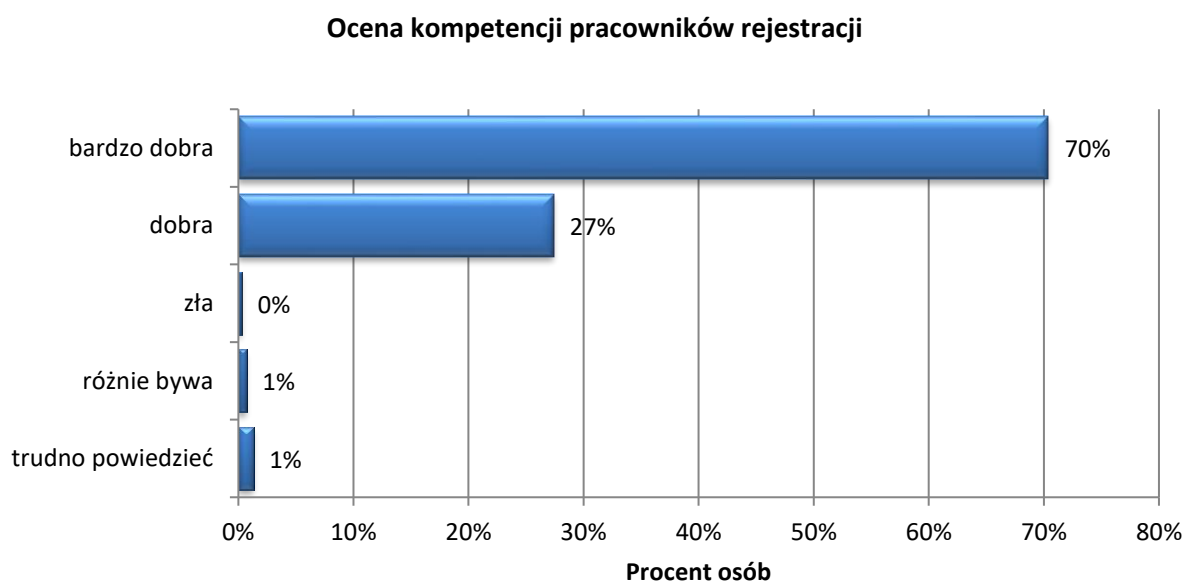
**Tabela XXVI.** Łatwość dodzwonienia się do rejestracji.

Łatwość dodzwonienia się do rejestracji	Liczność	Procent
raczej za pierwszym razem	<b>208</b>	<b>67,8%</b>
raczej za drugim razem	64	20,8%
raczej za trzecim razem	22	7,2%
dopiero za czwartym lub kolejnym razem	2	0,7%
różnie bywa	11	3,6%

Ponad 90% ankietowanych osób oceniało kompetencje pracowników rejestracji bardzo dobrze (70,4%) lub dobrze (27,4%). Inne wskazania zawiera Tabela XXVII i Ryc. 20.

**Tabela XXVII.** Ocena kompetencji pracowników rejestracji.

Ocena kompetencji pracowników rejestracji	Liczność	Procent
bardzo dobra	<b>216</b>	<b>70,4%</b>
dobra	84	27,4%
zła	1	0,3%
różnie bywa	2	0,7%
trudno powiedzieć	4	1,3%

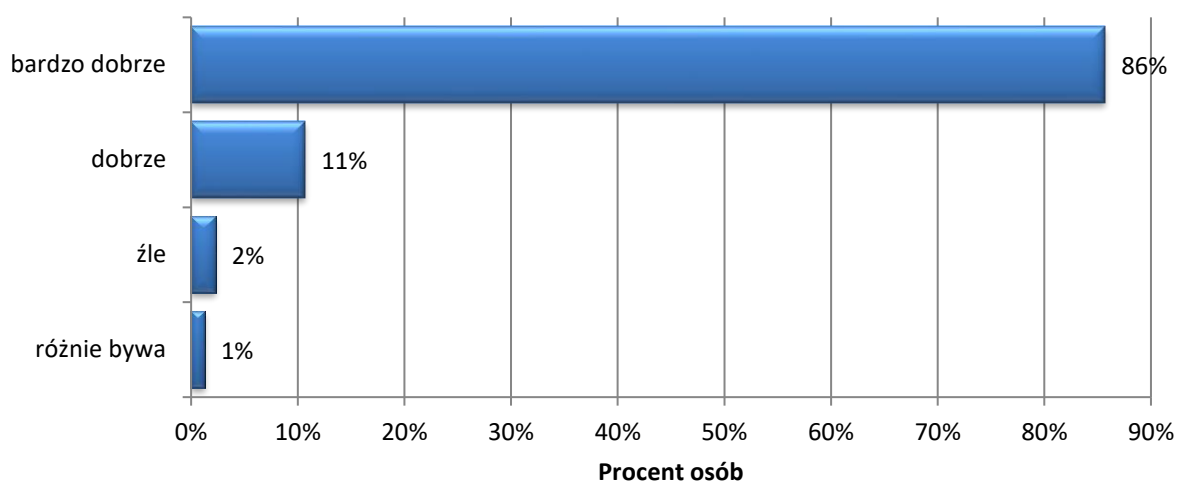
**Rycina 20.** Ocena kompetencji pracowników rejestracji.

Zdecydowana większość respondentów była zadowolona z realizacji celu swojej rozmowy z rejestracją i w 85,7% oceniła powyższe jako bardzo dobre (Tab. XXVIII, Ryc. 21)

**Tabela XXVIII.** Ocena realizacji celu rozmowy telefonicznej z pracownikiem rejestracji.

Ocena realizacji celu rozmowy telefonicznej	Liczność	Procent
bardzo dobrze	263	85,7%
dobrze	33	10,7%
źle	7	2,3%
różnie bywa	4	1,3%

**Ocena realizacji celu rozmowy telefonicznej**



**Rycina 21.** Ocena realizacji celu rozmowy telefonicznej z pracownikiem rejestracji.

Zdaniem większości pacjentów (97,4%) pracownicy rejestracji zachowywali się uprzejmie względem pacjentów. Pozostałe wskazania zawiera Tab. XXIX.

Badani również wysoko ocenili szybkość załatwiania formalności w rejestracji – 73,9% na ocenę bardzo dobrą i 24,4% na ocenę dobrą (Tab. XXX).

Zdecydowana większość pacjentów (91,9%) potwierdziła, że miała możliwość dokonania wyboru terminu wizyty lekarskiej. Inne wskazania zawiera Tabela XXXI.

Nieco mniejszy, ale również wysoki odsetek (81,8%) potwierdził, że mógł również wybrać godzinę wizyty lekarskiej. Inne wskazania zawiera Tabela XXXII.

**Tabela XXIX.** Ocena uprzejmości pracowników rejestracji.

Ocena uprzejmości pracowników rejestracji	Liczność	Procent
bardzo dobrze	<b>229</b>	<b>74,6%</b>
dobrze	70	22,8%
źle	2	0,7%
różnie bywa	2	0,7%
trudno powiedzieć	4	1,3%

**Tabela XXX.** Ocena szybkości załatwienia formalności w rejestracji.

Ocena szybkości załatwienia formalności w rejestracji	Liczność	Procent
bardzo dobrze	<b>227</b>	<b>73,9%</b>
dobrze	75	24,4%
różnie bywa	4	1,3%
trudno powiedzieć	1	0,3%

**Tabela XXXI.** Ocena możliwości wyboru terminu wizyty.

Możliwość wyboru terminu wizyty	Liczność	Procent
tak	<b>282</b>	<b>91,9%</b>
nie	8	2,6%
różnie bywa	16	5,2%
trudno powiedzieć	1	0,3%

**Tabela XXXII.** Ocena możliwości wyboru konkretnej godziny wizyty u lekarza.

Możliwość wyboru godziny wizyty	Liczność	Procent
tak	<i>251</i>	<i>81,8%</i>
nie	6	2,0%
różnie bywa	47	15,3%
trudno powiedzieć	3	1,0%

Na wizytę lekarską nie musiało oczekiwać 57% pacjentów, kilka godzin czekało 27,4%, a co dziesiąta osoba czekała więcej niż kilka godzin (10,7%). Pozostałe wyniki obrazuje Tab. XXXIII i Ryc. 22

**Tabela XXXIII.** Czas oczekiwania na wizytę u lekarza.

Czas oczekiwania na wizytę u lekarza	Liczność	Procent
bez oczekiwania	175	57,0%
do kilku godzin	84	27,4%
powyżej kilku godzin	33	10,7%
co najmniej 1 dzień	12	3,9%
2 dni i więcej	3	1,0%



**Rycina 22.** Czas oczekiwania na wizytę u lekarza.

Co trzeci pacjent (33,2%) został przyjęty bez opóźnienia. Natomiast najczęściej czas przesunięcia wizyty wynosił kilka minut (44,3%). Wyniki obrazuje Tab. XXXIV i Ryc. 23.

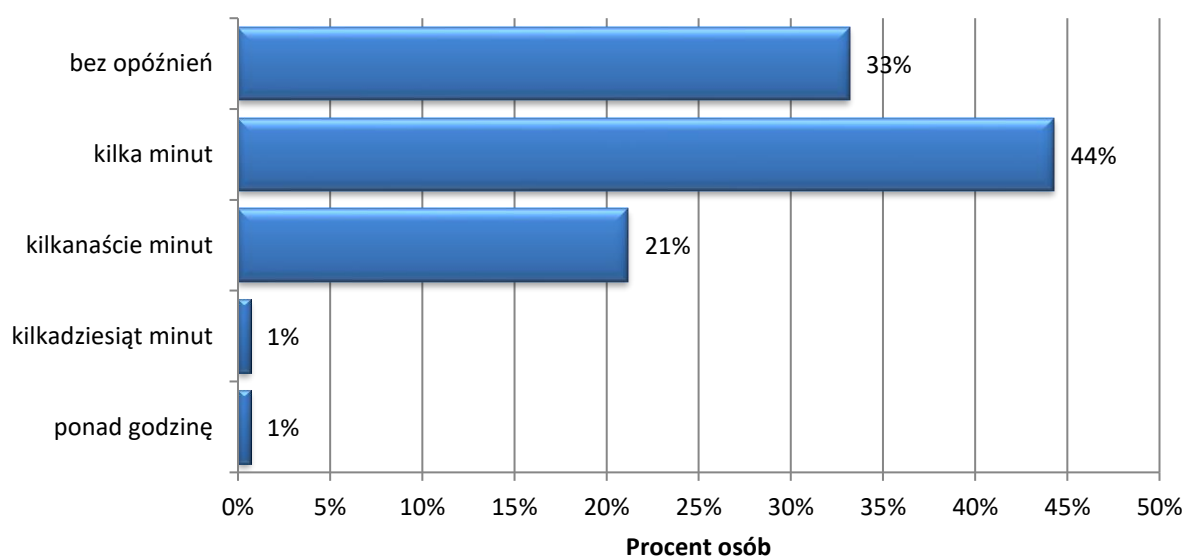
Większość pacjentów (63,8%) miała możliwość decydowania o obecności osób trzecich podczas wizyty lekarskiej. Inne wskazania badanych zawiera Tab. XXXV i Ryc. 24.

Ponad połowa respondentów (58,6%) nigdy nie starała się o uzyskanie lekarskiej wizyty domowej. Natomiast aż 1/3 pacjentów (35,5%) doczekała się wizyty domowej już tego samego dnia co zgłoszenie. Wyniki obrazuje Tab. XXXVI i Ryc. 25.

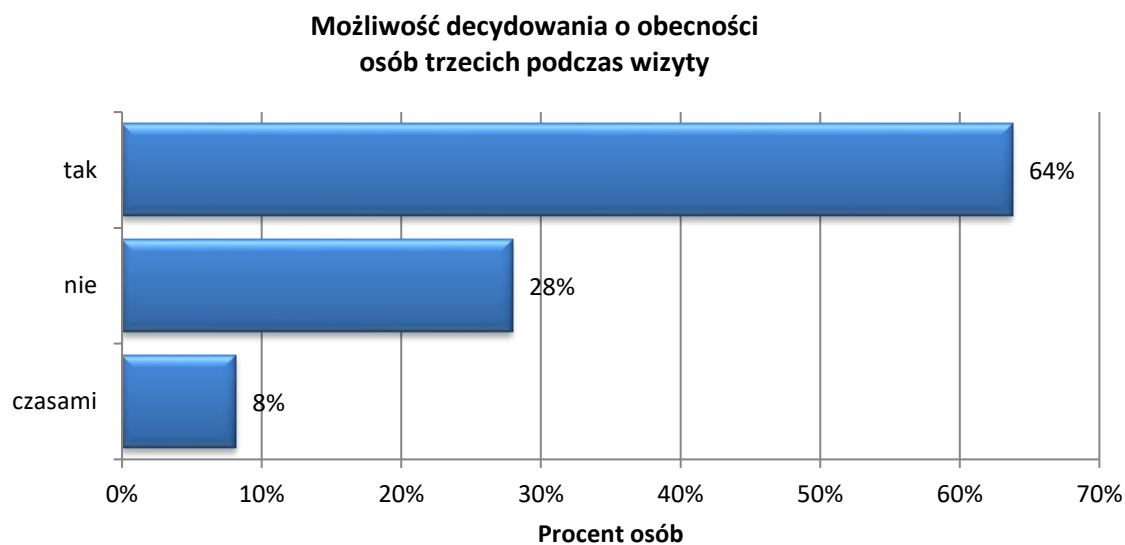


**Tabela XXXIV.** Średni czas oczekiwania w poczekalni na umówioną wizytę.

Średni czas oczekiwania w poczekalni	Liczność	Procent
bez opóźnień	102	33,2%
kilka minut	<b>136</b>	<b>44,3%</b>
kilkanaście minut	65	21,2%
kilkadziesiąt minut	2	0,7%
ponad godzinę	2	0,7%

**Średni czas oczekiwania w poczekalni****Rycina 23.** Średni czas oczekiwania w poczekalni na umówioną wizytę.**Tabela XXXV.** Możliwość decydowania przez pacjentów o obecności osób trzecich podczas wizyty.

Możliwość decydowania o obecności osób trzecich podczas wizyty	Liczność	Procent
tak	<b>196</b>	<b>63,8%</b>
nie	86	28,0%
czasami	25	8,2%



**Rycina 24.** Możliwość decydowania przez pacjentów o obecności osób trzecich podczas wizyty.

**Tabela XXXVI.** Możliwość uzyskania lekarskiej wizyty domowej.

Możliwość uzyskania lekarskiej wizyty domowej	Liczność	Procent
bez problemu tego samego dnia	109	35,5%
rzadko tego samego dnia	5	1,6%
trudno się umówić	13	4,2%
nigdy nie próbowałem	<b>180</b>	<b>58,6%</b>



**Rycina 25.** Możliwość uzyskania lekarskiej wizyty domowej.

**OGÓLNA OCENA FUNKCJONOWANIA PLACÓWKI**

Poszczególne aspekty funkcjonowania przychodni były oceniane przez pacjentów w skali od 1 do 5 pkt. Ogółem ocena wystawiona przez pacjentów przychodni była bardzo wysoka (we wszystkich elementach powyżej 4 pkt.).

Najniższe oceny MEDIKON otrzymał za możliwość udziału pacjentów w badaniach przesiewowych (4,16 pkt.).

Wyniki obrazuje Tab. XXXVII.

**Tabela XXXVII.** Ocena wybranych parametrów funkcjonowania przychodni. (1 - ocena najniższa, ..., 5 - ocena najwyższa)

Ocena wybranych parametrów przychodni	Średnia ocena
dobra lokalizacja i oznakowanie przychodni	4,67
odpowiedni ubiór personelu	4,65
czysty/elegancki wystrój przychodni	4,63
poprawne wykonanie usługi medycznej za pierwszym razem	4,60
odpowiednia forma i czytelność broszur	4,56
pacjent ma zaufanie do personelu	4,51
personel podchodzi indywidualnie do pacjenta	4,48
dobry dojazd i parking	4,46
personel chce rozwiązania moich problemów	4,43
nowoczesne wyposażenie	4,34
personel jest zajęty tylko pracą	4,31
możliwość udziału w badaniach przesiewowych	4,16

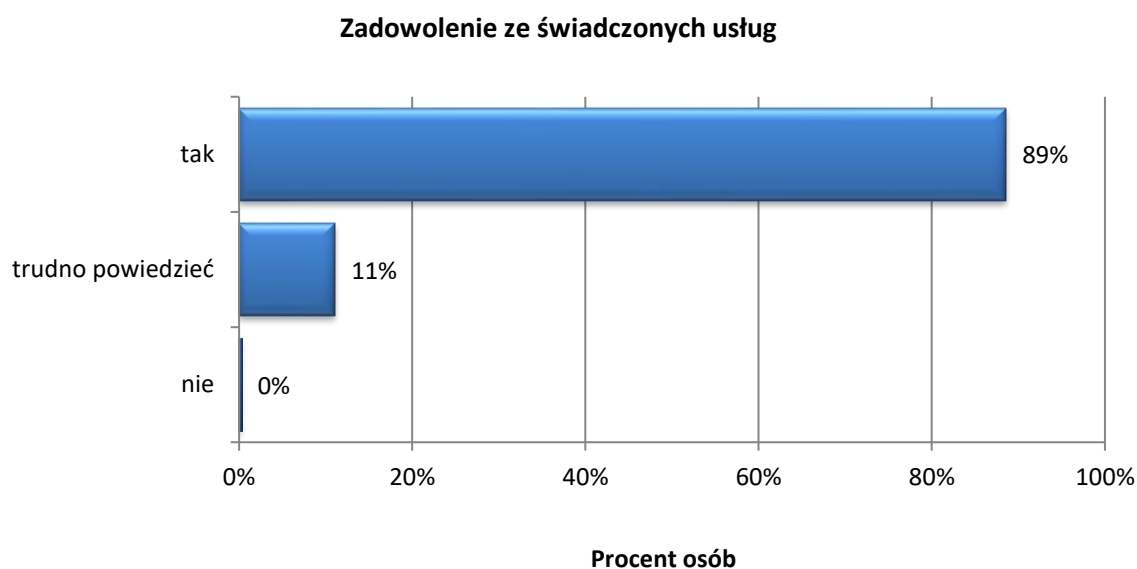
Zdecydowana większość pacjentów (88,6%), była zadowolona z usług przychodni MEDIKON. Inne wskazania zawiera Tab. XVIII.

Do rzadkości (2,6%) można zaliczyć wypadki, kiedy pacjent spotkał się z nieuprzejmością personelu przychodni. Pozostałe wskazania zawiera Tab. XXXIX i Ryc. 27.

Większość aktualnych pacjentów przychodni (87,9%) poleciłaby tę placówkę innym osobom. Pozostałe wyniki zawiera Tab. XL oraz Ryc. 28.

**Tabela XVIII.** Zadowolenie z usług świadczonych w przychodni MEDIKON.

Zadowolenie ze świadczonych usług	Liczność	Procent
tak	272	88,6%
trudno powiedzieć	34	11,1%
nie	1	0,3%



**Rycina 26.** Zadowolenie z usług świadczonych w przychodni MEDIKON.

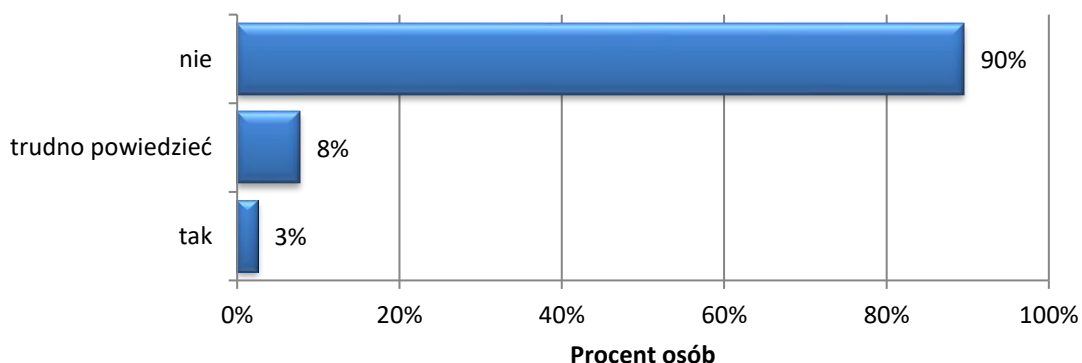
**Tabela XXXIX.** Zetknięcie z nieuprzejmym traktowaniem podczas wizyty w przychodni.

Zetknięcie z nieuprzejmością podczas wizyty w przychodni	Liczność	Procent
nie	275	89,6%
trudno powiedzieć	24	7,8%
tak	8	2,6%

**Tabela XL.** Ocena gotowości polecenia przychodni innym osobom.

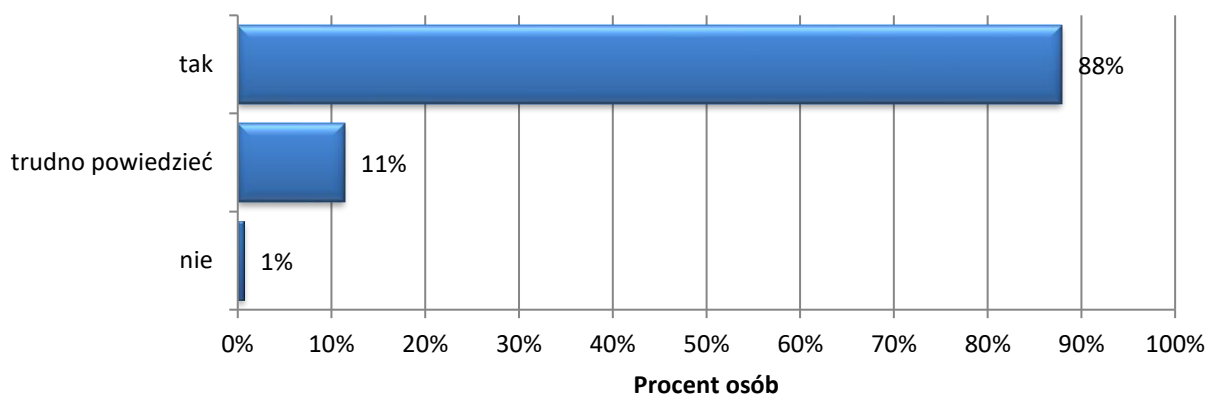
Polecenie przychodni innym pacjentom	Liczność	Procent
tak	270	87,9%
trudno powiedzieć	35	11,4%
nie	2	0,7%

## Zetknięcie z nieuprzejmością podczas wizyty w przychodni



**Rycina 27.** Zetknięcie z nieuprzejmym traktowaniem podczas wizyty w przychodni.

## Polecenie przychodni innym pacjentom



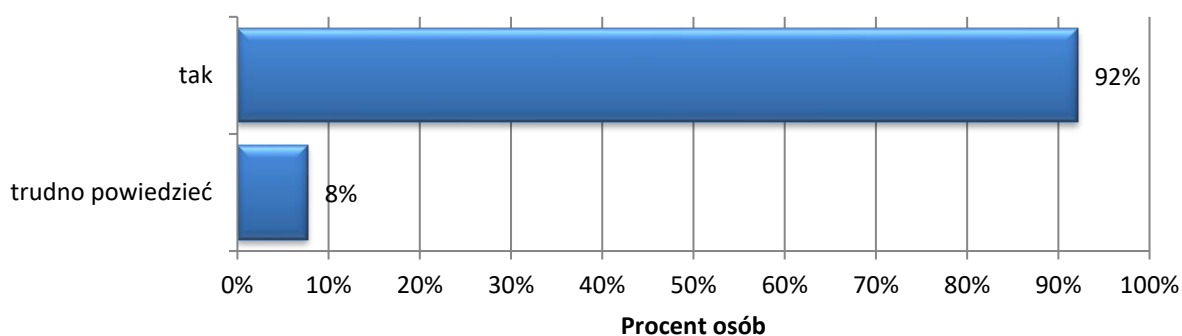
**Rycina 28.** Ocena gotowości polecenia przychodni innym osobom.

Zdecydowana większość respondentów (92,2%) nie zamierzała rezygnować z usług przychodni w przyszłości (Tab. XLI, Ryc. 29).

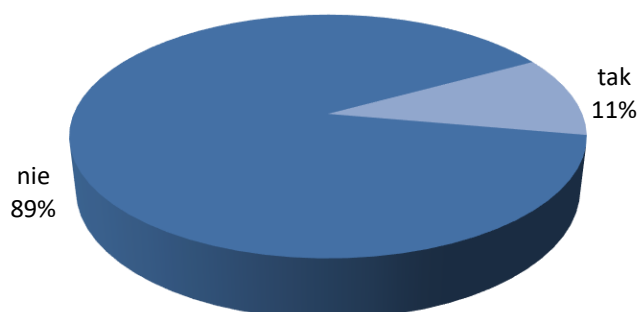
Pacjenci w większości nie widzieli potrzeby dokonywania zmian w pracy przychodni. Propozycje zmian zgłaszał jedynie co dziesiąty pacjent, w tym najczęściej związane były one z: możliwością pobierania materiału do badań laboratoryjnych na terenie przychodni, powiększeniem parkingu, zatrudnieniem dodatkowych lekarzy (w tym lekarzy innych specjalności), czy ustawieniem w poczekalni dystrybutora z wodą (Tab. XLII, Ryc. 30).

**Tabela XLI.** Chęć skorzystania z usług przychodni w przyszłości.

Zamiar korzystania z usług przychodni w przyszłości	Liczność	Procent
tak	283	92,2%
trudno powiedzieć	24	7,8%

**Zamiar korzystania z usług przychodni w przyszłości****Rycina 29.** Chęć skorzystania z usług przychodni w przyszłości.**Tabela XLII.** Osoby wyrażające propozycje zmian w przychodni.

Propozycje zmian dla przychodni	Liczność	Procent
nie	274	89,3%
tak	33	10,7%

**Propozycje zmian dla przychodni****Rycina 30.** Osoby wyrażające propozycje zmian w przychodni.

## PODSUMOWANIE

W opinii Nowak-Starz [2] jakość świadczeń medycznych to jeden z głównych problemów funkcjonowania współczesnej opieki zdrowotnej.

W przypadku zakładów opieki zdrowotnej zadaniem priorytetowym jest zapewnienie jakości swych świadczeń [2].

Coraz częściej, za Nowak-Starz [2], placówki medyczne dbając o jakość usług medycznych bazują na finalnym konsumencie tych usług – pacjencie oraz podporządkowują usługi zdrowotne do jego wymagań czy oczekiwań, wprowadzając procedury, certyfikaty, akredytacje, aby udowodnić, że dana placówka zdrowotna realizuje świadczenia medyczne na określonym poziomie jakości.

Budowanie jakości, za Gołębiewski [3], jest procesem ciągłym i sekwencyjnym, obejmującym:

- planowanie – wymaga identyfikacji pacjentów, ocenę ich satysfakcji oraz stworzenie zarysu usług, które będą odpowiadać oczekiwaniom pacjentów,
- kontrolę jakości – monitorowanie i ocena, czy usługa spełnia postawione jej wymagania oraz określenie ewentualnych błędów, braków i przyczyn niskiej jakości usługi,
- poprawę jakości – stałe doskonalenie świadczonych usług i wyznaczanie coraz wyższych poziomów odniesienia dla ich jakości.

Tomasik [4] uważa, że stałe podnoszenie poziomu opieki sprawowanej nad pacjentami umożliwi jedynie, jako proces ustrukturalizowany, „cykl poprawy jakości”.

Usługi medyczne, wraz z całym procesem ich świadczenia, to, za Nowak-Starz [1] z jednej strony pacjent - jego indywidualne potrzeby oraz oczekiwania, a z drugiej strony personel medyczny, odgrywający kluczową rolę w budowaniu trwałej relacji między usługodawcą a usługobiorcą. Kształtowanie takich prawidłowych relacji z pacjentami wpływa nie tylko na cały proces usługowy, ale także na ostateczną satysfakcję klienta/pacjenta [cyt. za 1].

## WNIOSKI Z TEJ CZĘŚCI BADAŃ

### Informacje ogólne

- W przeprowadzonym badaniu wzięło udział 307. osób dorosłych – pacjentów Przychodni Lekarskiej Medikon w Białymstoku, głównie w grupie wiekowej poniżej 29. lat (21,5%) oraz pomiędzy 50-59 lat (21,2%), w większości kobiety (61%), osoby

żyjące w związkach małżeńskich (63,5%) i mieszkańcy miast (86,6%), głównie osoby o niskim poziomie zasobów materialnych rodziny (FAS).

- Większość respondentów mieszkała w odległości nie większej niż 1 km.
- Ponad połowa pacjentów oceniała stan swojego zdrowia jako dobry (52,8%), a co dziesiąty respondent jako bardzo dobry (11,1%).
- Największy odsetek ankietowanych osób (41%) odwiedzał przychodnię kilka razy w roku.
- Z pomocy pielęgniarek pacjenci najczęściej kilka razy w roku lub rzadziej niż dwa razy w roku (po 30,6%).
- Najczęstszą przyczyną wizyt w przychodni były sezonowe infekcje (33,2%), kontynuacja leczenia (20,8%) oraz dolegliwości bólowe (17,9%).
- Zdecydowana większość ankietowanych osób (69,4%) deklarowała, że zawsze stosuje się do zaleceń lekarza.

#### **Wrażeniami wyniesionymi z wizyty lekarskiej i pielęgniarskiej**

- W przypadku wizyt lekarskich pacjenci najlepiej oceniali uważne wysłuchanie przez lekarza opisu ich dolegliwości (69,7%), ilość poświęconego im przez lekarza czasu (zawsze – 55,7%) oraz zasób udzielanych informacji na temat choroby, jej przyczyn oraz leczenia (53,9%).
- Zdaniem badanych najmniej czasu lekarze poświęcali na rozmowy związane ze szkodliwością alkoholu (58,9%), profilaktyką nowotworów (54,3%), szkodliwością palenia (52,3%) oraz na temat radzenia sobie ze stresem (51,3%).
- Podczas wizyt, lekarz w większości przypadków posiadał dokumentację medyczną (97,1%), przeprowadzał dokładne badanie (92,2%) i dokładnie informował o zaleceniach (95,8%).
- W przypadku wizyt pielęgniarskich pacjenci najlepiej oceniali ilość poświęconego im czasu (51,1%) i uważne wysłuchanie opisu dolegliwości (58,3%).
- Zdaniem badanych najmniej czasu pielęgniarki poświęcały na rozmowy o szkodliwości alkoholu (76,7%), na temat radzenia sobie ze stresem (74,1%), profilaktyki nowotworu (71,5%) oraz szkodliwości palenia (71,1%).
- W skali pięciopunktowej takie cechy wizyt lekarskich i pielęgniarskich jak: punktualność, powitanie, zrozumiały język, kontakt wzrokowy, szacunek, uśmiech,



nieobwinianie, nieokazywanie wyższości i schludne ubranie - były oceniane powyżej 4 pkt. (min. - 4,32 , maks. – 4,65).

- Większość pacjentów było zdania, że otrzymała wystarczająca ilość informacji na temat choroby (od lekarza - 78,5% i pielęgniarki- (70,4%), jako bardzo dobre oceniała jakość opieki medycznej otrzymanej w przychodni (od lekarza – 69,4% i pielęgniarki- 68,1%) oraz kontakt z personelem przychodni (z lekarzem – 68,7%, z pielęgniarką -66,4%).
- Większość chorych twierdziła, że podczas wizyt mieli zawsze zapewnioną intymność (ze strony lekarza – 96,7% i pielęgniarki – 96,1%), prywatność (ze strony lekarza – 96,1% i pielęgniarki – 94,5%), możliwość pełnego decydowania w leczeniu i wykonywanych badaniach (60,3%) oraz stykali się z uprzejmością ze strony lekarza (93,5%) i pielęgniarek (90,6%).

### **Opinie pacjentów o rejestracji Przychodni**

- Dodzwoniło się do rejestracji już za pierwszym razem aż 67,8% respondentów.
- Kompetencje pracowników rejestracji oceniano bardzo dobrze - 70,4% badanych lub dobrze - 27,4% z nich.
- Zdecydowana większość respondentów była zadowolona z realizacji celu swojej rozmowy z rejestracją i w 85,7% oceniła powyższe jako bardzo dobre.
- Zdaniem większości pacjentów pracownicy rejestracji zachowywali się uprzejmie względem pacjentów (97,4%), szybko załatwiali wszelkie formalności (73,9% na ocenę bardzo dobrą), a pacjenci mieli możliwość dokonania wyboru terminu wizyty lekarskiej (91,9%) lub godziny wizyty (81,8%).
- Na wizytę lekarską nie musiało oczekiwać 57% pacjentów, a 33,2% zostało przyjętych bez opóźnienia.
- Większość pacjentów (63,8%) miała możliwość decydowania o obecności osób trzecich podczas wizyty lekarskiej.
- Ponad połowa respondentów (58,6%) nigdy nie starała się o uzyskanie lekarskiej wizyty domowej. Natomiast aż 1/3 pacjentów (35,5%) doczekała się wizyty domowej już tego samego dnia co zgłoszenie.

### **Ogólna ocena funkcjonowania placówki**

- Elementy funkcjonowania placówki takie jak: dobra lokalizacja i oznakowanie przychodni, odpowiedni ubiór personelu, czysty/elegancki wystrój przychodni,

poprawne wykonanie usługi medycznej za pierwszym razem, odpowiednia forma i czytelność broszur, pacjent ma zaufanie do personelu, personel podchodzi indywidualnie do pacjenta, dobry dojazd i parking, personel chce rozwiązania moich problemów, nowoczesne wyposażenie, personel jest zajęty tylko pracą i możliwość udziału w badaniach przesiewowych, były oceniane w skali 5. stopniowej na powyżej cztery, w tym najwyżej - dobra lokalizacja i oznakowanie przychodni (4,7 pkt.), a najniżej - możliwość udziału w badaniach przesiewowych (4,16 pkt.)

- Zdecydowana większość pacjentów (88,6%), była zadowolona z usług przychodni MEDIKON i do rzadkości (2,6%) można zaliczyć wypadki, kiedy pacjent spotkał się z nieuprzejmością personelu przychodni.
- Większość aktualnych pacjentów przychodni (87,9%) poleciłaby tę placówkę innym osobom i nie zamierzała rezygnować z usług przychodni w przyszłości (92,2%).
- Pacjenci w większości nie widzieli potrzeby dokonywania zmian w pracy przychodni. Propozycje zmian zgłaszał jedynie co dziesiąty pacjent, w tym najczęściej związane były one z: możliwością pobierania materiału do badań laboratoryjnych na terenie przychodni, powiększeniem parkingu, zatrudnieniem dodatkowych lekarzy (w tym lekarzy innych specjalności), czy ustawieniem w poczekalni dystrybutora z wodą.

## PIŚMIENNICTWO

1. Mazur J.: Skala Zasobów Materialnych Rodziny – badanie walidacyjne i proponowana modyfikacja, *Hygeia Public Health*, 2013, 48(2), 211-217.
2. Nowak-Starz G., Siwek M., Salwa A., Babiarz A., Bujnowska M., Strzelecka A., Wójcik T., Markowski K.: Rola jakości usług medycznych we współczesnym systemie ochrony zdrowia [w:] *Zdrowie publiczne standardem dobrostanu*, Turowski K. (red.), Lublin, 2018, 237-247.
3. Maxwell R. J.: Quality assessment in health, *British Medical Journal*, 1984; 288:, 1470-1472.
4. Gołębiowski M.: Teoretyczne aspekty doskonalenia jakości w organizacji, *Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania/Uniwersytet Szczeciński*, 2008; 1: 157-164.

## CZYNNIKI DEMOGRAFICZNE A OCZEKIWANIA PACJENTÓW

### WPROWADZENIE

Za twórcę terminu „jakość” uznawany jest Platona, który jako pierwszy nakreślił definicję jakości, twierdząc, że „*jakość jest to pewien stopień doskonałości*” [1].

„Jakość” według Crossy, za Sobkowski i Staszewski [2], to „*zgodność z wymaganiami*”, zdaniem Deminga, za Sobkowski i Staszewski [2] – „*Przewidywany stopień jednorodności i niezawodności przy możliwie niskich kosztach dopasowaniu do wymagań rynku*”, a w opinii Jurana [3] – „*Przydatność użytkowa*” .

W literaturze przedmiotu, pojęcie jakości usługi medycznej, za Wrońskim i wsp. [4], pojawiło się w Stanach Zjednoczonych, na początku XX wieku. Pierwszą grupą zawodową dążącą do niej byli chirurdzy, a tworzenie standardów związanych z udzielaniem oświadczeń zdrowotnych w szpitalach zapoczątkowała organizacja *American College of Surgeons* (w 1913 roku) [4,5].

Zdefiniowanie terminu jakości usług medycznych, za Sobkowski i Staszewski [2] wiąże się z zawężeniem tego pojęcia do jednego obszaru gospodarki, a co wynika ze specyficznego charakteru usług medycznych, jako składowej takich cech jak: społeczny charakter, nieoczekiwany odbiór usługi, przymus oddzielenia funkcji płatnika i usługobiorcy oraz niepewność i ryzyko (skutek usługi i odpłatność za jej wykonanie).

W chwili obecnej nikogo już nie dziwi, że opinia chorych jest niezwykle cennym źródłem informacji na temat jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych przez placówki ochrony zdrowia.

Małecka i Marcinkowski [6] uważają, że opinie i oczekiwania pacjentów kształtują współczesny rynek usług medycznych.

W literaturze fachowej [7,8] za jeden z istotnych obszarów świadczeń zdrowotnych, odbywających się w bezpośrednim kontakcie z chorym, uważana jest także opieka pielęgniarska. Jej jakość może być oceniona z punktu widzenia świadczeniodawcy (pielęgniarki) i świadczeniobiorcy (pacjenta i jego rodziny). W związku z tym pielęgniarka świadcząc opiekę w zespole interdyscyplinarnym musi być świadoma, że od jej postawy i zachowania zależy pierwsze wrażenie pacjenta, mające wpływ na jego dalsze samopoczucie [7,8].

Lemke [9] wykazał, że pacjenci oceniający w 95% opiekę pielęgniarską jako satysfakcjonująca, tak samo oceniali swój pobyt w szpitalu.

Badania obecne miały na celu ocenę wpływu czynników demograficznych na oczekiwania pacjentów Przychodni Lekarskiej MEDIKON w Białymstoku wobec świadczeń zdrowotnych.

W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem kwestionariusza autorstwa własnego.

## WYNIKI

### Czynniki demograficzne a ocena parametrów funkcjonowania przychodni

Zbadano wpływ czynników społeczno-demograficznych na ocenę poszczególnych aspektów działania przychodni. W tabelach przedstawiono średnie ocen udzielanych na skali o zakresie 1-5 pkt, przy czym wyższa wartość oznaczała oczywiście lepszą ocenę danego aspektu funkcjonowania przychodni. W celu ułatwienia interpretacji wyników wysokie oceny wyróżniono kolorem zielonym, niskie czerwonym, a oceny pośrednie odpowiednimi kolorami pośrednimi. Parametry funkcjonowania przychodni, które były w znamiennej statystycznie sposób zależne od danego czynnika demograficznego wyróżniono pogrubioną czcionką.

**Tabela LIII.** Wpływ płci na ocenę wybranych parametrów funkcjonowania przychodni.

Ocena parametrów funkcjonowania przychodni	Płeć		p
	kobieta	mężczyzna	
chęć rozwiązania problemów	4,47	4,37	0,3192
indywidualne podejście do pacjenta	4,49	4,45	0,4848
<b>personel jest skupiony na pracy</b>	<b>4,40</b>	<b>4,17</b>	<b>0,0211*</b>
pacjent ma zaufanie do personelu	4,56	4,44	0,0729
wykonanie usługi za pierwszym razem	4,63	4,55	0,2891
czysty/elegancki wystrój	4,64	4,62	0,8521
nowoczesne wyposażenie	4,36	4,31	0,9406
odpowiedni ubiór personelu	4,65	4,66	0,6579
czytelna forma broszur	4,56	4,55	0,7163
dobry dojazd i parking	4,43	4,50	0,8469
dobra lokalizacja i oznakowanie	4,65	4,71	0,7703
prowadzenie badań przesiewowych	4,20	4,10	0,3230
p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu Manna-Whitneya			

Płeć różnicowała jedynie ocenę stopnia koncentracji personelu przychodni na pracy – była ona wyższa wśród pacjentek płci żeńskiej (średnio rzecz biorąc 4,40 vs 4,17 pkt).

Wyniki zawiera Tab. LIII.

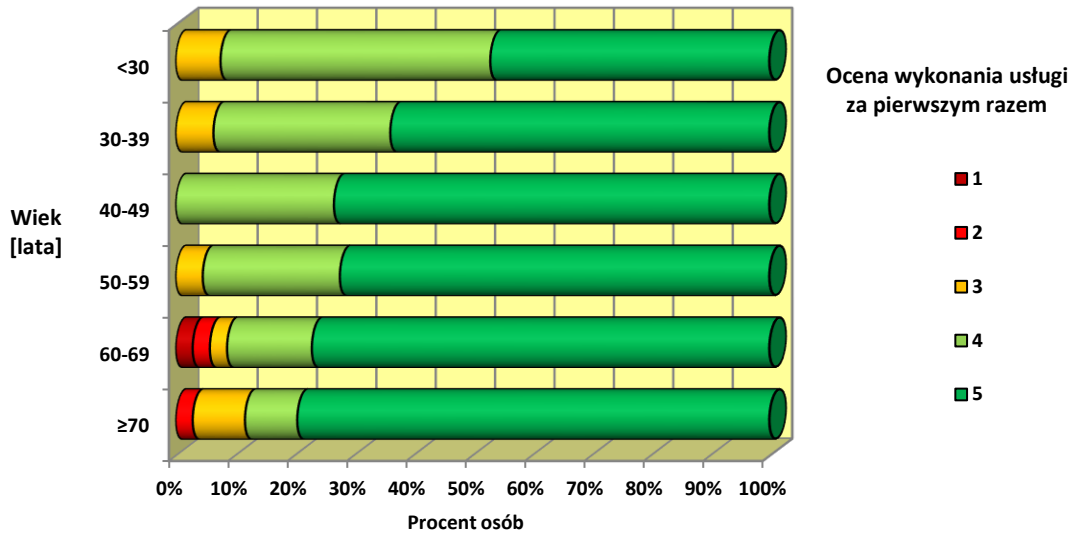
Wiek różnicował w statystycznie istotny sposób większość z ocenianych parametrów funkcjonowania przychodni – oceny rosły najczęściej wraz z wiekiem.

Szczegółowe wyniki znaleźć można w poniższej tabeli (LIV), natomiast ogólna interpretacja może być taka, że to starsi pacjenci lepiej oceniali funkcjonowanie przychodni, co oczywiście może być spowodowane wieloma czynnikami – częstszymi wizytami w przychodni, lepszym stosunkiem personelu do ludzi starszych, itd.

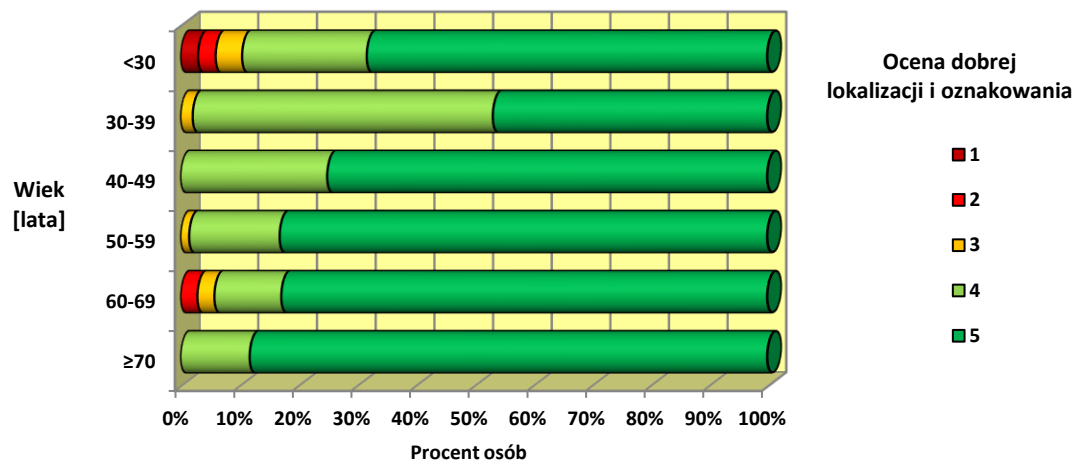
**Tabela LIV.** Wpływ wieku na ocenę wybranych parametrów funkcjonowania przychodni.

Ocena parametrów funkcjonowania przychodni	Wiek [lata]						p
	<30	30-39	40-49	50-59	60-69	≥70	
chęć rozwiązania problemów	4,32	4,40	4,47	4,49	4,29	4,65	0,5177
indywidualne podejście do pacjenta	4,35	4,47	4,53	4,46	4,49	4,68	0,4029
<b>personel jest skupiony na pracy</b>	<b>4,11</b>	<b>4,09</b>	<b>4,37</b>	<b>4,48</b>	<b>4,46</b>	<b>4,47</b>	<b>0,0407*</b>
<b>pacjent ma zaufanie do personelu</b>	<b>4,30</b>	<b>4,43</b>	<b>4,65</b>	<b>4,57</b>	<b>4,60</b>	<b>4,59</b>	<b>0,0034**</b>
<b>wykonanie usługi za pierwszym razem</b>	<b>4,39</b>	<b>4,57</b>	<b>4,73</b>	<b>4,68</b>	<b>4,60</b>	<b>4,65</b>	<b>0,0066**</b>
<b>czysty/elegancki wystrój</b>	<b>4,53</b>	<b>4,34</b>	<b>4,63</b>	<b>4,85</b>	<b>4,71</b>	<b>4,74</b>	<b>0,0095**</b>
nowoczesne wyposażenie	4,33	4,02	4,53	4,40	4,37	4,29	0,1924
<b>odpowiedni ubiór personelu</b>	<b>4,56</b>	<b>4,43</b>	<b>4,68</b>	<b>4,75</b>	<b>4,71</b>	<b>4,85</b>	<b>0,0465*</b>
<b>czytelna forma broszur</b>	<b>4,47</b>	<b>4,32</b>	<b>4,53</b>	<b>4,71</b>	<b>4,60</b>	<b>4,76</b>	<b>0,0144*</b>
<b>dobry dojazd i parking</b>	<b>4,26</b>	<b>4,28</b>	<b>4,48</b>	<b>4,58</b>	<b>4,66</b>	<b>4,59</b>	<b>0,0155*</b>
<b>dobra lokalizacja i oznakowanie</b>	<b>4,48</b>	<b>4,45</b>	<b>4,75</b>	<b>4,82</b>	<b>4,74</b>	<b>4,88</b>	<b>0,0001**</b> *
<b>przewodzenie badań przesiewowych</b>	<b>3,92</b>	<b>3,81</b>	<b>4,30</b>	<b>4,43</b>	<b>4,06</b>	<b>4,44</b>	<b>0,0079**</b>
p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu Kruskala-Wallisa							

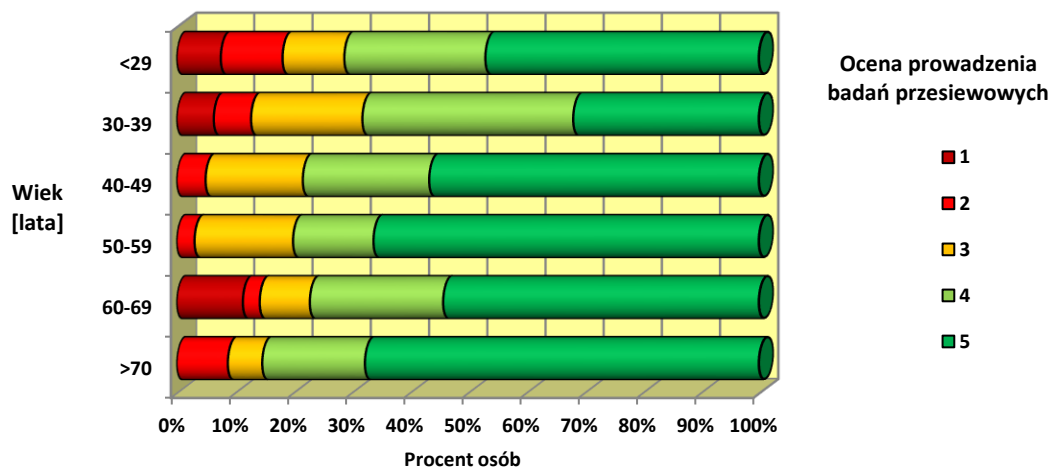
Na wykresach zilustrowano rozkład ocen punktowych wybranych aspektów funkcjonowania przychodni względem wieku ankietowanych pacjentów (Ryc. 38, Ryc. 39, Ryc. 40).



Rycina 38. Wpływ wieku na ocenę wykonania usługi za pierwszym razem.



Rycina 39. Wpływ wieku na ocenę dobrej lokalizacji i oznakowania przychodni.



Rycina 40. Wpływ wieku na ocenę dostępności badań przesiewowych w przychodni.

Miejsce zamieszkania nie różnicowało w statystycznie istotny sposób żadnego z ocenianych aspektów pracy przychodni (Tab. LV).

**Tabela LV.** Wpływ miejsca zamieszkania pacjentów na ocenę wybranych parametrów funkcjonowania przychodni.

Ocena parametrów funkcjonowania przychodni	Miejsce zamieszkania		<i>p</i>
	wieś	miasto	
chęć rozwiązania problemów	4,15	4,47	0,1370
indywidualne podejście do pacjenta	4,44	4,48	0,4070
personel jest skupiony na pracy	3,90	4,38	0,2381
pacjent ma zaufanie do personelu	4,41	4,53	0,2042
wykonanie usługi za pierwszym razem	4,49	4,62	0,3065
czysty/elegancki wystrój	4,39	4,67	0,0991
nowoczesne wyposażenie	4,46	4,32	0,1368
odpowiedni ubiór personelu	4,63	4,66	0,9933
czytelna forma broszur	4,29	4,60	0,0870
dobry dojazd i parking	4,44	4,46	0,9172
dobra lokalizacja i oznakowanie	4,63	4,68	0,7313
przewodzenie badań przesiewowych	3,98	4,19	0,5096
p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu Manna-Whitneya			

Osoby lepiej wykształcone, zwłaszcza z wykształceniem wyższym, wyżej oceniały pracę przychodni w trzech aspektach:

- chęci rozwiązywania problemów ( $p = 0,0017^{**}$ );
- indywidualizacji podejścia do pacjenta ( $p = 0,0338^{*}$ ); wykonania usługi za pierwszym razem ( $p = 0,0404^{*}$ ).

Wyniki obrazuje Tab. LVI.

Poziom zasobów materialnych także w bardzo istotny sposób wpływał na ocenę niemal wszystkich aspektów funkcjonowania przychodni, przy czym oceny były wyższe wśród osób zamożniejszych (Tab. LVII i Ryc. 41)

Odległość zamieszkania pacjenta od przychodni w zasadzie nie różnicowała oceny jej funkcjonowania.

## CZYNNIKI DEMOGRAFICZNE A OCZEKIWANIA PACJENTÓW

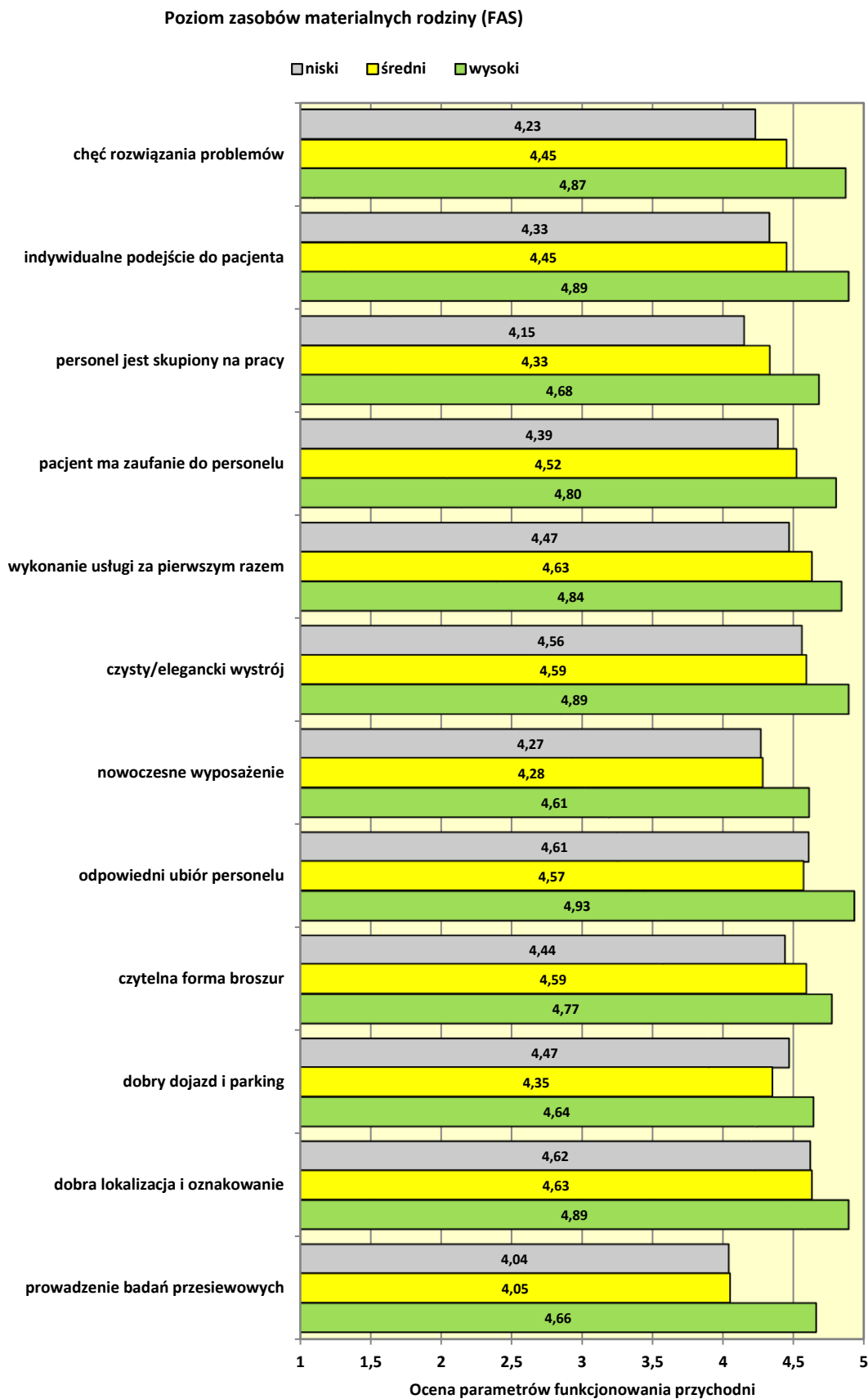
**Tabela LVI.** Wpływ poziomu wykształcenia pacjentów na ocenę wybranych parametrów funkcjonowania przychodni.

Ocena parametrów funkcjonowania przychodni	Wykształcenie			p
	zawodowe	średnie	wyższe	
<b>chęć rozwiązania problemów</b>	<b>4,26</b>	<b>4,32</b>	<b>4,66</b>	<b>0,0017**</b>
<b>indywidualne podejście do pacjenta</b>	<b>4,36</b>	<b>4,41</b>	<b>4,64</b>	<b>0,0338*</b>
personel jest skupiony na pracy	4,18	4,26	4,46	0,1936
pacjent ma zaufanie do personelu	4,45	4,44	4,63	0,0901
<b>wykonanie usługi za pierwszym razem</b>	<b>4,56</b>	<b>4,52</b>	<b>4,71</b>	<b>0,0404*</b>
czysty/elegancki wystrój	4,61	4,72	4,57	0,5127
nowoczesne wyposażenie	4,32	4,40	4,29	0,5053
odpowiedni ubiór personelu	4,60	4,71	4,65	0,5458
czytelna forma broszur	4,45	4,63	4,57	0,4956
dobry dojazd i parking	4,51	4,43	4,44	0,6961
dobra lokalizacja i oznakowanie	4,70	4,66	4,66	0,8152
przewodzenie badań przesiewowych	4,20	4,03	4,26	0,1615
p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu Kruskala-Wallisa				

**Tabela LVII.** Wpływ poziomu zasobów materialnych rodziny na ocenę wybranych parametrów funkcjonowania przychodni.

Ocena parametrów funkcjonowania przychodni	Poziom zasobów materialnych rodziny (FAS)			p
	niski	średni	wysoki	
<b>chęć rozwiązania problemów</b>	<b>4,23</b>	<b>4,45</b>	<b>4,87</b>	<b>0,0000**</b> *
<b>indywidualne podejście do pacjenta</b>	<b>4,33</b>	<b>4,45</b>	<b>4,89</b>	<b>0,0000**</b> *
<b>personel jest skupiony na pracy</b>	<b>4,15</b>	<b>4,33</b>	<b>4,68</b>	<b>0,0077**</b>
<b>pacjent ma zaufanie do personelu</b>	<b>4,39</b>	<b>4,52</b>	<b>4,80</b>	<b>0,0045**</b>
<b>wykonanie usługi za pierwszym razem</b>	<b>4,47</b>	<b>4,63</b>	<b>4,84</b>	<b>0,0038**</b>
<b>czysty/elegancki wystrój</b>	<b>4,56</b>	<b>4,59</b>	<b>4,89</b>	<b>0,0041**</b>
<b>nowoczesne wyposażenie</b>	<b>4,27</b>	<b>4,28</b>	<b>4,61</b>	<b>0,0246*</b>
<b>odpowiedni ubiór personelu</b>	<b>4,61</b>	<b>4,57</b>	<b>4,93</b>	<b>0,0003**</b> *
<b>czytelna forma broszur</b>	<b>4,44</b>	<b>4,59</b>	<b>4,77</b>	<b>0,0151*</b>
dobry dojazd i parking	4,47	4,35	4,64	0,0834
<b>dobra lokalizacja i oznakowanie</b>	<b>4,62</b>	<b>4,63</b>	<b>4,89</b>	<b>0,0046**</b>
<b>przewodzenie badań przesiewowych</b>	<b>4,04</b>	<b>4,05</b>	<b>4,66</b>	<b>0,0005**</b> *
p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu Kruskala-Wallisa				





Rycina 41. Wpływ poziomu zasobów materialnych rodziny na ocenę wybranych parametrów funkcjonowania przychodni.

**Tabela LVIII.** Wpływ odległości miejsca zamieszkania pacjentów na ocenę wybranych parametrów funkcjonowania przychodni.

Ocena parametrów funkcjonowania przychodni	Odległość od przychodni				p
	<0,5 km	0,5-1 km	1-5 km	>5 km	
chęć rozwiązania problemów	4,48	4,38	4,40	4,46	0,7783
indywidualne podejście do pacjenta	4,43	4,42	4,52	4,61	0,2448
personel jest skupiony na pracy	4,34	4,35	4,32	4,17	0,6201
pacjent ma zaufanie do personelu	4,51	4,41	4,59	4,52	0,0954
wykonanie usługi za pierwszym razem	4,57	4,61	4,63	4,59	0,8892
czysty/elegancki wystrój	4,65	4,62	4,71	4,46	0,4972
nowoczesne wyposażenie	4,35	4,26	4,37	4,37	0,1689
odpowiedni ubiór personelu	4,66	4,64	4,70	4,59	0,7164
czytelna forma broszur	4,62	4,48	4,60	4,46	0,4554
dobry dojazd i parking	4,50	4,46	4,41	4,43	0,6815
dobra lokalizacja i oznakowanie	4,70	4,62	4,63	4,78	0,1703
<b>przewodzenie badań przesiewowych</b>	<b>4,26</b>	<b>3,96</b>	<b>4,14</b>	<b>4,28</b>	<b>0,0141*</b>
p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu Kruskala-Wallis					

### Czynniki demograficzne a ocena przebiegu wizyty lekarskiej

Zbadano w tej części wpływ czynników socjalno-demograficznych na ocenę przebiegu wizyty lekarskiej. Ankietowane osoby wskazywały, czy podczas wizyty lekarz zrealizował pewne pożądane jej elementy.

Aby ułatwić interpretację wyników, dla istotnych statystycznie zależności wyróżniano grupy z wysokim odsetkiem wskazań poszczególnym elementom wizyty kolorem zielonym, a z niskim – kolorem czerwonym.

Pytanie o zażywane leki ze strony lekarza padało częściej w przypadku starszych pacjentów. Pozostałe elementy wizyty lekarskiej występowały z podobną częstością niezależnie od wieku pacjenta (LIX).

Płeć pacjenta nie różnicowała w znamieny statystycznie sposób postrzegania przebiegu wizyty u lekarza.

Czynnikiem wpływającym na postrzeganie przebiegu wizyty u lekarza było miejsce zamieszkania pacjenta. Osoby z miasta częściej wskazywały większość wyszczególnionych w tabeli elementów wizyty u lekarza (Tab. LXI, Ryc. 42).

Tabela LIX. Wpływ wieku pacjentów na ocenę przebiegu wizyty lekarskiej.

Wizyta lekarska (przebieg)	Wiek [lata]						<i>p</i>
	<29	30-39	40-49	50-59	60-69	>70	
posiadanie dokumentacji medycznej	95,5%	93,6%	100,0%	100,0%	94,3%	97,1%	0,1993
pomieć o poprzedniej wizycie	68,2%	74,5%	76,7%	70,8%	88,6%	88,2%	0,1068
<b>pytanie o zażywane leki</b>	<b>65,2%</b>	<b>68,1%</b>	<b>73,3%</b>	<b>84,6%</b>	<b>88,6%</b>	<b>91,2%</b>	<b>0,0059**</b>
dokładne zbadanie	87,9%	93,6%	95,0%	93,8%	94,3%	88,2%	0,5947
dokładna informacja o zaleceniach	93,9%	93,6%	100,0%	98,5%	94,3%	91,2%	0,2320
minimalizacja kosztów leczenia	47,0%	59,6%	51,7%	58,5%	74,3%	64,7%	0,1224
podanie terminu kolejnej wizyty	68,2%	76,6%	63,3%	76,9%	68,6%	82,4%	0,3066

*p* – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat

Tabela LX. Wpływ płci pacjentów na ocenę przebiegu wizyty lekarskiej.

Wizyta lekarska (przebieg)	Płeć				<i>p</i>
	kobieta		mężczyzna		
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	
posiadanie dokumentacji medycznej	185	98,4%	113	95,0%	0,0812
pomieć o poprzedniej wizycie	144	76,6%	89	74,8%	0,7185
pytanie o zażywane leki	147	78,2%	89	74,8%	0,4910
dokładne zbadanie	174	92,6%	109	91,6%	0,7610
dokładna informacja o zaleceniach	179	95,2%	115	96,6%	0,5455
minimalizacja kosztów leczenia	111	59,0%	65	54,6%	0,4455
podanie terminu kolejnej wizyty	142	75,5%	79	66,4%	0,0821

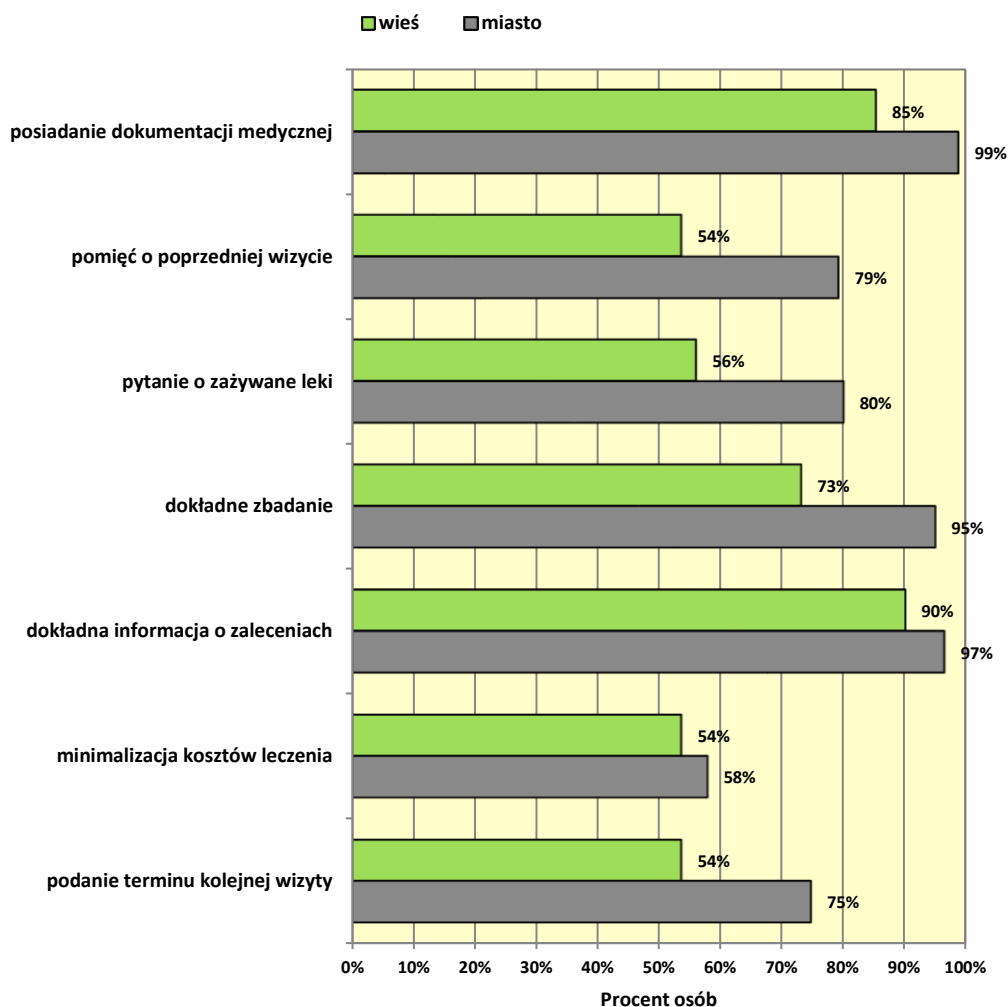
*p* – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat

Tabela LXI. Wpływ miejsca zamieszkania pacjentów na ocenę przebiegu wizyty lekarskiej.

Wizyta lekarska (przebieg)	Miejsce zamieszkania				<i>p</i>
	wieś		miasto		
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	
<b>posiadanie dokumentacji medycznej</b>	<b>35</b>	<b>85,4%</b>	<b>263</b>	<b>98,9%</b>	<b>0,0000***</b>
<b>pomieć o poprzedniej wizycie</b>	<b>22</b>	<b>53,7%</b>	<b>211</b>	<b>79,3%</b>	<b>0,0004***</b>
<b>pytanie o zażywane leki</b>	<b>23</b>	<b>56,1%</b>	<b>213</b>	<b>80,1%</b>	<b>0,0007***</b>
<b>dokładne zbadanie</b>	<b>30</b>	<b>73,2%</b>	<b>253</b>	<b>95,1%</b>	<b>0,0000***</b>
dokładna informacja o zaleceniach	37	90,2%	257	96,6%	0,0593
minimalizacja kosztów leczenia	22	53,7%	154	57,9%	0,6097
<b>podanie terminu kolejnej wizyty</b>	<b>22</b>	<b>53,7%</b>	<b>199</b>	<b>74,8%</b>	<b>0,0050**</b>

*p* – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat

Miejsce zamieszkania a wizyta lekarska (przebieg)



**Rycina 42.** Wpływ miejsca zamieszkania pacjentów na ocenę przebiegu wizyty lekarskiej.

Wskazywanie elementów składowych wizyty lekarskiej nie zależało od wykształcenia pacjenta (Tab. LXII).

Odległość miejsca zamieszkania od przychodni różnicowało postrzeganie pewnych elementów wizyty u lekarza, ale trudno o merytoryczne uzasadnienie występowania tych różnic. W przypadku niektórych aspektów można domniemywać, iż większa odległość miejsca zamieszkania od przychodni wpływała negatywnie na nastawienie pacjenta, co skutkowało poczuciem rzadszego wskazywania posiadania dokumentacji medycznej przez lekarza i dokładnego zbadania podczas wizyty. Z drugiej strony, osoby mieszkające najdalej, najczęściej wskazywały chęć minimalizacji kosztów leczenia przez lekarza. Zależność jednak jest trudna do logicznej interpretacji (Tab. LXIII).

**Tabela LXII.** Wpływ poziomu wykształcenia pacjentów na ocenę przebiegu wizyty lekarskiej.

Wizyta lekarska (przebieg)	Wykształcenie						<i>p</i>
	zawodowe		średnie		wyższe		
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	
posiadanie dokumentacji medycznej	80	95,2%	106	96,4%	112	99,1%	0,2412
pamięć o poprzedniej wizycie	64	76,2%	81	73,6%	88	77,9%	0,7584
pytanie o zażywane leki	63	75,0%	84	76,4%	89	78,8%	0,8153
dokładne zbadanie	74	88,1%	102	92,7%	107	94,7%	0,2255
dokładna informacja o zaleceniach	78	92,9%	108	98,2%	108	95,6%	0,1877
minimalizacja kosztów leczenia	49	58,3%	69	62,7%	58	51,3%	0,2222
podanie terminu kolejnej wizyty	57	67,9%	81	73,6%	83	73,5%	0,6129
<i>p</i> – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat							

**Tabela LXIII.** Wpływ odległości miejsca zamieszkania pacjentów od przychodni na ocenę przebiegu wizyty lekarskiej.

Wizyta lekarska (przebieg)	Odległość od przychodni								<i>p</i>
	<0,5 km		0,5-1 km		1-5 km		>5 km		
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	
posiadanie dokumentacji medycznej	104	99,0%	67	97,1%	86	98,9%	41	89,1%	0,0056**
pamięć o poprzedniej wizycie	86	81,9%	45	65,2%	65	74,7%	37	80,4%	0,0733
pytanie o zażywane leki	89	84,8%	48	69,6%	66	75,9%	33	71,7%	0,0905
dokładne zbadanie	103	98,1%	63	91,3%	80	92,0%	37	80,4%	0,0029**
dokładna informacja o zaleceniach	100	95,2%	69	100,0%	81	93,1%	44	95,7%	0,1997
minimalizacja kosztów leczenia	65	61,9%	33	47,8%	45	51,7%	33	71,7%	0,0373*
podanie terminu kolejnej wizyty	77	73,3%	49	71,0%	63	72,4%	32	69,6%	0,9659
<i>p</i> – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat									

Poziom zasobów materialnych rodziny nie różnicował postrzegania elementów wizyty u lekarza (Tab. LXIV).

**Tabela LXIV.** Wpływ poziomu zasobów materialnych rodziny na ocenę przebiegu wizyty lekarskiej.

Wizyta lekarska (przebieg)	Poziom zasobów materialnych rodziny (FAS)						<i>p</i>
	niski		średni		wysoki		
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	
posiadanie dokumentacji medycznej	128	94,8%	115	99,1%	55	98,2%	0,1101
pamięć o poprzedniej wizycie	102	75,6%	85	73,3%	46	82,1%	0,4408
pytanie o zażywane leki	100	74,1%	92	79,3%	44	78,6%	0,5847
dokładne zbadanie	122	90,4%	108	93,1%	53	94,6%	0,5428
dokładna informacja o zaleceniach	126	93,3%	112	96,6%	56	100,0%	0,0992
minimalizacja kosztów leczenia	82	60,7%	61	52,6%	33	58,9%	0,4132
podanie terminu kolejnej wizyty	101	74,8%	82	70,7%	38	67,9%	0,5753
<i>p</i> – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat							

### Czynniki demograficzne a ocena kontaktu z personelem medycznym przychodni

W tej części sprawdzono, czy warunki bytowe, a także czynniki demograficzne wpływają na ocenę kontaktu z personelem medycznym przychodni.

Wiek nie różnicował w statystycznie istotny sposób oceny kontaktów z lekarzem, ani z pielęgniarką (Tab. LXV, Tab. LXVI).

Również płeć pacjenta nie okazała się w tym przypadku czynnikiem statystycznie istotnym (Tab. LXVII, Tab. LXVIII).

**Tabela LXV.** Wpływ wieku pacjentów na ocenę kontaktu z lekarzem.

Wiek [lata]	Ocena kontaktu z lekarzem ( <i>p</i> = 0,2324)			Razem
	bardzo dobry	dobry	gorszy	
<29	<b>39 (59,1%)</b>	22 (33,3%)	5 (7,6%)	66
30-39	<b>30 (63,8%)</b>	16 (34,0%)	1 (2,1%)	47
40-49	<b>44 (73,3%)</b>	14 (23,3%)	2 (3,3%)	60
50-59	<b>49 (75,4%)</b>	13 (20,0%)	3 (4,6%)	65
60-69	<b>21 (60,0%)</b>	13 (37,1%)	1 (2,9%)	35
>70	<b>28 (82,4%)</b>	6 (17,6%)	0 (0,0%)	34
Razem	211	84	12	307
<i>p</i> – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat				

**Tabela LXVI.** Wpływ wieku pacjentów na ocenę kontaktu z pielęgniarką

Wiek [lata]	Ocena kontaktu z pielęgniarką ( $p = 0,6645$ )			Razem
	bardzo dobry	dobry	gorszy	
<29	41 (62,1%)	<b>20 (30,3%)</b>	5 (7,6%)	66
30-39	29 (61,7%)	13 (27,7%)	5 (10,6%)	47
40-49	<b>45 (75,0%)</b>	11 (18,3%)	4 (6,7%)	60
50-59	43 (66,2%)	16 (24,6%)	<b>6 (9,2%)</b>	65
60-69	20 (57,1%)	13 (37,1%)	2 (5,7%)	35
>70	26 (76,5%)	6 (17,6%)	2 (5,9%)	34
Razem	204	79	24	307

$p$  – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat

**Tabela LXVII.** Wpływ płci pacjentów na ocenę kontaktu z lekarzem.

Ocena kontaktu z lekarzem	Płeć ( $p = 0,8316$ )		Razem
	kobieta	mężczyzna	
bardzo dobry	127 (67,6%)	<b>84 (70,6%)</b>	211
dobry	<b>53 (28,2%)</b>	31 (26,1%)	84
gorszy	<b>8 (4,3%)</b>	4 (3,4%)	12
Razem	188	119	307

$p$  – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat

**Tabela LXVIII.** Wpływ płci pacjentów na ocenę kontaktu z pielęgniarką.

Ocena kontaktu z pielęgniarką	Płeć ( $p = 0,1690$ )		Razem
	kobieta	mężczyzna	
bardzo dobry	124 (66,0%)	<b>80 (67,2%)</b>	204
dobry	<b>53 (28,2%)</b>	26 (21,8%)	79
gorszy	11 (5,9%)	<b>13 (10,9%)</b>	24
Razem	188	119	307

$p$  – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat

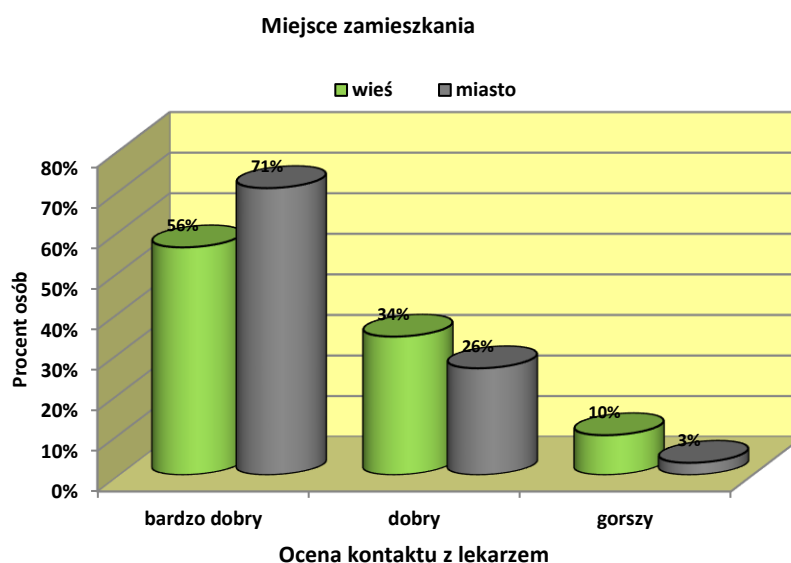
Mieszkańcy miast oceniali wyżej kontakty z lekarzem i pielęgniarką – różnica w stosunku do ocen dokonanych przez pacjentów ze wsi była istotna statystycznie (wartość prawdopodobieństwa testowego  $p$  wynosi odpowiednio: 0,0490\* i 0,0010\*\*).

Wyniki obrazują tabele LXIX i LXX oraz Ryc.43 i 44.

**Tabela LXIX.** Wpływ miejsca zamieszkania pacjentów na ocenę kontaktu z lekarzem.

Ocena kontaktu z lekarzem	Miejsce zamieszkania ( $p = 0,0490^*$ )		Razem
	wieś	miasto	
bardzo dobry	<b>23 (56,1%)</b>	<b>188 (70,7%)</b>	211
dobry	14 (34,1%)	70 (26,3%)	84
gorszy	4 (9,8%)	8 (3,0%)	12
Razem	41	266	307

$p$  – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat



**Rycina 43.** Wpływ miejsca zamieszkania pacjentów na ocenę kontaktu z lekarzem.

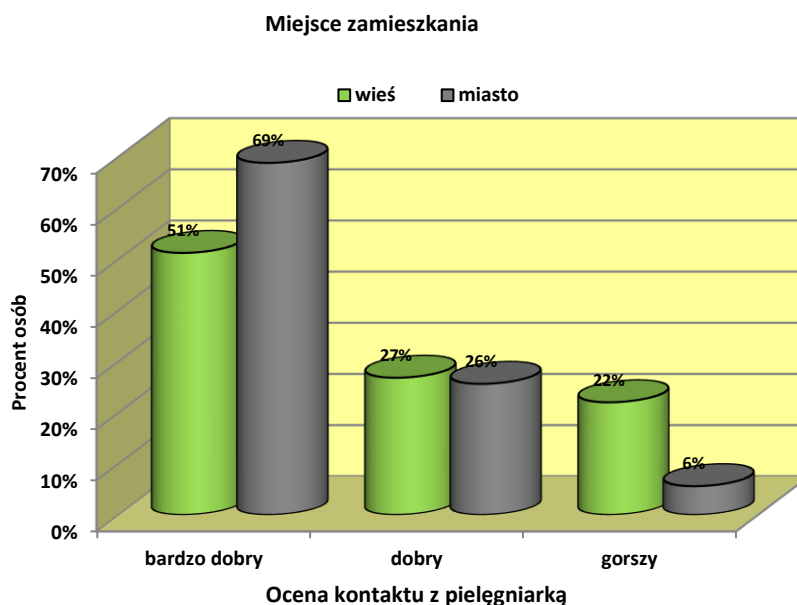
**Tabela LXX.** Wpływ miejsca zamieszkania pacjentów na ocenę kontaktu z pielęgniarką.

Ocena kontaktu z pielęgniarką	Miejsce zamieszkania ( $p = 0,0010^{**}$ )		Razem
	wieś	miasto	
bardzo dobry	<b>21 (51,2%)</b>	<b>183 (68,8%)</b>	204
dobry	11 (26,8%)	68 (25,6%)	79
gorszy	9 (22,0%)	15 (5,6%)	24
Razem	41	266	307

$p$  – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat

Wykształcenie nie różnicowało oceny kontaktów z lekarzem, zaś w przypadku kontaktów z pielęgniarką występowały pewne, zbliżone do znamiennej statystycznie ( $p = 0,0570$ ) różnice – lepsze oceny były wśród pacjentów z wykształceniem wyższym (Tab. LXXI, Tab. LXXII).





**Rycina 44.** Wpływ miejsca zamieszkania pacjentów na ocenę kontaktu z pielęgniarką.

**Tabela LXXI.** Wpływ poziomu wykształcenia pacjentów na ocenę kontaktu z lekarzem.

Ocena kontaktu z lekarzem	Wykształcenie ( $p = 0,2789$ )			Razem
	zawodowe	średnie	wyższe	
bardzo dobry	<b>54 (64,3%)</b>	<b>72 (65,5%)</b>	<b>85 (75,2%)</b>	211
dobry	28 (33,3%)	32 (29,1%)	24 (21,2%)	84
gorszy	2 (2,4%)	6 (5,5%)	4 (3,5%)	12
Razem	84	110	113	307

$p$  – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat

**Tabela LXXII.** Wpływ poziomu wykształcenia pacjentów na ocenę kontaktu z pielęgniarką.

Ocena kontaktu z pielęgniarką	Wykształcenie ( $p = 0,0570$ )			Razem
	zawodowe	średnie	wyższe	
bardzo dobry	<b>51 (60,7%)</b>	<b>67 (60,9%)</b>	<b>86 (76,1%)</b>	204
dobry	23 (27,4%)	35 (31,8%)	21 (18,6%)	79
gorszy	10 (11,9%)	8 (7,3%)	6 (5,3%)	24
Razem	84	110	113	307

$p$  – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat

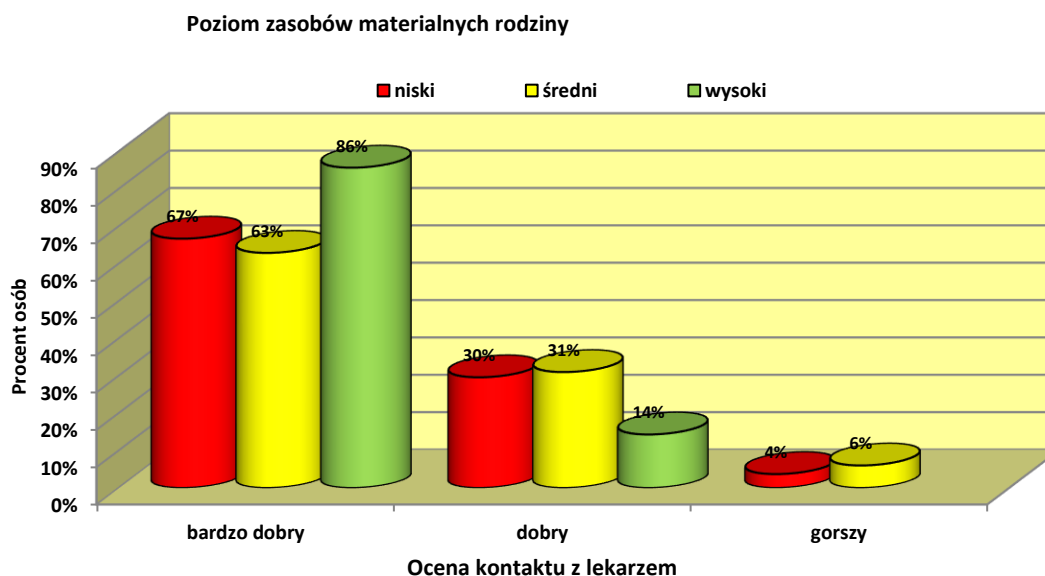
## CZYNNIKI DEMOGRAFICZNE A OCZEKIWANIA PACJENTÓW

Im wyższy był poziom zasobów materialnych rodziny, tym wyższa była ocena jakości kontaktów pacjenta z lekarzem ( $p = 0,0281^*$ ) i pielęgniarką ( $p = 0,0154^*$ ). Wyniki obrazuje tabela LXXIII i LXXIV oraz Ryc. 44 i 45.

**Tabela LXXIII.** Wpływ poziomu zasobów materialnych rodziny na ocenę kontaktu z lekarzem.

Ocena kontaktu z lekarzem	Poziom zasobów materialnych rodziny (FAS) ( $p = 0,0281^*$ )			Razem
	niski	średni	wysoki	
bardzo dobry	<b>90 (66,7%)</b>	<b>73 (62,9%)</b>	<b>48 (85,7%)</b>	211
dobry	40 (29,6%)	36 (31,0%)	8 (14,3%)	84
gorszy	5 (3,7%)	7 (6,0%)	0 (0,0%)	12
<b>Razem</b>	<b>135</b>	<b>116</b>	<b>56</b>	<b>307</b>

*p* – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat



**Rycina 45.** Wpływ poziomu zasobów materialnych rodziny na ocenę kontaktu z lekarzem

**Tabela LXXIV.** Wpływ poziomu zasobów materialnych rodziny na ocenę kontaktu z pielęgniarką.

Ocena kontaktu z pielęgniarką	Poziom zasobów materialnych rodziny (FAS) ( $p = 0,0154^*$ )			Razem
	niski	średni	wysoki	
bardzo dobry	<b>85 (63,0%)</b>	<b>74 (63,8%)</b>	<b>45 (80,4%)</b>	204
dobry	33 (24,4%)	36 (31,0%)	10 (17,9%)	79
gorszy	17 (12,6%)	6 (5,2%)	1 (1,8%)	24
<b>Razem</b>	<b>135</b>	<b>116</b>	<b>56</b>	<b>307</b>

*p* – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat

## CZYNNIKI DEMOGRAFICZNE A OCZEKIWANIA PACJENTÓW

Natomiast odległość miejsca zamieszkania pacjentów od przychodni nie różnicowała jakości kontaktu z lekarzem, czy pielęgniarką (Tab. LXXV i Tab. XXVI).

**Tabela LXXV.** Wpływ odległości miejsca zamieszkania pacjentów od przychodni na ocenę kontaktu z lekarzem.

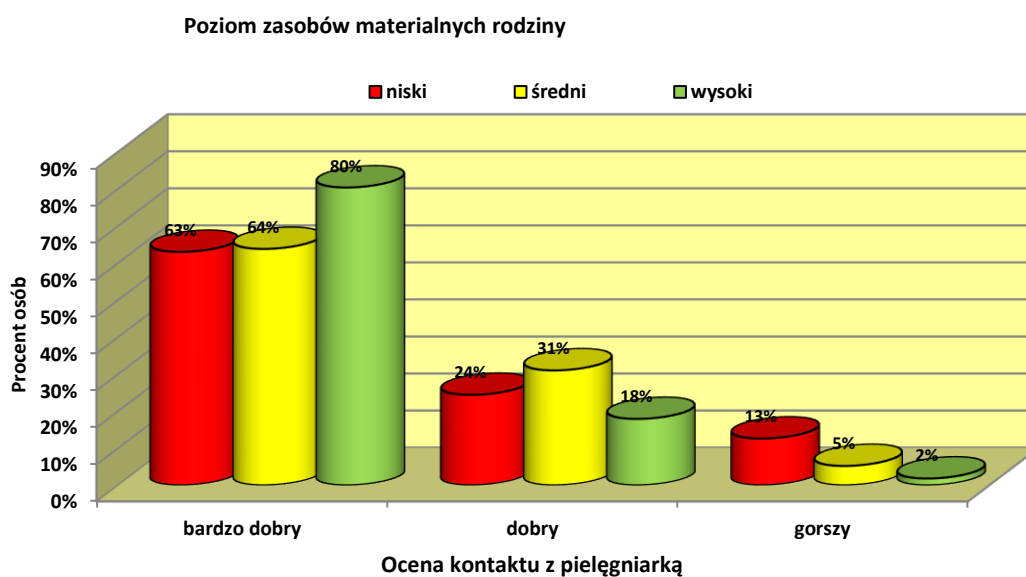
Ocena kontaktu z lekarzem	Odległość od przychodni ( $p = 0,0205^*$ )				Razem
	<0,5 km	0,5-1 km	1-5 km	>5 km	
bardzo dobry	72 (68,6%)	39 (56,5%)	66 (75,9%)	34 (73,9%)	211
dobry	30 (28,6%)	29 (42,0%)	15 (17,2%)	10 (21,7%)	84
gorszy	3 (2,9%)	1 (1,4%)	6 (6,9%)	2 (4,3%)	12
Razem	105	69	87	46	307

*p* – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat

**Tabela LXXVI.** Wpływ odległości miejsca zamieszkania pacjentów od przychodni na ocenę kontaktu z pielęgniarką.

Ocena kontaktu z pielęgniarką	Odległość od przychodni ( $p = 0,0211^*$ )				Razem
	<0,5 km	0,5-1 km	1-5 km	>5 km	
bardzo dobry	76 (72,4%)	41 (59,4%)	60 (69,0%)	27 (58,7%)	204
dobry	23 (21,9%)	26 (37,7%)	19 (21,8%)	11 (23,9%)	79
gorszy	6 (5,7%)	2 (2,9%)	8 (9,2%)	8 (17,4%)	24
Razem	105	69	87	46	307

*p* – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat



**Rycina 46.** Wpływ poziomu zasobów materialnych rodziny na ocenę kontaktu z pielęgniarką.

## PODSUMOWANIE

Wymiar jakości oraz jej znaczenie ewidentnie zależy od subiektywnego spojrzenia badanej grupy i wynika z mnogości interesów, którymi kierują się zainteresowani.

Pacjenci, w opinii Garbacz i Guzik [10] zwracają przede wszystkim uwagę na wynik uzyskany z danej usługi oraz na materialne elementy danego świadczenia, pracownicy - skupiają się na wykonaniu danej usługi w sposób najbardziej profesjonalny i rzetelny, oparty na wiedzy, a zarządzający daną placówką - na konkurencyjności, nowoczesności oraz bardzo ważnym końcowym aspekcie finansowym związanym z podażą danej usługi.

Kurpas i wsp. [11] twierdzą, iż badanie satysfakcji pacjenta jest najlepszym źródłem informacji o jakości usług (jednej ze składowych jakości opieki medycznej) i głównym czynnikiem warunkującym przestrzeganie zaleceń lekarza, prowadzącym w konsekwencji do lepszych efektów klinicznych.

Wyróżnia się, za Maciąg i Sakowska [12], trzy sfery jakości usług medycznych, których systematyczne usprawnianie zaspokaja potrzeby i oczekiwania pacjentów, takie jak:

- informacyjna - będąca podstawowym zasobem placówki medycznej, mającym wpływ na bezpieczeństwo i satysfakcję pacjenta; wykazano bowiem, że barierę nieufności pomiędzy świadczeniobiorcą, a świadczeniodawcą bezwzględnie zmniejszają - odpowiednia komunikacja, umiejętność słuchania pacjentów, otwartość na ich potrzeby, kompetentna i wiarygodna informacja
- organizacyjna - związana ze spełnianiem przez instytucje opieki zdrowotnej, w celu zwiększenia poczucia bezpieczeństwa i zdobycia zaufania pacjentów, takich cech jakości jak: dostępność, niezawodność, odpowiedzialność
- techniczna - powiązana z przestrzeganiem procedur pod względem technicznym (wyeliminowaniem przyczyn potencjalnych usterek).

Według Lawthers [13] najważniejsze obszary oczekiwań każdego pacjenta to:

- dobra dostępność do opieki zdrowotnej
- dobra komunikacja - przekazywanie informacji w sposób zrozumiały (odnośnie choroby, leczenia itp.)
- dopasowanie opieki do indywidualnych oczekiwań i potrzeb
- kontynuacja i koordynacja całego procesu terapeutycznego (konsultacje z innymi lekarzami, koordynacja procesu przez lekarza, gdy poszczególne etapy leczenia odbywają w innych ośrodkach itp.)
- respektowanie praw i preferencji pacjenta przy wyborze sposobu leczenia

- zapewnienie komfortu psychicznego (podczas badania i samego procesu leczenia)

Zadowolenie pacjenta z usług jest podstawowym determinantem warunkującym sukces placówki, jednak spełnienie ich oczekiwań nie jest łatwe, ponieważ uwarunkowane jest przez wiele czynników [10].

W związku z tym kadra zarządzająca powinna podejmować wszelkie działania zmierzające do uzyskania informacji o oczekiwaniach i wymaganiach pacjentów celem lepszego dostosowania usług [10].

### WNIOSKI Z TEGO ETAPU BADAŃ

- Płeć różnicowała jedynie ocenę stopnia koncentracji personelu przychodni na pracy – była ona wyższa wśród pacjentek płci żeńskiej
- Wiek różnicował w statystycznie istotny sposób większość z ocenianych parametrów funkcjonowania przychodni – oceny rosły najczęściej wraz z wiekiem.
- Miejsce zamieszkania nie różnicowało w statystycznie istotny sposób żadnego z ocenianych aspektów pracy przychodni.
- Osoby lepiej wykształcone, zwłaszcza z wykształceniem wyższym, wyżej oceniały pracę przychodni w trzech aspektach: chęci rozwiązywania problemów, indywidualizacji podejścia do pacjenta i wykonania usługi za pierwszym razem.
- Poziom zasobów materialnych także w bardzo istotny sposób wpływał na ocenę niemal wszystkich aspektów funkcjonowania przychodni, przy czym oceny były wyższe wśród osób zamożniejszych.
- Odległość zamieszkania pacjenta od przychodni w zasadzie nie różnicowała oceny jej funkcjonowania, za wyjątkiem kwestii przeprowadzenia badań przesiewowych.
- Pytanie o zażywane leki ze strony lekarza padało częściej w przypadku starszych pacjentów. Pozostałe elementy wizyty lekarskiej występowały z podobną częstością niezależnie od wieku pacjenta.
- Płeć pacjenta, wykształcenie i poziom zasobów materialnych nie różnicowała w znamienny statystycznie sposób postrzegania przebiegu wizyty u lekarza.
- Czynnikiem wpływającym na postrzeganie przebiegu wizyty u lekarza było miejsce zamieszkania pacjenta - osoby z miasta częściej wskazywały większość wyszczególnionych w tabeli elementów wizyty u lekarza.
- Odległość miejsca zamieszkania od przychodni różnicowało postrzeganie pewnych elementów wizyty u lekarza - większa odległość miejsca zamieszkania od przychodni

wpływała negatywnie na nastawienie pacjenta, co skutkowało poczuciem rzadszego wskazywania posiadania dokumentacji medycznej przez lekarza i dokładnego zbadania podczas wizyty.

- Osoby mieszkające najdalej, najczęściej wskazywały chęć minimalizacji kosztów leczenia przez lekarza.
- Wiek, płeć, odległość miejsca zamieszkania pacjentów od przychodni nie różnicował w statystycznie istotny sposób oceny kontaktów z lekarzem, ani z pielęgniarką.
- Mieszkańcy miast oceniali wyżej niż mieszkańcy wsi kontakty z lekarzem i pielęgniarką.
- Wykształcenie nie różnicowało oceny kontaktów z lekarzem, zaś w przypadku kontaktów z pielęgniarką lepsze oceny były wśród pacjentów z wykształceniem wyższym.
- Im wyższy był poziom zasobów materialnych rodziny, tym wyższa była ocena jakości kontaktów pacjenta z lekarzem i pielęgniarką.

### PIŚMIENNICTWO

1. Opolski K., Dykowska G., Móźdzanek M.: Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Geneza jakości. Zarys historyczny, Warszawa, Wydawnictwo CeDeWu, 2005.
2. Sobkowski M., Staszewski R.: Jakość w opiece zdrowotnej. Zewnętrzne systemy oceny jakości ISO, Konferencja naukowa, Swarzędz 2003.
3. Juran J.M.: Upper Management and Quality, Nowy Jork, Juran Institute, 1982
4. Wroński K., Cywiński J., Bocian R.: Jakość usług medycznych, Ginekologia Praktyczna, 2008; 2: 42-45.
5. Wroński K., Bocian R.: Dlaczego zakłady opieki zdrowotnej powinny badać satysfakcję pacjentów z oferowanych przez siebie usług medycznych? Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne, 2009; 4: 127–130.
6. Małecka B, Marcinkowski J.T.: Satysfakcja pacjenta czynnikiem kształtującym współczesny rynek usług medycznych, Problemy Higieny i Epidemiologii, 2007; 88(1): 17-19.

7. Wasilewski T. P.: Subiektywna ocena wybranych aspektów satysfakcji z pobytu w szpitalu pacjentów oddziałów zabiegowych. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*, 2008; 3: 81-86.
8. Wyrzykowska M.: Ocena opieki pielęgniarskiej w opinii pacjentów. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*, 2007; 1: 3-10.
9. Lemke R.W.: Identifying consumer satisfaction trough patient serveys. *Health Progress*, 1987; 68: 56-58.
10. Garbacz K., Guziak D.: Znaczenie jakości w usługach medycznych w zarządzaniu szpitalem, *Studia I Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych I Zarządzania*, 2012; 28: 37-51.
11. Kurpas D., Sapilak B., Steciwko A.: Ocena satysfakcji pacjenta dializowanego, jako wykładnik jakości opieki długoterminowej świadczonej w praktyce lekarza rodzinnego. *Problemy Lekarskie*, 2006; 45: 99–100.
12. Maciąg A., Sakowska I.: Rola i prawa pacjenta w obszarze usług zdrowotnych. *Studia i Materiały Wydział Zarządzania UW*, 2006; 1: 50-62.
13. Lawthers A. G.: Pomiar jakości a manager ochrony zdrowia. *Zdrowie i Zarzadzanie*, 1999; 3(1): 17-23.

## STAN ZDROWIA I SATYSFAKCJA Z ŻYCIA A OCZEKIWANIA PACJENTÓW

### WPROWADZENIE

Zdrowie każdego człowieka, stanowiąc o jakości życia, powinno być uznawane za najcenniejszą wartość oraz. Choroba i niepełnosprawność są zakłóceniem zdrowia, czyli dotychczasowego poczucia szczęścia i „naturalnego ładu”.

Odzwierciedleniem stanu zdrowia jest subiektywny dobrostan obejmujący elementy emocjonalno-uczuciowe oraz poznawcze mierzone w postaci ogólnego zadowolenia z życia [1,2].

Miernikiem dobrego samopoczucia jest satysfakcja z życia definiowana jako ogólna ocena jakości życia w odniesieniu do wybranych kryteriów [1,2,3].

Satysfakcja z życia wielokrotnie utożsamiana jest z poczuciem jakości życia [2,4] i osadzona w perspektywie subiektywistycznej, ponieważ znajdując wyraz w pozytywnym ustosunkowaniu się do własnej sytuacji życiowej, odnosi się bezpośrednio do indywidualnego wartościowania posiadanych zasobów i ograniczeń [2,4,5].

Centrum Badań Opinii Społecznej wykazało, że większość Polaków jest zadowolona ze swojego życia [6].

Ludzie zadowoleni z życia stanowili 71% (siedem osób na dziesięć badanych), w tym jedna piąta (20%) zaliczała siebie do bardzo zadowolonych. Co czwarty Polak (25%) deklarował przeciętną satysfakcję, a trzech na stu (3%) było rozczarowanych swoim życiem. Zauważono, że w ciągu ostatnich trzech lat przybyło osób odczuwających dużą życiową satysfakcję [6].

W piśmiennictwie podkreśla się, duży wpływ zdrowia na funkcjonowanie społeczne człowieka, ale również poczucie jakości życia może wiązać się z oceną stanu zdrowia i z prozdrowotnym stylem życia [7,8].

Pod pojęciem zachowań zdrowotnych rozumie się wszystkie zachowania człowieka wpływające w sposób bezpośredni lub pośredni na jego zdrowie [8-13].

Podkreśla się że te zachowania mają charakter powszechny oraz społeczny i powstają wskutek interakcji ze środowiskiem jednostki, w tym rodziną rodzina [1]. Zachowania zdrowotne dzieli się na dwa rodzaje: sprzyjające zdrowiu (prozdrowotne) oraz szkodliwe dla zdrowia (antyzdrowotne).



## METODOLOGIA TEJ CZĘŚCI BADAŃ

W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem kwestionariuszy SWLS - Standaryzowanej Skali Satysfakcji z Życia oraz LWO - Listy Wartości Osobistych.

Standaryzowana Skala Satysfakcji z Życia (SWLS - *Satisfaction With Life Scale*) Dienera, Emmons, Larsena, Griffina, w polskiej adaptacji Juczyńskiego, wersja dla innych profesjonalistów, nie będących psychologami zawiera 5. stwierdzeń [103].

Badany ocenia w jakim stopniu każde z nich odnosi się do jego dotychczasowego życia i wybiera cyfrę odpowiadającą jego odczuciom, gdzie - zupełnie nie zgadzam się – 1 pkt.; nie zgadzam się – 2 pkt.; raczej nie zgadzam się – 3 pkt.; ani się zgadzam ani nie zgadzam – 4 pkt.; raczej zgadzam się – 5 pkt.; zgadzam się – 6 pkt. oraz całkowicie zgadzam się – 7 pkt.

Wskaźnik rzetelności (alfa Cronbacha) SWLS wynosi 0,81, a wskaźnik stałości skali - 0,86.

Uzyskane oceny podlegały zsumowaniu, zaś ogólny wynik oznaczał stopień satysfakcji z własnego życia.

Zakres wyników mieścił się w granicach od 5 do 35 punktów, przy czym im wyższy wynik, tym większe poczucie satysfakcji z życia:

- osoba zdecydowanie niezadowolona ze swojego życia – 5-9 pkt.
- osoba bardzo niezadowolona ze swojego życia – 10-14 pkt.
- osoba raczej niezadowolona ze swojego życia – 15-19 pkt.
- osoba ani zadowolona, ani niezadowolona – 20 pkt.
- osoba raczej zadowolona ze swojego życia – 21-25 pkt.
- osoba bardzo zadowolona ze swojego życia – 26-30 pkt.
- osoba zdecydowanie zadowolona ze swojego życia – 31-35 pkt.

Uzyskane wyniki przekształcano także na jednostki standaryzowane w oparciu o poniższy przelicznik

Wynik surowy	sten	Wynik surowy	sten
5-9	1	21-23	6
10-11	2	24-26	7
12-14	3	27-28	8
15-17	4	29-30	9
18-20	5	31-35	10

W interpretacji wyniku stosowano się także do właściwości charakteryzujących skalę stenową [103]:

- 1 - 4 stena - wyniki niskie
- 5 i 6 stena - przeciętne.
- 7-10 stena – wysokie

LWO - Lista Wartości Osobistych składa się z dwóch części [103]: pierwsza zawiera opis 9. symboli szczęścia odnoszących się do wartości ludzkich, a druga – 10. kategorii wartości osobistych, wśród których znajduje się zdrowie, utożsamione ze sprawnością fizyczną i psychiczną.

Narzędzie umożliwia oszacowanie wartości, jaką przypisuje się zdrowiu w kontekście innych ważnych dla człowieka dóbr osobistych i wartości.

Respondenci musieli wybierać pięć najważniejszych dla siebie symboli szczęścia oraz kryteriów wartości osobistych, a następnie, w zależności od stopnia ważności danego stwierdzenia, przyporządkować im punktację od 1 do 5.

Rzetelność sprawdzana metodą test-retest w odstępie dwóch tygodni wyniosła 0,78 i 0,76 dla części LWO, zaś po sześciu tygodniach 0,72 i 0,62 – co wskazuje na zadowalającą stałość metody [103].

## OCENA SATYSFAKCJI Z ŻYCIA (SWLS)

Poziom zadowolenia z życia badano za pomocą skali SWLS.

W tabeli XLIII podano charakterystyki rozkładu punktowej miary SWLS w całej badanej zbiorowości w postaci statystyk opisowych.

Wyznaczone zostały wybrane charakterystyki liczbowe badanych parametrów:

- średnia arytmetyczna – przeciętny poziom zmiennej;
- mediana (wartość środkowa) – połowa pomiarów osiąga wartości mniejsze a połowa większe od mediany;
- wartość największa (maksimum) i najmniejsza (minimum);
- odchylenie standardowe ( $s$ ) – jest to miara „przeciętnego” odchylenia od wartości średniej;
- centyl 25. i 75. – liczby określające poziom, poniżej (powyżej) którego znajduje się co czwarty (25%) najniższych (najwyższych) pomiarów.

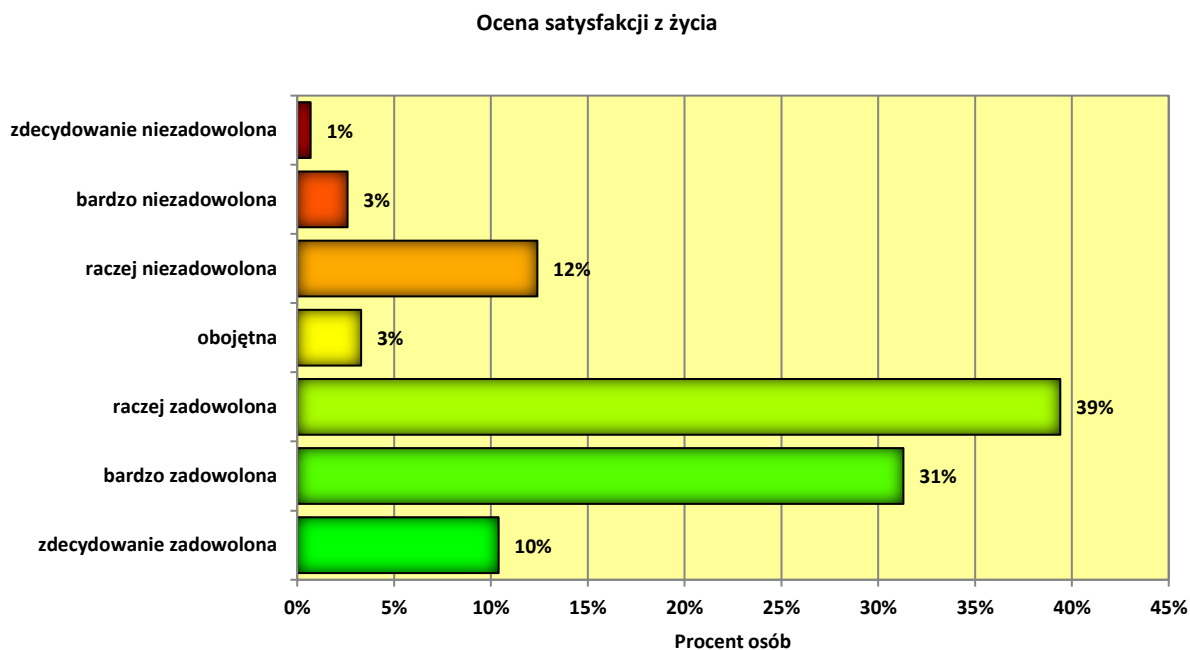
**Tabela XLIII.** Miary punktowe skali SWLS.

Miara satysfakcji z życia SWLS (pkt)						
$\bar{x}$	Me	s	c <sub>25</sub>	c <sub>75</sub>	min	max
<b>24,4</b>	25	5,2	21	28	8	35

Statystyka opisowa dla skali SWLS pozwoliła na stwierdzenie, że badani to osoby raczej zadowolone z życia (39,4%). Inne wskazania zawiera Tab. XLIV i Ryc. 31.

**Tabela XLIV.** Statystyki opisowe dla skali SWLS.

Ocena satysfakcji z życia	Liczność	Procent
zdecydowanie niezadowolona	2	0,7%
raczej niezadowolona	38	12,4%
obojętna	10	3,3%
<b>raczej zadowolona</b>	<b>121</b>	<b>39,4%</b>
bardzo zadowolona	96	31,3%
zdecydowanie zadowolona	32	10,4%



**Rycina 31.** Statystyka opisowa dla skali SWLS

**ZDROWIE W HIERARCHII WARTOŚCI (LWO)**

Na podstawie odpowiedzi udzielonych na pytania zawarte w kwestionariuszu LWO, ustalono, że badani:

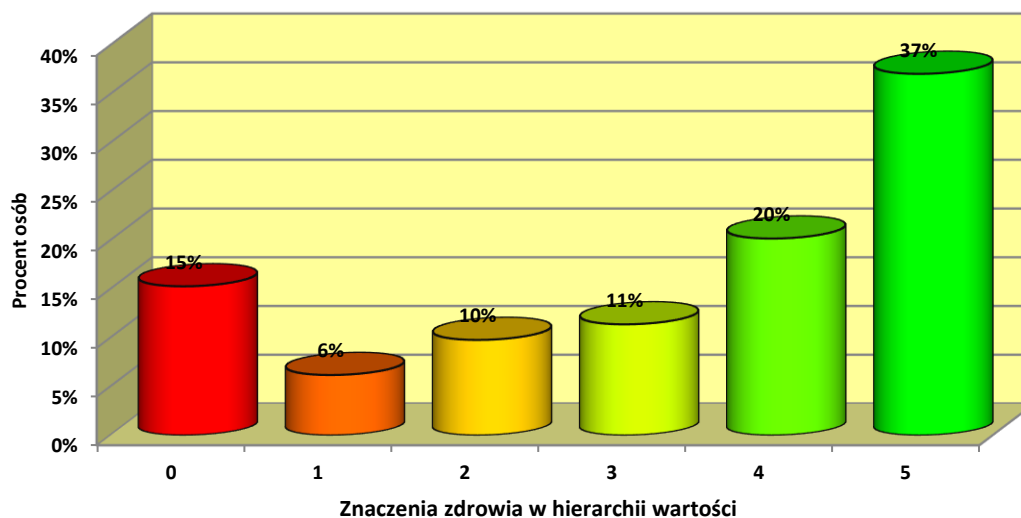
- w grupie 9. symboli szczęścia ocenili je następująco w kategorii od najwyższej do najniższej cenionych:
  - udane życie rodzinne
  - dobre zdrowie
  - wykonywanie ulubionej pracy, zawodu
  - dobre warunki materialne
  - bycie potrzebnym dla innych ludzi
  - duży krąg przyjaciół
  - sukcesy w nauce, pracy
  - życie pełne przygód, podróży
  - sława, popularność
- w grupie 10. wartości osobistych ocenili je następująco w kategorii od najwyższej do najniższej następująco cenionych:
  - dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna
  - miłość, przyjaźń
  - radość, zadowolenie
  - wiedza, mądrość
  - inteligencja, bystrość umysłu
  - dobroć, delikatność
  - poczucie humoru, dowcip
  - bogactwo, majątek
  - odwaga, stanowczość
  - ładny wygląd zewnętrzny, prezencja

Szczegółowo w hierarchii wartości ankietowanych pacjentów przeanalizowano, pozycję zdrowia, uznając ją jako najważniejszą z racji tematu pracy.

Analiza rozkładu ocen zdrowia w hierarchii wartości dokonana przez ankietowanych pacjentów wykazała, że niemal dla 40% badanych zdrowie było najważniejszą wartością, a dla kolejnych 20% lokowało się na miejscu drugim. Jednakże około 15% pacjentów nie wskazało zdrowia wśród pięciu najważniejszych wartości w życiu osobistym. Wyniki obrazuje Tab. XLVI i Ryc. 34.

**Tabela XLVI.** Rozkład ocen zdrowia w hierarchii wartości ankietowanych pacjentów.

Pozycja zdrowia (LWO)	Liczność	Procent
0	47	15,3%
1	19	6,2%
2	30	9,8%
3	35	11,4%
4	62	20,2%
5	114	37,1%



**Rycina 34.** Ocena zdrowia w hierarchii wartości ankietowanych pacjentów.

W kolejnym punkcie analizowano zależność oceny świadczeń zdrowotnych względem stanu zdrowia pacjenta, stosowania się do zaleceń lekarza oraz częstości korzystania z pomocy, a także satysfakcji z życia (SWLS) i pozycji zdrowia w hierarchii wartości (LWO).

W celu umożliwienia wiarygodnych porównań, ze względu na niewielką licznosc niektórych porównywanych grup, dokonano ich połączenia – na przykład stan zdrowia rozważano w dychotomicznym podziale na „dobry” i „przeciętny”.

## STAN ZDROWIA I KORZYSTANIE Z USŁUG PRZYCHODNI A ZAUFANIE DO LEKARZA I PIEŁĘGNIARKI

Osoby o lepszym stanie zdrowiu wykazywały większe zaufanie do pielęgniarki (44,6 vs 42,7 pkt), natomiast czynnik ten nie miał wpływu na poziom zaufania do lekarza (Tab. LXXVII).

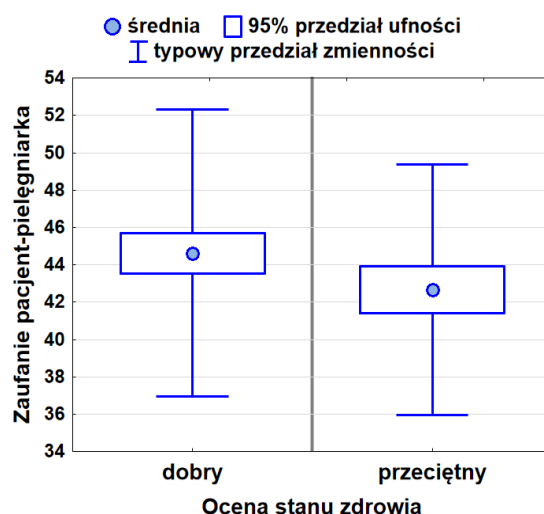
**Tabela LXXVII.** Zależność między oceną stanu zdrowia a zaufaniem do lekarza i pielęgniarki.

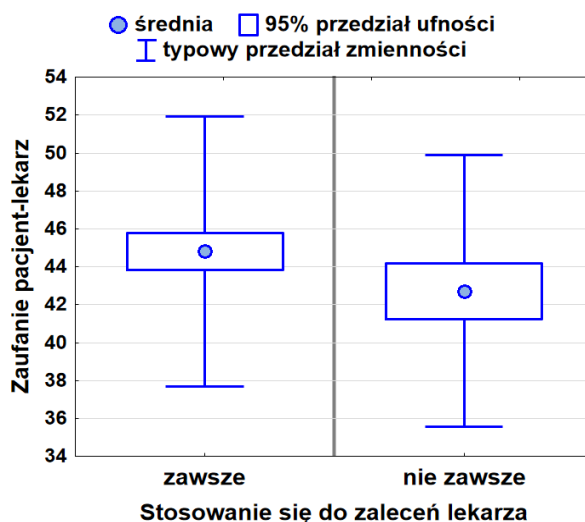
Ocena stanu zdrowia	Zaufanie pacjent-lekarz			Zaufanie pacjent-pielęgniarka		
	$\bar{x}$	Me	$s$	$\bar{x}$	Me	$s$
<b>dobry</b>	<b>44,3</b>	45	7,2	<b>44,6</b>	45	7,7
<b>przeciętny</b>	43,9	44	7,2	42,7	43	6,7
<b><math>p</math></b>	0,5618			0,0087**		
<i>p</i> – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu Manna-Whitneya						

Wyższe zaufanie do lekarza korespondowało dodatnio ze stosowaniem się do jego zaleceń – osoby stosujące się do zaleceń lekarza zawsze mają o ok. 2 pkt wyższy poziom zaufania do lekarza (różnica jest istotna statystycznie –  $p = 0,0185^*$ ). Powiązanie wykonywania zaleceń z zaufaniem do pielęgniarki nie było istotne statystycznie (Tab. LXXVIII, Ryc. 47 i 48).

**Tabela LXXVIII.** Zależność między zaufaniem do lekarza i pielęgniarki a częstością stosowania się do zaleceń lekarskich.

Stosowanie się do zaleceń lekarza	Zaufanie pacjent-lekarz			Zaufanie pacjent-pielęgniarka		
	$\bar{x}$	Me	$s$	$\bar{x}$	Me	$s$
<b>zawsze</b>	<b>44,8</b>	45	7,1	<b>44,3</b>	44	7,6
<b>nie zawsze</b>	42,7	43	7,2	43,0	43	6,9
<b><math>p</math></b>	0,0185*			0,0944		
<i>p</i> – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu Manna-Whitneya						


**Rycina 47.** Zależność między oceną stanu zdrowia pacjenta a zaufaniem do pielęgniarki.



**Rycina 48.** Zależność między zaufaniem pacjenta do lekarza a częstością stosowania się do zaleceń lekarskich.

Mała częstość wizyt w przychodni wpływała na mniejszy poziom zaufania do pielęgniarek, co może być po prostu odzwierciedleniem faktu niekorzystania z ich usług. Podobna tendencja, choć nieistotna statystycznie, uwidoczniła się w odniesieniu do zaufania pacjenta do lekarza (Tab. LXXIX).

**Tabela LXXIX.** Zależność między częstością wizyt w przychodni a zaufaniem do lekarza i pielęgniarki

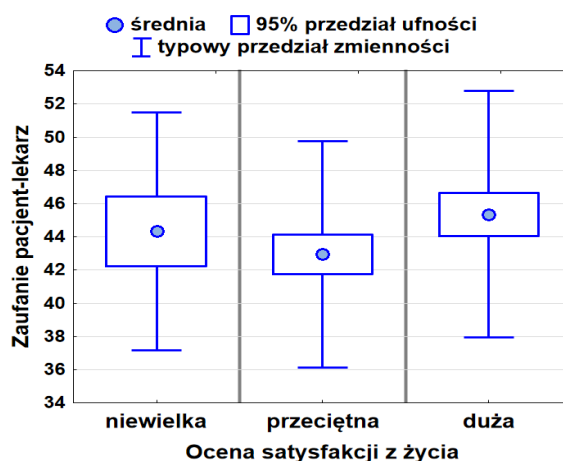
Częstość wizyt w przychodni	Zaufanie pacjent-lekarz			Zaufanie pacjent-pielęgniarka		
	$\bar{x}$	Me	<i>s</i>	$\bar{x}$	Me	<i>s</i>
<b>częściej</b>	44,4	45	7,3	44,5	45	7,4
<b>kilka razy w roku</b>	<b>44,9</b>	45	7,2	<b>44,8</b>	45	7,0
<b>rzadziej</b>	42,7	43	7,0	41,7	43	7,7
<b><i>p</i></b>	0,1001			0,0241*		
p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu Kruskala-Wallisa						

Ocena satysfakcji z życia w podziale na trzy kategorie (są to zgrupowane warianty przymiotnikowej skali SWLS), różnicowała w statystycznie istotny sposób zaufanie do lekarza i pielęgniarki. Jednak charakter zależności był trudny do interpretacji, bowiem wyższym poziomem zaufania charakteryzowały się dwie grupy skrajne – być może wśród osób zadowolonych z życia wyższy poziom zaufania do personelu medycznego był odzwierciedleniem ogólnego „ optymizmu życiowego, zaś osoby niezadowolone miały większe

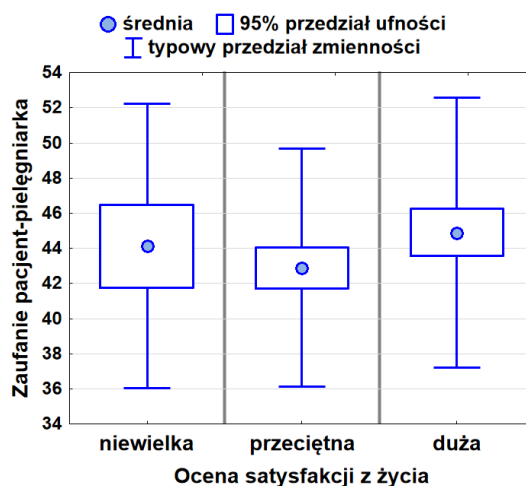
kłopoty ze zdrowiem i znaczenie kontaktów z personelem medycznym było dla nich większe (Tab. LXXX oraz Ryc. 49 i 50).

**Tabela LXXX.** Zależność między satysfakcją z życia pacjentów a ich zaufaniem do lekarza i pielęgniarki.

Ocena satysfakcji z życia (SWLS)	Zaufanie pacjent-lekarz			Zaufanie pacjent-pielęgniarka		
	$\bar{x}$	Me	$s$	$\bar{x}$	Me	$s$
niewielka	44,3	45	7,2	44,1	45	8,1
przeciętna	43,0	43	6,8	42,9	43	6,8
duża	45,4	46,5	7,4	44,9	45	7,7
<i>p</i>	0,0112*			0,0259*		
p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu Kruskala-Wallisa						



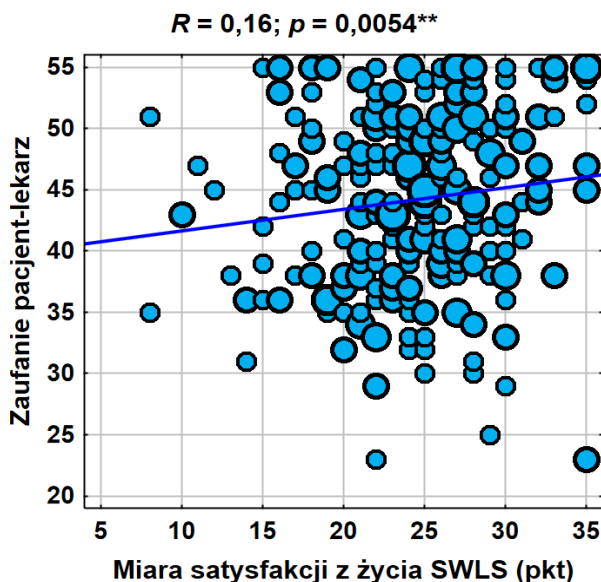
**Rycina 49.** Zależność między satysfakcją z życia pacjentów a ich zaufaniem do lekarza.



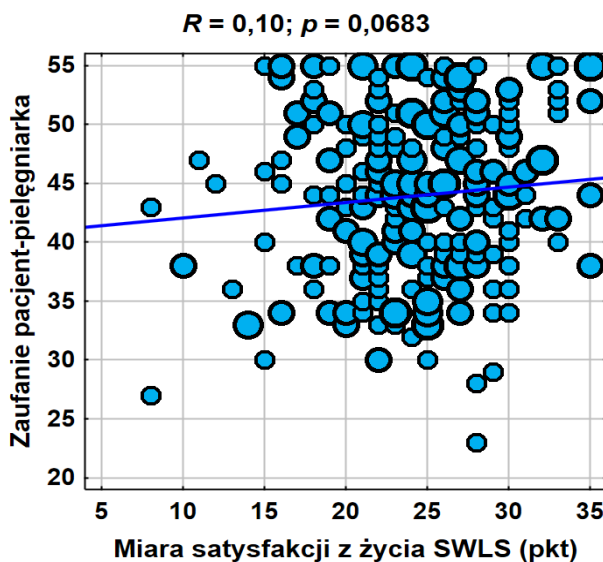
**Rycina 50.** Zależność między satysfakcją z życia pacjentów a ich zaufaniem do pielęgniarki.



Związek satysfakcji z życia z zaufaniem do lekarza i pielęgniarki zbadano także stosując współczynnik korelacji rang Spearmana. Wartości współczynnika wraz z oceną jego istotności statystycznej przedstawiono na poniższych wykresach, stanowiących ilustrację dla prowadzonych analiz.



**Rycina 51.** Współczynnik korelacji rang Spearmana dla zależności między satysfakcją z życia pacjentów a ich zaufaniem do lekarza.



**Rycina 52.** Współczynnik korelacji rang Spearmana dla zależności między satysfakcją z życia pacjentów a ich zaufaniem do pielęgniarki.

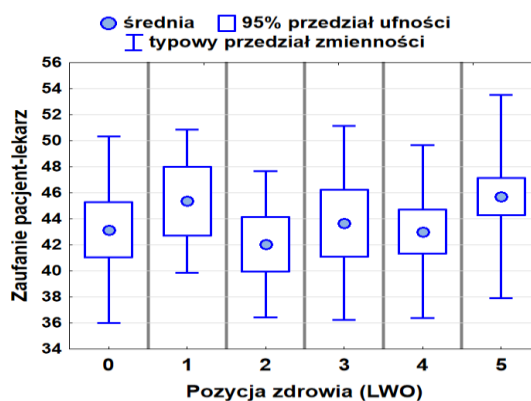
Aby zbadać wpływ rangi zdrowia w hierarchii wartości osobistych na poziom zaufania do lekarza i pielęgniarki, zastosowano analizę korelacji. Tym razem wyniki zestawiono w tabeli (LXXXI). Jak widać, ocena ważności zdrowia w hierarchii wartości życiowej nie wpływała na

zaufanie do pielęgniarki, natomiast wpływ na zaufanie do lekarza był statystycznie istotny ( $p = 0,0049^{**}$ ), ale siła tej zależności bardzo niewielka ( $R = 0,16$ ).

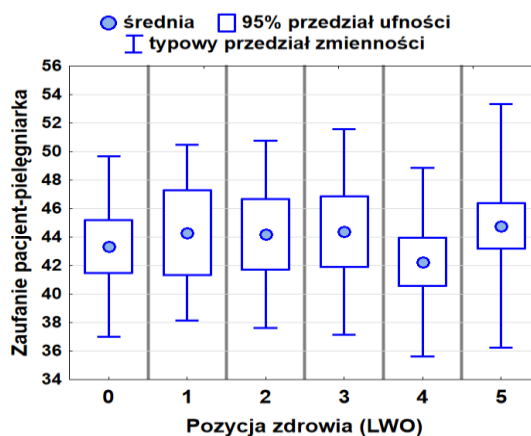
**Tabela LXXXI.** Analiza korelacji dla wpływu rangi zdrowia w hierarchii wartości osobistych na poziom zaufania do lekarza i pielęgniarki.

Pozycja zdrowia (LWO)	Zaufanie pacjent-lekarz	Zaufanie pacjent-pielęgniarka
	0,16 ( $p = 0,0049^{**}$ )	0,08 ( $p = 0,1728$ )

Na wykresie (Ryc. 53 i 54) pokazano średni poziom zaufania pacjenta do lekarza lub pielęgniarki względem rangi zdrowia na liście wartości osobistych. Pomijając grupę osób, które umieściły zdrowie na liście pięciu najważniejszych wartości, ale przydzieliły mu najniższą oceną punktową (1 pkt), można stwierdzić wzrost zaufania do lekarza w miarę wzrostu pozycji zdrowia. Natomiast w przypadku zaufania do pielęgniarki takiej tendencji nie wykazano.



**Rycina 53.** Zależność między rangą zdrowia w hierarchii wartości osobistych pacjenta a zaufaniem do lekarza.



**Rycina 54.** Zależność między rangą zdrowia w hierarchii wartości osobistych pacjenta a zaufaniem do pielęgniarki.

## STAN ZDROWIA I KORZYSTANIE Z USŁUG PRZYCHODNI A OCENA PRZEBIEGU WIZYTY LEKARSKIEJ

Osoby o relatywnie gorszym stanie zdrowia nieco częściej (86 vs 72%) były pytane podczas wizyty lekarskiej o stosowanie leków.

Taka różnica jest zupełnie zrozumiała i nie stanowi przesłanki do negatywnej oceny pracy lekarza, bowiem w przypadku pacjentów o dobrym zdrowiu – a przynajmniej u części z nich – pytanie takie może być bezzasadne.

Wyniki obrazuje Tabela LXXXVI.

**Tabela LXXXVI.** Wpływ stanu zdrowia na ocenę wybranych elementów przebiegu wizyty lekarskiej.

Wizyta lekarska (przebieg)	Ocena stanu zdrowia				<i>p</i>
	dobry		przeciętny		
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	
posiadanie dokumentacji medycznej	190	96,9%	108	97,3%	0,8580
pamięć o poprzedniej wizycie	146	74,5%	87	78,4%	0,4441
<b>pytanie o zażywane leki</b>	<b>141</b>	<b>71,9%</b>	<b>95</b>	<b>85,6%</b>	<b>0,0064**</b>
dokładne zbadanie	182	92,9%	101	91,0%	0,5584
dokładna informacja o zaleceniach	186	94,9%	108	97,3%	0,3159
minimalizacja kosztów leczenia	113	57,7%	63	56,8%	0,8788
podanie terminu kolejnej wizyty	143	73,0%	78	70,3%	0,6142
p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat					

Częstość wizyt u lekarza różnicowało ocenę pracy lekarza w kategorii zadawania pytań o zażywane leki i udzielania dokładnych informacji o zaleceniach terapeutycznych.

Charakter różnic pomiędzy porównywanymi grupami nie był łatwy w interpretacji, bowiem brak tu jednoznacznie ukierunkowanej tendencji.

Wyniki obrazuje Tab. LXXXVII.

Ocena satysfakcji z życia to czynnik dość wyraźnie różnicujący postrzeganie „sumienności” pracy lekarzy.

Generalnie, im większy był poziom satysfakcji z życia, tym lepsza ocena pracy lekarza. Wyniki obrazuje Tab. LXXXVIII.

**Tabela LXXXVII.** Wpływ częstości wizyt u lekarza na ocenę wybranych elementów przebiegu wizyty lekarskiej.

Wizyta lekarska (przebieg)	Częstość wizyt u lekarza						p
	częściej		kilka razy w roku		rzadziej		
	N	%	N	%	N	%	
posiadanie dokumentacji medycznej	105	99,1%	120	95,2%	73	97,3%	0,2260
pamięć o poprzedniej wizycie	83	78,3%	100	79,4%	50	66,7%	0,0975
<b>pytanie o zażywane leki</b>	<b>80</b>	<b>75,5%</b>	<b>108</b>	<b>85,7%</b>	<b>48</b>	<b>64,0%</b>	<b>0,0018**</b>
dokładne zbadanie	97	91,5%	120	95,2%	66	88,0%	0,1721
<b>dokładna informacja o zaleceniach</b>	<b>97</b>	<b>91,5%</b>	<b>124</b>	<b>98,4%</b>	<b>73</b>	<b>97,3%</b>	<b>0,0251*</b>
minimalizacja kosztów leczenia	61	57,5%	76	60,3%	39	52,0%	0,5136
podanie terminu kolejnej wizyty	77	72,6%	93	73,8%	51	68,0%	0,6632
p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat							

**Tabela LXXXVIII.** Wpływ satysfakcji z życia na ocenę wybranych elementów przebiegu wizyty lekarskiej.

Wizyta lekarska (przebieg)	Ocena satysfakcji z życia (SWLS)						p
	niewielka		przeciętna		duża		
	N	%	N	%	N	%	
<b>posiadanie dokumentacji medycznej</b>	<b>43</b>	<b>89,6%</b>	<b>129</b>	<b>98,5%</b>	<b>126</b>	<b>98,4%</b>	<b>0,0037**</b>
<b>pamięć o poprzedniej wizycie</b>	<b>31</b>	<b>64,6%</b>	<b>94</b>	<b>71,8%</b>	<b>108</b>	<b>84,4%</b>	<b>0,0082**</b>
<b>pytanie o zażywane leki</b>	<b>29</b>	<b>60,4%</b>	<b>98</b>	<b>74,8%</b>	<b>109</b>	<b>85,2%</b>	<b>0,0019**</b>
<b>dokładne zbadanie</b>	<b>40</b>	<b>83,3%</b>	<b>121</b>	<b>92,4%</b>	<b>122</b>	<b>95,3%</b>	<b>0,0308*</b>
dokładna informacja o zaleceniach	45	93,8%	125	95,4%	124	96,9%	0,6351
minimalizacja kosztów leczenia	23	47,9%	75	57,3%	78	60,9%	0,2982
podanie terminu kolejnej wizyty	32	66,7%	93	71,0%	96	75,0%	0,5183
p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat							

Pozycja zdrowia na liście wartości osobistych różnicowała „dostrzeżenie” przez pacjentów posiadania dokumentacji medycznej podczas wizyty lekarskiej ( $p=0,0107^*$ ), ale

różnice pomiędzy wartościami procentowymi nie były jednoznacznie ukierunkowane, dlatego raczej trudno zinterpretować tę zależność merytorycznie (Tab. LXXXIX).

**Tabela LXXXIX.** Wpływ satysfakcji z życia na ocenę wybranych elementów przebiegu wizyty lekarskiej.

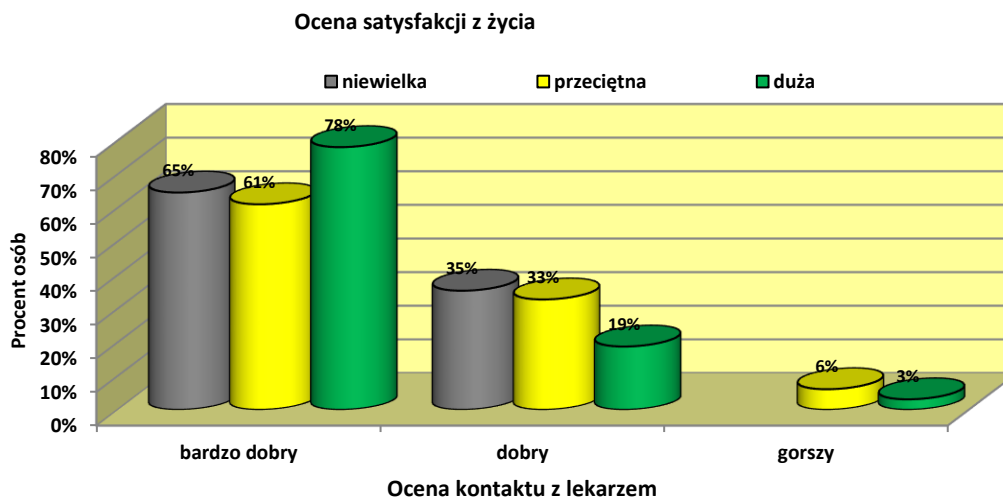
Wizyta lekarska (przebieg)	Pozycja zdrowia (LWO)						<i>p</i>
	0	1	2	3	4	5	
posiadanie dokumentacji medycznej	97,9%	84,2%	100,0%	94,3%	100,0%	97,4%	0,0107*
pomieć o poprzedniej wizycie	72,3%	73,7%	70,0%	91,4%	72,6%	76,3%	0,3116
pytanie o zażywane leki	85,1%	63,2%	76,7%	80,0%	72,6%	77,2%	0,4608
dokładne zbadanie	87,2%	100,0%	93,3%	88,6%	91,9%	93,9%	0,5006
dokładna informacja o zaleceniach	100,0%	100,0%	96,7%	94,3%	95,2%	93,9%	0,5148
minimalizacja kosztów leczenia	53,2%	84,2%	46,7%	65,7%	53,2%	57,0%	0,1185
podanie terminu kolejnej wizyty	66,0%	84,2%	70,0%	68,6%	64,5%	78,1%	0,2759
p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat							

## STAN ZDROWIA I KORZYSTANIE Z USŁUG PRZYCHODNI A OCENA KONTAKTU Z PERSONELEM MEDYCZNYM PRZYCHODNI

Pacjenci przychodni o wyższej satysfakcji z życia lepiej oceniali kontakt z lekarzem ( $p = 0,0133^*$ ), a jeszcze bardziej wyraziście czynnik ten wpływał na ocenę kontaktów z pielęgniarką ( $p = 0,0001^{***}$ ). Wyniki obrazują odpowiednio Tabela XC i Ryc. 55 oraz Tab. XCI i Ryc. 56.

**Tabela XC.** Wpływ satysfakcji z życia na ocenę kontaktu z lekarzem.

Ocena kontaktu z lekarzem	Ocena satysfakcji z życia (SWLS) ( $p = 0,0133^*$ )			Razem
	niewielka	przeciętna	duża	
bardzo dobry	31 (64,6%)	80 (61,1%)	100 (78,1%)	211
dobry	17 (35,4%)	43 (32,8%)	24 (18,8%)	84
gorszy	0 (0,0%)	8 (6,1%)	4 (3,1%)	12
Razem	48	131	128	307
p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat				

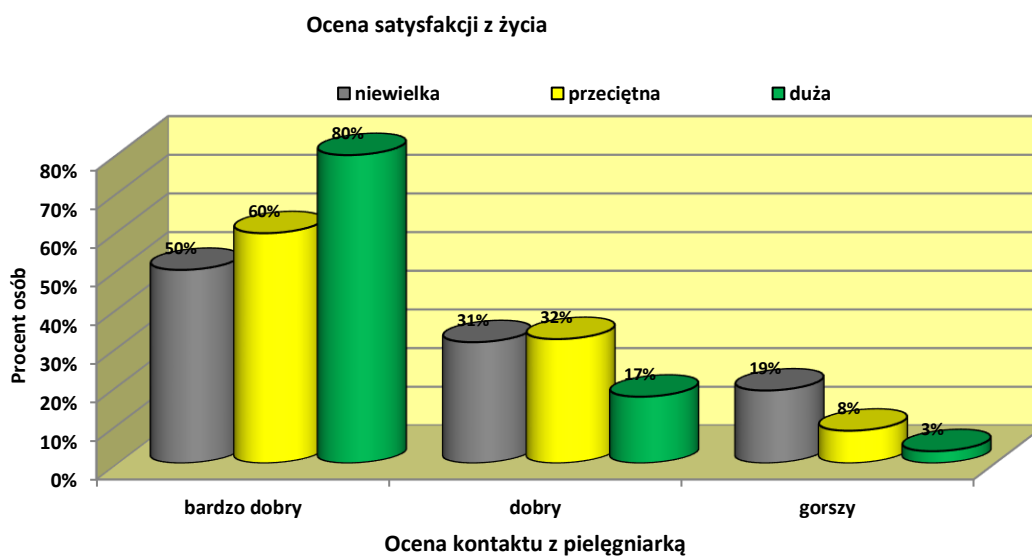


Rycina 55. Wpływ satysfakcji z życia na ocenę kontaktu z lekarzem.

Tabela XCI. Wpływ satysfakcji z życia na ocenę kontaktu z pielęgniarką.

Ocena kontaktu z pielęgniarką	Ocena satysfakcji z życia (SWLS) ( $p = 0,0001^{***}$ )			Razem
	niewielka	przeciętna	duża	
bardzo dobry	24 (50,0%)	78 (59,5%)	102 (79,7%)	204
dobry	15 (31,3%)	42 (32,1%)	22 (17,2%)	79
gorszy	9 (18,8%)	11 (8,4%)	4 (3,1%)	24
<b>Razem</b>	<b>48</b>	<b>131</b>	<b>128</b>	<b>307</b>

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat



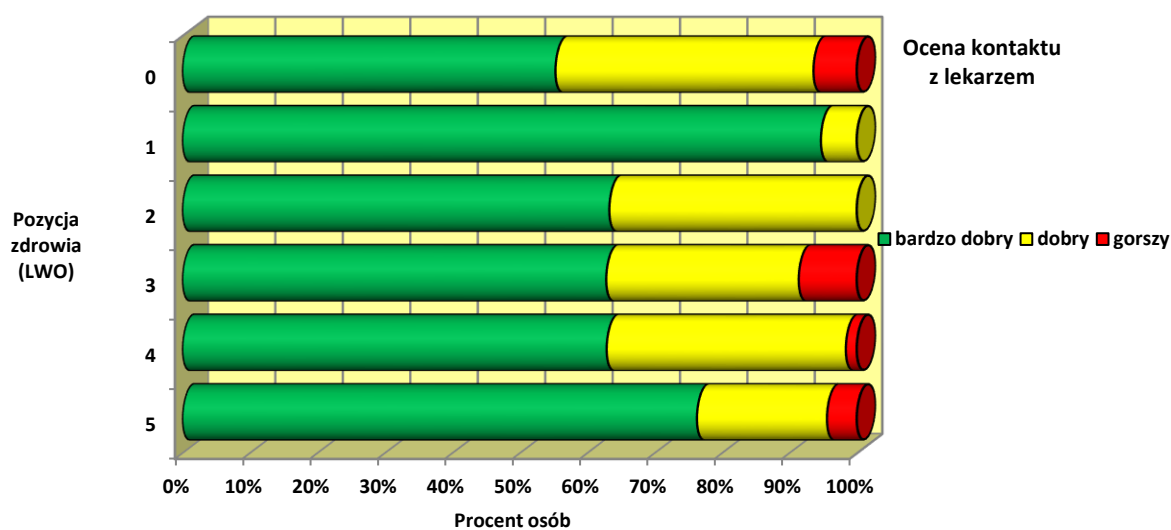
Rycina 56. Wpływ satysfakcji z życia na ocenę kontaktu z pielęgniarką.

Na zakończenie tej części analiz zbadano, jak na ocenę kontaktu z personelem medycznym wpływała pozycja zdrowia w hierarchii wartości osobistych. W obu przypadkach (i dla kontaktu z lekarzem, i z pielęgniarką) stwierdzono zależności istotne statystycznie, choć trudno poddać je jednoznacznej interpretacji. Pomijając nietypową grupę osób wskazujących zdrowie, ale na pozycji najniższej (1 pkt), można stwierdzić, że ocena kontaktu z lekarzem czy pielęgniarką była nieco lepsza wtedy, gdy zdrowie było wyżej lokowane na liście wartości osobistych. Wyniki obrazują Tabela XCII i XCIII oraz Rycina 57 i 58.

**Tabela XCII.** Zależność między pozycją zdrowia w hierarchii wartości osobistych a oceną kontaktu z lekarzem.

Pozycja zdrowia (LWO)	Ocena kontaktu z lekarzem ( $p = 0,0227^*$ )			Razem
	bardzo dobry	dobry	gorszy	
0	26 (55,3%)	18 (38,3%)	3 (6,4%)	47
1	18 (94,7%)	1 (5,3%)	0 (0,0%)	19
2	19 (63,3%)	11 (36,7%)	0 (0,0%)	30
3	22 (62,9%)	10 (28,6%)	3 (8,6%)	35
4	39 (62,9%)	<b>22 (35,5%)</b>	1 (1,6%)	62
5	<b>87 (76,3%)</b>	<b>22 (19,3%)</b>	5 (4,4%)	114
Razem	211	84	12	307

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat

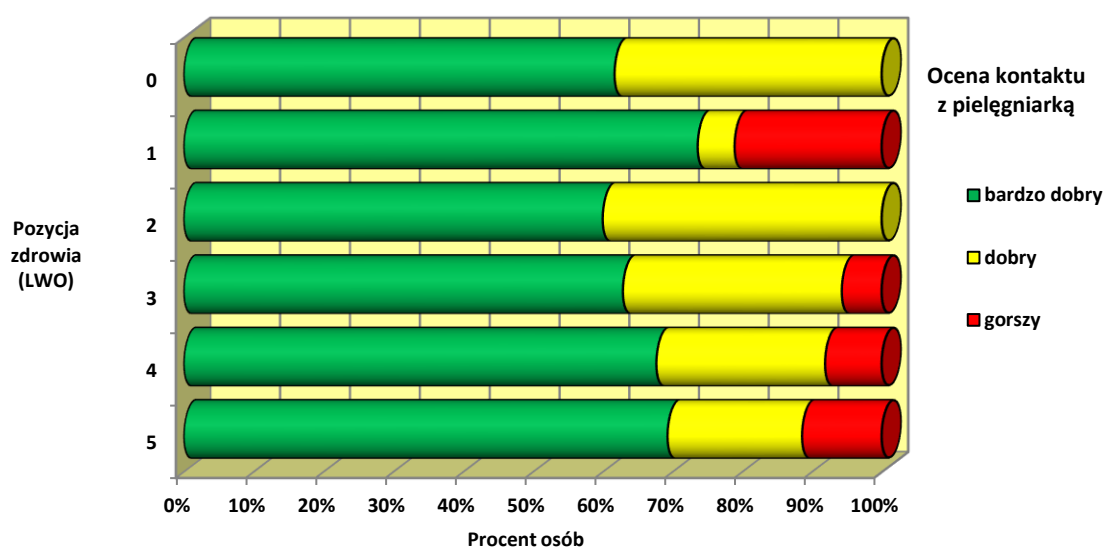


**Rycina 57.** Zależność między pozycją zdrowia w hierarchii wartości osobistych a oceną kontaktu z lekarzem.

**Tabela XCIII.** Zależność między pozycją zdrowia w hierarchii wartości osobistych a oceną kontaktu z pielęgniarką. (p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat)

Pozycja zdrowia (LWO)	Ocena kontaktu z pielęgniarką ( $p = 0,0083^{**}$ )			Razem
	bardzo dobry	dobry	gorszy	
0	29 (61,7%)	18 (38,3%)	0 (0,0%)	47
1	14 (73,7%)	1 (5,3%)	4 (21,1%)	19
2	18 (60,0%)	12 (40,0%)	0 (0,0%)	30
3	22 (62,9%)	11 (31,4%)	2 (5,7%)	35
4	42 (67,7%)	15 (24,2%)	5 (8,1%)	62
5	79 (69,3%)	22 (19,3%)	13 (11,4%)	114
Razem	204	79	24	307

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat



**Rycina 58.** Zależność między pozycją zdrowia w hierarchii wartości osobistych a oceną kontaktu z pielęgniarką.

## STAN ZDROWIA I KORZYSTANIE I USŁUG PRZYCHODNI A OCENA FUNKCJONOWANIA PRZYCHODNI

Stan zdrowia pacjenta nie wpływał znacząco na ocenę funkcjonowania przychodni, za wyjątkiem oceny chęci rozwiązywania problemów pacjentów przez personel medyczny –



ocena tego aspektu pracy była wyższa wśród osób, które miały dobry stan zdrowia (4,50 vs 4,31;  $p = 0,0419^*$ ).

**Tabela LXXXII.** Zależność między oceną stanu zdrowia pacjentów a ich oceną wybranych parametrów funkcjonowania przychodni

Ocena parametrów funkcjonowania przychodni	Ocena stanu zdrowia		<i>p</i>
	dobry	przeciętny	
chęć rozwiązania problemów	4,50	4,31	0,0419*
indywidualne podejście do pacjenta	4,55	4,35	0,0806
personel jest skupiony na pracy	4,30	4,33	0,7532
pacjent ma zaufanie do personelu	4,52	4,50	0,5818
wykonanie usługi za pierwszym razem	4,62	4,56	0,9605
czysty/elegancki wystrój	4,61	4,68	0,3413
nowoczesne wyposażenie	4,37	4,29	0,6769
odpowiedni ubiór personelu	4,65	4,67	0,8401
czytelna forma broszur	4,55	4,58	0,7392
dobry dojazd i parking	4,45	4,47	0,7398
dobra lokalizacja i oznakowanie	4,64	4,73	0,1311
przewodzenie badań przesiewowych	4,13	4,22	0,5849
p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu Manna-Whitneya			

Fakt stosowania się do zaleceń lekarza wpływał na ocenę tylko dwóch elementów funkcjonowania przychodni – osoby te wyżej oceniały chęć rozwiązywania problemów i indywidualizację podejścia do pacjentów (tab. LXXXIII).

Pacjenci rzadziej korzystający z usług przychodni mieli gorsze oceny funkcjonowania przychodni w kilku kwestiach wyróżnionych w poniższej tabeli LXXXIV, takich jak poczucie, iż personel jest skupiony na pracy ( $p=0,0246^*$ ), pacjent ma zaufanie do personelu ( $0,0078^{**}$ ), wykonanie usługi za pierwszym razem ( $0,0299^*$ ), czytelna forma broszur ( $0,0470^*$ ) oraz prowadzenie badań przesiewowych ( $0,0242^*$ ).

Im wyższa była satysfakcja z życia tym lepsza ocena funkcjonowania przychodni – stwierdzenie to było prawdziwe dla większości ocenianych elementów pracy przychodni, co wyraźnie widać w poniższej tabeli LXXXV.

**Tabela LXXXIII.** Zależność między częstością stosowania się do zaleceń lekarza a oceną wybranych parametrów funkcjonowania przychodni.

Ocena parametrów funkcjonowania przychodni	Stosowanie się do zaleceń lekarza		p
	zawsze	nie zawsze	
chęć rozwiązania problemów	4,56	4,14	0,0010***
indywidualne podejście do pacjenta	4,58	4,26	0,0010***
personel jest skupiony na pracy	4,38	4,15	0,2500
pacjent ma zaufanie do personelu	4,53	4,47	0,2328
wykonanie usługi za pierwszym razem	4,64	4,51	0,2222
czysty/elegancki wystrój	4,64	4,61	0,5380
nowoczesne wyposażenie	4,37	4,27	0,7234
odpowiedni ubiór personelu	4,70	4,55	0,0792
czytelna forma broszur	4,57	4,53	0,6377
dobry dojazd i parking	4,48	4,39	0,4867
dobra lokalizacja i oznakowanie	4,71	4,59	0,2660
przewodzenie badań przesiewowych	4,19	4,09	0,3726
p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu Manna-Whitneya			

**Tabela LXXXIV.** Zależność między częstością wizyt u lekarza a oceną wybranych parametrów funkcjonowania przychodni.

Ocena parametrów funkcjonowania przychodni	Częstość wizyt u lekarza			p
	częściej	kilka razy w roku	rzadziej	
chęć rozwiązania problemów	4,42	4,53	4,28	0,0552
indywidualne podejście do pacjenta	4,43	4,58	4,37	0,0800
personel jest skupiony na pracy	4,31	4,45	4,08	0,0246*
pacjent ma zaufanie do personelu	4,48	4,63	4,35	0,0078**
wykonanie usługi za pierwszym razem	4,65	4,62	4,49	0,0299*
czysty/elegancki wystrój	4,69	4,67	4,49	0,1892
nowoczesne wyposażenie	4,40	4,37	4,21	0,0554
odpowiedni ubiór personelu	4,63	4,72	4,57	0,2063
czytelna forma broszur	4,62	4,60	4,40	0,0470*
dobry dojazd i parking	4,49	4,57	4,21	0,0740
dobra lokalizacja i oznakowanie	4,62	4,72	4,67	0,6083
przewodzenie badań przesiewowych	4,13	4,35	3,88	0,0242*
p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu Kruskala-Wallisa				

**Tabela LXXXV.** Zależność między satysfakcją z życia a oceną wybranych parametrów funkcjonowania przychodni.

Ocena parametrów funkcjonowania przychodni	Ocena satysfakcji z życia (SWLS)			p
	niewielka	przeciętna	duża	
chęć rozwiązania problemów	4,17	4,34	4,62	0,0014**
indywidualne podejście do pacjenta	4,23	4,40	4,66	0,0005***
personel jest skupiony na pracy	3,79	4,27	4,55	0,0000***
pacjent ma zaufanie do personelu	4,15	4,51	4,65	0,0078**
wykonanie usługi za pierwszym razem	4,35	4,64	4,65	0,0565
czysty/elegancki wystrój	4,46	4,60	4,73	0,1892
nowoczesne wyposażenie	4,08	4,27	4,50	0,0124*
odpowiedni ubiór personelu	4,44	4,63	4,77	0,0227*
czytelna forma broszur	4,31	4,46	4,75	0,0002***
dobry dojazd i parking	4,23	4,37	4,63	0,0049**
dobra lokalizacja i oznakowanie	4,65	4,63	4,73	0,4037
przewodzenie badań przesiewowych	4,08	4,03	4,32	0,0600
p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu Kruskala-Wallisa				

## PODSUMOWANIE

Pojęcie „satysfakcja”, za Reber [14] oznacza stan emocjonalny, który pojawia się w efekcie realizacji jakiegoś celu, a co wskazuje, że osiągnięcie czegoś wartościowego może wpływać na stan afektywny jednostki.

Satysfakcja z życia, za Timoszyk-Tomczak, Bugajska [15] jest uznawana, za ważny element dobrego samopoczucia człowieka oraz istotny element dobrego samopoczucia człowieka. Ewidentnie wiąże się z realizacją ważnych celów, których osiągnięcie lub sama droga do ich realizacji może przynosić zadowolenie. Związana jest także z subiektywnym doświadczeniem pozytywnych i negatywnych uczuć oraz z porównywaniem własnej sytuacji z przyjętymi standardami [16].

Bańka [17] twierdzi, że ocena jakości życia ulega zmianie pod wpływem codziennych doświadczeń człowieka i jest efektem wypracowywania kryteriów i standardów dla porównywania informacji uzyskiwanych w różnym czasie, które są z kolei wynikiem sądów o życiu. Taka ocena życia wymaga analizy różnych informacji pochodzących z wielu źródeł,

takich jak np.: doświadczane stany emocjonalne, wydarzenia, w których się uczestniczyło w przeszłości, cele i oczekiwania wobec przyszłości, a także porównania społeczne. W krótkiej perspektywie czasowej - ocena życia jest mało stabilna, a w dłuższej – stabilność oceny rośnie. Za koncepcję odnoszącą się do poziomu stabilności tych ocen, jest tzw. „cebulowa teoria szczęścia” Czapińskiego, według której szczęście ma trzy odrębne aspekty: wolę życia (zdeteminowana biologicznie dyspozycja do konstruktywnego radzenia sobie), uogólnione odczucie dobrostanu oraz bieżącą ocenę sytuacji. Każde zdarzenie poddawane jest najpierw ocenie emocjonalnej i poznawczej. Ponieważ wola życia nie ulega zmianie pod wpływem zdarzeń i umożliwia konstruktywne działanie, nawet jeśli spada zadowolenie z życia [18].

### WNIOSKI Z TEGO ETAPU BADAŃ

- Statystyka opisowa dla skali SWLS pozwoliła na stwierdzenie, że badani to osoby raczej zadowolone z życia (39,4%).
- Na podstawie odpowiedzi udzielonych na pytania zawarte w kwestionariuszu LWO w grupie 9. symboli szczęścia najwyżej badani ulokowali udane życie rodzinne, dobre zdrowie oraz wykonywanie ulubionej pracy, zawodu
- Na podstawie odpowiedzi udzielonych na pytania zawarte w kwestionariuszu LWO w grupie 10. wartości osobistych najniżej badani ulokowali dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna, miłość i przyjaźń oraz radość i zadowolenie
- Analiza rozkładu ocen zdrowia w hierarchii wartości dokonana przez ankietowanych pacjentów wykazała, że niemal dla 40% badanych zdrowie było najważniejszą wartością, a dla kolejnych 20% lokowało się na miejscu drugim. Jednakże około 15% pacjentów nie wskazało zdrowia wśród pięciu najważniejszych wartości w życiu osobistym.
- Niemal dla 40% badanych zdrowie było najważniejszą wartością, a dla kolejnych 20% lokowało się na miejscu drugim, jednakże około 15% pacjentów nie wskazało zdrowia wśród pięciu najważniejszych wartości w życiu osobistym.
- Stan zdrowia pacjenta nie wpływał znacząco na ocenę funkcjonowania przychodni, za wyjątkiem oceny chęci rozwiązywania problemów pacjentów przez personel medyczny (wyższa wśród osób o dobrym stanie zdrowia).
- Osoby stosujące się do zaleceń lekarza wyżej oceniały chęć rozwiązywania problemów i indywidualizację podejścia do pacjentów.
- Pacjenci rzadziej korzystający z usług przychodni mieli gorsze oceny funkcjonowania przychodni w kwestiach takich jak, poczucie iż personel jest skupiony na pracy, pacjent

ma zaufanie do personelu, wykonanie usługi za pierwszym razem, czytelna forma broszur oraz prowadzenie badań przesiewowych.

- Osoby o relatywnie gorszym stanie zdrowia nieco częściej (86 vs 72%) były pytane podczas wizyty lekarskiej o stosowanie leków.
- Częstość wizyt u lekarza różnicowało ocenę pracy lekarza w kategorii zadawania pytań o zażywanie leki i udzielania dokładnych informacji o zaleceniach terapeutycznych.
- Pozycja zdrowia na liście wartości osobistych różnicował „dostrzeganie” przez pacjentów posiadania dokumentacji medycznej podczas wizyty lekarskiej ( $p=0,0107^*$ ), ale różnice pomiędzy wartościami procentowymi nie były jednoznacznie ukierunkowane, dlatego raczej trudno zinterpretować tę zależność merytorycznie.
- Pozycja zdrowia na liście wartości osobistych różnicowała „dostrzeganie” przez pacjentów posiadania dokumentacji medycznej podczas wizyty lekarskiej.
- Ocena kontaktu z lekarzem i/lub pielęgniarką była nieco lepsza gdy zdrowie było wyżej lokowane na liście wartości osobistych.

## PIŚMIENNICTWO

1. Juczyński Z.: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001.
2. Rasińska R., Nowakowska I: Zachowania zdrowotne położnych a poczucie satysfakcji z życia, *Zdrowie i dobrostan*, 2013; 1:179-181.
3. Shin D.C., Johnson D.M.: Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Social Indicators Research*, 1978; 5.: 475-492
4. Byra S.: Satysfakcja z życia osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego w pierwszym okresie nabycia niepełnosprawności – funkcje wsparcia otrzymywanego i oczekiwanego. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2011; 17(2): 64-70.
5. Derbis R.: Doświadczenie codzienności. Częstochowa: Wydawnictwo WSP; 2000.
6. Feliksiak M.: Zadowolenie z życia. Komunikat z badań CBOS. BS/1/2013. [http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2013/K\\_001\\_13.PDF](http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2013/K_001_13.PDF), data dostępu 08.06.2020.
7. Rostowska T., Lewandowska-Walter A. (2012). Słowo wstępne [w:] *Małżeństwo i rodzicielstwo a zdrowie*, Rostowska T., Lewandowska-Walter A. (red), Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, 2012: 7-9.
8. Marmola M., Wańczy- Welc A.: Zachowania zdrowotne a poczucie satysfakcji z życia u młodych dorosłych, *Fides et Ratio*, 2017; 4(32): 186-196.

9. Dolińska-Zygmunt G. (1996). Teoretyczne podstawy refleksji o zdrowiu [w:] Elementy psychologii zdrowia, Dolińska- Zygmunt G. (red.), Wrocław, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, 1996: 9-16.
10. Nosko J.: Zachowania zdrowotne i zdrowie publiczne. Łódź, Instytut Medycyny Pracy, 2005.
11. Puchalski K.: Zachowania związane ze zdrowiem jako przedmiot badań socjologicznych. Uwagi wokół pojęcia (23-57), [w:] Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego, Gniazdowski A. (red.), Łódź, Instytut Medycyny Pracy, 1990: 23-57.
12. Woynarowska B.: Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2008.
13. Zadworna-Cieślak M.: Rola rodziny w kształtowaniu zachowań ryzykownych dla zdrowia młodzieży [w:] Zachowania ryzykowne i szkodliwe dla zdrowia, Ogińska-Bulik N. (red), Łódź: Wydawnictwo AH-E, 2010: 43-58.
14. Reber A.: Słownik psychologii. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar, 2000.
15. Timoszyk-Tomczak C., Bugajska B.: Satysfakcja z życia a perspektywa czasowa w starości. *Opuscula Sociologica*, 2013; 2: 83-95.
16. Świerżewska D.: Satysfakcja z życia aktywnych i nieaktywnych osób po 60. roku życia. *Psychologia Rozwojowa*, 2010; 15(2): 89-99.
17. Bańska A.: Jakość życia a jakość rozwoju. Społeczny kontekst płci, aktywności i rodziny, [w:] *Psychologia jakości życia*. Bańska A. (red.), Poznań, Stowarzyszenie Psychologia i Architektura, 2005: 11-78.
18. Czapiński J.: Psychologiczne teorie szczęścia [w:] *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, Czapiński J. (red.), 2004:284-302.

## OCENA ZAUFANIA DO LEKARZA I PIELEŃNIARKI

### WPROWADZENIE

Procesy integracyjne z Unią Europejską, wpływające na współczesny system ochrony zdrowia, dają możliwość pacjentowi, jako biorecy usług medycznych, wzięcia udziału w procesie oceniania pod względem, jakości i wiarygodności placówki medycznej.

W literaturze przedmiotu [1-4] podkreśla się, iż w Stanach Zjednoczonych, a następnie w Europie, zaczęto eliminować złe nawyki personelu, nieskuteczne sposoby leczenia i pielęgnacji. Systematycznie oceniano i mierzono jakość opieki medycznej oraz opracowano rekomendacje i procedury, dotyczące zasad leczenia i pielęgnacji chorych. Zjawisko to pojawiło się w Polsce na tle zmian systemu opieki zdrowotnej [1-4].

W New England Journal of Medicine (NEJM) opublikowano wyniki badania poziomu zaufania, jakim opinia publiczna darzy lekarzy jako grupę zawodową [5]. Badanie zostało przeprowadzone w latach 2011-2013 w ramach International Social Survey Programme (ISSP) realizowanego w 29 krajach przez instytuty naukowe i badawcze poszczególnych państw. Ocenie poddano dwa parametry: zaufanie do lekarzy jako do grupy zawodowej oraz indywidualne zadowolenie z leczenia podczas ostatniej wizyty u lekarza. Okazało się, iż dużym zaufaniem darzą lekarzy obywatele takich krajów, jak: Szwajcaria, Holandia, Dania, Wielka Brytania, Finlandia, Francja i Turcja (poziom zaufania od 83% do 75%). Ranking zamykają: Chorwacja, Stany Zjednoczone, Chile, Bułgaria, Rosja i Polska z wynikami zaufania na poziomie 58-43%. Zaufaniem darzyło lekarzy mniej niż połowa respondentów z Bułgarii, Rosji i Polski, która jest krajem zamykającym ranking z zaufaniem do lekarzy na poziomie 43%. Niepokojące dane pojawiały się już wcześniej w badaniach European Trusted Brands przeprowadzanych co roku przez Readers Digest, a które wskazywały, że w Polsce poziom zaufania do lekarzy spada od 2011 roku - z poziomu 73%. do 56%. w 2014 roku [5].

W badaniach Cook i wsp. wykazano, że zaufanie do świadczeniodawcy i satysfakcja z jego usług, są ze sobą powiązane [6].

Badania Lemke [7] wykazały, że pacjenci, którzy ocenili swój pobyt w szpitalu jako bardzo satysfakcjonujący, w 95% ocenili również opiekę pielęgniarską jako bardzo satysfakcjonującą. Chorzy, którzy ocenili całłościowy pobyt mniej satysfakcjonująco, tylko w 34% ocenili opiekę pielęgniarską bardzo dobrze [7].

W opinii Otani i wsp. [8] spośród atrybutów mających wpływ na ocenę całłościowego zadowolenia z pobytu w szpitalu, opieka pielęgniarska miała największe znaczenie (0,53).

W następnej kolejności były to: procedura przyjęcia do szpitala (0,15), miłe otoczenie (0,11), podejście do rodziny i bliskich (0,10), opieka lekarska (0,05), proces wypisu ze szpitala (0,03). Analiza statystyczna wykazała, iż wpływ opieki pielęgniarskiej na ogólną satysfakcję z hospitalizacji był 3,5 razy większy, niż drugiego co do istotności atrybutu - procedury przyjęcia do szpitala. Zdaniem autorów, w celu poprawy zadowolenia z całościowego pobytu w szpitalu należy więc najpierw poprawić zadowolenie z opieki pielęgniarskiej [8].

### METODOLOGIA TEJ CZĘŚCI BADAŃ

W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem Standaryzowanej Skali Zaufania Pacjent-Lekarz Aderson i Dedrick (1990) [9] oraz Standaryzowanej Skali Zaufania Pacjent-Pielęgniarka (Krajewska-Kułąk i wsp. 2019) [10].

Standaryzowana Skala Zaufania Pacjent-Lekarz Aderson i Dedrick (1990) została opracowana na podstawie standaryzowanej skali zaufania pacjent - lekarz Anderson i Dedrick, obejmującej 11 zagadnień. Wiarygodność i powtarzalność skali została potwierdzona niezależnymi badaniami, w których współczynnik Cronbacha Ralpa wynosi od 0,85- 0,90. Polska walidacja skali została dokonana za zgodą Roberta F. Dedricka przez Krajewska-Kułąk i wsp. w roku 2018.

Pacjent udzielał odpowiedzi za pomocą pięciopunktowej skali:

- 1- zdecydowanie nie zgadzam się
- 2- nie zgadzam się
- 3 -ani tak ani nie
- 4 -zgadzam się
- 5- zdecydowanie zgadzam się.

W analizie wyników posłużono się wyliczeniem wartości odsetkowych i średnich wartości punktów uzyskanych w wyniku odpowiedzi na poszczególne pytania skali.

Wyższe punkty odzwierciedlają większą konstruktywność.

Standaryzowana Skala Zaufania Pacjent-Pielęgniarka (Krajewska-Kułąk i wsp., 2019)

Opracowana została na podstawie standaryzowanej skali zaufania pacjent - lekarz Anderson i Dedrick, obejmującej 11 zagadnień.

Pacjent udzielał odpowiedzi za pomocą pięciopunktowej skali:

- 1- zdecydowanie nie zgadzam się
- 2- nie zgadzam się
- 3 -ani tak ani nie



- 4 -zgadzam się
- 5- zdecydowanie zgadzam się.

W analizie wyników posłużono się wyliczeniem wartości odsetkowych i średnich wartości punktów uzyskanych w wyniku odpowiedzi na poszczególne pytania skali.

Wyższe punkty odzwierciedlają większą konstruktywność.

W analizie oceny trafności wewnętrznej wykazano, że wszystkie wartości  $\alpha$  Cronbacha są znacznie powyżej 0,70. Usunięcie jakiegokolwiek pozycji z kwestionariusza skali nie zmieniało jego właściwości psychometrycznych. Bardzo wysokie były także korelacje poszczególnych ocen szczegółowych z miarą sumaryczną – wartości współczynnika korelacji rang Spearmana była wysoce istotne statystycznie ( $p < 0,001$ ), a siła korelacji bardzo wysoka (dla większości pozycji  $r_s > 0,90$ ).

## WYNIKI

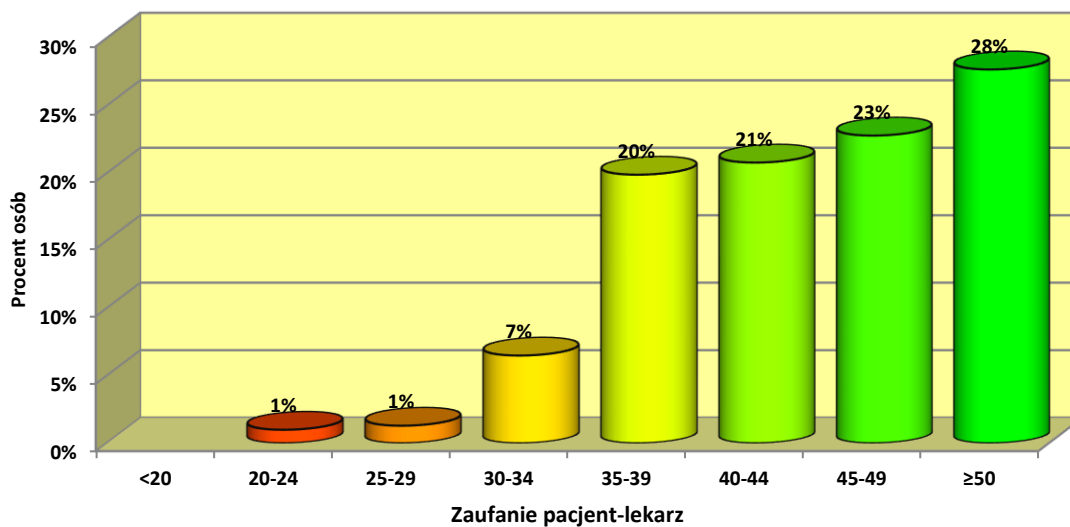
Do oceny zaufania pacjent-lekarz została, w 1990 roku, opracowana przez Andersona i Dedricka specjalna skala, później walidowana na język polski. W roku 2019, za zgodą Andersona i Dedricka, została przez Krajewska-Kułak i wsp., na podstawie zaufania pacjent-lekarz skonstruowana i walidowana skala zaufania pacjent-piełęgniarka. Szczegółowo skale zostały opisane w rozdziale Materiał i metodyka.

Rozkład wartości obu miar punktowych przedstawiono w poniższej tabeli XLV. Jak widać, zaufanie do piełęgniarki (średnia 43,9 pkt.), jaki i do lekarzy (średnia 44,2 pkt.) było raczej na wysokim poziomie, co przy hipotetycznym zakresie skali 11-55 pkt. jest wartością co najmniej dobrą.

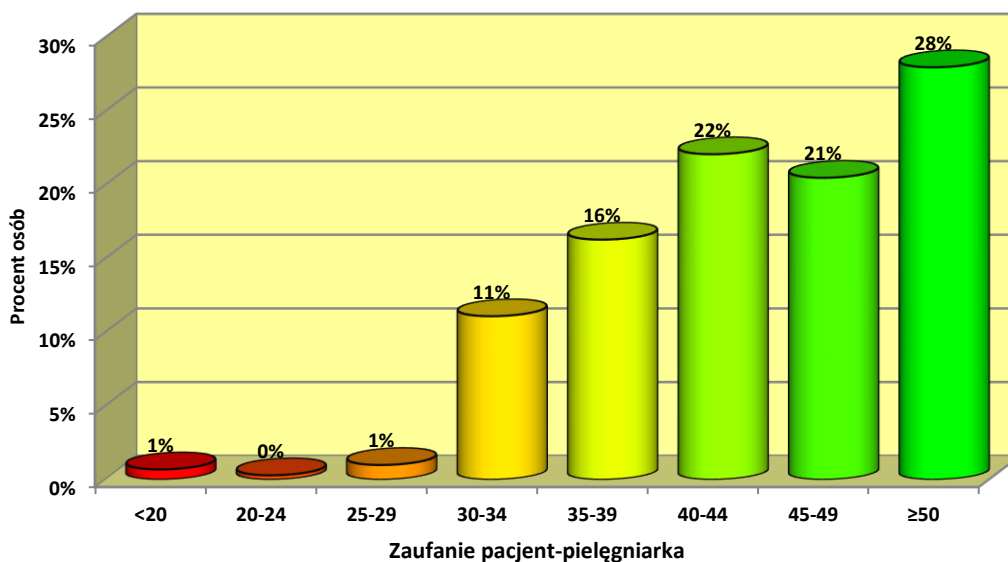
**Tabela XLV.** Rozkład wartości miar punktowych dla skali zaufania pacjent – lekarz i pacjent - piełęgniarka.

Zaufanie	$\bar{x}$	Me	s	$c_{25}$	$c_{75}$	min	max
pacjent-lekarz	44,2	45	7,2	38	50	23	55
pacjent-piełęgniarka	43,9	44	7,4	38	50	15	55

Rozkład obu miar przedstawiono w postaci szeregów przedziałowych o rozpiętości 5 pkt. Zdecydowanie dominowały wartości wysokie, nawet na poziomie powyżej 50. pkt. (28%), co oznacza duże zaufanie do lekarzy i piełęgniarek (Ryc. 32, 33).



Rycina 32. Rozkład miar zaufania pacjent – lekarz.



Rycina 33. Rozkład miar zaufania pacjent – pielęgniarka.

### CZYNNIKI DEMOGRAFICZNE A ZAUFANIE DO LEKARZA I PIEŁĘGNIARKI

W tej części zbadano wpływ czynników demograficznych na zaufanie do lekarza i pielęgniarki, oceniane za pomocą standaryzowanego kwestionariusza.

Płeć pacjenta nie różnicowała poziomu zaufania do lekarza i pielęgniarki (Tab. XLVII).

**Tabela XLVII.** Wpływ płci na zaufanie do lekarza i pielęgniarki.

Płeć	Zaufanie pacjent-lekarz			Zaufanie pacjent-pielęgniarka		
	$\bar{x}$	Me	s	$\bar{x}$	Me	s
<b>kobieta</b>	43,8	44,0	7,6	43,6	44,0	7,6
<b>mężczyzna</b>	44,8	45,0	6,5	44,5	45,0	7,1
<b>p</b>	0,3370			0,3008		
Wartość prawdopodobieństwa testowego p wyznaczona za pomocą testu Manna-Whitneya znacząco przekracza 0,05						

Czynnikiem, który także nie różnicował w znamieny statystycznie sposób poziomu zaufania do lekarza i pielęgniarki był wiek pacjenta (Tab. XLVIII). Co prawda, widać pewną tendencję do większego poziomu zaufania do lekarza u starszych pacjentów, ale nie jest to zależność istotna statystycznie (wartość prawdopodobieństwa testowego  $p = 0,0977$ ).

**Tabela XLVIII.** Wpływ wieku pacjentów na zaufanie do lekarza i pielęgniarki.

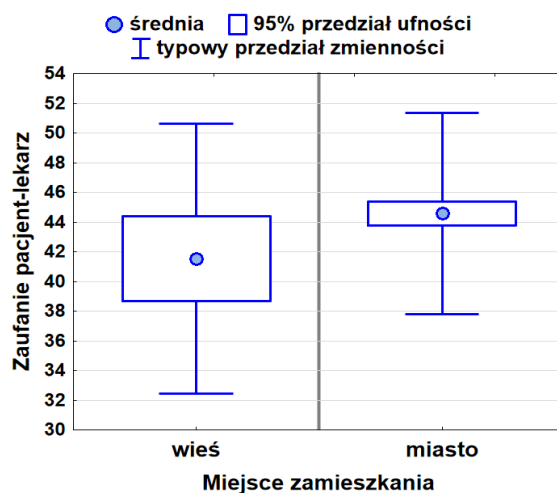
Wiek [lata]	Zaufanie pacjent-lekarz			Zaufanie pacjent-pielęgniarka		
	$\bar{x}$	Me	s	$\bar{x}$	Me	s
<b>&lt;30</b>	42,5	43,0	7,9	43,0	44,0	8,8
<b>30-39</b>	43,4	44,0	6,4	43,6	45,0	7,0
<b>40-49</b>	44,7	46,0	6,7	44,5	43,5	6,6
<b>50-59</b>	45,4	45,0	7,8	44,3	44,0	7,6
<b>60-69</b>	43,5	44,0	6,2	42,9	44,0	6,9
<b>≥70</b>	45,9	47,0	7,1	45,5	46,0	6,5
<b>p</b>	0,0977			0,6905		
p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu Kruskala-Wallis						

Natomiast miejsce zamieszkania różnicowało poziom zaufania do lekarza – był on wyższy wśród pacjentów mieszkających w mieście (średnio rzecz biorąc 44,6 vs 41,5 pkt.), a różnica była jeszcze większa, kiedy porównało się wartości median w obu grupach). Różnica była istotna statystycznie ( $p = 0,0419^*$ ).

Wyniki obrazuje Tab. XLIX i Ryc. 35.

**Tabela XLIX.** Wpływ miejsca zamieszkania pacjentów na zaufanie do lekarza i pielęgniarki.

Miejsce zamieszkania	Zaufanie pacjent-lekarz			Zaufanie pacjent-pielęgniarka		
	$\bar{x}$	Me	s	$\bar{x}$	Me	s
wieś	41,5	39,0	9,1	43,3	45,0	9,9
miasto	44,6	45,0	6,8	44,0	44,0	7,0
<i>p</i>	0,0419*			0,9314		
p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu Manna-Whitneya						



**Rycina 35.** Wpływ miejsca zamieszkania pacjentów na zaufanie do lekarza i pielęgniarki.

Najmniejsze zaufanie do lekarza przejawiały osoby z wykształceniem zawodowym – ta zależność była dość wyraźna, zbliżona do poziomu istotności statystycznej (wartość prawdopodobieństwa testowego *p* minimalnie powyżej 0,05). Natomiast wykształcenie nie różnicuje poziomu zaufania pacjentów do pielęgniarek (tab. L.).

**Tabela L.** Wpływ wykształcenia pacjentów na zaufanie do lekarza i pielęgniarki.

Wykształcenie	Zaufanie pacjent-lekarz			Zaufanie pacjent-pielęgniarka		
	$\bar{x}$	Me	s	$\bar{x}$	Me	s
zawodowe	42,8	42,5	6,8	43,3	44,0	7,3
średnie	44,4	45,0	7,4	44,2	45,0	7,3
wyższe	45,0	46,0	7,2	44,1	44,0	7,6
<i>p</i>	0,0580			0,5846		
p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu Kruskala-Wallisa.						

Poziom zaufania, zarówno do lekarza, jak i pielęgniarki, dość wyraźnie wzrastał wraz z poziomem zamożności.

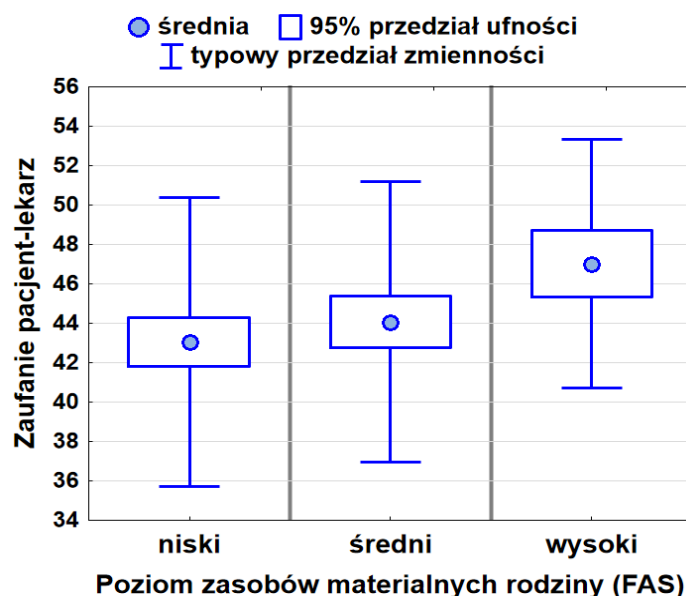
W grupie osób o wysokim poziomie zamożności był o ok. 4 pkt wyższy, średnio rzecz biorąc, niż w grupie o najgorszym statusie materialnym.

Zależności te były istotne statystycznie (Tab. LI, Ryc. 36, Ryc. 37).

Czynnikiem, który nie różnicował stosunku do lekarza i pielęgniarki była odległość miejsca zamieszkania pacjenta od przychodni (Tab. LII).

**Tabela LI.** Wpływ poziomu zamożności na zaufanie do lekarza i pielęgniarki. ( $p$  – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu Kruskala-Wallisa.)

Poziom zasobów materialnych rodziny	Zaufanie pacjent-lekarz			Zaufanie pacjent-pielęgniarka		
	$\bar{x}$	Me	$s$	$\bar{x}$	Me	$s$
niski	43,1	43,0	7,3	43,1	44,0	7,4
średni	44,1	44,5	7,1	43,4	44,0	7,3
wysoki	47,0	48,0	6,3	47,0	47,0	6,9
$p$	0,0029**			0,0035**		

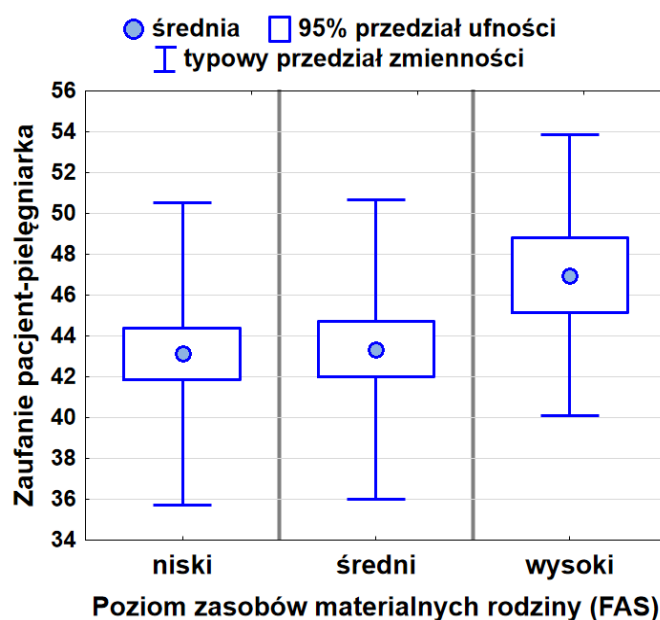


**Rycina 36.** Wpływ poziomu zamożności pacjentów na zaufanie do lekarza.

## OCENA ZAUFANIA DO LEKARZA I PIEŁĘGNIARKI

**Tabela LII.** Wpływ odległości miejsca zamieszkania pacjentów na zaufanie do lekarza i pielęgniarki.

Odległość od przychodni	Zaufanie pacjent-lekarz			Zaufanie pacjent-pielęgniarka		
	$\bar{x}$	Me	<i>s</i>	$\bar{x}$	Me	<i>s</i>
<0,5 km	44,2	44,0	7,1	44,0	44,0	6,7
0,5-1 km	43,1	43,0	6,6	43,6	44,0	6,6
1-5 km	44,7	45,0	6,9	44,2	45,0	7,2
>5 km	44,6	47,5	8,8	43,8	46,0	10,2
<i>p</i>	0,3687			0,8264		
<i>p</i> – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu Kruskala-Wallisa						



**Rycina 37.** Wpływ poziomu zamożności pacjentów na zaufanie do pielęgniarki.

## OCENA ZAUFANIA DO LEKARZA I PIEŁĘGNIARKI

Do oceny zaufania pacjent-lekarz została, w 1990 roku, opracowana przez Andersona i Dedricka specjalna skala, później walidowana na język polski.

W roku 2019, za zgodą Andersona i Dedricka, została przez Krajewska-Kułąk i wsp., na podstawie zaufania pacjent-lekarz skonstruowana i walidowana skala zaufania pacjent-pielęgniarka. Szczegółowo skale zostały opisane w rozdziale Materiał i metodyka.

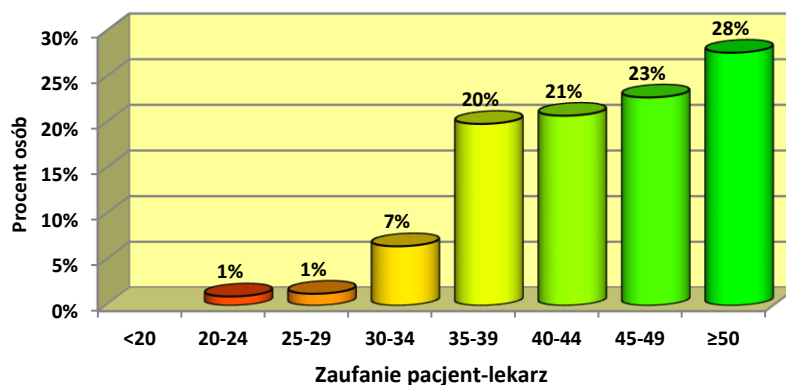
## OCENA ZAUFANIA DO LEKARZA I PIEŁĘGNIARKI

Rozkład wartości obu miar punktowych przedstawiono w poniższej tabeli XLV. Jak widać, zaufanie do pielęgniarki (średnia 43,9 pkt.), jaki i do lekarzy (średnia 44,2 pkt.) było raczej na wysokim poziomie, co przy hipotetycznym zakresie skali 11-55 pkt. jest wartością co najmniej dobrą.

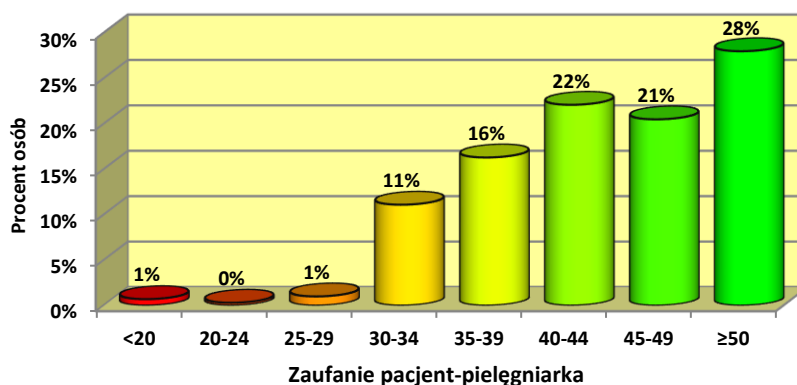
**Tabela XLV.** Rozkład wartości miar punktowych dla skali zaufania pacjent – lekarz i pacjent - pielęgniarka.

Zaufanie	$\bar{x}$	Me	s	c <sub>25</sub>	c <sub>75</sub>	min	max
pacjent-lekarz	44,2	45	7,2	38	50	23	55
pacjent-pielęgniarka	43,9	44	7,4	38	50	15	55

Rozkład obu miar przedstawiono w postaci szeregów przedziałowych o rozpiętości 5 pkt. Zdecydowanie dominowały wartości wysokie, nawet na poziomie powyżej 50. pkt. (28%), co oznacza duże zaufanie do lekarzy i pielęgniarek (Ryc. 32, 33).



**Rycina 32.** Rozkład miar zaufania pacjent – lekarz.



**Rycina 33.** Rozkład miar zaufania pacjent – pielęgniarka.

## OCENA PARAMETRÓW FUNKCJONOWANIA PRZYCHODNI A ZAUFANIE DO LEKARZA I PIEŁĘGNIARKI

Do zbadania związku ocen poszczególnych parametrów funkcjonowania przychodni z poziomem zaufania pacjenta do lekarza i pielęgniarki wykorzystano współczynnik korelacji rang Spearmana.

W poniższej tabeli XCIV zamieszczono wartości współczynników korelacji wraz z oceną ich istotności statystycznej – jak widać, niemal wszystkie korelacje okazały się istotne statystycznie, choć ich siła jest raczej niewielka – niektóre korelacje przekraczają 0,40, co oznacza zależność o dość przeciętnej sile, a niektóre są nawet poniżej 0,20. Tym niemniej, jak na to wskazuje dodatni znak wszystkich współczynników korelacji - wraz ze wzrostem oceny funkcjonowania przychodni wzrastało też zaufanie do personelu medycznego (i *vice versa*).

**Tabela XCIV.** Zależność między zaufaniem pacjenta do lekarza i pielęgniarki a oceną poszczególnych parametrów funkcjonowania przychodni.

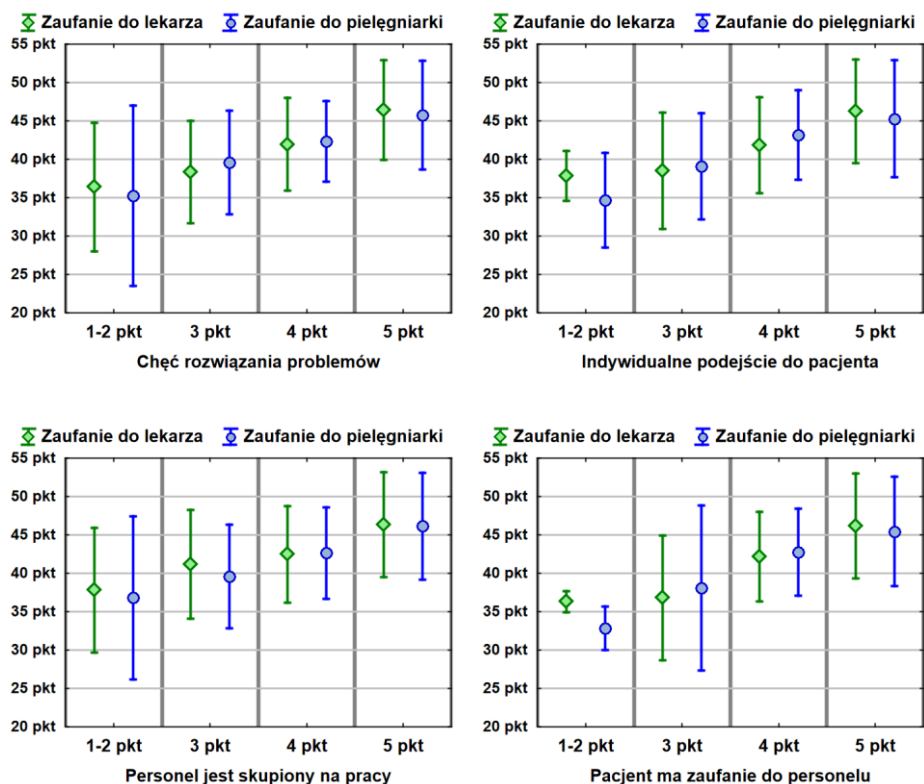
Ocena parametrów funkcjonowania przychodni	Zaufanie pacjent-lekarz	Zaufanie pacjent-pielęgniarka
chęć rozwiązania problemów	0,43 ( $p = 0,0000^{***}$ )	0,34 ( $p = 0,0000^{***}$ )
indywidualne podejście do pacjenta	0,40 ( $p = 0,0000^{***}$ )	0,29 ( $p = 0,0000^{***}$ )
personel jest skupiony na pracy	0,35 ( $p = 0,0000^{***}$ )	0,35 ( $p = 0,0000^{***}$ )
pacjent ma zaufanie do personelu	0,39 ( $p = 0,0000^{***}$ )	0,28 ( $p = 0,0000^{***}$ )
wykonanie usługi za pierwszym razem	0,43 ( $p = 0,0000^{***}$ )	0,33 ( $p = 0,0000^{***}$ )
czysty/elegancki wystrój	0,28 ( $p = 0,0000^{***}$ )	0,22 ( $p = 0,0001^{***}$ )
nowoczesne wyposażenie	0,34 ( $p = 0,0000^{***}$ )	0,30 ( $p = 0,0000^{***}$ )
odpowiedni ubiór personelu	0,34 ( $p = 0,0000^{***}$ )	0,30 ( $p = 0,0000^{***}$ )
czytelna forma broszur	0,36 ( $p = 0,0000^{***}$ )	0,20 ( $p = 0,0004^{***}$ )
dobry dojazd i parking	0,17 ( $p = 0,0031^{**}$ )	0,10 ( $p = 0,0717$ )
dobra lokalizacja i oznakowanie	0,30 ( $p = 0,0000^{***}$ )	0,15 ( $p = 0,0070^{**}$ )
przewodzenie badań przesiewowych	0,35 ( $p = 0,0000^{***}$ )	0,30 ( $p = 0,0000^{***}$ )

Na wykresach (Ryc. 59 i Ryc. 60) pokazano średni poziom miary zaufania pacjentów do lekarza i pielęgniarki w zależności od ocen większości z rozważanych aspektów funkcjonowania przychodni.

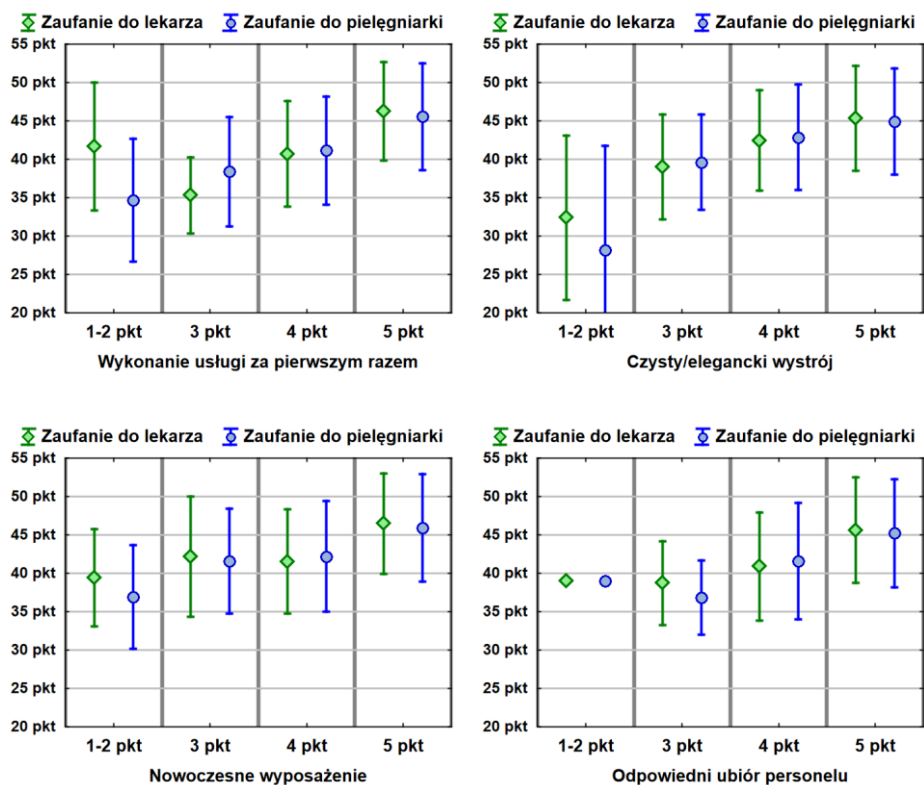
Na potrzeby prezentacji graficznych połączono nieliczne oceny na poziomie 1 i 2 pkt.

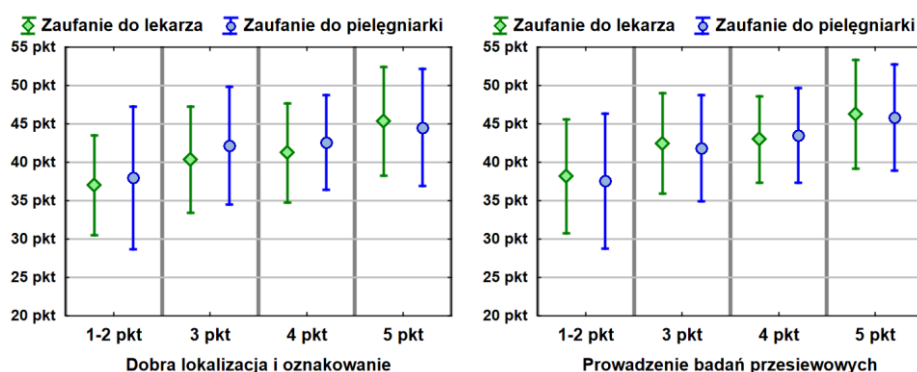


## OCENA ZAUFANIA DO LEKARZA I PIELEŃNIARKI



**Rycina 59.** Zależność między zaufaniem pacjenta do lekarza i pielęgniarki a oceną wybranych parametrów funkcjonowania przychodni.





**Rycina 60.** Zależność między zaufaniem pacjenta do lekarza i pielęgniarki a oceną wybranych parametrów funkcjonowania przychodni, c.d.

### OCENA PRZEBIEGU WIZYTY LEKARSKIEJ A ZAUFANIE DO LEKARZA I PIEŁĘGNIARKI

W kolejnych tabelach pokazano wpływ podejmowania przez lekarza pewnych procedur administracyjnych i medycznych podczas przyjmowania pacjentów, na ich zaufanie do personelu medycznego.

Oceny istotności różnic w poziomie liczbowej miary zaufania pacjenta do lekarza i pielęgniarki dokonano za pomocą testu Manna-Whitneya.

Fakt posiadania dokumentacji medycznej nie wpływał znacząco na poziom zaufania pacjentów do personelu.

Natomiast wystąpienie pozostałych elementów wizyty lekarskiej, czyli pamięci poprzedniej wizyty, pytania o zażywane leki oraz dokładnego zbadania wpływały na polepszenie ocen zaufania pacjenta do lekarza, a także pielęgniarki.

Wyniki obrazują Tab. XCV- XCVIII oraz Ryc. 61.

**Tabela XCV.** Zależność między posiadaniem dokumentacji medycznej przez personel a zaufaniem pacjenta do lekarza i pielęgniarki.

Ocena poziomu zaufania pacjenta	Posiadanie dokumentacji medycznej						p
	nie (N = 9)			tak (N = 298)			
	$\bar{x}$	Me	s	$\bar{x}$	Me	s	
do lekarza	39,7	38	6,0	44,3	45	7,2	0,0525
do pielęgniarki	41,9	40	6,3	44,0	44	7,4	0,2937

## OCENA ZAUFANIA DO LEKARZA I PIELEŃNIARKI

**Tabela XCVI.** Zależność między pamięcią o poprzedniej wizycie a zaufaniem pacjenta do lekarza i pielęgniarki.

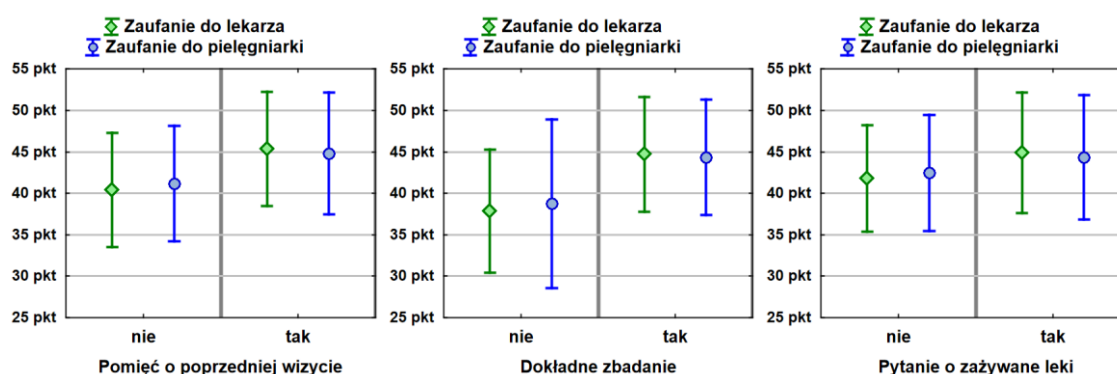
Ocena poziomu zaufania pacjenta	Pamięć o poprzedniej wizycie						<i>p</i>
	nie ( <i>N</i> = 74)			tak ( <i>N</i> = 233)			
	$\bar{x}$	Me	<i>s</i>	$\bar{x}$	Me	<i>s</i>	
do lekarza	40,4	39	6,9	45,4	46	6,9	0,0000***
do pielęgniarki	41,2	41	7,0	44,8	45	7,3	0,0001***

**Tabela XCVII.** Zależność między pytaniem o zażywane leki a zaufaniem pacjenta do lekarza i pielęgniarki.

Ocena poziomu zaufania pacjenta	Pytanie o zażywane leki						<i>p</i>
	nie ( <i>N</i> = 71)			tak ( <i>N</i> = 236)			
	$\bar{x}$	Me	<i>s</i>	$\bar{x}$	Me	<i>s</i>	
do lekarza	41,8	42	6,4	44,9	45	7,3	0,0008***
do pielęgniarki	42,5	42	7,0	44,4	45	7,5	0,0447*

**Tabela XCVIII.** Zależność między dokładnym zbadaniem pacjenta a jego zaufaniem do lekarza i pielęgniarki.

Ocena poziomu zaufania pacjenta	Dokładne zbadanie						<i>p</i>
	nie ( <i>N</i> = 24)			tak ( <i>N</i> = 283)			
	$\bar{x}$	Me	<i>s</i>	$\bar{x}$	Me	<i>s</i>	
do lekarza	37,8	36,5	7,4	44,7	45	6,9	0,0000***
do pielęgniarki	38,8	38	10,1	44,4	45	7,0	0,0064**



**Rycina 61.** Zależność między wybranymi aspektami wizyty lekarskiej a zaufaniem do lekarza i pielęgniarki.

Przekazanie dokładnych informacji o zaleceniach nie różnicowało w znaczący sposób poziom zaufania do lekarza i pielęgniarki. Natomiast fakt chęci

## OCENA ZAUFANIA DO LEKARZA I PIELEŃNIARKI

minimalizacji kosztów leczenia przez lekarza oraz podanie terminu kolejnej wizyty wpływało w sposób statystycznie istotny na wzrost zaufania do lekarza i pielęgniarki (Tab. XCIX-CI oraz Ryc. 62).

**Tabela XCIX.** Zależność między dokładną informacją o zaleceniach z wizyty a zaufaniem do lekarza i pielęgniarki.

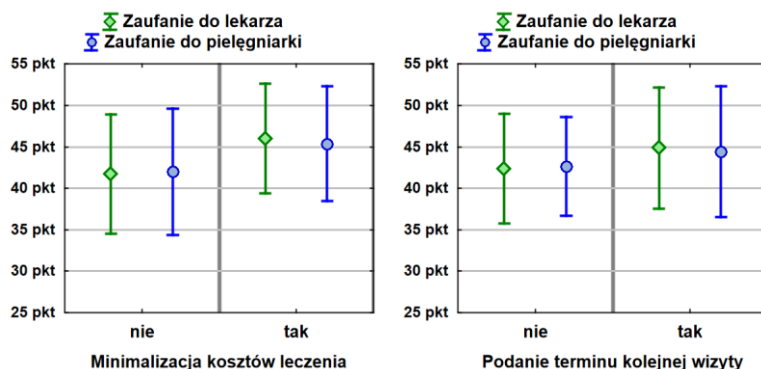
Ocena poziomu zaufania pacjenta	Dokładna informacja o zaleceniach						<i>p</i>
	nie ( <i>N</i> = 13)			tak ( <i>N</i> = 294)			
	$\bar{x}$	Me	<i>s</i>	$\bar{x}$	Me	<i>s</i>	
do lekarza	44,9	47	7,5	44,1	44	7,2	0,6368
do pielęgniarki	<b>46,4</b>	50	7,0	<b>43,8</b>	44	7,4	0,2163

**Tabela C.** Zależność między chęcią lekarza do minimalizacji kosztów leczenia a zaufaniem do lekarza i pielęgniarki.

Ocena poziomu zaufania pacjenta	Minimalizacja kosztów leczenia						<i>p</i>
	nie ( <i>N</i> = 131)			tak ( <i>N</i> = 176)			
	$\bar{x}$	Me	<i>s</i>	$\bar{x}$	Me	<i>s</i>	
do lekarza	41,7	42	7,2	46,0	46	6,6	0,0000***
do pielęgniarki	42,0	43	7,6	45,4	45	6,9	0,0003***

**Tabela CI.** Zależność między podaniem terminu kolejnej wizyty a zaufaniem do lekarza i pielęgniarki.

Ocena poziomu zaufania pacjenta	Podanie terminu kolejnej wizyty						<i>p</i>
	nie ( <i>N</i> = 86)			tak ( <i>N</i> = 221)			
	$\bar{x}$	Me	<i>s</i>	$\bar{x}$	Me	<i>s</i>	
do lekarza	42,4	43	6,6	44,9	45	7,3	0,0027**
do pielęgniarki	42,6	43	6,0	44,4	45	7,9	0,0150*



**Rycina 62.** Zależność między wybranymi aspektami wizyty lekarskiej a zaufaniem do lekarza i pielęgniarki, c.d.

**OCENA KONTAKTU Z PERSONELEM MEDYCZNYM A ZAUFANIE DO LEKARZA I PIEŁĘGNIARKI**

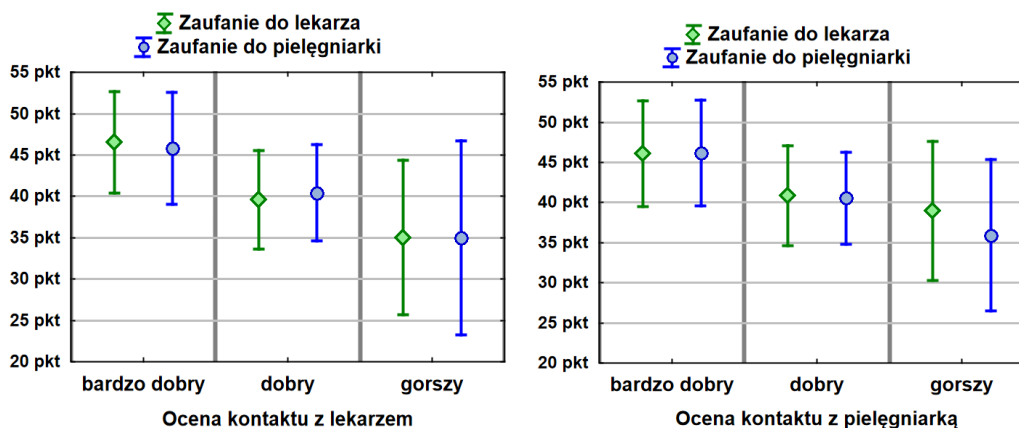
W dwóch tabelach (CII i CIII) oraz na Ryc. 63 pokazano wpływ oceny kontaktu z lekarzem i pielęgniarką, na zaufanie pacjentów do personelu medycznego. Oceny istotności różnic w poziomie liczbowej miary zaufania pacjenta do lekarza i pielęgniarki pomiędzy porównywanymi grupami dokonano za pomocą testu Kruskala-Wallisa.

**Tabela CII.** Zależność między ogólną oceną kontaktu z lekarzem a zaufaniem do lekarza i pielęgniarki.

Ocena poziomu zaufania pacjenta	Ocena kontaktu z lekarzem									p
	bardzo dobry (N = 211)			dobry (N = 84)			gorszy (N = 12)			
	$\bar{x}$	Me	s	$\bar{x}$	Me	s	$\bar{x}$	Me	s	
do lekarza	46,5	47	6,2	39,6	38	6,0	35,0	35	9,3	0,0000***
do pielęgniarki	45,8	47	6,8	40,4	41	5,8	35,0	35	11,7	0,0000***

**Tabela CIII.** Zależność między ogólną oceną kontaktu z pielęgniarką a zaufaniem do lekarza i pielęgniarki.

Ocena poziomu zaufania pacjenta	Ocena kontaktu z pielęgniarką									p
	bardzo dobry (N = 204)			dobry (N = 79)			gorszy (N = 24)			
	$\bar{x}$	Me	s	$\bar{x}$	Me	s	$\bar{x}$	Me	s	
do lekarza	46,1	47	6,6	40,8	40	6,2	39,0	38,5	8,7	0,0000***
do pielęgniarki	46,2	47	6,5	40,5	40	5,8	35,9	35	9,4	0,0000***



**Rycina 63.** Zależność między ogólną oceną kontaktu z lekarzem i pielęgniarką a zaufaniem do lekarza i pielęgniarki.

Wyraźnie widać, że ocena ostatniego kontaktu z lekarzem podczas wizyty lekarskiej była czynnikiem wpływającym na wzrost poziomu zaufania do lekarza i pielęgniarki – różnice pomiędzy porównywanymi grupami w mierze zaufania do personelu medycznego wynosiły nawet ok. 10 pkt.

### PODSUMOWANIE

Relacja pacjent-lekarz jest zmienna i zależy od wielu niezależnych czynników, powinna więc być oparta na kompetencji zawodowej personelu, wzajemnym zaufaniu, życzliwości oraz poszanowaniu godności i intymności chorego. Na powyższe relacje ma wpływ poziom wiedzy i umiejętności personelu, postawa etyczna, jak również stosunek pacjenta do jego choroby.

W opinii Rudawskiej [11] w procesie leczenia bardzo ważna jest relacja nie tylko pomiędzy członkami zespołu terapeutycznego, a zachodząca między pacjentem i profesjonalistami medycznymi, która formowana jest już od pierwszego ich spotkania.

Miller i wsp. [12] analizując przekonania 191 pacjentów oczekujących na wizytę u lekarza ogólnego placówek podstawowej opieki zdrowotnej wykazali, iż większość oczekujących pacjentów wysoko oceniła jakość otrzymywanych świadczeń. Tylko jeden aspekt podstawowej opieki zdrowotnej badani ocenili negatywnie – mniej niż 50% stwierdziło, że lekarz ogólny wziął pod uwagę ich sytuację materialną [10].

Hollender i Szasz [13] np. stworzyli model trzech podstawowych typów stosunków między lekarzem a chorym, który uwzględnia ich zastosowania kliniczne: aktywność – bierność (np.: w śpiączce); kierowanie – współpraca (w chorobach zakaźnych) i współuczestnictwo (większość chorób przewlekłych).

Ozga i Binkowska-Bury [14] oceniała satysfakcję 100 pacjentów z opieki pielęgniarskiej w oddziale zabiegowym: chirurgii urazowej i ortopedii. Badania wykazały, że w opinii badanych pacjentów, ocena doświadczeń z opieki pielęgniarskiej kształtowała się na poziomie od 39,1 do 94,8 na 100 punktów maksymalnych. Poziom satysfakcji z opieki pielęgniarskiej w badanej grupie pacjentów wynosił od 32,8 do 100 punktów. Mężczyźni wyżej oceniali doświadczenie i satysfakcję z opieki pielęgniarskiej w stosunku do badanych kobiet. Ogólna satysfakcja pacjenta z opieki pielęgniarskiej była dobra (73,3%) [14].

Stwierdzono, iż im więcej uwagi pielęgniarka poświęcała pacjentowi, tym wyższy był poziom jego satysfakcji, a zaangażowanie emocjonalne w opiekę nad pacjentem dodatkowo wpływało na podniesienie jego poziomu satysfakcji [15]. Pacjenci wyrażali opinię, że

zaangażowanie emocjonalne pielęgniarki w opiekę było dla nich nawet ważniejsze, niż sprawność manualno – techniczna [15].

Pałyska i wsp. [16] uważają, że ujmowanie opieki z punktu widzenia pacjenta jest ukierunkowane na odczuwanie przez niego satysfakcji i w związku z tym dotyczy stopnia, w którym jakość opieki spotyka się z wymaganiami chorego i daje mu oczekiwaną korzyść oraz zadowolenie. W subiektywnej ocenie jakości usług medycznych chory bierze pod uwagę nie tylko jakość dostarczanych świadczeń, ale całe ich otoczenie, stosunek personelu medycznego do jego osoby, a niejednokrotnie także relacje interpersonalne pomiędzy pracownikami szpitala [16]. Niebagatelna rolę odgrywa też zaufanie jakim pacjenci otaczają personel

Wyniki Reader's Digest z badania European Trusted Brands zaprezentowane na łamach Rynku Zdrowia wykazały, iż Polacy mają mniejsze zaufanie do zawodów związanych z ochroną zdrowia, w tym lekarzy. Lekarzom ufało 64% ankietowanych w Polsce, podczas gdy średnia europejska wynosiła 81% [17]. Jeszcze mniejszym zaufaniem lekarze byli obdarzani w Rosji (51%). Poniżej średniej dla wszystkich krajów europejskich była też Portugalia (74%), Rumunia (76%) i Chorwacja (78%). Z kolei największym zaufaniem lekarzy obdarzali Belgowie. Finowie i Szwedzi (91%) oraz Austriacy (90%). Holendrzy i Szwajcarzy (po 89%) [17].

### WNIOSKI Z TEJ CZĘŚCI BADAŃ

- Zaufanie do pielęgniarki (średnia 43,9 pkt.), jaki i do lekarzy (średnia 44,2 pkt.) było na wysokim poziomie.
- Poziomu zaufania do lekarza i pielęgniarki nie różnicowały: płeć badanych, wiek, odległość miejsca zamieszkania pacjenta od przychodni.
- Poziomu zaufania do pielęgniarki nie różnicowały: wykształcenie i miejsce zamieszkania.
- Poziom zaufania do lekarza różnicowało miejsce zamieszkania (wyższy był wśród pacjentów mieszkających w mieście) oraz wykształcenie (najmniejsze przejawiały osoby z wykształceniem zawodowym).
- Poziom zaufania do lekarza i pielęgniarki różnicował poziom zamożności – był wyższy u osób o wysokim poziomie zamożności
- Osoby o lepszym stanie zdrowie wykazywały większe zaufanie do pielęgniarki, natomiast czynnik ten nie miał wpływu na poziom zaufania do lekarza.

- Wyższe zaufanie do lekarza korespondowało dodatnio ze stosowaniem się do jego zaleceń, ale powiązanie wykonywania zaleceń z zaufaniem do pielęgniarki nie było istotne statystycznie.
- Mała częstość wizyt w przychodni wpływała na mniejszy poziom zaufania do pielęgniarek i lekarzy.
- Ocena satysfakcji z życia różnicowała w statystycznie istotny sposób zaufanie do lekarza i pielęgniarki.
- Im wyższa była satysfakcja z życia tym lepsza ocena funkcjonowania przychodni, pracy lekarza oraz kontaktu z lekarzem i pielęgniarką.
- Ocena ważności zdrowia w hierarchii wartości życiowej nie wpływała na zaufanie do pielęgniarki, natomiast wpływała na zaufanie do lekarza (wzrost zaufania do lekarza w miarę wzrostu pozycji zdrowia).
- Wraz ze wzrostem oceny funkcjonowania przychodni wzrastało też zaufanie do personelu medycznego (i *vice versa*).
- Fakt posiadania dokumentacji medycznej nie wpływał znacząco na poziom zaufania pacjentów do personelu, natomiast pamięci poprzedniej wizyty, pytania o zażywane leki oraz dokładnego zbadania wpływały na polepszenie ocen zaufania pacjenta do lekarza, a także pielęgniarki.
- Fakt chęci minimalizacji kosztów leczenia przez lekarza oraz podanie terminu kolejnej wizyty wpływało w znamiennej statystycznie na wzrost zaufania do lekarza i pielęgniarki.
- Ocena ostatniego kontaktu z lekarzem podczas wizyty lekarskiej była czynnikiem wpływającym na wzrost poziomu zaufania do lekarza i pielęgniarki.

### PIŚMIENNICTWO

1. Dobska M., Dobski P.: TQM zarządzanie przez jakość w zakładach opieki medycznej. Poznań, Wydawnictwo Zakład Poligraficzny MARS GRAF M.R. Sójka. 2007.
2. Ciuruś M.J.: Zapobieganie zakażeniom w gabinetach zabiegowych. Jakość usług medycznych. Poradnik praktyczny. Łódź, Wydawnictwo ADI. 1998.
3. Domalski J.: Zarządzanie jakością w szpitalu. Warszawa, Wydawnictwo Antidotum. 1998.
4. Dobska M., Dobski P.: Marketing usług zdrowotnych. Kraków, Wydawnictwo Zakamycze, 2002.



5. <http://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Polska-na-ostatnim-miejscu-w-rankingu-zaufania-do-lekarzy,146018,14.html> (data dostępu 7.06.2020).
6. Cook C., Kokoso-Lasaki O., O'Brien R. Satisfaction with and perceived cultural competency of health care providers: the minority experience. *Journal Of The National Medical Association*, 2005; 97(8): 1078–1087.
7. Lemke R.W. 1987 Identifying consumer satisfaction trough patient serveys. *Health Progress*, 1987; 68(2): 56-58.
8. Otani K., Kurz R. S. 2004 The impact of nursing care and other healthcare attributes on hospitalized patient satisfaction and behavioral intentions. *J. Healthc. Manag.*, 2004, 46, 181-196.
9. Krajewska-Kułak E, Kułak W, Łukaszuk C, Lewko J, Sengupta P, Cybulski M, Guzowski A, Kowalczyk K, Jankowiak B, Kowalewska B, Kondzior D, Rolka H, Baranowska A, Lankau A, Klimaszewska K, Sierakowska M, Krajewska-Ferishah K, Szyszko-Perłowska A: Validation of the Polish version of the Anderson and Detric Trust in Physician scale, *Progress Health Sciences*, 2018; 8(1): 27-35.
10. Krajewska-Kułak E., Kułak W., Cybulski M., Kowalczyk K., Guzowski A., Łukaszuk C., Lewko J., Pallav S., Chilińska J., Sobolewski M.: Trust in Nurse Scale developed on the basis of the standardized Trust in Physician Scale by Anderson and Detric, *Materia Socio-Mecica*, 2019; 31(1): 57-61.
11. Rudawska I.: Rola profesjonalisty w kształtowaniu relacji z klientem. *Prz. Mened. Zdr.*. 2001. 5. 20–22
12. Miller M., Supranowicz P., Gębska-Kuczerowska A., Car J.: Ocena poziomu satysfakcji pacjentów jako element jakości pracy podstawowej opieki zdrowotnej. *Pol. Merk. Lek.*. 2007. 23I. 367 -370.
13. Zaufanie Polaków do lekarzy. pielęgniarek i farmaceutów niższe niż średnia europejska. <http://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Zaufanie-Polakow-do-lekarzy-pielegniarek-i-farmaceutow-nizsze-niz-srednia-europejska.119380.14.html>
14. Ozga D., Binkowska-Bury M. 2008 Ocena satysfakcji pacjenta z opieki pielęgniarskiej na oddziale szpitalnym. I Ogólnopolska Konferencja Naukowa: Człowiek w zdrowiu i chorobie. Profilaktyka-pielęgowanie, rehabilitacja, Tarnów, 26-27.09.2008.
15. Johansson P., Oleni M., Fridlund B.: Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Nordic Collage of Caring Sciences. Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2002; 6: 337-344.

16. Pałyska M., Janczewska M., Raduj J., Indulska A., Prot K.: Znaczenie zmiennych społecznych dla różnicowania ocen jakości usług medycznych przez pacjentów. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 2007; 16: 309-314.
17. Benker R., Peters R.M., Clark R., Keves-Foster K: Effects of perceived racism, cultural mistrust and trust in providers on satisfaction with care. *Journal of the National Medical Association*. 2006; 98: 1532-1540.

## OMÓWIENIE WYNIKÓW

Reformy zdrowotne z lat dziewięćdziesiątych zrodziły potrzebę zapewnienia pacjentom opieki blisko miejsca zamieszkania sprawowanej przez lekarzy wykształconych w dziedzinie medycyny rodzinnej.

Obecnie, podstawowa opieka zdrowotna jest miejscem pierwszego kontaktu pacjentów z systemem opieki zdrowotnej, zaspokajającym jednocześnie większość ich potrzeb. Z analizy GUS (*Główny Urząd Statystyczny*) wynika, iż porady z zakresu POZ stanowią 52,9% wszystkich porad ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, z których korzystają Polacy, a odsetek ten stale wzrasta [1]. Fakt, iż rządy państw kładą nacisk na coraz efektywniejszą i świadcząą wysokiej jakości usługi podstawową opiekę zdrowotną wpływa bezpośrednio na podnoszenie stanu zdrowia populacji, ponieważ wykazano, że silna opieka podstawowa koreluje z niższą ogólną śmiertelnością z powodu chorób przewlekłych oraz wyższą oczekiwaną długością życia społeczeństwa [2, 3]. Obecnie, nikt nie wyobraża sobie efektywnej opieki zdrowotnej bez dbałości o stałe podnoszenie jej jakości [4, 5].

Jakość opieki medycznej jest pojęciem złożonym, determinowanym przez wiele zmiennych. Może być scharakteryzowana przez pryzmat obiektywnych mierników skutków opieki medycznej takich jak stan zdrowia populacji, czy też liczba żywych urodzeń, ale także poprzez ocenę stopnia, w jakim zaspokojone zostały potrzeby pacjentów [6].

Zdaniem Tomasika i wsp. [7] większość lekarzy uważa, iż dla zapewnienia wysokiej jakości opieki medycznej najważniejsze jest podnoszenie ich kwalifikacji zawodowych, zdobywanie coraz szerszej wiedzy i postępowanie zgodnie z obowiązującymi w danej specjalności standardami.

Z kolei Rogoziński [8] twierdzi, że na jakość usług decydujący wpływ ma zaangażowanie personelu.

Badania Rybarczyk – Szwałkowskiej i wsp. [9] przeprowadzone na grupie osób pełniących funkcje zarządcze w szpitalach (dyrektorzy, ordynatorzy, pielęgniarki oddziałowe) pokazują, iż zdaniem kadry kierowniczej szpitali, na jakość opieki zdrowotnej w największym stopniu wpływają: kompetencje i doświadczenie personelu oraz liczebność personelu w stosunku do liczby pacjentów. Jednocześnie, badani wyrażali przekonanie, że nakłady finansowe przeznaczane na opiekę medyczną wpływają wprost proporcjonalnie na jakość tejże opieki [9].

W literaturze przedmiotu, za Wysocki i wsp. [10], podkreśla się, że pracownicy sektora

ochrony zdrowia oceniając jakość świadczonych usług z reguły kierują się innymi niż pacjenci priorytetami, biorąc pod uwagę na przykład liczbę zadeklarowanych pacjentów, liczbę wykonanych świadczeń, stosowanie ustalonych standardów medycznych oraz nowoczesnych procedur.

W ostatnim dwudziestoleciu, za Georgoudi i wsp. [11] można dostrzec trend, zgodnie z którym informacje dla właściwego planowania i organizacji usług zdrowotnych w większym stopniu pozyskiwane są z badań satysfakcji pacjentów, niż z oceny jakości opieki medycznej przez personel i ekspertów w dziedzinie polityki zdrowotnej.

Poprzez określenie „*satysfakcja*” rozumieć należy „*uczucie zadowolenia ze spełnienia pewnych oczekiwań.*” [12]

Maciąg i Sakowska [13] dostrzegają cztery główne korzyści z badań satysfakcji pacjenta dla zakładów opieki zdrowotnej:

- korzyści wizerunkowe i marketingowe
- określenie czynników, które świadczą o wyższej jakości opieki w innych, porównywalnych zakładach opieki zdrowotnej
- zidentyfikowanie obszarów w zakresie funkcjonowania jednostki, które wymagają usprawnień
- możliwość wdrożenia działań naprawczych dla podniesienia satysfakcji pacjenta.

Ponadto, dostrzec można zależność między poziomem satysfakcji pacjentów z opieki medycznej, a stosowaniem się pacjentów do zaleceń lekarskich, silniejszym poszukiwaniem kolejnych porad, utrzymywaniem stałego kontaktu ze swoim lekarzem, co może wpływać na późniejszy wynik leczenia [14, 15].

Jak zauważa Bojar [16], badania satysfakcji pacjentów przekładają się na lepszą jakość świadczonych usług i stanowią komunikat dla pacjenta, że praktyka lekarska dba o niego i szuka dróg poprawy jakości sprawowanej nad nim opieki.

W niniejszym badaniu poddano analizie opinie 307. osób, dorosłych pacjentów Przychodni Lekarskiej MEDIKON w Białymstoku. Niemal co trzeci pacjent jako przyczynę ostatniej wizyty w przychodni podawał infekcję, co piąty zgłosił się w celu kontynuacji leczenia choroby przewlekłej. Mniej niż co dziesiąty pacjent zgłaszał się w celu działań profilaktycznych, na przykład szczepień.

Podobne wyniki uzyskali Bujnowska–Fedak i wsp. [17], którzy po przeanalizowaniu 43.750 porad lekarskich, jakie miały miejsce w latach 2007–2010 w jednej w wrocławskich

praktyk lekarza rodzinnego, jako najczęstsze przyczyny wymienili ostre schorzenia górnych dróg oddechowych oraz wizyty z powodu chorób przewlekłych, spośród których na czele było nadciśnienie tętnicze. Profilaktyka zdrowotna znalazła się na dalszym miejscu, była powodem nieco więcej niż co dziesiątej wizyty [17].

Kemicer–Chmielewska i wsp. [18] w swoim badaniu, przeprowadzonym na reprezentatywnej grupie 384. mieszkańców Szczecina, przeanalizowali czynniki wpływające na częstość korzystania przez pacjentów z pomocy lekarskiej w podstawowej opiece zdrowotnej, stwierdzając, iż porady najczęściej dotyczyły osób starszych, które z natury obciążone są wieloma problemami zdrowotnymi, a także osoby oceniające swój stan zdrowia jako zły. Skłoniło to autorów do stwierdzenia, że pomimo rozwoju modelu medycyny rodzinnej o podejściu holistycznym, nadal pacjenci zgłaszają się do swoich lekarzy z konkretnymi problemami zdrowotnymi, a nie w celu działań profilaktycznych dla utrzymania zdrowia [18].

Powyższy problem wydaje się być istotnym również z perspektywy wyników badań własnych, gdzie analizowano ocenę jakości kontaktu pacjentów z lekarzem i pielęgniarką. Pacjenci ocenili, iż ich lekarz lub pielęgniarka najmniej czasu poświęcili działaniom związanym z profilaktyką i zdrowym stylem życia. Co trzeci pacjent wyraził opinię, że ich lekarz nigdy nie podjął z nimi rozmowy na temat prawidłowego odżywiania się i odpowiedniej aktywności ruchowej. W przypadku pielęgniarki podobne zdanie miało aż dwukrotnie więcej respondentów.

Wyróżnia się, za Boczkowski [19], trzy kategorie oczekiwań pacjentów wobec jednostek systemu ochrony zdrowia:

- efektywnościowe - dotyczące wysokiej jakości działań instrumentalnych podejmowanych przez personel medyczny oraz ich skuteczności, sprawności, czy wydajności,
- aksjologiczne - związane bardziej ze sferą zaufania do personelu medycznego w zakresie uczciwości podejmowanych działań, sprawiedliwości, prawdomówności, odpowiedzialności,
- opiekuńcze - wyrażające potrzebę pacjenta do zainteresowania się jego problemami, bycia wobec niego altruistycznym, bezinteresownego niesienia mu pomocy.

W niniejszej pracy analizowano ogólny poziom zadowolenia pacjentów z usług świadczonych w przychodni MEDIKON. Jednoznacznie zadowolona była zdecydowana większość pacjentów (88,6%), Do rzadkości można było zaliczyć sytuacje, kiedy pacjent spotkał się z nieuprzejmością personelu (2,6%). Większość aktualnych pacjentów przychodni

poleciałaby tę placówkę innym osobom i nie zamierzała rezygnować z usług przychodni w przyszłości. Również większość respondentów pozytywnie ocenił ogólny wygląd i wystrój przychodni, dobry dojazd i parking, wyposażenie w nowoczesny sprzęt.

Podobne wyniki uzyskali Steć i wsp. [20], którzy przeanalizowali opinie pacjentów leczących się w dwóch przychodniach z terenu województwa lubelskiego. W ocenie satysfakcji z przebiegu ostatniej wizyty w przychodni dominowały oceny bardzo wysokie, w tym aż 58% badanych wystawiło oceny maksymalne. Najbardziej pozytywnie oceniano fachowość i dociekliwość lekarza, czas trwania i dokładność wizyty. Największą krytykę zebrały: estetyka budynków przychodni, niedogodna lokalizacja a także niezadowolająca punktualność wizyt [20].

Analizując opinie 200. pacjentów szczecińskich poradni specjalistycznych Kemicer – Chmielewska i wsp. [21] stwierdzili, że większość pacjentów była zadowolona z ilości czasu poświęcanego im przez lekarza i ufała swemu lekarzowi. Badani szczególnie docenili to, że byli dokładnie wysłuchani, zostali poinformowani o postawionym rozpoznaniu i terminie kolejnej wizyty. W tym samym badaniu nieco ponad połowa pacjentów stwierdziła, że lekarz w ogóle nie interesuje się ich sytuacją materialną, a dokładnie połowa uważała, że nie została poinformowana o działaniach niepożądanych stosowanych leków. Również niemal połowa respondentów nie uzyskała jakichkolwiek informacji na temat zdrowego stylu życia lub nie spotkała się z jakąkolwiek propozycją badań profilaktycznych [21].

W badaniu Wawrzyniak i wsp. [22] jako najbardziej korzystne cechy ocenianej przychodni rodzinnej wskazano: możliwość umawiania się na wizytę na konkretną godzinę, znajomość pacjentów po imieniu przez lekarzy, dogodne godziny przyjęć, sympatyczny i uprzejmy personel. Pośród cech negatywnych wyróżniono: ograniczanie skierowań do specjalistów i na badania dodatkowe, ograniczony dostęp do lekarza, za mały nacisk na profilaktykę oraz przedmiotowe traktowanie pacjentów [22].

Borek i wsp. [23] przygotowali raport w oparciu o wyniki sondażu przeprowadzonego głównie drogą internetową wśród pacjentów polskich przychodni rodzinnych. Wykazali, że badani w większości (64%) negatywnie ocenili działanie podstawowej opieki zdrowotnej. Niemal taki sam odsetek respondentów, jako główny powód niezadowolenia podał częste trudności w dostępie do POZ, w tym odległe terminy wizyt. Pewna grupa pacjentów przyznała nawet, że w ich przychodni obowiązuje tak zwany „system numerkowy” wymuszający czekanie w kolejce od wczesnych godzin porannych. Połowa badanych nie miała w ogóle świadomości, że leczy się u wybranego przez siebie lekarza. Zgoła odmiennie wypadały oceny nie samej podstawowej opieki zdrowotnej jako instytucji, lecz zatrudnionego w niej personelu.

Większość pacjentów przyznała, że jest „bardzo” lub „raczej” zadowolona z opieki sprawowanej przez ich lekarza i pielęgniarkę rodzinną. Niepokoić mogą jedynie dane pokazujące niską ocenę kompetencji lekarzy rodzinnych wśród pacjentów, ponieważ tylko co drugi badany twierdził, że ich lekarz jest w stanie skutecznie leczyć choroby przewlekłe [23].

Interesujących wniosków dostarczyła analiza przeprowadzona przez CBOS (*Centrum Badania Opinii Społecznej*) [24]. W ogólnopolskim badaniu prowadzonym pod tytułem „*Opinie o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej*” przeważało wśród Polaków rozczarowanie funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia. Swoje niezadowolenie deklarowało 78% badanych i jest to zwykle tłumaczone niezadowoleniem ze sposobu wydatkowania publicznych pieniędzy oraz niską skutecznością obsługi administracyjnej. W opozycji do „systemu” stawiane były poszczególne jego składowe. I tak, zdecydowana większość respondentów pozytywnie wypowiadała się o kompetencjach personelu medycznego, czy dostępności nowoczesnego sprzętu w placówkach ochrony zdrowia. Najbardziej pozytywnie opiniowana była łatwa dostępność do świadczeń lekarzy pierwszego kontaktu. Ponad połowa pacjentów dobrze oceniała kompetencje lekarzy i chwaliła ich za życzliwość oraz troskę [24].

Odmienne w badaniu Kamińskiej-Rosner i Zdun-Ryżewskiej [25] analizującym ogólną satysfakcję pacjentów z leczenia w jednej z przychodni podstawowej opieki zdrowotnej, swoje zdecydowane zadowolenie wyraziło jedynie 4% pacjentów, 34% pacjentów było raczej zadowolonych.

W odniesieniu do badań satysfakcji pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej warto przyrzeć się wynikom podobnych analiz prowadzonych wśród pacjentów hospitalizowanych.

Próbkę takiej analizy podjęli Miller i wsp. [26]. Autorzy zebrali opinie 391. pacjentów przebywających w różnych oddziałach szpitalnych na terenie województwa mazowieckiego. Niemal wszyscy respondenci stwierdzili, że są zadowoleni z jakości świadczonych im usług. Większość pacjentów oceniła pozytywnie warunki lokalowe – czystość sal chorych, toalet, zaplecze sprzętowe. Niemal połowa (44,3%) przyznała, że w czasie badania lekarskiego na sali obecne były osoby trzecie, pomimo że bardzo często (49,7 % przypadków) nikt nie pytał ich o to, czy wyrażają na to zgodę. Dość wysoko oceniono personel lekarski. 82,9% respondentów stwierdziło, że darzy swego lekarza zaufaniem, 79,9% oceniło zdecydowanie pozytywnie stosunek lekarza do pacjenta. Niepokojąco często, bo w co czwartym przypadku, lekarz nigdy nie przedstawił się pacjentowi [26].

Interesujące wydają się także oceny pacjentów hospitalizowanych w jednej z klinik uniwersyteckich w Olsztynie, którzy w badaniu Szypulskiej i wsp. [27] na pierwszym miejscu

stawiali jakość opieki pielęgniarskiej, nieco gorzej oceniali świadczenia udzielone im przez lekarza i fizjoterapeutę. Najniżej oceniano ogólny odbiór pierwszego kontaktu z personelem, z zastrzeżeniem, że nie miał on wpływu na końcową ocenę jakości świadczonych usług.

Analiza wyników własnych dostarcza pozytywnych wniosków z oceny dostępności świadczeń medycznych w przychodni MEDIKON. Nie bez znaczenia wydaje się tu być odległość placówki od miejsca zamieszkania pacjentów. Tylko 15% respondentów zamieszkiwało w odległości większej niż 5. kilometrów. Pozytywnie oceniono możliwość dodzwonienia się do rejestracji (zwykle za pierwszym razem), bez problemu można było wybrać termin (dzień i konkretną godzinę) wizyty w przychodni. Co najmniej jeden dzień oczekiwania na wizytę zadeklarowało mniej niż 5% respondentów. Doceniono również krótki czas oczekiwania w poczekalni, zazwyczaj było to maksymalnie kilka minut. Większość pacjentów nigdy nie miała potrzeby zamawiania lekarskiej wizyty domowej dla siebie lub członka rodziny (58,6%), natomiast osoby, które chciały z niej skorzystać, zwykle nie miały z tym problemów i uzyskiwały ją tego samego dnia.

Ocena dostępności świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej była przedmiotem analizy Kowalczyk i wsp. [28]. W badanej przez nich populacji z terenu powiatu łódzkiego 78,44% respondentów scharakteryzowało ją jako dobrą lub bardzo dobrą, przy czym najlepsze oceny wystawiali pacjenci w grupie wiekowej 79-88 lat, zaś najbardziej niezadowoleni byli ludzie młodzi, w grupie 29-38 lat. Również miejsce zamieszkania i poziom wykształcenia wywierały duży wpływ na przyznawane oceny. Osoby z wykształceniem podstawowym oraz mieszkańcy miast byli najbardziej usatysfakcjonowani dostępnością podstawowej opieki zdrowotnej. Co niepokojące, mieszkańcy małych miejscowości przyznali, że mają utrudniony dostęp do tejże opieki. Wśród ankietowanych możliwość odbycia wizyty w dniu zgłoszenia miało 35,2% osób, natomiast w grupie ankietowanych, u których czas oczekiwania wynosił powyżej dwóch dni, pozytywnie o dostępności lekarza rodzinnego wypowiedziało się jedynie 41,67% osób. Potrzeby umówienia wizyty domowej nigdy nie zgłaszało 81,18% respondentów, natomiast 5% respondentów stwierdziło, że odmówiono im takiej możliwości [28].

Równie wysoko ocenili pacjenci dostępność świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej w badaniu Łukomskiej [29]. Jako co najmniej dobrą (81,77% ankietowanych) określono możliwość umówienia wizyty w przychodni w dogodnym terminie, a dobrze lub bardzo dobrze (odpowiednio 39,11% i 48,89%) oceniono możliwość kontaktu telefonicznego z praktyką. Względnie nisko opiniowano natomiast czas oczekiwania w poczekalni na



umówioną wizytę - 36,45% respondentów wystawiło oceny mniej niż dostateczne.

W obecnym badaniu dodzwoniło się do rejestracji już za pierwszym razem aż 67,8% respondentów. Bardzo dobrze kompetencje pracowników rejestracji oceniło 70,4% badanych, a zadowolonych z realizacji celu swojej rozmowy z rejestracją było 85,7% z nich. Zdaniem większości pacjentów pracownicy rejestracji zachowywali się uprzejmie względem pacjentów (97,4%), szybko załatwiali wszelkie formalności (73,9%), a pacjenci mieli możliwość dokonania wyboru terminu wizyty lekarskiej (91,9%) lub godziny wizyty (81,8%).

W literaturze przedmiotu spotkać można rozległe analizy czynników determinujących satysfakcję pacjenta, brak jednak jednoznacznego konsensusu w tej kwestii [30]. Wyróżnia się, za Sítzia i Wood [31], elementy zadowolenia pacjenta takie jak:

- dostępność opieki,
- interpersonalne i techniczne aspekty opieki,
- informowanie pacjenta dostępność edukacji zdrowotnej.

Zdaniem Krot i Rudawskiej [32] istnieje kilka płaszczyzn zaufania pacjenta do lekarza, czyli zaufanie do:

- do kompetencji - budowane jest przede wszystkim w oparciu o okazywanie emocjonalnego wsparcia oraz dokładne przekazywanie informacji na temat stanu zdrowia pacjenta
- życzliwości - tworzy się poprzez otwartość lekarza i umiejętność słuchania
- uczciwości - w dużej mierze zależy od możliwości aktywnego uczestnictwa pacjenta w wyborze metod leczenia.

Jako główne błędy w komunikacji lekarz – pacjent, Włoszczak – Szubzda i Jarosz wymieniają osiem aspektów [33]:

- Brak informowania pacjenta o terapii.
- Informacja przekazana w sposób niezrozumiały.
- Informacja wywołująca u pacjenta dodatkowe lęki i niepokój.
- Nadmierna medykalizacja języka.
- Rozmowy na temat stanu zdrowia starszych członków rodziny nie z nimi, a w ich obecności.
- Rozmowy o stanie zdrowia nieletnich w ich obecności.
- Zbyt ogólna informacja.
- Zła postawa lekarza (ośmieszanie przekonań pacjenta, niepotrzebna emocjonalność, okazywanie zniecierpliwienia, wywoływanie u pacjenta nadmiernej uległości lub

agresji).

W literaturze przedmiotu [34] panuje przekonanie, że właściwa komunikacja między lekarzem a pacjentem jest niezbędna do przekazania choremu odpowiedniej wiedzy na temat choroby, zmotywowania go do leczenia i w konsekwencji do przestrzegania zaleceń lekarskich, zaś odpowiedni efekt terapeutyczny można uzyskać wyłącznie w sytuacji, gdy zostaną rozwiane wszelkie obawy i wątpliwości pacjenta. Kardas [34] podkreśla dodatkowo rangę komunikacji lekarz – pacjent, opisując ją jako tak zwany „efekt halo”. Pacjent oceniając przebieg komunikacji z lekarzem wyrabia dość łatwo zdanie na temat innych cech lekarza, jak na przykład wiedza, fachowość, doświadczenie [34].

Badanie własne miało na celu między innymi poznanie opinii pacjentów na temat wybranych aspektów kontaktu z lekarzem i pielęgniarką. Większość pacjentów wyrażała opinię, iż lekarz i pielęgniarka zawsze poświęcili im wystarczającą ilość czasu (odpowiednio 55,7% i 51,1%) oraz doceniała lekarza i pielęgniarkę za uważne wysłuchanie za każdym razem (odpowiednio 69,7% i 58,3%). Zdecydowana większość pacjentów była zdania, że otrzymała wystarczającą ilość informacji na temat choroby od lekarza i pielęgniarki, że podczas wizyt zawsze mieli zapewnioną intymność przez nich oraz doceniali ich za poszanowanie prywatności. Oceny personelu medycznego pod kątem uprzejmości były także bardzo wysokie. Jedynie mniej niż co dziesiąty pacjent zetknął się z jakimkolwiek przejawem braku kultury ze strony pracowników przychodni.

Celem badania Derkacza i wsp. [35] była ocena satysfakcji pacjentów z leczenia w placówkach POZ wsi oraz małych miast Polski południowo – wschodniej. Jakość usług świadczonych przez lekarza bardzo dobrze oceniło 11,5% ankietowanych zaś dobrze - 37,7%. Nieco ponad połowa pacjentów (53,1%) opiniowała dobrze lub bardzo dobrze kwestie zachowania zasad intymności i poszanowania godności w trakcie wizyty w przychodni. Połowa badanych (50,6%) była zadowolona z ilości czasu poświęconego im przez lekarza. Badani pozytywnie wyrażali się też na temat czasu oczekiwania w poczekalni na umówioną wizytę, co trzeci pacjent stwierdził, że czas oczekiwania był krótszy niż kwadrans. Uprzejmość lekarza rodzinnego została oceniona dobrze przez 45,3% pacjentów, zaś bardzo dobrze przez 19,5%. Co interesujące, zdecydowanego braku uprzejmości doświadczyło 8,2% pacjentów i były to najczęściej osoby młode – uczniowie i studenci [35].

Kurowska i Sawicka [36] w celu poznania szczegółowych oczekiwań pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej przeanalizowały odpowiedzi 104. pacjentów jednej z Toruńskich przychodni medycyny rodzinnej. Autorki wykazały, iż w największym stopniu

pacjenci oczekiwali od lekarza informacji na temat przyczyn i istoty ich choroby, w nieco mniejszym stopniu informacji na temat samego leczenia. Ponadto, stwierdzono, że poziom zadowolenia z wizyty zależy w dużym stopniu od ilości otrzymanego wsparcia emocjonalnego.

Oczekiwania pacjentów wobec świadczeń uzyskiwanych w przychodni podstawowej opieki zdrowotnej były również przedmiotem analizy Plentary i wsp. [37]. Z badania autorów wynika, że ogólny poziom zadowolenia z usług w przychodni rodzinnej jest wysoki, szczególnie wysoko oceniano dostępność do lekarza, zainteresowanie problemami pacjentów. Ponad 65% respondentów oceniło ilość czasu poświęcanego im przez lekarza jako „wystarczającą”. 70% pacjentów deklarowało, że byli informowani o przyczynach choroby, 45% miało możliwość współdecydowania z lekarzem w kwestiach leczenia, a niemal co piąta pytana osoba stwierdziła, że nie uzyskuje wystarczających informacji co do dalszego leczenia. Swego lekarza rodzinnego pełnym zaufaniem darzy niespełna 64% ankietowanych pacjentów. Ponadto, wysoko oceniano życzliwość pracowników przychodni, tylko co dwudziesta osoba stwierdzała, że pielęgniarki nie są dostatecznie życzliwe. Autorzy badania stwierdzili, że konieczne jest kładzenie większego nacisku przez personel medyczny na edukację zdrowotną i profilaktykę [37].

Celem badania Gromadeckiej– Sutkiewicz [38] była ocena zadowolenia pacjentów z ich kontaktów z lekarzem rodzinnym oraz identyfikacja przyczyn ewentualnego niezadowolenia. 55% respondentów stwierdziło, że jest zadowolona, lub zdecydowanie zadowolona z kontaktów ze swoim lekarzem. Stosunkowo duży odsetek pacjentów (44,9%) stwierdził, że ich lekarz rodzinny nie poświęca im odpowiednio dużej ilości czasu, zaś 39,4% podało, że nie poinformował ich o postawionym rozpoznaniu i przyczynach zachorowania [38].

Respondenci w badaniu Millera i wsp. [39] w połowie przypadków (50%) negatywnie ocenili fakt, iż lekarz rodzinny w procesie terapeutycznym w ogóle nie brał pod uwagę ich sytuacji materialnej.

Wierzińska – Karakuła i wsp. [40] przeanalizowały opinie 1000. pacjentów podkarpackich przychodni rodzinnych na temat jakości świadczonych w nich usług. Większość (60%) ankietowanych osób było zdania, że uzyskuje odpowiednią ilość informacji na temat stanu zdrowia, ale jednocześnie 7% badanych stwierdziło, że uzyskana w tym temacie informacja jest dla nich niezrozumiała. Autorki wykazały również zależność między płcią ankietowanych, a jakością uzyskanych informacji. Stwierdzono, że kobiety zdecydowanie częściej traktowały uzyskiwane od lekarza informacje na temat stanu zdrowia jako zrozumiałe i przekazane we właściwy sposób. Mężczyźni natomiast w niemal połowie przypadków

krytycznie oceniali jakość uzyskanych informacji. Autorki podniosły też kwestię niedostatecznego informowania pacjentów przez personel przychodni o możliwości składania skarg i uwag, zwłaszcza wśród placówek zlokalizowanych na terenach wiejskich [40].

W badaniu Humeniuk i wsp. [41] ankietowani pacjenci korzystający z porad podstawowej opieki zdrowotnej na terenie województwa lubelskiego w zdecydowanej większości oczekiwali od swego lekarza rodzinnego informacji na temat symptomów choroby i stosowanego leczenia. Większość badanych wyraziła potrzebę informowania ich o możliwych negatywnych skutkach choroby, a zależność ta była odwrotnie proporcjonalna do wieku i odwrotnie proporcjonalna do poziomu wykształcenia. Jednocześnie, występowały różnice społeczno-demograficzne w deklarowanej chęci otrzymania pokrzepienia i otuchy w czasie trwania choroby. Istotnie więcej kobiet, niż mężczyzn oraz osób zamieszkujących na wsi, a nie w dużych miastach, wyrażało potrzebę wsparcia emocjonalnego podczas choroby. Podobną potrzebę obserwowano wprost proporcjonalnie do wieku pacjentów, zaś odwrotnie proporcjonalnie w stosunku do poziomu wykształcenia [41].

Czynnikiem, który wpływa na ogólny odbiór kontaktu pacjenta z lekarzem w trakcie wizyty w przychodni, za Dąbska i wsp. [42], jest pełne zaspokojenie ich potrzeb. W przeprowadzonym przez autorów badaniu, najbardziej niezadowoloną grupę pacjentów, stanowili ci, których prośby nie zostały do końca spełnione, stąd znaczący wpływ na poziom zadowolenia z wizyty miała subiektywna ocena czasu poświęconego pacjentowi i skuteczność porady. Jako prosty i niedrogi sposób na podniesienie zadowolenia ze świadczonych usług autorzy badania wymienili dążenie do współuczestniczenia pacjentów w podejmowaniu decyzji terapeutycznych. Stwierdzono, że podmiotowe traktowanie pacjenta znacząco podnosi jego poczucie bezpieczeństwa [42].

W badaniu Tunga i wsp. [43] głównym atrybutem jakości podstawowej opieki zdrowotnej według pacjentów okazały się umiejętności techniczne lekarza, a mniejszą wagę przywiązywano do umiejętności interpersonalnych oraz edukacji zdrowotnej.

Holecki i wsp. [44] podkreślają rolę, z pozoru błałych, czynników z zakresu komunikacji interpersonalnej, które mogą mieć decydujący wpływ na samopoczucie pacjenta i ogólne wrażenia z wizyty lekarskiej. Komunikaty pozawerbalne, takie jak unikanie kontaktu wzrokowego, brak uśmiechu, mogą powodować negatywne skutki w całym procesie terapeutycznym. Zdaniem autorów zadowolenie z wizyty lekarskiej w dużej mierze zależy od powitania, zrozumiałego języka, nieokazywania wyższości i nieobwiniania [44].

Zdaniem Kaźmierczak [45] tradycyjny model autorytatywnej relacji pacjent – lekarz, rozumiany jako dominacja tego drugiego, powinien ustępować podejściu partnerskiemu,

w którym pacjent ma możliwość współdecydowania o swoim leczeniu. Za błąd w podejściu lekarzy autorka widzi mylenie pewności siebie (mającej wpływać na wiarygodny wizerunek lekarza) z chęcią kontrolowania pacjenta [45].

Czerska [46] zauważa, że niewłaściwa komunikacja interpersonalna w zasadzie dyskredytuje autorytet lekarza. Jej zdaniem pacjent, któremu nie poświęca się wystarczającej ilości czasu, czuje się ignorowany i przez to nieusatysfakcjonowany. Jako niedopuszczalne także wymienia brak w trakcie wizyty kontaktu wzrokowego, milczenie podczas wypełniania dokumentacji medycznej, co niepotrzebnie pogłębia dysonans poznawczy pacjenta [46].

Wołosewicz i wsp. [47] przeanalizowały listę oczekiwań pacjentów wobec lekarza i pielęgniarki w podstawowej opiece zdrowotnej, sporządzoną na podstawie badania przeprowadzonego wśród 229. pacjentów leczących się w olsztyńskich placówkach podstawowej opieki zdrowotnej w latach 2012-2013, wykorzystując w tym celu kwestionariusz „Lista oczekiwań pacjenta” Salmona i Quine w adaptacji Juczyńskiego. Autorki wykazały, że chęć uzyskiwania informacji na temat choroby i jej leczenia była najsilniejsza w grupie wiekowej 30-39 lat, natomiast osoby w wieku 70. i więcej lat praktycznie nie wykazywały takiej potrzeby. Istotnie większa potrzeba uzyskania takich informacji była też deklarowana przez wdowców i wdowy oraz osoby cierpiące z powodu otyłości. Kolejną analizowaną potrzebą było uzyskanie wsparcia emocjonalnego, które, w opinii autorek, istotnie wpływa na obniżenie stresu i lęku w momencie informacji o chorobie. Najwyższą potrzebę wsparcia emocjonalnego podnosiły osoby młode (20-29 lat), aktywne zawodowo, posiadające wyższe wykształcenie oraz osoby zamężne/żonate. W analizowanej grupie mniej niż połowa (42%) pacjentów oczekiwała od pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej rozmowy o ich problemie zdrowotnym, natomiast niemal wszyscy (98%) oczekiwali od pielęgniarek należyte staranne wykonania powierzonych im zadań. Z wypowiedzi respondentów wynikało również, że szczególnie oczekują od personelu pielęgniarskiego edukacji zdrowotnej, wskazówek na temat zdrowego stylu życia oraz przeprowadzenia kontroli podstawowych pomiarów: ciśnienia tętniczego krwi, czy oceny glikemii [47].

W badaniu litewskim autorstwa Zebiene i wsp. [48], analizującym oczekiwania pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej, jako najważniejsze wymieniono chęć uzyskiwania informacji i wyjaśnienia zagadnień związanych ze zdrowiem i chorobą. Najbardziej negatywnie respondenci wypowiadali się o zaspokojeniu potrzeby wsparcia emocjonalnego [48].

Zdaniem Wiśniewskiej i wsp. [49] niedostrzeżenie przez personel medyczny potrzeb emocjonalnych pacjentów jest poważnym błędem, który w konsekwencji może prowadzić do rozmaitych dolegliwości somatycznych, a nawet do śmierci.

Podobnie uważa Mróz [50], której zdaniem wsparcie społeczne (informacyjne, emocjonalne), jakie otrzymuje pacjent od zespołu terapeutycznego, jest istotne dla jego kondycji psychicznej.

Drobnik i wsp. [51] podkreślają także rolę lekarza rodzinnego w niesieniu pacjentowi pomocy niemedycznej poprzez udzielanie szerokiej opieki psychologicznej.

Marcinowicz i wsp. [52] przeprowadzili badanie jakościowe oparte na 30. wywiadach przeprowadzonych ze starszymi pacjentami (powyżej 65. r.ż.), korzystającymi z porady lekarzy rodzinnych na terenie Białegostoku i Krakowa. Badani mieli za zadanie scharakteryzować priorytety w zakresie opieki lekarza rodzinnego. Wykazano, że kobiety częściej oczekują zainteresowania ich problemem i indywidualnego podejścia do pacjenta. Mężczyźni natomiast podkreślali najczęściej rolę trafnej diagnozy i skuteczności leczenia. Osoby starsze najczęściej typowały dobrego lekarza rodzinnego z perspektywy zachowań emocjonalnych, używając w swoich wypowiedziach określeń: „miły, przyjemny i sympatyczny”, „uśmiechnięty”, „troskliwy i opiekuńczy”, „bardzo dobry”. Zdecydowanie rzadziej podnoszono rolę cech „instrumentalnych”, tylko niektórzy pacjenci mówili, że dobry lekarz rodzinny powinien być „mądry i inteligentny”, „pracowity” czy „dokładny” [52].

W innym badaniu Marcinowicz i wsp. [53] analizowali, w jaki sposób czynnik czasu wpłynął na poziom zadowolenia z opieki lekarza rodzinnego, analizując opinie pacjentów na przestrzeni ośmiu lat. Wykazano, że w badanym okresie zwiększył się istotnie (z 81,2% do 86,4%) odsetek pacjentów „bardzo” i „raczej” zadowolonych z tejże opieki. Ponad połowa pacjentów uważała że lekarz uważnie ich słuchał oraz zalecał zdrowy styl życia, jednak w ciągu ośmiu lat odsetek ten istotnie zmalał. Co piąty respondent był pocieszany i uspokajany oraz dokładnie poinformowany o chorobie, a odsetek takich odpowiedzi na przestrzeni lat praktycznie nie zmienił się. Autorzy powyższego badania wyciągnęli, podobne jak w badaniu własnym, wnioski na temat niedostatecznej (a nawet malejącej) roli lekarza rodzinnego w kwestii promocji zdrowia [53].

W obecnym badaniu zdaniem badanych najmniej czasu lekarze i pielęgniarki poświęcali na rozmowy związane ze szkodliwością alkoholu (odpowiednio 58,9% i 76,7%), profilaktyką nowotworów (odpowiednio 54,3% i 71,5%), szkodliwością palenia (odpowiednio 52,3% i 71,1%) oraz na temat radzenia sobie ze stresem (odpowiednio 51,3% i 71,1%).

Wśród aspektów opieki pielęgniarki wpływających na satysfakcję pacjenta wymienia się, za Juszcak [54], umiejętności interpersonalne, profesjonalizm, empatię oraz działania edukacyjne.

W literaturze przedmiotu [55, 56] za czynniki kreujące dobre relacje interpersonalne między pielęgniarką a pacjentem uznaje się: życzliwość pielęgniarki, troskę, opiekuńczość, serdeczność, uprzejmość.

Larabee i Bolden [57] scharakteryzowali w swoich badaniach pięć głównych cech dobrej opieki pielęgniarskiej, wyodrębniając: zaspokajanie potrzeb (reagowanie na prośby, opiekowanie się, dbałość o otoczenie pacjenta), uprzejme traktowanie (cierpliwość, miłe traktowanie, poszanowanie praw pacjenta), troszczenie się (okazywanie zainteresowania, troski), bycie kompetentnym (prawidłowe merytorycznie wykonywanie czynności pielęgniarskich, stałe doskonalenie), szybka pomoc (punktualność, wykonywanie zabiegów bez zbędnej zwłoki).

Grabska i Stefańska [58] podjęły próbę scharakteryzowania modelu współczesnej pielęgniarki z perspektywy pacjenta. Autorki poddały analizie zespół cech, które powinna posiadać dobra pielęgniarka, oraz poziom satysfakcji pacjentów z opieki sprawowanej przez ich pielęgniarkę. Badani za najważniejsze cechy personalne uznali staranność i dokładność (59% respondentów), uprzejmość i serdeczność (52,9%), wyrozumiałość i cierpliwość (42%). Nieco niższą wagę przywiązywano do umiejętności komunikacji, odpowiedzialność i posiadanej wiedzy. Ankietowani pacjenci oczekiwali od swojej pielęgniarki głównie troskliwej opieki, wsparcia, nieco ponad połowa oczekiwała sprawnego wykonania procedur medycznych. W tym samym badaniu zaufanie do pielęgniarek deklarowało aż 76% badanych. Jako główny czynnik kreujący postrzeganie współczesnej pielęgniarki wymieniano na pierwszym miejscu sytuację w systemie ochrony zdrowia (32% badanych) oraz zaspokojenie kierowanych wobec nich oczekiwań (25% badanych) [58].

W badaniu oczekiwań względem personelu pielęgniarskiego przeprowadzonym przez Kapałę i Drygasa [59], jako najważniejsze wymieniono zapewnienie dobrej opieki, posiadanie wysokich kompetencji, rzetelność i zaspokojenie poczucia bezpieczeństwa.

Analiza pracy Mianowskiej i wsp. [60] dostarcza wniosków, iż większość pacjentów czuło się niedoinformowanymi przez pielęgniarki w zakresie przysługujących im praw, pomimo, że wystarczająco dużo czasu poświęcały one pacjentom na rozmowę na temat choroby, wykonywanych czynności pielęgnacyjnych czy zachowań prozdrowotnych.

Ryś i wsp. [61] wykazały, że główne oczekiwania pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej wobec ich pielęgniarki dotyczą sprawnego wykonania zabiegów, poradnictwa związanego z chorobami. Jedynie 44% badanych stwierdziło, że oczekuje od swojej pielęgniarki porad w zakresie promocji zdrowia, w tym najczęściej wskazywano potrzeby edukacji zdrowotnej, rozumianej przez porady związane ze zdrowym odżywianiem, sposobami

radzenia sobie ze stresem, walki z nałogami. Badania te pokazują, że w dalszym ciągu zbyt mały odsetek pacjentów kojarzy funkcję pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej z funkcją wychowawczą i funkcją promowania zdrowia [61].

W badaniu przeprowadzonym przez Glińską i wsp. [62] na grupie pacjentów hospitalizowanych w oddziałach szpitalnych, połowa respondentów stwierdziła, że pielęgniarka prowadziła z nimi edukację na temat ich choroby, sposobów radzenia sobie z chorobą, czy na temat zdrowego stylu życia, jednak w opinii 31% badanych uzyskane informacje były fragmentaryczne, mało dokładne oraz niejasne. Niemal co piąta osoba stwierdziła, że w trakcie pobytu w szpitalu w ogóle nie miała prowadzonej przez pielęgniarkę edukacji zdrowotnej w jakimkolwiek zakresie. Duży odsetek pacjentów (43%) był przekonany, że pielęgniarka ma za zadanie wypełniać jedynie polecenia lekarza i dbać o zaspokojenie potrzeb natury fizycznej pacjenta. Wielu badanych (42%) podnosiło też kwestię niedostatecznych kontaktów pielęgniarki z ich rodziną, co miało wpływ na to, że ich rodzina zupełnie nie była przygotowana do sprawowania nad nimi opieki po opuszczeniu szpitala [62].

W opracowaniu Jędrycha [63] potwierdzono istotny wpływ dostępności do opieki pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej a ogólną oceną jakości tejże opieki. Podkreślono też rolę uprzejmości, życzliwości, troski na satysfakcję z opieki sprawowanej przez pielęgniarkę.

Zdaniem Grochans i wsp. [64] zdecydowana większość pacjentów oczekuje od pielęgniarki zapewnienia poczucia bezpieczeństwa oraz troskliwej opieki. W badanej przez nich grupie, niemal wszyscy respondenci deklarowali potrzebę dobrej komunikacji z personelem pielęgniarskim, jednocześnie, niemal wszyscy stwierdzali, że w dotychczasowych kontaktach z pielęgniarkami potrzeba ta była zaspokojona [64].

Brodzińska i wsp. [65] przeanalizowali wybrane zależności w zakresie oceny przez pacjentów ich kontaktów z pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej. Stwierdzono, że osoby częściej korzystające z porad pielęgniarskich (sześć i więcej razy w ciągu roku), oceniali jakość opieki pielęgniarskiej jako bardzo dobrą (54% respondentów), natomiast osoby korzystające z tej opieki rzadko, częściej przyznawały oceny negatywne, bardzo dobrze oceniając ją tylko w 30% przypadków. Wykazano również, że pacjenci, którzy byli traktowani przez pielęgniarkę w sposób uprzejmy, zostali uważnie wysłuchani, wyżej oceniali jakość sprawowanej opieki [65].

W badaniu własnym poddano analizie wpływ czynników społeczno – demograficznych na ocenę poszczególnych aspektów działania przychodni MEDIKON. Wykazano, iż w większości aspektów oceny funkcjonowania przychodni nie zależały od płci pacjentów,



jedynie ocena koncentracji personelu na pracy była istotnie wyższa wśród pacjentek płci żeńskiej. Czynnikiem, które istotnie wpływały na postrzeganie przychodni były: wiek i poziom wykształcenia ankietowanych. Osoby młode oraz te z wykształceniem wyłącznie podstawowym lub zawodowym, częściej wystawiali oceny negatywne, zaś pacjenci starsi i lepiej wykształceni zdecydowanie wyżej oceniali funkcjonowanie przychodni. Pacjenci z wykształceniem wyższym szczególnie doceniali personel przychodni za gotowość do rozwiązywania ich problemów i indywidualne podejście do pacjenta. Stwierdzono też brak istotnej zależności między miejscem zamieszkania pacjentów (wieś lub miasto), a ich oceną funkcjonowania przychodni. Na ocenę niemal wszystkich parametrów funkcjonowania jednostki istotnie wpływał poziom zasobów materialnych.

Naskręt i wsp. [66] oceniali w roku 2013 satysfakcję pacjentów jednej z poznańskich przychodni wielospecjalistycznych z jakości świadczonych w niej usług. Analiza wyników potwierdziła znaczącą zależność między płcią pacjentów, a ich opinią na temat funkcjonowania jednostki. Wykazano, że kobiety były grupą lepiej oceniającą poszczególne aspekty pracy przychodni. Kryterium determinującym zadowolenie ze świadczonych usług był również wiek oraz wykształcenie. Pacjenci młodzi, poniżej 30. roku życia wystawiali oceny zdecydowanie wyższe niż ci nieco starsi. Co interesujące, najmniej usatysfakcjonowani byli pacjenci w wieku 41 – 50 lat. Również osoby z wykształceniem wyższym częściej wyrażali się pozytywnie na temat funkcjonowania przychodni. Najwięcej negatywnych ocen płynęło od pacjentów z wykształceniem zasadniczym zawodowym.

W badaniu ankietowym Krakowiaka i wsp. [67] analizowano wpływ czynników społeczno – demograficznych na ocenę jakości pobytu w oddziałach Szpitala Powiatowego w Brzezinach. Autorzy wykazali, iż w badanej populacji nie było statystycznie istotnych związków pomiędzy miejscem zamieszkania ankietowanych, a oceną jakości ich pobytu w szpitalu. Również różnice wynikające z płci ankietowanych, a tym, jak postrzegali oni swój pobyt w oddziale szpitalnym, nie były istotne statystycznie. Najbardziej krytyczni w wystawianych opiniach byli pacjenci powyżej 50. roku życia oraz posiadający wykształcenie wyższe, zaś najbardziej zadowoleni z otrzymanych usług byli pacjenci młodzi, poniżej 30. roku życia oraz ci z wykształceniem podstawowym lub zawodowym [67].

Łukomska i wsp. [68] w badanej przez nich grupie pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej na terenie Bydgoszczy wykazały istnienie istotnych różnic w ocenie jakości podstawowej opieki zdrowotnej w zależności od wieku. Wraz z wiekiem wzrastała ilość opinii pozytywnych. Najwyższy poziom zadowolenia deklarowali respondenci powyżej 60. roku życia, najniższy – osoby przed 40. rokiem życia. Pacjenci starsi szczególnie wysoko oceniali

możliwość swobodnego wypowiedzania się o swoich dolegliwościach, przeprowadzenia przez lekarza dokładnego badania fizykalnego oraz pamięć o innych problemach zdrowotnych omawianych w trakcie poprzednich wizyt. Osoby młodsze lepiej oceniały sumienność lekarza, przeprowadzenie dokładnego badania fizykalnego, zapewnienie intymności i prywatności w trakcie wizyty czy chociażby łatwość kontaktu telefonicznego z personelem przychodni. Osoby w tej grupie wiekowej najniżej oceniały dostępność świadczeń profilaktycznych w jednostce [68].

Również Wiklińska i Kumińska [69] w swojej analizie dostrzegły istnienie związku między wiekiem pacjentów a ich satysfakcją z otrzymanych usług. W grupie wiekowej powyżej 50. roku życia stwierdzono najniższy poziom niezadowolenia, natomiast osoby w wieku 31 – 40 lat oceniły badaną placówkę krytycznie w każdym analizowanym aspekcie. Częstotliwość odwiedzania lekarza miała również istotny wpływ na poziom satysfakcji ze świadczonych usług. Osoby odwiedzające przychodnię rzadziej niż dwa razy w ciągu roku są najmniej niezadowolone, co zdaniem autorek, można tłumaczyć faktem akceptacji chwilowych niedogodności lub też brakiem możliwości zetknięcia się ze wszystkimi niedogodnościami panującymi w przychodni [69].

Rotter i wsp. [70] analizowali wpływ czynników demograficznych na potrzeby wsparcia emocjonalnego wśród pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej, wykazując, że owe potrzeby nie są istotnym celem wizyty pacjentów w przychodni rodzinnej. Stwierdzono, że są one wyraźnie silniejsze w grupie pacjentów starszych, samotnych oraz emerytów i rencistów. Autorzy wykazali istotną statystycznie zależność między wykształceniem pacjentów, a ich oczekiwaniami co do wsparcia emocjonalnego – osoby lepiej wykształcone zdecydowanie rzadziej szukały takiego wsparcia niż osoby z wykształceniem podstawowym lub zawodowym. W tym samym badaniu nie wykazano różnicy między kobietami a mężczyznami w zakresie potrzeby otrzymania wsparcia emocjonalnego od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej [70].

Szpringer i wsp. [71] w badaniu satysfakcji pacjentów hospitalizowanych w oddziałach szpitalnych wykazali, że istotnym elementem wpływającym na ogólną ocenę była ilość czasu poświęconego im przez lekarza. Ponad 37% badanych oceniło ten aspekt negatywnie, a najniższe oceny płynęły od osób bezrobotnych. Ponadto, stwierdzono, że status zawodowy wpływa na opinię w kwestii czytelności informacji udzielanych przez lekarza. Osoby czynne zawodowo oraz renciści i emeryci oceniali ten aspekt kontaktu z lekarzem lepiej niż bezrobotni i uczniowie lub studenci [71].

Zdaniem Morgana i Hunta [72] integralnym elementem każdej satysfakcjonującej relacji jest wzajemne zaufanie.

Sztompka [73] porównuje budowanie zaufania do koncentrycznie rozchodzących się kręgów: od najprostszych relacji interpersonalnych (relacje lekarz – pacjent i pielęgniarka – pacjent) do ich szerszego odniesienia wobec instytucji i struktur.

W opinii Krot i Rudawskiej [74] odpowiednio wypracowane zaufanie w relacji lekarz – pacjent i pielęgniarka – pacjent, z czasem może rozciągać się na placówkę, w której są zatrudnieni, a w dalszej perspektywie na postrzeganie społecznej roli lekarza i pielęgniarki.

W literaturze przedmiotu [75, 76] koncepcja zaufania w kontekście opieki zdrowotnej rozbijana jest na dwie składowe:

- zaufanie do kompetencji zawodowych (wiedza, umiejętności komunikacyjne personelu)
- wiara w to, że działania personelu podejmowane są w trosce o dobro pacjenta.

Zdaniem Lewandowskiego [77, 78] zaufanie pacjenta do lekarza ma kluczowe znaczenie w procesie terapeutycznym, wpływając między innymi na:

- pobudzenie niespecyficznego procesu samoleczenia związanych z efektem placebo,
- poprawę komunikacji pacjent – lekarz, która może skutkować większą otwartością i szczerością ze strony pacjenta,
- poprawę samopoczucia i jakości życia pacjentów,
- skrupulatne przestrzeganie reżimu stosowania leków,
- większą empatię lekarza, zgodnie z zasadą tak zwaną „wymiany społecznej” : lekarz widząc, jakim zaufaniem jest darzony, odpłaca pacjentowi większą życzliwością i opiekuńczością,
- wzrost akceptacji zaleceń lekarskich i przestrzeganie wymogów terapii,
- zwiększenie chęci poszukiwania pomocy i korzystania z profilaktyki.

Biesiega [79] uważa, że *„w celu zbudowania zaufania, lekarz powinien mieć odpowiednie cechy życia osobowego i moralnego. Niezbędne jest nabycie różnorodnych, ludzkich cnót intelektualnych i moralnych. Trzeba się stać dobrym człowiekiem, aby być dobrym lekarzem. Lekarz szczególnie musi być wierny wewnętrznej moralności swej profesji. Wszelkie cele zewnętrzne względem medycyny, takie jak pieniądze, władza, prestiż powinny zejść na drugi plan. Lekarz wyposażony w takie zalety moralne stwarza warunki dla zaufania, nie uchybiając autonomii pacjenta, i osiągnie więcej w terapii niż lekarz kontraktowy. Wyzwała on bowiem w sobie i w pacjencie wszystkie psychiczne i duchowe siły sprzyjające zdrowiu”* [79].

W niniejszym badaniu sprawdzano wpływ czynników demograficznych na poziom zaufania do lekarza i pielęgniarki. Stwierdzono wysoki ogólny poziom zaufania do obu osób

(średnio około 44/55 punktów). Nie stwierdzono zależności między płcią i wiekiem ankietowanych a poziomem zaufania. Wykazano natomiast, że mieszkańcy miast w stosunku do mieszkańców wsi oraz osoby o wysokim poziomie zamożności w stosunku do osób o niskim poziomie zamożności, istotniej częściej deklarowali wysoki poziom zaufania do lekarza i pielęgniarki. Inną badaną zależnością był wpływ zaufania do lekarza na stosowanie się do jego zaleceń. Stwierdzono tu istotną zależność między badanymi aspektami. Również ocena własnego stanu zdrowia jako „dobry” wpływała istotnie na poziom zaufania do personelu medycznego przychodni.

W opinii Pawlikowskiej Łagód i wsp. [80] zaufanie pacjentów do lekarzy zależy głównie od odpowiedniej komunikacji z pacjentem, prawdomówność, ilość poświęconego czasu. Z kolei na brak zaufania najbardziej oddziałuje postawienie niewłaściwej diagnozy, źle wykonana czynność medyczna i małomówność lekarza [80].

W swoim badaniu Thom [81] wykazał, że czynnikami najsilniej determinującymi zaufanie pacjenta do lekarza są kompetencje techniczne, odpowiednia komunikacja, zachowanie lekarza w trakcie wizyty, opiekuńczość, chęć lekarza do odpowiedzi na pytania. Najmniejszy wpływ na poziom zaufania miała delikatność podczas badania fizykalnego, patrzenie pacjentowi w oczy i traktowanie pacjenta jako równego sobie [81].

W badaniu Synowiec – Piłat i wsp. [82] badano między innymi zaufanie osób starszych do lekarzy w kontekście zmiennych socjodemograficznych. Większość badanych deklarowała, że ufa swojemu lekarzowi, z czego 8,51 % określiło swoje zaufanie jako „bardzo duże”, 44,38% jako „duże”, a 27,05% jako „małe”. Co piąta osoba oznajmiła, że nie ufa lekarzom. Podobnie jak w badaniu własnym, autorzy wykazali istnienie związku między poziomem zamożności pacjentów a zaufaniem do lekarza: osoby zamożne częściej deklarowały, że ufają swojemu lekarzowi. Stwierdzono również, że pacjenci z wykształceniem podstawowym lub zawodowym częściej deklarowali niski poziom zaufania do lekarzy. Związek między płcią respondentów, a ich oceną zaufania do lekarza, nie był istotny statystycznie.

Podobna problematyka była przedmiotem analiz Kozimali i wsp. [83]. Autorzy badania nie wykryli istotnych różnic między oboma płciami w ocenie poziomu zaufania do lekarza. Stwierdzono zaś, że osoby starsze istotnie bardziej ufają swojemu lekarzowi. Wykazano również że poziom zaufania spadał proporcjonalnie do poziomu wykształcenia badanych pacjentów [83].

Rezultaty badania CBOS z 2010 roku [84] wskazują, że najmniejsze zaufanie do lekarzy miały osoby w złej kondycji finansowej, zaś najwyższe, osoby, które oceniały swoją sytuację materialną jako dobrą.

Krajewska – Kułak i wsp. [85] analizowali zaufanie do lekarza 220. pacjentów szpitali na terenie Białegostoku, Łomży oraz Grodna, w oparciu o skalę zaufania pacjent – lekarz Anderson i Dedrick. Wykazano, że opiniom i orzeczeniom lekarza ufało 80% pacjentów z Polski i 50% z Białorusi, we właściwą opiekę lekarza wierzyło ponad 50% badanych w obu grupach, natomiast pewną wątpliwość co do tego, że lekarz nie czyni wszystkiego co tylko możliwe dla ich opieki, miało 30% badanych z Polski i o 4% więcej badanych z Białorusi [85].

Stachoń i Rybka [86] stwierdziły, że w badanej przez nie grupie pacjentów nie ma osoby, która nie ufałaby swojej pielęgniarce, natomiast w grupie osób deklarujących pełne zaufanie znalazło się istotnie więcej mężczyzn, niż kobiet (56,5% vs. 43,5%). Również pełne zaufanie do pielęgniarki zadeklarowało istotnie więcej mieszkańców miast niż wsi (62,3% vs. 37,7%) oraz osób z wykształceniem średnim lub wyższym, niż osób w wykształceniu podstawowym lub zawodowym [86].

Zdaniem Sitek i Flicieńskiej – Turkiewicz [87] za wyraz zaufania pacjenta do lekarza uznaje się niemodyfikowanie jego zaleceń, nawet po dokonaniu ich weryfikacji w Internecie.

Badanie własne pozwoliło na stwierdzenie, że osoby zadowolone ze swego życia oraz oceniające swój stan zdrowia jako dobry, bardziej ufały lekarzowi i pielęgniarce, lepiej oceniały poszczególne aspekty kontaktu z personelem medycznym. Również osoby, dla których zdrowie miało wartość nadrzędną, bardziej ufały swemu lekarzowi i lepiej oceniały kontakty z pracownikami przychodni. Ocena ważności zdrowia w hierarchii wartości życiowej nie wpływała natomiast na stopień zaufania do pielęgniarki.

W literaturze anglojęzycznej [88, 89, 90] również stwierdza się istnienie związku między subiektywnie postrzeganym stanem zdrowia pacjentów, a poziomem zadowolenia z różnych aspektów jakości opieki zdrowotnej. Al.-Mandhari i wsp. [88] wręcz proponują, aby każdemu nowemu pacjentowi przychodni opieki podstawowej sugerować wykonanie testu sprawdzającego jego ocenę własnego stanu zdrowia, co pozwoliłoby lepiej zidentyfikować jego potrzeby.

W podsumowaniu warto zaznaczyć, że otrzymane wyniki wydają się być istotne nie tylko w kwestii wrażeń odczuwanych podczas wizyty lekarskiej i pielęgniarskiej, opinii o pracy lekarzy, pielęgniarek, rejestratorek, o funkcjonowaniu przychodni oraz o poziomie zaufania do lekarza czy pielęgniarki, ale także w kwestii oczekiwanych przez pacjentów zmian. Pacjenci zgłaszali bowiem potrzeby umożliwienia pobierania materiału do badań laboratoryjnych na terenie przychodni, powiększenia parkingu, zatrudnienia dodatkowych lekarzy (w tym lekarzy innych specjalności), ustawienia w poczekalni dystrybutora z wodą oraz poświęcania przez lekarzy i pielęgniarki więcej czasu na rozmowy na temat zachowań prozdrowotnych oraz

stworzenie możliwości udziału w badaniach przesiewowych. Powyższe sugestie ewidentnie można więc wykorzystać do poprawy jakości usług i podniesienia poziomu zadowolenia pacjentów Przychodni Lekarskiej MEDIKON w Białymstoku.

## PIŚMIENNICTWO

1. Raport GUS: Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 roku, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2017-r-1,8.html> (dostęp 24.04.2019)
2. Shi L.: Primary Care, Specialty Care, and Life Chances, *International Journal of Health Services*, 1994; 24(3): 431–458.
3. Starfield B., Shi L., Macinko J.: Contribution of Primary Care to Health Systems and Health, *Milbank Quarterly*, 2005; 83(3): 457–502.
4. Saryusz-Wolska H., Wronka M.: Efektywność w opiece zdrowotnej – zarys wielowymiarowego problemu w okresie transformacji, *Studia Ekonomiczne. Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach*, 2013; 168: 256 – 269.
5. Fraś J.: Zarządzanie jakością usług w opiece zdrowotnej, *Polskie Stowarzyszenie Zarządzania Wiedzą- Seria: Studia i Materiały*, 2010; 25: 88-98.
6. Michalak J.: Obiektywne i subiektywne mierniki jakości opieki zdrowotnej, *Problemy Zarządzania*, 2011; 9/3: 126-139.
7. Tomasiak T., Windak A., Król Z., Jacobs M.: Wprowadzenie do procesów poprawy jakości w medycynie rodzinnej, Kraków: Vesalius, 1996.
8. Rogoziński K.: Nowy marketing usług, Poznań: Akademia Ekonomiczna, 2000.
9. Rybarczyk – Szwałkowska A., Cichońska D., Holly R.: Postrzeganie jakości szpitalnych świadczeń zdrowotnych przez kadrę zarządczą szpitali publicznych, *Medycyna Pracy*, 2016; 67(3): 365–373.
10. Wysocki J., Żywoczyk Ł.: Czynniki wpływające na sukces terapeutyczny i satysfakcję pacjenta po operacjach tympanoplastycznych, *Otolaryngologia*, 2007; 6(3): 124-128.
11. Georgoudi E., Kyriazis S., Mihalache A., Kourkouta L.: Measurement of Patient Satisfaction as a Quality Indicator of Hospital Health Services: The Case of Outpatient Clinics in General Hospital, *Science Journal of Public Health*, 2017; 5(2): 128-135.
12. Wikisłownik, <https://pl.wiktionary.org/wiki/satysfakcja> (dostęp 12.06.2019)
13. Maciąg A., Sakowska I.: Rola i prawa pacjenta w obszarze usług zdrowotnych. *Studia i Materiały Wydział Zarządzania UW*, 2006; 1: 50-62.

14. Parchman M.L., Burge S.K.: The patient-physician relationship, primary care attributes, and preventive services, *Family Medicine*, 2004; 36(1): 22-27.
15. O'Brien M. K., Petrie K., Raeburn J.: Adherence to medication regimens: Updating a complex medical issue, *Medical Care Review*, 1992; 49(4): 435-454.
16. Bojar H.: Wykorzystanie ankiety satysfakcji pacjentów z usług w zarządzaniu praktyką lekarza rodzinnego - narzędzie badawcze, *Studia Ekonomiczne/ Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach*, 2013; 168: 26-38.
17. Bujnowska – Fedak M., Sapilak B., Steciwko A.: Epidemiologia schorzeń i struktura zachorowań w praktyce lekarza rodzinnego, *Family Medicine & Primary Care Review* 2011; 13(2): 135-139.
18. Kemicer – Chmielewska E., Żułtak – Bączkowska K., Rotter I., Kotwas A., Jasińska M.: Wpływ wybranych czynników na częstość korzystania z wizyt u lekarza POZ, *Family Medicine & Primary Care Review*, 2012; 14(2): 163 – 165.
19. Boczkowski A.: Zaufanie jako kategoria socjologicznej analizy systemu zdrowia, *Nowiny Lekarskie*, 2007; 76(4): 339 – 344.
20. Steć A., Wołyniak M., Wdowiak L.: Satysfakcja pacjentów z usług świadczonych przez wybrane niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2007; 88(3): 272-276.
21. Kemicer – Chmielewska E., Rotter I., Kotwas A., Koziarska D., Karakiewicz B.: Ocena jakości usług medycznych przez pacjentów z uwzględnieniem wybranych zmiennych socjodemograficznych, *Annales Academiae Medicae Stetinensis*, 2013; 59(2): 143-146.
22. Wawrzyniak A., Warmuz – Stangierska I., Marcinkowska M., Celczyńska – Bajew L., Horst – Sikorska W.: Jak pacjenci oceniają opiekę Poradni Lekarza Rodzinnego?, *Family Medicine & Primary Care Review*, 2005; 7(3): 618–621.
23. Borek E., Kilijanek – Cieślak A., Perendyk T., Sitek A., Wojtaszczyk K.: Jaką podstawową opiekę zdrowotną mamy, a jakiej potrzebujemy? Wyniki sondażu opinii pacjentów i obywateli, Warszawa, 2017.
24. Opinie o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej. Komunikat z badań BS/34/2012, CBOS, Warszawa, 2012.
25. Kamińska-Rosner J., Zdun-Ryżewska A.: Satysfakcja pacjentów z ambulatoryjnej opieki medycznej i jej uwarunkowania, *Medycyna Rodzinna*, 2013; 3: 83-86.
26. Miller M., Supranowicz P., Gębska-Kuczerowska A., Car J.: Ocena jakości usług medycznych przez pacjentów szpitali, *Przegląd Epidemiologiczny*, 2008; 62: 643 – 650.

27. Szypulska A., Fischer B., Gutysz-Wojnicka A., Ozga D.: Satisfaction survey of patients hospitalized in the Department of Clinical Neurological Rehabilitation and systemic USK in Olsztyn, *Journal of Education, Health and Sport*, 2017; 7(8): 1113-1126.
28. Kowalczyk E., Trafalska E., Grzybowski A.: Czynniki wpływające na ocenę przez pacjentów dostępu do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na terenie Powiatu Łódzkiego Wschodniego, *Hygeia Public Health*, 2014; 49(1): 166-172.
29. Łukomska A.: Dostępność świadczeń lekarza rodzinnego w ocenie pacjentów, *Family Medicine & Primary Care Review*, 2008; 10(2): 162–166.
30. Marcinowicz L., Chlabicz S., Grębowski R.: Patient satisfaction with healthcare provided by family doctors: primary dimensions and an attempt at typology, *BMC Health Services Research*, 2009, 9(63), DOI: 10.1186/1472-6963-9-63.
31. Sitzia J., Wood N.: Patient satisfaction: a review of issues and concepts, *Social Science & Medicine*, 1997; 45: 1829-1843.
32. Krot K., Rudawska I.: Komunikacja w relacji lekarz-pacjent a budowanie zaufania, *Handel wewnętrzny*, 2017; 2(367): 201-213.
33. Włoszczak – Szubzda A., Jarosz M.J.: Rola i znaczenie komunikacji w relacji lekarz – pacjent–rodzina, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2012; 18(3): 206-211.
34. Kardas P.: Przyczyny nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych [w:] Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Od przyczyn do praktycznych rozwiązań, Gaciong Z. Kardas P. (red.), Warszawa, 2015, 35 – 44.
35. Derkacz M., Chmiel – Perzyńska I., Kowal A., Grywalska E., Michałojć – Derkacz M., Pawłowska B.: Ocena satysfakcji pacjentów z usług świadczonych przez zakłady podstawowej opieki zdrowotnej małych miast oraz wsi Polski południowo-wschodniej, *Medycyna Ogólna*, 2010; 16(4): 463 – 473.
36. Kurowska K., Sawicka A.: Analiza oczekiwań pacjentów objętych ambulatoryjną opieką medyczną w Podstawowej Opiece Zdrowotnej, *Forum Medycyny Rodzinnej*, 2016; 3(10): 263-271.
37. Plentara R., Knyszyńska A., Bażydło M., Zabielska P., Klim A., Kotwas A., Rotter I., Kamola J., Karakiewicz B.: Satysfakcja pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej z opieki medycznej i psychospołecznej, *Pomeranian Journal of Life Sciences*, 2015; 61(3): 335-340.
38. Gromadecka – Sutkiewicz M.: Wybrane elementy relacji lekarz - pacjent w opinii pacjentów, *Nowiny Lekarskie*, 2004; 73: 301-303.



39. Miller M., Supranowicz P., Gębska-Kuczerowska A., Car J.: Ocena poziomu satysfakcji pacjentów jako element jakości pracy podstawowej opieki zdrowotnej, *Polski Mercuriusz Lekarski*, 2007; 23: 367 -370.
40. Wierzińska-Karakuła S., Binkowska-Bury M., Burzyńska J., Januszewicz P.: Respektowanie oczekiwań i praw pacjentów w podkarpackich jednostkach podstawowej opieki zdrowotnej jako element jakości usług zdrowotnych, *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie*, Rzeszów, 2015; 1: 19–30.
41. Humeniuk E., Pawlikowska-Łagód K., Dąbska O., Mazurek P.: Oczekiwania pacjentów z terenu wschodniej Polski wobec lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, *Pielęgniarstwo Polskie*, 2018; 2(68): 158-164.
42. Dąbska O., Tarkowski Z., Humeniuk E., Monastyrska J: Satysfakcja pacjentów makroregionu lubelskiego z usług wybranych poradni specjalistycznych świadczeń zdrowotnych, *Pielęgniarstwo Polskie*, 2018; 1(67): 28-34.
43. Tung Y-C, Chang G-M.: Patient satisfaction with and recommendation of a primary care provider: Associations of perceived quality and patient education., *International Journal for Quality in Health Care*, 2009; 21: 206–213.
44. Holecki T., Skrzypek M., Szłapa M.: Kształtowanie wizerunku placówki podstawowej opieki zdrowotnej w kontekście roli lekarza rodzinnego, *Studia Ekonomiczne / Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach*, 2013; 157: 149-156.
45. Kaźmierczak A., Wpływ komunikacji z personelem medycznym na doświadczanie choroby przez pacjentów, *Homo Communicativus*, 2011; 1(6): 21-37.
46. Czerska I.: Relacje lekarz – pacjent a wybrane teoretyczne modele relacji w kontekście dehumanizacji medycyny, *Handel Wewnętrzny*, 2016; 5(364): 37 – 45.
47. Wołosewicz I., Kupcewicz E., Szypulska A., Fischer B.: Oczekiwania pacjentów wobec lekarza i pielęgniarki w podstawowej opiece zdrowotnej, *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, 2013; 10(2): 293-322.
48. Zebiene E., Razgauskas E., Basys V., Baubiniene A., Gurevicius R., Padaiga Z., Svab I.: Meeting patient's expectations in primary care consultations in Lithuania, *International Journal for Quality in Health Care*, 2004; 16: 83–89.
49. Wiśniewska L., Paczkowska B., Biało-brzeska B.: Zapotrzebowanie na wsparcie emocjonalne wśród pacjentów leczonych nerkozastępczo, *Forum Nefrologiczne*, 2010; 3(1): 63 – 70.

50. Mróz J.: Wsparcie od personelu medycznego a dynamika stanu emocjonalnego u pacjentów po zawale serca, *Folia Cardiologica Excerpta*, 2013; 8(1): 9–13.
51. Drobnik J., Grata – Borkowska U.: Rola lekarza rodzinnego w opiece nad pacjentem z chorobą nowotworową – doniesienie wstępne., *Family Medicine & Primary Care Review*, 2014; 16(2): 94 – 95.
52. Marcinowicz L., Oleszczyk M., Bielska D., Chlabicz S.: Priorytety w opiece lekarza rodzinnego w opinii starszych pacjentów, *Family Medicine & Primary Care Review*, 2012; 14(1): 58–62.
53. Marcinowicz L., Konstantynowicz J., Chlabicz S.: The patient's view of the acceptability of the primary care in Poland, *International Journal for Quality in Health Care*, 2008; 20(4): 277-283.
54. Juszczak K.: Czynniki wpływające na zadowolenie pacjenta z opieki pielęgniarskiej w świetle badań, *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*, 2013; 4: 115–117.
55. Peterson W., DiCenso A., Sword W.: The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale: a valid measure of maternal satisfaction with inpatient postpartum nursing care, *Journal of Advanced Nursing*, 2005; 52: 672-681.
56. Kamińska M., Ślusarz R., Opozda K.: Oczekiwania pacjentów wobec personelu pielęgniarskiego, *Pielęgniarstwo Polskie*, 2001; 2: 323-341.
57. Larrabee J., Bolden L.: Defining Patient-Perceived Quality of Nursing Care, *Journal of Nursing Care Quality*, 2001; 16: 34–60.
58. Grabska K., Stefańska W.: Sylwetka zawodowa pielęgniarki w opinii pacjentów, *Nursing Topics*, 2008; 17(1): 8-12.
59. Kapała W., Drygas P.: Personel pielęgniarski w organizacji – ocena, wyobrażenia i oczekiwania potencjalnych klientów placówek służby zdrowia, *Zdrowie i Zarządzanie*, 2001; 3: 5-7.
60. Mianowska V., Bednarek A., Czekirda M.: Wsparcie informacyjne a poziom satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej, *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, 2014; 15: 12(1), 59 – 72.
61. Ryś B., Kudłacik B., Fraś M., Michalik A.: Oczekiwania pacjentów w zakresie edukacji zdrowotnej wobec pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, *Nursing Topics*, 2014; 22 (4): 496–502.
62. Glińska J., Bednarska A., Brosowska B., Lewandowska M.: Analiza poziomu jakości opieki pielęgniarskiej w opinii pielęgniarek i pacjentów, *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*, 2012; 4: 151-160.

63. Jędrych M., Polz-Dacewicz M., Rogala U., Ocena satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej w podstawowej opiece zdrowotnej w zależności od dostępu do opieki, *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2008; 89(1): 76–77.
64. Grochans E., Wieder-Huszla S., Jurczak A., Stanisławska M., Janic E., Szych Z.: Wsparcie emocjonalne jako wyznacznik jakości opieki pielęgniarskiej, *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2009; 90(2): 236-239.
65. Brodzińska M., Modzelewska K., Stachowska M., Talarska D.: Stratyfikacja czynników determinujących opinię o jakości świadczeń w zakresie kompetencji pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej. Doniesienia wstępne., *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2010; 91(2): 303 – 307.
66. Naskręt K., Biskupska M., Niewiadomski T.J., Stachowska M.: Zadowolenie pacjenta ze świadczeń lekarza specjalisty – badanie wstępne, *Hygeia Public Health*, 2014; 49/3: 617-623.
67. Krakowiak J., Kocemba W., Stelmach W., Kowalska A., Marjańsk A.: Czynniki socjalno-demograficzne a ocena jakości pobytu w oddziale szpitalnym w Szpitalu Powiatowym w Brzezinach, *Przedsiębiorczość i zarządzanie*, 2010; 11(7): 77–89.
68. Łukomska A., Szrajda J., Nowakowska I.: Satysfakcja osób starszych z usług świadczonych przez lekarza rodzinnego, *Gerontologia Polska*, 2012; 20(2): 68-72.
69. Wiklińska M., Kumińska A.: Czynniki wpływające na satysfakcje pacjenta, *Studia i Materiały Polskiego Stowarzyszenia Zarządzania Wiedzą*, 2011; 55: 265-277.
70. Rotter I., Stańczak K., Laszczyńska M., Kemicer – Chmielewska E., Żułtak – Bączkowska K., Jasińska M., Karakiewicz B.: Oczekiwania wsparcia emocjonalnego pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej w zależności od wybranych czynników demograficznych, *Family Medicine & Primary Care Review*, 2013; 15(3): 381–383.
71. Szpringer M., Chmielewski J., Kosecka J., Sobczyk B., Komendacka O.: Poziom satysfakcji pacjenta jako jeden z aspektów jakości opieki medycznej, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2015; 21(2): 132–137.
72. Morgan R.M., Hunt S.D.: The commitment – trust theory of marketing, *Journal of Marketing*, 1994; 58(3): 20-38.
73. Sztompka P.: Zaufanie. Fundament społeczeństwa, Kraków: Znak, 2007.
74. Krot K., Rudawska I.: Koncepcja zaufania w relacji lekarz-pacjent w świetle badań jakościowych, *Polityki Europejskie, Finanse i Marketing*, 2013; 10(59): 381 – 393.
75. Mechanic D, Meyer S.: Concepts of trust among patients with serious illness, *Social Science & Medicine*, 2000; 51(5): 657 – 668.

76. Głos A.: Dwa modele zaufania w opiece zdrowotnej, *Diametros*, 2015; 45: 82-106.
77. Lewandowski R.A.: Zaufanie w ochronie zdrowia, *Współczesne Zarządzanie*, 2011; 1: 88-95.
78. Lewandowski R.A.: Wpływ poziomu zaufania na korzyści uzyskiwane przez wybrany polski szpital, *Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstwa*, 2001; 1(732): 33 - 38.
79. Biesiega D.: Autonomia lekarza i pacjenta, *Medycyna Praktyczna*, 2005; 3: 20-24.
80. Pawlikowska - Łagód K., Sak J.: Zaufanie w relacji lekarz-pacjent w świetle najnowszych badań, *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 2017; 16, 1(58): 62 – 64.
81. Thom D.H.: Physician Behaviors That Predict Patient Trust, *The Journal of family practice*, 2001; 50(4): 323-328.
82. Synowiec – Piłat, Zmysłona B., Pałęga A.: Zaufanie do lekarzy oraz przekonania osób starszych na temat efektywności medycyny w walce z chorobami nowotworowymi, *Pomeranian Journal of Life Sciences*, 2017; 63(4): 94 – 103.
83. Kozimala M., Guty E., Dziechciaż M., Putowski L.: Medical appointment and its influence on patients confidence, *Journal of Education, Health and Sport*, 2017; 7(1): 98-110.
84. Wądołowska K.: Opinie o opiece zdrowotnej. Opracowanie CBOS, BS/24, 2010, 1-12.
85. Krajewska-Kułak E., Wróblewska K., Kruszewa R., Szpakow A., Kułak W., Baranowska A., Jankowiak B., Krajewska K., Kondzior D., Lewko J., Łukaszuk C., Rolka H., Klimaszewska K., Kowalczyk K., Sierakowska M., Szyszko-Perłowska A., Van Damme-Ostapowicz K., Jaszewski M., Kowalewska B., Chilińska J., Gołębiwska A.: Ocena zaufania pacjent lekarz z zastosowaniem skali Aderson i Detric, *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2008; 89(3): 414-418.
86. Stachoń K., Rybka M.: Pielęgniarstwo jako zawód zaufania publicznego w opinii pacjentów, *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu*, 2016; 4(1): 26-31.
87. Sitek A., Flicińska – Turkiewicz J.: Lekarze w badaniach opinii społecznej, *Ośrodek Studiów, Analiz i Informacji Naczelnej Izby Lekarskiej*, 2017; 1-15.
88. Al-Mandhari A.S., Hassan A.A., Haran D.: Association between perceived health status and satisfaction with quality of care: Evidence from users of primary health care in Oman., *Family Practice*, 2004; 21: 519–527.
89. Tucker J.L., Kelley V.A.: The influence of patient socio-demographic characteristics on patient satisfaction, *Military Medicine*, 2000; 165: 72–76.
90. Linn L.S., Greenfield S.: Patient suffering and patient satisfaction among chronically ill, *Medical Care*, 1982; 20: 425–431.

## Wnioski

1. Zdecydowana większość pacjentów Przychodni Lekarskiej MEDIKON w Białymstoku dobrze oceniała jakość świadczonych w niej usług.
2. Ogólna ocena kontaktu z lekarzem i pielęgniarką była wysoka i zależała od stopnia satysfakcji z życia oraz znaczenia zdrowia dla pacjenta.
3. Pacjenci najbardziej doceniali lekarzy i pielęgniarki za uważne ich wysłuchanie, poświęcenie im dużej ilości czasu oraz kulturę osobistą.
4. Zaufanie pacjentów do lekarzy było wysokie i zależało istotnie statystycznie od czynników społeczno - demograficznych (miejsce zamieszkania, wykształcenie, stopień zamożności), oceny satysfakcji z życia i znaczenia zdrowia w hierarchii wartości oraz wpływało na częstość stosowania się do jego zaleceń.
5. Zaufanie pacjentów do pielęgniarek było wysokie i zależało jedynie od stopnia zamożności rodziny i satysfakcji z życia.
6. Część pacjentów wyrażała potrzebę zmian w Przychodni, w tym przede wszystkim zwiększenia porad na temat zdrowego stylu życia i profilaktyki zdrowotnej.

**WYKAZ TABEL**

Tabela I. Struktura wiekowa respondentów.

Tabela II. Struktura płci respondentów.

Tabela III. Stan cywilny respondentów.

Tabela IV. Miejsce zamieszkania respondentów.

Tabela V. Status zamieszkania respondentów.

Tabela VI. Warunki socjalno - bytowe.

Tabela VII. Wyniki opisowe kwestionariusza oceny zasobów materialnych rodziny.

Tabela VIII. Wykształcenie respondentów.

Tabela IX. Subiektywna ocena stanu zdrowia.

Tabela X. Ocena częstotliwości stosowania się pacjentów do zaleceń lekarskich.

Tabela XI. Przyczyny ostatniej wizyty u lekarza.

Tabela XII. Odległość przychodni Medikon od miejsca zamieszkania pacjentów.

Tabela XIII. Częstość korzystania z usług lekarza POZ.

Tabela XIV. Częstość korzystania z usług pielęgniarki POZ.

Tabela XV. Ocena jakości wybranych aspektów kontaktu z lekarzem.

Tabela XVI. Ocena jakości wybranych aspektów kontaktu z pielęgniarką.

Tabela XVII. Ocena wpływu wybranych parametrów na poziom zadowolenia z kontaktu z lekarzem i pielęgniarką.

Tabela XVIII. Subiektywna ocena ilości otrzymywanych informacji od lekarza i pielęgniarki.

Tabela XIX. Ogólna ocena jakości opieki otrzymanej ze strony lekarza i pielęgniarki.

Tabela XX. Ogólna ocena kontaktu z lekarzem i pielęgniarką.

Tabela XXI. Stopień zaspokojenia potrzeby intymności i prywatności podczas wizyty u lekarza i pielęgniarki.

Tabela XXII. Stopień zaspokojenia potrzeby prywatności podczas wizyty u lekarza i pielęgniarki.

Tabela XXIII. Ocena możliwości współdecydowania z lekarzem.

Tabela XXIV. Ocena uprzejmości lekarza i pielęgniarki.

Tabela XXV. Ocena przebiegu wizyty lekarskiej.

Tabela XXVI. Łatwość dodzwonienia się do rejestracji.

Tabela XXVII. Ocena kompetencji pracowników rejestracji.

Tabela XXVIII. Ocena realizacji celu rozmowy telefonicznej z pracownikiem rejestracji.

Tabela XXIX. Ocena uprzejmości pracowników rejestracji.

Tabela XXX. Ocena szybkości załatwienia formalności w rejestracji.

Tabela XXXI. Ocena możliwości wyboru terminu wizyty.

Tabela XXXII. Ocena możliwości wyboru konkretnej godziny wizyty u lekarza.

Tabela XXXIII. Czas oczekiwania na wizytę u lekarza.

Tabela XXXIV. Średni czas oczekiwania w poczekalni na umówioną wizytę.

Tabela XXXV. Możliwość decydowania przez pacjentów o obecności osób trzecich podczas wizyty.

Tabela XXXVI. Możliwość uzyskania lekarskiej wizyty domowej.

Tabela XXXVII. Ocena wybranych parametrów funkcjonowania przychodni

Tabela XVIII. Zadowolenie z usług świadczonych w przychodni Medikon.

Tabela XXXIX. Zetknięcie z nieuprzejmym traktowaniem podczas wizyty w przychodni.

Tabela XL. Ocena gotowości polecenia przychodni innym osobom.

Tabela XLI. Chęć skorzystania z usług przychodni w przyszłości.

Tabela XLII. Osoby wyrażające propozycje zmian w przychodni.

Tabela XLIII. Miary punktowe skali SWLS.

Tabela XLIV. Statystyki opisowe dla skali SWLS.

Tabela XLV. Rozkład wartości miar punktowych dla skali zaufania pacjent – lekarz i pacjent - pielęgniarka.

Tabela XLVI. Rozkład ocen zdrowia w hierarchii wartości ankietowanych pacjentów.

Tabela XLVII. Wpływ płci na zaufanie do lekarza i pielęgniarki.

Tabela XLVIII. Wpływ wieku pacjentów na zaufanie do lekarza i pielęgniarki.

Tabela XLIX. Wpływ miejsca zamieszkania pacjentów na zaufanie do lekarza i pielęgniarki.

Tabela L. Wpływ wykształcenia pacjentów na zaufanie do lekarza i pielęgniarki.

Tabela LI. Wpływ poziomu zamożności na zaufanie do lekarza i pielęgniarki.

Tabela LII. Wpływ odległości miejsca zamieszkania pacjentów na zaufanie do lekarza i pielęgniarki.

Tabela LIII. Wpływ płci na ocenę wybranych parametrów funkcjonowania przychodni.

Tabela LIV. Wpływ wieku na ocenę wybranych parametrów funkcjonowania przychodni.

Tabela LV. Wpływ miejsca zamieszkania pacjentów na ocenę wybranych parametrów funkcjonowania przychodni.

Tabela LVI. Wpływ poziomu wykształcenia pacjentów na ocenę wybranych parametrów funkcjonowania przychodni.

Tabela LVII. Wpływ poziomu zasobów materialnych rodziny na ocenę wybranych parametrów funkcjonowania przychodni.

Tabela LVIII. Wpływ odległości miejsca zamieszkania pacjentów na ocenę wybranych parametrów funkcjonowania przychodni.

Tabela LIX. Wpływ wieku pacjentów na ocenę przebiegu wizyty lekarskiej.

Tabela LX. Wpływ płci pacjentów na ocenę przebiegu wizyty lekarskiej.



- Tabela LXI. Wpływ miejsca zamieszkania pacjentów na ocenę przebiegu wizyty lekarskiej.
- Tabela LXII. Wpływ poziomu wykształcenia pacjentów na ocenę przebiegu wizyty lekarskiej.
- Tabela LXIII. Wpływ odległości miejsca zamieszkania pacjentów na od przychodni ocenę przebiegu wizyty lekarskiej.
- Tabela LXIV. Wpływ poziomu zasobów materialnych rodziny na ocenę przebiegu wizyty lekarskiej
- Tabela LXV. Wpływ wieku pacjentów na ocenę kontaktu z lekarzem.
- Tabela LXVI. Wpływ wieku pacjentów na ocenę kontaktu z pielęgniarką.
- Tabela LXVII. Wpływ płci pacjentów na ocenę kontaktu z lekarzem.
- Tabela LXVIII. Wpływ płci pacjentów na ocenę kontaktu z pielęgniarką.
- Tabela LXIX. Wpływ miejsca zamieszkania pacjentów na ocenę kontaktu z lekarzem.
- Tabela LXX. Wpływ miejsca zamieszkania pacjentów na ocenę kontaktu z pielęgniarką.
- Tabela LXXI. Wpływ poziomu wykształcenia pacjentów na ocenę kontaktu z lekarzem.
- Tabela LXXII. Wpływ poziomu wykształcenia pacjentów na ocenę kontaktu z pielęgniarką.
- Tabela LXXIII. Wpływ poziomu zasobów materialnych rodziny na ocenę kontaktu z lekarzem.
- Tabela LXXIV. Wpływ poziomu zasobów materialnych rodziny na ocenę kontaktu z pielęgniarką.
- Tabela LXXV. Wpływ odległości miejsca zamieszkania pacjentów od przychodni na ocenę kontaktu z lekarzem.
- Tabela LXXVI. Wpływ odległości miejsca zamieszkania pacjentów od przychodni na ocenę kontaktu z pielęgniarką.
- Tabela LXXVII. Zależność między oceną stanu zdrowia a zaufaniem do lekarza i pielęgniarki.
- Tabela LXXVIII. Zależność między zaufaniem do lekarza i pielęgniarki a częstością stosowania się do zaleceń lekarskich.

Tabela LXXIX. Zależność między częstością wizyt w przychodni a zaufaniem do lekarza i pielęgniarki.

Tabela LXXX. Zależność między satysfakcją z życia pacjentów a ich zaufaniem do lekarza i pielęgniarki.

Tabela LXXXI. Analiza korelacji dla wpływu rangi zdrowia w hierarchii wartości osobistych na poziom zaufania do lekarza i pielęgniarki

Tabela LXXXII. Zależność między oceną stanu zdrowia pacjentów a ich oceną wybranych parametrów funkcjonowania przychodni.

Tabela LXXXIII. Zależność między częstością stosowania się do zaleceń lekarza a oceną wybranych parametrów funkcjonowania przychodni.

Tabela LXXXIV. Zależność między częstością wizyt u lekarza a oceną wybranych parametrów funkcjonowania przychodni.

Tabela LXXXV. Zależność między satysfakcją z życia a oceną wybranych parametrów funkcjonowania przychodni.

Tabela LXXXVI. Wpływ stanu zdrowia na ocenę wybranych elementów przebiegu wizyty lekarskiej.

Tabela LXXXVIII. Wpływ satysfakcji z życia na ocenę wybranych elementów przebiegu wizyty lekarskiej.

Tabela LXXXIX. Wpływ satysfakcji z życia na ocenę wybranych elementów przebiegu wizyty lekarskiej. ( $p$  – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat)

Tabela XC. Wpływ satysfakcji z życia na ocenę kontaktu z lekarzem.

Tabela XCI. Wpływ satysfakcji z życia na ocenę kontaktu z pielęgniarką.

Tabela XCII. Zależność między pozycją zdrowia w hierarchii wartości osobistych a oceną kontaktu z lekarzem.

Tabela XCIII. Zależność między pozycją zdrowia w hierarchii wartości osobistych a oceną kontaktu z pielęgniarką.

Tabela XCIV. Zależność między zaufaniem pacjenta do lekarza i pielęgniarki a oceną poszczególnych parametrów funkcjonowania przychodni.

Tabela XCV. Zależność między posiadaniem dokumentacji medycznej przez personel a zaufaniem pacjenta do lekarza i pielęgniarki.

Tabela XCVI. Zależność między pamięcią o poprzedniej wizycie a zaufaniem pacjenta do lekarza i pielęgniarki.

Tabela XCVII. Zależność między pytaniem o zażywane leki a zaufaniem pacjenta do lekarza i pielęgniarki.

Tabela XCVIII. Zależność między dokładnym zbadaniem pacjenta a jego zaufaniem do lekarza i pielęgniarki.

Tabela XCIX. Zależność między dokładną informacją o zaleceniach z wizyty a zaufaniem do lekarza i pielęgniarki.

Tabela C. Zależność między chęcią lekarza do minimalizacji kosztów leczenia a zaufaniem do lekarza i pielęgniarki.

Tabela CI. Zależność między podaniem terminu kolejnej wizyty a zaufaniem do lekarza i pielęgniarki.

Tabela CII. Zależność między ogólną oceną kontaktu z lekarzem a zaufaniem do lekarza i pielęgniarki.

Tabela CIII. Zależność między ogólną oceną kontaktu z pielęgniarką a zaufaniem do lekarza i pielęgniarki.

**WYKAZ RYCIN**

Rycina 1. Struktura wiekowa respondentów.

Rycina 2. Struktura płci respondentów.

Rycina 3. Miejsce zamieszkania respondentów.

Rycina 4. Status zamieszkania respondentów.

Rycina 5. Warunki socjalno - bytowe.

Rycina 6. Procentowy rozkład wyników punktowych kwestionariusza oceny zamożności rodziny.

Rycina 7. Procentowy rozkład wyników opisowych kwestionariusza oceny zamożności rodziny.

Rycina. 8. Wykształcenie respondentów.

Rycina 9. Subiektywna ocena stanu zdrowia.

Rycina 10. Ocena częstości stosowanie się pacjentów do zaleceń lekarskich.

Rycina 11. Przyczyny ostatniej wizyty u lekarza.

Rycina 12. Odległość przychodni Medikon od miejsca zamieszkania pacjentów.

Rycina 13. Częstość korzystania z usług lekarza POZ.

Rycina 14. Częstość korzystania z usług pielęgniarki POZ.

Rycina 15. Ocena jakości wybranych aspektów kontaktu z lekarzem.

Rycina 16. Ocena jakości wybranych aspektów kontaktu z pielęgniarką.

Rycina 17. Ocena możliwości współdecydowania z lekarzem.

Rycina 18. Ocena przebiegu wizyty lekarskiej.

Rycina 19. Łatwość dodzwonienia się do rejestracji.

Rycina 20. Ocena kompetencji pracowników rejestracji.

- Rycina 21. Ocena realizacji celu rozmowy telefonicznej z pracownikiem rejestracji.
- Rycina 22. Czas oczekiwania na wizytę u lekarza.
- Rycina 23. Średni czas oczekiwania w poczekalni na umówioną wizytę.
- Rycina 24. Możliwość decydowania przez pacjentów o obecności osób trzecich podczas wizyty.
- Rycina 25. Możliwość uzyskania lekarskiej wizyty domowej.
- Rycina 26. Zadowolenie z usług świadczonych w przychodni Medikon.
- Rycina 27. Zetknięcie z nieuprzejmym traktowaniem podczas wizyty w przychodni.
- Rycina 28. Ocena gotowości polecenia przychodni innym osobom.
- Rycina 29. Chęć skorzystania z usług przychodni w przyszłości.
- Rycina 30. Osoby wyrażające propozycje zmian w przychodni.
- Rycina 31. Statystyka opisowa dla skali SWLS.
- Rycina 32. Rozkład miar zaufania pacjent - lekarz.
- Rycina 33. Rozkład miar zaufania pacjent - pielęgniarka.
- Rycina 34. Ocena zdrowia w hierarchii wartości ankietowanych pacjentów.
- Rycina 35. Wpływ miejsca zamieszkania pacjentów na zaufanie do lekarza i pielęgniarki.
- Rycina 36. Wpływ poziomu zamożności pacjentów na zaufanie do lekarza i pielęgniarki.
- Rycina 37. Wpływ poziomu zamożności pacjentów na zaufanie do pielęgniarki.
- Rycina 38. Wpływ wieku na ocenę wykonania usługi za pierwszym razem.
- Rycina 39. Wpływ wieku na ocenę dobrej lokalizacji i oznakowania przychodni.
- Rycina 40. Wpływ wieku na ocenę dostępności badań przesiewowych w przychodni.
- Rycina 41. Wpływ poziomu zasobów materialnych rodziny na ocenę wybranych parametrów funkcjonowania przychodni.

- Rycina 42. Wpływ miejsca zamieszkania pacjentów na ocenę przebiegu wizyty lekarskiej.
- Rycina 43. Wpływ miejsca zamieszkania pacjentów na ocenę kontaktu z lekarzem
- Rycina 44. Wpływ miejsca zamieszkania pacjentów na ocenę kontaktu z pielęgniarką.
- Rycina 45. Wpływ poziomu zasobów materialnych rodziny na ocenę kontaktu z lekarzem.
- Rycina 46. Wpływ poziomu zasobów materialnych rodziny na ocenę kontaktu z pielęgniarką.
- Rycina 47. Zależność między oceną stanu zdrowia pacjenta a zaufaniem do pielęgniarki.
- Rycina 48. Zależność między zaufaniem pacjenta do lekarza a częstością stosowania się do zaleceń lekarskich.
- Rycina 49. Zależność między satysfakcją z życia pacjentów a ich zaufaniem do lekarza.
- Rycina 50. Zależność między satysfakcją z życia pacjentów a ich zaufaniem do pielęgniarki.
- Rycina 51. Współczynnik korelacji rang Spearmana dla zależności między satysfakcją z życia pacjentów a ich zaufaniem do lekarza.
- Rycina 52. Współczynnik korelacji rang Spearmana dla zależności między satysfakcją z życia pacjentów a ich zaufaniem do pielęgniarki.
- Rycina 53. Zależność między rangą zdrowia w hierarchii wartości osobistych pacjenta a zaufaniem do lekarza.
- Rycina 54. Zależność między rangą zdrowia w hierarchii wartości osobistych pacjenta a zaufaniem do pielęgniarki.
- Rycina 55. Wpływ satysfakcji z życia na ocenę kontaktu z lekarzem.
- Rycina 56. Wpływ satysfakcji z życia na ocenę kontaktu z pielęgniarką.
- Rycina 57. Zależność między pozycją zdrowia w hierarchii wartości osobistych a oceną kontaktu z lekarzem.
- Rycina 58. Zależność między pozycją zdrowia w hierarchii wartości osobistych a oceną kontaktu z pielęgniarką.

Rycina 59. Zależność między zaufaniem pacjenta do lekarza i pielęgniarki a oceną wybranych parametrów funkcjonowania przychodni.

Rycina 60. Zależność między zaufaniem pacjenta do lekarza i pielęgniarki a oceną wybranych parametrów funkcjonowania przychodni, c.d.

Rycina 61. Zależność między wybranymi aspektami wizyty lekarskiej a zaufaniem do lekarza i pielęgniarki.

Rycina 62. Zależność między wybranymi aspektami wizyty lekarskiej a zaufaniem do lekarza i pielęgniarki, c.d.

Rycina 63. Zależność między ogólną oceną kontaktu z lekarzem i pielęgniarką a zaufaniem do lekarza i pielęgniarki.





ISBN – 978-83-957032-8-7