

Samodzielna Pracownia Pielęgniarstwa Społecznego i Promocji Zdrowia AM w Gdańsku¹
Laboratory of Social Nursing and Health Promotion, Medical University of Gdańsk

Kierownik: mgr Grażyna Tatur

Samodzielna Pracownia Pielęgniarstwa Chirurgicznego AM w Gdańsku²
Laboratory of Surgical Nursing, Medical University of Gdańsk

Kierownik: dr n. med. Janina Książek

Instytut Medycyny Społecznej, A M w Warszawie³

Institute of Social Medicine, Medical University of Warsaw

Kierownik: dr hab. Piotr Tyszko, Mgr Grażyna Tatur

GRAŻYNA TATUR¹, JANINA KSIĄŻEK², PIOTR TYSZKO³

Patient as a subject of the services offered

Pacjent jako podmiot udzielanych świadczeń

Umiejętność sprawowania opieki opartej na zasadach holistycznego postrzegania człowieka to jedno z podstawowych zadań lekarzy. Zatem zapewnienie wysokiej oceny świadczeń powinno być priorytetowym zadaniem lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, bowiem kształtuje wizerunek zakładu na rynku usług medycznych [1,2,3]. Zmieniająca się współcześnie medycyna w sposób znaczący wpłynęła na istniejące koncepcje prawne. Widoczna jest tendencja do poszerzania autonomii pacjenta w sferze decyzji związanych z własnym zdrowiem, która coraz częściej jest rozumiana nie tylko jako prawo do zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych, ale także jako prawo do zaspokojenia potrzeb i oczekiwań pacjenta związanych ze standardem, jakością, rodzajem usług zdrowotnych [4, 5]. W świetle zreformowanej ochrony zdrowia pacjent, jest osobą bardziej świadomą, oczekuje od lekarza podstawowe opieki zdrowotnej wsparcia w każdym momencie jego życia, w zdrowiu i w chorobie [6,7]. Dla pacjenta ważne jest przekonanie, że udzielane świadczenia pokrywają się z jego oczekiwaniami, przynoszą satysfakcję zdrowotną, jak i emocjonalną [8]. Zatem lekarze pierwszego kontaktu oprócz wiedzy medycznej i umiejętności pozwalających nawiązać kontakt z pacjentem, wzbudzić jego zaufanie - winni zapewnić pacjentowi i jego rodzinie możliwość uczestnictwa w każdej fazie postępowania profilaktyczno - leczniczego, rehabilitacyjnego czy w opiece terminalnej [9, 10]. Powinni gwarantować pacjentowi prawo do poszanowania prywatności, zachowania godności i autonomii polegającej na prawie do informacji o stanie zdrowia oraz do wyrażania zgody na leczenie [11].

Celem pracy jest poznanie opinii pacjentów korzystających z usług lekarzy przychodni podstawowej opieki zdrowotnej na temat satysfakcji z ich relacji z lekarzem.

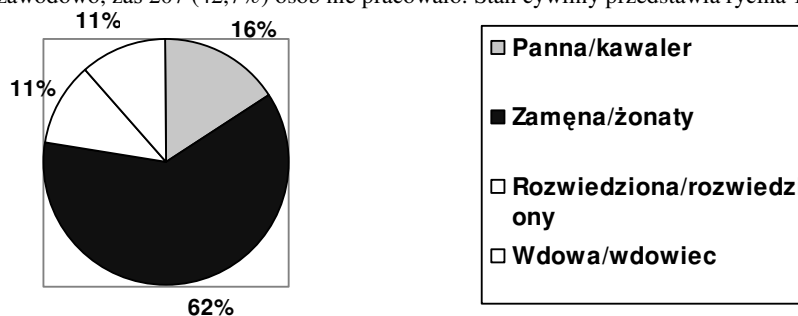
Materiał i metody. Materiał stanowi 628 pacjentów przychodni podstawowej opieki zdrowotnej, z terenu miasta Gdańska, korzystających z porad „poradni ogólnej”. Informacje na temat wzajemnych kontaktów lekarza z pacjentem uzyskano w oparciu o pytania dotyczące: - Udzielanych w ostatnim roku porad lekarskich i miejsca ich uzyskiwania.

- Wyboru i stałej opieki lekarza, którego można określić mianem „swojego lekarza”, .
- Występujących nieporozumień z lekarzem.
- Stopnia zaufania oraz stosowania się do zaleceń lekarskich.

Do analizy statystycznej posłużono się testem χ^2 , oraz analizą wariancji (ANOVA).

WYNIKI I OMÓWIENIE.

W badanej grupie pacjentów było 276 (44%) mężczyzn i 352 (56%) kobiety. Wykształceniem podstawowym legitymowało się 45 (7,2%) osób, zawodowym 130 (20,7%) osób, średnim 231 (36,8%) osób, pomaturalnym 77 (12,2%) osób i wykształceniem wyższym 145 (23,1%) osób. Zmienną którą poddano analizie była także aktywność zawodowa respondentów. Wśród badanej grupy 391 (32,3%) osób pracowało zawodowo, zaś 207 (42,7%) osób nie pracowało. Stan cywilny przedstawia rycina 1.



Rycina 1.

Zdecydowana większość respondentów – 447 (71,4%) twierdzi, że znajduje się pod opieką jednego stałego lekarza, którego mogliby określić jako „swojego,„. Negatywnie wypowiedziało się 111 (17,7%) osób. Ważną zmienną okazała się obecność nadzoru ordynatora nad poradnią, zdecydowanie większą satysfakcję wykazują osoby leczone w poradni z nadzorem - $\chi^2 = 1,112$; $df=2$; $p \leq 0,574$ $V_c = 0,047$. Ponownego wyboru tego samego lekarza dokonałoby 345 (54,9 %) badanych, zdecydowanie nie 76 (12,1 %) badanych. Po analizie danych pod kątem wpływu na nie zmiennych socjodemograficznych okazało się, że wykształcenie i stan cywilny miały wpływ na różnicowanie odpowiedzi - $\chi^2 = 59,533$; $df=4$; $p \leq 0,001$ $V_c = 0,130$. Najczęstszym motywem tak podjętych decyzji według respondentów, którzy zdecydowali się na zmianę dotychczasowego lekarza był brak zainteresowania pacjentem ze strony lekarza, oraz widoczny brak zaangażowania lekarza w problemy chorego w trakcie wizyty w poradni. Takie sformułowania jak: „lekarz spieszy się, nie ma czasu”, „lekarz mało czasu poświęca pacjentowi”, „lekarz nie bada dokładnie” były głównymi uzasadnieniami motywowania decyzji.

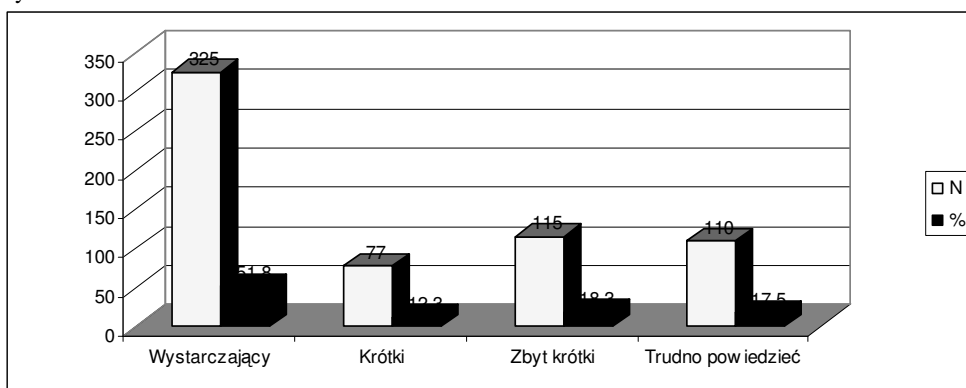
Istnieją również niezależne od samego lekarza rejonowego przyczyny, dla których pacjenci chcą zmian. Należą do nich przede wszystkim: brak ciągłości opieki, zbyt długi czas oczekiwania w kolejce na wizytę do lekarza, oraz konieczność ponoszenia kosztów finansowych wizyty. Pomimo wymienionych negatywnych przyczyn, okazało się, że zdecydowana większość pacjentów nie spotkała się z nieporozumieniami 459 (73,1%) z lekarzem, a jedynie 68 (10,8%) pacjentów stwierdziło, iż do nich dochodziło. Stwierdzono, iż zmienną mającą istotny wpływ na niezadowolenie jest wiek respondenta. Odsetek osób niezadowolonych kształtuje się od 3,6% w wieku do 20 lat, poprzez 4,2% i 4,6% w wieku od 20 do 40 lat do 12,7% w wieku 50 – 60 lat. Najwięcej nieporozumień pomiędzy lekarzem a pacjentem zgłaszają pacjenci najstarsi, powyżej 70 roku życia (odsetek w tej grupie badanych jest wysoki i wyniósł 18,1%) i był pięć razy większy niż u osób do 20-go roku życia. Najwięcej nieporozumień zgłaszają osoby z wykształceniem wyższym - 9,6% oraz bierne zawodowo - 9,4%. Obecność ordynatora w poradniach wskazuje na wyraźne różnice w ocenie problemu występowania nieporozumień z lekarzami – tabela 1.

Tabela 1. Występujące nieporozumienia z lekarzem - ze względu na nadzór ordynatorski POZ

Nadzór ordynatorski POZ	Nieporozumienia z lekarzami							
	Tak		Nie		Trudno Powiedzieć		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nadzór ordynatorski w poradni „O”	12	5,6	169	79,0	33	15,4	214	100,0
Brak nadzoru ordynatorskiego	46	15,9	208	71,7	36	12,4	290	100,0
Ogółem	58	11,5	377	74,8	69	13,7	504	100,0

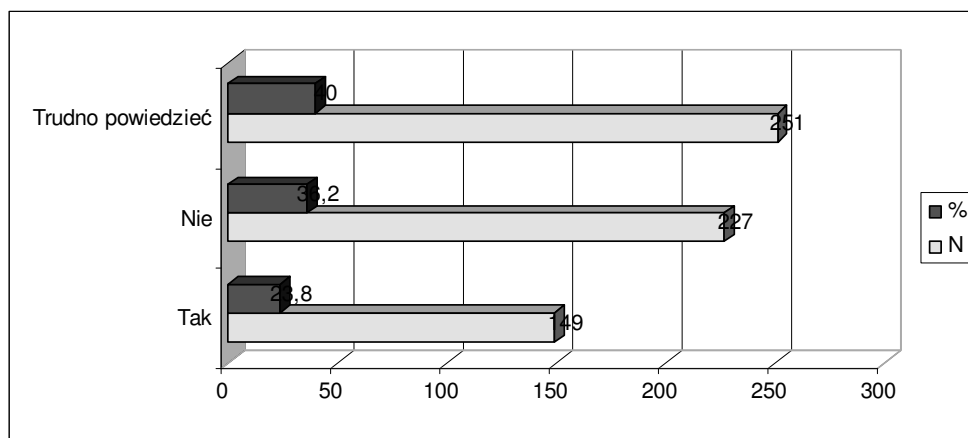
$$\chi^2 = 12,93; df=2; p \leq 0,001; v=0,160$$

Okazuje się, że pacjenci leczący się w poradniach ogólnych z nadzorem ordynatorskim prawie trzy razy rzadziej i w bardzo niewielkim odsetku wskazują na istniejące nieporozumienia - 5,6% w stosunku do osób uczęszczających do lekarza poradni bez nadzoru ordynatora - 15,9%. Istotny wpływ na występujące nieporozumienia między pacjentem a lekarzem mają negatywne oceny respondentów dotyczące przestrzegania przez lekarzy dyscypliny pracy. Najczęściej wymienianą przez respondentów przyczyną jest: „nagminne spóźnianie się lekarzy”. Drugim co do częstotliwości występowania zjawiskiem negatywnie wpływającym na proces komunikacji pomiędzy lekarzem a pacjentem jest: „zbyt małe zainteresowanie pacjentem” oraz „powierzchnowość badania”. Również „trudności w rejestracji telefonicznej do lekarza” stanowiły przyczynę nieporozumień. Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że 218 (43,7%) osób deklaruje, iż korzystało z porad innego lekarza w celu potwierdzenia diagnozy, nie stosowało takiej strategii 418 (65,3%) osób. Jednocześnie, ponad trzy czwarte respondentów - 75,6%, stosuje się do zaleceń lekarza, co świadczyć może o wysokiej ocenie i zaufaniu do lekarzy. Natomiast co dziesiąty badany - 9,7% do takich zaleceń się nie stosuje. Ocena czasu wizyt lekarskich przedstawia Rycina 2.



Rycina 2. Ocena czasu wizyt lekarskich

Różnice w ocenie czasu trwania wizyty lekarskiej daje się zauważyć w poradni z nadzorem ordynatora POZ i bez nadzoru ordynatora (odpowiednio 62,6% i 50,5%). Kolejny wykres ukazuje w jakim stopniu w ocenianej populacji występowały trudności w zamawianiu wizyty domowej.



Rycina 3. Trudności w zamówieniu wizyty domowej

DYSKUSJA

Jeżeli zapytamy respondenta jak ocenia służbę zdrowia w Polsce, to spodziewamy się ocen raczej krytycznych i tak zazwyczaj się dzieje. Natomiast gdy to samo pytanie odnosi się do społeczności lokalnej, konkretnej placówki medycznej, czy danego lekarza, okazuje się, że odsetek odpowiedzi wskazujących na pozytywną ocenę służby zdrowia znacznie się poprawia [4]. Jest to dowód na to, iż przy ocenie działalności podstawowej opieki zdrowotnej powinniśmy brać pod uwagę co najmniej jej dwa znaczenia: szczegółowe (lokalne, często doświadczane, bardziej konkretne), oraz ogólne (częściej oparte na opiniach i utartych stereotypach, niż na własnej weryfikacji) [3,8]. Powyższą teorię potwierdza zebrany materiał empiryczny z Gdańska. Należy podkreślić, iż zdecydowana większość badanych jest usatysfakcjonowana z opieki lekarskiej. Świadczy o tym niski odsetek nieporozumień między lekarzem a pacjentem. Jednak jeżeli już jakieś nieporozumienia występują to okazuje się być ważnym tu zarówno wiek pacjenta jak i obecność nadzoru ordynatorskiego. Autorzy uważają, że zaprezentowane wyniki badań prowadzonych w trudnym okresie ustawicznej transformacji systemu ochrony zdrowia, są przykładem ogromnej determinacji lekarzy w zakresie potrzeby zapewnienia swoim pacjentom podmiotowości w procesie diagnozowania i leczenia.

WNIOSKI

1. Zdecydowana większość respondentów jest zadowolona z opieki lekarza, a deklarowana chęć ponownego wyboru tego samego lekarza świadczy pozytywnie o procesie komunikacji pacjent – lekarz.
2. Stopień akceptacji lekarza i pozytywna ocena poczucia podmiotowości w procesie leczenia rośnie wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia respondentów.
3. Korzystniejsze wyniki uzyskano w przychodniach z nadzorem „ordynatorskim”.

LITERATURA

1. Dolińska-Zygmunt G.(red.): Elementy psychologii zdrowia. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 1996.
2. Bulicz E, Murawow I.: Wychowanie zdrowotne. Teoretyczne podstawy waleologii. Politechnika Radomska. Radom 1997.
3. Tobiasz – Adamczyk B.: Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby .Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków 2000.
4. Kurzynowski A.: Polityka społeczna, globalna i lokalna. Szkoła Główna Handlowa. Warszawa 1997
5. Goleman D.: Inteligencja emocjonalna. Media Rodzina of Poznań, 1997.

6. Wolff W R., Pederson S. A., Rosenberg R.: Filozofia medycyny; Wprowadzenie: Wydawnictwo Naukowe. PWN Warszawa 1997.
7. Ostrowska A.: Relacje pacjent – lekarz : nowa jakość? Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna Rocznik VIII, Numer 21, 2001,109-121
8. Kliszcz J., Trzecia B.: Komunikacja między lekarzem a pacjentem, [w]: red. Latański M., Braun R. N., Kuszewski K. Lekarz Ogólny – Zadania i Organizacja Pracy Polskie Towarzystwo Medycyny Ogólnej i Środowiskowej Lublin 1992; 129-154,146.
9. Parsons T. : Szkice z teorii socjologicznej, PWN. Warszawa .
10. Fr J., Hasler J.: Primary Health Care 2000. Churchill Livingstone,1986
11. Halik J., Prawa Pacjenta. Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia. Warszawa 1996

STRESZCZENIE

W świetle zreformowanej ochrony zdrowia pacjent, jest osobą bardziej świadomą, oczekuje od lekarza podstawowe opieki zdrowotnej wsparcia w każdym momencie jego życia, w zdrowiu i w chorobie. Celem pracy jest poznanie opinii pacjentów korzystających z usług lekarzy przychodni podstawowej opieki zdrowotnej na temat satysfakcji z ich relacji z lekarzem.

Materiał i metody. Materiał stanowi 628 pacjentów przychodni podstawowej opieki zdrowotnej, z terenu miasta Gdańska, korzystających z porad „poradni ogólnej”.

Do analizy statystycznej posłużono się testem χ^2 , oraz analizą wariancji (ANOVA).

Wyniki badań dowodzą, że zdecydowana większość respondentów znajduje się pod opieką jednego stałego lekarza, którego określają jako „swojego”, i jeżeli mogliby dokonać ponownie wyboru, to zdecydowaliby się na dotychczasowego lekarza. Stopień akceptacji lekarza i pozytywna ocena poczucia podmiotowości w procesie leczenia rośnie wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia respondentów.

ABSTRACT

In the light of reformed health care system, there was an increase in patients' awareness, and thus, they expect from general practitioners widespread support in every moment of their lives, in sickness or health.

The aim of the research is to get to know patients' opinions concerning their satisfaction of doctor - patient relations. The research involved patients using medical services of an outpatient clinic offering basic health care.

Material and methods. 628 patients of an outpatient clinic offering basic health care from Gdańsk constitute the material for this research. The patients used the services of a 'general outpatient clinic'. χ^2 test and the analysis of variance (ANOVA) were used in statistical analysis. The results indicate that vast majority of the respondents have one regular doctor who is referred to as 'theirs' and if they could choose again, they would decide to have the same one. The degree of acceptance for a doctor and a positive evaluation of patients' sense of being the focal point in a treatment process increase together with the respondents' education level.