
ANNALES
UNIVERSITATIS MARIAE CURIE-SKŁODOWSKA
LUBLIN - POLONIA

VOL.LX, SUPPL. XVI, 7

SECTIO D

2005

¹Studenckie Koło Naukowe

²Zakładu Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego CM UMK w Bydgoszczy

¹Opiekun: dr n. med. Robert Ślusarz

²Kierownik Zakładu: dr hab. n. med. Wojciech Beuth

¹Student Scientific Association of

²Neurological and Neurosurgical Nursing Department CM UMK

¹Carer: dr n. med. Robert Ślusarz

²Head: dr hab. n. med. Wojciech Beuth

³Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego CM UMK

Kierownik: dr n. med. Maria Szewczyk

Surgical Nursing Department CM UMK

Head: dr n. med. Maria T. Szewczyk

⁴Katedra i Klinika Neurochirurgii i Neurotraumatologii CM UMK

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Heliodor A. Kasprzak

Neurosurgical Department and Clinic CM UMK

Head: prof. dr hab. n. med. Heliodor A. Kasprzak

JÓZWICKA MAŁGORZATA¹, ŚLUSARZ ROBERT^{1,2}, SZEWCZYK MARIA³,
TAFELSKI MARCIN⁴, BEUTH WOJCIECH²

Patient's satisfaction with the health care - ways of leading of researches

Satysfakcja pacjenta z opieki medycznej - sposoby przeprowadzania badań

W Stanach Zjednoczonych na przełomie lat 50-tych i 60-tych XX w. podjęto badania, które miały na celu opracowanie narzędzia pomiaru satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej. Badaniem objęto trzy grupy potrzeb: potrzeba wypoczynku, indywidualnego kontaktu z pielęgniarką oraz żywienia [7]. W latach 60-tych i 70-tych ubiegłego wieku w niektórych krajach zachodnich wiele szpitali zaczęło prowadzić regularne analizy wybranych grup pacjentów wypisywanych ze szpitala. Badania dotyczyły wielu aspektów: opieki lekarskiej, pielęgniarskiej, działalności socjalnej [2]. Podobne badania w latach 80-tych podjęto w Wielkiej Brytanii gdzie przy wykorzystaniu 32 stronicowego kwestionariusza „What The Patient Thinks” udało się ustalić sześć zmiennych zależnych dotyczących satysfakcji pacjenta; siedem zmiennych niezależnych dotyczących procesu i struktury oraz jedną zmienną, która dotyczyła zdaniem pacjentów obciążenia personelu [7].

BADANIA SATYSFAKCJI – METODY

Pomiar satysfakcji może być dokonywany za pomocą różnorodnych metod i technik badawczych. Metody badania jakości biocyto [5]:

- analiza skarg i wniosków,
- rozmowy doraźne - zbieranie dobrych i zły doświadczeń,
- rozmowy w dobranych grupach pacjentów przeprowadzane przez specjalnie wyszkolone osoby,
- rozmowy prowadzone przez pracowników oddziału jako element kultury zakładu,
- śledzenie drogi pacjenta i zadawanie pytań w momentach zasadniczych,

- badania ankietowe,
- wizyty w domach pacjentów w kilka dni po wypisaniu ze szpitala,
- wysyłanie listów do pacjentów z prośbą o odpowiedź na pytania,
- obserwacja uczestnicząca,
- telefon w charakterze telefonu zaufania,
- Rzecznik dobra pacjentów lub Rzecznik praw pacjenta.

Tradycyjne opieranie się wyłącznie na zgłaszanych przez pacjenta problemach nie daje pełnego obrazu rzeczywistości. Analiza skarg jako metoda poprawy jakości pozwala na ocenę przypadków skrajnie negatywnych, dlatego preferuje się metody aktywnego zbierania informacji o działalności i preferencjach odbiorcy [3].

Najczęściej satysfakcję z opieki bada się za pomocą kwestionariusza, który zawiera ogólną satysfakcję z opieki, satysfakcję z organizacji opieki oraz satysfakcję z warunków bytowych.

Badania satysfakcji pacjentów mogą służyć różnym celom. Najważniejsze z nich jest poznanie opinii konsumentów na temat funkcjonowania jednostki medycznej. Dyrektorzy zakładów nie są w stanie wykryć niedomagań organizacyjnych a pacjenci na ogół nie skarżą się na drobne dysfunkcje. Stosując badania satysfakcji można szybko wprowadzić korektę a tym samym przeciwdziałać konfliktom i skargom.

Inną funkcją badań jest systematyczna ocena pracy personelu, możliwość porównania poszczególnych grup pracowników [6]. Za pomocą kwestionariuszy można skontrolować pracę Izby Przyjęć dotyczącą szybkości załatwienia pacjenta czy grzeczność personelu. Ocenic pracę pielęgniarek pod względem szybkości reagowania na dzwonki, udzielania informacji, zyczliwości. Przestrzeganie praw pacjenta przez lekarzy. Ocenie poddawane są również poszczególne komórki szpitala czyli pralnia, kuchnia, pracownie diagnostyczne.

Badania ankietowe bywają obciążone błędami ponieważ pacjenci do badań są wybierani przez ankietera czy personel. Ankieter może swoimi cechami osobowościowymi wpływać na wynik ankiety. Obecność personelu medycznego może spowodować, że pacjent będzie się obawiał konsekwencji i nie udzieli negatywnych odpowiedzi.

Innym sposobem badania satysfakcji pacjenta jest metoda CIT czyli metoda zdarzeń krytycznych. Stwierdzono, że jest to najbardziej obiektywna metoda pozwalająca na dokładne i spójne interpretacje i oceny zdarzeń. Głównym elementem działania jest zbieranie opisów zdarzeń i klasyfikowanie ich w określony schemat, który umożliwia wykrycie problemów i ich przyczyny.

Według M.J. Bitnera, B.H. Boomsa i M.S. Tetreaulta, którzy stosowali tę metodę, aby zdarzenie mogło być zakwalifikowane do badania metodą CIT musi wystąpić interakcja między pacjentem a pracownikiem, sytuacja musi być satysfakcjonująca lub nie z punktu widzenia pacjenta. Zdarzenie jest odrębnym epizodem i jest na tyle szczegółowe aby prowadzący wywiad mógł je sobie wyobrazić. Wyniki badań, zdaniem autora, dostarczają bardziej szczegółowych i dogłębnych danych niż inne metody badań satysfakcji pacjenta. Metoda CIT wykorzystuje dane ilościowe jak i jakościowe. Pozwala menedżerom na identyfikację potrzeb szkoleniowych personelu bezpośrednio pracującego z pacjentem [1].

Najczęstsze błędy, które towarzyszą badaniom to zbyt dużo pytań naraz. Pytania istotne dla zakładu nie muszą być ważne dla pacjentów. Badania mogą być przeprowadzone w nie odpowiednim momencie. Osoby, które prowadzą badania, swoją postawą, zachowaniem mogą źle wpływać na badanych. Personel może mieć lekceważący stosunek do badań [5].

PODSUMOWANIE

Metody badające satysfakcję pacjenta z opieki medycznej dostarczają subiektywnych doświadczeń badanych. Większość pacjentów prawdopodobnie nie uznaje koncepcji satysfakcji odwołującej się do pojęcia konsumpcji, ponieważ nie podchodzą jeszcze do opieki medycznej z oczekiwaniami konsumenta. Odpowiedzi zależą bardziej od interpersonalnych niż technicznych aspektów opieki. Satysfakcja bardziej oznacza poczucie miłej obsługi, indywidualnego zainteresowania pacjentem i udzielania informacji niż profesjonalnej usługi.

Mimo „tradycyjnej niechęci” poznawania opinii o sobie, personel medyczny musi pogodzić się z faktem, że pacjent coraz bardziej będzie współdecydował o sposobie i zakresie świadczonej opieki. Pacjent – klient ma takie same prawa do oceny jakości opieki co świadczący opiekę [7]. Jakość w

opiece zdrowotnej zobowiązuje lekarzy i pielęgniarki, jak również pozostałych pracowników do zwrócenia uwagi, że głównym podmiotem ich pracy jest pacjent i jego dobro. Człowiek bowiem „jest kimś, a nie czymś, jest podmiotem praw i obowiązków [4].

PIŚMIENNICTWO

1. Chmielewski D.: Metoda CIT - narzędzie w badaniu satysfakcji pacjentów. Służba Zdrowia. 2002,5-8,16-17
2. Czupryna A.: Zdrowie Publiczne tom II. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesolius Kraków 2001
3. Kautsch M.: Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Wydawnictwo UJ. Kraków 2000
4. Kowalczyk S.: Z refleksji nad człowiekiem. Człowiek – społeczeństwo – wartość. Towarzystwo Naukowe KUL Lublin 1995
5. Piątek A.: Zarządzanie jakością w pielęgniarstwie a odpowiedzialność zawodowa. Materiały szkoleniowe Centrum Szkolenia Samorządu i Administracji w Lublinie na temat: „Prawne aspekty organizacji pracy i odpowiedzialności zawodowej na pielęgniarskich stanowiskach pracy. Kazimierz Dolny, październik 2002
6. Putza J.: Procesy przekształceń w ochronie zdrowia - bariery i możliwości. Warszawa 2002
7. Wołowicka L.: Postępy Pielęgniarstwa i Promocji Zdrowia. Cz. XIII. Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego. Poznań 1998,86–107,126–131

STRESZCZENIE

Przemiany rynkowe wymuszają działania na rzecz pacjenta. Pomiar poziomu satysfakcji z usług medycznych jest najczęściej stosowanym wskaźnikiem jakości opieki. Zadowolenie pacjenta odzwierciedla wyniki działań służby zdrowia w zakresie dostępności, prewencji, diagnozowania, terapii, rehabilitacji i informacji. Określając poziom satysfakcji pacjent określa interpersonalny kontakt klienta i usługodawcy, mniej ważna jest dla niego jakość opieki technicznej. Narzędzia badawcze służące do określenia poziomu zadowolenia z pobytu w placówkach ochrony zdrowia stają się częstym elementem oceny pracy i sprzyjają poprawie jakości. Słowa kluczowe: satysfakcja pacjenta, opieka medyczna, badania

SUMMARY

Market changes have forced activities towards the behalf of the patient. The measure of Satisfaction with medical services is the most commonly used index of care quality. Patient Satisfaction reflects the result of health service activities in the area of availability, prevention, diagnostics, therapy, rehabilitation and information. In determining the level of Satisfaction the patient describes the interpersonal contact of a client and service provider, where the quality of technical care is less important to him. Investigative tools that help to determine the level of Satisfaction of hospitalization in health care facilities often become an element of work evaluation and serve to improve quality. Key words: patient's satisfaction, health care, researches