

**Joanna Jończyk**

Politechnika Białostocka

---

## OCENA SATYSFAKCJI PACJENTA W KONTEKŚCIE JAKOŚCI OPIEKI ZDROWOTNEJ

---

**Streszczenie:** Zasadniczym celem opracowania jest próba identyfikacji satysfakcji pacjentów będących klientami jednego z publicznych zakładów opieki zdrowotnej w województwie podlaskim w kontekście postrzeganej przez nich jakości usług. Ogólna ocena jakości usług przez respondentów jest pozytywna. Korzystnie oceniono warunki lokalowe w szpitalu, takie jak: wyposażenie sal chorych, estetyka wnętrz, stan sanitariatów i ich dostępność, czystość i higiena na salach chorych, a także liczbę łóżek w stosunku do powierzchni tych sal i ich wyposażenie. Pozytywnie oceniono również relacje z lekarzem prowadzącym oraz personelem pielęgniarskim. Z kolei oceny negatywne dotyczyły głównie stanu i dostępności aparatury diagnostycznej oraz praw pacjenta, takich jak: prawo do informacji o stanie zdrowia, do wglądu do dokumentacji oraz swobodnego wyboru lekarza.

**Słowa kluczowe:** zaufanie, relacje oparte na zaufaniu, kapitał społeczny.

### 1. Wstęp

Zarówno w literaturze przedmiotu, jak i w praktyce coraz częściej podkreśla się, że satysfakcja klienta jest istotnym elementem trwałości i rozwoju współczesnych organizacji. Jednocześnie uznaje się, że wyniki badań satysfakcji klientów mogą być cennym źródłem informacji o jakości usług, co z kolei może przekładać się na potencjalny wybór ich dostawcy. Powyższa problematyka wzbudza coraz większe zainteresowanie również na rynku usług zdrowotnych. Obserwuje się systematyczny wzrost świadomości pacjentów w zakresie ich oczekiwań, preferencji oraz przysługujących im praw. Stają się oni bardziej aktywnymi uczestnikami rynku usług zdrowotnych. Można uznać, że pacjenci jako klienci zakładów opieki zdrowotnej są ostatecznym arbitrem decydującym o poziomie jakości usług zdrowotnych w tych placówkach. W związku z powyższym uzasadniona wydaje się dbałość zakładów opieki zdrowotnej o jakość usług zdrowotnych zorientowanych na zaspokojenie potrzeb pacjenta w stopniu uzasadniającym jego satysfakcję.

Celem opracowania jest próba oceny poziomu satysfakcji pacjentów korzystających z opieki medycznej w jednym z publicznych szpitali w województwie podlaskim. Za główne kryterium oceny uznano takie aspekty opieki medycznej, jak:

warunki przyjęcia i pobytu w pomieszczeniach szpitalnych, przestrzeganie praw pacjenta oraz relacje z personelem medycznym. Opracowanie ma charakter teoretyczno-empiryczny. Analizę empiryczną przeprowadzono na podstawie wyników badań pilotażowych przeprowadzonych w jednym z publicznych szpitali województwa podlaskiego.

## **2. Satysfakcja pacjenta w opiece zdrowotnej – aspekty teoretyczne**

Transformacja systemowa w opiece zdrowotnej i związane z nią próby wprowadzania konkurencji na rynku usług zdrowotnych spowodowały zmiany w roli i aktywności klientów tego sektora. Obecnie można zaobserwować bardziej świadomy udział pacjentów w relacjach z usługodawcami, wynikający m.in. z dostępności usług, cech charakteryzujących strony, ich wrażliwości czy edukacji prozdrowotnej w społeczeństwie. Jednocześnie pozycja profesjonalistów medycznych i intensywność kontaktów pomiędzy usługobiorcą a usługodawcą zwróciły uwagę na kwestie relacji międzyludzkich. Jak podkreśla I. Rudawska, siła relacji pomiędzy personelem medycznym a pacjentem może prowadzić do doświadczania obopólnych wartości [Rudawska 2007]. Przy czym intensywność i rezultat tych relacji będą w znacznej mierze zależały od zaufania i zaangażowania obu stron wymiany relacyjnej. Z perspektywy pacjenta szczególnie ważne jest osiągnięcie poczucia satysfakcji dotyczącej jakości sprawowanej wobec niego opieki medycznej. Satysfakcja oznacza tu postawę stanowiącą odpowiedź na stopień realizacji oczekiwań pacjenta [Bowers, Kiefe 2002; Crow i in. 2002]. Pacjentem jest każda osoba korzystająca z usług medycznych, niezależnie od tego, czy jest zdrowa, czy chora. Należy go uznać za najważniejszą część struktury organizacji, powinny mu być podporządkowane wszystkie działania organizacji [Opolski, Dykowska, Możdżonek 2003, s. 57]. W tym kontekście jakość usługi medycznej może dotyczyć kwestii użyteczności, kwalifikacji personelu, aparatury, urządzeń, procesu itd. Jeśli usługi zdrowotne mają być postrzegane jako wysokiej jakości, powinny spełniać oczekiwania pacjentów.

W literaturze przedmiotu za podstawowe sfery jakości usługi zdrowotnej uznaje się: sferę organizacyjną, techniczną i informacyjną [Maxwell 1984]. Pierwsza z nich obejmuje takie cechy jakości, jak: niezawodność, dostępność oraz odpowiedzialność. Druga dotyczy przestrzegania procedur pod względem technicznym, gdzie poziom sprzętu medycznego wpływa zarówno na jakość leczenia, jak i na bezpieczeństwo (fizyczne oraz psychiczne) pacjentów. Trzecia z kolei związana jest z informacją, wiedzą i komunikacją umożliwiającymi dyskusję pomiędzy świadczeniobiorcą a świadczeniodawcą, zmniejszanie barier nieufności pomiędzy stronami oraz satysfakcję z otrzymanej usługi medycznej. Do najpopularniejszych narzędzi oceny jakości usług zdrowotnych postrzeganych przez klientów zalicza się badanie poziomu satysfakcji. Choć warto zaznaczyć, że użyteczność tego narzędzia coraz częściej jest kwestionowana w kontekście asymetrii informacji, konsumpcjonistycznego podejścia czy subiektywizmu oceny [Kowalska 2009, s. 36]. Podstawową kon-

cepcją teoretyczną używaną w określaniu satysfakcji pacjenta jest podejście związane z jego oczekiwaniami. Zgodnie z tym modelem osoba szuka pomocy z różnych przyczyn i ocena tego, co otrzymuje, nie zależy tylko od samej interwencji, ale od całego procesu stawania się odbiorcą pomocy. Satysfakcja w tym ujęciu jest nie tylko pojęciem poznawczym, ale i emocjonalnym, które zależy od zmiennych psychologicznych (oczekiwań, systemu wartości itp.) [Linder-Pelt 1982]. Ważnym elementem są dotychczasowe doświadczenia pacjenta i związane z tym oczekiwania. Należy podkreślić, że pacjent postrzega jakość usługi, oceniając nie tylko skutek, ale również potencjał usługodawcy oraz cały proces usługi. Jakość oczekiwaną przez klienta kształtują zarówno zasoby materialne, jak i otoczenie fizyczne organizacji oraz jego właściwości [Ware, Davies-Avery, Stewart 1978]. Podobnie opisuje to Wilde w swoim modelu, wskazując na cztery wymiary jakości postrzeganej przez pacjenta: medyczno-technicznych kompetencji personelu, fizyczno-technicznych warunków opieki, stopnia zaangażowania personelu medycznego, a także społeczno-kulturalnej atmosfery panującej w organizacji [Wilde 1999].

W praktyce zakłady opieki zdrowotnej jako narzędzie badania satysfakcji wykorzystują najczęściej skonstruowane przez siebie kwestionariusze zawierające informacje na temat: opieki lekarskiej i kontaktów pacjenta z personelem medycznym, dostępności świadczeń oraz tzw. warunków hotelowych. Perspektywa oceny ma na celu uzyskanie informacji dotyczących życzliwości personelu medycznego, prawa do prywatności, zachowania dyskrecji i tajemnicy lekarskiej oraz wsparcia psychicznego chorego, polegającego przede wszystkim na podejmowaniu działań dla zmniejszenia lęku czy bólu. Istotnym determinantem satysfakcji pacjentów jest dostępność świadczeń związana z czasem oczekiwania na wizytę, zaplanowany zabieg, badania diagnostyczne. Na satysfakcję pacjentów wpływają również warunki lokalowe panujące w placówce udzielającej opieki zdrowotnej. Do opisu tej determinanty służą najczęściej wygląd zewnętrzny i wewnętrzny pomieszczeń, wyposażenie, środki przekazu oraz jakość posiłków. Z punktu widzenia jakości opieki zdrowotnej oferowanej pacjentowi istotne znaczenie mają również jego prawa indywidualne, zwane prawami pacjenta. W polskim prawie przepisy dotyczące tych praw znajdują się w Konstytucji oraz w wielu aktach prawnych, wśród których można wskazać ustawę o zawodzie lekarza, ustawę o zawodach pielęgniarki i położnej, ustawę o zakładach opieki zdrowotnej, ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych itd. Należy podkreślić, że kierownik zakładu opieki zdrowotnej zobowiązany jest do zapewnienia dostępności informacji o prawach pacjenta, co najczęściej realizowane jest przez wywieszenie Karty Praw Pacjenta w widocznym miejscu. Do podstawowych praw pacjenta zalicza się m.in. prawo do wyrażenia zgody (lub odmowy) na proponowane sposoby postępowania medycznego, prawo do poufności informacji (medycznych i niemedycznych) związanych z pacjentem, prawo do poszanowania intymności i godności osobistej pacjenta czy prawo wglądu do dotyczącej go dokumentacji medycznej prowadzonej przez zakład opieki zdrowotnej.

Podsumowując, należy podkreślić korzyści wynikające z badania satysfakcji pacjentów. Po pierwsze, badania te stwarzają możliwość poznania opinii o jakości świadczeń w różnych obszarach funkcjonowania zakładu opieki zdrowotnej, wpływających zarówno bezpośrednio (np. niezawodność), jak i pośrednio (np. przestrzeganie praw pacjenta) na ostateczny kształt usługi. Po drugie, umożliwiają określenie nieprawidłowości w analizowanych obszarach funkcjonowania zakładu opieki zdrowotnej, co z kolei jest niezbędne do implementacji usprawnień. Po trzecie, wyniki badań satysfakcji pacjentów stwarzają szansę udowodnienia, że misją zakładu opieki zdrowotnej jest troska o dobro pacjenta, a nie wyłącznie diagnostyka. Jednocześnie warto podkreślić, że konieczność pomiaru satysfakcji pacjenta z jakości usług zdrowotnych związana jest z przemianami, jakie zachodzą w otoczeniu zakładów opieki zdrowotnej i wymuszają zmiany w ich funkcjonowaniu. Powodzenie tych zmian w znacznej mierze zależy od umiejętności kształtowania kultury zaufania, w której świadomość jakości, umiejętność myślenia z korzyścią dla pacjentów są nieodzownymi elementami, wymagającymi stałego zainteresowania.

### 3. Metodyka i wyniki badań pilotażowych

W licznych dyskusjach dotyczących zmian w polskim systemie opieki zdrowotnej, oprócz nieustannie podnoszonych problemów finansowania, coraz większą uwagę zwraca zagadnienie troski o pacjenta i jakości świadczonych usług zdrowotnych. Jednocześnie problematyka ta rzadko bywa przedmiotem zainteresowań polskich badawczy, szczególnie na gruncie nauk o zarządzaniu, co może uzasadniać niewielką liczbę odwołań do polskiej literatury przedmiotu w opracowaniu. Celem niniejszej pracy była próba oceny poziomu satysfakcji pacjentów korzystających z opieki zdrowotnej w jednym z publicznych szpitali w województwie podlaskim. Badania przeprowadzono w miesiącach kwiecień i maj 2009 r. Miały one charakter pilotażowy. Chodziło o uzyskanie opinii pacjentów na temat poprawności kwestionariusza, jego zrozumiałości oraz trafności. W badaniu wzięło udział 30 respondentów (13 mężczyzn i 17 kobiet) w wieku od 18 do 65 lat i powyżej (8 osób w wieku od 18 do 45 lat, 14 osób od 45 do 65 lat, 8 powyżej 65 lat). 7 ankietowanych pochodziło ze wsi, natomiast 23 osoby z miasta. Tylko 3 ankietowanych miało wykształcenie wyższe, pozostali zaś średnie i zawodowe. Dobór respondentów polegał na pozyskaniu osób, które przynajmniej trzykrotnie przebywały na leczeniu w oddziałach szpitalnych w 2008 r. Istotne było, aby respondenci mieli podobne doświadczenia w korzystaniu z usług medycznych. W badaniach zastosowano metodę wywiadu kwestionariuszowego. Respondentów poinformowano o anonimowości badania oraz o fakcie nieujawniania pozyskanych informacji personelowi szpitala. Kwestionariusz ankietowy składał się z 30 pytań (zamkniętych i otwartych) oraz metryczki. Pytania zostały pogrupowane według kilku kryteriów. Za główne kryterium oceny satysfakcji pacjentów uznano niemedyczne aspekty opieki zdrowotnej. Założenie to przyjęto w związku z często podnoszonym w literaturze faktem silnej asymetrii informacji

w relacjach personelu medycznego z pacjentem. Zatem za główne kryterium oceny uznano niemedycezne aspekty opieki zdrowotnej, a szczególnie: jakość warunków w pomieszczeniach szpitalnych, przestrzeganie praw pacjenta oraz relacje z personelem medycznym. Ustalone kryteria oceny znalazły odniesienie w poszczególnych pytaniach kwestionariusza badawczego. W pytaniach zastosowano pięciostopniową skalę porządkową Likerta, w której ustalono następujące warianty oceny: 5 – bardzo dobrze, 4 – dobrze, 3 – przeciętnie, 2 – źle, 1 – bardzo źle. W kilku pytaniach respondenci stosowali skalę dwustopniową z odpowiedziami *tak* lub *nie*. Wykorzystanie tych skal pozwoliło na wyselekcjonowanie upodobań respondentów, wybór tych możliwości, które najbardziej odpowiadały ich odczuciom w przedmiocie postrzeganej przez nich jakości opieki zdrowotnej.

Pierwsza grupa pytań dotyczyła warunków związanych z przyjęciem do szpitala i pobytem w szpitalu. Rozkład odpowiedzi znajduje się w tab. 1.

**Tabela 1.** Ocena warunków przyjęcia do szpitala i pobytu w szpitalu

Wyszczególnienie	5	4	3	2	1
Dojazd do placówki środkami komunikacji publicznej	2	20	6	2	0
Liczba miejsc parkingowych na terenie placówki	0	27	3	0	0
Estetyka wnętrza	0	30	0	0	0
Stan sanitariatów, ich dostępność, wyposażenie w środki higieniczne	10	19	0	0	1
Warunki żywieniowe w placówce	0	1	0	1	28
Stan techniczny aparatury diagnostycznej	0	5	0	20	5
Dostępność do aparatury diagnostycznej	3	7	0	15	5

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Respondenci pozytywnie ocenili warunki przyjęcia do szpitala i pobytu w badanym szpitalu. W kwestii dojazdu do placówki, liczby miejsc parkingowych, estetyki wnętrza i sanitarnego wyposażenia przeważały opinie pozytywne (suma odpowiedzi: *bardzo dobrze i dobrze*). Z kolei warunki żywieniowe, dostępność do aparatury diagnostycznej oraz jej stan techniczny zostały w znacznej większości ocenione negatywnie (suma odpowiedzi: *źle i bardzo źle*). Taka ocena związana jest ze złym stanem infrastruktury w zakładach opieki zdrowotnej i wynika z wieloletnich zaniedbań inwestycyjnych, które zawsze tłumaczone są ograniczonymi zasobami finansowymi szpitali i jednostek ich nadzorujących. W przypadku badanego szpitala sytuacja stopniowo ulega zmianie, gdyż jednostka w 2009 r. dostała istotne dofinansowanie z Regionalnego Programu Operacyjnego na poprawę stanu infrastruktury i wyposażenia.

W dalszej części ankiety ocenie poddano czas oczekiwania pacjentów na przyjęcie na oddział szpitalny (tab. 2).

**Tabela 2.** Ocena czasu oczekiwania na przyjęcie na oddział

Wyszczególnienie	5 (5 -15 minut)	4 (15 -30 minut)	3 (30- 60 minut)	2 (60 minut)	1 (powyżej 60 minut)
Czas oczekiwania na przyjęcie na oddział	22	1	1	6	0

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Z powyższego rozkładu odpowiedzi wynika, że większość respondentów oczekuje na przyjęcie na oddział od 5 do 15 minut. Jednocześnie w opinii 6 osób była to jedna godzina. Można przypuszczać, że wydłużenie czasu oczekiwania na przyjęcie na oddział po zgłoszeniu się na izbę chorych wynika z faktu okresowego wzrostu pacjentów, np. w sezonie jesienno-zimowym, jak też z powodu oczekiwania na wyniki badań, które wykonywane są na izbie chorych.

Kolejne zagadnienie dotyczyło oceny stanu i wyposażenia sal chorych (tab. 3).

**Tabela 3.** Ocena stanu i wyposażenia sal chorych

Wyszczególnienie	5	4	3	2	1
Przystosowanie liczby łóżek do wielkości sal chorych	0	22	1	7	0
Wyposażenie sali chorych (pościel, dzwonek, oświetlenie)	0	22	0	8	0
Przystosowanie oddziałów do potrzeb chorych (np. uchwyty, poręcze)	0	27	0	3	0
Czystość i higiena w oddziałach	0	27	0	3	0

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Znaczna większość respondentów (22) pozytywnie oceniała przystosowanie liczby łóżek do wielkości sal chorych (suma odpowiedzi: *bardzo dobry i dobry*). Podobny rozkład odpowiedzi dotyczył wyposażenia sal chorych (pościel, dzwonek, oświetlenie). Większość respondentów (27) również pozytywnie wypowiedziała się w kwestii przystosowania oddziałów do potrzeb chorych (np. uchwyty, poręcze) oraz czystości i higieny w oddziałach. Aprobujący stosunek respondentów do powyższych zagadnień może wynikać z faktu przygotowywania się jednostki do akredytacji, a następnie certyfikacji ISO.

Następną kwestią poddaną ocenie była dostępność do informacji o prawach pacjenta. Rozkład odpowiedzi zawiera tab. 4.

W większości opinii zarówno dostępność do informacji o prawach pacjenta, jak i możliwość zapoznania się z tymi prawami oceniane zostały pozytywnie (suma odpowiedzi: *bardzo dobry i dobry*). Znacznie gorzej wypadła ocena przestrzegania praw pacjenta, ponieważ połowa respondentów (15) wydała negatywną opinię w tej kwestii.

**Tabela 4.** Dostępność do informacji o prawach pacjenta

Wyszczególnienie	5	4	3	2	1
Dostępność do informacji z zakresu praw pacjenta	1	23	0	6	0
Możliwość zapoznania się w szpitalu z Kartą Praw Pacjenta	2	22	0	6	0
Przestrzeżenie prawa pacjentów	1	14	0	15	0

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań.

Kolejne pytanie dotyczyło ustosunkowania się respondentów do przestrzegania poszczególnych praw pacjenta (tab. 5).

**Tabela 5.** Ocena przestrzegania praw pacjenta

Wyszczególnienie	5	4	3	2	1
Prawo do poszanowania godności	0	27	3	0	0
Prawo do informacji o stanie zdrowia	0	20	0	15	0
Prawo do wglądu do dokumentacji	0	15	0	15	0
Prawo do poufności	0	27	0	0	0
Prawo do jakości opieki	0	15	10	15	0
Prawo do intymności	0	27	1	2	0
Prawo do wyboru lekarza	0	15	0	15	0

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Z rozkładu odpowiedzi wynika, że znaczna większość respondentów pozytywnie wypowiedziała się w kwestii przestrzegania praw pacjenta. Krytyczne uwagi dotyczyły przede wszystkim informacji o stanie zdrowia, wglądu do dokumentacji, wyboru lekarza i jakości opieki. Jednocześnie w trakcie wywiadów ankietowani pacjenci wskazali na potrzebę większego zwrócenia uwagi na upowszechnianie informacji o prawach pacjenta nie tylko przez szpital, ale także lekarza pierwszego kontaktu, media czy Narodowy Fundusz Zdrowia.

Ostatnim zagadnieniem poddanym analizie były relacje pomiędzy pacjentem a personelem medycznym. Opracowano oddzielne zestawy pytań dotyczące relacji z personelem lekarskim i personelem pielęgniarskim. Rozkład odpowiedzi odnoszących się do relacji pacjenta z lekarzem prowadzącym znajduje się w tab. 6.

Zdecydowana większość respondentów (24) pozytywnie oceniła relacje z lekarzem prowadzącym. Jednakże w kilku kwestiach respondenci wyrazili przeciwną opinię. Połowa respondentów (15) negatywnie oceniła systematyczne udzielanie informacji o stanie zdrowia i o sposobach leczenia. Wydaje się, że może to mieć związek z dość powszechnie panującą w społeczeństwie negatywną opinią na temat dostępności do specjalistycznej informacji medycznej, ograniczania dostępu do badań medycznych.

**Tabela 6.** Ocena relacji pacjent–lekarz prowadzący

Wyszczególnienie	5	4	3	2	1
Przeprowadzenie wstępnego wywiadu o stanie zdrowia	0	20	3	7	0
Systematyczne udzielanie informacji o stanie zdrowia w procesie leczenia	0	15	0	15	0
Udzielanie informacji o sposobie leczenia	0	15	0	15	0
Stosunek do pacjenta (uprzejmość, życzliwość, wsparcie emocjonalne)	2	20	0	8	0
Uważne słuchanie pacjenta	4	20	0	6	
Zaufanie pacjentów do trafności diagnoz lekarskich i metod leczenia	0	18	10	12	0
Dostępność do lekarza w razie potrzeby	0	15	0	15	
Estetyka wyglądu personelu lekarskiego	1	21	8	0	0
Ogólna ocena relacji z lekarzem prowadzącym	0	24	2	4	0

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

W dalszej kolejności oceny respondentów dotyczyły relacji pacjenta z personelem pielęgniarskim. Rozkład opinii dotyczących tej kwestii przedstawiono w tab. 7.

Zdecydowana większość respondentów (25) jest zdania, że w trakcie wykonywania czynności pielęgniarskich ma zapewnione poczucie godności i intymności. Z większością badanych (21) został przeprowadzony rzetelny wywiad środowiskowy. Niemalże wszyscy ankietowani (27) pozytywnie ocenili terminowość podawania leków i dostępność do personelu pielęgniarskiego (25).

**Tabela 7.** Ocena relacji pacjent–personel pielęgniarski

Wyszczególnienie	5	4	3	2	1
Ocena formalności związanych z przyjęciem do szpitala	0	20	5	5	0
Przeprowadzenie dokładnego wywiadu środowiskowego	0	21	0	9	0
Istnienie poczucia godności i intymności podczas wykonywania czynności pielęgniarskich	0	25	3	2	0
Stosunek do pacjenta (uprzejmość, życzliwość, wsparcie emocjonalne)	0	18	2	10	0
Terminowość podawania leków	0	27	3	0	0
Dostępność do personelu pielęgniarskiego	0	25	3	2	0
Zaufanie pacjentów do sposobów sprawowania opieki pielęgniarskiej	0	18	0	12	0
Estetyka wyglądu personelu pielęgniarskiego	3	20	7	0	0
Ogólna ocena relacji z personelem pielęgniarskim	0	20	2	8	0

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.



Ogólna ocena relacji z personelem pielęgniarskim wypadła pozytywnie (suma odpowiedzi *bardzo dobry i dobry*). Negatywne opinie respondentów dotyczyły stosunku personelu pielęgniarskiego do pacjenta (uprzejmość, życzliwość, wsparcie emocjonalne) oraz zaufania do sposobów sprawowania opieki pielęgniarskiej. Podobnie jak w przypadku relacji z lekarzem prowadzącym może to wynikać z faktu ograniczonej dostępności pacjenta do specjalistycznej informacji medycznej. Istotnym czynnikiem może być również zwiększający się udział rodziny czy bliskich w sprawowaniu opieki nad pacjentem podczas jego pobytu w szpitalu.

Podsumowując, należy stwierdzić, że wyniki badań empirycznych potwierdzają, iż ogólna ocena szpitala przez respondentów jest pozytywna. Większość respondentów pozytywnie oceniła warunki lokalowe w szpitalu, takie jak: wyposażenie sal chorych, estetyka wnętrza, stan sanitariatów i ich dostępność, czystość i higiena na salach chorych, a także liczba łóżek w stosunku do powierzchni tych sal i ich wyposażenie. W większości przypadków pozytywnie oceniono relacje z lekarzem prowadzącym oraz personelem pielęgniarskim. Z kolei oceny negatywne dotyczyły głównie stanu i dostępności do aparatury diagnostycznej oraz praw pacjenta, takich jak: prawo do informacji o stanie zdrowia, wgląd do dokumentacji, swobodny wybór lekarza i jakość opieki zdrowotnej. Należy podkreślić, że w badaniu stwierdzono tylko jedną zależność statystyczną związaną z wiekiem respondentów. Osoby starsze były mniej krytyczne w swoich ocenach niż osoby młodsze. Może to wynikać z mniejszych oczekiwań tych pierwszych w stosunku do opieki szpitalnej i personelu medycznego, jak również w stosunku do zmniejszających się potrzeb życiowych.

#### 4. Podsumowanie

Pomimo trudności w jednoznacznym definiowaniu pojęcia satysfakcji pacjenta zainteresowanie tym zjawiskiem systematycznie wzrasta. Z jednej strony jest to rezultat zmian w zarządzaniu placówkami opieki zdrowotnej, z drugiej zaś – zwiększającej się świadomości społeczeństw dotyczącej więzi pomiędzy zdrowiem a jakością życia. Stwierdzenie tej korelacji wydaje się bardzo ważne dla planowania współczesnej opieki zdrowotnej, w której jakość stała się strategicznym miernikiem usług. Zaprezentowane w publikacji wyniki badań empirycznych, pomimo ich pilotażowego charakteru i niewielkiej próby badawczej, pozwalają na sformułowanie następujących wniosków. Pacjenci odczuwają pilną potrzebę doposażenia szpitala w sprzęt i aparaturę medyczną. Oczekują również większego zaangażowania personelu medycznego w opiekę z punktu widzenia zarówno medycznego, jak i emocjonalnego. Jednocześnie widzą potrzebę kontynuowania badań satysfakcji w celu uzyskania przez szpital wskazówek co do dalszej poprawy warunków opieki medycznej. Zdaniem badanych pacjentów postępowanie zgodnie z powyższymi wskazówkami mogłoby przyczynić się wzrostu ich zaufania do placówki, jak również poprawy jej pozycji i wizerunku w lokalnej społeczności.

Wydaje się, że sformułowane wnioski korespondują z dość powszechnymi opiniami dotyczącymi obsługi pacjenta w innych polskich szpitalach. Pomimo podnieszonego w literaturze subiektywizmu charakteryzującego badania satysfakcji pacjenta godną zastanowienia wydaje się kwestia wprowadzenia obowiązkowości takich badań w polskich szpitalach. Systematyczna i rzetelna ocena jakości obsługi pacjenta z pewnością pozwoliłaby na sprawniejsze diagnozowanie niedociągnięć w postępowaniu z chorymi, jak również planowanie poprawy oraz kierunków doskonalenia procesów opieki medycznej.

## Literatura

- Bowers M.R., Kiefe C.I., *Measuring health care quality: comparing and contrasting the medical and the marketing approaches*, „American Journal of Medical Quality” 2002 vol. 17, no 4.
- Crow R., Gage H., Hampson S., Hart J., Kimber A., Storey L., Thomas H., *The measurement of satisfaction with health care: implications for practice from a systematic review of the literature*, „Health Technological Assessment” 2002 vol. 6, no 32.
- Kowalska K., *Koordynowana opieka zdrowotna. Doświadczenia polskie i międzynarodowe*, Wyd. Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2009.
- Linder-Peltz S., *Toward a theory of patient satisfaction*, „Soc Sci Med 1982”; 16: 577-82.
- Maxwell R.S., *Quality assurance in health*, „British Medical Journal” 1984 no 288.
- Opolski G., Dykowska, G., Możdżonek M., *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka*, CeDeWu, Warszawa 2003.
- Rudawska I., *Opieka zdrowotna. Aspekty rynkowe i marketingowe*, PWN, Warszawa 2007.
- Ware J.E., Davies-Avery A., Stewart A.L., *The measurement and meaning of patient satisfaction: a review of recent literature*, „Health Med Care Serv Rev” 1978 1: 1.15.
- Wilde L.B., *Patients' views on quality of care: age effects and identification of patient profiles*, „Journal of Clinical Nursing” 1999 vol. 8, no 6.

## ASSESSMENT OF PATIENT SATISFACTION IN THE CONTEXT OF HEALTHCARE QUALITY

**Summary:** The main objective of this paper is to identify the satisfaction of patients, who are clients of one the public health care facilities in the Podlaskie in the context of perceived quality of service. Overall assessment of quality of service by the respondents is positive. Preferably, the housing conditions are assessed in the hospital, such as equipment design aesthetics patient rooms, state of sanitation and their availability, cleanliness and hygiene on hospital wards and the number of beds in relation to the surface of these rooms and their equipment. A positive assessment of the relationship with doctor and nurse was noted. The negative assessment focused mainly on the status and availability of diagnostic equipment and patient rights such as right to information on health status, access to documentation, free choice of doctor.