

**Hubert Bojar**

Institut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki

# **WYKORZYSTANIE ANKIETY SATYSFAKCJI PACJENTÓW Z USŁUG W ZARZĄDZANIU PRAKTYKĄ LEKARZA RODZINNEGO – NARZĘDZIE BADAWCZE**

## **Wprowadzenie**

W życiu każdego z nas opieka zdrowotna odgrywa bardzo ważną rolę. W Polsce jakość podstawowej opieki medycznej jest tematem często poruszanym przez media, polityków, a także w codziennych dyskusjach. Jest to temat, który wywołuje skrajne emocje. Wiele osób krytycznie postrzega kształt obecnego systemu ochrony zdrowia. Często jest on porównywany z systemami ochrony zdrowia funkcjonującymi w innych krajach, o nieprzerwanej tradycji instytucji lekarza rodzinnego.

W medycynie rodzinnej pacjenta traktuje się jako osobę mającą aspekt fizyczny, psychiczny i osadzoną w konkretnym kontekście społecznym. Lekarze rodzinni pełnią istotną rolę w strukturach społecznych, ponieważ posiadają szerokie kompetencje w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych, które dotyczą sfery nie tylko biologicznej, ale również psychologicznej i socjologicznej<sup>1</sup>.

Lekarz rodzinny powinien dokładać wszelkich starań, żeby pomóc pacjentom utrzymać stan dobrego zdrowia poprzez działania profilaktyczne. Powinien pomagać pacjentowi w rozwiązaniu najczęściej spotykanych problemów zdrowotnych, nie tylko w dziedzinie chorób wewnętrznych, ale także np. psychiatrii, laryngologii, dermatologii, a w przypadku trudności odwołać się do pomocy specjalisty. Jest lekarzem, który jako narzędzia diagnostycznego używa czasu,

---

<sup>1</sup> M.M. Kochen: *Medycyna rodzinna*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1996; F. Olensen: *Do We Need a Definition of General Practice/Family Medicine?* „European Journal of General Practice” 2002, Vol. 8, No. 4.

mając pod opieką pacjenta przez długie lata. Stara się być partnerem pacjenta i jego przewodnikiem w dziedzinie medycyny. Lekarz rodzinny jest osobą zarządzającą i kierującą przepływem większości środków finansowych przeznaczonych dla każdego pacjenta. Nie bez znaczenia okazał się fakt większej efektywności, a co za tym idzie niższych kosztów opieki medycznej w systemie opartym na instytucji lekarza rodzinnego. Stanowi on również przeciwwagę dla rosnącej technicyzacji, a co za tym idzie dehumanizacji medycyny. Jest to system zalecany przez Światową Organizację Zdrowia (WHO)<sup>2</sup>.

System opieki zdrowotnej, który funkcjonuje dzięki instytucji lekarza rodzinnego, finansowany jest ze środków publicznych, w związku z tym powinien być uniwersalny, zapewniać ciągłość opieki medycznej, powinien być na niego stać poszczególne osoby, rodziny oraz społeczeństwo, powinien umacniać i poprawiać stan zdrowia oraz dobrego samopoczucia poprzez promowanie opieki charakteryzującej się wysoką jakością, efektywnej, wydajnej, bezpiecznej, dostępnej, ukierunkowanej na pacjenta i sprawiedliwej. Dlatego też każdy system opieki zdrowotnej potrzebuje stałych usprawnień w celu podnoszenia jakości świadczonych usług oraz poprawy zadowolenia pacjentów z tych usług.

Sektor ochrony zdrowia stanowi element gospodarki państwowej, co powoduje, że jest uzależniony od tempa wzrostu gospodarczego państwa. Ponadto, jest ściśle związany z modelem służby zdrowia realizowanym w danym kraju, a co za tym idzie z poziomem świadczonych usług zdrowotnych. Stan zdrowia społeczeństwa zależy bowiem nie tylko od poziomu opieki medycznej, jej dostępności i jakości usług medycznych, ale także od dobrej polityki danego kraju, mającej na celu popularyzację programów rozpowszechniających zdrowy styl życia<sup>3</sup>.

Pacjenci oczekują, że ich potrzeby zdrowotne zostaną zaspokojone, lecz należy pamiętać, że wielu z nich kieruje się do lekarza z innych powodów niż problemy typowo medyczne, ponieważ oczekują bardziej wsparcia, a nie konkretnej porady. To powoduje, że duża część pacjentów przykłada wagę do aspektów interpersonalnych związanych z wizytą u lekarza, takich jak umiejętność słuchania czy gotowość akceptacji ich sugestii<sup>4</sup>.

Istotnym wskaźnikiem i ważnym parametrem oceny poziomu opieki jest satysfakcja pacjenta. Satysfakcja jest subiektywnym odczuciem zadowolenia w odniesieniu do korzyści i spełnionych oczekiwań z nabycia, konsumpcji i użytkowania produktu bądź usługi. Wynika ona z zaspokojenia potrzeby lub rozwiąza-

<sup>2</sup> B.J. Latkowski, W. Lukas: *Medycyna rodzinna. Repetytorium*. Część I. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007; W. Lukas: *Wprowadzenie do nauczania praktycznych umiejętności w medycynie rodzinnej*. Wydawnictwo Zdrowie i Zarządzanie, Kraków 2002.

<sup>3</sup> M. Jahann: *Polska – UE. Porównanie poziomu życia ludności*. Difin, Warszawa 2005.

<sup>4</sup> S. Czachowski: *Nowe drogi w medycynie rodzinnej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2004.

nia występującego problemu<sup>5</sup>. W celu podniesienia poziomu satysfakcji klientów prowadzone są badania jakości, ponieważ zadowolony klient oznacza wzrost popytu. Pacjent, którego oczekiwania zostały spełnione, prawdopodobnie skorzysta ponownie ze świadczonych usług, oczywiście nie nastąpi to wprost, gdyż nie zawsze, nawet w momencie prawidłowego wykonania świadczenia, oczekiwania klientów są zaspokojone. Panująca na rynku konkurencja wymusza sytuację, w której dbałość o klientów jest koniecznością. Dzieje się tak ze względu na siłę promocyjną, jaką posiadają potencjalni klienci. Stanowią oni najlepszą i najtańszą formę reklamy. Zadowolony z usług świadczonych przez daną placówkę pacjent przekazuje tę informację swoim znajomym, rodzinie, co w konsekwencji prowadzi do tego, że oni również prawdopodobnie skorzystają z jej usług. Poziom zadowolenia/niezadowolenia stanowi ważną informację w systemie informacji rynkowej każdej firmy<sup>6</sup>.

Badania stopnia zadowolenia pacjentów pozwalają na poprawę jakości świadczonych usług, co przekłada się na lepszą opiekę i szczęśliwszych pacjentów. Badania takie stanowią pewien komunikat dla pacjentów i pokazują, że praktyka lekarza rodzinnego dba o jakość świadczonych usług i poszukuje dróg poprawy<sup>7</sup>.

Do elementów determinujących poziom satysfakcji, zadowolenia pacjentów należą:

- jakość usługi,
- atrakcyjność ceny i różnorodność możliwości dokonania płatności,
- lokalizacja i dostępność świadczeń,
- sposób obsługi i jej kompleksowość,
- reakcje na reklamacje,
- informacje i promocje,
- czas i sposób wykonania świadczenia zdrowotnego<sup>8</sup>.

Stopień i poziom zadowolenia pacjentów korzystających z usług lekarza rodzinnego pozwala na ocenę jakości świadczonych przez niego usług. Zadowoleniem możemy nazwać chwilową satysfakcję, pełną afirmację stanu rzeczy. J. Karłowicz w *Słowniku języka polskiego* określa satysfakcję, jako „[...] uczucie zadowolenia ze spełnienia pewnych oczekiwań”<sup>9</sup>.

<sup>5</sup> A. Bukowska-Piastrzyńska: *Marketing usług zdrowotnych, od budowania wizerunku placówki do zadowolenia klientów*. Wydawnictwo Fachowe CEDEWU.PL, Warszawa 2008.

<sup>6</sup> T. Sztucki: *Marketing: sposób myślenia, system działania: teoria i praktyka marketingu, kluczowe pytania i odpowiedzi, polsko-angielska terminologia marketingu*. Agencja Wydawnicza Placet, Warszawa 1992.

<sup>7</sup> B. White: *Measuring Patient Satisfaction: How to Do It and Why to Bother*. „Fam Pract Manag.” 1999, Vol. 6(1).

<sup>8</sup> A. Bukowska-Piastrzyńska: Op. cit.

<sup>9</sup> J. Karłowicz, A. Kryński, A. Nidźwiedzki: *Słownik języka polskiego*. Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1927.

*Słownik współczesnego języka polskiego* definiuje satysfakcję jako stan zadowolenia wywołany zaspokojeniem życzeń, osiągnięciem czegoś, przyjemność doświadczaną z tego powodu<sup>10</sup>. Taka definicja pokazuje, że uczucie zastąpiono stanem, co powoduje, że satysfakcja nie zanika, ale staje się wartością rozłożoną w czasie. Satysfakcja jest nie tylko spontaniczną, chwilową reakcją, ale stanowi pochodną ludzkich potrzeb. Porównując zadowolenie (rozumiane jako satysfakcję) z radością, S. Garczyński podkreśla właśnie, że zadowolenie „[...] jest przeżyciem mniej emocjonalnym a więcej umysłowym, jest też spokojniejsze i nie uzewnętrznia się tak wyraźnie, jest [...] miłym stanem emocjonalnym, ciągłym lub powtarzającym się”<sup>11</sup>.

W kontekście marketingu zadowolenie jest stanem psychicznym, w jakim się znajdujemy po użyciu określonego produktu. W misjach wielu firm można odnaleźć postulat uzyskania zadowolenia klientów, który jest jednym z ważniejszych celów działania przedsiębiorstwa. Jako określenie satysfakcji klienta można przyjąć definicję zaproponowaną przez N. Hilla i J. Alexandra: „Poziom satysfakcji klienta jest odzwierciedleniem tego, w jakim stopniu produkt całkowity oferowany przez daną organizację zaspokaja zbiór wymagań klienta”<sup>12</sup>. Warto zwrócić uwagę, że to klient, a nie organizacja dostarczająca produkt dokonuje oceny, czy produkt spełnia jego oczekiwania. Wynika z tego, że chcąc określić poziom satysfakcji klientów, musimy określić, jak klienci postrzegają organizację i jej produkt<sup>13</sup>.

Pojęcie zadowolenia odnieść można nie tylko do produktu gotowego, ale również do osób zaangażowanych w „sprzedaż” danego dobra. Zadowolenie jest swego rodzaju kombinacją kilku czynników. Konsument jest zadowolony, jeżeli otrzymał to, czego się spodziewał bądź to, co otrzymał przerosło jego oczekiwania. Zadowolenie klienta można stopniować, konsument może być tylko częściowo zadowolony, dlatego też w ankietach przewidziano pytanie, w jakim stopniu badany jest zadowolony. Zadowolenie i satysfakcja z produktu bądź usługi są niezmiernie istotne, gdy klient będzie miał ponownie styczność z danym produktem bądź usługą. Bardzo ważne są też opinie znajomych, rodziny, przyjaciół, gdyż wpływają one na decyzję o ponownym skorzystaniu z usługi bądź zakupu produktu. Opinie te również mogą sprzyjać pozyskiwaniu nowych klientów. Potwierdzone jest to przeprowadzonymi badaniami, z których wynika, że co czwarty ankietowany przy wyborze lekarza rodzinnego kieruje się opinią

<sup>10</sup> *Słownik współczesnego języka polskiego*. Red. B. Dunaj. Wydawnictwo Wilga, Warszawa 1996.

<sup>11</sup> S. Garczyński: *O radości*. Nasza Księgarnia, Warszawa 1983.

<sup>12</sup> N. Hill, J. Alexander: *Pomiar satysfakcji i lojalności klientów*. Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2003.

<sup>13</sup> T. Demski: *Lojalność, satysfakcja – ich znaczenie i pomiar*. [www.statsoft.pl/czytelnia](http://www.statsoft.pl/czytelnia) (20.08.2013).

znajomych. Opinia znajomych jest przedkładana ponad informacje dotyczące kwalifikacji czy godzin pracy lub własne doświadczenie respondenta.

Deklarowane przez klientów niezadowolenie z oferowanych usług stanowi poważny problemem dla organizacji. Podobny problem pojawia się z klientami, których uwagi i skargi są źle rozpatrzone bądź kwestie sporne niewyjaśnione. Organizacja może stracić klientów z powodu negatywnej reklamy, głównie przekazywanej tzw. pocztą pantoflową. Potencjalnie może to stanowić znaczące źródło strat dla organizacji. Trzeba pamiętać, że skarga nie zawsze musi być powiązana z negatywną oceną usług, a „[...] skargi są dla firm źródłem niezbędnych informacji, które pozwalają przedsiębiorstwom zrozumieć potrzeby ich klientów”<sup>14</sup>.

Pacjenci korzystający z usług praktyki lekarza rodzinnego przychodzą tam z oczekiwaniem otrzymania porady dotyczącej konkretnego problemu. Gabinet lekarski pełni funkcję swego rodzaju lecznicy i nie jest miejscem, gdzie regularnie możemy dbać o zdrowie. Pacjenci odwiedzają lekarza tylko w ostateczności. Działania profilaktyczne, mające na celu ograniczenie liczby chorych, są niepopularne. Nowym zjawiskiem są akcje profilaktyczne, które mogą budzić pewne obawy. Pacjentom lekarz kojarzy się z czymś negatywnym, a przynajmniej nie wzbudza pozytywnych skojarzeń. Zapomina się o bardzo ważnej funkcji, jaką ma spełniać lekarz rodzinny, mianowicie osoby promującej zdrowy tryb życia i zachęcającej do prozdrowotnych postaw i zachowań. Mała jest świadomość faktu, że łatwiej jest zapobiegać niż leczyć. Należy o tym pacjentów przekonywać już od najmłodszych lat, a jedną z osób, na których spoczywa ten obowiązek jest lekarz rodzinny.

Lekarz rodzinny spełnia rolę sita, które oddziela pacjentów ze schorzeniami banalnymi od tych z cięższymi. Pacjenci z tymi ostatnimi kierowani są do specjalisty. W piśmiennictwie anglojęzycznym funkcja ta jest określana mianem gate-keeper. Lekarz rodzinny ze względu na swoje kwalifikacje i współpracę z pacjentem powinien zapewnić łatwy i równy dostęp do opieki zdrowotnej. Doradzając pacjentom w sprawach zdrowotnych poprzez działania profilaktyczne wpływa na zmniejszenie zachorowalności ludzi i zmniejszenie obciążenia finansowego systemu opieki zdrowotnej<sup>15</sup>.

<sup>14</sup> J. Lambin: *Strategiczne zarządzanie marketingowe*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001.

<sup>15</sup> B.J. Latkowski, W. Lukas: Op. cit.; W. Lukas: Op. cit.

## Analiza przeprowadzonych badań

Badanie satysfakcji pacjentów pozwala określić poziom jakości usług świadczonych przez lekarza rodzinnego. Pomimo że w badaniach satysfakcji posługujemy się różnymi narzędziami, w tym ankietami oceniającymi poziom satysfakcji pacjenta, to konieczne wydawało się skonstruowanie własnego narzędzia dostosowanego do potrzeb regionu Polski Wschodniej. W opinii społeczeństwa funkcjonuje przekonanie, że w regionie poziom świadczonych usług w zakresie opieki zdrowotnej jest niski.

Zbieranie danych o stopniu zadowolenia pacjentów z usług lekarza rodzinnego wydaje się rozsądne, ponieważ zmniejsza ryzyko wystąpienia trudności przy negocjowaniu wysokości kontraktowanych usług medycznych. Poprzez prowadzenie własnych badań praktyka lekarza rodzinnego jest w stanie zidentyfikować i rozstrzygnąć potencjalny problem związany ze stopniem zadowolenia pacjenta ze świadczonych przez nią usług<sup>16</sup>.

Celem badań było opracowanie modelu oceny satysfakcji pacjentów praktyki lekarza rodzinnego z dostępu do usług zdrowotnych na terenie województw lubelskiego i podkarpackiego, w aspekcie niwelowania nierówności w jakości tych usług.

Kształtując i wdrażając nowe formy opieki medycznej i rozwiązania organizacyjne w tym zakresie ważne jest dysponowanie wiarygodnym narzędziem o poznanych właściwościach psychometrycznych, możliwym do wykorzystania w rutynowej ocenie.

Ankiety zbierano z udziałem wolontariuszy. Badania prowadzono w poradniach lekarza rodzinnego na terenie powiatów województw lubelskiego, podkarpackiego i mazowieckiego.

## Metoda badań

1. Oryginalne, opracowane narzędzie badawcze w postaci kwestionariusza ankietowego.
2. Procedura walidacji narzędzia.
3. Przeprowadzenie badań ankietowych.
4. Analiza uzyskanych wyników i opracowanie modelu regresyjnego.

---

<sup>16</sup> R. Bolus, J. Pitts: *Patient Satisfaction: The Indispensable Outcome*. Stezzi Communications, Managed Care, 1999.

5. Stopień trudności i zrozumienie pytań oraz rzetelność i trafność kwestionariusza określano w grupie 47 respondentów korzystających z PLR (średnia wieku  $45.8 \pm 14.3$  lat (zakres maksimum – minimum 18-67 lat). Zdecydowana większość respondentów z grupy badanej korzystała z usług danego ośrodka/lekarza dłużej niż 1 rok i posiadała wykształcenie ponadpodstawowe.
6. Kwestionariusz był zrozumiały i łatwy dla wszystkich osób badanych. Czas wypełnienia mieścił się w granicach 5-10 minut. Spójność wewnętrzną i rzetelność narzędzia oceniano z zastosowaniem Alfy Cronbacha (Cronbach's alpha). Stwierdzono rzetelność kwestionariusza: wartości alfy Cronbacha oceniano w odniesieniu do wartości progowej 0,70 – kryterium proponowanego w piśmiennictwie przedmiotu osiągnięto w odniesieniu do wszystkich skal, wykazując rzetelność analizowanej skali i brak nadmiarowości.
7. Wynikowa punktacja wyliczana była w wyniku sumowania punktacji poszczególnych pytań i podzielenia przez ilość pytań. Nie było zamiarem autorów prowadzenie ocen użyteczności kwestionariusza w odniesieniu do poszczególnych subgrup osób.
8. Rzetelność konstrukcji kwestionariusza weryfikowano z wykorzystaniem współczynników korelacji rang Spearmana pomiędzy poszczególnymi elementami i zakresami ocen oraz pomiędzy zakresami ocen i ogólną oceną jakości i satysfakcji pacjenta z leczenia.

Wniosek. Proponowana wersja kwestionariusza spełnia podstawowe kryteria psychometryczne i może być wykorzystywana do oceny satysfakcji z opieki w ramach PLR.

Na podstawie analizy kwestionariusza wyodrębniono następujące parametry wejściowe:

- płeć,
- wiek,
- miejsce zamieszkania,
- wykształcenie,
- poziom dochodów,
- poprzednie doświadczenia w zakresie korzystania z usług PLR.

W trakcie analizy statystycznej uzyskanych wyników przystąpiono do konstrukcji modelu zadowolenia pacjentów z usług Praktyki Lekarza Rodzinnego. Model opracowano przy użyciu techniki sztucznych sieci neuronowych. Wagi poszczególnych parametrów modelu weryfikowano w analizach jednowymiarowych<sup>17</sup>.

---

<sup>17</sup> H. Bojar, K. Czarnocki: *Socjo-demographic Parameters Affecting the Patients' Subjective Feeling of Satisfaction from Services Performed by Family Doctors. A Research Tool. The Role and Tasks of Family Doctors in Alleviating Disparities in Health and Access to Healthcare in Eastern Poland*. Dom Organizatora, Toruń 2012.

Wyżej wymienione parametry okazały się istotne statystycznie dla kształtowania się poziomu satysfakcji pacjentów.

## **Wnioski końcowe**

1. Standard usług zdrowotnych stanowi zasadniczą przesłankę satysfakcji z systemu opieki zdrowotnej.
2. Parametry socjodemograficzne wpływają na kształtowanie się subiektywnego poczucia satysfakcji pacjentów z usług praktyki lekarza rodzinnego.
3. Model oparty na wielowarstwowej sieci neuronowej może być użyteczny w ocenie porównawczej jakości usług zdrowotnych praktyki lekarza rodzinnego w poszczególnych regionach.

## **Walidacja narzędzia badawczego**

Wstępnie określone podstawowe wymagania zakładały, że przygotowany w wyniku działań projektowych i adaptacyjnych kwestionariusz nadaje się w pełni do samodzielnego wypełniania przez pacjenta oraz jest wystarczająco prosty, przejrzysty i łatwy do zrozumienia oraz stosowania.

Kwestionariusz przedstawiano pacjentom w trakcie pobytu w placówce praktyki lekarza rodzinnego, a następnie ponownie – ten sam kwestionariusz po ok. 2 tygodniach od wypełnienia pierwszego.

Zebrano także podstawowe dane demograficzne (płeć, wiek, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia) oraz dane dotyczące leczenia.

Używając własnego kwestionariusza ankiety przeprowadzono także badanie ankietowe obejmujące pytania o charakterze zamkniętym dotyczące postrzegania badanego narzędzia przez pacjentów (jasności sformułowania, stosowności i zrozumiałości zwrotów).

Notowano czas potrzebny do wypełnienia ankiety przez chorego.

Przeprowadzono również subiektywną ocenę stopnia trudności pytań kwestionariusza za pomocą skali VAS (Visual Analogue Scale).

Dane uzyskane z kwestionariusza ankietowego analizowano z wykorzystaniem metod statystyki opisowej w celu weryfikacji zmienności odpowiedzi na poszczególne pytania oraz uchwycenia ewentualnych braków odpowiedzi. Następnie przeprowadzono tabelaryzację danych, charakterystyk pacjentów i uzyskanych odpowiedzi.



Oceny skal negatywnych odwrócono, dzięki czemu w odniesieniu do wszystkich pytań wyższa punktacja oznaczała wyższy poziom satysfakcji.

Analiza czynnikowa (komponentów głównych z rotacją varimax) wykorzystana została w celu wyodrębnienia związków kształtujących poziom satysfakcji. Punktacje zmiennej wyznaczano jako iloraz zsumowanych ocen skali oraz liczby zmiennych w przedziale.

Wynikowa punktacja wyliczana była w wyniku sumowania punktacji poszczególnych pytań i podzielenia przez ilość pytań. Nie było zamiarem autorów prowadzenie ocen użyteczności kwestionariusza w odniesieniu do poszczególnych subgroup pacjentów, natomiast dokonanie ogólnej weryfikacji użyteczności narzędzia w odniesieniu do prób z praktyki lekarza rodzinnego.

Spójność wewnętrzną i rzetelność oceniano z zastosowaniem współczynnika alfa Cronbacha-Cronbach's alpha.

Rzetelność (powtarzalność ocen) weryfikowano z zastosowaniem współczynników korelacji międzygrupowej. Test t dla prób zależnych zastosowano w ocenie punktacji uzyskiwanych odpowiednio w pierwszym i drugim kwestionariuszu, w przypadku osób, które wypełniły obydwa kwestionariusze.

Test t dla prób zależnych stosowano w odniesieniu zarówno co do poszczególnych pytań, jak też czterech czynników oraz ogólnej satysfakcji z opieki lekarza rodzinnego, aby ocenić, czy średnia różnica pomiędzy dwoma cyklami ocen różni się od zera.

Rzetelność konstrukcji kwestionariusza weryfikowano z wykorzystaniem współczynników korelacji rang Spearmana pomiędzy poszczególnymi elementami i zakresami ocen oraz pomiędzy zakresami ocen i ogólną oceną jakości i satysfakcji pacjenta z leczenia.

Wyniki analizy czynnikowej były również wykorzystywane jako wskaźnik do rzetelności konstrukcji narzędzia.

Spośród indagowanych 68 pacjentów – 68 wyraziło zgodę na uczestnictwo w grupie fokusowej.

Kwestionariusz obejmował 19 pozycji skupiając się na satysfakcji i zadowoleniu z opieki w ramach praktyki lekarza rodzinnego, uprzejmości personelu, zaufaniu pacjentów do lekarza. Dwa dodatkowe pytania związane były ze stopniem trudności i wszechstronności kwestionariusza.

Tabela 1

## Charakterystyka pacjentów biorących udział w badaniu

Cecha	Wartość
Wiek (min-max)	45,8 (18-65)
Kobiety	46 (67%)
Mężczyźni	22 (33%)
Czas korzystania z praktyki	18,0 (3m – 10 lat)
Sytuacja zawodowa	
Zatrudnieni w pełnym zakresie	33 (49%)
Pracujący dorywczo	9 (12%)
Nie zatrudnieni (student, renta, bezrobotny)	26 (39%)
Okres korzystania z opieki PLR	
> 6 miesięcy	2 (2%)
7-12 miesięcy	6 (9%)
1-3 lata	26 (37%)
4-6 lat	17 (26%)
> 6 lat	17 (26%)
Odmowa odpowiedzi	---

**Badanie psychometryczne**

Cała grupa 68 pacjentów uczestniczyła w ewaluacji psychometrycznej adaptowanego narzędzia, co stanowiło 100%. Dane demograficzne badanej grupy i charakterystyka pacjentów<sup>18</sup> zostały przedstawione w tabeli 1. Spośród respondentów 67% stanowiły kobiety, a 33% mężczyźni; mediana wieku wynosiła 45.8±14.3 lat (zakres maksimum-minimum 18-65 lat), zdecydowana większość pacjentów z grupy badanej korzystała z opieki dłużej niż 1 rok.

Po okresie 2 tygodni wszyscy pacjenci uczestniczący w badaniu wyrazili wolę ponownego wypełnienia kwestionariusza. Analiza wypełnionych kwestionariuszy wykazała nieznaczna ilość braków danych – 24 braki danych, na ogólną liczbę 1508 możliwych odpowiedzi (1,5%).

<sup>18</sup> K. Jaracz: *Adaptacja kulturowa narzędzi badawczych do oceny jakości życia*. W: *Jakość życia w naukach medycznych*. Red. Ł. Wołowicka. Akademia Medyczna, Poznań 2001.

### Rzetelność konstrukcji

Analiza czynnikowa została przeprowadzona w odniesieniu do pierwszych 16 pytań kwestionariusza. Analiza komponentów głównych przeprowadzona z rotacją varimax wskazała na osiem czynników o wartości własnej  $>1$ . Dalsza analiza wykazała, że cztery czynniki wносиły niewiele do objaśnienia wariancji i uznane zostały za nieistotne. Pozostałe cztery czynniki rozwiązania stanowiły 46,8% wartości wariancji (w kolejności 15,7, 14,0, 8,8 i 8,3%). Ładunek czynnikowy pierwszego czynnika ( $k = 8$ ) stanowił odzwierciedlenie treści odnoszących się do zadowolenia z opieki lekarza rodzinnego. Ładunek czynnikowy drugiego czynnika ( $k = 7$ ) odnosił się do satysfakcji z obsługi. Trzeci czynnik o ładunku czynnikowym ( $k = 6$ ) odnosił się do wyposażenia technicznego. Ładunek czynnikowy czwartego czynnika ( $k = 5$ ) związany był z potencjalnymi brakami precyzji informacji.

Spójność wewnętrzna i wiarygodność testu/testu wtórnego analizowano z wykorzystaniem statystyki alfa Cronbacha – Cronbach's alpha<sup>19</sup>.

Tabela 2

Korelacja testu pierwotnego i powtórnego oraz zgodności wewnętrznej (alfa Cronbacha)  
(analizy spójności wewnętrznej i wiarygodności testu/testu wtórnego)

	Korelacja (r) test/test powtórny	Alfa Cronbacha
Zadowolenie	0,87	0,79
Satysfakcja z obsługi	0,88	0,74
Wyposażenie techniczne	0,67	0,75
Brak lub niewłaściwa informacja	0,91	0,81

Wartości alfy Cronbacha oceniano w odniesieniu do wartości progowej 0,70 – kryterium proponowanego w piśmiennictwie przedmiotu osiągnięto w odniesieniu do czterech skal, wykazując rzetelność analizowanej skali i brak nadmiarowości. Korelacja międzygrupowa wykorzystywana była jako miernik powtarzalności. Wartości współczynnika korelacji dla analizowanych czterech skal kształtowały się na poziomie 0,74-0,81. Test t dla prób, zależnych zarówno w odniesieniu do poszczególnych pytań, jak też do wybranych czterech skal oraz ogólnej satysfakcji pacjenta, nie wykazał znamienych statystycznie różnic dla któregokolwiek z analizowanych przekrojów.

<sup>19</sup> W. Revelle, R.E. Zinbarg: *Coefficients Alpha, Beta, Omega and the Glb: Comments on Sijtsma*. „Psychometrika” 2009, Vol. 74(1); J. Reynaldo, A. Santos: Op. cit.

Tabela 3

## Rozkład wartości kwestionariusza SATQ

	Ocena średnia $\pm$ SD	% ocen pozytywnych	% ocen negatywnych
Zadowolenie	6,1 $\pm$ 1,5	62,0	5,0
Satysfakcja z obsługi	6,7 $\pm$ 1,2	69,5	5,3
Wyposażenie techniczne	4,2 $\pm$ 2,2	37,0	9,5
Brak lub niewłaściwa informacja	3,4 $\pm$ 2,1	42,1	32,6

Tabela 3 przedstawia rozkład czterech skal, ogólny wynik (średnia z czterech zakresów punktowych) oraz ogólne zadowolenie. Mimo że odsetek pacjentów, którzy zgłosili najwyższą możliwą ocenę (procent pułapowy) był stosunkowo niewielki, większość pacjentów znajdowała się w górnym przedziale rozkładu, wskazując wysoki poziom satysfakcji z PLR. Nie wykazano różnic pomiędzy grupami pacjentów zdefiniowanych przez wiek lub płeć w odniesieniu do średniej oceny.

Pacjenci w tym badaniu byli ogólnie zadowoleni ze swego lekarza. Pacjenci również wykazywali ogólnie wysoką satysfakcję z ogólnego poziomu opieki, a blisko połowa pacjentów przyznała w tym przypadku najwyższą możliwą ocenę.

Współczynniki korelacji rang Spearmana pomiędzy analizowanymi zakresami zestawiono w tabeli 4. Istotnie statystycznie korelacje stwierdzono pomiędzy wyodrębnionymi zakresami i ogólnym poziomem satysfakcji z leczenia. Najsilniejsze związki stwierdzono pomiędzy satysfakcją ze skuteczności leczenia i poziomem informacji udzielanej pacjentom. Najslabszą korelację uchwyciono pomiędzy zakresem odzwierciedlającym satysfakcję z obsługi i poziomem wyposażenia technicznego.

Tabela 4

## Korelacje pomiędzy skalami (współczynniki korelacji rang Spearmana)

	Zadowolenie	Satysfakcja z obsługi	Wyposażenie techniczne	Brak lub niewłaściwa informacja
Zadowolenie	0,59	0,40	0,29	0,77
Satysfakcja z obsługi		0,39	0,18	0,51
Wyposażenie techniczne			0,37	0,44
Brak lub niewłaściwa informacja				0,39

## Podsumowanie

Żaden z pacjentów nie napotkał trudności udzielając odpowiedzi na pytania. Kwestionariusz może być obecnie wykorzystywany w badaniach, jak również mogą być podejmowane próby dalszej oceny mocy dyskryminacyjnej i czułości analizowanego narzędzia. Wydaje się uzasadnione ponadto, aby efektywność kwestionariusza poddawanego walidacji była oceniana w odniesieniu do innych kwestionariuszy wykorzystywanych do oceny satysfakcji z Praktyki Lekarza Rodzinnego i przy rozszerzonym zakresie czynników demograficznych. Przebieg omawianego badania uwidoczniał wysoki poziom satysfakcji z opieki lekarza rodzinnego.

W kształtowaniu i wdrażaniu nowych form opieki medycznej i rozwiązań organizacyjnych w tym zakresie istotne jest posiadanie wiarygodnego narzędzia z poznanymi właściwościami psychometrycznymi, możliwego do wykorzystania w rutynowej ocenie.

Autorzy są przekonani, że przygotowana wersja kwestionariusza spełni to zadanie umożliwiając oryginalne badania pacjentów lekarzy rodzinnych z regionu Polski Wschodniej.

## Bibliografia

- Bojar H., Czarnocki K.: *Socjo-demographic Parameters Affecting the Patients' Subjective Feeling of Satisfaction from Services Performed by Family Doctors. A Research Tool. The Role and Tasks of Family Doctors in Alleviating Disparities in Health and Access to Healthcare in Eastern Poland*. Dom Organizatora, Toruń 2012.
- Bolus R., Pitts J.: *Patient Satisfaction: The Indispensable Outcome*. Stezzi Communications, Managed Care, 1999.
- Bukowska-Piestrzyńska A.: *Marketing usług zdrowotnych, od budowania wizerunku placówki do zadowolenia klientów*. Wydawnictwo Fachowe CEDEWU.PL, Warszawa 2008.
- Cooksey R., Soutar G.: *Coefficient Beta and Hierarchical Item Clustering – An Analytical Procedure for Establishing and Displaying the Dimensionality and Homogeneity of Summated Scales*. „Organizational Research Methods” 2006, Vol. 9.
- Czachowski S.: *Nowe drogi w medycynie rodzinnej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2004.
- Demski T.: *Lojalność, satysfakcja – ich znaczenie i pomiar*. [www.statsoft.pl/czytelnia](http://www.statsoft.pl/czytelnia) (20.08.2013).
- Słownik współczesnego języka polskiego*. Red. B. Dunaj. Wydawnictwo Wilga, Warszawa 1996.

- Garczyński S.: *O radości*. Nasza Księgarnia, Warszawa 1983.
- Hill N., Alexander J.: *Pomiar satysfakcji i lojalności klientów*. Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2003.
- Jahann M.: *Polska-UE. Porównanie poziomu życia ludności*. Difin, Warszawa 2005.
- Jaracz K.: *Adaptacja kulturowa narzędzi badawczych do oceny jakości życia*. W: *Jakość życia w naukach medycznych*. Red. Ł. Wołowicka. Akademia Medyczna, Poznań 2001.
- Karłowicz J., Kryński A., Nidźwiedzki A.: *Słownik języka polskiego*. Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1927.
- Kochen M.M.: *Medycyna rodzinna*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1996.
- Lambin J.: *Strategiczne zarządzanie marketingowe*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001.
- Latkowski B.J., Lukas W.: *Medycyna rodzinna. Repetytorium*. Część I. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.
- Lukas W.: *Wprowadzenie do nauczania praktycznych umiejętności w medycynie rodzinnej*. Wydawnictwo Zdrowie i Zarządzanie, Kraków 2002.
- Olensen F.: *Do We Need a Definition of General Practice/Family Medicine?* „European Journal of General Practice” 2002, Vol. 8, No. 4.
- Revelle W., Zinbarg R.E.: *Coefficients Alpha, Beta, Omega and the Glb: Comments on Sijtsma*. „Psychometrika” 2009, Vol. 74(1).
- Reynaldo J., Santos A.: *Cronbach's Alpha: A Tool for Assessing the Reliability of Scales*. „Journal of Extension” 1999, Vol. 37, No. 2.
- Sztucki T.: *Marketing: sposób myślenia, system działania: teoria i praktyka marketingu, kluczowe pytania i odpowiedzi, polsko-angielska terminologia marketingu*. Agencja Wydawnicza Placet, Warszawa 1992.
- White B.: *Measuring Patient Satisfaction: How to Do It and Why to Bother*. „Fam Pract Manag.” 1999, Vol. 6(1).

## THE USE OF PATIENT SATISFACTION SURVEYS IN THE SERVICES OF THE FAMILY PHYSICIAN PRACTICE MANAGEMENT – RESEARCH TOOL

### Summary

Healthcare is very important in everyone's life. In Poland the healthcare system is hotly debated, both in public and private discussions. Many are very critical of its present state and performance. The purpose of this study was to develop a model of evaluation of the patients' satisfaction from the quality and accessibility of medical services performed by family doctors in the Lublin and Sub-Carpathian Voivodeships in the context of alleviating disparities in the quality of delivered services. The study was carried out with the use of originally developed research tool, a dedicated questionnaire form.

The study was carried out in the family doctor out-patient clinics in the Lublin, Sub-Carpathian and Mazowieckie Voivodeships. The patients haven't encountered any problems in giving answers to the questions contained in the questionnaire. Developed questionnaire can now be used in other studies and further attempts can be made in order to assess the discriminant power and the sensitivity of analysed research tool.