

Satysfakcja pacjentów z ambulatoryjnej opieki medycznej i jej uwarunkowania

Joanna Kamińska-Rosner, *Agata Zdun-Ryżewska

Zakład Badań nad Jakością Życia, Gdański Uniwersytet Medyczny

Kierownik Zakładu: prof. dr hab. Mikołaj Majkowicz

PATIENT SATISFACTION IN AMBULATORY MEDICAL CARE AND ITS CORRELATIONS

Summary

Introduction. The idea of patient's satisfaction is connected with the idea of quality of medical services, that influence the whole image of it. The patient's satisfaction is very important, because in further perspective it can influence the ranking of hospital or clinic.

Aim. Aim of this study is to examine the overall assessment of patient satisfaction in ambulatory medical care, and to identify its determinants.

Material and methods. The study group included 80 patient of clinic. Researches were conducted in february and march 2012. Satisfaction of Palliative Care Questionnaire (Majkowicz, Walden-Gałaszko) was used as a measure of patient's satisfaction. The modified HADS-M (Majkowicz, Walden-Gałaszko) questionnaire was used to measure the level of anxiety and depression. Self constructed survey was used to gather other necessary data.

Results. 42.5% patients were displeased with the system of health care in Poland. More patients is pleased (38% very, and 40% average) with the treatment. The patient's satisfaction was influence by sex, and place of work. No correlation were observed between satisfaction and anxiety, depression and irritation. There is a correlation between being pleased with the treatment and level of anxiety, and between irritation and small frequency of speaking to personel, and between irritation and not sufficient level of information. The intensity of depression is connected with higher frequency of visits to the doctor.

Conclusions. Patients are more pleased with the treatment than with the whole organistaion of health care. Patients – women are more satisfied than man, and least satisfied are people employed in state-operated organisations. Level of anxiety, depression and irritation did not correlate with satisfaction.

Key words: patient satisfaction, depression, anxiety

WSTĘP

Poziom satysfakcji pacjentów z ambulatoryjnej opieki medycznej, a także czynniki ją kształtujące to coraz bardziej popularny temat. Jest on poruszany zarówno w środowisku medycznym, jak i wśród pacjentów. Jest to spowodowane m.in. zmianami, jakie mają miejsce w służbie zdrowia, a także coraz większą świadomością pacjentów.

Pojęcie satysfakcji znane jest od ponad 30 lat. Samo słowo „satysfakcja” pochodzi od łacińskiego słowa „satisfactio”, które oznacza zadośćuczynienie. Aktualnie najczęściej można się spotykać z definiowaniem satysfakcji jako: „ogólnego zadowolenia towarzyszącego konsumpcji produktów lub usług” (1). Istnieją również definicje satysfakcji podkreślające znaczenie klienta, np. „poziom satysfakcji klienta jest odzwierciedleniem tego, w jakim stopniu produkt całkowity oferowany przez daną organizację zaspokaja zbiór wymagań klienta” (2).

W tym ujęciu można spojrzeć na poczucie zadowolenia pacjenta ze świadczonych mu usług zdrowotnych, jako element kształtujący odczuwaną satysfakcję. Pojęcie

to ściśle wiąże się z jakością usług medycznych, która ma wpływ na wizerunek zakładu opieki ambulatoryjnej.

Na dobrą ocenę placówki może składać się wiele czynników: procedury, skuteczność leczenia, relacje między personelem a pacjentem, warunki bytowe, jakie panują w danej placówce (3), a także osobiste, niekiedy bardzo subiektywne oczekiwania, wartości i doświadczenia pacjenta (4-6).

Warto podejmować temat oceny satysfakcji pacjentów i jej uwarunkowań w różnych placówkach ochrony zdrowia. Satysfakcja jest istotnym aspektem, który także może mieć wpływ na pozycję danej placówki opieki medycznej na rynku usług zdrowotnych. Istnieją badania pokazujące związek między satysfakcją a lojalnością pacjenta. Pacjent zadowolony jest lojalny wobec placówki, w której uzyskał pomoc. W pewnym sensie utożsamia się z nią i poleca ją innym (7).

CEL PRACY

Celem pracy jest zbadanie ogólnej oceny satysfakcji pacjentów z ambulatoryjnej opieki, oraz określenie jej

uwarunkowań. Badanie to w szerszym kontekście ma ukazać jakie mogą być oczekiwania pacjentów wobec ambulatoryjnej opieki medycznej oraz jakie czynniki mają na to największy wpływ.

MATERIAŁ I METODY

W badaniu wzięto udział 80 pacjentów, którzy w okresie od lutego do marca 2012 roku korzystali z poradni podstawowej opieki zdrowotnej. Pacjenci byli w wieku od 20 do 75 lat (najliczniej reprezentowana była grupa w wieku od 20 do 30 lat – 34%). Większość grupy stanowiły kobiety (n = 51), osoby z wykształceniem średnim (36%), pozostające w stałym zatrudnieniu (70%), w większości pracujące w przedsiębiorstwach prywatnych (66%).

Do pomiaru satysfakcji w badaniu wykorzystano zmodyfikowany Kwestionariusz Satysfakcji z Opieki Paliatywnej autorstwa Majkowicza i de Walden-Gałuszko (8). Ze względu na różnice w organizacji opieki ambulatoryjnej i paliatywnej pominięto pytania dotyczące oceny warunków bytowych pacjenta, zastępując je ogólnymi pytaniami dotyczącymi oceny satysfakcji systemu opieki zdrowotnej.

W celu dokonania pomiaru nasilenia lęku i depresji w grupie pacjentów chorych somatycznie zdecydowano się na zastosowanie Skali HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), której autorami są Zigmond i Snaith (9). W badaniu wykorzystano HADS-M, wersję zmodyfikowaną i przystosowaną do warunków polskich przez Majkowicza i de Walden-Gałuszko. Skala jest złożona z siedmiu pozycji, które mierzą natężenie objawów depresyjnych, siedmiu pozycji mierzących nasilenie lęku oraz dwóch badających stan rozdrażnienia i agresji (8).

WYNIKI

Przy opracowaniu wyników badań wykorzystano program SPSS 17.0 (wersja polska), korzystano także z Microsoft Excel 2003.

Ogólna ocena satysfakcji

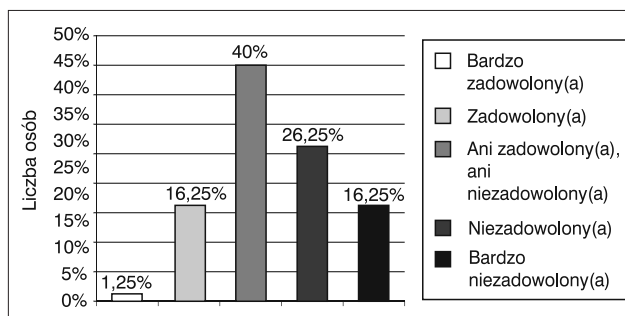
Przy ocenie satysfakcji pacjenta z ambulatoryjnej opieki medycznej skupiono się poza ogólnym wynikiem satysfakcji na trzech głównych pytaniach z Kwestionariusza Satysfakcji. Pytania dotyczyły zadowolenia z systemu opieki zdrowotnej w naszym kraju, zadowolenia ze stosowanego leczenia w opiece ambulatoryjnej oraz organizacji opieki ambulatoryjnej.

Wyniki pokazały, że przeważająca część pacjentów jest niezadowolona z systemu opieki zdrowotnej w naszym kraju. 40% badanych stwierdziło, iż są ani zadowoleni, ani niezadowoleni z systemu opieki medycznej. Ponad 26% odpowiedziało, że są niezadowoleni. Natomiast ponad 16% respondentów zadeklarowało, że są bardzo niezadowoleni. Zadowolonych pacjentów z systemu opieki zdrowotnej było ponad 16%, a bardzo zadowolonych tylko nieco ponad 1% ankietowanych (ryc. 1).

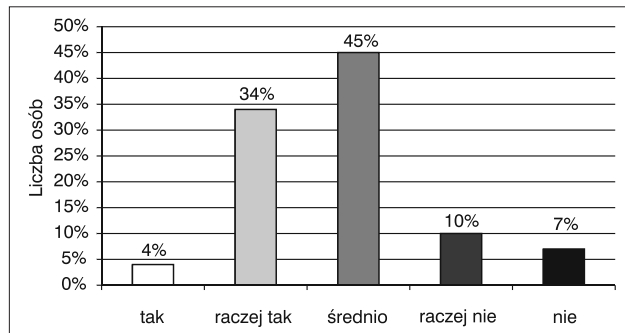
Trochę inaczej układają się odpowiedzi na pytanie: „Czy jest Pan(i) zadowolony(a) ze stosowanego

leczenia w ambulatoryjnej opiece medycznej?”. Duża liczba pacjentów (45%) odpowiedziała, że jest średnio zadowolona, ale w porównaniu z poprzednim pytaniem więcej pacjentów było zadowolonych (34% raczej zadowolonych, zadowolonych – 4% badanych). 10% respondentów stwierdziło, iż raczej nie są zadowoleni, zaś niezadowolonych pacjentów było 7% (ryc. 2).

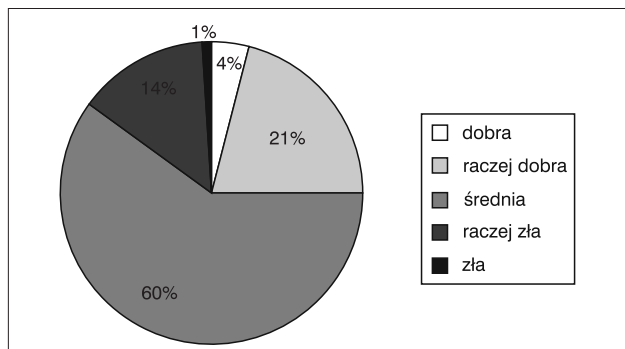
W pytaniu o dotychczasową organizację opieki ambulatoryjnej dominowała odpowiedź, że organizacja opieki jest średnia. Odpowiedzi takiej udzieliło aż 60% badanych. Organizację opieki ambulatoryjnej za raczej dobrą uznało 21%, jako dobrą określiło ją 4% respondentów. Opieka została oceniona za raczej złą przez 14% pacjentów, a za złą przez 1% (ryc. 3).



Ryc. 1. Na ile jest Pan(i) zadowolony(a) z systemu opieki zdrowotnej w naszym kraju?



Ryc. 2. Czy jest Pan(i) zadowolony(a) ze stosowanego leczenia w ambulatoryjnej opiece medycznej?



Ryc. 3. Jaka jest według Pana(i) dotychczasowa organizacja opieki ambulatoryjnej?

Zmienne socjodemograficzne a satysfakcja

W celu zweryfikowania hipotezy, że mężczyźni i kobiety będą różnić się od siebie w ogólnej satysfakcji z opieki ambulatoryjnej, zastosowano test T-studenta. Wynik testu okazał się istotny statystycznie $F(76) = 1,964$; $p = 0,053$. Kobiety odczuwają większą satysfakcję z opieki ambulatoryjnej niż mężczyźni.

Miejsce pracy również ma wpływ na odczuwaną satysfakcję z opieki ambulatoryjnej. Osoby zatrudnione w instytucjach państwowych odczuwały najmniejszą satysfakcję z opieki $F(3,79) = 3,636$; $p = 0,23$.

Natomiast do zmiennych, które nie wykazały istotnego statystycznego związku z satysfakcją, należały: wiek ($r = 0,150$; $p > 0,05$), wykształcenie ($F[5,79] = 1,134$; $p > 0,05$), stan cywilny ($F[4,79] = 1,087$; $p > 0,05$), rodzaj zatrudnienia ($F[5,79] = 1,296$; $p > 0,05$), rodzaj pracy ($F[54] = 1,154$; $p = 0,254$).

Związek pomiędzy satysfakcją a HADS

Stwierdzono brak współzależności pomiędzy ogólną oceną satysfakcji mierzoną przy pomocy Kwestionariusza Satysfakcji Pacjenta a nasileniem lęku, depresji czy rozdrażnienia (tab. 1).

Natomiast pomiędzy cząstkowymi ocenami satysfakcji a wynikami kwestionariusza HADS wystąpiły pewne powiązania. Istnieje niewielka korelacja pomiędzy zadowoleniem ze stosowanego leczenia a poczuciem lęku – $r = 0,271$; $p < 0,05$, co oznacza, że im silniejszy lęk, tym większe u pacjenta zadowolenie.

Negatywna niewielka korelacja wystąpiła pomiędzy rozdrażnieniem pacjenta a częstością rozmów z pielęgniarką albo inną osobą sprawującą opiekę – $r = -0,283$; $p < 0,05$. Wynik wskazuje na to, że im więcej rozmów z pielęgniarką, tym mniej rozdrażnienia.

Na rozdrażnienie pacjenta wpływa również zasób informacji dotyczących rozpoznania/choroby ($r = -0,351$; $p < 0,05$). Wynik ten wskazuje na fakt, że im więcej informacji na temat rozpoznania pacjent otrzymuje, tym mniej odczuwa rozdrażnienia.

Nasilenie objawów depresyjnych koreluje z częstotliwością zachorowań ($r = 0,270$; $p < 0,05$) oraz z częstotliwością korzystania z porady lekarskiej ($r = 0,220$;

Tabela 1. Korelacje pomiędzy Kwestionariuszem Satysfakcji Pacjenta a lękiem, depresją i rozdrażnieniem.

		HADS-M		
		Lęk	Depresja	Rozdrażnienie
Kwestionariusz Satysfakcji Pacjenta	Korelacja Pearsona	0,192	0,051	0,029
	Istotność	0,089	0,653	0,802
	N	80	80	80

$p < 0,05$). Oznacza to, że im większa u pacjenta „depresyjność”, tym częściej choruje i zwraca się po pomoc do ochrony zdrowia.

DYSKUSJA

Pomiar satysfakcji pacjentów prowadzi w różnej formie wiele placówek ochrony zdrowia w ramach zarządzania jakością opieki. Nasze badania poza ukazaniem ogólnej oceny satysfakcji pacjentów miały na celu zidentyfikowanie pewnych czynników, które mogły mieć na nią wpływ.

Bazując na danych zawartych w wielu publikacjach dotyczących tematyki zadowolenia pacjenta, skupiono się na zmiennych demograficznych oraz tzw. psychologicznych. Wykazany związek pomiędzy płcią a satysfakcją pozostaje niejednoznaczny w świetle innych doniesień. Istnieją autorzy badań potwierdzających go, np. Brodzińska, Modzelewska, Stachowska, Talarska (10), oraz istotnie mu przeczących, np. Leszczyńska, Krajewska-Kułak, Łukaszczyk i wsp. (11).

Do naszego wyniku należy podejść z pewną ostrożnością ze względu na fakt, iż w badaniu wzięły udział osoby, które wyraziły zgodę na wypełnienie kwestionariuszy. W większości badaną grupę ochotników stanowiły kobiety, co mogło mieć wpływ na przeprowadzone analizy.

Zmienne psychologiczne, które odgrywają ważną rolę w ocenie zadowolenia pacjentów, obrazują stan pacjenta w trakcie dokonywania oceny. I chociaż w literaturze znajdujemy doniesienia sugerujące możliwy wpływ depresji na odczuwaną subiektywnie satysfakcję (12), w naszym badaniu poprzez zbadanie wpływu HADS-M na satysfakcję nie wykazano związku między lękiem, depresją czy rozdrażnieniem. Jednak po dokonaniu szczegółowej korelacji pomiędzy poszczególnymi elementami tego kwestionariusza a ocenami zadowolenia pacjentów wykazano pewne powiązania.

Pacjent będąc w trudnej dla siebie sytuacji, często oczekuje wsparcia społecznego (13). Rola i znaczenie wsparcia w procesie zdrowienia są w literaturze bardzo dokładnie udokumentowane (14). Nasze badania również wydają się potwierdzać istotny związek pomiędzy obecnością i wspierającą rozmową personelu medycznego a spadkiem napięcia i rozdrażnienia. Wpływ na nie ma również przekazywanie pacjentowi odpowiedniego zasobu informacji, co sprzyja poczuciu współuczestniczenia w procesie leczenia i zapobiega frustracji. Efekty niedoinformowania pacjenta mogą być bardzo negatywne, wpływając na brak zaufania do zespołu terapeutycznego, niestosowanie się do zaleceń, wzrost odczuwanego zagrożenia czy poszukiwanie informacji o własnej chorobie, sięgając po często niestety nie do końca profesjonalne źródła (15).

Wykryty w tym badaniu związek pomiędzy nasileniem objawów depresyjnych u pacjenta a zwiększeniem częstotliwości korzystania z pomocy lekarskiej dokładnie wpisuje się w nurt rozważań dotyczących powiązań między depresją a chorobami somatycznymi. Istnieją doniesienia o dużej częstości współwystępowania niektórych schorzeń (np. chorób układu krążenia, układu

pokarmowego, endokrynopatii, nowotworów) w grupie pacjentów z zaburzeniami afektywnymi (16).

Wiele badań wskazuje również na częstsze w porównaniu z populacją ogólną występowanie depresji lub jej objawów u osób cierpiących na choroby somatyczne (17).

Badając satysfakcję pacjenta, warto spojrzeć na ten pomiar wielowymiarowo. Z jednej strony należy uwzględnić obiektywne czynniki związane z organizacją opieki, warunki bytowe itd., a z drugiej strony warto uwzględnić czynniki, które mogą wpływać na subiektywność oceny pacjenta, pamiętając o tym, że badanie to nie jest zwykłym badaniem opinii, ale ma służyć poprawie jakości usług zdrowotnych (18, 19).

WNIOSKI

1. W grupie pacjentów widoczne jest większe zadowolenie ze stosowanego leczenia ambulatoryjnego i sposobu jej zorganizowania niż ogólnie z samego systemu opieki zdrowotnej w kraju.
2. Grupą odczuwającą większą satysfakcję są kobiety, najmniej zadowolone odczuwają pracownicy firm państwowych.
3. Na odczuwaną satysfakcję z opieki nie wpływają takie zmienne jak nasilenie objawów depresyjnych, lęku czy rozdrażnienia. □

Piśmiennictwo

1. Czerw A: Satysfakcja i lojalność klienta na rynku farmaceutycznym. Cedewu Wydawnictwo Fachowe, Warszawa 2008. 2. Hill N, Alexander J: Pomiar satysfakcji i lojalności klientów. Oficyna Ekonomiczna, Warszawa 2003. 3. Kindalski E, Bagiński J: Podstawy zarządzania przez jakość. Q Team 1997. 4. Gawel G, Filus I: Satysfakcja pacjentów oddziałów

internistycznych z jakości opieki pielęgniarskiej. Pielęgniarstwo Polskie 2002; 1: 120-125. 5. Krzyżkowiak W: Depresja u osób chorujących na cukrzycę. Medycyna Metaboliczna 2001; 5(4): 54-58. 6. Lenartowicz H: Zagadnienia organizacji pracy pielęgniarskiej. [W:] Zahradniczek K (red.): Wprowadzenie do pielęgniarstwa. Wydawnictwo Naukowe PZWL, Warszawa 1999. 7. Allen DR, Rao TR: Analysis of customer satisfaction data. ASQ Quality Press 2000. 8. De Walden-Galuszko K, Majkovic ML: Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce. Zakład Medycyny Paliatywnej, Akademia Medyczna, Gdańsk 2000. 9. Zigmond AS, Snaith RP: The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatrica Scandinavica 1983; 67(6): 361-370. 10. Brodzińska M, Modzelewska K, Stachowska M, Talarska D: Stratyfikacja czynników determinujących opinię o jakości świadczeń w zakresie kompetencji pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej. Doniesienia wstępne. Probl Hig Epidemiol 2010; 91(2): 303-307. 11. Leszczyńska M, Krajewska-Kulak E, Łukaszczyk C et al.: Opinia pacjentów o jakości usług podstawowej opieki zdrowotnej na terenie miasta Jasła i jego okolic. Probl Hig Epidemiol 2007; 99(3): 277-285. 12. Budziński W, Mziray M, Walkiewicz M, Tartas M: Depresja u osób chorych na cukrzycę insulinozależną w aspekcie poziomu satysfakcji z opieki pielęgniarskiej. Ann Acad Med Gedan 2009; 39: 23-31. 13. Raduj J, Indulska A, Anczewska M et al.: Jakość usług medycznych w opinii pacjentów wybranych oddziałów psychiatrycznych. Postępy Psychiatrii i Neurologii 2005; 14(3): 293-298. 14. Czapiński J: Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008. 15. Makowska H: Informowanie pacjenta przez lekarza. Czy ludzie chorzy chcą wiedzieć wszystko o tym, co im zagraża? [W:] Dolińska-Zygmunt G: Podstawy psychologii zdrowia. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego 2001. 16. Puzyński S: Depresje i zaburzenia afektywne. Wydawnictwa Lekarskie PZWL, Warszawa 2008. 17. Dudek D, Siwek M: Współistnienie chorób somatycznych i depresji. Psychiatria 2007; 4(1): 17-24. 18. Maciąg R: Pomiar i metoda badań satysfakcji pacjenta. Służba Zdrowia 2001; 3: 17-20. 19. Przybylski W, Polakowska M: Satysfakcja pacjenta rok po wprowadzeniu reformy. V Ogólnopolska Konferencja „Jakość w opiece zdrowotnej”. Kraków, 12-14 kwietnia 2000: 190-195.

nadesłano: 31.08.2012

zaakceptowano do druku: 14.01.2013

Adres do korespondencji:
*Agata Zdun-Ryżewska
Zakład Badań nad Jakością Życia GUM
ul. Tuwima 15, 80-210 Gdańsk
tel./fax: +48 (58) 349-15-55
e-mail: azdun@gumed.edu.pl